

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE ARQUITECTURA Y DISEÑO
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN ARQUITECTURA Y DISEÑO

TÍTULO DEL TRABAJO TERMINAL DE GRADO

**“ESTRATEGIAS PARA LA DOTACIÓN DE INFRAESTRUCTURA
HOSPITALARIA PARA LA COBERTURA GERIÁTRICA EN EL
ISSEMYM CON VIGENCIA AL AÑO 2050”**

Que, para obtener el título de Maestro en Diseño
Presenta:

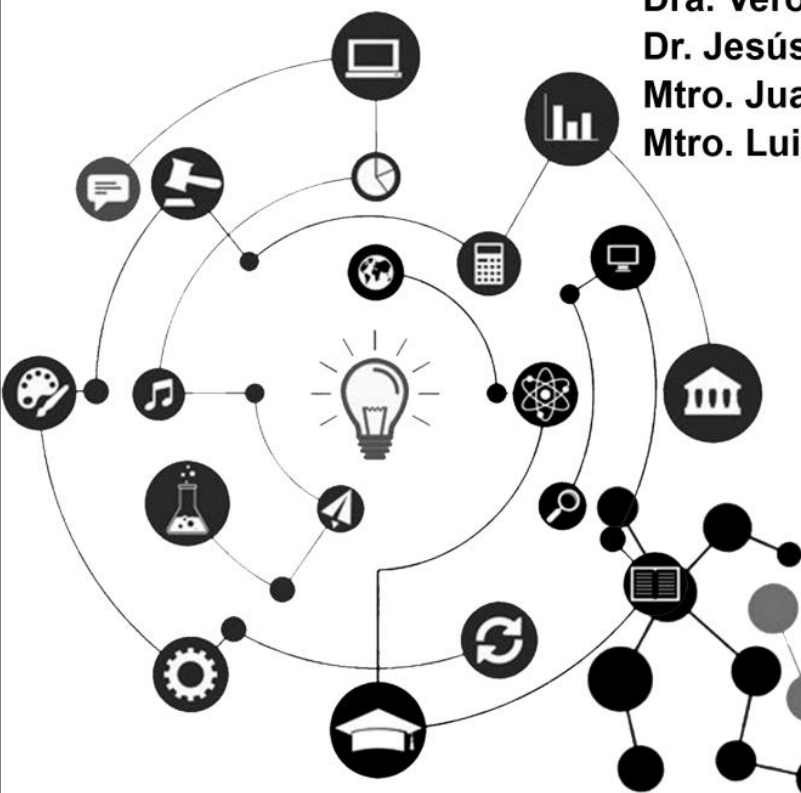
ARQ. DANIEL MENDIETA CABALLERO

Director de trabajo terminal de grado:
Mtro. en Arq. Jorge Eduardo Valdés Garcés

Tutores Adjuntos:
Dra. Verónica Zendejas Santín
Dr. Jesús Enrique de Hoyos Martínez
Mtro. Juan Luis Retana Olvera
Mtro. Luis Guillermo de Hoyos Martínez



Toluca
Estado de México
Octubre 2018



AGRADECIMIENTOS:

A la Universidad Autónoma del Estado de México por permitirme ser parte de esta grandiosa institución.

A la Facultad de Arquitectura y Diseño, Maestría en Diseño y cuerpo docente que me brindó su apoyo para desarrollar y fortalecer este proyecto de investigación.

A la Maestría en Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, por compartirme conocimientos de gran aporte a este proyecto de investigación.

Al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios por brindarme información y orientación en favor de la presente investigación.

A mi director de trabajo terminal de grado Mtro. Jorge Eduardo Valdés Garcés por su guía y sostén para poder llevar a cabo esta investigación, así como a la Mtra. Adriana Iraís Lugo Plata agrediéndoles su gran apoyo académico, profesional y personal.

A mis tutores Dra. Verónica Zendejas Santín, Dr. Jesús Enrique de Hoyos Martínez, Mtro. Juan Luis Retana Olvera, Mtro. Luis Guillermo de Hoyos Martínez quienes con su orientación, conocimiento y respaldo me encaminaron durante mi investigación al mejor rumbo por seguir.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo económico para poder llevar a cabo la investigación del presente trabajo terminal de grado.

DEDICATORIA:

A Dios, por todas las bendiciones que a lo largo de mi vida me ha brindado.

A mi madre, por todo su apoyo, comprensión y cariño, ser siempre pilar en mi vida y mi mayor ejemplo a seguir.

A mi padre, por todos sus consejos, apoyo y guía para ser un mejor un hombre siempre.

A mis hermanos Alejandro y Miguel Ángel, por ser mis mentores y compartir grandiosos momentos de nuestras vidas juntos.

A Belen, por ser mi compañera de vida y apoyarme incondicionalmente en todo momento.

A mis sobrinos Alejandro, Miguel, Arleth, Diana y Jesús, por sus alegrías que cultivan el alma de toda la familia.

A mis amigos, por los momentos y vivencias que a lo largo de nuestras vidas hemos compartido.

ÍNDICE

1

ESTRATEGIAS PARA LA DOTACIÓN DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA PARA LA COBERTURA GERIÁTRICA EN EL ISSEMYM CON VIGENCIA AL AÑO 2050 7

1.1._INTRODUCCIÓN	8
1.2._PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.3._HIPÓTESIS	11
1.4._OBJETIVO GENERAL.....	11
1.5._METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	12

2

VEJEZ, BIOÉTICA, MEDICINA Y LA CLÍNICA 14

2.1._ENVEJECER.....	15
2.1.1._TERMINOLOGÍA DEL ESTUDIO DE LA PERSONA	15
2.1.2._LA VEJEZ.....	16
2.2._BIOÉTICA EN LA VEJEZ.....	17
2.2.1._LAS DIMENSIONES BIOÉTICAS DE LA VEJEZ	19
2.2.2._MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA Y POLITIZACIÓN DE LA MEDICINA	20
2.2.3._CONFLICTOS DE DECISIONES.....	22
2.2.4._NIVELES DE ATENCIÓN MÉDICA	23
2.2.5._DE LA BIOETICA - GERIATRÍA A LA ARQUITECTURA	23
2.3._LA CLINICA Y EL HOSPITAL.....	24
2.4._HUMANISMO.....	26
2.5._CONCLUSIONES	28

3

INFRAESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD EN EL ESTADO DE MÉXICO 29

3.1._CRECIMIENTO POBLACIONAL.....	29
3.2._EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS.....	33
3.3._CASOS DE ESTUDIO ISSEMYM	43
3.3.1._CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA B “ALFREDO DEL MAZO VÉLEZ”	44
3.3.2._HOSPITAL REGIONAL TENANCINGO.....	55
3.3.3._CONCLUSIÓN DE CASOS DE ESTUDIO.....	68
3.4._INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO	69
3.5._INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	70
3.6._INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES TRABAJADORES DEL ESTADO	71
3.7._CONCLUSIONES	73

4

ESTRATEGIAS DE COBERTURA..... 75

4.1._ESTRATEGIAS.....	76
4.2._MECANISMOS Y FUENTES DE OBTENCIÓN DE LOS DATOS.....	77
4.2.1._ENCUESTAS.....	79
4.2.2._LUGARES DE APLICACIÓN	80
4.2.3._ENTREVISTAS CON PERSONAL DEL INSITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS.....	82
4.3._ANÁLISIS DE DATOS	83
4.3.1._AMENAZAS.....	84

4.3.2.	<i>DEBILIDADES</i>	85
4.3.3.	<i>FORTALEZAS</i>	86
4.3.4.	<i>OPORTUNIDADES</i>	86
4.4.	MATRIZ DE FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENAZAS (FODA) 88	
4.4.1.	<i>OPORTUNIDADES – AMENAZAS</i>	88
4.4.2.	<i>OPORTUNIDADES - DEBILIDADES</i>	89
4.4.3.	<i>AMENAZAS – FORTALEZAS</i>	89
4.4.4.	<i>FORTALEZAS – OPORTUNIDADES</i>	90
4.5.	TIPOS DE ESTRATEGIAS	91
4.5.1.	<i>ESTRATEGIAS SOCIALES</i>	92
4.5.2.	<i>ESTRATEGIAS DE INFRAESTRUCTURA</i>	96
4.5.3.	<i>ESTRATEGIAS LEGALES</i>	98
4.5.4.	<i>ESTRATEGIAS FINANCIERAS</i>	100
4.6.	TEMPORALIDAD DE ESTRATEGIAS	103
4.6.1.	<i>ESTRATEGIAS SOCIALES</i>	105
4.6.2.	<i>ESTRATEGIAS DE INFRAESTRUCTURA</i>	106
4.6.3.	<i>ESTRATEGIAS DE LEGALES</i>	107
4.6.4.	<i>ESTRATEGIAS FINANCIERAS</i>	108
4.7.	ACCIONES DE APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE INFRAESTRUCTURA	110
4.8.	LUGARES DE APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE INFRAESTRUCTURA	124
4.9.	INTERACCIÓN DE ESTRATEGIAS	130
4.9.1.	<i>INTERACCIÓN DE ESTRATEGIAS DIRECTAS</i>	130
4.9.2.	<i>INTERACCIÓN DE ESTRATEGIAS INDIRECTAS</i>	135
4.10.	INTERACCIÓN BIOETICA DE ESTRATEGIAS	137
4.11.	MODELO COMPARATIVO DE ESTRATEGIAS	144
4.12.	CONCLUSIONES	145
5	CONCLUSIONES GENERALES	146
	BIBLIOGRAFÍA	151
	ANEXOS	155
	ANEXO 1. <i>FORMATO DE ENCUESTAS</i>	156
	ANEXO 2. <i>BASE DE DATOS</i>	158
	ANEXO 3. <i>LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS</i>	160
	ANEXO 4. <i>PLAN DE DESARROLLO REGIONAL 2011-2017</i>	173
	ANEXO 5. <i>ENTREGA DE AVANCES DE TRABAJO TERMINAL DE GRADO PARA REALIZAR INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CON EL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ISSEMYM CON ACUSE DE RECIBIDO.</i> 176	
	ANEXO 6. <i>AUTORIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ESTRATEGIAS PARA LA DOTACIÓN DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA PARA LA COBERTURA GERIÁTRICA EN EL ISSEMYM CON VIGENCIA AL AÑO 2050 (PAGINA 1-2)</i>	177
	<i>ANEXO 6.1.</i> <i>DOCUMENTO CON ACUSE DE RECIBIDO CLÍNICA “A” – ALFREDO DEL MAZO VÉLEZ</i>	179
	<i>ANEXO 6.2.</i> <i>DOCUMENTO CON ACUSE DE RECIBIDO HOSPITAL REGIONAL TENANCINGO</i>	180
	ANEXO 7. <i>MANIFIESTO DE CONFLICTO DE INTERÉS</i>	181
	ANEXO 8. <i>ÍNDICE DE IMÁGENES</i>	182

ESTRATEGIAS PARA LA

DOTACIÓN DE

INFRAESTRUCTURA

HOSPITALARIA PARA LA

COBERTURA GERIÁTRICA **EN**

EL **ISSEMyM** CON

VIGENCIA AL AÑO **2050**

1.1._INTRODUCCIÓN

El Estado de México ocupa el primer lugar en número de habitantes de las 32 entidades del país (INEGI, Estadísticas de Mortalidad 1990-2016: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016) sin embargo la relación de la población y el incremento de personas mayores de 60 años ha mostrado una desproporción con respecto a la balanza poblacional de acuerdo a los Censos de Población y Vivienda 1950-2016, INEGI. Lo que ha permitido prever que para el año 2050 por cada 4 habitantes 1 sea mayor de 60 años.

Con el creciente grupo de población mayor de 60 años los servicios públicos como salud se verán demandados por este sector de la población, siendo en el Estado de México el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM) la primera institución de seguridad social en la entidad en calidad de servicios médicos y 3ª en cobertura a nivel nacional después del IMSS e ISSSTE (Consulta Mitofsky e INEGI, 2015). Para la cual se pretende prever el impacto que tendrá la creciente demanda con el empleo de estrategias que doten de infraestructura necesaria para la cobertura geriátrica y brindar así una calidad de vida digna para las personas derechohabientes.

1.2._PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Estado de México en los últimos 30 años ha tenido un desequilibrio poblacional notable, el cual se compone de una sociedad en su mayoría de personas mayores de 25 años (INEGI, Censos de Población y Vivienda 1970-2015, 2016) dando una variación revertida en la pirámide de edades, lo que indica que en 32 años la población geriátrica estará constituida aproximadamente por 6´642,605¹ de personas, lo que será una proporción importante en la entidad.

El incremento poblacional en el estado es muy dinámico por lo que se muestra un impacto directo en el área de la salud y en la cobertura de sus requerimientos. Actualmente en la entidad se cuenta por parte del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) con cerca de 1216 unidades médicas (ISEM, 2016) las cuales atienden a un público general, contando con 10 clínicas geriátricas en funcionamiento, 4 en construcción y 5 en proyecto. Es importante referir que existe en funcionamiento un centro Geriátrico de atención especializada el centro geriátrico Bicentenario “Mario Ruiz de Chávez y García” ubicado en Naucalpan (ISEM, 2016).

Es relevante mencionar que en el estado uno de los centros médicos con mayor cobertura y desarrollo arquitectónico para atención médica especializada es el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios ISSEMyM, al contar actualmente con 110 unidades médicas: 5 hospitales de tercer nivel, 10 hospitales de segundo nivel y 95 de primer nivel (ISSEMyM, Historia del ISSEMyM: Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2017). El ISSEMyM atiende al 3.7% de la población geriátrica en el Estado de México (Bernardino Montoya–Arce & Montes De O., 2010); sin embargo la demanda en la población derechohabiente mayor de 60 años ha hecho que el ISSEMyM busque otras alternativas de cobertura.

(1) INEGI, Censos de Población y Vivienda 1970-2015 con una proyección lineal de crecimiento poblacional al año 2050.

Siendo una gran opción que tiene el ISSEMyM es la posibilidad de canalizar pacientes a hospitales del sector público, como es el caso del centro Geriátrico Bicentenario “Mario Ruiz de Chávez y García”, que cuenta con 35 especialidades médicas y tecnología de punta para brindar servicio a personas de la tercera edad. (El Universal Estado de México, 2013).

Los servicios médicos especializados demandan una infraestructura adecuada que responda a las necesidades de la población, lo anterior se ha convertido en un gran reto para los institutos de salud en nuestra entidad, porque se enfrentan a un problema observado a nivel mundial que es el crecimiento del grupo de personas mayores de 60 años. Si consideramos que el ISSEMyM es la institución de salud con más especialidades y tecnología médica en el Estado nos preguntamos ¿Cómo el ISSEMyM afrontará la creciente demanda de servicios de salud para la población geriátrica los próximos 34 años?

1.3._HIPÓTESIS

Al diseñar estrategias que brinden mayor dotación de infraestructura hospitalaria para el ISSEMYM, se ampliará la cobertura geriátrica brindando una mejor calidad de vida para las personas mayores de 60 años.

1.4._OBJETIVO GENERAL

Diseñar estrategias para dotar de infraestructura hospitalaria al ISSEMYM en beneficio de la población geriátrica, que permitan brindarles una mejor calidad de vida, considerando el impacto que tendrá el aumento de este grupo de población en los próximos 30 años.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Delimitar la necesidad del paciente con respecto a la infraestructura hospitalaria actual.
- Determinar incremento poblacional en el estado de acuerdo a demanda de servicios de salud.
- Definir la cobertura actual de la infraestructura hospitalaria del ISSEMyM.
- Analizar el modelo de infraestructura actual en el estado para la atención geriátrica.
- Destacar casos de estudio aplicables al ISSEMYM.
- Desarrollar estrategias para la dotación de infraestructura hospitalaria para la cobertura geriátrica.

1.5._METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La metodología empleada está basada en la “*guía metodológica para el diseño de planes estratégicos en el sector público*” propuesta por David Medianero Burga, Especialista en Gestión Pública, en el marco de las actividades de capacitación desarrolladas como docente de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima, Perú) y como consultor de diversos organismos nacionales e internacionales de promoción del desarrollo.

Esta metodología consta de 5 fases:

1._Ideológica: Determinación del rol institucional, expresado en las declaraciones de visión y misión y en los lineamientos generales de política.

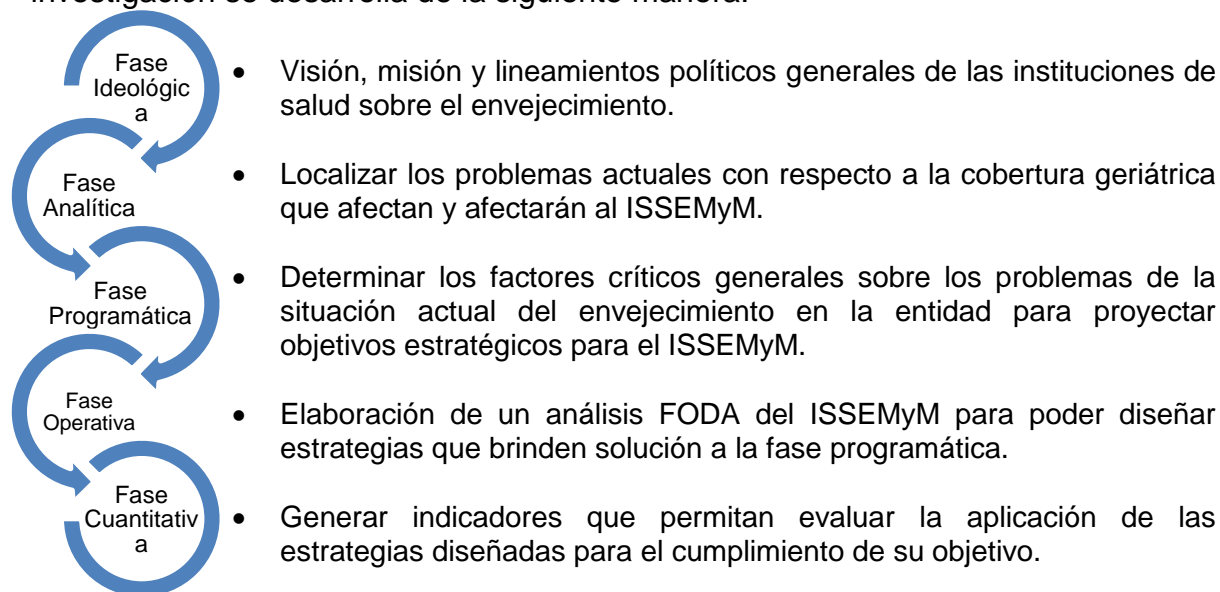
2._Analítica: Diagnóstico de la realidad interna y externa, a fin de identificar los macro problemas centrales que afectan a la organización.

3._Programática: Determinación de los objetivos estratégicos generales y específicos, basados en la identificación de los factores críticos que inciden en la solución de los macro problemas centrales.

4._Operativa: Determinación de las estrategias, políticas y/o cursos de acción sustentados en las fortalezas de la organización y que, al mismo tiempo, neutralicen sus debilidades, con la finalidad de aprovechar las oportunidades y contrarrestar las amenazas. Los cursos de acción pueden ser organizados – siguiendo la nomenclatura presupuestal- en actividades y proyectos.

5._Cuantitativa: Diseño del sistema de monitoreo y evaluación del plan, lo que incluye la selección de indicadores de desempeño y la especificación de los valores a alcanzar para cada indicador, así como la estimación de los recursos financieros indispensables. Los indicadores juegan un papel clave en la evaluación del cumplimiento del plan, por lo que se considera un elemento indispensable tanto en la etapa de diseño como en la implementación del plan.

Esta metodología obedece a un orden lineal cuyo objetivo es la obtención de resultados a partir de una captación de información y determinar objetivos específicos como los son las etapas 1,2 y 3 y a partir del estado del arte obtenido se pueden elaborar estrategias y propuestas con su respectiva medición en las etapas 4 y 5, lo cual permite desarrollar un seguimiento progresivo en la investigación. La aplicación de la metodología propuesta por Medianero a la investigación se desarrolla de la siguiente manera:



La **Fase cuantitativa** Es derivada del análisis aplicado en las tres primeras fases a que es la aplicación de las estrategias y el sondeo de su funcionamiento.

La adaptación del desarrollo de la metodología en la investigación de planes estratégicos en el sector público a las instituciones de salud como lo es el ISSEMyM, pretende brindar opciones de solución a un problema creciente que es cubrir la demanda geriátrica con la infraestructura necesaria mediante estrategias que aporten objetivos específicos y prevengan el incremento de la atención geriátrica.

El problema se aborda desde la relación entre vejez, medicina y arquitectura. Vinculando el objeto de estudio al medio social, geográfico y ético, dimensionándolo para describir un estado del arte actual con una proyección comparativa al 2050.

VEJEZ, BIOÉTICA, MEDICINA Y LA CLÍNICA

El problema se aborda desde la relación entre vejez, medicina y arquitectura. Vinculando el objeto de estudio al medio social, geográfico y ético, dimensionándolo para describir un estado del arte actual con una proyección comparativa al 2050.

2.1._ENVEJECER

La peor parte de un libro siempre serán las últimas páginas las cuales pueden llegar a ser la epitome de la lectura, el final tan anhelado toda la obra, pero sin duda una parte esencial del libro donde llegar ahí es todo un logro. Sin embargo en estos tiempos de globalización, desensibilización y racionalismo se pierde el valor de la parte final del libro de la vida llamado *vejez*. ¿Cómo llegar a vivir una etapa de la vida con enorme regocijo? Si bien no se sabe el valor de vivir, hoy se generaliza todo y se niega el proyectar nuestra propia vida hasta esa etapa y concientizar al grado de empatizar con las personas que viven la *vejez*.

Cuando se habla de envejecer se estigmatiza un proceso de deterioro e inhabilidad cuando la *vejez* tiene 3 características individuales esenciales: No es universal el proceso de envejecimiento, es heterogénea lo que denota distintos factores en cada individuo o sociedad, así como individual. Ya que el envejecimiento es la manifestación de eventos bio-psico-sociales que ocurren a lo largo del tiempo y no con el tiempo. La edad cronológica no está directamente correlacionada a la edad bio-psicosocial (Kottow, 1995).

2.1.1._TERMINOLOGÍA DEL ESTUDIO DE LA PERSONA

Para poder empatizar con la *vejez* y el envejecimiento primero debemos de ser conscientes de cómo podemos aludir a una persona que vive esta etapa con el mayor respeto hacia él o ella, hoy la población ha sido dividida en grupos de estudio cada vez más definidos, con características específicas, facilitando así su análisis para los diversos estudios científicos, tecnológicos, poblaciones, etc.

Sin embargo para las personas mayores de 60 años se les han empleado términos de identificación como viejo o anciano asociando un estado físico con la descripción bio-psico-social de la persona, sin tener en cuenta que incluso al alcanzar los 60 años se denominan de diversas formas conforme va alcanzando edades avanzadas, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se pueden establecer relación de edad con un término específico como los son

personas de 60 a 74 años se identifica como *edad avanzada*, de 75 a 90 años *viejo o anciano*, más de 90 años *grandes viejos o grandes longevos*, aunque se debe considerar que a todo individuo de forma indistinta mayor de 60 se le denomina *persona de la tercera edad* por su rango de edad, pero no es sino en abril de 1994 donde la Organización Panamericana de la Salud, filial de la OMS, decidió emplear el término *adulto mayor* para las personas mayores de 65 o más años de edad de manera plurinominal a todo individuo que haya alcanzado esta edad como término apropiado enajenado a una idealización del individuo.

2.1.2. LA VEJEZ

Desde hace treinta años el crecimiento poblacional ha traído consigo preocupaciones del envejecimiento colectivo e individual, sin embargo se han producido imágenes negativas de este doble fenómeno. Como numerosos sociólogos lo han constatado, las representaciones colectivas sobre la vejez vinculan la idea de una muerte social percibida por el individuo donde su integración a una sociedad es nula precursora de la muerte biológica en la cual ya interviene aspectos médicos a tratar sobre el individuo. Paralelamente a esta percepción colectiva negativa de la vejez, se aprecia una dificultad real para los médicos y para el personal de la salud en general de comprender lo que se acostumbra llamar el “paciente geriátrico”. Estas razones pueden

1. Ser el carácter múltiple de la patología del adulto mayor
2. La dificultad y la lentitud de un diagnóstico frente a alteraciones de la vigilancia de la memoria, de la vista, el malestar del examen físico a causa de cooperación limitada y de una difícil movilización.
3. La frontera entre el examen normal y examen patológico puede manifestarse como extremadamente tenue, y:
4. La historia de la persona puede jugar un papel indispensable ya que para muchos pacientes puede vivir su hospitalización de manera depresiva lo que conlleva a una degradación del estado de salud. Por ello entender la atención del

paciente geriátrico como una atención integral resulta difícil para la sociedad y más en específico para el sector salud quien afronta un reto importante al tener que idear una forma de poder atender las patologías y necesidades del paciente geriátrico.

Y no solo es por la percepción de la vejez como moda o temporalidad en nuestros días sino el crecimiento de la esperanza de vida ha sido positiva en cuanto a la longevidad del individuo tan solo en 2015 la esperanza de vida al nacer en México es 5.3 años más elevada para las mujeres en relación con los hombres, igual a lo observado en la mayoría de las regiones del mundo. Si bien es cierto que la esperanza de vida seguirá incrementándose en los siguientes años, estas ganancias no serán tan marcadas como en el pasado. Por ejemplo, en 1930 la esperanza de vida al nacer era de 36.9 años, para el año 2000 ya se había duplicado a 73.2 años, y se espera que para 2050 sea de 79.4 años, apenas 8% más de lo que se tenía en 2016 (Agudelo Botero, Gutiérrez Robledo, Giraldo Rodríguez, & Medina Campos, 2016).

Los mexicanos que hoy cumplen 60 años de edad cuentan aún con una esperanza de vida de 22 años sin embargo de estos 22 años, sólo 17.3 transcurren en buen estado de salud, lo que significa que casi cinco años se viven con una o varias enfermedades o con pérdida de funcionalidad y merma de la calidad de vida y el bienestar (Agudelo Botero, Gutiérrez Robledo, Giraldo Rodríguez, & Medina Campos, 2016).

2.2._BIOÉTICA EN LA VEJEZ

Para afrontar problemas de la población deben de ser vistos a través de la ética como herramienta reguladora de la conducta del individuo pero en este caso de estudio en particular, es de vital importancia la bioética quien brinda el juicio de la moralidad de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida, y como característica fundamental de esta ciencia es ser de carácter interdisciplinario, como tal es la base de fundamentación para protección al individuo. En un una

definición más específica es un instrumento de reflexión para orientar el saber biomédico y tecnológico, en función de una protección cada vez más responsable de la vida humana. Para poder ser regulada la bioética está basada en órganos constitutivos como el *Código de Nüremberg*, la declaración universal de bioética (UNESCO), Protocolo de Cartagena (Convenio sobre la diversidad biológica, declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial) que buscan proteger a los pacientes, estos órganos reguladores son revisados periódicamente por las diversas comisiones de bioética a fin de actualizarlos y adecuarlos a los nuevos desafíos.

Para poder aplicar la bioética concretamente se debe basar sobre los cuatro principios de la bioética definidos en 1979 por Tom L. Beauchamp y James F. Childress que son: la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia. La Beneficencia, entendida como el hacer el bien a otros, para restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La No maleficencia protege al paciente respecto a una acción en la cual los riesgos sean mayores que los beneficios (Kottow, 1995). En una primera definición se determinaron como obligatorios siempre y cuando no contrasten entre ellos, si fuera así tendrá que dar prioridad uno u otro, según sea el caso.

El punto de referencia ante toda propuesta de solución a la calidad de vida por medio de la salud del individuo debe tener presente estos principios bioéticos que más allá de ser un reglamento son la manera de humanizar a todo aquel que apoye a la población y no pierda de vista la vida como valor.

Código de Nuremberg: Normas éticas sobre experimentación en seres humanos

En 1997, el Código de Nüremberg fue publicado el 20 de agosto de 1947, como producto del Juicio de Nüremberg (agosto 1945 a octubre 1946), en el que, junto con la jerarquía nazi, resultaron condenados varios médicos por gravísimos atropellos a los derechos humanos. Dicho texto tiene el mérito de ser el primer documento que planteó explícitamente la obligación de solicitar el Consentimiento Informado, expresión de la autonomía del paciente. (Comisión Nacional de Bioética, Gobierno Federal, 2017).

2.2.1. LAS DIMENSIONES BIOÉTICAS DE LA VEJEZ

El proceso de envejecer es ponderado en cada sociedad humana, positiva o negativamente. En los países occidentales, la retórica habitual consiste en ensalzar la vejez, pero en la práctica es ésta una etapa de soledad, abandono y pérdida (Mintzes, 2002). La ética de la calidad de vida en la vejez debe fundarse y fundamentarse sobre expectativas que valoren los derechos de la persona mayor. El diálogo es la herramienta más importante que el discurso bioético ha venido a aportar a las sociedades modernas así como los contextos en que se desarrollan las relaciones humanas y factores culturales que inciden en el trato otorgado a las personas de edad avanzada.

En la medida que se envejece se van generando nuevas necesidades para el individuo que involucran en algunas ocasiones a otras personas de forma no intencional, con una sustancialidad vital en algunos casos (Zorrilla Fuenzalida, 2001). Estas dependencias se clasifican de acuerdo a su grado de involucramiento de otra persona:

1. La deficiencia o el menoscabo, reversible o subsanable. En la edad proveya, los individuos suelen tener limitaciones que se experimentan como incapacidades transitorias.
2. La discapacidad, significa una objetiva merma irreversible en alguna o varias funciones sociales. La vista, el oído, el gusto, por sólo mencionar la sensorialidad.
3. La minusvalía, tercera forma de dependencia, implica un reordenamiento total de la vida en función de las discapacidades o incapacidades que se sufren.

Aunque en la obra *Acta Bioethica*, (2001) *Pro Salute Movi Mundi*, OPS/OMS. Chile. Se refiere a minusvalía como estado de completa referencia, el término “minusvalía” también describe la “Disminución del valor de una cosa”, lo que puede entenderse como discriminación hacia el adulto mayor. Como se hace

mención en el planteamiento del problema sobre la limitación de la problemática actual y su dimensionamiento, el dimensionar la problemática bioética genera necesidades invisibles para las políticas de salud o instituciones como lo es la dependencia del paciente, lo que nos muestra una mayor demanda de servicios integrales para el individuo, pensar en el con humanismo, ética y empatía hacia la vejez.

2.2.2. **MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA Y POLITIZACIÓN DE LA MEDICINA**

Es posible determinar esquemáticamente tres objetivos para la medicina actual:

1. Cura las enfermedades de los individuos: El cuerpo humano no permanece como la fuente esencial de la medicina.

2. Mejora en una concepción holística, la salud global (psíquica y mental) de los individuos: Se agrega la dimensión psíquica como recurso posible.

3. Se preocupa de elevar el nivel general de la salud pública: Los medios sociales necesarios para acrecentar la salud son parte integrante del trabajo médico.

La medicina ha desarrollado ampliamente sus competencias y capacidades sobre el final de la vida, al punto de haber creado en algunos decenios, al menos, tres especialidades suplementarias: **la geriatría, los cuidados paliativos y la medicina del dolor**, con la consecuencia de la medicalización al final de la vida.

La situación actual de la cobertura de salud se ha visto politizada, descuidando las nuevas demandas de la medicina actual, enfocando su atención y capital a la cobertura de atención universal, cuando las soluciones actuales están en problemas patológicos específicos de la sociedad. Lo que ha llevado a medicalizar muchas necesidades que tiempo atrás no eran consideradas como enfermedad o patologías.

Medicalización: Medicalización se define como el proceso por el que problemas no médicos se tratan como problemas médicos, normalmente en términos de enfermedad o trastorno (Kottow, 1995).

Politización: Dar orientación o contenido político a acciones, pensamientos, etc., que, corrientemente, no lo tienen. (Real academia Española)

Ante la presente demanda del paciente geriátrico existe un gran aliado para enfrentar el problema y es la geriatría y gerontología cuyo lema desde 1945 es “dar vida a los años y no sólo años a la vida” (Kottow, 1995). Dos ciencias cuyo fin es la calidad de la vida del paciente geriátrico de diferente manera ya que la *geriatría* es la rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades de las personas mayores de 60 años. Mientras que la *gerontología* es el estudio científico del proceso de envejecimiento, en sus aspectos bio-psico-sociales. Ambas van de la mano en la atención del paciente geriátrico una brindando la atención médica del paciente y la otra en su atención psicológica y social.

La geriatría plantea de manera creciente la necesidad de una colaboración estrecha entre las responsabilidades de médicos, equipos de salud, equipos de instituciones diversas (hospitales, centros de revalidación, casas de reposo y de cuidados), de familias y de pacientes. Para estimular esta responsabilidad, se trata, primeramente de suscitar la creatividad de los actores y de los sujetos de esta medicina geriátrica, pero también la de los «pacientes» que se inquietan, cada vez más, por los tratamientos que les imponen. Por ello la importancia de la geriatría debería ser evidente en el contexto de una sociedad que envejece, mientras que la gerontología pretende brindar una atención integral al paciente en todo su proceso de envejecimiento desde la prevención, es una acción conjunta la que brinde solución a la problemática actual donde el único fin sea beneficiar al paciente geriátrico.

2.2.3._CONFLICTOS DE DECISIONES

El envejecimiento trae una mayor susceptibilidad y vulnerabilidad ante agresiones patológicas. El adulto mayor presenta alta prevalencia de enfermedades crónicas, exigiendo una mayor demanda en salud (Sulmasy, 1997). Los dilemas éticos más comunes en Geriátrica relacionados con la toma de decisiones incluyen:

- Objetivos de intervención médica
- La relación médico-paciente
- La competencia
- La capacidad de decisión
- Las decisiones anticipadas.

Además los dilemas éticos están influidos, equivocadamente o no, por la edad, el control de costos, la asignación de recursos, y las situaciones de institucionalización como la relación del costo-beneficio a tratar del paciente y la canalización a instituciones de atención especializada cuando alguna no cuenta con ellas (Sulmasy, 1997). Los adultos mayores tienen mayor riesgo de resultados adversos, pues frecuentemente no poseen una red de apoyo social adecuada y equidad en los sistemas de salud.

El objetivo del cuidado médico geriátrico no debe enfocarse sólo en las correcciones de las anormalidades fisiológicas agudas. El principal objetivo es determinar qué alternativas conservarán y/o favorecerán el bienestar del paciente, de acuerdo con sus creencias, perspectivas y objetivos.

La Bioética se muestra como una respuesta contemporánea a la protección cada vez más necesaria del paciente geriátrico, orientándonos en la toma de decisiones y otras conductas médicas. Siempre se debe actuar basado en la preservación de la vida (principio de beneficencia) y el alivio del sufrimiento (principio de no maleficencia), ofreciendo los recursos sanitarios necesarios para su diagnóstico y

tratamiento (principio de justicia). Considerados los aspectos arriba señalados, será el paciente quien tome la decisión de aceptar o no la conducta médica (principio de autonomía). De esta manera, estaremos realizando una práctica médica geriátrica basada en la bioética.

2.2.4._ NIVELES DE ATENCIÓN MÉDICA

Para poder realizar una atención médica de acuerdo a la necesidad del paciente los niveles de atención médica en México dependen de la complejidad de los casos de enfermedad a atender y de los recursos necesarios para poder resolver los problemas que dichas patologías presentan los cuales están clasificados en 3 niveles de acuerdo a la atención médica requerida:

1er nivel: Centros que se ocupan de las acciones para prevenir enfermedades, atienden las patologías más frecuentes y menos graves y tienen una relación directa con la comunidad.

2º Nivel: Hospitales generales –con áreas programáticas - (son zonas geográficas con una población definida que está a cargo de un hospital general) que atienden pacientes derivados de los “Centros del Primer Nivel de atención” y se ocupan del diagnóstico y del tratamiento de patologías que no pueden ser solucionadas en ese nivel.

3er Nivel: Hospitales o centros especializados en donde se tratan patologías más complejas que exigen técnicas de diagnóstico y tratamiento sofisticadas.

2.2.5._ DE LA BIOETICA - GERIATRÍA A LA ARQUITECTURA

Es bajo los principios bioéticos que el diseño interviene para solucionar una demanda por parte de la población en crecimiento, lo que promueve la interpretación de espacios cada vez más dignos a los requerimientos necesarios, así como alternativas de propuestas que promuevan una solución de infraestructura para la salud.

- Función basada en la ergonomía del paciente
- Localización adecuada para traslados
- Adecuación de instalaciones en necesidades patológicas y fisiológicas del paciente.

Con la diferenciación de los objetivos de geriatría y gerontología, se determina la tendencia hacia el objetivo de la infraestructura hospitalaria que es propiciar espacios que atiendan patologías lo cual vuelve más estrecha la relación con la geriatría, aunque el trato integral del adulto mayor involucra a la gerontología en un sentido más superficial.

Siendo las patologías y necesidades bio-psico-sociales del paciente geriátrico, las que den forma y función a los espacios, brindando así una cobertura de necesidades. Lo que conlleva a implementar infraestructura pensada para un grupo determinado de población, generando más conciencia sobre los adultos mayores y sus requerimientos, no como usuarios sino como paciente.

2.3._LA CLINICA Y EL HOSPITAL

Las instituciones encargadas de atender la demanda patológica de enfermedades son un papel fundamental en la calidad de vida del paciente, ya que son en ellas donde se lleva a cabo su valoración, tratamiento y recuperación. Pero para la población de adultos mayores ¿Qué significan estas instituciones?, lo que en general se aprecia de ellas como instituciones que proveen soluciones de salud, para las personas mayores pueden significar lugares de desolación y degradación por la etapa de vida que atraviesan.

Por lo que se vuelve un punto importante en la percepción de la salud en las personas “las instituciones” donde acuden a tratarse, ya que dejan en ellas más allá de un estado de salud un estado anímico, de esperanza y de consuelo. Este efecto en gran parte de la población de edades adultas más avanzadas lo perciben como un ingreso a una institución negativamente, cuando la percepción es quien puede determinar el estado anímico para la recuperación del paciente.

Para poder entender la magnitud del rol que juegan las instituciones un referente importante puede ser vislumbrarlas desde la perspectiva de Michel Foucault (1925-1984) historiador de las ideas, psicólogo, teórico social y filósofo, quien en su obra *El nacimiento de la clínica, “Una arqueología de la mirada clínica”* (1963), describe cómo nace de la práctica médica del estudio clínico del paciente, desde los médicos quienes acudían a los domicilios de los profesores para analizar al sujeto en pleno lecho de la enfermedad dando pauta al surgimiento de una protoclínica donde se acuñaban los casos más adecuados para instruir. Ya que antes de ser encuentro médico y enfermo “*la clínica debe formar constitucionalmente, un campo nosológico* enteramente estructurado*” (Foucault, Michel 1963:91).

La narrativa de Foucault sobre el trato médico llegó a militarizarse despojando a pacientes civiles de los hospitales para atender a militares, cuyo acto se asemeja a la atención médica de la actualidad de acuerdo al nivel socioeconómico con el que la persona cuenta, a mayor nivel mayor atención. En otros casos como el autor nos narra en la obra el tratar a pacientes indigentes en su domicilio por las limitaciones que tenían para ingresar al hospital.

La relación de la clínica con el hospital no es directa, ya que para poder determinar su paso es indispensable el papel del médico descubriendo la enfermedad y si esta debe de tratarse ahí, lo que involucra los principios bioéticos de forma directa con el médico. En el siglo XVIII, no hay clínica que no sea pedagógica ya que no se le permitía al médico leer a cada instante sino realizar la práctica médica exclusivamente, lo que vuelve la clínica una figura compleja no solo conocimiento, es en esencia *apofánica (Foucault, 1963).

Ahora bien existe una relación directa del objetivo del hospital para Foucault, donde determina que el enfermo es el *sujeto* de su enfermedad, se trata de un *caso*; en la clínica se trata el *ejemplo*; el enfermo es el accidente de su enfermedad, el objeto transitorio del cual ésta se ha apropiado. Si bien podemos observar una objetividad del tratamiento de la enfermedad en el nacimiento de la

**Apofánica*: es la sección de la lógica referida a los juicios (Real academia española 2017).

clínica, hoy podemos valorar lo que esto significa para la sociedad actual, quien en prácticas médicas ha invertido el objetivo de cada institución siendo el hospital quien trate *ejemplo-caso* y la *clínica casos*. Lo que ha desvalorizando a la clínica como tal, quien en su papel actualmente podría ser el filtro de atención más enfocada en la enfermedad del paciente. Esto podría determinar un enfoque especializado en la propuesta de espacios como concepto “clínicas”.

El planteamiento de una percepción divergente a las cifras, estándares y patrones sociales sobre vejez juega un papel fundamental en los alcances de proyectos sobre envejecimiento, ya que la salud en personas mayores de 60 años ya implementa requerimientos específicos para tratar enfermedades y prevenirlas. Lo que brinda una brecha de población muy delimitada para un estudio.

Descalificando el envejecimiento como una enfermedad, y verlo como una etapa de análisis para la clínica como lo planteaba Foucault, debe ser el punto de partida para determinar el rol de las instituciones de salud el “paciente geriátrico”. Su desarrollo de la clínica se verá relacionado directamente con el paciente.

2.4. HUMANISMO

Una vez identificado ¿A quién? y ¿Qué? va dirigido la propuesta de espacio, se abre la posibilidad de muchas vertientes del diseño, sin embargo el sector salud presenta una vertiente muy importante sobre la que giran las ciencias de la salud y es el *humanismo*. Un humanismo que va más allá de la empatía hacia otro ser humano, que debe de entender la necesidad y la etapa que vive el otro ser. Tomando como punto de partida a diseñadores del espacio como Alvar Aalto (1898 - 1976) y su percepción de *humanismo en la modernidad*. El funcionalismo interpretado por él, está delimitado en la *necesidad humana* abarcando un campo psicofísico con un objetivo *sensorial* (Capitel, 2009).

Resignificó la modernidad de una *racionalidad esterilizada* a una *humanizada forjada en identidad*. Una de sus obras donde se refleja esta sensorialidad y humanismo basado en las necesidades de la persona es el Sanatorio de Paimio,

Finlandia (1928). El diseño de Alvar Aalto iba más allá de una función arquitectónica la cual involucraba fines médicos. Como es luz del sol de invierno penetrar profundamente en las habitaciones de los pacientes con fines terapéuticos, el paciente en una postura de reposo y sanación interactúa con el envolvente de manera inconsciente influyendo en su recuperación. Demostrando una necesidad humana que muchas veces omitimos por llevar una relación estrecha con la función racional.

Difundir la función arquitectónica en relación al espacio como interacción directa en la salud de una persona. Sea hospital, clínica u hogar es primordial el envolvente que arropa a un paciente desde su atención hasta su recuperación, con ello podemos generar alternativas de solución geriátrica basadas en las necesidades del paciente mayor. Que sea una solución versátil para su atención con principios basados en la humanidad en relación a la función. Para ello es indispensable encontrar los indicadores que detonen la necesidad del paciente geriátrico y poder generar una propuesta de estrategias cuyo fin sea la alternancia de soluciones basadas en el humanismo y la bioética sobre la vejez.

2.5._CONCLUSIONES

1

Envejecer es un proceso bio-psico-social que no es universal, es heterogéneo e individual donde únicamente se le acuñe un término por la edad alcanzada al individuo al llegar a los 60 años denominado “*adulto mayor*”, en la salud del sujeto es fundamental disociar la edad cronológica de la bio-psico-social para entender a la persona y lo que envejecer le representa pero si la vejez se hace presente en el individuo su atención como paciente requiere servicios integrales tanto geriátricos como gerontológicos.

2

Ante el otorgamiento de atención médica al paciente geriátrico el saber biomédico tecnológico tiene una función primordial y responsable en el cuidado de la vida humana ya que con el dialogo entre individuos se vuelve el discurso bioético la herramienta más importante en el tratamiento del paciente geriátrico frente a las diversas incapacidades transitorias que vive el ser humano a lo largo de su envejecimiento.

3

La cobertura de salud actual se ha visto politizada por diversos intereses de la sociedad descuidando las demandas de la medicina actual, enfocando su atención y capital a la cobertura de atención universal, cuando las soluciones actuales están en problemas patológicos específicos de la sociedad, a vez crecen estos problemas como los aliados de la medicina actual y es la geriatría y gerontología referentes en la cobertura del problema de envejecimiento en la actualidad.

4

La infraestructura que atiende la demanda de servicios geriátricos debe estar diseñada en la ergonomía, necesidades patológicas y fisiológicas del paciente, ya que serán estas las que den forma función a los espacios dando cobertura a sus necesidades, arrojando al paciente desde su atención hasta su recuperación. Para poder determinar la capacidad y magnitud del diseño de una estrategia de cobertura geriátrica, es indispensable saber cuáles son las herramientas que existen y se pueden utilizar para reforzar las propuestas.

INFRAESTRUCTURA DEL SECTOR SALUD EN EL ESTADO DE MÉXICO

Es esencial determinar la capacidad y magnitud del estado actual de las instituciones para el diseño de una estrategia de cobertura geriátrica, es indispensable saber cuáles son las herramientas que existen y se pueden utilizar para reforzar las propuestas.

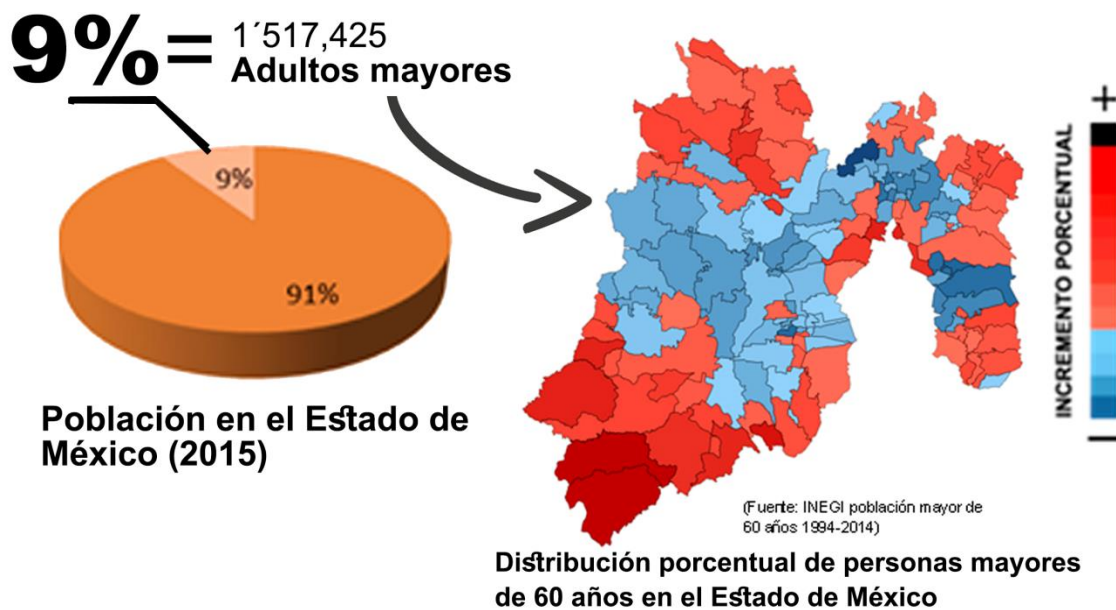
3.1._CRECIMIENTO POBLACIONAL

Para poder entender la magnitud del problema poblacional es fundamental conocer el contexto actual, derivado del crecimiento que han tenido las poblaciones en México con respecto a su desarrollo económico, político y social. Actualmente las poblaciones son el resultado de acontecimientos sociales como desplazamientos hacia otros lugares en busca de nuevas oportunidades laborales que les brinden un mayor ingreso económico, inseguridad en sus lugares de origen, obtención de educación u asentamiento por elección, nacimientos y defunciones con constantes variables de acuerdo al tiempo y lugar.

Y como resultado de estos movimientos sociales viene la densificación poblacional de lugares como lo es el estado de México ya que de acuerdo al censo de población 2015 del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) El Estado de México ocupa el 1er lugar a nivel nacional en población con un total de 16´187,608 de personas, reflejándose un fenómeno de densificación en 28 municipios que alcanzan una población superior a la media en la entidad (Ecatepec de Morelos, Nezahualcóyotl, Naucalpan de Juárez, Toluca, Tlalnepantla de Baz, Chimalhuacán, Tultitlán, Cuautitlán Izcalli, Atizapán de Zaragoza, Ixtapaluca, Nicolás Romero, Tecámac, Valle de Chalco Solidaridad, Chalco, Coacalco de Berriozábal, La Paz, Huixquilucan, Texcoco, Metepec, Chicoloapan, Zinacantepec, Zumpango, Almoloya de Juárez, Ixtlahuaca, Cuautitlán, Acolman, Lerma y San Felipe del Progreso) representan el 76% de la población total del Estado con 11´638,488 habitantes (INEGI, 2015).

Estas densificaciones de población en gran medida están situadas en Municipios colindantes a la Ciudad de México y a la capital del estado, como resultado de los acontecimientos sociales se ha visto un comportamiento en la pirámide poblacional distinto al modelo tradicional, lo que ha revertido la pirámide los últimos 30 años.

En las últimas décadas la pirámide poblacional se ha invertido, observándose que el grupo de personas menores a 30 años viene disminuyendo y aumentando los grupos de mayores de 30 (Bernardino Montoya–Arce & Montes De O., 2010), este puntual cambio es claro resultado de todos los fenómenos que la sociedad ha venido arraigando pero en los acontecimientos sociales existe un grupo que no está viviendo estos cambios por que lo hacen en un contexto diferente y son los adultos mayores.



En la mayoría de los municipios donde se muestra una concentración por encima del promedio de adultos mayores son municipios cuya población no supera los 100,000 habitantes.

Esta situación no solo agravia el presente de la sociedad en la entidad sino el futuro como en el resto del país se estima que 2030 la cifra aumente a 19% de adultos mayores y en 2050 será del 25% lo que significa que de cada 4 habitantes 1 será una persona mayor de 60 años (INEGI, Censos de Población y Vivienda 1970-2015, 2016). Para 2050 se prevé que la esperanza de vida de los Mexicanos en general sea de 79.6 años, de los cuales al cumplir 60 años se tendrá una esperanza de 22 años, 17.3 años posteriores a los 60 transcurren en buen estado

de salud, casi 5 años se viven con una o varias enfermedades o con pérdida de funcionalidad (Agudelo Botero, Gutiérrez Robledo, Giraldo Rodríguez, & Medina Campos, 2016). Visualizar un panorama que muestre al adulto mayor como grupo de personas en auge permite generar cuestionamientos sobre las necesidades y requerimientos actuales de este grupo y con ello se analiza como sociedad ¿cómo estamos resolviendo esta problemática actualmente?.

La calidad de vida funge como indicador clave en la percepción de la problemática actual, el saber cuáles son las vulnerables para la sociedad en crecimiento específicamente en los adultos mayores como económicos, sociales, médicos y otros.

Nos muestra la problemática de una manera de carencia hacia este grupo vulnerable al cambio, considerando los acontecimientos sociales que los excluyen como factor principal. Pero no es sino en la salud donde el adulto mayor pone en incertidumbre su calidad de vida, es en este aspecto donde nos damos cuenta que las condiciones de atención son integrales y diferentes a las del resto de la población, debido a vivencias y secuelas de los padecimientos y enfermedades por las que han pasado en su vida y que varían conforme aumenta la edad. El envejecimiento demográfico implica importantes retos en materia de salud, pues los adultos mayores presentan mayores riesgos de fragilidad y susceptibilidad con respecto a la población en general y hoy es una realidad que se está afrontando con diversas medidas en materia de salud las cuales deben prever soluciones a corto y largo plazo no solo para las personas en la etapa adulta sino para las generación en camino a vivirla.

3.2._EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

Esta creciente demanda de servicios de salud en la entidad es una problemática que todas las instituciones del estado están afrontando con diversas soluciones, aunque la evaluación de estas propuestas debiera ir enfocada a la calidad de vida del individuo y esto refiere a un servicio de atención óptimo cuyos principios de atención sean el paciente y la humanización de los servicios brindados por el estado, lo que ha llevado a la sociedad a catalogar dentro de los institutos no por la infraestructura, ni las prestaciones sino por la calidad de atención al paciente que otorgan el ISSEMyM en la entidad.

El ISSEMyM es la primera institución de seguridad social en la entidad en calidad de servicios médicos y 3^a en cobertura a nivel nacional después del IMSS e ISSSTE (Consulta Mitofsky e INEGI, 2015). Actualmente cuenta con una infraestructura de 95 unidades médicas de primer nivel distribuidas en todo el territorio mexiquense, 10 hospitales de segundo nivel ubicados en Tenancingo, Atlacomulco, Valle de Bravo, La paz, Netzahualcóyotl, Texcoco, Zumpango, Tlalnepantla, Metepec y Valle de Chalco así como 5 hospitales de tercer nivel situados en Toluca, Tlalnepantla y Ecatepec, además de 3 unidades de atención, 8 oficinas de atención a derechohabientes, 3 centros vacacionales, 1 escuela de música, 2 estancias infantiles y 1 centro de atención a pensionados (ISSEMyM, Informe anual, 2009-2016). Dicha infraestructura está distribuida en 6 regiones (Imagen 1._Regionalización de infraestructura ISSEMyM) las cuales son atendidas por una infraestructura específica conformada por 8 unidades móviles, 52 consultorios, 19 Clínicas de consulta externa tipo “A”, 7 Clínicas de consulta externa tipo “B”, 7 Clínicas regionales, 1 odontológica Morelos, 10 hospitales regionales, 4 unidades de Tercer nivel, 11 Unidades de Atención, 3 Centros vacacionales (Fuente: Hospital Regional Tenancingo, 2018).

1._Regionalización de infraestructura del ISSEMyM



Autor: Daniel Mendieta Caballero **Fuente:** Hospital Regional Tenancingo

Cabe resaltar que el ISSEMyM no fue desde su origen un instituto de atención médica a sus derechohabientes es en el año 1946 Cuando se da la fundamentación institucional que desplegó la seguridad social en la entidad y es hasta 1951 cuando Alfredo del Mazo Vélez promovió la Ley de Pensiones de los Empleados del Estado de México y Municipios, donde se crea el primer organismo público descentralizado del Estado: la Dirección de Pensiones, la cual tenía entre sus funciones el otorgamiento de seguros por fallecimiento, créditos quirografarios e hipotecarios, así como la entrega de pensiones y la entrega de un fondo de reintegro a los servidores públicos que decidían separarse de su cargo (ISSEMyM, Historia del ISSEMyM: Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2017).

En 1956, la XXXIX Legislatura del Estado aprobó la incorporación del departamento médico Asistencial a la Dirección de Pensiones del Estado de México, al tiempo que se creó la Comisión Administrativa Mixta con la Ley de Servicios Médicos y Asistenciales para los Empleados del Gobierno del Estado de México y sus Municipios (ISSEMyM, Historia del ISSEMyM: Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2017). Iniciando operaciones como Instituto de Seguridad Social en 1969 lo que ha permitido actualmente brindar atención médica a más de 1'024,971 derechohabientes de los cuales 376,016 (LII Legislatura del Estado de México, 1994) son adultos mayores de 60 años ubicando al ISSEMyM como la 6ª Institución con mayor número de atención a derechohabientes en la entidad, regido por la Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado y Municipios establecida en 1994 (Ver anexo 3).

Cuyos objetivos de la institución en dicha ley se estipulan:

- 1._Otorgar a los derechohabientes las prestaciones que establece la presente ley;
- 2._Ampliar, mejorar y modernizar el otorgamiento de las prestaciones de seguridad social que tiene a su cargo.
- 3._Contribuir al mejoramiento de las condiciones económicas, sociales y culturales de los derechohabientes.

Para el logro de sus objetivos, el Instituto tendrá las siguientes funciones:

- I. Cumplir los programas que apruebe el Consejo Directivo, a fin de otorgar las prestaciones que establece esta ley.
- II. Recibir y administrar las cuotas y aportaciones del régimen de seguridad social, así como los ingresos de cualquier naturaleza que le correspondan.
- III. Invertir los fondos y reservas de su patrimonio, conforme a esta ley y a sus disposiciones reglamentarias.
- IV. Adquirir, enajenar y arrendar los bienes muebles e inmuebles que sean necesarios.
- V. Las demás que le confiere y se deriven de esta ley, de sus disposiciones reglamentarias y demás ordenamientos legales.

Esta Ley fundamenta los servicios de la institución ante los trabajadores del Estado de México y familiares consanguíneos del trabajador, siendo una institución de acceso limitado a diferencia de instituciones de salud públicas de la entidad ya que de acuerdo a la ley establecida en 1994 donde se establece que el Instituto está obligado a otorgar los servicios y prestaciones a los servidores públicos desde el momento en que ingresan al servicio, además se extiende el derecho de afiliarse al régimen de seguridad social al cónyuge o concubinario así como los ascendientes en línea directa del servidor público o pensionado, siendo dependientes económicos y mayores de 60 años, puedan recibir los beneficios de la seguridad social, esto representa un avance significativo ya que amplían la cobertura de los servicios a todo el núcleo familiar.

Es importante resaltar en dicha ley la forma en que el adulto mayor se ve implícito y va desde las prioridades que da la institución al cumplir con sus obligaciones de pago de pensiones al cumplir un mínimo de 55 años de edad puedan solicitar su pensión por edad y tiempo de servicio así como la pensión por retiro de edad avanzada que se otorga a aquellos servidores públicos mayores de 60 años y que hayan cotizado cuando menos de 12 años al instituto.(p.27 LII legislatura del estado, Toluca de Lerdo, México, 1994, Ver Anexo 3). Aunque esta Ley ha tenido

modificaciones en el 2011 donde “(...) Permite ampliar la cobertura del servicio a los hijos de los servidores públicos que continúen estudiando, los cuales tendrán la posibilidad de recibir atención médica hasta los 25 años, (...) El acceso inmediato a los servicios de maternidad, sin tener que esperar seis meses de cotización del servidor público, y la reglamentación de los riesgos de trabajo así como (...) Se establece un régimen mixto que comprende un Sistema Solidario de Reparto y otro de Capitalización Individual, la cual permite trasladar los años de servicio acumulados en otros sistemas de seguridad social y crear una cuenta individual de los servidores públicos afiliados al régimen de seguridad social que otorga el instituto (ISSEMyM, Historia del ISSEMyM: Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, 2017) ” Volviendo al ISSEMyM un organismo más incluyente respecto a las necesidades del derechohabiente lo que retoma un humanismo por parte de la institución hacia el derechohabiente.

De acuerdo a la Ley de seguridad social para los servidores públicos del estado y municipios los derechohabientes tienen acceso a servicios médicos, prestaciones obligatorias como comisión auxiliar mixta, riesgos de trabajo, pensiones, seguro por fallecimiento, créditos a corto, mediano y largo plazos, prestaciones sociales y culturales prescripciones y recurso de reconsideración. Las prestaciones de servicios médicos se integran por: medicina preventiva, atención de enfermedades no profesionales y maternidad. (P.10). Los servicios de medicina preventiva están enfocados en preservar, promover y mantener la salud de los derechohabientes y atienden:

- I. El control y vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación
- II. El control y vigilancia de enfermedades transmisibles
- III. La detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas
- IV. La educación y promoción de la salud
- V. La planificación familiar

VI. La atención materno-infantil

VII. La salud bucal

VIII. La salud mental

IX. La salud en el trabajo

X. El control y vigilancia de grupos vulnerables o de alto riesgo y

XI. Las demás acciones que determinen el sector salud y el Consejo Directivo del Instituto

Para Enfermedades no Profesionales y Maternidad los derechohabientes tienen derecho a recibir los servicios médicos de atención en diagnóstico, así como los tratamientos médico-quirúrgicos, hospitalización y de rehabilitación que sean necesarios.

En su capítulo primero “De los servicios médicos”, Sección primera “Generalidades”, Se define de forma general la atención médica obligatoria a sus derechohabientes mediante sus unidades médicas con las que cuenta la institución sin embargo en caso de existir imposibilidad para proporcionarla directamente se podrá contratar o subrogar estos servicios con otras instituciones de salud en los términos de la normatividad para el efecto se establezca, dando preferencia a aquéllas que tengan carácter público ya sean estatales o federales.

Para el caso de padecimientos infecto contagiosos, traumáticos o que sean producto de enfermedades crónico-degenerativas, el Instituto proporcionará los servicios correspondientes, de conformidad con lo que señalen las disposiciones reglamentarias de esta ley. El ISSEMyM además de la Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado y Municipios existen reglamentos que regulan la actividad de la institución interna y externamente, estos reglamentos han sido publicados en gacetas de gobierno y dictaminados mediante el poder ejecutivo del Estado de México.

El instituto ha desarrollado diversos convenios con instituciones públicas y privadas con el fin de proporcionar servicios de calidad a sus derechohabientes de las cuales en atención médica ha entablado convenios con instituciones de salud públicas municipales, estatales, federales y académicas, así como instituciones académicas particulares. Los diferentes tipos de convenios realizados han proporcionado de atención médica a derechohabientes, desarrollado profesionalmente a estudiantes y capacitado personal con la finalidad de brindar una mejor calidad de vida para el paciente, sin duda una herramienta esencial en el desarrollo institucional, pero son los planes de desarrollo los que definen la dirección que determina las prioridades y objetivos del ISSEMyM cuyas metas están reflejadas en el plan de desarrollo estatal expedido en cada administración de gobernador de la entidad, a su vez este se sub divide por regiones, el cual tiene una vigencia de 6 años que implican estrategias, líneas de acción, y metas.

Es importante aclarar que cada plan de desarrollo cuenta con objetivos establecidos de acuerdo a la región, lo que brinda al desarrollo institucional lugar y temporalidad siendo muy específicos en su aplicación de acuerdo a la región, lo cual nos permite conocer de forma preliminar el crecimiento institucional, esta forma de proyección de la institución ofrece una solución a un plazo de 6 años a realizar sin embargo las medidas que debiera aplicar el ISSEMyM debieran a ser a proyectando un crecimiento poblacional como el que se prevé tendrá la sociedad los próximos 30 años dando lugar a una demanda de servicios importante.

En el Plan Estatal de Desarrollo 2011-2017 Estado de México (Ver Anexo 4._ Plan Estatal de Desarrollo 2011-2017) describe para las 16 regiones diversas estrategias para el ISSEMyM observando una acción en común que es *incrementar la cobertura de las instituciones de salud en todos sus niveles de atención impulsando que el ISSEMYM amplíe y consolide servicios de calidad*, solo en algunas regiones se contemplan estrategias puntuales como Remodelaciones, ampliaciones y equipamiento a hospitales o clínicas. Existen dos estrategias propuestas en este plan: *Implementar un sistema de programación de citas vía telefónica e Internet para las clínicas y Crear un sistema de evaluación de*

la satisfacción de los usuarios de las clínicas Las cuales ofrecen soluciones de una manera que involucra equipamiento de tecnologías y un acercamiento con el usuario para conocer su percepción de los servicios y la calidad de los mismos abriendo la posibilidad a la institución de abrirse a estrategias integrales que contemplen el beneficio del usuario como finalidad.

Como toda institución para un desarrollo prospero interviene un factor fundamental que es el aspecto económico, el cual la institución distribuye en 8 principales rubros que son:

Servicios personales: Agrupa las remuneraciones del personal al servicio de los entes públicos, tales como: sueldos, salarios, dietas, honorarios asimilables al salario, prestaciones y gastos de seguridad social, obligaciones laborales y otras prestaciones derivadas de una relación laboral; pudiendo ser de carácter.

Materiales y suministros: Agrupa las asignaciones destinadas a la adquisición de toda clase de insumos y suministros requeridos para la prestación de bienes y servicios y para el desempeño de las actividades administrativas.

Servicios generales: Asignaciones destinadas a cubrir el costo de todo tipo de servicios que se contraten con particulares o instituciones del propio sector público; así como los servicios oficiales requeridos para el desempeño de actividades vinculadas con la función pública.

Ayudas, subsidios y transferencias: Agrupa las asignaciones que se destinan en forma directa o a través de los Organismos Públicos a los diferentes sectores de la sociedad, de acuerdo a las estrategias y prioridades contenidas en el Plan de Desarrollo. Incluye las previsiones de gasto de los Organismos Descentralizados que por sus características de operación.

Bienes muebles e inmuebles: Agrupa las asignaciones destinadas a la adquisición de toda clase de bienes muebles e inmuebles requeridos en el desempeño de las actividades de los Organismos Públicos. Incluye los pagos por adjudicación, expropiación e indemnización de bienes muebles e inmuebles a favor del Gobierno.

Obras públicas: Asignaciones destinadas a obras y proyectos productivos y acciones de fomento, incluye los gastos en estudios de pre inversión y preparación del proyecto; también se entiende por inversión pública a todo recurso orientado a programas y/o proyectos de obra pública, así como aquellos que tienen como finalidad propiciar el desarrollo, elevar la producción y productividad, generar bienestar social que privilegien el interés colectivo y la creación del bien común; proyectos de prestación de servicios, además de los que incrementan, conservan y mejoran el patrimonio estatal.

Inversión financiera y otras erogaciones: Erogaciones que realiza la administración pública en la adquisición de acciones, bonos y otros títulos y valores; así como en préstamos otorgados a diversos agentes económicos. Se incluyen las aportaciones de capital a las entidades públicas; así como las erogaciones contingentes e imprevistas para el cumplimiento de obligaciones del Gobierno.

Deuda pública: Asignaciones destinadas a cubrir obligaciones por concepto de deuda pública interna y externa derivada de la contratación de empréstitos; incluye la amortización, los intereses, gastos y comisiones de la deuda pública, así como las erogaciones relacionadas con la emisión y/o contratación de deuda. Asimismo, incluye los adeudos de ejercicios fiscales anteriores (ADEFAS).

De acuerdo a la Información Pública de Oficio Mexiquense (IPOMEX) 2010-2017 desde el 2010 la segregación del presupuesto a la institución ha ido en aumento, distribuido en los ocho rubros, sin embargo una de las principales problemáticas que vive la institución es el aumento en Ayudas, subsidios y transferencias la cual

engloba pensiones, funerales, pagas de defunción, becas, etc. Ya que este rubro en el 2010 significaba el 37% del presupuesto total asignado a la institución en comparación al 2017 que representa el 44%, así mismo la reducción de ingreso en Obras públicas donde su presupuesto asignado en el 2010 era del 1.0% en referencia al 2017 donde representa el 0.5%, esto refleja un aumento anual considerable en los egresos de la institución y una inversión a la baja en infraestructura. Este problema aqueja una responsabilidad de la institución con sus derechohabientes quienes demandan la percepción de sus atribuciones al cumplir con sus respectivas obligaciones de pago en la prestación de servicios de la institución, pero esta demanda está obligando al ISSEMyM a buscar soluciones de cobertura médica que avecinan retos y desafíos para la institución.

De acuerdo al Anuario estadístico y geográfico 2015 (INEGI:2015) el ISSEMyM presenta una población de 1'093,069 derechohabientes de los cuales 384,518 son personas mayores de 60 años, al igual que en la distribución porcentual de la población del estado el ISSEMyM presenta una desproporción en la entidad respecto a sus afiliados siendo zonas como el Valle de México donde se ubican municipios de 10,000 a 30,000 derechohabientes, el centro del estado de 2,000 a 8,000 con excepción de Toluca donde se encuentran la mayor cantidad de derechohabientes con 283,917 y esto en gran medida por ser la capital del estado y albergar las estancias de gobierno Estatales, en los municipios de la periferia del estado se ubican municipios con poblaciones derechohabientes menores a 2000 personas lo que mantiene una mayor concentración de personas afiliadas a la institución en el centro del estado donde existe la mayor cantidad de infraestructura de la institución.

3.3. _CASOS DE ESTUDIO ISSEMyM

Desde el 2016 se han tenido acercamientos con el ISSEMyM por parte del investigador los cuales han permitido una aportación mutua de información que contribuye al ampliar el dimensionamiento del estado del arte actual con el que cuenta la institución, además de información la institución dio oportunidad al investigador Daniel Mendieta Caballero el ingreso a unidades médicas (Ver anexo *5._Autorización de trabajo de investigación Estrategias para la dotación de infraestructura hospitalaria para la cobertura geriátrica en el ISSEMyM con vigencia al año 2050.*

La finalidad de las visitas es conocer aspectos generales como *accesibilidad, funcionalidad arquitectónica, áreas especiales para el adulto mayor y observaciones arquitectónicas* que el investigador evaluó de acuerdo al enfoque del trabajo terminal de grado, además de la obtención de aportaciones mediante testimonios de personal, información general de la situación del adulto mayor (frecuencia de derechohabientes adultos mayores, tiempos, ingreso, metodología de atención), deficiencias y observación empírica del ingreso de los pacientes observado su estancia dentro de cada unidad. Los casos de estudio son:

- Clínica de Consulta Externa B “Alfredo del Mazo Vélez”, Región Toluca ubicada en el municipio de Toluca. Autorización de ingreso: Dra. Anaid Romero Arreola, Proporción de información: Enf. Mireia Torres Tapia. Clínica de primer nivel con mayor número de derechohabientes de toda la entidad (Anexo 5.1)
- Hospital Regional Tenancingo ubicado en el municipio de Tenancingo. Autorización de ingreso: Lic. Rosicely Bustillo Castillo, Proporción de información: Enf. Leticia García López. Este hospital atiende la región Tenancingo la cual la componen los municipios de Sultepec, Texcaltitlan, Almoloya de Alquisiras, Coatepec Harinas, Zacualpan, Villa Guerrero, Ixtapan de la Sal, Tonicato, Tenancingo, Zumpahuacan, Malinalco, Ocuilan (Anexo 5.2).

3.3.1._CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA B “ALFREDO DEL MAZO VÉLEZ”



1._Accesibilidad

La clínica se encuentra ubicada en la avenida José María Morelos Pte. La cual es una Avenida primaria de un solo sentido de circulación para transporte ligero (público y privado) donde el transporte de derechohabientes de su lugar de origen a la Clínica principalmente es transporte público seguido por autos particulares. Al momento de ingresar a la clínica de manera autónoma el paciente se encuentra a menos de 10 metros de la calle a la clínica cuenta con accesibilidad mediante una rampa y escalones (Imagen 2 y 3), una vez dentro de la unidad debe de subir aproximadamente 80 cm mediante una rampa interior o escalones para llegar a una vestibulación general que le permite dirigirse a las diferentes áreas de atención: consultorios, curaciones, toma de signos, electrocardiogramas, rayos x y estabilización. En ambos casos la rampa y escalones cuentan con barandales de apoyo para el paciente (Imagen 4 y 5). Para el caso de los pacientes que llegan en transporte particular o ambulancia el acceso desde el estacionamiento a la unidad cuenta con una accesibilidad directa donde se cuenta con rampas de acceso (Imagen 6).

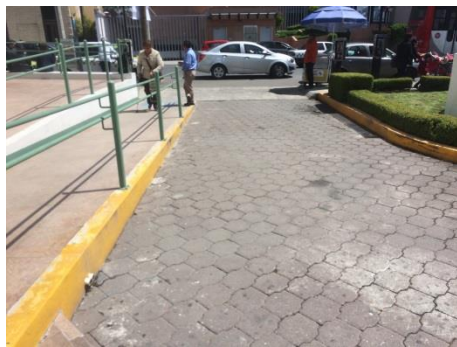


Imagen 2 - Acceso de calle a clínica mediante rampa

La rampa de acceso parte desde el límite de la banqueta al acceso principal de la clínica, cuenta con barandales de apoyo a los extremos.



Imagen 3 - Acceso de nivel de calle a Clínica mediante escalones

Los escalones que permiten el acceso del nivel de calle a la clínica son escalones con un peralte de 15 cm los cuales están boleados de las aristas por seguridad.



Imagen 4 – Rampa interna

La rampa interna de acceso cuenta con descansos intermedios y barandales dobles a diferente altura para aquellas personas que suban caminando o en silla de ruedas.

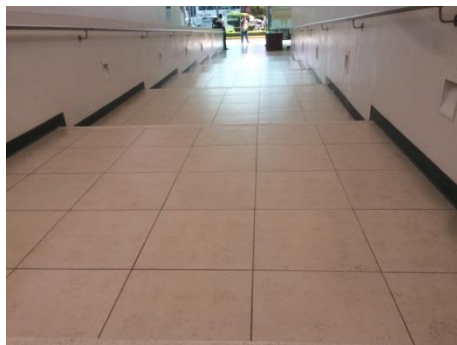


Imagen 5 – Escalones internos

Aquellos pacientes que cuentan con una movilidad sin restricciones tienen la alternativa de transitar por las escaleras las cuales cuentan con barandales laterales como apoyo.



Imagen 6 – Accesibilidad desde estacionamiento

El traslado de un derechohabiente a la clínica presenta un riesgo bajo al contar con una distancia menor de 20 mts, con un nivel en todo el estacionamiento facilitando la movilidad para aquellos pacientes en silla de ruedas.

2. Funcionalidad arquitectónica

Una vez que el paciente ingresa a la unidad su desplazamiento hacia las distintas áreas donde se le brindará atención es práctica y sencilla ya que la distribución arquitectónica del inmueble ofrece una vestibulación general que delimita recorridos para él paciente (Imagen 7), para el personal que labora en la unidad la funcionalidad es distinta ya que la conexión de áreas da como resultado largos recorridos entre sí, además de tener delimitantes espaciales en áreas administrativas, privadas y de servicio por el crecimiento del personal ante la demanda de servicios (Imagen 8).



Imagen 7 – Vestibulación interna

La vestibulación interna permite a los pacientes trasladarse de forma práctica a áreas como consultorios, toma de signos vitales, sanitarios, toma de rayos X, curaciones, estabilización, relaciones públicas y servicio social.



Imagen 8 – Recorridos internos para personal

El traslado del personal dentro de la unidad representa recorridos prolongados, subir o bajar niveles derivados de la distribución arquitectónica y su funcionalidad la cual divide en áreas públicas y restringidas.

3. Áreas especiales para el adulto mayor

En la clínica existen apoyos para el adulto mayor y su desplazamiento como barandales y rampas sin embargo como unidad médica de primer contacto está diseñada para atender a todo grupo de derechohabientes, una iniciativa del área *Promoción de la salud* llamada “Jóvenes por siempre” realiza actividades destinadas al adulto mayor como ejercicios físicos, manualidades, danza y apoyo de grupos psicológicos realizados en el salón de usos múltiples de la unidad acondicionándolo con mobiliario a cada tipo de actividad (Imagen 9-11).

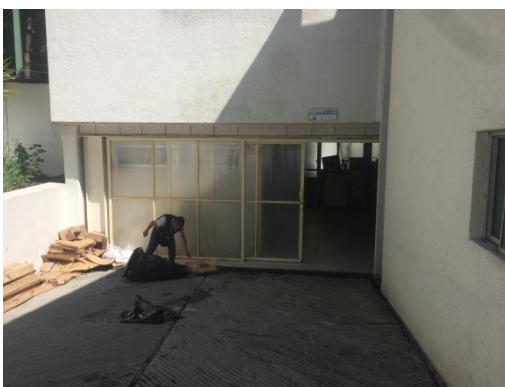


Imagen 9 – Salón de usos múltiples

La accesibilidad al salón de usos múltiples es mediante el inmueble o directamente desde el área de estacionamiento, su acceso es mediante una rampa de concreto estriado.



Imagen 10 – Interior Salón de usos múltiples

Por la función de este espacio el mobiliario empleado es constantemente sustituido de acuerdo al tipo de actividad ejecutada, para las realizadas por los adultos mayores se emplea mobiliario como sillas, tapetes, escritorios, entre otros.



Imagen 11 – Club Gerontológico Jóvenes por siempre

Al tener actividades constantes este espacio se ve apropiado por los pacientes geriátricos para realizar actividades complementarias al cuidado de su salud.

4._Observaciones arquitectónicas

Una vez realizada la visita al inmueble se pudieron determinar ciertas observaciones de funcionamiento que a la clínica le ocasionan deficiencias de atención que pueden ser mejoradas para su optimización de espacios y brindar una mejor calidad de servicios al derechohabiente.

a) Acceso

Al ingresar a la clínica se observa una bahía de ascenso y descenso sin embargo la rampa situada en esta zona tiene un inicio de desarrollo situado al límite de la banqueta lo que obliga a toda aquella persona que ingrese en silla de ruedas a desplazarse hasta la banqueta para hacer uso de la rampa como se muestra en las imágenes 12 y 13.



12._Bahía de ascenso y descenso



13._Desarrollo de rampa

b) Pasillos

El conectar áreas de primer contacto con el paciente con áreas privadas para el persona los desplazamientos dentro la clínica se vuelven distantes de un punto a otro lo que obliga al personal a tomar opciones que faciliten su movilidad sin recorrer tantas distancias, esta medida trae consigo un desuso de ciertas zonas de la clínica lo que refiere a espacios que no están siendo aprovechados por pacientes ni por personal (Ver maginen 14 y 15). Aunque existen varias alternativas de desplazamiento dentro de la unidad algunas tienen restricciones de

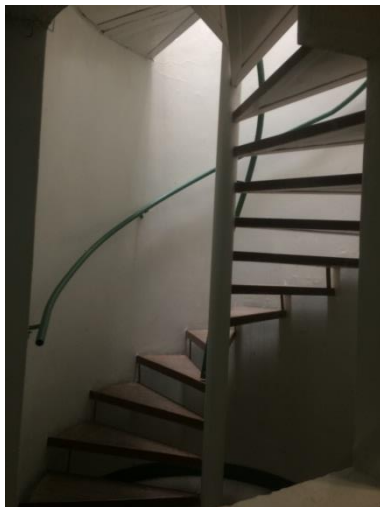
dimensionamiento como escaleras las cuales por su desarrollo angosto hace que el personal opte por otras vías donde las escaleras cuentan con medidas más adecuadas (Ver maginen 16-18), en ambos casos la repercusión son los tiempos que demora el personal en trasladarse de un lugar a otro aumentando por el cambio de rutas e incidiendo en el tránsito de otras áreas cargando más unas que otras.



14._Pasillo sin transito



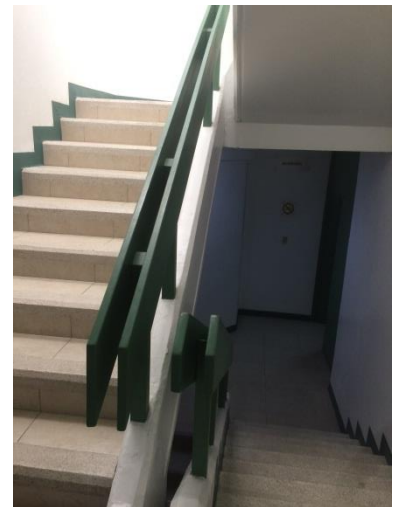
15._Accesos sin frecuencia



16._Escaleras evadidas



17._ Escaleras concurridas



18._ Escaleras inutilizadas

c) Espacios de atención

Los espacios donde el paciente recibe atención médica están ergonómicamente desproporcionados entre si contando con mayor espacio lugares donde la frecuencia de pacientes y persona es poca y lugares reducidos donde se brinda constantemente servicios, los casos más puntuales observados en la clínica son:

Curación: actualmente cuenta con 3 camillas de atención las cuales por la demanda el paciente debe esperar o ingresar de pie a recibir la curación correspondiente.

Cubículos médicos: La imitación de espacio hace que el mobiliario requerido por el personal no pueda tenerse a la mano para realizar los distintos procesos de medición y chequeo.

Toma de electrocardiograma: Por el espacio reducido donde se toman estos estudios obliga a permanecer al personal afuera del área dejando únicamente al paciente y una persona al interior.

Además de las observaciones en áreas donde interactúa el paciente las áreas de uso por personal de la institución presenta ciertas características que complica el desempeño del personal las cuales corresponden a:

Promoción de la salud: Esta área ha tenido un sobrecupo por las distintas actividades que realiza el personal de enfermería las cuales demandan un lugar para organizar y controlar las actividades ya que son alrededor de 4 personas encargadas de esta área sin embargo el espacio demerita y obstaculiza el otorgamiento de servicios (Imagen 19 y 20).

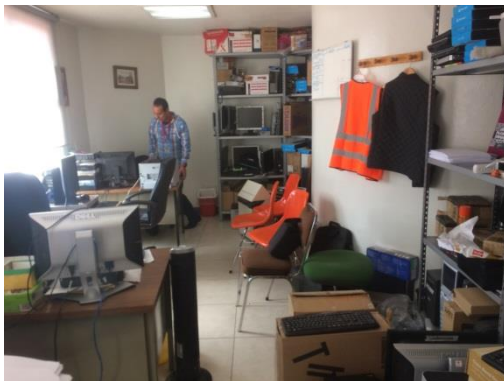
Área de sistemas y bioestadística: El personal que labora en estas áreas se ve comprometido y obstaculizado por almacenar equipo obsoleto que no puede ser almacenado en otros lugares por sus características, si bien no son áreas de atención a terceros se ven afectadas por la reducción de espacios lo cual afecta al desempeño de labores que en estas áreas se realizan (Imagen 21 y 22)



19._Promoción de la salud (1)



20._ Promoción de la salud (2)



21._Área de sistemas



22._Bioestadística

d) Área para desarrollo de actividades de adultos mayores

Al improvisar el salón de usos múltiples para desarrollar actividades en beneficio de la salud del adulto mayor se enfrenta con limitaciones de accesibilidad y de funcionamiento ya que este espacio su función es ajena a la destinada, no obstante es una gran contribución para el crecimiento de las necesidades de los pacientes y tener un lugar donde implementar actividades resulta de gran apoyo sin embargo las limitaciones con las que cuenta este lugar resultan ser condicionantes físicas como una pendiente prolongada para subir o bajarla sin apoyos laterales como barandales considerando que no todos los pacientes geriátricos puedan bajar dicha rampa (Imagen 23) al ser un salón de usos múltiples las actividades son itinerantes lo que hace que el mobiliario se coloque y retire una vez concluida la actividad a desarrollar (Imagen 24).



23._Rampa de acceso a salón

24._Mobiliario en salón de usos múltiples

La finalidad de estas observaciones arquitectónicas es conocer el estado general de la clínica de primer nivel con respecto a su función las cuales son fundamentales como punto de partida para poder proponer adecuaciones, mejoramientos o implementación de áreas en caso de requerirlas al momento de determinar estrategias de cobertura geriátrica.

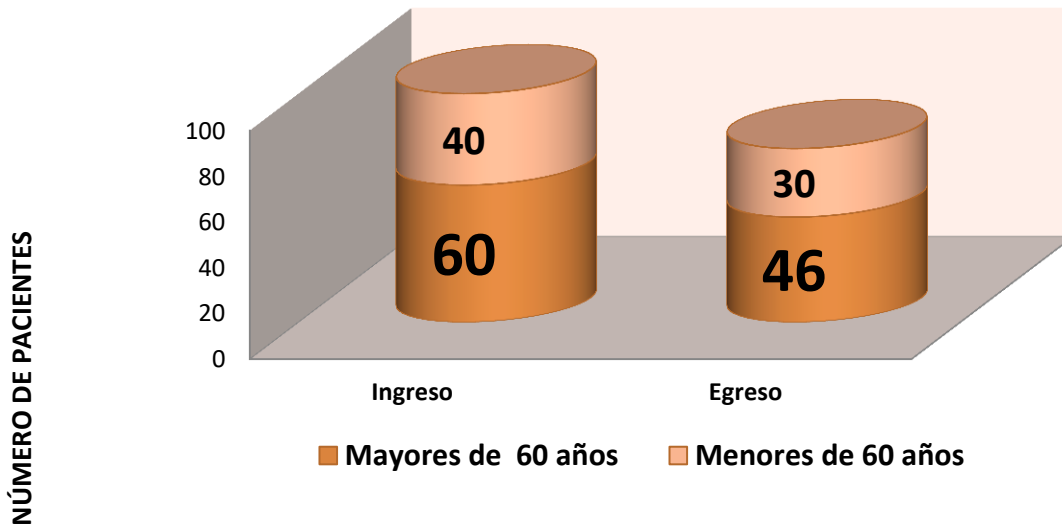
5._ Cobertura geriátrica

La clínica atiende derechohabientes provenientes de los municipios de Toluca, Zinacantepec, San Francisco Tlalcilcalpan y de forma especial de la región Zitácuaro- Michoacán. Cuenta con 2 médicos generales que se encargan de atención geriátrica, un Gerontólogo el cual cada mes cambia por parte del programa de servicio social de la institución, así como personal de enfermería encargado del apoyo a los pacientes.

El derechohabiente geriátrico puede obtener una cita acudiendo a la clínica a las 7 de la mañana o bien vía telefónica, este beneficio es único de derechohabientes mayores de 60 años. Si bien la implementación de tecnologías se piensan en favor de los pacientes algunos recurren al modelo tradicional de obtención de cita ya sea para solicitar ser atendidos por algún médico de su preferencia o por seguridad el acudir a la clínica directamente.

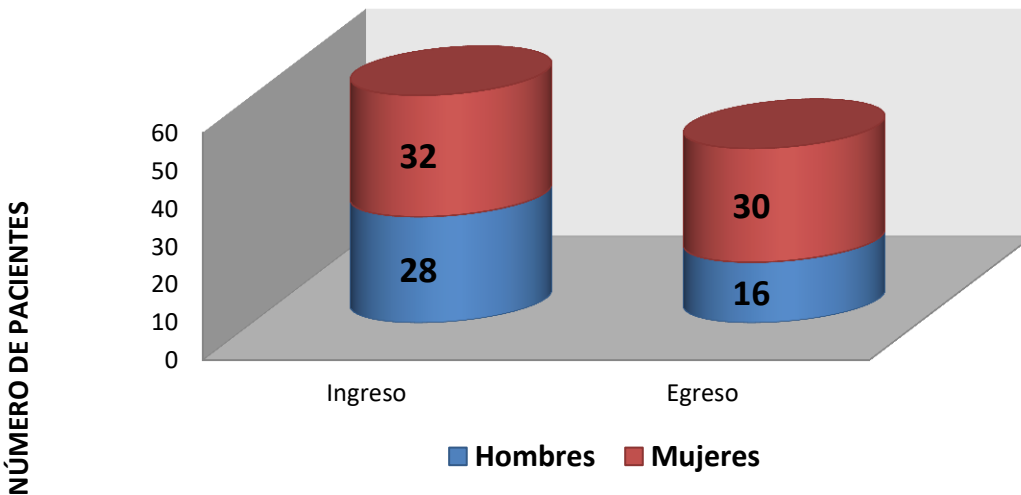
Para poder determinar un flujo de pacientes se hizo un censo de las 12:00 pm a las 13:00 pm el día jueves 28 de Junio, como resultado se resume en la Grafica 1._Ingreso y egreso de derechohabientes.

Grafica 1._Ingreso y egreso de derechohabientes



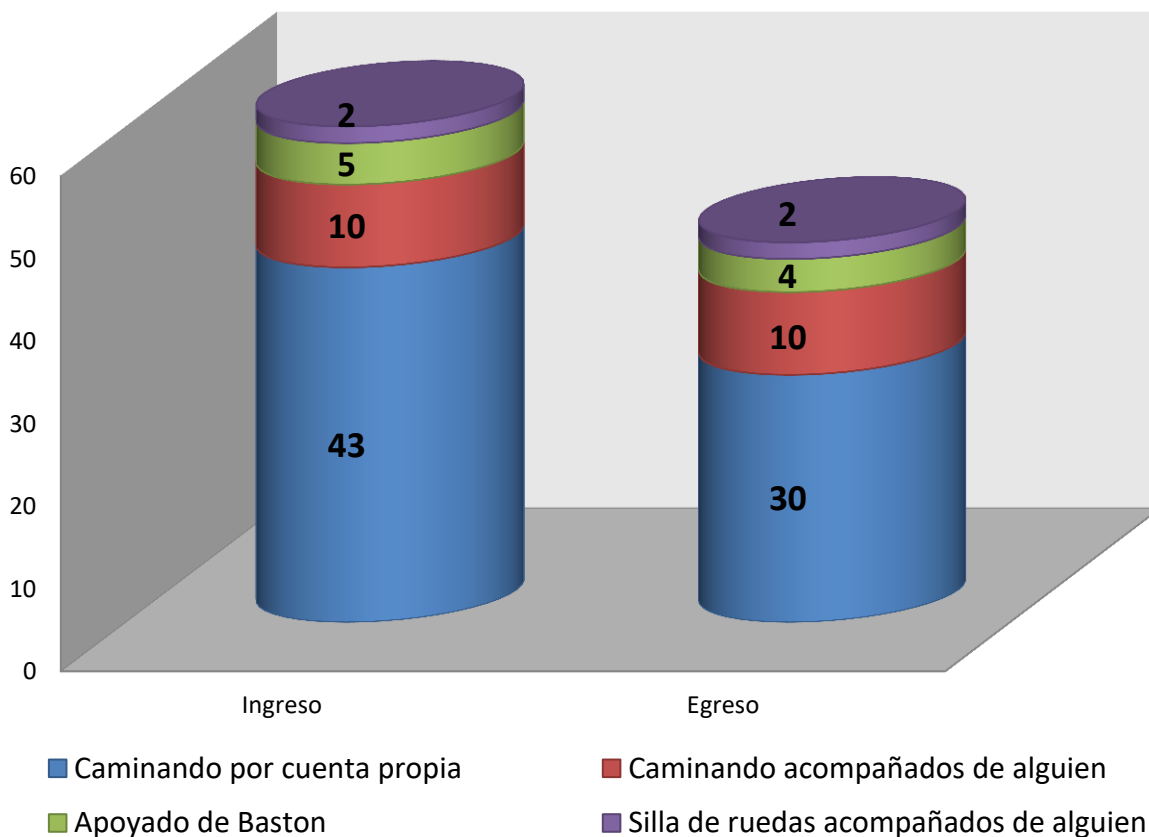
De los cuales en los adultos mayores se presenta una variedad entre el ingreso y egreso de hombres y mujeres distribuidos (Grafica 2._Sexo de ingreso y egreso).

Grafica 2._Sexo de ingreso y egreso



Tanto al ingresar como egresar de la clínica los adultos mayores se encontraban en distintas situaciones físicas 1._Caminando por cuenta propia 2._Silla de ruedas acompañados de alguien 3._Apoyado de Bastón y 4._Caminando acompañados de alguien (Grafica 3._Medio de ingreso y egreso).

Grafica 3._Medio de ingreso y egreso



Es esencial conocer la situación física del paciente tanto al ingresar como al egresar de la unidad médica ya que estas condicionantes físicas pueden ser un detonante de alternativas de apoyo para el derechohabiente en conjunto con las observaciones antes descritas, se puede llegar a puntualizar en problemas o recursos positivos que puedan explotarse o reforzar en cada unidad respecto a su situación actual.

3.3.2._HOSPITAL REGIONAL TENANCINGO



1._Accesibilidad

El hospital se encuentra ubicado sobre la Avenida Tenancingo de Degollado a San Andrés Nicolás Bravo en el municipio de Tenancingo de Degollado la cual es una avenida principal con circulación en ambos sentidos con tránsito de transporte ligero y pesado, para poder acceder al hospital se tiene que bajar la rampa de acceso y recorrer aproximadamente 60 metros de la banqueta al cualquiera de los 2 accesos de la clínica (Imagen 25 y 26), de acuerdo al tipo de servicio se cuenta con 2 accesos *urgencias* y *consulta* donde el paciente puede ingresar caminando, en silla de ruedas por medio de rampas de acceso o camilla en caso de ser urgencia (Imagen 27). En algunos casos donde el paciente llega en vehículo particular el desplazamiento del estacionamiento al acceso se encuentra a 30 m subiendo de nivel de piso de estacionamiento a piso del hospital mediante rampas.



Imagen 25 - Acceso de calle a Hospital mediante rampa peatonal/vehicular

La rampa de acceso parte desde el límite de la banqueta al acceso principal donde se encuentra un área de vigilancia, enseguida se traslada el paciente a cualquiera de los dos accesos con los que cuenta el hospital.



Imagen 26 - Acceso para consultas

Para poder acceder al hospital se debe atravesar una explanada y subir por escaleras o rampa de acceso subiendo en ambos casos 0.80 m sobre el nivel de la explanada.



Imagen 27 - Acceso para urgencias

El área de urgencias está limitada a una rampa de acceso y mediante la canalización en camilla la cual se da con el arribo de la ambulancia cuando traslada a algún paciente de urgencia.



Imagen 28 – Rampa de acceso

La rampa de acceso para personas en silla de ruedas que sube a la explanada previa al acceso cuenta con un desarrollo de 1.20 m y una pendiente menor al 10% .

2. Funcionalidad arquitectónica

Una vez que el paciente ingresa al hospital se desplaza mediante un vestíbulo central a las áreas que son consultorios, cirugía, bioestadística, servicio social, laboratorio, dirección, promoción de salud, farmacia, sanitarios (Imagen 29). La movilidad hacia estos puntos es corta y de fácil accesibilidad para el paciente así como para el personal, una vez canalizado el paciente a un servicio de especialidad como quirófano o encamados requiere la asistencia de personal para poder llegar a dichas áreas pasando por filtros de control (Imagen 30),.



Imagen 29 – Vestibulación interna

La vestibulación interna permite a los pacientes trasladarse de forma práctica a zonas de atención primaria como consultorios, laboratorio, farmacia o curaciones.



Imagen 30 – Recorridos internos para especialidad

La vestibulación hacia zonas más especializadas son restringidas para público general únicamente pueden acceder mediante el apoyo de personal del hospital de acuerdo al tipo de servicio que se le vaya a brindar al paciente.

3. Áreas especiales para el adulto mayor

Por el tipo de atención de segundo nivel que ofrece el hospital algunas áreas están diseñadas para brindar servicios específicos de atención a la salud sin embargo existe el apoyo por parte del área *Promoción de la salud* con el programa “Jóvenes por siempre” el cual realiza actividades físicas destinadas al adulto mayor, dichas actividades son llevadas a cabo en lugares improvisados al exterior de la clínica.

La modalidad de operación de servicios de emergencias como cualquier hospital de segundo nivel cataloga sus prioridades en:

Rojo emergencia: Eventos que ponen en peligro la vida o función de un órgano en forma aguda y debe ser atendido dentro los primeros 10 minutos a su llegada a urgencias.

Amarillo urgencias: Condiciones en las cuales el paciente puede deteriorarse, llegando a poner en peligro su vida o la función de alguna extremidad, así como reacciones adversas que pueda presentar el paciente al tratamiento establecido y debe ser atendido en los primeros 30 a 60 minutos.

Verde no calificada: Condiciones que el paciente considera como prioritaria pero que no pone en peligro su vida. Situaciones médico administrativas y medico legales, no existe un tiempo límite para su atención.

Ante estas medidas tanto menores de 5 años, embarazadas y personas mayores de 60 años llevan prioridad sobre otros grupos poblacionales para recibir atención de urgencias. Cabe mencionar que si algún paciente llega de cuenta propia al servicio de urgencias o consulta en la caseta de vigilancia le brindan silla de ruedas en caso de requerirlo.

4._ Observaciones arquitectónicas

Al concluir la visita al inmueble se pudieron determinar observaciones sobre el funcionamiento en algunas áreas que al hospital le ocasionan deficiencias o riesgos de operación al brindar atención a sus derechohabientes, el propósito de su análisis es poder brindar un panorama para poder mejoradas y brindar una mejor calidad de servicios al paciente.

a) Acceso

La avenida de acceso al hospital es una vialidad con tránsito ligero y pesado, con transporte público y privado en circulación con una velocidad promedio de 60 a 80 km/hora volviendo una vía riesgosa para el ingreso al hospital ya que no hay bahías de reducción o topes que reduzcan la velocidad de los automóviles para el ingreso al hospital, pero más peligroso aún para aquellas personas que cruzan la vialidad ya que no existe un puente peatonal o vados que faciliten el cruce de pacientes que pretendan ingresar a la unidad (Imagen 31 y 32), pensando en el cruce de una persona mayor con problemas de movilidad que ha llegado por transporte público el cruce se podría ser hasta mortal, dicha problemática es corroborada con personal y pacientes que al compartir su experiencia al llegar tienen complicaciones en este punto de acceso.



31._ Vialidad de acceso al Hospital (1)



32._ Vialidad de acceso al Hospital (2)

b) Rampa de acceso

Desde la calle al nivel de acceso al hospital se tiene una diferencia de 3 metros los cuales se bajan mediante una rampa vehicular/peatonal la cual cuenta con 2 carriles y una banqueta, el ingreso para una persona con alguna limitación física puede resultar difícil al no tener algún apoyo para poder subir dicha rampa ya sea barandales, descansos o apoyo de alguien (Imagen 25).

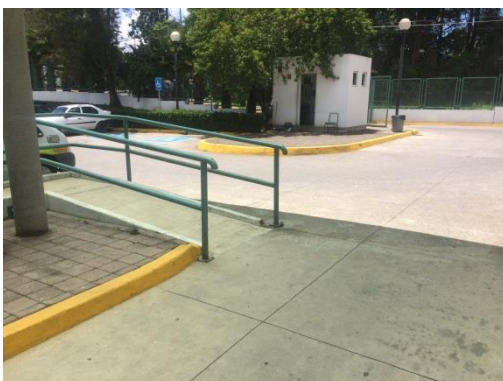


Imagen 25 - Acceso de calle a Hospital mediante rampa peatonal/vehicular

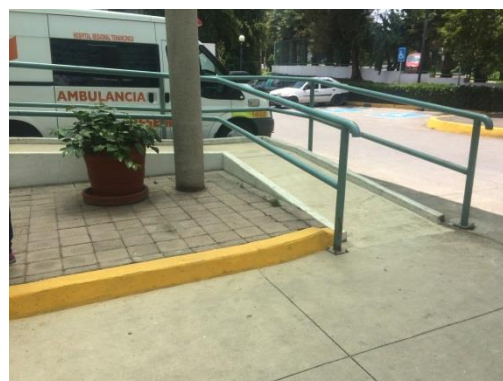
La implementación de apoyos para personas con alguna limitación física resultan ser de menor costo al contar con un acondicionamiento de la rampa para circulación peatonal.

c) Estacionamiento

Una contribución positiva para el adulto mayor con la que cuenta el hospital es el tener cerca el estacionamiento particular a los accesos sin embargo por la circulación cruzada que se tiene las ambulancias que ingresan al hospital tienen dificultad de maniobrar cuando se cuenta con tráfico en la rampa o en el estacionamiento, pensando en situaciones de urgencias estas dificultades operativas pueden ser mortales (Imagen 33 y 34).



33._Circulación de estacionamiento (1)



34._ Circulación de estacionamiento (2)

d) Accesibilidad en urgencias

Al momento del ingreso en el área de urgencias se cuenta con una rampa de acceso para subir al nivel donde se recibe la camilla pero para que el personal de la ambulancia o personal del hospital bajen deben recurrir a la misma rampa lo que en una emergencia puede ocasionar un colapso de circulación, considerar alternativas como colocar escalones o ampliar las dimensiones de la rampa existente podrían apoyar esta problemática evitando perder tiempo que sin duda es crucial para un paciente atendido en esta área.



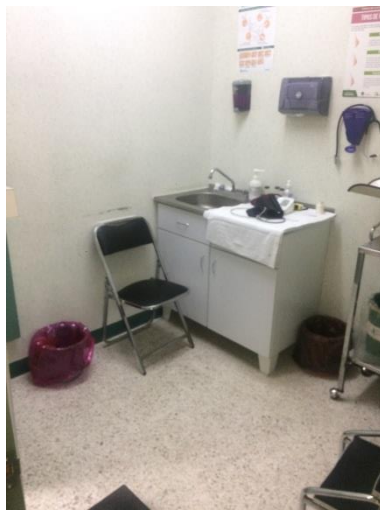
35._Recibimiento de ambulancia en urgencias 36._ Rampa de acceso urgencias

Una vez al interior el paciente es canalizado a 2 consultorios o área de triage la cual se encuentra colindando a la recepción, aunque su acceso es directo el ingresar con una silla resulta complicado por el dimensionamiento de la puerta la cual es limitada al ancho mínimo de una persona (Imagen 37), además de estas observaciones personal del hospital describe la falta de regaderas y toma de oxígeno (Imagen 38). Esta zona debiera tener una vinculación directa con la entrada de urgencias en camilla por su tipo de servicio brindado la cual se encuentra aislada pese a que se cuenta con la conexión directa al pasillo de urgencias (Imagen 39) así como se debe tener cuidado en las nuevas adecuaciones que van surgiendo en el hospital y evitar dejar instalaciones eléctricas en contacto con instalaciones hidráulicas (Imagen 40).

Aunque el equipamiento de la sala es el indicado para los estudios que en él se realizan existe una falta de apoyos para personas con dificultades físicas en sanitarios donde se contemplan dimensiones para discapacitados pero no apoyos manuales (Imagen 41), ante todas las medidas de acondicionamiento o remodelación se debe considerar la accesibilidad universal ya que de ella deriva la consideración hacia los adultos mayores.



37._ Acceso a triage



38._ área de triage



39._ Pasillo de urgencias



40._ Regadera en área de choque



41._ Sanitario en sala de espera de urgencias

e) Áreas de consulta

Acceso: Después del sismo que se suscitó el 19 de Septiembre del 2017 las puertas que brindan acceso al inmueble sufrieron daños lo cual imposibilita abrir ambas puertas solo se puede acceder por una, estas afectaciones pueden ser mortales en caso de no atenderlas de forma puntual ya que el acceso y salida debe estar en óptimas condiciones siempre previendo cualquier fenómeno natural que permita un desalojo oportuno del inmueble (Imagen 42).

Consultorios: En algunos consultorios la limitación de espacio hace que el acomodo del mobiliario sea esencial para la accesibilidad del paciente ya que en algunos se presenta dificultad para ingresar por circulaciones estrechas donde la movilidad para una persona con bastón o silla de ruedas es inaccesible (Imagen 43) este ejemplo puede ser una gran oportunidad para implementar mobiliario con diseño adaptado a estas situaciones (Imagen 43).

Mostradores para atención a derechohabientes: La altura de mostradores para recibir atención o realizar cualquier trámite se encuentra a una altura superior a 1.00 m lo cual imposibilita la accesibilidad para personas en silla de ruedas.

Toma de signos vitales: Una de las observaciones del personal al momento de realizar la toma de signos vitales a los pacientes es la complicación que tienen al pasar pacientes a la báscula donde miden su peso ya que usualmente necesitan el apoyo de 2 personas para realizar este procedimiento, esta circunstancia puede verse cubierta al integrar nuevo mobiliario pensado en la necesidad como basculas para sillas de ruedas.

Áreas para actividad física del programa Jóvenes por siempre: No existen áreas propias para realizar las actividades del programa las cuales actualmente se realizan al aire libre limitando la asistencia cuando existan impedimentos meteorológicos u operativos por parte de la institución.



42._ Obstrucción de puerta



43._ Acomodo de mobiliario en consultorios

f) Laboratorio

Esta zona del hospital tiene una frecuencia de pacientes constante derivado a la realización de estudios diarios a los pacientes los cuales para poder acceder deben pasar por un registro y posteriormente pasan a la toma de muestra de acuerdo al estudio que soliciten, una vez obtenida la muestra la parte operativa del laboratorio está dividida en 3 áreas donde se hacen los estudios, sin embargo el crecimiento de la demanda ha hecho que el equipo y materiales de esta área se vean situados en lugares improvisados a falta de espacio (Imagen 44-47), incluso colocando reactivos en el aula del hospital en un refrigerador doméstico sin mencionar la falta de espacios personales para el personal de laboratorio quienes a falta de lugares sitúan pertenencias o electrodomésticos en lugares que pueden ser un riesgo en caso de alguna emergencia (Imagen 48-49).



44._ Colocación de materiales sobre mobiliario que no está diseñado para soportar cargas a falta de espacio.



45._ Material en escritorios 46._ Material situado en piso 47._ Falta de archiveros



48._ Falta de anaqueles 49._ Improvisación de cocineta

g) Vestibulación interna

Para llegar al área de *clínica de vida* se debe recorrer un trayecto incómodo para los pacientes al tener que transitar por encamados y áreas de atención personal donde pueden observar la estancia de otros pacientes, esta situación puede ser invasiva para los pacientes hasta violar su privacidad (Imagen 50-53).

Así como el recorrido de quirófano a encamados resulta muy abierto sin algún filtro que pueda limitar el acceso de alguna persona proveniente de urgencias a quirófano área de suma importancia mantener aislada de patógenos (Imagen 54).



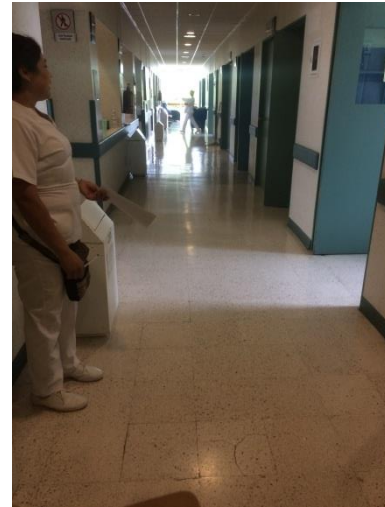
50._ Vestibulación interna (1)



51._ Vestibulación interna (2)



52._ Vestibulación interna (3)



53._ Vestibulación interna (4)



54._ Acceso a quirófano desde urgencias y encamados

5._ Cobertura geriátrica

El hospital general tiene la cobertura de la región Tenancingo compuesta por los municipios Sultepec, Texcaltitlan, Almoloya de Alquisiras, Coatepec Harinas, Zacualpan, Villa Guerrero, Ixtapan de la Sal, Tonatico, Tenancingo, Zumpahuacan, Malinalco y Ocuilan. La modalidad de atención al adulto mayor es mediante la canalización de alguna clínica de primer nivel a esta unidad sin embargo este hospital atraviesa una dificultad operativa al recibir pacientes que llegan de municipios como Tenango y Malinalco a falta de fichas en las clínicas de su competencia lo que vuelve el hospital en una clínica de primer nivel.

El programa “agenda pública” que consiste en llamar y tramitar una consulta vía telefónica dejó de emplearse desde el 2005 por motivos desconocidos, estos programas en favor del adulto mayor deben estar implementados de forma permanente actualizados a las nuevas tecnologías por el bien del paciente y beneficio socioeconómico de la institución.

Una situación grave que se está viviendo confirmada por personal del hospital es la creciente llegada de adultos mayores sin el acompañamiento de alguien, aunque en su mayoría llegan caminando por cuenta propia la ausencia de personas que los acompañen es preocupante ya que el cuidado del adulto mayor en ocasiones debe ser integral asistido por alguien más. El hospital ha emprendido una campaña denominada “*Campaña de cuidador primario*” cuyo empiezo fue a partir del 12 de Junio de 2018, en esta campaña se orienta al cuidado del adulto mayor con respecto a los cuidados que el paciente requiere y cómo lidiar con situaciones cotidianas que el paciente geriátrico presenta al momento de su cuidado.

El número de adultos mayores que asiste al hospital diario es aproximada de 50 a 70 sin embargo el registro de pacientes es alto de acuerdo al tipo de enfermedad tratada por citar las más recurrentes son: 836 Pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, 3,929 con diabetes y 2,909 hipertensos.

3.3.3._CONCLUSIÓN DE CASOS DE ESTUDIO

El análisis de los casos de estudio desde un enfoque del diseño permite conocer todo el proceso por el que debe de pasar tanto el paciente como la intervención de la institución para la obtención de atención médica. Las deficiencias que en muchas ocasiones como usuarios no conocemos en las que él diseño esta implícito son un referente para entender que el cuidado de la salud va más allá de una consulta es todo un esquema de elementos que ayudan al paciente y uno de ellos de vital importancia es la infraestructura, el caso puntual del ISSEMyM se analiza conociendo sus antecedentes históricos y su crecimiento a lo largo de los últimos 30 años (cobertura, infraestructura, derechohabiencia, etc.) ya que cada institución pública tiene un modelo de funcionamiento diferente derivado de estos elementos.

Conocer la institución por dentro y entender su operatividad, espacios y testimonio del personal que labora ahí es la más grande aportación para el diseño de propuestas conscientes de un contexto actual. Resaltar lo positivo y enmarcar lo que puede ser intervenido en favor de la institución para poder brindar un mejor servicio a sus derechohabientes es la finalidad de un diseño integral de estrategias.

3.4. INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO

Así como el ISSEMyM una de las instituciones que está afrontando la demanda de salud en la entidad es el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM), a diferencia del ISSEMyM el ISEM es una institución de carácter público cuya atención está enfocada a la población mexiquense. El ISEM cuenta con una infraestructura hospitalaria de 1216 unidades médicas las cuales 66 son unidades de hospitalización y 1150 unidades de consulta externa, a diferencia del ISSEMyM el ISEM cuenta con una infraestructura situada con un mayor número de unidades médicas al lado Oeste del estado donde los municipios cuentan con 10 o más unidades de consulta externa u hospitalización, cuando en el lado Este se sitúan municipios con 10 unidades o menos, manteniendo la similitud con el ISSEMyM de su mayor concentración de unidades en el valle de México y centro del Estado.

Es el ISEM ha sido quien ha dado un importante avance en la cobertura del población geriátrica con la implementación de una red de 19 Clínicas de Atención Geriátrica en la entidad de las cuales 10 se encuentran ya funcionando, con lo cual se busca beneficiar a más de 245 mil personas de este grupo etario, brindándoles atención adecuada, de alta calidad y con sentido humano, en su mayoría se encuentran situadas en el Valle de México con 3 de ellas al norte, sur y centro del estado, así como el centro Geriátrico Bicentenario “Mario Ruiz de Chávez y García”, ubicado en el municipio de Naucalpan que cuenta con 35 especialidades médicas y tecnología de punta para servicio a personas de la tercera edad así como las demás edades (El Universal Estado de México, 2013).

Estas clínicas están integradas por consultorios de Medicina General o Familiar, Geriátrica, Psicología, Estomatología, Nutrición y en algunos casos Psiquiatría, Ginecoobstetricia, Medicina Interna, Medicina de Rehabilitación y Traumatología. Los cuales son atendidos por médicos generales o familiares, odontólogos y enfermeras generales en algunos casos Médicos Geriatras, Pediatras, Internistas, Gineco obstetras, enfermeras auxiliares y responsables médicos en labores administrativas, dentro de la atención integral del paciente también se involucran químicos, nutriólogos, psicólogos y en algunos casos Licenciados en Trabajo

Social así como técnicos en estadística, laboratoristas, rehabilitación física, Odontología, Radiología y personal administrativo.

De las 18 clínicas las 10 que se encuentran funcionando brindan 1,500 consultas diarias (Gobierno del Estado de México, 2015) esta red beneficia a 700 mil adultos mayores con sus diversos servicios integrales de primer contacto lo cual permite percibir la aceptación de los adultos mayores en la entidad con clínicas que estén pensadas en un sector de la población específico. Aunque las clínicas atienden a adultos mayores es importante resaltar que de acuerdo a Dirección General de Información en Salud (SINERHIAS) Cierre Enero 2015, solo 4 de las 10 clínicas cuentan con atención especializada de un Médico Geriatra (Ver anexo 4). Como modelo de atención especializada a pacientes geriátricos resulta positivo derivado a la cantidad de población que acude a estas clínicas que representa el 46% de toda la población de adultos mayores que acuden a estas clínicas.

Aún con la implementación de medidas de atención especializada no solo el ISEM confronta el crecimiento poblacional ya que en el estado el IMSS e ISSSTE como instituciones federales de atención a derechohabientes también enfrentan una demanda proporcional y si hablamos de una comparativa entre instituciones todas refieren al mismo problema que no han focalizado para poderle dar la cobertura necesaria.

3.5. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

El instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es una institución federal que tiene como finalidad y objetivo el garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado. La cobertura geriátrica en el estado de México por parte del IMSS representa 56% de todos los adultos mayores en la entidad (Barrera, 2013). Es importante resaltar esta institución por su gran cobertura de salud pero

sobre todo su presencia al centro de la entidad y en zonas de mayor densificación como lo es el Valle de México y el lado Este del estado, en relación con el ISEM y el ISSEMyM, el IMSS cuenta con una cobertura de 212 unidades médicas con una infraestructura comprendida por departamentos de laboratorios, rayos x, conservación, trabajo social, enfermería, medicina preventiva, archivo, personal, médico y administrativo. Aunque la cobertura del IMSS es significativa en la entidad el instituto enfrenta con el mismo tipo de demanda de servicios que el ISSEMyM, ya que como seguro social cuenta con pago a pensionados, cobertura médica en crecimiento y demanda de servicios especializados para el sector geriátrico de la población.

3.6._INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES TRABAJADORES DEL ESTADO

Aunque la mayor parte de los adultos mayores se ven atendidos por el IMSS en el estado de México el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales Trabajadores del Estado (ISSSTE) atiende al 8.7% de los adultos mayores en la entidad superando al ISSEMyM, con 35 clínicas de 1er nivel, 2° y 1 de 3er nivel³⁰, distribuidas en todo el estado de México ubicándose 2 de segundo y una de tercer nivel en el Valle de México y uno de segundo nivel en la capital (ISSSTE, 2015), con este posicionamiento de la infraestructura hospitalaria del IMSS, ISSSTE, ISEM e ISSEMyM permiten alcanzar una cobertura hospitalaria en general óptima para la entidad, cuyos organismos de atención al derechohabiente están distribuidos de manera concentrada y centralizada en la mayoría de las instituciones aunque pareciera una cobertura total y respuesta oportuna a la atención médica la demanda demográfica mencionada en el crecimiento poblacional se ve reflejada en la derechohabiencia de los mexiquenses ya que es posible apreciar que existe una relación directa entre edad y derechohabiencia a partir de los 30 años, pues a medida que las personas envejecen, los porcentajes de derechohabientes se incrementan.

Esta tendencia se revierte a partir de los 85 años, pues la población derechohabiente en ambos géneros se contrae a porcentajes similares a los correspondientes a los menores de 15 años (INEGI, Censos de Población y Vivienda 1970-2015, 2016).

Es importante la similitud de menores de 15 años con los mayores de 60, derivado a la afiliación de los menores por parte de los padres o por su carácter de estudiantes que les permite permanecer asegurados en el transcurso de sus estudios básicos y las personas mayores de 60 años en varias ocasiones mantienen su seguridad social una vez que se jubilan.

3.7._CONCLUSIONES

1

La densidad poblacional en el Estado de México a lo largo de los últimos 30 años se ha visto influenciada por diversos movimientos poblacionales que han generado una concentración de población en municipios que colindan con la ciudad de México y la ciudad de Toluca, sin embargo como resultado de estos movimientos se ha visto la inversión de la pirámide poblacional mostrando un incremento de personas mayores de 60 años en varios municipios en la entidad reflejado en un panorama de envejecimiento estatal desigual.

2

Actualmente las personas mayores de 60 años representa el 9% del total de la población en la entidad, sin embargo el verdadero análisis del crecimiento es la proyección a los siguientes 30 años donde este sector de la población representará una cuarta parte de la población, visualizar un panorama sobre las necesidades y requerimientos que tendrá este grupo importante de la población es concientizar sobre el envejecimiento y prever lo que sería un envejecimiento colectivo a interactuar de forma directa o indirecta con este proceso.

3

El ISSEMyM como la primera institución en servicios de calidad en el Estado ha ofrecido por más de 40 años servicios médicos especializados de acuerdo a la necesidad del paciente cubriendo la demanda en toda la entidad concentrado sus servicios de segundo y tercer nivel en la capital del estado y el valle de México, el modelo de cobertura al servidor público que ha venido ofreciendo el ISSEMyM ha llegado a un punto en el que las prestaciones de los derechohabientes han focalizado los recursos de la institución dando mayor inversión a este rubro y dejando otros como obra pública con un menor ingreso lo que ha traído consigo una superación en la demanda que en la oferta y no son decisiones prioritarias del ISSEMyM las que definen estas segregaciones presupuestales sino su objetivo de la institución que desde sus inicios es ofrecer servicios de pensiones y prestaciones lo cual lo vuelca en un problema de cobertura de salud al cubrir sus obligaciones.

4

Las instituciones que tienen presencia en la entidad afrontan el mismo problema poblacional sin embargo el ISEM ha implementado con las clínicas geriátricas una solución al problema creciente aunque aún presenta deficiencias como la falta de médicos y personal especializado en el paciente. Por su parte el IMSS y el ISSSTE no cuentan con soluciones puntuales al problema pero son instituciones que atienden mayor cantidad de adultos mayores que el ISSEMyM y su cobertura es en toda la entidad manteniendo el mismo sistema de servicios especializados en la capital de la entidad y el valle de México.

ESTRATEGIAS DE COBERTURA

Las estrategias de cobertura para el ISSEMyM son soluciones a problemas latentes que vive y vivirá la institución, las cuales pretenden ser una solución integral que beneficie tanto a derechohabientes como a la institución con principios bioéticos en favor de la calidad de vida.

4.1._ESTRATEGIAS

De acuerdo a la real academia española (RAE) una estrategia es “La traza para dirigir un asunto”. En este capítulo se determina la fase programática y operativa contemplada en la metodología de la investigación las cuales involucran la determinación de los objetivos estratégicos que “son los cambios o efectos que debemos alcanzar en el mediano y largo plazo en nuestra organización o en la realidad en la que intervenimos. Por lo tanto, estos objetivos responden a una pregunta central: ¿Qué deseamos cambiar de la realidad interna y externa en la cual trabajamos?” (Medianero: p.19). Para la determinación de los objetivos estratégicos se parte de los principales problemas identificados para proponer las posibles soluciones.

Para poder adentrarse en la fase programática y operativa de la investigación es necesario identificar y contrastar los principales problemas con respecto a la cobertura geriátrica del ISSEMyM de acuerdo a la fase ideológica y analítica previamente analizada. Para lo cual se aplicaron 60 encuestas (Ver anexo Encuestas) a personas derechohabientes en la Ciudad de Toluca donde se cuenta con una afiliación de 283,917 (INEGI, 2015) y de ellos 97,667 son adultos mayores siendo el municipio con mayor concentración de adultos mayores en la entidad así como Valle de Bravo donde se cuenta con clínicas de primer nivel y hospital regional de segundo nivel de atención médica.

El principal objetivo de la aplicación de encuestas es determinar las necesidades del paciente geriátrico, así como contrastar y respaldar las conclusiones obtenidas en el marco teórico que arroja determinadas problemáticas a resolver, la cual se destinó a personas derechohabientes al ISSEMyM mayores de 60 años activos y jubilados. Esta parte del análisis programático debe estar respaldado de un aspecto fundamental para la investigación y es la interacción con la persona a quien se destina la finalidad de las estrategias, la parte medular de la investigación.

4.2._MECANISMOS Y FUENTES DE OBTENCIÓN DE LOS DATOS

Los criterios para la elaboración del instrumento están basados en recomendaciones del Dr. Hernández Sampieri, Roberto (2014) Recolección de datos cuantitativos. En *Metodología de la investigación* (págs. 195-262). México: McGraw-Hill/Interamericana. La encuesta consta de una carta introductoria para el lector la cual describe el motivo de la aplicación de la encuesta, la finalidad de la misma e información sobre los datos recolectados de carácter anónimo sin fines de lucro. Seguida por 15 preguntas de las cuales 14 son preguntas cerradas y 1 es pregunta abierta, estas preguntas están planteadas con objetivos específicos que corresponden a cuatro variables vistas desde un punto de vista bioético:

Tiempos: Corresponden al traslado a sus unidades médicas desde su lugar de residencia del derechohabiente, así como tiempo de espera al recibir atención médica, ya que es importante retomar los principios bioéticos de la *no maleficencia* y la *autonomía*, al no generarle un mayor riesgo al trasladarse al lugar que recibirá atención médica y la autonomía como principio fundamentado en la situación bio-psico- social del individuo el cual vuelve el factor clave en la valoración de la *vejez* en el adulto mayor y como vive esta etapa de su vida, aún lado de las cifras extendidas por la generalización del grupo mayor de 60 años con el verdadero saber del paciente derechohabiente al ISSEMyM.

Estado de salud del derechohabiente: Conocer el tipo de atención o servicio médico que requiere por parte de la institución así como el padecimiento epidemiológico del derechohabiente para poder catalogar las principales necesidades del paciente geriátrico ante la *autonomía* del mismo y su tratamiento de la enfermedad como se establece en el *nacimiento de la clínica* (Foucault, 1963) al enfatizar en la causa de la recurrencia del paciente a la clínica como caso de estudio con la absoluta fe en la *beneficencia* por parte de la institución.

Percepción de los servicios brindados por parte del ISSEMyM incluyendo infraestructura: Desde la perspectiva del paciente es indispensable saber que piensa sobre los servicios brindados ya que como pacientes se tiene una percepción de los servicios y como institución es otra, el lograr homogenizar o determinar las diferencias de percepción en los servicios es vincular la necesidad con la *demanda* y los servicios brindados con la *oferta* obteniendo un punto de equilibrio el cual pretende prever y solucionar la creciente demanda a mediano y largo plazo.

Conocimiento de la infraestructura del ISSEMyM y ajena a la institución que atiende servicios geriátricos: Saber que tanto conoce la gente acerca de la institución y todos los servicios que brinda genera una plataforma real de los servicios otorgados por las instituciones de salud de la entidad y su verdadera eficacia ante el paciente que recurre a ellos.

La encuesta parte de preguntas sencillas de carácter personal a preguntas más técnicas y específicas para involucrar al encuestado y que el instrumento no le resulte tedioso al momento de su elaboración (Sampieri, Roberto (2014), *Metodología para la investigación*, Mc Graw – Hill/ Interamericana editores S.A. de C.V., (pp. 207-227), Perú. Ya que la aplicación del instrumento de campo debe tener un carácter de apreciación general que acopie los datos más significativos para el grupo de población encuestado y su vínculo directo con el tema de la presente investigación dando lugar a una interacción para la propuesta de estrategias partiendo de las demandas por parte del usuario.

4.2.2. LUGARES DE APLICACIÓN

CIAD – UAEMEX, Toluca. La aplicación a profesores y personal administrativo permite conocer la percepción del problema desde la academia, además de conocer la percepción de los servicios médicos por parte de los profesores.



Clínica de primer nivel, Valle de Bravo. En esta clínica son atendidos de primer contacto derechohabientes de Valle de Bravo y en algunos casos de fuera del municipio. Los encuestados son pacientes que acudieron a la clínica.



Hospital de segundo nivel, Valle de Bravo. En este hospital se atiende a derechohabientes de la región Valle de Bravo comprendida por municipios aledaños. Los pacientes que acuden a esta clínica requieren de atención especializada.



Oficinas de Transito, Toluca. Una de las ramas de los trabajadores del Estado de México son oficiales de tránsito los cuales se encuestaron para saber su percepción del tema y servicios de salud.



Centro de Pensionados ISSEMyM, Toluca. En su mayoría los encuestados son personas mayores de 60 años que son pensionados, esta situación de los encuestados es otra característica de la variable independiente.



Clínica de primer nivel, Toluca. En esta clínica son atendidos de primer contacto derechohabientes de Toluca que es el municipio con mayor número de derechohabientes del ISSEMyM por lo que se optó como lugar de aplicación.



Las encuestas se hicieron fuera de las clínicas y hospitales sobre vías públicas con la finalidad de no invadir la privacidad del paciente y de las instituciones públicas en su interior, así como de observar el medio de transporte de los pacientes antes de ingresar o egresar de los inmuebles.

4.2.3. ENTREVISTAS CON PERSONAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

Además del paciente la parte operativa de la institución es un componente esencial para conocer la situación del ISSEMyM con respecto al planteamiento del problema por lo que se realizó una serie de entrevistas a personal de distintas áreas de la institución para conocer las medidas que se emplean o emplearán a corto y largo plazo para cubrir la dotación de infraestructura hospitalaria para la cobertura geriátrica, dichos resultados derivan en lo siguiente:

Año	Lugar	Personal entrevistado	Síntesis de entrevista
2017	CENTRO MÉDICO ISSEMYM TOLLOCAN	Dr. Nicasio Alberto Domínguez Cadena Jefe del área de enseñanza Arq. Enrique H. Sánchez Gutiérrez Jefe departamento de mantenimiento y servicios generales del centro médico ISSEMyM	El centro médico ISSEMyM, Tollocan atiende aproximadamente 1000 consultas diarias y 1000 en laboratorios, su capacidad ya es insuficiente para la creciente demanda poblacional
2017	DPTO. DE PROYECTOS Y OBRAS	Arq. Martín de Jesús Plata Jiménez Jefe del departamento de proyectos y obras	No se cuentan con centros médicos especializados, ni se tienen proyectados a corto y largo plazo
2017	DPTO. DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA	Dr. Guillermo Víctor Vázquez Director de educación e investigación en salud Entrevista indirecta	El ISSEMyM cuenta con limitaciones de recurso para nuevos hospitales de especialidades
2018	DPTO. DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA	Dr. Ricardo Acuña Estrada Médico adjunto de la dirección de educación e investigación en salud	El plan de desarrollo del instituto para la presente administración no contempla infraestructura pensada para los adultos mayores, busca alternativas al problema pero no a corto plazo.

4.3._ANÁLISIS DE DATOS

Para poder dar partida a la fase programática se inicia con un análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) resultado de la aplicación de las encuestas y factores críticos encontrados en la investigación con un análisis correlacional de las variables que intervienen en el proceso de la cobertura hospitalaria que actualmente viven los adultos mayores derechohabientes del ISSEMyM, este análisis parte desde el capítulo 2._*VEJEZ, BIOÉTICA, MEDICINA Y LA CLÍNICA*, aunque siguiendo la metodología de la investigación pareciera ser un análisis descriptivo del FODA interrelacionado con el capítulo 2 no se debe olvidar que la presente investigación está basada en los 4 principios fundamentales de la bioética : *autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia* y por ello las estrategias derivadas del análisis de la fase programática son el resultado de tal origen ya que un concepto fundamental que no podemos dejar del lado en la planeación y diseño de estrategias es el *humanismo*, el cual nos debe de hacer ver con ojos del otro ser la realidad que vive para entender el problema como verdaderamente es y no dejarnos llevar con análisis cualitativos alejados de un enfoque objetivo y humano de los propósitos de generar un bien social.

El resultado de la interrelación de la principal problemática detectada en los capítulos anteriores con la recolección de datos en campo se sintetizan en las 4 etapas del análisis FODA descritas a continuación:

4.3.1._AMENAZAS

-Las personas mayores de 60 años consideran que necesitan atención médica especializada de acuerdo a su edad considerando que el ISSEMyM brinda atención médica a 376,01628 adultos mayores la cifra representa 1/3 de sus derechohabientes considerando que el verdadero se sitúa en los próximos 33 años ante el incremento en adultos mayores ya que va a representar $\frac{1}{4}$ de la población.

-En su mayoría considera que las instalaciones si intervienen en los diversos procesos de atención (consulta, rehabilitación, recuperación, etc.) volviéndose una demanda para la institución que atienda este grupo poblacional en aumento tomando en consideración que la infraestructura debe estar diseñada en la función basada en la ergonomía, necesidades patológicas y fisiológicas del paciente, ya que serán estas las que den forma función a los espacios dando cobertura a sus necesidades, arropando al paciente desde su atención hasta su recuperación.

-Los servicios de tercer nivel por parte de la institución se encuentran situados en la capital del estado en gran medida derivado a que Toluca es el municipio que cuenta el mayor número de derechohabientes en la entidad, siendo una complicación para los demás municipios el traslado a la capital por servicios especializados en la rama.

-En su mayoría las personas que acuden a una unidad médica del ISSEMyM no requieren de atención especializada sin embargo las dos enfermedades más comunes en la población son la hipertensión y la diabetes seguidas por enfermedades del corazón y pulmonares.

4.3.2. DEBILIDADES

-La falta de difusión de servicios que brinda el ISSEMyM hace que los derechohabientes desconozcan los diversos servicios de salud los cuales son beneficiarios así como de servicios que brindan otras instituciones como el ISEM y las clínicas geriátricas, difusión que podría estar apoyada en tecnologías actuales como redes sociales, portales en internet, apps, etc.

-Aunque el tiempo de espera para una consulta de los adultos mayores es relativamente poco de 0-30 min la principal inconformidad es el tiempo de espera para la obtención de una ficha.

-Las personas perciben como “buenos” los servicios otorgados por la institución pese a la calidad de servicios brindados esto en gran medida al enfoque de cobertura general de la institución cuando las soluciones actuales están en problemas patológicos específicos de la sociedad.

-Las *prestaciones* de los derechohabientes han focalizado los recursos de la institución dando mayor inversión a este rubro y dejando otros como *obra pública* con un menor ingreso lo que ha traído consigo un incremento en la demanda que en la oferta y no son decisiones prioritarias del ISSEMyM las que definen estas segregaciones presupuestales

-El objetivo de la institución desde sus inicios es ofrecer servicios de seguridad social como *prestaciones y pensiones*, cumpliendo con un pago oportuno de sus pensionados y otros sectores como cobertura de salud con un menor ingreso, esta asignación de presupuesto refleja una inversión menor en comparación del pago de pensiones que proyectado en una demanda poblacional donde los pensionados irán en aumento se vislumbra un panorama presupuestal complicado para la institución donde la prioridad seguirá siendo el pago de pensiones y mantener los demás servicios que ofrece como institución.

-Los estatutos empleados por la ley de seguridad social para los servidores públicos del estado y municipios establecida en 1994 determinan factores de jubilación y medidas para pensionados con base expectativas de vida de 70 años provenientes de la secretaria de salud de 1990.

4.3.3._FORTALEZAS

-Las personas que acuden al ISSEMyM por atención médica acuden por atención médica familiar y no acuden acompañados de alguien lo cual demuestra un estado de salud favorable en la población adulta mayor demostrando el proceso bio-psico-social del envejecimiento que no es universal, es heterogéneo e individual disociando la edad cronológica de la bio-psico-social.

-Más de la mitad de los encuestados no cuenta con afiliación de algún familiar lo que mantiene una estabilidad de gasto/paciente para la institución y de ser el caso es el esposo(a) quien se encuentra afiliado por el servidor público activo lo que refiere a un derechohabiente de edad promedio similar.

-Se considera que la institución cuenta con un personal capacitado ya que en su mayoría son médicos, enfermeras, y personal de la salud capacitados con remuneraciones adecuadas lo que hace una selección rigurosa por parte del ISSEMyM, esta fortaleza tiene un efecto positivo en la práctica biomédica de los responsables en el cuidado del adulto mayor y su atención integral.

4.3.4._OPORTUNIDADES

-De acuerdo a las prioridad de los derechohabientes la atención pronta y oportuna es lo más importante dejando una infraestructura adecuada como última opción.

-En promedio las personas tardan de 0-30 min en llegar a su unidad médica más cercana lo que refleja el funcionamiento actual de las unidades distribuidas en toda la entidad como funcional sin embargo los tiempos de espera oscilan entre los 30 a los 60 min denotan una demanda considerable de servicios por parte de la población derechohabiente.

-Las generaciones actuales que entrarán en el grupo de adultos mayores en años siguientes cuentan con una ventaja importante y es el manejo de nuevas tecnologías, ya que estas pueden servir como punto de apoyo para las personas en cuanto a programación de citas, consulta de unidades cercanas y recomendaciones por parte de la institución.

-Aunque el aumento poblacional representa una gran amenaza por la falta de cobertura especializada la geriatría y gerontología juegan un papel fundamental en la cobertura del problema actual ya que ofrecen soluciones integrales para el tratamiento y cuidado del envejecimiento de formas preventivas y alternas enfocadas a la salud del paciente más allá de la práctica médica.+

-Dentro del marco jurídico del ISSEMyM uno de sus objetivos es Adquirir, enajenar y arrendar los bienes muebles e inmuebles que sean necesarios para cubrir con las prestaciones de sus derechohabientes lo que da un soporte legal a toda acción de implementación de infraestructura.

-Para la institución la medicina preventiva es una de sus prioridades en el servicio médico realizando diversas acciones de prevención en todos los rubros de prevención que prevé la institución de acuerdo a la ley de seguridad social para los servidores públicos del estado y municipios establecida en 1994.

4.4._MATRIZ DE FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENAZAS (FODA)

En la interrelación de características internas y externas surgen los principales puntos de atención para la propuesta de estrategias otorgando mayor claridad en la oferta y demanda para la resolución de la problemática de forma general.

4.4.1._ OPORTUNIDADES – AMENAZAS

OA-1._En su mayoría las personas mayores de 60 años consideran que necesitan atención médica especializada de acuerdo a su edad y que las instalaciones si intervienen en los diversos procesos de atención (consulta, rehabilitación, recuperación, etc.) pero cabe resaltar que el tiempo de llegada a su unidad más cercana es de 0-30 min lo que quiere decir que no recorren largos trayectos y cuentan con una unidad cercana, lo que podría traducirse a implementar los servicios demandados por parte de la población en las unidades ya establecidas.

OA-2._De acuerdo a las prioridades de los derechohabientes la atención pronta y oportuna es lo más importante dejando una infraestructura adecuada como última opción pero si siendo conscientes de la atención médica especializada a su edad, la cobertura de servicios gerontológicos y geriátricos no tiene que permanecer en un lugar determinado dando cierta factibilidad a la movilidad de estos servicios como campañas de atención médica en determinadas zonas de demanda de servicios.

OA-3._Los servicios de 3er nivel por parte de la institución se encuentran focalizados en la capital del estado lo que vuelve complicado un traslado de los demás municipios al entidad aunque para los derechohabientes la prioridad es un servicio pronto y oportuno lo que brinda una alternativa de segregación de los servicios especializados en regiones clave para la atención del adulto mayor.

OA-4._Una de las principales ventajas que ofrece la medicina moderna para evitar una mala calidad de vida a futuro ha venido siendo la prevención en muchas ocasiones es vital para el ser humano, lo que deriva en la puntualización de las

enfermedades como lo son diabetes e hipertensión presentes en adultos mayores lo que nos deja un panorama de posibilidades de cobertura en estas enfermedades sin necesidad de llegar a servicios especializados o en su caso el poder acudir a ellos de la forma más óptima y oportuna.

4.4.2._ OPORTUNIDADES - DEBILIDADES

OD-1._Debido a la falta de difusión de servicios que brinda el ISSEMyM hace que los derechohabientes desconozcan los diversos servicios de salud los cuales son beneficiarios así como de servicios que brindan otras instituciones como el ISEM y las clínicas geriátricas, la implementación de medios de difusión dentro y fuera de la institución mantendría a los adultos mayores informados de las diversas opciones de apoyo con que cuentan.

OD-2._Los trámites y servicios podrían estar apoyados en tecnologías actuales como el portal en línea y apps que permitan que nuevas generaciones eviten la espera de fichas y turnos físicamente en los establecimientos siendo una herramienta para el adulto mayor y su confort al no trasladarse al lugar únicamente cuando sea el momento de su consulta, atención o recoger medicamento.

4.4.3._ AMENAZAS – FORTALEZAS

AF-1._Más de la mitad de los encuestados no cuenta con afiliación de algún familiar lo que mantiene una estabilidad de gasto/paciente para la institución en relación a la demanda de servicios especializados se podría considerar una inversión en un grupo de edad que demanda sus propios servicios de acuerdo a su edad justificando la prioridad como derechohabientes a la institución ya que representan 1/3 parte de todos sus derechohabientes.

AF-2. Aunque los adultos mayores recurran al ISSEMyM por servicios de un médico familiar y no requieran servicios especializados es importante determinar la demanda de servicios de salud que tendrán las nuevas generaciones, para trazar una línea de acción a cierto tiempo y no dejar a la demanda sobrepasar la oferta.

AF-3. La referencia para calcular pagos por parte de la institución como pago de pensiones y de jubilación se calculan con una expectativa de vida del adulto mayor de 70 años indicador brindado por la secretaria de salud de 1990, lo cual actualmente ya no corresponde al envejecimiento que se vive, lo cual deberá mantener constante actualización esta referencia por los cambios poblacionales que traerá consigo el envejecimiento nacional ya que una de las principales prioridades económicas es el mantenimiento óptimo del recurso por parte de la institución y una justa aplicación del mismo.

4.4.4. FORTALEZAS – OPORTUNIDADES

FO-1. Las personas que acuden al ISSEMyM por atención médica acuden por atención médica familiar de forma individual sin la dependencia de alguien lo cual promueve una buena salud en los adultos mayores y su capacidad de acudir a una atención pronta y oportuna lo que se ve como un punto positivo al implementar programas que requieran su traslado a determinados lugares que a su vez sirva como referencia para las nuevas generaciones y la cultura de la prevención y tratamiento.

4.5._TIPOS DE ESTRATEGIAS

Para poder proponer una serie de respuestas ante las conclusiones en la matriz FODA se derivan 4 tipos de soluciones propuestas al análisis de cada una de las necesidades que el paciente *adulto mayor* demanda, las cuales serán la base de estrategias de cobertura geriátrica. Los cuatro tipos de estrategias derivan en:

Estrategias sociales: Son aquellas que involucran una serie de actividades relacionadas con capital humano para su desarrollo.

Estrategias de Infraestructura: Están relacionadas directamente con la planta básica de infraestructura hospitalaria (Clínicas, hospitales, consultorios, etc.) y la intervención directa en ellos.

Estrategias legales: Son las estrategias que intervienen directamente en el marco legal del ISSEMyM, cuyas propuestas radican en la implementación de estrategias al marco jurídico actual.

Estrategias financieras: Son propuestas cuya finalidad es obtener un ingreso económico para la institución mediante el aprovechamiento de recursos.

Resultado de Matriz	Estrategias propuestas			
	Sociales	Infraestructura	Legales	Financieras
Oportunidades - Amenazas				
OA-01		I-01		
OA-02		I-02		F-03
OA-03		I-03		
OA-04	S-01		L-01	F-02
Oportunidades - Debilidades				
OD-01	S-02			
OD-02	S-03			
Amenazas - Fortalezas				
AF-01		I-04	L-03	F-04
AF-02				F-01
AF-03			L-02	
Fortalezas - Oportunidades				
FO-01	S-04			F-05

El resultado de estos 4 tipos de estrategias se deriva del diseño de soluciones integrales ante la problemática que el ISSEMyM enfrenta como la falta de recursos económicos para efectuar obras nuevas, desequilibrio económico por el pago de pensiones, falta de prioridades en el plan de desarrollo estatal para el adulto mayor y condicionantes legales que restringen su funcionamiento.

Aunque el panorama se muestre restringido a soluciones limitadas por la índole de la institución y su actual situación económica es mediante el diseño la implementación de soluciones interdisciplinarias que permiten abordar propuestas desde enfoques alternos, ayudando al cumplimiento del objetivo general que es la dotación de infraestructura hospitalaria otorgando atención especializada a las personas mayores de 60 años, brindándoles una mejor calidad de vida. Todas las estrategias contemplan una solución arraigada a la bioética implícita en el trato del adulto mayor, la cual busca el trato digno y justo hacia el paciente en todo el proceso de su atención médica.

4.5.1._ESTRATEGIAS SOCIALES

S1._Campañas de prevención y cuidado de la diabetes e hipertensión

Las enfermedades que actualmente se encuentran más presentes en la población derechohabiente de la Institución son diabetes e hipertensión arterial, lo que nos muestra una ventaja de acción sobre enfermedades en específico como prioridad sin descuidar todo el cuidado integral del paciente geriátrico. La parte medular de esta estrategia y su efectividad es la *autonomía* del paciente geriátrico de quien depende la principal responsabilidad al cuidar su salud con mecanismos e información brindada por la Institución con el propósito de mantener una calidad de vida digna de la edad que tenga, no obstante la Institución debe buscar por medio de instrumentos pensados en el paciente llegar a él de forma clara, concreta y eficiente que genere un compromiso por parte del paciente hacia su cuidado, creando un vínculo de acción paciente – institución sin la necesidad de un contacto directo permanente.

S2._Difusión de servicios otorgados por parte de la institución

Una de las principales debilidades por la institución es el desconocimiento de los derechohabientes sobre la unidad médica que les corresponde para ser atendidos, servicios que otorga la institución como de gerontología en caso de adultos mayores, campañas y brigadas impartidas por la institución. Además de generar un soporte interinstitucional con otras dependencias de salud con las que el ISSEMyM tiene convenios y pueden ser apoyos para la cobertura de los pacientes geriátricos como lo son clínicas geriátricas por parte del ISEM establecidas ya en la entidad. Al promover los servicios que brinda la institución al adulto mayor se debe tener cuidado en no caer en la *minusvalía* hacia la persona a quien se le destina la información ya que actualmente los adultos mayores son personas que tienen poco conocimiento sobre nuevas tecnologías de difusión como páginas web, aplicaciones móviles y redes sociales lo que hace que su conocimiento acerca de la institución caiga en la dependencia de alguien quien les comparta dicha información, esta situación en los próximos 32 años ira cambiando a medida el adulto mayor esté involucrado con las nuevas tecnologías pero para llegar a ello se debe ir buscando el medio de difusión que impacte más en el paciente y que más domine conforme pasen los años.

S3._Actualización de plataformas y aplicaciones en la red que promueva la interacción con los derechohabientes

El modelo de trámites empleado por parte de la institución es un modelo presencial el cual ha requerido la presencia física del derechohabiente a la oficina/unidad médica para solicitar una ficha de atención, en algunos casos vía telefónica, al igual que la estrategia S2 los medios de interacción deben facilitar al adulto mayor su comunicación con la institución, ser manipulables para el paciente. Las generaciones actuales de adultos mayores casi en su totalidad hacen uso de medios de interacción como el teléfono y en algunos casos correo electrónico, a estas plataformas de comunicación podrían implementarse otras como el uso de aplicaciones inteligentes en dispositivos móviles (app's) o portales

en sitios oficiales Web de la Institución sin tener que recurrir a la unidad evitando tiempos de espera y costos de traslado, siendo así la actualización de la red de consultas por parte de la institución la que se actualice pensando en la limitación que pudieran tener sus derechohabientes así como su autonomía al realizar trámites brindando mayor apoyo al adulto mayor y la inclusión de herramientas que además de servir como calendarización de servicios, permita conocer los servicios de la institución y además se abra la posibilidad de mantener un control y registro de los pacientes en tiempo real. Esta última propuesta resulta tener un valor bioético de justicia implícito en la necesidad del paciente ante la oferta de la Institución.

Actualmente instituciones como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) emplea aplicaciones para dispositivos móviles como “ISSSTE Móvil”, dicha aplicación permite a los derechohabientes acceder a los servicios digitales del ISSSTE, como son:

- Solicitar o cancelar una cita médica.
- Ubicar las Unidades Médicas, Estancias Infantiles, Centros Culturales y Tiendas SUPERISSSTE.
- Acceder al directorio del personal que labora en el ISSSTE.
- Ingresar a las publicaciones de eventos, prensa y redes sociales.
- Recibir notificaciones si tienes hijos inscritos en una estancia infantil.
- Impresión del Talón de pago a pensionados, consulta, simulación y otorgamiento de préstamos personales.
- Generación del Formato de Pago Individualizado (FOPI) para pagar préstamos personales.

(Fuente: Gobierno de la republica (2018) *ISSSTE Móvil* Recuperado el 09 de Abril de 2018 de <https://www.gob.mx/apps/22>)

Estos modelos de aplicaciones móviles muestran las acciones que emplean las instituciones para interactuar de manera actualizada en tecnologías con el derechohabiente y de ofrecerle nuevas herramientas de operaciones con respecto a su atención médica, no obstante cada institución del sector salud en el Estado de México cuenta con modelos de cobertura distintos lo que hace que cada institución tenga estrategias específicas de cobertura.

S4._Impulsar la gerontología en el trato del paciente adulto mayor

a) De acuerdo con la tasa poblacional que vive el estado la demanda se inclina hacia servicios geriátricos para los cuales el personal deberá tener conocimiento del trato del paciente geriátrico y sus requerimientos, por lo que la institución deberá actualizar y solicitar características específicas en el trato del adulto mayor para su personal actual y de nuevo ingreso que tengan contacto directo con adultos mayores, para el personal que labora actualmente será necesario capacitarlo mediante cursos, talleres, etc. A trabajar de forma integral con adultos mayores generando una empatía y arraigo por parte de la institución a este grupo poblacional con la finalidad de brindarle un trato digno, ético y responsable al adulto mayor.

Ya que el personal cada día se enfrentará con dilemas éticos geriátricos como la toma de decisiones: *Objetivos de intervención médica, relación médico- paciente, competencias del paciente, capacidad de decisión y decisiones anticipadas*. Por lo que saber biomédico y la atención especializada al paciente es fundamental para afrontar estos conflictos bioéticos.

b) Los convenios que mantiene el ISSEMyM con diversas instituciones académicas pueden impulsar la práctica profesional de personal enfocado a la gerontología lo que permite un beneficio mutuo entre instituciones al permitir desarrollar al personal calificado dentro de la institución mediante prácticas profesionales o servicio social de alumnos de carreras afines como gerontología o enfermería que se desarrolle en el ámbito profesional apoyando al ISSEMyM de forma conjunta. El trabajo conjunto interinstitucional ofrece una alternativa para elevar el nivel general de salud pública tanto en la entidad como en las instituciones.

4.5.2. ESTRATEGIAS DE INFRAESTRUCTURA

I1. Adecuación de áreas especiales de atención al adulto mayor en las instalaciones existentes del ISSEMyM

a) Realizar una inspección de la infraestructura actual con la finalidad de corroborar su accesibilidad para el adulto mayor y su estancia en las unidades médicas, además de contemplar instalaciones basadas en necesidades patológicas y fisiológicas del paciente. Verificando que no cuente con barreras arquitectónicas que dificulten su atención médica.

b) Implementar en la red hospitalaria existente áreas de atención destinadas al adulto mayor para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, aprovechando los espacios con los que cuenta la institución generando un modelo de atención directa al derechohabiente adulto mayor. Esta medida pretende resaltar el rol de la clínica de primer contacto en la atención del adulto mayor como filtro hacia hospitales de 2º y 3º nivel *“la clínica debe formar constitucionalmente, un campo nosológico enteramente estructurado”* (Foucault, Michel 1963:91). Como se describe en el capítulo 2.3. *LA CLINICA Y EL HOSPITAL* en la clínica es indispensable el papel del médico descubriendo la enfermedad y si esta debe de tratarse ahí, lo que involucra los principios bioéticos de forma directa con el saber biomédico.

I2. Unidades móviles de atención

La inversión de la institución en la atención de nuevos pacientes geriátricos de acuerdo a la situación financiera del ISSEMyM puede estar enfocada en unidades móviles que atiendan regiones específicas en tiempos delimitados con brigadas de especialistas facilitando el traslado de los derechohabientes a su unidad médica móvil más cercana, estas unidades están integradas con servicios básicos de atención como consultorio médico, odontológico y laboratorio como servicios de primer contacto. La función de esta estrategia está basada en llevar la atención médica al paciente, promoviendo un modelo móvil de cobertura.

13._Unidades de traslado a unidades médicas

Recurrir a unidades colectivas de transporte implementados por parte de la institución que ayuden a derechohabientes de zonas alejadas o de municipios aledaños a su traslado a la unidad médica más cercana, apoyando en la reducción de tiempo de traslado y costo que significa para el derechohabiente al realizarlos por su cuenta, considerando la *seguridad e integridad* del adulto mayor al momento del traslado se concientiza en la situación física que pueda tener y extraer la idea de homogenizar la vejez siendo empáticos con el paciente y como es la travesía que vive para poder llegar a un lugar para recibir atención médica.

14._Creación de módulos de primer contacto especializados en geriatría/gerontología (Clínicas)

Crear módulos de atención especializada al adulto mayor de primer nivel, que cuente con servicios básicos de profesionales como médicos geriatras, gerontólogos, enfermeras, psicólogos y terapeutas. La evaluación directa del paciente en estos módulos será fundamental para poder determinar su atención médica de un nivel más alto (segundo y tercer nivel) con el principio fundamental de la bioética de la *beneficencia* como eje rector al buscar ofrecer lo mejor al paciente geriátrico.

Se debe tener cuidado al concebir los módulos especializados para el paciente geriátrico, ya que no son de una atención excluyente a otros grupos de población, se pueden atender en estos módulos otros grupos de población sin embargo su función del módulo estará enfocada para el uso del adulto mayor a diferencia de un módulo general, de igual manera para el adulto mayor no es una medida de exclusión de las demás clínicas del ISSEMyM solo representan una alternativa de atención especializada para ellos sin omitir su derecho de decisión el acudir o no a ellas como el principio bioético de la *autonomía* dicta para tener un trato digno hacia el paciente y su toma de decisiones ante la prevalencia y cuidado de su salud.

4.5.3._ESTRATEGIAS LEGALES

L1._Implementación de la prevención en el cuidado de adultos mayores

Agregar al rubro *medicina preventiva* establecido en la ley de seguridad social para los servidores públicos del estado y municipios el *cuidado del adulto mayor*, integrar en el cuidado aspectos clave para el adulto mayor como lo es la prevención, diagnóstico y tratamiento, ya que son pieza clave para que el paciente geriátrico mantenga su calidad de vida. Esta estrategia está diseñada para la elaboración de un rubro específico en la ley del ISSEMyM cuyo marco legal para su elaboración debe tener estricto apego a los cuatro principios bioéticos que rigen a las ciencias de salud con el debido análisis de profesionales en el adulto mayor, así como profesionales administrativos, jurídicos, operativos y la participación del derechohabiente para poder elaborar un instrumento legal que avale y permita al paciente geriátrico promover su derecho a una atención digna por parte de la institución.

L2._Actualización de bases de pensionados en expectativas de vida actuales

La referencia de jubilación y pensión en la ley de seguridad social para los servidores públicos del estado y municipios está calculada con una expectativa de vida del adulto mayor de 70 años brindado por la secretaria de salud de 1990, lo cual actualmente ya no corresponde al envejecimiento que se vive, este índice de referencia deberá mantener constante actualización por los cambios poblacionales que traerá consigo el envejecimiento nacional, los diversos censos de población y la situación bio-psico-social en la que se encuentre el individuo ya que una de las principales prioridades económicas es el mantenimiento óptimo del recurso por parte de la institución y una justa aplicación del mismo pero no se puede hacer aún lado la *justicia y beneficencia* hacia el adulto mayor evitando generalizar la vejez en todos los individuos y conocer el hecho del estatus de salud del paciente antes de generar un parámetro.

L3._Anexo al capítulo IV *De las cuotas y aportaciones* ingresos por particulares

Para proponer todo tipo de estrategia cuya finalidad sea generarle un ingreso económico a la institución por medio de servicios a particulares de debe anexar al capítulo IV. *De las cuotas y aportaciones* de la Ley del ISSEMyM esta modalidad que mediante estrategias puntuales abra la oportunidad de percibir ingresos sin modificar el esquema general de funcionamiento de la institución, respetando los derechos de sus derechohabientes y las obligaciones que la institución tiene con ellos.

Además de ser una modalidad de ingreso económico es una ventaja social el que una institución como el ISSEMyM aporte con servicios de calidad a diversas razones sociales para las cuales se busca abrir su forma de percepción de cuotas y así poder proponer una serie de estrategias que muestren alternativas financieras en beneficio de la institución.

4.5.4._ESTRATEGIAS FINANCIERAS

F1._ Uso de instalaciones en actividades recreativas mixtas

El instituto cuenta con instalaciones en condiciones ideales de operación las cuales tienen un potencial de ofrecer multiusos en algunas de ellas, como ejemplo espacios abiertos en clínicas y hospitales. Dichos multiusos pueden ser utilizados para desarrollar actividades de activación física, reuniones de orientación para el cuidado y prevención o capacitación de personal, la contribución de esta estrategia a la institución es el poder permitir el acceso a personas no derechohabientes que estén interesadas en alguna actividad llevada a cabo por el ISSEMyM con un cobro de acuerdo al tipo de actividad empleada. Esta solución permite la interacción con personas no derechohabientes sin la intervención o interrupción operativa de la institución.

Además de que la institución con esta estrategia sería incluyente permite al derechohabiente involucrarse más con su institución de salud al obtener más beneficios y con el ingreso de personas no derechohabientes establece una convivencia entre adultos mayores quienes en muchos casos buscan actividades vespertinas o matutinas de acuerdo a su ritmo de vida para mantenerse en constante actividad física- mental.

F2._ Capacitación de personal privado

El ISSEMyM además de ser una institución con altos estándares de calidad en servicios forma a profesionales en materia de salud lo cual puede ser una fuente de ingreso al formar personal del sector privado de distintas disciplinas mediante convenios de capacitación con retribuciones económicas de acuerdo al tipo de capacitación. Dicha estrategia es aplicable desde la industria al capacitar personal en materia de primeros auxilios, campañas de prevención y orientación hasta personal especializado como talleres, cursos, diplomados, etc. En instituciones privadas como clínicas y hospitales.

Abrir la posibilidad de capacitar a personal privado con los estándares de calidad del ISSEMyM además de ser un beneficio económico para la institución se vuelve un beneficio social al difundir conocimiento en personal que pueda seguir transmitiéndolo mejorando la calidad de vida de terceros. Esta alternativa de prestación de servicios a privados al igual que la estrategia F1 no involucra acuerdos de operatividad que interfieran en la ejecución de prestaciones por parte de la institución.

F3._ Convenios con casas de día para el desarrollo de actividades

Existen recomendaciones brindadas por parte de la institución para el paciente que deben de ser llevadas a cabo en su hogar como medidas complementarias de algún tratamiento u habito de cuidado, sin embargo en muchas ocasiones el adulto mayor se encuentra imposibilitado para poder realizar dichas actividades o no cuenta con alguien que lo auxilie a realizarlas dejando el tratamiento incompleto o simplemente nulo provocando la reinserción del adulto mayor a consulta médica.

Esta problemática está siendo atendida por *casas de día* lugares que llevan a cabo actividades en horario laboral para adultos mayores y en algunos casos brindan servicios de atención primaria a cambio de un pago mensual, para el ISSEMyM es una alternativa de atención a necesidades básicas de sus derechohabientes mayores de 60 años como actividades recreativas, cuidado asistido por personal capacitado y valoración psicológica. La forma de convenio que la institución podría llevar a cabo un plan de beneficio mutuo con estas *casas de día* podría proponerse mediante el apoyo por personal del ISSEMyM en las *casas de día* como médicos, enfermeras, gerontólogos, servidores sociales, etc. A cambio de albergar derechohabientes que necesiten estar en dichos establecimientos más que por distracción sea por necesidad previamente evaluada por la institución cumpliendo con la cobertura geriátrica de manera alterna.

F4._ Servicio de salud a pacientes particulares

Al ofertar de forma particular servicios de atención médica a pacientes particulares podría abrir una oportunidad de ingreso sin embargo para evitar la fluctuación e inestabilidad de ingreso por el pago de servicios se propone la implementación de un seguro de atención exclusivamente médica sin los demás beneficios que la institución otorga a sus derechohabientes. Esto con la finalidad de incentivar la adquisición de un seguro que su beneficio sea obtener la calidad de servicios médicos que el ISSEMyM ofrece con un pago constante por parte del paciente particular.

Esta modalidad de atención médica podría estar sujeta a grupos poblacionales de forma muy puntual como adultos mayores, mujeres embarazadas, niños, etc. De tal manera que se tenga un control sobre los pacientes particulares que adquieran el seguro y que el ISSEMyM tenga la capacidad de atender. Dando así una distribución de atención médica en todas las unidades médicas con las cuales cuenta la institución evitando la concentración en ciertas clínicas de primer nivel.

F5._ Campañas de prevención privadas

En ocasiones existen comunidades, localidades, instituciones y empresas que tienen conciencia sobre determinada problemática en temas de salud sin embargo no cuentan con la información suficiente para saber cómo actuar ante dicha circunstancia, en este punto el ISSEMyM al ofrecer servicios de orientación a grupos que lo soliciten puede establecer un ingreso por campañas de salud en acuerdo con particulares.

Si se tratan temas fundamentales para el cuidado de la salud del adulto mayor como lo es la prevención y orientación denota en su calidad de vida directamente al tomar consciencia de que acciones tomar para mejorarla de forma autónoma.

4.6._TEMPORALIDAD DE ESTRATEGIAS

Las estrategias denotan una temporalidad en respuesta a la demanda del paciente, cada estrategia da solución a una problemática de forma particular lo cual permite la intervención aleatoria de las mismas sin afectar la ejecución de las demás.

La intervención gradual de las estrategias de cobertura geriátrica con base en el tipo de respuesta viable a realizar de acuerdo a las posibilidades de acción de la institución como capital social y económico previamente analizados. Ya que uno de los principales problemas abordados que resulta una limitante para un diseño de estrategias es el ingreso y egreso económico que la institución destina a sus diferentes rubros, así como los planes de desarrollo estatal que determinan las prioridades de la institución, no obstante las fortalezas y oportunidades con las que cuenta la institución brindan soluciones alternas permitiendo así el mismo fin.

El diseño de estrategias a largo y mediano plazo están basados en una temporalidad y duración, ya que muchas de las alternativas serán la solución en un periodo de tiempo dado de acuerdo al crecimiento poblacional y su comportamiento con la pirámide poblacional lo que vuelve puntual en tiempo y espacio el momento de acción de las estrategias propuestas, otras estrategias deben implementarse en tiempos breves para poder dar apertura a nuevos modelos de apoyo.

El año 2018 como punto de partida proponiendo el inicio de la ejecución de estrategias, año 2030 como tiempo en el que la población mayor de 60 años representará el 15% de la población y año 2050 como proyección límite al contar con una población adulta mayor significativa del 25%. La visualización de estas fechas es para dar margen de tiempo a ejecutar determinadas estrategias lo que significa que al alcanzar los años previstos 2030 y 2050 ya se estén ejecutando las estrategias propuestas.

TIEMPO DE EJECUCIÓN DE ESTRATEGIAS

Tipo de estrategias		Año de funcionamiento		
		2018	2030	2050
Sociales				
S1	Campañas de prevención y cuidado de la diabetes e hipertensión	X	X	X
S2	Difusión de servicios otorgados por parte de la institución	X	X	X
S3	Actualización de plataformas y aplicaciones en la red que promueva la interacción con los derechohabientes	X		
S4	Impulsar la gerontología en el trato del paciente adulto mayor	X	X	X
Infraestructura				
I1	Adecuación de áreas especiales de atención al adulto mayor en las instalaciones existentes del ISSEMyM		X	
I2	Unidades móviles de atención	X		
I3	Unidades de traslado a unidades médicas	X		
I4	Creación de módulos de primer contacto especializados en geriatría/gerontología (Clínicas)			X
Legales				
L1	Implementación de la prevención en el cuidado de adultos mayores	X		
L2	Actualización de bases de pensionados en expectativas de vida actuales	X	X	X
L3	Anexo al capítulo IV De las cuotas y aportaciones ingresos por particulares	X		
Financieras				
F1	Uso de instalaciones en actividades recreativas mixtas	X		
F2	Capacitación de personal privado	X		
F3	Convenios con casas de día para el desarrollo de actividades		X	
F4	Servicio de salud a pacientes particulares	X		
F5	Campañas de prevención privadas	X	X	X

4.6.1._ESTRATEGIAS SOCIALES

S1 - Campañas de prevención y cuidado de la diabetes e hipertensión

Esta estrategia es permanente derivado a las enfermedades y patologías que él adulto mayor padece hoy en día, para poder hacer frente a enfermedades en auge se debe intensificar desde la prevención hasta el conocimiento del cuidado de las mismas.

S2 - Difusión de servicios otorgados por parte de la institución

La difusión de servicios debe ser constante mientras la institución ofrezca servicios, para que el adulto mayor conozca de sus beneficios al estar afiliado a la institución y como estos puedan apoyar en su calidad de vida. La difusión debe ir actualizándose conforme a los medios que predominen conforme pasen los años, si bien hoy la sociedad tiene un dominio de medios electrónicos los adultos mayores que hoy se encuentran en esa etapa de su vida en su mayoría cuentan con un manejo de medios universales como televisión y radio pero las futuras generaciones de adultos mayores ya tendrán un dominio sobre teléfonos inteligentes, redes de comunicación web, aplicaciones móviles, correos electrónicos, etc. Lo que genera una sinergia para que la institución se actualice conforme surjan medios de comunicación masiva.

S3 - Actualización de plataformas y aplicaciones en la red que faciliten los tramites por parte de los derechohabientes

Las actualizaciones deben de plataformas y redes de comunicaciones deben realizarse de forma inmediata ya que la evolución de la tecnología abre la posibilidad de realizar esta acción de manera conjunta con todos los medios tecnológicos. Empezar con plataformas que apoyen con servicios básicos para el adulto mayor dando la opción de progresividad a medida el uso de las mismas se vea frecuentado en los derechohabientes.

S4 - Impulsar la gerontología en el trato del paciente adulto mayor

Se debe emplear esta estrategia gradualmente para que al año 2030 cuando la población represente el 13% ya se tenga un frente de personal capacitado para atender la demanda. Cabe señalar que la implementación gradual no restringe la capacidad en que la institución pueda realizarla, de acuerdo a la demanda la institución valorará la integración de personal o capacitación del mismo.

4.6.2. ESTRATEGIAS DE INFRAESTRUCTURA

I1 - Adecuación de áreas especiales de atención al adulto mayor en las instalaciones existentes del ISSEMyM

La adecuación es una estrategia a mediano plazo al 2030 por la complejidad de ejecución de la misma y las implicaciones que esta representa lo que somete a un plan de ejecución de forma gradual al 2030.

I2 - Unidades de traslado a unidades médicas

Las unidades de traslado tendrán la función temporal de resolver los traslados a las clínicas de primer nivel más cercanas para los derechohabientes por lo que su implementación inmediata es una opción benéfica para la institución en apoyo a todos los grupos poblacionales ya que la adquisición de una red de transporte no significa una temporalidad prolongada en comparación de otras estrategias de infraestructura.

I3 - Unidades móviles de atención

Considerando los recursos y factibilidad de estrategias a emplear por parte de la Institución las brigadas de atención al adulto mayor en las zonas de mayor demanda son una respuesta pronta para ejecutar de forma inmediata ya que la Institución ya cuenta con una plataforma de unidades móviles de atención lo que significa un plan estratégico de distribución y proyección de cobertura a medida se adquieran más unidades móviles.

I4 -Creación de módulos de primer contacto especializados en geriatría/gerontología (Clínicas)

Los módulos de atención al adulto mayor serán implementados de forma gradual permitiendo a la institución la valoración de recursos y cobertura conforme la sociedad lo demande, en el año 2050 será esencial el funcionamiento de estos módulos de atención por la demanda que se tendrá.

4.6.3._ESTRATEGIAS DE LEGALES

L1 - Implementación de la prevención en el cuidado de adultos mayores

Para poder dar pauta a un plan de estrategias se debe modificar el marco legal actual de manera inmediata para que promueva y regule de forma legal todas las estrategias propuestas y sea el sustento legal para el derechohabiente en las estrategias emergentes para su derecho a recibir atención médica digna y oportuna.

L2 - Actualización de bases de pensionados en expectativas de vida actuales

Se deberán mantener índices de envejecimiento y mortalidad actualizados de forma permanente para mantener índices reales y permitan dar cobertura a necesidades conforme a la temporalidad, si bien las proyecciones de envejecimiento nos permiten conocer la mortalidad que tendrá la población existen aspectos a evaluar de los propios derechohabientes del ISSEMyM que direccionen la tendencia en los adultos mayores que cubre la institución así como la población que pasará a esta etapa de su vida.

L3._Anexo al capítulo IV De las cuotas y aportaciones ingresos por particulares

Esta estrategia debe emplearse en una temporalidad inmediata en caso de querer emplear las estrategias *financieras*, esta modificación representa un cambio en la forma de ingreso para la institución y el anexar una manera de operación para el ISSEMyM puede significar un planteamiento exhaustivo a su marco legal lo que

puede llevar tiempo indeterminado, por ello la propuesta de su empleo en la brevedad para respaldar todas las acciones descritas en las estrategias financieras y su operación ya sea a corto o largo plazo.

4.6.4._ESTRATEGIAS FINANCIERAS

F1._ Uso de instalaciones en actividades recreativas mixtas

Por la capacidad técnica con la que cuenta la institución esta estrategia puede ser aplicada de forma inmediata en los centros de atención donde se cuente con la infraestructura necesaria para realizar actividades recreativas valorando aspectos como espacios funcionales para desarrollar dicha estrategia.

F2._ Capacitación de personal privado

Actualmente las empresas del sector privado están más involucradas en materia de salud y de protección civil por legislaciones de los distintos órdenes de gobierno que promueven la capacitación del personal en caso de diversos eventos lo cual es una oportunidad para el ISSEMyM emplear capacitación al personal dejando una brecha de oportunidad hasta el 2050 donde las capacitaciones irán más enfocadas en adultos mayores.

F3._ Convenios con casas de día para el desarrollo de actividades

De acuerdo al DIFEM (2017) En la entidad se cuentan con 20 casas de día del por parte del gobierno del Estado de México ubicadas en El Oro, Ixtapan de la Sal, Toluca, Ocoyoacac, Tenancingo, Atlacomulco, San Felipe del Progreso, Acolman, Ecatepec, Chicolapan, Huixquilucan, Cuautitlán, Atizapán de Zaragoza y Nicolás Romero. Para año 2030 la demanda de estos establecimientos será cada vez mayor lo que llevara a la implementación de más ya sean privados y públicos siendo más apropiado elaborar convenios con las casas que más convengan al ISSEMyM.

F4._ Servicio de salud a pacientes particulares

Esta modalidad de atención a pacientes no derechohabientes se puede emplear de forma gradual empezando por clínicas que actualmente no cuentan con mucha demanda y que pudieran ofertar estos servicios de forma particular sin modificar su modelo de atención y prioridad a los derechohabientes del ISSEMyM.

F5._ Campañas de prevención privadas

Esta estrategia representa la cultura de la prevención y como las diversas instituciones públicas pueden contribuir al cuidado de la población al fomentar la prevención y la suma importancia que representa en el cuidado de la salud del adulto denotando en su calidad de vida.

Si bien puede emplearse de forma optativa con respecto a la temporalidad la recomendación es hacerla integrarse actualmente al frente que se está haciendo para brindar la mayor cobertura geriátrica en los distintas etapas del paciente: *prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.*

.Prioridad de las Estrategias Financieras

A diferencia de las estrategias sociales, legales y de infraestructura las estrategias financieras son la propuesta para brindarle un aporte económico a la institución mediante el aprovechamiento de sus recursos sociales, legales y de infraestructura. A diferencia de las demás estrategias que están enfocadas al beneficio del derechohabiente adulto mayor.

4.7. ACCIONES DE APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE INFRAESTRUCTURA

I1 - Adecuación de áreas especiales de atención al adulto mayor en las instalaciones existentes del ISSEMyM

Los espacios dirigidos al paciente en las clínicas de primer contacto están enfocados en 4 etapas: prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Dichas etapas comprenden procesos que vive el paciente en su visita a una unidad médica sin embargo la adecuación debe ir más allá de esas etapas, desde su llegada hasta su salida existen adecuaciones que pueden mejorar significativamente visita del paciente.

- *Accesibilidad desde vías primarias:* Se debe realizar un análisis en todas las vías de acceso que tenga cada una de las unidades médicas localizando puntos de riesgo a la unidad para implementar seguridad en los cruces como reductores de velocidad, semáforos o puentes peatonales. Esta medida además de beneficiar a todos los derechohabientes se plantea en el escenario de la llegada del adulto mayor con dificultad de movilidad.
- *Rampas y accesos a clínicas:* A la llegada del paciente a la unidad se tienen que adecuar las rampas y escaleras con un acceso directo al área de la clínica, sin importar el diseño arquitectónico de la unidad se debe de buscar la conexión directa desde la banqueta al acceso de la clínica por seguridad del paciente. Así como el implemento de barandales y descansos en aquellas donde el ingreso a la unidad impliquen rampas por el desnivel al que la unidad se pueda encontrar.
- *Bahías de ambulancias para urgencias:* Cuando la unidad cuente con bahía su conexión con el acceso debe buscar ser independiente y sin la interacción con el estacionamiento que pueda ocasionar un colapso de circulación impidiendo a la ambulancia llevar a cabo el arribo del paciente. De tal forma que la distribución arquitectónica de ambas áreas no interfieran entre sí.

Una vez dentro de la unidad las primeras dos etapas que atraviesa el adulto mayor son *prevención* y *diagnóstico* donde interactúan espacios como salas de espera, consultorios y laboratorios que son de primer contacto con el paciente lo que genera una interacción con patologías y aglomeraciones por parte de los pacientes y el entorno, se debe tener suma importancia en el cuidado de consideraciones técnicas en los espacios como:

- *Accesibilidad y movilidad interna*, verificar un óptimo desplazamiento dentro de la unidad en las distintas situaciones físicas que el paciente geriátrico pueda presentar, auxiliándolo con pasamanos en pasillos y guías para personas con alguna discapacidad visual o auditiva.
- *Diseño ergonómico de mobiliario para el adulto mayor*, mobiliario que esté basado en la situación física del adulto al ingresar a cada unidad médica puede ser el caso caminando, con algún apoyo al caminar como andadera o bastón, hasta la movilidad en silla de ruedas. Esta implementación puede estar presente en los consultorios con 1._*Basculas para personas en silla de ruedas* para personas quienes necesitan ser pesadas sin afectar su integridad física, 2._Contar con al menos un mostrador en áreas de atención al público con altura máxima de 0.80 m, profundidad de 0.40 m y una altura interna de 0.70 m para el uso de personas en silla de ruedas, niños y personas de talla baja la cual estará adyacente a una ruta accesible desde la vía pública y estacionamiento (Ver imagen 61).

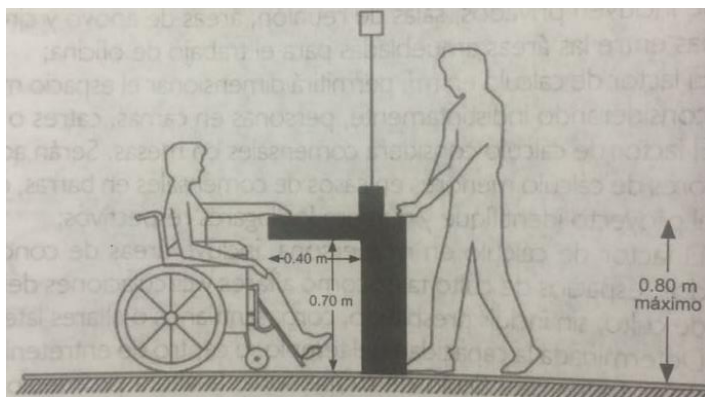


Imagen 61._Mostrador vista lateral (Fuente: Reglamento de construcción del Distrito Federal, 2017)

3._Aunque el personal de la institución asiste en todo momento a personas con alguna discapacidad el pensar en la llegada de algún derechohabiente con discapacidad visual obliga a introducir guías los pisos de cada unidad con especial atención en accesos donde se le facilite la llegada al paciente de forma sencilla (Ver imagen 62 y 63).

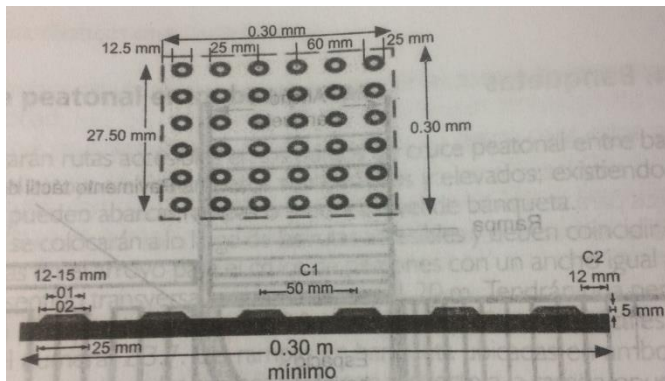


Imagen 62._Pavimento de advertencia planta y corte (Fuente: Reglamento de construcción del Distrito Federal, 2017)

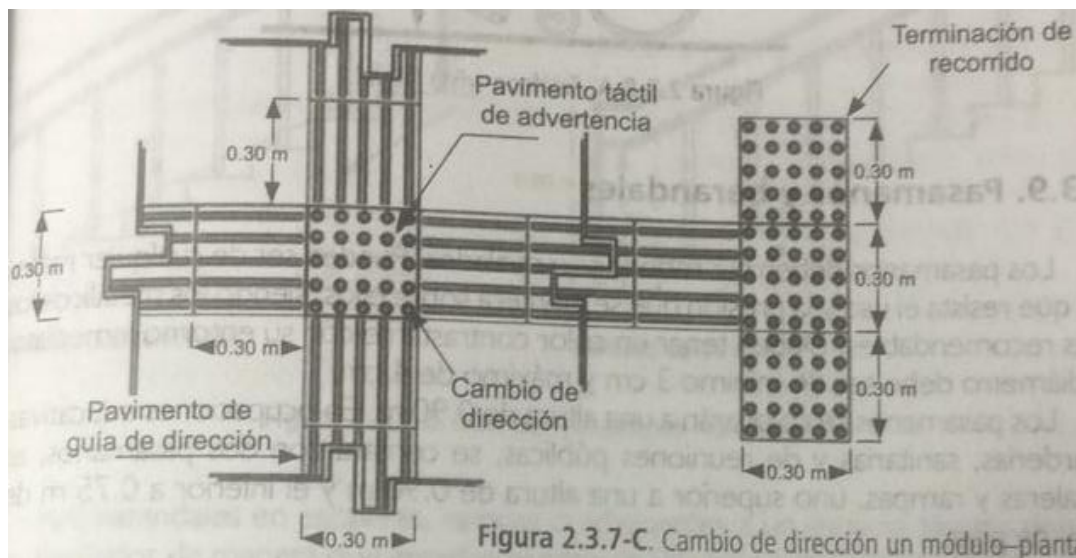


Imagen 63._Ejemplo de guía con cambio de dirección un módulo visto en planta (Fuente: Reglamento de construcción del Distrito Federal, 2017)

4._La llegada de personas con discapacidad visual guiados por un perro guía es una variable en la cual se necesita acondicionar áreas externas para la espera del perro guía mientras el paciente recibe atención.

- *Ventilaciones, dimensionamiento y diseño hipolergénico*¹ al ser espacios arquitectónicos de transición se almacenan bacterias en los mismos que pueden permanecer desde 30-150 min hasta 5 meses por lo que se debe mantener una circulación constante del aire en pasillos y vestíbulos que son las áreas de mayor circulación de pacientes y personal.
- *Evitar juntas constructivas* en acabados (pisos, muros y plafones) con la finalidad de generar espacios libres de patógenos albergados en las juntas ajenos al paciente que puedan perjudicar su salud.
- *Revisión de instalaciones:* En ocasiones las adecuaciones que van surgiendo derivado del crecimiento de población convierten áreas donde se cuenta con cierto tipo de instalaciones las cuales muchas ocasiones se vuelve obsoleta o puede ocasionar algún siniestro por lo que se debe someter a un análisis de funcionamiento el remover o canalizar todas las instalaciones obsoletas producto de alguna adecuación.

En los espacios de *tratamiento* se deben tener consideraciones como:

- *Adecuar áreas en base a tratamientos cardiovasculares, diabetes e hipertensión* como prioridad ya que de acuerdo al *Panorama Epidemiológico del Estado de México del instituto de Salud del Estado de México, subdirección de epidemiología (2013)* son las primeras dos causas de mortandad en la entidad corroborada con la frecuencia de respuesta en las enfermedades padecidas por derechohabientes del ISSEMyM en las encuestas realizadas, desde equipos médicos hasta mobiliario deberán tener como prioridad hacer frente ante dichas enfermedades en aumento y con ello respetar un dimensionamiento que permita la operatividad del personal y mantener integridad del paciente.
- *Ampliación de espacios de acuerdo a demanda:* Existen áreas operativas que no tienen contacto con él paciente que se ven afectadas por la demanda de derechohabientes las cuales obligan a improvisar espacios dentro de ellas donde la falta de espacio dificulta sus actividades. Este

(1) **Hipolergénico:** Que produce una reacción alérgica muy reducida o nula (Real academia Española)

análisis de áreas debe realizarse a cada área de cada unidad para determinar el tipo de acción que más le beneficie a la institución.

- *Implementación de espacios de tratamiento* de nutrición, atención psicológica, geriatría y gerontología como atención integral al adulto mayor de acuerdo al funcionamiento de consulta de cada tipo de atención requerida.

El proceso de *rehabilitación* en las clínicas de primer nivel para los derechohabientes es un periodo breve de estancia ya que de acuerdo al funcionamiento de las unidades médicas del ISSEMyM el paciente es canalizado a un hospital de 2º nivel o 3º nivel en caso de requerir atención médica especializada, sin embargo las clínicas deberán:

- *Contar con espacios de rehabilitación ambulatoria* para aquellos adultos mayores que necesiten de recuperación asistida por profesionales del sector salud como rehabilitación médica, física o terapéutica en espacios diseñados para este proceso con una asistencia diurna para completar su tratamiento médico en caso de requerir la rehabilitación en la unidad médica.
- *Áreas de recreación social* para dar oportunidad a la interacción de derechohabientes con personal capacitado del ISSEMyM en asistencia social como grupos de apoyo psicológico, recreativo y físico. Gestionar áreas destinadas exclusivamente a dichas actividades que permitan fomentar un programa permanente de actividades e incentivar la asistencia del usuario.

Las adecuaciones en cada clínica serán diferentes de acuerdo a su funcionamiento pero las consideraciones para adecuarlas son generales siguiendo las 4 etapas enfocadas al adulto mayor y su estancia en ella. Es importante resaltar el funcionamiento de cada clínica para la valoración en su intervención de las áreas mencionadas en favor del paciente geriátrico.

I2 - Unidades de traslado a unidades médicas

Las unidades de traslado están comprendidas por medios de transporte colectivo como automóviles con capacidades espaciales para el traslado de pacientes, existen en el mercado automóviles de transporte para pacientes con características específicas como rampas móviles de acceso a la unidad, espacios para personas en silla de ruedas y asientos ergonómicos, dichos vehículos oscilan entre los \$140,000 a \$340,000 pesos de acuerdo a un censo realizado en el año 2018. Si se asigna una unidad por las 95 clínicas de primer contacto se estima una flota con un valor de \$32´300,000 pesos.

Aunque la adquisición de este tipo de infraestructura móvil refleja una ventaja de traslado se debe tener en cuenta las implicaciones que llevan una red de transporte como mantenimiento, lugares de resguardo de las unidades, logística y operaciones en la entidad. Dichas consideraciones entran en un gasto constante para la institución que de acuerdo a la demanda incrementará.

Esta estrategia puede ir de la mano con herramientas actuales como plataformas digitales o aplicaciones en dispositivos móviles donde se genere una base de datos con las unidades móviles (ubicación, rutas, horarios y tipo de unidad) que permitan dar a elegir al paciente la unidad de traslado que más le convenga y a su vez a la institución le facilitará saber que paciente se dirige a la unidad registrada por el usuario y que tipo de tratamiento acudirá a recibir.

Más que un medio de transporte la estrategia de unidades de traslado a unidades médicas puede funcionar como un censo en tiempo real sobre la demanda del derechohabiente y las zonas de mayor afluencia y operación de la institución lo que permite realizar acciones en los lugares que más demanda generen a corto y largo plazo.

13 - Unidades móviles de atención

Las unidades móviles de atención son automóviles equipados con equipo médico y espacios para brindar consultas a pacientes dentro de la unidad acompañados de una brigada de profesionales en la salud para recibir pacientes en un primer nivel de atención. La finalidad de estas unidades es llevar la atención al adulto mayor a derechohabientes del ISSEMyM con difícil accesos a servicios de salud.

Estas unidades itinerantes tienen tres objetivos generales que son:

- 1._Extensión de cobertura: Cubrir con la cobertura geriátrica en la entidad mediante la calendarización de movilidad de estas unidades a zonas que cuenten con mayor dificultad en la adquisición de servicios médicos.
- 2._Sondeo: El conocer las patologías frecuentes en determinadas demarcaciones para poder tener un censo y poder ejecutar campañas de salud especializadas.
- 3._Contingencias: Brindar atención médico preventiva en situaciones de desastres naturales, emergencias epidemiológicas, apoyo temporal a unidades de salud inoperantes y/o concentraciones masivas de población.

Las unidades itinerantes cuentan con la capacidad de brindar servicios:

- *Intervenciones de Salud Pública.* Acciones de prevención, promoción de la salud, como ejemplo a través de la aplicación de vacunas dirigidas a los diferentes grupos etarios y tipo de población.
- *Intervenciones de atención de medicina general/familiar y especialidad.* Brindar atención a enfermedades infecciosas, no infecciosas, enfermedades crónicas degenerativas, al igual que a la detección precoz de patologías que por su complejidad se referirán a otro nivel de atención para su resolución.
- *Intervenciones de Odontología.* Estas intervenciones están dirigidas a todas las edades y tienen como objetivo, favorecer la formación de hábitos de higiene, la prevención de enfermedades dentales y cuando exista la patología bucal, su oportuna atención odontológica.

- Intervenciones en Urgencias. De acuerdo a su naturaleza y gravedad, estas intervenciones demandan atención inmediata al poner en peligro la vida y/o la función de algún órgano; se busca la estabilización, el diagnóstico y manejo terapéutico, su canalización a servicios de hospitalización y/o cirugía.
- Intervenciones de Cirugía General. Se incluyen intervenciones entendiéndose que solo se apoyará al equipo itinerante de salud, a través del enlace satelital entre la unidad médica móvil y el hospital sede para realizar un diagnóstico certero, y referir al paciente con oportunidad para su atención.

Actualmente el ISSEMyM cuenta con una red de unidades móviles encargadas de realizar exámenes para detectar casos de Hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias (colesterol y triglicéridos elevados) y obesidad, evaluaciones psicológicas, vacunación, pruebas de Papanicolaou y exploración clínica de mama. De acuerdo con el programa de Unidades Móviles Jalisco (2015) En promedio el costo de operación de una unidad móvil de atención oscila entre \$1´135,764 a los \$2´089,936 pesos variando el costo de acuerdo al tipo de unidad móvil.

Estas unidades cuentan con personal como médicos, nutriólogos, y psicólogos encargados de una orientación hacia la prevención para el paciente, en caso de necesitar seguimiento y/o tratamiento se brinda una hoja de referencia para atender al paciente en su clínica de adscripción, de acuerdo al informe de evaluación médica en unidades móviles del ISSEMyM en 2012 se realizaron 30,547 evaluaciones médicas el 2.47% de todos los pacientes atendidos en unidades médicas, como se hace mención en los objetivos generales optar por la optimización de recursos y ampliación de los mismos es una solución que reside en el pensar siempre en el usuario y como mejorar su calidad de vida.

I4 -Creación de módulos de primer contacto especializados en geriatría/gerontología (Clínicas)

Los módulos de atención especializada al adulto mayor de primer nivel son unidades médicas cuya finalidad es proporcionar servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación brindando un trato integral al adulto mayor, dichos módulos obedecen a una propuesta formal compuesta con áreas para la atención de necesidades y patologías que presenta el adulto mayor actual.

Desde el ingreso a estas unidades por parte del paciente la accesibilidad es una característica fundamental ya que el adulto mayor a diferencia de otros grupos poblacionales puede presentar una fisiología que no puede ser expuesta a riesgos o sometimiento físico en recorridos. Al ingresar por propia cuenta el adulto mayor muestra una autonomía que permite la validez por sí mismo pero al presentarse con alguien quien le brinde apoyo para realizar sus actividades automáticamente la dependencia involucra 2 pacientes: el adulto mayor y la persona que lo apoya ya que su cuidado se convierte en un cuidado conjunto.

Cuando se realiza la etapa de *prevención* y *diagnóstico* los espacios como salas de espera, consultorios y laboratorios son el primer contacto con el paciente lo que propicia a un diseño concentrado que permita el fácil acceso a estos y una ergonomía adecuada al usuario desde el espacio hasta el mobiliario.

Los espacios de *tratamiento* son áreas con características específicas de acuerdo al derechohabiente adulto mayor y a sus patologías las cuales con base en el análisis de matrices FODA tienen una directriz a cubrir necesidades con base en tratamientos cardiovasculares, diabetes e hipertensión como prioridad, desde equipos médicos hasta mobiliario deberán tener como prioridad hacer frente ante dichas enfermedades en aumento. Así como espacios de tratamientos de nutrición, atención psicológica, geriatría y gerontología como atención integral al adulto mayor ya que estos cuidados están presentes en las cuatro etapas de la atención al adulto mayor para obtener una mejor calidad de vida.

El proceso de *rehabilitación* en los módulos son espacios diseñados para la recuperación del paciente asistida por profesionales del sector salud como rehabilitación médica, física, terapéutica o psicológica en espacios adecuados para este proceso. Aunque el proceso de rehabilitación puede ir más allá involucrando áreas recreativas que propicien actividades de desarrollo integral para el adulto mayor.

El paciente en vez de acudir a una clínica de primer contacto acude cualquier clínica especializada la cual evaluara de forma integral al adulto mayor, esto contribuirá a bajar la demanda de las clínicas de primer contacto. En caso de requerir una asistencia médica mayor el paciente pasaría de este módulo de atención a un hospital de 2^o o 3^{er} nivel como es el proceso actual de atención médica en el ISSEMyM.

Para poder tener una aproximación económica de lo que significa un módulo de primer contacto se toma como referencia las clínicas geriátricas del ISEM cuya infraestructura por clínica está formada en promedio por 11 consultorios, laboratorios, radiología y áreas recreativas, en una superficie aproximada en promedio de 1,067.00 m² (ISEM, 2016) de acuerdo con el valuador de costos de construcción por m², Bimsa Reports S.a. de C.V. (2016), el m² de construcción de clínica familiar de 750 m², clase 4 media 1 nivel, 6 consultorios dental, CEYE, inmunización, laboratorio y epidemiología tiene un costo de \$6,422.52 m². Si se considera un modelo de clínica como las que conforman la red del Instituto de Salud del Estado de México cada unidad tendrían un costo aproximado de \$6'852,828.84.

Dicha aproximación económica permite conocer la inversión previa que tendría que realizar la institución en cada unidad edificada en el 2018, considerando el valor del dinero en una proyección al 2050 la inversión por cada unidad será distinta a la considerada actualmente.

Para poder obtener tener un panorama al 2050 se realiza una proyección del *valor tiempo del dinero* obteniendo así el *valor presente de una suma futura* mediante la fórmula:

$$VF = VA (1+i)^n$$

Fuente: (Aguirre, 2008)

	Valores	Sustitución	Fuente
VP=	Es el valor presente	\$6,4422.52 x m2	Bimsa Reports S.a. de C.V. (2016)
VF=	Es el valor en el tiempo (futuro)	Resultado del <i>Valor del dinero</i>	
i=	Es la tasa bajo la cual el dinero será aumentado a través del tiempo (interés compuesto). Por consiguiente $i=TIIE + \text{inflación} + \text{prima de riesgo}$	$=7.85 + 6.00807 + 7.54$ $=21.39807$	Banco de México 29/05/2018
n=	Es el número de periodos a calcular.	0, 12 y 32 años	Proyección al año 2018, 2030 y 2050

El valor *VP* representa el valor del m2 de construcción de una clínica al año 2016 por el valuador Bimsa Reports S.a. de C.V. (2016) como referente del valor del dinero que se invierte en promedio en la actualidad.

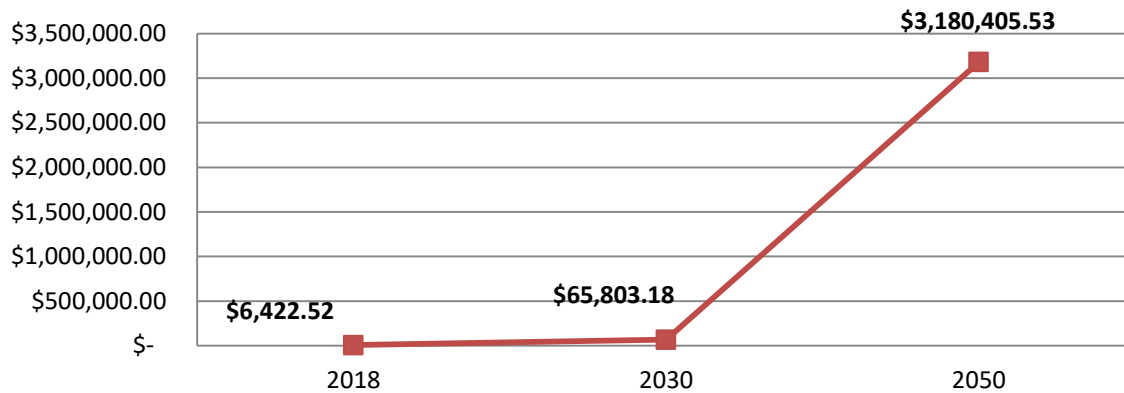
El valor de *i=* está compuesto por 3 índices para proyectar el valor del dinero en el tiempo, *Tasa de interés interbancaria de equilibrio* al día 29/05/2018 (TIIE) + (*Inflación* al día 29/05/2018) + (*prima de riesgo* México al día 29/05/2018).

El cálculo del valor del dinero en el tiempo dependerá además del índice *n* que representa los años a los que se va a calcular los cuales representan el año 2018

(n=0), 2030 (n=12) y 2050 (n=32). Es importante resaltar que esta proyección considera valores fijos de índices para tener un pronóstico del dinero en el tiempo.

Como resultado obtenemos la siguiente gráfica 1:

Gráfica 1. Valor presente de una suma futura



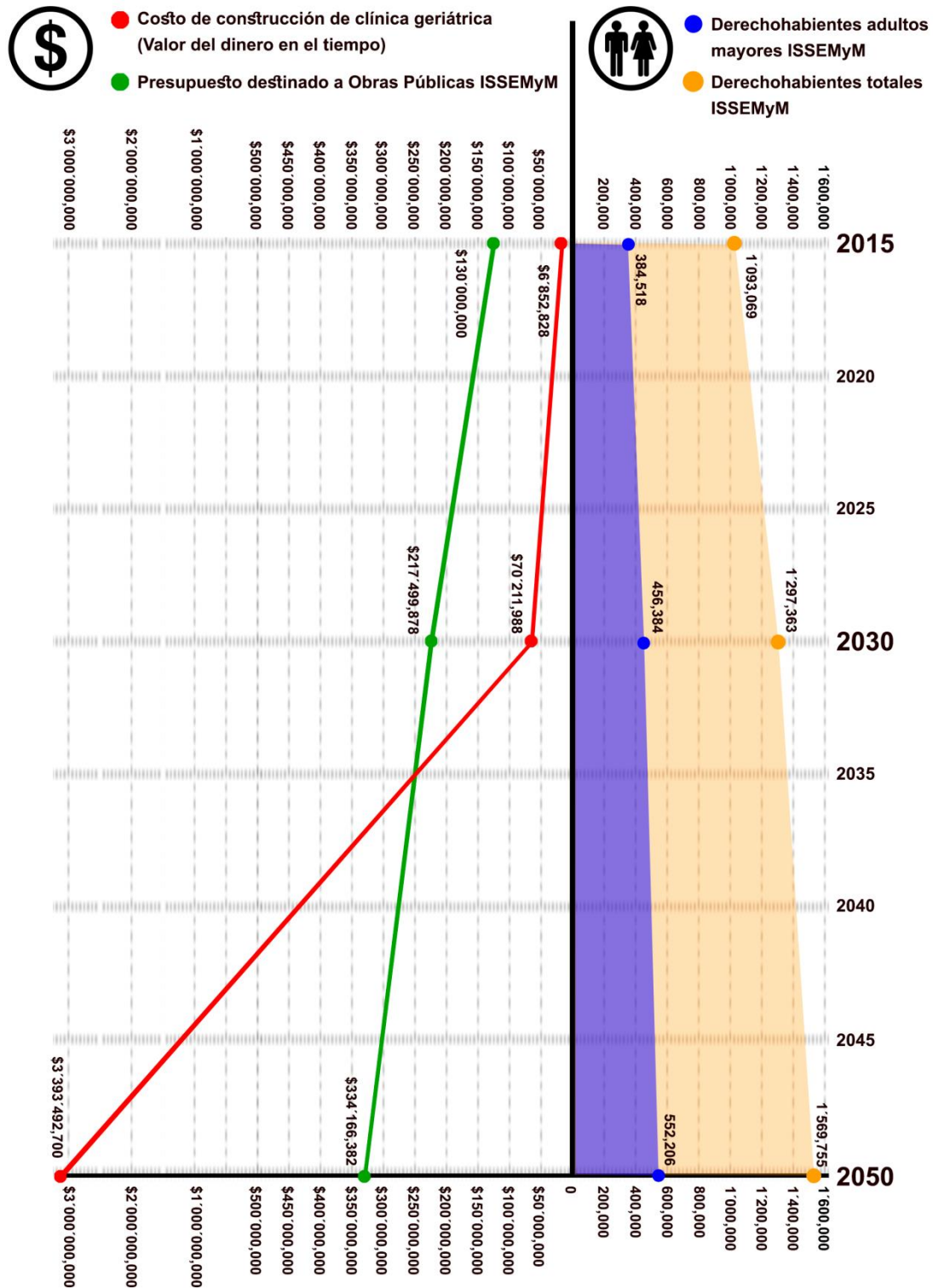
Si se aplica el valuador de costos de construcción por m², Bimsa Reports S.a. de C.V. (2016) con el *valor presente de una suma futura* considerando 1,067.00 m² de construcción para una clínica geriátrica se obtiene la equivalencia:

Tabla 2. Proyección de costo x m² de construcción con valor presente de una suma futura

Año	Valor por M2	Resultado
2018	\$ 6,422.52	\$ 6,852,828.84
2030	\$ 65,803.18	\$ 70,211,988.46
2050	\$ 3,180,405.53	\$ 3,393,492,700.96

Como se puede observar en la Tabla 2 el gasto en una clínica los próximos 32 años significará una mayor inversión para la institución considerando *el valor del dinero en el tiempo* lo que somete a un análisis para la institución el integrar clínicas geriátricas a corto plazo ya que es más caro no tenerla ahora que tenerla en un futuro.

Gráfica 2. Proyección de presupuestal y poblacional 2015 – 2050



Fuente: Elaboración propia mediante Informe presupuestal ISSEMyM 2015, Informe de actividades ISSEMyM 2015, Valor de clínicas (Valor del dinero en el tiempo) proyección propia.

En la **gráfica 2. Proyección de presupuestal y poblacional 2015 – 2050** al proyectar de forma paralela el valor que cuesta construir una clínica y del presupuesto asignado por el ISSEMyM a obra pública al 2050 se observa que a partir del 2035 la construcción de una clínica geriátrica será inviable si se tiene una asignación presupuestal como la que se ha dado de forma constante, este problema se agrava cuando se realiza un estimado del crecimiento poblacional de derechohabientes mayores de 60 del ISSEMyM y su crecimiento con respecto a la población actual es del 43% al 2050.

Este panorama es una advertencia y recomendación para la institución al considerar invertir en infraestructura hospitalaria como clínicas geriátricas a corto tiempo y no recurrir a este tipo de estrategia para la cobertura geriátrica como último recurso, ya que si esa fuera la decisión de la institución se invertiría más a medida pasa el tiempo.

Una ventaja que tiene este tipo de estrategia es la gradualidad con la que se puede ir empleando de acuerdo a zonas y población con mayor demanda con la finalidad de prever la atención médica ante un mayor crecimiento de adultos mayores haciendo un gasto/paciente mucho menor que al no tener una clínica y atender problemas de salud más complejos que requieran una mayor inversión por parte de la institución.

4.8. LUGARES DE APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS DE INFRAESTRUCTURA

I1 - Adecuación de áreas especiales de atención al adulto mayor en las instalaciones existentes del ISSEMyM

Para poder brindar propuestas de adecuación es esencial conocer ¿Qué se va a adecuar? Para ello esta estrategia está basada en las clínicas de primer nivel del ISSEMyM, ya que de acuerdo a al informe Diciembre 2017 de la pirámide poblacional de derechohabientes atendidos por unidades médicas de primer contacto (ISSEMyM 2017) los derechohabientes reciben atención médica de primer contacto por parte de 3 tipos de unidad: consultorios, clínicas de primer nivel y hospitales regionales. Sin embargo de los 1'125,211 derechohabientes que acudieron por atención médica de primer nivel el 9.50% (106,691) son personas mayores de 60 años.

De los derechohabientes mayores de 60 años el 12.76 % acude a consultorios que la institución tiene distribuidos en inmuebles propios del ISSEMyM, oficinas de dependencias estatales o inmuebles rentados, el 12.92% acude a hospitales regionales y el 74.30% a clínicas de primer contacto, las clínicas están comprendidas por una red de 34 unidades distribuidas en 6 regiones:

Tabla 1 Clínicas en regiones del Estado de México y derechohabientes atendidos

Región	Clínicas	Derechohabientes totales	Derechohabientes Mayores de 60 años
I	9	421,995	40,440
II	6	260,202	24,560
III	9	294,053	27,657
IV	2	39,330	3,739
V	5	74,198	6,967
VI	3	35,433	3,328
TOTAL		1'125,211	106,691

Este escenario de cobertura de las clínicas del ISSEMyM refleja la demanda de servicios por la población derechohabiente mayor de 60 años en mayor cantidad en algunas regiones que en otras lo que da pauta a la localización y prioridad de acción de la adecuación. En promedio una clínica de la región I atiende a 4,493 adultos mayores en comparación a la región VI que atiende a 1,109, casi tres veces más. Esto quiere decir que en un orden de intervención las clínicas que cuentan con un número representativo de derecho habientes serán las primeras en ser adecuadas para atención de estos pacientes, haciendo gradual la adecuación en clínicas de menor demanda.

Para poder tener un prototipo de adecuación se toma de cada región la clínica de primer nivel que más derechohabientes atendió en Diciembre del 2017 de acuerdo al informe Diciembre 2017 de la pirámide poblacional de derechohabientes atendidos por unidades médicas de primer contacto (ISSEMyM 2017) las cuales resultan ser las siguientes:

Tabla 2 Clínicas con mayor número de derechohabientes en cada región

Región	Clínica	Totales	Mayores de 60 años
I	Clínica de consulta externa Alfredo del Mazo Vélez	257,269	24,174
II	Clínica de consulta externa Tlalnepantla	78,722	7,397
III	Clínica de consulta externa "B" Ecatepec	36,925	3,470
IV	Clínica de consulta externa Valle de Bravo	10,547	991
V	Clínica de consulta externa San Felipe del Progreso	11,318	1,063
VI	Clínica regional Ixtapan de la sal	6,081	571
TOTAL		400,862	37,666

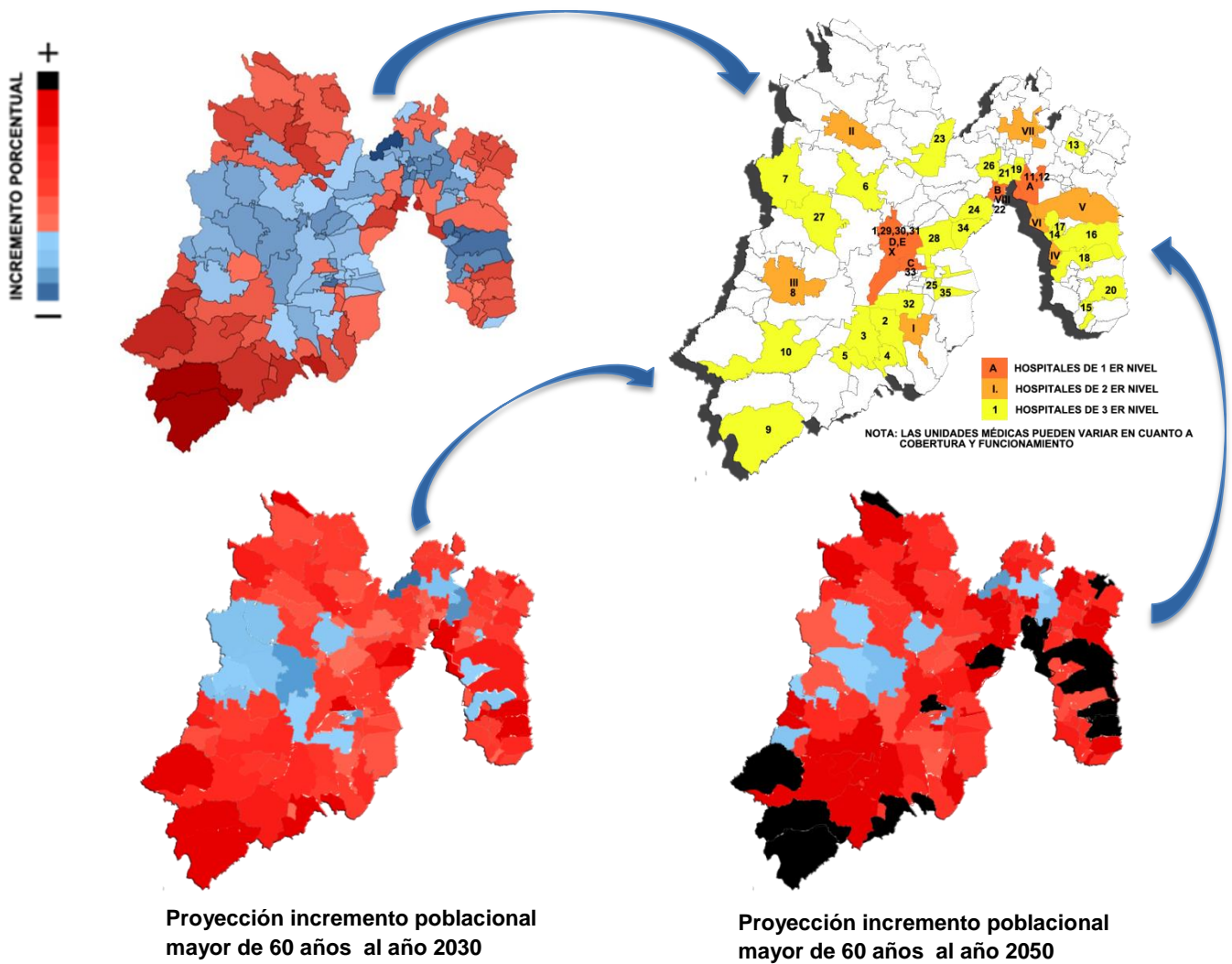
Estas 6 clínicas son las ideales para su adecuación en un tiempo inmediato para la atención al adulto mayor, como se muestra en la tabla 2 son las clínicas que atienden la mayor demanda de cada una de las 6 regiones en la entidad lo que resultaría ser un modelo de referencia para clínicas restantes en cada región.

I2 - Unidades de traslado a unidades médicas

Las unidades de traslado por el tipo de medio de transporte no requieren una infraestructura inmobiliaria determinada ya que solo son el vínculo de traslado a la unidad médica sin embargo su implementación deberá ser en municipios con mayor lejanía a las unidades médicas y que cuenten con presencia de adultos mayores superior a la media. Actualmente en la entidad los municipios con estas características se encuentran a más de 2 horas de distancia a la unidad médica más cercana.

Distribución de los adultos mayores en la entidad

Unidades médicas del ISSEMyM



Proyección incremento poblacional mayor de 60 años al año 2030

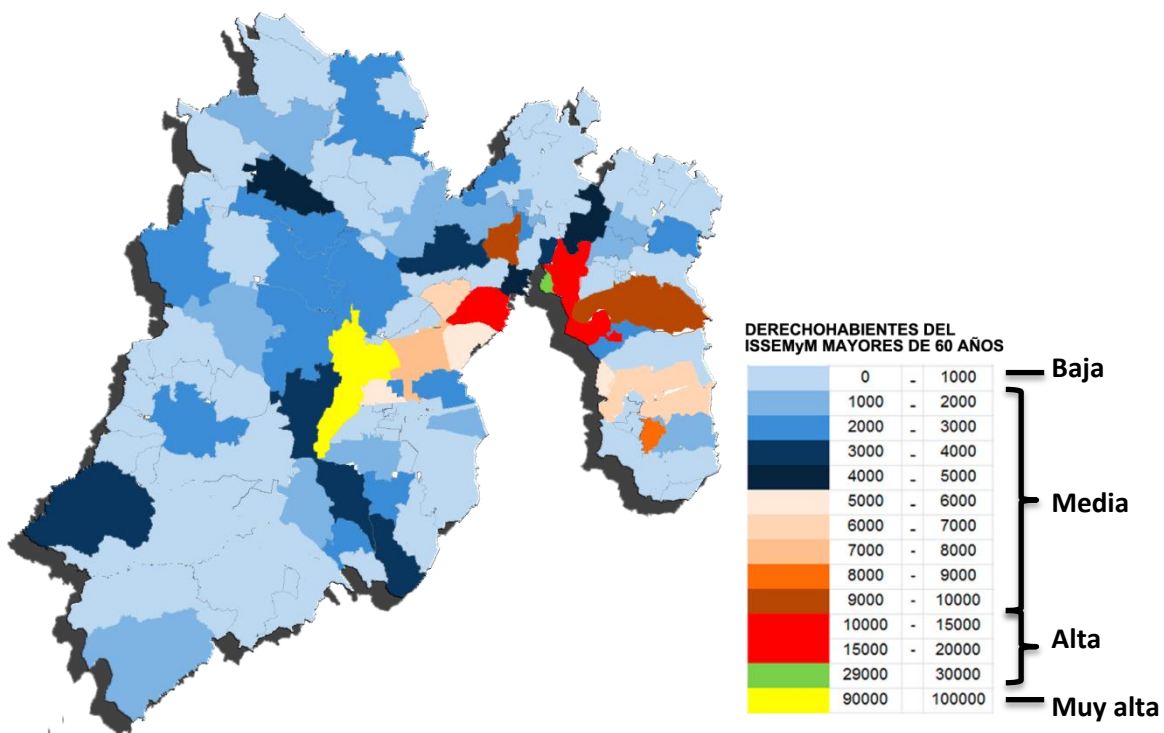
Proyección incremento poblacional mayor de 60 años al año 2050

A medida la población siga creciendo serán más municipios que demanden el servicio hasta tener una cobertura casi en toda la entidad.

I3 - Unidades móviles de atención

La estrategia de cobertura mediante unidades móviles como las estrategias sociales debe estar presente en toda la entidad con la finalidad de promover el cuidado y atención del adulto mayor con énfasis en lugares donde exista una población densificada de este grupo poblacional, aunque existan municipios con poblaciones mayores a la media esta estrategia ofrece la versatilidad de locación temporal de poder brindar apoyo en todo el estado. Con una comparativa poblacional en el mapa 2. *Derechohabientes mayores de 60 años* se puede determinar un panorama general de programación para estas campañas de atención ubicando aquellos municipios que presentan mayor población derechohabiente mayor de 60 años.

Si bien las unidades de atención son el medio de evaluación y diagnóstico móvil para apoyar al derechohabiente, son una herramienta de censo para determinar los lugares donde se tengan mayor concurrencia y poder así implementar de forma conjunta otras estrategias de infraestructura o sociales volviendo integral la cobertura geriátrica.



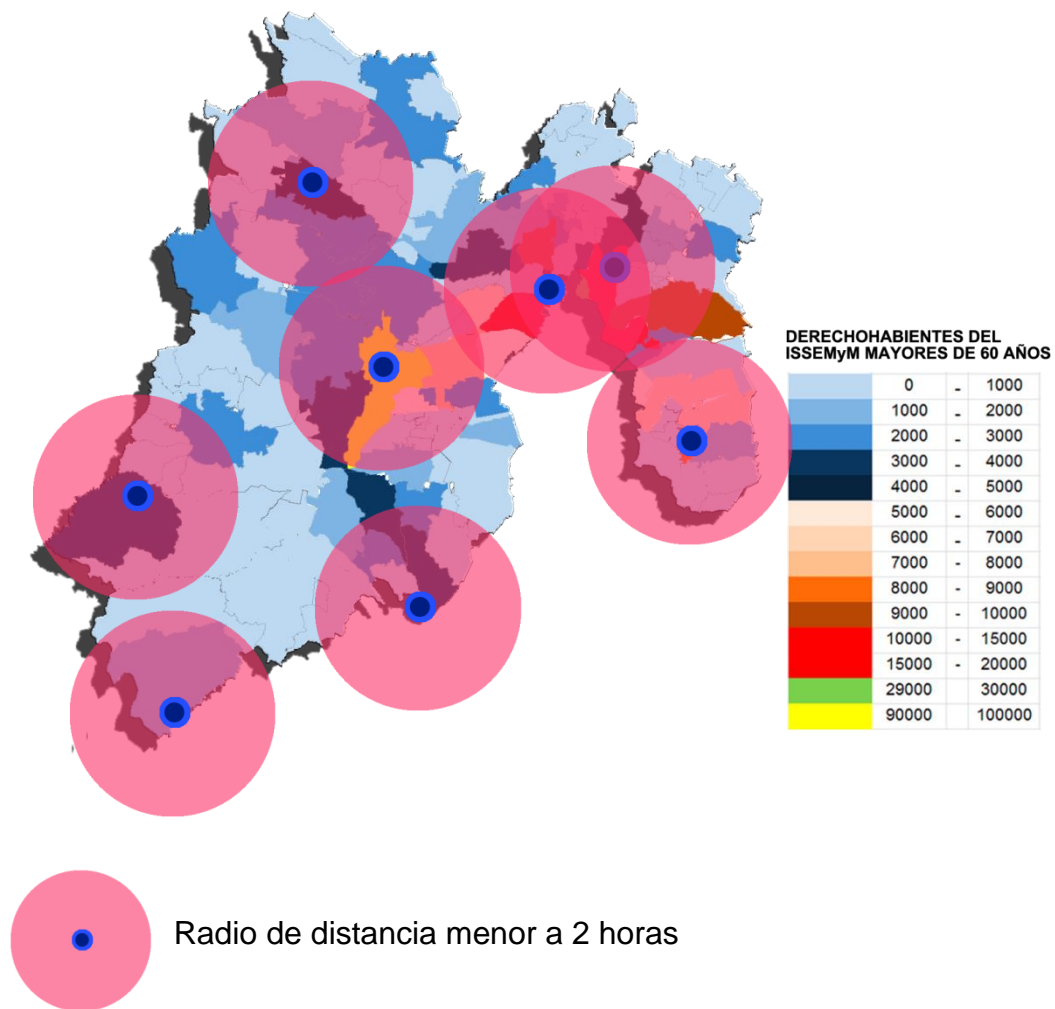
Mapa 2. Derechohabientes mayores de 60 años

I4 -Creación de módulos de primer contacto especializados en geriatría/gerontología (Clínicas)

La localización de módulos se proyecta en 3 etapas las cuales son el parámetro estratégico del 2018, 2030 y 2050.

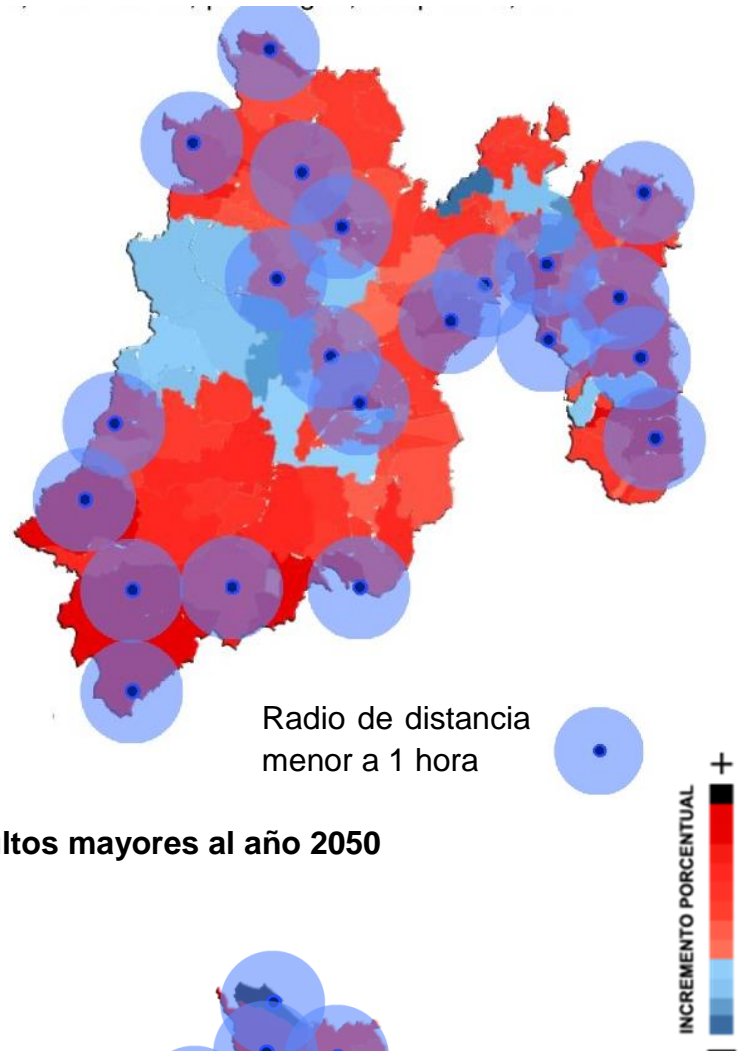
Cobertura de unidades 2018

La ubicación de las unidades en una etapa inicial parte de las zonas donde hay una concentración de derechohabientes mayor de la media, las cuales se sitúan en lugares estratégicos que cuenten con una cobertura de radio de un traslado no mayor de 2 horas.



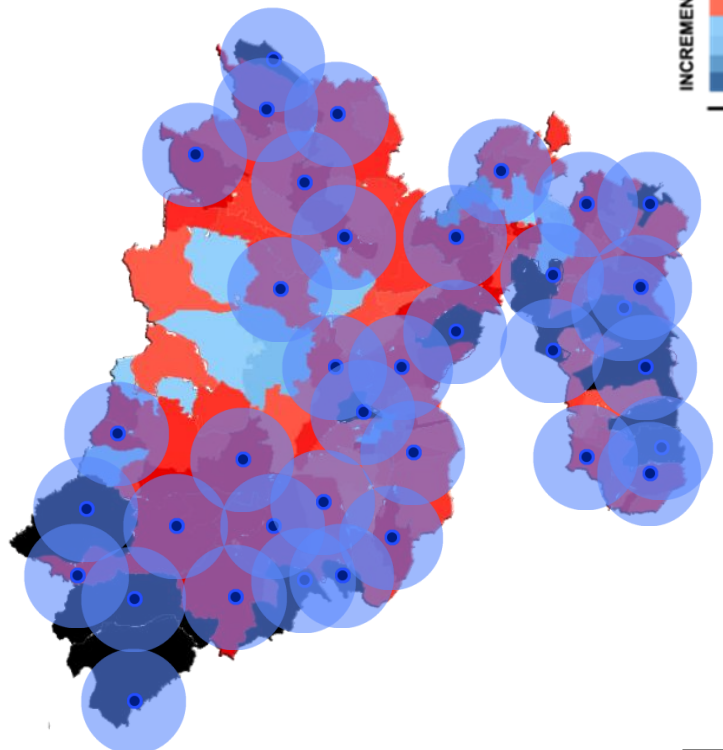
Unidades con una proyección de adultos mayores al año 2030

El envejecimiento de la población al año 2030 será notable con respecto a la población actual lo cual permite localizar puntos donde será presente un envejecimiento mayor de la media, que representan 21 municipios con un porcentaje representativo de adultos mayores haciendo la factibilidad de traslado de municipios aledaños con envejecimiento cercanos a la media, por lo que las distancias corresponden a radios de cobertura no mayores a 1 hora.



Unidades con una proyección de adultos mayores al año 2050

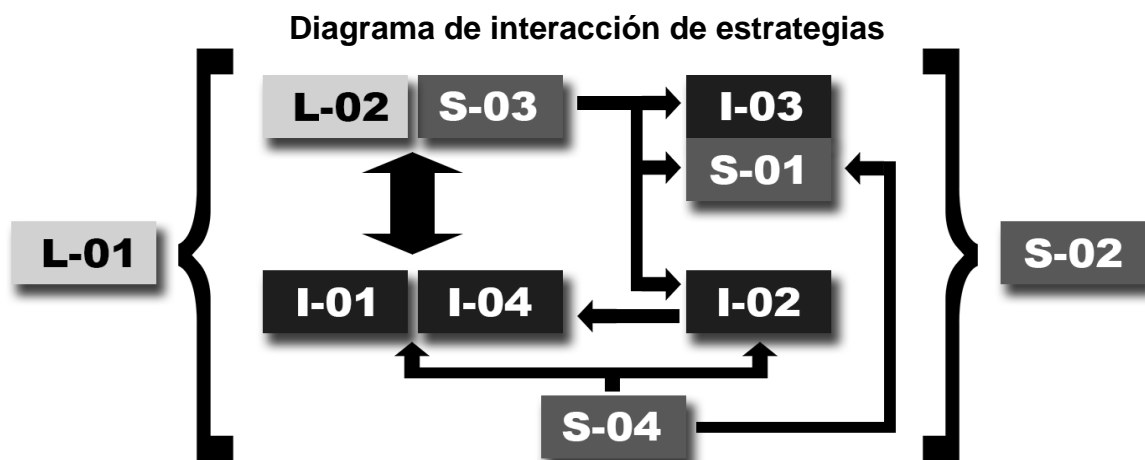
El envejecimiento de la población al año 2050 tiene una característica importante en los 38 municipios que presentan un envejecimiento por encima de la media y son municipios en su mayoría con mayor población en la entidad, lo que hace que su población adulta mayor sea representativa con respecto a los demás municipios.



4.9. INTERACCIÓN DE ESTRATEGIAS

4.9.1. Interacción de estrategias directas

Al proyectar las estrategias de cobertura de forma individual obtenemos diferentes respuestas a un objetivo en común, ese objetivo permite integrar de forma aleatoria estrategias de los 3 tipos: Legales, sociales y de infraestructura, las cuales el ISSEMyM puede aplicar actualmente con excepción de las estrategias financieras por su tipo de ejecución. Este modelo integral son acciones que propicien una solución más efectiva, al entrelazar estrategias y ofrecer más soluciones haciendo un énfasis en la interdisciplinariedad que juega un rol esencial en la salud del paciente geriátrico.



Mediante el *diagrama de interacción de estrategias* se muestra la compaginación que tienen las estrategias entre sí para poderse llevar a cabo de forma conjunta, como resultado se obtiene la *combinación de estrategias*. Cabe mencionar la posición general de la estrategia L-01 que es la estrategia encargada de implementar el cuidado del adulto mayor en el marco legal de la institución para dar cavidad a todo un modelo de cobertura así como la estrategia S-02 Difusión de servicios otorgados por parte de la institución implementada en el resultado de cualquier interacción de estrategias para dar a conocer al derechohabiente aquellos servicios que se opten para la cobertura geriátrica y el paciente decida y opte por la que beneficie su calidad de vida.

Relación de interacción de estrategias

Tipo de estrategias

Interacción de estrategias

	IE-01	IE-02	IE-03	IE-04
SOCIALES				
Campañas de prevención y cuidado de la diabetes e hipertensión		S1		
Difusión de servicios otorgados por parte de la institución	S2			
Actualización de plataformas y aplicaciones en la red que promueva la interacción con los derechohabientes	S3	S3	S3	
Impulsar la gerontología en el trato del paciente adulto mayor		S4		S4
INFRAESTRUCTURA				
Adecuación de áreas especiales de atención al adulto mayor en las instalaciones existentes del ISSEMyM	I1		I1	
Unidades móviles de atención				I2
Unidades de traslado a unidades médicas			I3	
Creación de módulos de primer contacto especializados en geriatría/gerontología (Clínicas)	I4		I4	
LEGALES				
Implementación de la prevención en el cuidado de adultos mayores	L1			
Actualización de bases de pensionados en expectativas de vida actuales	L2			

IE-01 Monitoreo de pacientes en unidades médicas

Mediante la actualización de plataformas digitales se abre la oportunidad de beneficiar al adulto mayor interactuando en tiempo real con su salud mediante el desarrollo de aplicaciones y equipo de monitoreo que permita conocer su estatus de salud. En los cuidados preventivos de las enfermedades más recurrentes como hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares.

Actualmente existen aplicaciones móviles que permiten un monitoreo constante de estos padecimientos tal es el ejemplo de *Instant Heart Rate* una aplicación para teléfonos inteligentes que permite ver los latidos del corazón en tiempo real en la pantalla del móvil. *Instant Heart Rate* detecta el pulso del usuario cuando tapa por completo la lente de la cámara del smartphone con su dedo índice, como si se tratara de un pulsioxímetro, la app detecta los leves cambios de color del dedo causados por sus capilares sanguíneos, que se expanden y se contraen con cada latido del corazón. Esto permite que la aplicación mida el pulso y lo convierta en un gráfico, para luego almacenar los datos e incluso poder compartirlos, dicha aplicación cuenta con el asesoramiento de investigadores de la Universidad de Stanford y de la Universidad de California con reconocimiento como la mejor app de la categoría Health & Fitness de los Mobile Premier Awards2011.

Dichos datos obtenidos por aplicaciones inteligentes serán interactivos con el ISSEMyM para poder monitorear estado de salud del adulto mayor y poder determinar su tratamiento, recomendaciones generales o solicitar acuda a la unidad médica indicada mediante la interfaz con la programación previa por parte de la institución para recibir al paciente. Este modelo de interacción digital es una herramienta para que tanto el paciente como la institución canalicen de manera óptima al adulto mayor a sus unidades médicas existentes o especializadas en el tipo de cuidado que requiera y que la institución cuente con los servicios necesarios en dicha unidad.

En caso de requerir atención de emergencia canalizar alguna ambulancia que acuda por el derechohabiente, esta opción deberá estar sujeta a un monitoreo del expediente clínico del paciente para conocer sus padecimientos y poder actuar de forma oportuna. Esta propuesta de interacción de unidades médicas con una plataforma digital y un monitoreo de sus derechohabientes no sustituye un modelo de atención médica formal en la que el derechohabiente tiene que acudir a chequeos constantes en caso de requerirlo únicamente es una herramienta de apoyo para el paciente y la institución en el cuidado de enfermedades que deben ser evaluadas periódicamente.

IE-02 Campañas integrales de prevención y atención

Campañas gerontológicas con prioridad en enfermedades recurrentes en pacientes mayores de 60 años impartidas por personal como médicos, enfermeras, psicólogos y nutriólogos que tengan especialidad en adultos mayores, así como la integración de gerontólogos como plan integral de prevención y atención, dichas campañas a su vez son el mecanismo para censar a la población derechohabiente y sus necesidades en determinadas regiones, edades y situación de salud.

Con medios de difusión que permitan dar a conocer medidas preventivas de cuidados especializados al adulto mayor por parte de la institución mediante infografías, trípticos, videos informativos y blogs hará la interacción de dudas y respuestas del adulto mayor hacia el personal del ISSEMyM mediante una plataforma digital de comunicación que ayude al conocimiento de los servicios que la institución brinda, campañas enfocadas en el paciente geriátrico y actividades que sean de interés para el derechohabiente y que pueda aprovechar al máximo.

IE-03 Red interinstitucional de apoyo para unidades clínicas

Las unidades médicas en la entidad atienden un número desproporcionado de derechohabientes por unidad médica de primer nivel, algunas atienden 4 veces más derechohabientes para ello formar una red de apoyo con unidades de traslado con las unidades médicas existentes o nuevas unidades especializadas en el adulto mayor que facilite el traslado al paciente a la unidad donde tenga la capacidad de atención inmediata, menor tiempo de traslado y que más convenga al derechohabiente conforme a sus necesidades.

Dichas unidades de traslado pueden estar integradas a una plataforma digital que permita hacer del conocimiento del paciente su ubicación, horarios y rutas, así como beneficiar a la institución realizando traslados entre unidades médicas como apoyo.

IE-04 Unidades móviles gerontológicas

Las unidades móviles de atención además de las principales funciones que tienen de la evaluación y diagnóstico pueden ser un gran referente para los gerontólogos al evaluar, planificar y proyectar planes de atención que les permita dotar de un panorama general a la institución acerca de la vejez en sus derechohabientes, además de ser un profesional quien pueda orientar al adulto mayor en su cuidado y las alternativas que puede optar.

Este apoyo por parte del gerontólogo en las unidades móviles permite establecer un filtro de cobertura ante patologías de carácter prioritario o simple, facilitando el control clínico por parte de la institución al tener un profesional en el cuidado del adulto mayor como primera instancia para la valoración del individuo.

Este tipo de estrategia pretende involucrar la gerontología de una forma integral llevándola a los pacientes con los profesionales en el ramo ya que la gerontología relativamente es nueva y son muchas personas las que desconocen sus funciones y la manera que pueda aportar algo en su salud, con este objetivo se pretende contar con una gama de profesionales de la salud enfocadas en un mismo fin que es la calidad de vida del adulto mayor.

4.9.2._ Interacción de estrategias indirectas

La *integración de las estrategias directas* con las *estrategias financieras* pueden ser un apoyo económico para la línea de acción que se propone llevar a cabo, además de la captación de recurso para la institución con su modelo de pago de obligaciones por los trabajadores del estado se flexibilice a un modelo mixto con aportaciones de usuarios no afiliados al ISSEMyM.

Estrategias Legales	Estrategias Financieras		Integración de las estrategias directas	RESULTADO
L-03 Anexo al capítulo IV <i>De las cuotas y aportaciones</i> ingresos por particulares	F-02 Capacitación de personal privado	F-05 Campañas de prevención privadas	IE-02 Campañas integrales de prevención y atención	EI-F1
			IE-04 Unidades móviles gerontológicas	EI-F2
	F-01 Uso de instalaciones en actividades recreativas mixtas	F-04 Servicio de salud a pacientes particulares	IE-03 Red interinstitucional de apoyo para unidades clínicas	EI-F3
		F-03 Convenios con casas de día para el desarrollo de actividades	IE-01 Monitoreo de pacientes en unidades médicas	EI-F4

EI-F1 - CAMPAÑAS INTEGRALES DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN

En las campañas de prevención y atención al incluir estrategias financieras permitirán ampliar la cobertura a derechohabientes y no derechohabientes haciendo una institución incluyente de público general y obtener un beneficio doble al generar consciencia de cuidado de la prevención en sus derechohabientes el ISSEMyM y captar recurso mediante la capacitación y campañas de personas privadas que lo soliciten.

EI-F2 - IE-04 UNIDADES MÓVILES GERONTOLÓGICAS

Las unidades médicas gerontológicas con el cuidado integral que las componen al abrirse la posibilidad de poder cubrir servicios a público privado permite una mayor optimización y aprovechamiento de recursos al retribuir económicamente el servicio según sea requerido.

EI-F3 - IE-03 RED INTERINSTITUCIONAL DE APOYO PARA UNIDADES CLÍNICAS

Si a la red interinstitucional de clínicas se le brinda la posibilidad de aprovechar espacios con uso mixto y atender a personal privado se obtiene una sinergia a la utilización de espacios del ISSEMyM usando de forma óptima aquellos que no generan un aprovechamiento deseado, dando así mayor énfasis a la institución a nivel estado.

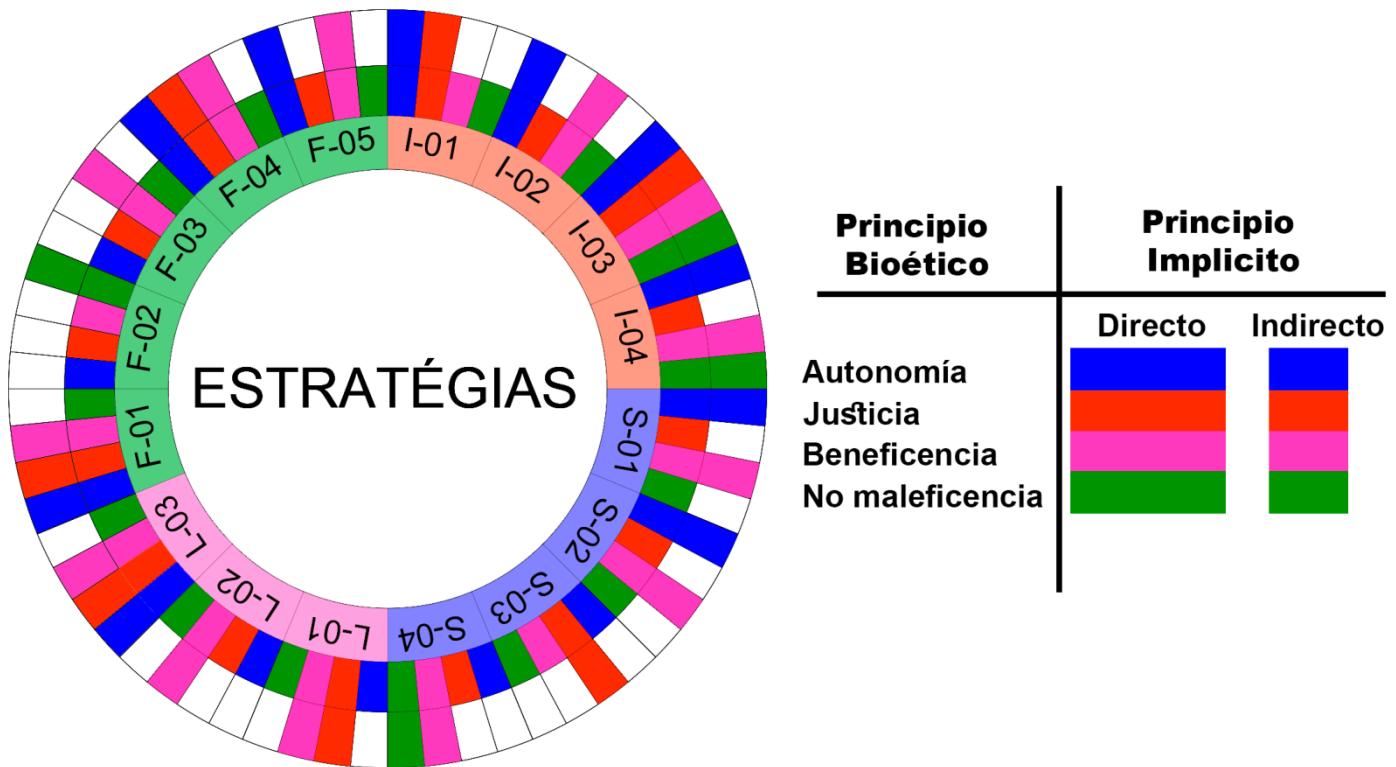
EI-F4 IE-01 MONITOREO DE PACIENTES EN UNIDADES MÉDICAS

Si los mecanismos de monitoreo se emplean en conjunto con establecimientos como casas de día se puede llegar a tener un control sobre los derechohabientes y su cuidado, esto sería una gran aportación al permitirle a la institución la situación de salud en la que sus derechohabientes se encuentran y evaluar soluciones que en el ISSEMyM vayan surgiendo.

4.10._INTERACCIÓN BIOÉTICA DE ESTRATEGIAS

Todo el panorama de estrategias además de tener una justificación teórica debe tener una justificación bioética ya que buscar ¿Un por qué? Y ¿Para quién debe? Estar dirigido con un enfoque *humanista* que piense en el otro individuo como un ser con principios y dignidad, dicho enfoque esta resumido en conocer cada estrategia como aborda los cuatros principios bioéticos rectores en la calidad de vida de una persona.

Gráfica 4._Interrelación de principios bioéticos con estrategias de cobertura geriátrica



En la gráfica 4 se muestra como los principios bioéticos están implícitos en las estrategias de forma directa e indirecta en algunos está más presente algún principio que en otros pero lo esencial de la comparativa es saber qué principio predomina en la busque de la calidad de vida del adulto mayor.

I-01 Adecuación de áreas especiales de atención al adulto mayor en las instalaciones existentes en el ISSEMyM

Cuando se propone adecuar un espacio en la institución se establece una mejora la cual tiene como requisito acudir a ella para poderla usar por consiguiente se vuelve una decisión del derechohabiente al conocer su situación de salud y determinar si quiere o no acudir a la institución pese a los servicios ofrecidos lo que genera un conflicto de *autonomía* desde la decisión del derechohabiente haciendo también *justicia* por parte de la institución al dejar la libre decisión del paciente para acudir, sin embargo abordando la *justicia* desde el equipamiento hospitalario se debe implementar con *equidad* dicha diferencia entre *igualdad* y *equidad* prevalece en otorgar los servicios necesarios a quien más lo necesita y no distribuirlos de forma similar para evitar una malversación del recurso y la inutilización del mismo por grupos poblacionales que no demandan tantos servicios.

I-02 Unidades de traslado a unidades médicas

La *autonomía* que determina cada individuo en tomar un medio de traslado a su unidad médica correspondiente está influida por la economía del individuo y de su situación de salud en conjunto, más allá de una decisión de preferencia para muchos la limitación económica y la dependencia del paciente a otra persona obliga al derechohabiente a dirigirse a consultorios externos o unidades cercanas agravando la *dignidad* del individuo al condicionarse. Desde la perspectiva del tipo de servicio que se pretende emplear la *beneficencia* es un principio que se vuelve un objetivo ya que este tipo de estrategia es muy precisa en su forma de operación que no resuelve el problema de raíz para la demanda geriátrica, no se puede hablar de *justicia* en esta estrategia al estar destinada a un grupo poblacional en específico ya que sin buscarlo se vuelve excluyente hacia otros grupos pero de algún modo *equitativa* para el paciente que más lo necesita.

I-03 Unidades móviles de atención

En esta estrategia existe una discusión bioética de los 4 principios que están involucrados de manera directa desde 2 perspectivas de vista hacia el tipo de servicio que se pretende brindar, al ser un servicio que el ISSEMyM ya brinda y hacerlo de forma muy específica a pacientes geriátricos se vuelve *equitativa* pero al ser de carácter general no excluye al resto de la población que necesite acudir a estas unidades por alguna emergencia, cuando se habla de *autonomía* es fundamental que el paciente decida la forma en la que quiere ser atendido y aunque el servicio sea una respuesta al traslado evitando que el paciente tenga que recurrir trayectos largos para una consulta de primer contacto es decisión *digna y consiente* del paciente hacia este tipo de atención. La *beneficencia* es eje rector de esta estrategia al integrarse de personal de la salud especializado y capacitado *la no maleficencia* es subsecuente al objetivo de la misma, cuando se tiene un conjunto de valores y principios que velan por los intereses conjuntos de la institución y del paciente resultan ser medidas optimas a emplear para la cobertura de servicios geriátricos.

I-04 Creación de módulos de primer contacto especializados en geriatría/gerontología (Clínicas)

Los módulos de atención son una respuesta dirigida al paciente por la demanda de cierto tipo de servicios que demanda no debe caer en la politización de la cobertura hospitalaria la cual opta por construir clínicas, hospitales, etc. Sin un buen funcionamiento de las mismas, esta estrategia pese a las características positivas no resulta ser *justa* para los derechohabientes del ISSEMyM al dar atención a un solo grupo sin embargo si resulta ser *equitativa* como solución al grupo de población que más servicios de salud demanda a diferencia de otros grupos más jóvenes que no requerirían clínicas especiales por su grupo de edad.

Un aspecto que puede tornarse polémico es la exclusión de los adultos mayores a una clínica especial, si bien se pretende darles atención exclusiva a ellos con un lugar diseñado para ellos el segregar a la población hace que la *autonomía* del

individuo determine si para él resulta o no excluyente el atenderse en clínicas de esta índole, es para el paciente un punto favorable el que se le considere de forma particular en dicha discusión bioética ya que para la institución podría actuar con *justicia y beneficencia* pero la discusión es delicada con situaciones que puedan tornarse al conflicto bioético descrito, esta situación se puede ver reflejada en ejemplos como hospitales para la mujer, para el niño, Gineco- obstetra, etc. Pero hospitales para grupos poblacionales como hombres, adolescentes, adultos mayores están presentes en proporciones notoriamente menores volviéndose una cobertura equitativa más no justa.

S-01 Campañas de prevención y cuidado de la diabetes e hipertensión y S-02 Difusión de servicios otorgados por parte de la institución

En ambos casos de estrategias se busca que el derechohabiente tenga la información necesaria para que conozca, evalúe y determine la opción que le resulte benéfica para el tipo de atención médica según será el caso, en el caso de la S-01 es el autoconocimiento del individuo y la dignidad serán las que permitirán que se genere la conciencia necesaria en el autocuidado.

S-03 Actualización de plataformas y aplicaciones en la red que faciliten los tramites por parte de los derechohabientes

En este caso particular se hace la promoción de un principio fundamental para el derechohabiente que es la *justicia* al buscar la accesibilidad de servicios para todos los grupos poblacionales, ya que cada grupo domina y emplea diferentes tecnologías y no se puede generalizar un solo tipo de recurso por parte de la institución. Antes que todo se debe ver con la mirada del paciente como hacer de su conocimiento y accesibilidad los servicios haciendo de la mano con el progreso tecnológico para al final generar un progreso social en conjunto.

S-04 impulsar la gerontología en el trato del paciente adulto mayor

Al ser una estrategia que busca ejercer una ciencia de salud tiene como principales objetivos la *beneficencia* y la *no maleficencia* para el paciente geriátrico, esto quiere decir en términos bioéticos dar trato digno al paciente de acuerdo a su situación bio-psico-social con la finalidad de contribuir a su *calidad de vida*. Esta estrategia social no tiene presente de igual manera la *justicia* derivado al tipo de ciencia a emplear que se especializa en un grupo poblacional lo que deja de ser justo para volverse equitativo.

L-01 Implementación de la prevención en el cuidado de adultos mayores

Para poder realizar de forma legal un cambio que establezca la prevención en el cuidado del adulto mayor es porque se tiene que ver con la perspectiva del individuo en cuestión, lo fundamental que son los cuidados de prevención en las políticas de salud públicas y no solo es proponer un marco legal sino dirigir la atención hospitalaria de forma *benéfica* y *equitativa* para el adulto mayor, buscar la inclusión social en la institución al darle la prioridad justa al adulto mayor como se hace con otros grupos de tal manera que no sea una institución exclusiva de adultos mayores sino que tenga claro quiénes son sus derechohabientes y como la institución se adaptará al grupo que necesite atención de acuerdo a sus necesidades.

L-02 Actualización de base de datos de pensionados en expectativas de vida actuales

Para tener clara la necesidad del paciente se debe de entender cuáles son las características del paciente y para poder llegar a ello se debe de tener un conocimiento del entorno social, el envejecimiento de la persona conforme pasan los años va siendo de maneras distintas los estándares de envejecimiento de años atrás hoy ya no corresponden a la sociedad adulta mayor, hoy existen padecimientos y situaciones sociales distintas las cuales someten a un ritmo de vida particular, este escenario es la justificación del porque se debe de mantener

una constante evaluación en los derechohabientes del ISSEMyM para poder tomar las medidas adecuadas para necesidades reales.

L3._Anexo al capítulo IV De las cuotas y aportaciones ingresos por particulares

Esta estrategia en particular representa para la institución una puerta a nuevas formas de operación que le permitan un beneficio económico, pero de manera subyacente genera una *beneficencia* para aquellas personas ajenas a la institución que quieran de forma *autónoma* decidir obtener beneficios por parte del ISSEMyM. Además de ser una alternativa para captación de recursos económicos es una forma *justa* de ejercer los servicios de la institución a público en general, no de forma equitativa por los mayores beneficios que obtienen los derechohabientes con respecto al paciente privado pero si representa una gran iniciativa de apertura de servicios.

F1._ Uso de instalaciones en actividades recreativas mixtas

Al utilizar espacios por parte de los derechohabientes y no derechohabientes en usos múltiples se genera un entorno de inclusión y convivencia que resulta positivo para el adulto mayor contribuyendo a su calidad de vida ya que él de forma *autónoma* al decidir usar las instalaciones de la institución a manera *benéfica*. Esto para la institución puede significar una apropiación del espacio por parte de los usuarios creando una sinergia de derechohabientes con diversas actividades que se puedan desarrollar en ella.

F2._ Capacitación de personal privado y F5._ Campañas de prevención privadas

Estas estrategias al ser una oportunidad para el personal de obtener capacitación mediante el ISSEMyM representa el simple propósito de la *beneficencia* y no *maleficencia* transmitiendo conocimiento de una persona a otra con el bien común del ser humano. Esta opción para la institución debe considerar un compromiso

social importante al otorgar la calidad de servicios del ISSEMyM a la sociedad aportando su calidad de servicios a la población generando consciencia tanto en la formación de personal como en las campañas de prevención.

F3._ Convenios con casas de día para el desarrollo de actividades

El considerar la *beneficencia* del adulto mayor como eje de su cuidado y tratamiento permite ver que el cuidado del adulto mayor depende más allá de la institución de salud, la *autonomía* del paciente geriátrico debiera ser la razón de su propio cuidado pero en muchos casos este principio resulta en dependencia y para ello las *casa de día* ofrecen esa parte de soporte para el paciente que otras personas no pueden hacer, cuidar la salud del adulto mayor en su lugar de estar ofrece una mayor calidad de vida para él.

F4._ Servicio de salud a pacientes particulares

Cuando los servicios de salud se otorgan de forma general sin distinción se genera una *justicia* para los pacientes sin embargo se debe de buscar *equidad* para aquellos que necesitan más atención que otros, aunque no deja de ser una alternativa de *beneficencia* tanto para el paciente como para la institución el buscar otro medio de captación de recursos. Será del interés de la población el decidir si tratarse en alguna institución a la cual es derechohabiente o recibir atención médica por parte del ISSEMyM a cambio de una contribución económica.

4.11. MODELO COMPARATIVO DE ESTRATEGIAS

Estrategia	Ingreso			Beneficio			Temporalidad			Evaluación			
		Social	Económico	Legal	Social	Económico	Infraestructura	Año aproximado de funcionamiento			Ingresos	Beneficios	Temporalidades
								2018	2030	2050			
Sociales	S-01	X			X	X		X	X	X	1	2	3
	S-02	X			X			X	X	X	2	1	3
	S-03		X		X			X			1	1	1
	S-04	X			X				X		1	1	1
Infraestructura	I-01		X		X		X		X		1	2	1
	I-02	X	X		X	X		X			2	2	1
	I-03		X		X	X		X			1	2	1
	I-04	X	X		X		X			X	2	2	1
Legales	L-01			X	X			X			1	1	1
	L-02			X	X			X	X	X	1	1	3
	L-03			X	X	X		X			1	3	1
Financieras	F-01		X		X	X	X	X			1	3	1
	F-02		X			X		X			1	1	1
	F-03	X			X		X		X		1	2	1
	F-04		X			X		X			1	1	1
	F-05		X			X		X	X	X	1	1	3
Interacción de estrategias	IE-01		X	X	X	X			X		2	2	1
	IE-02	X		X	X	X		X			2	2	1
	IE-03		X	X	X		X				2	2	1
	IE-04	X		X	X			X			2	1	1

La evaluación de las estrategias se realiza de acuerdo al número de ingresos, beneficios y temporalidades que cada estrategia ofrece, como resultado obtenemos una muestra de cuales estrategias ofrecen mayores beneficios en comparación de otras para evaluar su implementación sin embargo esta comparativo no demerita aquellas con menores indicadores ya que todas poseen un beneficio para la el ISSEMyM.

4.12._CONCLUSIONES

1

En el proceso de diseño para dar soluciones a problemas sociales la sociedad es el principal aportador de respuestas, un proceso de diseño que involucra al beneficiario genera resultados reales basados en situaciones, tiempo y vivencias que alcanzan a delimitar el problema desde la perspectiva de la persona que vive el problema generando una empatía hacia la solución incorporando la bioética como eje rector y como los 4 principios bioéticos pueden aportar un valor a cada solución pensada en el adulto mayor.

2

En la obtención de resultados de campo contrastados con deducciones teóricas derivadas del marco teórico de la investigación existe información que al situarla en un análisis FODA aporta un panorama de oportunidades, amenazas, debilidades y fortalezas que pueden complementarse entre ellas para observar con claridad los problemas reales que afronta la cobertura geriátrica por parte del ISSEMyM y aportar con mayor objetividad estrategias que respondan a las diversas problemáticas existentes y que se aproximan para la institución.

3

La propuesta de estrategias se dividen 3 grupos: infraestructura, sociales y legales. Esta segregación de estrategias es resultado del análisis de la problemática general aportando propuestas que lleguen al mismo fin y que puedan complementarse para un beneficio conjunto para el adulto mayor. Dichas soluciones buscan ser viables para la institución económicamente, temporalmente y ejecutables, que además tengan la propiedad de ser compatibles entre ellas para poder establecer un marco de soluciones.

4

La cobertura geriátrica es un reto para la institución que no se puede atender de manera asilada con un tipo de solución, es un reto que conlleva todo un marco de soluciones que involucran desde la infraestructura, personal, pacientes, campañas de prevención, medios de difusión, tecnologías empleadas hasta un marco legal. Todos los agentes que participan en la cobertura geriátrica al brindar un servicio de salud al paciente tienen una obligación bioética presente en todo el proceso de atención para poder brindar una calidad de vida mejor al adulto mayor.

CONCLUSIONES GENERALES



1

Se está afrontando una situación en la sociedad en la que existe un problema de envejecimiento, dicho problema se ha subestimado al no injerir de forma tan notoria a toda la sociedad y solo a un grupo de personas, la diferencia del envejecimiento en el adulto mayor es la relación de pérdida de habilidades bio-psico-sociales a diferencia de otras etapas del ser humano. El envejecimiento es un proceso que vivimos todos los organismos vivos y que de acuerdo al individuo trasciende hasta llegar a la edad adulta y hoy estamos ante un panorama de convivencia con la vejez más que en tiempos pasados ya que somos una sociedad en la que más personas están alcanzando la edad adulta.

El dilema del envejecimiento del adulto mayor es el comprender la etapa, disociar paradigmas convencionales como la discapacidad, minusvalía y dependencia del adulto mayor, porque el ser adulto mayor no representa más que una etapa dictaminada para ubicar a una persona que alcanza los 65 años de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Si bien el cuerpo humano alcanza una etapa de madurez y desarrollo cada individuo vive de manera heterogénea el envejecimiento, sin un patrón biológico, psicológico o social.

La calidad de vida del adulto mayor está directamente relacionada con su salud y al empatizar con la edad adulta surge la necesidad de saber ¿Qué necesita el adulto mayor? ¿De qué depende su salud? Antes de dar la solución debemos ver con el enfoque del adulto mayor la respuesta a lo que él considera la solución, cada interrogante al adulto mayor la posibilidad de saber cuál es el problema a enfrentar con el envejecimiento de los adultos mayores y a que factores debemos darles prioridad al ser una sociedad que tendrá una convivencia mayor con el problema. Ver con los ojos de la persona observadora y observada el contexto entorno a la problemática.

2

Al requerir atención médica de cualquier tipo el adulto mayor enfrenta un filtro esencial en la valoración de su salud que es el saber biomédico, dicho saber involucra todo un proceso de conocimiento y aptitudes por personal de la salud en el trato al adulto mayor con un tratado implícito que son los 4 principios de la bioética al tratarse de un ser vivo, este trato entre el médico y el paciente ha sido objeto de manipulación política, económica y social para causas ajenas a las del adulto mayor y como resultado se ha venido empleando una mala praxis de este trato así como la falta del mismo en muchas ocasiones lo que deriva en una mala respuesta del sistema de salud hacia el adulto mayor dejándolo en descontento y desatención prorrogando una demanda de atención especializada en el paciente.

Resulta una barrera contradictoria el hecho de contar con ciencias que buscan atender la problemática desde otros campos como la gerontología que no están siendo empleadas en el sistema de salud como auxiliares ante la demanda de servicios geriátricos, excluyendo estos servicios a clínicas pensadas para el adulto mayor y no dentro de los servicios otorgados de manera integral en las clínicas y hospitales de la actual red de servicios de salud.

Se ha venido conceptualizando de manera general la medicalización del paciente sin considerar el hecho de los 4 principios bioéticos antes de tratarlo: su autonomía ante el otorgamiento de servicios de salud, la justicia en el trato digno del paciente y su consideración, la no maleficencia y beneficencia que ofrece el sistema de salud a los adultos mayores, dando como resultado exclusión, minusvalía y discriminación hacia el paciente geriátrico. Estas repercusiones se ven reflejadas en una politización de la salud y de la exclusión de este grupo poblacional como prioridad en su otorgamiento de servicios llámese instituto, dependencias o secretarías de salud.

3

El ISSEMyM está atravesando un momento crucial para su desarrollo derivado de la distribución de su recurso dentro de la institución, el cual está siendo distribuido en gran medida al pago de pensiones y obligaciones sindicales de la institución haciendo que las nuevas generaciones que ingresan a la institución como derechohabientes trabajen para el pago de pensiones de los actuales adultos mayores sin ellos recibir dicha prestación. Esto ha dejado su crecimiento en cobertura e infraestructura limitado convirtiéndose en una incertidumbre ante la creciente demanda poblacional mayor de 60 años y la manera en que la institución está haciendo frente a la problemática y como la afrontara en los próximos 30 años, aunque el panorama para la institución no apunta a soluciones significativas para este grupo poblacional la institución cuenta con herramientas clave y un gran aliado como lo es el diseño que sin duda son un referente para poder alcanzar una cobertura optimizando recursos en beneficio de la población y la institución.

Para poder llegar a la solución el proceso participatorio de la población derechohabiente es el principal indicador para medir los servicios de la institución con respecto a la demanda, las soluciones al problema van de la mano con el análisis de fortalezas de la institución y como explotar los recursos con los que ya cuenta la institución brindando calidad de vida a los adultos mayores, ese es verdadero reto que la institución tiene por delante.

La conceptualización de obtención de salud en un lugar debe cambiar por soluciones integrales, que además de ser en un lugar donde se brinden servicios de salud se acompañe de medidas que permita llevar la calidad de vida al paciente, esta premisa es el origen a alternativas que brinden cobertura geriátrica de maneras interdisciplinarias acompañadas de una interacción directa con el paciente. Si bien la infraestructura hospitalaria es un elemento fundamental para la cobertura geriátrica la integración de un frente mixto de soluciones es la mejor solución para el ISSEMyM para realizar de forma viable y concreta ante la atención de los adultos mayores en la entidad.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

(s.f.). CXCXC: XCXC.

Agudelo Botero, M., Gutiérrez Robledo, L. M., Giraldo Rodríguez, L., & Medina Campos, R. (2016). "Cinco hechos destacados del envejecimiento y la vejez en México". En *Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México* (págs. 18-20). México: Instituto Nacional de Geriátría.

Aguirre, H. M. (2008). *Matemáticas Financieras*. México: Cengage Learning Editoriales S.A. de C.V.

Barrera, J. M. (05 de Mayo de 2013). "Edomex tendrá 18 centros geriátricos". Recuperado el 18 de Febrero de 2016, de El universal:
<http://m.eluniversal.com.mx/notas/estado-de-mexico/37158.html>

Bernardino Montoya–Arce, J., & Montes De O., H. (2010). *Los adultos mayores del Estado de México en 2008. Un análisis sociodemográfico.*, México.

Boitte, P. (2001). El envejecimiento: oportunidad para una medicina en busca de sus finalidades. En *Acta bioeth* (Vol. 7).

Brocklehurst, J., Tallis, R., & Fillit, H. (1993). *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. Londres: Churchill Livingstone.

Capitel, A. (2009). *Alvar Aalto: proyecto y método*. Madrid: Akal. ISBN 978-84-46008699.

Consulta Mitofsky e INEGI. (27 de Agosto de 2015). Servicios de Salud.

Cuevas, G. (06 de Enero de 2015). "Edomex tendrá 10 nuevos hospitales en 2015". Recuperado el 18 de Febrero de 2016, de Alianza Tex:
<http://alianzatex.com/nota.php?nota=N0033243>

Drane, J. (s.f.). El Cuidado del Enfermo Terminal: ética clínica y recomendaciones prácticas para instituciones de salud y servicios de cuidados domiciliarios. (OPS, Ed.) *Organización Panamericana de la Salud*(573).

El sol de Toluca. (19 de Octubre de 2012). "Atiende ISSEMyM aproximadamente a 400 mil derechohabientes al año en su centro médico". Recuperado el 18 de Febrero de 2016, de El sol de Toluca:
www.oem.com.mx/elsoldetoluca/notas/n2738375.htm.

El Universal Estado de México. (15 de Abril de 2013). "Atención de Vanguardia para ancianos en Naucalpan". Recuperado el 18 de Febrero de 2016, de El

universal Estado de México:

<http://www.eluniversaledomex.mx/naucalpan/nota6698.html>

El Universal Estado de México. (15 de Abril de 2013). "Atención de Vanguardia para ancianos en Naucalpan". *El Universal Estado de México*.

Forcica, M., & Lavizzo-Mourey, R. (1996). *Geriatric Secrets*. Philadelphia: Hanley & Belfus.

Foucault, M. (1963). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Argentina.

Gobierno del Estado de México. (2015). *El edomex informa: Atiende ISEM a mil 500 adultos mayores diariamente en 10 clínicas de atención geriátrica*. Recuperado el 30 de Julio de 2015, de Gobierno del Estado de México: <http://edomexinforma.com/2015/07/isemadultosmayores/>

Hayflick, L. (1996). *Como e por que envelhecemos*. Rio de Janeiro: Campus.

Hernández Sampier, R. (2014). Recolección de datos cuantitativos. En *Metodología de la investigación* (págs. 195-262). México: McGraw-Hill/Interamericana.

INEGI. (2015). *Anuario estadístico y geográfico*. Recuperado el Enero de 2017, de Sitio web de Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

INEGI. (Enero de 2016). *Censos de Población y Vivienda 1970-2015*. Recuperado el 15 de Febrero de 2016, de Instituto Nacional de Estadística y Geografía: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/ccpv/1990/>

INEGI. (Enero de 2016). *Estadísticas de Mortalidad 1990-2016: Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Recuperado el 15 de Febrero de 2016, de Sitio web de Instituto Nacional de Estadística y Geografía: http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=mortgral_mg

ISEM. (Febrero de 2013). *Panorama Epidemiológico del Estado de México*. Recuperado el 02 de Octubre de 2017, de Instituto de salud del Estado de México, Subdirección de epidemiología: http://salud.edomex.gob.mx/pinteractiva/doctos/panoramaepiestatal_2012.pdf

ISEM. (2016). *PROGRAMA ANUAL DE OBRA PÚBLICA 2016*. Estado de México: ISEM.

- ISEM. (Enero de 2016). *Unidades Médicas: Instituto de Salud del Estado de México*. Recuperado el 15 de Febrero de 2016, de Instituto de Salud del Estado de México: http://salud.edomex.gob.mx/html/listjur_busi.htm
- ISSEMyM. (2009-2016). *Informe anual*. Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios.
- ISSEMyM. (Enero de 2017). *Dirección de Educación e Investigación en Salud: Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios*. Recuperado el 18 de Febrero de 2016, de Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios: http://www.issemym.gob.mx/tu_issemym_educaci%C3%B3n_e_investigaci%C3%B3n/educaci%C3%B3n
- ISSEMyM. (2017). *Historia del ISSEMyM: Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios*. Recuperado el 18 de Febrero de 2016, de Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios: http://www.issemym.gob.mx/tu_issemym/historia
- ISSSTE. (2015). *Catálogo único de Unidades Médicas del ISSSTE*. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales Trabajadores del Estado, Dirección de Administración-Dirección Médica Subdirección de Infraestructura, México.
- Kottow, M. (1995). *Introducción a la Bioética*. Santiago de Chile: Universitaria.
- LII Legislatura del Estado de México. (1994). *Ley de seguridad social para los servidores públicos del estado y municipios*. Toluca de Lerdo, México.
- Medianero Burga, D. (2014). *Guía metodológica para el diseño de planes estratégicos en el sector público*. Lima, Perú.
- Mintzes, B. (2002). Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience. En *BMJ* (págs. 324(7342):908-9.).
- Ojeda, M. (15 de Septiembre de 2014). *"Inicia construcción de la clínica de atención geriátrica en Atlacomulco"*. Recuperado el 18 de Febrero de 2016, de <http://www.consigna.com.mx/en-atlacomulco-inician-construccion-de-la-clinica-de-atencion-geriatrica/>
- SEDESOL. (2012). Cédulas normativas, Subsistema: Salud. En S. d. Social, *Sistema normativo de equipamiento urbano, Tomo 2: Salud y asistencia social* (págs. 31-103). Ciudad de México: Secretaria de Desarrollo Social.

Sterling, B. E., & Villanueva Herrera, E. (2006). Unidad 3: Paisaje humano o social. En *GEOGRAFIA "Un enfoque creativo y participativo"* (págs. 137-148). México: Editorial Esfinge.

Sulmasy, D. (1997). Muerte y dignidad humana. En *Cuadernos Del Programa Regional de Bioética* (pág. 4: 171 88.).

Zorrilla Fuenzalida, S. (2001). *Acta Bioethica, Pro Salute Movi Mundi, OPS/OMS*. Chile.

ANEXOS

ANEXO 1._FORMATO DE ENCUESTAS

CARTA INTRODUCTORIA

Nombre del entrevistador: Arq. Daniel Mendieta Caballero

Agradeciendo su amable atención al llenado de este cuestionario se le informa que todas las respuestas que en él se encuentran son de carácter anónimo lo cual el presente cuestionario no requiere datos personales del entrevistado, únicamente su respuesta a las preguntas planteadas esperando su mayor sinceridad posible. Este cuestionario es únicamente aplicado con fines académicos no tiene ningún efecto, agradeciendo su colaboración.

Hombre___ Mujer___

1._ ¿En qué rango de edad se encuentra usted?

- a) 30-39 b) 40-49 c) 50-59 d) 60-69 e) Más de 70

2._ ¿Cuánto tiempo tarda en llegar a su consulta/atención médica a su unidad más cercana?

- a) 0-30min b) 30-60min c) 60-90min d) 90-120min e) Más de 120min

3._ ¿Va acompañado de alguien? (Puede seleccionar más de una opción)

- a) Esposo(a), pareja o novio(a) d) Persona de confianza
b) Hijo(a) e) Nadie
c) Sobrino(a) f) Otra_____

4._ Actualmente ¿Qué tipo de atención requiere para su visita al ISSEMyM?

- a) Atención médica familiar d) Terapia física/ocupacional
b) Atención médica especializada ¿Cuál?_____ e) Atención psicológica
c) Estudios de laboratorio f) Otra_____

5._ ¿En promedio cuanto tiempo espera ser atendido?

- a) 0-30 min b) 30-60min c) 60-90min d) 90-120min e) más de 120 min

6._ ¿Por parte de quién está afiliado(a) al ISSEMyM?

- a) Por ser servidor público activo d) Por ser servidor público jubilado
b) Por parte de Hijo(a) e) Servicio particular
c) Por ser estudiante f) Otra_____

7._ En caso de ser “servidor público activo”, ¿Qué personas están afiliadas al ISSEMyM parte de usted? (puede seleccionar más de una opción)

Hijo(s) Padre Concubino(a)
 Esposo(a) Madre Otro(s) _____

8._ ¿Cómo considera usted los servicios del ISSEMyM?

a) Excelentes b) Muy buenos c) Buenos d) Malos e) Muy malos

9._ Si usted es o fuera una persona mayor de 60 años ¿Cree que necesita atención especializada de acuerdo a su edad?

a) Si b) No es algo relevante c) No

10._ ¿Cree usted que la calidad de las instalaciones del ISSEMyM influyan para mejorar o empeorar directamente en su tratamiento, atención, rehabilitación, recuperación, etc.?

a) Si b) Muy poco c) No ¿Por qué? _____

11._ En orden de importancia del 1 al 5 ¿Para usted que es más importante de las siguientes características de la atención médica del ISSEMyM?

Cercanía de unidades médicas Servicios especializados
 Atención pronta y oportuna Infraestructura adecuada
 Atención del personal en general

12._ ¿Usted padece alguna de las siguientes enfermedades? (puede seleccionar más de una opción)

Diabetes Pulmonares Ninguna
 Del corazón Cerebrovasculares Otra ¿Cuál? _____
 Hipertensión Del hígado

13._ ¿Ha escuchado acerca de las clínicas geriátricas del ISEM en la entidad?

a) Si b) No

14._ De haber contestado SI la pregunta anterior ¿Alguna vez ha acudido a una clínica geriátrica del ISEM?

a) Si b) No

15._ De haber contestado SI la pregunta anterior ¿Cuál fue el motivo de su visita? (Escriba la respuesta)

ANEXO 2._BASE DE DATOS

ID	Fecha	Lugar de aplicación	Sexo	1_ Edad	2_ Tiempo	3_ Acompañado	4_ Tipo de atención	5_ Espera de	6_ Afiliación
1	18.09.17	CIAD	Hombre	50-59	30-60	Nadie	Atención médica familiar	30-60	Por ser servidor público activo
2	18.09.17	CIAD	Mujer	40-49	0-30	Espos(a), par	Otra	0-30	Por ser servidor público activo
3	18.09.17	CIAD	Hombre	30-39	0-30	Nadie	Atención médica especializada	30-60	Por ser servidor público activo
4	18.09.17	CIAD	Hombre	40-49	0-30	Nadie	Atención médica familiar	30-60	Por ser servidor público activo
5	18.09.17	CIAD	Hombre	60-69	0-30	Hijo(a)	Atención médica familiar	0-30	Por ser servidor público activo
6	18.09.17	CIAD	Mujer	60-69	0-30	Nadie	Atención médica familiar	30-60	Por ser servidor público activo
7	19.09.17	Clinica ISSEMyM Calle Morelos	Mujer	60-69	0-30	Espos(a), par	Terapia física/ocupacional	0-30	Espos(a)
8	19.09.17	Clinica ISSEMyM Calle Morelos	Hombre	Más de 70	0-30	Espos(a), par	Atención médica familiar	0-30	Por ser servidor público activo
9	19.09.17	Clinica ISSEMyM Calle Morelos	Mujer	60-69	0-30	Nadie	Atención médica familiar	30-60	Por ser servidor público jubilado
10	19.09.17	Clinica ISSEMyM Calle Morelos	Hombre	60-69	0-30	Nadie	Atención médica especializada	Más de 120	Por ser servidor público jubilado
11	19.09.17	Clinica ISSEMyM Calle Morelos	Mujer	Más de 70	0-30	Nadie	Atención médica familiar	30-60	Por ser servidor público jubilado
12	19.09.17	Clinica ISSEMyM Calle Morelos	Hombre	60-69	0-30	Nadie	Atención médica familiar	0-30	Por ser servidor público activo
13	19.09.17	Clinica ISSEMyM Calle Morelos	Mujer	Más de 70	0-30	Nadie	Atención médica familiar	0-30	Por ser servidor público jubilado
14	19.09.17	Oficinas de transito	Mujer	60-69	60-90	Hijo(a)	Atención médica especializada	60-90	Por ser servidor público jubilado
15	19.09.17	Oficinas de transito	Hombre	50-59	0-30	Hijo(a)	Atención médica familiar	0-30	Por ser servidor público activo
16	19.09.17	Oficinas de transito	Mujer	60-69	30-60	Espos(a), par	Terapia física/ocupacional	30-60	Por ser servidor público jubilado
17	19.09.17	Oficinas de transito	Mujer	40-49	0-30	Espos(a), par	Atención médica familiar	30-60	Por ser servidor público activo
18	19.09.17	Oficinas de transito	Hombre	50-59	90-120	Nadie	Atención médica familiar	30-60	Por ser servidor público activo
19	20.09.17	Particular	Mujer	Más de 70	0-30	Hijo(a)	Atención médica familiar	0-30	Por ser servidor público jubilado
20	22.09.17	Clinica ISSEMyM Calle Morelos	Mujer	50-59	0-30	Nadie	Atención médica familiar	0-30	Espos(a)
21	22.09.17	Clinica ISSEMyM Calle Morelos	Hombre	50-59	0-30	Nadie	Atención médica familiar	0-30	Por ser servidor público activo
22	22.09.17	Clinica ISSEMyM Calle Morelos	Mujer	60-69	0-30	Nadie	Atención médica especializada	30-60	Espos(a)
23	22.09.17	Clinica ISSEMyM Calle Morelos	Hombre	60-69	0-30	Nadie	Atención médica familiar	30-60	Por ser servidor público jubilado
24	22.09.17	Clinica ISSEMyM Calle Morelos	Hombre	60-69	0-30	Nadie	Atención médica familiar	0-30	Por ser servidor público jubilado
25	22.09.17	Oficinas de transito	Hombre	60-69	30-60	Hijo(a)	Terapia física/ocupacional	30-60	Por ser servidor público jubilado
26	22.09.17	Oficinas de transito	Mujer	60-69	60-90	Sobriño(a)	Atención médica familiar	60-90	Por ser servidor público activo
27	22.09.17	Oficinas de transito	Mujer	50-59	30-60	Hijo(a)	Atención médica familiar	30-60	Por ser servidor público jubilado
28	22.09.17	Oficinas de transito	Hombre	40-49	90-120	Espos(a), par	Atención médica familiar	30-60	Por ser servidor público activo
29	22.09.17	Oficinas de transito	Hombre	50-59	0-30	Nadie	Atención médica familiar	30-60	Por ser servidor público activo
30	22.09.17	Oficinas de transito	Hombre	60-69	30-60	Persona de cor	Atención médica familiar	90-120	Por ser servidor público activo
31	22.09.17	Oficinas de transito	Mujer	50-59	30-60	Hijo(a)	Atención médica familiar	30-60	Por ser servidor público jubilado
32	22.09.17	Oficinas de transito	Hombre	30-39	0-30	Nadie	Atención médica familiar	30-60	Por ser servidor público activo
33	22.09.17	Oficinas de transito	Mujer	40-49	30-60	Espos(a), par	Atención médica familiar	30-60	Por ser servidor público activo
34	28.09.17	Particular	Mujer	Más de 70	30-60	Hijo(a)	Atención médica familiar	30-60	Por ser servidor público jubilado
35	26.09.17	Particular	Hombre	Más de 70	0-30	Espos(a), par	Atención médica especializada	0-30	Por ser servidor público activo
36	26.09.17	Particular	Mujer	40-49	0-30	Nadie	Atención médica familiar	0-30	Por ser servidor público activo
37	28.09.17	CIAD	Mujer	40-49	30-60	Hijo(a)	Atención médica familiar	30-60	Por ser servidor público activo
38	28.09.17	CIAD	Hombre	60-69	0-30	Espos(a), par	Atención médica familiar	60-90	Por ser servidor público activo
39	28.09.17	ISSEMyM Pensionados	Mujer	60-69	0-30	Nadie	Atención médica familiar	0-30	Por ser servidor público jubilado
40	28.09.17	ISSEMyM Pensionados	Hombre	Más de 70	60-90	Nadie	Atención médica familiar	90-120	Por ser servidor público jubilado
41	28.09.17	ISSEMyM Pensionados	Hombre	60-69	30-60	Nadie	Atención médica familiar	30-60	Por ser servidor público jubilado
42	27.09.17	Oficinas de transito	Hombre	60-69	60-90	Espos(a), par	Atención médica familiar	30-60	Por ser servidor público activo
43	27.09.17	Oficinas de transito	Hombre	50-59	90-120	Hijo(a)	Atención médica familiar	30-60	Por ser servidor público activo
44	27.09.17	Oficinas de transito	Hombre	60-69	30-60	Espos(a), par	Atención médica familiar	60-90	Por ser servidor público activo
45	27.09.17	Oficinas de transito	Hombre	60-69	90-120	Nadie	Atención médica familiar	0-30	Por ser servidor público activo
46	27.09.17	Oficinas de transito	Mujer	50-59	60-90	Espos(a), par	Atención médica familiar	60-90	Por ser servidor público activo
47	27.09.17	Oficinas de transito	Mujer	40-49	30-60	Nadie	Atención médica familiar	0-30	Por ser servidor público activo
48	27.09.17	Oficinas de transito	Hombre	60-69	90-120	Espos(a), par	Atención médica familiar	90-120	Por ser servidor público activo
49	27.09.17	Oficinas de transito	Mujer	60-69	60-90	Hijo(a)	Atención médica familiar	60-90	Por ser servidor público jubilado
50	27.09.17	Oficinas de transito	Hombre	Más de 70	60-90	Hijo(a)	Atención médica familiar	90-120	Por ser servidor público activo
51	27.09.17	Oficinas de transito	Mujer	50-59	60-90	Espos(a), par	Atención médica familiar	30-60	Por ser servidor público activo
52	27.09.17	CIAD	Mujer	50-59	0-30	Espos(a), par	Atención médica especializada	60-90	Por ser servidor público activo
53	15.10.17	Hospital Regional Valle de Bravo	Hombre	60-69	0-30	Hijo(a)	Atención médica familiar	30-60	Por ser servidor público jubilado
54	15.10.17	Hospital Regional Valle de Bravo	Mujer	Más de 70	0-30	Espos(a), par	Atención médica especializada	0-30	Por parte de Hijo(a)
55	15.10.17	Hospital Regional Valle de Bravo	Mujer	50-59	30-60	Nadie	Atención médica familiar	0-30	Por ser servidor público activo
56	15.10.17	Hospital Regional Valle de Bravo	Hombre	50-59	0-30	Nadie	Atención médica familiar	0-30	Por ser servidor público activo
57	15.10.17	Clinica ISSEMyM valle	Hombre	50-59	60-90	Nadie	Atención médica especializada	0-30	Por ser servidor público activo
58	15.10.17	Clinica ISSEMyM valle	Mujer	60-69	0-30	Espos(a), par	Atención médica familiar	0-30	Por ser servidor público jubilado
59	15.10.17	Clinica ISSEMyM valle	Hombre	40-49	90-120	Espos(a), par	Atención médica especializada	0-30	Por ser servidor público activo
60	15.10.17	Clinica ISSEMyM valle	Mujer	Más de 70	30-60	Hijo(a)	Atención médica familiar	30-60	Por parte de Hijo(a)

BASE DE DATOS (PARTE 2)

7. Personas a	8. Percepción d	9. Nec. d	10. Inst.	Cerd	Aten	Aten	Servi	Infrae	12. Pad. de enfermedades	13. Cor	14	15
Hijo(s)	Buenos	Si	Si	2	1	4	3	5	Riñon	Si	No	
Nadie	Buenos	Si	Si	2	1	5	4	3	Ninguna	No		
Nadie	Malos	Si	Muy poco	4	1	3	2	5	Diabetes	No		
Espos(a)	Malos	Si	Si	2	1	5	3	4	Ninguna	No		
Nadie	Muy buenos	No es alg	Si	1	3	2	5	4	Ninguna	No		
Nadie	Buenos	No	Muy poco	5	1	2	3	4	Ninguna	No		
Nadie	Buenos	Si	Si	5	2	3	1	4	Hipertensión	No		
Espos(a)	Buenos	Si	Si	5	2	3	1	4	Diabetes, Hipertensión	No		
Nadie	Malos	Si	Muy poco	3	1	5	2	4	Ninguna	No		
Espos(a)	Buenos	Si	Si	4	1	3	2	5	Hipertensión	No		
Nadie	Buenos	Si	Si	2	1	4	3	5	Hipertensión	No		
Espos(a)	Excelentes	No	No	5	2	1	4	3	Ninguna	No		
Nadie	Buenos	Si	Si	4	2	5	1	3	Infedema/geriatria	No		Nota: No hay clínicas geriátricas
Nadie	Excelentes	Si	Si	3	1	2	4	5	Diabetes, Del corazón, Del	Si	Si	Complicaciones de diabetes y corazón
Espos(a)	Muy buenos	Si	Si	3	1	4	2	5	Ninguna	No		
Nadie	Buenos	Si	Si	1	2	4	3	5	Pulmonares	Si	Si	Atención médica especializada
Nadie	Excelentes	Si	Si	1	2	4	3	5	Ninguna	Si	No	
Espos(a) e hij	Muy buenos	Si	Si	1	2	5	3	4	Pulmonares, Prostata	No		
Nadie	Muy buenos	Si	Si	1	5	2	4	3	Variátrica/ deficiencia veno	Si	Si	Deficiencia venosa
Nadie	Buenos	Si	Si	2	1	4	3	5	Ninguna	Si	No	
Hijo(s)	Buenos	Si	Si	5	1	3	2	4	Ninguna	No		
Nadie	Buenos	Si	Si	5	2	3	1	4	Diabetes	Si	No	
Espos(a)	Buenos	Si	Si	4	2	5	1	3	Hernia	Si	No	
Espos(a)	Buenos	Si	Si	4	1	3	2	5	Diabetes, Hipertensión	Si	No	
Nadie	Muy buenos	Si	Si	2	3	4	1	5	Del corazón, Hipertensión	Si	Si	Problemas del corazón
Espos(a)	Buenos	Si	Si	1	2	3	4	5	Hipertensión	No		
Nadie	Muy buenos	Si	Si	1	2	3	4	5	Pulmonares	Si	No	
Espos(a)	Excelentes	Si	Muy poco	4	1	2	3	5	Ninguna	No		
Espos(a)	Muy buenos	Si	Si	1	3	2	4	5	Pulmonares	Si	No	
Concubino	Buenos	Si	No	4	2	1	3	5	Ninguna	Si	No	
Nadie	Buenos	Si	Si	1	2	4	3	5	Pulmonares	Si	No	
Nadie	Buenos	No	No	1	2	4	3	5	GRIPE	Si	No	
Hijo(s)	Buenos	No es alg	Muy poco	1	3	5	4	2	Hipertensión	No		
Nadie	Muy buenos	Si	Si	4	1	3	2	5	Del corazón, Riñon	Si	No	
Espos(a)	Buenos	Si	Si	2	1	3	4	5	Úlcera Gastrica	No		
Espos(a) e hij	Buenos	Si	Muy poco	3	1	2	4	5	Hipotiroidismo	Si	No	
Hijo(s)	Malos	Si	Si	4	2	5	1	3	Ninguna	No		
Espos(a)	Malos	Si	Si	5	2	4	1	3	Ninguna	Si	No	
Nadie	Muy buenos	Si	No	4	2	1	3	5	Del corazón, Cerebrovascu	No		
Espos(a)	Excelentes	Si	Si	4	3	2	1	5	Hipertensión, Prostata	Si	No	
Nadie	Buenos	Si	Si	4	1	5	2	3	Diabetes	Si	No	
Espos(a) e hij	Excelentes	Si	Si	2	1	3	4	5	Diabetes, Del Hígado	Si	No	
Espos(a) e hij	Muy buenos	Si	Si	1	3	2	4	5	Ninguna	Si	No	
Espos(a)	Excelentes	Si	No	1	2	4	3	5	Diabetes, Del corazón	Si	No	
Espos(a)	Buenos	No es alg	Si	2	1	3	4	5	Diabetes	No		
Nadie	Excelentes	Si	Si	2	1	3	4	5	Ninguna	Si	No	
Madre	Muy buenos	Si	Si	1	2	3	4	5	Ninguna	Si	Si	VISITA DE MADRE
Espos(a) e hij	Muy buenos	No es alg	Muy poco	1	3	2	4	5	Hipertensión	Si	No	
Nadie	Excelentes	Si	Si	3	1	2	4	5	Pulmonares	Si	No	
Espos(a) e hij	Muy buenos	Si	Muy poco	3	2	1	4	5	Del corazón	Si	No	
Hijo(s)	Muy buenos	Si	Muy poco	4	1	3	2	5	Ninguna	Si	No	
Nadie	Malos	Si	Si	5	3	4	1	2	Oftalmología	No		
Nadie	Buenos	Si	Si	1	2	4	3	5	Diabetes, Oftalmología	Si	No	
Nadie	Muy buenos	Si	Si	2	1	4	3	5	Diabetes, Hipertensión	No		
Hijo(s)	Malos	Si	Si	1	2	5	4	3	Ninguna	No		
Espos(a) e hij	Muy buenos	Si	Si	4	1	5	2	3	Ninguna	Si	No	
Espos(a)	Buenos	Si	Si	1	2	5	3	4	Ninguna	No		
Nadie	Buenos	Si	Si	3	2	4	1	5	Del Hígado	Si	No	
Espos(a) e hij	Muy buenos	Si	Muy poco	2	3	5	1	4	Del corazón	No		
Nadie	Malos	Si	Si	1	2	3	5	4	Diabetes, Hipertensión	No		

ANEXO 3._LEY DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

Página 1

LEY DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS SERVIDORES

PUBLICOS DEL ESTADO Y MUNICIPIOS

Toluca de Lerdo, México,

a 5 de octubre de 1994.

CC. DIPUTADOS SECRETARIOS DE LA

H. LII LEGISLATURA DEL ESTADO

P R E S E N T E S.

En ejercicio de las facultades que me confieren la fracción II del artículo 59 y la fracción I del artículo 88 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México, por su digno conducto me permito someter a la alta consideración de ese Honorable Cuerpo Colegiado, la iniciativa de Ley de Seguridad Social para los Servidores Públicos del Estado de México y Municipios. La presente iniciativa tiene su fundamento en la siguiente:

EXPOSICION DE MOTIVOS

Los Poderes Públicos del Estado y los Municipios, como sujetos de una relación laboral, tienen el deber constitucional de establecer para los servidores públicos y sus familiares, un régimen de seguridad social que satisfaga de manera digna y decorosa sus principales necesidades. Por esta razón, el Plan de Desarrollo del Estado de México 1991-1999 que al inicio de mi gestión remití a esa Honorable Legislatura para su examen y opinión, contempla a la seguridad social como uno de los rubros de la administración que nos hemos propuesto modernizar y fortalecer.

En diciembre de 1993 establecí el compromiso con los propios servidores públicos del Gobierno del Estado, de llevar a cabo, las acciones necesarias para contar con un nuevo esquema de seguridad social que ampliara y mejorara las prestaciones del actual régimen.

Nuestra entidad se ha distinguido por ser una de las primeras en el país en dictar disposiciones relativas a la seguridad social. Existen testimonios históricos que revelan la preocupación permanente de sus gobiernos por actualizar y adecuar las leyes e instituciones en esta materia a las condiciones y circunstancias de su tiempo.

La Ley de Pensiones del Estado de México de 1951 estableció un sistema de seguridad social con el que se atendieron algunos de sus principales aspectos, aún cuando no se alcanzaron a cubrir campos importantes como la atención a la salud y la protección del salario, entre otros. En 1956, con la Ley para la Administración de Servicios Médicos, Asistenciales y de Farmacia a los Trabajadores del

A T E N T A M E N T E

SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCION

EL GOBERNADOR CONSTITUCIONAL DEL ESTADO

LIC. EMILIO CHUAYFFET CHEMOR

EL SECRETARIO GENERAL DE GOBIERNO

LIC. CESAR CAMACHO QUIROZ

EMILIO CHUAYFFET CHEMOR, Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de México, a sus habitantes sabed:

Que la Legislatura del Estado, ha tenido a bien aprobar lo siguiente:

DECRETO NUMERO 47

LA H. "LII" LEGISLATURA DEL ESTADO DE MEXICO

D E C R E T A :

LEY DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS SERVIDORES

PUBLICOS DEL ESTADO Y MUNICIPIOS

TITULO PRIMERO

De las Disposiciones Generales

CAPITULO UNICO

Artículo 1.- La presente ley es de orden público e interés general y tiene por objeto regular el régimen de seguridad social en favor de los servidores públicos del Estado y Municipios, así como de sus organismos auxiliares y fideicomisos públicos.

Artículo 2.- Son sujetos de esta ley:

I. Los Poderes Públicos del Estado, los Ayuntamientos de los Municipios y los Tribunales Administrativos, así como los Organismos Auxiliares y Fideicomisos Públicos de carácter estatal y municipal, siempre y cuando éstos últimos no estén afectos a un régimen distinto de seguridad social;

II. Los servidores públicos de las Instituciones Públicas mencionadas en la fracción anterior;

III. Los pensionados; y

IV. Los familiares y dependientes económicos de los servidores públicos y de los pensionados, conforme a lo dispuesto por la fracción VI del artículo 4 de esta ley.

Artículo 3.- El Instituto podrá celebrar convenios con otras entidades o agrupaciones de interés público para otorgar, parcial o totalmente, las prestaciones de seguridad social consignadas en esta ley.

Artículo 4.- Para los efectos de esta ley se entiende:

I. Por Instituto, al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, el que podrá identificarse por las siglas ISSEMYM;

II. Por Institución Pública, a cada uno de los Poderes Públicos del Estado, a los Ayuntamientos de los Municipios y a los Tribunales Administrativos, así como a los Organismos Auxiliares y Fideicomisos públicos de carácter estatal y municipal;

III. Por servidor público, a toda persona que desempeñe un empleo, cargo o comisión, ya sea por elección popular o por nombramiento, o bien, preste sus servicios mediante contrato por tiempo u obra determinados, así como las que se encuentren en lista de raya, en alguna de las Instituciones Públicas a que se refiere la fracción II de este artículo, quedando exceptuadas aquellas que estén sujetas a contrato civil o mercantil o a pago de honorarios.

IV. Por pensionado, al servidor público retirado definitiva o temporalmente del servicio, a quien en forma específica esta ley le reconozca esa condición;

V. Por pensionista, a la persona que recibe el importe de una pensión originada por tener el carácter de familiar o dependiente económico del servidor público o del pensionado fallecidos;

VI. Por familiares y dependientes económicos del servidor público o del pensionado a:

a). El cónyuge o, a falta de éste, la persona con quien el servidor público o el pensionado haya vivido como si lo fuera durante los últimos cinco años o con quien tuviese hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio y no estén sujetos a otro régimen de seguridad social.

b). Los hijos menores de dieciocho años de ambos o de uno de ellos, que sean solteros.

c). Los hijos solteros mayores de dieciocho años, de ambos o de sólo uno de ellos, hasta cumplir veintitrés años de edad, previa comprobación de que están realizando estudios de nivel medio o superior en cualquier rama del conocimiento, en planteles oficiales o reconocidos.

d). Los hijos mayores de dieciocho años inhabilitados física o mentalmente.

e). Los ascendientes en línea directa, siempre que dependan económicamente del servidor público o pensionado y sean mayores de 60 años, o menores de esta edad que estén incapacitados física o mentalmente.

f). Los dependientes económicos, siempre y cuando hayan vivido con el servidor público o pensionado, durante los cinco años que precedieron a su fallecimiento.

A las personas a que se refieren las fracciones III, IV, V y VI de este artículo, se les denominará derecho habientes.

VII. Por cuota, al monto que le corresponde cubrir al servidor público, equivalente a un porcentaje determinado de su sueldo base presupuestal, así como el que deben cubrir el pensionado o el pensionista y que recibe el Instituto para otorgar las prestaciones establecidas en la presente ley; y

VIII. Por aportación, al monto equivalente al porcentaje del sueldo base presupuestal de cada servidor público que las Instituciones Públicas deben cubrir al Instituto, para que éste otorgue las prestaciones establecidas en la presente ley.

Artículo 5.- Los servidores públicos están obligados a proporcionar al Instituto y a las Instituciones Públicas en que presten sus servicios, los datos que les soliciten relacionados con la aplicación de esta ley.

Artículo 6.- Los familiares o dependientes económicos del servidor público y del pensionado, podrán recibir las prestaciones señaladas en esta ley siempre que acrediten su derecho a ellas.

La edad, las relaciones familiares, la dependencia económica y los demás requisitos que sean necesarios para acreditar los derechos, se comprobarán con arreglo a las disposiciones del derecho civil, las administrativas o las que señalen el uso o la costumbre y a los estudios socioeconómicos que para tal efecto realice el Instituto.

Artículo 7.- El Instituto expedirá a los derechohabientes un documento de identificación en los términos de las disposiciones reglamentarias respectivas, para facilitarles el acceso a las prestaciones que les correspondan conforme a esta ley.

Artículo 8.- Las obligaciones del Instituto para con los servidores públicos se generan a partir de su ingreso al servicio, independientemente de la fecha en que se reciban las cuotas y aportaciones establecidas.

Las Instituciones Públicas deberán remitir al Instituto, en un plazo no mayor de 10 días hábiles a partir del ingreso al servicio del servidor público, los datos necesarios para su registro y control.

La mora en el pago de las cuotas o aportaciones a cargo de los obligados por causa imputable al servidor público, será motivo de suspensión de los derechos que esta ley otorga.

Artículo 9.- Las Instituciones Públicas deberán proporcionar al Instituto la información que les requiera en relación con los servidores y exservidores públicos. En caso de negativa, demora u omisión injustificada o cuando la información se suministre en forma inexacta o falsa, se procederá conforme a derecho.

Los servidores públicos tendrán derecho a exigir a las Instituciones Públicas donde laboren, el estricto cumplimiento de lo dispuesto en este artículo.

Artículo 10.- Se establecen con carácter obligatorio las siguientes prestaciones:

I. Servicios médicos:

1. Medicina preventiva.

2. Atención de enfermedades no profesionales y maternidad.

3. Atención de riesgos de trabajo.

II. Socioeconómicas:

1. Pensiones por:

a) Jubilación.

b) Retiro por edad y tiempo de servicios.

c) Inhabilitación.

d) Retiro en edad avanzada.

e) Fallecimiento.

2. Seguro por fallecimiento.

3. Fondo de reintegro por separación.

4. Créditos a corto, mediano y largo plazos.

Artículo 11.- El Instituto recopilará y clasificará la información necesaria a efecto de formular escalas de sueldos, promedios de duración de las prestaciones que esta ley regula, tablas de mortalidad, morbilidad y, en general, las estadísticas y cálculos actuariales necesarios para encauzar y mantener el equilibrio financiero de los recursos y cumplir adecuada y eficientemente con el otorgamiento de las prestaciones que le señala esta ley.

Artículo 12.- El Instituto ejercerá las acciones que le correspondan, presentará denuncias o querrelas y realizará los actos y gestiones que convengan a sus intereses en contra de quien indebidamente aproveche o haga uso de los derechos o beneficios establecidos por esta ley y de quien realice actos tendientes a causar daños o perjuicios a su patrimonio.

TITULO SEGUNDO

Del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios

CAPITULO I

De su Naturaleza, Objetivos y Funciones

Artículo 13.- La aplicación y cumplimiento del régimen de seguridad social que regula esta ley le corresponde al Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Organismo Público Descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios.

Artículo 14.- El Instituto tendrá los siguientes objetivos:

- I. Otorgar a los derechohabientes las prestaciones que establece la presente ley;
- II. Ampliar, mejorar y modernizar el otorgamiento de las prestaciones de seguridad social que tiene a su cargo; y
- III. Contribuir al mejoramiento de las condiciones económicas, sociales y culturales de los derechohabientes.

Artículo 15.- Para el logro de sus objetivos, el Instituto tendrá las siguientes funciones:

- I. Cumplir los programas que apruebe el Consejo Directivo, a fin de otorgar las prestaciones que establece esta ley;
- II. Recibir y administrar las cuotas y aportaciones del régimen de seguridad social, así como los ingresos de cualquier naturaleza que le correspondan;
- III. Invertir los fondos y reservas de su patrimonio, conforme a esta ley y a sus disposiciones reglamentarias;
- IV. Adquirir, enajenar y arrendar los bienes muebles e inmuebles que sean necesarios; y
- V. Las demás que le confiere y se deriven de esta ley, de sus disposiciones reglamentarias y demás ordenamientos legales.

CAPITULO II

De su Gobierno y Administración

Artículo 16.- El gobierno y la administración del Instituto estarán a cargo de un Consejo Directivo y de un Director General.

El Consejo Directivo estará integrado por:

- I. Un representante de cada uno de los Poderes Públicos del Estado de México. El representante en funciones del Poder Ejecutivo, será Presidente permanente del Consejo;
- II. Un representante del Sistema Estatal de Salud, que será el titular del Instituto de Salud del Estado de México.
- III. Un representante de los Organismos Auxiliares y Fideicomisos Públicos Estatales. Para su designación se integrará una terna con las personas propuestas por los propios Organismos y

- c). Los estados financieros y contables, con la frecuencia que el Consejo Directivo determine.
- d). Los resultados de la evaluación y cumplimiento de los programas del Instituto.
- e). Las disposiciones y prevenciones necesarias para el buen funcionamiento del Instituto.

VI. Formular los estudios y dictámenes sobre las solicitudes para el otorgamiento de las prestaciones y demás actos que requieran acuerdo expreso del Consejo Directivo;

VII. Dar cuenta al Consejo Directivo de las actividades y de los acuerdos emitidos por la Comisión Auxiliar Mixta;

VIII. Informar al Consejo Directivo en el primer trimestre de cada año, del estado que guarda el patrimonio del Instituto, del cumplimiento de las obligaciones a cargo de éste, así como de las actividades desarrolladas durante el periodo anual inmediato anterior;

IX. Proponer al Consejo Directivo los nombramientos de los directores, subdirectores y jefes de departamento;

X. Suscribir los acuerdos, convenios y contratos a celebrar por el Instituto;

XI. Representar al Instituto en los asuntos de controversia legal en que éste sea parte, así como en las operaciones notariales de créditos con garantía hipotecaria y compraventa de inmuebles y demás que autorice el Consejo Directivo, con la calidad de mandatario del Instituto; y

XII. Las demás que le confieran esta ley y sus disposiciones reglamentarias o le señale el Consejo Directivo.

CAPITULO III

De su Patrimonio

Artículo 22.- El patrimonio del Instituto estará constituido por: I. Sus propiedades, posesiones, derechos y obligaciones; II. Las cuotas de los servidores públicos, pensionados y pensionistas;

III. Las aportaciones de las Instituciones Públicas;

IV. Los créditos que se constituyan y los intereses que se generen a su favor, con cargo a los servidores públicos, a los pensionados o a las Instituciones Públicas;

V. Los intereses, las rentas, plusvalías y demás utilidades que se obtengan de las inversiones que haga el Instituto;

VI. El importe de las indemnizaciones, pensiones vencidas e intereses que prescriban a favor del Instituto;

VII. Las donaciones, herencias y legados que se hagan al Instituto;

VIII. Los fondos, inversiones y reservas constituidas o que en el futuro se constituyan en los términos de esta ley; y

IX. Los productos, concesiones y demás ingresos que obtenga por cualquier título.

Artículo 23.- Ninguna cuota o aportación al Instituto crea derechos de naturaleza alguna sobre su patrimonio. Su pago sólo genera el derecho de exigir el cumplimiento de las prestaciones del régimen de seguridad social que esta ley establece.

Artículo 24.- El Instituto, en razón de sus funciones de derecho público e interés social, gozará de todas las prerrogativas, franquicias y exenciones de carácter económico que sean concedidas a los fondos y bienes del Estado.

Artículo 25.- El Instituto elaborará mensualmente los estados financieros y contables de sus operaciones. Asimismo, anualmente verificará el balance correspondiente, el que deberá ser auditado por un despacho externo debidamente autorizado. Este balance deberá ser aprobado por el Consejo Directivo y publicado en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de México, "Gaceta del Gobierno", así como en cualquier otro medio de información que el propio Consejo Directivo determine, a más tardar en el mes de mayo del año siguiente al del ejercicio.

CAPITULO IV

De las Cuotas y Aportaciones

Artículo 26.- El cálculo del monto de las cuotas y aportaciones ordinarias se realizará sobre el sueldo base presupuestal de los servidores públicos, con independencia de cualquier otro concepto de pago fijo o eventual que perciban.

El sueldo base presupuestal será el señalado en el nombramiento o acto jurídico que dé origen a la relación de trabajo y que registrará el Instituto para los efectos correspondientes.

La base de cálculo para determinar las cuotas y aportaciones no podrá ser, en ningún caso, inferior al monto diario del salario mínimo general del área geográfica en que laboren los servidores públicos, ni superior al monto máximo equivalente a 10 veces el salario mínimo general que fije la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos para el área geográfica en la que está ubicada la capital del Estado.

Artículo 27.- La cuota obligatoria que deberán cubrir los servidores públicos al Instituto corresponderá al 8.5% de su sueldo base presupuestal. Dicha cuota se aplicará en la siguiente forma:

I. El 3% para cubrir las prestaciones de servicios médicos; y

II. El 5.5% para cubrir las prestaciones socioeconómicas.

Artículo 28.- La cuota obligatoria que deberán enterar los pensionados y pensionistas al Instituto, será del 3% del monto de la pensión que disfruten y se destinará a cubrir las prestaciones de servicios médicos.

Artículo 29.- En los casos de suspensión temporal de la relación laboral por causas no imputables al servidor público, éste podrá pagar la totalidad de las cuotas y aportaciones que correspondan al período de la misma, así como los intereses que se hayan generado en su caso, a fin de que el período de suspensión se le compute como tiempo efectivo de servicios.

Si el servidor público falleciere antes de reanudar sus labores y sus familiares o dependientes económicos tuvieran derecho a pensión, podrán disfrutar de la misma, para lo cual deberán cubrir el importe de las cuotas, aportaciones e intereses mencionados en el párrafo anterior.

Artículo 30.- Las aportaciones que deberán cubrir las Instituciones Públicas corresponderán al 8.5% del sueldo base presupuestal de los servidores públicos. Estas aportaciones se aplicarán de la siguiente forma:

I. El 3% para cubrir las prestaciones de servicios médicos, y

II. El 5.5% para cubrir las prestaciones socioeconómicas.

Artículo 31.- Las Instituciones Públicas deberán enterar al Instituto el importe de las cuotas retenidas quincenalmente a los servidores públicos, así como el de las aportaciones que les correspondan, dentro de los cinco días siguientes al de la fecha en que efectúen la retención. En el mismo plazo, deberán enterar el importe de los descuentos que por créditos u otros conceptos ordene el propio Instituto en cumplimiento de lo dispuesto por esta ley.

En caso de mora, las Instituciones Públicas cubrirán los intereses respectivos calculados en base a la tasa líder del mercado bancario, los que en ningún caso podrán ser condonados.

Artículo 32.- Cuando no se efectúen a los servidores públicos las retenciones por concepto de cuotas que sean procedentes conforme a esta ley, el Instituto requerirá directamente a la Institución Pública el pago respectivo. Para este efecto, el Instituto, en su caso, podrá solicitar se les hagan descuentos de hasta un 20% de sus percepciones netas mientras el adeudo no esté cubierto, a menos que el servidor público solicite y obtenga mayores facilidades para el pago.

Artículo 33.- Las aportaciones de las Instituciones Públicas tienen el carácter de obligatorias y, por consiguiente, deberán consignarse en la partida o partidas que correspondan de sus respectivos presupuestos de egresos. En el caso de que se incurra en omisión, se entenderá que las aportaciones de que se trata fueron oportunamente presupuestadas, y su ejercicio se hará con cargo a las partidas generales de gastos.

CAPITULO V

De las Reservas e Inversiones

Artículo 34.- El Instituto deberá constituir reservas financieras y actuariales a fin de garantizar la suficiencia y capacidad económicas que le permitan cumplir con las obligaciones a su cargo que esta ley establece.

Artículo 35.- La constitución de las reservas actuariales será prioritaria sobre las financieras, con el propósito de garantizar el pago de los compromisos por concepto de pensiones, del fondo de reintegro por separación y de las amortizaciones de créditos otorgados por el Instituto.

Los remanentes presupuestales anuales que en su caso se presenten, se integrarán a las reservas actuariales.

Artículo 36.- El Instituto no podrá afectar o disponer de las reservas actuariales para efectos distintos a los de su objeto que es, por su naturaleza, respaldar el otorgamiento de las pensiones.

Los productos generados por la reserva actuarial se podrán utilizar exclusivamente para el pago de las pensiones que esta ley prevé.

Artículo 37.- La inversión de las reservas financieras y actuariales del Instituto deberá hacerse en las mejores condiciones posibles de seguridad, rendimiento y liquidez, prefiriéndose, en igualdad de circunstancias, las que además garanticen mayor utilidad social.

Artículo 38.- El régimen financiero que se aplicará para las prestaciones de servicios médicos, incluidas las relativas a los riesgos de trabajo, así como para las prestaciones sociales y culturales, y para el otorgamiento de créditos, será el denominado de reparto anual.

Artículo 39.- Para las pensiones por jubilación, retiro por edad y tiempo de servicios, inhabilitación, retiro por edad avanzada y fallecimiento, así como para el fondo de reintegro por separación, se utilizará el régimen financiero denominado de primas escalonadas.

TITULO TERCERO

De las Prestaciones de Carácter Obligatorio

CAPITULO I

De los Servicios Médicos

SECCION PRIMERA

Generalidades

Artículo 40.- El Instituto prestará los servicios médicos a que se refiere la fracción I del artículo 10 de esta ley en forma directa a través de sus unidades médicas. En caso de existir imposibilidad para

proporcionarlos de manera directa, podrá contratar o subrogar estos servicios con otras instituciones de salud en los términos de la normatividad que para el efecto se establezca, dando preferencia a aquéllas que tengan carácter público ya sean estatales o federales.

Artículo 41.- En casos de extrema urgencia o ante la imposibilidad plenamente comprobada de acudir a los servicios médicos que presta el Instituto, los derechohabientes podrán asistir a otras instituciones y solicitar, posteriormente, el reembolso de los gastos efectuados, para lo cual deberán presentar la comprobación respectiva y cumplir los demás requisitos que establezcan las disposiciones reglamentarias de esta ley. En ningún caso, el reintegro podrá exceder a las tarifas máximas autorizadas.

Para el caso de padecimientos infecto-contagiosos, traumáticos o que sean producto de enfermedades crónico-degenerativas, el Instituto proporcionará los servicios correspondientes, de conformidad con lo que señalen las disposiciones reglamentarias de esta ley.

Artículo 42.- El servidor público que deje de prestar sus servicios por haber causado baja en alguna Institución Pública conservará, durante los dos meses siguientes a la fecha de la misma, el derecho a recibir las prestaciones de servicios médicos establecidas en esta ley, siempre y cuando haya laborado ininterrumpidamente durante un mínimo de doce meses. Del mismo derecho disfrutarán, en lo procedente, sus familiares y dependientes económicos.

SECCION SEGUNDA

Comisión Auxiliar Mixta

Artículo 43.- Para evaluar la prestación de los servicios médicos y coadyuvar a su mejoramiento, se constituye la Comisión Auxiliar Mixta como órgano de apoyo del Consejo Directivo del Instituto.

Artículo 44.- La Comisión Auxiliar Mixta funcionará en forma colegiada y quedará integrada de la siguiente manera:

- I. Un Presidente, que será el Director General del Instituto;
- II. Un representante designado por el Titular del Poder Ejecutivo del Estado, que deberá ser médico titulado;
- III. El Director de Servicios Médicos del Instituto; y
- IV. Un representante designado por cada uno de los dos sindicatos de servidores públicos reconocidos por el Gobierno del Estado de México.

Con excepción del Presidente, por cada miembro propietario se designará un suplente.

Artículo 45.- Los miembros de la Comisión Auxiliar Mixta, con excepción de su Presidente y del Director de Servicios Médicos, durarán tres años en su encargo y podrán ser ratificados o removidos por quien fueron designados.

Artículo 46.- La Comisión Auxiliar Mixta celebrará sesiones ordinarias al menos dos veces al mes. Cuando lo estime conveniente convocará a sesión extraordinaria por conducto de su Presidente. Sus acuerdos se tomarán por mayoría de votos. En los casos de empate, el Presidente gozará de voto.

Artículo 47.- La Comisión Auxiliar Mixta tendrá las atribuciones y funciones siguientes:

- I. Coadyuvar en la vigilancia de la prestación de los servicios médicos y proponer al Consejo Directivo, en su caso, las medidas pertinentes;
- II. Elaborar su reglamento interior y someterlo al Consejo Directivo para su aprobación;
- III. Revisar y proponer la actualización del cuadro básico de medicamentos;
- IV. Proponer al Consejo Directivo, la creación y ubicación de nuevas unidades médicas, así como la ampliación de los servicios médicos;
- V. Informar y opinar sobre los casos de responsabilidad en que incurran los servidores públicos adscritos a los servicios médicos;
- VI. Aprobar la regionalización para la atención de los derechohabientes;
- VII. Proponer la normatividad relativa a la subrogación de servicios médicos y determinar los casos que procedan;
- VIII. Autorizar las tarifas máximas que por concepto de servicios médicos se acuerde reintegrar a los derechohabientes en los términos señalados en el artículo 41 de esta ley;
- IX. Autorizar las tarifas por la prestación de servicios médicos institucionales a personas no sujetas a este régimen de conformidad con lo establecido en la Ley General de Salud; y
- X. Desahogar los asuntos que le remita el Consejo Directivo del Instituto.

Artículo 48.- El Consejo Directivo del Instituto podrá revocar los acuerdos de la Comisión Auxiliar Mixta cuando considere que afectan las actividades propias del Instituto o estime que se limitan o disminuyen los derechos y beneficios que concede esta ley. Para hacerlo, previamente deberá oír a los integrantes de la Comisión.

SECCION TERCERA

Medicina Preventiva

Artículo 49.- El Instituto proporcionará servicios de medicina preventiva tendientes a preservar, promover y mantener la salud de los derechohabientes.

Artículo 50.- La medicina preventiva, conforme a los programas que se autoricen, atenderá:

- I. El control y vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación;

II. El control y vigilancia de enfermedades transmisibles;

III. La detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas;

IV. La educación y promoción de la salud;

V. La planificación familiar;

VI. La atención materno-infantil;

VII. La salud bucal;

VIII. La salud mental;

IX. La salud en el trabajo;

X. El control y vigilancia de grupos vulnerables o de alto riesgo; y

XI. Las demás acciones que determinen el sector salud y el Consejo Directivo del Instituto.

SECCION CUARTA

Enfermedades no Profesionales y Maternidad

Artículo 51.- En caso de enfermedad no profesional, los derechohabientes tendrán derecho a recibir los servicios médicos de atención en diagnóstico, así como los tratamientos médico-quirúrgicos, hospitalización y de rehabilitación que sean necesarios.

Artículo 52.- En caso de embarazo, a las derechohabientes se les otorgarán las siguientes prestaciones:

I. Asistencia médica a partir del día en que el Instituto certifique el estado de embarazo y se señale la fecha probable del parto;

II. En su caso, ayuda en especie para la lactancia según dictamen médico del Instituto, hasta por un lapso de seis meses contados a partir del día del nacimiento; y

III. Una canastilla de maternidad.

Las prestaciones señaladas se proporcionarán siempre y cuando los derechos de la interesada hayan estado vigentes durante al menos seis meses previos al parto.


ANEXO 4._PLAN DE DESARROLLO REGIONAL 2011-2017

REGIÓN		
1._AMECAMECA		
Estrategia	Líneas de acción	Metas
Promover la integración a los servicios de salud de la población en condición de pobreza.	Incrementar la cobertura de las instituciones de salud en todos sus niveles de atención.	Impulsar que el ISSEMYM amplíe y consolide servicios de calidad (Compromiso de Alto Impacto).
Fortalecer la infraestructura y los servicios médicos.	Incrementar la cobertura de las instituciones de salud en todos sus niveles de atención.	Incrementar la cobertura de las instituciones de salud en todos sus niveles de atención.
2._ATLACOMULCO		
Estrategia	Líneas de acción	Metas
Ampliar el acceso y elevar la calidad de los servicios de salud.	Ampliar y modernizar la infraestructura y equipamiento para la salud.	Remodelar, ampliar y equipar el Hospital Regional Atlacomulco del ISSEMYM (Compromiso Municipal); habilitar dos Centros Especializados de Atención Primaria a la Salud. (Compromiso Municipal); construir y equipar tres Centros de Salud, uno de ellos bajo la denominación de urbano (Compromiso Municipal); construir y equipar un hospital municipal y rehabilitar dos hospitales generales.
Promover el uso de los servicios de salud entre la población en condiciones de pobreza.	Incrementar la cobertura de las instituciones de salud en todos sus niveles de atención.	Impulsar que el ISSEMYM amplíe y consolide servicios de calidad (Compromiso de Alto Impacto).
Fortalecer la infraestructura y los servicios médicos.	Incrementar la cobertura de las instituciones de salud en todos sus niveles de atención.	Impulsar que el ISSEMYM amplíe y consolide servicios de calidad (Compromiso de Alto Impacto).
3._CHIMALHUACÁN		
Estrategia	Líneas de acción	Metas
Promover el uso de los servicios de salud entre la población en condiciones de pobreza.	Incrementar la cobertura de las instituciones de salud en todos sus niveles de atención.	Impulsar que el ISSEMYM amplíe y consolide servicios de calidad (Compromiso de Alto Impacto).
Fortalecer la infraestructura y los servicios médicos.	Incrementar la cobertura de las instituciones de salud en todos sus niveles de atención.	Impulsar que el ISSEMYM amplíe y consolide servicios de calidad (Compromiso de Alto Impacto).
4._CUAUTITLÁN IZCALLI		
Estrategia	Líneas de acción	Metas
Reforzar la atención médica en la Región IV Cuautitlán Izcalli.	Modernizar la infraestructura del equipamiento de salud.	Equipamiento y ampliación de la Clínica Regional de Cuautitlán Izcalli del ISSEMYM (Compromiso Municipal); emprender un programa de mejoramiento integral de los servicios de salud (Compromiso Estatal).

5._CUAUTILÁN IZCALLI		
Estrategia	Líneas de acción	Metas
Fortalecer la infraestructura y los servicios médicos.	Incrementar la cobertura de las instituciones de salud en todos sus niveles de atención.	Impulsar que el ISSEMYM amplíe y consolide servicios de calidad (Compromiso de Alto Impacto).
6._IXTAPAN DE LA SAL		
Estrategia	Líneas de acción	Metas
Fortalecer la infraestructura y los servicios médicos.	Incrementar la cobertura de las instituciones de salud en todos sus niveles de atención.	Impulsar que el ISSEMYM amplíe y consolide servicios de calidad (Compromiso de Alto Impacto).
7._LERMA		
Estrategia	Líneas de acción	Metas
Fortalecer la infraestructura y los servicios médicos.	Incrementar la cobertura de las instituciones de salud en todos sus niveles de atención.	Impulsar que el ISSEMYM amplíe y consolide servicios de calidad (Compromiso de Alto Impacto).
8._NAUCALPAN		
Estrategia	Líneas de acción	Metas
Fortalecer la infraestructura y los servicios médicos.	Incrementar la cobertura de las instituciones de salud en todos sus niveles de atención.	Impulsar que el ISSEMYM amplíe y consolide servicios de calidad (Compromiso de Alto Impacto).
9._NEZAHUALCÓYOTL		
Estrategia	Líneas de acción	Metas
Impulsar y especializar a la Región IX Nezahualcóyotl en equipamientos y servicios.	Construir y poner en operación equipamientos de salud, administración, educación y servicios.	Construcción y operación del equipamiento de un hospital pediátrico, una clínica regional de consulta externa y un hospital regional del ISSEMYM.
10._TEJUPILCO		
Estrategia	Líneas de acción	Metas
Fortalecer la infraestructura y los servicios médicos.	Incrementar la cobertura de las instituciones de salud en todos sus niveles de atención.	Impulsar que el ISSEMYM amplíe y consolide servicios de calidad (Compromiso de Alto Impacto).
11._TEXCOCO		
Estrategia	Líneas de acción	Metas
Fortalecer la infraestructura y los servicios médicos.	Incrementar la cobertura de las instituciones de salud en todos sus niveles de atención.	Impulsar que el ISSEMYM amplíe y consolide servicios de calidad (Compromiso de Alto Impacto).
12._TLALNEPANTLA		
Estrategia	Líneas de acción	Metas
Disminuir los rezagos en la atención y calidad en los servicios de salud y educación.	Construir y equipar la Clínica Regional de Consulta Externa del ISSEMYM en el municipio de Atizapán de Zaragoza (AGM-0107).	Programa de infraestructura en salud (2013).

13._TOLUCA		
Estrategia	Líneas de acción	Metas
Fortalecer la infraestructura y los servicios médicos.	Incrementar la cobertura de las instituciones de salud en todos sus niveles de atención.	Impulsar que el ISSEMYM amplíe y consolide servicios de calidad (Compromiso de Alto Impacto).
14._TULTITLÁN		
Estrategia	Líneas de acción	Metas
Promover la calidad en los servicios de salud.	Desarrollar mecanismos telefónicos y electrónicos para la programación de citas con médicos y exámenes clínicos.	Implementar un sistema de programación de citas vía telefónica e Internet para las clínicas del ISSEMYM y la Secretaría de Salud del Estado de México.
	Implementar un programa de optimización de recursos humanos que abata los problemas de mala atención a derechohabientes y la simulación de labores.	Crear un sistema de evaluación de la satisfacción de los usuarios de las clínicas del ISSEMYM y la Secretaría de Salud del Estado de México.
15._VALLE DE BRAVO		
Estrategia	Líneas de acción	Metas
Fortalecer la infraestructura y los servicios médicos.	Incrementar la cobertura de las instituciones de salud en todos sus niveles de atención.	Impulsar que el ISSEMYM amplíe y consolide servicios de calidad (Compromiso de Alto Impacto).
16._ZUMPANGO		
Estrategia	Líneas de acción	Metas
Fortalecer la infraestructura y los servicios médicos.	Incrementar la cobertura de las instituciones de salud en todos sus niveles de atención.	Impulsar que el ISSEMYM amplíe y consolide servicios de calidad (Compromiso de Alto Impacto).

ANEXO 5._ Entrega de avances de trabajo terminal de grado para realizar intercambio de información con el departamento de educación del ISSEMyM con acuse de recibido.



UAEM | Universidad Autónoma del Estado de México

Facultad de Arquitectura y Diseño
U A E M

CONACYT
Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

ciad


Toluca, Estado de México 07 de Febrero de 2018

Dr. Ricardo Acuña Estrada
Médico adjunto de la dirección de educación e investigación en salud
Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios

Reciba un cordial saludo y a su vez aprovecho para hacer entrega de la síntesis de los avances del trabajo terminal de grado que lleva como título **"Estrategias para la dotación de infraestructura hospitalaria para la cobertura geriátrica en el ISSEMyM con vigencia al año 2050"** acordado en la reunión que sostuvimos el día 30 de Enero del año en curso para su revisión, con la finalidad de poder realizar un convenio de intercambio de información acatando las condiciones que dicho convenio integren en caso de ser favorable su respuesta.

Dicha información será de uso académico con la finalidad de extender el presente trabajo de investigación para generar un beneficio interinstitucional ISSEMyM – Facultad de Arquitectura y Diseño, Universidad Autónoma del Estado de México.

Sin otro particular agradeciendo su atención quedo pendiente a su respuesta.



Arq. Daniel Mendieta Caballero
Estudiante de la Maestría en Diseño
Facultad de Arquitectura y Diseño
Universidad Autónoma del Estado de México

09 FEB 2018

ANEXO 6._ Autorización de trabajo de investigación Estrategias para la dotación de infraestructura hospitalaria para la cobertura geriátrica en el ISSEMyM con vigencia al año 2050 (Pagina 1-2)



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



"2018. Año del Bicentenario del Natalicio de Ignacio Ramírez Calzada, El Nigromante".

Unidad Administrativa: Dirección de Educación e Investigación en Salud
Núm. de Oficio: 203F33000/DEIS/0787/2018.
Expediente: 40.1 LINEAS DE INVESTIGACIÓN
Asunto: AUTORIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ESTRATEGIAS PARA LA DOTACIÓN DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA PARA LA COBERTURA GERIÁTRICA EN EL ISSEMYM CON VIGENCIA AL AÑO 2050"

Toluca, México a 25 de Junio del 2018

**DANIEL MENDIETA CABALLERO
ESTUDIANTE DE LA MAESTRÍA EN DISEÑO
FACULTAD DE ARQUITECTURA Y DISEÑO
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
P R E S E N T E**

Por este medio me permito comunicar a Ud. que ha sido autorizado por esta Dirección a mi cargo, la realización del trabajo de Investigación denominado "Estrategias para la dotación de infraestructura hospitalaria para la cobertura geriátrica en el ISSEMyM con vigencia al año 2050"

Tal autorización contempla proporcionar información, por parte de ISSEMyM al tesista, sobre cobertura de población derechohabiente por unidad aplicativa mayor a 60 años, Modelo de Atención a derechohabientes en particular población geriátrica, y el acceso a las Unidades Médicas seleccionadas por nivel de atención, las cuales se enlistan:

Primer Nivel de Atención:

- Clínica de Consulta Externa B "Alfredo del Mazo Vélez", Región Toluca
- Clínica de Consulta Externa A "Lázaro Cárdenas", Región Toluca
- Consultorio Médico Jocotitlan, Región Atlacomulco

Segundo Nivel de Atención:

- Hospital Regional Tenancingo

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPI

Av. Miguel Hidalgo pte. núm. 600, col. La Merced, C.P. 50080, Toluca, Estado de México.
Tel.: (01 722) 226 19 00.

Autorización de trabajo de investigación Estrategias para la dotación de infraestructura hospitalaria para la cobertura geriátrica en el ISSEMyM con vigencia al año 2050 (Pagina 2-2)



"2018. Año del Bicentenario del Natalicio de Ignacio Ramírez Calzada, El Nigromante".

Dicha información será recabada por el tesista en cada unidad médica seleccionada y proporcionada por el directivo o responsable de la unidad, estando el tesista obligado a mantener estricta confidencialidad respecto a los datos que se le compartan los cuales serán de uso exclusivo para los fines de su trabajo de investigación. Cualquier otro uso será sujeto a lo que marcan las leyes al respecto.

Toda vez que el trabajo haya concluido, el tesista se compromete a entregar una copia del mismo con resultados y conclusiones en esta Dirección de Educación e Investigación en Salud.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo

ATENTAMENTE



GUILLERMO VICTAL VÁZQUEZ
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Ccp. - Gustavo O. Mercado Flores. - Director de la Clínica de Consulta Externa.-Alfredo del Mazo Vélez"
Alejandro Fidel Alcalá Ramírez.-Director del Hospital Regional Tenancingo
Jesús Fernando Angulo Gómez.-Director de la Clínica de Consulta Externa A "Lázaro Cárdenas"
Victor Monroy Mondragón. -Consultorio Médico Jocotitlan.

Consecutivo.-
GVV/RAE/mrsm*

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPI

Av. Miguel Hidalgo pte. núm. 600, col. La Merced, C.P. 50080, Toluca, Estado de México.
Tel.: (01 722) 226 19 00.

ANEXO 6.1._ Documento con acuse de recibido Clínica "A" – Alfredo del Mazo Vélez



GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO



"2018. Año del Bicentenario del Natalicio de Ignacio Ramírez Calzada, El Nigromante".

Unidad Administrativa: Dirección de Educación e Investigación en Salud
Núm. de Oficio: 203F33000/DEIS/0787/2018.
Expediente: 40.1 LINEAS DE INVESTIGACIÓN
Asunto: AUTORIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ESTRATEGIAS PARA LA DOTACIÓN DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA PARA LA COBERTURA GERIÁTRICA EN EL ISSEMYM CON VIGENCIA AL AÑO 2050"

Toluca, México a 25 de Junio del 2018



DANIEL MENDIETA CABALLERO
ESTUDIANTE DE LA MAESTRÍA EN DISEÑO
FACULTAD DE ARQUITECTURA Y DISEÑO
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
P R E S E N T E

Por este medio me permito comunicar a Ud. que ha sido autorizado por esta Dirección a mi cargo, la realización del trabajo de Investigación denominado "Estrategias para la dotación de infraestructura hospitalaria para la cobertura geriátrica en el ISSEMyM con vigencia al año 2050"

Tal autorización contempla proporcionar información, por parte de ISSEMyM al tesista, sobre cobertura de población derechohabiente por unidad aplicativa mayor a 60 años, Modelo de Atención a derechohabientes en particular población geriátrica, y el acceso a las Unidades Médicas seleccionadas por nivel de atención, las cuales se enlistan:

Primer Nivel de Atención:

- Clínica de Consulta Externa B "Alfredo del Mazo Vélez", Región Toluca
- Clínica de Consulta Externa A "Lázaro Cárdenas", Región Toluca
- Consultorio Médico Jocotitlan, Región Atlacomulco


Segundo Nivel de Atención:



- Hospital Regional Tenancingo

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

Av. Miguel Hidalgo pte. núm. 600, col. La Merced, C.P. 50080, Toluca, Estado de México.
Tel.: (01 722) 226 19 00.

ANEXO 6.2. Documento con acuse de recibido Hospital Regional Tenancingo

 GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

"2018. Año del Bicentenario del Natalicio de Ignacio Ramírez Calzada, El Nigromante".

Unidad Administrativa: Dirección de Educación e Investigación en Salud
Núm. de Oficio: 203F33000/DEIS/0787/2018.
Expediente: 40.1 LINEAS DE INVESTIGACIÓN
Asunto: AUTORIZACIÓN DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ESTRATEGIAS PARA LA DOTACIÓN DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA PARA LA COBERTURA GERIÁTRICA EN EL ISSEMYM CON VIGENCIA AL AÑO 2050"

Toluca, México a 25 de Junio del 2018

**DANIEL MENDIETA CABALLERO
ESTUDIANTE DE LA MAESTRÍA EN DISEÑO
FACULTAD DE ARQUITECTURA Y DISEÑO
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
P R E S E N T E**

Por este medio me permito comunicar a Ud. que ha sido autorizado por esta Dirección a mi cargo, la realización del trabajo de Investigación denominado "Estrategias para la dotación de infraestructura hospitalaria para la cobertura geriátrica en el ISSEMyM con vigencia al año 2050"


Tal autorización contempla proporcionar información, por parte de ISSEMyM al tesista, sobre cobertura de población derechohabiente por unidad aplicativa mayor a 60 años, Modelo de Atención a derechohabientes en particular población geriátrica, y el acceso a las Unidades Médicas seleccionadas por nivel de atención, las cuales se enlistan:

Primer Nivel de Atención:

- Clínica de Consulta Externa B "Alfredo del Mazo Vélez", Región Toluca
- Clínica de Consulta Externa A "Lázaro Cárdenas", Región Toluca
- Consultorio Médico Jocotitlan, Región Atlacomulco

Segundo Nivel de Atención:

- Hospital Regional Tenancingo



INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS

Av. Miguel Hidalgo pte. núm. 600, col. La Merced, C.P. 50080, Toluca, Estado de México.
Tel.: (01 722) 226 19 00.

ANEXO 7._ Manifiesto de conflicto de interés



Toluca, Estado de México 07 de Febrero de 2018

DECLARACIÓN DE AUSENCIA DE CONFLICTO DE INTERESES

A quien corresponda:

Por medio de la presente el Arq. Daniel Mendieta Caballero estudiante de la Maestría en Diseño periodo 2016-2018 de la Facultad de Arquitectura y Diseño de la Universidad Autónoma del Estado de México ubicada en Paseo Universidad S/N, Universitaria, 50110 Toluca de Lerdo, Méx. declara:

- a) No se encuentra en una situación de conflicto de interés con respecto al presente trabajo de investigación. El conflicto de intereses puede ser de índole económica o ser fruto de afinidades políticas o nacionales, de relaciones familiares o sentimentales o de cualquier tipo de relación o de intereses comunes;
- b) Pondrán en conocimiento del consejo académico de la Facultad de Arquitectura y Diseño sin dilación cualquier situación de conflicto de intereses o que pueda dar lugar a dicho conflicto;
- c) Que no han hecho ni harán ningún tipo de oferta de la que pueda derivarse alguna ventaja con respecto al presente trabajo de investigación;
- d) Que no han concedido ni concederán, no han intentado ni intentarán obtener, y no han aceptado ni aceptarán ningún tipo de ventaja, financiera o en especie, en favor de una persona o en nombre de ésta, cuando tal ventaja constituya una práctica ilegal o implique corrupción, directa o indirectamente, por ser un incentivo o una recompensa relacionada con la ejecución del presente trabajo.

El consejo académico de la Facultad de Arquitectura y Diseño se reserva el derecho de verificar las informaciones facilitadas.



Arq. Daniel Mendieta Caballero

ANEXO 8._ Índice de Imágenes

Imagen	Título	Capítulo	Sub capítulo	Página
1	Regionalización de infraestructura del ISSEMyM	2	3.3.1	31
2	Acceso de calle a clínica mediante rampa	2	3.3.1	42
3	Acceso de nivel de calle a Clínica mediante escalones	2	3.3.1	42
4	Rampa interna	2	3.3.1	42
5	Escalones internos	2	3.3.1	42
6	Accesibilidad desde estacionamiento	2	3.3.1	42
7	Vestibulación interna	2	3.3.1	43
8	Recorridos internos para personal	2	3.3.1	43
9	Salón de usos múltiples	2	3.3.1	44
10	Interior Salón de usos múltiples	2	3.3.1	44
11	Club Gerontológico Jóvenes por siempre	2	3.3.1	44
12	Bahía de ascenso y descenso	2	3.3.1	45
13	Desarrollo de rampa	2	3.3.1	45
14	Pasillo sin tránsito	2	3.3.1	46
15	Accesos sin frecuencia	2	3.3.1	46
16	Escaleras evadidas	2	3.3.1	46
17	Escaleras concurridas	2	3.3.1	46
18	Escaleras inutilizadas	2	3.3.1	46
19	Promoción de la salud (1)	2	3.3.1	48
20	Promoción de la salud (2)	2	3.3.1	48
21	Área de sistemas	2	3.3.1	48
22	Bioestadística	2	3.3.1	48
23	Rampa de acceso a salón	2	3.3.1	49
24	Mobiliario en salón de usos múltiples	2	3.3.1	49
25	Acceso de calle a Hospital mediante rampa	2	3.3.2	53
26	Acceso para consultas	2	3.3.2	53
27	Acceso para urgencias	2	3.3.2	53
28	Rampa de acceso	2	3.3.2	53
29	Vestibulación interna	2	3.3.2	54
30	Recorridos internos para especialidad	2	3.3.2	54
31	Vialidad de acceso al Hospital (1)	2	3.3.2	56
32	Vialidad de acceso al Hospital (2)	2	3.3.2	56
33	Circulación de estacionamiento (1)	2	3.3.2	57
34	Circulación de estacionamiento (2)	2	3.3.2	57
35	Recibimiento de ambulancia en urgencias	2	3.3.2	58
36	Rampa de acceso urgencias	2	3.3.2	58
37	Acceso a triage	2	3.3.2	59
38	área de triage	2	3.3.2	59
39	Pasillo de urgencias	2	3.3.2	59

40	Regadera en área de choque	2	3.3.2	59
41	Sanitario en sala de espera de urgencias	2	3.3.2	59
42	Obstrucción de puerta	2	3.3.2	61
43	Acomodo de mobiliario en consultorios	2	3.3.2	61
44	Colocación de materiales sobre mobiliario	2	3.3.2	61
45	Material en escritorios	2	3.3.2	62
46	Material situado en piso	2	3.3.2	62
47	Falta de archiveros	2	3.3.2	62
48	Falta de anaqueles	2	3.3.2	62
49	Improvisación de cocineta	2	3.3.2	62
50	Vestibulación interna (1)	2	3.3.2	63
51	Vestibulación interna (2)	2	3.3.2	63
52	Vestibulación interna (3)	2	3.3.2	63
53	Vestibulación interna (4)	2	3.3.2	63
54	Acceso a quirófano desde urgencias y encamados	2	3.3.2	63
55	CIAD – UAEMEX	3	4.2.2	77
56	Clínica de primer nivel, Valle de Bravo.	3	4.2.2	77
57	Hospital de segundo nivel, Valle de Bravo.	3	4.2.2	77
58	Oficinas de Transito, Toluca.	3	4.2.2	77
59	Centro de Pensionados ISSEMyM,	3	4.2.2	78
60	Clínica de primer nivel, Toluca.	3	4.2.2	78
61	Mostrador vista lateral	4	4.7	108
62	Pavimento de advertencia planta y corte	4	4.7	109
63	Ejemplo de guía con cambio de dirección	4	4.7	109