



ENCUESTA

Salud

Bienestar y

Envejecimiento

SABE Hidalgo

ENCUESTA
Salud, Bienestar y Envejecimiento
SABE Hidalgo
Primera impresión: 2016
D.R. © Secretaría de Salud
Centro Nacional de Programas Preventivos
y Control de Enfermedades
Benjamín Franklin No. 132, Col. Escandón,
Del. Miguel Hidalgo, México D.F.
Impreso en México.

ISBN: En trámite.

Página Web: www.salud.gob.mx www.cenaprece.salud.gob.mx

Reservados todos los derechos. Se autoriza la reproducción parcial o total de la información contenida en esta publicación, siempre y cuando se cite la fuente.

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

Dr. José Narro Robles
Secretario de Salud

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Eduardo González Pier
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dra. Marcela Guillermina Velasco González
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Guillermo Miguel Ruíz-Palacios y Santos
**Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad**

Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez
Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Lic. Carlos Sandoval Leyva
Director General de Comunicación Social

Dr. Jesús Felipe González Roldán
Director General
Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

Dr. Cuauhtémoc Mancha Moctezuma
Director General Adjunto de Programas Preventivos

Dr. Cutberto Espinoza López
Encargado del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano

Dra. María Esther Lozano Dávila
Subdirectora del Programa de Atención al Envejecimiento

**DIRECTORIO DEL ESTADO DE HIDALGO
COORDINADORES DEL PROYECTO-ENCUESTA SABE MÉXICO**

**Dra. María Esther Lozano Dávila
Subdirectora del Programa de Atención al Envejecimiento, CENAPRECE**

**Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera
Programa de Atención al Envejecimiento, CENAPRECE**

**Dr. Marco Antonio Escamilla Acosta
Secretario y Director General de los Servicios de Salud de Hidalgo.**

**Mtro. Humberto Augusto Veras Godoy
Rector de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
U.A.E.H.**

**Mtra. María Dolores Osorio Piña
Subsecretaria de Salud Pública**

**Dr. Armando Baños Álvares
Subsecretario de Prestación de Servicios**

**M.C.Esp. José María Busto Villarreal
Director del Instituto de Ciencias de la Salud**

**Dra. Ma. Concepción Carmona Ramos
Directora de Políticas y Estrategias en Salud Pública**

**Dr. Antonio Lechuga Traspaña
Director de Atención Integral**

**Mtra. Bertha Maribel Pimentel Pérez
Jefa del Área Académica de Gerontología
U.A.E.H.**

**Dr. Saul Rodríguez Rivera
Subdirector de Atención a las Etapas de la Vida**

**Dra. Alejandra Gpe. Ramírez Reyes
Jefa del Departamento de Adulto y Adulto Mayor**

**Mtro. Héctor Farfán Téllez
Coordinador Estatal del Programa de Salud
en el Envejecimiento**

**Psic. Martha Elena Cuevas Ibarra
Responsable Estatal Operativo del Programa de Envejecimiento**

**COORDINADORES DEL PROYECTO-ENCUESTA SABE
HIDALGO**

**AUTORES
SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL**

Dra. María Esther Lozano Dávila
Subdirectora del Programa de Atención al Envejecimiento

Lic. Erica Tania Chaparro González
Dra. Araceli Arévalo Balleza
Lic. Rogelio Archundia González
Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera
Lic. Ger. Edgar Alejandro García Fuentes
Lic. Gloria Elena Vargas Esquivel
M. en C. Rosario del Carmen Peyrot González
Programa de Atención al Envejecimiento

Dra. Ana Luisa Sosa Ortiz
M.C. Gilberto Isaac Acosta Castillo
**Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
Manuel Velasco Suárez**

CINVESTAV-IPN

Dr. José Luna Muñoz
**Coordinador del Banco Nacional de Cerebros,
Laboratorio Nacional de Servicios Experimentales
Investigador del Departamento de Fisiología, Biofísica y Neurociencias**
Financiamiento CONACYT 1142293

AUTORES
SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE HIDALGO

Dr. Saúl Rodríguez Rivera
Jefe del Departamento de Enfermedades No Transmisibles de la
Subdirección de Epidemiología

Mtro. Héctor Farfán Téllez
Coordinador Estatal del Programa de Salud
de Envejecimiento

AUTORES
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Mtra. Bertha Maribel Pimentel Pérez
Jefa del Área Académica de Gerontología
U.A.E.H.

Dr. Raúl Azael Agís Juárez
Coordinador de Investigación del Área Académica de Gerontología
U.A.E.H.

Dr. Eduardo Guzmán Olea
Profesor investigador del Programa Cátedras
CONACYT/U.A.E.H.

Dr. David López Romero
Coordinador de Posgrado del Área Académica de
Gerontología U.A.E.H.

Mtro. José Sócrates López Noguera
Coordinador del la Licenciatura en
Gerontología U.A.E.H.



Todo esto y más
es mi abuelo



Rectoría
Institucional

DIIT



Programa Nacional
de la 3a. Edad, A.C.

CONTENIDO

Mensajes de las Autoridades.

Introducción	17
1. El Envejecimiento Poblacional en México	22
2. Diagnostico situacional del envejecimiento poblacional en el Estado de Hidalgo	44
3. Resultados de la Encuesta SABE Hidalgo	53
4. Líneas Estratégicas para la construcción de un Modelo de Atención al Adulto Mayor de Hidalgo	87
5. Conclusiones y comentarios	90
6. Agradecimientos	92

ANEXOS

1. Participación del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento en el Proyecto-Encuesta SABE.
2. Participación del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en el Proyecto Encuesta SABE Hidalgo.
3. El papel de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo en el Proyecto-Encuesta SABE.
4. Etapas del desarrollo operativo de la Encuesta SABE Hidalgo, ajustes específicos.
5. Panorama Nacional de la Encuesta SABE.

MENSAJE DEL DIRECTOR GENERAL DEL CENAPRECE

Hoy día, el envejecimiento poblacional de nuestro país es una realidad innegable que requiere la atención prioritaria del Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salud y demás sectores involucrados. Los esfuerzos han sido encaminados con la firme intención de atender el desafío que implica la atención en salud de las personas adultas mayores. En este sentido, el desarrollo de estudios multicéntricos sobre las personas de 60 años y más, ayudará a conocer con precisión las necesidades reales y sentidas por este grupo poblacional.

El Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizado en el país desde hace varios años, es una ventana que permite despejar incógnitas relacionadas con la salud, redes sociales, estado funcional, organización familiar y otros tópicos relevantes. Con base en las necesidades de información de calidad requeridas para planear temprana y oportunamente los programas y estrategias nacionales de salud, el Proyecto-Encuesta SABE permitirá la creación de propuestas de fondo que coadyuven en la solución de los requerimientos de este grupo etario. Asimismo, contribuirá al cumplimiento de los compromisos internacionales que México ha adquirido en materia de salud, considerando los cambios sociales, epidemiológicos, demográficos y ambientales en proceso.

En la actualidad, se han llevado a cabo estudios SABE en entidades federativas como San Luis Potosí, Michoacán, Estado de México, Tlaxcala, Guanajuato y Yucatán. La obra que tiene en sus manos, contiene uno de los estudios SABE realizados en el país cuya importancia radica no sólo en lo valioso de la información obtenida, sino también en el trabajo de equipo que la Secretaría de Salud ha realizado con las instituciones participantes.

El Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, a través de la Subdirección del Programa de Atención al Envejecimiento, espera que esta obra sea de utilidad en la generación de acciones encaminadas al beneficio de las personas de 60 y más años de hoy y mañana.

Un cordial abrazo.

Dr. Jesús Felipe González Roldán

MENSAJE DEL SECRETARIO Y DIRECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO.

En la construcción de un Hidalgo incluyente, equitativo, competitivo y democrático, que busca garantizar el acceso a oportunidades que permita a niñas, niños, adolescentes, mujeres, hombres y personas adultas mayores, el desarrollo de sus capacidades para ejercer plenamente sus libertades y derechos, aprovechando su potencial productivo y creativo mejorando su calidad y condiciones de vida.

Es de suma importancia considerar la transición demográfica, epidemiológica, sociológica y tecnológica existente en nuestro estado, ya que en los últimos años se ha observado una disminución en la tasa de fecundidad y mortalidad, esta última aumentando la esperanza de vida que en ocasiones no está relacionada con condiciones óptimas del estado de salud y bienestar.

Frente a este panorama y de acuerdo a Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018, la atención a la salud de la población adulta mayor adquiere una gran relevancia, siendo indispensable incidir en el fortalecimiento de sus actuales condiciones de acceso a la salud, respetando sus derechos humanos y reconociendo sus necesidades sociales, económicas, afectivas, psicológicas, entre otras, lo que como sector salud nos compromete a la búsqueda e implementación de estrategias y políticas que aborden de forma integral, sistémica y sustantiva la prestación de servicios de salud garantizando una atención oportuna, que considera la protección, promoción, control, manejo, tratamiento y rehabilitación de las personas adultas mayores con base a la normatividad vigente, con la intencionalidad de permitir mantener un estado de salud y bienestar óptimo.

Es por esto que la protección a la salud de la población hidalguense es una prioridad que requiere de estrategias integrales, diferenciadas, que fortalezcan y amplíen la lucha contra los riesgos sanitarios favoreciendo la cultura de la salud y el desarrollo de oportunidades para elegir estilos de vida saludables, por ello que el sector salud tiene como objetivo garantizar la cobertura y acceso a los servicios de salud de calidad, que respondan de forma eficaz y oportuna a la demanda de atención preventivas y curativas de los padecimientos de la población adulta mayor, con un trato humanitario y digno.

Dr. Marco Antonio Escamilla Acosta

MENSAJE DEL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Envejecer no es problema, el problema se genera cuando la sociedad no está preparada para enfrentar este hecho. El acelerado envejecimiento que se presenta en Latinoamérica en relación al viejo continente ha originado grandes retos y problemáticas que enfrenta la población adulta mayor. El éxito obtenido en el abatimiento de enfermedades endémicas a la fecha, permite contar con una mayor esperanza de vida, sin embargo, han sido sustituidas por las ahora conocidas como crónico-degenerativas, las cuales para su tratamiento requieren contar con un sistema de salud fortalecido que ofrezca la cobertura necesaria para este sector de la población, así como un sistema económico que no segregue y discrimine a las personas de 60 y más años que pudiendo trabajar no les ofrezca un empleo digno respetando sus derechos humanos y laborales, así como atender las transformaciones que en la estructura familiar se han generado y que sobre todo en las grandes urbes propician la exclusión y el abandono de los adultos mayores.

Tener enfrente este panorama nos lleva a pensar en un área de oportunidad que cada vez se presenta como una constante: mejorar la calidad de vida de las personas que ahora tienen la posibilidad como nunca antes había ocurrido, de pasar viviendo más años en una etapa de su vida; los sesenta y más.

Este hecho abre grandes líneas de actuación en materia de políticas públicas, de acciones coordinadas intersectorialmente, de investigaciones necesarias en áreas específicas, de intervenciones preventivas en los diversos determinantes de la salud y lo más importante, de empoderar a la población adulta mayor a través de contar con información científicamente objetiva, veraz y pertinente sobre sus condiciones de vida.

La mejor forma de poder contar con dicha información ha sido llevar a cabo acciones coordinadas intersectorialmente a nivel internacional, nacional y local, pues al atisbo que han tenido la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud de efectuar este estudio en toda Latinoamérica, se ha sumado la secretaria de Salud Federal a través del CENAPRECE para llevarlo a cabo

en México, así como la secretaría de Salud del estado de Hidalgo para efectuarlo a nivel local, con la colaboración de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Para esta Casa de Estudios acorde con su Modelo Educativo, el haber participado en el Estudio Multicentrico sobre Salud y Bienestar de los adultos mayores en el estado, a través de la aplicación de la encuesta SABE-Hidalgo, reviste una gran importancia, dado el alto compromiso de vinculación que tiene con la sociedad hidalguense de investigar para transformar y generar mejores condiciones de vida formando a los profesionales que requiere cada sector de la población, en este caso la población adulta mayor a través de la licenciatura en Gerontología, quien de forma histórica muestra la importancia que tiene para la UAEH este sector de la población, al crear por primera vez en el estado un área académica dedicada al estudio del viejo, la vejez y el envejecimiento, considerando como prioritario conocer sus necesidades y así generar líneas de investigación específicas, nutrir el perfil profesional de sus egresados, generar modelos de intervención gerontológicos que respeten e integren la multiculturalidad de la población adulta mayor y sus familias, entre otras cosas.

Con ello se demuestra que sumando esfuerzos se puede enfrentar hasta los más grandes retos, contar con un diagnóstico es la primera parte de esta gran tarea, la segunda es convertir esta información en acciones que eleven la calidad de vida de nuestra población, promoviendo el envejecimiento digno, activo y saludable que todos merecemos.

Porque somos garza, somos universitarios de excelencia
“Amor, Orden y Progreso”

Mtro. Humberto Augusto Veras Godoy



Tu Apoyo y Sabiduria
me hacen Crecer



INTRODUCCIÓN

El cambio demográfico que viven las sociedades actuales, permite vislumbrar que en los años del nuevo siglo, la dinámica poblacional propiciará que México quede inmerso en una sociedad envejecida con los requerimientos y demandas propios de la misma. En el rubro de la atención a la salud, las personas adultas mayores dadas sus características biopsicosociales, son tributarias de protección desde todas las ópticas posibles. De acuerdo a lo anterior, es fácil entender el reto que significa el envejecimiento poblacional en México, el cual se incrementa día con día y que deberán enfrentar tanto las instituciones públicas como privadas, el Gobierno de México y la sociedad en general. Hoy en día, ser una persona adulta mayor en México es sinónimo de orgullo e identidad nacional. Sin embargo, la vulnerabilidad biológica y social de este grupo de la población requiere que éstos sean revalorados y tratados con justicia, equidad, oportunidad, humanismo y competencia; es necesario que las acciones deban ser encaminadas a la búsqueda de la preservación de la salud y el bienestar general; ser basadas en los estándares internacionales de calidad y de la realidad nacional; que tengan sustento en evidencia científica emanada de estudios multicéntricos realizados, ya no dentro del marco teórico de la literatura internacional, sino en encuestas nacionales y estudios especializados en la materia. Con el panorama anteriormente descrito, es comprensible la necesidad de crear, desde un escenario de cooperación interinstitucional e intersectorial, el desarrollo de programas eficientes para la atención correcta y oportuna y, tomar en cuenta los padecimientos de importancia clínico-epidemiológica nacional en los individuos de 60 y más años. Dado el momento de transición demográfica y la epidemiología polarizada por la que atraviesa México, en los momentos de realizar esta publicación, es ineludible comentar que nuestro país se encuentra en un momento histórico respecto al envejecimiento poblacional y su perfil epidemiológico. El hecho de vivir más años, así como la exposición a factores de riesgo específicos, nos acerca al flagelo de las enfermedades crónicas no transmisibles sin que nos hayamos librado aún de los padecimientos infecciosos o las alteraciones debidas a la desnutrición en este grupo de personas.

La prevención en materia de discapacidad, pérdida de la funcionalidad y el impulso de una cultura del envejecimiento activo, saludable y funcional, son cuestiones que rebasan toda consideración política o económica presente o futura; las personas adultas mayores de hoy y del mañana ya hemos nacido. Hoy más que nunca, es importante la atención del envejecimiento poblacional; éste será el resultado, no sólo de la atención de las personas con daños a la salud ya establecidos, sino de preservar la salud desde etapas tempranas de la vida. La vejez es el resultado de la

carga genética, pero también de la exposición a los diversos riesgos a la salud y los cambios propios del proceso del envejecimiento biológico.

Las consideraciones anteriores, explican el interés de contar con un diagnóstico preciso de la situación de epidemiología prevaleciente y demografía del envejecimiento en México, que a su vez, permita la identificación de la problemática que es de trascendencia capital en este grupo poblacional.

Es por medio del Programa Nacional para la Prevención, Promoción y Atención de la Salud de la Persona Adulta Mayor, perteneciente al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), que desde hace más de 10 años se lleva a cabo en nuestro país el Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de su oficina regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS).



Imagen 1. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, sede permanente del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento y de la Coordinación General del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento en México

El desarrollo del Proyecto-Encuesta SABE México, ha tenido como producto inicial la obtención de información de gran valor que permitirá, mediante la realización de magnas encuestas, obtener datos para conocer el perfil personal, estado de salud, acceso a pensiones, servicios de salud, vivienda y participación laboral. Hasta el momento y debido aún a la gran carencia de información especializada en la persona adulta mayor que vive en comunidad y desde una óptica nacional, es importante continuar con este estudio sistemáticamente hasta terminarlo por completo. Al momento de la elaboración del presente trabajo, se ha realizado el Proyecto-Encuesta SABE en las siguientes entidades federativas: Estado de México, Michoacán, San Luis Potosí, Guanajuato, Tlaxcala y Yucatán.

Como uno de los productos iniciales pero más significativos de SABE, son los libros de datos en extenso de las entidades federativas ya mencionadas y disponibles en la

dirección electrónica: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx>. También se agregan a la biblioteca SABE las publicaciones correspondientes a Durango, Colima, Tamaulipas, Veracruz, Morelos, Campeche, Querétaro y Quintana Roo.

La realización de la cada vez más amplia biblioteca SABE, es producto del esfuerzo de un grupo multidisciplinario de expertos en materia de envejecimiento a lo largo y ancho del país. Incluye al Comité Nacional de Atención al Envejecimiento, los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento de las entidades participantes, instituciones de educación superior y, a los gobiernos estatales y municipales. Se hace especial énfasis en que la coordinación general del Proyecto-Encuesta SABE México, se ha llevado a cabo por la Subdirección del Programa de Atención al Envejecimiento, perteneciente al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades de la Secretaría de Salud.

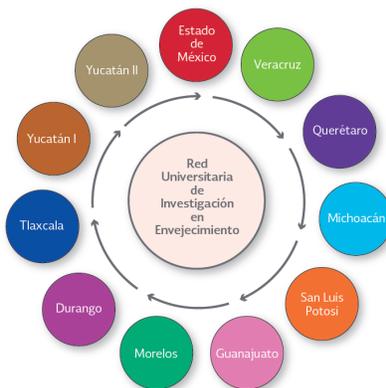
La participación de los diversos actores que han intervenido en el desarrollo de SABE, ha redundado en las siguientes ventajas:

- Vincular el trabajo entre el Sector Salud y las Instituciones de Educación Superior (IES)
- Mantener un buen control para aumentar la rigurosidad científica de SABE.
- Asegurar la calidad en materia de bioética para la aplicación del estudio.
- Actualizar los contenidos temáticos en materia de envejecimiento de las IES, con base en la información aportada por SABE.
- Coadyuvar en la vinculación y extensión universitaria.

La oportunidad de publicar los resultados aportados hasta el momento, por SABE, ha permitido la colaboración entre diversas e importantes instituciones de todos los ámbitos centrados en la atención de la persona adulta mayor. La riqueza de la información obtenida, la colaboración y alianzas estratégicas logradas, han sido producto de la interacción entre las instituciones participantes.

Respecto al modelo universitario para la realización de SABE México, éste se ha ido enriqueciendo mediante el aporte de IES de entidades federativas como el Estado de México, Durango, Querétaro, Quintana Roo, Morelos, Michoacán, Veracruz, Guanajuato, Yucatán y San Luis Potosí. Se espera que esta interacción académica, consolide la Red Universitaria de Investigación en Materia de Envejecimiento.

Figura 1. Instituciones de educación superior en las entidades federativas integrantes de la Red Universitaria en Materia de Investigación de Envejecimiento.



Fuente: Programa de Atención al Envejecimiento

La metodología para llevar a cabo el Proyecto-Encuesta SABE en México, se ha tenido que adaptara los cambios sociales y tecnológicos actuales. Debido a lo anterior, se han realizado actualizaciones cuidando la rigurosidad científica de esta investigación. Esto permite que SABE pueda ser adaptado al constante cambio y dinámica necesarios, para llevar a cabo una investigación de tal magnitud y sortear dificultades de todo tipo.

La realización y resultados aportados por SABE, también permitirán que los sistemas actuales de información en salud, sean alimentados con datos que permitan la creación de indicadores capitales relacionados al envejecimiento poblacional. Se podrá entonces, brindar atención a una problemática específica por medio de planes y programas, basados en evidencia científica de primera mano y, con datos provenientes de personas adultas mayores mexicanas que viven la etapa de la vejez el día de hoy.

Desde los inicios del Proyecto SABE, una constante fue la limitación de los recursos económicos, tecnológicos, de infraestructura y de personal calificado para realizar el estudio en el resto del país. Fue necesario incluir desde el inicio a las ciudades capitales de cada entidad federativa, por la conveniencia para el desarrollo operativo de la encuesta (mayor concentración de personas adultas mayores, confluencia de diversos estratos socio-económicos y culturales, accesibilidad a los hogares de los entrevistados, centralización de las instituciones participantes, concentración de los recursos para la salud, etcétera). Sin embargo, la propia naturaleza de este magno proyecto ha requerido, si no de variaciones al protocolo original, sí de adaptaciones y actualizaciones inherentes a las modificaciones que ha sufrido el entorno de la persona adulta mayor desde que surgió originalmente el Proyecto; éstas se

analizarán posteriormente en esta publicación. Actualmente y, gracias al apoyo de la Secretaría de Salud, se cuenta con un aporte financiero que permite realizar las acciones básicas correspondientes a la planeación y puesta en marcha del proyecto; esto redundará en un aceleramiento y eficientización de los procesos con resultados cada vez más depurados y confiables en todos los casos.

En la presente obra intitulada “Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento”, el lector podrá acceder a la información medular sobre cómo se realizó dicho proyecto y cuáles fueron los resultados más relevantes. Este trabajo cuenta con una serie de capítulos que explican al lector, la intervención de cada uno de los actores que integran el equipo SABE México: el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento, el Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en la entidad, las instituciones de educación superior y las propias personas adultas mayores (razón de ser de SABE).

En su contenido encontrará de forma resumida, los ajustes y adaptaciones del desarrollo operativo que ha requerido el proyecto; la necesidad de la creación de un modelo universitario para la vinculación de SABE a la sociedad contemporánea; los resultados más relevantes emitidos por la encuesta; la problemática encontrada para el desarrollo operativo de SABE en la entidad participante; los actores como los investigadores, clínicos, supervisores de campo, encuestadores; y, demás personas comprometidas con el proyecto que hoy cristalizan los resultados en esta publicación.

Para terminar esta introducción general a la presente publicación, se espera que el lector, a través de estas páginas, tenga una amplia panorámica sobre el envejecimiento poblacional de la entidad federativa abordada en este libro y, de las necesidades reales y sentidas de las personas adultas mayores protagonistas de SABE, que permitan entablar comparaciones importantes sobre este grupo de la población.

Por la atención prestada a este trabajo ¡muchas gracias!

El Equipo SABE México.

1.- EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN MÉXICO.

Dra. María Esther Lozano Dávila¹ • Dr. Javier Calleja Olvera ¹ • Dra. Yolanda Osio Figueroa²
¹ Subdirección de Atención al Envejecimiento, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades; ² Hospital Juárez de México

La esperanza de vida al nacer, representa el promedio de años que vivirá una persona en un lugar determinado o, expresado de otro modo: “el promedio de años que vivirá cada componente de una generación de recién nacidos, que estuviera toda su vida expuesta al nivel de mortalidad representado por una tabla de vida”. ¹

Ésta constituye un indicador de los resultados logrados debido al descenso del nivel de mortalidad general a expensas de la infantil y, a la disminución de la fecundidad; estas reducciones tienen como consecuencia el incremento de la población adulta mayor.

El envejecimiento individual, representa un logro muy importante de mediados del siglo XX. Intervienen la suma de los avances científicos y tecnológicos en todos los campos del conocimiento y, de manera importante, los avances en la medicina y saneamiento básico.

La estimación de la esperanza de vida a nivel mundial era de 63 años. Sin embargo, ésta se considera alejada de la realidad cuando se toman en cuenta los casos extremos entre los países por su nivel de desarrollo sobre todo de tipo económico. Las diferencias son notables entre aquéllos denominados desarrollados y subdesarrollados. De acuerdo a la Comisión Global sobre los Determinantes Sociales de la Salud, perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los primeros se tiene una media de 76 años para las mujeres y de 70 años para los hombres; el promedio entre ambos sexos es de 73 años entre el quinquenio 2000-2005 y, podría aumentar a 81 años a mediados de este siglo. En cambio, para los países en vías de desarrollo, se estima que aumentará de 63.4 a 73.1 años durante el mismo periodo.^{1,2}

Para la presente edición de este libro, las cifras se han modificado sustancialmente en relación a la edición anterior. Existe un claro incremento en dicho indicador en todas las regiones del orbe, de acuerdo a lo plasmado en el documento “Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013”, publicado por la Organización Mundial de la Salud.

Es claro que aún existen diferencias sustanciales en la esperanza de vida de acuerdo al género. En las mujeres es mayor que en los hombres independientemente de la región. En la presente tabla 1, se observa el incremento en la esperanza de vida de

acuerdo a lo reportado en 1990 y 2011, tanto en población general de México como por género de la OMS.

Tabla 1. Esperanza de vida al nacer según la OMS en sus diferentes regiones al año 2013.

Región de la OMS	Ambos Géneros		Hombres		Mujeres	
	1990	2011	1990	2011	1990	2011
Región de África	50	56	48	55	51	58
Región de las Américas	71	76	68	73	75	79
Región de Asia Sudoriental	59	67	58	65	60	69
Región de Europa	72	76	68	72	76	79
Región del Mediterráneo Oriental	61	68	59	67	63	70
Región del Pacífico Occidental	70	76	68	74	72	78

Fuente: OMS, Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el documento titulado “El envejecimiento y las personas de edad”, en América Latina y el Caribe, el porcentaje de personas adultas mayores para el 2025 será de aproximadamente el 15.1%, con un 25.5% para el año 2050. Se estima que para esa fecha una de cada cuatro personas tendrá 60 años o más”. De acuerdo con la misma fuente, el envejecimiento poblacional no sólo se incrementará en los próximos años, sino que además su velocidad aumentará considerablemente con tasas de crecimiento superiores al 3% en el período comprendido entre el año 2000 y el 2025. Destacan con tasas de crecimiento poblacional superiores al 4% países como la Guayana Francesa, Costa Rica, Colombia y Venezuela; sólo hay tres lugares por debajo de este último: primero se encuentra México precedido por Nicaragua y Paraguay³.

En México, el proceso del envejecimiento demográfico no es reversible porque las personas adultas mayores del mañana ya nacieron; se debe considerar que las generaciones de 1960 a 1980, fueron reportadas como las más numerosas y éstas ingresarán al grupo de 60 años y más a partir del 2020. Esto se verá reflejado en un incremento de esta población en las próximas décadas.⁴

Como resultado de este incremento, también se presenta una epidemiología “polarizada”. Se caracteriza por la persistencia de enfermedades infectocontagiosas y por el aumento en el número de pacientes que padecen “Enfermedades Crónicas No Transmisibles” (ECNT), como la diabetes mellitus, hipertensión arterial,

demencias, enfermedades articulares degenerativas y comorbilidades asociadas a la aterosclerosis.

Aunque este tipo de padecimientos no son exclusivos del envejecimiento biológico *per se*, es importante recalcar que muchas de estas patologías inician en etapas cada vez más tempranas de la vida y se manifiestan en la vejez; implican por sí mismas, una serie de comorbilidades, complicaciones y discapacidades que generan un incremento importante en los gastos para la atención a la salud y costos sociales. Cabe destacar, que en países desarrollados, no se presenta esta problemática porque predomina un envejecimiento activo y saludable.⁴

Debido a la naturaleza de las ECNT, los padecimientos de larga duración implican el uso de terapias basadas en tecnologías y medicamentos costosos, períodos de hospitalización prolongados y frecuentes, sin que necesariamente se prolongue la vida o se mejore la calidad de la misma. Es necesario entonces, implementar acciones de prevención tanto primaria como secundaria, en todos los grupos de edad para evitar o diferir la discapacidad; ésta será más evidente a partir de los 45 años de edad, tanto en hombres como en mujeres y, puede alcanzar niveles significativamente altos de los 70 años en adelante cuando el riesgo de experimentar deterioro funcional es mayor.⁴

En este contexto, las instituciones del sector salud que brindan servicios de primer nivel de atención, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, están elaborando y actualizando continuamente las políticas y estrategias de prevención, promoción y control, con la integración de prácticas exitosas e innovadoras sustentadas en las mejores evidencias científicas. El propósito es atenuar la carga de enfermedad en este grupo poblacional, conjuntar esfuerzos y organizar los servicios de salud para una mejor capacidad de respuesta en los distintos órdenes de gobierno. Para lograr lo anterior, se consideran las estrategias y medidas de intervención con menor costo y mayor beneficio (que han probado ser útiles), así como la implementación de un modelo operativo que permita su adecuada instrumentación y aplicación en todo el territorio nacional.

Una actividad que engloba a las anteriores y que debe llevarse a cabo permanentemente, es la generación de una cultura de vida saludable para incidir positivamente en el desarrollo de una mejor salud. Se busca de manera directa: realizar alianzas estratégicas con la iniciativa privada y la sociedad civil; la innovación en el manejo integral del paciente (por medio de la introducción de nuevos esquemas terapéuticos, campañas de comunicación de riesgos, la

consolidación de acciones educativas y de capacitación); y el abandono de hábitos nocivos para la salud, entre otros determinantes, para lograr un envejecimiento activo y saludable. Éste se entiende, de acuerdo con la OMS como: “El proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”. Esta definición no sólo contempla el envejecimiento desde la atención sanitaria, sino que incorpora todos los factores de las áreas sociales, económicas y culturales que afectan al envejecimiento de las personas.

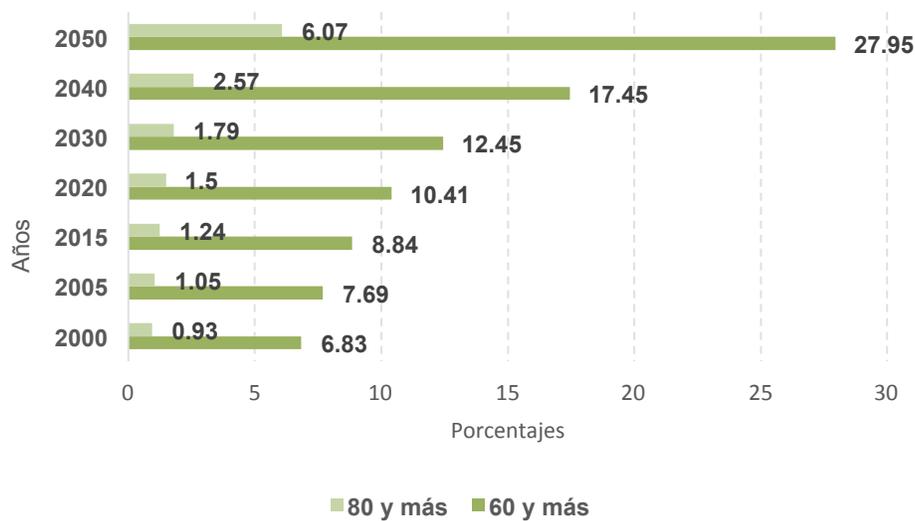
Epidemiología en México

Entre las teorías contemporáneas que intentan explicar los cambios en materia de salud pública, desde hace más de 20 años se ha popularizado el término de “transición epidemiológica”, derivado del conocido concepto transición demográfica. Éste explica la interacción entre los cambios económicos, sociales y el perfil de salud de las poblaciones, así como sus consecuencias en la organización y prestación de los servicios. En los últimos 30 años, la distribución de la población en México por grupos de edad, ha sufrido marcados cambios, principalmente el de personas de mayor edad. De acuerdo a las proyecciones al 2050, el Consejo Nacional de la Población (CONAPO) establece que el grupo de las personas adultas mayores se incrementará paulatinamente, con el consiguiente cambio en los planes y políticas públicas basadas en las necesidades de este grupo poblacional.

CONAPO, hace la siguiente diferencia: “Las proyecciones de población destacan por ser una herramienta valiosa para estimar requerimientos futuros de educación, salud, empleo y vivienda, así como equipamiento e infraestructura de los asentamientos humanos. La prospectiva demográfica permite anticipar situaciones, eludir riesgos y aprovechar ventajas del cambio demográfico, y con ellos aporta insumos relevantes en el diseño de estrategias, políticas, planes y programas”.

En la gráfica 1, se aprecia los valores proyectados del porcentaje que representa la población adulta de 60, 80 años y más entre los años 2000 a 2050 en los Estados Unidos Mexicanos. Se destaca que en 2050 la proporción será más del 25%.

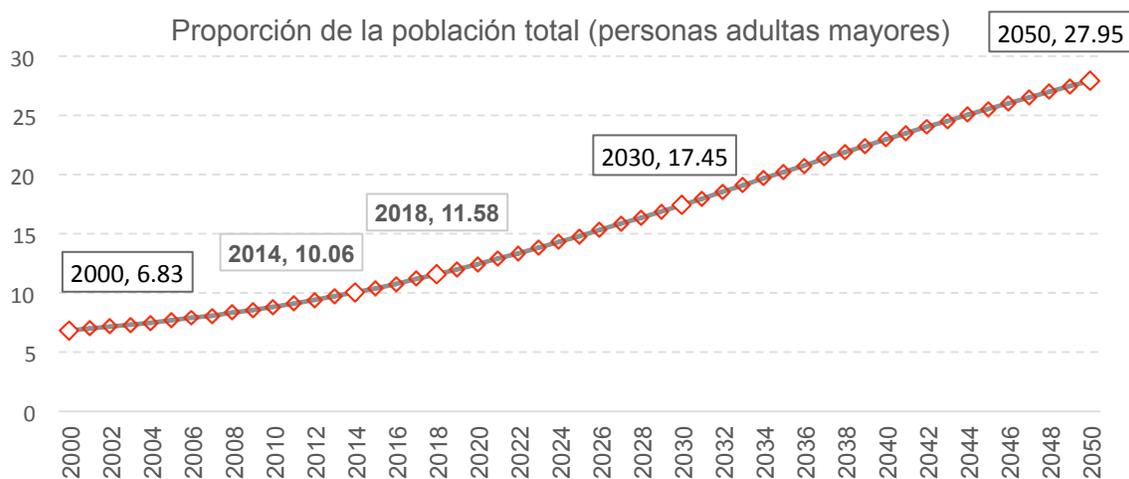
Gráfica 1. Proyección de la proporción de personas adultas mayores en los grupos de 60, 80 y más años. Proyección 2000-2050.



Fuente: Estimaciones realizadas por el CENAVE. SSA. CONAPO

El Consejo Nacional de Población ha elaborado las proyecciones de la proporción que representa los adultos mayores de 60 y más años. En la gráfica 2, se muestra la misma información de la gráfica 1, con el fin de apreciar la tendencia creciente que tiene el porcentaje de los adultos mayores con respecto al total de la población de México. En 2014, el porcentaje estimado es de casi 10% y para 2018 se espera que sea casi del 12% de la población mayor de 60 años.

Gráfica 2. Proporción de la población total de adultos mayores (porcentajes)



Fuente: Estimaciones y proyecciones del Consejo Nacional de Población, diciembre de 2002. (<http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Envejecimiento>)

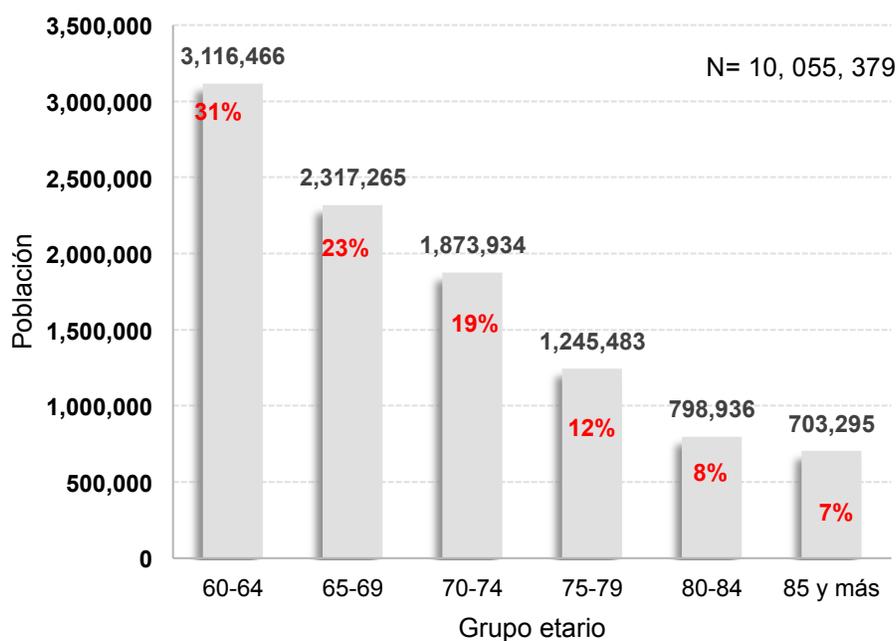
El envejecimiento es un proceso de la vida, sin embargo, muchas patologías inician en etapas tempranas hasta llegar a la vejez; éstas normalmente se asocian a comorbilidades y a menudo, con complicaciones prevenibles; esto conduce a un incremento de la mortalidad prematura, a diferencia de los países con altos ingresos.

5,6,7,8,9,10,11

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el número de las personas adultas mayores en México, según el Censo de Población y Vivienda 2010, fue de aproximadamente 10 millones sesenta mil personas.

La distribución por grupo etario se expone en la gráfica 3, en ella se aprecia un claro predominio de las personas adultas mayores “jóvenes”, entre 60 y 69 años de edad, se contabilizan más de cinco millones de personas. Esto refleja que aproximadamente el 54% del total de los mayores de 60 años se consideran “jóvenes” de acuerdo a los criterios de la OMS. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que, de continuar en la próxima década, las tendencias poblacionales descritas, las personas adultas mayores “jóvenes” incrementarán su edad actual con modificación de su perfil en salud tal como es esperado y en consecuencia su vulnerabilidad biológica con el consabido aumento en los costos de atención.

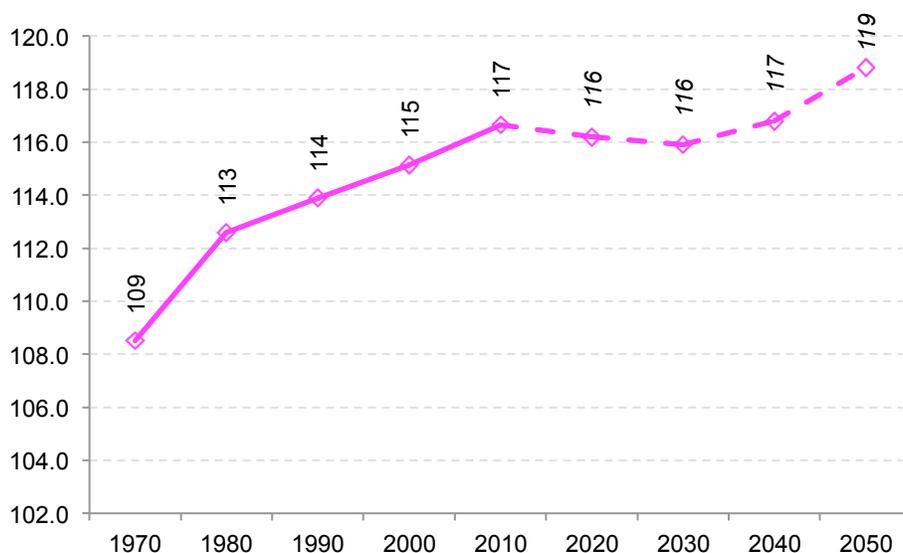
Gráfica 3. Distribución de la población de personas adultas mayores por grupos etarios en México.



Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

Respecto a la distribución por sexo en México, el 46.5% son hombres y el 53.5% son mujeres. La diferencia que existe entre los porcentajes de sexo femenino respecto al masculino, se analiza a partir del índice de feminidad (el índice de feminidad muestra el número de mujeres por cada 100 hombres), como una de las características demográficas del proceso de envejecimiento. En la gráfica 4, se muestra la tendencia que presenta dicho indicador en las décadas de 1970 a 2050 (la línea punteada corresponde a las proyecciones de 2020 a 2050 de CONAPO). Es revelador el valor de la proyección al 2050, en el que por cada cien hombres habrá 119 mujeres, que confirma la feminización del envejecimiento poblacional.

Grafica 4: Índice de feminidad de la población de 65 y más



Fuentes: Censos de Población y Vivienda 1970, 1980, 1990, 2000, 2010. Grupos de edad 65 y más

Estas cifras obligan, en forma insoslayable, a evaluar los modelos de prestación de servicios de salud para las personas en edad avanzada, además de otros aspectos relacionados con los sistemas de pensiones y la asistencia en salud.

La tendencia hacia el crecimiento de esta población adulta mayor debida al aumento de la esperanza de vida, contribuye al incremento de diversas enfermedades crónico no transmisibles, iniciadas por lo regular, en etapas tempranas como la infancia y adolescencia.^{1,2,}

México se encuentra en una fase de cambio rápido en los perfiles de salud y la característica general de este proceso, consiste en la coexistencia de padecimientos como el subdesarrollo y el incremento de las enfermedades que prevalecen en los países industrializados. Esto es ocasionado, entre otros factores, por el rápido

crecimiento de los núcleos urbanos, mayores niveles educativos (especialmente de la mujer), incremento del saneamiento básico, mejor control de las enfermedades infecciosas, además de cambios en las condiciones y estilos de vida de las sociedades actuales.⁴ Aun cuando la frecuencia de la presencia de enfermedades no es la misma en todos los países, se puede establecer que dentro de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad, destacan las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes, la desnutrición y la cirrosis.

En los países en desarrollo como México, el fenómeno de la transición demográfica, ha generado la polarización de las patologías más comunes en las personas adultas mayores. Por un lado, se presenta un rezago en la atención de las enfermedades transmisibles y por otro, en las últimas décadas se ha dado un aumento incesante de las ECNT. Sumado a lo anterior, la detección de padecimientos de mayor incidencia es inoportuna, parcial e inadecuada. También existe entre la población una limitada percepción y desconocimiento de las enfermedades y discapacidades de mayor prevalencia en este grupo de edad. Lo anterior, refleja un modelo de atención con limitaciones para brindar un servicio de salud adecuado.^{12,13,14}

Las consecuencias derivadas de los padecimientos crónicos degenerativos, son el resultado de procesos iniciados varias décadas atrás. Su historia natural puede ser modificada con intervenciones que cambien el curso clínico, las condiciones que determinan su incidencia y complicaciones. Deberán ser detectadas y atendidas de manera oportuna, desde la infancia, adolescencia y edad madura. Si bien esto no elimina las patologías en sí, puede ofrecer ganancia en años con mejor calidad de vida.^{12,15,16}

De manera similar a otras enfermedades crónicas, en México no se cuenta con una caracterización por grupo de edad de los padecimientos de mayor prevalencia en la población adulta mayor como son la depresión, alteraciones de memoria, incontinencia urinaria, fecal y, otros tipos de discapacidades. Asimismo, se carece de información sistematizada relativa a las acciones que se realizan en materia de detección, diagnóstico y tratamiento.^{17,18}

Dentro de los desafíos que enfrenta el Programa de Envejecimiento conducido por la Subdirección de Atención al Envejecimiento, se identifican de manera prioritaria: incidir en la sensibilización y educación de todos los sectores hacia una cultura del envejecimiento activo y saludable; la actualización de documentos técnicos y normativos y, contar con el abasto suficiente de guías y manuales para la detección y manejo de los padecimientos de mayor prevalencia. En un segundo plano se

consideran disponer de mecanismos efectivos para garantizar la adherencia terapéutica, los cambios de conducta en los pacientes, sus familias, la comunidad y la sociedad en su conjunto. Destaca también la necesidad de mayor divulgación y continuidad en las campañas de comunicación social, que permitan fomentar las medidas preventivas y conlleven a un envejecimiento activo y saludable.¹⁹

Hay que superar las limitaciones en los programas de prevención y control, para el manejo adecuado de los padecimientos de mayor prevalencia, como son la falta de recursos necesarios para brindar una atención integral que incluya profesionales de la salud debidamente capacitados; abasto de medicamentos; eficiencia en el sistema de referencia y contra-referencia a los diferentes niveles de atención; implementación de infraestructura física especializada como un módulo de atención gerontológica en centros de primer nivel de atención; e instauración de centros de atención diurna geronto-geriátrica, complementados ambos con servicios de atención domiciliaria.¹⁹

Otra situación relevante, es que la información en materia de envejecimiento, de sus patologías y necesidades sentidas, requiere de actualización, conciliación de las diferentes fuentes y su incorporación al Sistema Nacional de Información. Si bien es cierto que se están realizando una serie de investigaciones en diferentes sectores, también lo es la insuficiencia de las mismas y su falta de aplicabilidad en el país. La Secretaría de Salud en coordinación con la OPS/OMS está realizando esfuerzos para contar con información veraz, oportuna y representativa a través del desarrollo del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento en México.^{20, 21}

Aun cuando se ha generado información intra e interinstitucionalmente, es recomendable registrar la información relativa a identificar las necesidades reales de este grupo poblacional. Esto sucede porque sólo se registran los datos de morbilidad de los usuarios de los servicios de salud y, cada institución tiene su propio sistema de información que no siempre es compatible con el del sector salud. Esto impide generar políticas en materia de envejecimiento en los tres órdenes de gobierno. En otros países, se ha resuelto esta problemática a través de la aplicación del mencionado Proyecto-Encuesta SABE o similares, instrumentos que han sido diseñados específicamente para este objetivo y que sí proporcionan datos sobre las necesidades sentidas y reales de la persona adulta mayor.

Mortalidad

Una de las grandes transformaciones en el perfil epidemiológico, registrada en las últimas décadas, ha sido sin duda, el notable incremento de las defunciones por ECNT en relación a la disminución por enfermedades transmisibles. La importancia de tales patologías es incuestionable y, actualmente ocupan los primeros lugares en mortalidad general. Anteriormente, los decesos correspondían principalmente a las enfermedades transmisibles.^{4,5,22}

Para el año 2000, las principales causas de mortalidad fueron por diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares, pulmonares obstructivas crónicas y las hipertensivas. En conjunto, alcanzaron un total de 99,809 defunciones. Esto corresponde al 46.1% del total de fallecimientos registrados en ese año. Para el 2006, estas mismas causas ocuparon una secuencia similar con una frecuencia relativamente mayor al haber alcanzado durante ese año, un total de 129,455 defunciones; esto representó el 48.6% del total nacional.^{22,23} Las tasas de mortalidad por estas causas, durante 2006, alcanzaron cifras de 743.2 muertes por cada 100 mil habitantes, para diabetes mellitus; 717.2 para enfermedades isquémicas del corazón; 372.7 para enfermedades cerebrovasculares; 303.5 para enfermedad pulmonar obstructiva crónica; y, 179.7 para enfermedades hipertensivas.^{25,26, 27}

Si comparamos la mortalidad registrada en 2005 por el IMSS, con la del sector salud, se encuentra como principal causa de defunción a la diabetes mellitus. Es necesario enfatizar que esta entidad nosológica, genera gastos catastróficos, discapacidad de cualquier tipo y, además es comúnmente la raíz etiológica de otras ECNT. En segundo lugar, encontramos las enfermedades del corazón de tipo isquémico; el tercero lo ocupan los tumores malignos; y, la enfermedad cerebrovascular ocupa el cuarto lugar.^{28,29,30,31} (Ver Tabla. 2)

Tabla 2. Principales causas de mortalidad en edad post-productiva (65 años y más), México 2008

Orden	Clave CIE 10A. REV:	Descripción	Defunciones	Tasa 1/	% del Total	% respecto al subtotal de las 10 primeras
	A00-YP8	Total	292,027	4,880.2	100	
1	E10-E14	Diabetes mellitus	37,509	626.8	12.8%	24.1%
2	I20-I25	Enfermedades Isquémicas del Corazón	37,380	624.7	12.8%	24.0%
3	I60-69	Enfermedad Cerebrovascular	20,327	339.7	7.0%	13.1%
4	J40-J44, J67	Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica	16,514	276	5.7%	10.6%

5	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	9,521	159.1	3.3%	6.1%
6	K70, K72.1, K73, K74, K76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	8,966	149.8	3.1%	5.8%
7	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	8,161	136.4	2.8%	5.2%
8	N00-N19	Nefritis y nefrosis	6,323	105.7	2.2%	4.1%
9	E40-E46	Desnutrición calórica proteica	6,136	102.5	2.1%	3.9%
10	C33-C34	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	4,653	77.8	1.6%	3.0%
Subtotal de las 10 primeras (53.2%)			155,490	2,598.5	53.2%	
Total de las demás			136,537		46.8%	

1/ tasa por 100,000 habitantes. No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero.

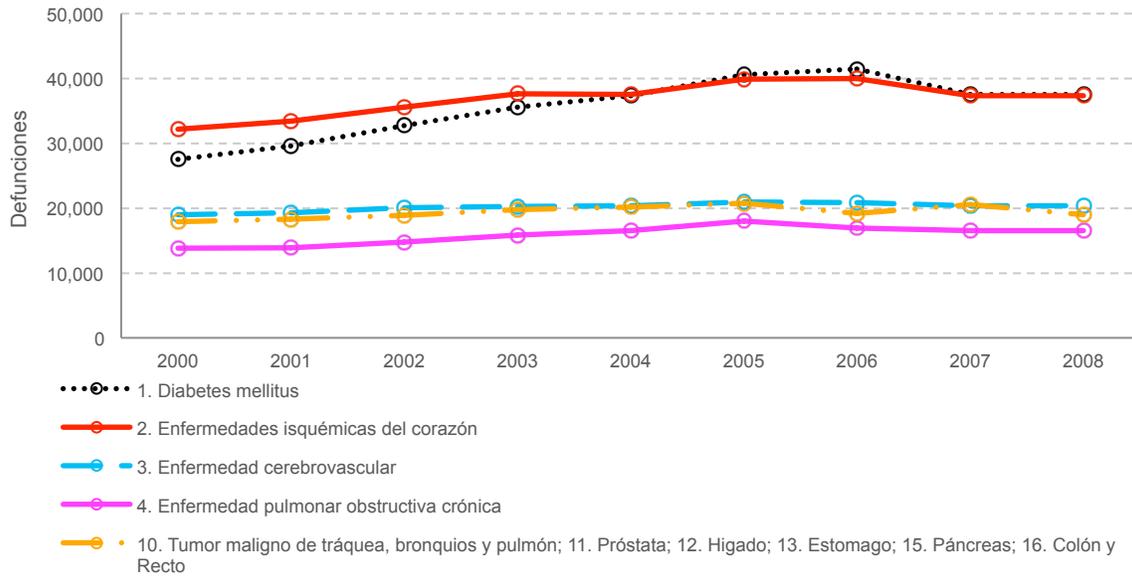
2/ V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86(.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0 Las principales causas de mortalidad están basadas en la lista GBD de 165.

Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 2010

El Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) elabora el indicador para las principales causas de mortalidad en edad post-productiva, la cual comprende a las personas de 65 y más años. En la gráfica 5, se presentan las 20 principales causas de defunción registradas a partir del año 2000 al año 2008. Se divide en tres partes conforme a la magnitud del número de defunciones lo cual facilita el análisis de dichas causas. Para los tumores malignos se realizó la suma de los valores que desglosa este indicador. Se graficó cada causa a partir de la clasificación registrada en 2008, manteniendo su congruencia con los años previos, es decir, se mantuvo constante el orden establecido en el año 2008.

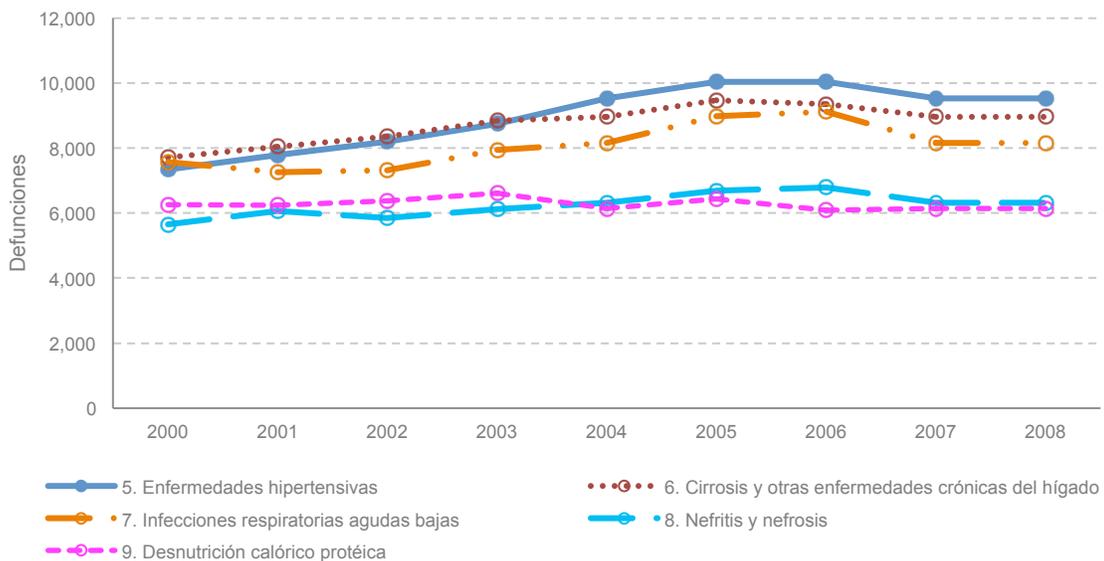
Se concluye que hay una tendencia creciente en cada una de las causas de defunción, con poca variación en los valores de 2006 a 2008. Se destaca que las defunciones clasificados con la clave CIE F01, F03, G30-G31.1, G31.8-G31.9, G91 que agrupa a Demencia y otros trastorno degenerativos y hereditarios del Sistema Nervioso Central, se empezaron a medir a partir de 2005.

Gráfica 5: Tendencia de las principales causas de mortalidad en edad post-productiva (65 años y más), México 2000-2008. Rango de 13,500 a 41,505



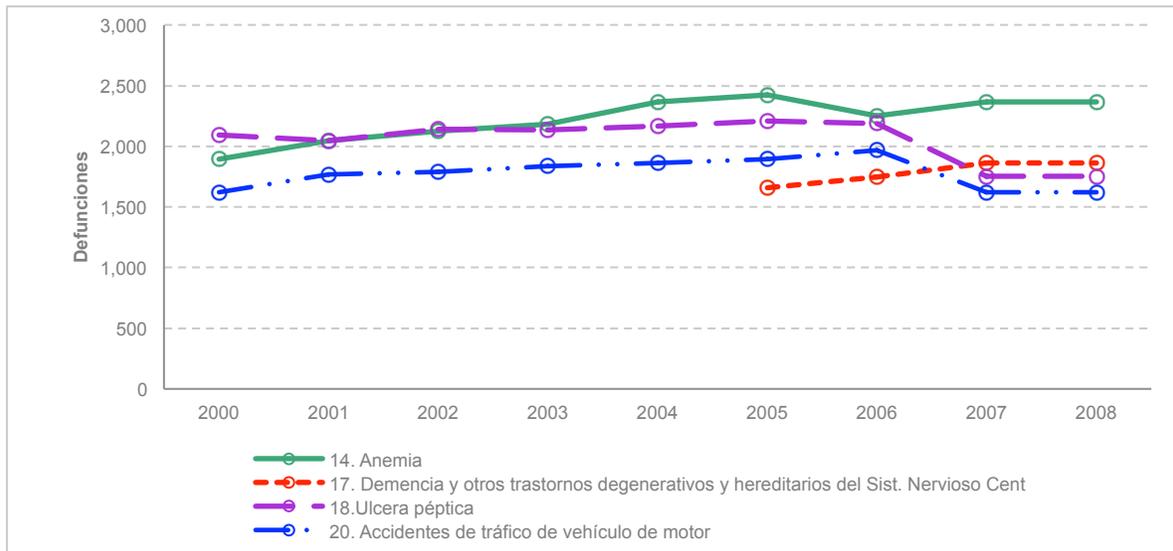
Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 2000-2008. <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>

Gráfica 5a: Tendencia de las principales causas de mortalidad en edad post-productiva (65 años y más), México 2000-2008. Rango de 5,600 a 10,100



Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 2000-2008. <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>

Gráfica 5b: Tendencia de las principales causas de mortalidad en edad post-productiva (65 años y más), México 2000-2008. Rango de 1,620 a 2,500



Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 2000-2008. <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>

A partir de las 20 principales causas de mortalidad en edad post-productiva, surge el interés por revisar si ese orden es consistente con los registros de las instituciones más importantes que brindan los servicios de salud. A continuación se desarrollan algunas consideraciones al respecto.

Como ejemplo de la disparidad en la identificación de las principales causas de mortalidad en las diferentes instituciones de salud: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, está situada en el cuarto lugar de mortalidad sectorial y en el quinto de acuerdo al IMSS. En el sector salud, el quinto lugar corresponde a padecimientos asociados a la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, mientras que en el IMSS, éstas ocupan el sexto lugar. A nivel sectorial, el sexto lugar toca a las infecciones respiratorias agudas bajas, con gran concordancia en la mortalidad reportada por el IMSS con el séptimo lugar.

En relación con estos datos, las enfermedades neoplásicas ocupan un papel preponderante, especialmente aquéllas que afectan el aparato respiratorio. Un dato adicional, es que en el IMSS el cáncer prostático se vislumbra como un padecimiento de tendencia creciente y, es indispensable que todo el sector fortifique las acciones encaminadas a la detección y referencia oportuna de pacientes con síndrome prostático.^{20, 21}

Es necesario señalar que, debido a las características propias del derechohabiente del IMSS, se modifica un poco el perfil epidemiológico. A diferencia del usuario del sector salud, se observa que una de las principales causas de mortalidad son los accidentes; esto se explica por el énfasis del Instituto en el rubro de medicina del trabajo. En la tabla 3 se incorporan tres columnas en las que presentan los dígitos del orden en que se identifican las diez principales causas de mortalidad. Es posible que las características de los derechohabientes en cada una de ellas reflejen las diferencias en el orden en que se reportan.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, está situada en el cuarto lugar de mortalidad sectorial y en el quinto de acuerdo al IMSS. En el sector salud, el sexto lugar corresponde a padecimientos asociados a la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, mientras que en el IMSS, éstas ocupan el séptimo lugar. A nivel sectorial, el séptimo lugar toca a las infecciones respiratorias agudas bajas, con gran concordancia en la mortalidad reportada por el IMSS con el octavo lugar.

En relación con estos datos, las enfermedades neoplásicas ocupan un papel preponderante, especialmente aquellas que afectan el aparato respiratorio. Un dato adicional, es que en el IMSS el cáncer prostático se vislumbra como un padecimiento de tendencia creciente y, es indispensable que todo el sector fortifique las acciones encaminadas a la detección y referencia oportuna de pacientes con síndrome prostático.^{20, 21}

Respecto al comparativo entre el sector salud y el ISSSTE, no hay coincidencia en cinco de las diez primeras causas de mortalidad. Esto se debe al tipo de derechohabiencia en esta institución que presenta un mayor envejecimiento debido a que atiende exclusivamente a trabajadores del Estado. El resultado es una menor rotación del personal y nivel económico medio más homogéneo, que marca diferencias en las causas de mortalidad.

Tabla 3. Principales causas de mortalidad en edad post-productiva (65 años y más) y las prioridades registradas por las dos más importantes instituciones del sector salud, México 2010.

Sector Salud	Orden interno		Enfermedades 2010	Defunciones	Tasa ¹	% del Total
	IMSS	ISSSTE				
			Total	155,490		100
1	1		Diabetes Mellitus	37,509	626.8	24.1%
2			Isquémicas de corazón	37,380	624.7	24.0%
3			Cerebrovascular	20,327	339.7	13.1%
4	5	5	Pulmonar obstructiva crónica	16,514	276.0	10.6%
5			Hipertensivas	9,521	159.1	6.1%
6	7	7	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	8,966	149.8	5.8%
7	8		Infecciones respiratorias agudas bajas	8,161	136.4	5.2%
8			Nefritis y nefrosis	6,323	105.7	4.1%
9			Desnutrición calórica proteica	6,136	102.5	3.9%
10			Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	4,653	77.8	3.0%

1/ tasa por 100,000 habitantes. No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero.2/ V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86(.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0 Las principales causas de mortalidad están basadas en la lista GBD de 165.

Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 2010

Ahora bien, al realizar el seguimiento de las causas de mortalidad en el sector salud para la población adulta mayor, se tiene a la diabetes mellitus como la principal causa en este grupo etario para el año 2011, sin dejar de ocupar el primer lugar en la lista. En segundo lugar, la cardiopatía isquémica, generalmente asociada a factores de tipo vascular, continúa en la misma posición respecto al año 2010. Tanto la enfermedad vascular cerebral, como el resto de padecimientos que son causa frecuente de mortalidad se encuentran sin modificaciones al año 2011. (Ver tablas 3 y 4).

En la tabla 4, se aprecia que las complicaciones de padecimientos crónico-degenerativos como diabetes, hipertensión arterial y cirrosis son causas principales de la mortalidad sectorial en las personas mayores de 60 años, sin modificaciones significativas respecto al año 2010 en el orden de las mismas. Es conveniente precisar la diferencia en las tasas de incidencia que presenta la morbilidad respecto a las tasas que se registran para mortalidad.

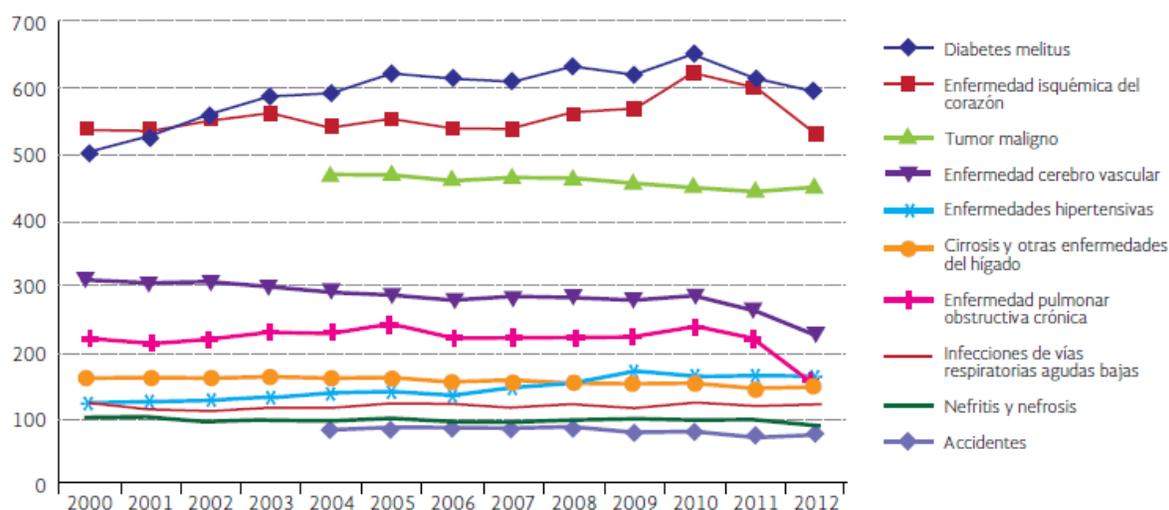
Tabla 4. Las 10 Principales causas de mortalidad en edad post-productiva (65 años y más), México 2011.

Enfermedades 2011	Defunciones	Tasa ^{/1}	% del Total
Total	208,080		100
Diabetes Mellitus	55,701	613.1	26.8
Isquémicas de corazón	53,368	601.1	25.6
Cerebrovascular	23,892	263.6	11.5
Pulmonar obstructiva crónica	19,559	217.0	9.4
Hipertensivas	13,833	162.2	6.6
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	12,133	142.8	5.8
Infecciones respiratorias agudas bajas	10,323	115.6	5.0
Nefritis y nefrosis	8,318	94.5	4.0
Desnutrición calórica proteica	6,050	39.4	2.9
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	4,903	53.8	2.4

Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 2011.

Para los años 2010 y 2011, no ha habido un cambio sustancial en el perfil epidemiológico de la población adulta mayor que habita en México. En la gráfica 6, se aprecia el incremento paulatino y sostenido de la tasa de mortalidad de acuerdo a causa observable. El incremento en las tasas de mortalidad en personas adultas mayores de los padecimientos aquí plasmados, demuestra que México se encuentra en una epidemiología polarizada donde confluyen los padecimientos no transmisibles y transmisibles.

Gráfica 6. Principales causas de mortalidad en edad post-productiva (65 años y más). Histórico México 2000 – 2012.



*Tasa por 1000,000 habitantes de 60 y más años.

Fuente: Dirección General de Información en Salud.

Una vez analizado el panorama anterior, se induce a pensar que las causas principales de defunción se encuentran directamente relacionadas con complicaciones de padecimientos de tipo crónicas no transmisibles como diabetes mellitus, hipertensión arterial y cirrosis. Es preocupante también que a las anteriores, se sumen desórdenes de tipo nutricional y neoplasias. Destacan las del aparato respiratorio, neoplasias de próstata, mama y de origen cérvico-uterino, responsables de decesos frecuentes.

MORBILIDAD

El comportamiento de la morbilidad presenta mayor complejidad respecto a otros grupos etarios, porque el estado de salud es un reflejo del estilo de vida, factores ambientales y socioculturales a los que se ha expuesto la persona.

Respecto a la morbilidad de la población “post-productiva”, los datos son más difíciles de obtener y menos confiables. En nuestro país, de acuerdo al Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), podemos observar, en la tabla 5, que dentro de las 10 primeras causas en el año 2010, se entremezclan enfermedades transmisibles y ECNT.

Para el año 2010, predominaban como causas más importantes de la morbilidad en el Sector Salud, una mezcla de padecimientos transmisibles y ECNT; destacan las infecciones respiratorias y urinarias, además de padecimientos totalmente prevenibles como la enfermedad periodontal, conjuntivitis y amebiasis intestinal.

Tabla 5. Principales causas de morbilidad en edad post-productiva para los grupos de edad 60 a 64 y 65 y más años, México 2010.

CAUSAS DE MORBILIDAD	60-64	65 Y MÁS	TOTAL	TASA
1. Infecciones respiratorias agudas	754,316	1,360,050	2,114,366	22,436
2. Infecciones de vías urinarias	188,166	403,936	592,102	6,283
3. Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	144,958	319,897	464,855	4,933
4. Ulceras, gastritis y duodenitis	96,731	177,399	274,130	2,909
5. Hipertensión arterial	68,950	140,119	209,069	2,218
6. Diabetes mellitus tipo 2	56,072	90,044	146,116	155
7. Gingivitis y enfermedades periodontales	30,388	41,362	71,750	761
8. Conjuntivitis	16,784	31,719	48,503	515
9. Otitis media aguda	16,381	24,444	40,825	433
10. Amebiasis intestinal	13,635	26,664	40,299	428
Total de las 10 primeras causas (93.5%)	1,386,381	2,615,634	4,002,015	42,466

Total de las demás (6.5%)	96,069	213,771	309,840	3,288
Total	1,482,450	2,829,405	4,311,855	45,754

Fuente: Anuario Estadístico de Morbilidad 2010.

El aumento en el número de comorbilidades que, al parecer es directamente proporcional a la edad de la persona y de acuerdo con algunos estudios multicéntricos, se indica mayor demanda en la utilización de los servicios de salud. Como dato importante, se incrementa tres veces más en la población adulta mayor de 70 años.

La demanda de los servicios de salud en materia de personas adultas mayores, propiciará que las instituciones dedicadas respondan en los próximos años con una atención especializada y acorde a los tiempos actuales. El término DM II ya no existe desde hace más de 13 años.

Tabla 6. Principales causas de morbilidad en edad post-productiva (60 años y más), México 2011.

Principales 10 causas de Morbilidad en Edad Post Productiva de 60 y más años	Total	Tasa
1. Infecciones respiratorias agudas	1,952,327	19,980.50
2. Infecciones de vías urinarias	649,848	6,650.67
3. Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	519,115	5,312.73
4. Ulceras, gastritis y duodenitis	281,405	2,879.95
5. Hipertensión arterial	204,407	2,091.94
6. Diabetes mellitus tipo 2	143,716	1,470.82
7. Gingivitis y enfermedades periodontales	80,459	823.43
8. Conjuntivitis	45,992	470.69
9. Otitis media aguda	42,232	432.21
10. Amebiasis intestinal	36,535	373.91
Total 10 principales causas (92.9%)	3,956,036	40,486.85
Otras (7.1%)	303,406	3,105.12
Total	4,259,442	43,591.97

Fuente: SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos 2011. Tasa por 100,000 habitantes.

Coinciden también dos grupos de padecimientos: las enfermedades dependientes de la edad y las enfermedades relacionadas con la edad. Mientras que las primeras son aquéllas cuya patogénesis está relacionada directamente con el envejecimiento del huésped, el segundo grupo se refiere a los procesos que pueden aparecer a cualquier edad, pero son más comunes en las personas adultas mayores.

Existe una gran cantidad de padecimientos que surgen asociados a la edad avanzada; en el México de los próximos años se incrementarán, como es esperado, tanto los pacientes que “debuten” con algún padecimiento en la vejez, como aquéllos que lleguen a la vejez arrastrando uno o varios padecimientos del tipo ECNT.

Las enfermedades dependientes de la edad, son aquéllas cuya patogénesis está directamente relacionada con el envejecimiento de la persona. Los padecimientos más comunes en este grupo son las enfermedades cardíacas y osteoartritis. Las enfermedades relacionadas con la edad, a diferencia de las anteriores, se presentan en un determinado periodo de la vida y su incidencia influye marcadamente. Estas alteraciones tienen una relación temporal con el huésped, pero el factor crítico no parece estar relacionado con el proceso de envejecimiento; muchas enfermedades neurológicas pertenecen a este grupo.

En la consulta médica de los últimos años, las enfermedades más frecuentes en el sexo masculino son las atribuibles a alteraciones del aparato circulatorio, sistema osteomuscular y tejido conjuntivo; en el sexo femenino son atribuidas además, al estado nutricional, alteraciones del funcionamiento de las glándulas endocrinas y el metabolismo.¹² Sin embargo, existen en el panorama nacional, padecimientos con poca o escasa información derivada de los sistemas de información en salud, que no aportan más que información cuantitativa desde la óptica limitada del reporte de número de casos. Es importante puntualizar, la importancia de contar con información complementaria sobre diversos tópicos, que servirán para planear eficientemente los servicios en salud para este grupo de la población. En la revisión bibliográfica se han ubicado trabajos presentados por el INEGI y el CONAPO, el Sector Salud, sin embargo, es conveniente un trabajo de integración para consolidar cifras y planteamientos de prioridades en la propuesta de políticas públicas para el grupo etario de 60 y más.

Referencia Bibliográfica

1. Consejo Nacional de Población, "Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI". 1ª Reimpresión, Mayo, 2005, México. p. 48-92.
2. OPS. Resumen del análisis de situación y tendencias de salud. Serial en line cited 2008 enero 30; availablefrom:
https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf.
3. CEPAL. El envejecimiento y las personas de edad. [Serial on line] cited 2013, noviembre 19; available from: http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/35915/P35915.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_env.xslt.
4. Lefrancois, R. y cols. Sociologie du VieillissementEn: arcand M., Hébert R. Précis Practique de Gériatrie. Ed. EdicsemInc, Québec (Canadá), 1997, p. 47-57.
5. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Sistema Internet de la Presidencia 2013. [Serial on line]. cited 2013, octubre, 29, availablefrom:<http://pnd.gob.mx/>
6. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Título primero, artículo 26, México, p. 23-24.
7. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Sistema Internet de la Presidencia 2013.Serial on line, cited 2013, octubre, 29, availablefrom:<http://pnd.gob.mx/>
8. Organización Mundial de la Salud. Grupo Orgánico de Enfermedades no transmisibles y Salud Mental.
9. Departamento de Prevención de Enfermedades no transmisibles y Promoción de la Salud. Revista Española Geriatria Gerontología, 2002:37(S2):74-102.
10. Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Miller Ra. the Biology of aging and longevity, enHazzard W.R.Principles of Geriatric Medicine and Gerontology;
11. HazzrdW.R. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology; fifth International Edition.E U, Mc Graw Hill, 2005; p. 3-15.

12. Herder L. El arte de envejecer. En Laforest J. y cols, Introducción a la Gerontología. Barcelona (España), 1991. p. 172-185.
13. Murray CJL, Lopez D: Mortality by cause for eight regions of the world: Global burden of disease study. Lancet 1997; 349: 1269-1276.
14. World Health Organization. Non communicable diseases prevention and control. World Health Organization. Genova, Suiza. 2006.
15. Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of ramipril on cardiovascular and micro-vascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MICRO-HOPE substudy. Lancet 2000; 355: 253-259.
16. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy t, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M, Sepúlveda-amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
17. Padwal R, Laupacis a. antihypertensivetherapy and incidence of type 2 diabetes: a systematic review. Diabetes care, 2004; 27: 247- 255.
18. The CDC Diabetes cost-effectiveness Group. cost-effectiveness of intensive glycemic control, intensified hypertension control, and serum cholesterol reduction for type 2 diabetes. Jama 2002; 287:2542-2551.
19. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2000. Salud Pública de México 2002; 44: 266-83.
20. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad. Sistema nacional de Información en salud. 2005. [http:// sinais.salud.gob.mx/mortalidad/](http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/)
21. Gaede P, Vedel P, Larsen n, Jensen G, Parving H, Pedersen Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med 2003; 348:383-393.
22. Palloni A, Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Protocolo del Estudio Multicéntrico Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Washington D.C. (EUA), abril 1999. p. 1-47.

23. Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. 1999, agosto 12, n° 9, tomo DLI: 19-20.
24. Becerra M, Sosa AL, Lozano ME, Trujillo Z, Lara A, Berthely L y cols. SSA CONAEN. Guía de Consulta para el Médico General, Depresión en la persona adulta mayor SSA, México, 2005. p. 1-6.
25. Apfeldorf WJ, Alexopoulos GS. Late Life Mood Disorders. En: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH Jr., Halter JB, Ouslander JG. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, fifth international edition. New York, McGraw-Hill, 2005. p 1443-1452.
26. Becerra M, Sosa AL, Lozano ME, Trujillo Z, Lara A, Berthely L y cols. SSA CONAEN. Guía de consulta para el Médico General, Alteraciones de la Memoria en la persona adulta mayor. SSA, México, 2005. p. 1-6.
27. Secretaria de Salud. Sistema de Información en Salud: serial on line abril 2007 cited enero 2008 available from: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>.
28. Berbés asociados. Los expertos abogan por la vacunación en el adulto para la prevención de numerosas enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles. [Serial on line 2007]. cited 2008 enero 29 available from http://accesomedia.com/display_release.html?id=21486.
29. Secretaría de Salud Norma Oficial Mexicana NOM-024- SSA2-1994, Para la Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas en la atención primaria la salud. [Serial on line 1994]. cited 2007 enero 29 http://www.hgm.salud.gob.mx/pdf/servicios/nom_024_ssa2_1994.doc.
30. Secretaria de Salud. Programa de acción: Atención al Envejecimiento. SSA. México, 2001. p. 19-40.
31. Secretaría de Salud. Estadísticas de Mortalidad en México, muertes registradas en el año 2003. Salud Pública de México 2005; 47 p. 171-180.

2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN EL ESTADO DE HIDALGO

Dr. Saúl Rodríguez Rivera¹ • M.S.P. Héctor Farfán Téllez² •

¹Subdirector de Atención a las Etapas de la Vida de la Subsecretaría de Salud Pública del Estado de Hidalgo, ²Coordinador Estatal del Programa de Envejecimiento de la Subsecretaría de Salud Pública del Estado de Hidalgo



**Estado Libre y Soberano
de Hidalgo**

El estado de Hidalgo se encuentra en la parte centro de la República Mexicana, al norte de la ciudad de México (Figura 1). De acuerdo al Censo Nacional de Población 2010, Hidalgo tiene 2, 665,018 habitantes de los cuales un millón cien mil viven en zonas rurales siendo las actividades más comunes la agricultura y la ganadería.

Figura 1. Ubicación del Estado de Hidalgo dentro del territorio nacional.



El resto de la población vive en zonas urbanas dedicando a los servicios, comercio y/o industria.

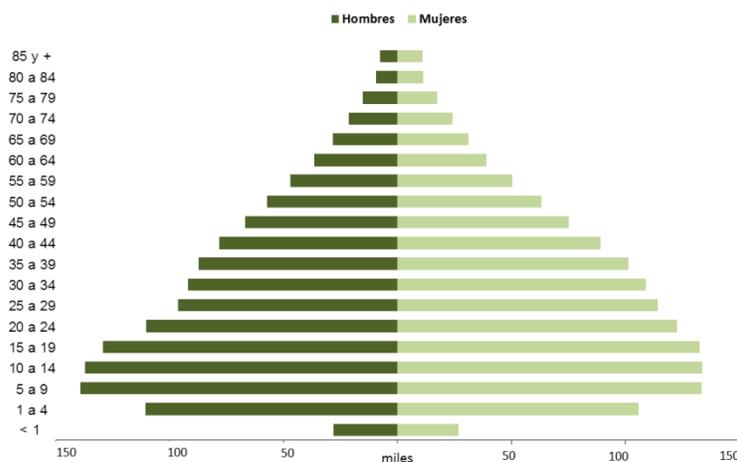
La disposición geográfica del territorio de Hidalgo está dividido por regiones. Teniendo en consideración una parte plana y baja al norte, llamada Huasteca; otra montañosa al centro, la Sierra; una tercera más grande, alta y casi plana al sur, el Altiplano. A su vez, la Sierra y el Altiplano se dividen en partes más pequeñas que junto con la Huasteca forman las diez regiones naturales en que se divide el estado:

- ✓ La Huasteca
- ✓ La Sierra Alta
- ✓ La Sierra Baja
- ✓ La Sierra Gorda
- ✓ La Sierra de Tenango
- ✓ Valle de Tulancingo
- ✓ Comarca Minera
- ✓ Altiplano
- ✓ Cuenca de México
- ✓ Valle del Mezquital

Estas regiones contienen a los 84 municipios que conforman al estado siendo que asimismo presentan divisiones y características particulares que permiten identificar de acuerdo al indicador deseado las formas de vida de los habitantes de ellos.

INEGI en 2010 a través del Censo general de población y vivienda público que en Hidalgo había un total de 2,665,018 habitantes lo que representa el 2.4% de la población a nivel nacional, de esto el 51.8% son mujeres y 48.2% son hombres (Figura 2), con una relación de 93 hombres por cada 100 mujeres (93.1, una razón de dependencia por edad del 57.5 es decir por cada 100 personas en edad productiva 15 a 64 años, hay 58 en edad de dependencia menores de 15 años o mayores de 64 años.

Figura 2. Pirámide población por sexo en Hidalgo 2010.



Fuente: Dirección General de Información en Salud
Proyecciones de la población de México 1990 – 2030 CONAPO 2010

Con base en este Censo Nacional de Población y Vivienda 2010, en el estado de Hidalgo habitan 250,715 adultos mayores considerándolos a partir de los 60 años de edad, de ellos el 46.93% son hombres y el 53.07% son mujeres, además de detallar características de esta población como: el 54.7% del total de adultos mayores viven en zonas rurales y el 46.2% en zonas urbanas; el 42.1% son analfabetas. El 60% no cuenta con seguridad social, el 11% cuenta con pensión o jubilación y sólo el 31.6% de este sector participa en alguna actividad económica.

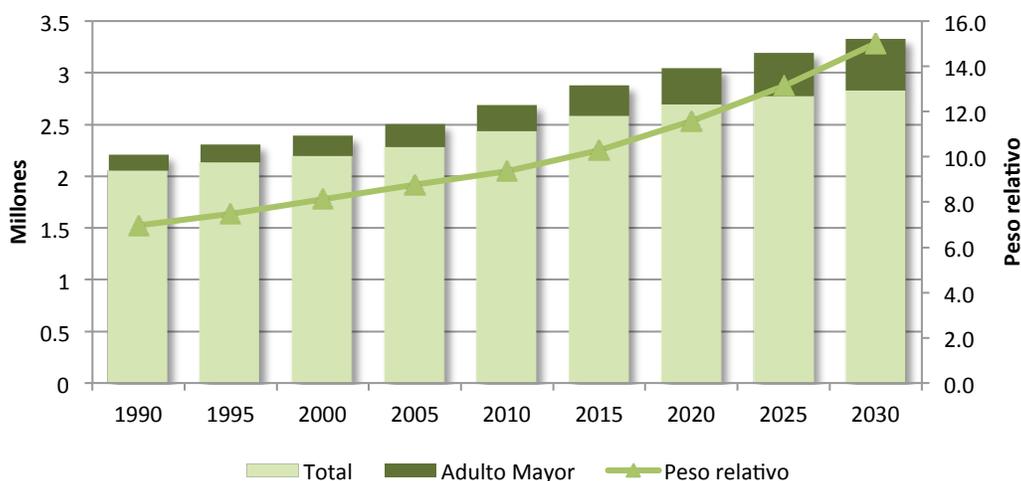
Sin embargo de las 211 mil personas mayores de 65 años 123 mil viven en pobreza multidimensional, entendida como la escasez o falta de un bien o medio necesario para la sobrevivencia y el desarrollo de un ser humano. En términos sociales, las personas con limitaciones económicas viven en condiciones que no les permiten cubrir sus requerimientos básicos. 30 mil (24.8%) padecen hambre; 38.9% no tienen acceso a servicios de salud y 77.2% tienen rezago educativo lo que se traduce como carencia social.

La pobreza multidimensional incluye el análisis de tres espacios necesarios para el desarrollo de la población: el bienestar económico, los derechos sociales y el contexto territorial. En este sentido, una persona está en situación de pobreza multidimensional cuando carece de recursos para conseguir los servicios y bienes que le permitan cubrir sus necesidades básicas y además tienen carencias en indicadores como: acceso a servicios de salud, educación, seguridad social, alimentación, servicios básicos, calidad y espacios de la vivienda.

56 mil (26.5%) son vulnerables por carencia social, es decir por aspectos carenciales de servicios de salud, seguridad social, acceso a vivienda digna, acceso a la alimentación grado de cohesión social e ingreso per cápita, mientras que solo 22 mil están considerados dentro de los que poseen un grado de bienestar social.

Con base en las estadísticas de la dirección General de Información en Salud y la Proyección de la Población Mexicana 1990-2030 del Consejo Nacional de Población CONAPO 2010 (Figura 3) se puede observar el siguiente contexto demográfico:

Figura 3. Población total y adulta mayor en Hidalgo 1990-2030.



Fuente: Dirección General de Información en Salud Proyecciones de la población de México 1990 – 2030 CONAPO 2010,1/ Peso relativo con respecto al total de la población.

Tabla 1. Población total y adulta mayor en Hidalgo 1990-2030.

Año	Total	Adulto Mayor	1/ Peso relativo %
1990	2,207,154	153,827	7.0
1995	2,308,109	172,622	7.5
2000	2,390,284	194,144	8.1
2005	2,504,490	219,812	8.8

2010	2,690,086	252,211	9.4
2015	2,878,369	296,643	10.3
2020	3,044,937	353,073	11.6
2025	3,195,296	419,963	13.1
2030	3,329,765	499,979	15.0

Fuente: [http://dgis.salud.gob.mx/cubos/Proyecciones de la Población de México 1990 - 2030, CONAPO 2010,1/](http://dgis.salud.gob.mx/cubos/Proyecciones de la Población de México 1990 - 2030, CONAPO 2010,1/ Peso relativo con respecto al total de la población) Peso relativo con respecto al total de la población

Es importante identificar que considerando esta proyección en Hidalgo para el 2015 (Tabla 1) se observa un incremento del 0.9 en el peso relativo de la población de adultos mayores ubicándonos actualmente en un 10.3, lo que sin duda contextualizado con el marco demográfico antes descrito coloca a la población en un incremento de la pobreza multidimensional.

De igual forma se describe la distribución de la población por jurisdicciones sanitarias (Tabla 2), clasificación que está definida por el sector salud con un total de 17, donde se puede observar que la proyección de población de adultos mayores es de 296,643 para 2015 lo que representa el 10.3% del total de la población en Hidalgo.

Tabla 2. Población de 60 y más años Hidalgo 2015.

Jurisdicción Sanitaria	Total	Población mayor	1/ Peso relativo %
1 Pachuca	504,578	45,170	9.0
2 Tulancingo	277,716	26,004	9.4
3 Tula	191,885	19,014	9.9
4 Huichapan	113,074	13,863	12.3
5 Zimapan	71,002	8,956	12.6
6 Ixmiquilpan	153,512	15,859	10.3
7 Actopan	236,324	24,567	10.4
8 Metztlán	48,482	7,771	16.0
9 Molango	119,957	14,528	12.1
10 Huejutla	263,276	31,792	12.1
11 Apan	134,818	15,484	11.5
12 Tizayuca	219,049	16,372	7.5
13 Otomi-Tepehua	125,719	13,303	10.6
14 Tepeji	207,940	18,901	9.1
15 Atotonilco	87,078	9,525	10.9
16 Jacala	65,703	8,856	13.5
17 Zacualtipán	58,256	6,678	11.5
Total Hidalgo	2,878,369	296,643	10.3

Fuente: Dirección General de Información en Salud Proyecciones de la Población de México 1990 – 2030 CONAPO 2010, 1/ Peso relativo con respecto al

Se puede identificar también que hay tres municipios que presentan un mayor peso relativo de la población que son Meztlán, Jacala y Zimapan, regiones jurisdiccionales sanitarias en las cuales habrá que reforzar acciones que eviten los efectos adversos de la pobreza multidimensional.

Podemos observar que dentro de las principales causas de morbilidad de la población adulta mayor de 60 años y más en Hidalgo durante 2014 (Tabla 3), las Infecciones Respiratorias Agudas, Vías Urinarias, Úlceras, Gastritis y Duodenitis, las cuales están directamente relacionadas con la fragilidad inmunológica de este grupo de edad; sin embargo, con base al peso relativo los padecimientos principales son Hipertensión Arterial, Diabetes e Insuficiencia Venosa Periférica panorama que no dista del comportamiento que en general presentan las enfermedades crónico no transmisibles en el resto de la población.

Tabla 3. Principales causas de morbilidad, Adultos Mayores 60 y más años, Hidalgo 2014.

Diagnóstico	General	Casos	Tasa	Peso relativo
Infecciones respiratorias agudas	918960	64375	22453.6	7.0
Infección de vías urinarias	130475	18842	6572.0	14.4
Úlceras, Gastritis y Duodenitis	57023	10901	3802.2	19.1
Infecciones int. por otros organismos	88723	7246	2527.4	8.2
Gingivitis y enfermedad periodontal	47332	5369	1872.7	11.3
Hipertensión arterial	9859	4673	1629.9	47.4
Diabetes mellitus (Tipo II)	9398	3463	1207.9	36.8
Conjuntivitis H10 (Para 2014)	27397	3215	1121.4	11.7
Insuficiencia venosa periférica	5860	1670	582.5	28.5
Obesidad	13951	1583	552.1	11.3
Las demás causas	147225	12512		8.5
Total	1456203	133849	46685.8	9.2

Fuente: Dirección General de Epidemiología; Sistema Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE; Proyecciones de la población de México 1990 – 2030 CONAPO 2010
Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años

Por otro lado al analizar las principales causas de mortalidad (Tabla 4), las cuales con base a la Dirección General de Información en Salud, defunciones cifras oficiales y definitivas 1979-2013, y las proyecciones de la población Mexicana 1990-2030 CONAPO 2010, calculadas en una tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años; permite observar una relación directamente entra la morbilidad y el peso relativo, ubicado como las tres principales causas a las enfermedades isquémicas del corazón, la diabetes mellitus y las enfermedades cerebrovasculares.

Tabla 4. Principales causas de mortalidad, Adultos Mayores 60 y más años, Hidalgo 2014.

Causas	Def	Tasa
Enfermedades isquémicas del corazón	1616	582.8
Diabetes mellitus	1338	482.6
Enfermedad cerebrovascular	676	243.8
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	563	203.1
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	403	145.3
Enfermedades hipertensivas	320	115.4
Infecciones respiratorias agudas bajas	248	89.4
Desnutrición calórico protéica	203	73.2
Nefritis y nefrosis	193	69.6
Tumor maligno del hígado	135	48.7
Las demás causas	3018	1088.5
Total	8713	3142.4

Fuente: Dirección General de Información en Salud, Defunciones cifras oficiales definitivas 1979-2013, Proyecciones de la población de México 1990-2030 CONAPO 2010, Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años

Sin duda el envejecimiento de la población permite identificar una crisis en los sistemas sanitarios, las formas tradicionales de educación y trabajo, así como la estructura misma de la sociedad; la pirámide poblacional se está verticalizando, así como también las familias. Antes la familia sostenía a una o dos personas adultas mayores; hoy en día, se observa que en éstas conviven dos o tres generaciones de adultos mayores con pocos descendientes o personas más jóvenes que puedan cuidar a sus familiares adultos mayores; situación que requieren una atención más amplia y oportuna no sólo de los sistemas de seguridad social, sino de la sociedad en todos sus sectores en general.

Referencia Bibliográfica

1. Censo Nacional de Población Hidalgo 2010, [Base de datos]. México: INEGI 2010. [Consultado 19/06/2015]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/>
2. CONAPO. Proyecciones de la población de México 1990 – 2030. [Base de datos]. México CONAPO 2016. [Consultado 16/06/2016]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>
3. Dirección General de Información en Salud. Proyecciones de la Población de México, CONAPO 2010. [Base de datos]. México: DGIS 2016. [Consultado 17/06/2016]. Disponible en: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>
4. Dirección General de Epidemiología; Sistema Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUAVE; Proyecciones de la población de México 1990 – 2030 CONAPO 2010. [Base de datos]. México: Secretaría de Salud 2016. [Consultado 17/06/2016]. Disponible en:

GERONTOLOGÍA



UAEH
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

3. RESULTADOS DE LA ENCUESTA SABE HIDALGO

Dr. Raúl Azael Agis Juárez¹ • Dr. Eduardo Guzmán Olea² • Mtra. Bertha Maribel Pimentel Pérez³ • M.S.P. Héctor Farfán Téllez⁴ • Lic. Erica Tania Chaparro González⁵ • Lic. Edgar Alejandro García Fuentes⁵

¹Coordinador de Investigación del Área Académica de Gerontología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

²Profesor investigador del Programa Cátedras CONACYT/U.A.E.H.

³Coordinadora del Área Académica de Gerontología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

⁴Coordinador Estatal del Programa de Envejecimiento de la Subsecretaría de Salud Pública del Estado de Hidalgo

⁵Programa de Atención al Envejecimiento, CENAPRECE, Secretaría de Salud

SABE Hidalgo se realizó con base en un diseño descriptivo y transversal, la recopilación de datos confiables con el fin de realizar comparaciones con resultados SABE en otras entidades federativas. La muestra final fue de 2,503 personas adultas mayores, de las cuales el 30.3% (758) corresponden a hombres y el 69.7% (1745) a mujeres, con representatividad estatal abarcando diversos municipios del estado.

Los resultados presentados en este documento, fueron categorizados por sexo y grupo etario como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Categoría del Análisis.

Categoría	Variable
Datos personales	Alfabetismo
	Escolaridad
	Compañía en la vivienda
Estado cognoscitivo	Estado cognoscitivo
	Autopercepción de la memoria
	Percepción de felicidad
Estado de Salud	Hipertensión arterial
	Diabetes mellitus
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
	Enfermedad cardiaca
	Evento cerebral vascular
	Enfermedad articular
	Osteoporosis
	Autoexploración de glándula mamaria
	Exploración de glándula mamaria por profesional
	Detección de cáncer cérvico uterino
	Detección de cáncer de próstata
	Incontinencia urinaria
	Incontinencia fecal

Categoría	Variable
	Depresión
	Dificultad para comer por problemas dentales
	Percepción de la visión
	Percepción de la audición
	Caídas
	Consumo de alcohol
	Hábito de fumar
	Nutrición
	Habito de hacer ejercicio
	Realización de manualidades
Estado funcional	Dependencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
	Dependencia para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Datos Personales

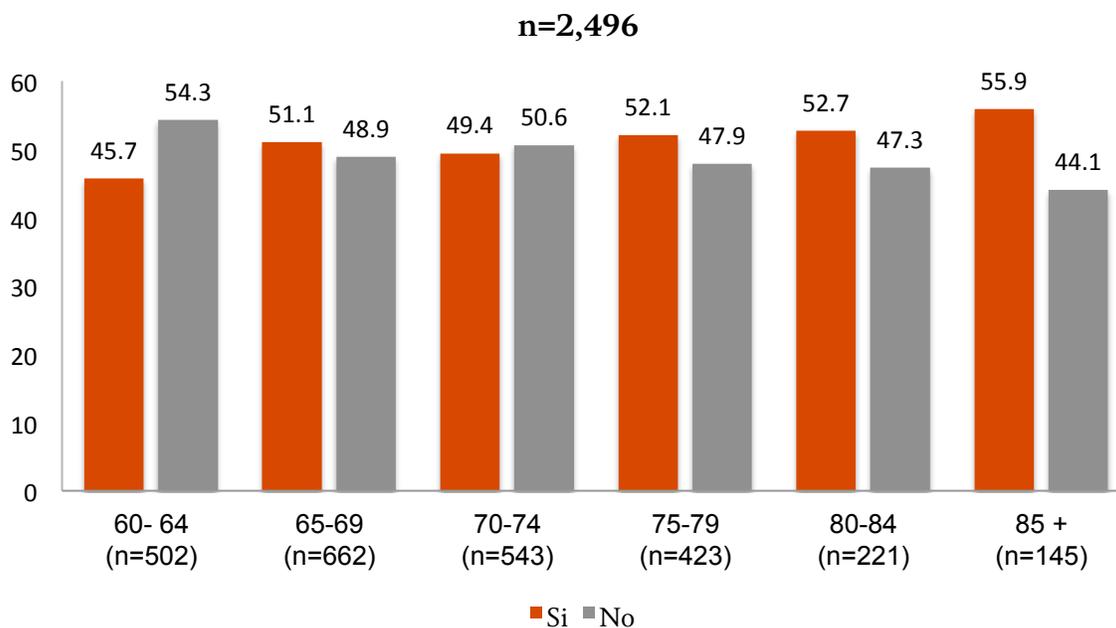
Alfabetismo

Establecer los porcentajes que refieren la capacidad de lectura y escritura de los adultos mayores es un aspecto importante a saber en la población participante de la Encuesta SABE.

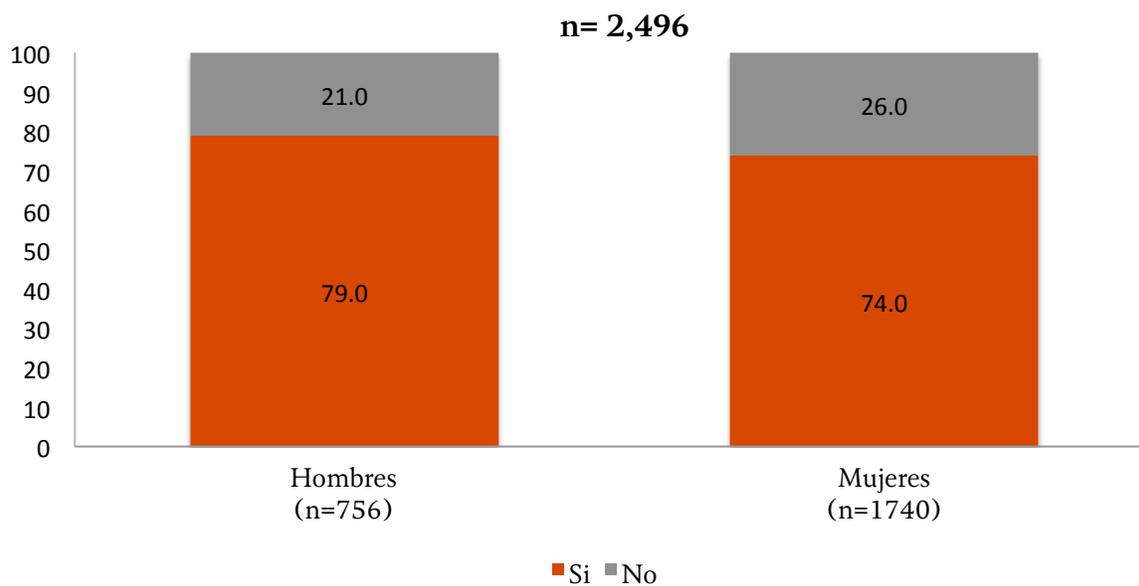
El 59.8% de la población encuestada sabe leer y escribir, por lo que la promoción para el cuidado de este grupo puede ser escrita mientras que para el 40.2% restante deberá ser atendido con otra estrategia de comunicación.

En la gráfica 2, se presenta la distribución porcentual por sexo y la capacidad de saber o no leer y escribir. Se observa que el porcentaje de hombres y mujeres es que saben leer y escribir es superior al 70%; mientras que las mujeres que niegan este conocimiento alcanzan el 26%.

Gráfica 1. Lectoescritura según grupo de edad.



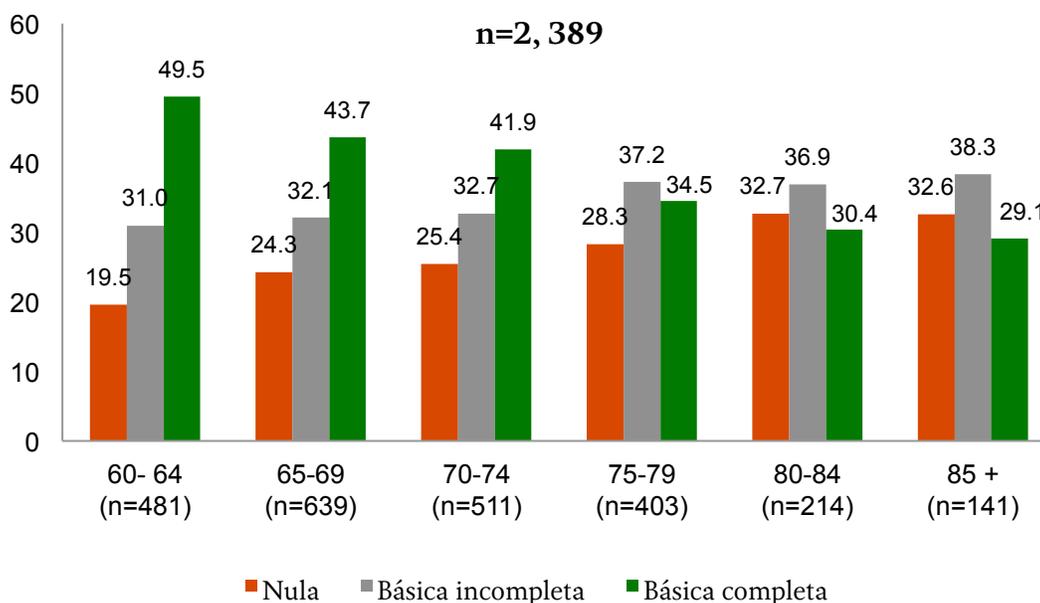
Gráfica 2. Lectoescritura según sexo.



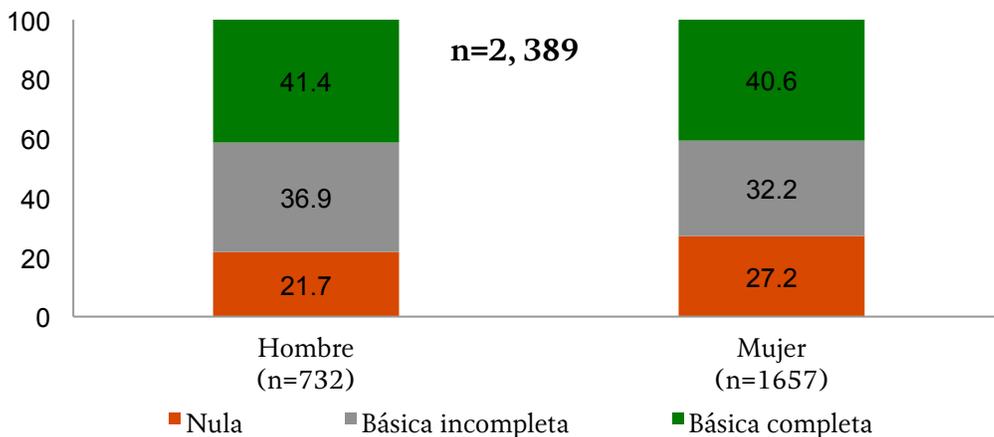
Nivel de escolaridad

A las preguntas, fue usted a la escuela y cuál fue el último grado que aprobó en ella, el 25.5% de la población encuestada respondió que asistió al nivel básico; al calcular la $\chi^2_{1gl}=19.7$; $p<0.01$ se encontró que hay un comportamiento con tendencia lineal entre los diferentes grupos evaluados (gráfica 3) donde a mayor edad, se observa menos la educación básica completa. Por otro lado se obtuvo una $Z=2.84$; $p<0.01$, lo que significa que hay una diferencia en cuanto al nivel estudiado por sexo en la población de estudio (gráfica 4).

Gráfica 3. Nivel de escolaridad de acuerdo al grupo de edad.



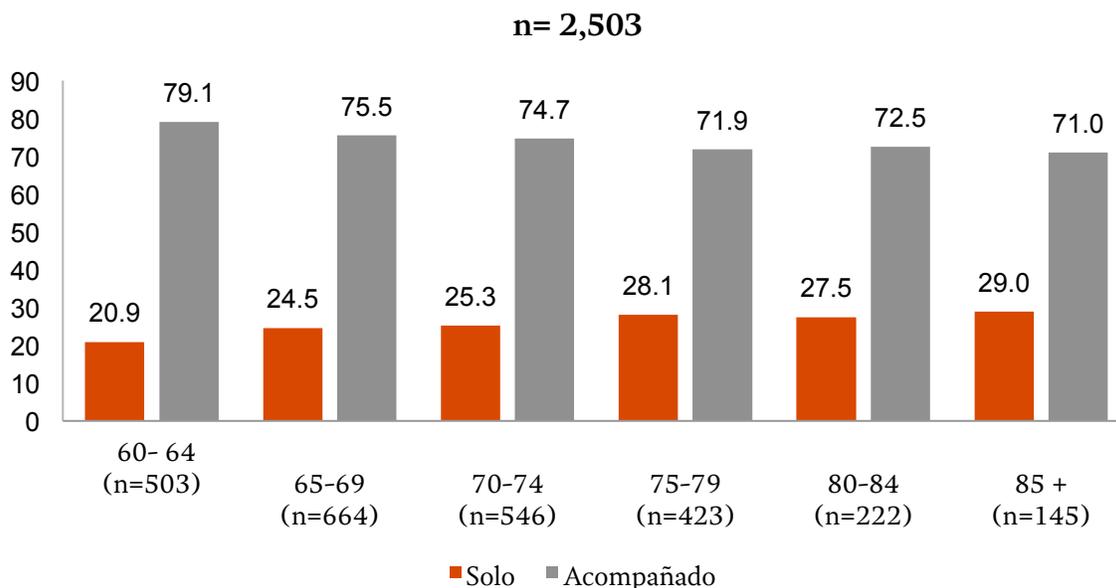
Gráfica 4. Nivel de escolaridad distribución de acuerdo al sexo.



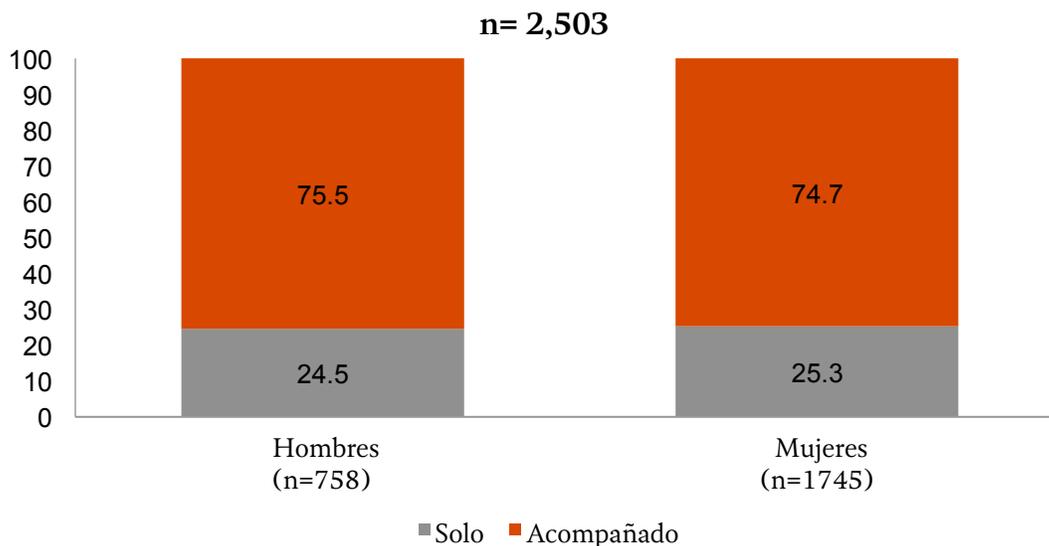
Compañía en la vivienda.

En esta encuesta el 25.1% de los adultos mayores refiere vivir solo, estado que tiende a aumentar con la edad (gráfica 5) al notar una $\chi^2_{1gl}=7.6$; $p<0.01$. Al comparar esta variable por sexo no se encontró diferencia alguna entre ellos $Z=0.42$; $p>0.05$ (gráfica 6).

Gráfica 5. Distribución porcentual de la condición de vivir solo o vivir acompañado según grupo de edad.



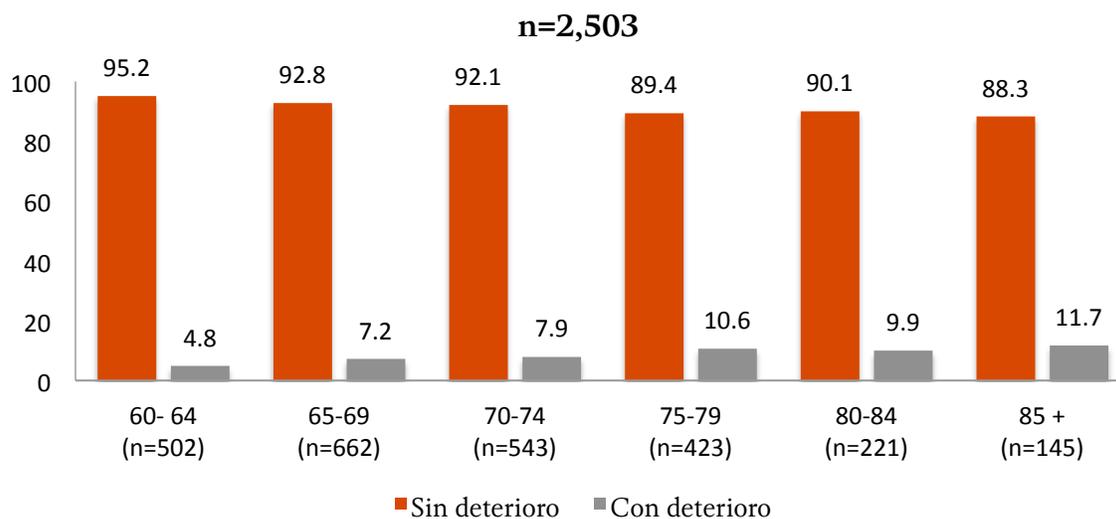
Gráfica 6. Distribución porcentual de la condición de vivir solo o acompañado de acuerdo al sexo.



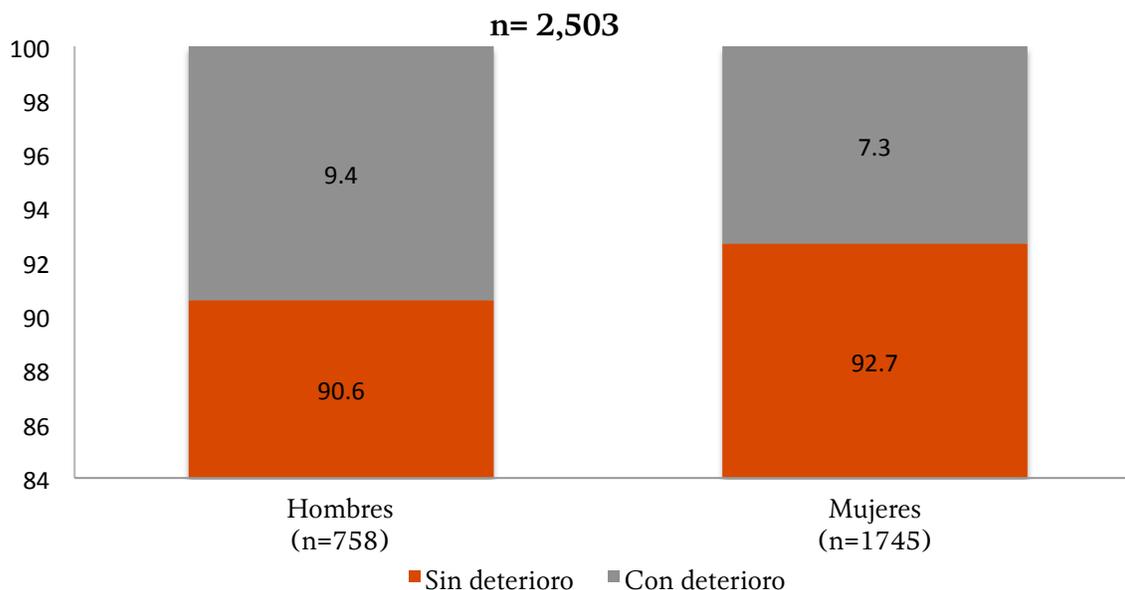
Estado Cognoscitivo

Al analizar el estado cognoscitivo basado en el Minimental de Folstein se encontró que un 6.7% de los encuestados presentan alteraciones de la memoria, al analizar esta variable por grupos etarios se encontró $\chi^2_{1gl}=0.7$; $p<0.01$ (gráfica 7). Al comparar por sexo no se encontró tampoco diferencia entre ellos $Z=0.2$; $p>0.05$ (gráfica 8).

Gráfica 7. Distribución porcentual del estado cognoscitivo según grupo de edad.



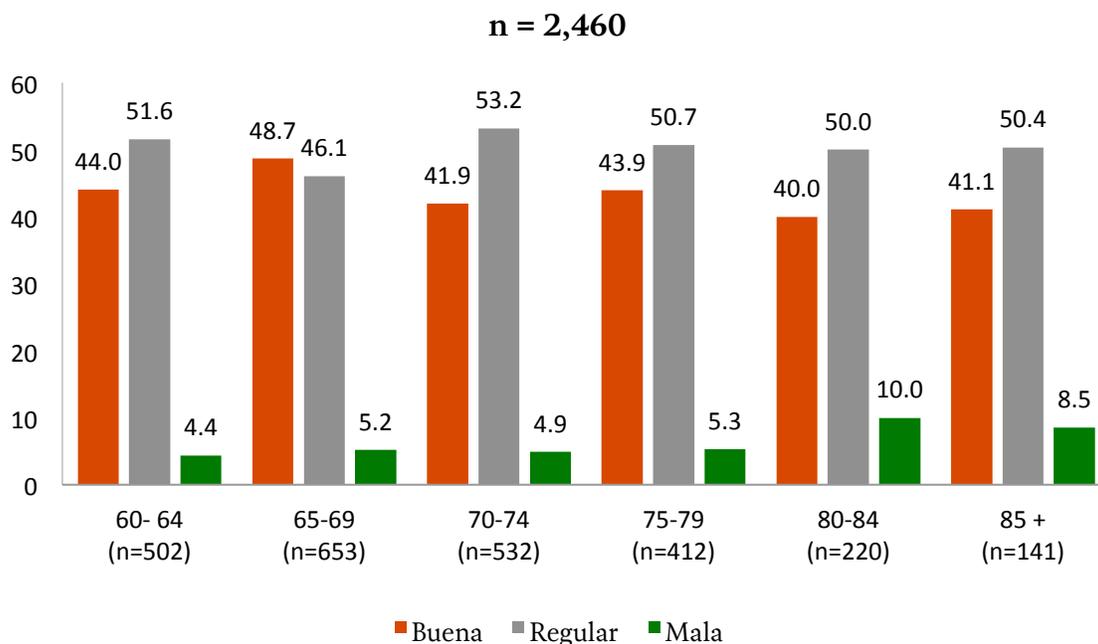
Gráfica 8. Distribución porcentual del estado cognoscitivo según sexo.



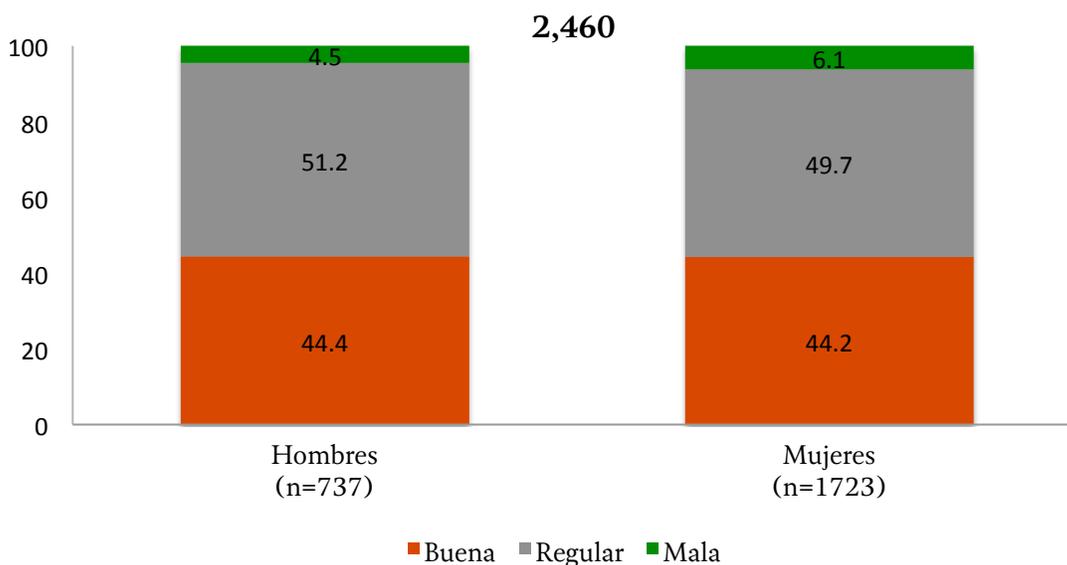
Percepción de la Memoria

En cuanto a la percepción de buena memoria el 44.3% refirió tener buena memoria y los análisis no muestran tendencia lineal respecto al aumento de edad (gráfica 9), la $\chi^2_{1gl} = 0.6$; $p < 0.01$ ni con respecto al sexo $Z = 0.35$; $p > 0.05$ (gráfica 10).

Gráfica 9. Distribución porcentual de la percepción de la memoria para la población adulta mayor por edad.



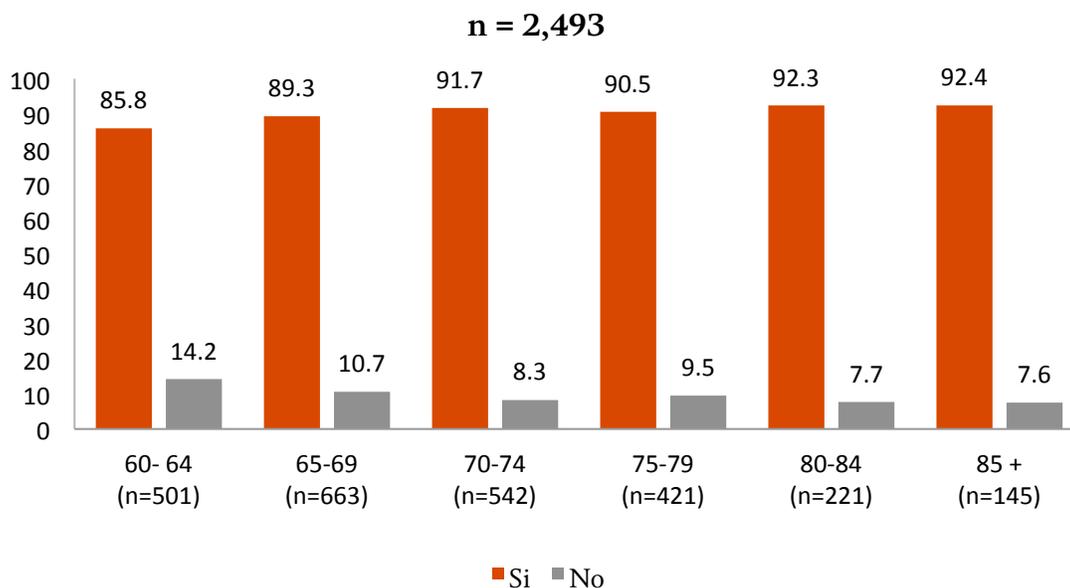
Gráfica 10. Distribución porcentual de la percepción de la memoria por sexo.



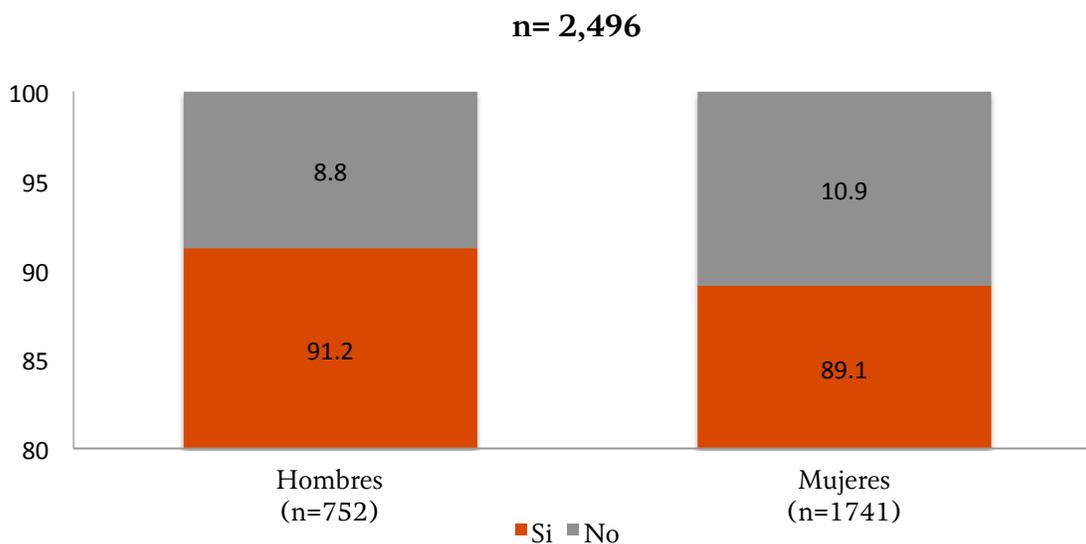
Percepción de felicidad

En cuanto a la percepción de felicidad el 10.2% refirió no ser feliz y no muestra diferencia alguna en cuanto a la edad (gráfica 11) $\chi^2_{1gl} = 1.1$; $p < 0.01$ ni respecto al sexo $Z = 0.48$; $p > 0.05$ (gráfica 12).

Gráfica 11. Distribución porcentual de la autopercepción de la felicidad en las dos últimas semanas de manera afirmativa o negativa por grupos de edad.



Gráfica 12. Distribución porcentual de la autopercepción de la felicidad en las dos últimas semanas de manera afirmativa o negativa por sexo.



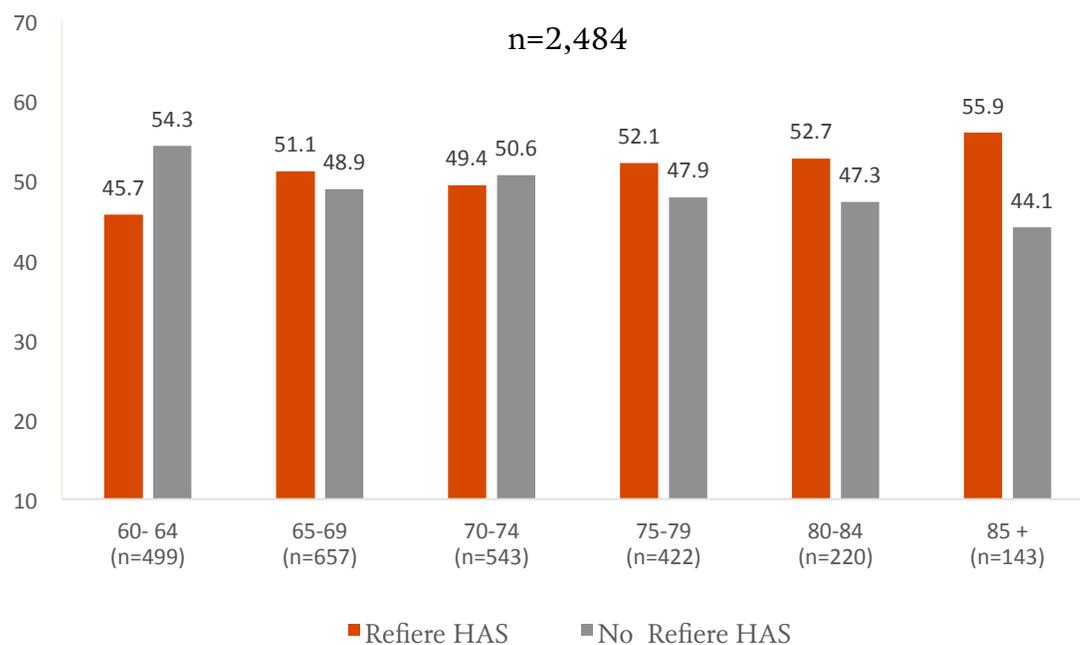
Estado de Salud

Enfermedades transmisibles, crónicas no transmisibles y psiquiátricas

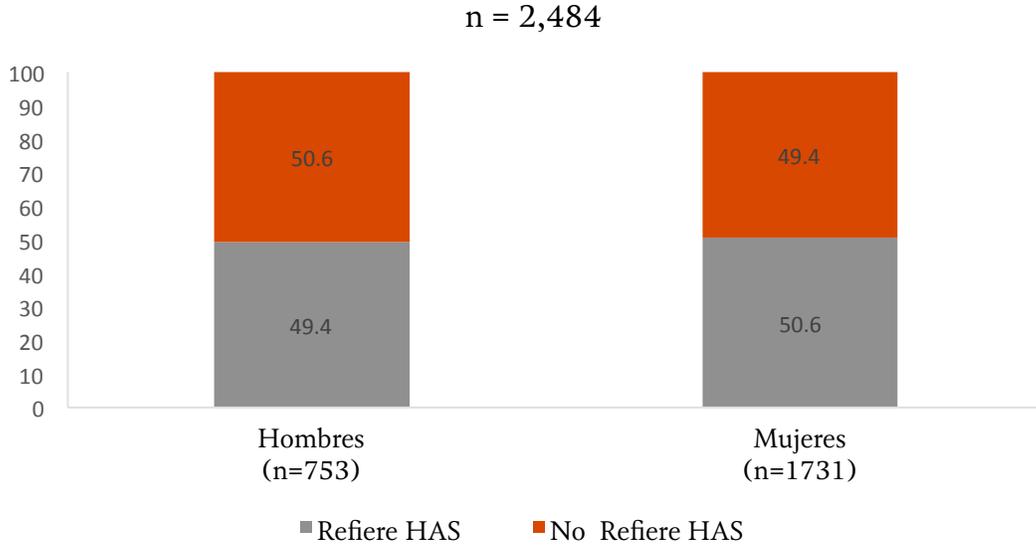
Hipertensión arterial

En cuanto a la presencia de hipertensión arterial sistémica (HAS), el 50.2% refirió tener diagnóstico previo, en este sentido se encontró una tendencia lineal estadísticamente significativa por grupos etarios estudiados, establecido por la $\chi^2_{1gl}=45.3$; $p<0.05$ (gráfica 13). Al comparar la presencia de HAS por género se encontró el valor de $Z=0.55$; $p>0.05$, lo que muestra que no hay diferencia respecto al sexo (gráfica 14).

Gráfica 13. Distribución porcentual de la hipertensión: afirmativa o negativa por grupos de edad.



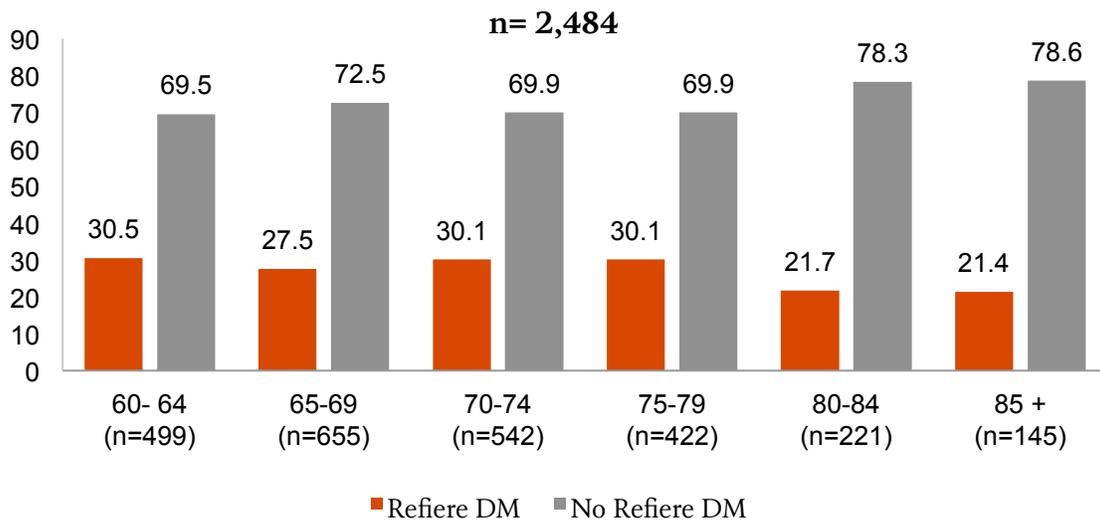
Gráfica 14. Distribución porcentual de la hipertensión: afirmativa o negativa por sexo.



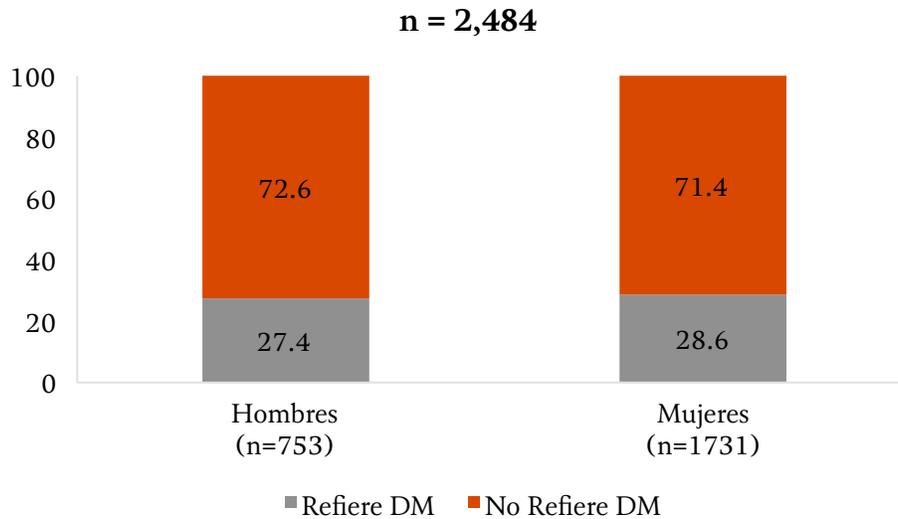
Diabetes tipo 2.

En este estudio el 28.2% refirió padecer Diabetes mellitus, al estimar la $\chi^2_{1gl}=4.3$; $p<0.05$, se muestra una tendencia a incrementar conforme avanza la edad (gráfica 15); al analizar los datos por género se encontró una $Z=2.0$; $p<0.05$, lo que muestra una diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres (gráfica 16).

Gráfica 15. Distribución de la Diabetes tipo 2 afirmativa o negativa por grupos de edad.



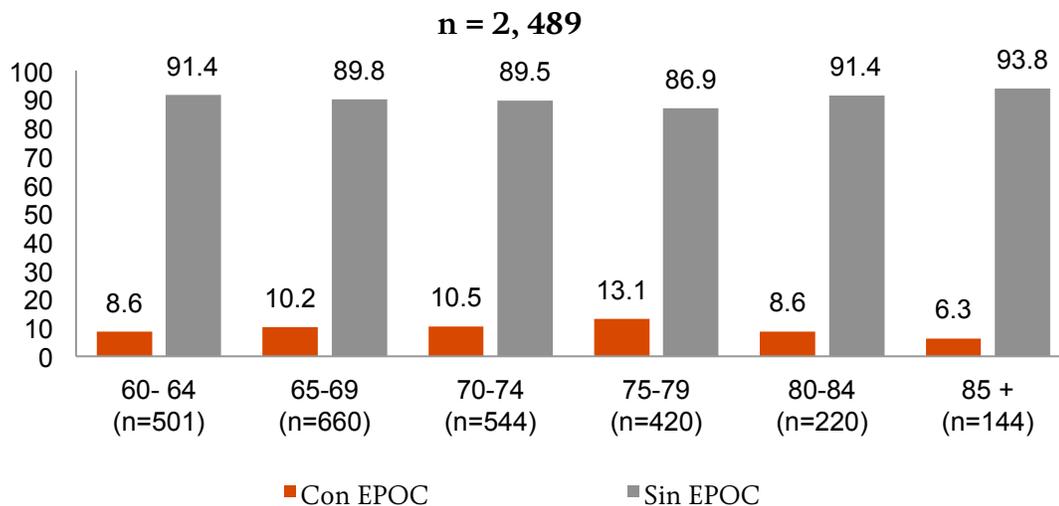
Gráfica 16. Distribución de la diabetes tipo 2 afirmativa o negativa por sexo.



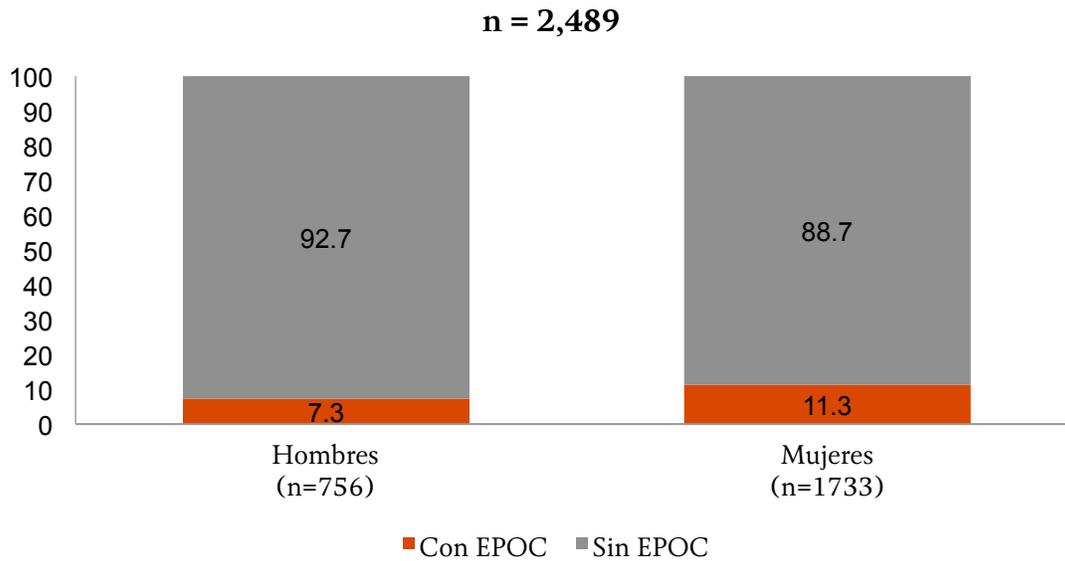
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

A la pregunta si le han diagnosticado enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), solo el 10% refirió tener este diagnóstico, al analizar el comportamiento por grupos etarios no se observa una tendencia (gráfica 17), al resultar una $\chi^2_{1gl}=0$; $p<0.05$; en cuanto al sexo se encontró una diferencia estadística con predominio por el sexo femenino al resultar una $Z=3.05$; $p< 0.01$ (gráfica 18).

Gráfica 17. Distribución porcentual de EPOC: afirmativa o negativa por grupos de edad.



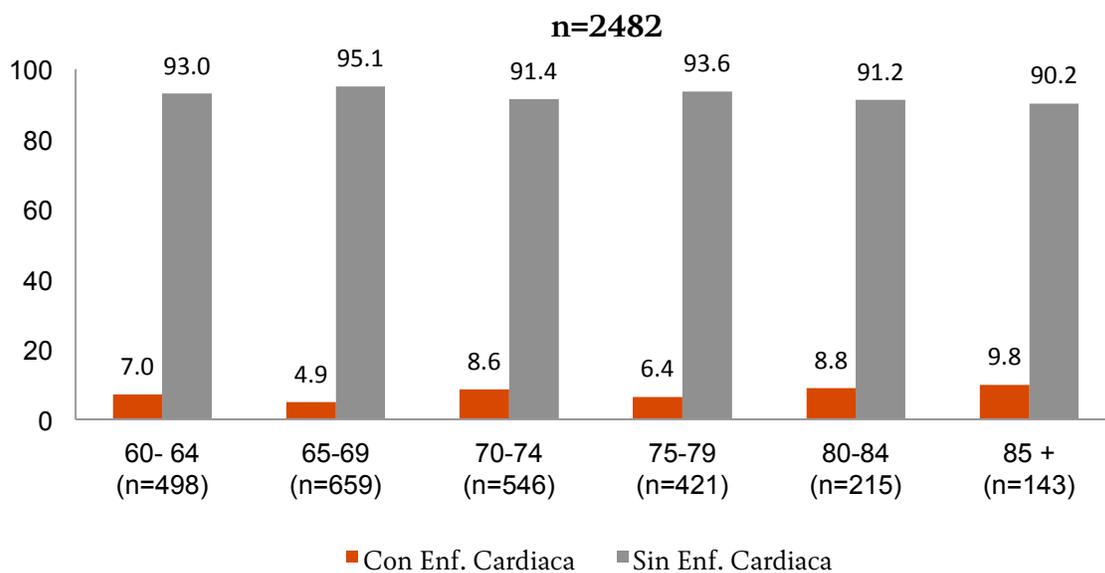
Gráfica 18. Distribución porcentual de EPOC: afirmativa o negativa por sexo.



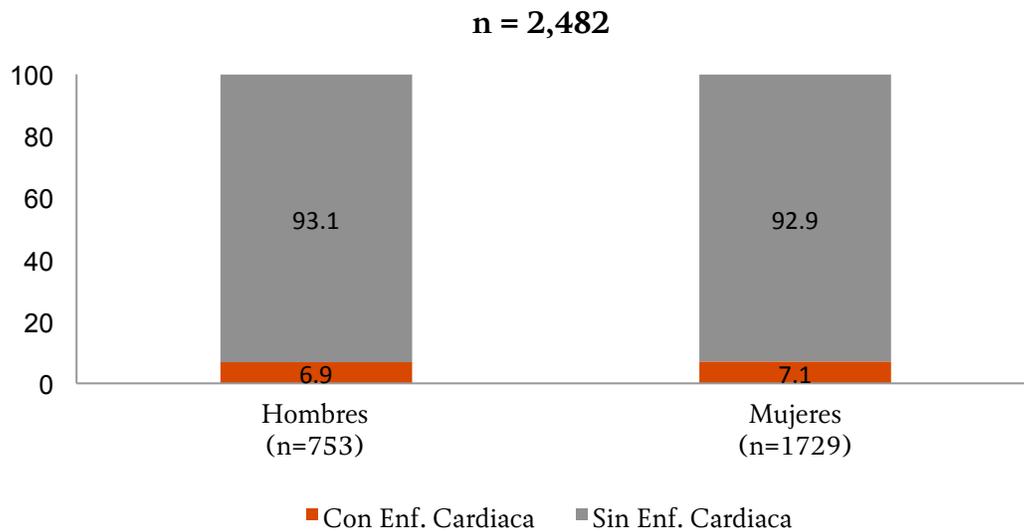
Enfermedades del corazón (EC)

Solo 2.9% de las personas encuestadas refirió un diagnóstico de enfermedad cardiaca sin mostrar tendencia relacionada con la edad, $\chi^2_{1gl}=2.9$; $p>0.05$, o el sexo $Z=0.18$; $p>0.01$ (gráficas 19 y 20).

Gráfica 19. Distribución porcentual de la referencia de enfermedades del corazón: afirmativa o negativa por grupos de edad.



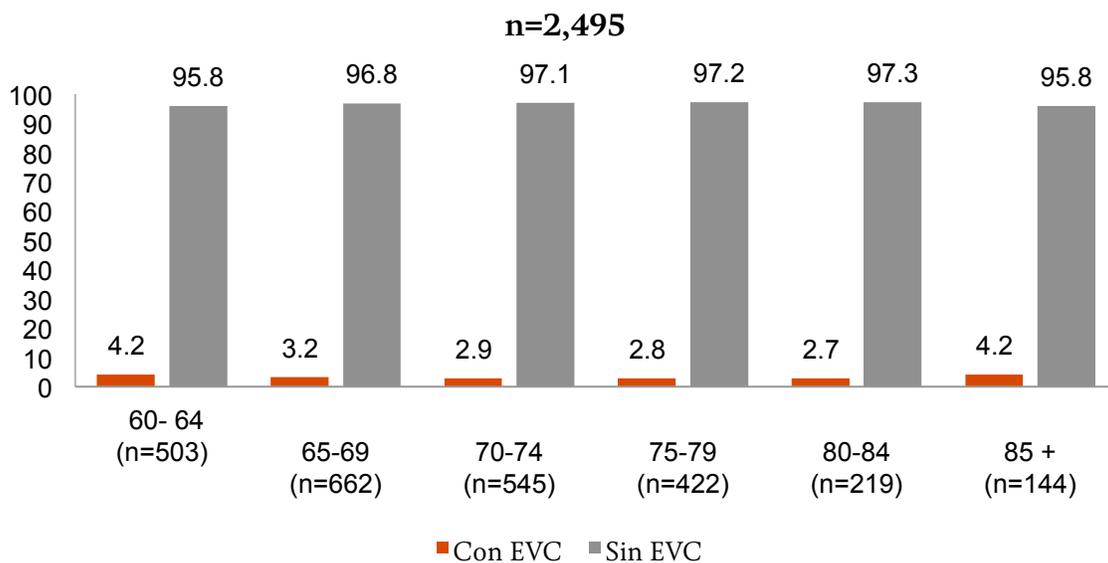
Gráfica 20. Distribución porcentual de la referencia de enfermedades del corazón: afirmativa o negativa por sexo.



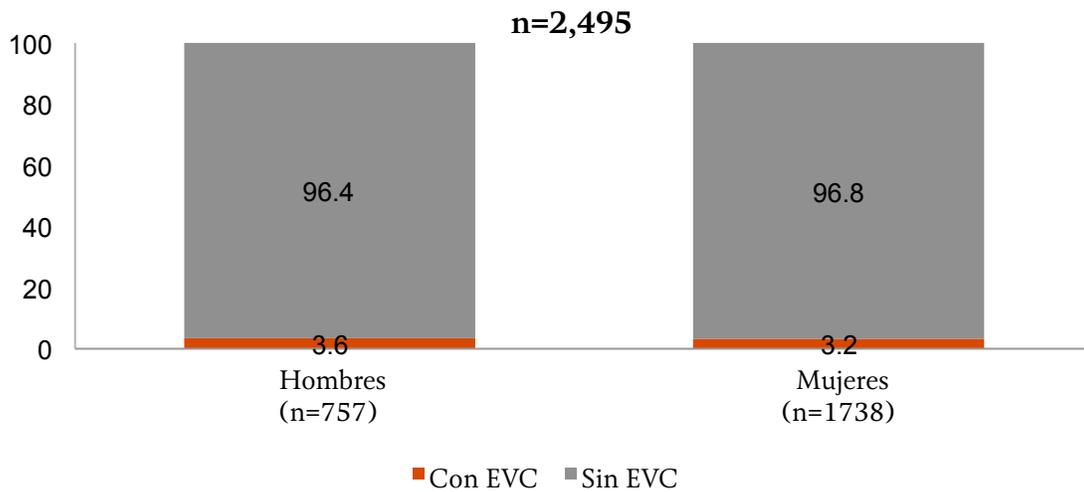
Enfermedad vascular cerebral (EVC)

En cuanto a enfermedad vascular cerebral, el 3.3% de los entrevistados refirió tener diagnóstico de enfermedad vascular cerebral, sin mostrar tendencia relacionada con la edad, $\chi^2_{1gl}=0.5$; $p>0.05$, o el sexo $Z=0.51$; $p>0.01$ (gráficas 21 y 22).

Gráfica 21. Distribución porcentual de la referencia de enfermedad vascular cerebral: afirmativa o negativa por grupos de edad.



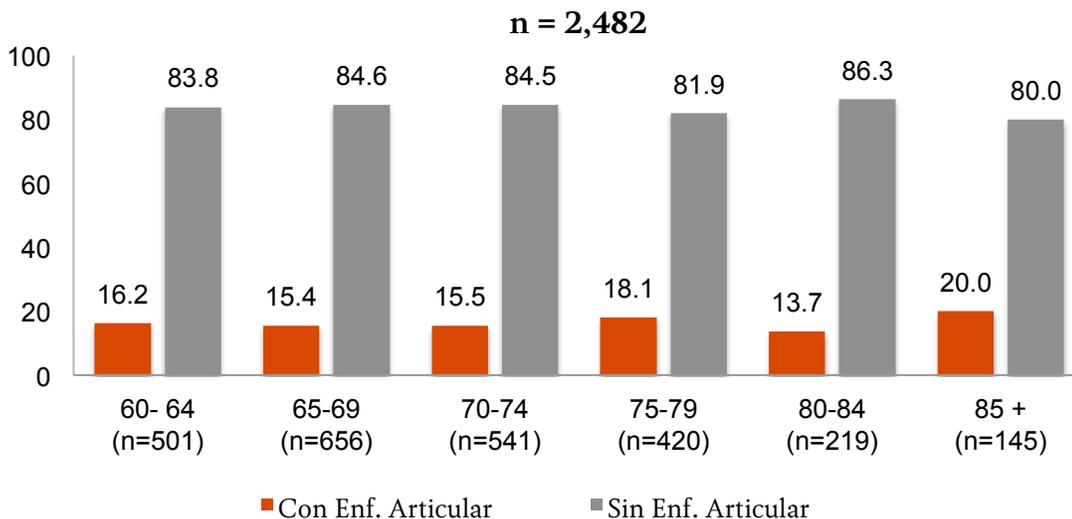
Gráfica 22. Distribución porcentual de la referencia de enfermedad vascular cerebral: afirmativa o negativa por sexo.



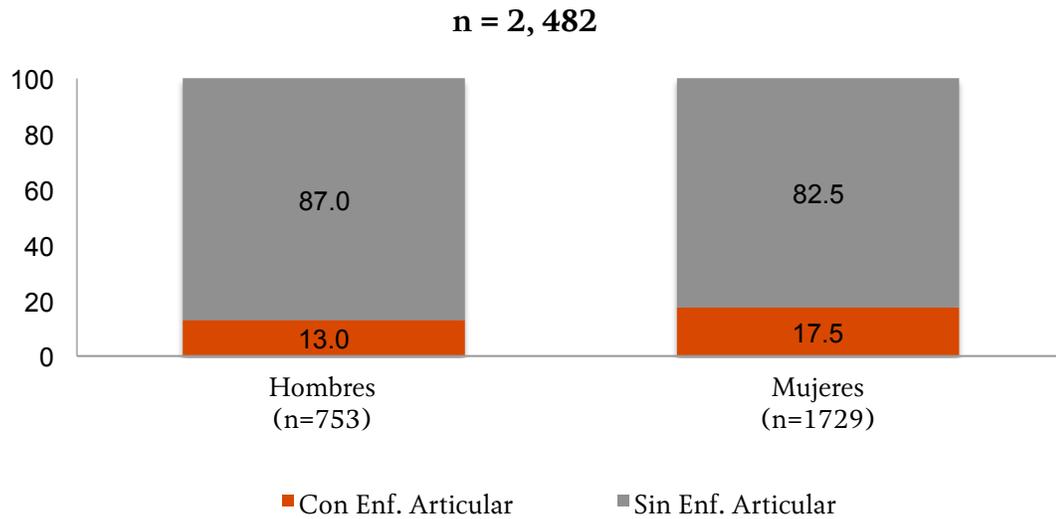
Osteoartritis

Teniendo en cuenta patologías que afectan a las articulaciones, se encontró que el 16.2% refirió diagnóstico de artritis, reumatismo o artrosis sin mostrar tendencia a incrementar por grupo etario (gráfica 23). Al analizar se obtuvo una $\chi^2_{1gl}=0.5$; por sexo se obtuvo una $Z= 2.8$; $p<0.01$ (gráfica 24), lo que muestra un predominio en el género femenino.

Gráfica 23. Distribución porcentual de la referencia de osteoartritis: afirmativa o negativa por grupos de edad.



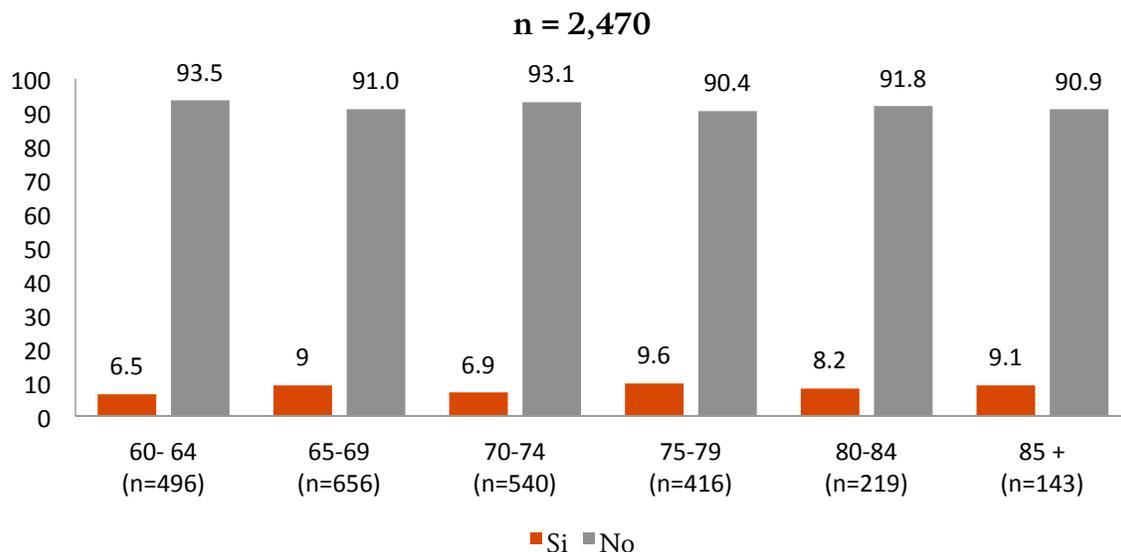
Gráfica 24. Distribución porcentual de la referencia de osteoartritis: afirmativa o negativa por sexo.



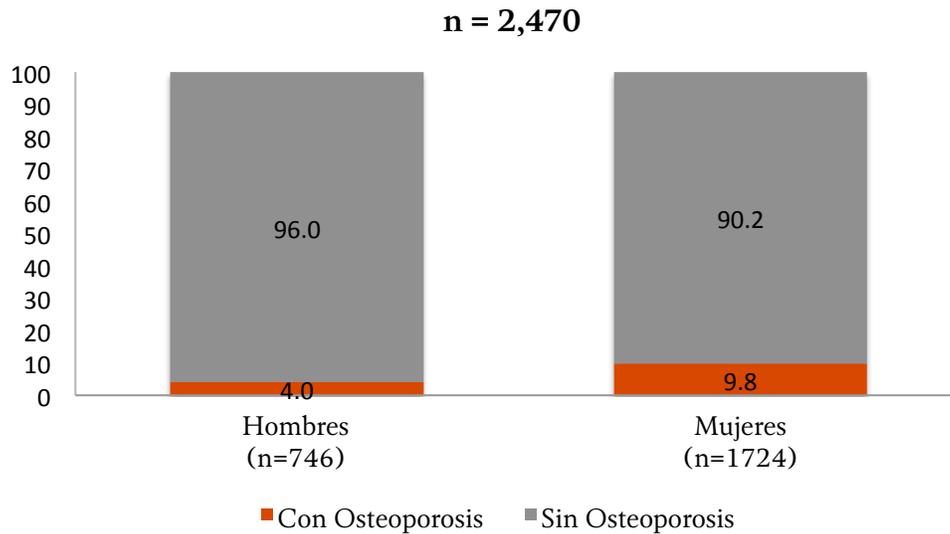
Osteoporosis

En cuanto a Osteoporosis, se les preguntó si algún profesional de la salud les había diagnosticado dicha patología, el 8.1 % de mujeres y de hombres respondieron afirmativamente con una $Z=0$. Al hacer el análisis por grupo etario se encontró una $\chi^2_{1gl}=0.1$; $p>0.05$ por lo que no se encontró tendencia relacionada con la edad o el sexo (gráficas 25 y 26).

Gráfica 25. Distribución porcentual de la referencia de osteoporosis: afirmativa o negativa por grupos de edad.



Gráfica 26. Distribución porcentual de la referencia de Osteoporosis: afirmativa o negativa por sexo.



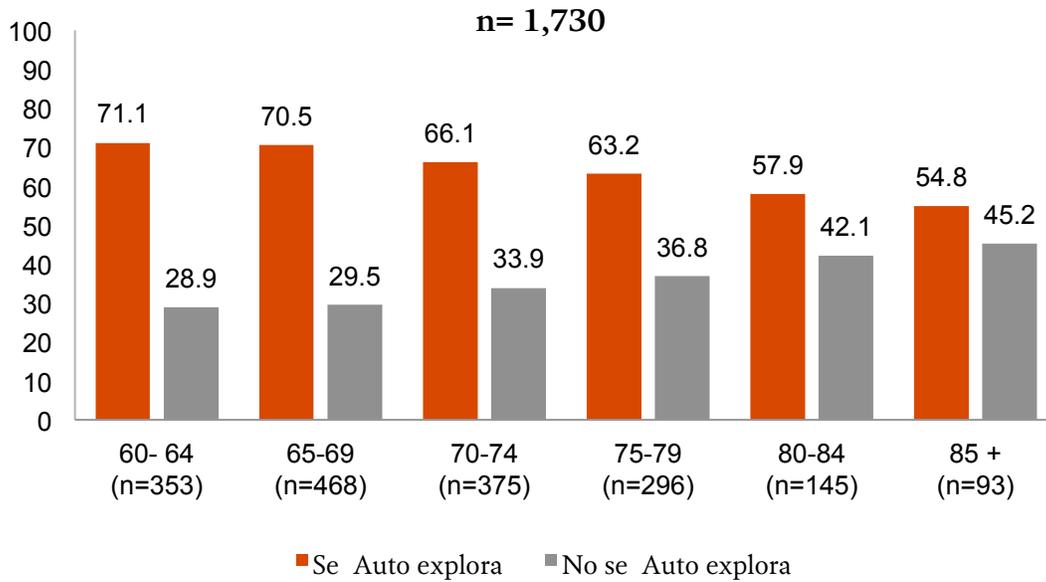
Cáncer.

Exploración glándula mamaria

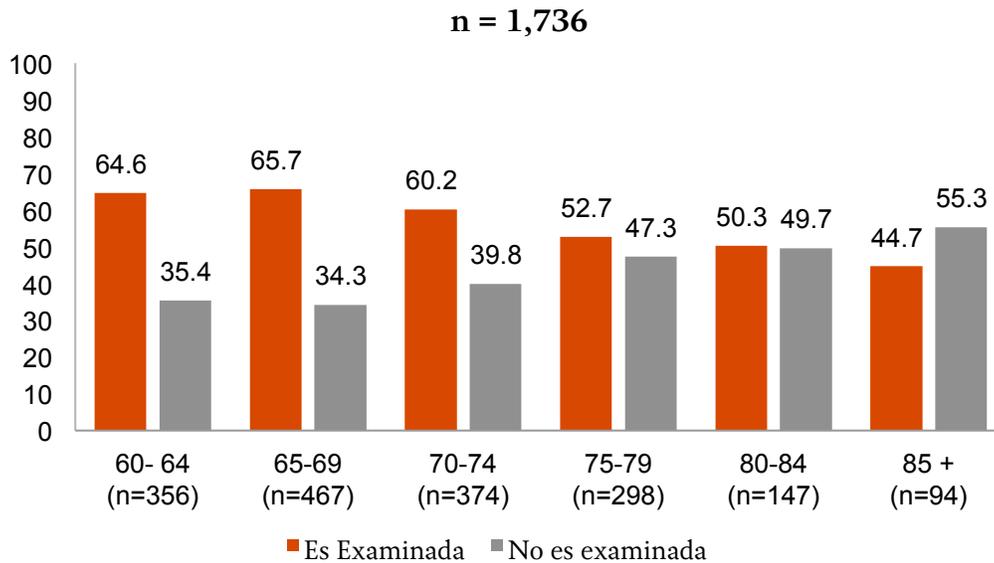
Específicamente para las personas del sexo femenino, se sondeó la auto exploración de los senos en los dos últimos años buscando la presencia de nódulos, resultando que el 33.5% lo efectúan mostrando una tendencia a realizar este procedimiento conforme la mujer es más joven con una $\chi^2_{1gl}=11$; $p<0.01$ (gráfica 27).

Al preguntarle, si algún profesional de la salud le había examinado los senos en busca de nódulos, el 40.4% respondió afirmativamente encontrando la misma tendencia, con una $\chi^2_{1gl}=11.3$; $p<0.01$ (gráfica 28).

Gráfica 27. Distribución porcentual de la referencia de autoexploración de glándulas mamarias según grupos de edad.



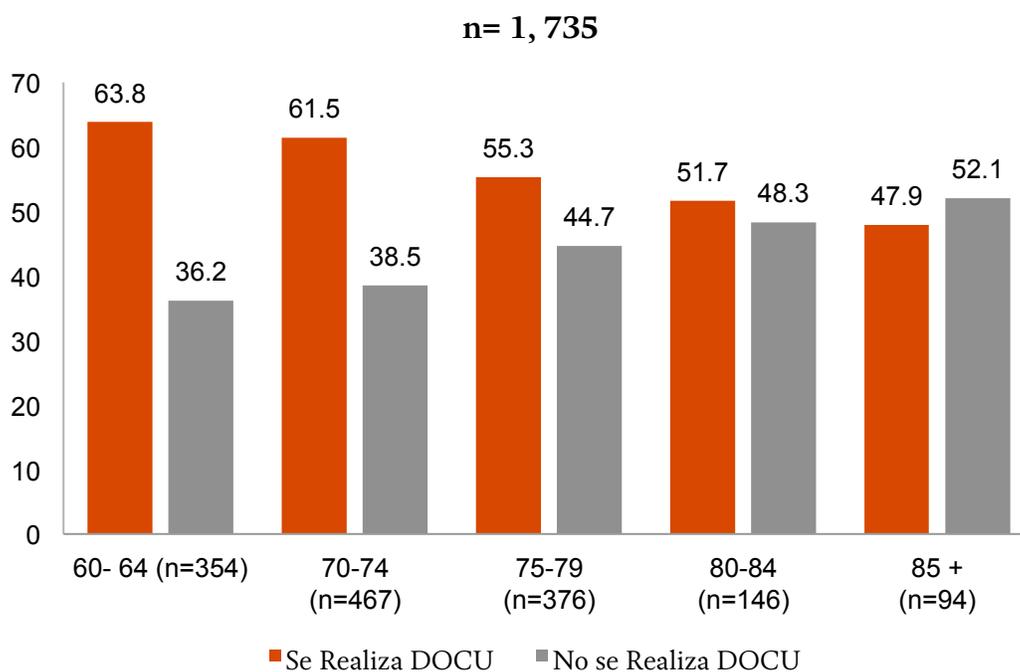
Gráfica 28. Distribución porcentual de la referencia de exploración de glándulas mamarias por personal de salud según grupos de edad.



Detección de cáncer cérvico uterino

En cuanto a la realización del estudio de citología vaginal por la técnica de Papanicolaou para la detección oportuna de cáncer cervicouterino (DOCU), los resultados muestran que solamente el 43.3% de las mujeres encuestadas se realizó este estudio en los últimos dos años, encontrando una tendencia lineal significativa descendente a medida que aumenta la edad con una $\chi^2_{1gl}=8.4$; $p < 0.01$ (gráfica 29).

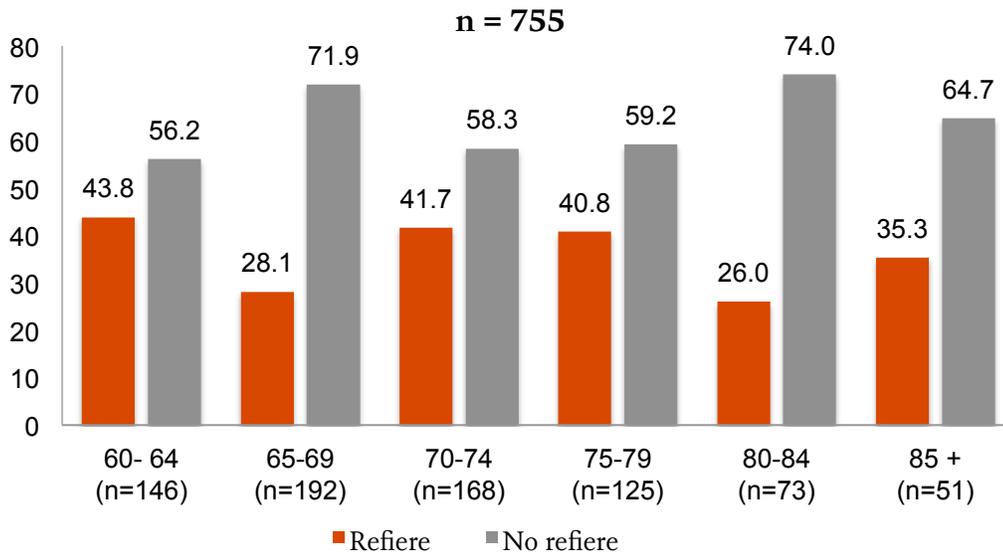
Gráfica 29. Referencia de realización oportuna de la detección de cáncer cérvico uterino según grupos de edad.



Detección de cáncer de próstata

Específicamente para las personas del sexo masculino, el 63.4% de los varones respondieron afirmativamente a la pregunta de si en los dos últimos años se les había hecho un examen de próstata, con una $\chi^2_{1gl}=0.8$; $p > 0.05$ (gráfica 30), lo cual no es significativamente estadístico.

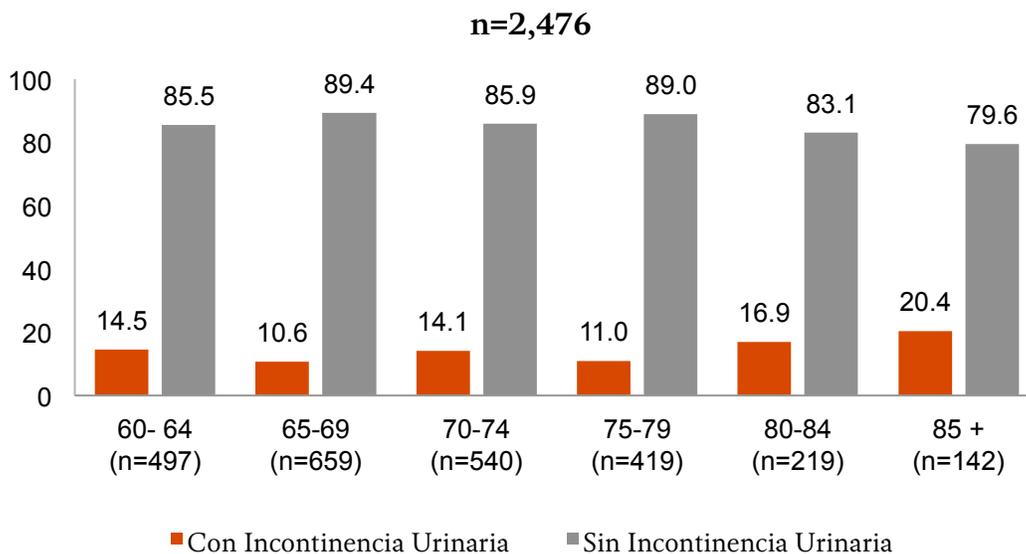
Gráfica 30. Referencia de realización oportuna de la detección de cáncer de próstata en los últimos dos años según grupos de edad.



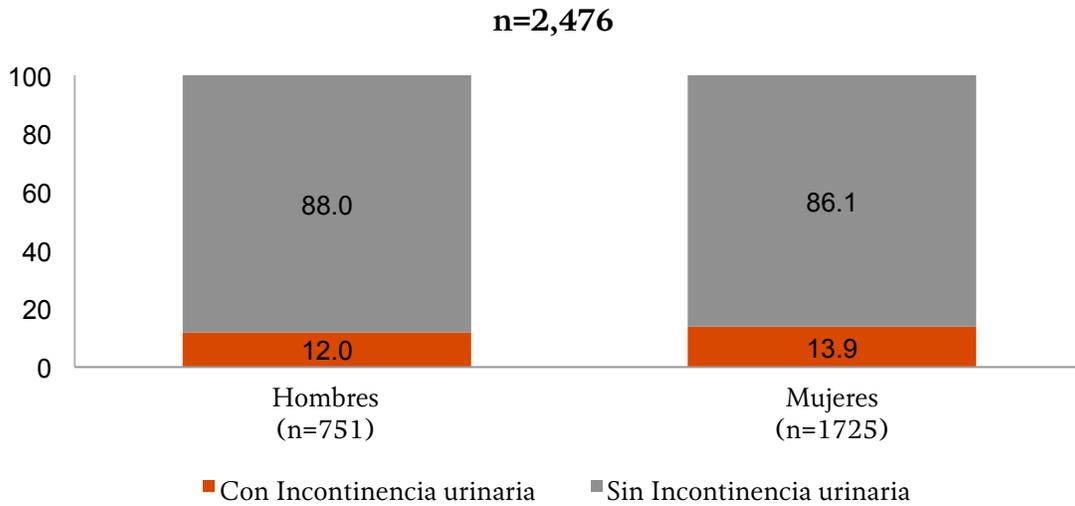
Incontinencia urinaria

En el último año el 13.3% de los encuestados refirió incontinencia urinaria, sin encontrar una tendencia con respecto a la edad $\chi^2_{1gl}=3$; $p>0.05$, ni diferencia con respecto al sexo $Z=1.28$; $p> 0.01$, (gráfica 31 y 32).

Gráfica 31. Distribución porcentual de la referencia de incontinencia urinaria: afirmativa o negativa por grupos de edad.



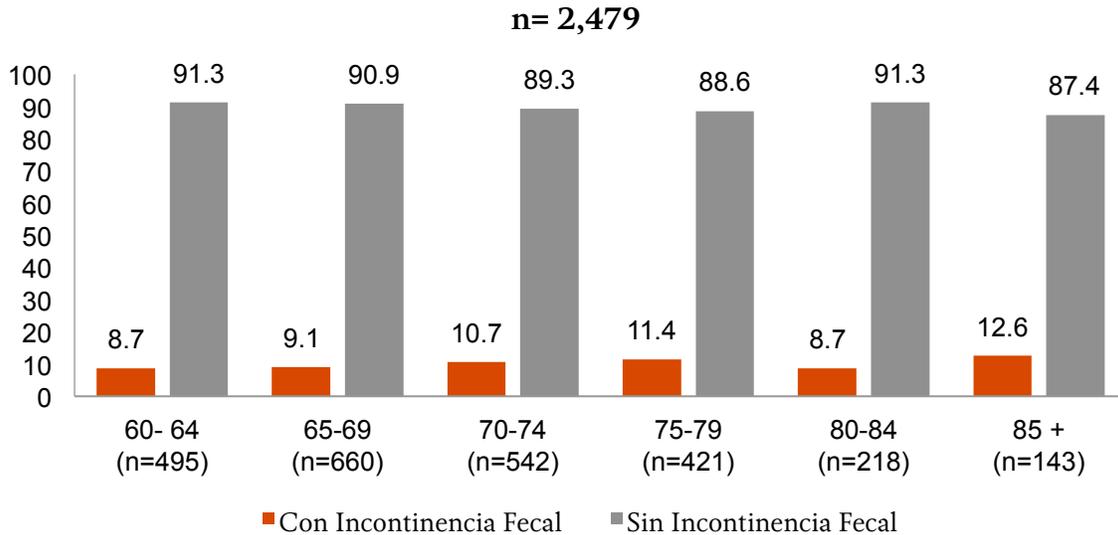
Gráfica 32. Distribución porcentual de la referencia de incontinencia urinaria: afirmativa o negativa por sexo.



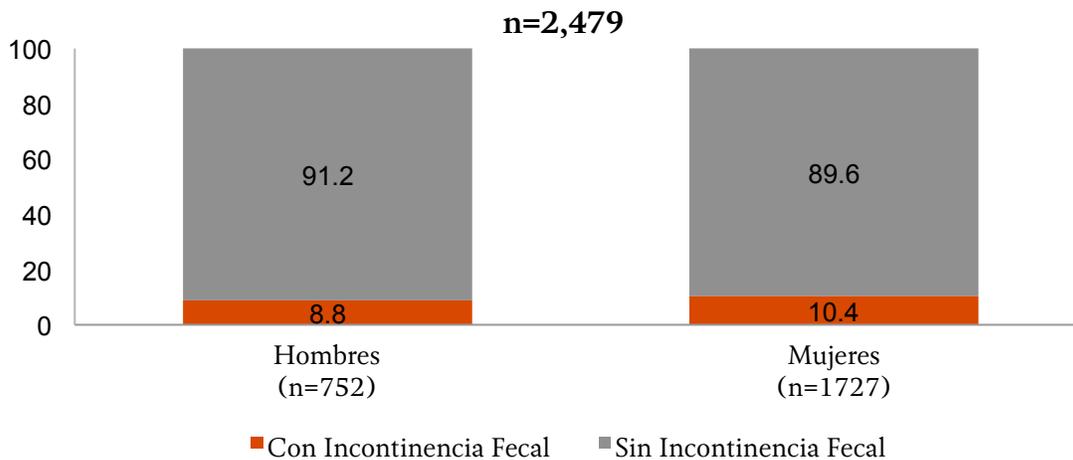
Incontinencia fecal

Al investigar sobre la incontinencia fecal, en el último año, el porcentaje afirmativo es de 9.9%, sin encontrar una tendencia con respecto a la edad (Gráfica 33), $\chi^2_{1gl}=1.9$; $p>0.05$, ni diferencia con respecto al sexo $Z=1.23$; $p> 0.01$, (Gráfica 34).

Gráfica 33. Distribución porcentual de la referencia de incontinencia fecal: afirmativa o negativa por grupos de edad.



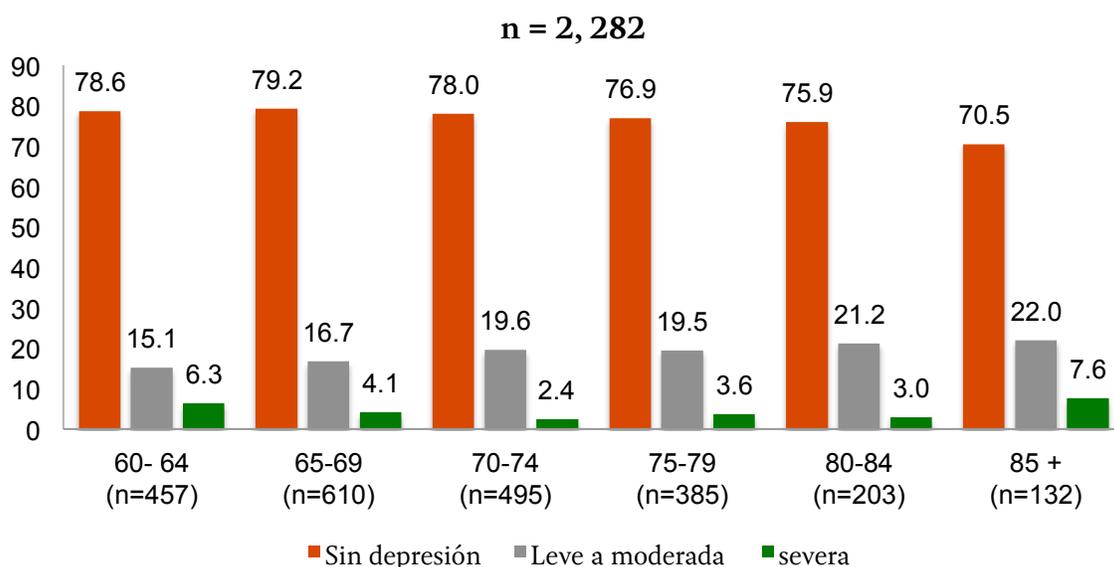
Gráfica 34. Distribución porcentual de la referencia de incontinencia fecal: afirmativa o negativa por sexo.



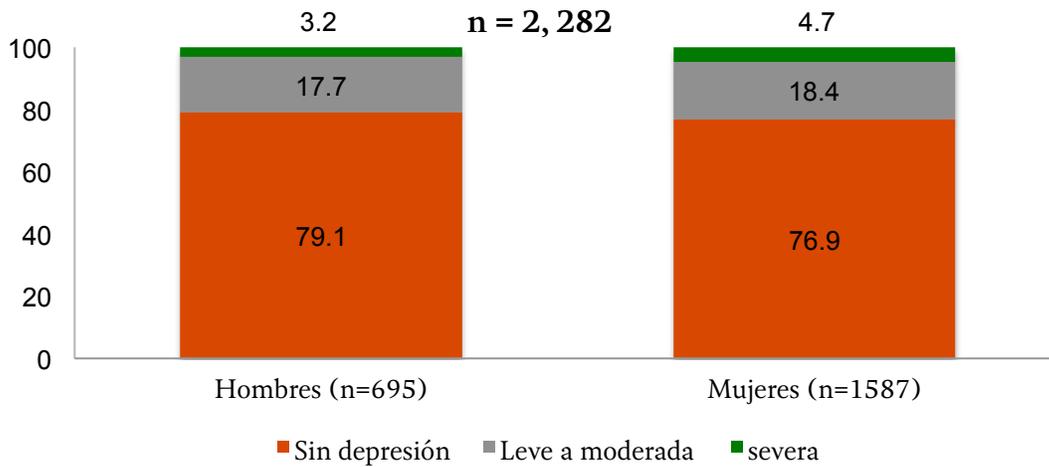
Sintomatología depresiva

La depresión es una de las patologías poco detectadas en este grupo, encontrando una prevalencia de 4.2% sin existir una tendencia con relación a los diferentes grupos de edad (gráfica 35), $\chi^2_{1gl}=0.8$; $p>0.05$ (Gráfica 35). Al analizar el comportamiento por sexo $Z=1.64$; $p> 0.01$, tampoco se encontró diferencia (Gráfica 36).

Gráfica 35. Distribución porcentual de la referencia de síntomas depresivos severos, moderados y normales por grupos de edad.



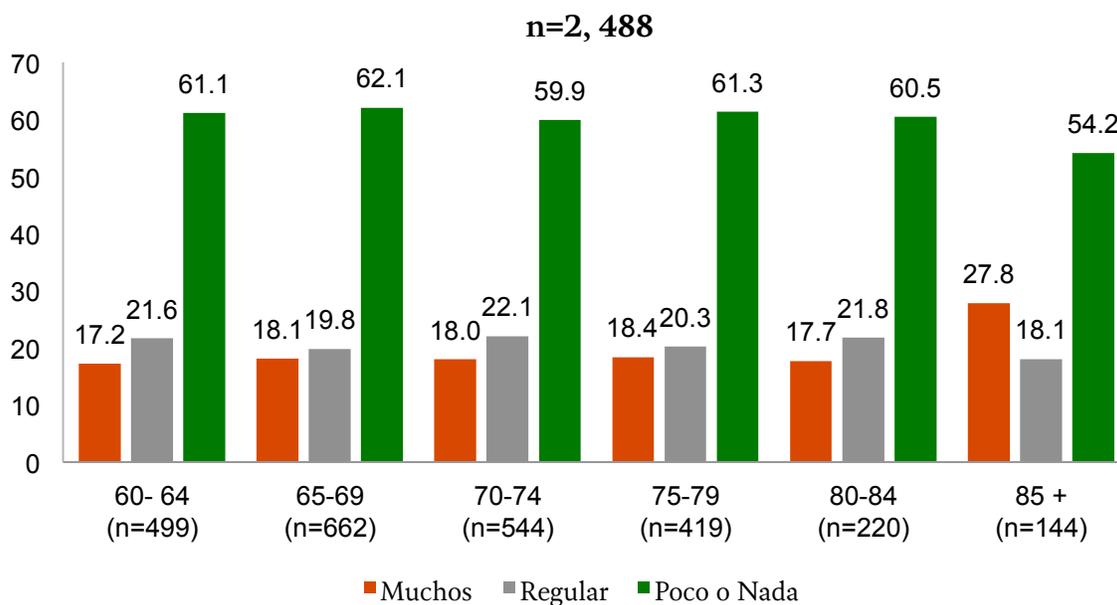
Gráfica 36. Distribución porcentual de la referencia de síntomas depresivos severos, moderados y normales por sexo.



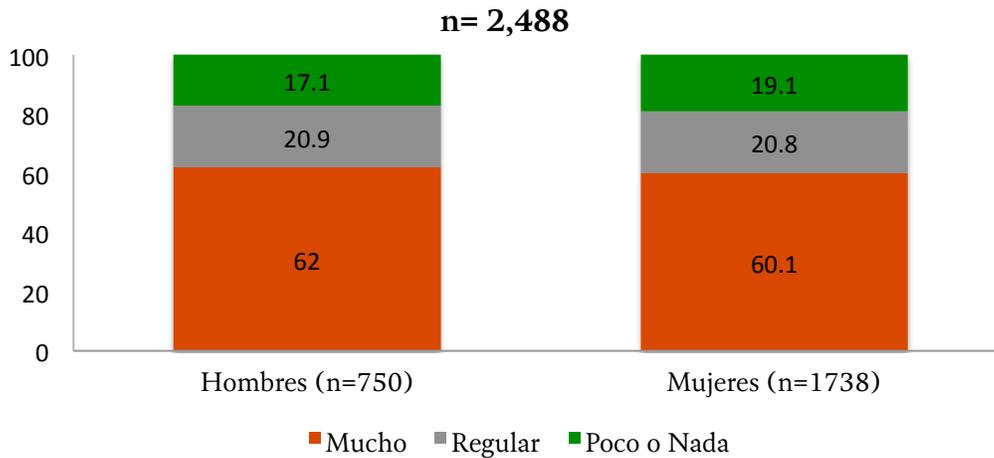
Salud bucal. Dificultad para comer

En cuanto a la percepción de presentar dificultad para comer por problemas en los dientes, encontramos que 18.5% los manifiesta, sin existir una tendencia con relación a los diferentes grupos de edad (Gráfica 37), $\chi^2_{1gl}=3.4$; $p>0.05$. Al analizar el comportamiento por sexo, no se encontró diferencia $Z=1.18$; $p> 0.05$, (gráfica 38).

Gráfica 37. Distribución porcentual del reporte de dificultad para comer por problemas dentales según grupos de edad.



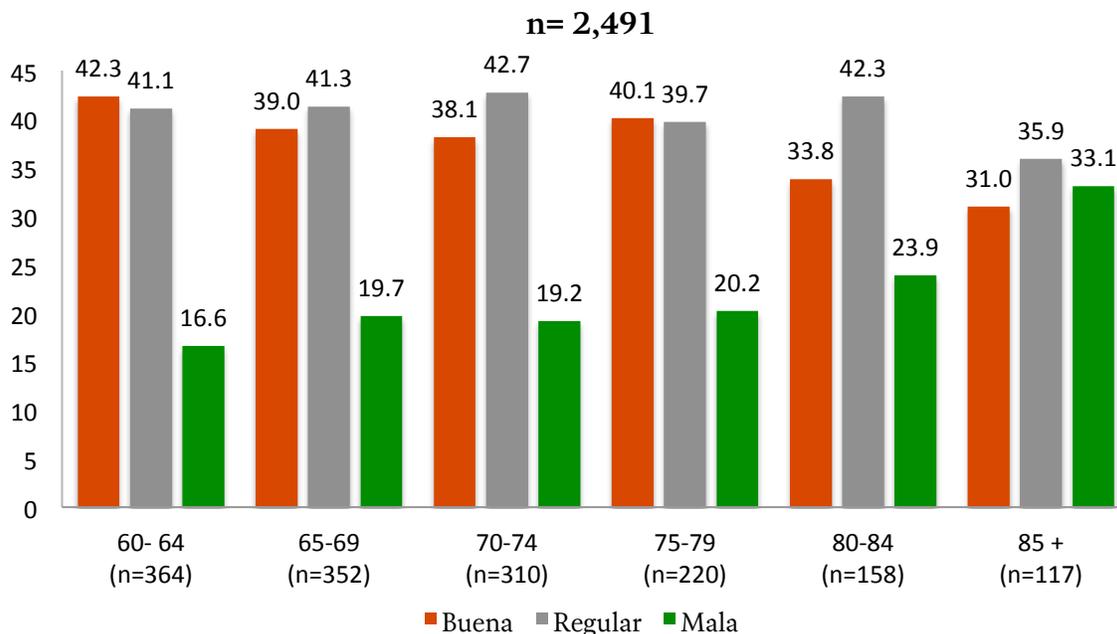
Gráfica 38. Distribución porcentual del reporte de dificultad para comer por problemas dentales según sexo.



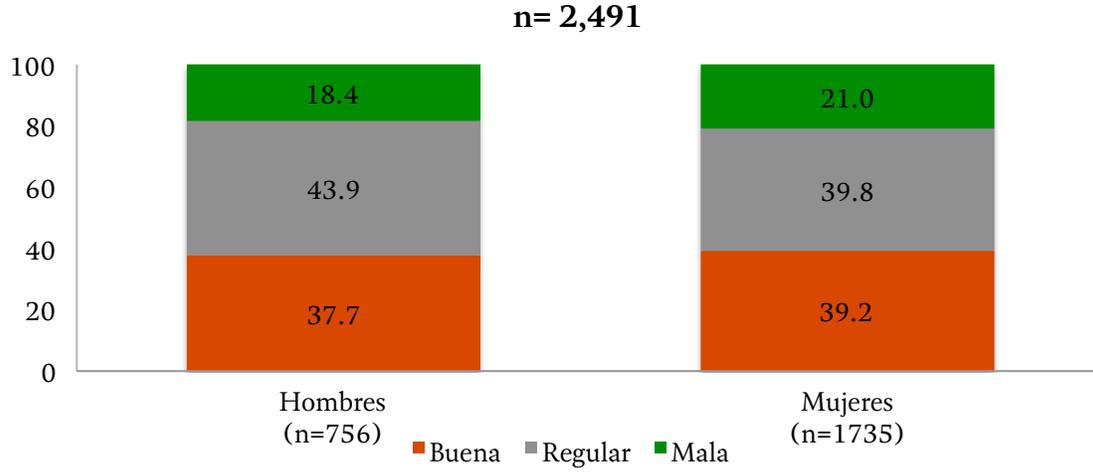
Percepción de la visión

En cuanto a la percepción de la calidad de la visión, el 4.7% refirió tener dificultad para ver con una $\chi^2_{1gl} = 2.6$; $p > 0.05$, sin que exista una tendencia con relación a los diferentes grupos de edad (gráfica 39). En cuestión de sexo tampoco existe diferencia $Z = 0.53$; $p > 0.05$, (gráfica 40).

Gráfica 39. Distribución porcentual de la auto-percepción de la visión de lejos sin lentes según grupos de edad.



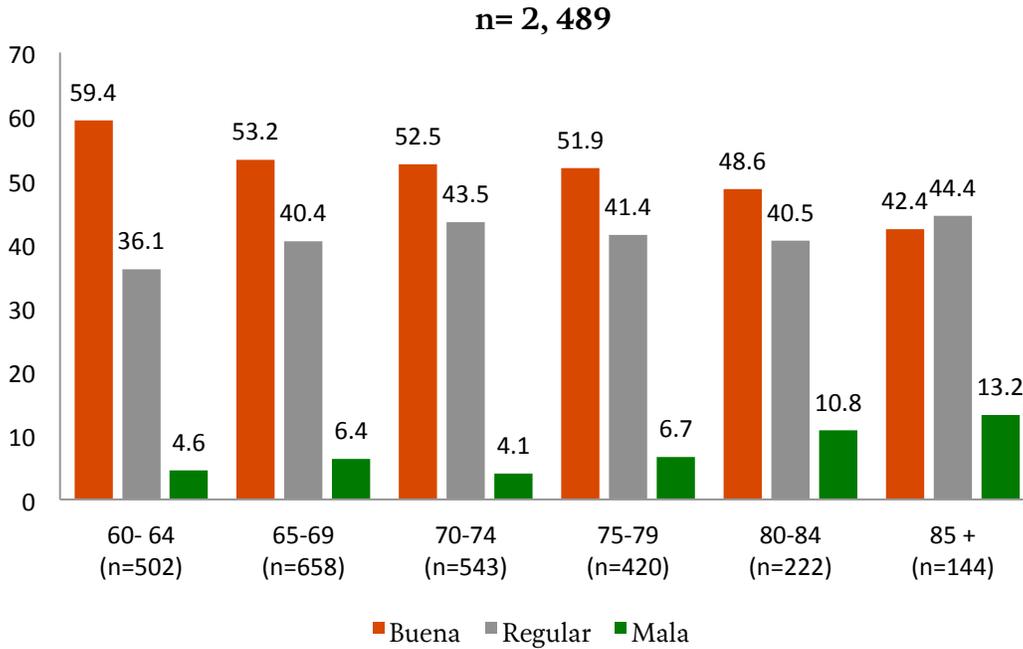
Gráfica 40. Distribución porcentual de la auto-percepción de la visión de cerca sin lentes según sexo.



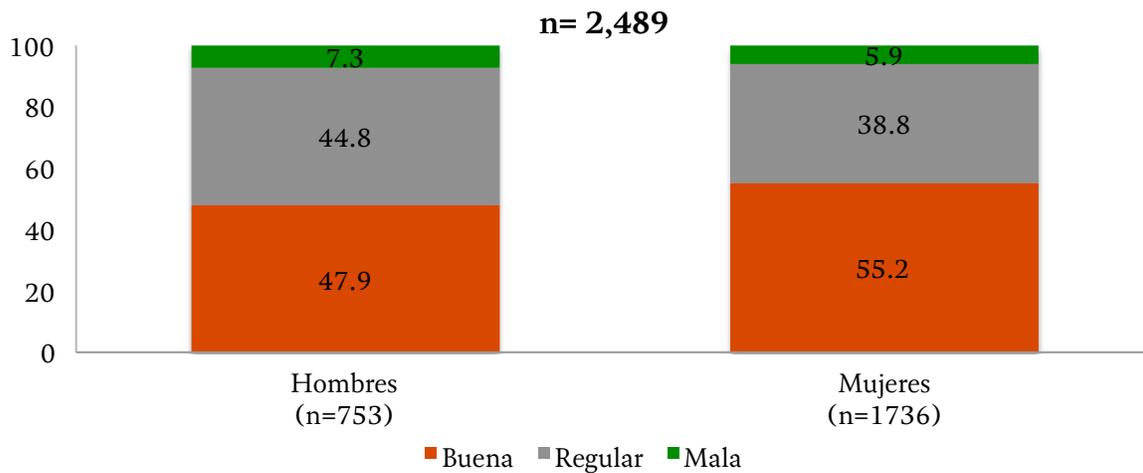
Percepción de la audición

En relación a la percepción de la audición 53.0% respondió que la percibe como buena, sin mostrar tendencia relacionada con la edad $\chi^2_{1gl} = 1.5$; $p > 0.05$, (gráfica 41), o el sexo $Z = 0.34$; $p > 0.05$, (gráfica 42).

Gráfica 41. Distribución porcentual de la auto-percepción de la audición según grupos de edad.



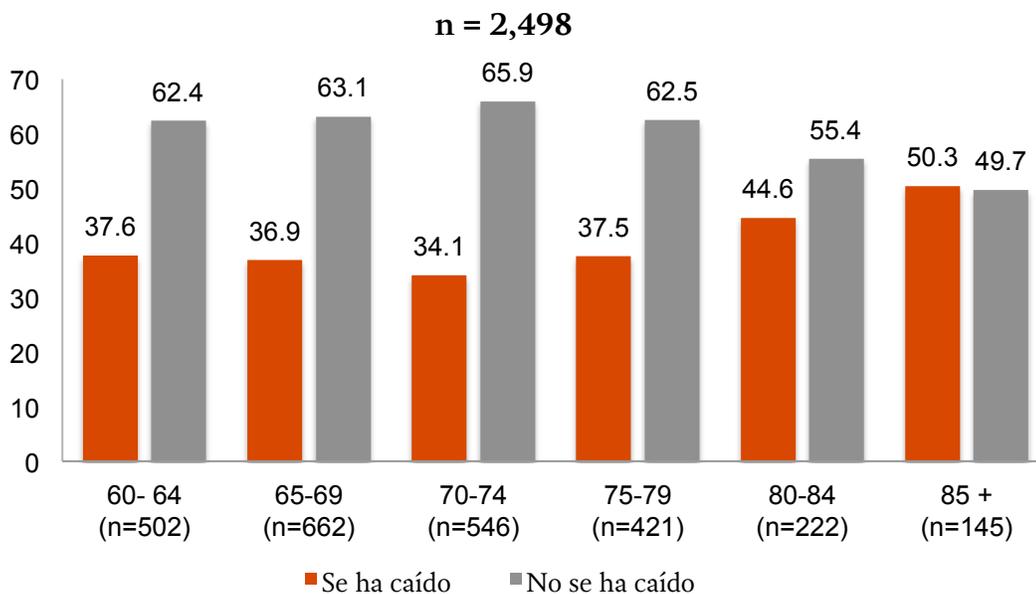
Gráfica 42. Distribución porcentual de la auto-percepción de la audición según sexo.



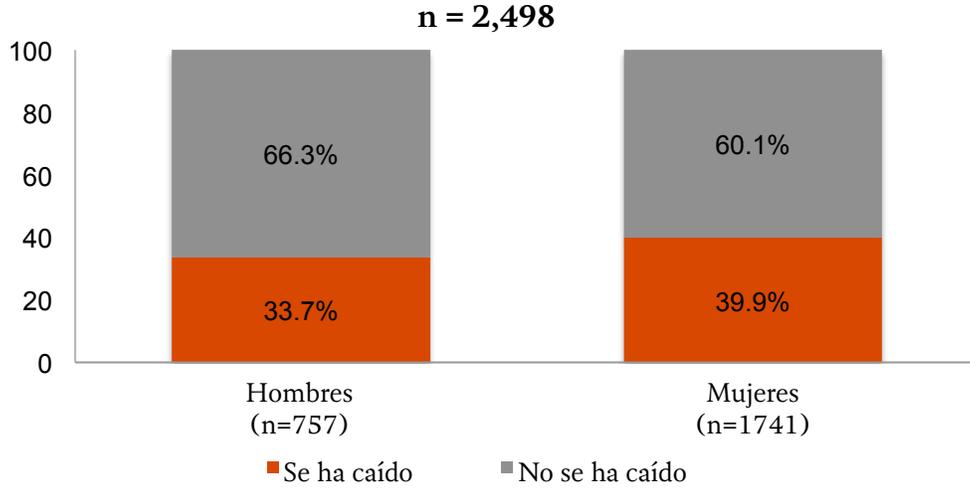
Caídas

El 38% de los encuestados refirió haber presentado algún evento relacionado con caídas en los últimos seis meses, estos datos son estadísticamente significativos y muestran un aumento en las caídas conforme la edad avanza con una $\chi^2_{1gl} = 6.9$; $p < 0.01$ (gráfica 43); siendo mayor para el sexo femenino al encontrar una $Z = 2.93$; $p < 0.01$ (gráfica 44).

Gráfica 43. Distribución porcentual de la referencia de caídas según grupos de edad.



Gráfica 44. Distribución porcentual de la referencia de caídas según sexo.

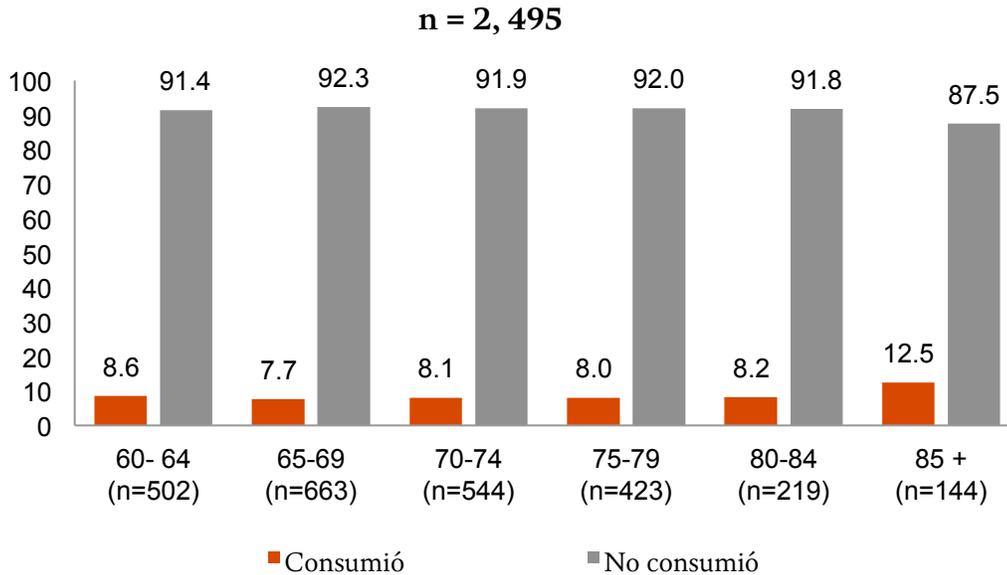


Adicciones

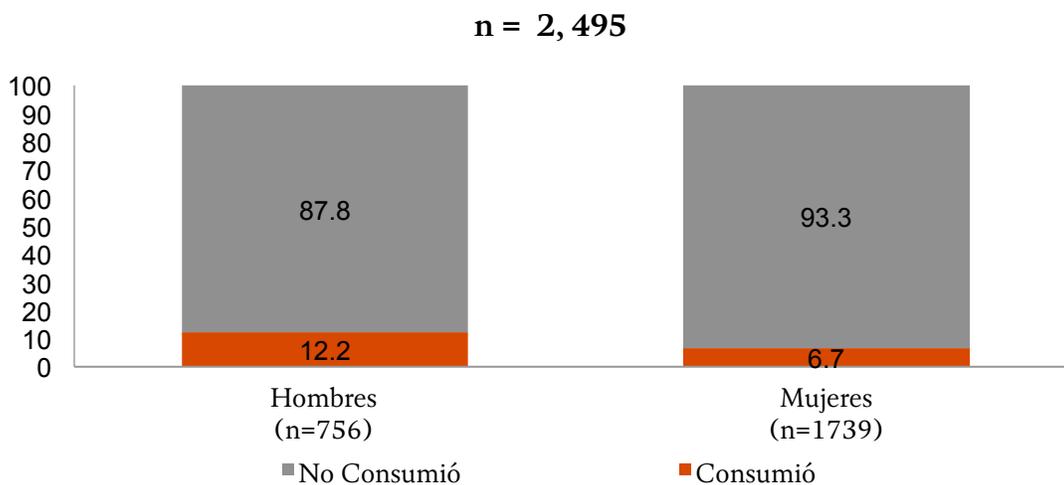
Alcohol

El 8.3% de los encuestados refirió haber consumido alcohol, sin embargo los resultados no muestran tendencia relacionada con la edad $\chi^2_{1gl} = 0.1$; $p > 0.05$, (gráfica 45), o el sexo $Z = 1.33$; $p > 0.05$ (gráfica 46).

Gráfica 45. Distribución porcentual de la referencia de consumo de alcohol según grupos de edad.



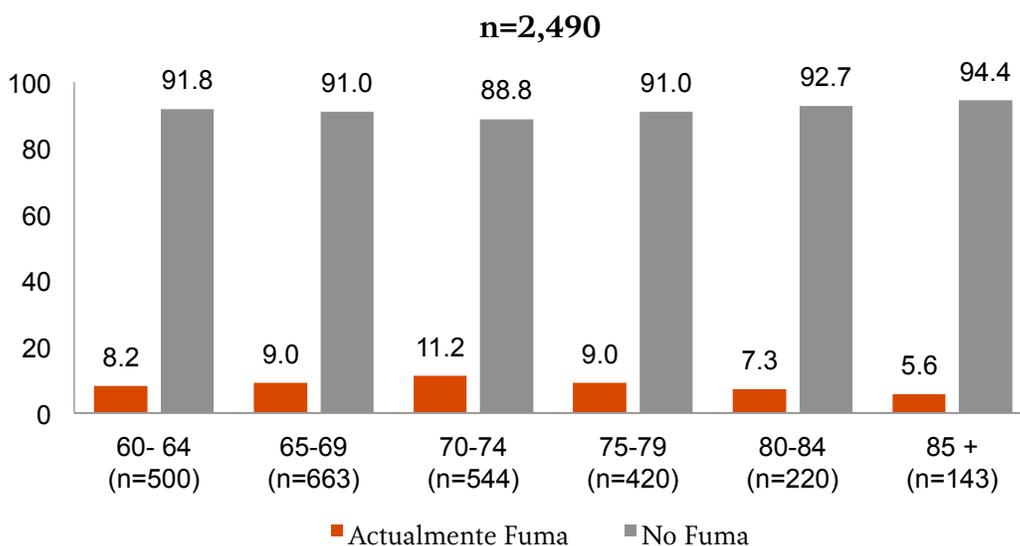
Gráfica 46. Distribución porcentual de la referencia de consumo de alcohol según sexo.



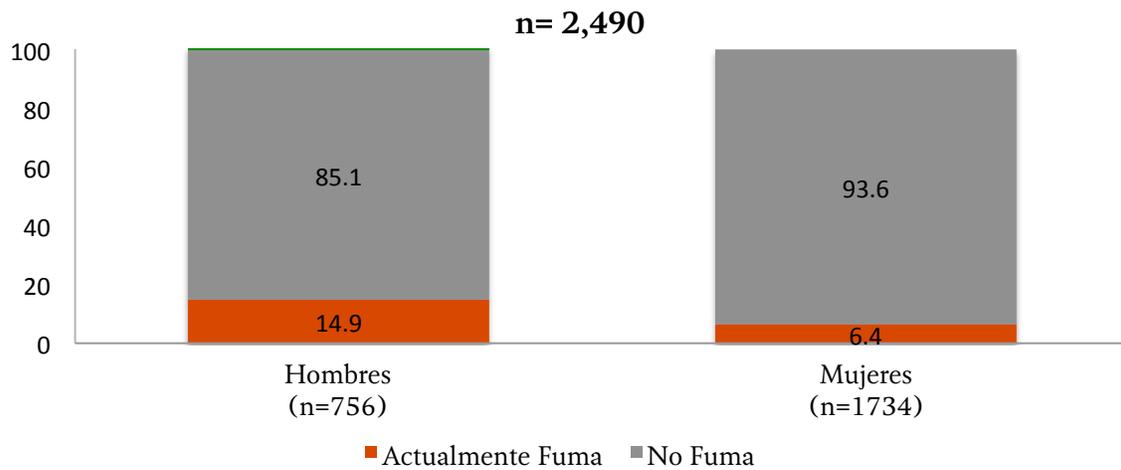
Tabaco

En relación al hábito de fumar, el 91% refirió no haber fumado nunca y el análisis estadístico no muestra tendencia relacionada con la edad $\chi^2_{1gl} = 0.5$; $p > 0.05$. (gráfica 47). Por otro lado, cuando se analizó por sexo se encontró una diferencia significativa con una $Z = 6.8$; $p < 0.01$ lo que muestra que el sexo femenino es el que fuma menos (gráfica 48).

Gráfica 47. Distribución porcentual de la referencia del hábito de fumar según grupos de edad.



Gráfica 48. Distribución porcentual de la referencia del hábito de fumar según sexo.

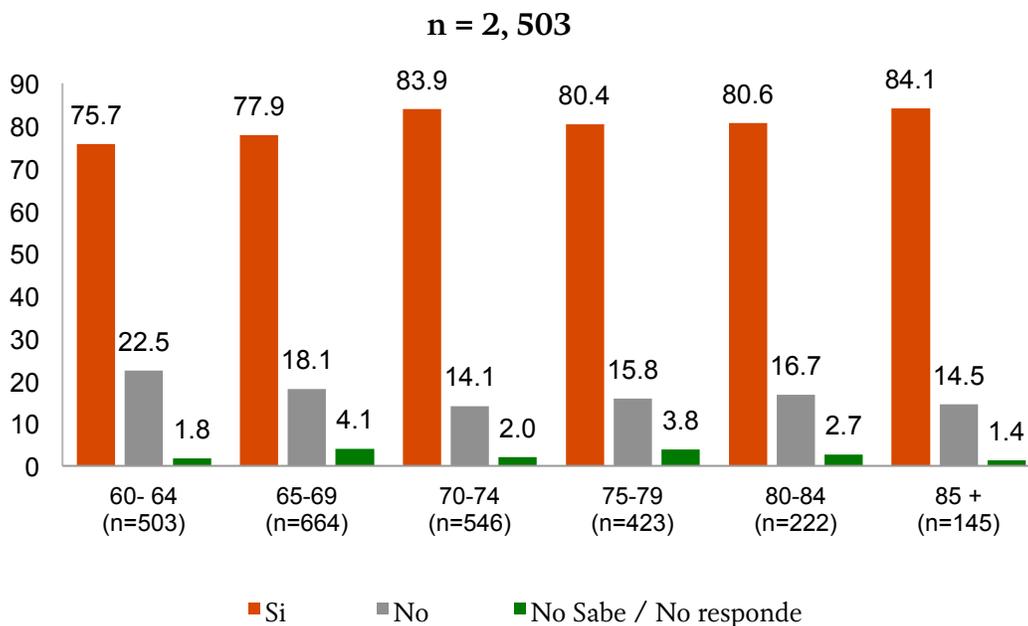


Hábitos saludables y recreativos

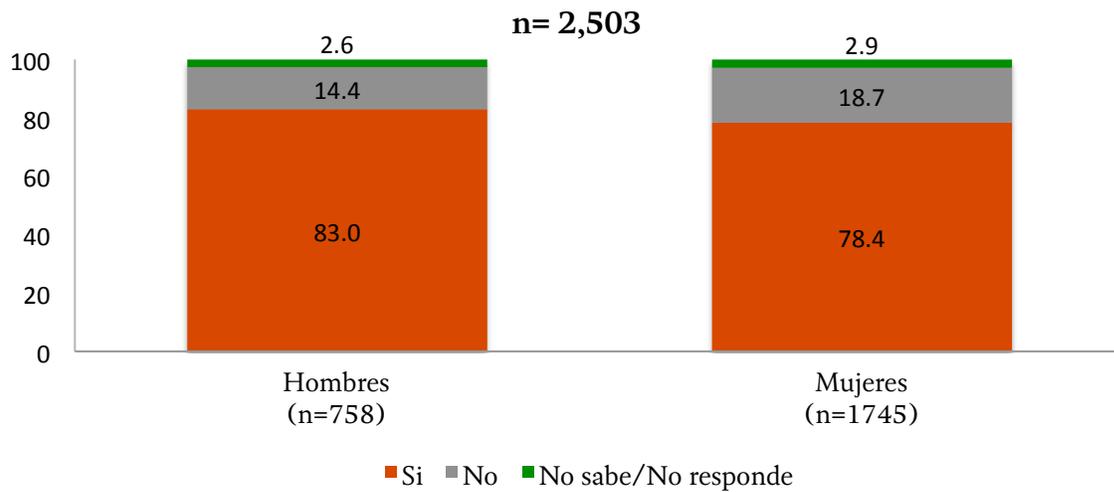
Nutrición

En cuanto a hábitos saludables, se les preguntó, como percibían su estado de nutrición, encontrando que el 17.4% de los encuestados se percibe como bien nutrido, sin que exista una tendencia por grupos etarios $\chi^2_{1gl}=1.7$; $p>0.05$, (gráficas 49). Cuando se analiza por sexo tampoco se encontró una diferencia significativa $Z=1.02$; $p> 0.05$, (gráficas 50).

Gráfica 49. Distribución porcentual de la autopercepción del estado nutricio según grupos de edad.



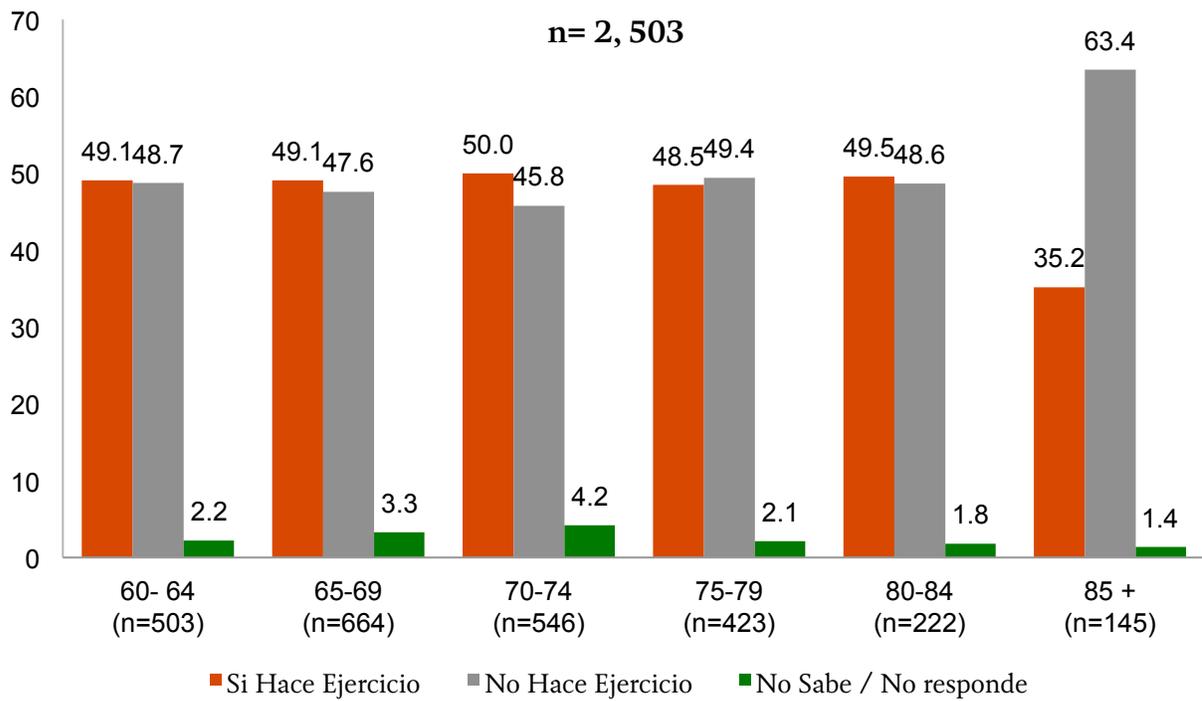
Gráfica 50. Distribución porcentual de la autopercepción del estado nutricional según grupos sexo.



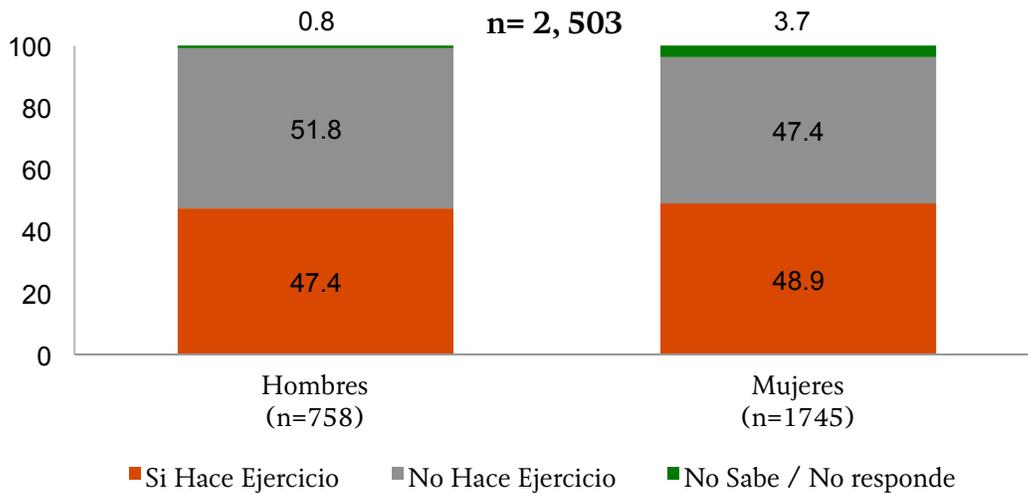
Ejercicio

Al preguntar si habían hecho ejercicio regularmente, al menos tres veces a la semana, el 48.7% respondió afirmativamente, sin mostrar tendencia relacionada con la edad $\chi^2_{1gl}=0.9$; $p>0.05$, (gráfica 51), o el sexo $Z=0.48$; $p>0.05$, (gráfica 52).

Gráfica 51. Distribución porcentual de la referencia de hábitos de ejercicio según grupos de edad.



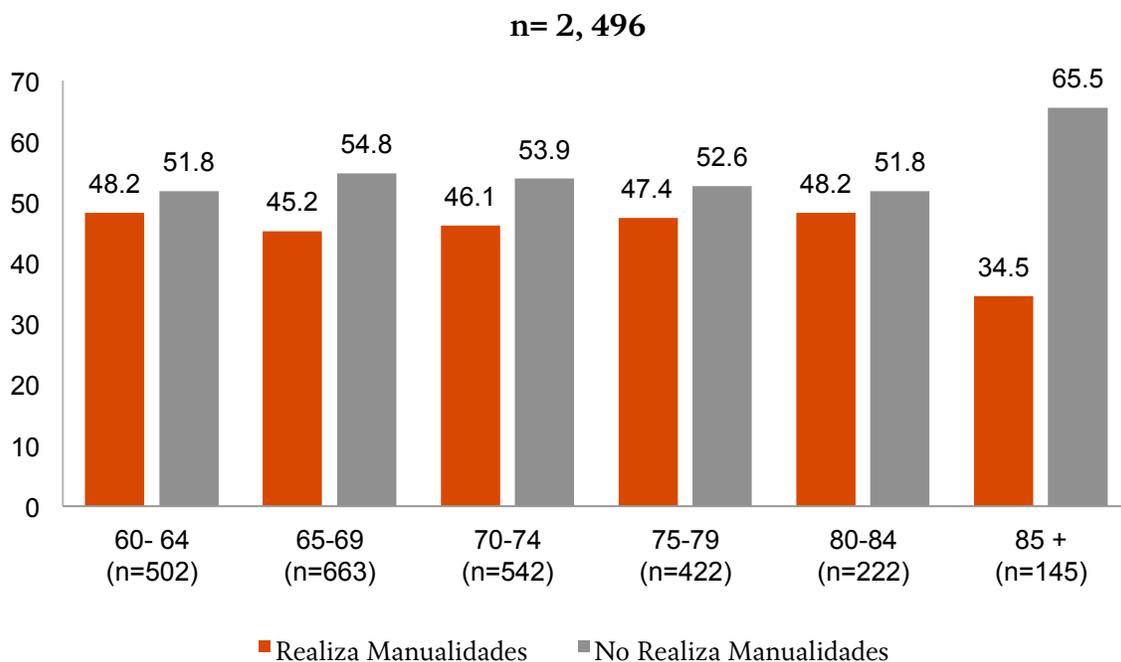
Gráfica 52. Distribución porcentual de la referencia de hábitos de ejercicio según sexo.



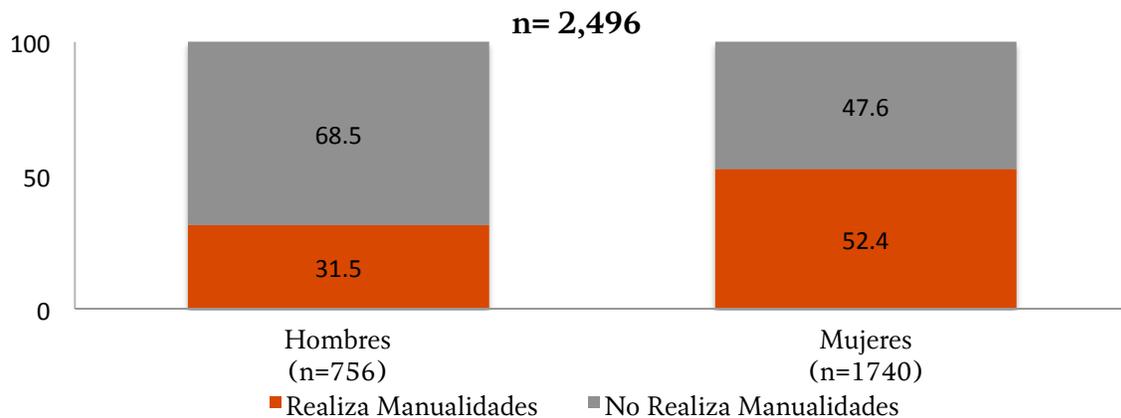
Manualidades

También se investigó la participación de los encuestados en la elaboración de manualidades, por lo menos una vez por semana, como actividad de entretenimiento, el 46% refirió hacerlo sin mostrar tendencia relacionada con la edad $\chi^2_{1gl}=0.5$; $p>0.05$ (gráfica 53), sin embargo se encontró que esta actividad es más frecuente en el sexo femenino con una $Z=5.75$; $p<0.01$ (gráfica 54).

Gráfica 53. Distribución porcentual de la referencia de realizar manualidades según grupos de edad.



Gráfica 54. Distribución porcentual de la referencia de realizar manualidades según sexo.

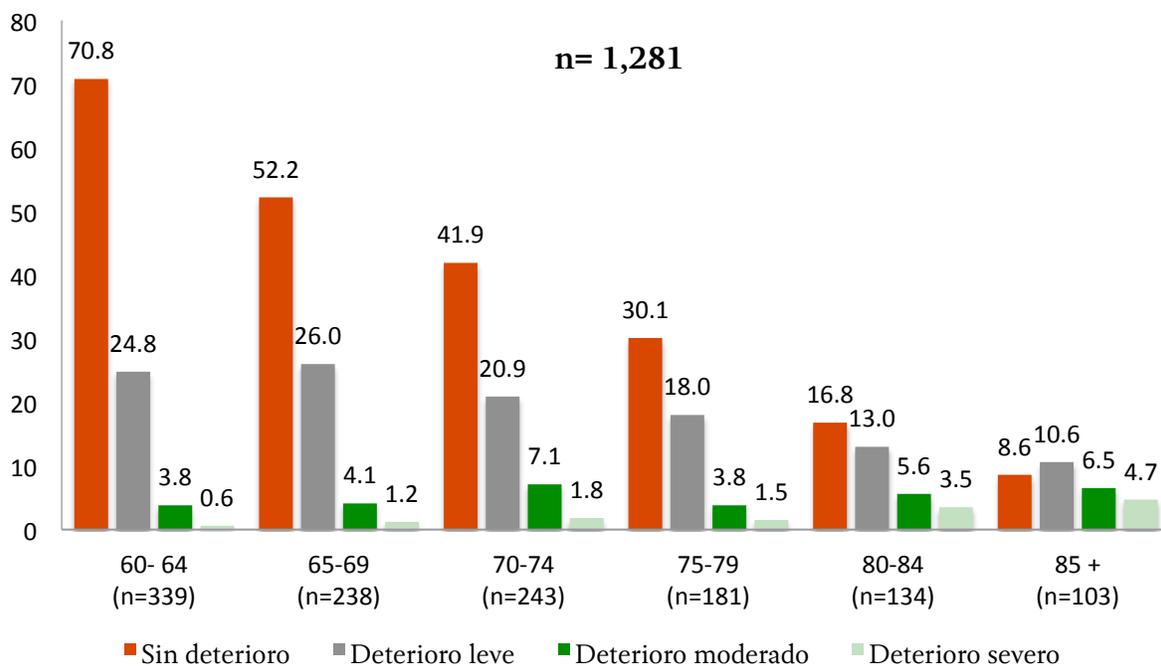


Estado Funcional

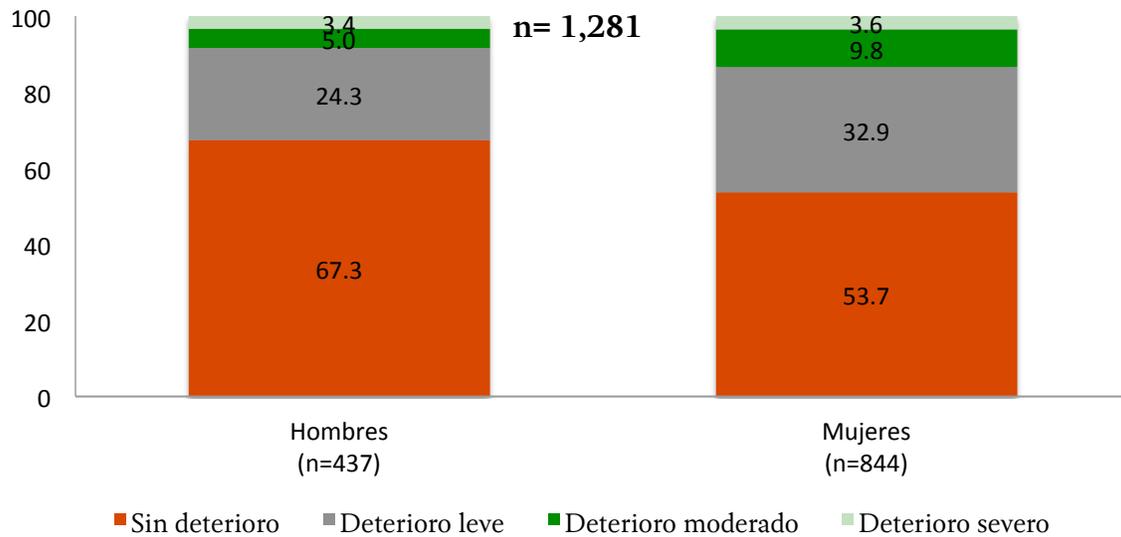
Actividades Básicas para la Vida Diaria

El 1% de la población estudiada presenta discapacidad en el estado funcional para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) al calcular la $\chi^2_{1gl}=12.5$; $p<0.01$ encontrando un incremento lineal conforme avanza la edad (gráfica 55). Sin embargo cuando se evaluó esta variable por sexo se encontró una $Z=0.91$, $p>0.05$, que significa que no hay diferencia significativa entre hombres y mujeres (gráfica 56).

Gráfica 55. Distribución porcentual de la referencia de realizar actividades básicas para la vida diaria según grupo de edad.



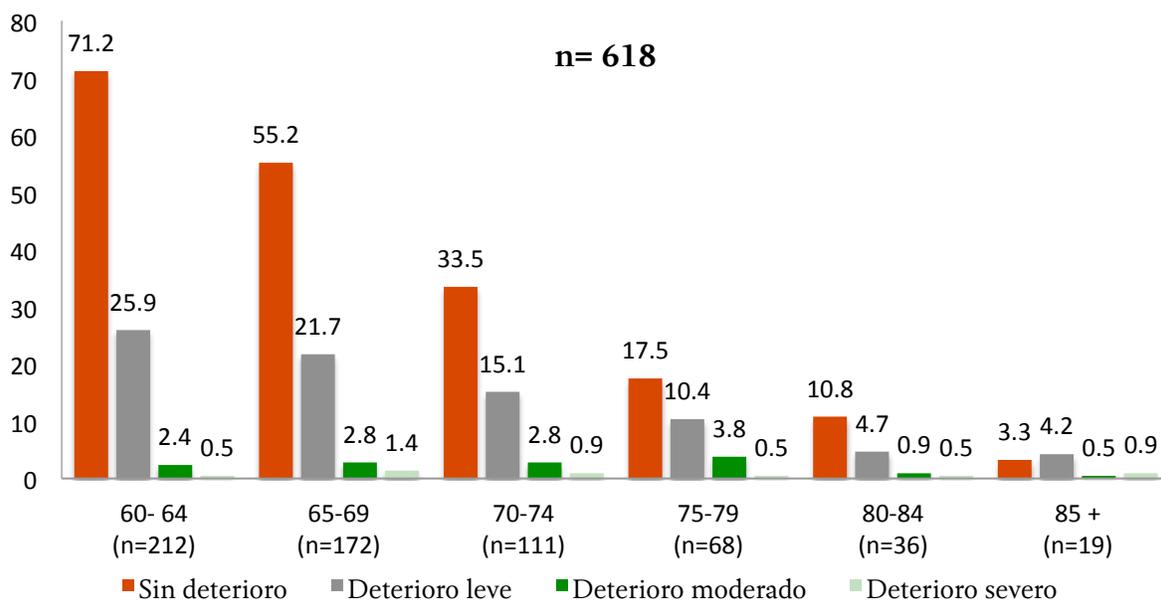
Gráfica 56. Distribución porcentual de la referencia de realizar actividades básicas para la vida diaria según sexo.



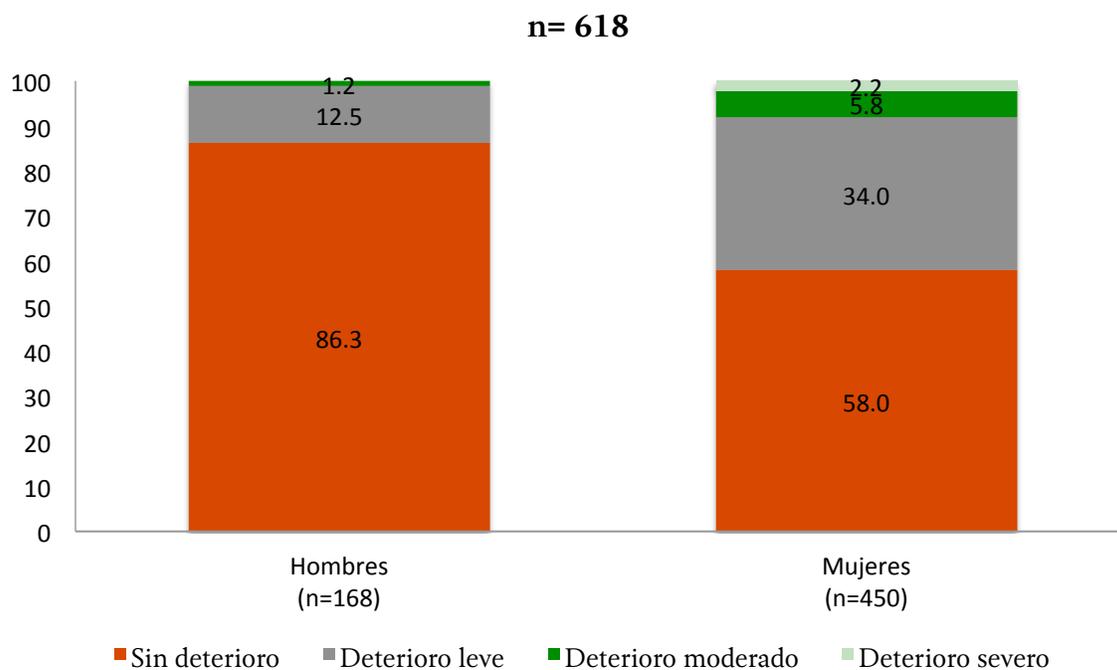
Actividades Instrumentales para la Vida Diaria

Al estudiar el estado funcional y preguntar si presenta dificultad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) el 2.5% respondió afirmativamente, sin mostrar tendencia relacionada con la edad $\chi^2_{1gl}=0$; $p>0.05$, (gráfica 57), o el sexo $Z=0.57$; $p>0.05$, (gráfica 58).

Gráfica 57. Distribución porcentual de la referencia de realizar actividades instrumentales para la vida diaria según grupo de edad.



Gráfica 58. Distribución porcentual de la referencia de realizar actividades instrumentales para la vida diaria según sexo.





4. LÍNEAS ESTRATÉGICAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR EN HIDALGO.

• Mtra. Bertha Maribel Pimentel Pérez¹ • M.S.P. Héctor Farfán Téllez² • Dr. Eduardo Guzmán Olea³ • Dr. Raúl Azael Agis Juárez⁴

¹Coordinadora del Área Académica de Gerontología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

²Coordinador Estatal del Programa de Envejecimiento de la Subsecretaría de Salud Pública del Estado de Hidalgo

³Profesor investigador del Programa Cátedras CONACYT/U.A.E.H.

⁴Coordinador de Investigación del Área Académica de Gerontología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

En el estado de Hidalgo al igual que en resto del país, la población adulta mayor va en crecimiento como lo hace notar CONAPO 2010 en la proyección de población 2010 – 2030, en la que se puede observar un crecimiento pasando en el 2010 con un 9.4% de la población total adulta mayor en Hidalgo a un 15% para el 2030, lo que representa un incremento del 5.6% pasando de 252,211 a 499,979 personas adultas mayores; lo que nos obliga a visualizar, planear, diseñar y definir estrategias y políticas públicas que respondan a las necesidades de esta población, considerando su contexto actual respecto a las enfermedades principales que los afectan.

Es bien sabido que las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, alteraciones cognitivas y discapacidad, generan comorbilidades que suman mayores riesgos y la disminución de las capacidades físicas y cognitivas, condicionando así la posibilidad de lograr un envejecimiento activo y saludable, controlando de manera eficiente y oportuna las enfermedades con mayor incidencia y prevalencia de este grupo etáreo lo que les permita insertarse de formar activa en la sociedad.

Es importancia considerar que bajo este contexto, la condición del estado de salud de las personas adultas mayores se ve afectada lo que demanda una mayor asistencia y cuidado de forma autónoma, familiar, institucional y de la sociedad en general, que es de donde surgen los siguientes planteamientos:

1. Diseñar e implementar una política que fomente y fortalezca la creación y funcionamiento de una Red Interinstitucional que permita la referencia y contra-referencia entre las instituciones y sus diferentes niveles de atención, lo que permita optimizar recurso y facilitar el acceso a los mimos en el momento que las personas adultas mayores los demanden.

2. Implementar un modelo de capacitación que permita la sensibilización y humanización de la prestación de servicios de los diferentes servidores públicos y privados que brindan atención a las personas adultas mayores dando como resultado servicios con calidad y calidez, de acuerdo a los objetivos y alcances de cada institución.
3. Fortalecer el sistema de salud del estado respecto a un modelo de atención gerontológico integral dentro de las unidades de atención de primer contacto con la finalidad de acercar más y mejores servicios a las personas adultas mayores que les permita obtener servicios de salud oportunos.
4. Diseñar e implementar una campaña de comunicación social en el estado que permita fomentar el reconocimiento, dignificación y concientización sobre el proceso de envejecimiento y la vejez en sí misma como una etapa de la vida.
5. Reconocer e implementar dentro de los profesiogramas de las distintas instituciones al gerontólogo/a, así como el fortalecer la actualización y especialización de los servidores públicos y privados respecto a la prestación de servicios efectivos que se brindan a las personas adultas mayores.
6. Hacer una revisión y análisis de la estructura estatal que atiende y da respuesta a las necesidades de las personas adultas mayores para fortalecerla y dar una respuesta más eficiente y oportuna respecto a las necesidades reales de esta población.
7. Generar redes comunitarias o de la sociedad civil que faciliten la inclusión y vinculación de la estructura intermedia de la sociedad con las instituciones públicas y privadas del estado, permitiendo el acercamiento y acceso de los servicios existentes.
8. Diseñar e implementar de forma interinstitucional y con la comunidad civil un modelo de cogestión que fomente el autocuidado de la salud permitiendo el empoderamiento de las personas adultas mayores.



5. CONCLUSIONES Y COMENTARIOS.

Dr. Eduardo Guzmán Olea¹ • Dr. Raúl Azael Agis Juárez² • Mtra. Bertha Maribel Pimentel Pérez³

¹Profesor investigador del Programa Cátedras CONACYT/U.A.E.H.

²Coordinador de Investigación del Área Académica de Gerontología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

³Coordinadora del Área Académica de Gerontología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

En México el número de personas con más de 60 años se incrementa como resultado de un aumento en la esperanza de vida, lo que genera un proceso de transición demográfica progresivo. Actualmente este grupo está conformado por cerca de 7.2 % de la población total, es decir 11.7 millones al 2014.

Específicamente en el estado de Hidalgo habitan 250,715 adultos mayores (según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2010) considerándolos a partir de los 60 años de edad, de ellos el 46.93% son hombres y el 53.07% son mujeres.

Del total de adultos mayores 54.7% viven en zonas rurales y el 46.2% en zonas urbanas y el 60% no cuenta con seguridad social, el 11% cuenta con pensión o jubilación y sólo el 31.6% de este sector participa en alguna actividad económica.

Basados en datos poblacionales, podemos decir que el grupo de las personas adultas mayores es, el grupo de edad con mayor tasa de crecimiento en todo el país, sin embargo, las políticas enfocadas en atender este grupo aún son pocas. Como ejemplo de lo anterior es bien sabido que en el país las diferencias de género aún son marcadas, lo que provoca que las mujeres adultas mayores hayan estado alejadas del mercado laboral quedando excluidas de la seguridad social y colocándolas en una situación de gran vulnerabilidad.

En cuanto a la salud de los adultos mayores, uno de los principales retos del envejecimiento demográfico es su impacto sobre los sistemas de salud. El envejecimiento de la población implicará una mayor demanda de servicios de salud, pues en este grupo de edad se presentan mayores tasas de morbilidad y necesidades de atención médica que en el resto de la población.

Las principales causas de morbilidad entre la población adulta mayor en México son las afecciones cardiovasculares, diabetes, traumatismos, hipertensión, las enfermedades cerebrovasculares y neumonías; además de presentar alguna

discapacidad lo que genera una fuerte dependencia frente a los servicios de salud, sus familiares y las instituciones de la seguridad social.

Por esta razón es importante instrumentar estrategias preventivas que permitan reducir la prevalencia de las discapacidades, para así incrementar la esperanza de una vida libre de discapacidad y reducir los costos que ésta genera en la vida de los adultos mayores y de quienes los rodean.

Si el envejecimiento global representa un triunfo de los avances médicos, sociales y económicos sobre las enfermedades, también implica cambios extraordinarios ya que provocará un mayor esfuerzo para los sistemas de seguridad social y de pensiones, modificaciones necesarias en los modelos de apoyo social e impactos en el crecimiento económico, el comercio, la migración y la prevalencia y el patrón de enfermedades por lo que es necesario reforzar las acciones que respeten los derechos humanos para toda la población y, en especial, para los grupos vulnerables, como los adultos mayores.

6. AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la OPS/OMS México, la cual otorgó al CENAVECE actualmente CENAPRECE el permiso para utilizar su Protocolo de Salud Bienestar y Envejecimiento para la realización de este estudio en todo el país.

CENAPRECE

De manera muy especial agradecemos al Dr. Cutberto Espinoza López, Encargado de la Dirección de Salud en el Adulto y el Anciano, por su amable y firme apoyo, sin el cual esta publicación no hubiera sido posible.

Al grupo de Tecnologías de la Información y Comunicación: Lic. José Javier González Velásquez, Lic. Claudia Sequera Ouielhe, Lic. José Luis Barragán Esteves, Lic. Orlando N. Valdivieso Meza, Lic. Josué Antonio Pardo Larraguivel, Tec. en Informática Fernando Ruíz Guzmán por su apoyo.

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

A la Dra. Ana Luisa Sosa y a todo su equipo por todo su apoyo y comprensión para la realización de este estudio

Agradecimientos, equipo SABE Hidalgo.

Comité Estatal de Salud y Atención al Envejecimiento en Hidalgo COESAEN

A todas y todos los miembros del Comité representantes de las diversas instituciones que lo conforman Servicios de Salud de Hidalgo SSH, Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS Regímenes Ordinario y PROSPERA, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE, Sistema Integral para el Desarrollo de la Familia Hidalgo DIFH, Centro Estatal de Atención Geriátrica Integral CESAGI, Petroleos Mexicanos PEMEX, Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores Delegación Hidalgo INAPAM, Instituto para la Atención

de las y los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo IAAMEH, Colegio Médico Hidalguense CMH, Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo CDHEH, Médica Azul Cooperativo Cruz Azul, Secretaría de Educación Pública del Estado de Hidalgo SEPH y al Instituto Hidalguense de Educación para los Adultos IHEA, por su participación activa dentro del comité estatal.

Servicios de Salud de Hidalgo SSH

Al Mtra. Ana María Tavarez Jiménez, Mtra. Ma. Dolores Osorio Piña, Dra. Miriam Veras Godoy, Dra. Ma. Concepción Carmona Ramos, Dr. José Antonio Copca García, Dr. Antonio Lechuga Traspaña, Dr. Ricardo Mejía Bautista, Dra. Alejandra Ramírez Reyes, Dr. Saúl Rodríguez Rivera, Dra. Rocío Téllez Girón Santos, Psic. Martha Elena Cuevas Ibarra, Mtro. Héctor Farfán Téllez por el apoyo y gestión para facilitar el levantamiento de la encuesta; así como sus aportaciones en la revisión e integración del presente documento.

Sistema Integral para el Desarrollo de la Familia Hidalgo DIFH

Al L.T.S. Miguel Ángel Islas Martínez y a todo su equipo por el apoyo y gestión para facilitar el levantamiento de la encuesta.

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores Delegación Hidalgo INAPAM

Al C.D. Jorge Grabiél García Belío y a todo su equipo por el apoyo y gestión para facilitar el levantamiento de la encuesta.

Instituto para la Atención de las y los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo IAAMEH

Al Dr. Juan José Martínez Santos y a todo su equipo por el apoyo y gestión para facilitar el levantamiento de la encuesta.

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

A la Mtra. Bertha Maribel Pimentel Pérez Coordinadora del Área Académica de Gerontología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, a todo su cuerpo de catedráticos y alumnas/os es especial a:

Catedraticas/os

Mtra. María Eugenia Zaleta Arias

Mtro. Sergio Misael Espíndola
Raygadas

Mtro. Daniel Ángeles Trejo

Alumnas/os

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Aguirre Peralta Diana Magdalena | 13. Morgado Martínez Miriam Itzel |
| 2. Cepeda Rebollar Rosario de M. | 14. Ortiz Mendoza Alexis Alan |
| 3. Contreras Quijano Sandra Soledad | 15. Peña Trejo Anahí |
| 4. Escamilla García Gisela | 16. Pérez Maqueda María Rosalba |
| 5. García Sampallo Kathia Rubí | 17. Pérez Sierra Brenda Elizabeth |
| 6. Hernández Roque Janet | 18. Reyes Díaz Christian |
| 7. Hernández Duran Gerardo | 19. Sánchez Ángeles Ana Karen |
| 8. Hernández Fragozo Sarahi de Jesús | 20. Silverio Pérez Dulce Cristina |
| 9. Hernández Martínez Dalia | 21. Tolentino López Zayra Daniela |
| 10. Martínez Martínez Itzel Anahí | 22. Toriz Robles Nadia |
| 11. Martínez Varela Guadalupe Y. | 23. Velazco Flores Nayeli Elideth |
| 12. Montiel Alviter Juan Eduardo | 24. Zarco Acosta Jonathan |

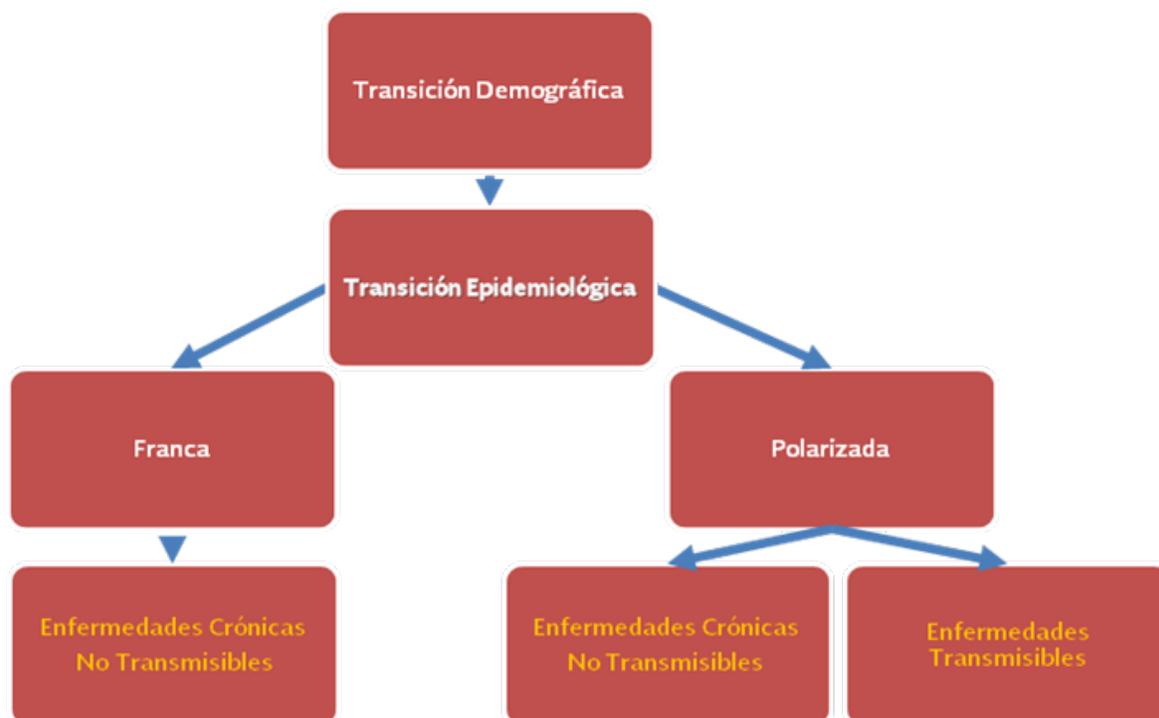
ANEXO 1

PARTICIPACIÓN DEL COMITÉ NACIONAL DE ATENCIÓN AL ENVEJECIMIENTO EN EL PROYECTO-ENCUESTA SABE

Dra. María Esther Lozano Dávila • Dr. Javier Calleja Olvera
Subdirección de Atención al Envejecimiento, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

El envejecimiento es hoy día, uno de los cambios más notables en la estructura de la población mundial. Los países desarrollados han experimentado desde hace décadas, las consecuencias de este cambio y han generado programas y estrategias para su atención; su eficiencia ha sido mostrada no solamente en los aspectos relacionados con las perspectivas social y económica, sino en aquéllos que competen a la protección de la salud. Parte de este éxito, se explica por el hecho de que el fenómeno del envejecimiento se empezó a presentar de forma gradual por casi 100 años en países desarrollados. Esto favoreció que se presentara un cambio paulatino en la cultura de las sociedades en relación al envejecimiento, además de que los organismos responsables de la atención a las personas adultas mayores, pudieron abordar en forma cuidadosamente planeada los aspectos prioritarios de este fenómeno. Sin embargo, el envejecimiento de los países desarrollados como los de la Unión Europea, Estados Unidos y Canadá, siguen representando, por su gran magnitud, una prioridad determinante que crece sin cesar; mientras que los países en desarrollo como los de América Latina y el Caribe, se han caracterizado por una extrema pobreza con desventajas para el desarrollo económico y social. Estos factores sumados a la inequidad (principalmente de sexo, donde las mujeres están en mayor desventaja), así como la coexistencia de enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles, hacen de México un país de epidemiología polarizada que coincide con una gran población de gente joven y la creciente población de personas adultas mayores. La cifra ha alcanzado ya un 8.5% de la población total.^{1,2}

Imagen1. Transición epidemiológica.



Fuente: Secretaría de Salud, Programa de Atención al Envejecimiento, Estudios SABE, Michoacán, Guanajuato, Tlaxcala, San Luis Potosí, Estado de México y Yucatán 2013.

El fenómeno del envejecimiento que se observa en el mundo, del que América Latina no escapa y por ende México, es el resultado no sólo del aumento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad, sino del mejoramiento en salud pública, gracias al importante control de las enfermedades transmisibles. (Ver Imagen 1)

La creciente longevidad de la población, ha motivado que los aspectos sociales, económicos y de salud de las personas adultas mayores sean temas que preocupan a las autoridades, ya que se presentan como elementos clave para el desarrollo socioeconómico del país. Por ejemplo, la educación es un factor que influye sobre la calidad de vida de los pueblos.^{3, 4} En materia de personas adultas mayores, está comprobado que aquéllos con un nivel de escolaridad mayor, responden de mejor manera a los retos que impone la vejez, en contraste con aquéllos que no tuvieron

acceso a la instrucción escolar. Afortunadamente, el nivel de escolaridad ha mejorado en el último siglo; en el grupo de personas entre 15 a 19 años, la tasa de analfabetismo apenas alcanza un 3%; mientras que casi una tercera parte de personas adultas mayores es analfabeta (30.1%).⁵

El rezago educativo es otro fenómeno que significa un lastre para las personas adultas mayores de nuestro país ya que alrededor de 70% tiene la instrucción primaria incompleta. De la cifra anterior se sabe que más de la mitad no completó siquiera un año de instrucción y sólo 17% terminó la primaria.⁶

Las oportunidades de desarrollo social, siempre han sufrido de inequidad respecto a la construcción social de sexo y esto se magnifica en los adultos mayores, especialmente en las mujeres; en épocas anteriores tenían que renunciar a la posibilidad de crecer profesionalmente u ocuparse de actividades eminentemente “masculinas”.

Otro indicador asociado con los apoyos durante la vejez, es la seguridad social, ya que puede facilitar el acceso a servicios que de otra manera representarían gastos catastróficos, particularmente aquéllos relacionados con la atención a la salud. En el país, casi la mitad de la población adulta mayor cuenta con seguridad social y de éstos, un alto porcentaje está protegido por más de una institución; sin embargo, sólo 20% gozan una jubilación y, es más favorable esta situación entre los hombres (27.4%) a diferencia de las mujeres (14.4%).⁷

Por otro lado, el número de personas adultas mayores que tienen una actividad laboral con una remuneración adecuada se considera bajo. En la actualidad, los montos de ingresos por concepto de actividades productivas en las personas adultas mayores, indican la precariedad que sufre México en esta materia. Una cuarta parte de los trabajadores de 60 años y más no recibe un ingreso por su trabajo; otra cuarta parte recibe menos de un salario mínimo y otra cuarta parte recibe una remuneración correspondiente a dos salarios mínimos.⁸

Ante este panorama, las instituciones han realizado una serie de actividades en pro de este grupo de edad, pero hay que admitir que, a pesar de los esfuerzos en los servicios de atención, los resultados han sido limitados, así como los programas y actividades realizados. Lo anterior impacta en la salud de la población mexicana adulta mayor. Por ejemplo, en la actualidad, aproximadamente el 60% viven en soledad y cada día disponen de menos recursos para su supervivencia.^{7,8} El deterioro

funcional que sufre un porcentaje importante de este grupo poblacional, contribuye a su disfunción social y posterior aislamiento.

En este trabajo, se reseña cómo el CONAEN ha observado y hecho un análisis del envejecimiento poblacional del país y su problemática en salud desde el inicio de sus funciones en 1999, hasta la fecha. Su estructura multidisciplinaria, interinstitucional e intersectorial ha logrado una experiencia acumulada en materia de Geriatria y Gerontología, que sirve de base para la implementación de planes de intervención en materia de salud pública y bienestar de este grupo poblacional. Dadas estas características, el CONAEN puede ser considerado como un paradigma a seguir por las naciones con características socioeconómicas y culturales similares a las de México.

México, es el único país latinoamericano miembro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD, por sus siglas en inglés) que cuenta con un organismo colegiado en materia de envejecimiento de las características de CONAEN. A este respecto, en 1999, la OECD calificó la integración del CONAEN como una “lección para ser compartida por todos los países miembros”.

CONAEN: Historia, Funciones y su Análisis en México.

Antes de la aparición del CONAEN, las instancias responsables de la atención al envejecimiento en el país, aunque de reconocida trayectoria, eran pocas y sus acciones encaminadas a la búsqueda de la salud y bienestar de la población adulta mayor, formaban parte de otros programas considerados de mayor prioridad que aquéllos con un enfoque geronto-geriátrico. Además, sus intervenciones no se coordinaban de manera interinstitucional, lo que limitaba una estandarización en la calidad de la atención.⁹

Dentro de las instituciones que iniciaron la atención al envejecimiento en México, podemos mencionar al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Salud (SS), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). De las instancias antes mencionadas, las tres primeras basan sus acciones predominantemente en la atención médica, mientras que las otras realizan prioritariamente acciones de prestaciones sociales, lúdicas y culturales.

Ante la presencia patente de la transición demográfica y epidemiológica que se ha presentado en el país, a finales de los noventa la Secretaría de Salud convocó a la formación de un grupo colegiado multidisciplinario de expertos en materia de envejecimiento, con el objetivo de analizar y emitir una serie de estrategias para el abordaje idóneo de la problemática que surge en la vejez. Posterior a la integración del organismo colegiado, por Decreto Secretarial surge el CONAEN, con un enfoque interinstitucional e intersectorial, que se da a la tarea de estandarizar criterios en la atención de la población adulta mayor.

Es importante recalcar que las líneas de acción del CONAEN, se basan en la problemática en salud más común y trascendente para la población adulta mayor y, se centran en las entidades nosológicas de mayor relevancia como hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, alteraciones de la memoria, depresión, enfermedad vascular-cerebral, padecimientos prostáticos, enfermedad periodontal e incontinencia urinaria, por mencionar algunos.¹⁰

Con esta óptica, el CONAEN considera que no es posible que las acciones de atención sean abordadas de forma aislada por cada una de las instituciones mexicanas que atienden la problemática de este grupo etario. Entre las causas que provocan una dilación o cese en la atención, destacan las relacionadas con la carencia de recursos humanos capacitados en este renglón, así como los de tipo financiero. Esto se traduce en una necesidad creciente por parte de las instancias que integran el sector salud, para trabajar conjuntamente y de forma interinstitucional e intersectorial, con el fin de unir los esfuerzos públicos y privados a favor de la atención del envejecimiento activo y saludable; esto contribuirá en la prevención y control de las enfermedades de mayor prevalencia en la población de 60 y más años.

Basadas en los requerimientos en materia de salud y bienestar social de la población adulta mayor, las actividades del CONAEN han estado enfocadas a la generación de estrategias en pro de la prevención, detección, diagnóstico, atención, investigación y educación para la salud, sobre los fenómenos relacionados con el proceso del envejecimiento y los padecimientos que son comunes, con un enfoque integral y la instrumentación de planes de acción muy específicos, tales como:

- Participación activa en la generación de políticas públicas en materia de atención a la población adulta mayor.

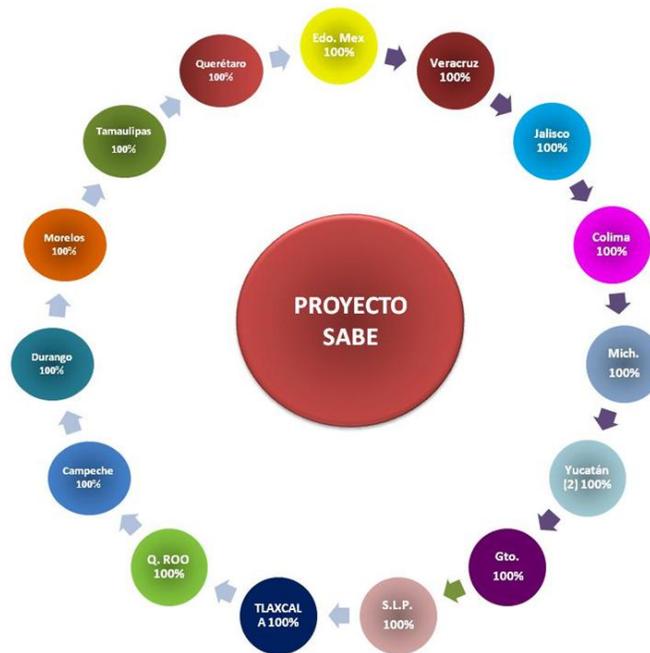
- Determinar y/o desarrollar estrategias operacionales para el control de las enfermedades.
- Llevar a cabo, en coordinación con otras instituciones del sector salud, la vigilancia epidemiológica y el desarrollo de estrategias operacionales de las enfermedades prevalentes.
- Difundir y establecer campañas de educación permanente en la comunidad para la prevención y detección temprana de las enfermedades prevalentes.
- Promover la capacitación de recursos humanos en la salud.
- Establecer modelos y líneas de investigación para el avance de la ciencia y tecnología, así como fomentar la búsqueda del financiamiento necesario.
- Facilitar la formación y dar seguimiento a las acciones de los subcomités estatales de atención al envejecimiento, en todas las entidades federativas de la República Mexicana.
- Coordinar las acciones con las instituciones y las instancias de los diferentes sectores de la sociedad, relacionados con la atención a este grupo poblacional.
- Contar con un órgano informativo para la difusión de las actividades y programas de los comités.
- Promover la participación de la comunidad y la familia en la atención del envejecimiento.

El Análisis

Con los datos antes proporcionados, el CONAEN toma como una de sus acciones inmediatas, realizar estudios tendientes a conocer la información sobre el estado de salud, bienestar y envejecimiento de la población adulta mayor y, en coordinación con la OPS/OMS, se acordó implementar en cada entidad federativa el Proyecto de Investigación denominado Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE),¹¹ que inició en el 2000 en la Ciudad de México y áreas conurbadas. El estudio se realizó con la información proporcionada por más de 26 mil personas adultas mayores y, se pretende se incremente la participación a medida que se sumen más entidades federativas. Por su impacto y relevancia, el estado de Yucatán fue el primero en replicar este estudio, el cual se encuentra terminado en un 100%. Posteriormente, a

este logro se sumaron el Estado de México, San Luis Potosí, Morelos, Michoacán, Durango, Veracruz, Querétaro, Guanajuato, Tlaxcala y Tamaulipas. Otros estados siguen con diferente grado de avance. ¹² (Ver Imagen 2)

Imagen2. Proyecto-Encuesta SABE en las Entidades.



Fuente: Realización propia con base a información del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento

La Encuesta SABE, además de brindar información sobre las personas adultas mayores, ha logrado otros beneficios para su atención como:

- Formar o activar los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento, para garantizar un trabajo intersectorial e interinstitucional dentro de cada entidad federativa.
- Trabajar de forma coordinada entre el sector salud con universidades o instituciones de educación superior, para proporcionar una nueva fuente de garantía y utilidad de este estudio.
- Contar con un diagnóstico actualizado de la población envejecida para poder adecuar y aplicar modelos de atención eficientes, adaptar políticas estatales en materia de salud y cambios en la curricula universitaria.

- Contar con información propia para la realización de nuevas tesis y nuevas investigaciones.

Otra de las grandes empresas del CONAEN, ha sido implantar la Semana Nacional de Salud para Gente Grande (SSGG), en cada entidad federativa con acciones de promoción, prevención y control de enfermedades las cuales se integraron a la Agenda de Salud para garantizar el fomento de una cultura hacia el envejecimiento saludable. Desde su implementación hasta la fecha, se han realizado 25.5 millones de acciones de prevención y promoción de la salud.

Debido a las acciones realizadas por el CONAEN, por primera vez el país cuenta con una “Política Pública Nacional de Vacunación para la Persona Adulta Mayor,” con un esquema básico consistente en vacuna anti-influenza, anti-neumococo y toxoide tetánico-diftérico. Para medir el impacto, se está analizando la mortalidad por neumonías y se planteó como indicador, la reducción de la mortalidad en un 3% durante el período 2007-2012 en todo el sector.

Durante la temporada invernal 2006-2007, destaca la aplicación de 4 millones 578, 463 dosis de vacuna anti-influenza (93.26% de la meta) y 1 millón 345 mil 840 dosis de vacuna anti-neumocócica (95.59% de la meta). Por último, en 2007-2008 la aplicación de 3 millones 428 mil 915 dosis de vacuna anti-influenza (87.44%).

Para lograr una estandarización en las actividades de promoción y prevención de las enfermedades, en el sector salud, desde el año 2000, se estableció la Cartilla Nacional de Salud del Adulto mayor, misma que se integra al Sistema Nacional de Cartillas de Salud que opera de manera oficial a partir del 24 de diciembre del 2002, a través de un decreto presidencial. En el 2008, se realiza una cartilla para todas las instituciones del sector salud.

También destaca que a través del trabajo colegiado del Comité se realizan actividades en pro de un envejecimiento activo y saludable de manera coordinada en todo el país.

El grupo que integra el Comité, convencido de que la capacitación del médico de primer nivel de atención es la piedra angular para el diagnóstico y tratamiento adecuado de las patologías propias de esta edad, se ha dado a la tarea de elaborar, reproducir y distribuir las Guías de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención, tales como: Hiperplasia Prostática, Depresión y Alteraciones de Memoria, Incontinencia Urinaria, Odontogeriatría, Caídas, el Adulto mayor y sus Mascotas,

Centros de Día, Principios del Abordaje Gerontológico en la Persona Adulta Mayor e Intervenciones Básicas y dos Novelas Gráficas para su Distribución a las Personas Adultas Mayores y su Familia, documentos que sin duda, sirven al médico para brindar una mejor atención a sus pacientes.¹³ También, se están desarrollando cursos presenciales y en línea, diplomados en Geriatria y Gerontología de manera interinstitucional e intersectorial, con el fin de que se homologuen los criterios de promoción, prevención, tratamiento y limitación del daño en las personas adultas mayores, en coordinación con instituciones de enseñanza superior del país y la OPS/OMS. Se están implementando, por otro lado, acciones encaminadas a mejorar los conocimientos acerca de los cuidados asistenciales en domicilio que deben proveer los cuidadores primarios a las personas con discapacidad física o mental.

Con el objetivo de generar una cultura en pro de un envejecimiento activo y saludable se están realizando concursos de carteles en universidades dirigidos a alumnos de diferentes disciplinas, diseñadores gráficos y áreas afines a las ciencias de la salud.

Otra gran tarea, ha sido actualizar e integrar en las normas oficiales de diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica existentes, apartados específicos para la persona adulta mayor. Todavía se considera la atención clínica de estos pacientes, igual a la de los grupos etarios más jóvenes. Esto ocasiona una atención inadecuada que puede llevar al deterioro en la salud y funcionalidad en la población adulta mayor.

Subcomités Estatales del CONAEN

Con la finalidad de garantizar el cumplimiento de sus acciones, fueron establecidos los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento, llamados COESAEN. Tienen, como uno de sus objetivos, lograr la coordinación intra y extra institucional en las diferentes entidades federativas, así como proteger la salud, prevenir, controlar o retardar la aparición de las enfermedades o discapacidades de mayor importancia y elevar la calidad de vida. A la fecha, se tienen instituidos 97% de los COESAEN, con un total 31 comités.¹⁴

Vinculaciones Internacionales

Dentro de las actividades internacionales, el CONAEN ha trabajado estrechamente con la Oficina de Salud de Canadá, lo cual dio como resultado la “Guía para el

Desarrollo de un Sistema Integral de Apoyo para el Envejecimiento”, obra traducida al español, inglés y francés.

Este importante documento, distribuido en los servicios estatales de salud, fue diseñado para ser consultado por los responsables en la toma de decisiones políticas, tanto a nivel provincial, como nacional. El objetivo principal del documento, es brindar las herramientas necesarias para la toma de decisiones en los ámbitos municipal, jurisdiccional y estatal.

El desarrollo de los planes de acción con la contraparte canadiense se basó en reuniones binacionales para el intercambio de conocimientos diversos en envejecimiento. Estos trabajos siempre contaron con el apoyo técnico de la OPS/OMS.

También con Estados Unidos de Norteamérica, se han efectuado numerosas actividades como el intercambio de guías técnicas, asesorías técnicas, reuniones binacionales y proyectos de investigación. Un logro técnico notable, fue la asesoría para la elaboración del libro “Bases Fisiológicas para la Actividad Física en el Adulto Mayor”.

Así, de acuerdo con una supervisión integral efectuada en 1998 por la Secretaría de Salud, en las instituciones de salud del país, los problemas más citados fueron: 1) la falta de coordinación interinstitucional e intersectorial que ha prevalecido en las últimas décadas; 2) una escasa capacitación del personal de apoyo profesional y voluntario; 3) una baja cobertura de atención a los pacientes con diabetes e hipertensión; 4) las deficiencias sostenidas en la dotación de insumos requeridos para la atención y el tratamiento; 5) la necesidad de una capacitación adecuada y la supervisión continua y eficiente para la cobertura del programa; 6) la insuficiencia de las acciones que hasta ahora se han establecido para la detección de los casos de diabetes e hipertensión; 7) un deficiente control de los pacientes bajo tratamiento; 8) el bajo impacto de los indicadores de salud; y, 9) el alto índice de fracaso terapéutico.

Referencia Bibliográfica

1. Consejo Nacional de Población, "Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI". 1ª Reimpresión, Mayo, 2005, México. p. 48-92.
2. OPS. Resumen del Análisis de Situación y Tendencias de Salud. Serial on line cited 2008 enero 30; available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf.
3. CEPAL. El envejecimiento y las personas de edad. Serial on line cited 2013, noviembre 19; available from: http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/35915/P35915.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_env.xslt.
4. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Sistema Internet de la Presidencia 2013. Serial on line, cited 2013, octubre, 29, available from: <http://pnd.gob.mx/>.
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Principales Resultados del Censo de Población y Vivienda 2010. Serial on line 2013, cited: 2013, abril 8; available: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/cpv2010_principales_resultadosIV.pdf.
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Banco de Información INEGI, Sociedad u gobierno, Educación. Serial on line 2012, cited 2013, mayo 3; available: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/cv2010_principales_resultadosIV.pdf.
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Banco de Información INEGI, Sociedad y Gobierno, Salud, Derechohabiciencia y uso de servicios de salud. Serial on line 2012, cited 2013, mayo 3; available: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biinegi/?ind=3108001001#S>.
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Banco de Información INEGI, Sociedad y Gobierno, Empleo y relaciones laborales, Características del empleo de la población. Serial on line 2012, cited 2012, abril 11; available: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biinegi/?ind=3108001001#S>.

9. Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Salud, Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. 1999, agosto, 12, N° 9, Tomo DLI: 19-20.
10. Dirección General de Epidemiología. Boletín de Envejecimiento Caminando a la Excelencia 2008-2012. Serial on line, cited 2012, mayo, 3; available: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/03_2012_Manual_Cam_Excelencia_11042013.pdf
11. Palloni A, Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Protocolo del Estudio Multicéntrico Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), en América Latina y el Caribe. Washington D.C. (EUA), abril 1999. p. 1-47.
12. Lozano D.M.E., Calleja O.J.A., Investigación Clínicoepidemiológica en Envejecimiento: metodología del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en México. Rev.Soc.Perú.Med. Interna, 2011; Vol. 24, No. 4. Pp 186-196.
13. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Manuales DGAPP. Serial on line 2013, cited 2013, noviembre, 5; available: http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_manuales.html
14. Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. Acuerdos CONAEN 2008-2012.

ANEXO 2

PARTICIPACIÓN DEL COMITÉ ESTATAL DE ATENCIÓN AL ENVEJECIMIENTO EN EL PROYECTO ENCUESTA SABE HIDALGO

• Mtra. Bertha Maribel Pimentel Pérez¹ • M.S.P. Héctor Farfán Téllez²

¹Coordinadora del Área Académica de Gerontología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

²Coordinador Estatal del Programa de Envejecimiento de la Subsecretaría de Salud Pública del Estado de Hidalgo

En el estado de Hidalgo el Comité Estatal de Salud para el Envejecimiento COESAEN, se integró y conformo en julio del 2007, el cual dentro de su Plan de trabajo anual define y subdivide en Subcomités Técnicos de trabajo sus principales acciones:

- Prevención y control de enfermedades
- Modelos de atención
- Enseñanza y capacitación
- Investigación
- Legislación y bioética

En su numeral XIV donde define las funciones descritas en el acta de instalación, destaca el proponer las políticas, estrategias y acciones de investigación, prevención, y atención de enfermedades.¹ El proyecto SABE (que fue propuesto para su realización por el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, CENAPRECE), es considerado dentro de este rubro, ya que es un documento técnico que para su puesta en marcha requiere ser revisado, avalado, adaptado y corregido por el grupo de expertos en materia de envejecimiento que conforman el COESAEN; este grupo de expertos, independientemente de su formación académica y laboral, deberán conocer el entorno inmediato y actual de las personas adultas mayores en Hidalgo tales como: modismos, lenguaje, usos y costumbres; apoyando a agilizar la planeación, puesta en marcha, operación y valoración del análisis de los resultados entregados por la Coordinación del Área Académica de Gerontología de la Universidad Autónoma del Estado Hidalgo.

La propuesta de operación considerada por la Coordinación del Área Académica de Gerontología de la Universidad Autónoma del Estado Hidalgo que fue la contratada para este proyecto, realizó los avances en la estrategia, las necesidades de enlaces

con otras dependencias estatales y la rendición de informes dentro del seno del COESAEN se realizará al Presidente del Comité, a su representante en el mismo y/o al Líder del Subcomité Técnico de Investigación, con la finalidad de buscar una rigurosidad científica y la generación de propuestas resolutivas encaminadas al mejor desempeño de los actores del proyecto o a re-direccionar la estrategia a seguir ante imprevistos.

Al final del estudio esta base de datos servirá para continuar con la investigación, extensión y docencia.

Para establecer un marco teórico para la realización del proyecto SABE, la Coordinación de Gerontología de UAEH deberá elaborar un diagnóstico situacional que contextualice la situación socio demográfica, económica y política de los adultos mayores en la entidad federativa, utilizando como fuentes principales los datos obtenidos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y que posteriormente sean confrontados con los datos que arroje la encuesta SABE. También deberán considerar la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.

La Coordinación de Gerontología de UAEH deberá realizar un protocolo para realizar la planeación del Proyecto Encuesta SABE para la localidad.

Tomando en cuenta lo anterior, y en particular las diferencias culturales estatales, la Coordinación de Gerontología de UAEH debe tropicalizar el instrumento (adaptación sociocultural y ecológica) para su aplicación a los adultos mayores de las zonas donde se aplique el proyecto. Es importante recalcar que no se cambian conceptos, sólo se tropicalizan.

Un precepto vital del proyecto implica la vinculación a través de un convenio de colaboración con una Institución de Educación Superior. Como ya ha sido señalado, el envejecimiento representa un fenómeno social de relevante importancia, sino un reto prioritario para los gobiernos y las sociedades, el cual no puede ni debe ser ignorado por las instituciones públicas. Es aquí donde las escuelas de educación superior cobran mayor importancia, ya que abren una ventana de oportunidad para la inserción social de modelos de investigación y docencia ante la falta de conocimiento científico acerca de este fenómeno. A continuación se presenta el modelo universitario propuesto para instrumentar la operación:

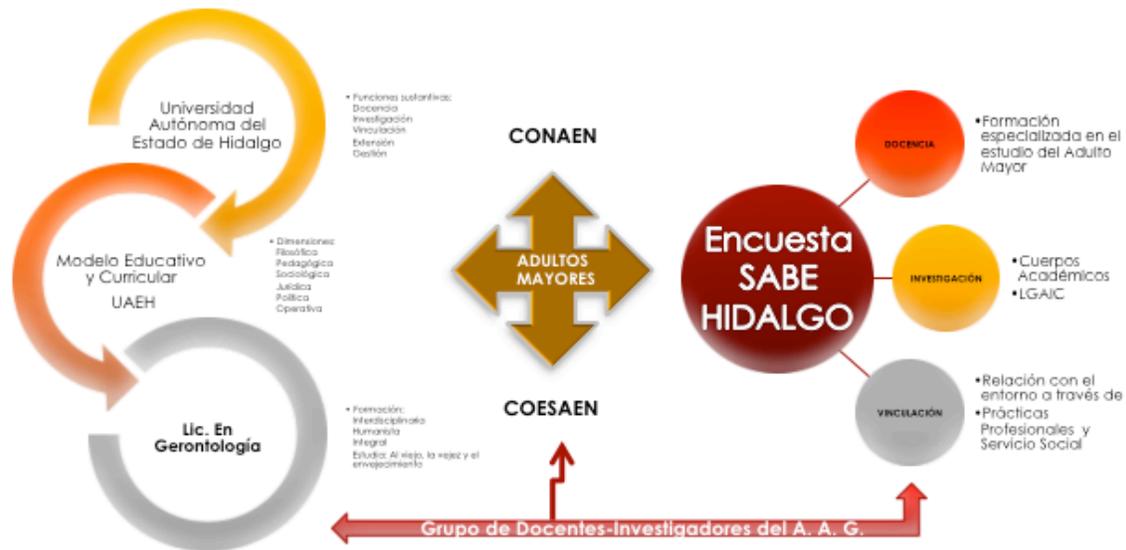


Imagen 1. Modelo Universitario de Intervención Gerontológica

El modelo propicia el abordaje de los problemas del envejecimiento con instancias de gran vinculación. Una vez que los miembros del equipo de trabajo de la Coordinación de Gerontología de UAEH concluyan el análisis técnico del protocolo de investigación y la revisión de la encuesta SABE original, así como de su manual operativo, se procederá a realizar las adaptaciones pertinentes para las condiciones específicas y de contexto de la población de estudio. El ciclo de operación debe cubrir desde la validación del instrumento hasta el trabajo de campo, pudiéndose realizar varios eventos en forma simultánea.

La Coordinación de Gerontología de UAEH deberá designar un coordinador general, quién tendrá a su cargo la gestión y administración de recursos. Este coordinador debe contemplar la estimación de gastos para el proyecto, dependiendo de las características de la población, la cantidad de personal a contratar, el tiempo estimado de levantamiento de la encuesta, el precio de los insumos, así como de los gastos indirectos e imponderables que serán determinantes en la estimación económica. El tiempo de levantamiento de la encuesta no deberá ser superior a tres meses.

Todos los datos obtenidos de este proyecto son propiedad de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo, y su uso es exclusivo de la Institución sin fines de lucro.

El universo de la Encuesta SABE 2011 para el estado de Hidalgo está formado por la población adulta mayor de la entidad, compuesta de un total de 250,715 personas adulto mayor.

Para realizar todas las fases de la encuesta se cuenta con un fondo financiero semilla procedente del Ramo 12 del AFFASPE 2011, asignado como presupuesto otorgado para estudios de investigación.

Cabe mencionar que de forma paralela y una vez designada a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo para ser quien fungiría como responsable de la aplicación de la encuesta SABE y su levantamiento, dentro de las sesiones ordinarias del comité COESAEN se presente el proyecto y los alcances que este tendría respecto al conocer el estado, características y necesidades de las personas adultas mayores, lo que permitirá a las instituciones fortalecer o reorientar las acciones que cada una de ellas realizan en beneficio de las personas adultas mayores en Hidalgo.

Por lo que al momento de presentar al seno del COESAEN los municipios y comunidades que resultaron seleccionados por su grado de marginación para participar en el levantamiento de la encuesta SABE, las instituciones como DIFH, IAAMEH e INAPAM a través de sus representantes en el comité pusieron a disposición sus instalaciones, recursos de transportación y alimentación para el personal encuestadores que acudirá a las localidades a realizar el levantamiento, así como a su personal para acercarse con mayor facilidad a la población encuestada.



Actualmente el COESAEN en Hidalgo se encuentra bajo el liderazgo de la Secretaria de Salud de Estado a través de la Subsecretaria de Salud Pública, la Dirección de Políticas y Estrategias en Salud, la Subdirección de Atención a las Etapas de la Vida, el Departamento de Adulto y Adulto Mayor mediante la Coordinación del Programa de Envejecimiento, con la participación de las siguientes instituciones:



1. SSH Servicios de Salud de Hidalgo (Subsecretaría de Salud Pública y Subsecretaría de Prestación de Servicios)
2. CESAGI Centro Estatal de Atención Geriátrica Integral
3. IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social en su régimen ordinario y PROSPERA Programa de Inclusión Social
4. ISSSTE Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
5. DIFH Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia Hidalgo
6. INAPAM Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
7. SEDESOL Secretaría de Desarrollo Social
8. IAAMEH Instituto para la Atención de las y los Adultos Mayores del Estado de Hidalgo
9. PEMEX Petroleos Mexicanos
10. SEPH Secretaría de Educación Pública del Estado de Hidalgo
11. IHEA Instituto Hidalguense de Educación para Adultos
12. SDN Secretaría de la Defensa Nacional 18va. Zona Militar
13. UAEH-ICSa Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud, Área Académica de Gerontología
14. CMH Colegio Médico Hidalguense
15. CDHEH Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo
16. Grupo Cruz Azul - Médica Azul - Cooperativa LA CRUZ AZUL, SCL

Referencia Bibliográfica

1. Comité Estatal de Salud y Atención al Envejecimiento (COESAEN), Acta de Instalación Julio 2007.
2. Pimentel Pérez, BM. Busto Villarreal, J.M. El papel de las universidades saludables hoy. México. Boletín Científico. UAEH. 2015.
3. Modelo educativo de la UAEH. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/docs/modelo_educativo_UAEH.pdf

ANEXO 3

EL PAPEL DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO EN EL PROYECTO-ENCUESTA SABE.

• Dr. Eduardo Guzmán Olea ¹ • Dr. Raúl Azael Agis Juárez ² • Mtra. Bertha Maribel Pimentel Pérez³

¹Profesor investigador del Programa Cátedras CONACYT/U.A.E.H.

²Coordinador de Investigación del Área Académica de Gerontología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

³Coordinadora del Área Académica de Gerontología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

La misión de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, como institución generadora de conocimiento, es formar profesionales que atiendan de forma integral la salud de la población adulta mayor, reconociendo la importancia de las diferencias de género, así como sus procesos de vida.

Dichos profesionales son capaces de comprender los complejos procesos que acompañan al envejecimiento y están preparados para estructurar intervenciones a nivel preventivo, de atención, asesoramiento y acompañamiento ético; con base en las necesidades del anciano aplican, desde una perspectiva interdisciplinar, los conocimientos, métodos, modelos y técnicas gerontológicas con espíritu de servicio humanista y alto compromiso social.

Este compromiso ha permitido a la universidad vincularse cada vez más con el medio que la ampara, no sólo como espectador ante los fenómenos humanos y su entorno, como lo es el envejecimiento, sino como participante activo en el cambio y desarrollo comunitario.

En este sentido, la licenciatura en Gerontología pretende que sus egresados desarrollen un cúmulo de competencias genéricas y específicas que les permitan tener un alto desempeño profesional y ético que le posibiliten llevar la profesión hacia otras áreas, tales como la valoración, la intervención, la investigación y el desarrollo integral.

La realización de la encuesta SABE ha sido una de las acciones mas relevantes realizadas en la UAEH, encomendando su aplicación a la Licenciatura en Gerontología, responsable de generar profesionales de la Gerontología aptos para la

gestión y la toma de decisiones orientadas al bienestar del adulto mayor, en instituciones y organizaciones de atención gerontológicas.

Apegada al objetivo, en materia de envejecimiento, de preparar recursos humanos de alta calidad, la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo reconoció en el proyecto SABE la oportunidad de aplicar las habilidades y destrezas, que inculca en sus alumnos, para atender los cambios biológicos, psicológicos, sociales y culturales que acompañan al proceso de envejecimiento a nivel individual y grupal de los adultos mayores. Además es un instrumento ideal para proporcionar el perfil epidemiológico de salud, social y cultural de los adultos mayores en el estado de Hidalgo, de esta manera podemos contar con una base de datos actualizada que nos muestra las condiciones en las que viven los adultos mayores de esta entidad e importantemente nos muestra también las necesidades de su vida diaria.

Los datos obtenidos y analizados, permitirán la implementación de programas y políticas en envejecimiento para que los adultos mayores reciban los beneficios que requieren, homologando los criterios para tener una atención oportuna. En la parte de docencia, nos permitirá crear trabajos de investigación relacionados con el envejecimiento y redirigir los programas de estudio para atender las necesidades de los adultos mayores.

Con esto en mente la Licenciatura en Gerontología del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, al ser un programa educativo acreditado por sus altos estándares de calidad y con líneas de investigación definidas y que cuenta con alto reconocimiento social, dada la calidad y dedicación de sus egresados en la atención de los problemas multifactoriales de la vejez, colaborará en el diseño de políticas para la atención del adulto mayor, y participará en la formación de profesionales de la salud, coadyuvando en la solución de problemas multifactoriales y en el desarrollo de estilos de vida saludable para mejorar el medio ambiente del adulto mayor en el contexto nacional y local.

Referencia Bibliográfica

1. Pimentel Perez, BM. Busto Villarreal, J.M. El papel de las universidades saludables hoy. México. Boletín Científico. UAEH. 2015.
2. Modelo educativo de la UAEH. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/docencia/docs/modelo_educativo_UAEH.pdf
3. La misión de la UAEH y su responsabilidad social. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/excelencia/mision.html>.

ANEXO 4

ETAPAS DEL DESARROLLO OPERATIVO DE LA ENCUESTA SIBE HIDALGO, AJUSTES ESPECÍFICOS.

Mtra. Bertha Maribel Pimentel Pérez¹ • Mtro. Carlos Montaña Salazar² • Mtro. Jorge Martínez Pérez³
¹Coordinadora del Área Académica de Gerontología de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, ²

1. Antecedentes

Envejecimiento es una palabra clave, un concepto y una realidad, la forma como se concreta en la vida de cada persona depende mucho de las condiciones de salud y bienestar en que se envejece, por eso es importante conocerlas para en su caso transformarlas.

El horizonte inmediato que representa el envejecimiento tiene sus principales retos en los aspectos económicos y de atención a la salud, con una población importante en proceso de jubilarse y una aun mayor que no cuenta con un sistema de pensiones como es la población que reside en las áreas rurales de nuestro país¹, la cual presenta un desgaste mayor de envejecimiento que requiere más atención dado los servicios precarios, escasos o nulos para atender a esta franja poblacional, lo que hace urgente contar con las políticas públicas para atender las necesidades específicas de los diversos conglomerados que constituyen la población adulta mayor .

Reconocer su especificidad caracterizando la calidad de vida que tienen, así como el bienestar que socialmente es urgente cubrir por parte del estado y la atención que debe brindarles la familias son uno de los muchos aspectos a tomar en cuenta cuando ubicamos el envejecimiento desde una perspectiva del ciclo vital, donde las diversas etapas por las que transitan evidencian estilos de vida que van desde aquellos en los que se pueden encontrar factores protectores así como de riesgo para mantener una buena salud, en el estudio de éstos se pueden elucidar tanto niveles de funcionalidad física y mental bajos, como también la presencia de plasticidad cerebral y social que los mantienen en óptimas condiciones.

Tal como lo marca el Instituto Nacional de las Mujeres en su Informe sobre la Situación de las personas adultas mayores en México:

“De las personas de 60 años y más que se estimaron para 2014, 31.5% están en una etapa de pre-vejez (60 a 64 años); 41.1% se encuentran en una vejez funcional (65

a 74 años); 12.3% está en una vejez plena (75 a 79 años) y 15.1% transita por una vejez avanzada (80 años y más). En cuanto a la estructura por sexo, se hace más evidente un mayor monto de mujeres, consecuencia de una sobre-mortalidad masculina que se agudiza en esta etapa de vida: en la población de 60 a 64 años, hay 112 mujeres por cada 100 hombres y aumenta a 130 en los que tienen 80 años y más.”

Conocer las características conforme a cada etapa etaria y circunstancias vitales por las que transita la población adulta mayor de nuestro país y específicamente la población del estado de Hidalgo, es no solo necesario sino urgente para generar las políticas pública necesarias, las estructuras intermedias de atención en materia de salud, las instancias y programas tanto sociales como económicos para el mantenimiento de su calidad de vida.

De ahí la importancia que tiene la aplicación de la encuesta SABE-Hidalgo en nuestro estado, pues conjuntó los esfuerzos de la Secretaria de Salud Federal a través del CENAPRECE, la Secretaria de Salud de Hidalgo mediante la Coordinación Estatal del Programa de Salud en el Envejecimiento y la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo con la colaboración de la Licenciatura en Gerontología, lo que implicó que por primera vez en nuestro país fueran gerontólogos los que quedaran a cargo de la aplicación técnica de la encuesta.

1.1. Diseño de la intervención

La Encuesta SABE-Hidalgo se aplicó en los meses de abril y mayo de 2014, a partir de la metodología planteada en el Protocolo del Estudio Multicéntrico: Salud, Bienestar y Envejecimiento para América Latina y el Caribe elaborado por Alberto Palloni¹, por lo que en el presente estudio solo se presentan las adaptaciones que se realizaron para su aplicación en México y específicamente en Hidalgo.

El diseño de la investigación es de tipo transversal, de corte descriptivo, con un muestreo multietápico alatorio simple, estratificado y por conglomerados, que permitió tener un acercamiento a nivel diagnóstico de la población de 60 y más años del estado de Hidalgo, lo que dió la posibilidad de dilucidar comparativamente las convergencias y divergencias que tiene la población adulta mayor.

Etapa I

La primer etapa estuvo dividida en tres momentos: a) Elaboración de la investigación de gabinete a fin de identificar las particularidades de la población adulta mayor de Hidalgo tanto en su perfil socioeconómico como epidemiológico, considerando estos dos aspectos como los que tienen mayor peso para evaluar la salud y el bienestar de dicha población; b) Adaptación del protocolo original diseñado por la OPS/OMS para Latino América y el Caribe, a las peculiaridades del estado de Hidalgo, a fin de diseñar metodologicamente las acciones conducentes para su aplicación; y c) Tropicalización del instrumento (encuesta SABE) a nivel discursivo, la cual consistió en la adaptación sociocultural y ecológica a fin de una mejor comprensión de los términos utilizados en la encuesta, debido a las diferencias socioculturales de las zonas donde habitan los adultos mayores de la muestra, por lo que en ningún momento se altero la estructura o contenidos del instrumento.

Para ello se utilizaron dos poblaciones en las que se iba a aplicar la encuesta pertenecientes a diferentes grupos de la ciudad de Pachuca de Soto y San Agustín Tlaxiaca, en ambos casos las encuestas aplicadas fueron incluidas en el total que se utilizó para el análisis.

Imagen 1. Comunidad de San Agustín Tlaxiaca



Imagen 2. Comunidad de Pachuca de Soto Hidalgo



Con la información del primer momento y partiendo de los objetivos generales del Estudio a nivel de la regional latinoamericana, se generaron los objetivos específicos de la aplicación de la Encuesta SABE-Hidalgo los cuales versaron sobre lo siguiente:

- Identificar regionalmente las condiciones de salud y bienestar de la población adulta mayor de Hidalgo, mediante la aplicación de la encuesta SABE-Hidalgo, a manera de diagnóstico situacional, que coadyuve en la toma de decisiones y generación de políticas públicas en beneficio de la población adulta mayor de Hidalgo.
- Contar con información actual y fidedigna sobre las condiciones de salud y bienestar de la población adulta mayor de Hidalgo que permita generar líneas y proyectos de investigación que sirvan de base a la creación de políticas públicas para la atención de las necesidades de los mayores.
- Fomentar una cultura colaborativa entre las instituciones participantes para fortalecer los vínculos interinstitucionales entre los participantes del Comité Estatal de Envejecimiento de Hidalgo.
- Utilización de la encuesta SABE-Hidalgo como dispositivo pedagógico para el perfeccionamiento de las competencias profesionales de los alumnos participantes en su rol de investigadores.

En relación al segundo momento, cabe hacer mención que, la Encuesta SABE-Hidalgo tiene la peculiaridad de haber sido efectuada en cinco municipios distintos, de acuerdo a los diferentes niveles de marginación que presenta el estado, y que permite caracterizar la diversidad de realidades que presenta el estado, analizando el comportamiento de las poblaciones de acuerdo al nivel de desarrollo alcanzado y que permite visualizar las condiciones socioeconómicas de acuerdo a la zonificación geográfica.

Hacer referencia a la marginación en el estado de Hidalgo es hablar de condiciones de vida por demás precarias pues identifica según lo marca el Consejo Nacional de Población (CONAPO) “las limitantes de desarrollo que tiene una población y permite diferenciar el impacto global de las carencias que padece la población, como resultado de:

- La falta de acceso a la educación
- La residencia en viviendas inadecuadas
- La percepción de ingresos monetarios insuficientes y
- Las relacionadas con la residencia en localidades pequeñas”²

Ser viejo en condiciones de marginación da un sello distintivo al proceso de envejecer, conocer a través de esta clasificación a los adultos mayores y sus circunstancias de vida permitio ver reflejado las distinciones, necesidades y nivel de desarrollo de las diferentes poblaciones de la tercera edad de Hidalgo, y con ello tener un diagnóstico más preciso de sus necesidades.

Por su parte el índice de marginación identifica las variables por las que considera que una población se encuentra excluida de los servicios de los servicios básicos para tener un mínimo de bienestar, manifestandose como fenomeno social en determinados grupos de población que además de ser minorías como es el caso de la población senescente también es excluida y mermada su calidad de vida.

Actualmente la marginación se mide en cinco grados que van del nivel:

- Muy bajo
- Bajo
- Medio
- Alto
- Muy alto

Según la clasificación de CONAPO quien retoma los datos del X Censo de Población y Vivienda para el año 2010, se estimó que Hidalgo como estado se encontraba en el 6º lugar a nivel nacional, con un grado de marginación muy alto, y al interior por municipio se podían localizar geográficamente los cinco niveles, por lo que se decidió seleccionar aleatoriamente cinco municipios que fueran representativos de cada nivel a fin de identificar la desigualdad que podría estar presente en la población adulta mayor de Hidalgo en función del nivel de marginación que presenta la población en general.

Por tal razón, se tomó en cuenta la categoría de marginación, para incluirla en el muestreo de las poblaciones que se incluyeron en el estudio y que fueron representantes de los cinco niveles de marginación que presenta el estado, quedando dentro de la muestra los municipios de: San Bartolo Tutotepec, Acaxochitlan, San Salvador, San Agustín Tlaxiaca y Pachuca de Soto.

Para el Marco Muestral se tomó como referencia la información del X Censo de Población y Vivienda efectuado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía en el 2010, donde se contaba con 250,715 adultos mayores en el estado, por lo que las muestras tuvieron este referente y se realizaron mediante la metodología citada, utilizando el método clásico para muestrear por etapas múltiples por conglomerados, con estratificación de las unidades incluyendo los niveles de marginación: Muy alto, alto, Medio, Bajo y Muy bajo.

Para calcular el tamaño de la muestra los datos fueron procesados con la siguiente fórmula en base a proporciones, considerando una distribución binomial del cuestionario, donde la probabilidad de éxito esté en función de localizar a una persona de 60 años y más en una vivienda particular habitada en el total de 37 AGEB's seleccionadas, en donde se desarrolló un "sobremuestreo de 367 adultos mayores de 80 y más años, según lo indicado en el protocolo original.

$$n = \frac{Z^2 p (1 - p) N}{NE^2 + Z^2 p (1 - p)}$$

Dónde:

- n = Tamaño de la muestra
- Z = Nivel de confianza
- p = Proporción de éxitos
- N = Tamaño de la población
- E = Error máximo permitido

Selección de la muestra

Criterios de inclusión

Para seleccionar la muestra se considero el criterio de inclusión para las personas adultas mayores que pertenecieran a las cinco zonas de marginación que presenta el estado, en consideración de que en las fechas en que fue aplicada la encuesta Hidalgo era todavía considerado dentro de los seis primeros estados con mayor marginación a nivel nacional, de tal manera que los municipios seleccionados fueron elegidos al azar dentro de cada grupo por nivel de marginación, quedando conformada la muestra por cinco municipios con un total de 2597 habitantes, los cuales fueron elegidos de forma probabilística y por conglomerados (Área Geo-estadísticas Básicas (AGEB) de los mucipios seleccionados. Para seleccionar la muestra se considero el criterio de inclusión para las personas adultas mayores que pertenecieran a las cinco zonas de marginación que presenta el estado, en consideración de que en las fechas en que fue aplicada la encuesta Hidalgo era todavía considerado dentro de los seis primeros estados con mayor marginación a nivel nacional, de tal manera que los municipios seleccionados fueron elegidos al azar dentro de cada grupo por nivel de marginación, quedando conformada la muestra por cinco municipios con un total de 2597 habitantes, los cuales fueron elegidos de forma probabilística y por conglomerados (área Geo-estadísticas básicas (AGEB) de los mucipios seleccionados.

Tabla1. Análisis de la determinación para el tamaño de la muestra (encuestas) y su grado de confiabilidad.

Análisis de la determinación para el tamaño de la muestra (encuestas) y su grado de confiabilidad Características de Análisis Efectuado	
Población estudiada:	Población adulta mayor de 60 y más años
Municipios:	<ul style="list-style-type: none"> • Pachuca de Soto • Acaxochitlan • San Salvador • San Agustín Tlaxiaca • San Bartolo Tutotepec
Unidad de Muestreo	<ul style="list-style-type: none"> • Polietápico: Tres etapas • Unidad primera etapa: AGEB's (proporcional a cada conglomerado Municipio) • Unidad segunda etapa: Manzanas (Viviendas) • Unidad tercera etapa: 2597 Personas mayores de 60 años
Estratificación	Niveles de marginación por municipio
Afijación de la muestra por estratos	Proporcional al tamaño de cada estrato geográfico
Coeficiente de confianza	95%
Proporción utilizada para maximizar el tamaño muestral	5%
Nivel de precisión utilizado:	<p>De acuerdo a las características de la población estudiada y su distribución geográfica y medios de acceso (carreteras, caminos, veredas etc.) se dividieron en 3 aéreas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Áreas Urbanas con el 2%, para los Municipios de Pachuca de Soto, San Salvador y San Agustín Tlaxiaca. 2. Áreas Rurales con el 4% para el Municipio de Acaxochitlan. 3. Áreas Rurales de difícil acceso 5% para el Municipio de

	San Bartolo Tutotepec.
Tipo de muestreo utilizado	Aleatorio estratificado

De acuerdo a la población estudiada, existe 95% de confiabilidad de que el tamaño de las muestras obtenidas (encuestas) contenga las siguientes características:

1. **Homogeneidad**- que todos los miembros de la población tengan las mismas características según las variables que se consideraron en el estudio
2. **Tiempo**- se refiere al período de tiempo donde se ubicó la población de interés.
3. **Espacio**- se refiere al lugar donde se ubica la población de interés.
4. **Cantidad**- se refiere al tamaño de la población que se investigó.

Tabla 2. Selección de la muestra SABE-Hidalgo de acuerdo a nivel de marginación.

Municipio	Población Total	Nivel de Marginación	Población Adulta mayor de 60 años	Determinación del tamaño de la muestra
San Bartolo Tutotepec	136730	Muy alta	2,175	134
Acaxochitlan	282746	Alta	2,858	276
San Salvador	840250	Media	3,434	676
San Agustín Tlaxiaca	692609	Baja	3,034	817
Pachuca	712683	Muy baja	23,340	694
Población Total de la Muestra				2,597

Las variables seleccionadas para el análisis fueron: características sociales y demográficas, situación económica, laboral y de vivienda, enfermedades crónicas no transmisibles, salud mental, estado nutricional, salud oral, acceso a servicios de salud y uso de medicamentos.

Etapa II

La etapa incluyó dos actividades de fundamental importancia: a) la capacitación para los encuestadores y b) el diseño de la intervención en campo. Para la primera se contó con el apoyo invaluable de personal altamente calificado de la Subdirección del Programa Nacional para la Promoción, Prevención y Atención a la Salud de la Persona Adulta Mayor del CENAPRECE quienes asistieron a las instalaciones del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo para capacitar a un grupo de jóvenes estudiantes de la licenciatura en Gerontología, así como al personal docente que estuvo a cargo de la organización, aplicación y sistematización de la misma, cabe mencionar que dicho personal estuvo acudiendo a reuniones y capacitaciones previas que realizó con anterioridad a nivel nacional el CENAPRECE a fin de capacitarse y realizar los pasos académicos, técnicos y administrativos que a nivel interinstitucional se deben de realizar para llevar a cabo la aplicación de la Encuesta SABE.

La capacitación abarcó tanto el área antropométrica y la evaluación del nivel de funcionalidad física para actividades de la vida diaria, así como, la aplicación de la encuesta la cual fue diseñada por la OPS y esta estructurada a partir de las siguientes variables: características familiares, sociales y demográficas, situación económica, laboral y de vivienda, enfermedades crónicas no transmisibles, salud mental, estado nutricional, salud oral, uso de medicamentos y acceso a servicios de salud.

Dicha capacitación tuvo por objetivo dar un trato digno y técnicamente adecuado a las personas adultas mayores que aceptaran la aplicación de la encuesta, así como alcanzar el tiempo denominado de “oro” para su aplicación.

Previamente al grupo seleccionado de alumnos se les sensibilizó y capacitó por parte de la propia licenciatura sobre los temas que incluye la encuesta, a fin de que fuera más fluida la conversación que se mantiene con el adulto mayor durante la aplicación de la encuesta, así como sobre las estrategias utilizada para realizar intervenciones en campo desde las perspectivas de la Salud Pública, la Antropología, la Etnografía y la Gerontología, considerando que para los alumnos de la licenciatura el aplicar la encuesta SABE era también un experiencia de formación invaluable, que además, ayudaría a rescatar el análisis fino del discurso que vierten los adultos mayores más allá de lo que se les pregunta de forma directa en la encuesta, a fin de rescatar lo singular de cada persona y de cada historia, que en procesos de aplicación masiva por momentos se puede llegar a perder por parte de los encuestadores y que, en el caso de los alumnos de gerontología les permitió

entrenarse para tener una escucha humanista centrada en la persona.

Por otra parte, el análisis de las comunidades en donde se levantó la información genera muchos datos para comprender el contexto en que vive la población encuestada y darle sentido a los datos obtenidos.

En cuanto al diseño de la intervención en campo se conto con la participación y supervisión de personal de la Secretaria de Salud de Hidalgo a través de la Coordinación Estatal de Atención al Envejecimiento y la Coordinación Estatal Operativa del Programa de Envejecimiento tal como lo marca el protocolo adaptado para la aplicación de la SABE-Hidalgo, así como con la participación y apoyo de los miembros del COESAEN de Hidalgo, para la difusión y aplicación de la encuesta.

Imagen 3. Reunión Comunidad de Pachuca de Soto Hidalgo



Cabe hacer mención que esta etapa sufrió un retraso considerable debido a la complejidad administrativa y financiera para el ejercicio de los recursos por parte de ambas instituciones (S.S.H. y UAEH) para la adquisición del equipo, la impresión de los materiales y la aplicación de los viáticos.

En cuanto al diseño de la intervención en campo siguiendo la metodología original, se utilizó la información cartográfica del INEGI y COESPO, para identificar las zonas por AGEB's y manzanas que salieron seleccionadas en la muestra; de igual forma se llevó a cabo la organización de los equipos de profesores que quedaron a cargo de los equipos de encuestadores, así como la supervisión y gestión de apoyos interinstitucionales en campo por parte de personal de la Secretaria de Salud de

Hidalgo S.S.H. en vinculación con los miembros del COESAEN con la destacada participación del DIFH Estatal, INAPAM, IAAMEH y el CESAGI de la S. S. H.

Etapa III

Levantamiento de la encuesta

Esta tarea estuvo a cargo del personal docente y equipo de alumnos de la licenciatura en gerontología bajo la supervisión de la Coordinación Estatal Operativa del Programa de Envejecimiento, la encuesta fue aplicada utilizando cuadernillos a fin de facilitar su manejo y poder recuperar la información en caso de ser necesario durante el proceso de captura o posterior a este.

Imagen 4. Alumnas/os de la UAEH Carrera de Gerontología en levantamiento de la encuesta SABE.



Para la sistematización de la información se conto con la participación de otro grupo de profesores y alumnos de la misma licenciatura para la recepción, depuración y captura de la información conforme se fueron aplicando las encuestas para la generación de la base de datos en excel y en SPSS, de acuerdo a los lineamientos proporcionados por el CENAPRECE para facilitar el análisis estadístico.

Imagen 5. Alumnas/os de la UAEH Carrera de Gerontología en levantamiento de la encuesta SABE.



El último paso fue desarrollar y estructurar los gráficos de resultado en vinculación con CENAPRECE L.E. Erica Tania Chaparro González, el Coordinador Estatal de Envejecimiento de la Subsecretaría de Salud Pública del Estado de Hidalgo Mtro. Héctor Farfán Téllez, Dr. Raúl Azael Agis Juárez Coordinador de Investigación del Área Académica de Gerontología de la UAEH y el Dr. Eduardo Guzmán Olea Profesor investigador del Programa Cátedras CONACYT/U.A.E.H., integrándose posteriormente la Mtra. Bertha Maribel Pimentel Pérez Coordinadora del Área Académica de Gerontología de la UAEH y L.G. Edgar Alejandro García F. CENAPRECE en el proceso de revisión y edición de los contenidos para proceder a la impresión de la presente publicación que esperamos sea de su interés y logre cumplir con los objetivos propuestos y en ellas establecidos.

Imagen 5. Alumna de la UAEH Carrera de Gerontología en levantamiento de la encuesta SABE.



Referencia Bibliográfica

1. Coordinación de Investigaciones. División de Salud y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud, 525 23rd, Street. N. W. Washitong, D. C. 20037-2895, EUA, abril de 1999.
2. Tomado de “Hidalgo. Índice y grado de marginación 2010-2015. Consejo Estatal de Población, 2010, Hidalgo.
3. Inmujeres, con base en INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010. “En zonas rurales la población adulta mayor representa 10.1% del total de la población rural (10.0% de las mujeres y 10.2% de los hombres), y 8.6% de la población urbana (9.2% de las mujeres y 8.0% de los hombres), según datos censales de 2010”.
4. CONAPO, 2010. Índice de Marginación por Localidad 2010, Consejo Nacional de Población, México.
5. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2010. Panorama Sociodemográfico de Hidalgo 2010, INEGI, México.

ANEXO 5

PANORAMA NACIONAL DE LA ENCUESTA SABE

Dra. María Esther Lozano Dávila¹ • Dr. Javier Calleja Olvera¹ • Dra. Yolanda Osio Figueroa²

¹Subdirección de Atención al Envejecimiento, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades;

²Hospital Juárez de México

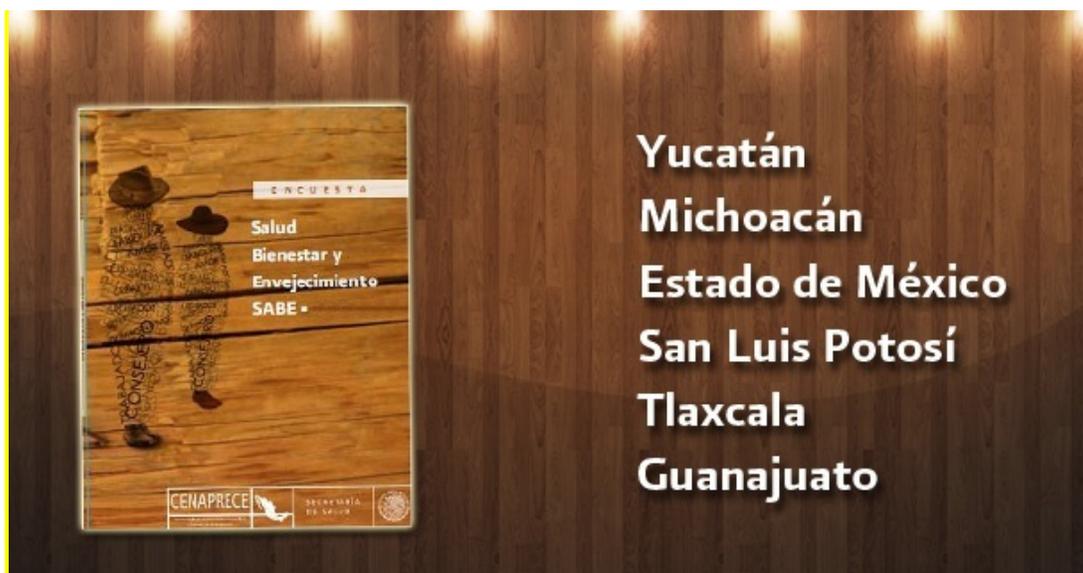
Encuesta SABE

Se ha presentado de manera amplia en el desarrollo de este documento la iniciativa del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). Para México se empieza a mostrarlos primeros resultados relacionados con la depresión. Imagen 2.

El acervo de la biblioteca SABE México sigue incrementándose. En la imagen 2, se ilustra el avance alcanzado, consiste en la integración de los libros de datos en extenso de las entidades federativas: Estado de México, Guanajuato, Michoacán, San Luis Potosí, Tlaxcala y Yucatán. Se encuentran disponibles en la página oficial del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades en la siguiente dirección electrónica:

http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_manuales.html

Imagen 1. Publicaciones SABE



A continuación se relata de manera sucinta algunos de los resultados más reveladores de SABE con base en el análisis realizado en cada una de las publicaciones anteriores.

Depresión

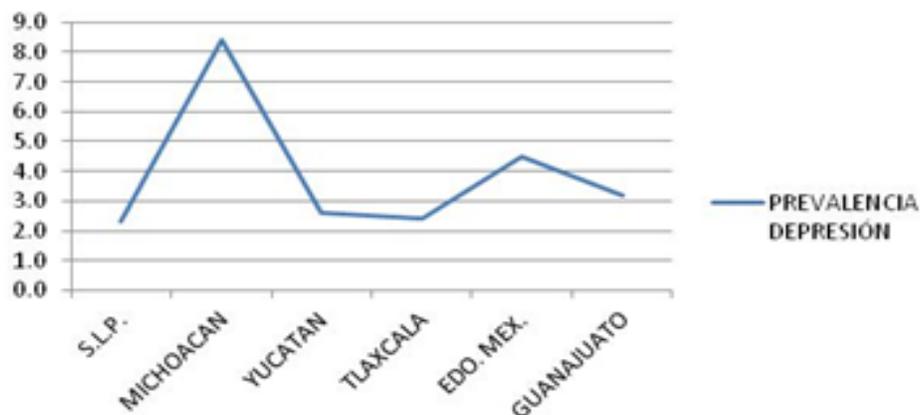
Las causas de la depresión son múltiples y, por lo general coinciden con factores de riesgo como la falta de actividad laboral, edad mayor de 85 años, la vida en soledad (personas solteras o viudas), aislamiento social, polifarmacia, mal estado de salud, polipatología, etc.

Se encontró que la sintomatología depresiva en las personas adultas mayores, habitantes de la comunidad, se incrementa con relación directamente proporcional al grupo etario estudiado. En la gráfica 1, se aprecia el comportamiento del padecimiento en las entidades federativas en las que se tienen resultados de la encuesta y del análisis realizado en las seis entidades federativas: Estado de México, Guanajuato, Michoacán, Tlaxcala, San Luis Potosí y Yucatán.

En la literatura, se ha indicado que el valor de la prevalencia de la depresión suele variar ampliamente, de acuerdo al autor que se consulte, se acepta que puede variar entre el 3% y el 15%.

En la gráfica 1, se observan valores de prevalencia en sintomatología depresiva entre 2.5% y 4.5%, destacando Michoacán con una prevalencia de 8.5%, por el momento se considera extremo, hay que esperar a incorporar los valores de otras entidades federativas.

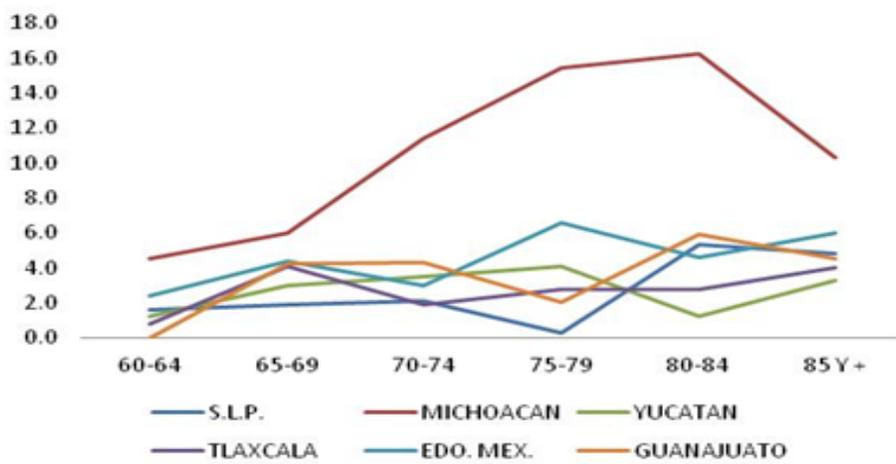
Gráfica 1. Prevalencia de sintomatología depresiva en personas adultas mayores de la comunidad. SABE en seis entidades federativas. México.



Fuente: Estudios SABE, Michoacán, Guanajuato, Tlaxcala, San Luis Potosí, Estado de México y Yucatán.

En la gráfica 2 se puede apreciar también, una tendencia similar entre los diversos estados analizados, con valores entre 0% y 6%. Se observan valores tan altos como un 16% en los grupos de 75 a 79 y de 80 a 84 años en el Estado de Michoacán. La mayor prevalencia del estudio SABE se dio en el Estado de Michoacán.

Gráfica 2. Prevalencia de sintomatología depresiva por grupos etarios en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas. México.



Fuente: Estudios SABE, Michoacán, Guanajuato, Tlaxcala, San Luis Potosí, Estado de México y Yucatán

Durante el desarrollo de SABE, no se determinaron en un primer tiempo, las causas de la sintomatología depresiva en el grupo estudiado; esto se realizará en un segundo momento.

El consumo de medicamentos es una cuestión ligada íntimamente al concepto de polipatología. El impacto de la atención de pacientes geriátricos se refleja al conocer que este grupopoblacional consume aproximadamente 30% de todos los medicamentos que se venden en el país.¹

Respecto a las causas de hospitalización, se encontró que en los hombres los padecimientos más frecuentes fueron la enfermedad isquémica del corazón, la hiperplasia de próstata y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica; en las mujeres fueron la diabetes mellitus, la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.²

Deterioro cognoscitivo

La cognición, durante la vejez, es un tema importante que se debe estudiar en diversas áreas médicas complementarias; desde la realización del diseño de pruebas de tamizaje y baterías neuro-psiquiátricas en los distintos dominios cognoscitivos como la memoria, el cálculo y la atención; hasta la realización e interpretación de la imagenología de las regiones cerebrales involucradas en memoria y otras funciones mentales superiores.³

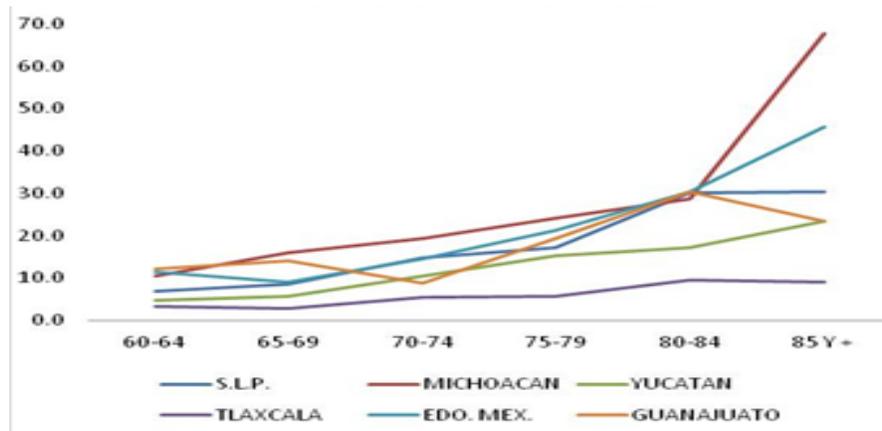
En nuestro país, al momento de la presente edición y como resultado del Proyecto-Encuesta SABE, se ha observado un mayor deterioro cognoscitivo en los grupos etarios de mayor edad. ver gráfica 3.

El deterioro cognoscitivo es multicausal, así como puede estar ligado o no a síndrome demencial. En el deterioro cognoscitivo, en las Encuesta SABE, se encontraron cifras similares a las que aparecen en la literatura internacional en la mayoría de las entidades federativas estudiadas. Sin embargo, el Estado de México tuvo la prevalencia más alta y, las causas de este fenómeno tendrán que ser estudiadas con mayor profundidad en el futuro inmediato ya que el deterioro cognoscitivo es multicausal, así como puede estar ligado o no a síndrome demencial, gráfica 3.

En la prevalencia de alteraciones cognoscitivas, el incremento mayor se dio en los grupos de edad más avanzada destacando en este rubro el estado de Michoacán.

Al observar los últimos dos grupos etarios, se parecía que los estados de Michoacán y México, registran valores extremos, sobre todo el primero. El estado de Guanajuato, registra un valor decreciente en el grupo de 85 y más. Los estados de Tlaxcala y San Luis Potosí, mantienen valores semejantes en esos dos grupos etarios. Por último el estado de Yucatán tiene una tendencia creciente moderada en cada uno de los grupos etarios.

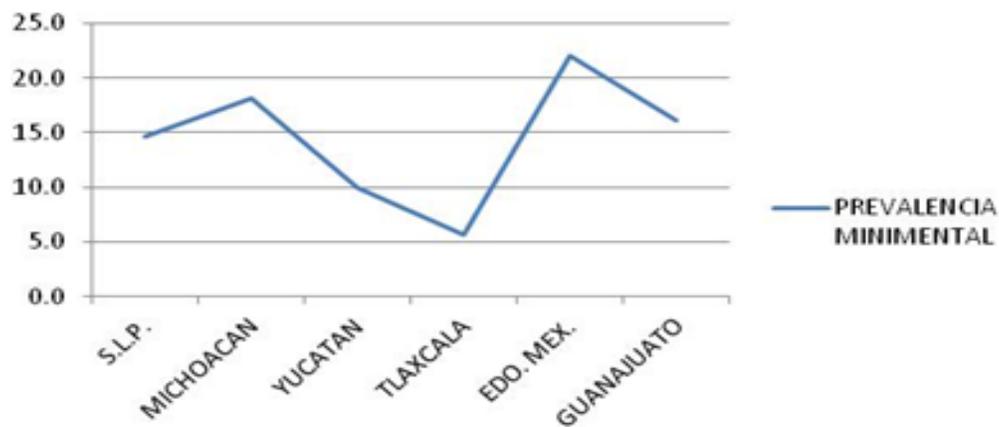
Gráfica 3. Prevalencia de alteraciones cognitivas por grupos etarios en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas. México.



Fuente: Estudios SABE, Michoacán, Guanajuato, Tlaxcala, San Luis Potosí, Estado de México y Yucatán.

En el deterioro cognoscitivo, se encontraron cifras similares a las que aparecen en la literatura internacional en la mayoría de las entidades federativas estudiadas. Sin embargo, el Estado de México tuvo la prevalencia más alta y, las causas de este fenómeno tendrán que ser estudiadas con mayor profundidad en el futuro inmediato ya que el deterioro cognoscitivo es multicausal, así como puede estar ligado o no a síndrome demencial, gráfica 4.

Gráfica 4. Prevalencia de deterioro cognoscitivo en personas adultas mayores de la comunidad. Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas. México.

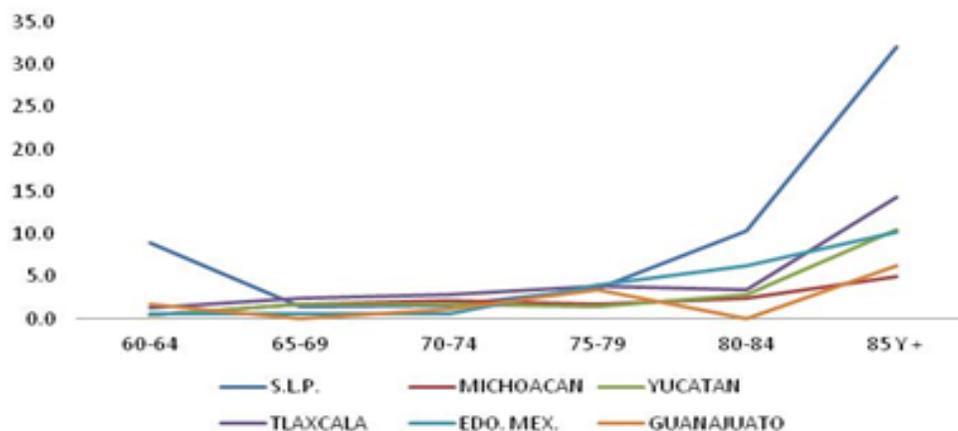


Fuente: Estudios SABE, Michoacán, Guanajuato, Tlaxcala, San Luis Potosí, Estado de México y Yucatán.

El Consejo Nacional de Población, en el año 2005, destaca en primer lugar, la discapacidad del aparato músculo-esquelético que afecta al 5.6% de los hombres y al 6.2% de las mujeres en el país. El segundo lugar, lo ocupa la discapacidad visual con un 3.2% en hombres y 3.4% en las mujeres; el tercero lo ocupa la discapacidad auditiva con un 2.7% para los hombres y un 1.9% para las mujeres.⁴ Los datos anteriores, muestran que México se acerca más a ser una sociedad envejecida y que lamentablemente, no se encuentra libre de discapacidad.⁴

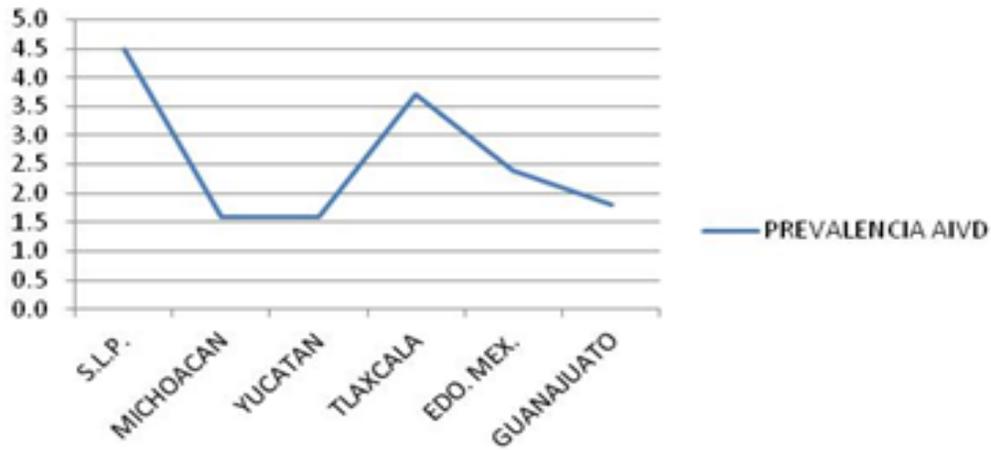
La presencia de enfermedades conduce a la discapacidad, dependencia y deterioro de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. En las últimas, se observa que después de los 79 años de edad, hay un incremento en la dificultad para realizar actividades como el manejo de dispositivos de uso complejo (televisión, teléfono, etc.), uso del dinero, cuidado de la casa, pagar cuentas, autoadministración de medicamentos, etc. En la gráfica 5 se aprecia el incremento de la prevalencia en las actividades instrumentales de la vida diaria en función directamente proporcional a la edad.

Gráfica 5. Prevalencia de deterioro en las actividades instrumentales de la vida diaria por grupos etarios en personas adultas mayores de la comunidad. Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas. México.



Entre los estados que presentaron mayor deterioro en las actividades instrumentales y riesgo de dependencia, se encuentra San Luis Potosí y Tlaxcala.

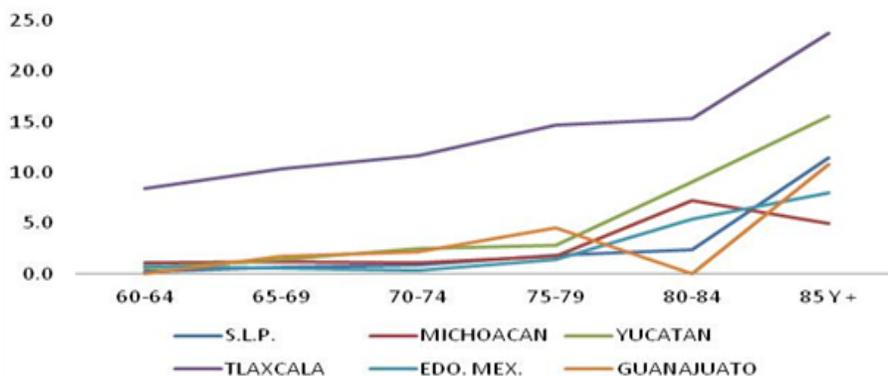
Gráfica 12. Prevalencia de deterioro en las actividades instrumentales de la vida diaria en personas adultas mayores de la comunidad, proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas. México.



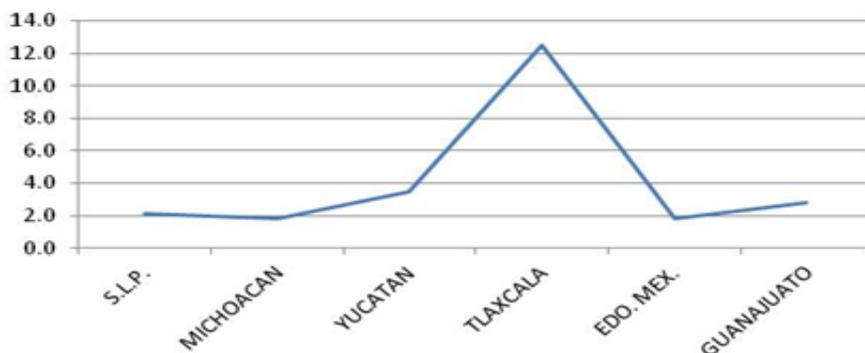
Fuente: Estudios SABE, Michoacán, Guanajuato, Tlaxcala, San Luis Potosí, Estad. México y Yucatán.

Posterior al deterioro de las actividades instrumentales, sigue un deterioro en las actividades básicas de la vida diaria que culmina en dependencia. En la siguiente gráfica y de acuerdo al estudio realizado, se observó un incremento en función de la edad y seguramente se relaciona con la presencia de patología coexistente, gráfica 7^a y 7^b. En SABE, destacó con mayor deterioro en este rubro el estado de Tlaxcala.

Gráfica 7^a. Prevalencia de deterioro en las actividades básicas de la vida diaria por grupos etarios en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas. México.



Gráfica 7^b. Prevalencia de deterioro en las actividades básicas de la vida diaria en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas. México.



Fuente: Estudios SABE, Michoacán, Guanajuato, Tlaxcala, San Luis Potosí, Estado. México y Yucatán.

Actualmente, los reportes generados por los sistemas oficiales de información en salud, en específico los referentes a morbilidad, no proporcionan información por quinquenio para este grupo de edad; por su diseño, no es posible conocer los casos confirmados de las enfermedades de mayor afectación para el grupo de 60 años y más. Sin embargo, las nuevas necesidades surgidas por la transición epidemiológica, dan como resultado replantear una adecuación al sistema de información.

Retos

El desafío que implica el crecimiento de un envejecimiento poblacional en México, requiere del diseño y establecimiento de medidas innovadoras de prevención y control que permitan atender con esquemas de manejo integrado, las enfermedades de mayor prevalencia en este grupo de edad y sus complicaciones.⁷⁻¹²

El envejecimiento puede llegar a ser un problema serio si no se plantean políticas públicas que den respuesta a las demandas de este grupo poblacional; por lo mismo, es indispensable generar la infraestructura necesaria y especializada para brindar una atención oportuna y de calidad. Es necesario contar con profesionales de la salud sensibilizados y debidamente capacitados, que respondan a las demandas del envejecimiento poblacional.^{6,13,14}

Es indispensable contar con una nueva estructura de organización, que incluya un modelo integrado de acciones sectoriales e institucionales, para alcanzar una mayor eficacia en la atención al envejecimiento. Dentro de estos retos y desafíos debe priorizarse:

- a. Terminar el diagnóstico en el país de Salud Bienestar y Envejecimiento de manera sectorial e interinstitucional, con el propósito de contar con información confiable, oportuna y de calidad que sirva para la realización de políticas y programas en pro de un “Envejecimiento activo y Saludable”. La información obtenida por este estudio, permitirá tener el conocimiento confiable de las necesidades reales y sentidas de la población adulta mayor con representación nacional y, coadyuvar para poder enfrentar la desigualdad social y la inequidad.

Lo anterior, fundamenta las bases para la realización de un “Modelo de Atención al Envejecimiento Activo y Saludable”, así como un programa de capacitación sobre el proceso del envejecimiento normal, patológico y la importancia en su diferenciación.⁵

- b. Implementar el modelo de Módulos Geronto-Geriátricos en los centros de Salud que integran las Jurisdicciones Sanitarias, consulta domiciliaria y Centros de Día de Atención al Envejecimiento. La vinculación permitirá la atención integral a este grupo poblacional, que presenta diversas causas de patologías como la discapacidad física y mental. Esto posibilitará, que la familia pueda contar con los elementos mínimos e indispensables para el resguardo seguro de su familiar.¹⁴

En la literatura universal, se pueden consultar los trabajos de diversos autores que hacen referencia a la efectividad de estos modelos, con la finalidad de abatir los costos de atención y, poder incrementar los beneficios del perfil funcional con ganancia en años de vida saludable.¹⁵⁻¹⁶

- c. Realizar campañas de comunicación social permanentes, a fin de generar una nueva cultura sobre el envejecimiento. Estas campañas estarán dirigidas a la población general; lo que se pretende lograr son cambios conductuales a favor de un envejecimiento activo y saludable.

El reto mayor, consiste en la sensibilización de la población general, respecto a la percepción que se tiene de la persona adulta mayor en un mediano plazo.¹⁷

- d. Fortalecer la capacitación de los profesionales de la salud, de manera interinstitucional e intersectorial, para que se homologuen los criterios de promoción, prevención, tratamiento y limitación de daños y, poder implementar acciones encaminadas a mejorar los conocimientos acerca de los cuidados asistenciales en domicilio, proporcionados por los cuidadores primarios a las personas con discapacidad física o mental.^{18,19}

- e. Actualizar e integrar a las normas oficiales de diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica existentes, apartados específicos para la persona adulta mayor. Hoy día se considera la atención clínica de estos pacientes igual que los grupos etarios más jóvenes; esto propicia que la atención sea inadecuada y pueda llevar al deterioro de la salud y funcionalidad de la persona.
- f. Consolidar al Comité Nacional y a los Estatales de Atención al Envejecimiento, para que se puedan establecer políticas nacionales a favor del envejecimiento activo y saludable. La participación intersectorial, con especial interés en el Consejo Nacional de Discapacidad del DIF y del Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores, son indispensables.
- g. Consolidar la implementación de la rectoría del sector salud en materia de envejecimiento.⁷
- h. Detectar, dar seguimiento y control a los padecimientos de mayor prevalencia, a través de la adecuación de los sistemas de información. Ejemplo de lo anterior, son el tamizaje en búsqueda de depresión y trastornos de la memoria, cuya utilidad ha sido comprobada en el mundo.^{20, 21} El objetivo principal, es realizar un tamizaje en búsqueda de deterioro cognoscitivo e iniciar un tratamiento etiológico que retarde el deterioro funcional, así como la fatiga de sus cuidadores.²²⁻²⁸
- i. Implementar, dentro del Programa de Atención al Envejecimiento, estilos de vida saludables con énfasis en la orientación alimentaria, cese del hábito de fumar y práctica de actividad física, programada y adecuada a las necesidades individuales, para un envejecimiento activo y saludable.
- j. Consolidar la política del esquema básico de vacunación a través de la intensificación de actividades de promoción a la salud, durante la Semana de Salud para Gente Grande. (SSGG)

Para enfrentar los retos que representa el envejecimiento, se debe garantizar un manejo efectivo de los factores de riesgo y complicaciones para alcanzar una mejor calidad de vida de la persona y sus familiares.

Estrategias

Dentro del abordaje elemental de atención al envejecimiento, se presentan las siguientes estrategias:

1. Crear mecanismos rectores del Sistema Nacional de Salud para abordar y modificar los entornos y los determinantes de las patologías prevalentes, a fin de lograr un envejecimiento activo y saludable.
2. Desarrollar modelos de salud que brinden atención multidisciplinaria e integrada para un envejecimiento activo y saludable, que fortalezcan la infraestructura con la participación de los distintos sectores y órdenes de gobierno.
3. Fortalecer la coordinación del CONAEN y de los COESAEN, así como con organismos internacionales, para la implementación y desarrollo de los diagnósticos estatales, toma de decisiones e implementación de políticas públicas, a favor de un envejecimiento activo y saludable.
4. Implementar campañas de comunicación social y educativa, en pro de un envejecimiento activo y saludable en la agenda de todos los grupos de edad, dentro del marco de las estrategias nacionales en salud.
5. Mejorar la prestación de servicios de salud, para la detección y diagnóstico oportuno de las enfermedades sujetas al programa, que afectan a la población adulta mayor y es usuaria de los servicios del Sistema Nacional de Salud.
6. Adecuar y fortalecer los sistemas de información a nivel institucional e interinstitucional, para el seguimiento y evaluación del Programa.
7. Fortalecer el componente educativo (alfabetizar en el envejecimiento activo y saludable) dirigido a la comunidad, sus familias y la población en riesgo, durante las Semana de Salud para Gente Grande (SSGG, con periodicidad anual).
8. Desarrollo y fortalecimiento sectorial (incluido el Seguro Popular) de la capacitación para mejorar la calidad en la atención que brindan los profesionales de la salud responsables, a fin de favorecer un envejecimiento activo y saludable.

Referencia Bibliográfica

1. Hazzrd W.R. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology; fifth International Edition. E U, Mc Graw Hill, 2005; p. 3-15.
2. Murray CJL, Lopez D: Mortality by cause for eight regions of the world: Global burden of disease study. Lancet 1997; 349: 1269-1276.
3. World Health Organization. Non communicable diseases prevention and control. World Health Organization.Genova, Suiza. 2006.
4. Lefrancois, R. y cols. Sociologie du VieillissementEn: arcand M., Hébert R. Précis Practique de Gériatrie. Ed. EdicsemInc, Québec (Canadá), 1997, p. 47-57.
5. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad. Sistema nacional de Información en salud. 2005. [http:// sinais.salud.gob.mx/mortalidad/linea junio 1994 cited enero 2008](http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/linea_junio_1994_cited_enero_2008) available from: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/index.html>.
7. Secretaría de Salud. Anuario Estadístico de Morbilidad. 2006. DGE. Secretaría de Salud.
8. Secretaría de Salud. Morbilidad 1984-2002 en México. Versión CD.
9. Secretaría de Salud. Boletín Caminando a la Excelencia en Envejecimiento 2004-2006. Serial on line abril 2004 cited enero 2008 availablefrom: <http://cnve/caminando2006/envejecimiento.asp?ano=2006&tri=4>.
10. Secretaría de Salud. Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. La salud, la tarea de todos. DGPS, SSA. México, Febrero, 2007. p. 5-38.
11. Global aging. Algunas muertes y discapacidades de adultos mayores pueden ser evitadas con vacunas. El tiempo Colombia; serial on line 2004 Septiembre, 14.cited 2004: available from: <http://www.globalaging.org/health/world/2004/vaccines.htm>.
12. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Guía Clínica para la Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Washington D. C. EUA. 3 ed. 2003. p. 1-400.

13. Rabow MW, Pantilat S, y Cols. Care at the end of life. En Tierney LM, McPhee S, Papadakis Ma, y cols. Current medical diagnosis and treatment, 2006, p 67-85.
14. Johnston B, Harper M, Landefeld S. Geriatric Medicine. En Tierney LM, McPhee S, Papadakis Ma, y cols.
15. Current Medical Diagnosis and Treatment, 2006, p 939-946. Secretaría de Salud.
16. Secretaría de Salud-CONAEN. Centros de Día. Lineamientos Generales para el Funcionamiento de un Centro de Día Gerontológico. México, 2007, p. 1-62.
17. Forster A, Young J., Langhorne P. (1999) Systematic review of day hospital care for older people. British Medical Journal 318: 837-841.
18. Siu AL, Morishita L., Blaustein J. (1994) Comprehensive geriatric assessment in a day hospital. Journal of the American Geriatric Society 42:1994-1999.
19. Cost-effectiveness of Day Care Settings for Frail Elderly People Brocklehurst age ageing.1989; 18: 282.
20. Secretaría de Salud México 2001-2005 Información para la rendición de cuentas. 2006. Talleres de la Secretaría de Salud.
21. Dirección General de Información en Salud. Sistema Dinámico de Información Estadística en Salud. Serial on line abril 2007 cited enero 2008 available from: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>. SEED.SSA, 2005.serial on line abril 2007 cited enero 2008 available from: <http://sinais.salud.gob.mx/cubos/>.
22. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Rectoría de los Ministerios de Salud en los Procesos de Reforma Sectorial documento.
23. CD 40/13. XL Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, XLIX Reunión del Comité Nacional de la OMS, Sección del 23 de Julio de 1997, tema 5.2 del Programa Provisional, Washington, D.C., Septiembre de 1997.

24. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007- 2012, por un México Sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud, octubre 2007. p. 81-120.
25. Reisberg B, Ferris SH, de León MJ, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry* 1982; 139:1136-1139.
26. Zarit, S.H. et al. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980; 20:649- 655.
27. Hachinski V C, Lassen Na, Marshall J. Multi-infarct dementia: a cause of mental deterioration in the elderly. *Lancet* 1974;2:207-210
28. Rabins PV, Larson E, Hanley R. criteria for diagnosing reversible dementia caused by depression: validation by 2-year follow-up. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 488-492. 60. Eccles M, Clarke J, North of England evidence based guidelines development project: guideline for the primary care management of dementia. *British Medical Journal*, 1998, 317: 802-808.