





E N C U E S T A

**Salud**

**Bienestar y**

**Envejecimiento**

**SABE** ■ Guanajuato

E N C U E S T A

Salud, Bienestar y Envejecimiento  
SABE ■ Guanajuato

Primera impresión: Noviembre 2012

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 Talleres Gráficos de México  
Av. Canal del Norte 80, Col. Felipe Pescador, Del. Cuauhtémoc,  
C.P. 06280, México, D.F.

ISBN: 978-607-460-332-3

Página Web: [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx) ■ [www.cenavece.salud.gob.mx](http://www.cenavece.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

Salomón Chertorivski Woldenberg  
**Secretario de Salud**

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

Dr. Germán Fajardo Dolci  
**Subsecretaria de Innovación y Calidad**

Lic. Igor Rosette Valencia  
**Subsecretario de Administración y Finanzas**

Dr. Romeo Rodríguez Suarez  
**Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad**

Lic. Guillermo Govela Martínez  
**Director General de Asuntos Jurídicos**

Dr. Carlos A. Olmos Tomasini  
**Director General de Comunicación Social**

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández  
**Director General**  
**Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.**

Dra. Gabriela Raquel Ortiz Solís  
**Directora**  
**Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano**

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

### DIRECTORIO DE LA SECRETARÍA DE SALUD ESTATAL

Dr. Francisco Ignacio Ortiz Aldana  
**Secretario de Salud del Estado de Guanajuato**

Dra. Rosa María del Rosario Carmona Nieto  
**Encargada del Despacho de la Dirección General de Servicios de Salud**

Dr. Armando Pérez Cabrera  
**Director del Área de Salud Pública**

Dra. Ruth Cobo Rosales  
**Jefe del Departamento de Control de Enfermedades.**

## DIRECTORIO DE LA UNIVERSIDAD

Dr. José Manuel Cabrera Sixtos  
**Rector de la Universidad de Guanajuato.**

Dra. Guadalupe Ojeda Vargas  
**Rectora de la Universidad de Guanajuato Campus Celaya-Salvatierra.**

## COORDINADORES DE LA ENCUESTA SABE MÉXICO

Dra. María Esther Lozano Dávila  
**Subdirectora de Atención al Envejecimiento**

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

## AUTORES SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

Dra. María Esther Lozano Dávila  
**Subdirectora de Atención al Envejecimiento**

Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera  
Lic. Rogelio Archundia González  
Lic. Erica Tania Chaparro González  
Dra. Araceli Arévalo Balleza  
**Programa de Atención al Envejecimiento**

Dra. Ana Luisa Sosa Ortíz  
M.C. Gilberto Isac Acosta Castillo  
**Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía**

## GRUPO SABE GUANAJUATO

Dra. Silvia Alicia Ortiz Chacón.  
**Coordinadora Estatal del Programa de Envejecimiento.**  
Dra. Guadalupe Ojeda Vargas  
**Rectora de la Universidad de Guanajuato Campus Celaya-Salvatierra**

## CINVESTAV-IPN

Dr. Raúl Mena López  
**Investigador Titular del Depto. de Fisiología Biofísica y Neurociencias**  
Financiamiento CONACYT, No. 1142293

Dr. Benjamín Floran Garduño  
Dr. José Luna Muñoz  
**Investigadores del Depto. de Fisiología Biofísica y Neurociencias**

Dr. Gabino García Tapia  
**Universidad Nacional Autónoma de México**



Todo esto y más  
es mi abuelo



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



# EL PILAR PRINCIPAL DE LA FAMILIA

MI OJO  
PIVAR



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

## CONTENIDO

<b>Mensajes</b>	9
<b>Introducción</b>	13
<b>1. El Envejecimiento en México</b>	17
<b>2. Participación del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento</b>	33
<b>3. Participación del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en la Encuesta SABE Guanajuato</b>	39
<b>4. Etapas del Desarrollo Operativo de la Encuesta SABE Guanajuato y las Modificaciones Específicas por Entidad</b>	45
<b>5. Diagnóstico Situacional del Envejecimiento en el estado de Guanajuato</b>	48
<b>6. Resultados de la Encuesta SABE Guanajuato</b>	63
<b>7. Planteamiento Preliminar de un Modelo de Atención</b>	83
<b>8. Conclusiones y Comentarios Finales</b>	85
<b>9. Agradecimientos</b>	87



La sabiduría y la juventud tienen una cosa en común... ambas son contagiosas.



## Mensaje del Director General del CENAPRECE

El envejecimiento poblacional de nuestro país se ha tornado una realidad patente que requiere la atención de todos, en las personas adultas mayores, tanto del hoy como del mañana. El legítimo interés por las personas adultas mayores nos acerca a ser un país con una sociedad incluyente con capacidad de ofrecer mayor número de oportunidades y desarrollo social para los mayores de 60 años de edad. La búsqueda por el bienestar integral de este grupo etario debe rebasar las acciones encaminadas a la conservación y promoción de la salud, para extenderse a todos los ámbitos en la vida del ser humano, por lo que la investigación en materia de envejecimiento debe recibir hoy más que nunca un impulso decidido, so pena de pagar el precio de enfrentar el envejecimiento poblacional sin planeación estratégica sobre este tema.

Aunque en los últimos años la investigación en México sobre la salud y la forma de vida de los mayores ha tomado mayor impulso que en las tres décadas precedentes, queda una brecha amplia que es necesario subsanar para satisfacer las necesidades actuales y emergentes de este grupo de personas quienes tan solo por el factor “edad avanzada”, son considerados con una vulnerabilidad biológica, psicológica y social aumentada.

El Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), ha tomado el liderazgo en la investigación clínico-epidemiológica sobre adultos mayores en México. Sus avances, a pesar de la falta de un presupuesto específico, han sido patentes en los últimos años y han generando un cuerpo sólido de conocimientos que brinda información invaluable sobre los siguientes temas: la auto-percepción del estado de salud de los mayores de 60 años, enfermedades que comúnmente les aquejan, recursos con los que cuentan para su conservación, cuáles de ellos utilizan, qué nivel de funcionalidad conservan, qué soporte social tienen y muchas otras variables que permitirán disponer de un diagnóstico situacional acerca de este grupo poblacional, y establecer una comparación entre las diversas entidades federativas de nuestro país sobre sus condiciones y el estado de su salud, lo que dará un valor inestimable para fines científicos y de política pública tanto en salud, como en otros rubros.

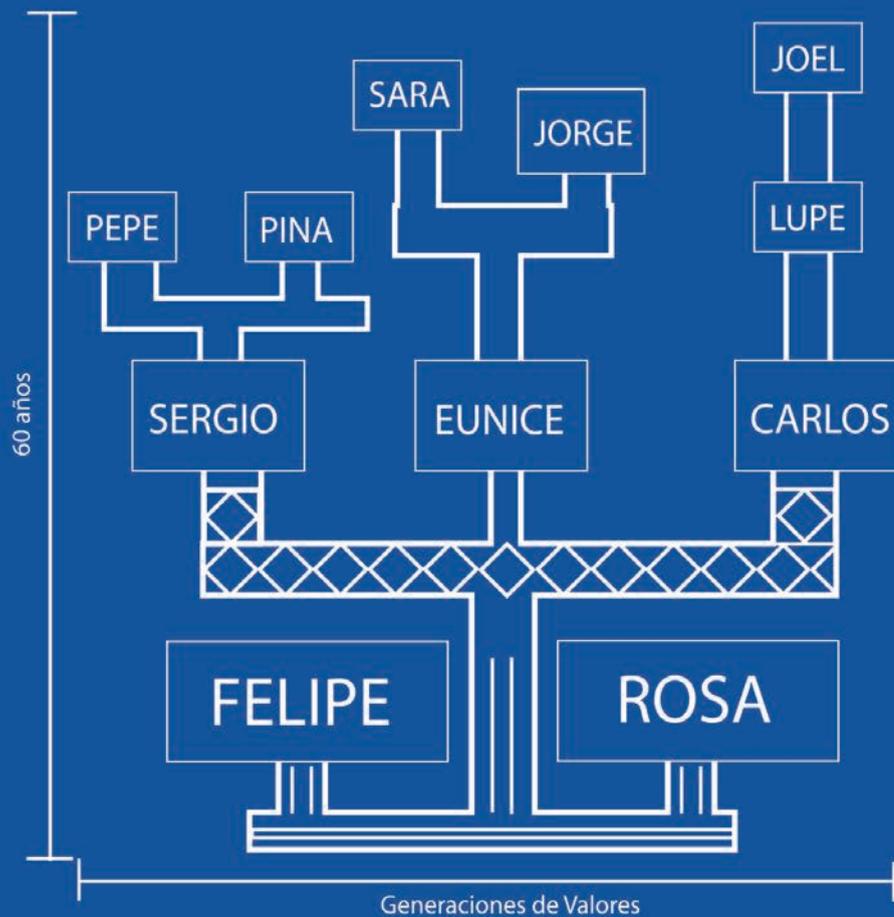
La evaluación de la relación existente entre factores estratégicos, como comportamientos relacionados con la salud, antecedentes ocupacionales, condiciones socioeconómicas, género y cohorte en las condiciones de salud según la evaluación en el momento de la encuesta, permiten realizar inferencias estadísticas que conducen a la emisión de perfiles de riesgo en salud, así como a la re-estructuración de programas y acciones de bienestar social en general.

En este momento histórico de SABE México, según autoridades de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), “se considera como un modelo a seguir en la investigación clínico-epidemiológica para la llamada Región de las Américas”, ya que la estandarización y seguimiento en la rigurosidad de su metodología ha conjuntado a prestigiadas instituciones de educación superior a lo largo y ancho del país, lo que propicia el esfuerzo coordinado de los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento (COESAEN’s), asegura la representatividad y estimula el trabajo de excelencia en las instituciones que brindan atención a más del 90% de los adultos mayores en el país. En síntesis, SABE es un proyecto nacional de investigación que contribuye a identificar y actualizar en forma periódica las particularidades de salud y bienestar de los adultos mayores en las diversas regiones de la República Mexicana.

En el futuro próximo se espera que la información derivada de SABE brinde las bases para establecer el diagnóstico situacional integral del envejecimiento poblacional de nuestro país, como inicio de la construcción de un mejor futuro para las personas adultas mayores.

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

# ARQUITECTO DE SUEÑOS, REALIZADOR DE VALORES.



Escala 1: ∞ Valores

ARQ. FELIPE RAMIREZ JASSO  
CONSTRUCCIÓN: VIDA



## Mensaje Secretaría de Salud

Escribir un libro es una labor sumamente compleja, que se antoja como sencilla, sin embargo la realidad está lejos de tal concepción. Por tal motivo, agradezco ampliamente la ayuda de mis compañeros que se mantuvieron trabajando firmemente en la realización de esta obra, así mismo, deseo incluir en este gran equipo, a aquellos colegas, amigos y amigas, que hicieron lo propio para que este proyecto llegara a buen fin.

No obstante que la realización de una publicación de la envergadura de los Resultados del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) es labor que es imposible de realizar por una sola persona es justo mencionar, aunque sea de forma breve a aquellas sin las cuales este magno trabajo no hubiera llegado a buen término, por ello, en este espacio deseo agradecer:

A todos los trabajadores del área de la Salud, por su trabajo cotidiano y por su dedicación para que nuestra institución, el Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, se distinga con luz propia.

A todos los organismos públicos y privados participantes en la planeación y desarrollo del Proyecto-Encuesta SABE Guanajuato, muy en especial a la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, específicamente al Departamento de Enfermería y Obstetricia de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías y al Cuerpo Académico “Cuidado al Adulto Mayor”, en fin, a todas las autoridades universitarias, profesores, investigadores de tan prestigiada institución académica ya que sin su valiosa colaboración esta publicación no hubiera sido posible.

También, ha sido medular el soporte que hemos recibido por parte de las autoridades y personal del Programa Nacional de Atención al Envejecimiento con sede en el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), perteneciente a la Secretaría de Salud Federal ya que, gracias a su valiosa dedicación, se dio la correcta y adecuada resolución de los múltiples problemas planteados y encontrados en el transcurso de este proyecto. Ya que es imposible mencionar en este espacio a todos los actores del CENAPRECE que participaron en esta publicación, quiero destacar la participación de la Subdirectora del Programa Nacional de Atención al Envejecimiento, Dra. María Esther Lozano Dávila y del Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera, médico internista y geriatra adscrito al programa, así como a todo su equipo de trabajo por la constante asesoría y dirección que se le dio al proyecto en todas las etapas del mismo.

A la Dra. Silvia Alicia Ortiz Chacón quien ha sido un actor constante desde el inicio de SABE Guanajuato, que por medio de su liderazgo logró amalgamar y sinergizar los esfuerzos de las personas involucradas en el proyecto.

A los y las encuestadoras que aplicaron las entrevistas para recopilar la información de la encuesta con todo profesionalismo, calidad humana, paciencia y amor por las personas adultas mayores.

A las personas adultas mayores de Guanajuato que son causa principal de este gran esfuerzo del que debemos formar parte todos.

Dr. Francisco Ignacio Ortiz Aldana.  
Secretario de Salud del Estado de Guanajuato

# Los **Abuelos** son...



# el **TESORO** de la la **Familia**

## **Quiérellos.**

## Introducción

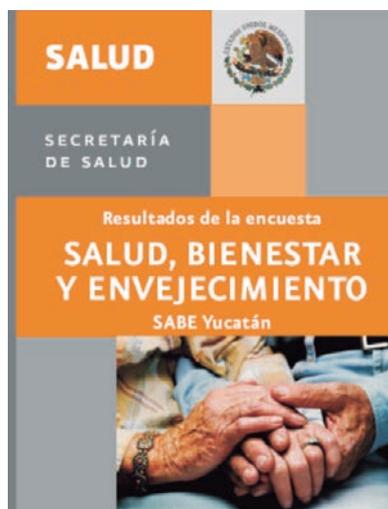
A nivel mundial el envejecimiento poblacional constituye, hoy en día, uno de los cambios más notables en la estructura de las sociedades y México no es una excepción. Desde el punto de vista de la salud, dicho envejecimiento poblacional representa un claro reto para el desarrollo de programas eficientes para su atención correcta y oportuna sobre todo en lo que compete a los padecimientos crónico-degenerativos, que son especialmente frecuentes en este grupo etario. Por otro lado, la prevención en materia de discapacidad, pérdida de la funcionalidad y el impulso de una cultura del envejecimiento activo y saludable son cuestiones que rebasan toda consideración política o económica presente o futura, ya que los adultos mayores de hoy y del mañana ya hemos nacido.

El abordaje sistemático de las necesidades en materia de la atención al envejecimiento, requiere del trabajo conjunto del Gobierno Federal, los gobiernos estatales y las instituciones oficiales que atienden las necesidades de las personas adultas mayores del país. Es por medio del Programa Nacional de Atención al Envejecimiento, perteneciente al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), que desde hace 10 años se lleva a cabo en nuestro país el Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de su oficina regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Dicho abordaje debe basarse en información derivada de proyectos de investigación clínico epidemiológica, que revelen las necesidades reales y sentidas de las personas adultas mayores con datos provenientes de nuestra realidad mexicana. En este aspecto cobra importancia capital el desarrollo del Proyecto-Encuesta SABE México que nos permitirá mediante la realización de una magna encuesta, basada en entrevistas directas por medio de cuestionarios, obtener información sobre el perfil personal del entrevistado, así como su estado de salud, acceso a pensiones y servicios de salud, vivienda y participación laboral. Con los resultados obtenidos y ante la carencia de información sobre este tópico, es importante continuar con este estudio sistemáticamente hasta terminar por completo, el diagnóstico del envejecimiento poblacional en México.

SABE, es un estudio multicéntrico, transversal, que persigue obtener el perfil epidemiológico y socio demográfico de la persona adulta mayor que vive en México. Para hacer esto posible, el Programa Nacional de Atención al Envejecimiento y el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN, Órgano Colegiado y Consultor de la Secretaría de Salud), desarrollaron junto con la Universidad Autónoma de Yucatán un modelo universitario de trabajo en SABE, con la finalidad de:

- Vincular el trabajo entre el Sector Salud y las Instituciones de Educación Superior (IES).
- 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 a la información aportada por SABE.
- Coadyuvar en la vinculación y extensión universitaria, entre otras ventajas.

La ardua labor desempeñada por los Programas de Atención al Envejecimiento tanto Nacional como Estatal, CONAEN, COESAEN Yucatán y la Universidad Autónoma de Yucatán dieron como resultado el libro “Resultados de la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE Yucatán” (2005), que fue distribuido en las principales bibliotecas de nuestro país así como a secretarios de salud de las diferentes entidades federativas y hoy se puede acceder a este documento descargándolo en su versión electrónica de la siguiente dirección de internet: [http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/portada\\_manuales.html](http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_manuales.html)



Libro de resultados en extenso del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE Yucatán, el cual se constituyó como el primer documento que da a conocer el estado situacional del envejecimiento poblacional de una entidad federativa en nuestro país, donde hay un claro compromiso de la Federación por establecer las prioridades en materia de atención al envejecimiento.

El libro SABE Yucatán ha permitido difundir el conocimiento de este magno proyecto así como las particularidades, en este caso, de la forma de envejecer de los yucatecos, permitiendo a posteriori poder hacer comparaciones entre diversas entidades federativas, estableciendo perfiles de riesgo para la salud y emitir propuestas de solución.

En la actualidad, la realización de documentos análogos al libro de SABE Yucatán se están llevando a cabo en diversas entidades federativas donde se ha concluido la encuesta SABE y se ha analizado la base de datos resultante. Con cada uno de estos proyectos se ha ido sumando el esfuerzo de grupos de especialistas en geriatría, gerontología, enfermería, leyes, investigación, informática, diseño gráfico, actuaria, publicidad, etc.

En la actualidad el modelo universitario para la realización de SABE México, se ha ido enriqueciendo mediante el aporte de IES de entidades federativas como: el Estado de México, Durango, Querétaro, Quintana Roo, Tabasco, Morelos, Michoacán, Veracruz, Jalisco, Guanajuato, Colima, Yucatán y San Luis Potosí, esperando que esta interacción académica consolide en el futuro próximo la red universitaria de investigación en materia de envejecimiento que ya existe. (Imagen 2)



Dra. María Esther Lozano Dávila, coordinadora general del Proyecto-Encuesta SABE en la Primera Reunión para la Evaluación y Seguimiento del Proyecto-Encuesta SABE México, con la participación de 40 asistentes, integrantes del Programa Nacional de Atención al Envejecimiento, la Unidad de Cognición y Conducta del INNN, reconocidos investigadores de instituciones de educación superior y responsables operativos del proyecto en cada una de las entidades federativas participantes.

## El Proyecto-Encuesta SABE, un modelo de investigación

Desde que el Programa Nacional de Atención al Envejecimiento toma el liderazgo para el desarrollo de SABE en el país, este no ha dejado de sufrir actualizaciones inherentes a los tiempos modernos, con constantes modificaciones sobre todo en lo referente a la logística para su desarrollo, respetándose la metodología original. Esta situación permite que SABE se adapte al constante cambio y dinámica que requiere para llevarse a cabo una investigación de tal magnitud, sorteando un sinfín de dificultades de todo tipo.

La necesidad de aplicar SABE en las diferentes entidades federativas del país, por medio de una encuesta nacional, permitirá alimentar los sistemas de información establecidos, crear nuevos sistemas de registro y enriquecerlos con indicadores capitales relacionados al envejecimiento poblacional, lo que redundará en dar atención a una problemática específica por medio de planes y programas de atención 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, lo que obligó a incluir de inicio a las ciudades capitales de cada entidad federativa, esto por la conveniencia para el desarrollo operativo de la encuesta (mayor concentración de adultos 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, así como la propia naturaleza de este magno proyecto ha requerido, si no de variaciones al protocolo original, si adaptaciones y actualizaciones de acuerdo a los tiempos que vivimos el día de hoy, las que son inherentes a las modificaciones que ha sufrido el entorno de la persona adulta mayor desde que surgió originalmente el Proyecto-Encuesta SABE y que se analizarán posteriormente en esta publicación.

A lo largo del presente trabajo intitulado “Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento: SABE Guanajuato” el lector podrá acceder a información medular sobre cómo se realizó dicho proyecto, así como a los resultados más relevantes obtenidos. Este trabajo cuenta con una serie de capítulos que explican al lector la intervención de cada uno de los actores que integran SABE México, desde la participación del Programa Nacional de Atención al Envejecimiento de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento, el Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en el Estado de Guanajuato, la Universidad de Guanajuato y las propias personas adultas mayores, principio y fin de este estudio. Por otro lado, en su contenido se encontrará de forma resumida los cambios 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 Guanajuato, todo por investigadores, clínicos, supervisores de campo, encuestadores y demás personas comprometidas con el proyecto y que hoy cristalizan los resultados en esta publicación.

Esperamos que el lector, a través de estas páginas; tenga una amplia panorámica de la entidad federativa, así como de las necesidades reales y sentidas de los adultos mayores, y se genere un deseo de hacer intervenciones basadas en evidencias científicas para este grupo poblacional.

Gracias  
El Equipo SABE México.

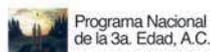
# SE BUSCA ABUELA



**RECOMPENSA : AFECTO, CARIÑO Y RESPETO**



Rectoría Institucional **DIIT**



## 1. El envejecimiento en México

Dra. María Esther Lozano Dávila<sup>1</sup> • Dr. Javier Calleja Olvera<sup>2</sup> • 1. Subdirectora de Atención al Envejecimiento del PSAA,  
2. Atención al Envejecimiento del PSAA

La esperanza de vida al nacer, o vida media, 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”. La esperanza de vida, constituye un indicador de los resultados logrados debido al descenso del nivel de mortalidad general a expensas de la infantil, así como a la disminución de la fecundidad, estas reducciones tienen como consecuencia el incremento numérico de la población anciana.

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

A nivel mundial, se estima que el promedio en la expectativa de vida es de alrededor de 63 años, pero esta media, está bastante alejada de la realidad cuando se toma en cuenta los casos extremos entre los países por su desarrollo, por lo que existen diferencias notables entre aquellos denominados como desarrollados y subdesarrollados, ya que según la Comisión Global sobre los Determinantes Sociales de la Salud, perteneciente a la OMS, en los primeros se tiene una media de 76 años para las mujeres y de 70 años para los hombres, con un promedio entre ambos géneros 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 durante el mismo periodo.<sup>1,2</sup>

En México, el proceso del envejecimiento demográfico no es reversible, ya que los adultos mayores del mañana ya nacieron, si consideramos, que las generaciones de 1960 a 1980, -las más numerosas reportadas-, ingresarán al grupo de 60 años y más, a partir del 2020, esto se verá reflejado con el incremento de las proporciones de los adultos mayores en las próximas décadas.<sup>3</sup>

Como resultado de este incremento, también se presenta una transición epidemiológica, caracterizada por la persistencia de enfermedades infectocontagiosas, así como por el aumento en el número de “Enfermedades Crónicas No Transmisibles” (ECNT), como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, demencias, enfermedades articulares y procesos de arterosclerosis, etc., y aunque este tipo de padecimientos no son exclusivos del envejecimiento, ya que este, per se, no es sinónimo de enfermedad, es importante recalcar que muchas de estas patologías inician en etapas cada vez más tempranas de la vida y llegan a la vejez, con una serie de comorbilidades, complicaciones y discapacidades, que generan un incremento importante en los gastos para la atención a la salud, así como costos sociales. Cabe destacar, que en países desarrollados, no se presenta esta problemática, ya que en ellos se tiene un envejecimiento activo y saludable.<sup>3</sup>

Debido, a la naturaleza de las ECNT, que son padecimientos de larga duración e implican el uso de terapias basadas en tecnologías y medicamentos costosos así como períodos de hospitalización prolongados y frecuentes, -sin que necesariamente se prolongue la vida del individuo o se mejore la calidad de la misma-, por lo que se tienen que implementar acciones de prevención tanto primaria como secundaria para todos los grupos de edad, con el

fin de evitar o diferir la discapacidad, la cual se hace más aparente desde los 45 años de edad, tanto en hombres como en mujeres, alcanzando niveles significativamente altos de los 70 años en adelante, cuando el riesgo de experimentar deterioro funcional es mayor.<sup>3</sup>

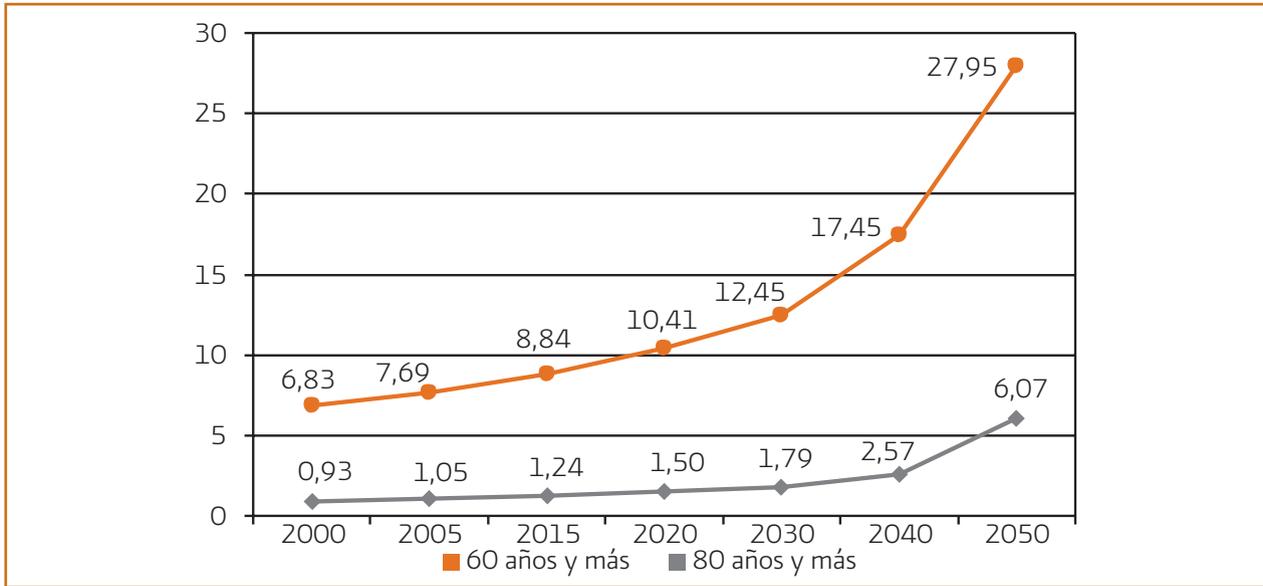
En este contexto, las instituciones del Sector Salud del primer nivel de atención, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, están elaborando y actualizando continuamente las políticas y estrategias de prevención, promoción y control, con la integración de prácticas exitosas e innovadoras, sustentadas en las mejores evidencias científicas, con el propósito de atenuar la carga de enfermedad en los adultos mayores, así como conjuntar esfuerzos y organizar los servicios de salud para una mejor capacidad de respuesta en los distintos órdenes de gobierno. Para ello, se consideran las estrategias y medidas de intervención con menor costo-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.

En este proyecto se incluyen además, los requerimientos de infraestructura y las necesidades de operación, así como los mecanismos de rendición de cuentas que facilitan el seguimiento de estas acciones para contar con indicadores que permitan informar con transparencia los resultados de los compromisos que se establecen.

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, buscando de manera directa alianzas estratégicas con la iniciativa privada y la sociedad civil, así como la innovación en el manejo integral del paciente con la introducción de nuevos esquemas terapéuticos, campañas de comunicación de riesgos y la consolidación de las acciones educativas y de capacitación, así como el abandono de hábitos nocivos para la salud, entre otros determinantes para lograr un envejecimiento activo y saludable, entendiendo a éste 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”, de acuerdo con la OMS. 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.

### Transición epidemiológica 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 concepto conocido como transición demográfica, que intenta explicar 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 en los relacionados con las personas de mayor edad (Figura 1).

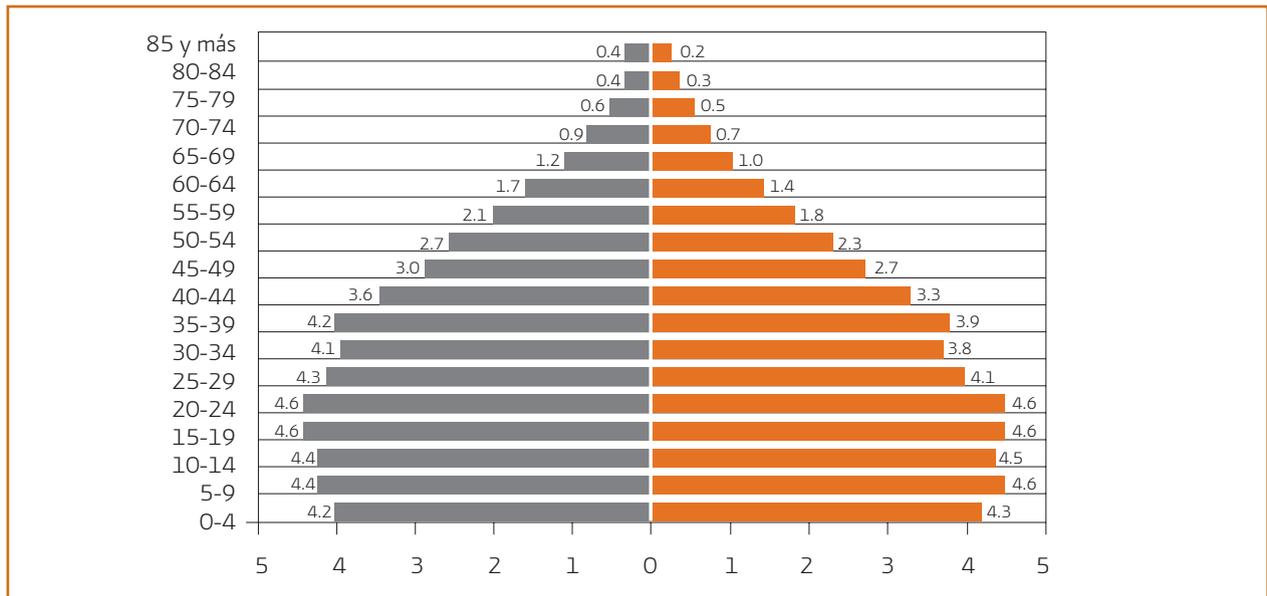


**Figura 1. Proporción de población de 60, 80 años y más. México 2000-2050**

Crecimiento de la población de 60 años y más durante el período 2000 - 2050

Fuente: Estimaciones realizadas por la CENAVE. SSA. CONAPO

El envejecimiento es un proceso de la vida, y muchas patologías inician en etapas tempranas de éste, y persisten al llegar a la vejez, asociándose a comorbilidades y complicaciones,<sup>4,5,6,7</sup> a menudo con complicaciones prevenibles, lo que conduce a un incremento de la mortalidad prematura, respecto a la de los países de altos ingresos.<sup>8,9,10</sup>



**Figura 2. Pirámide poblacional de México, 2011**

Figura 2 pirámide poblacional de México, donde se aprecia una disminución en la base e incremento la cúspide.

Fuente: INEGI: Censo de Población y Vivienda 2010, Tabulador del cuestionario

De acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el 2010 el número de adultos mayores estimado era de 9,424,000 de los cuales, 54.3% son mujeres y 45.7% son hombres; un 45.6% de los adultos mayores con algún tipo de seguridad social y de éstos, 46.8% están registrados de manera simultánea en dos o más instituciones de seguridad social (Figura 2).

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 asociados con esta población como los relacionados con los sistemas de pensiones y la asistencia en salud.

Existe una tendencia hacia un crecimiento poblacional de adultos mayores, el cual es atribuible al aumento de la esperanza de vida, lo que contribuye al incremento de diversas enfermedades crónico-degenerativas, que de alguna manera casi siempre inician en etapas tempranas incluyendo la infancia y adolescencia.<sup>1,2</sup>

México se encuentra en una fase de cambio rápido en los perfiles de salud. La característica general de este proceso consiste en la disminución de los padecimientos propios del subdesarrollo y del 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.<sup>3</sup> Aún 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 en los adultos mayores latinoamericanos, destacan las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes, los accidentes y la cirrosis.

Los países en desarrollo como el nuestro, el fenómeno de la transición epidemiológica y demográfica, ha generado polarización de las patologías. Por un lado, se presenta un rezago en la atención de las enfermedades transmisibles y por otro, en las últimas décadas ha habido un aumento incesante de las ECNT; sumado a lo anterior, la detección de padecimientos de mayor incidencia en el adulto mayor es inoportuna, parcial e inadecuada, además de que 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 a éste grupo poblacional.<sup>11, 12, 13</sup>

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 de las condiciones que determinan su incidencia y complicaciones, por lo cual, deberán detectarse y atenderse de manera oportuna, desde la infancia, adolescencia y edad madura, ya que si bien esto no elimina las patologías en sí, puede ofrecer ganancia en años con mejor calidad de vida.<sup>11, 14, 15</sup>

De manera similar a otras enfermedades crónicas, en México no se cuenta con una caracterización por grupo de edad de las enfermedades de mayor prevalencia en el adulto mayor como lo son: la depresión, alteraciones de memoria, incontinencia urinaria y fecal, y otros tipos de discapacidades.

Así mismo, se carece de información sistematizada relativa a las acciones que se realizan en materia de detección, diagnóstico y tratamiento.<sup>16, 17</sup>

Dentro de la problemática principal para el avance del Programa de Atención al Envejecimiento se encuentra: la falta de sensibilización y educación de todos los sectores hacia una cultura de envejecimiento activo y saludable, así como la no actualización de documentos técnicos y normativos, al igual que un deficiente abasto de guías y manuales para la detección y manejo de los padecimientos de mayor prevalencia en el adulto mayor. Por otro lado, no existen mecanismos efectivos para garantizar la adherencia terapéutica y cambios de conducta en los pacientes, sus familias, la comunidad y la sociedad en su conjunto. Destaca también la insuficiencia y falta de continuidad en las campañas de comunicación social, para fomentar las medidas preventivas que conlleven a un envejecimiento activo y saludable.<sup>18</sup>

Otras limitaciones en los programas de prevención y control para el manejo adecuado de los adultos mayores son: la falta de recursos necesarios para brindarles una atención integral, la cual incluye personal de salud debidamente capacitado, abasto de medicamentos; eficiencia en el sistema de referencia y contrareferencia a los diferentes niveles de atención; implementación de infraestructura física especializada como: módulo de atención gerontológica en centros de primer nivel de atención e instauración de Centros de Día de Atención para el Envejecimiento (geronto-geriátricos), complementados ambos con servicios de atención domiciliaria.<sup>18</sup>

En este grupo de edad, otra situación relevante lo constituye la poca o nula información existente en materia de envejecimiento, tanto de sus patologías como de las necesidades sentidas de este grupo poblacional. 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, por lo que la Secretaría de Salud en coordinación con la OPS/OMS está realizando esfuerzos para contar con información veraz, oportuna y representativa.<sup>19, 20</sup>

En México, a pesar de la información generada intra e interinstitucionalmente, aún no se reflejan en ella las necesidades de los adultos mayores, en virtud de que sólo se registran los datos de morbilidad de los usuarios de los servicios de salud y por otro lado, cada institución tiene su propio sistema de información que no siempre es compatible con el del Sector Salud, lo que 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 de Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento, o similares, las cuales son específicas para el adulto mayor por lo que proporcionan información sobre sus necesidades.

## 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 enfermedades crónico-degenerativas, con una discreta disminución de las enfermedades infecciosas. La importancia de tales patologías es incuestionable, ya que actualmente ocupan los primeros lugares en mortalidad general, antes ocupados por las enfermedades infecciosas.<sup>3,4,21</sup>

En el año 2000, las principales causas de mortalidad en la población adulta mayor fueron: la diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares, pulmonares obstructivas crónicas y las hipertensivas. En conjunto alcanzaron un total de 99,809 defunciones, lo que corresponde a 46.1% del total de fallecimientos registrados en ese año. Al compararlas con 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, lo que representa 48.6% del total nacional.<sup>22,23</sup> 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 enfermedades hipertensivas.<sup>24,25, 26.</sup>

Si comparamos la mortalidad 2005 registrada por el IMSS con la del Sector Salud, encontramos entre las primeras causa de defunción a la diabetes mellitus como la causa principal de mortalidad, de ahí la necesidad de recalcar a esta entidad nosológica, como generadora de gastos catastróficos, discapacidad de cualquier tipo y que comúnmente es la raíz etiológica de otras ECNT. En segundo lugar, encontramos a las enfermedades del corazón, donde la de tipo isquémico es la más común; el tercer lugar, lo ocupan los tumores malignos en el IMSS y la enfermedad cerebrovascular en todo el Sector; no obstante, en el cuarto lugar encontramos a esta última en el IMSS<sup>27,28,29,30</sup> (Figura 3).

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica está situada en el cuarto lugar de la mortalidad sectorial y en el quinto de la mortalidad del IMSS. Por otro lado, en la mortalidad del Sector Salud el quinto lugar está ocupado por la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, mientras que en el IMSS, éstas ocupan el sexto lugar. De manera análoga el sexto lugar a nivel sectorial lo tienen las infecciones respiratorias agudas bajas, con gran concordancia con la mortalidad del IMSS, ya que aquí ocupan el séptimo lugar.

En relación con dichos datos, las enfermedades neoplásicas ocupan un papel preponderante, en especial, aquellas que afectan el aparato respiratorio; no obstante, un dato adicional es que en el IMSS el cáncer prostático se vislumbra como un padecimiento de tendencia creciente, lo que justifica que todo el sector fortifique las acciones encaminadas a la detección y referencia oportuna de pacientes con síndrome prostático.<sup>19, 20</sup>

Es necesario señalar que debido a las características propias del derechohabiente del IMSS, se modifica un poco el perfil epidemiológico, en contraste con el usuario del Sector Salud, ya que se observa que una de sus principales causas de mortalidad son los accidentes, esto se puede explicar desde la óptica de que el Instituto pone énfasis especial en el rubro de medicina del trabajo.

Al hacer el comparativo entre el Sector Salud y el ISSSTE no hay coincidencia en cinco de las 10 primeras causas de mortalidad debido al tipo de derechohabencia que tiene ese Instituto, ya que esta presenta un mayor envejecimiento debido a que atiende exclusivamente a trabajadores del Estado, donde la rotación del personal es menor, con nivel económico medio más homogéneo, lo que marca diferencias en las causas de mortalidad.

Figura 3. Principales causas de mortalidad en edad pos - productiva (65 años y más), México 2010

ORDEN	CLAVE CIE 10A. REV.	DESCRIPCIÓN	DEFUNCIONES	TASA 1/	%
	A00-Y98	Total	292 027	4.880,2	100,0
1	E10-E14	Diabetes mellitus	37 509	626,8	12,8
2	I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	37 380	624,7	12,8
3	I60-I69	Enfermedad cerebrovascular	20 327	339,7	7,0
4	J40-J44, J67	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	16 514	276,0	5,7
5	I10-I15	Enfermedades hipertensivas	9 521	159,1	3,3
6	K70, K72.1, K73, K74, K76	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	8 966	149,8	3,1
7	J10-J18, J20-J22	Infecciones respiratorias agudas bajas	8 161	136,4	2,8

8	N00-N19	Nefritis y nefrosis	6 323	105,7	2,2
9	E40-E46	Desnutrición calórico proteica	6 136	102,5	2,1
10	C33-C34	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	4 653	77,8	1,6
11	C61	Tumor maligno de la próstata	3 992	66,7	1,4
12	C22	Tumor maligno del hígado	3 161	52,8	1,1
13	C16	Tumor maligno del estómago	3 086	51,6	1,1
14	D50-D64	Anemia	2 370	39,6	0,8
15	C25	Tumor maligno del páncreas	2 169	36,2	0,7
16	C18-C21	Tumor maligno del colon y recto	1 948	32,6	0,7
17	F01, F03, G30-G31.1, G31.8-G31.9, G91	Demencia y otros trastornos degenerativos y hereditarios del Sist. Nervioso Central	1 862	31,1	0,6
18	K25-K27	Úlcera péptica	1 754	29,3	0,6
19	2/	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	1 624	27,1	0,6
20	A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	1 587	26,5	0,5
	R00-R99	Causas mal definidas	7 876	131,6	2,7
		Las demás	105 108	1.756,5	36,0

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 1979-2008 INEGI/SS y de las Proyecciones de la Población de México 2005 - 2050, y proyección retrospectiva 1990-2004. CONAPO 2006.

## Morbilidad

El comportamiento de la morbilidad en la población envejecida presenta una mayor complejidad respecto a otros grupos etarios, principalmente porque el estado de salud es un reflejo del estilo de vida, así como de los factores ambientales y socioculturales a los que se ha expuesto el individuo.

Con relación 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 (SUI-VE) podemos observar que dentro de las 10 primeras causas se entremezclan enfermedades infecto-contagiosas y crónico degenerativas, llamando la atención que la gingivitis y la enfermedad periodontal están dentro de este grupo (Figura 4).

El aumento en el número de comorbilidades, que al parecer es directamente proporcional a la edad del individuo, según algunos estudios multicéntricos, muestra un incremento en la utilización de los servicios de salud, que como dato importante se incrementa tres veces más en los adultos mayores de 70 años.

En los adultos mayores coinciden dos grupos de padecimientos: las enfermedades dependientes de la edad y las enfermedades relacionadas con la edad (Figura 5). Mientras que las primeras son aquellas cuya patogénesis está relacionada directamente con el envejecimiento del huésped, el segundo grupo se refiere a aquellos procesos que pueden aparecer a cualquier edad pero son más comunes en los adultos mayores.

Figura 5. Tipos de enfermedades

**Las enfermedades dependientes de la edad** son aquellas cuya patogénesis está directamente relacionada con el envejecimiento de la persona. Las enfermedades más comunes de este grupo son las enfermedades cardíacas, osteoartritis.

**Las enfermedades relacionadas con la edad**, a diferencia de las anteriores, se presentan en un determinado período de la vida, pasado el cual su incidencia influye marcadamente. Estas enfermedades o 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.

Fuente: OPS/OMS.

En la consulta médica de los últimos años, las enfermedades más frecuentes en el género masculino son las atribuibles al aparato circulatorio, sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, mientras que en el género femenino son atribuidas además al estado nutricional, las glándulas endocrinas y el metabolismo.<sup>11</sup>

El consumo de medicamentos es una cuestión ligada íntimamente al concepto de polipatología, lo que es común en el adulto mayor; el impacto de la atención de pacientes geriátricos se refleja al conocer que este grupo poblacional consume aproximadamente 30% de todos los medicamentos que se venden en el país.<sup>10</sup>

Con relación a las causas de hospitalización para este grupo de edad, 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, mientras que en las mujeres fueron: la diabetes mellitus, la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.<sup>12</sup>

La cognición durante la vejez es un tema importante de abordar que se debe estudiar en diversas áreas médicas complementarias, desde la realización del diseño de pruebas de tamizaje y baterías neuropsiquiátricas 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.<sup>13</sup>

En Estados Unidos, el área de neurociencias y neuropsicología del Programa del Envejecimiento es uno de los cuatro programas extramuros del Instituto Nacional del Envejecimiento y consume aproximadamente 50% de todo el presupuesto de esa institución.<sup>12</sup>

Un estudio llevado a cabo por el Centro de Economía y Salud, en 1996,<sup>14</sup> clasificó las necesidades prioritarias en salud de los adultos mayores mexicanos en diferentes categorías independientemente del género y basadas en el grado de discapacidad, aquí comentamos dos de las que consideramos las más importantes. La primera, llamada de “alta discapacidad”, incluye entidades como el síndrome de caídas, las demencias, la artritis reumatoide y la osteoartritis; una incluye padecimientos que generalmente cursan con “muerte prematura”, como la enfermedad cerebrovascular, las nefritis, las nefrosis y la cardiopatía hipertensiva. Ahora bien, no obstante que en líneas anteriores se ha ejemplificado al síndrome demencial como un generador de alta discapacidad e independientemente de su etiología, no hemos llegado al grado de detección y atención que requiere esta problemática. Como bien se aclara en este mismo estudio,<sup>14</sup> las demencias son un grave problema de discapacidad en México más que de mortalidad y deben ser atendidas en forma integral. A este respecto, en 1994 las afecciones demenciales ya eran la quinta causa de discapacidad en las mujeres mexicanas adultas mayores. Para los hombres, las demencias ocupaban un séptimo lugar.<sup>15,16</sup>

El Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el año 2005, destaca en primer lugar, la discapacidad del aparato musculo-esquelético que afecta 5.6% de los varones adultos mayores y 6.2% de las mujeres de este país. El segundo lugar, lo ocupa la discapacidad visual 3.2% en hombres, 3.4% en las mujeres, mientras que el tercer lugar lo ocupa, la discapacidad auditiva 2.7% para los varones, 1.9% para las mujeres adultas mayores.<sup>3</sup> Los datos anteriores nos llevan a la reflexión de que México cada día se acerca más a ser una sociedad envejecida, y que lamentablemente, no se encuentra libre de discapacidad.<sup>3</sup>

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, debido a que su diseño no permite 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 en el adulto mayor.

La importancia de las primeras 10 causas de morbilidad en el adulto mayor radica, en que en éstas, se concentran en promedio 92.8% en relación al resto de los 87 padecimientos notificados en el periodo 2000-2011. Al sumar las notificaciones por año nos da como resultado que, en promedio, en el periodo se enferman 46 de cada 100 adultos mayores por cualquier causa reportada durante el año.<sup>31-34</sup>

Las diez principales causas de morbilidad general del sector durante el año 2010 son: 1) infecciones respiratorias agudas; 2) infecciones de vías urinarias; 3) infecciones intestinales por otros organismos y mal definidas; 4) úlceras, gastritis y duodenitis; 5) hipertensión arterial sistémica; 6) diabetes mellitus, 7) gingivitis y enfermedades periodontales; 8) conjuntivitis; 9) otitis media aguda; y 10) amibiasis intestinal (Figura 4).

Como puede observarse en los datos anteriores, México presenta tanto enfermedades infectocontagiosas como crónicas degenerativas lo que hace que se hable de una transición epidemiológica, en específico en este grupo de edad. Los niveles de enfermedad infecciosa que se observan, son más altos de los que se esperaría, dados los niveles observados de enfermedades crónicas.

En relación con los datos estadísticos del IMSS y el ISSSTE, se observa que no hay diferencias sustanciales, dentro de las cinco principales causas de enfermedad. Sin embargo, esto contrasta con las cinco causas restantes, ya que a pesar de haber una gran similitud en las entidades nosológicas presentadas hay un cambio de ubicación con respecto al orden de aparición en los reportes.

Debemos mencionar que en el SUIVE, a partir de los 60 años de edad, éste se divide para su notificación en dos grupos etarios: 60 a 64 años y 65 y más. Al comparar estos dos grupos de edad, observamos que en la décima causa de morbilidad se ubican las neumonías y bronconeumonías con 30,114 casos y una tasa de 380.41; conjuntivitis con 29,867 casos y una tasa de 377.29 por cada 100,000 habitantes; ambas, corresponden a la undécima y duodécima causas de morbilidad, respectivamente.

Como resultado de la información, dentro de las principales causas de morbilidad predominan aún las de carácter infeccioso, tales como afectaciones gastrointestinales, las helmintiasis, amibiasis e infecciones de las vías urinarias, lo que indica que debemos realizar acciones encaminadas a prevenir y atender estos padecimientos<sup>31</sup> (Figura 4).

Figura 4. Principales causas de morbilidad, México 2010

CAUSAS DE MORBILIDAD	60-64	65Y+	TOTAL	TASA *
1. Infecciones respiratorias agudas	754,316	1,360,050	2,114,366	22,436
2. Infección 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	1,550
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
Todas 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

\* Por 100,000 habitantes

## 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.<sup>35,36,37,38,39,40</sup>

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 con calidad a nuestros adultos mayores. Por otro lado, se requiere de personal sensibilizado y debidamente capacitado que responda a las demandas cada vez mayores de un México que camina hacia el envejecimiento poblacional.<sup>34,41,42</sup>

Para ello, es indispensable contar con una nueva estructura de organización con 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. Realizar 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 los adultos mayores con representación nacional, lo que a su vez coadyuva y hace frente a la desigualdad social e inequidad. Lo anterior, fundamenta las bases para la realización de un “Nuevo 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.<sup>19</sup>
- B. Implementar el modelo de: Módulos Geronto-Geriátricos en Centros de Salud Jurisdiccionales, consulta domiciliaria y Centro de Día de Atención al Envejecimiento, todos vinculados entre sí, para la atención integral del adulto mayor con diversas causas de patologías en especial la discapacidad física y mental, con el fin de que la familia pueda contar con los elementos mínimos e indispensables para el resguardo seguro de su familiar.<sup>42</sup>

En la literatura universal se pueden consultar los trabajos de diversos autores que hacen referencia a la efectividad de dichos modelos en cuanto al abatimiento de costos de atención de pacientes adultos mayores y beneficios agregados como la conservación por más tiempo de su perfil funcional con ganancia en años de vida saludable.<sup>43-45</sup>

- C. Realizar campañas de comunicación social permanentes, a fin de generar una nueva cultura sobre el envejecimiento poblacional. Estas campañas estarán dirigidas a la población general, ya que 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 en general de los adultos mayores en un mediano plazo.<sup>46</sup>

- D. Fortalecer la capacitación del equipo de salud de manera interinstitucional e intersectorial a fin de que se homologue los criterios de promoción, prevención, tratamiento y limitación del daño en los adultos mayores, además de implementar acciones encaminadas a mejorar los conocimientos acerca de los cuidados asistenciales en domicilio, que deben proveer los cuidadores primarios a los adultos mayores con discapacidad física o mental.<sup>47,48</sup>

- E. Actualizar e integrar a las normas oficiales de diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica existentes, apartados específicos para el adulto mayor, ya que todavía se considera la atención clínica de estos pacientes igual a la de los grupos etarios más jóvenes, ocasionando una atención inadecuada que puede llevar al deterioro en la salud y funcionalidad en el adulto mayor.
- F. Consolidar al Comité Nacional y los Estatales de Atención al Envejecimiento, con el fin de que se puedan establecer políticas nacionales a favor del envejecimiento activo y saludable, mediante la participación intersectorial, con especial interés en el Consejo Nacional de Discapacidad del DIF y del Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores.
- G. Consolidar la implementación de la rectoría del Sector Salud en materia de envejecimiento.<sup>35</sup>
- H. Detectar, dar seguimiento y control a los padecimientos de mayor prevalencia de este grupo de edad a través de la adecuación de los sistemas de información para el adulto mayor. Ejemplo de lo anterior, son el tamizaje en búsqueda de depresión y trastornos de la memoria cuya utilidad ha sido comprobada en el mundo.<sup>49, 50</sup> El objetivo principal de hacerlo es un tamizaje en búsqueda de deterioro cognoscitivo en el adulto mayor, e iniciar un tratamiento etiológico que retarde el deterioro funcional del individuo, así como la fatiga de sus cuidadores.<sup>51-61</sup>
- 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 de cada adulto mayor en búsqueda de 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.

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 en los adultos mayores y en sus familiares. La Estrategia de Prevención y Promoción para una Mejor Salud contribuye a estos compromisos al impulsar los mecanismos que permitan la aplicación de medidas institucionales del modelo operativo de éstas y otras intervenciones en el Sistema Nacional de Salud.

Dentro del abordaje elemental de Atención al Envejecimiento, se presentan las siguientes estrategias:

1. Creación de mecanismos rectores del Sistema Nacional de Salud para abordar y modificar los entornos y los determinantes de las patologías más prevalentes en la población adulta mayor a fin de lograr un envejecimiento activo y saludable.
2. Desarrollo de 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. Fortalecimiento de la coordinación del CONAEN, COESAEN y organismos internacionales para la implementación y desarrollo de los diagnósticos estatales, para la toma de decisiones e implementación de políticas públicas a favor de un envejecimiento activo y saludable.

4. Implementación de 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 la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud.
5. Innovación en la prestación de servicios de salud, para la detección y diagnóstico oportuno de las enfermedades sujetas a programa que afectan a la población adulta mayor usuaria de los servicios del Sistema Nacional de Salud.
6. Adecuación y fortalecimiento de los sistemas de información a nivel institucional e interinstitucional para las necesidades de seguimiento y evaluación del Programa.
7. Fortalecimiento del componente educativo (alfabetizar en el envejecimiento activo y saludable) dirigido a la comunidad, sus familias y la población en riesgo con énfasis durante las Semana de Salud para Gente Grande (con periodicidad anual).
8. Desarrollo y fortalecimiento sectorial (incluido el Seguro Popular) de la capacitación para mejorar la calidad en la atención que brinda el equipo responsable del adulto mayor, a fin de favorecer un envejecimiento activo y saludable.

#### 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: [www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata](http://www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata).
3. Lefrancois, R. y cols. Sociologie du Vieillissement En: Arcand M., Hébert R. Précis Practique de Gériatrie. Ed. Edicsem Inc, Québec (Canadá), 1997, p. 47-57.
4. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. serial on line 2007, mayo cited 2008 enero 30; available from: <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/index.php?page=salud>.
5. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Título primero, artículo 26, México, p. 23-24.
6. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Sistema Internet de la Presidencia 2007. <http://pnd.presidencia.gob.mx/>
7. Organización Mundial de la Salud. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental.
8. Departamento de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud. Revista Española Geriatria Gerontología, 2002;37(S2):74-102
9. Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Miller RA. The Biology of aging and longevity, en Hazzard
10. WR Principles of Geriatric Medicine and Gerontology; fifth International Edition. EEUU, Mc Graw Hill, 2005; p. 3-15.
11. Herder L. El arte de envejecer. en Laforest J. y cols, Introducción a la Gerontología. Barcelona (España), 1991. p. 172-185.
12. Murray CJL, Lopez AD: Mortality by cause for eight regions of the world: Global burden of disease study. Lancet 1997; 349: 1269-1276.
13. World Health Organization. Non communicable diseases prevention and control. World Health Organization. Genova, Suiza. 2006.

14. Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MICRO-HOPE substudy. *Lancet* 2000; 355: 253-259
15. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepulveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
16. Padwal R, Laupacis A. Antihypertensive therapy and incidence of type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Care*, 2004; 27: 247- 255.
17. 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.
18. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2000. *Salud Pública de México* 2002;44: 266–83.
19. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad. Sistema Nacional de Información en salud. 2005.<http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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 el adulto mayor SSA, México, 2005. p.1-6.
24. 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.
25. 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 el adulto mayor. SSA, México, 2005. p. 1-6.
26. Secretaria de Salud. Sistema de Información en Salud: serial on line abril 2007 cited enero 2008 available from: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>
27. 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](http://accesomedia.com/display_release.html?id=21486)
28. 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](http://www.hgm.salud.gob.mx/pdf/servicios/nom_024_ssa2_1994.doc).
29. Secretaria de Salud. Programa de Acción: Atención al Envejecimiento. SSA. México, 2001. p. 19-40.
30. Secretaria de Salud. Estadísticas de Mortalidad en México, muertes registradas en el año 2003. *Salud Pública de México* 2005; 47 p. 171-180.
31. Casanova JL, Solsona E y cols. Cáncer de Próstata. *Medicine*, 1999, mes, 7(117): 5460-5466.
32. Secretaria de Salud Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Secretaria de Salud, 2007. p. 1-10.
33. CONAPO. Situación Demográfica de México serial on line octubre 2007 cited 2008 enero 30; available from: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/inicios/001.htm>
34. Sistema Unico de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE): serial on line junio 1994 cited enero 2008 available from: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/index.html>
35. Secretaria de Salud. Anuario Estadístico de Morbilidad. 2006. DGE. Secretaria de Salud.

36. Secretaria de Salud Morbilidad 1984-2002 en México. Versión CD.
37. Secretaria de Salud. Boletín Caminando a la Excelencia en Envejecimiento 2004-2006. Serial on line abril 2004 cited enero 2008 available from: <http://cnve/caminando2006/envejecimiento.asp?ano=2006&tri=4>
38. Secretaria 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
39. 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>.
40. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Guía Clínica para la Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Washington DC EUA. 3 ed. 2003. p. 1-400.
41. Rabow MW, Pantilat S, y cols. Care at the end of life. En Tierney LM, Mc Phee S, Papadakis MA, y cols. Current medical diagnosis and treatment, 2006, p 67-85.
42. Johnston B, Harper M, Landefeld S. Geriatric Medicine. En Tierney LM, Mc Phee S, Papadakis MA, y cols.
43. Current medical diagnosis and treatment, 2006, p 939-946. Secretaria de Salud.
44. Haffner SM, Stern MP, Hazuda HP, Mitchell BD, Patterson JK. Cardiovascular risk factors in confirmed pre-diabetic individuals: does the clock for coronary heart disease start ticking before the onset of clinical diabetes JAMA 1990; 263:2893-2898
45. Secretaria de Salud-CONAEN. Centros de Día. Lineamientos Generales para el Funcionamiento de un Centro de Día Gerontológico. México, 2007, p. 1-62.
46. Forster A., Young J., Langhorne P. (1999) Systematic review of day hospital care for older people. British Medical Journal 318: 837-841.
47. Siu AL, Morishita L., Blaustein J. (1994) Comprehensive geriatric assessment in a day hospital. Journal of the American Geriatric Society 42:1994-1999.
48. Cost-effectiveness of Day Care Settings for Frail Elderly People BROCKLEHURST Age Ageing.1989; 18: 282.
49. Secretaria de Salud México 2001-2005 Información para la rendición de cuentas. 2006. Talleres de la Secretaria de Salud.
50. 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/>.
51. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Rectoría de los Ministerios de Salud en los Procesos de Reforma Sectorial documento
52. 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.
53. Secretaria de Salud. Programa Nacional de Salud 2007- 2012, Por un México Sano: Construyendo Alianzas para una Mejor Salud. Secretaria de Salud octubre 2007. p. 81-120.
54. 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
55. Zarit, S.H. et al. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980;20:649-655.
56. Hachinski VC, Lassen NA, Marshall J. Multi-infarct dementia: a cause of mental deterioration in the elderly. Lancet 1974;2:207-210.
59. 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.

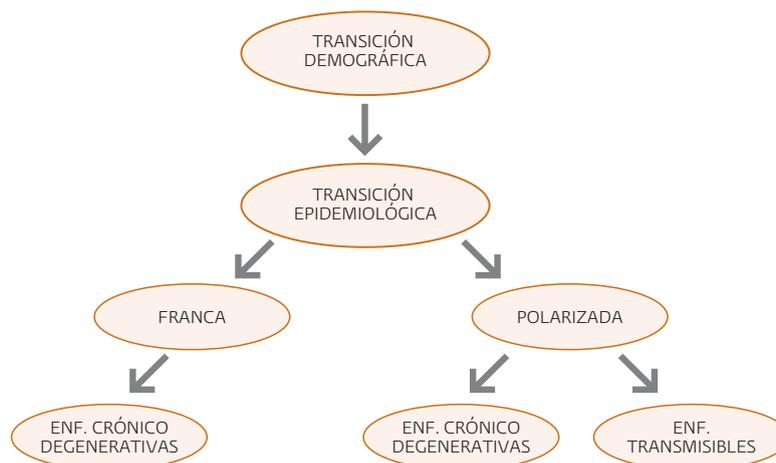
61. U.S. Preventive Services Task Force. Task Force neutral on routine dementia screening. *Geriatrics*. 2003, aug 1: 623-632.
62. Siu AL. Screening for dementia and investigating its causes. *Ann Internal Medicine*. Med 1991;115:12232.
63. Folstein, M. F., Folstein S. E., y McHugh P. R. "Mini- Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinical. *Journal of Psychiatric Research*, 1975. 12, 189-198
64. Gutiérrez R LM, Mejía A S. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en los adultos mayores en México. *Salud Pública de México*. 2007; 49, supl 4: 475-481.
65. U.S. Preventive Services Task Force, Agency for Health care Research and Quality. Screening for Depression, Systematic Evidence Review. April 2002.
66. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression report. *J Psychiatr Res* 1983;17:37-49. screening scale: a preliminary
67. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Health Canada. Secretaria de Salud. Guía para el desarrollo de un sistema integral de apoyo para el envejecimiento activo. 2002, Canada, volumen único: 5-14.
68. Sistema de Información en Salud Mortalidad (SISMOR): serial on line octubre 1994 cited enero 2008 available from: <http://www.imss.gob.mx/imss>

## 2. Participación del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento en la Encuesta SABE.

Dra. María Esther Lozano Dávila • Subdirectora de Atención al Envejecimiento del PSAA  
Dr. Javier Calleja Olvera • Atención al Envejecimiento del PSAA

El envejecimiento es hoy en día uno de los cambios más notables en la estructura de la población mundial. Los países desarrollados han experimentado desde hace décadas las consecuencias del envejecimiento poblacional generándose programas y estrategias para su atención que a lo largo del tiempo han mostrado su eficiencia no solamente en los aspectos relacionados con las perspectivas social y económica, sino en aquellos que competen a la protección de la salud. Parte de este éxito puede ser explicado por el hecho de que el fenómeno del envejecimiento se empezó a presentar de forma gradual por casi 100 años en países desarrollados lo que favoreció que se presentará un cambio paulatino en la cultura de las sociedades con respecto al envejecimiento, además de que los organismos responsables de la atención a los adultos mayores pudieron abordar en forma cuidadosamente planeada los aspectos prioritarios de este fenómeno. Sin embargo, no obstante estas reconocidas ventajas, 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 y sus desventajas para el desarrollo económico y social. Estos factores sumados a la inequidad (principalmente de género, donde las mujeres están en mayor desventaja), así como la coexistencia de enfermedades infecto contagiosas y crónico degenerativas hacen de México un país de epidemiología polarizada donde coincide una gran población de gente joven y la creciente población de adultos mayores, cuya cifra ha alcanzado ya 8.5%, de la población total <sup>1,2</sup> (Figura 1).

Figura 1. Tipos de transición epidemiológica



Fuente: Programa Nacional de Atención al Envejecimiento.

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 sobre todo del mejoramiento en la Salud Pública, gracias al importante control de las enfermedades transmisibles.

La creciente longevidad de los mexicanos ha motivado que los aspectos sociales, económicos y de salud de los adultos mayores sean temas que preocupan a las autoridades de nuestro país ya que se presentan como elementos clave para el desarrollo socioeconómico de México. Por ejemplo, la educación es un factor que influye sobre la

calidad de vida de los pueblos. En materia de adultos mayores está comprobado que aquellos con un nivel de escolaridad mayor responden adaptándose de mejor manera a los retos que impone la vejez en contraste con aquellos que no tuvieron acceso a la instrucción escolar. Afortunadamente, el nivel de escolaridad ha mejorado en el último siglo; por ejemplo, en el grupo de personas de entre 15 y 19 años la tasa de analfabetismo apenas alcanza 3%, mientras que casi una tercera parte de adultos mayores es analfabeta (30.1%).<sup>3,4</sup>

El rezago educativo es otro fenómeno que significa un lastre para los adultos 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.<sup>6</sup>

Las oportunidades de desarrollo social siempre han sufrido de inequidad con respecto a la construcción social de género, lo que se aprecia magnificado en los adultos mayores y en especial en las mujeres, las cuales 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 para el adulto mayor, particularmente aquellos relacionados con la atención a la salud. En nuestro país, casi la mitad de los adultos mayores cuenta con seguridad social y de éstos, un alto porcentaje está protegido por más de una institución; sin embargo sólo 20% de los ancianos gozan de una jubilación, siendo más favorable esta situación entre los hombres (27.4%) con respecto a las mujeres (14.4%).

Por otro lado, el número de adultos 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 los ancianos, 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.

Ante este panorama, las instituciones han realizado una serie de actividades en pro de este grupo de edad; no obstante, hay que admitir que a pesar de los esfuerzos en los servicios de atención a este grupo de personas, los resultados, en general, han sido limitados así como los programas y actividades realizados con este motivo, impactando en la salud del mexicano adulto mayor. Por ejemplo, en la actualidad, aproximadamente 60% de los adultos mayores viven en soledad y cada día disponen de menos recursos propios para su supervivencia.<sup>9</sup> 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 como el CONAEN ha observado y hecho un análisis del envejecimiento poblacional de nuestro país y su problemática en salud desde el inicio de sus funciones en 1999 y hasta la fecha. Su estructura multidisciplinaria, interinstitucional e intersectorial ha logrado una experiencia acumulada en materia de Geriatría y Gerontología que sirve como base para la implementación de planes de intervención en materia de salud pública y bienestar de este grupo poblacional. Dadas estas características, CONAEN puede ser considerado como un paradigma a seguir por las naciones con características socioeconómicas y culturales similares a las de los mexicanos.

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 nuestro país, aunque de reconocida trayectoria, eran pocas y sus acciones encaminadas a la búsqueda de la salud y bienestar de sus usuarios o derechohabientes adultos mayores, formaban parte de otros programas considerados de mayor prioridad que aquellos con un enfoque geronto-geriátrico, además de que sus intervenciones no se coordinaban de manera interinstitucional, lo que limitaba una estandarización en la calidad de la atención.

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, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Instituto Nacional para los Adultos Mayores (INAPAM). De las instancias antes mencionadas, las tres primeras basan sus acciones predominantemente en la atención médica de los ancianos; mientras que las otras realizan prioritariamente acciones de prestaciones sociales, lúdicas y culturales.

Ante la presencia patente de la transición demográfica y epidemiológica que ha ido presentando nuestro 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, el cual con un enfoque interinstitucional e intersectorial, se da a la tarea de estandarizar criterios en la atención de los adultos mayores.

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

Con esta óptica, el CONAEN considera que no es posible que las acciones de atención al envejecimiento 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 al adulto mayor destacan las relacionadas con la carencia de recursos humanos capacitados, así como los de tipo financiero, lo que 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 los adultos mayores mexicanos, las actividades del CONAEN han estado enfocadas a la generación de estrategias a favor 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 en la etapa de la vejez, esto con un enfoque integral, a través de la instrumentación de planes de acción muy específicos, tales como:

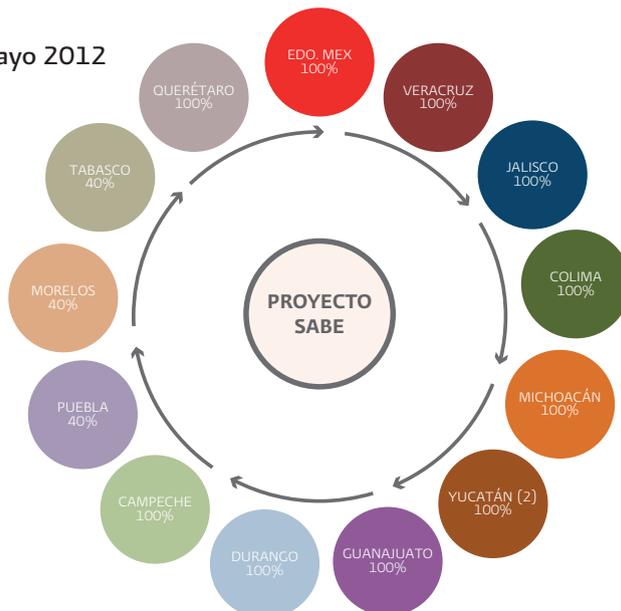
- Participación activa en la generación de políticas públicas en materia de atención al envejecimiento.
- Determinar y/o desarrollar estrategias operacionales para el control de las enfermedades en la población de 60 años y más.

- Llevar a cabo, en coordinación con otras instituciones del sector salud, la vigilancia epidemiológica y el desarrollo de estrategias operacionales de las enfermedades prevalentes en el adulto mayor.
- Difundir y establecer campañas de educación permanente en la comunidad para la prevención y detección temprana de las enfermedades prevalentes en los adultos mayores.
- Promover la capacitación de recursos humanos en la salud del adulto mayor.
- Establecer modelos y líneas de investigación para el avance de la ciencia y tecnología, así como fomentar la búsqueda de financiamiento para este fin.
- 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 al envejecimiento.
- 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 el realizar estudios tendientes a conocer la información sobre el estado de salud, bienestar y envejecimiento de la población adulta mayor mexicana por lo que, en coordinación con la OPS/OMS, se acordó implementar en cada entidad federativa el Proyecto de Investigación denominado, mismo que inició en el 2000, en la Ciudad de México y áreas con urbanas. El estudio se realizó, con la información proporcionada por más de 26 mil adultos mayores, misma que se incrementará 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 100%, posteriormente Querétaro y Guanajuato lo iniciaron teniendo a la fecha un avance de 50% seguido por otros estados con diferente grado de avance (Figura 2).<sup>13</sup>

Figura 2. Avance SABE a mayo 2012



Fuente: Programa de Atención al Envejecimiento del PSAA

La encuesta SABE además de brindar información sobre los adultos mayores ha logrado otros beneficios para la atención del adulto mayor destacando entre otros:

- Formar o activar los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento lo que garantiza 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 lo que proporciona 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 así como cambios en la curricula universitaria.
- Contar con información propia para la realización de tesis y nuevas investigaciones.

Otra de las grandes empresas del CONAEN, ha sido el implantar la Semana Nacional de Salud para Gente Grande en cada entidad federativa con acciones de promoción, prevención, y control de enfermedades las cuales se integraron a la Agenda de Salud garantizando así el fomento de una cultura hacia el envejecimiento saludable. Desde su implementación a la fecha se han realizado 25.5 millones de acciones de prevención y promoción de la salud.<sup>36, 37</sup>

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

Durante la temporada invernal 2007-2008, destaca la aplicación 3,699,721 dosis de vacuna antiinfluenza (90% de la meta programada) contra 4,626,316 dosis de vacuna antiinfluenza (91.5% de la meta) aplicadas del 2010-2011.

Para lograr una estandarización en las actividades de promoción y prevención de las enfermedades en el adulto mayor 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 la cual queda operando de manera oficial a partir del 24 de diciembre del 2002 a través de un decreto presidencial y en el 2008, se realiza la unificación de 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, Centros de Día, Incontinencia Urinaria, Odontogeriatría, Caídas, el Adulto Mayor y sus Mascotas, documentos que sin duda sirven al médico para brindar una mejor atención a sus pacientes. También, se están desarrollando cursos presenciales y en línea, diplomados en Geriatría 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 los adultos mayores en coordinación con instituciones de enseñanza superior del país y la OPS/OMS, también se están implementando acciones encaminadas a mejorar los conocimientos acerca de los cuidados asistenciales en domicilio que deben proveer los cuidadores primarios a los adultos mayores 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 el actualizar e integrar en las normas oficiales de diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica existentes, apartados específicos para el adulto mayor ya que todavía se considera la atención clínica de estos pacientes igual a la de los grupos etarios más jóvenes ocasionando una atención inadecuada que puede llevar al deterioro en la salud y funcionalidad en el adulto mayor.

### Subcomités Estatales del CONAEN

Con la finalidad de involucrar además de tratar de garantizar el cumplimiento de sus acciones, fueron establecidos Comités Estatales de Atención al Envejecimiento, llamados COESAEN, los cuales tienen como uno de sus objetivos lograr la coordinación intra y extrainstitucional 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 de los adultos mayores. A la fecha, se tienen instituidos 93% de los COESAEN's, lo que representa un total 30 comités.

### Vinculaciones Internacionales

Dentro de sus 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", la cual se tradujo al español, inglés y francés.

Este importante documento fue diseñado para ser una consulta de los tomadores de decisiones políticas tanto a nivel estatal como nacional y se distribuyó en los servicios estatales de salud. El objetivo principal del documento es brindar herramientas a los tomadores 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 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

Acuerdo Secretarial; Diario Oficial de la Federación 12 de agosto 1999

Boletín de Envejecimiento "Caminando a la Excelencia" 2008-2012; [www.dgepi.salud.gob.mx/boletinescaminandoalaexcelencia](http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletinescaminandoalaexcelencia)

Acuerdos CONAEN 2008-2012 (Documentos enviados por las entidades a nivel federal).

### 3. Participación del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en la encuesta SABE Guanajuato

El proceso de envejecimiento poblacional a nivel mundial, nacional y estatal está cambiando la forma de vida de los seres humanos. Debido al aumento de la esperanza de vida, así como a la disminución de las tasas de fecundidad, natalidad y mortalidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo etario en casi todos los países.<sup>1</sup>

El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.<sup>2</sup>

La disminución de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas, impactan directamente en la composición poblacional por edades al reducir relativamente el número de personas en las edades jóvenes y engrosarse paulatinamente los sectores de edades más avanzadas.<sup>3</sup> La natalidad y mortalidad de la población mundial han tenido un considerable descenso particularmente durante la segunda mitad del siglo pasado.

Por lo antes mencionado, se vio la necesidad de crear un organismo colegiado, que actué como órgano consultor en materia de envejecimiento de la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato, en principio y del Sector Salud de la entidad por consecuencia.

El Comité Estatal de Atención al Envejecimiento, en el caso de Guanajuato, recibe el nombre de Subcomisión de Atención para los Adultos Mayores (SAAM), dependiente de la Comisión de Salud del Estado de Guanajuato. El SAAM se encuentra en funcionamiento ininterrumpido desde el 23 de octubre del 2003. En sus inicios, el SAAM se integró por indicación expresa del entonces Secretario de Salud, Dr. Éctor Jaime Ramírez Barba.<sup>4</sup> Actualmente permanece con el mismo nombre de SAAM bajo el liderazgo del Dr. Francisco Ignacio Ortiz Aldana.

En el SAAM, están integradas las instituciones con representatividad estatal que trabajan en pro del bienestar de la persona adulta mayor, esta coordinación es importante para la formación de alianzas estratégicas interinstitucionales e intersectoriales y con ello evitar la duplicación de acciones en una misma población blanco.<sup>4, 5, 6, 7, 8.</sup>

El objetivo principal de las instituciones que participan en el SAAM, es la atención y protección al individuo que llega a la edad de 60 años y más, ya que adquiere vulnerabilidad desde diversos puntos de vista que incluyen el aspecto físico, social, psicológico y económico, por lo que se requiere de un enfoque holístico, multidisciplinario e intersectorial para la atención de estos individuos<sup>9</sup> (Figura 1).



Figura 1. Reunión de la Subcomisión de Atención para los Adultos Mayores del Estado de Guanajuato (SAAM) del día 19 de enero del 2012. De izquierda a derecha: Lic. Estela Romero Lara, Delegada Estatal del INAPAM, T.S. Olivia Arvizu Salgado, Coordinadora Delegacional del IMSS, Lic. Patricia Margarita Manrique Valadez, Coordinadora de Educación de la Procuraduría de los Derechos Humanos en el Estado de Guanajuato, Dr. Ezequiel Colín Anava, Coordinador Médico de la Red Médica de la Universidad de Guanajuato, Grisel Luque Cruz, del Instituto de Alfabetización y Educación Básica para Adultos (INAEBA), Lic. Elisa Ruíz Higuera, Coordinadora Estatal del Programa Estatal “70 y más”, Lic. Armando Ayala Carriles, Jefe del Departamento “A” de la Dirección de Vinculación y Articulación Interinstitucional de la Secretaría de Desarrollo Social y Humano, Lic. Javier Siordia Candelas, Coordinador de Carreras Técnicas del CECyTEG, Lic. Nicolás Gualberto García Ibarra, Coordinador Logístico del Programa Estatal “70 y más”, C. María de los Ángeles Webber, Coordinadora del Programa de Atención Integral para el Adulto Mayor, DIF Estatal.

En la actualidad el SAAM está conformado legalmente de acuerdo a su acta constitutiva por el siguiente organigrama:<sup>4, 10.</sup>

Un Presidente, cuyo cargo está representado por el Secretario de Salud del Estado de Guanajuato.  
Vocales integradas por representantes de las siguientes instituciones (Figura 2):

- Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato (ISAPEG)
- Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Estatal de Guanajuato (IMSS)
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, Delegación Guanajuato (ISSSTE)
- Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, Delegación Estatal de Guanajuato (INAPAM)
- Secretaría de Solidaridad, Delegación Guanajuato (SEDESOL)
- Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA)
- Universidad de Guanajuato (UG)
- Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Guanajuato (CECyTEG)
- Secretaría de Desarrollo Social y Humano (SDSH)
- Procuraduría de Derechos Humanos del Estado de Guanajuato
- Consejo Estatal de Población (COESPO)



Figura 2. Instituciones integrantes de la Subcomisión de Atención para el Adulto Mayor en el Estado de Guanajuato.

El objetivo inicial de la SAAM, es el contribuir a la prevención y control de las enfermedades de mayor prevalencia en la población de 60 años y más, así como el desarrollo de estrategias para su prevención oportuna mediante la coordinación de las instituciones antes mencionadas e intensificar las actividades relacionadas con la prevención y promoción de la salud en las personas adultas mayores durante la “Semana Nacional de Salud para Gente Grande” evento que se lleva a cabo de forma anual.<sup>11, 12.</sup>

Dentro de las funciones de la SAAM se incluyen de forma resumida:

- Coadyuvar en la implementación y cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.<sup>4</sup>
- Coadyuvar al Sector Salud Estatal al establecimiento de esquemas preventivos que permitan a la población llegar a la vejez en un buen estado de salud físico y mental así como unificar criterios para el control y atención de los padecimientos más frecuentes en las personas mayores de 60 años y mas.<sup>13, 14</sup>
- Apoyar los esfuerzos tanto públicos como privados a favor de la reducción de las tasas de incidencia de ciertas enfermedades en la población de 60 años.
- Establecer modelos de investigación en la materia, así como fomentar la realización de proyectos que permitan el avance científico y tecnológico a favor del Programa de Atención al Envejecimiento<sup>4,10</sup> (Figura 3).

A este respecto, en el último punto de las funciones referidas, entra la viabilidad de la realización de SABE Guanajuato con el apoyo de la SAAM, contando con la participación de expertos en materia de geriatría, gerontología y demás disciplinas afines en la atención y bienestar encaminado a la persona adulta mayor.<sup>14, 15, 16</sup>



Figura 3. El SAAM, desde sus inicios se ha dado a la tarea de crear y promover acciones a favor de la atención al envejecimiento poblacional, siguiendo fielmente las políticas públicas nacionales como la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 y por ende el Programa de Acción Específico 2007-2012 en materia de envejecimiento.

### SABE Guanajuato, una oportunidad para el trabajo en equipo.

La realización de SABE en el Estado de Guanajuato es un suceso histórico, debido a que no existe un antecedente para el levantamiento de una encuesta de tal magnitud que permita conocer el perfil epidemiológico, funcional y socio demográfico del adulto mayor que habita en Guanajuato.

SABE, como proyecto multicéntrico de alcance nacional permitirá entre otros aspectos:

- Fortalecer la coordinación con el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN).
- Dar seguimiento a las Acciones del Programa Nacional de Atención al Envejecimiento de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal.
- Seguir líneas de intercambio con organismos internacionales para la atención de los adultos mayores como son la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.
- Establecer un diagnóstico situacional del envejecimiento poblacional en Guanajuato.
- Realizar acciones en pro de los adultos mayores guanajuatenses basadas en evidencia científica.
- Coadyuvar en la homogenización de la atención al adulto mayor de forma interinstitucional e intersectorial.
- Permitir la comparación e inferencia estadística con otras regiones y entidades federativas donde ya se haya llevado SABE a cabo y con ello emitir perfiles de riesgo.
- Facilitar la toma de decisiones políticas en la materia e implementar modelos de atención especializados.

- La creación y modificación del nuevo Programa de Acción Específico 2013-2018, contribuyendo con datos sobre envejecimiento poblacional de la entidad, provenientes de investigaciones clínico-epidemiológicas en la materia.<sup>17</sup>

Los puntos anteriores requieren de la cooperación coordinada de las instituciones que forman la SAAM, en tablando una participación dentro de las acciones para realizar SABE en el estado, como fueron: la formación de un Subcomité de Investigación SABE, buscar información específica para la creación de contenidos referentes a la publicación de la información aportada, “tropicalizar” el cuestionario SABE, coadyuvar en la planeación de la logística y estrategias de ingreso a las áreas geográficas seleccionadas para el levantamiento de la encuesta, seleccionar y gestionar una unidad geriátrica de larga estancia para el pilotaje del proyecto, difundir hacia el interior de sus instituciones la realización de la encuesta, implementar acciones de comunicación social para concientizar a la población blanco y facilitar el ingreso de los encuestadores a los domicilios de los entrevistados.<sup>17, 18, 19.</sup>

Otro punto muy importante que es propicio mencionar, es que, al final del estudio, independientemente de la información obtenida; se generó una base de datos proveniente de la encuesta, misma que servirá para que todos los integrantes de la SAAM, tengan acceso a esta y poder realizar otros estudios de investigación con información real sobre el estado de salud y bienestar en que se encuentran los adultos mayores del Estado de Guanajuato (Figura 4).



Figura 4. Con el Proyecto-Encuesta SABE Guanajuato se busca como producto inicial tener un diagnóstico situacional real del envejecimiento poblacional en la entidad.

La integración de la Subcomisión de Atención para los Adultos Mayores en el Estado de Guanajuato, ha sido de gran importancia para la realización de la encuesta SABE, para que no exista una duplicidad de información y actividades a realizar en este grupo de edad, ya que con ello se homologarán los criterios de atención a la persona adulta mayor en nuestro estado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. CONAPO. Situación Demográfica de México serial on line octubre 2007 cited 2008 enero 30; available from: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/inicios/001.htm>
2. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007- 2012, Por un México Sano: Construyendo Alianzas para una Mejor Salud. Secretaria de Salud octubre 2007.
3. Mujeres y hombres en México. INEGI. Censo 2000. On line <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta>.
4. Acta constitutiva del SAAM. Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato 2003.
5. Listas de asistencia del SAAM. Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato 2011.
6. Órdenes del día del SAAM. Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato 2011.
7. Hojas de Seguimiento de Acuerdos y Compromisos del SAAM. Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato 2011.
8. Minutas de reunión del SAAM. Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato 2011.
9. Memoria gráfica SAAM. Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato 2011.
10. 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.
11. Reporte de acciones desempeñadas en la Semana de Salud para Gente Grande 2011. Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato.
12. Memoria grafica de la SSGG 2011. Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato.
13. Programa Estatal del Adulto Mayor 2012. Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato.
14. Secretaria de Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012: Envejecimiento.
15. Secretaria de Salud Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud. Secretaria de Salud, 2007.
16. Plan Nacional de Salud 2007-2012 (PNS).
17. 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.
18. Manual del Encuestador.SABE Yucatan, 2005.
19. Secretaria de Salud. Resultados de la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE Yucatán. 2006.

## 4. Etapas del Desarrollo operativo de la encuesta SABE Guanajuato y las modificaciones específicas por entidad

El Proyecto Encuesta SABE, se realiza en el Estado de Guanajuato porque al igual que en el resto del país, se está viviendo una transición demográfica y epidemiológica, así como un déficit de información referente a las personas adultas mayores, por lo cual la Subcomisión de Atención para los Adultos Mayores en reunión de trabajo, el día 19 de junio del 2008, toma la decisión de participar en este estudio multi-céntrico planteado por el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de esta manera, conocer las necesidades de salud, bienestar y envejecimiento de los adultos mayores, información que servirá de base para la proyección de políticas y programas públicos a nivel tanto federal como estatal en beneficio de este grupo de edad.

En Guanajuato, se realizó el estudio teniendo como base el Protocolo de Investigación de la Encuesta emitido por la OPS/OMS, así como la utilización del “Manual del Entrevistador” y siguiendo las acciones enunciadas en la publicación titulada “Metodología del Proyecto Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento en México. Investigación Clínico Epidemiológica en Envejecimiento”, la cual se encuentra como parte del contenido de la revista de la sociedad peruana de medicina interna; Rev. Soc. Perú Med. 2011; vol. 24 (4).

En virtud, de que el Estado de Guanajuato, se consideró como el pionero para la realización de SABE en el resto del país, previas juntas de trabajo con los líderes estatales y autoridades federales, se llegó a la conclusión de elaborar un sistema automatizado de captura de la información por medio de equipo de cómputo (netbooks) y con ello eficientizar las acciones y disminuir los tiempos invertidos en la realización de la encuesta. Teniendo como antecedente inmediato de la realización de un estudio SABE en nuestro país, la experiencia de Yucatán, se hizo un análisis de las dificultades y experiencias que se vivieron durante el desarrollo operativo en dicha entidad, a fin de mejorar la implementación y desarrollo del estudio en el estado de Guanajuato e incrementar la posibilidad de tener un estudio ausente de sesgos y en el menor tiempo posible.

Meses de trabajo pasaron para que se lograran una serie de mejoras al modelo metodológico original, con adaptaciones al avance de la tecnología contemporánea. Esta metodología, fue re-analizada, piloteada y adecuada a la realidad nacional con motivo de ser aplicada en todo el país, siendo Guanajuato el estado piloto para echarla a andar.

Como un gran avance, en SABE Guanajuato se vislumbra la posibilidad de pasar el “Cuestionario SABE” de un formato de papel a una matriz computarizada que en sus inicios, mostró una problemática diversa para su llenado, así como para los candados de seguridad que protegían la información. Pérdida de cuestionarios, mala interpretación para el uso de las netbooks, borrado de la plataforma SABE cargada en cada equipo, pérdida de hardware y demás problemática relacionada, ocasionaron que se hiciera una vigilancia más estrecha de los procesos, además de que esto ocasionó que se agregarán contenidos al respecto al programa original del “Curso de Encuestadores SABE”, esto con la participación de personal experto en el área de informática. Hay que recalcar, que debido al hecho de haber iniciado una nueva etapa en SABE por medio de la captura de los cuestionarios por medios digitales, se tuvieron que hacer pruebas y adaptaciones tanto del software como del hardware para la realización de estudios de investigación de campo, mismos que fueron superados con el perfeccionamiento y corrección del software utilizado hasta hoy en día constituyendo la base de la captura de información de los demás Estudios SABE en la república.

Conforme se ha ido adquiriendo conocimiento sobre el desarrollo de SABE, se han implementado mejoras constantes a partir de esta experiencia vivida en la aplicación de SABE Guanajuato, por un lado, los contenidos del curso de capacitación a encuestadores han tenido adecuaciones entre sus diversas partes, encaminadas a establecer una sinergia de las temáticas establecidas, esto es, del contenido programático original se ha buscado la actualización con motivo de agilizar los procesos y mejorar los resultados derivados de la encuesta.

Las situaciones descritas anteriormente, fueron posibles gracias a que se contó con un financiamiento directo del CENAPRECE para este proyecto de investigación, ya que para la realización de SABE Yucatán el financiamiento del proyecto se dio por medio del ingreso a concursos para la obtención de recursos económicos en proyectos de investigación a nivel nacional. La nueva forma de financiar el proyecto sentó las bases para lograr que SABE tuviera un presupuesto semilla teniendo su origen en partidas presupuestales del gobierno federal. (figura 1.)



Figura 1. En la presente ilustración se observa como previo al desarrollo de SABE Guanajuato, la obtención de recursos financieros para su puesta en marcha provenían de ingresar a concursos públicos de instituciones que promueven proyectos de investigación. El presupuesto otorgado por la federación permite llevarse a cabo el proyecto sin interrupciones atribuibles a esta situación.

Como lo marca el protocolo original del Proyecto-Encuesta SABE, la realización del mismo se planteó originalmente en las ciudades capitales de los países que ingresaron al estudio (Barbados, Brasil, Argentina, Chile, México, Uruguay), esto por razones diversas. Guanajuato no fue la excepción sin embargo, aunque se planteó a Guanajuato Capital como el área geográfica donde se realizaría la encuesta, por diversos motivos esto no fue posible, teniéndose que realizar en la Ciudad Celaya Guanajuato con el apoyo de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra.

Una vez establecidas el diseño de la muestra, el número de personas adultas mayores como participantes del proyecto, así como las áreas geográficas a encuestar, se implementó en un primer intento la fase de campo del proyecto. Sin embargo, las características de los adultos mayores y del terreno de la Ciudad de Guanajuato Capital con continuas subidas y bajadas no permitía extrapolar los resultados a otros grupos poblacionales de personas mayores de 60 años. Lo que se considera una generalidad para la mayor parte de las capitales en los estados es que los adultos mayores conforme avanzan en edad, es común que migren de su localidad de origen para pasar sus últimos años en la capital de su estado o alguna otra ciudad importante, esto debido al hecho de que en las grandes ciudades los servicios están centralizados y el acceso a los diversos lugares públicos es mucho más fácil por las vialidades que ya existen en estos lugares. Sin embargo, en Guanajuato Capital esto no se cumple debido a las características del terreno y viviendas ya comentadas.

Debido a las dificultades encontradas durante el desarrollo de SABE en Guanajuato Capital, se analizaron áreas geográficas alternativas consideradas por los expertos, como adecuadas para realizar el estudio y cuyos datos fueran representativos de la forma de vida, salud y bienestar de los adultos mayores, fueron la Ciudad de León y la Ciudad de Celaya Guanajuato.

Posterior al hecho de rediseñar la muestra, determinar nuevamente el número de adultos mayores de la misma, así como determinar los nuevos AGEB's, se encontró una problemática importante de comentar, ya que como es conocido, para la realización de SABE, es necesario contar con una Institución de Educación Superior (IES) de la localidad, sin embargo y aunque ya se había hecho el compromiso de capacitar a los encuestadores por el equipo SABE federal, debido a situaciones fuera del control del CENAPRECE, la IES no pudo otorgar el recurso de sus alumnos para el levantamiento de la encuesta, razón por la que León Guanajuato no se utilizó como sede para realizar SABE.

Con las experiencias mencionadas, se tuvo que replantear el uso de un área geográfica alterna para la realización de SABE Guanajuato. Debido a las características orográficas del lugar y la población, se consideró como una buena opción la Ciudad de Celaya Guanajuato. Entre aquellas características que resaltan como adecuadas para la realización del estudio en Celaya están:

- Número adecuado de adultos mayores en Celaya para realizarse de forma confiable el estudio.
- Comportamiento poblacional extrapolable al resto del Estado de Guanajuato.
- Fácil accesibilidad a la ciudad por los equipos de capacitación vía terrestre.
- Adecuadas vías de comunicación.
- Facilidad de transporte público.
- Terreno plano con fácil desplazamiento dentro de la ciudad tanto de los encuestadores como de los supervisores.
- Vinculación estrecha con la Jurisdicción Sanitaria No. 3 de Celaya Guanajuato para la operatividad de la encuesta.

Proverbialmente, con el apoyo de autoridades e investigadores de la Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, específicamente del Departamento de Enfermería y Obstetricia de la División de Ciencias de la Salud e Ingenierías y el Cuerpo Académico "Cuidado al Adulto Mayor", se logró el reclutamiento del nuevo equipo adhoc de encuestadores y supervisores SABE Guanajuato, compuesto en su totalidad de pasantes de la licenciatura en enfermería. Hay que hacer notar que los encuestadores y supervisores reclutados en SABE Guanajuato, cumplieron al 100% el perfil requerido para participar en la encuesta por lo que, previa entrevista personalizada, fueron elegidos para su capacitación y levantamiento de encuestas.

Una vez establecidos los equipos de encuestadores y supervisores para la fase de campo de SABE Guanajuato, con la idea de ahorrar tiempo, dado el déficit de recursos con que se contaba, además de las vicisitudes sufridas en Guanajuato Capital y León, se llevó a cabo una estrategia operativa para la identificación de los domicilios donde se realizaron los cuestionarios. Previa sensibilización por los supervisores (días antes de llevarse a cabo el levantamiento de los cuestionarios), se solicitaba a los adultos mayores y familiares su consentimiento para el desarrollo del estudio, al mismo tiempo se llenaban "hojas de consentimiento informado" para participar en SABE y una vez que este era otorgado se colocaba una calcomanía fosforescente en la puerta del domicilio donde se llevaría a cabo la entrevista con el adulto mayor. Esta técnica aunque no se considera como algo nuevo, si fue adaptada y utilizada con éxito en el desarrollo de SABE Guanajuato, la técnica de "moteo" para el marcado de casas, se ha utilizado por años en estudios epidemiológicos así como durante el desarrollo de los distintos censos nominales en el país.

No obstante que durante la capacitación y pilotaje de la encuesta, la técnica de “moteo” dio buenos resultados, debido a sucesos diversos que modificaron el clima de seguridad social de la entidad, el acceso a los domicilios de aquellos adultos mayores que ingresarían a la muestra, se vió interrumpido, lo que retrasó el desarrollo del proyecto por aproximadamente seis meses.

Ya con un avance importante de levantamiento de cuestionarios en adultos mayores de la comunidad, debido a la problemática referenciada anteriormente, se tuvo que completar el número de cuestionarios faltantes, por medio de la vinculación con instituciones del sector salud y social del Municipio de Celaya, para la identificación de los encuestadores SABE con la comunidad de personas adultas mayores y lograr con ello la obtención del consentimiento válidamente informado y el acceso a los hogares de los entrevistados.



Figura 2. Debido al clima de inseguridad que vivió el estado de Guanajuato, una estrategia de penetración que se utilizó para difundir la encuesta hacia los hogares de los entrevistados, fue ampliar la información sobre la misma a los adultos mayores que acudían regularmente a instituciones de reconocido prestigio en Celaya como el DIF Municipal, el ISSSTE, el INAPAM, el CAISES y UMAPS Celaya pertenecientes al Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato.

Entre las instituciones que se vincularon con SABE para el motivo expuesto en líneas anteriores se encuentran: Centro de Atención Integral de Servicios Esenciales de la Salud (CAISES) Celaya, por medio del grupo de ayuda mutua (GAM) “Fortaleza”, Unidades Médicas de Atención Primaria a la Salud (UMAPS) “Tecnológico” y “Emiliano Zapata”, DIF Municipal por medio del Centro Gerontológico de “San Juan de la Vega” y Casa DÍA de Celaya, el grupo de adultos mayores “INSEN Celaya”, el “Grupo de Adultos Mayores del ISSSTE” y el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) Celaya.

La problemática que se presentó durante el desarrollo operativo de la Encuesta SABE Guanajuato, permitió probar la capacidad de resolución del equipo estatal, tanto de forma autónoma como a través del trabajo en conjunto con instituciones locales, estatales y federales y con ello permitir el buen fin del proyecto en la entidad federativa, no obstante la transición tecnológica para la captura de la información, la pobre económica para el financiamiento del estudio y de la administración del Campus Celaya-Salvatierra, lo que impactó directamente en el tiempo para la realización de la investigación.

## 5.- Diagnóstico Situacional del Envejecimiento en el Estado de Guanajuato

El Estado de Guanajuato, está localizado en la mesa central y al sur de la altiplanicie mexicana.

Limita al oeste con el estado de Jalisco, al noroeste con Zacatecas, al norte con San Luis Potosí, al este con el Estado de Querétaro y al sur con el Estado de Michoacán.

Tiene una extensión territorial de 30.491 km<sup>2</sup>, ocupando en este rubro el vigésimo segundo lugar entre las entidades del país y se ubica como la sexta entidad más poblada a nivel nacional con una densidad de población de 167 habitantes/Km<sup>2</sup>, además de ser la séptima economía en México (Figura 1).

Figura 1. Mapa de Guanajuato



La capital del estado es la Ciudad de Guanajuato, homónima al nombre de la entidad. El Estado de Guanajuato tiene 46 municipios, los cuales se agrupan en 6 regiones por su situación geográfica, socioeconómica y vocación productiva: La región I Noreste - conocida como la Sierra Gorda - es la región más lejana de la capital, tiene un clima semidesértico, sus tierras son en su mayoría áridas. La región II Norte, se caracteriza por su gran número de comunidades rurales con importancia turística y artesanal. La región que presenta el mayor polo de desarrollo industrial y comercial es la Centro Oeste (III), donde se ubica la capital del estado con la mayor concentración de población. En la región IV Suroeste es donde se concentra el sector agropecuario y particularmente la porcicultura. La V Sur, es la región comercial artesanal y agropecuaria, donde se ubica el Lago de Yuriria como cuenca lacustre y potencial centro de desarrollo turístico. Finalmente, en la región VI Centro, se ubican los principales polos de desarrollo industrial y comercial de la región representados por los municipios de Celaya y Apaseo el Grande.

Cuna de la independencia y de muchos guanajuatenses ilustres como Miguel Hidalgo y Costilla, Guanajuato es sede de eventos culturales de gran renombre como el “Festival Cervantino” que inicia en 1972, el cual ha alcanzado un renombre internacional, al que concurren artistas, literatos, poetas, músicos, etc., tanto del país como de otras partes del mundo.

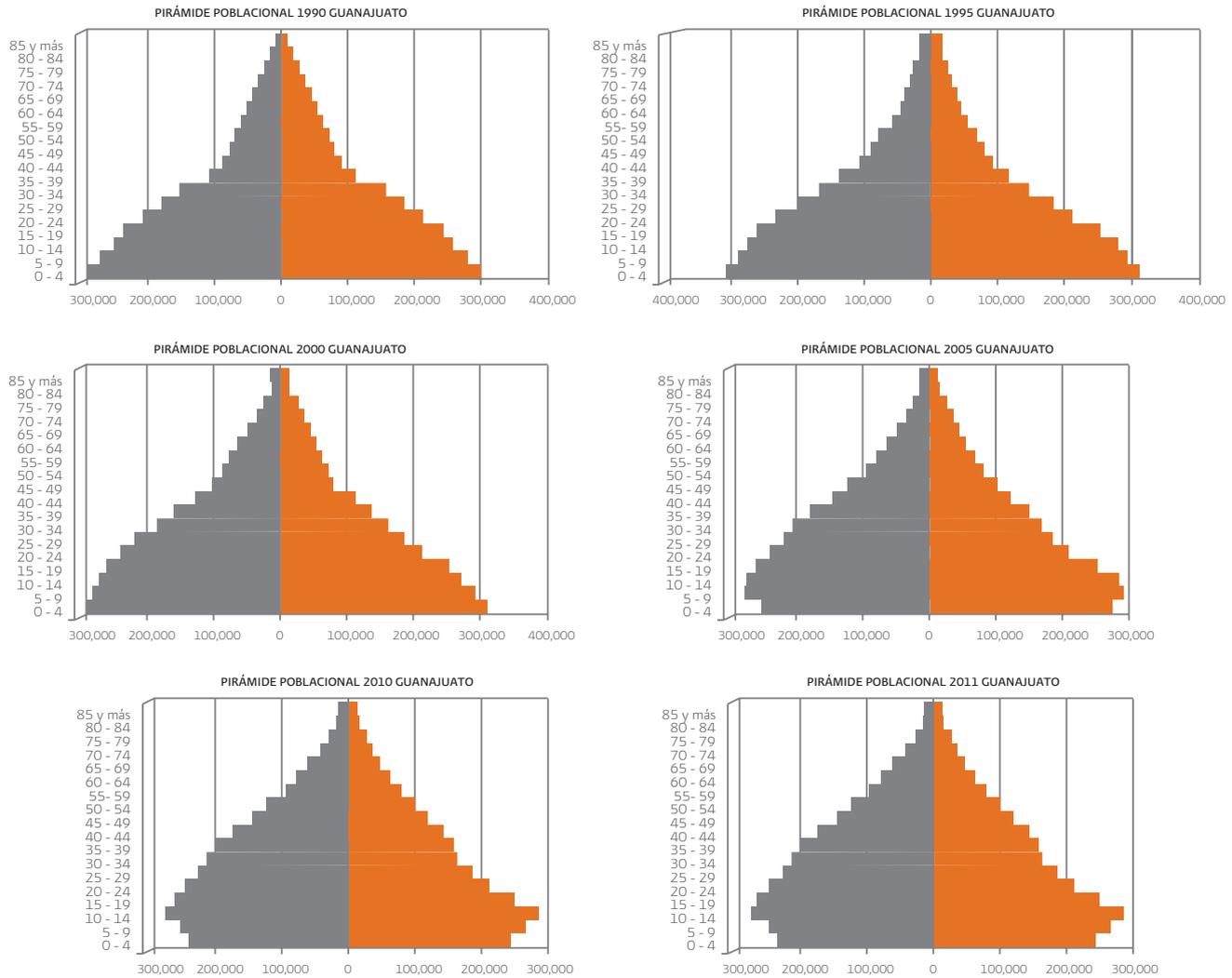
## Transición demográfica

Para los fines de SABE Guanajuato y establecer el sujeto de estudio, esto es, la persona adulta mayor, se tomó la definición operativa del Sector Salud mexicano y establecida por OPS/OMS. Dicho de otra manera, la persona adulta mayor es aquella que cuenta con 60 años o más de edad, residente habitual, en este caso, del Estado de Guanajuato.

En 1910, se tenía en el Estado de Guanajuato, una población de 1, 081, 651 habitantes, comparándola con la población actual se observa que esta se cuadruplicó para principios del siglo XXI. Por otro lado, la tasa de crecimiento poblacional, se ha reducido significativamente desde la década de los setenta del siglo pasado, alcanzando en el año 2000 una tasa de crecimiento natural de 1.9% (CONAPO, 2000).

La transición demográfica que se ha experimentado en la entidad, se debe al paulatino descenso de la fecundidad y la mortalidad generales, principalmente a expensas de la mortalidad infantil. Estas modificaciones en el último siglo además de aquellas referentes a un mayor acceso a los servicios de salud en la entidad y el progreso científico y tecnológico han redundado en un incremento de la esperanza de vida del guanajuatense que hoy es de 76 años, teniéndose en la actualidad una esperanza de vida al nacer por género, para la mujer de Guanajuato de 78.2 años y 73.8 para el hombre.<sup>1</sup> Si se hace una comparación con la esperanza de vida del mexicano, según el INEGI al año 2012, esta es de 75.7 años de forma general, mientras que por género se describe como de 78.1 años para la mujer y 73.4 para el hombre. Estas observaciones dejan ver que aunque las cifras por género son similares tanto a nivel nacional como estatal, Guanajuato tiene una mayor esperanza de vida ponderada con relación a la media nacional.<sup>2</sup>

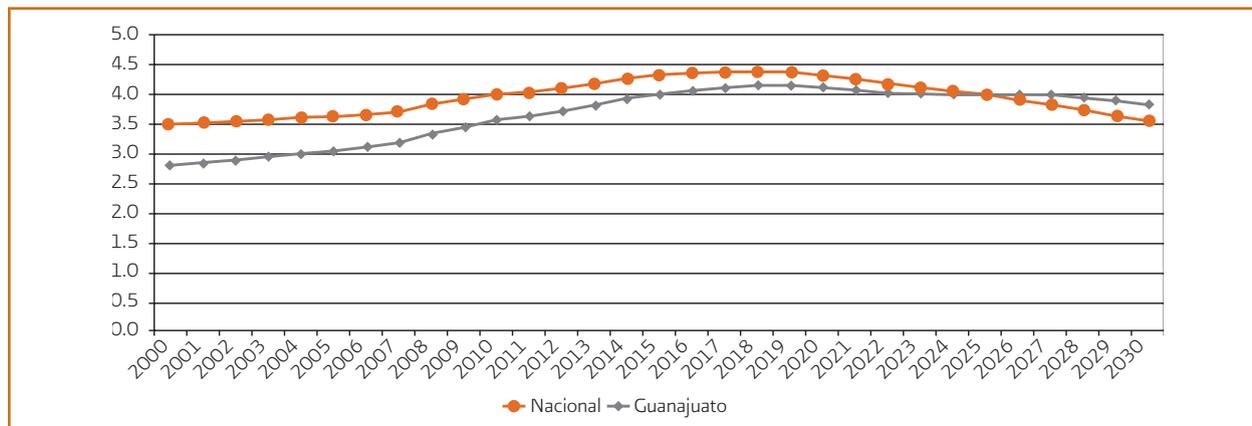
La modificación de la estructura por edad y género de la población se hace evidente tanto en el alargamiento de la pirámide, reflejo del incremento de personas con más de 60, 70 u 80 años como en la base de la misma, producto del descenso de la fecundidad en los últimos años. La primera cuestión responde al incremento en la esperanza de vida que viven los habitantes de Guanajuato; mientras que la segunda es una clara evidencia del menor número de hijos de las parejas guanajuatenses. Con el tiempo, este menor número de hijos llegará a impactar las redes familiares de apoyo para las personas adultas mayores. Como ya es conocido, la descendencia es la principal fuente de ayudas materiales y no materiales de las personas mayores (Gráfica 1).



Gráfica 1. En la presente gráfica se aprecia la modificación en la estructura poblacional del Estado de Guanajuato en los últimos 21 años, pasando de ser una población joven a una con una franca transición hacia el envejecimiento poblacional.

El Estado de Guanajuato ha experimentado importantes transformaciones en materia del monto, estructura y composición de su población. Según la Dirección de Planeación del Estado, en Guanajuato residen en la entidad 5,067,217 personas, de ellas aproximadamente 423,395 forman parte del grupo de 60 años y más, lo que constituye aproximadamente 8.3% de la población general del estado. Si bien es cierto que aparentemente ha disminuido el número de personas adultas mayores con respecto al año 2000, (8.5% de la población general), también es cierto que ha disminuido la población general de la entidad, lo que nos traduce también una disminución patente tanto en la fecundidad como en la natalidad de Guanajuato. Sin embargo, la tasa de crecimiento anual del segmento de población con 60 años y más es de 2.96%, lo que representa un aumento de poco más de 10 mil personas adultas mayores al año. (CONAPO, 2000). Según las proyecciones del Consejo Nacional de Población, Guanajuato alcanzará a tener una población adulta mayor en el 2030 de un millón de personas, con una tasa de crecimiento estimada de 3.78%. CONAPO también afirma que para las mismas fechas 17.2% de su población total será constituida por adultos mayores (Gráfica 2).

Gráfica 2. Tasas de crecimiento estimadas de la población con 60 años y más a nivel nacional y en el Estado de Guanajuato, 2000-2030.



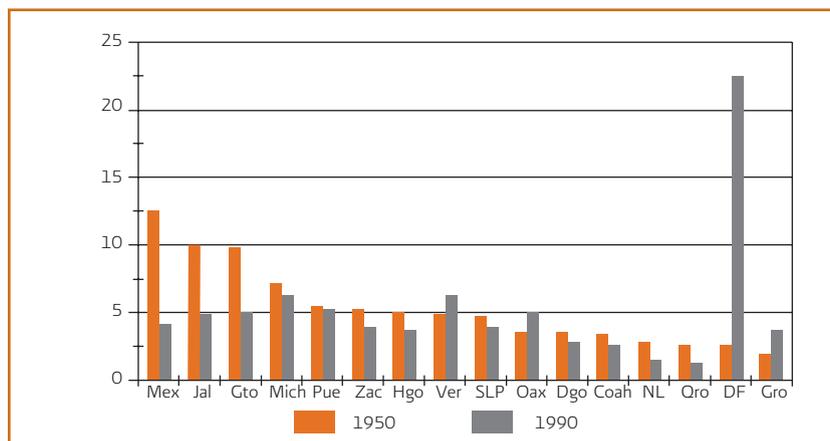
Gráfica 2. El comportamiento de la población de adultos mayores en el Estado de Guanajuato sigue una trayectoria muy similar al nivel nacional de acuerdo a las proyecciones de CONAPO, lo que hará que el Estado de Guanajuato continúe siendo una de las entidades federativas con mayor número de personas mayores de 60 años. Fuente: Proyecciones de población 2000-2030, (Conapo, 2004).

### Migración y envejecimiento en la demografía de Guanajuato

En el Estado de Guanajuato, es de importancia capital el análisis de la migración, fenómeno que modifica la estructura por edad y género de su población. Esto es evidente a nivel de cada uno de los 46 municipios del conjunto de la población en la entidad. De tal forma que aunque en la dinámica de la población subyace el importante papel del descenso de la mortalidad y fecundidad también, en ese sentido, la migración representa el cambio de residencia temporal o permanente que modifica la presencia porcentual de la población adulta mayor.

Guanajuato es uno de los Estados de la República que históricamente se ha caracterizado por la emigración de sus habitantes tanto de forma interna (hacia el interior del país), como externa (internacional), en la gráfica 3 se observa la comparación entre 1950 y 1990 de este fenómeno, posicionándolo históricamente como el tercer lugar con mayor emigración en el país.

Gráfica 3.



Gráfica 3. Con referencia histórica del fenómeno migratorio en México donde se aprecia a Guanajuato como la tercer entidad federativa con mayor emigración de sus habitantes en 1950 y el quinto en 1990.

En el período 2005-2010, Guanajuato formó parte de las seis principales entidades expulsoras de población. En especial Guanajuato tiene una tasa de emigración del 7%.

Del 2005 al 2010 la población emigrante tuvo como principal destino los Estados Unidos de Norteamérica, con un aproximado de 163,164 personas en este lapso, con un monto promedio anual de 32,633 personas.

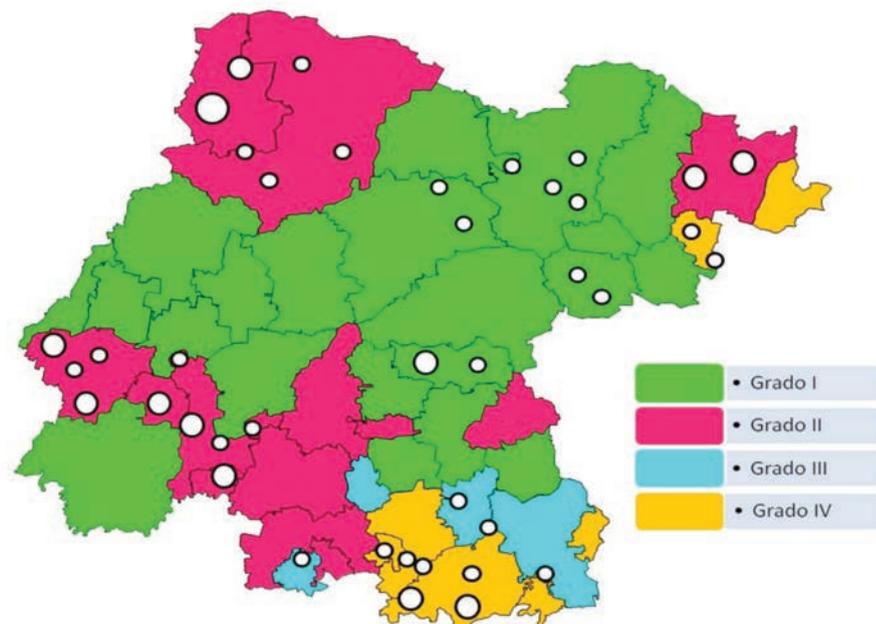
Del total de emigrantes por año, 6.5% tenía 50 años y más, 13.6% entre 35 y 49 años, 50% entre 20 y 34 años y el resto eran menores de 20 años (COESPO, 2001).

Sin lugar a dudas estos migrantes son hijos, nietos y sobrinos de población adulta mayor que se queda residiendo en la entidad y que experimenta sin saberlo el debilitamiento de sus redes familiares de apoyo. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que sobre todo, aquellos que al emigrar contaban con 50 y más años, regresan como adultos mayores, en algunos casos enfermos, a realimentar la población residente de Guanajuato.

### Distribución de la Población de Adultos Mayores en Guanajuato

El siguiente mapa muestra la presencia mayoritaria de población con 60 años y más en los diferentes municipios de Guanajuato pero también las zonas de mayor intensidad migratoria. Este fenómeno es más evidente en las áreas menos urbanizadas que en las grandes ciudades. Algunos estudios revelan que la problemática del campo mexicano tiene como efecto un incremento en los procesos migratorios y en cierta medida un cambio en la estructura por edad de las localidades (Figura 2).

Figura 2.



En el mapa se ilustra el porcentaje de adultos mayores por municipio en el Estado de Guanajuato. Aquellos denominados como de un grado I cuentan con un porcentaje de personas adultas mayores entre 5.7 y 7.5% con respecto a su población total. En el grado II, los que tienen una población de adultos mayores de entre 7.6 y 9%. El grado III corresponde a un intervalo de entre 9.1 y 10.5% de adultos mayores, siendo de 10.6 a 14.2% para el grado IV. Las esferas blancas de acuerdo a su tamaño indican los municipios con mayor intensidad migratoria.

Entre los municipios con un mayor número absoluto de mujeres de 60 años y más se encuentran: León, Irapuato, Celaya, Salamanca, Acámbaro, Valle de Santiago y Salvatierra. Sin embargo, existen municipios en donde la presencia de las mujeres adultas mayores es sustancialmente superior al de los varones mayores, estos municipios son: Villagrán (137.6 mujeres por cada 100 hombres), Tierra Blanca (135.2), Moroleón (133), Cortazar (127.2), Valle de Santiago (126.4). Cabe señalar que en 36 de los 46 municipios prevalece la población femenina con 60 años y más. Mientras que en los municipios de Apaseo el Alto, Apaseo el Grande, Xichú, Purísima del Rincón, Santiago Maravatío, Tarimoro, Huanímaro, Atarjea, Comonfort y Manuel Doblado, la población masculina con 60 años y más es ligeramente superior a la femenina. A nivel estatal hay una relación de 87 hombres por cada 100 mujeres.

En el siguiente cuadro se presentan los municipios con mayor porcentaje de personas adultas mayores (Cuadro 1).

MUNICIPIO	PORCENTAJE DE PERSONAS ADULTAS MAYORES
Santiago Maravatío	16.9%
Atarjea	13.9%
Tarandacuao	14.7%
Salvatierra	13.1%
Acámbaro	12.8%
Estado de Guanajuato	8.3%

Cuadro 1. En el presente se observa que comparados con el nivel estatal, los municipios de Santiago Maravatío, Atarjea, Tarandacuao y Salvatierra cuentan con un envejecimiento poblacional muy avanzado, que en algunos casos coincide con alta intensidad migratoria.

### Distribución de la población adulta mayor por localidad de residencia

En Guanajuato, la distribución de personas adultas mayores de acuerdo a su lugar de residencia sigue un patrón de comportamiento característico ya que poco más de una tercera parte de la población con 60 años y más (37.5%), reside en localidades con menos de 2500 habitantes. Otro tanto (27.5%) reside en ciudades pequeñas que pueden considerarse menos urbanizadas y un 35% restante vive en ciudades con más de 100,000 habitantes. Contrastes a nivel rural y urbano que impactan la situación de las personas mayores. Con lo anteriormente referido, se puede considerar que una tercera parte de las personas adultas mayores vive en comunidades rurales, mientras que el resto vive en un área urbana. (Cuadro 2)

TIPO DE LOCALIDAD	NÚMERO ABSOLUTO	PORCENTAJE
Localidades rurales (de 1 a 2 mil 499 habitantes)	158, 773	37.5%
Ciudades pequeñas (de 2 mil 500 a 99 mil 999 habitantes)	116, 433	27.5%
Ciudades medias (de 100, 000 y más habitantes)	148, 189	35%

Cuadro 2.- En el presente cuadro se puede apreciar que la distribución de las personas adultas mayores en el Estado de Guanajuato se concentra principalmente en el área rural y en las ciudades medias así como en las grandes ciudades con más de 100, 000 habitantes.

## Hablantes de Lengua Indígena

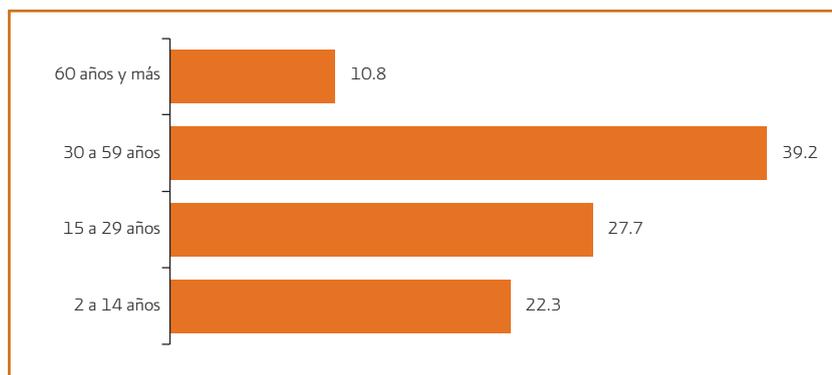
En México, 6 millones 695 mil 228 personas de 5 años y más hablan alguna lengua indígena, las más habladas son: Náhuatl, Maya y lenguas mixtecas.

Con respecto al porcentaje de personas que hablan una lengua indígena en el Estado de Guanajuato, se tiene asentado desde hace varios años, que esta entidad federativa constituye una de las cuatro a nivel de República Mexicana con menor número de hablantes de lengua indígena, junto a Coahuila, Aguascalientes y Zacatecas.

El porcentaje de personas hablantes de lengua indígena en Guanajuato es 0.3% (15, 201 personas), muy por debajo de la media nacional que es 6.6%. Por otro lado, el porcentaje de personas adultas mayores de 60 años hablantes de lengua indígena en esta entidad federativa es 10.8% de los hablantes de lengua indígena en Guanajuato son mayores de 60 años, concentrándose esta característica en el grupo de 30 a 59 años de edad (39.2%). (Gráfico 4) Tal situación aunque con una explicación multicausal, tiene que ver mucho con el hecho de que, como se ha observado en la distribución de las personas adultas mayores en el estado, la mayoría de estas se encuentran en zonas urbanas.<sup>3</sup>

Los municipios con mayor número de hablantes de lengua indígena en Guanajuato son: León (21.5%), San Luis de la Paz (15%), Tierra Blanca (13.7%) y Celaya (8.4 por ciento).

Gráfico 4. Distribución porcentual de la población de 3 años y más hablante de lengua indígena por grupo de edad.



Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Tabulados básicos. Base de datos.

Según el último Censo de Población y Vivienda 2010, las cuatro lenguas indígenas con mayor número de hablantes en Guanajuato son en estricto orden: el otomí (3239), chichimeca jonaz (2142), náhuatl (1264) y mazahua (818).

## Escolaridad y Vejez

A nivel nacional, se considera que el promedio de años de escolaridad es de 8.6. Si se revisa la estadística de Guanajuato, se considera que el promedio en Guanajuato es de 7.7 años a nivel de su población general. Cuando se traslada este concepto a las personas adultas mayores de la entidad, se tiene un promedio de años estudiados de 4.87. Si se hace una discriminación por género, se tiene que, en términos generales, los hombres estudiaron más años que las mujeres. Por otro lado, aquellos adultos mayores más “jóvenes” tienen en su haber un número mayor de años estudiados (Tabla 5).

Tabla 5.

GRUPO ETARIO	TOTAL*	HOMBRE	MUJER
De 60 a 64 años	5.9	6.44	4.87
De 65 y más años	3.88	4.31	2.78

En la presente tabla se aprecia que hay una disminución importante del número de años de estudio de los adultos mayores guanajuatenses al avanzar la edad del grupo etario estudiado, esto es más evidente en las mujeres.

Desde el punto de vista de la vulnerabilidad social y física del individuo, las personas adultas mayores guanajuatenses se enfrentan a factores de riesgo importantes para el desarrollo de marginación, entre ellos, edad avanzada, bajo nivel escolar, siendo más marcado en el género femenino (Tabla 6).

Tabla 6.

Entidad federativa sexo	Población de 15 y más años	Sin instrucción <sup>a</sup>	Primaria incompleta <sup>b</sup>	Primaria completa <sup>c</sup>	Secundaria incompleta <sup>d</sup>	Secundaria completa <sup>e</sup>	Media superior <sup>f</sup>	Superior <sup>g</sup>
2000								
Guanajuato	2 907 596	14.7	20.7	23.3	5.0	17.1	11.6	6.6
Hombres	1 347 265	13.9	19.6	22.2	6.0	18.0	11.6	7.8
Mujeres	1 560 331	15.4	21.6	24.2	4.2	16.4	11.6	5.
2005								
Guanajuato	3 185 978	11.6	16.7	22.1	4.4	20.6	14.0	9.3
Hombres	1 466 061	11.0	16.1	20.8	5.3	21.3	14.2	10.3
Mujeres	1 719 917	12.2	17.2	23.1	3.6	20.1	13.9	8.5
2010								
Guanajuato	3 748 032	9.9	14.0	20.0	5.8	23.0	15.3	11.5
Hombres	1 759 356	9.4	13.7	19.4	6.7	22.9	15.3	12.0
Mujeres	1 988 676	10.3	14.3	20.5	5.0	23.0	15.3	11.1

Fuente:INEGI. Nivel de escolaridad. Nivel educativo y sexo por entidad federativa 2000, 2005 y 2010. Distribución porcentual de la población de 15 años y más según nivel educativo para el estado de Guanajuato por sexo, 2000, 2005 y 2010.

En el cuadro anterior en los últimos tres quinquenios en el grupo de edad de 15 años y más en población general en el Estado de Guanajuato se observa que el mayor porcentaje se observa que la población únicamente termina la primaria completa por lo que se observa que existe gran cantidad de la población sin educación media superior y superior (Tabla 6).

## Población Económicamente Activa

Este tópico siempre es un tema complicado cuando se analiza el perfil social y demográfico de las personas adultas mayores. En México nada menos, se sabe que el promedio de la edad de la población económicamente activa es de 38.03 años. De acuerdo al género, se tiene que en los hombres, esta edad es en promedio de 38.18 y de 37.89 para las mujeres. En Guanajuato, el promedio de edad laboral es de 36.86 años, por género es de 37.38 años para los hombres y 36.04 años para las mujeres. Sin embargo, no obstante que la edad promedio del trabajador mexicano está muy por debajo de la época jubilatoria, según cifras del INEGI, en México una buena parte de la población mayor de 60 años aún se encuentra activa.

Por otro lado, hoy se sabe que en cuanto al número de horas que trabaja aquella persona en activo no varía mucho con respecto a la edad, Estado de Guanajuato, cuando menos en el lo que indirectamente da lugar a pensar que aquellas personas adultas mayores tienen que laborar al parejo de grupos etarios menores. A nivel nacional, el número de horas trabajadas a la semana en promedio es de 42.72. De acuerdo al género es de 45.66 en los hombres y de 37.88 en las mujeres.

Ubicando el indicador a nivel de personas adultas mayores, se tiene que un aproximado de 39.48 horas a la semana trabaja el individuo mayor de 60 años, las cifras por género son de 42.26 para los hombres y 33.76 para las mujeres. En el Estado de Guanajuato las cifras son las siguientes (Tabla 7):

Tabla 7.

GRUPO ETARIO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Estatal*	42.14	45.13	37.42
De 60 a 64 años	40.77	44.29	33.39
De 65 y más años	40.21	41.98	35.65

De acuerdo a la presente tabla se puede apreciar que el número de horas trabajadas a la semana, no es muy diferente en las personas adultas mayores con respecto a los grupos de menor edad.

## Morbilidad y Mortalidad

Se analiza la información respecto a la morbilidad de los quinquenios de los años de 1995 al 2010, proveniente del Sistema Unico de Vigilancia Epidemiología (SUIVE), los registros a partir de los 60 años de edad se dividen para su notificación en dos grupos etarios: de 60 a 64 años y 65 y más, con excepción de 1995 ya que la información no estaba desglosada de 60 a 64 años (Tabla 8).

Tabla 8.

MORBILIDAD 1995 PRINCIPALES CAUSAS EN EL ESTADO DE GUANAJUATO*		
Principales causas	65 y mas años	Tasa**
Infecciones respiratorias agudas	24,772	877.3
Otras infecciones intestinales y mal definidas	8,426	298.4
Hipertensión arterial	4,370	154.8
Diabetes mellitus	3,112	110.2
Enfermedad cerebrovascular	1,406	49.8
Amibiasis intestinal	1,057	37.4

Otitis media aguda	851	30.1
Enfermedad isquémica del corazón	820	29.0
Neumonias y bronconeumantias	804	28.5
Artritis reumatoide	778	27.6
Total	5,780	204.7

\*Fuente:Secretaría de Salud/DGEPI/Anuarios de Morbilidad 1995 \*\* Tasa por 10,000 habitantes

Tabla 9.

<b>MORBILIDAD 2000 PRINCIPALES CAUSAS EN EL ESTADO DE GUANAJUATO*</b>				
Principales causas	60 a 64 años	65 años y más	Total General	Tasa**
Infecciones respiratorias agudas	20,628	36,384	57,012	1789.7
Infecciones por otros organismos y las mal definidas	4,804	10,932	15,736	494.0
Infecciones de vías urinarias	3,399	7,504	10,903	342.3
Ulceras, gastritis y duodenitis	2,613	5,454	8,067	253.2
Hipertensión arterial	1,920	3,984	5,904	185.3
Diabetes mellitus	1,570	2,678	4,248	133.4
Amibiasis intestinal	814	1,509	2,323	72.9
Insuficiencia venosa periférica	665	1,056	1,721	54.0
Intoxicación por picadura de alacrán	472	954	1,426	44.8
Neumonias y bronconeumonias	252	1,101	1,353	42.5
Total	37,137	71,556	108,693	3412.0

\*Fuente:Secretaría de Salud/DGEPI/Anuarios de Morbilidad 2000 \*\* Tasa por 10,000 habitantes

Tabla 10.

<b>MORBILIDAD 2005 PRINCIPALES CAUSAS EN EL ESTADO DE GUANAJUATO*</b>				
Principales causas	60 a 64 años	65 años y más	Total General	Tasa**
Infecciones respiratorias agudas	22,394	41,759	64,153	1763.5
Infecciones por otros organismos y las mal definidas	5,175	11,347	16,522	454.2
Infecciones de vías urinarias	4,974	10,160	15,134	416.0
Hipertensión arterial	2,815	5,926	8,741	240.3
Ulceras, gastritis y duodenitis	2,820	5,605	8,425	231.6
Diabetes mellitus	2,541	4,408	6,949	191.0
Gingivitis y enfermedades periodontales	1,246	1,463	2,709	74.5
Intoxicación por picadura de alacrán	566	1,142	1,708	47.0
Amibiasis intestinal	603	1,010	1,613	44.3
Neumonias y bronconeumonias	195	1,023	1,218	33.5
Total	43,329	83,843	127,172	3495.9

\*Fuente:Secretaría de Salud/DGEPI/Anuarios de Morbilidad 2005 \*\* Tasa por 10,000 habitantes

Tabla 11.

<b>MORBILIDAD 2010 PRINCIPALES CAUSAS EN EL ESTADO DE GUANAJUATO*</b>				
Principales Causas	60 a 64 años	65 años y más	Total General	Tasa**
Infecciones respiratorias agudas	36,224	60,004	96,228	2272.8
Infecciones por otros organismos y las mal definidas	5,446	10,762	16,208	382.8
Infecciones de vías urinarias	5,498	10,598	16,096	380.2
Ulceras, gastritis y duodenitis	4,580	7,908	12,488	294.9
Hipertensión arterial	2,396	5,332	7,728	182.5
Diabetes mellitus	1,987	3,160	5,147	121.6
Gingivitis y enfermedades periodontales	1,417	1,556	2,973	70.2
Intoxicación por picadura de alacrán	616	1,383	1,999	47.2
Otitis media aguda	614	919	1,533	36.2
Neumonías y bronconeumonías	291	1,190	1,481	35.0
Total	59,069	102,812	161,881	3823.4

\*Fuente:Secretaría de Salud/DGEPI/Anuarios de Morbilidad 2010 \*\*Tasa por 10,000 habitantes

En los datos anteriores se puede observar que Guanajuato presenta una polarización epidemiológica que se distingue por tener simultáneamente tanto enfermedades infecciosas como enfermedades crónicas no transmisibles. Los niveles de enfermedades transmisibles son más altos de los que se esperaría dado los niveles observados de enfermedades crónicas, como resultado siguen predominando las de carácter infeccioso tales como las respiratorias y gastrointestinales.

Ingresa en el año 2000 las Ulceras, Gastritis y duodenitis así como las Intoxicaciones por picadura de alacrán y en el año 2005 aparece dentro de los 10 primeras causas la Gingivitis y enfermedades periodontales, desplazándose la amibiasis en el año 2010 fuera de los primeros 10 lugares, no por ello significa que ya no se presente solo que se incrementaron otras patologías (Tablas 9, 10 y 11).

Tabla 12.

<b>PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN 1995 EN EL ESTADO DE GUANAJUATO*</b>				
Principales Causas	60 a 64 años	65 y mas años	Total general	Tasa**
Diabetes mellitus	249	1,041	1,290	456.9
Enfermedades isquémicas del corazón	108	1,109	1,217	431.0
Enfermedad cerebrovascular	72	905	977	346.0
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	39	705	744	263.5
Infecciones respiratorias agudas bajas	28	578	606	214.6
Desnutrición calórico protéica	14	469	483	171.1
Enfermedades hipertensivas	34	341	375	132.8
Nefritis y nefrosis	36	290	326	115.5
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	61	151	212	75.1
Úlcera péptica	18	191	209	74.0
Total	659	5,780	6,439	2280.4

Causas mal Definidas	4	179	183	64.8
Las demás Causas	487	4,367	4,854	1719.1
Total general	1,150	10,326	11,476	4064.3
Total de defunciones todas las edades			21,172	

\*Fuente:Secretaría de Salud/SINAIS/Defunciones 1995 \*\* Tasa por 10,000 habitantes

Tabla 13.

<b>PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN 2000 EN EL ESTADO DE GUANAJUATO*</b>				
Principales Causas	60 a 64 años	65 años y más	Total General	Tasa**
Diabetes mellitus	330	1,528	1,858	58.3
Enfermedades isquémicas del corazón	120	1,354	1,474	46.3
Enfermedad cerebrovascular	68	964	1,032	32.4
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	40	848	888	27.9
Desnutrición calórico protéica	8	513	521	16.4
Infecciones respiratorias agudas bajas	11	488	499	15.7
Enfermedades hipertensivas	33	386	419	13.2
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	98	274	372	11.7
Nefritis y nefrosis	30	272	302	9.5
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	28	185	213	6.7
Total	766	6,812	7,578	237.9
Causas mal Definidas	5	208	213	6.7
Las demás Causas	484	4003	4487	140.9
Total General	1,255	11,023	12,278	385.4
Total de defunciones todas las edades			21,128	

\*Fuente:Secretaría de Salud/SINAIS/Defunciones 2000 \*\* Tasa Por 10,000 habitantes

Tabla 14.

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN 2005 EN EL ESTADO DE GUANAJUATO*				
Principales causas	60 a 64 años	65 años y más	Total General	Tasa **
Diabetes mellitus	412	2,230	2,642	72.6
Enfermedades isquémicas del corazón	143	1,818	1,961	53.9
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	44	1,219	1,263	34.7
Enfermedad cerebrovascular	76	1,049	1,125	30.9
Enfermedades hipertensivas	46	505	551	15.1
Infecciones respiratorias agudas bajas	23	505	528	14.5
Desnutrición calórico protéica	6	470	476	13.1
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	101	327	428	11.8
Nefritis y nefrosis	35	308	343	9.4
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	35	207	242	6.7
Total	921	8,638	9,559	262.8
Causas mal Definidas	6	271	277	7.6
Las demás Causas	530	4,306	4,836	132.9
Total general	1,457	13,215	14,672	403.3
Total de defunciones todas las edades			23,194	

\*Fuente:Secretaría de Salud/SINAIS/Defunciones 2000 \*\* Tasa Por 10,000 habitantes

Tabla 15.

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN 2010 EN EL ESTADO DE GUANAJUATO*				
Principales Causas	60 a 64 años	65 años y mas	Total general	Tasa**
Diabetes mellitus	538	2,736	3,274	77.3
Enfermedades isquémicas del corazón	197	2,577	2,774	65.5
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	38	1,341	1,379	32.6
Enfermedad cerebrovascular	99	1,171	1,270	30.0
Enfermedades hipertensivas	59	760	819	19.3
Infecciones respiratorias agudas bajas	32	559	591	14.0
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	132	353	485	11.5
Nefritis y nefrosis	37	420	457	10.8
Desnutrición calórico proteica	9	447	456	10.8
Tumor maligno de la próstata	14	257	271	6.4
Total	1,155	10,621	11,776	278.1
Causas mal Definidas	7	344	351	8.3
Las demás Causas	630	4,962	5,592	132.1
Total general	1,792	15,927	17,719	418.5
Total de defunciones todas las edades			26,964	

\*Fuente:Secretaría de Salud/SINAIS/Defunciones 2010 \*\* Tasa Por 10,000 habitantes

Se observa que la mortalidad de adultos mayores asciende entre los años 1995 al 2010. En el año 1995 del total de las defunciones, el 54.2 % corresponde al grupo de edad de 60 años y más, durante el año 2000 fue de 58.1 %, en el 2005 fue de 63.2% y para el año 2010 del 65.7%. Por lo que es lógico pensar que el grupo de edad más afectado en mortalidad es el de los adultos mayores (Tablas 12, 13, 14 y 15).

Despuntando las primeras causas la Diabetes Mellitus, Enfermedades del Corazón para el grupo de edad de 60 años más en los últimos cuatro quinquenios.

Para el año 2012 se inserta entre los 10 primeros lugares Tumor maligno de Próstata. Es importante mencionar que la desnutrición no se ha movido dentro de los primero 10 lugares (Tablas 12, 13, 14 y 15).

## 6. Resultados de la Encuesta SABE Guanajuato

Este capítulo esta ex profeso para dar a conocer los resultados de la encuesta SABE que se realizó en la Ciudad de Celaya Guanajuato a los Adultos Mayores. Este estudio forma parte de otros que se realizaron de forma simultánea en otras entidades federativas, este documento busca integrar los diversos aspectos abordados en salud, economía del adulto mayor, redes sociales, actividades tanto física como recreativa, etc.

La presentación del presente estudio se realizará de acuerdo a 4 categorías para facilitar el afluente de información de acuerdo a la integración de la misma encuesta que se muestran en el siguiente cuadro.

CATEGORÍAS	UNIDAD
1. Datos personales	Lecto-escritura
	Escolaridad
	Compañía en la vivienda
2. Evaluación cognoscitiva	Cognición
	Memoria
3. Estado de salud	Hipertensión arterial sistémica
	Diabetes mellitus
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
	Enfermedad cardíaca
	Enfermedad vascular cerebral
	Enfermedad articular
	Osteoporosis
	Autoexploración de glándulas mamarias
	Exploración de glándulas mamarias por personal de salud
	Cáncer de próstata
	Enfermedad psiquiátrica
	Depresión
	Felicidad
	Incontinencia urinaria
	Incontinencia fecal
	Percepción de la visión
	Dificultad para comer
	Percepción de la audición
	Consumo de alcohol
	Hábito de fumar
Nutrición	
Hábito de ejercicio	
Manualidades	
Caídas	
4. Estado funcional	Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)
	Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

La muestra fue desarrollada por el Lic. Mario Hernández Morales de IPLANEG (Instituto de Planeación Estratégica de Guanajuato); con un total de 440 cuestionarios, en 140 manzanas de 39 AGEB's, sin embargo debido a que se dañaron algunos archivos se perdieron 54 cuestionarios, quedando con un total de 386 de los cuales el 25.4% corresponde a los hombres y el 74.6% a las mujeres.

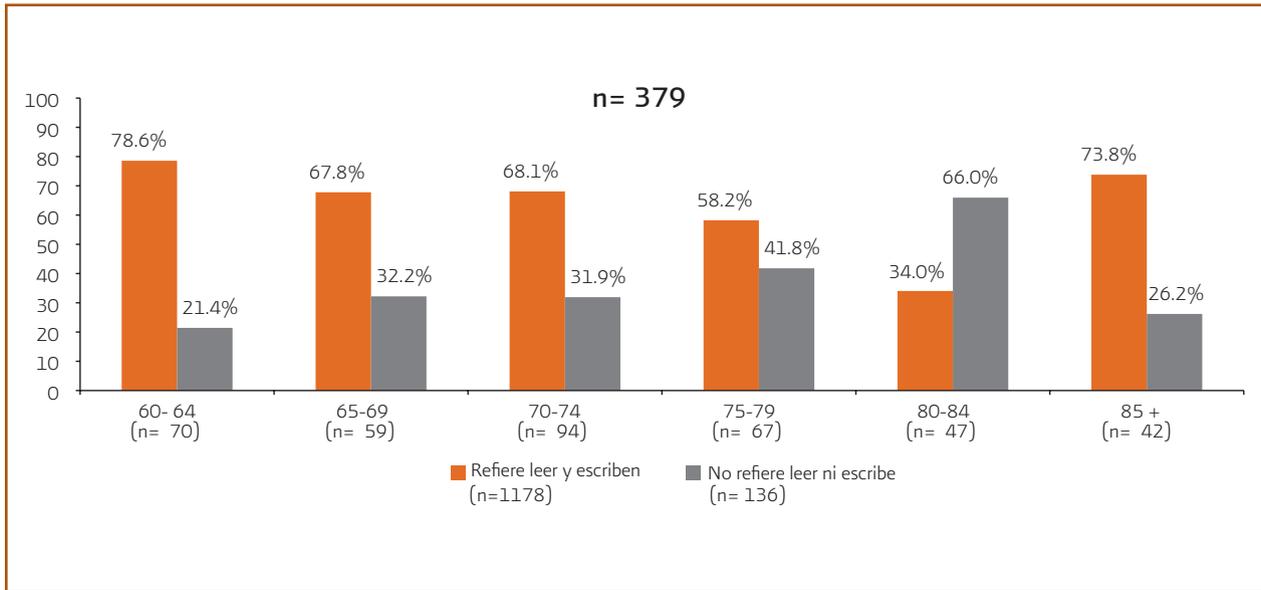


Figura 1. Lecto-escritura según grupo etario

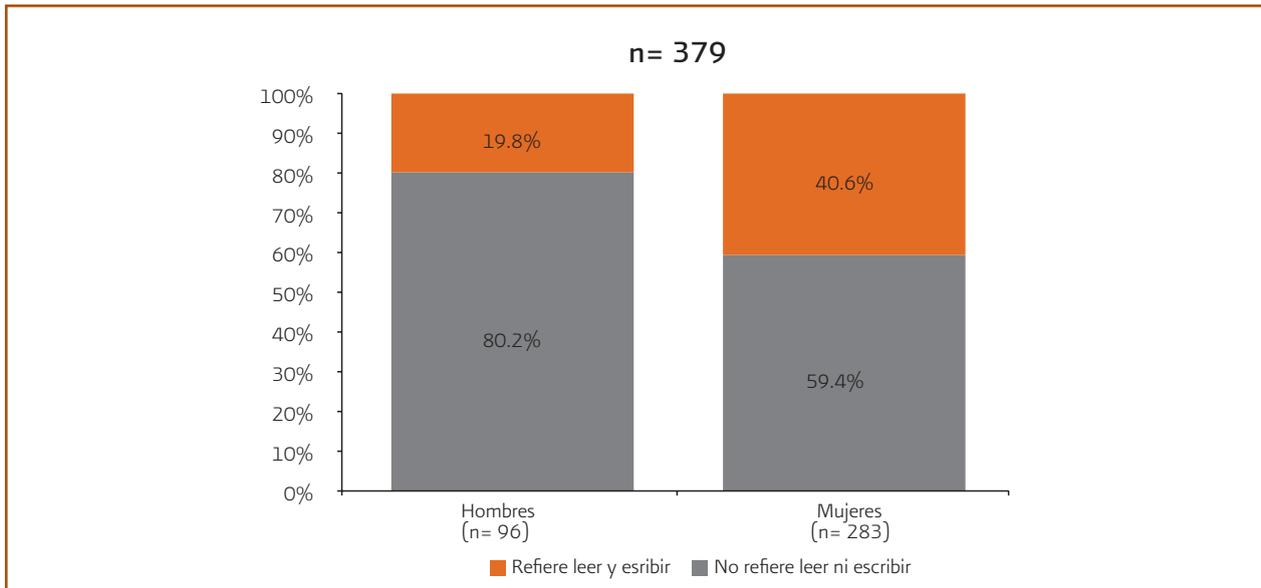


Figura 2. Lecto-escritura por género

En lo que respecta a la primera categoría de datos personales se encuentra la lecto-escritura, la cual corresponde al proceso de poder leer y escribir encontramos que 64.6% refieren saber leer y escribir y 35.4% no lo saben; obteniéndose una  $\chi^2_{1gl} = 8.5; p < 0.01$ , con una tendencia lineal a incrementarse conforme avanza la edad (Figura 1). Con relación al género se encontró significancia estadística,  $Z = 3.7; p < 0.01$  lo que nos indica que las mujeres tienen un grado más bajo de lecto-escritura (Figura 2).

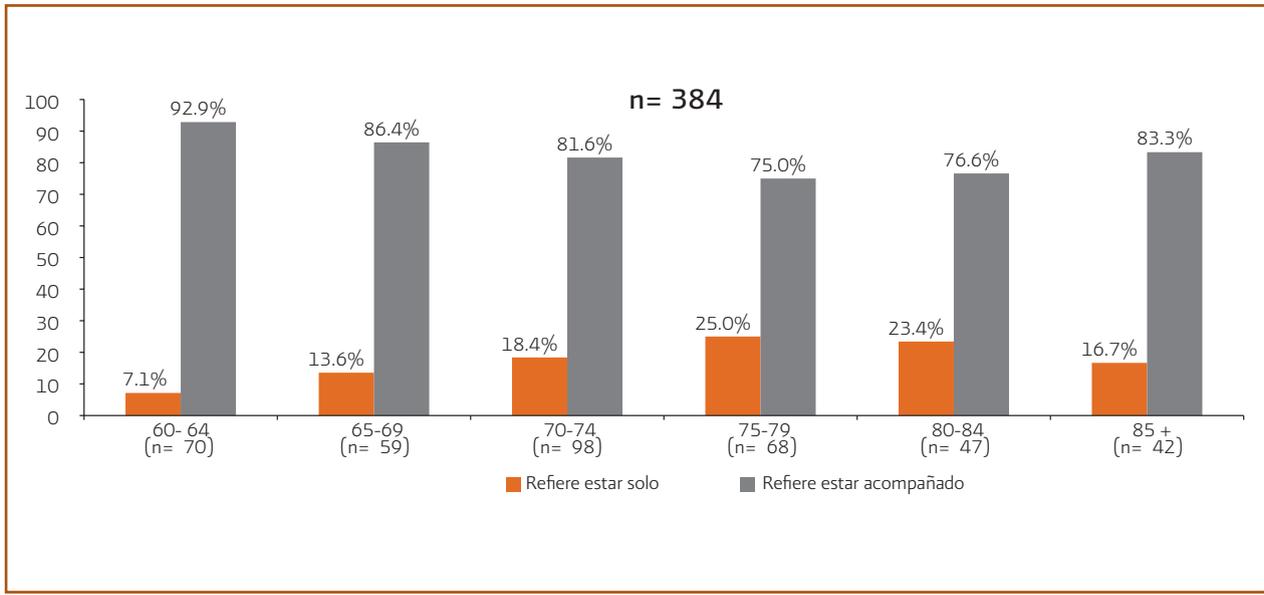


Figura 3. Compañía en la vivienda según grupo etario

Relacionado a compañía en la vivienda encontramos que 17.2% de los adultos mayores entrevistados vive solo, al analizar los datos se encontró con una  $\chi^2_{1gl} = 5.3$ ;  $p < 0.05$ , por lo que hay significancia estadística. Con relación a género no hay significancia ya que la  $Z = 1.8$

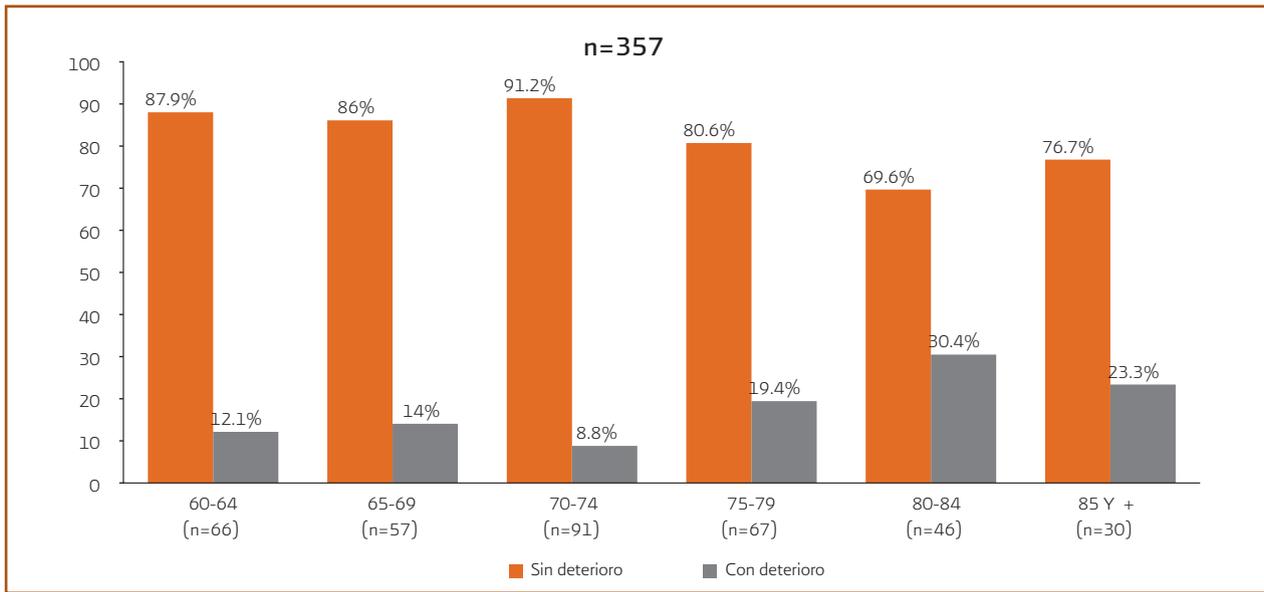


Figura 4. Estado cognoscitivo, según grupo etario

En lo relativo a la categoría 2 de Evaluación cognoscitiva, el estudio SABE utilizó la forma abreviada de Minimental examination test de Folstein, el tamizaje se realizó con una línea de corte de 12 puntos o menos para aquellos que tienen algún tipo de deterioro y de 13 a 19 para los que no presentan ninguna alteración; obteniéndose que 16.2% de los entrevistados presentaban algún grado de deterioro cognoscitivo, con una  $\chi^2_{1gl} = 7.1$ ;  $p < 0.01$ , se observa que se presenta un incremento conforme aumenta la edad (Figura 4). Al revisar los datos por género no hay una significancia estadística  $Z = 0.6$ .

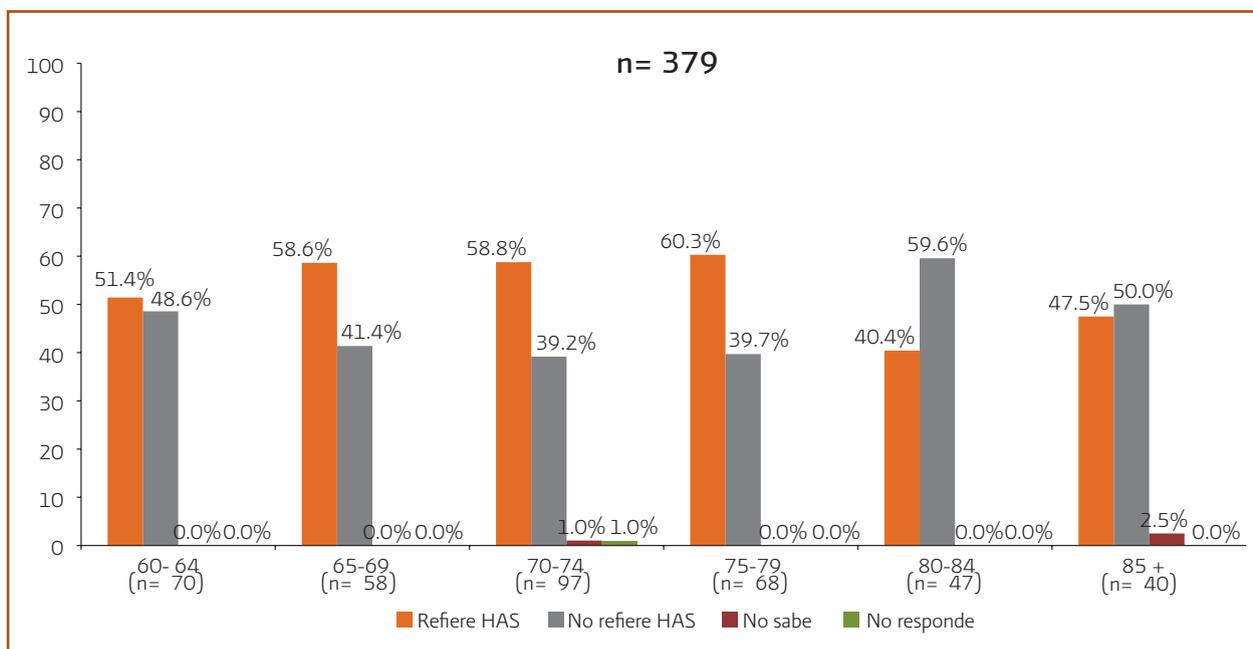


Figura 5. Referencia de HAS, según grupo etario

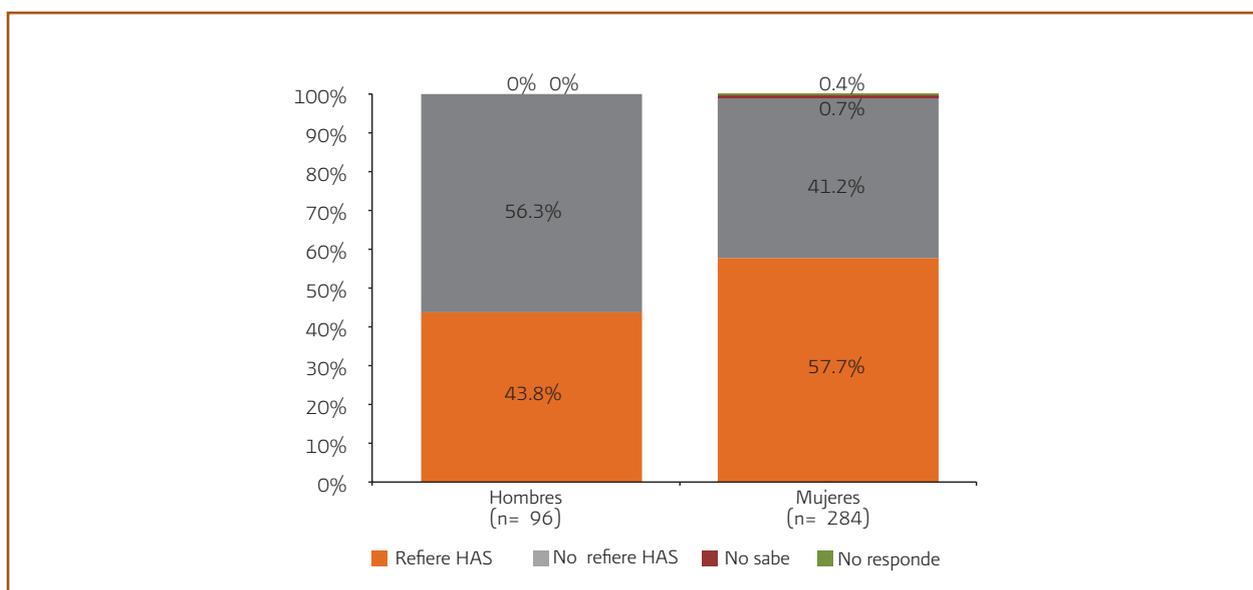


Figura 6. Referencia de HAS, por género

La siguiente categoría corresponde al estado de salud iniciando con Hipertensión arterial sistémica la cual se define como el aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas. Al realizar la pregunta al encuestado sobre si alguna vez alguien le dijo que tenía presión sanguínea alta se obtuvo, que 54.5% refirieron ser hipertensos, con una  $\chi^2_{1gl} = 1.0$ ; no siendo significativo por grupo etario. Por género hay una  $Z=2.4$ ;  $p<0.05$  lo que indica que se presenta con mayor frecuencia en el género femenino.

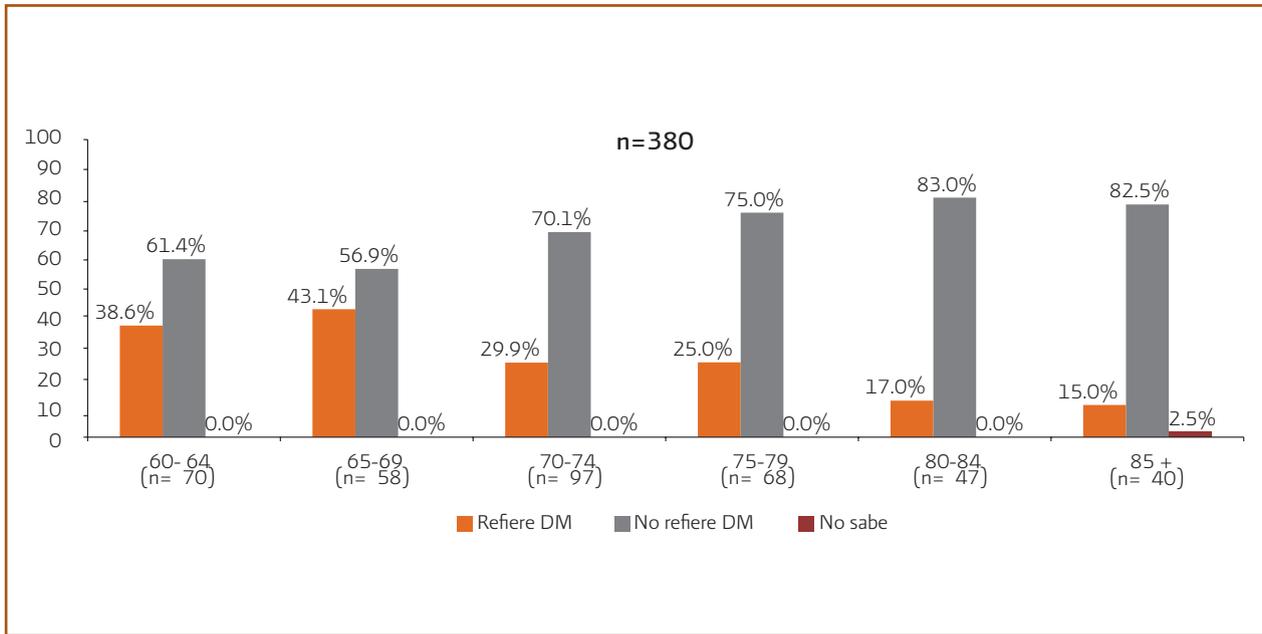


Figura 7. Referencia de Diabetes mellitus, según grupo etario

La Diabetes mellitus es uno de los principales problemas de salud pública, ya que representa una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en la entidad federativa; al preguntar a los entrevistados se encontró que 29.5% refieren conocerse con el padecimiento, presentando una  $\chi^2_{1gl} = 14.3; p < 0.01$ , lo que indica que tiene significancia estadística por grupo etario no así por género ya que presentó  $Z=0.9; p > 0.05$ .

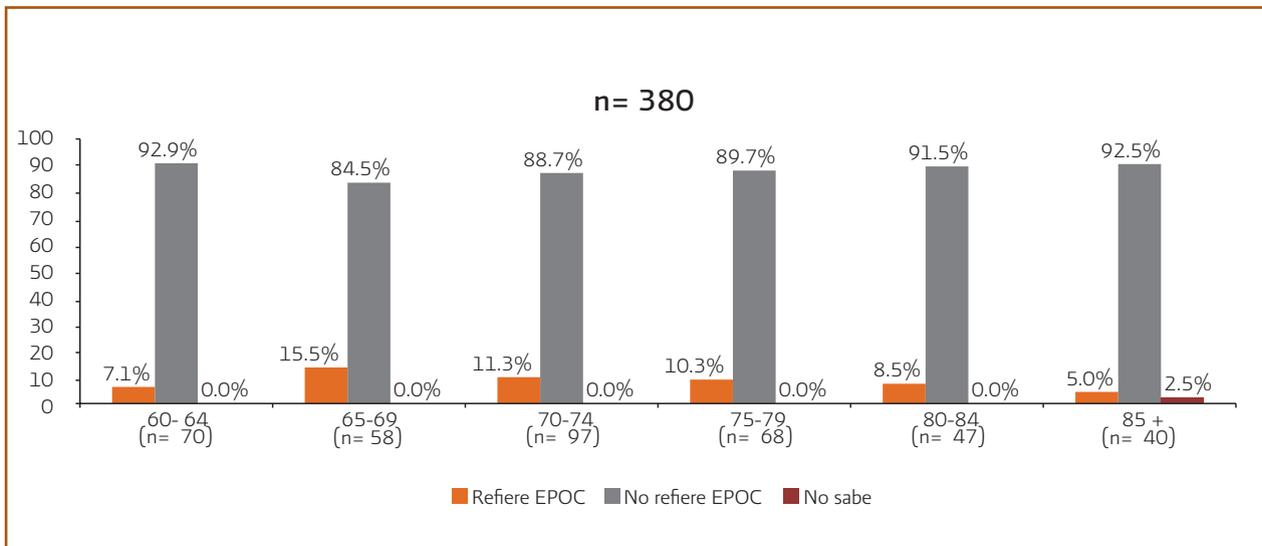


Figura 8. Referencia de EPOC, según grupo etario

En cuanto a la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, al preguntarlo 10% refirieron haber sido diagnosticados; presentando una  $\chi^2_{1gl} = 0.5; p > 0.05, Z=1; p > 0.05$ , lo que indica que no existe una tendencia conforme aumenta la edad ni por género.

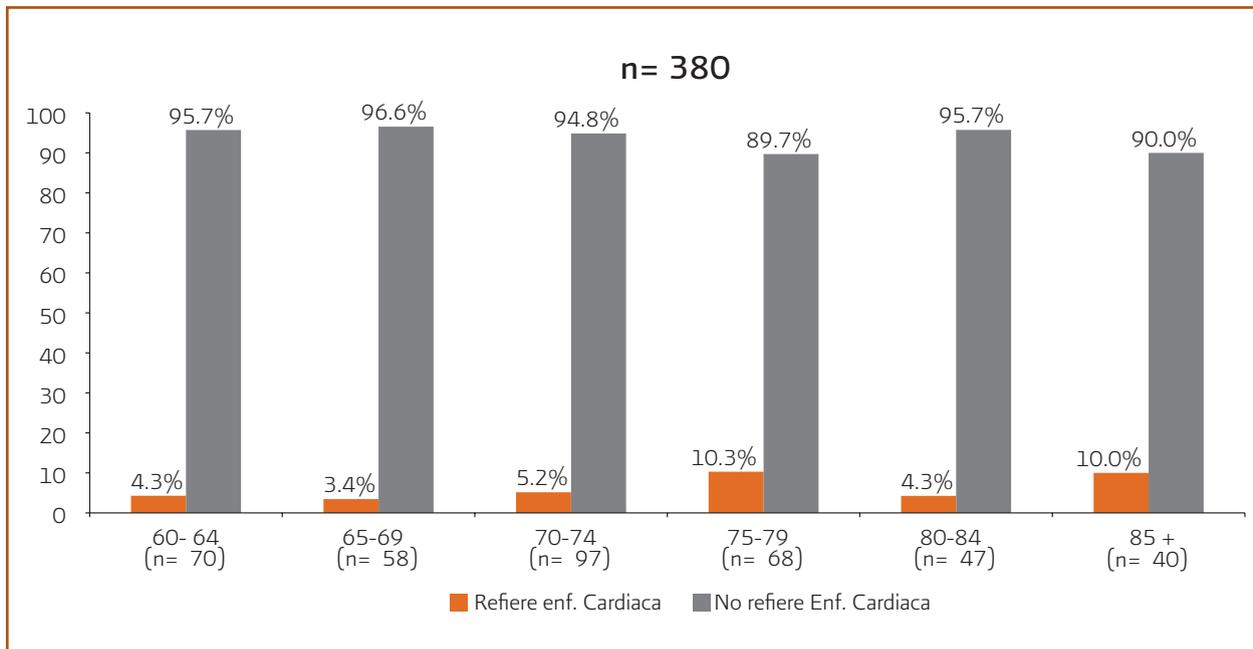


Figura 9. Referencia de Enfermedad cardíaca, según grupo etario

De los entrevistados 6.1% refirió tener alguna enfermedad cardíaca sin que esto fuera representativo estadísticamente por grupo etario ni por género con una  $\chi^2_{1gl} = 1.9$ ;  $p > 0.05$ ,  $Z = 1.3$ ;  $p > 0.05$  (Figura 9).

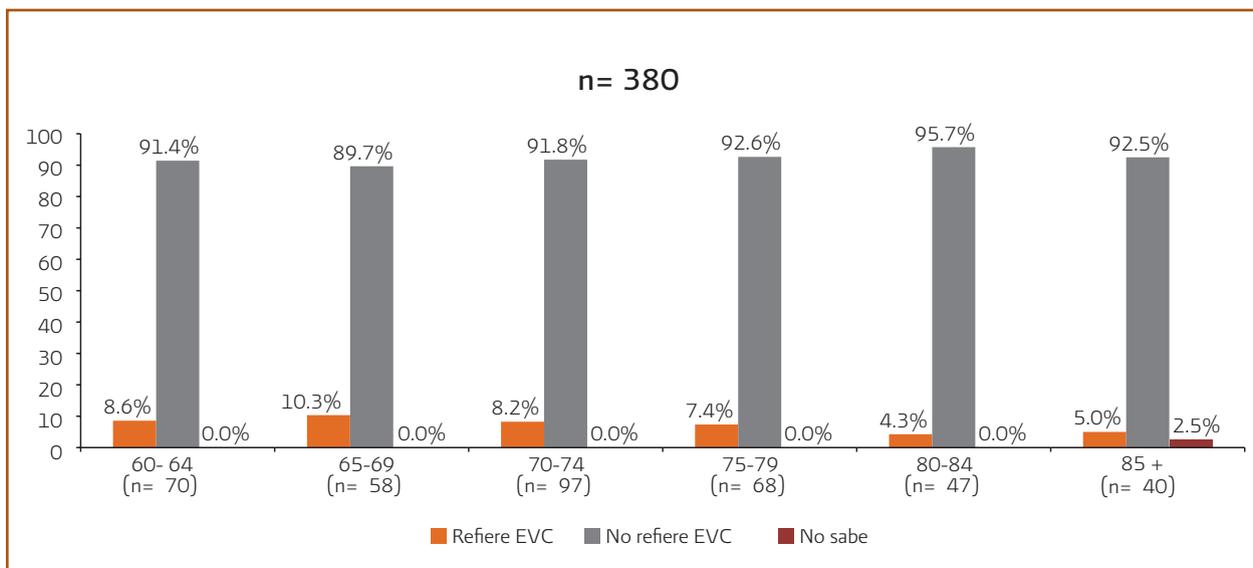


Figura 10. Referencia de Enfermedad cerebrovascular, según grupo etario

En cuanto a enfermedad cerebrovascular 7.6% del total de los entrevistados refieren presentarla; al realizar el análisis estadístico se obtiene una  $\chi^2_{1gl} = 1.3$ ;  $p > 0.05$ ,  $Z = 1.5$ ;  $p > 0.05$  lo que significa que no hay representatividad ni por género ni por grupo etario (Figura 10).

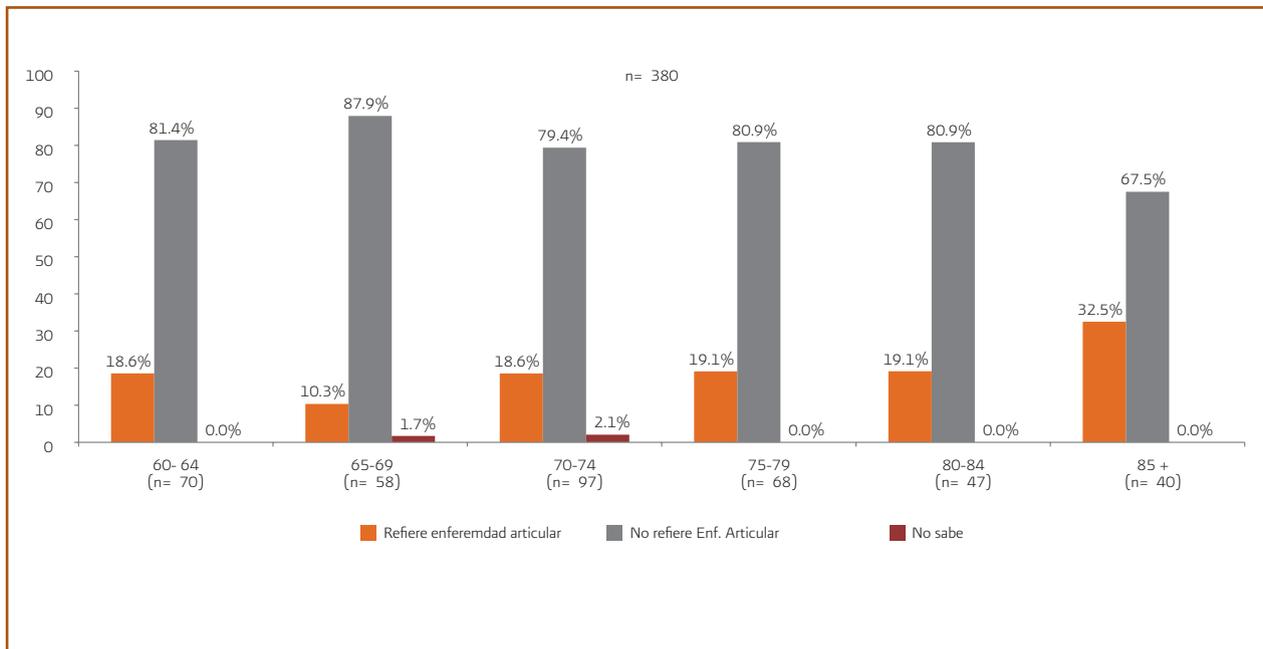


Figura 11. Referencia de Enfermedad articular, según grupo etario

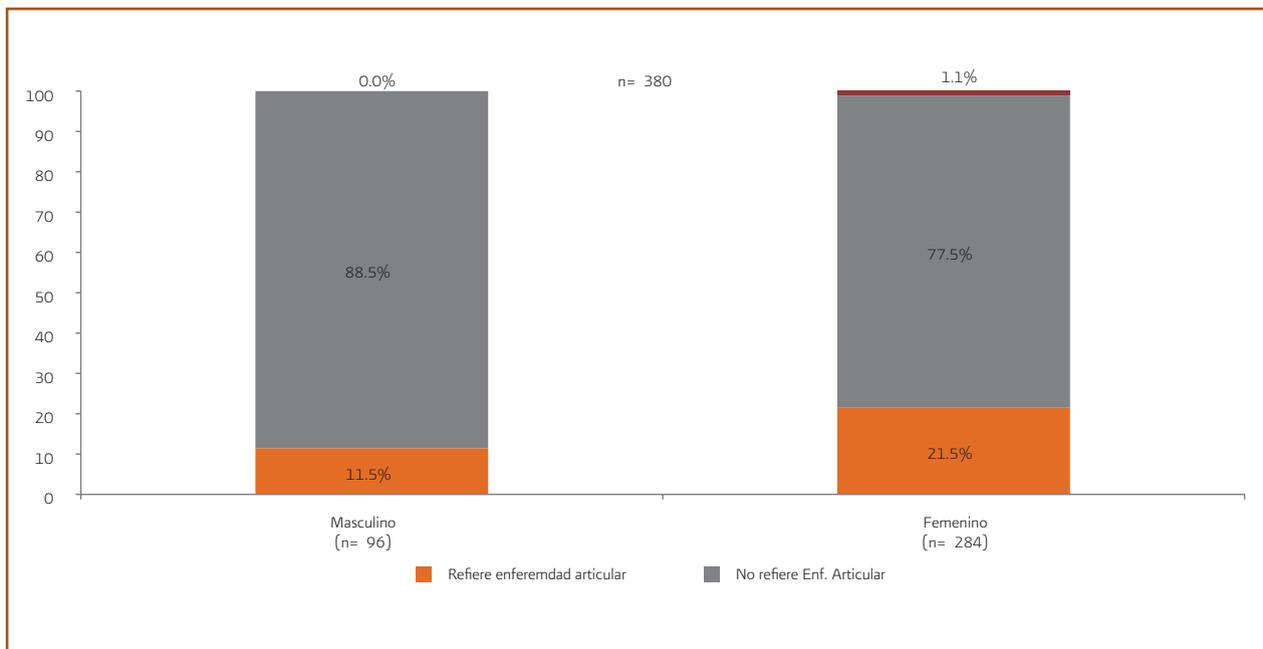


Figura 12. Referencia de Enfermedad articular, por género

En referencia a enfermedad articular se preguntó a los entrevistados si alguna vez el personal de salud le había dicho que tenía artritis, reumatismo o artrosis; la forma más frecuente es la artrosis; 18.9% respondió que sí, obteniendo una  $\chi^2_{1gl} = 3.4$ ;  $p > 0.05$  (Figura 11), con relación a los resultados por género,  $Z = 2.2$ ;  $p < 0.05$ , por lo que se presenta con mayor frecuencia en el género femenino (Figura 12).

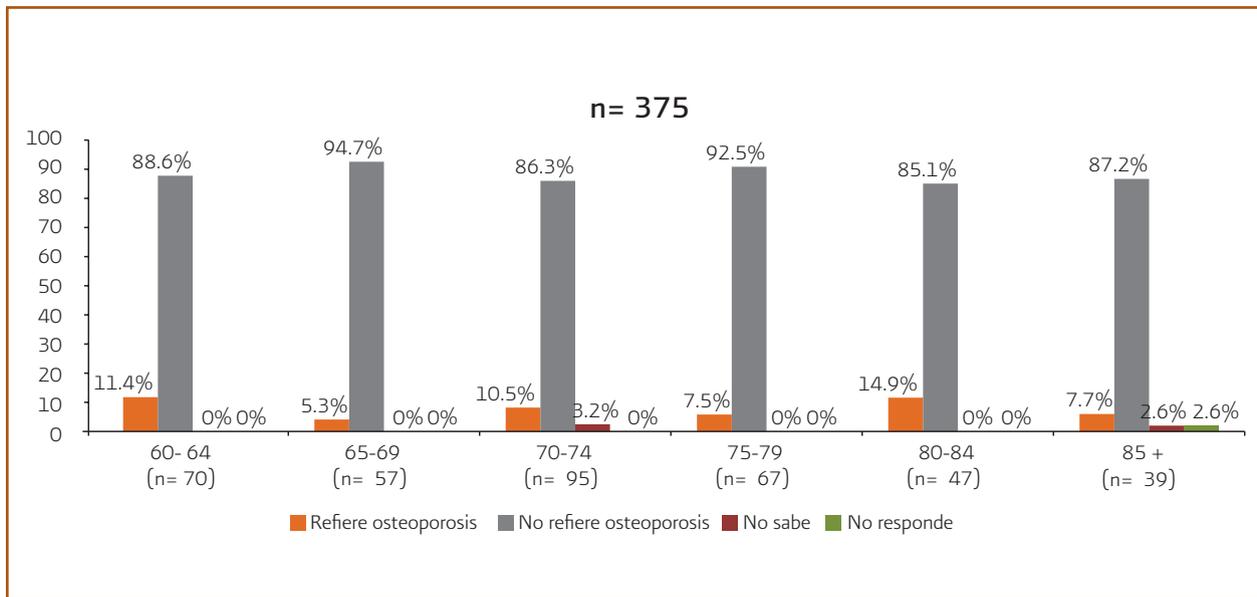


Figura 13. Referencia de osteoporosis, según grupo etario

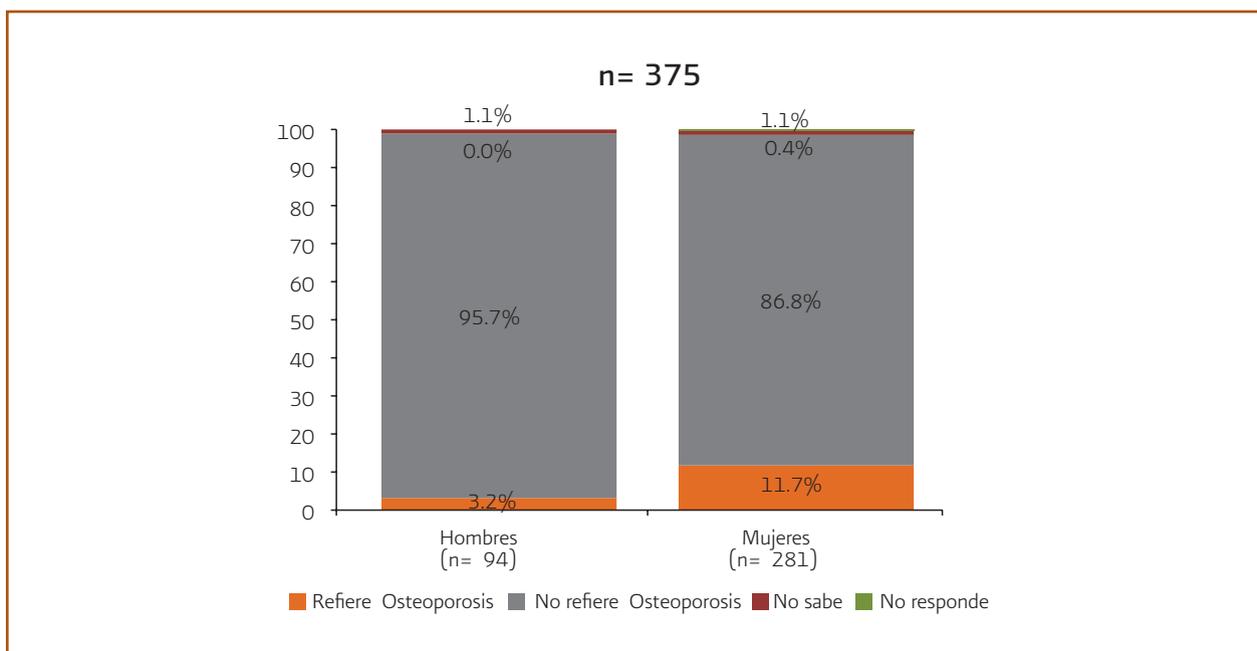


Figura 14. Referencia de osteoporosis, por género

9.6% de la población encuestada refirieron tener osteoporosis con una  $\chi^2_{1gl} = 0.01$ ;  $p > 0.05$ , y una  $Z = 2.4$ ;  $p < 0.05$ , por lo que este padecimiento se presenta con mayor frecuencia en el género femenino. (Figuras 13 y 14).

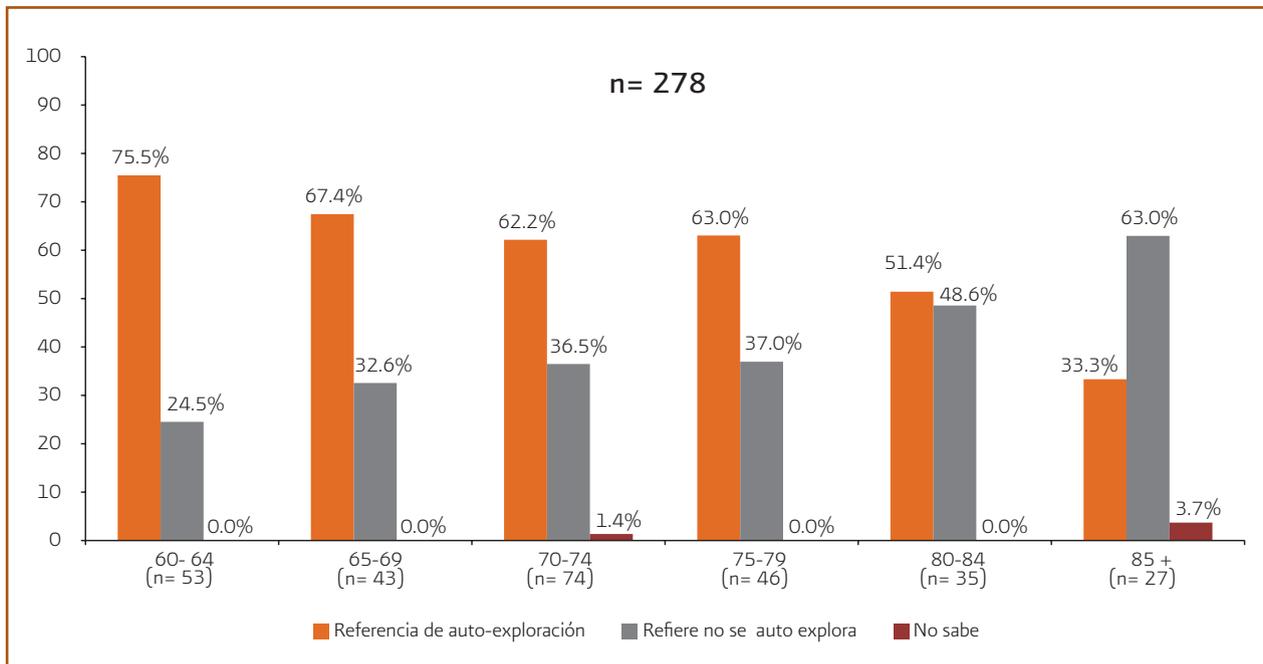


Figura 15. Referencia de autoexploración de mama, según grupo etario

Dentro de las enfermedades de mayor impacto tanto económico como psicológico en aquellos que la padecen se encuentra el cáncer de mama, el cual fue considerado de importancia para este estudio, encontrando que 37.8% de las mujeres no se realizan la autoexploración de mama que es una de las primeras acciones de prevención. Se observó una  $\chi^2_{1gl} = 13.6$ ;  $p < 0.01$ , presentando una tendencia lineal conforme la edad se incrementa (Figura 15).

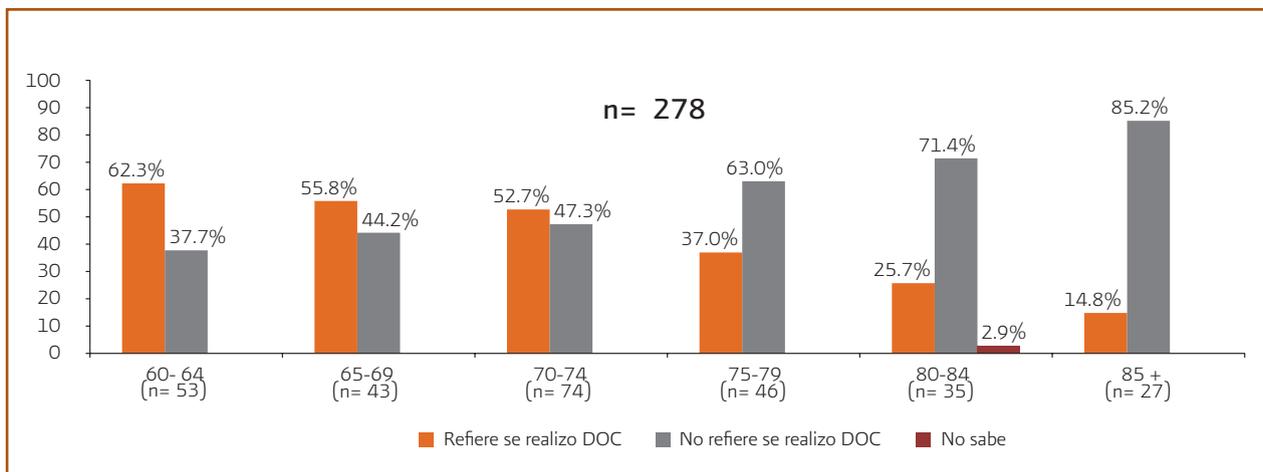


Figura 16. Referencia de exploración de mama por personal de salud, según grupo etario

Al preguntar si el personal de salud en los últimos 2 años le había realizado una exploración mamaria se encontró que 55% no había sido revisado, con una  $\chi^2_{1gl} = 9.8$ ;  $p < 0.01$ . Al observar la figura 16, se aprecia que existe una tendencia lineal por lo que el grupo de 85 años y más es al que menos se ha revisado en comparación con el de 60 a 64 años.

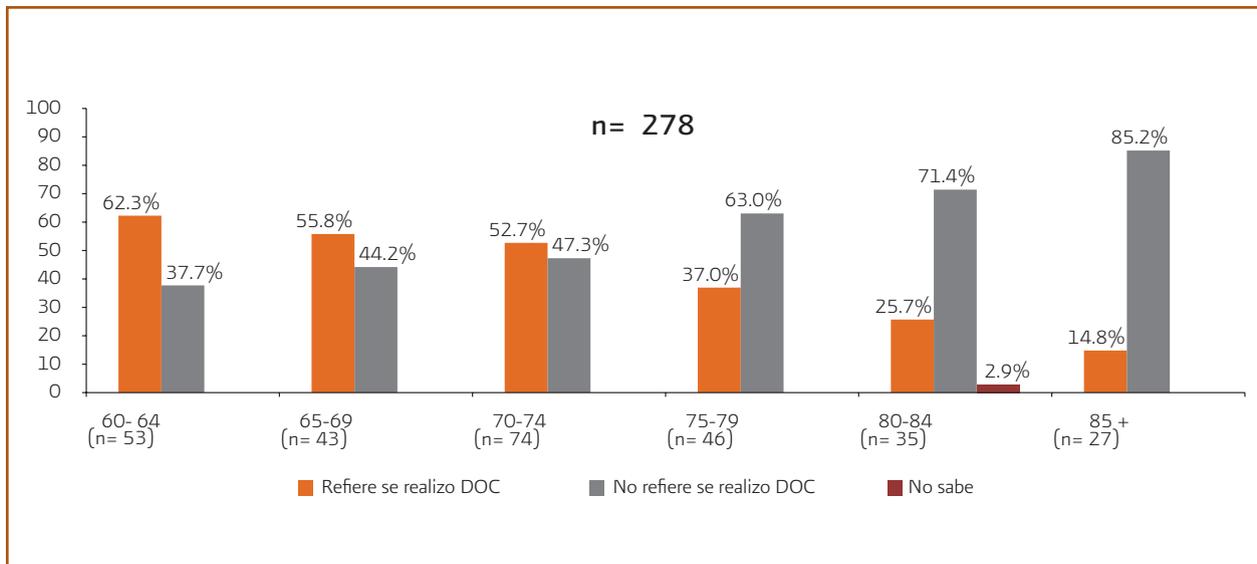


Figura 17. Referencia de realización oportuna de la detección de cáncer cérvico-uterino, según grupo etario.

Al investigar sobre la realización de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino por la técnica de Papanicolaou en los últimos 2 años, se observa que 54.3% no se ha realizado dicho estudio, se encontró una  $\chi^2_{1gl} = 23.6$ ;  $p < 0.01$  presentando una tendencia lineal a aumentar con la edad de acuerdo con la Figura 17.

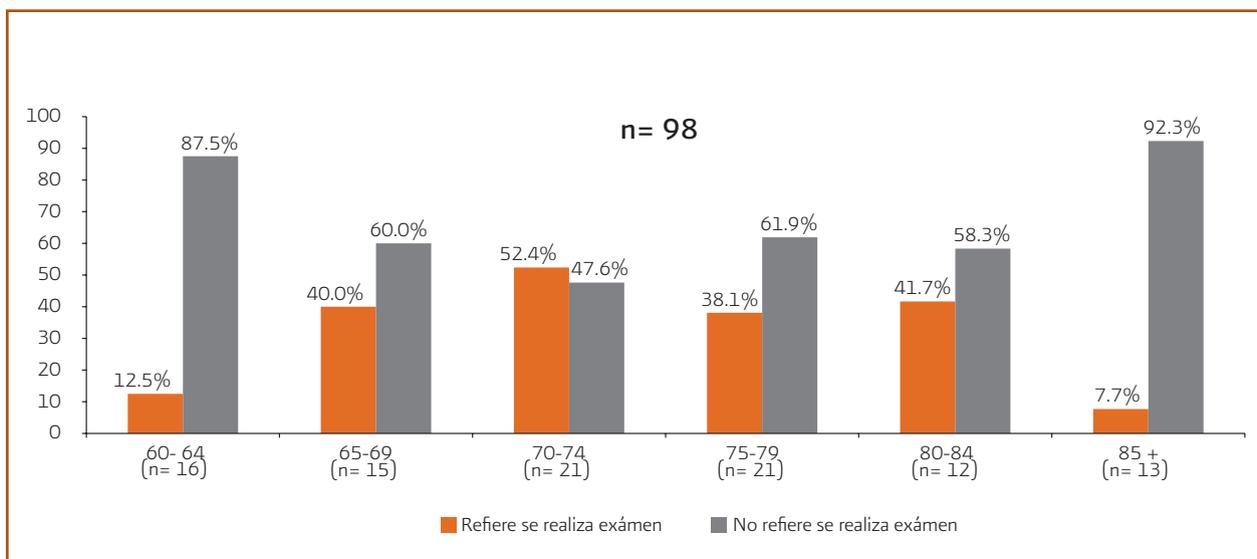


Figura 18. Referencia de realización oportuna de la detección de cáncer de próstata, según grupo etario.

Un problema de salud pública en el género masculino lo representa el cáncer de próstata, y a pesar de las acciones implementadas en el primer nivel de atención para una detección oportuna encontramos que 66.6% no se habían realizado ningún tipo de estudio con una  $\chi^2_{1gl} = 0.03$ ;  $p > 0.05$  (Figura 18).

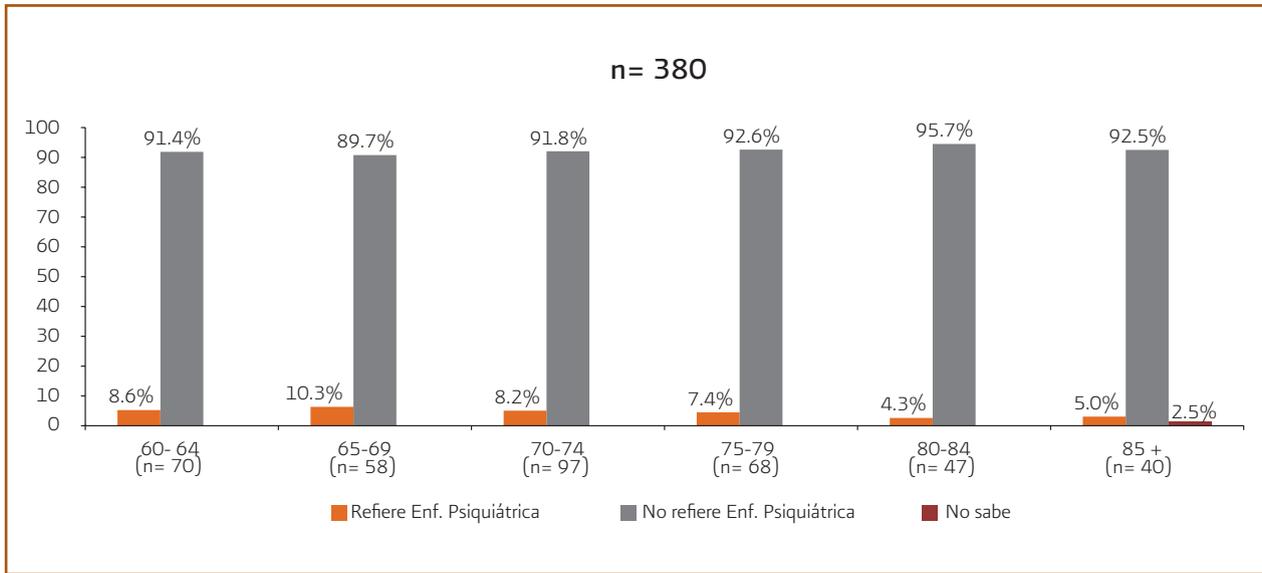


Figura 19. Referencia de enfermedad psiquiátrica, según grupo etario.

Se indagó si alguna vez el personal de salud le había dicho que tenía algún problema nervioso o psiquiátrico, por lo que los entrevistados contestaron positivamente en 7.6%, obteniéndose una  $\chi^2_{1gl} = 1.4$ ;  $p > 0.05$ ,  $Z = 1.5$ , y una  $Z = 1.5$ ;  $p > 0.05$ , lo cual no es representativo estadísticamente (Figura 19).

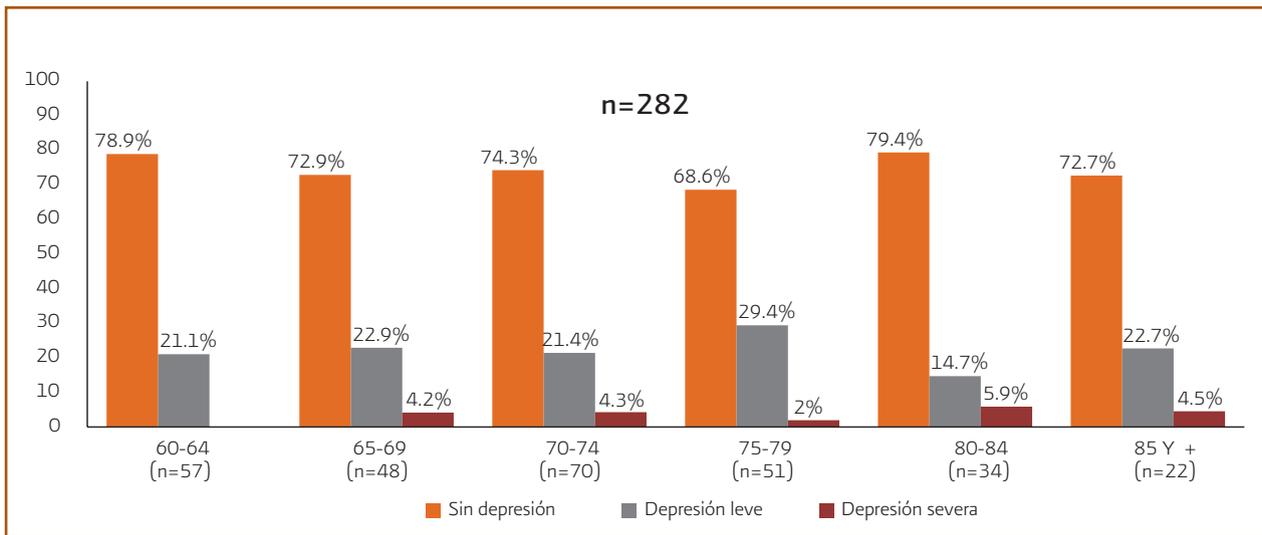


Figura 20. Referencia depresión, según grupo etario.

Al indagar al entrevistado las preguntas correspondientes a depresión a través de la escala "Geriatric Depression Scale" de Yesavage, (GDS) abreviada de 15 items se encontró que 3.2% presentaban depresión severa obteniéndose una  $\chi^2_{1gl} = 1.3$ ;  $p > 0.05$ ,  $Z = 1.5$ , y una  $Z = 0.9$ ;  $p > 0.05$ . sin que se observe alguna relevancia estadística ni por grupo de edad ni por género (Figura 20).

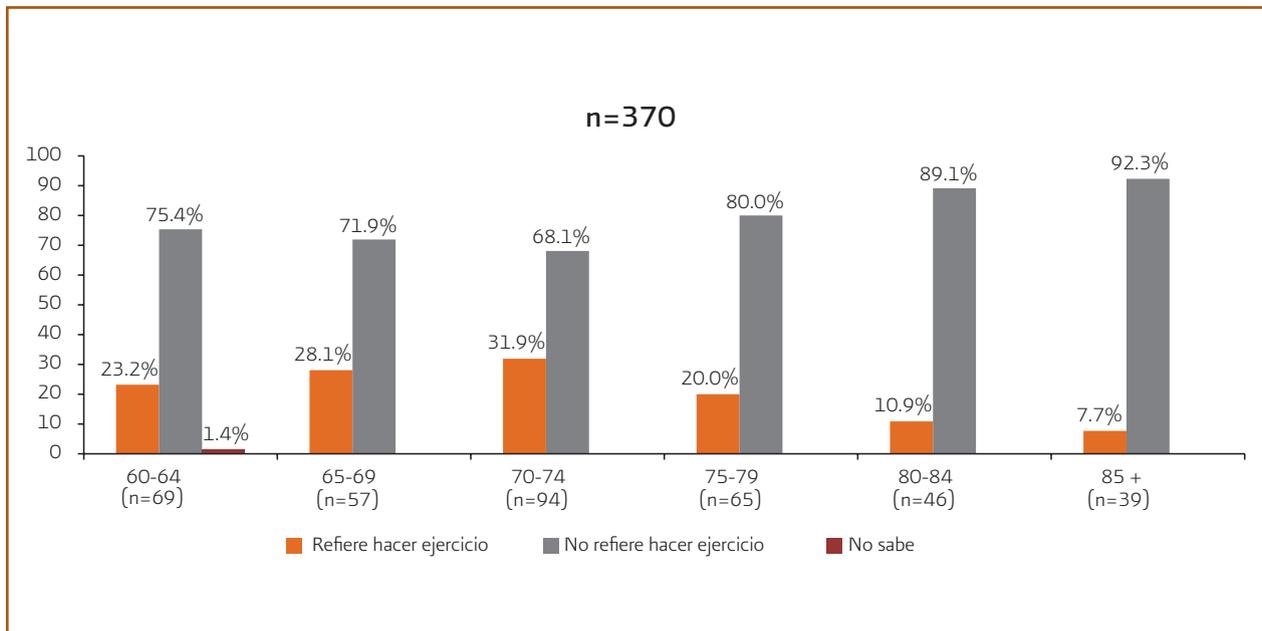


Figura 21. Referencia de hábito de hacer ejercicio, según grupo etario.

A la pregunta de si realiza algún tipo de ejercicio 77.3% refirió que no lo realizaba, con una  $\chi^2_{1gl} = 8; p < 0.01$ , lo que nos habla que es significativo por grupo etario y al revisar por género tenemos una  $Z = 0.9; p > 0.05$ , lo que no es estadísticamente representativo (Figura 21).

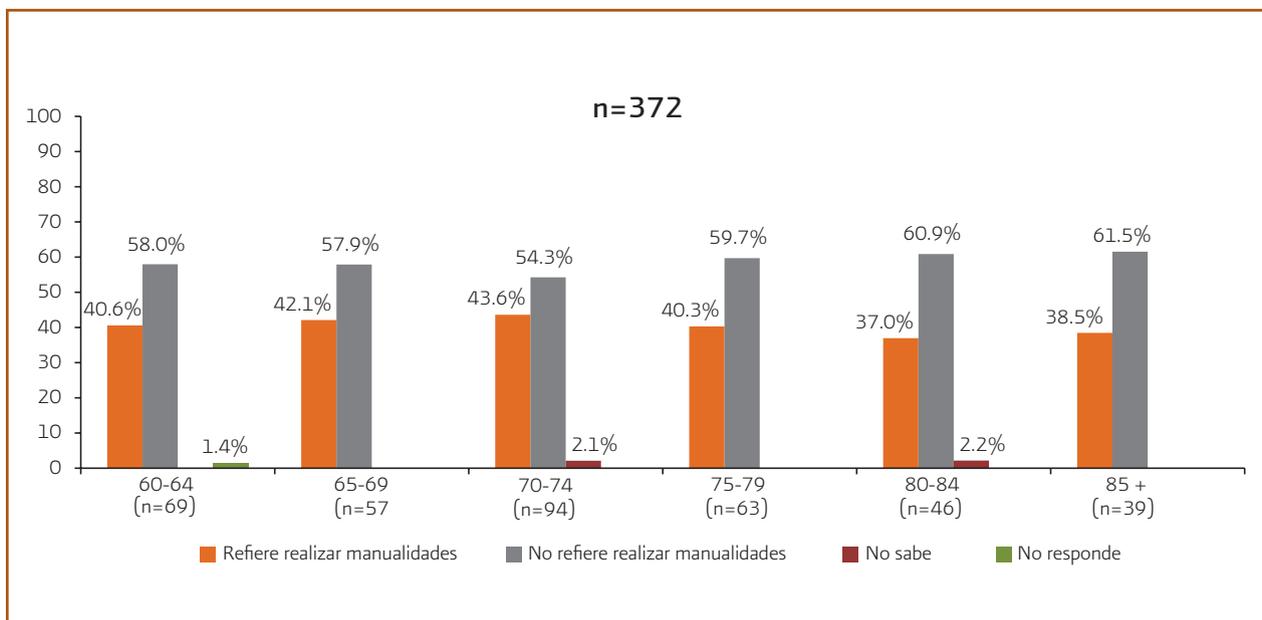


Figura 22. Referencia de hacer manualidades, según grupo etario.

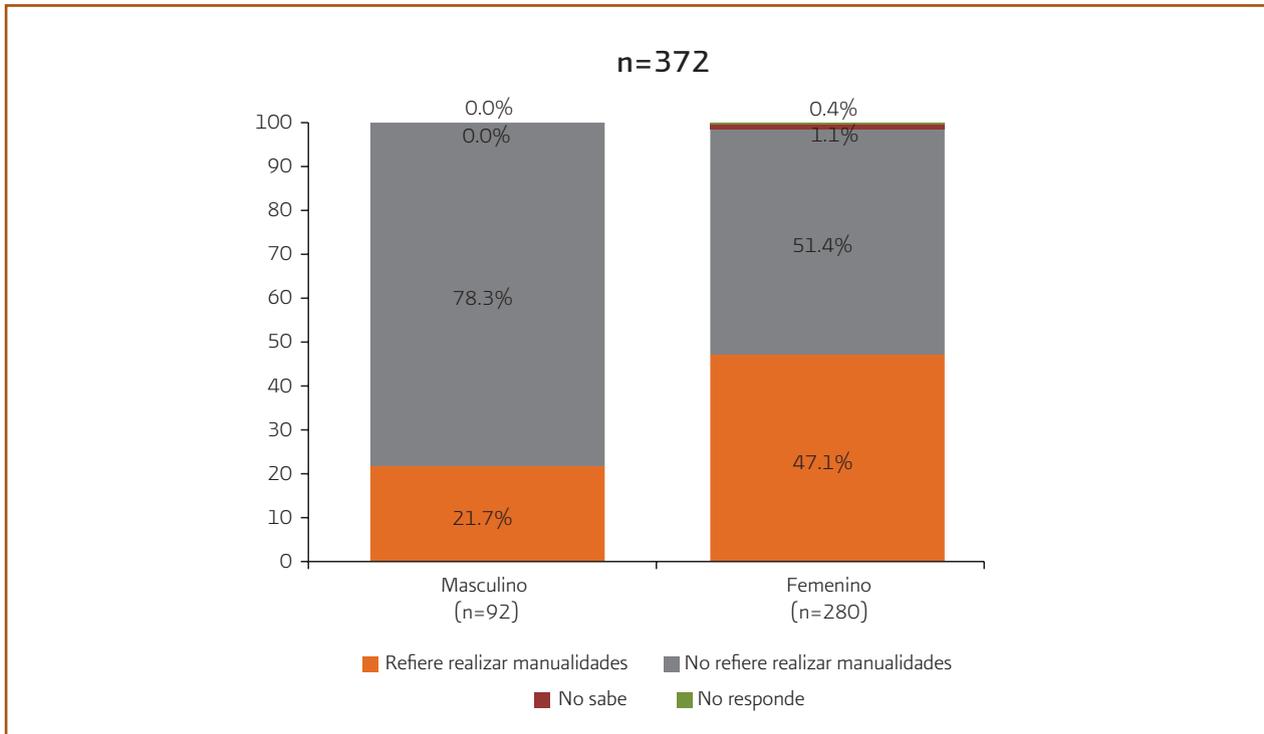


Figura 23. Referencia de hacer manualidades, por género.

41.9% refirió que realizaba algún tipo de manualidad y 58.1% no, adquiriéndose una  $\chi^2_{1gl} = 0.2$ ;  $p > 0.05$  (Figura 22); pero al investigar por género encontramos una  $Z = 4.5$ ;  $p < 0.01$ , donde se observa que el género femenino es quien más realiza esta actividad (Figura 23).

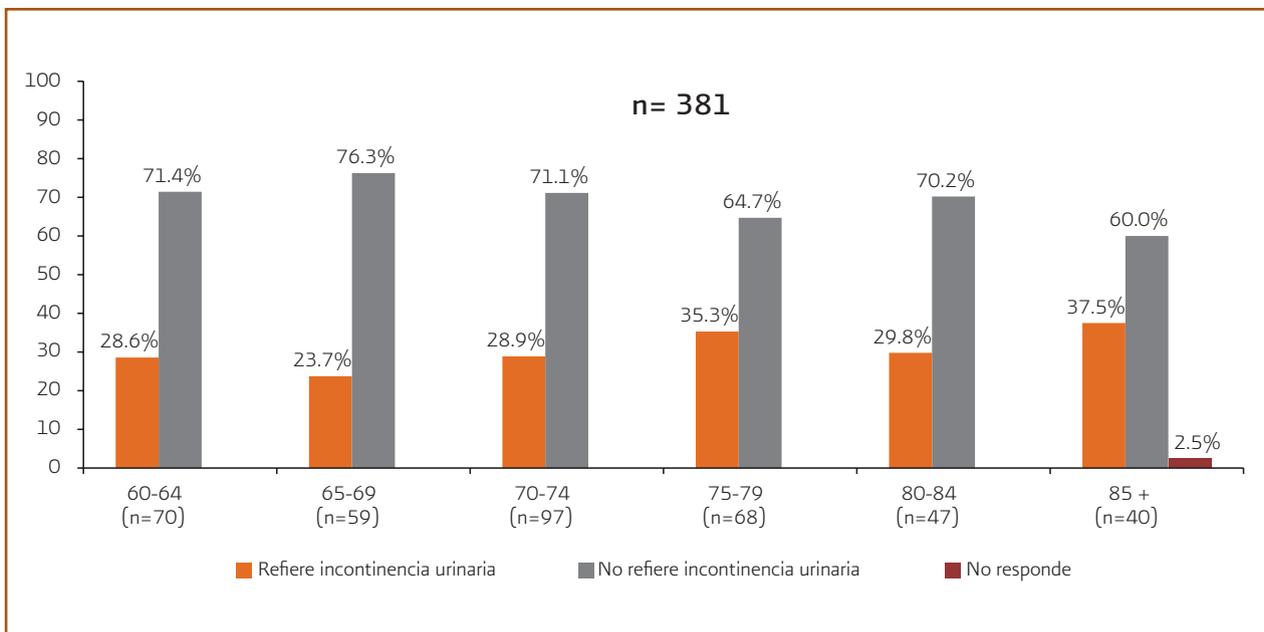


Figura 24. Referencia incontinencia urinaria, según grupo etario

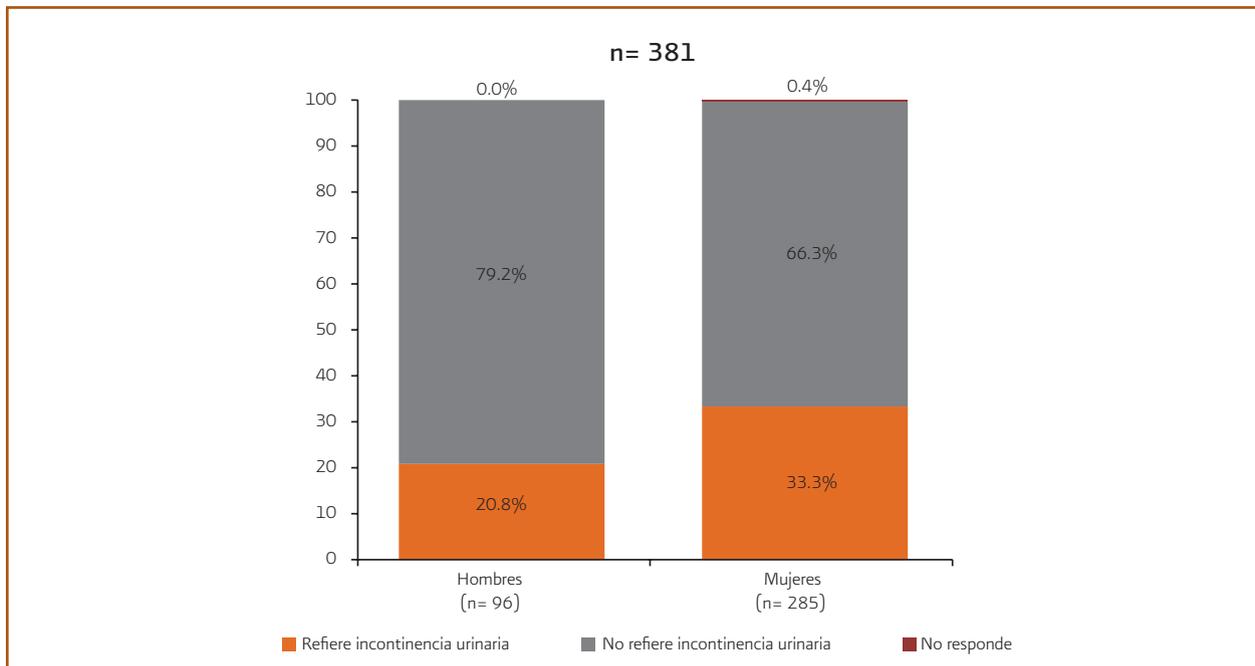


Figura 25. Referencia incontinencia urinaria, por género.

Uno de los problemas de salud en los adultos mayores es la incontinencia urinaria, misma que a pesar de la aplicación de acciones específicas continúa siendo poco explorado por el personal de salud así como mencionado por los que presentan el problema; al realizar la pregunta de si presenta usted incontinencia urinaria, 30.2% refieren no presentarla con una  $\chi^2_{1gl} = 1.6$ ;  $p > 0.05$  (Figura 24). Por género encontramos una  $Z = 2.3$ ;  $p < 0.05$  (Figura 25) lo cual si tiene una significancia estadística observarse en la gráfica que el género femenino es el que más lo presenta.

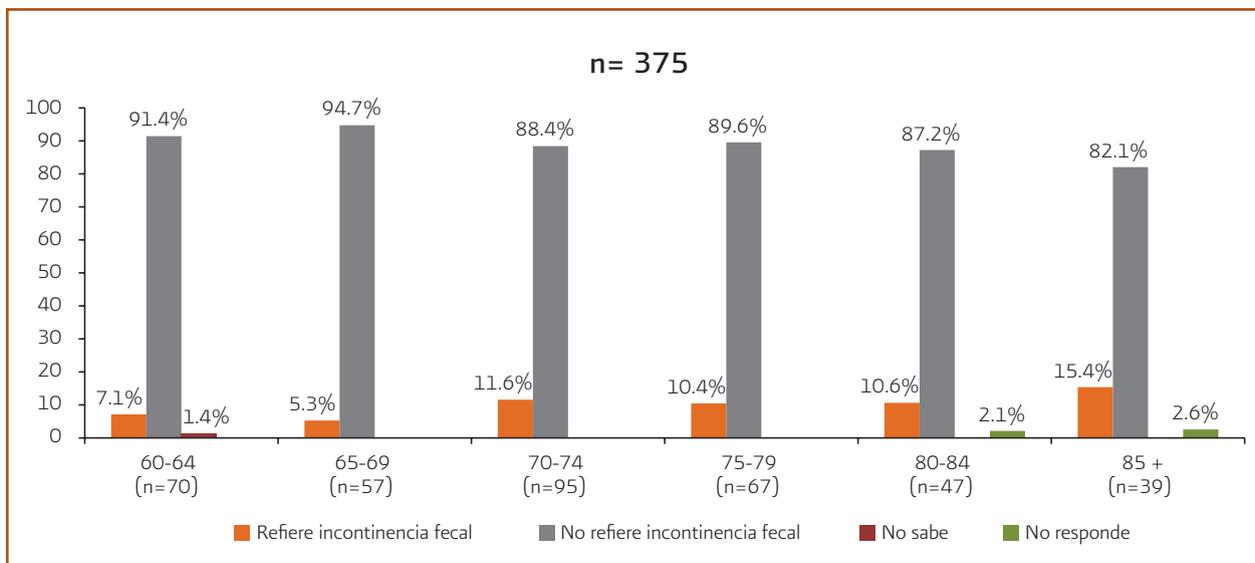


Figura 26. Referencia incontinencia fecal según grupo etario.

A la pregunta si ha perdido alguna vez el control de sus movimientos intestinales en referencia a incontinencia fecal encontramos que 9.9% la refiere, con una  $\chi^2_{1gl} = 2.4$ ;  $p > 0.05$  y una  $Z = 1.2$ ;  $p > 0.05$ , lo que no representa significancia estadística (Figura 26).

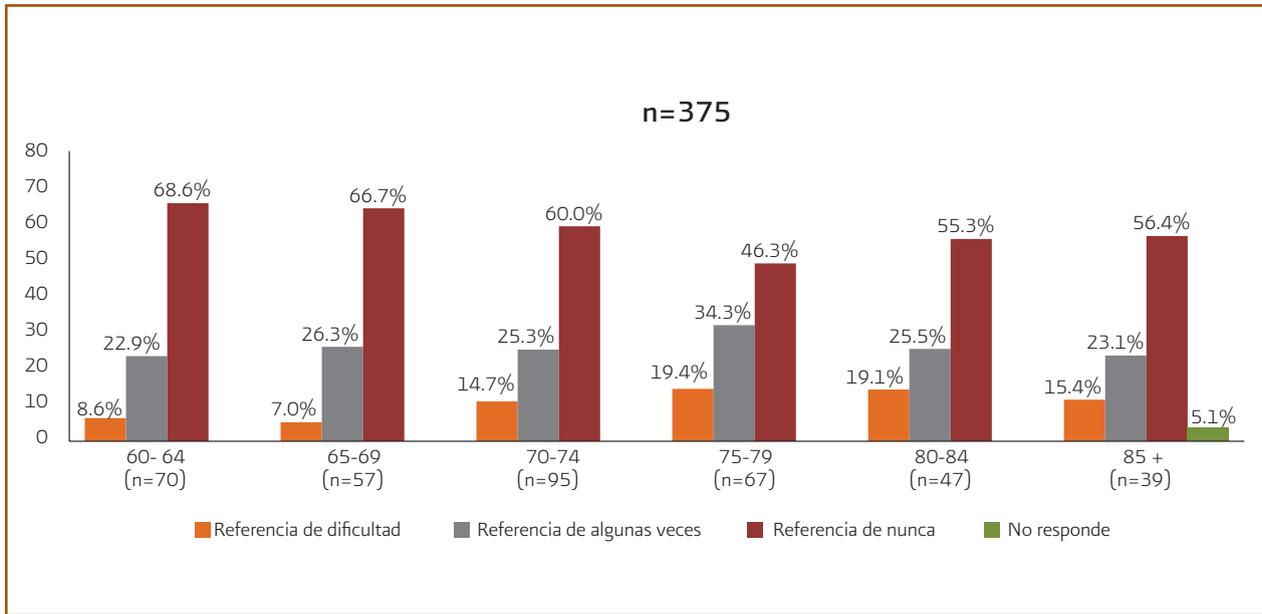


Figura 27. Referencia dificultad para comer por problemas dentales según grupo etario.

Los problemas dentales representa una de las 10 primeras causas de morbilidad, por lo que al hacer la pregunta presenta usted algún problema para comer, 25.6% refiere tenerlo con una  $\chi^2_{1gl} = 5.6$ ;  $p > 0.05$  lo que es representativo por grupo etario observándose más acentuado en el grupo de 75 a 79 años de edad (Figura 27); no así por género  $Z = 0.7$ ;  $p > 0.05$

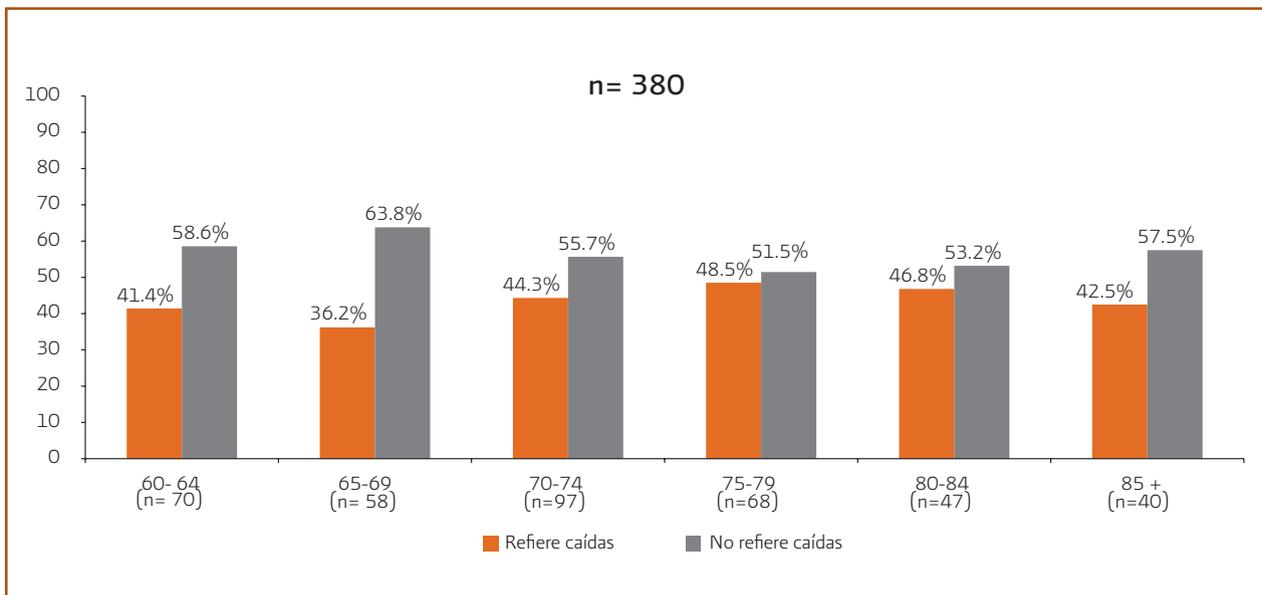


Figura 28. Referencia de caídas en el último año, según grupo etario.

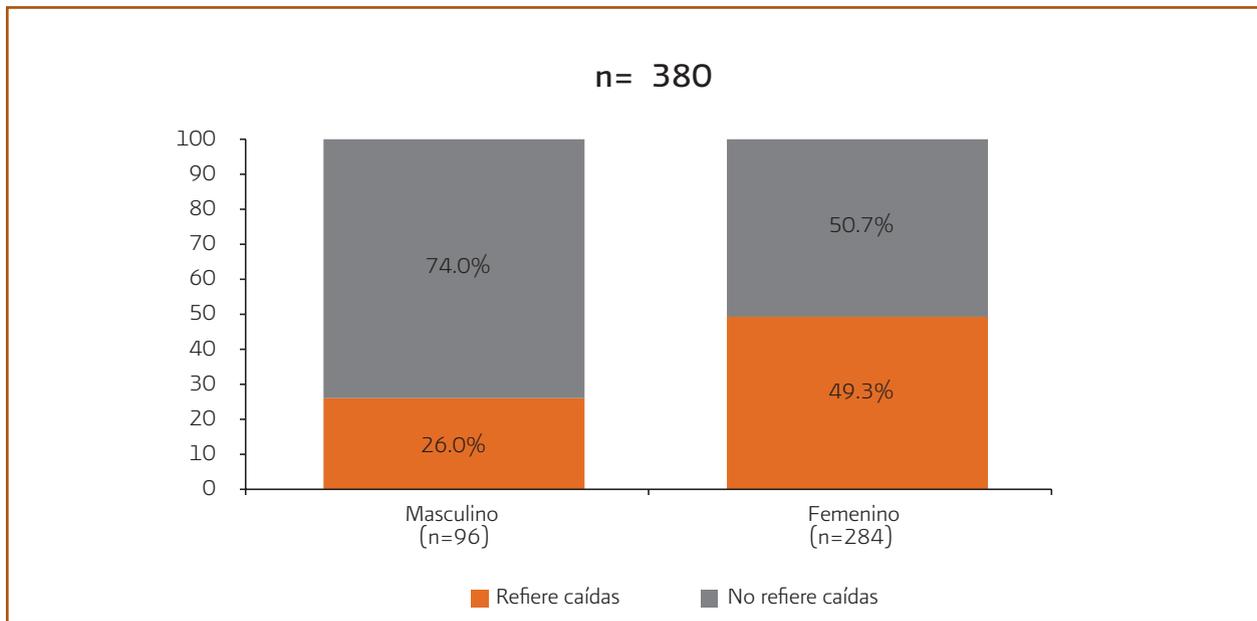


Figura 29. Referencia de caídas en el último año, por género.

Al realizar la pregunta si usted se ha caído en el último año, encontramos que 43.4% lo refiere con una  $\chi^2_{1gl} = 0.7$ ;  $p > 0.05$ ; y una  $Z = 4.0$ ;  $p < 0.01$ , lo cual no tiene relevancia estadística por grupo etario, pero sí por género presentándose con mayor frecuencia en el femenino (Figuras 28 y 29).

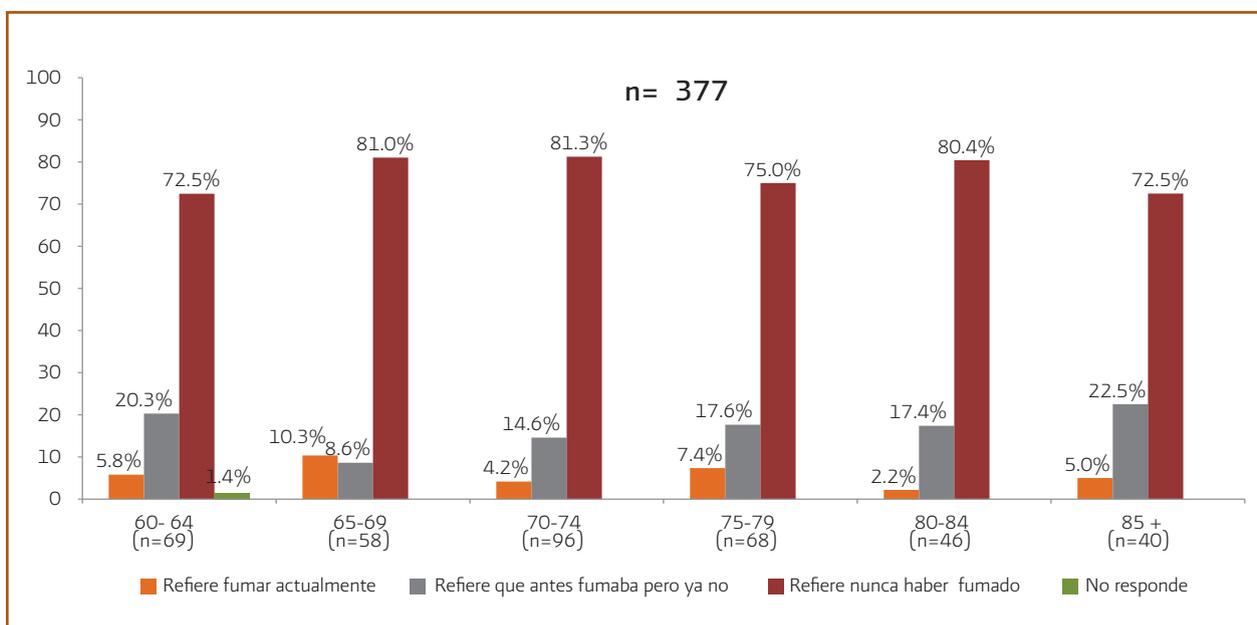


Figura 30. Referencia al hábito de fumar, según grupo etario.

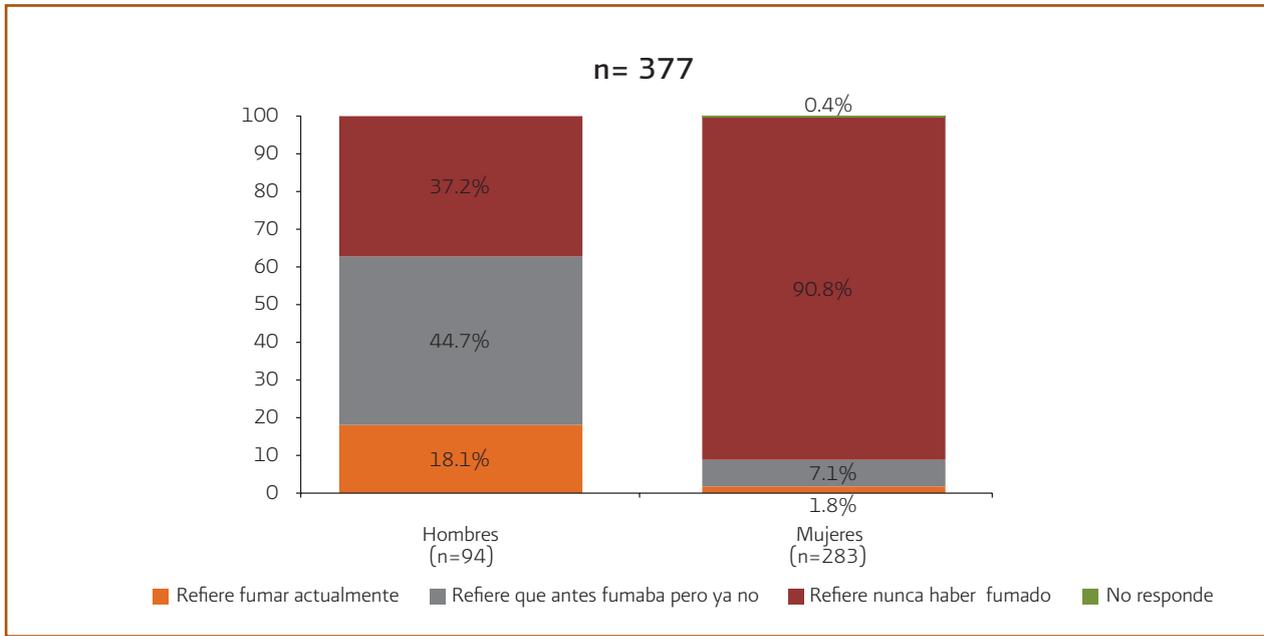


Figura 31. Referencia al hábito de fumar, por género.

5.8% de los encuestados refieren que tienen hábito de fumar con una  $\chi^2_{1gl} = 0.7$ ;  $p > 0.05$ ; y una  $Z = 5.8$ ;  $p < 0.05$ , donde el género masculino tiene una mayor porcentaje (Figuras 30 y 31).

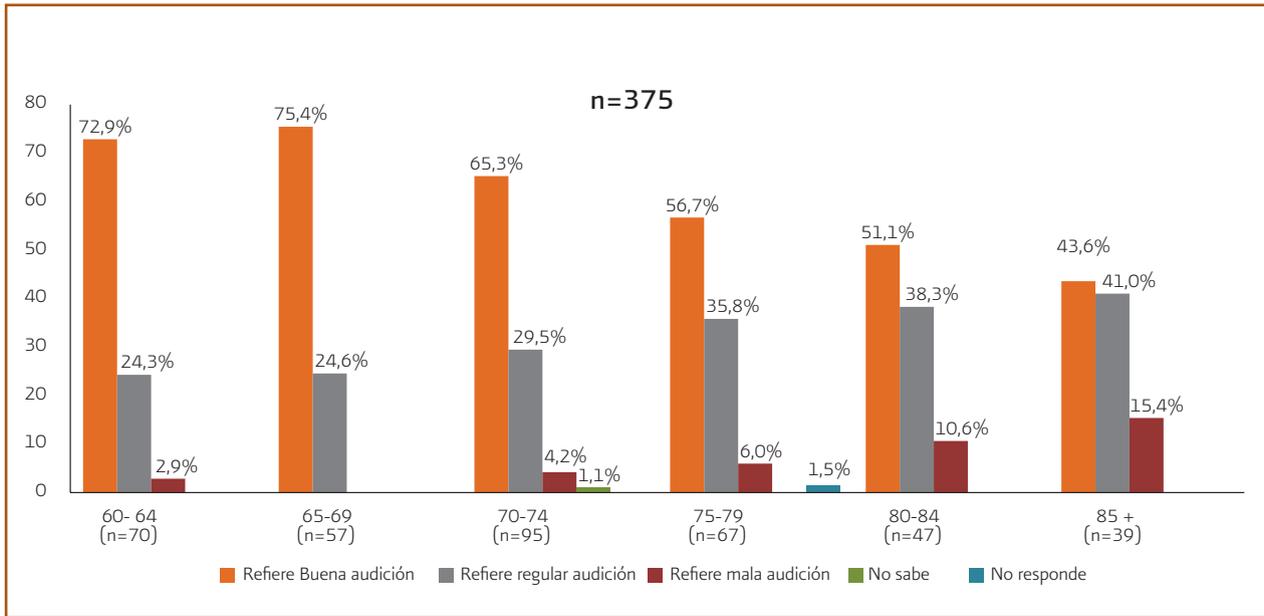


Figura 32. Recepción de la audición según grupo etarios.

5.6% de los encuestados refirieron tener una mala audición con una  $\chi^2_{1gl} = 11.3$ ;  $p < 0.01$ ; con un crecimiento lineal conforme avanza la edad sin que por género se tenga alguna diferencia,  $Z = 1.4$ ;  $p > 0.05$  (Figura 32).

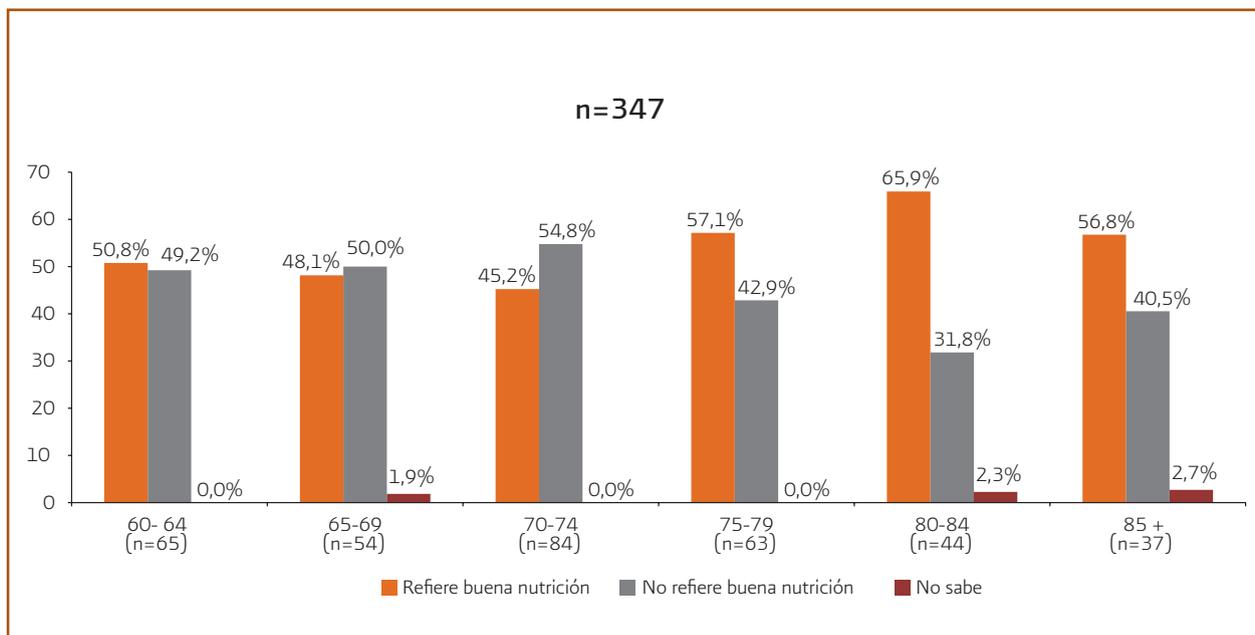


Figura 33. Referencia de estar bien nutrido, según grupo etario.

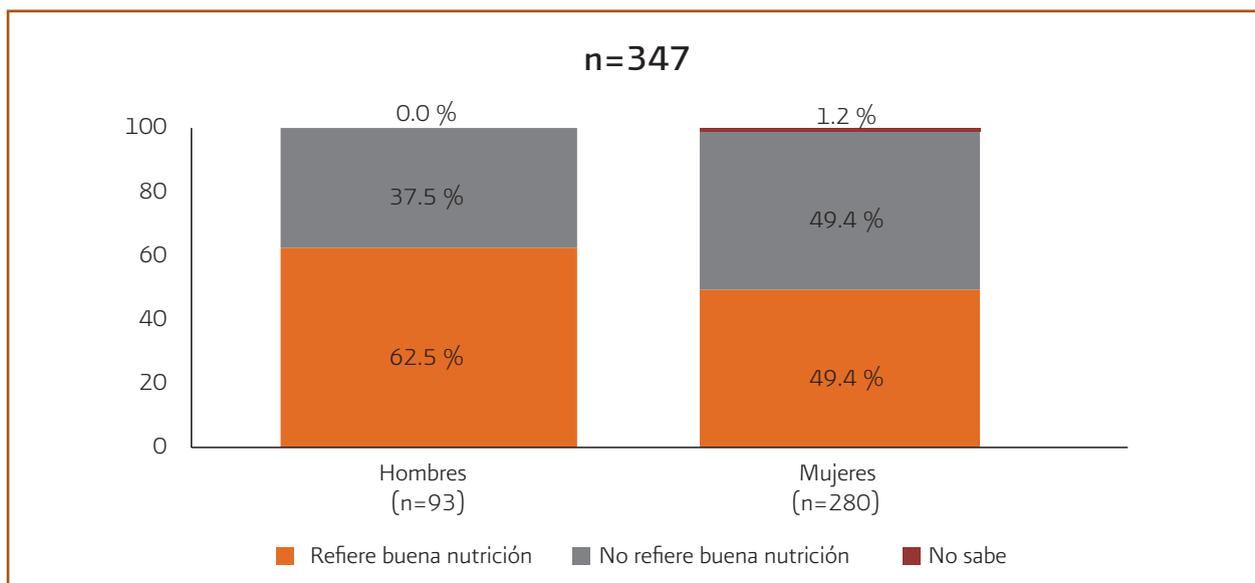


Figura 34. Referencia de estar bien nutrido, por género.

En cuanto a la nutrición encontramos que 53.6% de la población encuestada refiere estar bien nutrido y 46.4 refiere lo contrario, con una  $\chi^2_{1gl} = 3.4$ ;  $p > 0.05$ ; y  $Z = 5.5$ ;  $p < 0.01$ , lo que nos indica que no es estadísticamente significativo por grupo etario pero sí por género (Figura 33 y 34).

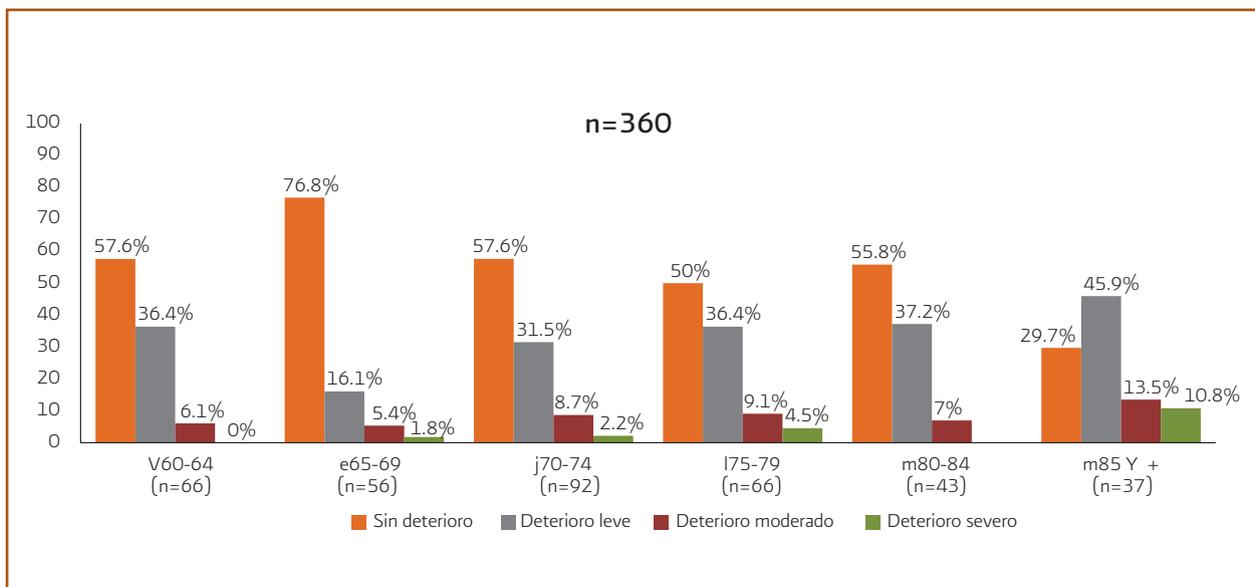


Figura 35. Referencia de actividades básicas de la vida diaria, según grupo etario.

2.8% de las personas entrevistadas presentan deterioro severo en lo que corresponde a las actividades diarias de la vida de acuerdo a la escala de Katz, con  $\chi^2_{1gl} = 6$ ;  $p < 0.01$ ; en donde se puede observar que hay un crecimiento lineal conforme avanza la edad y  $Z = 1.1$ ;  $p > 0.05$  lo que nos indica que no hay un predominio por género (Figura 35).

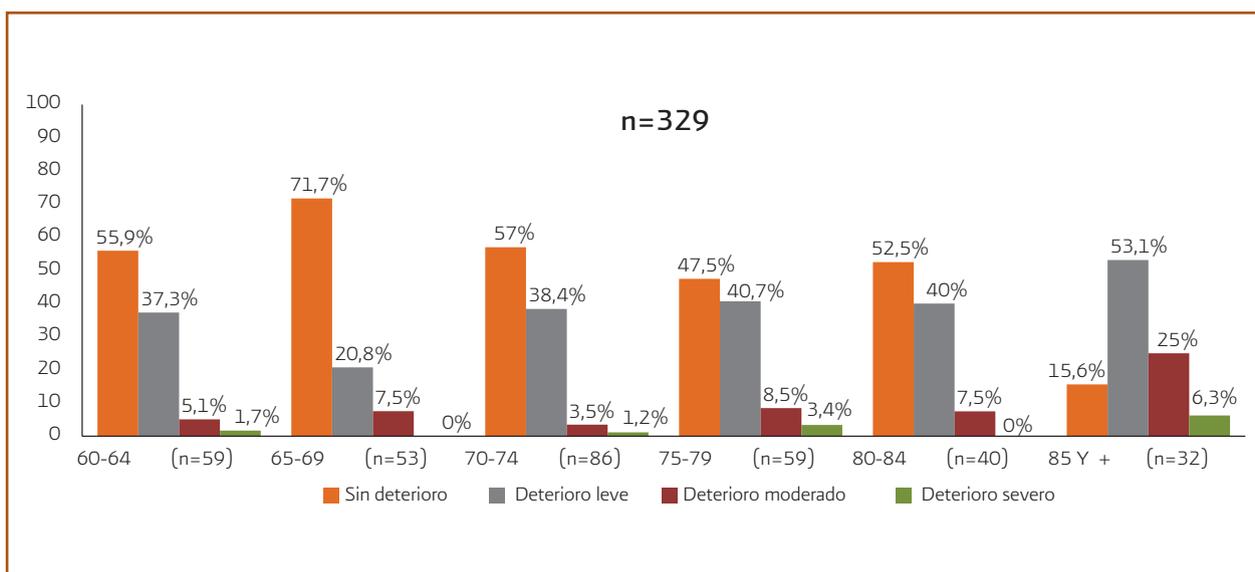


Figura 36. Referencia de actividades instrumentales de la vida diaria según grupo etario

Con relación a las actividades instrumentales de la vida diaria, de acuerdo con el índice de Lawton y Brody, 9.7% se encontraban con deterioro severo pero no se encuentra ninguna significancia estadística  $\chi^2_{1gl} = 1.7$ ;  $p > 0.05$  y  $Z = 0.47$ ;  $p > 0.05$

En lo que respecta a alcoholismo, y felicidad, no se presentan las gráficas debido a que la  $\chi^2_{1gl}$  es de 0 que estadísticamente no tiene significancia, pero si se cuenta con los datos.

Cuídalos Respétalos Quiérelos  
**SON UN EJEMPLO A SEGUIR**  
Quiérelos Respétalos



Envejece  
su piel...

No su  
corazón

Respétalos Quiérelos Cuídalos  
**Cuídalos Quiérelos Respétalos**



Rectoría  
Institucional

**DIIT**



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

## 7. Planteamiento Preliminar de un Modelo de Atención

En el estado de Guanajuato al igual que en resto del país, el proceso de envejecimiento presenta cambios en el perfil de salud-enfermedad, donde se observa que los padecimientos crónico-degenerativos como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, alteraciones cognoscitivas y discapacidad tienen un crecimiento lineal conforme avanza la edad, cabe mencionar que muchos de los procesos patológicos en esta población inician en etapas tempranas de la vida o en la adultez, y al llegar a la vejez se encuentran en estados avanzados, con complicaciones y secuelas.

En la población adulta mayor de Guanajuato, el análisis del diagnóstico de este trabajo permite describir las siguientes características:

- 1) Fragilidad y susceptibilidad ante el medio ambiente
- 2) Combinación de los efectos del envejecimiento con la aparición o agravamiento de procesos patológicos.
- 3) Comorbilidad y polipatología en el individuo.
- 4) Combinación de enfermedades no transmisibles (diabetes, hipertensión, cáncer) con enfermedades infecto-contagiosas (diarreas e infecciones respiratorias agudas) y con accidentes.
- 5) Aumento de la población con problemas de incapacidad
- 6) Patologías mal diagnosticadas.
- 7) Síndromes geriátricos

Con esta información proponemos un modelo coordinado en los tres niveles de atención, en donde se brinde atención integral al paciente adulto mayor con calidad y calidez que parta del primer nivel de atención, donde se realizará acciones de promoción y prevención de la salud, así como de limitación al daño; por lo que debe implementarse un sistema de módulos de atención gerontológica ubicados en los centros de salud de las cabeceras municipales, atendidos por personal profesional integrado por gerontólogos, y técnicos en gerontología clínica, enfermeras especialistas en geronto-geriátrica, que brinden una atención integral con participación de otros profesionistas, y deriven a la persona a otros servicios cuando sea necesario de acuerdo a los manuales establecidos. Este trabajo debe de estar íntimamente vinculado con la participación de la familia y en la medida de lo posible, con la propia comunidad. Por otro lado el modelo debe contar con un servicio de atención domiciliaria, que sea atendido por un equipo de salud encabezado por un médico de primer nivel capacitado en envejecimiento, enfermera, trabajadora social y gerontólogo, quienes contarán con herramientas necesarias para la atención, las que deberán ser diseñadas ex profeso. Asimismo los instrumentos deberán estar previamente estandarizados y validados tanto nacional como internacional. Este modelo puede considerarse muy ambicioso, y será motivo de otra publicación.

Tú,



¿Cómo los tratas?

## 8. Conclusiones y comentarios finales

La morbilidad de la población envejecida presenta una mayor complejidad respecto de la de otros grupos etarios, principalmente porque su estado de salud es reflejo de todo un proceso de vida y en él se acumulan los efectos de diversos procesos patológicos y hábitos adquiridos en etapas tempranas de la vida.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el envejecimiento “es un proceso fisiológico que se inicia en el momento de la concepción y se hace más evidente después de la madurez; en él se producen cambios cuya resultante es una limitación de la adaptabilidad del organismo a su entorno”. (Rocabruno y Prieto, 1992). Desde este punto de vista es de vital importancia que se logre un mejor proceso de adaptación del organismo a conservar todas las funciones y actividades del individuo. Para lograrlo se necesitan acciones específicas que estimulen la independencia y autonomía en cada área que se considera importante para conservar la independencia del ser humano en esta etapa de la vida.

Las intervenciones deben estar dirigidas a favorecer entornos más amables para este sector de la población, por lo que se requiere la intervención de todos los sectores tanto públicos como privados. Cada individuo debe tomar consciencia de que va a envejecer y que muchas limitaciones pueden ser solventadas siempre y cuando exista el autocuidado y la prestación de servicios adecuados para esa finalidad, para lo cual debe crearse una cultura del envejecimiento activo y saludable desde la niñez.

Es indispensable que el personal de salud reciba mayor capacitación en los temas de envejecimiento y formular el abordaje gerontológico en profesionales que están en formación, no solo en los del área de salud sino también en profesiones como abogados, arquitectos, ingenieros y diseñadores de ropa entre otros. La finalidad es de establecer alianzas entre los diversos profesionales, pues el envejecimiento es tarea de todos.

Hasta el momento los servicios de salud siguen siendo curativos y la orientación hacia la prevención ha ido en aumento lento, por lo que es importante empujar a los tomadores de decisiones a volcar su mirada al primer nivel de atención, aumentando con apoyo político, económico y de infraestructura, para solventar las necesidades de un grupo que se engrosa año tras año.

La  
tercera  
no es  
la vencida  
son los  
vencedores

**cuída** a los adultos **mayores**



Rectoría  
Institucional

**DIIT**



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



## 9. Agradecimientos

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

### CENAPRECE

Al grupo de **Informática y Diseño Gráfico**, Ing. Felipe Ruiz Reyes, Lic. José Javier González Velásquez, Lic. Claudia Sequera Ouielhe, Lic. José Luis Barragán Esteves, Lic. Orlando N. Valdivieso Meza, Lic. Josué Antonio Pardo Laraguivel y Lic. Ricardo Andrés Prado Sánchez por su apoyo.

Dra. Maricela Vargas Cortés y a la Dra. Mariza Miceli Morales, por su apoyo al proyecto.

Srita. Evangelina Escobar Moreno por su destacado apoyo secretarial y extraordinaria disposición de colaboración.

### INNN

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

Dr. Gustavo Bergonzoli, por su apoyo incondicional.

Al Subcomisión de Atención para los Adultos Mayores (SAAM) de la entidad por su participación activa y desinteresada en desarrollo de este tan importante proyecto.

Al personal que participó en el levantamiento de la encuesta.

Al personal administrativo de la Secretaría de Salud, Universidad de Guanajuato campus Salvatierra por su apoyo invaluable durante todo el proceso.

Y un agradecimiento de parte de todo el equipo participante del Proyecto Encuesta SABE Guanajuato, a los Adultos Mayores de la ciudad de Celaya, Guanajuato, quienes son el principal motivo y finalidad del presente documento.

La presente edición estuvo a cargo del Programa de Atención al Envejecimiento del CENAPRECE.  
Se terminó de imprimir en noviembre de 2012 en Talleres Gráficos de México.  
Consta de 1,000 ejemplares.