



ENCUESTA

**Salud  
Bienestar y  
Envejecimiento  
SABE ▪ Morelos**

ENCUESTA  
Salud, Bienestar y Envejecimiento  
SABE ■ Morelos

Primera impresión: --- ---

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 --- —

--- —

--- —

ISBN: 978-607-460-409-2

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

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

## DIRECTORIO

### SECRETARÍA DE SALUD

Dra. Mercedes Juan López  
**Secretaria de Salud**

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

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

Dra. Marcela Guillermina Velasco González  
**Subsecretaria de Administración y Finanzas**

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

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

Lic. Carlos Sandoval Leyva  
**Director General de Comunicación Social**

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

Dr. Cuauhtémoc Mancha Moctezuma  
**Director General Adjunto de Programas Preventivos**

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

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

### DIRECTORIO DE LA SECRETARÍA DE SALUD ESTATAL

Dra. Vesta Louise Richardson López Collada  
**Secretaria de Salud**

Dr. Juan Manuel Calvo Ríos  
**Subsecretario de Salud**

Dra. Ángela Patricia Mora González  
**Directora General de Servicios de Salud de Morelos**

Dr. Víctor Manuel Pérez Robles  
**Director de Servicios de Salud a la Comunidad**

Dra. María Antonieta Hernández Franco  
**Subdirectora de Enseñanza y Capacitación**

Dra. Malinali Sánchez Rodríguez  
**Jefa del Depto. de Prev. y Control de Enfermedades**

Mtra.en Geriatría Dora Domínguez Bordes  
**Coordinadora Estatal del Programa de Salud en el Adulto y el Anciano**

## **DIRECTORIO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS**

Dr. Jesús Alejandro Vera Jiménez  
**Rector de la UAEM**

Dr. José Antonio Gómez Espinoza  
**Secretario General de la UAEM**

Dra. Patricia Castillo España  
**Secretaría Académica UAEM**

## **DIRECTORIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS**

Dr. F. Rodolfo Gatica Marquina  
**Director de la Facultad de Medicina**

Dr. J. Rosario Santana Alquicira  
**Secretario de Extensión de la Facultad de Medicina (UAEM)**

Dr. Arturo Toledo Saavedra  
**Secretario Académico de la Facultad de Medicina**

Dra. Luz Orquídea Salazar Varela  
**Jefa de la Licenciatura de Médico Cirujano**

Dr. Jesús SantaOlalla Tapia  
**Jefe del Departamento de Investigación y Estudios de Posgrado**

Dr. Víctor Manuel Sánchez Fernández  
**Coordinador del Ciclo Básico, Licenciatura de Médico Cirujano**

Dra. Libni Avib Torres Olascoaga  
**Coordinadora de Ciclo Clínico, Licenciatura de Médico Cirujano**

Dra. Victoria del Carmen Gutiérrez Delgado  
**Coordinadora de Internado y Servicio Social, Licenciatura de Médico Cirujano**

### **INSTITUCIONES PARTICIPANTES DE MORELOS**

Lic. Miguel Abe Almada  
**Delegado Estatal del Instituto Mexicano del Seguro Social**

Ing. Guillermo del Valle Reyes  
**Delegado Estatal del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales  
para los Trabajadores del Estado**

Dra. María Elisa Zamudio Abrego  
**Directora General del Sistema Estatal DIF Morelos**

Gral. De Brigada D.E.M Sergio Ricardo Martínez Luis  
**Comandante de la 24ava. Zona Militar, Secretaría de la Defensa Nacional**

Lic. Francisco Javier Mundo Solórzano  
**Secretario Técnico del Consejo Estatal de Población**

Lic. Karla Liliana Buendía Guzmán  
**Delegada Estatal del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores**

Mtra. Gabriela Gómez Orihuela  
**Delegada Estatal de la Secretaría Federal del Trabajo**

Dr. F. Rodolfo Gatica Marquina  
**Director de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos**

### **COORDINADORES DEL PROYECTO-ENCUESTA SABE MÉXICO**

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

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

**AUTORES**  
**SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL**

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

Lic. Erica Tania Chaparro González  
Dra. Araceli Arévalo Balleza  
Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera  
Lic. Rogelio Archundia González  
Lic. Ger. Edgar Alejandro García Fuentes  
**Subdirección del Programa de Atención al Envejecimiento**

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

**CINVESTAV-IPN**

Dr. Raúl Mena López  
**Investigador Titular del Depto. de Fisiología Biofísica y Neurociencias**  
Financiamiento CONACYT 1142293

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

**COORDINADORES DEL PROYECTO-ENCUESTA SABE MORELOS**

**Servicios de Salud de Morelos**

Mtra. en Geriatría Dora Domínguez Bordes  
**Coord. General Estatal del Proyecto-Encuesta SABE Morelos**

**Universidad Autónoma del Estado de Morelos**  
**Facultad de Medicina**

Dr. F. Rodolfo Gatica Marquina  
**Director de la Facultad de Medicina**

Dr. Víctor Manuel Sánchez Fernández  
**Coord. Ciclo Básico**

**Autores Proyecto-Encuesta SABE Morelos  
Servicios de Salud de Morelos**

Mtra. en Geriatría Dora Domínguez Bordes  
**Coord. General Estatal Proyecto-Encuesta SABE Morelos**

**Universidad Autónoma del Estado de Morelos  
Facultad de Medicina**

Dr. J. Rosario Santana Alquicira  
Dr. Víctor Manuel Sánchez Fernández



Todo esto y más  
es mi abuelo



## CONTENIDO

Mensajes de las autoridades.	11
Introducción.	19
1. El envejecimiento poblacional en México.	25
2. Participación del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento en el Proyecto-Encuesta SABE.	51
3. Participación del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en el Proyecto-Encuesta SABE Morelos.	61
4. El papel de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos frente al envejecimiento poblacional de Morelos.	69
5. Etapas del desarrollo operativo de la Encuesta SABE Morelos, ajustes específicos.	75
6. Diagnóstico situacional del envejecimiento poblacional en el Estado de Morelos.	87
7. Resultados de la Encuesta SABE Morelos.	123
8. Propuesta preliminar de un Modelo Estatal de Atención al Envejecimiento Poblacional de Morelos.	149
9. Conclusiones y comentarios.	155
10. Agradecimientos.	157



Gracias abue, por ser mi base  
Gracias abue, por ser mi guía

## Mensaje del Director General del CENAPRECE

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

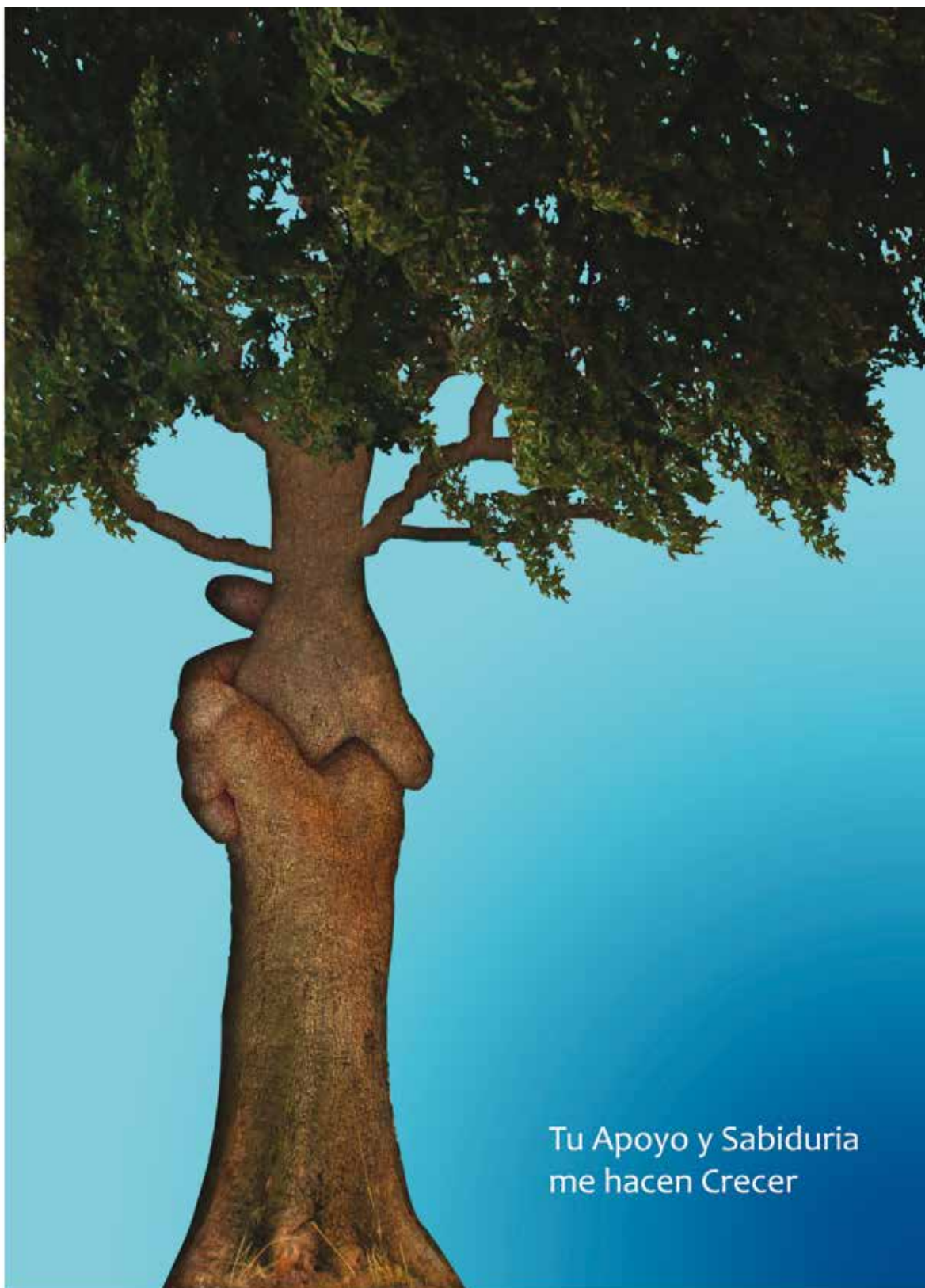
El Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizado en el país desde hace varios años, es una ventana que permite despejar incógnitas relacionadas con la salud, redes sociales, estado funcional, organización familiar y otros tópicos relevantes. Con base en las necesidades de información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

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

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

Un cordial abrazo.

Dr. Jesús Felipe González Roldán



Tu Apoyo y Sabiduría  
me hacen Crecer



Rectoría  
Institucional

DIIT



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

SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD



## Mensaje de la Secretaría de Salud del Estado de Morelos.

Alcanzar una vejez saludable es un anhelo de la mayoría de la población, principalmente cuando empezamos a hacer conciencia del gran reto que ello implica. Ante este panorama, la Secretaría de Salud tiene como uno de sus principales compromisos, conocer y atender las necesidades más sentidas de las personas adultas mayores. Entre los años 1910 y 1930, la tasa de crecimiento en la población de 60 años y más, en el Estado de Morelos, era de apenas el 0.2%, sin embargo, de 1930 a 1950, alcanzó el 4.8%, siendo uno de los cuatro Estados que a nivel nacional observó mayor crecimiento en este sector de la población. En la segunda mitad del siglo anterior, presentó una leve disminución para ubicarse entre los años 1980 y 2010, con una tasa del 3.9%, superior en 0.8% a la media nacional. De acuerdo a datos publicados por el Consejo Nacional de Población, para el año 2012, el número de la población adulta mayor supera al 10% de la población estatal.

Ante esta dinámica demográfica nacional, se diseñó la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), como un instrumento que coadyuve a delinear las políticas públicas que respondan a la demanda de este sector de la población cada vez más significativo. Entre otras variables, la Encuesta SABE Morelos, nos permite acceder a información relacionada como la auto-percepción del estado de salud de este grupo etario, las necesidades reales y consideradas por ellos mismos, identificación de los padecimientos más frecuentes en esta etapa de la vida y los recursos económicos, sociales, institucionales y familiares con los que cuentan para cubrir estas necesidades. Identificar estas condiciones, permitirá proponer un modelo de atención integral que involucre la participación de instituciones públicas y privadas, orientadas a la promoción de estilos de vida, en el que las personas cursen hacia un envejecimiento saludable y pleno. Haber culminado esta etapa, con la publicación de los resultados de la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en el Estado de Morelos, requirió de la participación de los integrantes del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento, de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, a través de un selecto grupo de directivos y estudiantes de la Facultad de Medicina y al invaluable apoyo del personal del Programa de Atención al Envejecimiento, del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), de la Secretaría de Salud Federal.

La presente obra se constituye, además, en una invitación a los sectores gubernamentales, académico y a los distintos sectores que conforman la sociedad civil organizada, para impulsar propuestas y programas en beneficio de nuestros queridos morelenses mayores de 60 años.

Dra. Vesta Louise Richardson López Collada



Algún día  
estaré en tus zapatos.  
te admiro abuelo.

## **Mensaje del Director de la Facultad de Medicina Universidad Autónoma del Estado de Morelos**

El modelo académico de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, estructurado en su Plan de Desarrollo Institucional 2013-2018, establece el compromiso de vincular con las organizaciones de la sociedad civil un trabajo colegiado, socialmente responsable y académicamente pertinente en el campo de la gerontología y su escenario inminente frente al envejecimiento poblacional.

Los egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos en el pregrado y en el posgrado, así como de la educación permanente y la investigación, se enfrentan a nuevos retos y desafíos que el proceso de globalización e innovación científica y tecnológica le imponen, así como de los cambios constantes en los escenarios, determinados por las transiciones políticas, económicas, demográficas, culturales y sociales que generan una constante en el comportamiento epidemiológico de la población de personas adultas mayores en Morelos y su escenario que le impone el incremento de la esperanza de vida en términos sociales, económicos y culturales.

Esta situación, condiciona a la Facultad de Medicina a mantenerse en una transformación constante como alternativa para enfrentar este ambiente y con la capacidad de fortalecer el perfil de sus egresados, cuya actuación en el cuidado de la salud de las personas adultas mayores, se desempeñe de manera ética, con actitud de servicio y compromiso social, aplicando el principio de equidad y respeto a los valores que integran la diversidad cultural de las comunidades, siempre matizando el ejercicio de su actividad profesional con humanismo y actuando apegado estrictamente a las normas éticas legales y socialmente reconocidas.

De acuerdo al INEGI 2010, en el estado de Morelos como en el resto de las entidades del país, la tendencia creciente de la población adulta mayor es una realidad al 2020, misma que demandará servicios médicos integrales que sean accesibles; en una visión de la cobertura universal que marca el Sistema Nacional de Salud y tendrán que atenderse necesidades que funcionarán como determinantes de su salud como lo son la educación, la vivienda, el ingreso económico, estilos de vida, organización familiar, movimientos poblacionales y estrategias sanitarias para el autocuidado entre muchas más.

En este sentido, la participación de la Facultad de Medicina, vinculada al Programa que la Secretaría de Salud en apoyo con la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), para contar con información veraz, oportuna y representativa de los determinantes con la aplicación de Encuestas de Salud, Bienestar y Envejecimiento, (SABE).

Nuestra actual participación en este tipo de estudio, tiene un objetivo claro ya que pretendemos coadyuvar en la generación de una cultura de vida saludable aplicando la ciencia, la tecnología, la educación y la cultura para todo ser humano, pero en especial a la población geriátrica que será vulnerable para los años venideros.

El uso de la información, producto de la aplicación de las encuestas, permitirá a la Facultad de Medicina y a las Unidades Académicas en Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, generar líneas de investigación que aborden las determinantes del espectro salud y/o enfermedad de la población adulta mayor, con la utilización de conocimientos científicos y herramientas generadas mediante acuerdos interinstitucionales. Asimismo, replanteará el contenido de sus planes de estudio en las licenciaturas de las disciplinas de Ciencias de la Salud, propondrá el diseño de programas de especialización en el posgrado y fortalecerá los contenidos en la educación permanente.

Con la participación de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, su participación histórica en este tipo de actividades colegiadas nos permitirán la preparación de profesionales de salud que puedan establecer los retos de tener una salud integral preventiva, curativa, de rehabilitación y de inserción social en donde la población de personas adultas mayores, su presencia siga siendo el camino de conducción con sabiduría, para que las generaciones jóvenes sigan con su ejemplo en bien de nuestro país México.

Dr. F. Rodolfo Gatica Marquina





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

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO  
Laureate International Universities

C I V

Rectoría Institucional

DIIT



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

SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD



# Los **Abuelos** son...



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

## **Quiérellos.**

## Introducción

El cambio demográfico que viven las sociedades actuales, permite vislumbrar que en los años del nuevo siglo, la dinámica poblacional propiciará que México quede inmerso en una sociedad envejecida con los requerimientos y demandas propios de la misma.

En el rubro de la atención a la salud, las personas adultas mayores dadas sus características biopsicosociales, son tributarias de protección desde todas las ópticas posibles. De acuerdo a lo anterior, es fácil entender el reto que significa el envejecimiento poblacional en México, el cual se incrementa día con día y que deberán enfrentar tanto las instituciones públicas como privadas, el Gobierno de México y la sociedad en general.

Hoy en día, ser una persona adulta mayor en México es sinónimo de orgullo e identidad nacional. Sin embargo, la vulnerabilidad biológica y social de este grupo de la población requiere que éstos sean revalorados y tratados con justicia, equidad, oportunidad, humanismo y competencia; es necesario que las acciones deban ser encaminadas a la búsqueda de la preservación de la salud y el bienestar general; ser basadas en los estándares internacionales de calidad y de la realidad nacional; que tengan sustento en evidencia científica emanada de estudios multicéntricos realizados, ya no dentro del marco teórico de la literatura internacional, sino en encuestas nacionales y estudios especializados en la materia.

Con el panorama anteriormente descrito, es comprensible la necesidad de crear, desde un escenario de cooperación interinstitucional e intersectorial, el desarrollo de programas eficientes para la atención correcta y oportuna y, tomar en cuenta los padecimientos de importancia clínico-epidemiológica nacional en los individuos de 60 y más años. Dado el momento de transición demográfica y la epidemiología polarizada por la que atraviesa México, en los momentos de realizar esta publicación, es ineludible comentar que nuestro país se encuentra en un momento histórico respecto al envejecimiento poblacional y su perfil epidemiológico. El hecho de vivir más años, así como la exposición a factores de riesgo específicos, nos acerca al flagelo de las enfermedades crónicas no transmisibles sin que nos hayamos librado aún de los padecimientos infecciosos o las alteraciones debidas a la desnutrición en este grupo de personas.

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

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



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

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

Como uno de los productos iniciales pero más significativos de SABE, son los libros de datos en extenso de las entidades federativas ya mencionadas y disponibles en la dirección electrónica: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/>. También se agregan a la biblioteca SABE las publicaciones correspondientes a Durango, Colima, Tamaulipas, Veracruz, Morelos, Campeche, Querétaro y Quintana Roo.

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

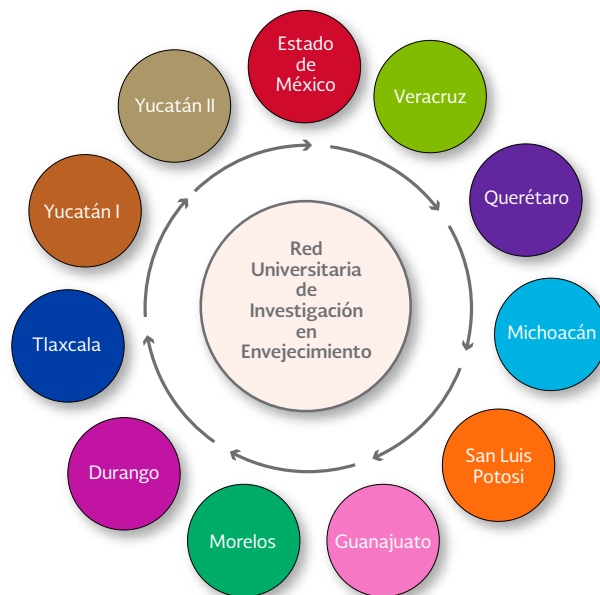
La participación de los diversos actores que han intervenido en el desarrollo de SABE, ha redundado en las siguientes ventajas:

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

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

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

**Figura 1.** Instituciones de educación superior en las entidades federativas integrantes de la Red Universitaria de Investigación en materia de envejecimiento.



Las Instituciones de Educación Superior paulatinamente se han integrado a la Red Universitaria de Investigación en Materia de Envejecimiento.

Fuente: Programa de Atención al Envejecimiento

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

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

Desde los inicios del Proyecto SABE, una constante fue la limitación de los recursos económicos, tecnológicos, de infraestructura y de personal calificado para realizar el estudio en el resto del país. Fue necesario incluir desde el inicio a las ciudades capitales de cada entidad federativa, por la conveniencia para el desarrollo operativo de la encuesta (mayor concentración de personas adultas mayores, confluencia de diversos estratos socio-económicos y culturales, accesibilidad a los hogares de los entrevistados, centralización de las instituciones participantes, concentración de los recursos para la salud, etcétera). Sin embargo, la propia naturaleza de este magno proyecto ha requerido, si no de variaciones al protocolo original, sí de adaptaciones y actualizaciones inherentes a las modificaciones que ha sufrido el entorno de la persona adulta mayor desde que surgió originalmente el Proyecto; éstas se analizarán posteriormente en esta publicación. Actualmente y, gracias al apoyo de la Secretaría de Salud, se cuenta con un aporte financiero que permite realizar las acciones básicas correspondientes a la planeación y puesta en marcha del proyecto; esto redundará en un aceleramiento y eficientización de los procesos con resultados cada vez más depurados y confiables en todos los casos.

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

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

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

Por la atención prestada a este trabajo ¡muchas gracias!

El Equipo SABE México

Que no sean una sombra en tu vida



Escúchalos tienen mucho que enseñarte



Rectoría  
Institucional

DIIT



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

SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD





## 1. El Envejecimiento Poblacional en México

• Dra. María Esther Lozano Dávila<sup>1</sup> • Dr. Javier Calleja Olvera<sup>1</sup> • Dra. Yolanda Osio Figueroa<sup>2</sup>

1 Subdirección del Programa de Atención al Envejecimiento, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades; 2 Hospital Juárez de México

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

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

Para la presente edición de este libro, las cifras se han modificado sustancialmente en relación a la edición anterior. Existe un claro incremento en dicho indicador en todas las regiones del orbe, de acuerdo a lo plasmado en el documento “Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013”, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).<sup>2</sup>

Es claro que aún existen diferencias sustanciales en la esperanza de vida de acuerdo al sexo. En la tabla 1, se observa que es mayor en mujeres que en hombres independientemente de la región.

**Tabla 1.** Esperanza de vida al nacer según la OMS en sus diferentes regiones 1990- 2013.

Región de la OMS	Ambos Sexos		Hombres		Mujeres	
	1990	2013	1990	2013	1990	2013
Región de África	50	56	48	55	51	58
Región de las Américas	71	76	68	73	75	79
Región de Asia Sudoriental	59	67	58	65	60	69
Región de Europa	72	76	68	72	76	79
Región del Mediterráneo Oriental	61	68	59	67	63	70
Región del Pacífico Occidental	70	76	68	74	72	78

Fuente: OMS, Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013.

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

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

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

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

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

En este contexto, las instituciones del sector salud que brindan servicios de primer nivel de atención, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, están elaborando y actualizando continuamente las políticas y estrategias de prevención, promoción y control, con la integración de prácticas exitosas e innovadoras sustentadas en las mejores evidencias científicas. El propósito es atenuar la carga de enfermedad en este grupo poblacional, conjuntar esfuerzos y organizar los servicios de salud para una mejor capacidad de respuesta en los distintos órdenes de gobierno. Para lograr lo anterior, se consideran las estrategias

y medidas de intervención con menor costo y mayor beneficio (que han probado ser útiles), así como la implementación de un modelo operativo que permita su adecuada instrumentación y aplicación en todo el territorio nacional.

Una actividad que engloba a las anteriores y que debe llevarse a cabo permanentemente, es la generación de una cultura de vida saludable para incidir positivamente en el desarrollo de una mejor salud. Se busca de manera directa, realizar alianzas estratégicas con la iniciativa privada y la sociedad civil; la innovación en el manejo integral del paciente (por medio de la introducción de nuevos esquemas terapéuticos, campañas de comunicación de riesgos, la consolidación de acciones educativas y de capacitación); y el abandono de hábitos nocivos para la salud, entre otros determinantes, para lograr un envejecimiento activo y saludable. Este se entiende, de acuerdo con la OMS como: “El proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”.<sup>14</sup> Esta definición no sólo contempla el envejecimiento desde la atención sanitaria, sino que incorpora todos los factores de las áreas sociales, económicas y culturales que afectan al envejecimiento de las personas.

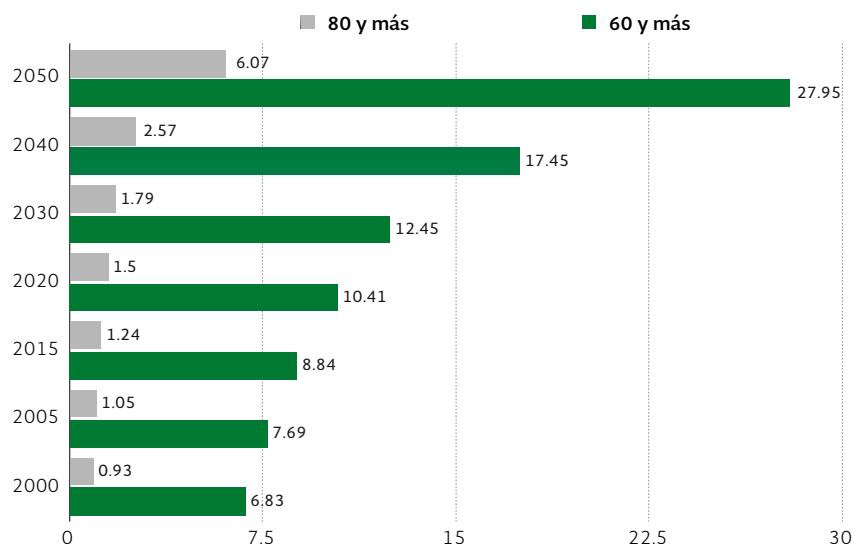
## Epidemiología en México

Entre las teorías contemporáneas que intentan explicar los cambios en materia de salud pública, desde hace más de 20 años se ha popularizado el término de “transición epidemiológica”, derivado del conocido concepto transición demográfica. Éste explica la interacción entre los cambios económicos, sociales y el perfil de salud de las poblaciones, así como sus consecuencias en la organización y prestación de los servicios. En los últimos 30 años, la distribución de la población en México por grupos de edad, ha sufrido marcados cambios, principalmente el de personas de mayor edad. De acuerdo a proyecciones al año 2050, el Consejo Nacional de Población (CONAPO), establece que el grupo de las personas adultas mayores se incrementará paulatinamente, con el consiguiente cambio en los planes y políticas públicas basadas en las necesidades de este grupo poblacional. (Gráfica 1).

El envejecimiento es un proceso de la vida, sin embargo, muchas patologías inician en etapas tempranas hasta llegar a la vejez; estas normalmente se asocian a comorbilidades y a menudo, con complicaciones prevenibles; éstas conduce a un incremento de la mortalidad prematura, a diferencia de los países con altos ingresos.<sup>5,6,7,8,9,10,11</sup>

La dinámica poblacional ha repercutido que México tenga un envejecimiento avanzado. En la siguiente gráfica, se puede apreciar claramente cómo disminuye el grupo etario de 0 a 9 años de edad, a diferencia del incremento del grupo de 60 años y más. (Gráfica. 2)

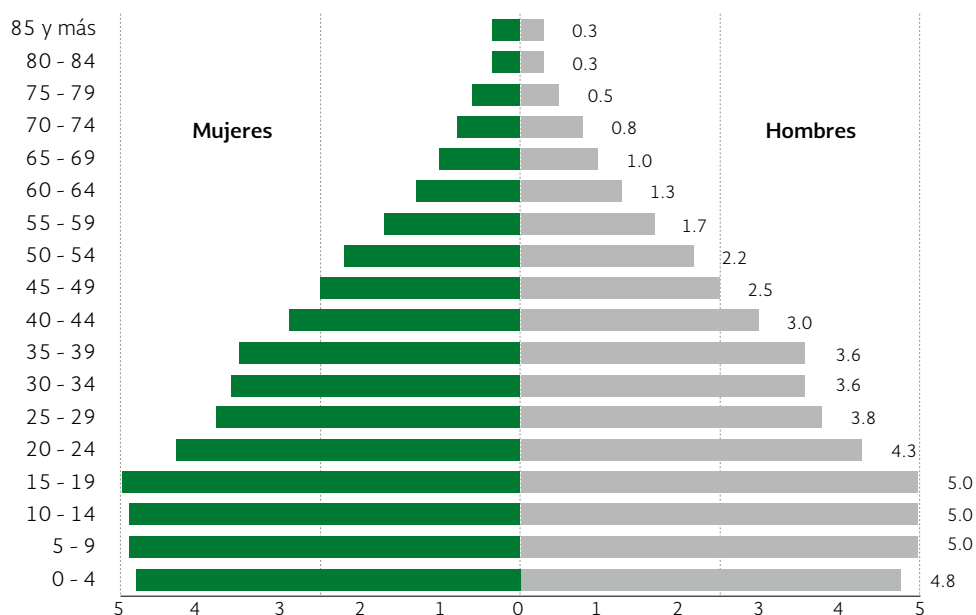
**Gráfica 1.** Proporción de personas adultas mayores en los grupos de 60 y 80 años y más. Proyección 2000-2050.



Crecimiento de la proporción de 60 y 80 años y más en México 2000-2050.

Fuente: Estimaciones realizadas por el CENAVE. SSA. CONAPO

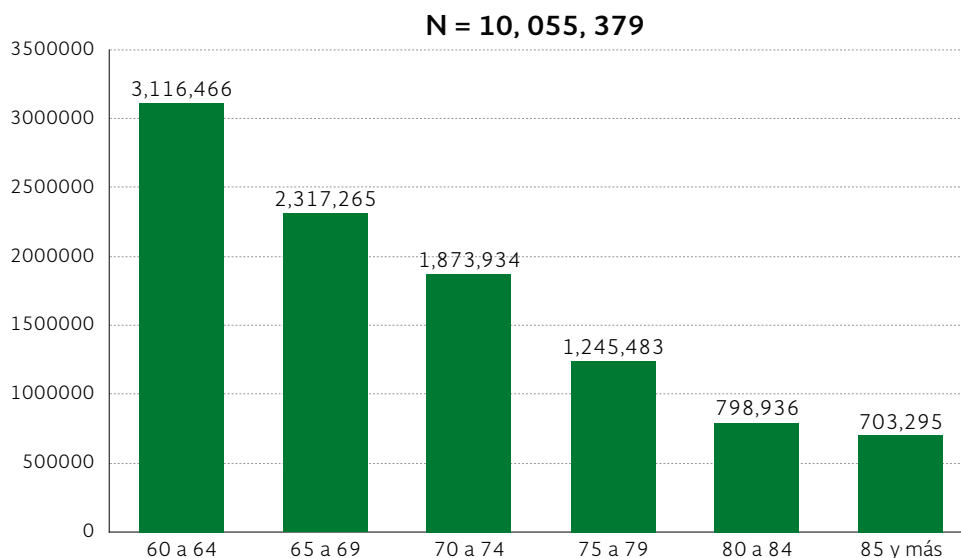
**Gráfica 2.** Pirámide poblacional México al 2013.



Fuente: Censo General de Población y Vivienda 2010, Tabulador del cuestionario básico. Proyecciones CONAPO 2010 - 2050.

De acuerdo a las proyecciones de población 2013 del CONAPO y con base en el Censo de Población y Vivienda 2010 del INEGI, el número de las personas adultas mayores en México es de 10,055,379. La distribución por grupo etario se expone en la siguiente gráfica.

**Gráfica 3.** Distribución de la población de personas adultas mayores por grupos edad en México 2013.



Población de personas adultas mayores en México actualizada al año 2013. Con un claro predominio de las personas adultas mayores “jóvenes” (entre 60 y 69 años de edad).

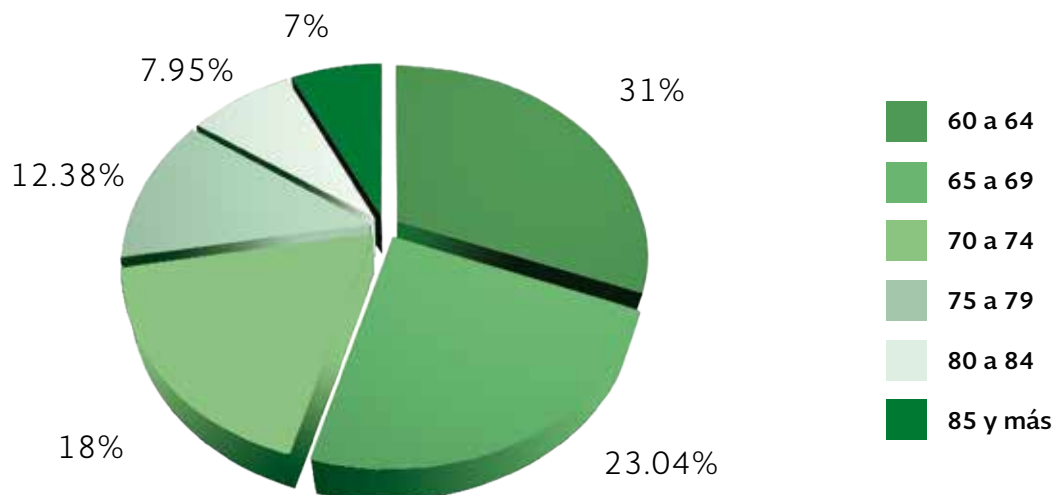
**Fuente:** Censo de Población y Vivienda 2010. Proyecciones 2010 – 2050 CONAPO.

Con base en la información del INEGI y a la gráfica de distribución de la población adulta mayor, un aproximado de 5,433,731 de personas tienen entre 60 y 69 años de edad. Esto refleja que un 54.04% del total de la población adulta mayor se consideran “jóvenes” de acuerdo a los criterios de la OMS. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que, de continuar en la próxima década las tendencias poblacionales descritas, las personas adultas mayores “jóvenes” incrementarán su edad actual con modificación de su perfil en salud tal como es esperado.<sup>41</sup> La distribución porcentual en México, se expone en la gráfica 4.

Respecto a la distribución por sexo en México, se tiene que 4,679,538 son hombres; esto corresponde a un 46.53% del total. Un 53.47% son mujeres y continúa la tendencia hacia la feminización del envejecimiento poblacional (Gráfica 5).

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

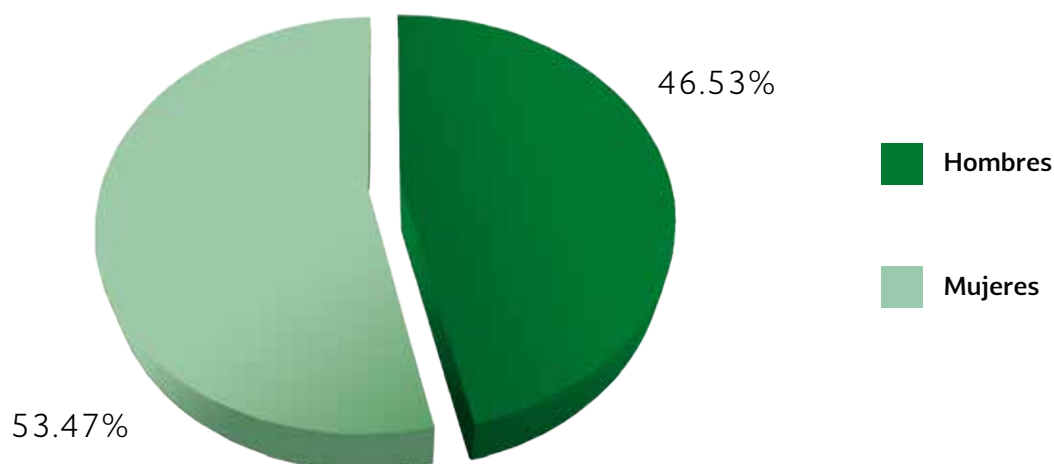
**Gráfica 4.** Distribución porcentual de personas adultas mayores por grupos etarios en México al año 2013.



Un aproximado de 54.04% de las personas adultas mayores en México tienen entre 60 y 69 años de edad. En los próximos años, su edad se incrementará y se espera que en el grueso poblacional de este grupo etario, aumente su vulnerabilidad biológica con el consabido aumento en los costos de atención.

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

**Gráfica 5.** Distribución porcentual de personas adultas mayores por sexo en México al año 2013.



La distribución por sexo muestra la feminización del envejecimiento.

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

La tendencia hacia el crecimiento de esta población, debido al aumento de la esperanza de vida, contribuye al incremento de diversas enfermedades crónicas no transmisibles, iniciadas por lo regular, en etapas tempranas como la infancia y adolescencia.<sup>1,2</sup>

México se encuentra en una fase de cambio rápido en los perfiles de salud y la característica general de este proceso, consiste en la coexistencia de padecimientos como el subdesarrollo y el incremento de las enfermedades que prevalecen en los países industrializados. Ésto 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>4</sup> Aun cuando la frecuencia de la presencia de enfermedades no es la misma en todos los países, se puede establecer que dentro de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad, destacan las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes, la desnutrición y las cirrosis.

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

Las consecuencias derivadas de las enfermedades crónicas no transmisibles son el resultado de procesos iniciados varias décadas atrás. Su historia natural puede ser modificada con intervenciones que cambien el curso clínico, las condiciones que determinan su incidencia y complicaciones. Éstas deberán ser detectadas y atendidas de manera oportuna, desde la infancia, adolescencia y edad madura. Si bien esto no elimina las patologías en sí, puede ofrecer ganancia en años con mejor calidad de vida.<sup>12,15,16</sup>

De manera similar a otras enfermedades crónicas, en México no se cuenta con una caracterización por grupo de edad de los padecimientos de mayor prevalencia en la población adulta mayor como son la depresión, alteraciones de memoria, incontinencia urinaria, fecal y, otros tipos de discapacidades. Asimismo, se carece de información sistematizada relativa a las acciones que se realizan en materia de detección, diagnóstico y tratamiento.<sup>17,18</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 del envejecimiento activo y saludable; la no actualización de documentos técnicos y normativos y, un deficiente abasto de guías y manuales para la detección y manejo de los padecimientos de mayor prevalencia. Tampoco existen mecanismos efectivos para garantizar la adherencia terapéutica, los cambios de conducta en los pacientes, sus familias, la comunidad y la sociedad en su conjunto. Destaca también la insuficiencia

y falta de continuidad en las campañas de comunicación social, que permitan fomentar las medidas preventivas y conlleven a un envejecimiento activo y saludable.<sup>19</sup>

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

Otra situación relevante, es la poca o nula información existente en materia de envejecimiento, de sus patologías y necesidades sentidas. Si bien es cierto que, se están realizando una serie de investigaciones en diferentes sectores, también lo es la insuficiencia de las mismas y su falta de aplicabilidad en el país. La Secretaría de Salud en coordinación con la OPS/OMS está realizando esfuerzos para contar con información veraz, oportuna y representativa a través del desarrollo del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento en México.<sup>20, 21</sup>

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

## Mortalidad

Una de las grandes transformaciones en el perfil epidemiológico, registrada en las últimas décadas, ha sido sin duda, el notable incremento de las defunciones por enfermedades crónicas no transmisibles en relación a la disminución por enfermedades transmisibles. La importancia de tales patologías es incuestionable y, actualmente ocupan los primeros lugares en mortalidad general. Anteriormente, los decesos correspondían principalmente a las enfermedades transmisibles.<sup>4, 5, 22</sup>

Para el año 2000, las principales causas de mortalidad fueron por diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares, pulmonares obstructivas crónicas y las hipertensivas. En conjunto, alcanzaron un total de 99,809 defunciones. Esto corresponde al 46.1% del total de fallecimientos registrados en ese año. Para el 2006, estas mismas causas ocuparon una secuencia similar con una frecuencia relativamente mayor al haber alcanzado durante ese año, un total de 129,455 defunciones; esto representa el 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 para enfermedades hipertensivas.<sup>25,26, 27</sup>

Si comparamos la mortalidad registrada en 2008 por el IMSS, con la del Sector Salud, se encuentra como principal causa de defunción a la diabetes mellitus. Es necesario enfatizar que esta entidad nosológica, genera gastos catastróficos, discapacidad de cualquier tipo y, además es comúnmente la raíz etiológica de otras ECNT. En segundo lugar, encontramos las enfermedades del corazón de tipo isquémico; el tercero lo ocupan los tumores malignos; y, la enfermedad cerebrovascular ocupa el cuarto lugar.<sup>28,29,30,31</sup>

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

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

Es necesario señalar que, debido a las características propias del derechohabiente del IMSS, se modifica un poco el perfil epidemiológico. A diferencia del usuario del sector salud, se observa que una de las principales causas de mortalidad son los accidentes; esto se explica por el énfasis del Instituto en el rubro de medicina del trabajo.

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

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

Para el año 2010 y 2011, no ha habido un cambio sustancial en el perfil epidemiológico de la población adulta mayor que habita en México. En la siguiente gráfica, se puede apreciar el incremento paulatino y sostenido de la tasa de mortalidad de acuerdo a causa observable (Ver gráfica 6).

Una vez analizado el panorama anterior, se puede comentar que las causas principales de defunción se encuentran directamente relacionadas con complicaciones de padecimientos de tipo crónico no transmisibles como diabetes mellitus, hipertensión arterial y cirrosis como se puede observar en la tabla 2. Es preocupante también, que a las anteriores, se sumen desórdenes de tipo nutricional y neoplasias. Destacan las del aparato respiratorio, neoplasias de próstata, mama y cérvico-uterino, responsables de decesos frecuentes.

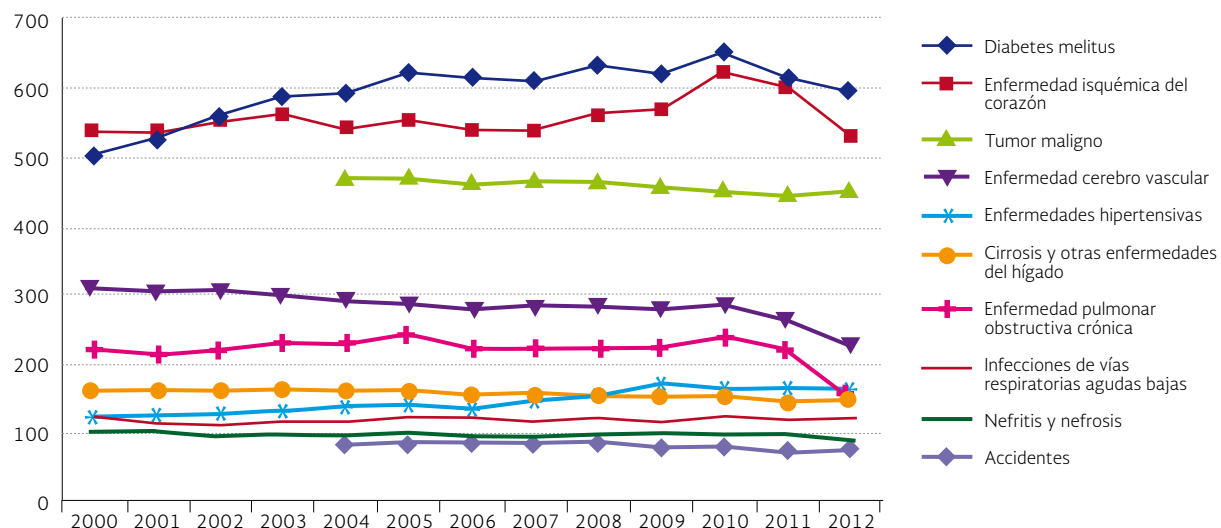
**Tabla 2.** Principales causas de mortalidad en personas de 60 años y más, México 2012.

Descripción	Defunciones	Tasa 1/	%
Diabetes mellitus	64,841	595.2	17.8
Enfermedades isquémicas del corazón	57,552	528.3	15.8
Enfermedad cerebrovascular	24,315	223.2	6.7
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	19,394	178.0	5.3
Enfermedades hipertensivas	17,421	159.9	4.8
Infecciones respiratorias agudas bajas	13,880	127.4	3.8
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	13,468	123.6	3.7
Nefritis y nefrosis	10,659	97.8	2.9
Tumor maligno de la próstata	5,730	52.6	1.6
Desnutrición calórico proteica	5,511	50.6	1.5
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	5,450	50.0	1.5
Tumor maligno del hígado	4,841	44.4	1.3
Tumor maligno del estómago	3,819	35.1	1.0
Tumor maligno del colon y recto	3,228	29.6	0.9
Tumor maligno del páncreas	3,004	27.6	0.8
Tumor maligno de la mama	2,643	24.3	0.7
Linfomas y mieloma múltiple	2,308	21.2	0.6
Úlcera péptica	2,304	21.2	0.6
Anemia	2,047	18.8	0.6
Tumor maligno del cuello del útero	1,874	17.2	0.5
<b>Total primeras 20 causas</b>	<b>264,289</b>	<b>2426.1</b>	<b>72.4</b>
Causas mal definidas	7,766	71.3	2.1
Las demás causas	93,151	855.1	25.5
<b>Total general</b>	<b>365,206</b>		

Tasa: \*Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.

Fuente: Dirección General de Información en Salud.

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



El incremento en las tasas de mortalidad en personas adultas mayores de los padecimientos aquí plasmados, demuestra que México se encuentra en una epidemiología polarizada donde confluyen los padecimientos crónico-degenerativos con los infecciosos.

\*Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.

Fuente: Dirección General de Información en Salud.

## Morbilidad

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

Respecto a la morbilidad de la población “post-productiva”, los datos son más difíciles de obtener y menos confiables. En nuestro país, de acuerdo al Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), podemos observar que dentro de las 10 primeras causas en el año 2010 y 2011, se entremezclan enfermedades transmisibles y crónico no transmisibles. Llama la atención que la gingivitis y la enfermedad periodontal estén dentro de este grupo (Ver tabla 3).

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

**Tabla 3.** Principales causas de morbilidad en edad post - productiva (65 años y más), México 2010.

Causas de morbilidad	60-64	65 y +	Total	Tasa*
1. Infecciones respiratorias agudas	754,316	1,360,050	2,114,366	22,436
2. Infecciones de vías urinarias	188,166	403,936	592,102	6,283
3. Infecciones intestinal e por otros organismos y las mal definidas	144,958	319,897	464,855	4,933
4. Úlceras, 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
<b>Total de las 10 primeras causas (93.5%)</b>	<b>1,386,381</b>	<b>2,615,634</b>	<b>4,002,015</b>	<b>42,466</b>
<b>Todas las demás (6.5%)</b>	<b>96,069</b>	<b>213,771</b>	<b>309,840</b>	<b>3,288</b>
<b>Total</b>	<b>1,482,450</b>	<b>2,829,405</b>	<b>4,311,855</b>	<b>45,754</b>

\*Tasa/100 000 habitantes.

Para el año 2010, predominaban como causas más importantes de la morbilidad en el Sector Salud, una mezcla de enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles; destacan las infecciones respiratorias y urinarias, además de padecimientos totalmente prevenibles como la enfermedad periodontal, conjuntivitis y amebiasis intestinal.

Fuente: Anuario Estadístico de Morbilidad 2010.

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

Principales 10 causas de morbilidad en edad post-productiva de 65 y más años	Total	Tasa*
1. Infecciones respiratorias agudas	1,952,327	19,980.50
2. Infección de vías urinarias	649,848	6,650.67
3. Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	519,115	5,312.73
4. Úlceras, gastritis y duodenitis	281,405	2,879.95
5. Hipertensión arterial	204,407	2,091.94
6. Diabetes mellitus no insulino dependiente (tipo 2)	143,716	1,470.82
7. Gingivitis y enfermedades periodontales	80,459	823.43
8. Conjuntivitis	45,992	470.69
9. Otitis media aguda	42,232	432.21
10. Amebiasis intestinal	36,535	373.91
<b>Total 10 principales causas (92.9%)</b>	<b>3,956,036</b>	<b>40,486.85</b>
<b>Otras</b>	<b>303,406</b>	<b>3,105.12</b>
<b>Otras</b>	<b>4,259,442</b>	<b>43,591.97</b>

\*Tasa /100, 000 habitantes.

La demanda de los servicios de salud en materia de personas adultas mayores, propiciará que las instituciones dedicadas respondan en los próximos años con una atención especializada y acorde a los tiempos actuales.

Fuente: SUIVE/DGE/Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos 2011.

Coinciden también dos grupos de padecimientos: las enfermedades dependientes de la edad y las enfermedades relacionadas con la edad. Mientras que las primeras son aquellas cuya patogénesis está relacionada directamente con el envejecimiento del huésped, el segundo grupo se refiere a los procesos que pueden aparecer a cualquier edad, pero son más comunes en las personas adultas mayores. (Ver fig. 1).

**Figura 1.** 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 y osteoartritis.

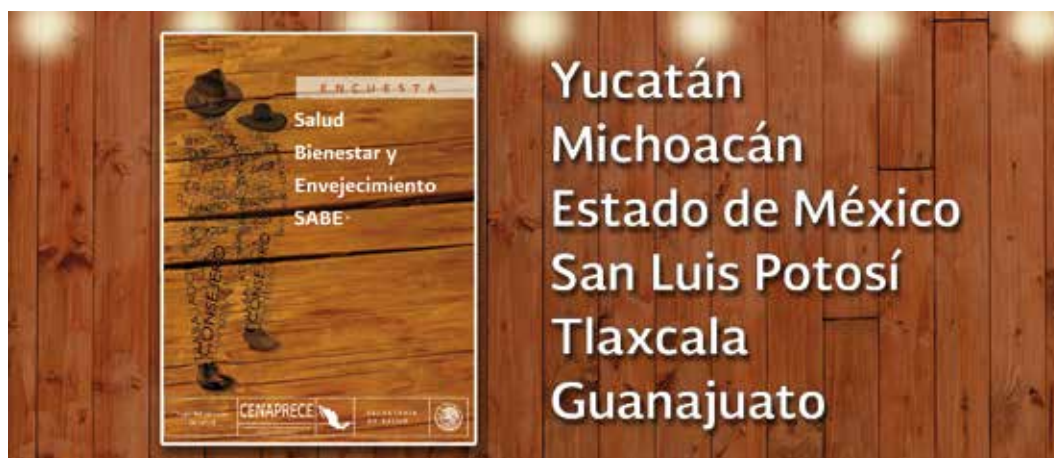
Las enfermedades relacionadas con la edad, a diferencia de las anteriores, se presentan en un determinado periodo de vida, pasado el cual su incidencia influye marcadamente. Estas enfermedades o alteraciones tienen una relación temporal con el huésped, pero su factor crítico no parece estar relacionado con el proceso de envejecimiento; muchas enfermedades neurológicas pertenecen a este grupo.

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

Fuente: Anuario Estadístico de Morbilidad 2010

En la consulta médica de los últimos años, las enfermedades más frecuentes en hombres son las atribuibles a alteraciones del aparato circulatorio, sistema osteomuscular y tejido conjuntivo; en las mujeres son atribuidas además, al estado nutricional, alteraciones del funcionamiento de las glándulas endocrinas y el metabolismo.<sup>1,2</sup> Sin embargo, existen en el panorama nacional, padecimientos con poca o escasa información derivada de los sistemas de información en salud, que no aportan más que información cuantitativa desde la óptica limitada del reporte de número de casos. Se requiere información complementaria sobre diversos tópicos, que servirán para planear eficientemente los servicios en salud para este grupo de la población. Al respecto, puede mencionarse que con el Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE Ver figura 2), México empieza a mostrar los primeros resultados relacionados con la depresión.

Figura 2. Publicaciones SABE



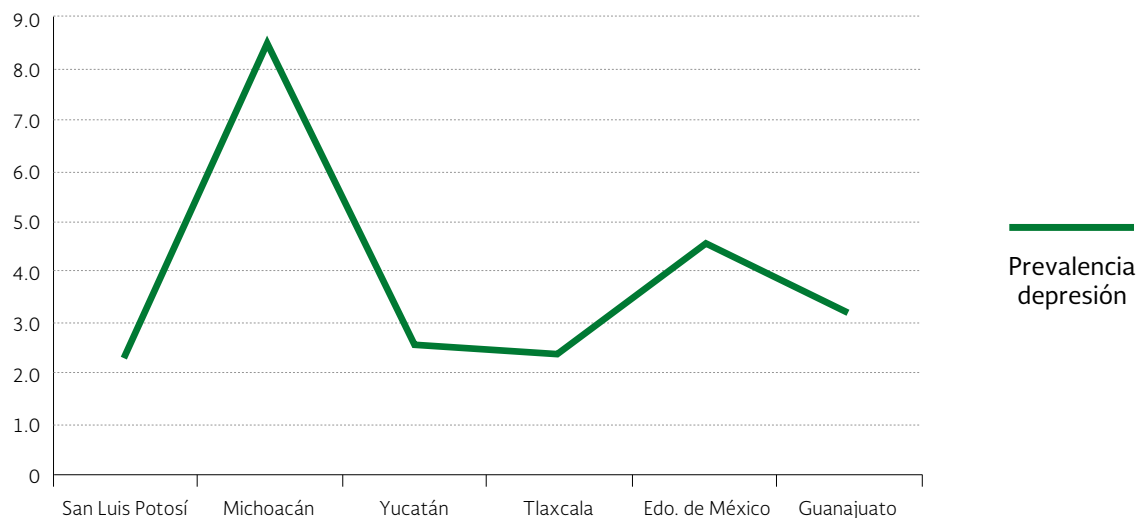
Al momento de la presente publicación, el acervo de la biblioteca SABE México sigue incrementándose. En la presente imagen, se ilustra el primer avance de la misma, integrado por los libros de datos en extenso de los estados de México, Yucatán, Michoacán, San Luis Potosí, Tlaxcala y Guanajuato. Se encuentran disponibles en la página oficial del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades en la siguiente dirección electrónica: [http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/portada\\_manuales.html](http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_manuales.html)

Se encontró que la sintomatología depresiva en las personas adultas mayores, habitantes de la comunidad, se incrementa con relación directamente proporcional al grupo etario estudiado. En la siguiente gráfica, se puede apreciar el incremento paulatino del padecimiento en función de la edad; esto es el resultado del análisis realizado, de seis entidades federativas: Estado de México, San Luis Potosí, Michoacán, Yucatán, Guanajuato y Tlaxcala. En la gráfica se puede apreciar también, una tendencia similar entre los diversos estados analizados, con valores entre 0 y 6%. Se observan valores tan altos como un 16% en los grupos de 75 a 79 y de 80 a 84 años en el Estado de Michoacán; aunque el valor de la prevalencia de la depresión suele variar ampliamente, de acuerdo al autor que se consulte, se acepta que puede variar entre el 3% y el 15% (Ver gráfica 7).

Las causas de la depresión son múltiples y, por lo general coinciden con factores de riesgo como la falta de actividad laboral, edad mayor de 85 años, la vida en soledad (personas solteras o viudas), aislamiento social, polifarmacia, mal estado de salud, pluripatología, etc. Durante el desarrollo de SABE, no se determinaron en un primer tiempo, las causas de la sintomatología depresiva en el grupo estudiado; esto se realizará en un segundo momento.

El consumo de medicamentos es una cuestión ligada íntimamente al concepto de polipatología. El impacto de la atención de pacientes geriátricos se refleja al conocer que este grupo poblacional consume aproximadamente 30% de todos los medicamentos que se venden en el país. <sup>11</sup>

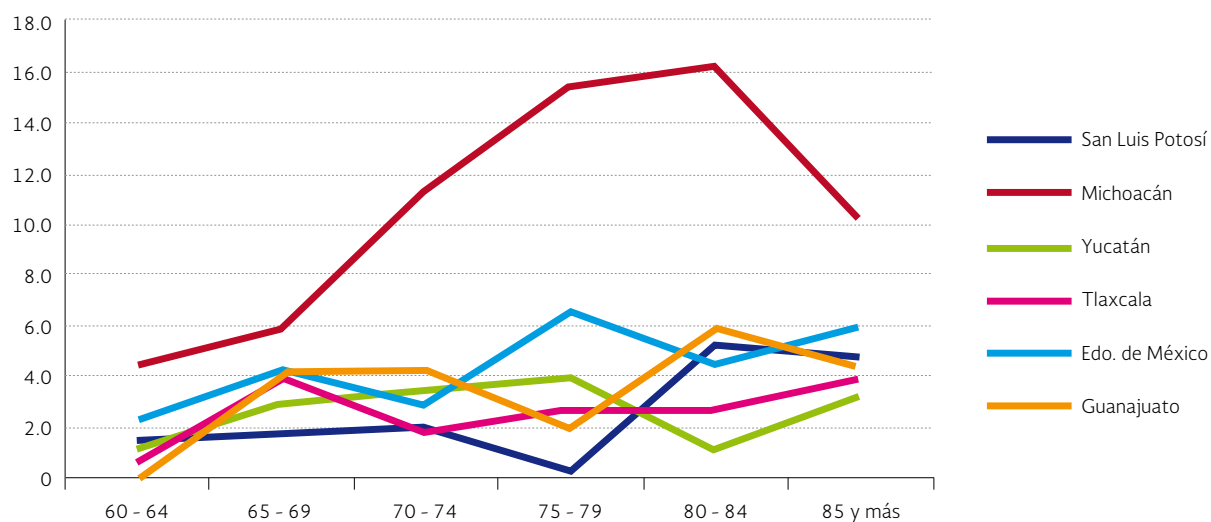
**Gráfica 7.** Prevalencia de sintomatología depresiva en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



En esta gráfica, en las entidades estudiadas se observan valores de prevalencia en sintomatología depresiva entre 2.5 y 4.5%, destacando Michoacán con una prevalencia de 8.5%.

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

**Gráfica 8.** Prevalencia de sintomatología depresiva por grupos etarios en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



La mayor prevalencia de depresión identificada en el estudio SABE se dio en el Estado de Michoacán, en los grupos etarios de 75-79 y 80-84.

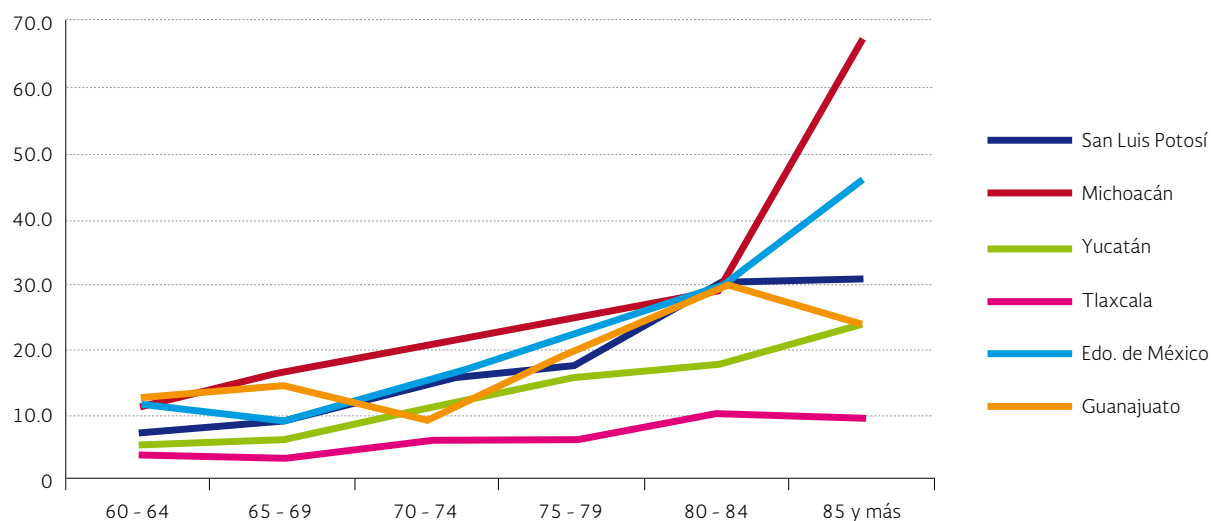
**Fuente:** Estudios SABE, Michoacán, Guanajuato, Tlaxcala, San Luis Potosí, Estado de México y Yucatán

Respecto a las causas de hospitalización, se encontró que en los hombres los padecimientos más frecuentes fueron la enfermedad isquémica del corazón, la hiperplasia de próstata y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica; en las mujeres fueron la diabetes mellitus, la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. <sup>13</sup>

La cognición durante la vejez, es un tema importante que se debe estudiar en diversas áreas médicas complementarias; desde la realización del diseño de pruebas de tamizaje y baterías 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>14</sup>

En nuestro país, al momento de la presente edición y como resultado del Proyecto-Encuesta SABE, se ha observado un mayor deterioro cognoscitivo en los grupos etarios de mayor edad. (Ver gráfica 9)

**Gráfica 9.** Prevalencia de alteraciones cognoscitivas por grupos etarios en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



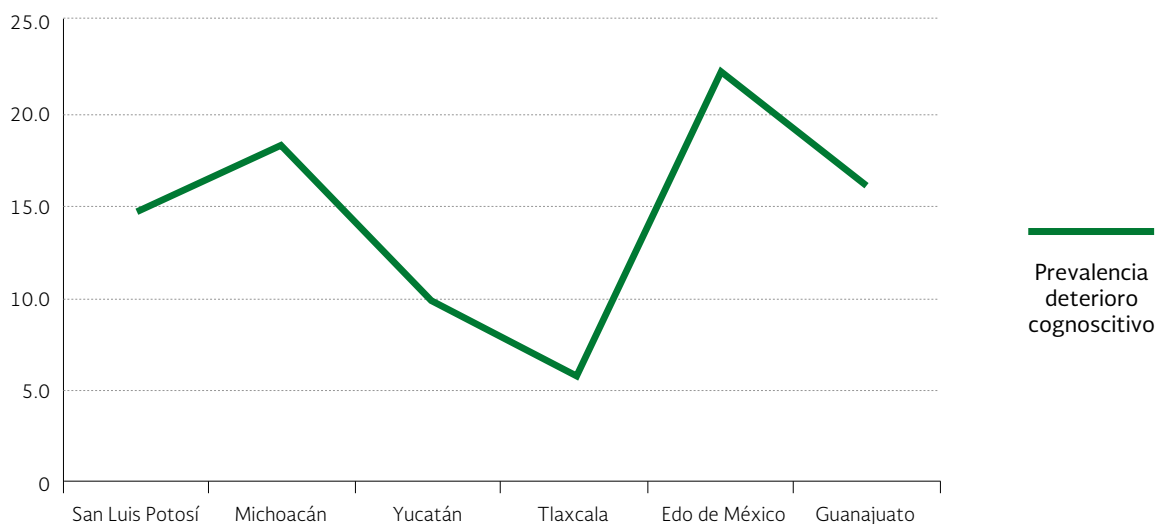
En la prevalencia de alteraciones cognoscitivas al igual que en la gráfica de sintomatología depresiva el incremento mayor se dio en los grupos de edad más avanzada destacando en este rubro el Estado de Michoacán.

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

En el deterioro cognoscitivo, se encontraron cifras similares a las que aparecen en la literatura internacional en la mayoría de las entidades federativas estudiadas. Sin embargo, el Estado de México tuvo la prevalencia más alta y, las causas de este fenómeno tendrán que ser estudiadas con mayor profundidad en el futuro inmediato. (Ver gráfica. 10)



**Gráfica 10.** Prevalencia de deterioro cognoscitivo en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



El deterioro cognoscitivo es multicausal, así como puede estar ligado o no a síndrome demencial. En el presente estudio, se observa que el Estado de México tiene cifras mayores al resto de las entidades federativas estudiadas.

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

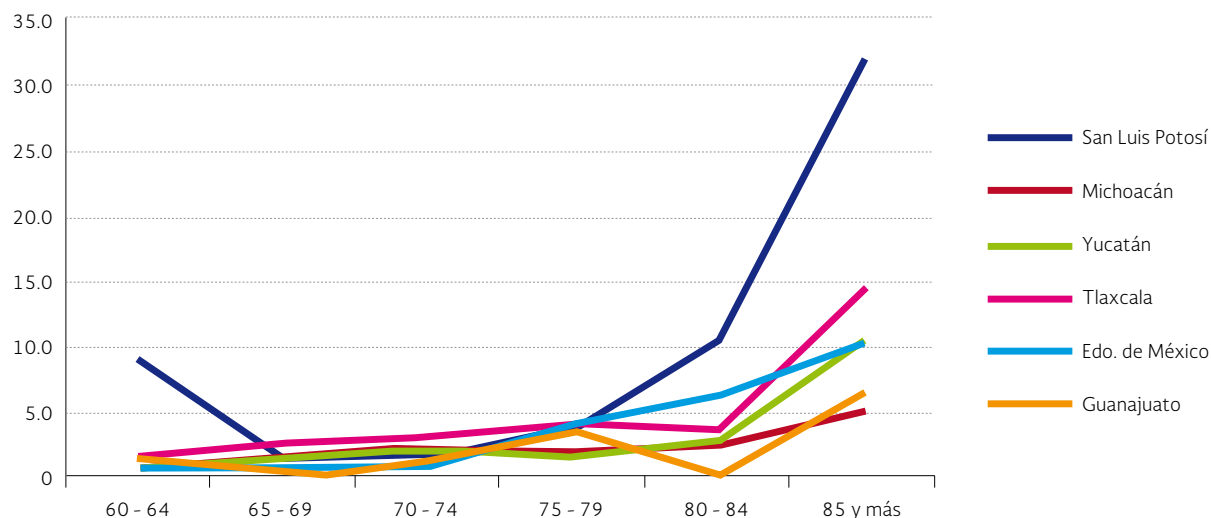
CONAPO en el año 2005, destaca en primer lugar, la discapacidad del aparato músculo-esquelético que afecta al 5.6% de los hombres y al 6.2% de las mujeres de este país. El segundo lugar, lo ocupa la discapacidad visual con un 3.2% en hombres y 3.4% en las mujeres; el tercero lo ocupa la discapacidad auditiva con un 2.7% para los hombres y un 1.9% para las mujeres.<sup>1</sup> Los datos anteriores, muestran que México se acerca más a ser una sociedad envejecida y que lamentablemente, no se encuentra libre de discapacidad.<sup>1</sup>

La presencia de enfermedades conduce a la discapacidad, dependencia y deterioro de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. En las últimas, se observa que después de los 79 años de edad, hay un incremento en la dificultad para realizar actividades como el manejo de dispositivos de uso complejo (televisión, teléfono, etc.), uso del dinero, cuidado de la casa, pagar cuentas, autoadministración de medicamentos, etc. (Ver gráfica 11)

Entre los estados que presentaron mayor deterioro y riesgo de dependencia, se encuentra San Luis Potosí y Tlaxcala. (Ver gráfica. 12)

Posterior al deterioro de las actividades instrumentales, sigue un deterioro en las actividades básicas de la vida diaria que culmina en dependencia. En la siguiente gráfica y de acuerdo al estudio realizado, se observó un incremento en función de la edad y que probablemente se relaciona con la presencia de patología coexistente. (Ver gráfica 13).

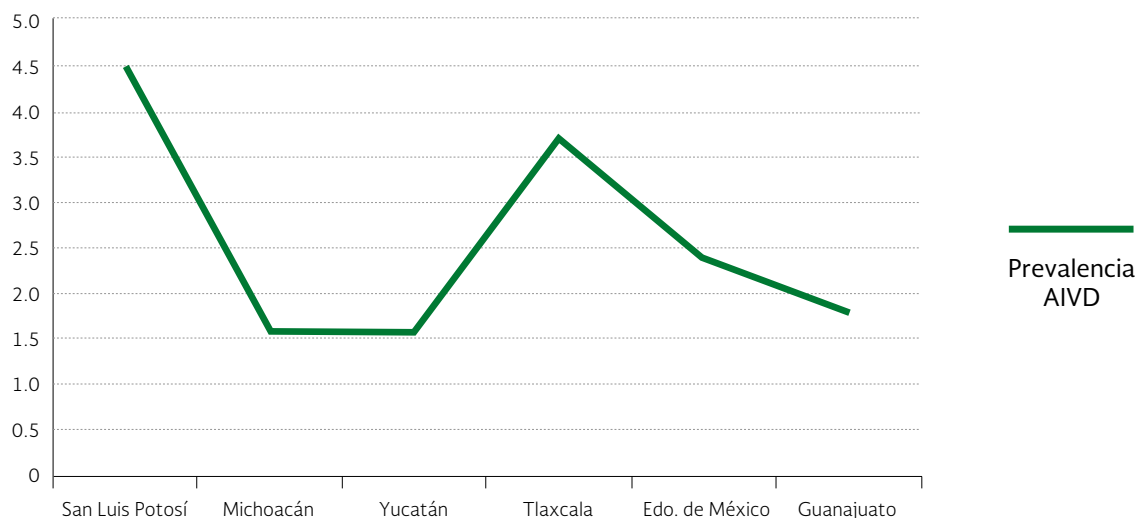
**Gráfica 11.** Prevalencia de deterioro en las actividades instrumentales de la vida diaria por grupos etarios en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



En la presente gráfica se aprecia el incremento de la dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria en función directamente proporcional a la edad.

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

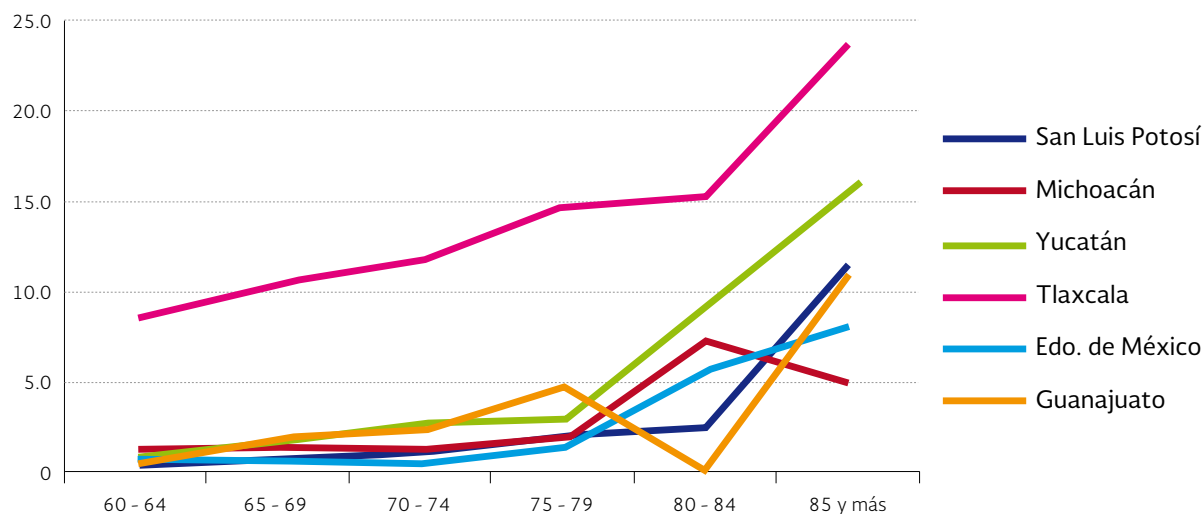
**Gráfica 12.** Prevalencia de deterioro en las actividades instrumentales de la vida diaria en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



El mayor deterioro en este rubro se documentó en San Luis Potosí y en Tlaxcala.

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

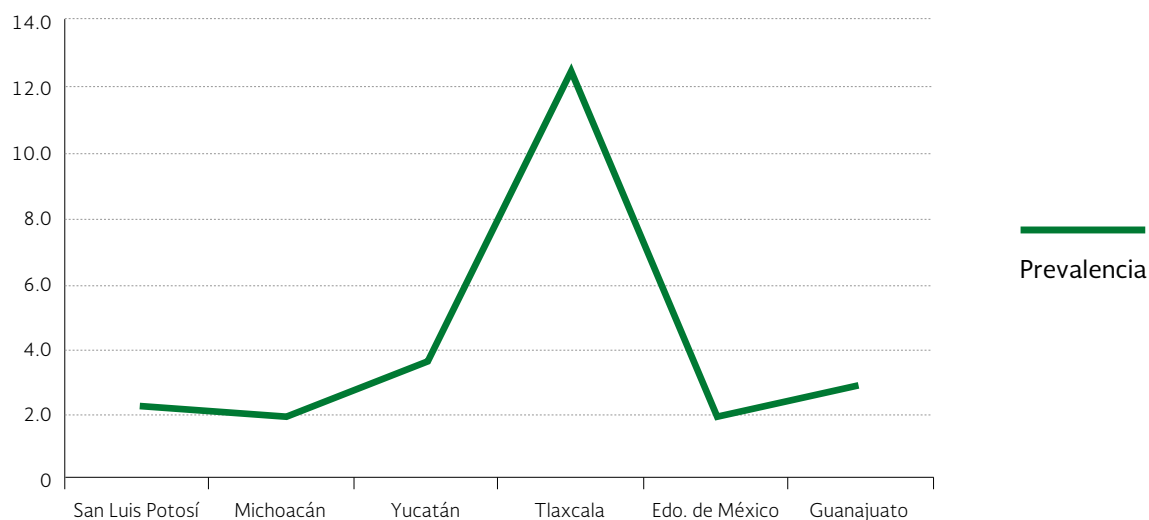
**Gráfica 13.** Prevalencia de deterioro en las actividades básicas de la vida diaria por grupos etarios en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



En SABE, destacó con mayor deterioro en este rubro el Estado de Tlaxcala.

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

**Gráfica 14.** Prevalencia de deterioro en las actividades básicas de la vida diaria en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



Congruente a la gráfica precedente, se encontró que la prevalencia fue mayor en el Estado de Tlaxcala.

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

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

## Retos

El desafío que implica el crecimiento de un envejecimiento poblacional en México, requiere del diseño y establecimiento de medidas innovadoras de prevención y control que permitan atender con esquemas de manejo integrado, las enfermedades de mayor prevalencia en este grupo de edad y sus complicaciones.<sup>36,37,38,39,40, 41</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 y de calidad. Es necesario contar con profesionales de la salud sensibilizados y debidamente capacitados, que respondan a las demandas del envejecimiento poblacional.<sup>35,42,43</sup>

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

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

Lo anterior, fundamenta las bases para la realización de un “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>40</sup>

- B. Implementar el modelo de Módulos Geronto-Geriátricos en Centros de Salud Jurisdiccionales, consulta domiciliaria y Centros de Día de Atención al Envejecimiento. La vinculación permitirá la atención integral a este grupo poblacional, que presenta diversas causas de patologías como la discapacidad física y mental. Esto posibilitará, que la familia pueda contar con los elementos mínimos e indispensables para el resguardo seguro de su familiar.<sup>44,46</sup>

En la literatura universal, se pueden consultar los trabajos de diversos autores que hacen referencia a la efectividad de estos modelos, con la finalidad de abatir los costos de atención y, poder incrementar los beneficios del perfil funcional con ganancia en años de vida saludable. <sup>44,46</sup>

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

El reto mayor, consiste en la sensibilización de la población general, respecto a la percepción que se tiene de la persona adulta mayor en un mediano plazo. <sup>47</sup>

- D. Fortalecer la capacitación de los profesionales de la salud, de manera interinstitucional e intersectorial, para que se homologuen los criterios de promoción, prevención, tratamiento y limitación de daños y, poder implementar acciones encaminadas a mejorar los conocimientos acerca de los cuidados asistenciales en domicilio, proporcionados por los cuidadores primarios a las personas con discapacidad física o mental. <sup>48,49</sup>
- E. Actualizar e integrar a las normas oficiales de diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica existentes, apartados específicos para la persona adulta mayor. Hoy día, se considera la atención clínica de estos pacientes igual que los grupos etarios más jóvenes; esto propicia que la atención sea inadecuada y pueda llevar al deterioro de la salud y funcionalidad de la persona.
- F. Consolidar al Comité Nacional y a los Estatales de Atención al Envejecimiento, para que se puedan establecer políticas nacionales a favor del envejecimiento activo y saludable. La participación intersectorial, con especial interés en el Consejo Nacional de Discapacidad del DIF y del Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores, son indispensables.
- G. Consolidar la implementación de la rectoría del sector salud en materia de envejecimiento. <sup>36</sup>
- H. Detectar, dar seguimiento y control a los padecimientos de mayor prevalencia, a través de la adecuación de los sistemas de información. Ejemplo de lo anterior, son el tamizaje en búsqueda de depresión y trastornos de la memoria, cuya utilidad ha sido comprobada en el mundo. <sup>50,51</sup> El objetivo principal, es realizar un tamizaje en búsqueda de deterioro cognoscitivo e iniciar un tratamiento etiológico que retarde el deterioro funcional, así como la fatiga de sus cuidadores. <sup>52,58</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 individuales, para un envejecimiento activo y saludable.
- J. Consolidar la política del esquema básico de vacunación a través de la intensificación de actividades de promoción a la salud, durante la Semana de Salud para Gente Grande. (SSGG)

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

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

### Referencia bibliográfica

1. Consejo Nacional de Población, “Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI”. 1ª Reimpresión, Mayo, 2005, México. p. 48-92.

2. OPS. Resumen del análisis de situación y tendencias de salud. Serial on line cited 2008 enero 30; available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf)
3. CEPAL. El envejecimiento y las personas de edad. Serial on line cited 2013, noviembre 19; available from: [http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/35915/P35915.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom\\_env.xslt](http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/35915/P35915.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_env.xslt)
4. Lefrancois, R. y cols. Sociologie du Vieillissement En: Arcand M., Hébert R. Précis Pratique de Gériatrie. Ed. EdicsemInc, Québec (Canadá), 1997, p. 47-57.
5. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Serial on line 2013, septiembre cited 2013 septiembre 23; available from: <http://pnd.gob.mx/>.
6. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Título primero, artículo 26, México, p. 23-24.
7. Presidencia de la República. México Incluyente; en: Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.
8. Organización Mundial de la Salud. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental.
9. Departamento de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud. Revista Española Geriatria Gerontología, 2002;37(S2):74-102
10. Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Miller Ra. the Biology of aging and longevity, en Hazzard
11. Hazzard WR. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology; fifth International Edition. EEUU, McGraw Hill, 2005; p. 3-15.
12. Herder L. El arte de envejecer. En Laforest J. y cols, Introducción a la Gerontología. Barcelona (España), 1991. p. 172-185.
13. Murray CJL, Lopez D: Mortality by cause for eight regions of the world: Global burden of disease study. Lancet 1997; 349: 1269-1276.
14. World Health Organization. Non communicable diseases prevention and control. World Health Organization. Genova, Suiza. 2006.
15. Lancet.Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of ramipril on cardiovascular and micro-vascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MicRO-HOPE substudy. Lancet 2000; 355: 253-259
16. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy t, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
17. Padwal R, Laupacis A. Antihypertensive therapy and incidence of type 2 diabetes: a systematic review. Diabetes care, 2004; 27: 247- 255.
18. The CDC Diabetes cost-effectiveness Group. Cost-effectiveness of intensive glycemic control, intensified hypertension control, and serum cholesterol reduction for type 2 diabetes. Jama 2002;287:2542-2551.
19. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2000. Salud Pública de México 2002;44: 266-83.
20. Secretaría de Salud. Sistema de Información en Salud. Serial on line abril 2007 cited enero 2008. Disponible desde: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>
21. Gaede P, Vedel P, Larsen n, Jensen G, Parving H, Pedersen Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. NEngl J Med 2003;348:383-393.

22. Palloni A, Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Protocolo del Estudio Multicéntrico Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Washington D.C. (EUA), abril 1999. p. 1-47.
23. Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. 1999, agosto 12, nº 9, tomo DLI: 19-20.
24. Becerra M, Sosa AL, Lozano ME, Trujillo Z, Lara a, Berthely L y cols. SSA CONAEN. Guía de Consulta para el Médico General, Depresión en la persona adulta mayor SSA, México, 2005. p.1-6.
25. Apfeldorf WJ, Alexopoulos GS. Late Life Mood Disorders. En: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH Jr., Halter JB, Ouslander JG. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, fifth international edition. New York, McGraw-Hill, 2005.p 1443-1452.
26. Becerra M, Sosa AL, Lozano ME, Trujillo Z, Lara a, Berthely L y cols. SSA CONAEN. Guía de consulta para el Médico General, Alteraciones de la Memoria en la persona adulta mayor. SSA, México, 2005. p. 1-6.
27. Secretaria de Salud. Sistema de Información en Salud: serial on line abril 2007 cited enero 2008 available from: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>
28. Berbés asociados. Los expertos abogan por la vacunación en el adulto para la prevención de numerosas enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles. serialon line 2007 cited 2008 enero 29 available from [http://acesomedia.com/display\\_release.html?id=21486](http://acesomedia.com/display_release.html?id=21486)
29. Secretaría de Salud Norma Oficial Mexicana NOM-024- SSA2-1994, Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria la salud. Serial on line 1994 cited 2007 enero 29 [http://www.hgm.salud.gob.mx/pdf/servicios/nom\\_024\\_ssa2\\_1994.doc](http://www.hgm.salud.gob.mx/pdf/servicios/nom_024_ssa2_1994.doc).
30. Secretaría de Salud. Programa de acción: Atención al Envejecimiento. SSA. México, 2001. p. 19-40.
31. Secretaría de Salud. Estadísticas de Mortalidad en México, muertes registradas en el año 2003. Salud Pública de México 2005; 47 p. 171-180.
32. Casanova JL, Solsona E y cols. Cáncer de Próstata. Medicine, 1999, mes, 7(117): 5460-5466.
33. Secretaría 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. Secretaría de Salud, 2007. p. 1-10.
34. 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>
35. Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). Serial on line junio 1994 cited enero 2008 available from: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/index.html>
36. Secretaría de Salud. Anuario Estadístico de Morbilidad. 2006. DGE. Secretaría de Salud.
37. Secretaría de Salud. Morbilidad 1984-2002 en México. Versión CD.
38. Secretaría 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>
39. Secretaría de Salud. Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. La salud, la tarea de todos. DGPS, SSA. México, Febrero, 2007. p. 5-38
40. 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>.
41. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Guía Clínica para la



- Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Washington D.C. EUA. 3 ed. 2003. p. 1-400.
42. Rabow MW, Pantilat S, y cols. Care at the end of life. En Tierney LM, McPhee S, Papadakis Ma, y cols. Current medical diagnosis and treatment, 2006, p 67-85.
  43. Johnston B, Harper M, Landefeld S. Geriatric Medicine. En Tierney LM, McPhee S, Papadakis Ma, y cols. Current medical diagnosis and treatment, 2006, p 939-946. Secretaría de Salud.
  45. 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
  46. Secretaría de Salud-CONAEN. Centros de Día. Lineamientos Generales para el Funcionamiento de un Centro de Día Gerontológico. México, 2007, p. 1-62.
  47. Forster A, Young J., Langhorne P. (1999) Systematic review of day hospital care for older people. *British Medical Journal* 318: 837-841.
  48. Siu AL, Morishita L., Blaustein J. (1994) Comprehensive geriatric assessment in a day hospital. *Journal of the American Geriatric Society* 42:1994-1999.
  49. Cost-effectiveness of Day Care Settings for Frail Elderly People *Brocklehurst age ageing*. 1989; 18: 282.
  50. Secretaría de Salud México 2001-2005 Información para la rendición de cuentas. 2006. Talleres de la Secretaría de Salud. 51. 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. 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/>.
  52. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Rectoría de los Ministerios de Salud en los Procesos de Reforma Sectorial. Documento.
  53. 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.
  54. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007- 2012, por un México Sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud, octubre 2007. p. 81-120.
  55. Reisberg B, Ferris SH, de León MJ, Crook t. The global deterioration scale for assesment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry* 1982; 139:1136-1139
  56. Zarit, S.H. et al. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980; 20:649- 655.
  57. HachinskiVc, Lassen Na, Marshall J. Multi-infarct dementia: a cause of mental deterioration in the elderly. *Lancet* 1974;2:207-210.
  58. 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.



## 2. Participación del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento en el Proyecto-Encuesta SABE

• Dra. María Esther Lozano Dávila • Dr. Javier Calleja Olvera

Subdirección del Programa de Atención al Envejecimiento, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

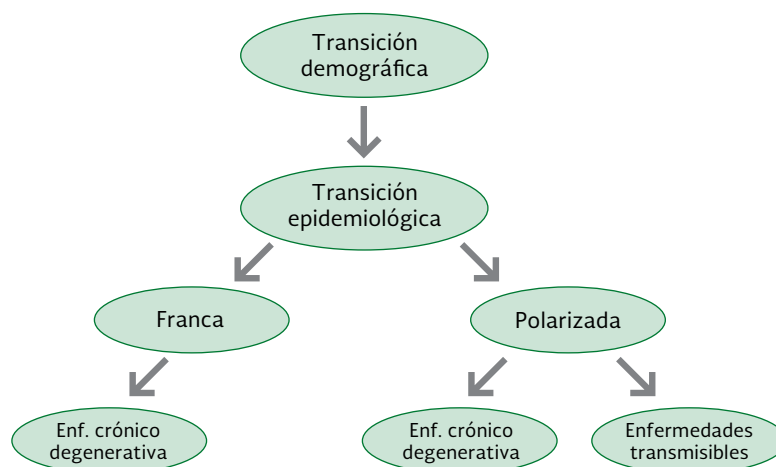
El envejecimiento es hoy en día, uno de los cambios más notables en la estructura de la población mundial. Los países desarrollados han experimentado desde hace décadas, las consecuencias de este cambio y han generado programas y estrategias para su atención; su eficiencia ha sido mostrada no solamente en los aspectos relacionados con las perspectivas social y económica, sino en 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 anterior favoreció a que se presentara un cambio paulatino en la cultura de las sociedades en relación al envejecimiento, además de que los organismos responsables de la atención a las personas adultas mayores, pudieron abordar en forma cuidadosamente planeada los aspectos prioritarios de este fenómeno. Sin embargo, el envejecimiento de los países desarrollados como los de la Unión Europea, Estados Unidos y Canadá, siguen representando, por su gran magnitud, una prioridad determinante que crece sin cesar; mientras que los países en desarrollo como los de América Latina y el Caribe, se han caracterizado por una extrema pobreza con desventajas para el desarrollo económico y social.

Los factores anteriores sumados a la inequidad (principalmente de género, donde las mujeres están en mayor desventaja), así como la coexistencia de enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles, hacen de México un país de epidemiología polarizada que coincide con una gran población de gente joven y la creciente población de personas adultas mayores. La cifra ha alcanzado ya un 8.5% de la población total.<sup>1,2</sup>

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

Figura 1. Tipos de transición epidemiológica.



Fuente: Programa de Atención al envejecimiento, Secretaría de Salud, 2013.

La creciente longevidad de la población, ha motivado que los aspectos sociales, económicos y de salud de las personas adultas mayores sean temas que preocupan a las autoridades, ya que se presentan como elementos clave para el desarrollo socioeconómico del país. Por ejemplo, la educación es un factor que influye sobre la calidad de vida de los pueblos.<sup>3,4</sup> En materia de personas adultas mayores, está comprobado que aquellos con un nivel de escolaridad mayor, responden 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; en el grupo de personas entre 15 a 19 años, la tasa de analfabetismo apenas alcanza un 3%; mientras que casi una tercera parte de personas adultas mayores es analfabeta (30.1%).<sup>5</sup>

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

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

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

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

Ante este panorama, las instituciones han realizado una serie de actividades en pro de este grupo de edad, pero hay que admitir que, a pesar de los esfuerzos en los servicios de atención, los resultados han sido limitados, así como los programas y actividades realizados. Lo anterior, impacta en la salud de la población mexicana adulta mayor. Por ejemplo, en la actualidad, aproximadamente el 60% viven en soledad y cada día disponen de menos recursos para su supervivencia.<sup>7,8</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 cómo el CONAEN ha observado y hecho un análisis del envejecimiento poblacional del país y su problemática en salud desde el inicio de sus funciones en 1999, hasta la fecha. Su estructura multidisciplinaria, interinstitucional e intersectorial ha logrado una experiencia acumulada en materia de Geriatria y Gerontología, que sirve de base para la implementación de planes de intervención en materia de salud pública y bienestar de este grupo poblacional. Dadas estas características, el CONAEN puede ser considerado como un paradigma a seguir por las naciones con características socioeconómicas y culturales similares a las de México.

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

### CONAEN: historia, funciones y su análisis en México.

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

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

médica, mientras que las otras realizan prioritariamente acciones de prestaciones sociales, lúdicas y culturales.

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

Es importante recalcar que las líneas de acción del CONAEN, se basan en la problemática en salud más común y trascendente para la población adulta mayor y, se centran en las entidades nosológicas de mayor relevancia como hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, alteraciones de la memoria, depresión, enfermedad vascular-cerebral, padecimientos prostáticos, enfermedad periodontal e incontinencia urinaria, por mencionar algunos.<sup>9</sup>

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

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

- Participación activa en la generación de políticas públicas en materia de atención a la población adulta mayor.
- Determinar y/o desarrollar estrategias operacionales para el control de las enfermedades.
- Llevar a cabo, en coordinación con otras instituciones del sector salud, la vigilancia epidemiológica y el desarrollo de estrategias operacionales de las enfermedades prevalentes.
- Difundir y establecer campañas de educación permanente en la comunidad para la prevención y detección temprana de las enfermedades prevalentes.
- Promover la capacitación de recursos humanos en la salud.
- Establecer modelos y líneas de investigación para el avance de la ciencia y tecnología, así como fomentar la búsqueda del financiamiento necesario.

- Facilitar la formación y dar seguimiento a las acciones de los subcomités estatales de atención al envejecimiento, en todas las entidades federativas de la República Mexicana.
- Coordinar las acciones con las instituciones y las instancias de los diferentes sectores de la sociedad, relacionados con la atención a este grupo poblacional.
- Contar con un órgano informativo para la difusión de las actividades y programas de los comités.
- Promover la participación de la comunidad y la familia en la atención del envejecimiento.

## Impacto del CONAEN

Con los datos antes proporcionados, el CONAEN toma como una de sus acciones inmediatas, realizar estudios tendientes a conocer la información sobre el estado de salud, bienestar y envejecimiento de la población adulta mayor y, en coordinación con la OPS/OMS, se acordó implementar en cada entidad federativa el Proyecto de Investigación denominado Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE),<sup>11</sup> que inició en el 2000 en la Ciudad de México y áreas conurbadas. El estudio se realizó con la información proporcionada por más de 26 mil personas adultas mayores y, se pretende se incremente la participación a medida que se sumen más entidades federativas. Por su impacto y relevancia, el estado de Yucatán fue el primero en replicar este estudio, el cual se encuentra terminado en un 100%. Posteriormente, a este logro se sumaron el Estado de México, Campeche, Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Morelos, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán. Otros estados siguen con diferente grado de avance.<sup>12</sup> (Ver figura 2)

**Figura 2.** Proyecto-Encuesta SABE en las Entidades.



Proyecto-Encuesta SABE en las entidades.

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

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

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

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

Debido a las acciones realizadas por el CONAEN, por primera vez el país cuenta con una “Política pública nacional de vacunación para la persona adulta Mayor,” con un esquema básico consistente en vacuna antiinfluenza, antineumocócica y toxoide tetánico-diftérico. Para medir el impacto, se está analizando la mortalidad por neumonías y se planteó como indicador, la reducción de la mortalidad en un 3% durante el período 2007-2012 en todo el sector.

Durante la temporada invernal 2006-2007, destaca la aplicación de 4 millones 578 mil 463 dosis de vacuna antiinfluenza (93.26% de la meta) y 1 millón 345 mil 840 dosis de vacuna antineumocócica (95.59% de la meta). Por último, en 2007-2008 la aplicación de 3 millones 428 mil 915 dosis de vacuna antiinfluenza (87.44%), para el el 2013 se aplicaron 6 millones 369 mil 226 dosis de vacuna antiinfluenza (90.0% de la meta) y 852 mil 950 (187.1% de la meta).

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

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

El grupo que integra el Comité, convencido de que la capacitación del médico de primer nivel de atención es la piedra angular para el diagnóstico y tratamiento adecuado de las patologías propias de esta edad,



se ha dado a la tarea de elaborar, reproducir y distribuir las guías de consulta para el médico de primer nivel de atención, tales como: Hiperplasia Prostática, Depresión y Alteraciones de Memoria, Incontinencia Urinaria, Odontogeriatría, Caídas, el Adulto Mayor y sus Mascotas, Centros de Día, Principios del Abordaje Gerontológico en la Persona Adulta Mayor e Intervenciones Básicas; y dos novelas gráficas para su distribución a las personas adultas mayores y su Familia, documentos que sin duda, sirven al médico para brindar una mejor atención a sus pacientes.<sup>13</sup> 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 las personas adultas mayores, en coordinación con instituciones de enseñanza superior del país y la OPS/OMS. Se están implementando, por otro lado, acciones encaminadas a mejorar los conocimientos acerca de los cuidados asistenciales en domicilio que deben proveer los cuidadores primarios a las personas con discapacidad física o mental.

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

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

### Subcomités Estatales del CONAEN

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

### Vinculaciones internacionales

Dentro de las actividades internacionales, el CONAEN ha trabajado estrechamente con la Oficina de Salud de Canadá, lo cual dio como resultado la “Guía para el Desarrollo de un Sistema Integral de Apoyo para el Envejecimiento”, obra traducida al español, inglés y francés.

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

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

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

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

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

## Referencia bibliográfica

1. Consejo Nacional de Población, “Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI”. 1ª Reimpresión, Mayo, 2005, México. p. 48-92.
2. OPS. Resumen del análisis de situación y tendencias de salud. Serial on line cited 2008 enero 30; available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf)
3. CEPAL. El envejecimiento y las personas de edad. Serial on line cited 2013, noviembre 19; available from: [http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/35915/P35915.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom\\_env.xslt](http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/35915/P35915.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_env.xslt)
4. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Sistema Internet de la Presidencia 2013. Serial on line, cited 2013, octubre, 29, available from: <http://pnd.gob.mx/>
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Principales Resultados del Censo de Población y Vivienda 2010. Serial on line 2013, cited: 2013, abril 8; available: [http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi\\_result/cpv2010\\_principales\\_resultadosIV.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/princi_result/cpv2010_principales_resultadosIV.pdf)
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Banco de Información INEGI, Sociedad u gobierno, Educación. Serial on line 2012, cited 2013, mayo 3; available: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biinegi/?ind=3108001001>

7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Banco de Información INEGI, Sociedad y Gobierno, Salud, Derechohabencia y uso de servicios de salud. Serial on line 2012, cited 2013, mayo 3; available: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biinegi/?ind=3108001001#S>
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Banco de Información INEGI, Sociedad y Gobierno, Empleo y relaciones laborales, Características del empleo de la población. Serial on line 2012, cited 2012, abril 11; available: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biinegi/?ind=3108001001#S>
9. Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Salud, Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. 1999, agosto, 12, N° 9, Tomo DLI: 19-20.
10. Dirección General de Epidemiología. Boletín de Envejecimiento Caminando a la Excelencia 2008-2012. Serial on line, cited 2012, mayo, 3; available: [http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig\\_epid\\_manuales/03\\_2012\\_Manual\\_Cam\\_Excelencia\\_11042013.pdf](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/03_2012_Manual_Cam_Excelencia_11042013.pdf)
11. Palloni A, Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Protocolo del Estudio Multicéntrico Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), en América Latina y el Caribe. Washington D.C. (EUA), abril 1999. p. 1-47
12. Lozano D.M.E., Calleja O.J.A., Investigación clinicoepidemiológica en envejecimiento: metodología del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en México. Rev.Soc.Peru.Med. Interna, 2011; Vol. 24, No. 4. Pp 186-196.
13. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Manuales DGAPP. Serial on line 2013, cited 2013, noviembre, 5; available: [http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/portada\\_manuales.html](http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_manuales.html)
14. Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. Acuerdos CONAEN 2008-2012

La  
tercera  
no es  
la vencida  
son los  
vencedores

**cuida** a los adultos **mayores**



Rectoría  
Institucional

DIIT



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

SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD



### 3. Participación del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en el Proyecto-Encuesta SABE Morelos

• Mtra. Dora Domínguez Bordes.

Coordinadora Estatal del Programa de Salud en el Adulto y el Anciano. Coordinadora General Estatal del Proyecto-Encuesta SABE Morelos.

El proceso de transición demográfica internacional y nacional, ha desencadenado un período de rápido envejecimiento poblacional. Para el año 2025, se espera que el número de personas mayores en todo el mundo superará los 1,200 millones, con casi 840 millones en los países de ingresos bajos.<sup>1</sup> En América Latina, son Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Uruguay y México los países que concentran dos tercios de la población adulta mayor en la región.<sup>2</sup> En México, en el año 2000, la población de 65 años y más representaba 4.6% de la población total y, según las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el 2050 será de 21.3% (27.5 millones de personas).<sup>3</sup>

El envejecimiento de la población en México se hizo más evidente a partir del siglo XX y, durante la primera mitad del siglo XXI éste será más notorio. Este envejecimiento demográfico forma parte de los cambios en la estructura de población, en donde el grupo de 65 años y más cobra relevante notoriedad y se proyecta un gran crecimiento para este siglo.<sup>4</sup>

Para el año 2010 la población total del Estado de Morelos ascendió a 1 millón 777 mil 227 habitantes, de los cuales 918 mil 639 correspondieron a mujeres y 858 mil 588 hombres. De este total, 191 mil 975 habitantes tienen 60 años y más de edad, lo que corresponde al 10.8% de la población total, ubicando a Morelos como un estado envejecido.<sup>5</sup>

Estos cambios en la dinámica demográfica del estado, harán necesaria la implementación de estrategias para atender las necesidades de este sector de la población, incluyendo el entorno social, cultural y familiar de un número creciente de personas adultas mayores que representarán un cambio sin precedentes en la historia de la entidad.<sup>6</sup>

Ante este panorama, es de suma importancia llevar a cabo acciones tendientes a la atención de las personas adultas mayores en las que participen instituciones tanto públicas como privadas. Por lo anterior, es necesario contar con un organismo colegiado y consultor a nivel sectorial e intersectorial, que coordine la implementación de estrategias con sustento científico en materia de envejecimiento, con la finalidad de contribuir al bienestar integral de este creciente segmento poblacional.

Así, sustentado en el Plan Nacional<sup>7</sup> y Estatal de Desarrollo 2001 – 2006<sup>8</sup> y con fundamento en la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Morelos,<sup>9</sup> se crea el Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en Morelos (COESAEM), con el objeto de contribuir a la prevención y control de las enfermedades de mayor prevalencia en las personas adultas mayores, así como desarrollar programas

de prevención oportuna. Éste se publicó en el Periódico Oficial Tierra y Libertad, Órgano del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Morelos, el día 15 de marzo de 2006.<sup>10</sup>

Como antecedente a la creación del COESAEM, el Plan Nacional de Desarrollo 1995 – 2000,<sup>11</sup> reconoce que el perfil demográfico del país ha sufrido una transformación radical, debido entre otras causas al efecto creciente de los programas preventivos de salud, lo que ha llevado a un crecimiento de los grupos de edad avanzada que se vincula con problemas de salud más costosos y de larga evolución, ante este panorama y con la necesidad de contar con una instancia que apoye 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 y más (Ver imagen 1), se crea el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN) en el año de 1999.<sup>12</sup>

Entre sus objetivos, está el establecer modelos de investigación, así como fomentar la realización de proyectos que permitan el avance científico y tecnológico en materia de envejecimiento además de promover la creación de comités estatales de atención al envejecimiento.<sup>12</sup>

En este punto, es indispensable aclarar que para la homologación de términos y, para el adecuado funcionamiento de las estructuras de operación de los diferentes consejos estatales en materia de atención al envejecimiento, el COESAEM es un homólogo de los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento (COESAEN), figura que tiene las mismas funciones del COESAEM, por lo que a partir de este momento de forma indistinta se puede hablar de COESAEM o bien de COESAEN Morelos, que para fines de la estructura de consejos de atención al envejecimiento a nivel nacional, son sinónimos.

El COESAEM funda sus acciones en el marco legal que tiene como documentos base:

- Acuerdo secretarial por el que se crea el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. Agosto, 1999.<sup>12</sup>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículos, 1º, 4º, 5º, 123º (apartado A y B).<sup>13</sup>
- Ley General de Salud, artículos 3º, 4º, 5º, 6º, 13º, 14º, 27º, 168º, 171º, 172º.<sup>14</sup>
- Programa Nacional de Salud 2001-2006.<sup>15</sup>
- Programa de Acción: Atención al Envejecimiento 2001-2006.<sup>16</sup>
- Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Aprobado por la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Viena 1982.<sup>17</sup>

Este Comité fue instalado el 31 de octubre de 2006, y lo integraron las siguientes dependencias gubernamentales:

- Secretaría de Salud del Estado de Morelos en la Presidencia.
- Subsecretaría de Coordinación Sectorial en la Vicepresidencia.
- Dirección de Atención a la Salud en la Secretaría Técnica.

- Dirección General de Servicios de Salud de Morelos en la Secretaría Auxiliar.
- Comisión para la Protección contra Riesgos Sanitarios
- Dirección General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud
- Jefatura del Departamento de Epidemiología de Servicios de Salud de Morelos en las vocalías.

**Imagen 1.** Acta de Instalación del COESAEM.

ACTA DE INSTALACIÓN PARA LA CONFORMACIÓN DEL COMITÉ ESTATAL DE ATENCIÓN AL ENVEJECIMIENTO CON EL OBJETO DE CONTRIBUIR A LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DE MAYOR PREVALENCIA EN ADULTOS MAYORES, ASÍ COMO DESARROLLAR PROGRAMAS DE PREVENCIÓN OPORTUNA. AL TENOR DE LO SIGUIENTE:

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2001 – 2006, refirió que sobre el futuro demográfico, el grupo de adultos mayores, registra una tasa de crecimiento insólita en la historia demográfica de México (de más del 3.7% anual), y podría alcanzar ritmos cercanos al 4.6% entre el 2020 y 2030, lo que implica que en tan sólo 15 años se duplicará la población inicial de este grupo de edad.

Por su parte el Plan Estatal de Desarrollo 2001 – 2006 coincide en el crecimiento de esta población, al señalar que se empieza a observar un crecimiento relativo del grupo de adultos mayores que, paradójicamente se vincula con problemas de salud más costosos, de larga evolución y difícil prevención, y que determina el factor de transición epidemiológica al coexistir la demanda de atención por problemas de enfermedades transmisibles y lesiones; por ello una prioridad del gobierno tanto federal como estatal, es proteger la vida y la salud de esta población por ser de las más vulnerables.

Que la transformación de la estructura por edades de la población tiene en el envejecimiento poblacional una de sus más claras manifestaciones y debido a que uno de los aspectos relevantes de las condiciones de vida de este sector es el relacionado con la salud, es necesario establecer programas preventivos que permitan a la población llegar a la vejez en buen estado de salud física y mental, así como unificar criterios para el control y atención de los padecimientos más frecuentes en los adultos mayores.

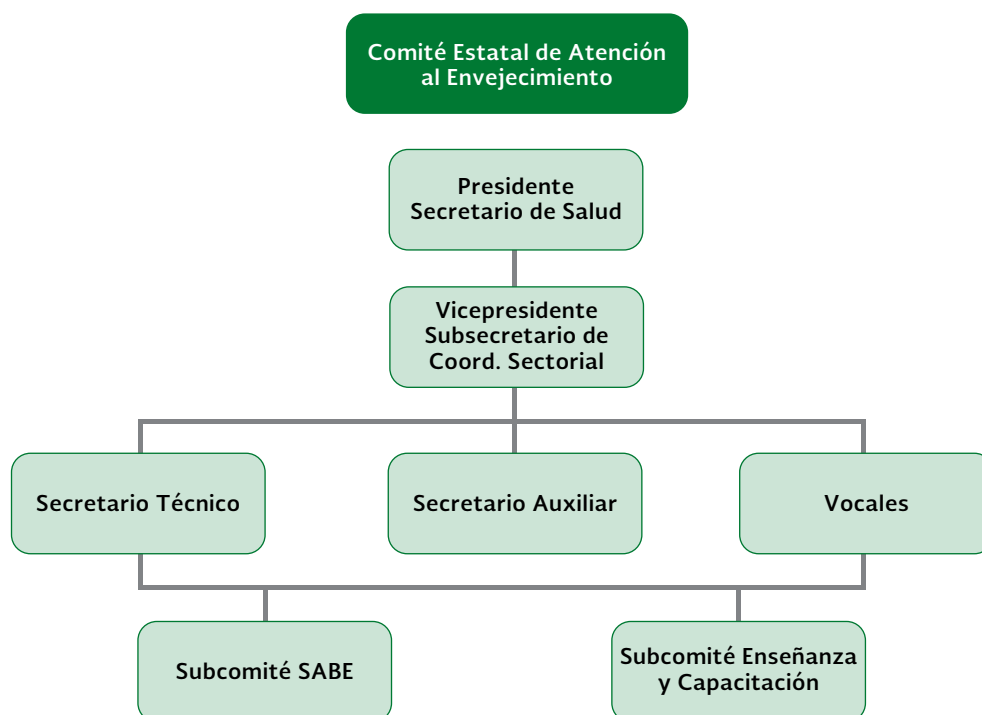
Que en virtud de lo anterior, se hace necesario llevar a cabo acciones tendientes a la atención de los adultos mayores en las que participen tanto las instituciones públicas como privadas, y con fundamento en el artículo 4 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del estado de Morelos, se expide el acuerdo para la creación del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento, el se integra por:

- I. Secretario de Salud en el Estado de Morelos, quien lo preside.
- II. El Subsecretario de Coordinación Sectorial, quien fungirá como Vicepresidente
- III. El Director de Atención a la Salud, quien fungirá como Secretario Técnico.
- IV. El Director General de los Servicios de Salud de Morelos, como Secretario Auxiliar.
- V. Director General del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, quien fungirá como vocal.
- VI. El Jefe del Departamento de Epidemiología de los Servicios de Salud de Morelos, como vocal.

EN LA CIUDAD DE CUERNAVACA, MORELOS, A LAS 11:30 HORAS DEL DÍA 31 DE OCTUBRE SE REUNEN LOS ABAJÓ FIRMANTES Y SE TIENE POR INSTALADO EL CONSEJO ESTATAL DE ATENCIÓN AL ENVEJECIMIENTO.

Acta de Instalación del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en Morelos (COESAEM).<sup>18</sup> 31 de octubre de 2006.

Figura 1. Estructura del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento: COESAEM.



En la misma fecha se establece el reglamento interno del Comité.

Entre los objetivos del COESAEN Morelos están:

- Promover acciones para lograr un envejecimiento normal
- Mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores del estado de Morelos
- Promover la cultura de envejecimiento activo entre la población general de la entidad.
- Fomentar la investigación geronto-geriátrica interinstitucional.

Desde su creación el COESAEN Morelos, se planteó dentro de sus lineamientos la realización de sesiones bimestrales y la participación interinstitucional en acciones en beneficio de la salud de las personas adultas mayores.

En octubre de 2007, se lleva a cabo la primera reunión del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento, presidido por el Secretario de Salud de la entidad, con la participación de autoridades de los Servicios de Salud de Morelos, la Subdirección del Programa Nacional para la Promoción, Prevención y Atención a la Salud de la Persona Adulta Mayor de la Secretaría de Salud Federal, de la Delegación Estatal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Delegación Morelos, Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores (INAPAM) Delegación Morelos, Delegación Federal del Trabajo en el Estado de Morelos y representantes de la Sociedad Civil.



En esta primera reunión, se enfatizó la importancia de analizar el perfil demográfico, el aumento en la esperanza de vida, sus implicaciones y la necesidad de unir esfuerzos para articular y diseñar programas intersectoriales y estrategias a favor de la salud de las personas adultas mayores. Se informó sobre las actividades que está llevando a cabo este Comité y presentación del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE),<sup>19</sup> con la finalidad de que éste se lleve a cabo en la entidad.

Derivado de esta primera sesión del COESAEM, se decide la realización del Proyecto-Encuesta SABE Morelos, iniciando con la instalación del Subcomité de Investigación SABE coordinado por los Servicios de Salud de Morelos a través del Programa Estatal de Salud en el Adulto y en el Anciano y con la asesoría permanente de la Subdirección del Programa Nacional para la Promoción, Prevención y Atención a la Salud de la Persona Adulta Mayor de la Secretaría de Salud Federal.

Para el año 2008, se inician las acciones para llevar a cabo el Proyecto-Encuesta SABE en el Estado de Morelos, con la participación de la Delegación Estatal del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Delegación Morelos, Zona Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Sistema DIF Morelos, Consejo Estatal de Población (COESPO), Delegación Federal del Trabajo en el Estado de Morelos, Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores (INAPAM) Delegación Morelos e investigadoras del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), encabezados por la Secretaría de Salud a través de Servicios de Salud de Morelos, dándoles a conocer el Protocolo SABE <sup>18</sup> en su versión original, con la finalidad de poder llevarla a cabo en Morelos. En el año 2010, se une a este Comité la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del estado de Morelos.

En el año 2010, se autorizó el recurso financiero por parte de la Dirección de Salud en el Adulto y el Anciano, a través la Subdirección de Atención al Envejecimiento, con la finalidad de llevar a cabo el Proyecto-Encuesta SABE Morelos. A este respecto, el Subcomité de Investigación SABE, con la participación de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM) y el Consejo Estatal de Población se dan a la tarea de implementar dicho proyecto. En mayo del 2011, se firma el convenio con la Facultad de Medicina de la UAEM, para llevar a cabo el levantamiento de la Encuesta SABE Morelos, la cual da inicio en diciembre del 2011 y finaliza el levantamiento en octubre del 2012.

Es el esfuerzo conjunto entre la Secretaría de Salud Federal, la Secretaría de Salud Estatal y las Instituciones participantes en el COESAEM, que se cristaliza este Proyecto convirtiéndolo en una realidad para la entidad y en beneficio de las personas adultas mayores, con los resultados plasmados en este libro.

Imagen 2. Instituciones Integrantes del COESAEM.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS**



Instituciones participantes en el Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en Morelos (COESAEM)

### Referencia bibliográfica

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Mantenerse en forma para la vida: necesidades nutricionales de los adultos mayores. Washington, D.C. 2004. Internet; consultado: 2013, mayo, 8. Disponible en: <http://publications.paho.org/product.php?productid=755&cat=0&page=1>
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). El envejecimiento de la población, 1950 – 2050., Boletín Demográfico. América Latina y el Caribe. Julio 2003, XXXVI N°72.

3. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población de México 2000 – 2050. Internet; consultado: 2013, mayo, 8. Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/De\\_las\\_Entidades\\_Federativas\\_2010-2050](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/De_las_Entidades_Federativas_2010-2050)
4. Consejo Nacional de Población. (CONAPO). Diagnóstico Socio-demográfico del envejecimiento en México. Serie de Documentos Técnicos. Internet; consultado: 2013, mayo, 8. Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Diagnostico\\_socio\\_demografico\\_del\\_envejecimiento\\_en\\_Mexico](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Diagnostico_socio_demografico_del_envejecimiento_en_Mexico)
5. INEGI. Censo General de población y Vivienda. 2010
6. Mundo F. La población adulta mayor en Morelos 2010. COESPO. Internet; consultado: 2013, mayo, 8. Disponible en: <http://coespomor.gob.mx/>
7. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2001 – 2006. Internet; consultado: 2013, mayo, 8. Disponible en: [http://bibliotecadigital.conevyt.org.mx/colecciones/conevyt/plan\\_desarrollo.pdf](http://bibliotecadigital.conevyt.org.mx/colecciones/conevyt/plan_desarrollo.pdf)
8. Gobierno del Estado de Morelos. Plan Estatal de Desarrollo 2001 – 2006.
9. Gobierno del Estado de Morelos. Ley Orgánica del Estado de Morelos. Internet; consultado: 2013, mayo, 8. Disponible en: <http://www.transparenciamorelos.mx/leyes/9.pdf>
10. Periódico Oficial “Tierra y libertad”, Cuernavaca, Mor., 15 de marzo de 2006.
11. Periódico Oficial de la Federación. México, D.F., 31 de mayo de 1995. Internet; consultado: 2013, mayo, 8. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/.../pnd/PND\\_1995-2000\\_31may95\\_decre.doc](http://www.diputados.gob.mx/.../pnd/PND_1995-2000_31may95_decre.doc)
12. Periódico Oficial de la Federación. México, D.F., 12 de agosto de 1999.
13. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Internet; consultado: 2013, mayo, 15. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>
14. Ley General de Salud. D.O. 7-02-984. Últimas reformas. D.O.F. 7-06-2012. Internet; consultado: 2013, mayo, 13. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
15. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. Acciones hoy, para el México del futuro. Internet; consultado: 2013, mayo, 13. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/docprog/Pns-2001-2006/PNS-completo.pdf>
16. Secretaría de Salud. Programa de Acción: de Atención al Envejecimiento 2001 - 2006. Internet; consultado: 2013, mayo, 15. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/envejecimiento.pdf>
17. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Viena, Austria. 1982. Internet; consultado: 2013, mayo, 15. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan\\_de\\_accion\\_internacional\\_de\\_viena\\_sobre\\_el\\_envejecimiento.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan_de_accion_internacional_de_viena_sobre_el_envejecimiento.pdf)
18. Acta de instalación del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en Morelos (COESAEM), 31 de octubre de 2006.
19. 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.



## 4. El papel de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos frente al envejecimiento poblacional de Morelos

• Dr. F. Rodolfo Gatica Marquina, • Dr. J. Rosario Santana Alquicira, • Dr. Víctor Manuel Sánchez Fernández.  
Facultad de Medicina UAEM

El envejecimiento poblacional, es el resultado del trabajo de las sociedades por la supervivencia de la humanidad. En su proceso, ha generado escenarios que representan uno de los desafíos más relevantes del siglo XXI en materia de desarrollo y demografía. La esperanza de vida, es el indicador que representa los esfuerzos realizados para distribuir los beneficios del desarrollo entre su población.

Durante el siglo XX, la población de México tuvo importantes cambios sociales, económicos y culturales, los cuales dieron lugar a la transición demográfica que, de acuerdo al comportamiento de sus determinantes, ésta se ha manifestado en un proceso de envejecimiento en la estructura por edad de la población. Tal transformación, inició en la década de los 30 con el descenso paulatino de la mortalidad, seguida por la reducción acentuada de la fecundidad a mediados de los setenta. La mortalidad disminuyó y aumentó la esperanza de vida. De esta manera, la combinación de una esperanza de vida cada vez mayor y una fecundidad en continuo descenso, ha provocado que la proporción de personas de 60 años y más se haya incrementado en las décadas recientes.<sup>1</sup>

De acuerdo al INEGI en el 2012, la población de mayores de 60 años en Morelos representó el 10% de la población total. La esperanza de vida de las mujeres (78.9 años) es superior al 5 %, en comparación con la de los varones (73.9 años). El promedio en ambos sexos, fue de 76.4 años y podría aumentar a 81 a mediados de este siglo. <sup>2</sup> Las generaciones nacidas entre 1960 y 1980, son la que cuentan con los registros más altos en Morelos, e ingresarán al grupo de 60 años y más a partir del 2020. Esto se verá reflejado en el aumento de las proporciones de los adultos mayores en las próximas décadas y mantendrá su proporción de 94 hombres por cada 100 mujeres; este hecho implica que un hijo podría llegar a mantener a sus dos padres y cuatro abuelos. <sup>3</sup> Esto tendría incidencia en ámbitos tan críticos como la educación, la salud, la vivienda y los espacios públicos.

Las transiciones económicas y políticas que ocurrieron en nuestro país a partir de los años 30 del siglo pasado, marcaron un comportamiento de los determinantes en el proceso de transición epidemiológica de la población en México y en Morelos y, explican las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los grupos de personas mayores de 60 años respecto a la inequidad de acceso a los servicios de salud.

La facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, para el cumplimiento de su función en la atención de las personas adultas mayores, estudia los determinantes de daños a su salud y establece estrategias de formación profesional en su licenciatura y su posgrado, así como de la capacitación en educación permanente.

Entre los determinantes de la salud en las personas adultas mayores en Morelos que tendrían que ser estudiadas, tenemos a la educación ya que la población de analfabetas de acuerdo al INEGI 2010 sumaban poco más de 42 mil, que representan un 24% del total. Los grupos de menor edad, mostraban un porcentaje menor de analfabetismo respecto a su total de edades, de tal manera que el de 60-64 años solo tenía un 15% de analfabetas y el de 85 y más un 36%.<sup>4</sup>

De los determinantes económicos, tenemos que la generalidad de la población económicamente activa (PEA) corresponde a la población joven. Las empresas contratan preferente o únicamente a personas que tienen cierto límite máximo de edad. Quienes trabajan por su cuenta, son desde jóvenes hasta gente adulta mayor. Sin embargo, ésta última se ve condicionada por su edad o salud para no pertenecer a la PEA. De acuerdo al INEGI 2010, en Morelos había un total de 59 mil 220 personas adultas mayores que declaraban ser parte de la PEA, cantidad que representaba el 33% del total de personas adultas mayores. Es importante mencionar que no todos son pensionados o jubilados. Quienes sí lo eran apenas sumaron poco más de 30 mil, que son solo un 16% del total.<sup>4</sup>

El proceso de urbanización del país, impulsado por el Estado a partir de 1940, con la industrialización aún se mantiene y ha provocado una fuerte migración interna en el territorio. Como ejemplo de lo anterior y de acuerdo a la información del INEGI 2010, en 2009, 19.8 millones de personas residían en una entidad distinta del lugar de origen; de éstos, el 16.0 por ciento tenía 60 años y más. En este mismo sentido, se destaca que tres de cada diez personas adultas mayores, 29.8 por ciento, vive fuera de su lugar de nacimiento. La migración tiene secuelas en la estructura por edad de la población, ya que se advierte un envejecimiento relativo de las localidades rurales, debido a los flujos migratorios de las comunidades de origen a los centros urbanos, en búsqueda de actividades económicas más rentables y con mejores condiciones de vida.<sup>4</sup>

La pérdida poblacional en edades productivas en Morelos, combinada con los patrones de fecundidad y mortalidad prevalecientes en las localidades con menos de 2 500 habitantes, propicia que por cada 100 residentes en edades productivas, de 15 a 59 años, existan 18 adultos de 60 años y más, mientras que en las ciudades de 100 mil y más, esto es de 15 por cada cien según datos del COESPO Morelos 2010.<sup>5</sup>

De la integración familiar como determinante de la salud, éste ha sido alcanzado por el fenómeno del envejecimiento de las personas en Morelos, como producto del aumento en la expectativa de vida y de la disminución en el tamaño de los hogares, así como la incorporación de las mujeres a la vida productiva. Esto ha determinado que las redes familiares y la diversificación del apoyo relacionado con el número de integrantes de la familia estén disminuyendo, lo que también implica una reducción en el número de cuidadores potenciales que podrían tener las personas adultas mayores dificultando que la estructura familiar continúe siendo un determinante positivo en el cuidado de la salud de sus integrantes con manejos terapéuticos e intervenciones sanitarias exitosos.<sup>6</sup>

Los cambios generados en la familia, también se manifiestan en nuevos estilos de vida a través de cambios en las conductas, actitudes, hábitos y prácticas compartidas por sus miembros que actúan sobre sus relaciones, posiciones y roles.

El envejecimiento incluye todos los cambios intrínsecos, progresivos graduales y deletéreos que experimenta el organismo en función del tiempo transcurrido, que inician con la concepción y finalizan con la muerte. Sin embargo, el envejecimiento es un proceso de la vida, que no es sinónimo de enfermedad, aunque muchas patologías inician en etapas tempranas de la vida y persisten al llegar a la vejez.

En el estado de Morelos como en el resto de las entidades de nuestro país, el fenómeno de las transiciones epidemiológica y demográfica han sido determinadas por las transiciones políticas y económicas, generando la polarización de las patologías en las personas adultas mayores. Por un lado, se presenta un rezago en la atención de las enfermedades transmisibles y por otro, un aumento significativo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

Las ECNT son frecuentemente de larga duración y su manejo terapéutico implica en la mayoría de los casos, hospitalizaciones prolongadas y recurrentes, así como el uso de tecnologías y medicamentos costosos, sin que necesariamente se prolongue la vida del individuo o la calidad de la misma. La historia natural de estos padecimientos puede ser intervenida de modo que se puede cambiar el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia y complicaciones, por lo cual deberán detectarse y atenderse de manera oportuna.<sup>7</sup>

De acuerdo al INEGI/Servicios de Salud Morelos, las causas de mortalidad de la población adulta mayor en Morelos para el 2010, guardan diferencias tanto en tipo como en porcentaje a la población adulta joven, y vemos que la primera causa son enfermedades del corazón (33%), seguida de la diabetes con un 23% y, en tercer lugar los tumores malignos con un 21% y que juntos significan el 77% de la mortalidad. Asimismo, la población adulta mayor de 60 años se enferma de Infecciones respiratorias agudas, seguida de infecciones de vías urinarias e infecciones intestinales. Cabe hacer mención que las mujeres se enferman más frecuentemente que los hombres con una relación de 2 a 1 pero los hombres fallecen en mayor número y a más corta edad.<sup>4,7</sup>

De acuerdo al INEGI/Servicios de Salud Morelos, en 2010 del total de egresos hospitalarios, el 17.8% ocurrieron en personas de 60 años y más, y de éstos, 40% entre la población de 65 y 74 años. Así, la principal causa de egreso hospitalario para la población adulta mayor de 64 a 74 años, se debe a insuficiencia renal crónica. Otros padecimientos de egreso hospitalario que cobran importancia para la población adulta mayor son el crecimiento prostático en los hombres y las caídas en las mujeres cuya recuperación es lenta debido a otras afecciones como osteoporosis. Otras enfermedades propias del proceso de deterioro biológico como déficit auditivo o anemia, la depresión y el deterioro cognoscitivo, son padecimientos que requieren de igual manera, especial atención, principalmente en su manejo, pero también porque involucran muchos recursos emocionales, económicos y sociales, tanto de su familia como de los cuidadores.<sup>4,7</sup>

De acuerdo al INEGI 2010, las personas adultas mayores discapacitadas en Morelos, son 39 mil, y muestran una cierta hegemonía en la cantidad respectiva por grupos quinquenales de edad; el grupo mayor es el de 70 a 74 años (un 18%) seguido del grupo de 75 a 79 años con un 17% y, en tercer lugar, el de 60 a 64 años con un 16%.<sup>3</sup>

El crecimiento del envejecimiento de la población en Morelos, requiere del diseño y establecimiento de medidas de prevención y control que permitan atender con esquemas de manejo integrado, las enfermedades de mayor prevalencia en este grupo de edad y sus futuras complicaciones. Asimismo, se requiere de personal capacitado que responda a las demandas de una población más envejecida en el estado.

El efecto de las transiciones en el comportamiento epidemiológico, así como en los estilos de vida de la población adulta mayor presentan un escenario en el que los determinantes juegan un papel importante para el proceso de envejecimiento de la población en Morelos, motivo por el cual la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, como institución formadora de recursos humanos para la salud, establecerá las estrategias relacionadas con su función a efecto de enfrentar el reto.

Actualmente, nuestra universidad cuenta con 43 licenciaturas, 38 posgrados, 27 unidades académicas, 5 centros y 2 unidades de investigación ubicadas en 3 campus y 4 sedes universitarias instaladas en los diferentes municipios del estado, dando apertura a la formación de recursos humanos en áreas que competen principalmente a la salud y el bienestar de las personas adultas mayores, así tenemos que las Facultades de Psicología, Enfermería, y Comunicación Humana, han implementado para la formación de sus recursos humanos en su etapa básica, asignaturas relacionadas en el conocimiento de la psicología y psicopatología del adulto, patología del lenguaje en adultos, Terapéutica del lenguaje en Adultos y Orientación Familiar entre otros temas.

De manera específica, la Facultad de Medicina, a través de espacios de reflexión y aprendizaje que le permiten al alumnado reconocer la importancia de integrar el conocimiento de las ciencias biológicas con las ciencias sociales para el estudio del fenómeno salud-enfermedad como un hecho histórico-social y su relación con el envejecimiento de la población en Morelos.

El producto de la integración, es a través de la realización de estudios de necesidades y problemas de salud de la población adulta mayor a nivel local, regional y nacional. Identificando sus determinantes y los requerimientos para su atención, especialmente en grupos vulnerables y de marginación social y que le permita en su actuación profesional realizar un trabajo de manera ética, con actitud de servicio y compromiso social, aplicando el principio de equidad y respeto a los valores que integran la diversidad cultural de las comunidades, siempre matizando el ejercicio de su actividad profesional con humanismo y actuando apegado estrictamente a las normas éticas, legales y socialmente reconocidas.<sup>8</sup>



### Imagen 1. Facultad de Medicina, UAEM.



Fachada principal de la Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM)

Si bien es cierto que se están realizando una serie de investigaciones en diferentes sectores en este grupo de edad, también lo es la insuficiencia de las mismas y su falta de aplicación respecto al comportamiento de los determinantes en el estado de Morelos, lo que ha impedido generar políticas en materia de envejecimiento así como de su investigación.

En este sentido, la Facultad de Medicina se integra al programa que la Secretaría de Salud en apoyo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) están unificando esfuerzos para contar con información veraz, oportuna y representativa con la aplicación de encuestas de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE).

Es vital, contar con información sectorizada y regionalizada respecto al comportamiento social y epidemiológico de las personas adultas mayores, ello permitirá contar con información confiable, oportuna y de calidad que sirva para la realización de políticas y programas en pro de un envejecimiento saludable en Morelos. Nuestra participación tiene un objetivo claro ya que pretendemos coadyuvar en la generación de una cultura de vida saludable aplicando la ciencia, la tecnología, la educación y la cultura.

El uso de la información, producto de la aplicación de las encuestas, permitirá a la Facultad de Medicina y a las unidades académicas en salud de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, generar líneas de investigación que aborden el estudio de los determinantes para la salud-enfermedad de las personas adultas mayores mediante la utilización de conocimientos y herramientas autogeneradas y generadas mediante acuerdos interinstitucionales.

La Facultad de Medicina, integrará en sus planes de estudio de la licenciatura de médico cirujano conceptos básicos de atención integral de la persona adulta mayor y su papel en el proceso de envejecimiento poblacional del estado. Asimismo, diseñará de acuerdo al comportamiento epidemiológico, antropológico, social y cultural entre otros determinantes, programas en el posgrado que atiendan de manera integral el proceso de salud-enfermedad con énfasis en el maltrato, discriminación, autocuidado, reinserción social, disfuncionalidad, discapacidad, justicia, equidad, respeto y seguridad entre otros. Asimismo, promoverá la educación permanente como estrategia sanitaria para la actualización de los recursos humanos para la salud, cuyo ámbito de trabajo incida con el cuidado, autocuidado y desarrollo pleno de este grupo etario.<sup>9</sup>

Lo anterior, fundamenta la necesidad de continuar con la preparación de los profesionales de la salud que tendrán la posibilidad de establecer las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación que la población adulta mayor requiera en Morelos.

### Referencia bibliográfica

1. Aspectos socio médicos del envejecimiento en México. Rafael Lozano/ Editorial siglo XXI.
2. Consejo Nacional de la Población /Distribución de los adultos mayores ocupados por situación en el trabajo, sexo y entidad federativa
3. Censo de Población y Vivienda 2010 / Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. -- (2011). Cuestionario básico. Consulta interactiva de datos. México, INEGI.
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática / Anuario de estadísticas por entidad federativa 2010.
5. Consejo Nacional de la Población / Envejecimiento: Índices demográficos para adultos mayores por entidad federativa 2010.
6. Tuirán, Rodolfo. Desafíos del envejecimiento demográfico en México, en: El envejecimiento demográfico en México: retos y perspectivas(1999)..
7. Dirección de Planeación y Evaluación /Departamento de Estadística/ Morelos mortalidad 2010- aspectos relevantes - / boletín estadístico núm. 14
8. Modelo Universitario / Dimensión: Vinculación y Comunicación con la Sociedad, Universidad Autónoma del Estado de Morelos. 2010.
9. Plan Institucional de Desarrollo 2012-2013, Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Capítulo 12 Vinculación.

## 5. Etapas del desarrollo operativo de la Encuesta SABE Morelos, ajustes específicos

Mtra. en Geriátría Dora Domínguez Bordes<sup>1</sup>, Dr. Víctor Manuel Sánchez Fernández<sup>2</sup>,

1. Coordinadora Estatal del Programa de Salud en el Adulto y el Anciano/Coordinadora General Estatal Proyecto-Encuesta SABE Morelos. 2. Coordinador de Ciclo Básico de la Facultad de Medicina (UAEM)/Coordinador Técnico por la UAEM del Proyecto-Encuesta SABE Morelos

El cambio en el perfil demográfico de México, incluido el del estado de Morelos, crea exigencias no solo para las familias que tienen personas adultas mayores, sino también para las instituciones gubernamentales que brindan apoyos sociales y de atención a la salud.

El crecimiento de este grupo etario en Morelos, que pasó de 4.4% en el año de 1990 al 10.8% en el 2010, trae nuevos retos y desafíos no solo en materia económica sino en el plano social, político, asistencial, legal y en la demanda de servicios de atención a la salud.<sup>1</sup>

El objetivo de la Encuesta SABE Morelos fue reproducir el estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>2</sup>, llevado a cabo en zonas urbanas de siete países de Latino América incluida la Ciudad de México, con la finalidad de obtener información sobre el perfil sociodemográfico y epidemiológico específico de la población adulta mayor, que permita la actualización de los programas de atención a la salud y la propuesta de políticas públicas en todos los ámbitos dirigidas a ellos. Por lo anterior, los Servicios de Salud de Morelos (SSM), con la coordinación, financiamiento y la asesoría de la Subdirección del Programa Nacional para la Promoción, Prevención y Atención a la Salud de la Persona Adulta Mayor del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, llevaron a cabo las acciones para su implementación en Morelos.

Como una primera etapa, se revisó el Protocolo SABE de la OPS, con la finalidad de evaluar su aplicación en las personas adultas mayores de Morelos, concluyendo que no se requirió de adecuación alguna.<sup>2</sup>

En una segunda etapa, se eligieron los municipios en donde se aplicó la encuesta, seleccionando a Cuernavaca y Jiutepec debido a que son dos municipios que concentran el mayor número de personas adultas mayores en la entidad (29.7%)<sup>1</sup>. Se analizó la población de éstos, por grupos etarios y por sexo para así determinar el tamaño de la muestra.

De la revisión de los datos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y del Consejo Estatal de Población (COESPO), se obtuvo la prevalencia de la población de 60 años y más determinando el porcentaje de los grupos etarios incluidos, obteniendo una prevalencia del 10% de la población a encuestar. (Tabla 1).

**Tabla 1.** Población por grupos quinquenales y sexo de los municipios de Cuernavaca y Jiutepec.

Grupo de edad	Cuernavaca hombres	Cuernavaca mujeres	Jiutepec hombres	Jiutepec mujeres	Total
60 – 64	5758	6697	2544	2668	17667
65 – 69	4333	5383	1787	2069	13472
70 – 74	3159	4233	1156	1492	10040
75 – 79	2189	3131	768	1020	7108
80 – 84	1454	2136	469	645	4704
85 y más	1180	1905	361	565	4011
Total	18073	23385	7085	8459	57002

Fuente: INEGI Censo de Población y Vivienda 2010.

Debido a que en el estado existe una sobrepoblación de personas adultas mayores de 85 años rebasando el total de la muestra, se realizó un sobre-muestreo parcial.

Para calcular el tamaño de la muestra de cuestionarios a aplicar, para cada zona, se consideraron los parámetros de intervalo de confianza al 95%, un error máximo permitido de  $\pm 5\%$ , la fórmula utilizada fue la siguiente:

$$N = Z_2 pq$$

$$d_2$$

n = población

$Z_2$  = puntuación estándar correspondiente a la probabilidad de riesgo especificado en este caso con un riesgo de  $\alpha = 0.05$   $Z = 1.96$

Significancia: 0.05 (95%)

Error =  $\pm 5$

El total de la muestra es de 1 382 personas, con el ajuste por pérdidas es de 1,380 personas y, el sobre-muestreo en personas adultas mayores de 85 años es de 396 haciendo un total de 1,776 encuestas.

$$P0.10$$

$$Q00.90$$

$$Z \alpha = 3.8416$$

$$d_2 = 0.05_2$$

$$N = 1,96_2 (0.10)(0.90) = \frac{(0.09)(3.8416)}{0.0025} = 0.3457 = 1382 \text{ encuestas}$$

Con ajuste: n = 1380

Más el sobre-muestreo nos da un total de 1776 encuestas. (Ver tabla 2)

**Tabla 2.** Total de población por grupos quinquenales y por sexo.

Grupo de edad (años)	Observado		Total	Observado		Total	Sobremuestreo (1.5%)		Total
	H	M		H	M		H	M	
60-64	8302	9365	17667	186	206	392	186	206	392
65-69	6120	7352	13472	150	174	324	150	174	324
70-74	4315	5725	10040	114	138	252	114	138	252
75-79	2957	4151	7108	72	100	172	108	150	258
80-84	1923	2781	4704	44	72	116	66	174	240
85 y más	1541	2470	4704	44	60	104	132	178	310
			<b>57002</b>			<b>1359</b>			<b>1776</b>

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010, Morelos.

Se tomaron los dos municipios urbanos considerando Cuernavaca y Jiutepec debido a que la división entre un municipio y otro es una línea imaginaria, como una sola población.

Para homologar las acciones, llenado de cada uno de los cuestionarios y estandarización de los encuestadores, personal de la Subdirección del Programa Nacional para la Promoción, Prevención y Atención a la Salud de la Persona Adulta Mayor del CENAPRECE, impartió el curso de capacitación dirigido al equipo de supervisión y encuestador, conformado por personal y alumnos de la Facultad de Medicina de la UAEM.

Al final de la capacitación, se llevó a cabo la prueba piloto en una población cautiva de personas adultas mayores, residentes en la Casa de Día de la Colonia CIVAC del pueblo de Tejalpa, perteneciente al municipio de Jiutepec, con el fin de cronometrar los tiempos por encuesta y la sincronía de los encuestadores asignados en parejas.

La tercera etapa fue el levantamiento de la encuesta, que estuvo a cargo de la Facultad de Medicina de la UAEM.

La prevención como eje rector del sistema de salud en el estado, es la tarea principal de los Servicios de Salud de Morelos, un Organismo Público Descentralizado de la Secretaría de Salud, dedicado a la operación de programas preventivos, así como a la atención médica y a la protección contra riesgos sanitarios. Al igual que nuestra responsabilidad por llevar servicios de salud a la población morelense, sabemos del compromiso del gobierno federal y estatal con la transparencia de la información.<sup>3</sup>

La primer consideración que implicó a la UAEM al inicio del presente proyecto, fue la decisión de la participación de la Facultad de Medicina, ya que era inviable la contratación de servicios especializados en la recolección de información, se decide la participación de una Institución involucrada con los servicios de salud y se invita a la Facultad de Medicina, la cual aceptó con agrado.

En reunión de los directivos de la Facultad de Medicina, se valora la participación de los alumnos, siendo los alumnos de semestres avanzados los que se consideran más aptos y convenientes para el desarrollo del proyecto, ya que son los que pueden tener conocimientos suficientes para enfrentarse a las problemáticas en salud que pueden presentar las personas adultas mayores a incluir en el proyecto. Se aclara que no se realizará consulta alguna, no se dará orientación médica o de salud, no se realizarán comentarios en relación a la salud o situación de las personas adultas mayores, pero por su experiencia en rotaciones, son los alumnos que se encuentran en ciclo clínico los que pueden tener mejor apreciación y aprovechamiento del proyecto. De igual manera, se considera la participación de las alumnas de la licenciatura en nutrición.

El primer contratiempo, se encuentra al establecer las bases legales para la participación y relación de la UAEM y los SSM. En primera instancia, se pretende asimilar el convenio que logran los Servicios de Salud y universidades de otros estados, lo cual implicó una serie de reuniones que permitieran revisar las bases y contenido de dicho convenio. Una vez concluido, se presenta a revisión a los respectivos Departamentos Jurídicos de ambas instituciones, con los correspondientes acuerdos.

Se presenta entonces un retraso considerable, al ser rechazado el acuerdo por el Departamento Jurídico de los SSM ya que menciona, no puede ser establecido un acuerdo de tipo convenio, por lo que se cambia por un Contrato Legal de Prestación de Servicios, realizando la firma del mismo, a los 31 días del mes de mayo del 2011. En el contrato se especifica que los SSM deberán proporcionar capacitación a los alumnos participantes en el proyecto; cabe mencionar que esta capacitación fue responsabilidad del personal de la Subdirección del Programa Nacional para la Promoción, Prevención y Atención a la Salud de la Persona Adulta Mayor.

Se realiza una convocatoria para registrar a las y los alumnos participantes, contando con una amplia respuesta. Alentados por el interés del alumnado de ambas licenciaturas, se procura programar la capacitación. Por diversos contratiempos, se realizó la misma en diciembre del 2011 y se da inicio al proyecto en los primeros días de enero del 2012.

A efecto de llevar un adecuado desarrollo del proyecto en el estado, se eligen como coordinadores para la supervisión y vigilancia, por parte de los Servicios de Salud de Morelos, se designa como responsable a la Dra. Dora Domínguez Bordes (Coordinadora del Programa del Adulto y del Anciano), y al Dr. Omar Romero Díaz, (Responsable del Programa de Envejecimiento y Riesgo Cardiovascular).

Por su parte, la UAEM y la Facultad de Medicina, designan como responsable directo, al Dr. F. Rodolfo Gatica Marquina, Director de la Facultad de Medicina y al Dr. Víctor Manuel Sánchez Fernández, Coordinador de Ciclo Básico de la Facultad.

Para el desarrollo y levantamiento de las encuestas, se capacitan a 22 alumnas y alumnos, que se organizan en 10 parejas y 2 alumnos supervisores, quienes presentaron una activa y comprometida participación.

Para la selección de las personas que integrarán la muestra de población en estudio, se cuenta las AGEBS de Cuernavaca y Jiutepec, determinando la muestra que se debería realizar por AGEB.

Acorde al Protocolo SABE, la muestra de la población debe cumplir varios criterios, mismos que se procuran incluir en la selección de la muestra seleccionada.

Los criterios incluyen preseleccionar una casa y determinar si en ella se encuentra una persona que cumpla con los criterios para ser incluida en el proyecto. principalmente estos criterios definen que la persona sea de 60 años o más, de edad cumplida, solo 1 persona por casa y en caso de contar con más de 1 casa en el lugar seleccionado, incluir en el proyecto a 1 persona de solo 1 casa.<sup>4</sup>

Para el cumplimiento de estos criterios, se determinan en forma secuencial por AGEB, el realizar 4 ó 5 encuestas para personas de 60 a 64 años en Cuernavaca y 6 o 7 en Jiutepec, y 15 o 16 encuestas a personas de 65 y más años de edad en Cuernavaca y 12 o 13 en Jiutepec, alternando en forma secuencial, AGEBS en los que se realizaría la encuesta.

Esta determinación inicial no resultó viable, ya que al solo realizar la asignación de AGEBS a incluir en el proyecto en forma secuencial, no se realizó un análisis real de la población que en estas zonas se encuentra, por lo que nos encontramos con varios puntos problemáticos:

- AGEB en los que se registran una alta cantidad de personas de 60 años o más (hasta 1671), sin que se asignaran entrevistas en el área.
- AGEB en los que se registran pocas personas que podrían ser integradas en las muestras del Proyecto, pero se solicitaban varias encuestas. En este punto, se detectaron AGEB en las que incluso se registraban solo 3 personas en el padrón y se programaban 16 encuestas.
- La población en Morelos es altamente fluctuante, lo que a su vez genera migración interna y externa debido a:
  - o Fuentes de trabajo.
  - o Desarrollo de infraestructura.
  - o Disponibilidad de servicios.
  - o Al ser ciudades de interés turístico, muchas personas vienen solo en periodos vacacionales o fines de semana, aun cuando tienen registrada como permanente o principal, su residencia en la localidad.
  - o Por su clima, Cuernavaca y sus alrededores (Jiutepec y Temixco principalmente), cuentan con un alto gusto para residir por las personas adultas mayores, sin embargo, sus familiares residen en un lugar diferente, sea en la localidad u otra diferente, incluso fuera de la entidad, y es frecuente que los adultos mayores tengan periodos de permanencia con sus familiares.
  - o Las personas adultas mayores también aprovechan los periodos vacacionales o fines de semana para visitar familiares.
  - o Por su estado de salud, es frecuente que también se encuentren en visitas médicas, estudios

de laboratorio, asistiendo a consultas o procedimientos de especialidad, en unidades médicas fuera de la localidad.

Para el cumplimiento del proyecto, se determina que:

- Solo se podrá incluir en el proyecto a 1 persona por domicilio.
- Las personas deberán tener 60 años cumplidos o más, al momento de la encuesta.
- Se excluirán del proyecto a los establecimientos asistenciales.
- Se excluirán del proyecto a las personas que residiendo en un domicilio seleccionado, cuenten con registro en un lugar diferente. De igual manera, se excluyen a personas que no residan en el domicilio seleccionado.
- La selección de las personas y domicilios se realizará en forma aleatoria al azar, en una colonia/ AGEB.
- No se podrán realizar encuestas en establecimientos de salud, sean consultorios, centros de salud, clínicas, Hospitales o algún otro similar.
- Para evitar la exclusión de personas internadas o que no puedan movilizarse, no se realizarán eventos destinados a la concentración de personas adultas mayores para incluirlos en el proyecto.
- No se realizarán más de 5 encuestas en las personas de 60 a 64 años de edad, ni más de 16 en el grupo etario de 65 años y más, por colonia/AGEB.
- En el caso que en el domicilio seleccionado no se encuentren personas que cumplan los criterios para su ingreso al Proyecto, o en el caso que no se logre convencer a las personas para su participación, se tomará un domicilio aledaño.

Cabe hacer mención, que por la inseguridad presentada durante los últimos años en la entidad, nos encontramos en la necesidad del último punto, ya que por un alto temor a asaltos o secuestros, las personas adultas mayores (o los familiares) se negaban a proporcionar información económica o definitivamente, se negaban por completo a la atención de los alumnos participantes en el proyecto.

Para la selección de las y los encuestadores, se tomaron como únicos criterios, el ser alumnos y alumnas regulares de la Facultad de Medicina (licenciaturas de médico cirujano o nutrición), poder ser localizables en domicilio y teléfono y contar con compromiso e interés por el proyecto.

Se requirió de una entrevista con los coordinadores del proyecto y posterior a ella y su aceptación, a la capacitación para el uso del equipo de informática, así como del equipo médico y antropométrico.

La capacitación de los participantes iniciales, estuvo a cargo del personal de la Subdirección del Programa de Atención al Envejecimiento y de los SSM, durante el transcurso de 4 días, con un horario de 9 a 14 hrs. en los cuales se contó con la participación de médico geriatra y una L.E.O. especialista en el anciano y un día a cargo del personal de la empresa de servicios informáticos, para la capacitación en la tecnología informática y manejo de los equipos de cómputo.



Por cuestiones escolares, familiares o simple decisión personal, varios participantes manifestaron su determinación de dejar el proyecto, por lo que fueron necesarias nuevas capacitaciones en marzo, junio y agosto, las cuales quedaron a cargo de los coordinadores del proyecto, en la Facultad de Medicina. De igual manera, los alumnos que inicialmente se habían determinado como supervisores de avance, se integraron como equipo de trabajo.

Con todo lo anteriormente descrito, en todo momento se contó con la participación de 20 personas integradas en 10 equipos de trabajo. En los equipos subsecuentes, se contó con participación de alumnas y alumnos de la licenciatura de Médico Cirujano de todos los semestres (1° al 8°) y MPSS (médico pasante en servicio social), así como alumnas de la licenciatura de nutrición de 2° y 4° semestre.



Imagen 1. Presentación del proyecto, durante la capacitación inicial Facultad de Medicina, UAEM, diciembre de 2011.

Al concluir la capacitación inicial, se realizó una prueba piloto en una Casa de Día en la Colonia CIVAC, Tejalpa, Jiutepec, donde los equipos participantes pudieron realizar encuestas de prueba a personas reales (dichas encuestas quedaron excluidas del Proyecto). Al final de cada capacitación posterior, se realizaron encuestas a los mismos alumnos, con datos de personas adultas mayores ficticios, como ejercicio de aplicación y verificación de uso adecuado del equipo.



Imagen 2. Prueba piloto en las instalaciones de la Casa de Día en la Colonia CIVAC, Tejalpa, Jiutepec, Morelos. Alumnos de la Facultad de Medicina, UAEM, diciembre de 2011.

Cabe hacer mención que, cada equipo participante al inicio, en el registro y captura de la información era bastante prolongado de hasta 150 min. mismos que lograron reducir con la práctica a tiempos sorprendentemente cortos: menos de 40 minutos por entrevista. Pese a ello, el mayor tiempo se registró en la labor de convencimiento de las personas a las que se pretendía integrar en las entrevistas del proyecto.

Para el adecuado desarrollo del proyecto y mejorar la aceptación por la población seleccionada, se indica a las y los alumnos participantes en la recolección de información que deben realizar las encuestas y visitas, con el uniforme completo de la Facultad de Medicina, portando en todo momento su credencial que les identifique como alumnos y alumnas.

La UAEM y los SSM realizaron promocionales por radio, para dar a conocer a la comunidad de Cuernavaca y Jiutepec el proyecto y permitieran a las y los alumnos a pasar a sus domicilios para el levantamiento de la encuesta. Adicionalmente, los SSM se comprometieron a notificar a las autoridades municipales, ejidales y comunales, para que dieran apoyo y vigilancia a los equipos participantes.

Por la inseguridad y para preservar la integridad de las y los encuestadores, se autorizó recabar la información en el formato impreso y posteriormente en sus domicilios realizar la captura de la información.

Se entregaron uniformes que incluyeron gorras, bolsas y casacas de color azul marino, con el logotipo del proyecto y el texto “SABE”, para identificarlos durante sus visitas y levantamiento de la encuesta.



Imagen 3 y 4. Alumnos de la Facultad de Medicina de la UAEM portando las casacas del Proyecto-Encuesta SABE Morelos.

Siendo estudiantes los participantes para el levantamiento de información, se contempla y ejecuta programa libre de visitas, acorde a los tiempos disponibles de los encuestadores y por conveniencia de acuerdo a la ubicación de sus domicilios, dando prioridad a las áreas donde residen, por la conveniencia que al ser conocidos de cierta colonia o área, lograran mejor aceptación al proyecto y mantener un nivel de seguridad aceptable.

Para la selección de domicilios y su visita, se realiza la siguiente mecánica:

- Los alumnos y las alumnas seleccionan un área/colonia en la que trabajarán para reportar a la Coordinación
- La Coordinación verifica que sea un área en la que no se hubieran realizado encuestas y sea colonia aceptable por AGEs, proporcionando el número de entrevistas a realizar

En cuanto al cronograma de trabajo, una de sus características principales, fue la flexibilidad en horario, traslado, formación de equipos y lugar de aplicación (colonia), ya que los equipos de trabajo, compuestos por estudiantes, utilizaron sus tiempos libres, los cuales se presentan en forma irregular, por lo que durante los periodos de clases, realizan avance lento y en los periodos de exámenes, no realizan actividades; en cambio, en los periodos vacacionales se dedican durante el día completo al levantamiento de información.

La metodología y técnica programada, proyectada y utilizada para el levantamiento de información y evaluación de los pacientes, antropometría y toma de signos vitales, se realiza acorde a la técnica establecida por el Protocolo SABE <sup>4</sup>, realizando 3 veces las medidas, para obtener el valor promedio.



Imagen 5. Alumnos de la Facultad de Medicina y de Nutrición de la UAEM realizando el piloto del cuestionario del Proyecto-Encuesta SABE Morelos, en la Casa de Día de la Colonia CIVAC, Tejalpa, Morelos. Diciembre de 2011.

Para la obtención de la información se utilizaron los Manuales del Proyecto-Encuesta Sabe. <sup>5</sup>

Durante las visitas domiciliarias, los equipos de trabajo portan en todo momento uniforme, identificación y el material proporcionado por la Subdirección del Programa Nacional para la Promoción, Prevención y Atención a la Salud de la Persona Adulta Mayor:

- Glucómetro marca Accu-Chek, modelo Performa, con batería, tiras, lancetas, aplicador y estuche.
- Plicómetro metálico.
- Estetoscopio marca Littman, modelo 3M LightweightIIse.
- Baumanómetro aneróide marca Proshygy.
- Cinta métrica marca SECA, modelo 203.

- Báscula de piso marca LAICA, modelo Bodyfat/Bodywater de 180 kg.
- Estadímetro portátil marca SECA, modelo 213.
- Cronómetro A&A.
- Consentimiento informado.

Para tener una mejor relación con la población y dejarle a la persona entrevistada algún beneficio directo, se realiza un formato de reporte de los resultados de la medición antropométrica, signos vitales y resultados de la medición de glucosa capilar, que los alumnos llenan en el momento de la encuesta y se le proporciona a la o el entrevistado, para que le pueda ser útil para control propio o información a su médico en alguna consulta subsecuente, como se ve en la siguiente imagen.

**FACULTAD DE MEDICINA UAEM**  
SERVICIOS DE SALUD DE MORELOS  
**PROYECTO SABE**

**Protocolo del estudio multicéntrico:**  
**Salud, Bienestar y Envejecimiento en Morelos**  
**(Proyecto SABE)**

**Objetivos.**

- Investigar las condiciones de salud de los adultos mayores en las principales ciudades del país.
- Realizar encuestas transversales simultáneas rigurosamente compatibles con el fin de recopilar información que será la primera en su género en el país.
- Apoyar la descripción y el análisis de las condiciones de salud de los adultos mayores.

Al proyecto propuesto originalmente se efectuaron adaptaciones para investigar las condiciones de salud de los adultos mayores en las zonas urbanas del estado de Morelos. El proyecto se realizará sobre el terreno, en una encuesta transversal simultánea y comparable, con el fin de recopilar información que servirá de base para los análisis que hacen falta y para promover más investigaciones en este campo. La información recopilada de esta forma será útil para apoyar la descripción y los análisis de las condiciones de salud de los que sabemos poco o nada.

Para el desarrollo de este proyecto se requiere del concierto de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Comité Nacional del Envejecimiento (CONAEN), el Comité Estatal de Atención al Envejecimiento (COESAEN), los Servicios de Salud de Morelos (SSM) y la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

FECHA: \_\_\_\_\_  
HORA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ años

PESO: \_\_\_\_\_ Kg T.A.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg TALLA: \_\_\_\_\_ m

GRASA: \_\_\_\_\_ % PULSO: \_\_\_\_\_ \* min CINTURA: \_\_\_\_\_ cm

AGUA: \_\_\_\_\_ % Frec. Resp.: \_\_\_\_\_ \* min GLUCOSA: \_\_\_\_\_ mg \* dL

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

Imagen 6. Formato para entrega de resultados de la valoración clínica, a las personas adultas mayores participantes.

El levantamiento de la información, se realizó directamente en los equipos proporcionados por la empresa de servicios informáticos a excepción de algunas colonias que se consideraron de alto riesgo para seguridad de los encuestadores, donde el formato se llenó en papel y posteriormente se capturó. Estos equipos tienen su base de datos codificada y para su integración formal a la base de datos del proyecto, fue necesario el envío de bases parciales que los mismos equipos generan en un corte para su validación.

A efecto de tener un adecuado control y contabilizar la cantidad de entrevistas realizadas, se programaron cortes cada 2 semanas. Los cortes se realizaron los días martes en la Facultad y la Coordinación envió vía correo electrónico a la empresa de servicios informáticos los archivos generados. La empresa de servicios informáticos realizó la integración de las bases de datos, enviadas por correo y responde con un reporte de registros aceptados y rechazados. Para estos efectos, la empresa de servicios informáticos, proporciona un correo en su servidor, para el uso por la Facultad de Medicina en el Proyecto-Encuesta SABE Morelos.

En total se realizaron 1810 entrevistas, desglosadas por equipo de acuerdo a la siguiente tabla:

Equipo 601 = 122 entrevistas  
Equipo 602 = 147 entrevistas

Equipo 603 = 260 entrevistas  
 Equipo 604 = 229 entrevistas  
 Equipo 605 = 150 entrevistas  
 Equipo 606 = 234 entrevistas  
 Equipo 607 = 162 entrevistas  
 Equipo 608 = 150 entrevistas  
 Equipo 609 = 104 entrevistas  
 Equipo 610 = 252 entrevistas

De estas entrevistas, una vez concluida la sincronización y revisión de la información, por parte de la empresa de servicios informáticos, se aceptan 1704 entrevistas.

**Tabla 3.** Entrevistas aplicadas por género.

Entrevistas por sexo	
Sexo	Total
Hombres	678
Mujeres	1026
<b>Total</b>	<b>1704</b>

Número de entrevistas aplicadas por género

Durante el desarrollo del Proyecto-Encuesta SABE Morelos, se encontraron varios problemas que de alguna forma, retrasaron y complicaron el avance en la recolección de la información, relacionados a las y los encuestadores, problemas con el equipo de cómputo y con la población, autoridades, seguridad y medio ambiente.

### Referencia bibliográfica

1. Instituto Nacional de Geografía e Informática INEGI. Censo de Población Vivienda 2010.
2. 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 1999.1–47
3. Servicios de Salud de Morelos [Internet], Misión y Visión [Consulta el 14 de mayo del 2013]. Disponible en: <http://www.ssm.gob.mx/portal/index.php/ssm/mision-y-vision>
4. Palloni, A. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Protocolo del Estudio Multicéntrico Salud, Bienestar y Envejecimiento. 1999, Agosto 12, N° 9, Tomo DLI: 19-20.
5. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Atención al Envejecimiento, OPS/OMS. Manual de procedimientos para la toma de medidas y valoraciones clínicas, antropométricas, de flexibilidad y movimiento en el adulto mayor del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento. Pub Sec Sal 2006:1-34.



## 6. Diagnóstico situacional del envejecimiento poblacional en el Estado de Morelos

• Mtra. Dora Domínguez Bordes.

Coordinadora Estatal del Programa de Salud en el Adulto y el Anciano. Coordinadora General Estatal del Proyecto-Encuesta SABE Morelos



Figura 1. Escudo del Estado de Morelos.

El Estado de Morelos, fue denominado así en honor al General José María Morelos y Pavón. El decreto de su fundación el 17 de abril de 1869, fue dado en Palacio Nacional por el entonces Presidente de México, Lic. Benito Juárez, quien estableció la creación del Estado Libre y Soberano de Morelos, con la porción de territorio del antiguo Estado de México, constituido por los distritos de Cuernavaca, Cuautla, Jonacatepec, Tetecala y Yauhtepec, que habían formado el Tercer Distrito Militar. Su primer gobernador fue el General Francisco Leyva.

En el escudo que identifica al Estado de Morelos, se observa una terraza, en la que crece una mata de maíz, entre ella y la estrella que la corona, puede leerse el lema “Tierra y Libertad”, en una franja, enmarcando el emblema, está una banda con la leyenda “La tierra volverá a quienes la trabajan con su manos”. En él se sintetiza la fuerza de los ideales revolucionarios al servicio de mejores condiciones de vida para nuestro pueblo. <sup>1</sup>



Figura 2. Ubicación geográfica del Estado de Morelos.

## Ubicación geográfica

El estado de Morelos está conformado por 33 municipios, con 1,341 localidades, de las cuales 15 son urbanas (1.12%), 31 mixtas (2.31%) y 1,295 rurales (96.57%).<sup>2</sup>

Se encuentra ubicado en la región central del país, junto con los estados de Guanajuato, Querétaro, Hidalgo, Puebla, Tlaxcala, Distrito Federal y Estado de México. Está situado al sur del Trópico de Cáncer.

Tiene una extensión territorial de 4,879 km<sup>2</sup>, que representan el 0.2% de la superficie territorial del país, ocupando el trigésimo lugar a nivel nacional, solo por arriba del estado de Tlaxcala y el Distrito Federal.<sup>3</sup>



Figura 3. Extensión Territorial del Estado de Morelos, respecto a la superficie nacional.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Información (INEGI). Cuéntame, 2010.

Se ubica como la vigésima tercera entidad más poblada a nivel nacional, con una densidad de población de 364.3 habitantes/km<sup>2</sup>. En estos términos, Morelos es uno de los tres estados con los más altos niveles de concentración de población, después del Distrito Federal y el Estado de México. En relación a la densidad de población para el año 2010, los municipios de Jiutepec, Cuernavaca, Temixco y Zacatepec registraron densidades de entre mil y cuatro mil habitantes/km<sup>2</sup>.

Su capital es la ciudad de Cuernavaca, cuyo nombre deriva del vocablo Cuauhnáhuac: cuauitl (árbol) nahuac (junto) = “junto a los árboles”, se le conoce como “la ciudad de la eterna primavera” (denominada así por el Barón Alexander von Humboldt, en el siglo XIX), debido a que goza de un agradable clima durante la mayor parte del año.<sup>4</sup>

## Límites territoriales

El Estado de Morelos colinda al norte con el Distrito Federal y el Estado de México; al sur con el estado de Guerrero; al este con el Estado de Puebla y al oeste con los Estados de México y Guerrero. (Fig.4)





Figura 4. Estado de Morelos, límites territoriales.

Fuente: Explorando México, 2013.

Del total de la población del Estado, el 78% reside en localidades urbanas y el 22% en localidades rurales.<sup>5</sup>

Tabla 1. Localidades urbanas, mixtas y rurales.

Total de localidades	Urbanas	%	Mixtas	%	Rurales	%
1341	15	1.12	31	2.31	1295	96.57

Localidades rurales: población menor a 2,500 habitantes

Localidades urbanas: población con más de 15,000 habitantes

Localidades mixtas: de 5,000 a menos de 1,500 habitantes

\*Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2010. Morelos.

Es importante mencionar que los municipios de Ayala, Yautepéc, Puente de Ixtla, Huitzilac, Xochitepec y Tepoztlán, son los que aportan un número mayor de localidades rurales con: 104, 89, 75, 66 y 62 los dos últimos, respectivamente. Asimismo, existen municipios que están compuestos casi en su totalidad por localidades rurales como son Mazatepec, Tetecala, Tlalnepantla, Tlaquiltenango, Tlayacapan y Totolopan, en donde solo una sobrepasa los 2 mil 500 habitantes, siendo esta la cabecera municipal.

**Tabla 2.** Número de localidades por Municipio.

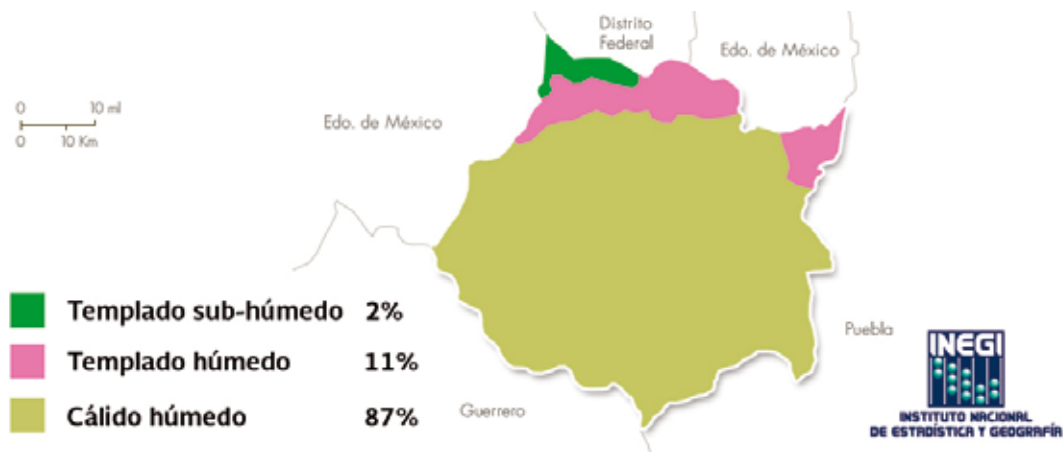
Municipio	No. de localidades	Rural	Mixta	Urbana
Amacuzac	33	32	1	
Atlatlahucan	37	36	1	
Axochiapan	49	48		1
Ayala	108	104	4	
Coatlán del Río	21	21		
Cuautla	56	55		1
Cuernavaca	51	50		1
Emiliano Zapata	29	27		2
Huitzilac	67	66	1	
Jantetelco	26	26		
Jiutepec	28	25	2	1
Jojutla	63	60	2	1
Jonacatepec	23	22	1	
Mazatepec	19	19		
Miacatlán	34	32	2	
Ocuituco	34	34		
Puente de Ixtla	77	75	1	1
Temixco	30	29		1
Tepalcingo	29	28	1	
Tepoztlán	63	62	1	
Tetecala	16	16		
Tetela del Volcán	26	24	2	
Tlalnepantla	7	7		
Tlaltizapán	62	60	1	1
Tlaquiltenango	45	44		1
Tlayacapan	31	30	1	
Totolapan	19	18	1	
Xochitepec	66	62	3	1
Yautepec	94	89	4	1
Yecapixtla	51	49	2	
Zacatepec	20	18	1	1
Zacualpan	9	9		
Temoac	8	8		

Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2010. Morelos.

## Clima

Predomina el clima cálido-subhúmedo, templado-subhúmedo, semicálido-subhúmedo, y escasas zonas con clima semifrío-subhúmedo y frío.<sup>6</sup>

El clima cálido-subhúmedo abarca aproximadamente el 78% de la superficie del estado, se caracteriza por tener una temperatura media anual mayor de 22°C, con lluvias en verano y una precipitación del mes más seco menor de 60 mm. En este tipo de clima se presenta la vegetación que domina la entidad: la selva baja caducifolia.<sup>6</sup>



\* Referido al total de la superficie estatal.

Fuente: Elaborado con base al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Carta de Climas 1:1 000 000

Clima templado-subhúmedo, cubre aproximadamente el 2% de la superficie estatal y se localiza en los municipios del norte como: Huitzilac, Tlalnepantla, Totolapan, Tetela del Volcán y parte de Cuernavaca, Tepoztlán, Ocuituco, Tlayacapan y Miacatlán. Dichos municipios se encuentran entre 1,600 y 1,800 m.s.n.m., con temperaturas medias anuales de 10 a 15°C y con una precipitación de 1,200 a 1,500 mm anuales. En Morelos, los bosques mixtos de pino y encino se desarrollan en este tipo de clima. <sup>6</sup>

Clima semifrío-subhúmedo: Se localiza en pequeñas zonas de la entidad, en los límites con el Distrito Federal, con el Estado de México y Estado de Puebla. En este tipo climático se distribuyen los bosques de coníferas y praderas de alta montaña, en particular bosque de pinus y abies. <sup>6</sup>

Clima frío, se presenta en las partes altas del Popocatepetl que le corresponden a la entidad. Se caracteriza por tener una temperatura media anual menor de 5°C y con alta incidencia de heladas. Le corresponde una vegetación dominante de zacatonal y pradera alpina. La temperatura media anual del estado es de 21.5°C, la temperatura mínima promedio es de 10°C que predomina en el mes de enero y la máxima promedio es de 32°C en los meses de abril y mayo. <sup>6</sup>

## Relieve

La superficie estatal queda comprendida en las provincias de la Sierra Madre del Sur y Eje Neovolcánico. En el extremo nororiental del estado se encuentra la mayor elevación que corresponde al volcán Popocatepetl con 5 500 msnm.

Los principales ríos en el estado son: el Amacuzac, Cuautla, Yau-tepec – Jerusalén, Apatlaco, Tembembe – Mexicapa y San Miguel Chalma. También se encuentran los lagos de Tequesquitengo, Coatetelco y el Rodeo. <sup>7</sup>

El Estado de Morelos ha sido cuna de grandes personajes históricos que intervinieron en la lucha de Independencia y la Revolución Mexicana, como el General José María Morelos y Pavón y el General Emiliano Zapata Salazar, conocido como el Caudillo del Sur y símbolo del agrarismo.

## Turismo

En la entidad hay grandes atractivos turísticos, es rico en patrimonio cultural, dentro del cual destacan los conventos que datan del siglo XVI, once de los cuales son considerados Patrimonio Cultural de la Humanidad por la UNESCO desde el año de 1994, denominada Ruta de los Conventos que incluyen el Conventos de San Mateo Atlatlahucan, Santo Domingo en Hueyapan, de La Asunción, actualmente Catedral de Cuernavaca, de Santo Domingo en Oaxtepec, Santiago Apóstol en Ocuituco, La Natividad en Tepoztlán, San Juan Bautista en Tetela del Volcán, Yecapixtla y Tlayacapan, San Guillermo en Totolapan y el Convento de la Inmaculada Concepción en Zacualpan de Amilpas. <sup>8</sup>

Ruta de Zapata, en ésta destaca la visita al antiguo Hotel Moctezuma, en la Ciudad de Cuernavaca, que durante la revolución fue el Cuartel del General Emiliano Zapata, el Convento de Tepoztlán que fue sede zapatista, la Ciudad de Cuautla donde se encuentra la antigua estación del ferrocarril, en donde en el año 1911, el General Zapata recibió a Francisco I. Madero y el poblado de Anenecuilco, lugar donde nació Emiliano zapata el 8 de agosto de 1879 y ahí se encuentra el Museo Casa Zapata. <sup>9</sup>

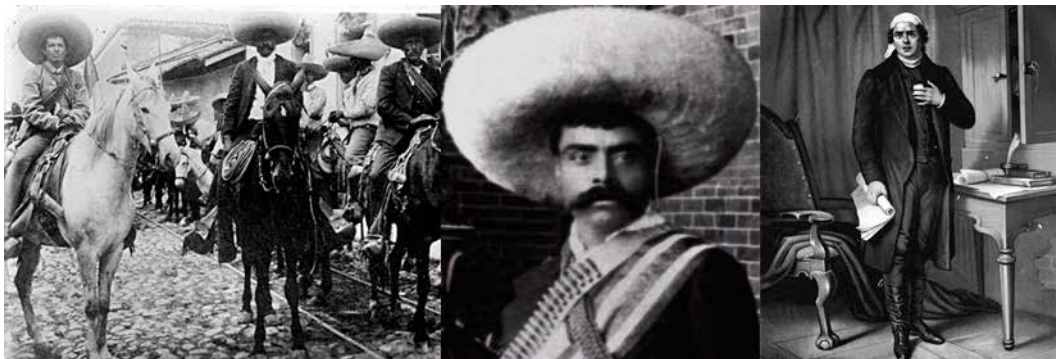


Imagen 1, 2 y 3: Fotografía del Gral. Emiliano Zapata y del Gral. José María Morelos y Pavón.

Fuente: Memoria política de México.

Asimismo, se encuentran las zonas arqueológicas de Olintepepec localizada en el Municipio de Villa de Ayala, Chalcatzingo, ubicada al este de la Ciudad de Cuautla, Coatetelco, en el poblado de Coatetelco, Teopanzolco en la Ciudad. de Cuernavaca, Tepozteco en Tepoztlán y Xochicalco en la cual se ofrecen espectáculos nocturnos de luces. <sup>10</sup> En cuanto a turismo recreativo, destaca el balneario de Agua Hedionda, éste es un manantial de aguas sulfurosas y están catalogadas entre las mejores del mundo por su pureza y composición químico mineral, también están los balnearios de Las Estacas, El Rollo, Ex Hacienda de Temixco y Las Huertas entre otros. <sup>11</sup> Otras alternativas para disfrutar en este estado, son el Corredor Biológico Ajusco – Chichinautzin, Parque Nacional Lagunas de Zempoala, Parque Nacional El Tepozteco. <sup>12</sup>

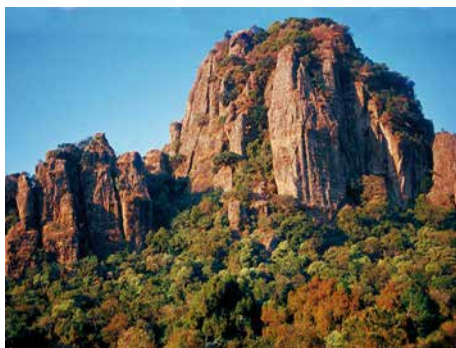


Imagen 4. Parque Nacional del Tepozteco.

Fuente: México Desconocido.

### Transición demográfica

Uno de los efectos más significativos de las transformaciones sin precedentes que ha producido la dinámica demográfica, es el envejecimiento de la población. En todos los países de la región de América Latina y el Caribe, la proporción y el número absoluto de personas de 60 años y más se incrementarán sostenidamente en los próximos decenios.<sup>13</sup>

Los cambios que se advierten en la composición por edad de las poblaciones representan los desafíos más importantes desde el punto de vista social y económico.<sup>14</sup>

Desde el punto de vista demográfico, el envejecimiento es consecuencia de la transición demográfica cuyo proceso desemboca en una etapa que se puede denominar postransicional, caracterizada por una estructura por edades en la que, según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), hay una alta proporción de personas adultas mayores en constante incremento y con escasas perspectivas de reversibilidad del proceso; esta proporción se fija en al menos un 10% del total de la población, porcentaje que si además se relaciona con un elevado valor absoluto es causa de importantes consecuencias socioeconómicas.<sup>15</sup>

La actual preocupación por el envejecimiento de la población, deriva de la toma de conciencia de que en la etapa postransicional, en la que se encuentran ya un gran número de países y hacia la que caminan el resto, como consecuencia de la universalización de la caída de la mortalidad a todas las edades, del aumento de la esperanza de vida y del descenso de la fecundidad, el incremento de la población mayor de 65 años, e incluso mayor de 80 años, es irreversible y tiene importantes repercusiones sociales y económicas que es preciso afrontar.<sup>15</sup>

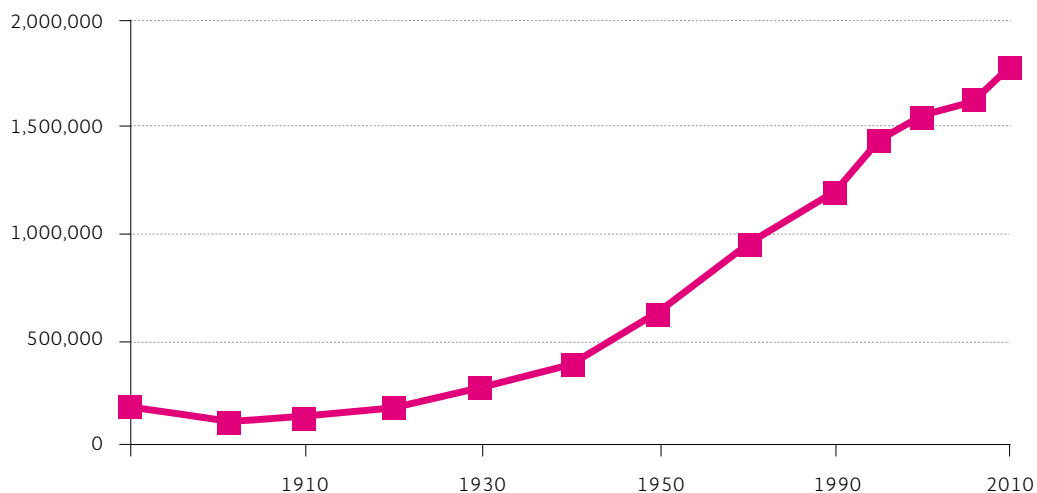
Los cambios demográficos experimentados debido a las variaciones en la reducción de la fecundidad, de la natalidad y de la mortalidad, con el consecuente aumento en la esperanza de vida, son indicadores que han contribuido a la transformación de la composición y estructura por sexo y edades de la población de México, coadyuvando en su gradual proceso de envejecimiento.<sup>15</sup>

Para establecer al sujeto de estudio en la Encuesta SABE Morelos, esto es, la persona adulta mayor, se tomó la definición operativa del Sector Salud Mexicano, los datos vertidos a continuación se basan en información de las personas que cumplen dicha definición operativa, esto es, las personas adultas mayores que habitan en Morelos y son mayores de 60 años. <sup>15</sup>

Una de las características de esta entidad, es que se encuentra inmersa en un proceso de envejecimiento demográfico. Actualmente la población de 60 años y más representa el 10% de la población total del Estado, y este proceso traerá como consecuencia un incremento en la dependencia económica hacia los miembros de las familias que son económicamente activos. <sup>16</sup>

Durante la década 1950-1960 la entidad tuvo un incremento demográfico de aproximadamente 110 mil habitantes, en la década siguiente aumentó a casi 220 mil y alcanzó su punto máximo histórico en la década 1970-1980, con casi 320 mil habitantes. <sup>17</sup> Esta transición demográfica se debe al paulatino descenso de la fecundidad y mortalidad general, con la modificación de la estructura poblacional por edades, que se expresa en un envejecimiento de la población residente en esta entidad. La tasa de crecimiento más alta fue la registrada en la década de 1960 – 1970, en donde alcanzó el 4.96%, en la década de los noventa el ritmo de crecimiento promedio anual de la población en el Estado, fue de 2.6% y, para la década del 2000 – 2010 fue de 1,3%. <sup>16</sup>

**Gráfica 1. Crecimiento Poblacional del Estado de Morelos de 1910 – 2010.**

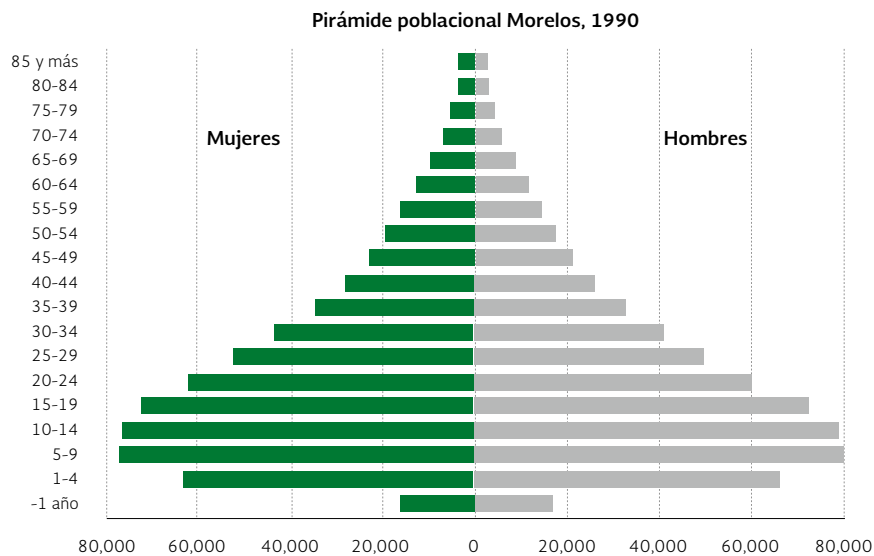


Fuente: Elaboración propia con base en los datos del XII Censo General de población Población y Vivienda de 1910 al 2010. Tabulador básico del cuestionario básico.

En la gráfica 1, se presenta la dinámica poblacional en el último siglo, en la cual se observa el cambio a partir de los años sesenta con un incremento de la población que pasa de 386 mil 264 habitantes a 616 mil 119 en 1970, a 947 mil 089 en 1980, alcanzando 1 millón 195 mil 060 habitantes en 1990 y un 1 millón 555 mil 296 en el año 2000. Para el conteo de Población y Vivienda realizado en el año 2005, la

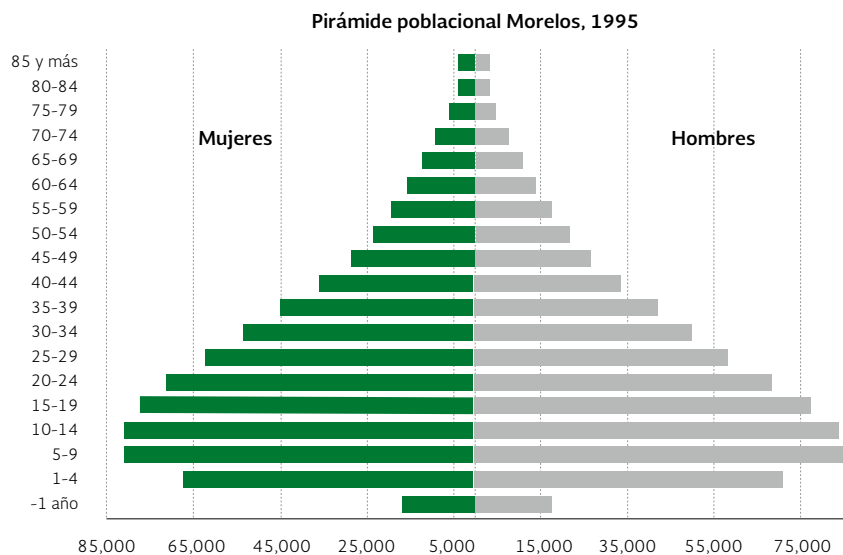
población total ascendió a 1 millón 612 mil 899 residentes habituales, de los cuales 51.9% correspondió al sexo femenino y 48.1% al sexo masculino y que representaron 1.6% de la población nacional y para el año 2010 registra 1 millón 777 mil 227 habitantes, con 918 mil 639 mujeres y 858 mil 588 hombres, lo que significa que hay 93 hombres por cada 100 mujeres. De este total, 191 mil 975 habitantes tiene 60 años y más, lo que corresponde al 10.8% de la población total.<sup>16</sup>

**Gráfica 2.** Pirámide de población general de Morelos 1990.



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

**Gráfica 3.** Pirámide de población general de Morelos 1995.

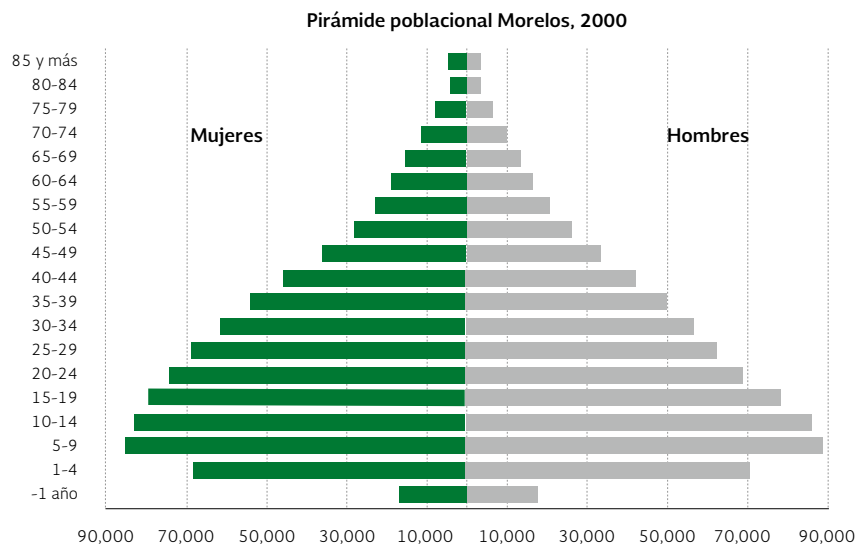


Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

Al observar los grandes grupos de edad, se aprecian cambios en la estructura por edad de la población, en la cual, para el año de 1990 el grupo de 0 a 14 años concentraba 37.5% de la población total y, para el año 2000 esta proporción desciende a 32.2%; lo anterior se traduce en un descenso de 5.3 puntos porcentuales.<sup>17</sup>

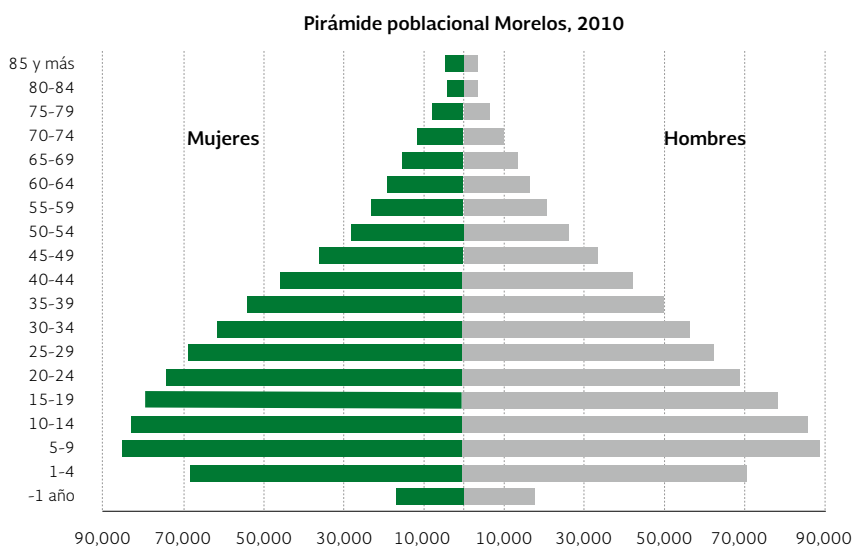
El grupo de 15 a 64 años presenta un ligero incremento para el mismo periodo, al igual que la población de 65 y más años, aumentó un punto porcentual al pasar de 4.4 a 5.4 por ciento.

**Gráfica 4.** Pirámide de población general de Morelos 2000.



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS).

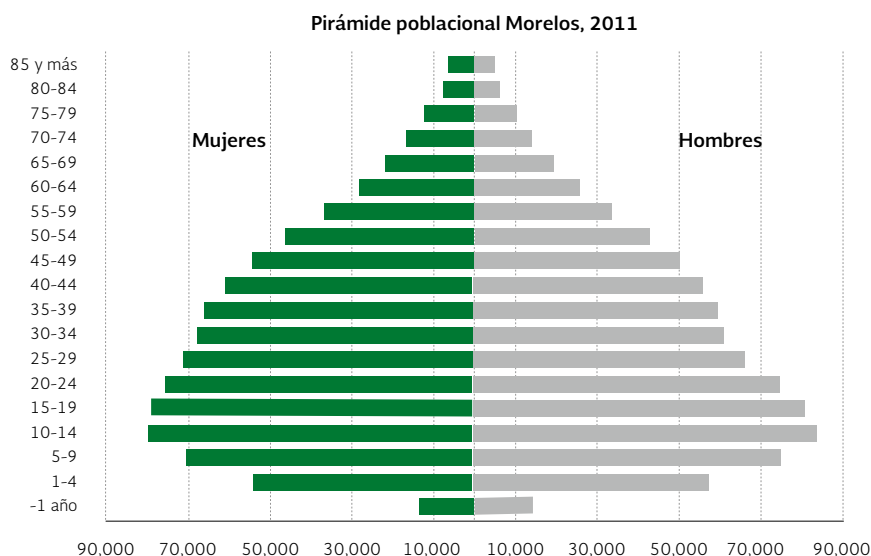
**Gráfica 5.** Pirámide de población general de Morelos 2010.



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). 2013.



Gráfica 6. Pirámide de población general de Morelos 2011.



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). 2013.

La estructura de la población, según los grupos de edad y sexo, muestra los cambios demográficos a través del paso del tiempo. La gráfica del año 2010, muestra los cambios más significativos, en donde la población de niños y adolescentes ha disminuido en contraste con la población de adultos, que se ha incrementado, principalmente en los grupos de edad de 30 a 44 en las mujeres y de 45 a 59 años en los hombres. Para ese año, la población menor de 15 años representó el 28% de la población total, mientras que la población en edad laboral (15 – 64 años), representó el 64.9%.<sup>17</sup>

El incremento en la esperanza de vida en las últimas tres décadas, trae como resultado que la estructura poblacional reflejada en los grupos etarios se vea modificada, específicamente en los grupos de 60 años y más de edad. Lo anterior, ha propiciado que se considere a Morelos como un estado envejecido, al rebasar la población de 60 años y más el 10% de la población total.

En la gráfica 7, se puede observar el descenso de la tasa de mortalidad a partir del año 1990 al 2005, en contraste con el paulatino descenso de la tasa de fecundidad que se mantiene hasta el año 2010, lo que ha contribuido al envejecimiento de la población en Morelos.

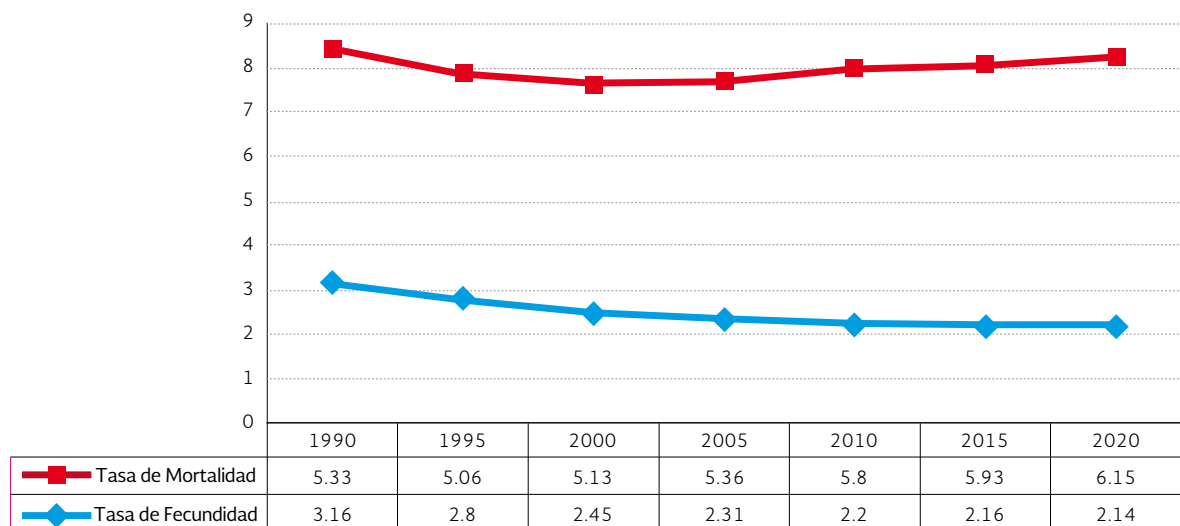
El crecimiento poblacional ha sido más notorio a partir de la década de los setenta, pero es a partir de 1990, que la población del Estado, rebasa el 1,000,000 de habitantes.

En la Gráfica 8, se muestra el crecimiento poblacional del Estado de Morelos, en donde los grupos etarios de 20 a 59 y de 60 años y más se mantienen en un ascenso sostenido de crecimiento. Analizando este crecimiento, observamos que para el año 1990, la población de personas adultas mayores fue de 78,537,

de 116,100 en el año 2000 y, finalmente en el año 2010 se registró una población de 191,975 adultos mayores.<sup>16,17</sup>

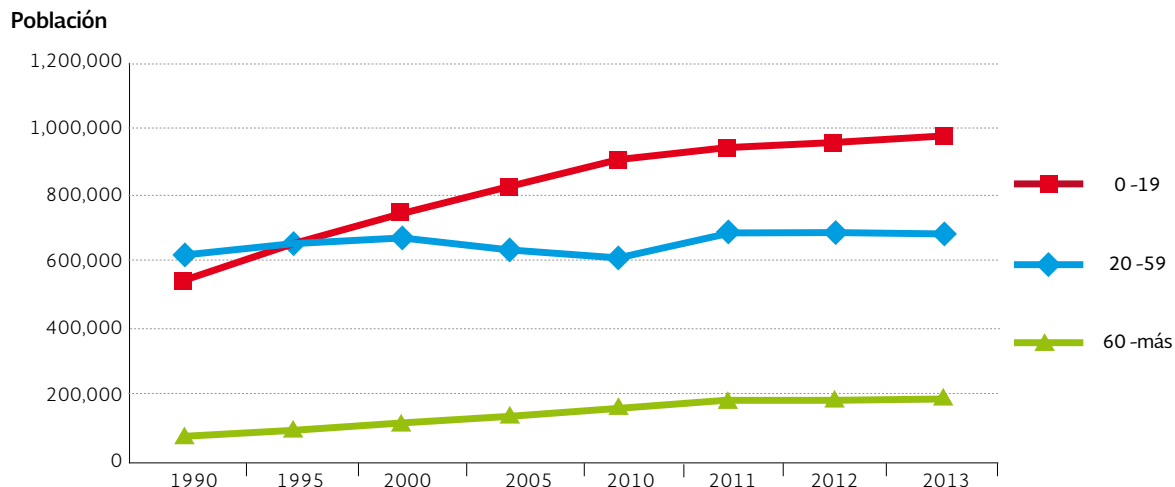
En la Gráfica 9, se muestra el crecimiento poblacional por sexo, en donde las mujeres han rebasado la cifra de 100,000 habitantes y, en conjunto con los hombres constituyen el 10.8% de la población total del estado.

**Gráfica 7.** Tasa de mortalidad y fecundidad en el Estado de Morelos, años 1990 – 2010, con proyección al año 2020.



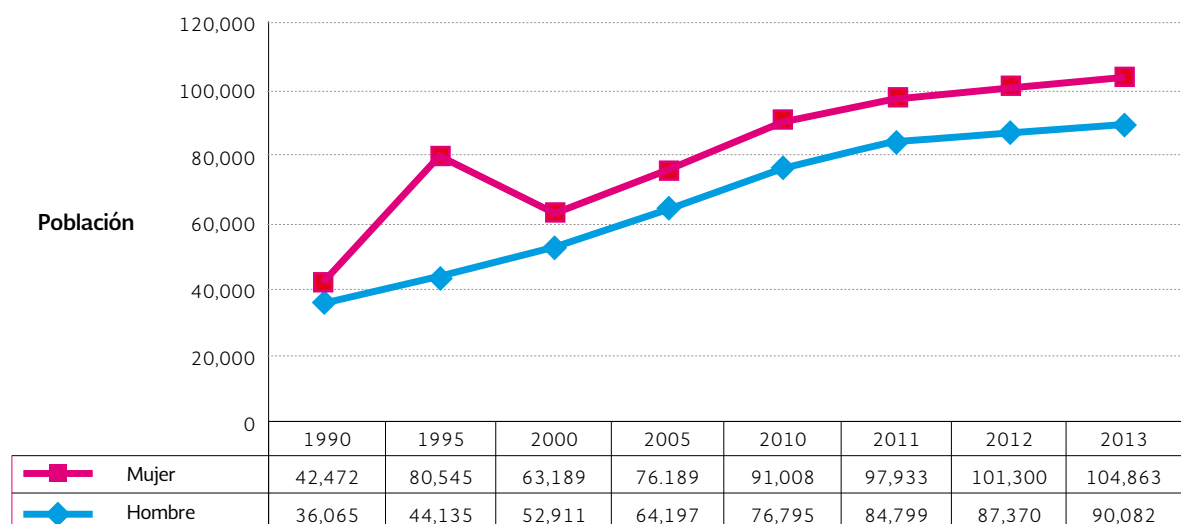
Fuente: Elaboración propia con base en proyecciones de población 1990 - 2020. CONAPO. 2013.

**Gráfica 8.** Crecimiento de la población por grandes grupos de edad, 1990 - 2013.



Fuente: Elaboración propia con base en proyecciones de población 1990 - 2020. CONAPO. 2013.

Gráfica 9. Crecimiento poblacional de 60 años y más del Estado de Morelos, por sexo.



Fuente: Elaboración propia con base en proyecciones de población 1990 - 2013. CONAPO 2013.

El reto demográfico, se manifiesta en el ritmo de crecimiento de la población y en el desequilibrio que presenta su distribución en el territorio estatal, en donde el 78% de la población reside en zonas urbanas.<sup>16</sup>

En la Tabla 3, se observa que la mayor concentración poblacional se encuentra en los municipios de Cuernavaca, Jiutepec, Cautla, Temixco, Yauatepec, Ayala, Emiliano Zapata, Puente de Ixtla y Jojutla, que en conjunto concentran al 69.8% de la población total del estado.

Distribución de la población de personas adultas mayores en el Estado de Morelos.

El crecimiento de la población de 60 años y más, ha presentado un crecimiento de manera sostenida, debido al incremento en la esperanza de vida y una reducción en la mortalidad. Los avances tecnológicos, la ampliación en la cobertura de los Servicios de Salud y la instalación de diversos programas sociales, constituyen también un factor importante para este crecimiento demográfico.

Los municipios que concentran el mayor número de personas adultas mayores son Cuernavaca, Cautla, Jiutepec, Temixco, Ayala y Emiliano Zapata.

En la Tabla 5, se muestran los 6 municipios que concentran el mayor número de personas adultas mayores, los cuales representan el 50.3% del total de los residentes en el estado.

Tabla 3. Población total por municipio y por sexo.

Municipio	No. de habitantes	Hombres	Mujeres
Amacuzac	17 021	8223	8798
Atlatlahucan	18 895	9240	9655
Axochiapan	33 695	16458	17237
Ayala	78 866	38186	40680
Coatlán del Río	9 471	4784	4787
Cuautla	175 207	83676	91531
Cuernavaca	365 168	172901	192267
Emiliano Zapata	83 485	40761	42724
Huitzilac	17 340	8527	8813
Jantetelco	15 646	7629	8017
Jiutepec	196 953	94766	102187
Jojutla	55 115	26430	28685
Joncatepec	14 604	7002	7602
Mazatepec	9 456	4578	4878
Miacatlán	24 990	12107	12883
Ocuituco	16 858	8273	8585
Puente de Ixtla	61 585	30152	31433
Temixco	108 126	52374	55752
Tepalcingo	25 346	12280	13066
Tepoztlán	41 629	20291	21338
Tetecala	7 441	3680	3761
Tetela del Volcán	19 138	9207	9931
Tlalnepantla	6 636	3330	3306
Tlaltizapán	48 881	23865	25016
Tlaquiltenango	31 534	15608	15926
Tlayacapan	16 543	8102	8441
Totolapan	10 789	5247	5542
Xochitepec	63 382	32161	31221
Yautepec	97 827	47581	50246
Yecapixtla	46 809	22967	23842
Zacatepec	35 063	16934	18129
Zacualpan	9 087	4452	4635
Temoac	14 641	6916	7725
<b>Total Morelos</b>	<b>1 777 227</b>	<b>858 588</b>	<b>918 639</b>

Fuente: INEGI XII Censo General de Población y Vivienda 2010.

Tabla 4. Población de 60 años y más por municipio y por sexo.

Municipio	Total población 60 años y más (año 2010)	Hombres	Mujeres
Amacuzac	1643	755	888
Atlatlahucan	1539	785	754
Axochiapan	2983	1436	1547
Ayala	6708	3120	3588
Coatlán del Río	1102	534	568
Cuautla	16941	7618	9323
Cuernavaca	41458	18073	23385
Emiliano Zapata	6577	3015	3562
Huitzilac	1257	569	688
Jantetelco	1362	633	729
Jiutepec	15544	7085	8459
Jojutla	5842	2628	3214
Joncatepec	1528	690	838
Mazatepec	1019	504	515
Miacatlán	2535	1215	1320
Ocuituco	1468	656	812
Puente de Ixtla	5512	2576	2936
Temixco	9487	4328	5159
Tepalcingo	2520	1217	1303
Tepoztlán	4014	1914	2100
Tetecala	826	370	456
Tetela del Volcán	1539	713	826
Tlalnepantla	601	310	291
Tlaltizapán	4719	2244	2475
Tlaquiltenango	3272	1579	1693
Tlayacapan	1525	736	789
Totolapan	1032	500	532
Xochitepec	4931	2336	2595
Yautepec	8656	4170	4486
Yecapixtla	3529	1699	1830
Zacatepec	4043	1787	2256
Zacualpan	901	443	458
Temoac	1190	557	633
<b>Total</b>	<b>191 975</b>	<b>86 388</b>	<b>105 587</b>

Fuente: INEGI XII Censo General de Población y Vivienda 2010.

**Tabla 5.** Municipios con mayor concentración de población de personas adultas mayores total y por sexo.

Municipio	Total población 60 años y más (año 2010)	Hombres	Mujeres
Cuernavaca	41 458	18 073	23 385
Cuatla	16 941	7 618	9 323
Jiutepec	15 544	7 085	8 459
Temixco	9 487	4 328	5 159
Ayala	6 708	3 120	3 588
Emiliano Zapata	6 577	3 015	3 562
<b>Total</b>	<b>96 715</b>	<b>43 239</b>	<b>53 476</b>

Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2010.

### Esperanza de vida y envejecimiento

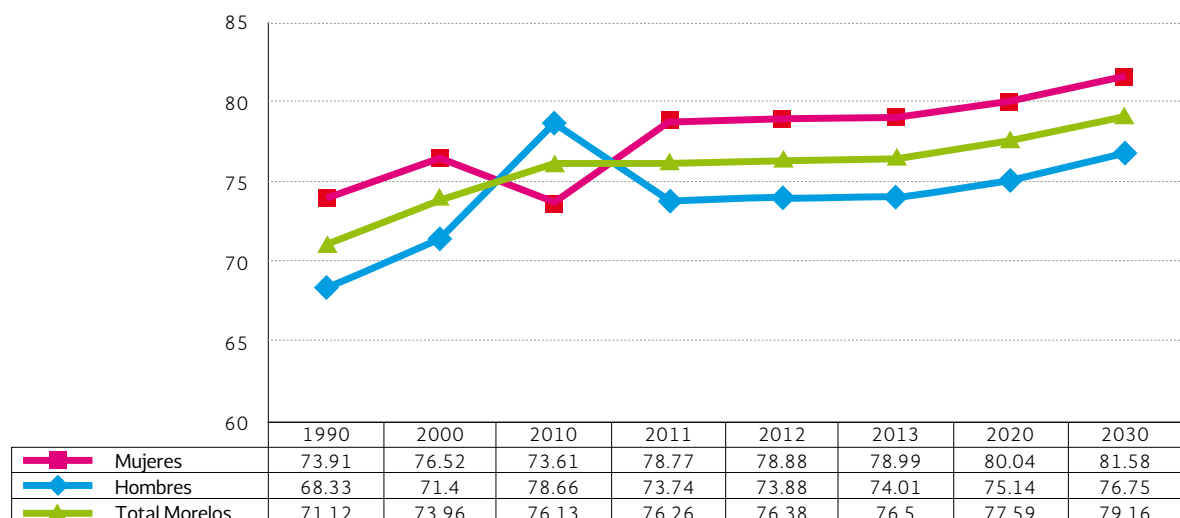
Uno de los factores que explican demográficamente el envejecimiento de la población, es el incremento en la “esperanza de vida” (EV). La EV es una estimación del promedio de años que le resta por vivir a un grupo de personas de una misma edad, calculada de acuerdo al patrón de mortalidad del año de referencia. Esta esperanza de vida ha ido en incremento en los últimos cien años, así, para el año de 1930 alcanzaba casi los 37 años a nivel nacional, llegando en el año 2010 a los 75.4 años.<sup>18</sup>

En la gráfica 10, se muestra la esperanza de vida para la población de Morelos del año de 1990 al 2013 y proyecciones del 2020 y 2030. En esta gráfica, visualmente observamos la mayor sobrevivencia en mujeres. Estas modificaciones en el último siglo y, con 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, siendo ésta para el 2013 de 76.5 años; en la actualidad una esperanza de vida al nacer por sexo, es para la mujer de 78.9 años y 74.0 para el hombre.<sup>19</sup>

En la gráfica 11, se muestra el comparativo del aumento en la esperanza de vida en el Estado de Morelos, con el incremento en el mismo rubro a nivel nacional.

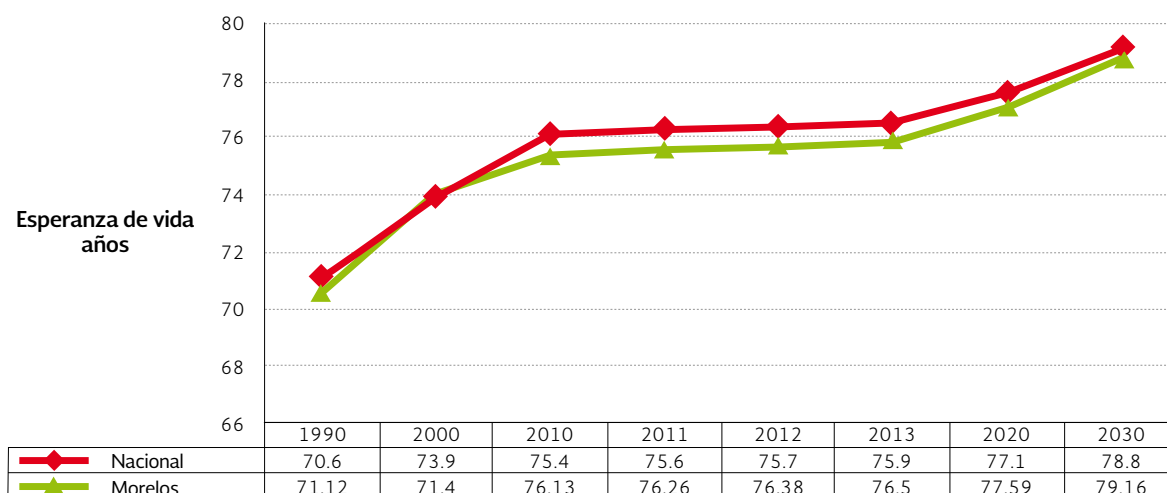
Asimismo, se puede observar que la esperanza de vida en el Estado de Morelos presentada en esta gráfica, se encuentra por arriba de la media nacional.

**Gráfica 10.** Esperanza de vida de la población de Morelos, general y por sexo, 1990 – 2013 con proyecciones al año 2030.



Fuente: Elaboración propia en base en Indicadores demográficos, 1990 - 2030. CONAPO 2013.

**Gráfica 11.** Esperanza de vida en el Estado de Morelos/Nacional 1990 – 2013 y proyecciones 2020 – 2030.



Fuente: CONAPO. Elaboración propia con base en Indicadores Demográficos, 1990 - 2030.

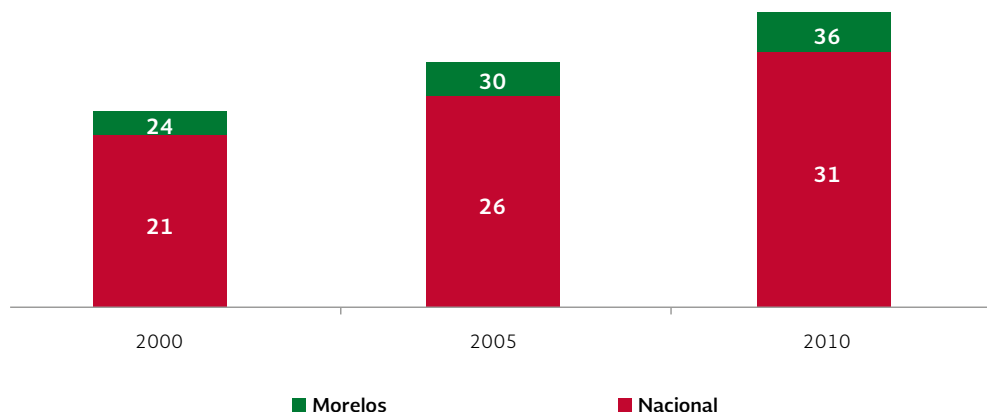
## Índice de envejecimiento

El índice de envejecimiento (IV) se define como el número de personas de 60 años y más, por cada 100 personas menores de 15 años. Este índice permite apreciar la relación numérica que hay entre menores de 15 años y personas adultas mayores. Esta cifra relaciona los dos extremos de las edades, dando cuenta del balance entre generaciones. De acuerdo a proyecciones de la Organización Panamericana

de la salud (OPS) para el año 2037, reporta que habrá 100 personas adultas mayores por cada 100 menores de 15, esto significa que más de la mitad de los países de la región tendrá más o igual a una persona adulta mayor por cada menor de 15. <sup>18</sup>

En la gráfica 12, se ilustra el comparativo del IV del Estado de Morelos con el nacional, en donde se puede observar que en el año 2000 el IV era de 24, en el 2005 fue de 30 y en el 2010 llegó a 36 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, por arriba de la media Nacional.

**Gráfica 12.** Índice de envejecimiento del Estado de Morelos/Nacional 2000 – 2010.



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, Censos de Población y Vivienda, 2000, 2005 y 2010. Tabulador básico del cuestionario básico.

### Razón de dependencia

La razón de dependencia es un cociente de la población de 0 – 14 años más la de 65 años y más, entre la población en edad de trabajar por 100. En las últimas dos décadas, esta razón ha disminuido de 73 en el año 1990 a 54 por cada 100 personas en edades productivas en el 2010. Aun cuando la dependencia infantil ha ido en descenso, el crecimiento de la población de personas adultas mayores ha contribuido al incremento de la dependencia en este grupo de edad. Para este grupo etario, esta dependencia pasó de 8 en 1990, a 11 por cada 100 personas en edad productiva en 2010. <sup>17</sup>

**Tabla 6.** Razón de dependencia infantil y de personas adultas mayores.

Año	Infantil	Personas adultas mayores
1990	65	8
2000	55	9
2010	43	11

Fuente: INEGI, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990; XII Censo General de Población y Vivienda 2000; Censo de Población y Vivienda 2010.

Por municipio, los valores más bajos se ubican en Cuernavaca y Jiutepec, donde se registran 48 por cada 100 personas en edad productiva.

## Personas adultas mayores y cultura indígena

### Hablantes de lengua indígena

Según el último Censo de Población y Vivienda 2010, las dos lenguas indígenas con mayor número de hablantes en Morelos, son en orden decreciente: náhuatl y mixteco, encontrando una población de 60 años y más de 5,804 que hablan alguna lengua indígena.<sup>17</sup>

**Tabla 7.** Población de personas adultas mayores, según condición de habla indígena y condición de habla española.

Grupo etario	Habla lengua indígena		No especificado	No habla lengua indígena
	Habla español	No habla español		
60 - 64 años	1,330	35	168	51,947
65 y más años	3,759	102	410	119,688

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico.

**Tabla 8.** Población de personas adultas mayores, según condición de habla indígena y condición de habla española. Municipio de Cuernavaca.

Grupo etario	Habla lengua indígena		No especificado	No habla lengua indígena
	Habla español	No habla español		
60 - 64 años	111	1	23	12,702
65 y más años	262	5	56	28,139

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico.

**Tabla 9.** Población de personas adultas mayores, según condición de habla indígena y condición de habla española. Municipio de Jiutepec.

Grupo etario	Habla lengua indígena		No especificado	No habla lengua indígena
	Habla español	No habla español		
60 - 64 años	63	4	18	5,551
65 y más años	115	6	21	10,564

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico.



## Escolaridad y vejez

La educación, debe servir para conformar una ética social que dé respuesta a los requerimientos de la planeación del desarrollo; en el plano individual debe tener fines prácticos, tales como proveer conocimientos, habilidades, capacidades y hábitos ya sea para la inserción a la actividad económica, el ejercicio de un oficio, o la adecuación a las condiciones y transformaciones del sistema productivo.<sup>20</sup>

A nivel nacional, el promedio de años de escolaridad es de 8.6. En Morelos, el promedio es de 8.9 años a nivel de población general; así, 6 de cada 100 personas de 15 años y más, no saben leer ni escribir y a nivel nacional son 7 de cada 100 habitantes.<sup>17</sup>

La carencia de alfabetización y escolaridad se concentra en los grupos sociales más desfavorecidos. Una proporción importante de la población de personas adultas mayores se encuentra en el llamado rezago educativo. Por esto, se verán limitadas sus actitudes y habilidades, que se requieren para tener un desempeño básico en la sociedad, limitando de igual forma las oportunidades de desarrollo personal.<sup>20</sup>

En el año 2000, la población de 60 años y más a nivel nacional, con algún grado de escolaridad, representó el 74.7% de la población total de personas adultas mayores registradas para ese año. El 15.7% reportó haber terminado su primaria, 5.9% la secundaria, 3.6% nivel medio superior y 3.7% nivel superior.

La educación incide directamente en la calidad de vida de la población y las personas adultas mayores no son la excepción. Quienes enfrentan la vejez con un nivel de escolaridad adecuado, poseen más herramientas para responder activamente y adaptarse a los retos y oportunidades de esta etapa del curso de vida. Si bien en México se han logrado incrementos sustantivos en el nivel educativo de la población, las personas adultas mayores son depositarios de los rezagos acumulados por décadas, lo que los ubica en una situación de desventaja con respecto a otros grupos de edades. Así, por ejemplo, para el año 2000, en las personas entre 15 y 19 años de edad, la tasa de analfabetismo apenas alcanza 3.0 por ciento; mientras que casi una tercera parte de las personas adultas mayores (30.1%) es analfabeta.<sup>18</sup>

En relación a la escolaridad en las personas adultas mayores en Morelos, se presenta en la tabla 10.

La tasa de analfabetismo para el grupo de 60 a 74 años de edad, fue de 24.7 y para los de 75 años y más alcanzó los 37.7. Lo que significa que en ambos grupos 24 y 37 de cada 100 personas son analfabetas. Conforme aumenta la edad (75 y más años), esta tasa de analfabetismo tiene un mayor componente en las mujeres, en donde 38 de cada 100 son analfabetas en comparación con 27 de cada 100 hombres, lo que equivale a una diferencia de un poco más de 10 puntos porcentuales en este grupo de edad, como se puede apreciar en la tabla 11.

Tabla 10. Escolaridad en la población de personas adultas mayores, por grupo etario.

Grupo etario años	Analfabetas	Primaria terminada	Secundaria		Preparatoria	Profesional
			Incompleta	Completa		
60-64	8 204	24 679	1 048	5 501	5719	5 982
65-69	8 568	19 153	601	2 958	430	3 472
70-74	9 107	15 342	441	1 820	285	2 106
75-79	7 249	10 719	243	1 057	166	1 206
80-84	4 960	6 570	135	568	93	735
85 y más	4 694	5 146	73	428	69	531

Fuente: INEGI, Censo de Población y vivienda, 2010.Tabulados del cuestionario básico.

Tabla 11. Tasa de analfabetismo\* en personas adultas mayores, total y por sexo.

Grupos de edad	Mujeres	Hombres	Total
60 - 74 años	24.7	15.6	20.4
75 años y más	37.7	27.4	33

Fuente: INEGI, Censo de Población y vivienda, 2010.Tabulados del cuestionario básico.

Tabla 12. Escolaridad en personas adultas mayores en el municipio de Cuernavaca.

Grupo etario años	Analfabetas	Primaria terminada	Secundaria		Preparatoria	Profesional
			Incompleta	Completa		
60-64	979	4 458	228	1448	313	2 875
65-69	1 126	3 583	166	842	220	1 683
70-74	1 202	2 951	136	595	144	1 083
75-79	1 139	2 205	90	413	89	645
80-84	827	1 501	60	268	39	438
85 y más	861	1 262	40	230	41	331

Fuente: INEGI, Censo de Población y vivienda, 2010.Tabulados del cuestionario básico.

Tabla 13. Escolaridad en personas adultas mayores en el municipio de Jiutepec.

Grupo etario años	Analfabetas	Primaria terminada	Secundaria		Preparatoria	Profesional
			Incompleta	Completa		
60-64	835	2 242	138	724	92	619
65-69	785	1 875	61	357	38	308
70-74	785	1 393	28	205	25	177
75-79	652	889	28	99	10	91
80-84	453	464	15	53	1	50
85 y más	463	405	5	34	4	51

Fuente: INEGI, Censo de Población y vivienda, 2010.Tabulados del cuestionario básico.

Los municipios de Cuernavaca y Jiutepec son los que menor tasa de analfabetismo registran, con 3.1 y 4.1, respectivamente. De igual forma, son estos dos municipios los que mayor promedio de escolaridad reportan con 10.58 y 9.61 años, respectivamente.

## Economía

Morelos forma parte de la región central del país, que es en donde se localiza el mercado regional más importante de Latinoamérica. Esta región genera cerca del 40% del producto interno bruto (PIB), concentra cerca del 70% de la inversión extranjera directa y contribuye con el 40% de las exportaciones del país. <sup>18</sup>

La economía del estado, localizada principalmente en el valle de Cuernavaca, se sustenta en las industrias de cemento, papel, tabaco, refresquera, floricultura, horticultura, actividad piscícola, además de contar con ingenios azucareros y el cultivo del maíz y arroz, este último con denominación de origen.

La Ciudad Industrial del Valle de Cuernavaca (CIVAC), enclavada en el municipio de Jiutepec, es una de las ciudades industriales con mayor tradición en el interior del país, en la cual se localiza gran parte de las industrias químico farmacéutica y automotriz, ambas de importancia en la entidad. Su operación está a cargo de la Asociación de Propietarios (PROCIVAC), quien desde 1972, ha hecho de CIVAC uno de los parques industriales más organizados del país, al proveer eficientemente los servicios públicos a las industrias establecidas en la zona, incluidos el tratamiento de aguas residuales y el control de emergencias.

La actividad comercial desarrollada gracias a la vocación turística de la ciudad, es otra de las grandes contribuyentes a la economía del estado, por el establecimiento de numerosas casas de descanso por su cercanía a la capital del país. Las principales actividades primarias en la entidad, están constituidas por la agricultura, ganadería, aprovechamiento forestal, pesca y caza, ocupando el primer lugar nacional en producción de guaje, nopales y rosas (Tabla 14). <sup>21</sup>

Las actividades secundarias incluyen la minería, construcción y electricidad, agua y gas, además de las industrias manufactureras. Las actividades terciarias están dadas por los comercios, restaurantes y hoteles (comercios, servicios de alojamiento temporal y de preparación de alimentos y bebidas), transportes e información en medios masivos, servicios financieros e inmobiliarios y, servicios educativos y médicos. <sup>21</sup>

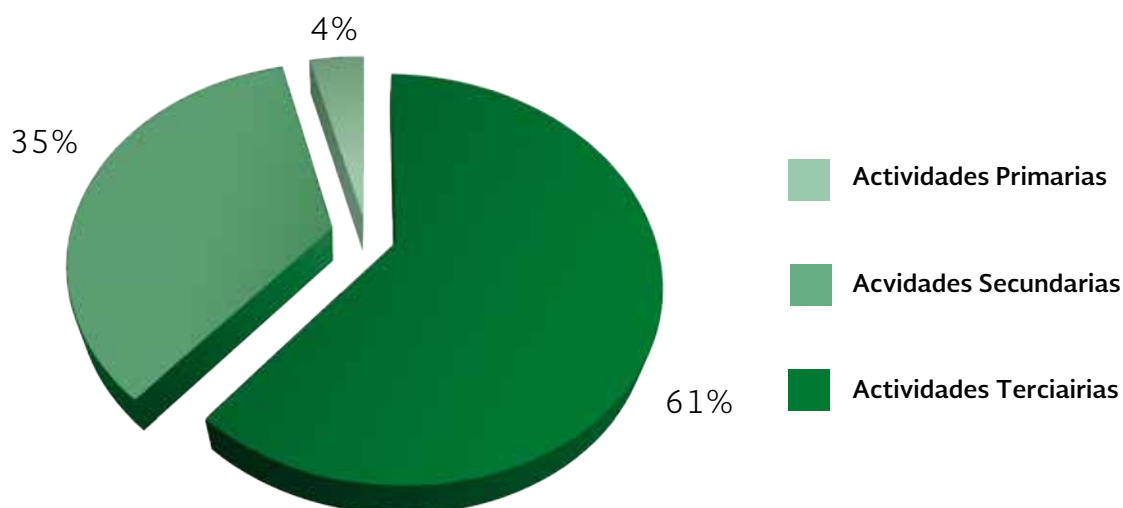
El producto interno bruto (PIB) del estado aportó en el año 2011 el 1.1% al PIB nacional. Las actividades terciarias, son las que aportan el mayor porcentaje al PIB estatal, constituyendo el 61% del total. <sup>21</sup>

Tabla 14. Actividades primarias relacionadas con la agricultura. . Tabla comparativa estatal y nacional.

Actividad económica		Morelos	Nacional
Siembra	Alfalfa verde (hectáreas)	233	387,800
	Avena forrajera (hectáreas)	2,348	942,824
	Chile verde (hectáreas)	110	152,742
	Frijol (hectáreas)	2,167	1,506,034
	Maíz (hectáreas)	29,296	7,750,301
	Pastos (hectáreas)	1,834	2,548,924
	Sorgo grano (hectáreas)	41,567	1,972,059
	Tomate rojo (hectáreas)	2,162	53,780
	Tomate verde (hectáreas)	2,487	47,831
	Trigo grano (hectáreas)	382	714,864
	Restos de cultivos nacionales (hectáreas)	57,723	6,059,582
	<b>Superficie total</b>	<b>135,308</b>	<b>22,136,742</b>

Fuente: INEGI, México en Cifras. Información Nacional, por entidad federativa y Municipios. 2010.

Gráfica 13. Estructura del PIB Morelos 2011.



Fuente: INEGI, Sistema de Cuentas Nacionales de México. Producto Interno Bruto por Entidad Federativa.

### Población económicamente activa

A diferencia de lo que ocurre en los países industrializados, en México, una alta proporción de personas adultas mayores aun trabaja. A nivel nacional, el Censo de Población y Vivienda 2010, reporta una población económicamente activa (PEA), de 52.6% de la población total.<sup>17</sup>

En Morelos, las cifras de acuerdo al último censo 2010, corresponden al 54.7% población económicamente activa del total de la población, del la cual 73.4% son hombres y 37.6% son mujeres, es decir, de cada 100 personas de 12 años y más, 55 participan en actividades económicas. En relación a la productividad de la población adulta mayor, el 33.29% reportó estar económicamente activo y el 16.9% como pensionado o jubilado, como se muestra a continuación. <sup>17</sup>

**Tabla 15.** Población de 60 años y más económicamente activa (PEA)/pensionada o jubilada.

Grupo etario	PEA	Pensionados y jubilados
<b>60 - 64</b>	25 742	7 428
<b>65 - 69</b>	15 315	6 777
<b>70 - 74</b>	9 489	6 121
<b>75 - 79</b>	5 285	4 510
<b>80 - 84</b>	2 225	2 933
<b>85 años y más</b>	1 164	2 388

Fuente: COESPO, Secretaría Técnica, con base en INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

Las personas adultas mayores residentes en Morelos, presentan altos índices de participación laboral en relación a otros estados del país. <sup>17,22,23</sup>

### Seguridad Social

Las características del proceso de demanda y utilización de servicios de salud, así como el resultado de satisfacción de los usuarios, son fundamentales para comprender las bondades de la respuesta social organizada a las necesidades de salud.

La utilización o no, de los servicios de salud, es el resultado de múltiples factores que incluyen desde la disponibilidad y acceso a los mismos, así como la necesidad social de utilizarlos. A este respecto, el uso de los servicios es generalmente de acuerdo a la necesidad o percepción de gravedad de los problemas de salud. Esto determina la búsqueda de los servicios de salud basada en esta necesidad y no en la prevención o detección temprana de ciertos padecimientos con alta prevalencia dentro de la población en general, es decir, se atienden las enfermedades en etapas avanzadas de la enfermedad o cuando existe una descompensación o complicación, disminuyendo con esto la oportunidad de preservar al máximo los años de vida saludable y la calidad de vida del individuo. Asimismo, es frecuente que las personas que no utilizan los servicios médicos institucionales o privados, soliciten otras formas de atención a la salud, como es el uso de medicina tradicional, terapias alternativas y automedicación, entre otros. <sup>24</sup>

La información en materia de salud es indispensable para la planeación y toma de decisiones que permitan mejorar las condiciones de salud de la población. En la última década, en Morelos, el porcentaje

de la población derechohabiente a los servicios de salud aumentó, invirtiendo las proporciones correspondientes a los derechohabientes y no derechohabientes para el año 2000 y 2010. <sup>24</sup>

**Tabla 16.** Porcentaje de la población con y sin derechohabiencia en Morelos.

Año	Con derechohabiencia	Sin derechohabiencia
<b>2000</b>	34.2 %	61.7 %
<b>2010</b>	63.2 %	35.3 %

Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000; Censo de Población y Vivienda 2010.

**Tabla 17.** Distribución porcentual de la población general derechohabiente por Institución de Salud, Morelos 2010.

Distribución porcentual de la población en general derechohabiente por tipo de institución de salud. Año 2010	
Institución	Porcentaje
<b>Seguro popular/Seguro para una nueva generación</b>	44.5 %
<b>IMSS</b>	41.6 %
<b>ISSSTE</b>	10.9 %
<b>Institución privada</b>	2.1 %
<b>Pemex, Defensa o Marina</b>	0.7 %
<b>ISSSTE estatal</b>	0.3 %
<b>Otra institución</b>	1.1 %

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

En el estado de Morelos, la institución con más derechohabientes afiliados es el Seguro Popular o Seguro para una Nueva Generación, seguido del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). En la tabla 18, se presenta el tipo de derechohabiencia de personas adultas mayores, en la que se observa que el mayor número de afiliados es para el Seguro Popular. <sup>17</sup>

### Utilización de los servicios de salud

En relación a la utilización de los servicios de salud, en el último censo realizado en el 2010 por el INEGI, los servicios otorgados por los Servicios Estatales de Salud (SESA), fueron los más utilizados con un 40.9%, seguido por los servicios privados con un 25.3%, el IMSS con 24.4% y el ISSSTE con el 6.7%. De acuerdo a los resultados de la ENSANUT 2012, del total de consultas otorgadas, el 61.1%, fueron proporcionadas por el sector público (incluyendo la seguridad social), en tanto el sector privado aportó el 38.9%. De los servicios públicos proporcionados por los SESA, éstos concentran el 28.2% de las consultas. El IMSS aporta el 24.2% de las consultas otorgadas. <sup>17,24</sup>

**Tabla 18.** Condición de derechohabencia a servicios de salud, de personas adultas mayores.

Condición de derechohabencia a servicios de salud de personas adultas mayores								
Grupo etario años	Seguro popular	IMSS	ISSSTE	Pemex, Defensa o Marina	Institución privada	Otra institución	Sin derechohabencia	No especificado
60-64	10463	19621	6462	357	797	298	16075	86
65-69	8123	15536	4608	285	533	270	11179	53
70-74	7152	12802	3647	212	344	217	8960	54
75-79	5057	9242	2751	159	229	124	6270	37
80-84	2 094	5766	1770	104	151	86	4258	31
85 y más	2 254	4484	1581	119	148	74	4178	27

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Tabulados del cuestionario básico.

### Discapacidad

Una manera de aproximarse a la evaluación global de la salud de las personas de edad avanzada, es a través de su estado funcional. Asimismo, se trata de un enfoque que considera las repercusiones de la enfermedad y los accidentes en la forma de funcionalidad y calidad de vida. El riesgo de discapacidad aumenta con la edad, y sus consecuencias van más allá de la dependencia física, pues afecta al individuo, a la familia y al grupo social. Dichas consecuencias son motivo de requerimientos asistenciales y objeto de la planeación de los servicios médicos, cuidados a largo plazo, apoyo a la familia y programas de prevención.<sup>24</sup>

La incidencia, prevalencia y desarrollo de las discapacidades, es difícil de estimar ya que no existe una conceptualización adecuada ni un sistema de información que la registre en forma periódica. La posibilidad de padecer alguna limitación física o mental se incrementa con la edad, el grupo de la población de 15 a 29 años (2.1 en hombres y 1.6 en mujeres) con alguna discapacidad fue de 1.8 por ciento; en el grupo de 30 a 59 años, se incrementa al 5%, y, para la población de 60 a 84 años alcanza el 24.4%; y entre la población de 85 y más años, se reportó el 55.4% (46.3 en hombres y 64.9 en mujeres), que equivale a que 55 de cada 100 personas tienen alguna discapacidad.<sup>17</sup>

**Tabla 19.** Distribución de la población de 60 años y más por condición y tipo de limitación en la actividad. Morelos 2010.

Grupo de edad	Con limitación en la actividad							
	Total	Caminar o moverse	Ver	Escuchar	Hablar o comunicarse	Atender el cuidado personal	Poner atención o aprender	Mental
Morelos	39,327	28,084	11,000	7,032	1,567	2,379	989	1,147
Mujeres	21,470	15,962	5,997	3,264	755	1,448	563	609
Hombres	17,892	12,122	5,003	3,768	812	931	426	538

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico.

La limitación para caminar o moverse es la reportada con mayor frecuencia entre la población adulta mayor, y afecta en mayor proporción a las mujeres.

### Situación Conyugal

Según los datos reportados en el Censo de Población y Vivienda 2010, en Morelos, el estado conyugal de mayor proporción entre las personas adultas mayores fue el estado civil casado con el 49.5%. En relación al sexo, los hombres predominan con esta situación conyugal, de igual manera son las mujeres las que tienen la mayor proporción de condición de viudez.<sup>17</sup>

**Tabla 20.** Situación conyugal de las personas adultas mayores en Morelos.

Grupo de edad (años)	Soltero (a)	Casado (a)	Unión libre	Separado (a)	Divorciado (a)	Viudo (a)
<b>60-69</b>	5 569	52 928	10 173	7 581	2 801	14 567
<b>70 y más</b>	4 280	35 124	5 635	4 879	1 514	32 603

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico.

**Tabla 21.** Situación conyugal de mujeres adultas mayores en Morelos.

Grupo de edad (años)	Soltera	Casada	Unión libre	Separada	Divorciada	Viuda
<b>60-69</b>	3 388	23 487	3 631	5 015	1 819	11 923
<b>70 y más</b>	2 666	13 022	1 789	2 748	931	24 677

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Tabulados del Cuestionario Básico.

**Tabla 22.** Situación conyugal de hombres adultos mayores en Morelos.

Grupo de edad (años)	Soltero	Casado	Unión libre	Separado	Divorciado	Viudo
<b>60-69</b>	2, 181	29, 441	6, 542	2, 566	982	2, 644
<b>70 y más</b>	1, 614	22, 102	3, 846	2, 131	583	7, 926

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Tabulados del Cuestionario Básico.

### Migración y envejecimiento del Estado de Morelos

En México, la migración constituye uno de los fenómenos más dinámicos, y que ha sufrido las mayores transformaciones en el periodo más reciente. La migración, tanto interna como internacional, se concentra en las edades de la adolescencia y personas adultas jóvenes.<sup>20</sup>



En el año 2000, del total de la población residente en Morelos, el 68.0% nació en el estado, 27.7% en otra entidad y, 0.6% en otro país. Comparado con el contexto nacional, donde 80 de cada 100 personas residen en su entidad de nacimiento. <sup>16</sup>

Para el año 2010, el 27.9% de los residentes en el estado, nacieron en otra entidad o país. <sup>17</sup>

**Tabla 23.** Porcentaje de población emigrante e inmigrante.

Migración	Morelos
Porcentaje de población emigrante, 2010	2.90
Porcentaje de población inmigrante (migración reciente), 2010	5.00
Porcentaje de población no nativa (migración acumulada), 2010	27.00
Tasa de emigración a Estados Unidos de América, 2009	14.4

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Tabulados del Cuestionario Básico.

### Emigración Interna

En el 2005 salieron del Estado de Morelos 30,707 personas para vivir en otra entidad. Este movimiento fue principalmente hacia el Distrito Federal, Estado de México, Guerrero, Puebla y Baja California. <sup>25</sup>

### Inmigración Interna

Para el mismo año, llegaron de otras ciudades a vivir al estado de Morelos 57,021 personas.

De cada 100 personas: 31 provienen del Distrito Federal, 22 del Estado de México, 20 del Estado de Guerrero, 6 del Estado de Puebla y 4 de Veracruz de Ignacio de la Llave. <sup>25,26</sup>

*Nota: Migración según lugar de residencia cinco años antes. Las cifras se refieren a la población de 5 años y más. Excluye a la población que cinco años antes residía en otro país.*

De la población personas adultas mayores, según su lugar de residencia para el año de 2005, 169,516 residían en la entidad, 7,037 en otra, 845 residían en Estados Unidos de América y, 88 en otro país. <sup>25</sup>

### Transición epidemiológica en la persona adulta mayor

El crecimiento de la población de personas adultas mayores, así como el incremento en la esperanza de vida, trae consigo una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y otros problemas de salud en dicha población, así como un aumento en los gastos de salud asociados a una mayor demanda en los sistemas de salud por parte de este grupo poblacional. <sup>15,16,17</sup>

### Morbilidad

El incremento en el número de las personas adultas mayores en la entidad, ha llevado a un incremento en las tasas de morbilidad y necesidades de atención para este grupo de edad, con un importante impacto en la calidad de vida de la persona adulta mayor.

Para el año 1995 (Tabla 24), las tres principales causas de atención en las personas adultas mayores estuvieron relacionadas con enfermedades infecciosas, predominando las infecciones respiratorias agudas seguida de otras infecciones intestinales. Las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus e hipertensión arterial ocuparon el cuarto y sexto lugar en la morbilidad de la persona adulta mayor.

**Tabla 24.** Diez principales causas de enfermedad en Morelos población de 60 años y más, 1995.

Diez principales causas de enfermedad en Morelos población de 60 años y más, 1995		
No.	Principales causas de enfermedad	Total
1	Infecciones respiratorias agudas	56 353
2	Otras infecciones intestinales y las más definidas	18 023
3	Amibiasis intestinal	6 179
4	Diabetes mellitus no insulino dependiente tipo II	5 505
5	Intoxicación por picadura de alacrán	3 877
6	Hipertensión arterial	3 860
7	Otras helmintiasis	2 558
8	Otitis media aguda	1 138
9	Candidiasis urogenital	1 072
10	Tricomoniasis urogenital	489

Fuente: SINAVE/DGE/Salud/Sistema de notificación semanal de casos nuevos.

Este mismo comportamiento en la morbilidad, se mantiene para el año 2000 (Tabla 25), agregándose en tercer lugar las infecciones de vías urinarias, la hipertensión arterial pasa del sexto al cuarto lugar, diabetes mellitus 2 en el sexto lugar y, las neumonías y bronconeumonías en décimo lugar.

**Tabla 25.** Diez principales causas de enfermedad en Morelos población de 60 años y más, 2000.

Diez principales causas de enfermedad en Morelos población de 60 años y más, 2000		
No.	Principales causas de enfermedad	Total
1	Infecciones respiratorias agudas	28 439
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	9 730
3	Infecciones de vías urinarias	7 994
4	Hipertensión arterial	3 981
5	Úlceras, gastritis y duodenitis	3 118
6	Diabetes mellitus no insulino dependiente tipo II	3 023
7	Intoxicación por picadura de alacrán	2 344
8	Amebiasis intestinal	2 107
9	Otras helmintiasis	1 185
10	Neumonías y bronconeumonías	625

Fuente: SINAVE/DGE/Salud/Sistema de notificación semanal de casos nuevos.

Para el año 2005 (Tabla 26), las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) continúan incrementándose; la hipertensión arterial continua en cuarto lugar, y la diabetes mellitus alcanza el quinto lugar, con un incremento en el número de casos. Es notoria la disminución del número de casos de la amebiasis intestinal y otras helmintiasis; de igual manera, las neumonías y bronconeumonías dejan de estar entre estas diez principales causas de morbilidad en las personas adultas mayores.

**Tabla 26.** Diez principales causas de enfermedad en Morelos población de 60 años y más, 2005.

<b>Diez principales causas de enfermedad en Morelos población de 60 años y más, 2005</b>		
<b>No.</b>	<b>Principales causas de enfermedad</b>	<b>Total</b>
1	Infecciones respiratorias agudas	29 170
2	Infecciones de vías urinarias	9 098
3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	8 022
4	Hipertensión arterial	4 659
5	Diabetes mellitus no insulino dependiente tipo II	3 630
6	Úlceras, gastritis y duodenitis	3 380
7	Intoxicación por picadura de alacrán	2 698
8	Amebiasis intestinal	1 407
9	Faringitis y amigdalitis estreptocócica	621
10	Otras helmintiasis	570

Fuente: SINAVE/DGE/Salud/Sistema de notificación semanal de casos nuevos.

**Tabla 27.** Diez principales causas de enfermedad en Morelos población de 60 años y más, 2010.

<b>Diez principales causas de enfermedad en Morelos población de 60 años y más, 2010</b>		
<b>No.</b>	<b>Principales causas de enfermedad</b>	<b>Total</b>
1	Infecciones respiratorias agudas	39 756
2	Infecciones de vías urinarias	11 978
3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	9 488
4	Hipertensión arterial	5 925
5	Úlceras, gastritis y duodenitis	4 446
6	Diabetes mellitus no insulino dependiente tipo II	3 904
7	Intoxicación por picadura de alacrán	2 680
8	Otitis media aguda amebiasis intestinal	1 007
9	Amebiasis intestinal otitis media aguda	851
10	Otras helmintiasis	588

Fuente: SINAVE/DGE/Salud/Sistema de notificación semanal de casos nuevos.

En la tabla 25, el comportamiento de la morbilidad es muy semejante al quinquenio anterior, continuando el incremento en el número de casos de las infecciones respiratorias agudas, infecciones de vías urinarias, infecciones intestinales y de las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes

mellitus tipo 2. Asimismo se registran las enfermedades bucales como la gingivitis y enfermedades periodontales en el octavo lugar para el año 2010.

**Tabla 28.** Diez principales causas de enfermedad en Morelos población de 60 años y más, 2011.

Diez principales causas de enfermedad en Morelos población de 60 años y más, 2011			
No.	Principales causas de enfermedad	Total	Tasa*
1	Infecciones respiratorias agudas	38 250	21 972.28
2	Infecciones de vías urinarias	13 205	7 585.46
3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	9 802	5 630.65
4	Hipertensión arterial	6 591	3 783.13
5	Úlceras, gastritis y duodenitis	4 920	2 904.36
6	Diabetes mellitus no insulino dependiente (tipo 2)	4 023	2 232.84
7	Intoxicación por picadura de alacrán	3 142	1 804.89
8	Gingivitis y enfermedades periodontales	944	542.27
9	Amebiasis intestinal	604	486.55
10	Otras helmintiasis	582	484.25

Fuente: SUIVE/DGE/ Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos-2011

\*Por 100,000 hab

### Mortalidad

En relación a la mortalidad, ésta varía según los grupos de edad, así en la edad productiva (La edad productiva es de 12 a 64) las primeras causas están relacionadas con la diabetes mellitus y tumores malignos; para el grupo de 65 años y más son las enfermedades del corazón, los tumores malignos y la diabetes mellitus las tres primeras causas de muerte, como se observa en las siguientes tablas.

**Tabla 29.** Diez principales causas de mortalidad en Morelos población de 65 años y más, 2000.

Diez principales causas de mortalidad en Morelos población de 65 años y más, 2000		
No.	Principales causas de mortalidad	Defunciones
1	Enfermedad del corazón	737
2	Tumores malignos	499
3	Diabetes mellitus	451
4	Enfermedades cerebrovasculares	264
5	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	173
6	Enfermedades del hígado	145
7	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	131
8	Bronquitis crónica y las no especificada, enfisema y asma	108
9	Accidentes	108
10	Insuficiencia renal	87

Fuente: SINEGI/Estadísticas de mortalidad.

**Tabla 30.** Diez principales causas de mortalidad en Morelos población de 65 años y más, 2005.

<b>Diez principales causas de mortalidad en Morelos población de 65 años y más, 2005</b>		
<b>No.</b>	<b>Principales causas de mortalidad</b>	<b>Defunciones</b>
1	Enfermedad del corazón	890
2	Diabetes mellitus	643
3	Tumores malignos	579
4	Enfermedades cerebrovasculares	341
5	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	297
6	Enfermedades del hígado	220
7	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	156
8	Accidentes	128
9	Insuficiencia renal	110
10	Influenza y neumonía	98

Fuente: NEGI/Estadísticas de mortalidad

**Tabla 31.** Diez principales causas de mortalidad en Morelos población de 65 años y más, 2010.

<b>Diez principales causas de mortalidad en Morelos población de 65 años y más, 2010</b>		
<b>No.</b>	<b>Principales causas de mortalidad</b>	<b>Defunciones</b>
1	Enfermedad del corazón	1 193
2	Diabetes mellitus	956
3	Tumores malignos	707
4	Enfermedades cerebrovasculares	362
5	Enfermedades pulmonares	349
6	Enfermedades del hígado	279
7	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	190
8	Insuficiencia renal	148
9	Accidentes	140
10	Influenza y neumonía	114

Fuente: NEGI/Estadísticas de mortalidad

### Desarrollo Humano y Social

En relación a información sobre pobreza, rezago social y evaluación, Morelos ocupó el lugar 16 en porcentaje de población en pobreza y el 19 en porcentaje de población en pobreza extrema (7.0%), lo que lo ubica entre las 15 entidades con menor pobreza extrema en el país.<sup>26</sup>

Para el año 2010 el porcentaje de población vulnerable por carencia social fue de 34.4, y el porcentaje de población no pobre y no vulnerable fue de 16.5 por ciento.

Con respecto al ingreso corriente total per cápita (ICTPC) promedio para agosto de 2010 del estado de Morelos, se presentan los siguientes resultados. <sup>26</sup>

**Tabla 32.** Ingreso corriente total per cápita (ICTPC), agosto 2010.

Entidad Federativa	Lugar que ocupa	ICTPC promedio Agosto 2010	Pobreza			Pobreza extrema		
			Porcentaje	Miles de personas	Carencia promedio	Porcentaje	Miles de personas	Carencia promedio
Morelos	16	2.656.4	43.7	777.6	2.4	7.0	125.2	3.7

Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010.

Nota: las estimaciones de 2008 y 2010 utilizan los factores de expansión ajustados a los resultados definitivos del Censo de Población y Vivienda 2010, estimados por INEGI.

Nota: las estimaciones 2010 toman en cuenta la variable combustible para cocinar y si la vivienda cuenta con chimenea en la cocina en la definición del indicador de carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda.

Nota: El lugar que ocupa se refiere porcentaje de población en pobreza.

A nivel municipal, en 2010, fueron 21 municipios (63.6%) donde más de la mitad de la población se encontraba en situación de pobreza. Los municipios de Tetela del Volcán, Totolapan, Temoac, Miacatlán y Puente de Ixtla presentaron el mayor porcentaje de población en esta condición.

Los municipios que concentraron el mayor número de personas en situación de pobreza fueron Cuernavaca (26.5%), Jiutepec (36.8%), Cuautla (44.8%), Temixco (56.8%) y Yautepec (52%) que en total conforman un total del 46.3% del total de la población. Para pobreza extrema, los municipios de Cuautla, Jiutepec, Cuernavaca, Puente de Ixtla y Temixco fueron los que registraron la mayor concentración de población en pobreza extrema, concentrando el 38.4% de la población con esta condición en el estado. <sup>26</sup>

**Tabla 33.** Carencias sociales en Morelos 2008 – 2010.

Carencias sociales en Morelos 2008 - 2010	Porcentaje miles de personas			
	2008	2010	2008	2010
Rezago educativo	21.6	19.4	375,734	345,909
Carencia por acceso a los servicios de salud	40.6	31.7	704,513	565,030
Carencia por acceso a la seguridad social	72.3	64.9	1,255,486	1,154,601
Carencia por calidad y espacios de la vivienda	15.8	15.9	274,004	282,210
Carencia por acceso a los servicios básicos de la vivienda	16.5	14.8	285,636	262,832
Carencia por acceso a la alimentación	25.0	22.0	433,865	391,740

Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008 y 2010.

## Evolución de las carencias sociales en Morelos 2008 - 2010

De los seis indicadores que evalúan las carencias sociales de la población en los años 2008 y 2010, cinco de ellos tendieron a la baja y solo el relacionado a la carencia por calidad y espacios de vivienda se incrementó en una décima de punto.

La evaluación del bienestar económico, de 2008 a 2010, el porcentaje de población con un ingreso inferior a la línea de bienestar, disminuyó de 52.0 a 49.1; de igual manera, el porcentaje de población con un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo, disminuyó de 17.5 a 14.0.<sup>26</sup>

## Rezago social

La estimación del índice de rezago social se presenta en cinco estratos: muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto.

De acuerdo con las estimaciones de 2010, el grado de rezago social del estado es medio. Morelos ocupó el lugar 16 a nivel nacional respecto de las 32 entidades federativas, por arriba de Nayarit y por debajo de Zacatecas.<sup>26</sup>

Ante este panorama demográfico, epidemiológico, social, económico y cultural, debemos reconocer que Morelos enfrenta un reto de grandes dimensiones en la atención de la población adulta mayor. Si bien su privilegiada ubicación geográfica y clima lo vuelven un atractivo natural para nacionales y extranjeros, la oferta de servicios específicos para este grupo etario es todavía limitada y en muchos de los casos, incipiente; así es pertinente revisar con mayor detenimiento la situación en la que está viviendo este cada vez más importante sector de nuestra comunidad y, con la conjunción de esfuerzos de la sociedad y el gobierno, podremos hacer de ello una oportunidad para la actual y futuras generaciones de las personas adultas mayores.

## Referencia bibliográfica

1. H. Congreso del Estado de Morelos [Sede web]. [citado 06 mayo 2013]. Disponible en: <http://www.congresomorelos.gob.mx/historia.html>
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI). Censo de Población y Vivienda (2010). Panorama Sociodemográfico de Morelos. México: INEGI; 2011, [citado 06 mayo 2013] Disponible:[http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora\\_socio/Cpv2010\\_Panorama.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/panora_socio/Cpv2010_Panorama.pdf).
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI). [sede web] [citado 06 mayo 2013] Disponible:<http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mor/territorio/default.aspx?tema=me&e=17>
4. Gobierno del Estado de Morelos. [sede web] [citado 06 mayo 2013]. Disponible en: <http://www2.morelos.gob.mx/?q=cuernavaca>
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Información (INEGI). [sede web] [citado 06 mayo 2013]. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mor/poblacion/distribucion.aspx?tema=me&e=17>.

6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Información (INEGI). [sede web] [citado 08 mayo 2013]. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mor/territorio/clima.aspx?tema=me&e=17>
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI). [sede web] [citado 08 mayo 2013] Principales Ríos de Morelos. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mor/territorio/agua.aspx?tema=me&e=17>
8. Gobierno del estado de Morelos. Secretaría de Turismo. [sede web] [citado 08 mayo 2013]. Disponible en: [http:// morelostravel.com/ruta\\_conventos/](http://morelostravel.com/ruta_conventos/)
9. Gobierno del Estado de Morelos. Secretaría de Turismo. [sede web] [citado 08 mayo 2013] disponible en [http://www.morelostravel.com./ruta\\_zapata/](http://www.morelostravel.com./ruta_zapata/)
10. Morelos Turístico. [sede web] [citado 08 mayo 2013]. Zonas Arqueológicas de Morelos. Disponible en: [http://www.morelosturistico.com/espanol/pagina/index\\_grupo.php?ldSubCategoría=6&Grupo=Zonas%20Arqueologicas](http://www.morelosturistico.com/espanol/pagina/index_grupo.php?ldSubCategoría=6&Grupo=Zonas%20Arqueologicas)
11. Gobierno del Estado de Morelos. Secretaría de Turismo. [sede web] [citado 08 mayo 2013] disponible en: <http://www.morelostravel.com/diversionacuatica.php>
12. Gobierno del Estado de Morelos. Secretaría de Turismo. [sede web] [citado 08 mayo 2013] disponible en [http://www.morelostravel.com/natural/72/corredor\\_biologico\\_ajusco\\_chichinautzin.html](http://www.morelostravel.com/natural/72/corredor_biologico_ajusco_chichinautzin.html)
13. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población / Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Dinámica demográfica y desarrollo en América Latina y el Caribe. Serie población y Desarrollo. Santiago de Chile, febrero de 2005
14. CELADE/CEPAL: Las personas mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas. Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003.
15. García A, Ortiz MI, Gómez M del C. El envejecimiento de las poblaciones: los casos de España y México. Anales de Geografía de la Universidad Complutense; 2003,23. 75 – 102
16. Instituto Nacional de Geografía e Informática. INEGI. Perfil Sociodemográfico Morelos XII Censo General de Población y Vivienda 2000.
17. Instituto Nacional de Geografía e Informática. INEGI. Censo General de Población y Vivienda 2010.
18. Zúñiga E; Vega D. El envejecimiento de la población en México. Reto del Siglo XXI. CONAPO.
19. Consejo Nacional de Población. [sede web] [citado 08 mayo 2013]. Morelos: Indicadores demográficos, 1990–2030. Disponible en [www.portal.conapo.gob.mx](http://www.portal.conapo.gob.mx)
20. Instituto Nacional de Geografía e Informática. INEGI. Los adultos mayores en México. Perfil Sociodemográfico al inicio del siglo XXI. Edición 2005.
21. Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Información (INEGI). [sede web] [citado 09 mayo 2013]. Economía. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/Economia/default.aspx?tema=E>
22. INEGI. Sistema de cuentas Nacionales de México. Producto Interno Bruto por Entidad Federativa.
23. Secretaría Técnica del COESPO, con base en INEGI, Censo de Población 2010.
24. Gutiérrez JP, Rivera–Dommarco J, Shama–Levy T, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales.
25. Instituto Nacional de Geografía e Informática INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005



26. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI). [sede web] [citado 09 mayo 2013]. Inmigración. Disponible en: [http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mor/poblacion/m\\_migratorios.aspx](http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mor/poblacion/m_migratorios.aspx)
27. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social CONEVAL. Informe de Pobreza y evaluación y evaluación en el estado de Morelos 2012.

# SE BUSCA ABUELA



**RECOMPENSA : AFECTO, CARIÑO Y RESPETO**



Reitoría Institucional **DIIT**

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

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



## 7. Resultados del Proyecto-Encuesta SABE Morelos

• Mtra. Dora Domínguez Bordes<sup>1</sup> • Lic. Erica Tania Chaparro González<sup>2</sup>,

1. Coordinadora Estatal del Programa de Salud en el Adulto y el Anciano, Servicios de Salud de Morelos.

2. Subdirección del Programa Nacional para la Promoción, Prevención y Atención a la Salud de la Persona Adulta Mayor, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

En esta sección se presentan los resultados en cuatro categorías de análisis, según sexo y edad (Tabla I) iniciando con la identificación del encuestado. Cabe enfatizar que, las personas entrevistadas fueron agrupadas según quinquenios a partir de 60-64 hasta 85 y más años de edad. También es menester mencionar que solo es un análisis descriptivo de aquellas variables sociodemográficas y epidemiológicas que sobresalieron en el estudio.

**Tabla 1.** Categorías del análisis estadístico según la organización de resultados.

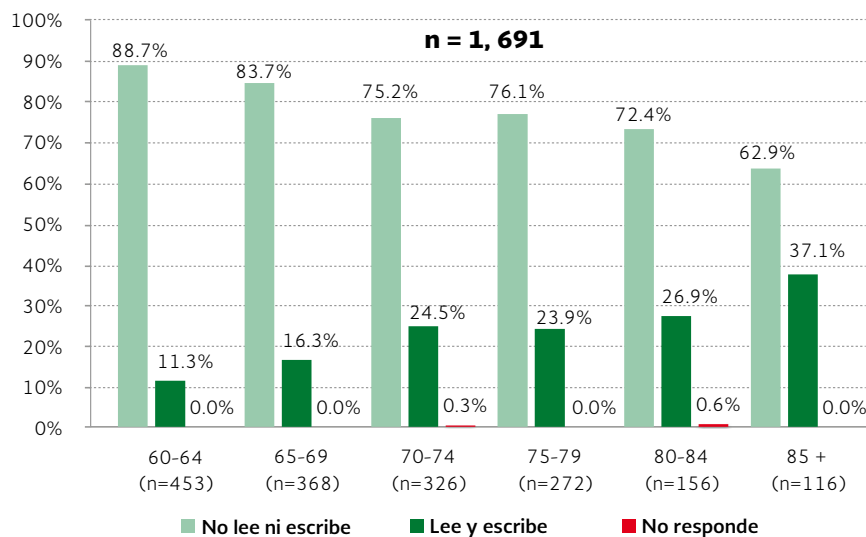
Categoría	Variable
<b>Datos personales</b>	Alfabetismo
	Escolaridad
	Compañía en la vivienda
<b>Evaluación cognoscitiva</b>	Estado cognoscitivo
	Autopercepción de la memoria
<b>Estado de Salud</b>	Hipertensión arterial
	Diabetes mellitus
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
	Enfermedad cardíaca
	Evento vascular cerebral
	Enfermedad articular
	Osteoporosis
	Autoexploración de glándulas mamarias
	Exploración de glándulas mamarias por un profesional
	Detección de cáncer cérvico uterino
	Detección de cáncer de próstata
	Depresión
	Incontinencia urinaria
	Incontinencia fecal
	Percepción de la visión
	Dificultad para comer por problemas dentales
	Caídas en el último año
	Consumo de alcohol
	Hábito de fumar
	Percepción de la audición
Percepción de la felicidad	
Nutrición	
Problemas psiquiátricos	
<b>Estado funcional</b>	Dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)
	Dependencia para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
	Hábitos de ejercicios
	Realización de manualidades

En el Proyecto-Encuesta SABE Morelos se realizaron 1,704 cuestionarios a la población de 60 años y más, en el área urbana correspondiente a Cuernavaca y Jiutepec, de éstos el 39.8% corresponden a hombres y el 60.2% a mujeres. El promedio de edad fue de 70.6±8

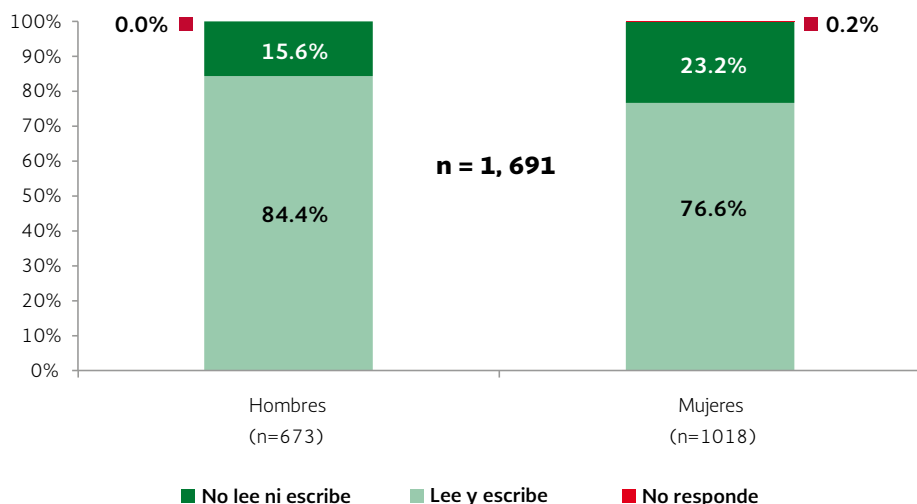
### Categoría 1. Datos personales

Uno de los indicadores más importantes de esta categoría. lo constituye la lecto-escritura y el grado de escolaridad. Se encontró en los resultados de SABE Estado de Morelos, respecto a la capacidad de lecto-escritura que 20.2% refiere no saber leer ni escribir y que se incrementa conforme a la edad,  $\chi^2_{1gl}=52.3$ ;  $p<0.01$ . Gráfica 1; la funcionalidad del alfabetismo es mayor en hombres que en mujeres,  $Z=3.8$ ;  $p<0.01$  Gráfica 2.

Gráfica 1. Lecto-escritura según grupos de edad.

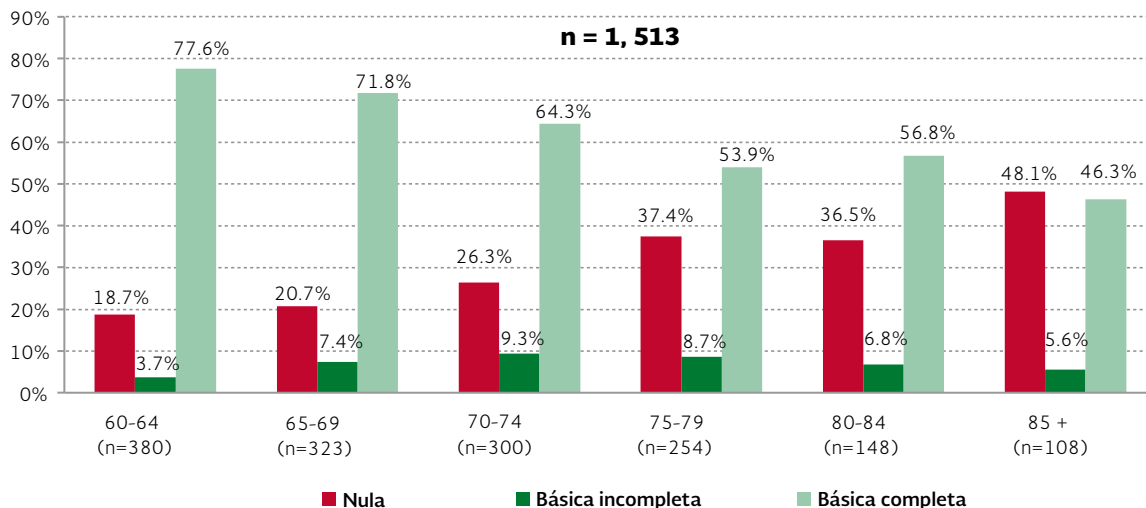


Gráfica 2. Alfabetismo según sexo.

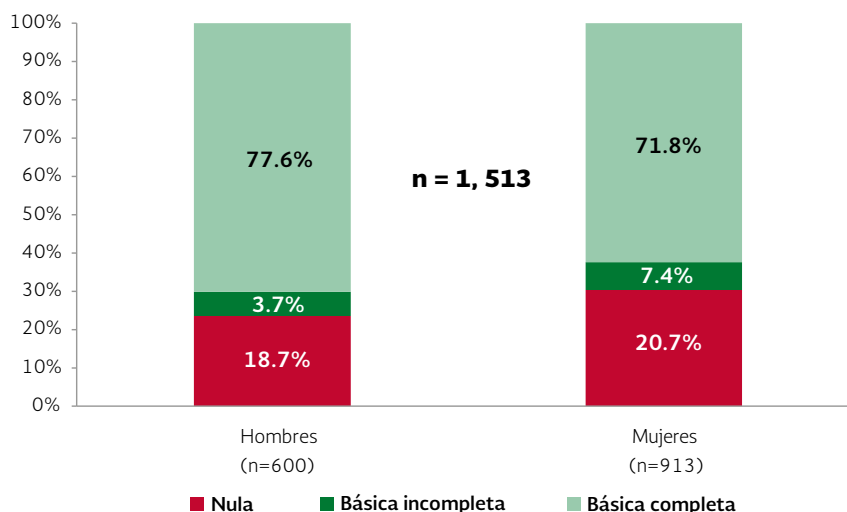


Al realizar la pregunta de si alguna vez habían asistido a la escuela y su último grado aprobado, se encontró que el 20.1% que nunca habían asistido, con  $X^2_{1gl}=59.4$ ;  $p<0.01$ , lo cual es significativamente estadístico como se muestra en la gráfica 3; al analizar por sexo se observa mayor tendencia hacia las mujeres,  $Z=2.89$ ;  $p<0.01$  Gráfica 4.

**Gráfica 3. Escolaridad según grupos de edad.**

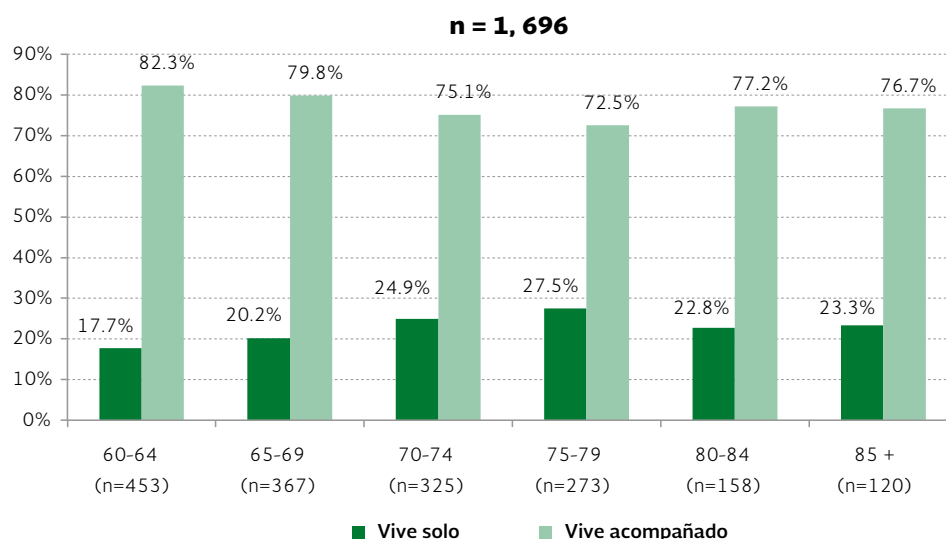


**Gráfica 4. Escolaridad según sexo.**

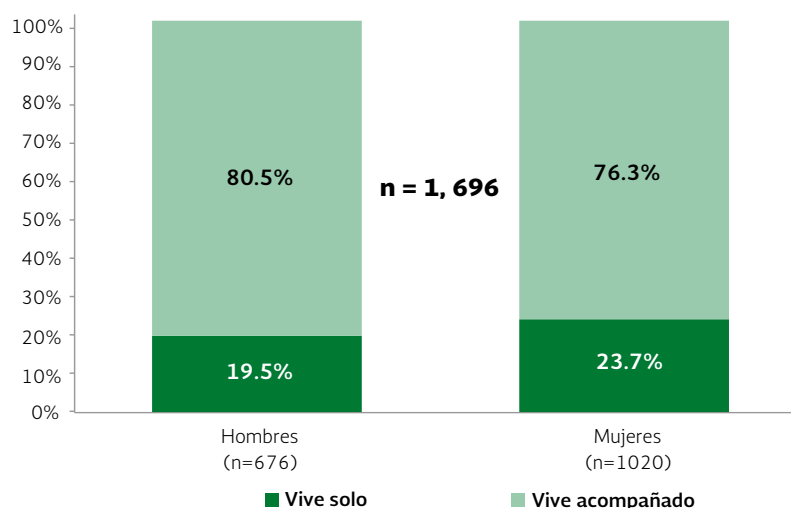


Al preguntar si vivían solos o acompañados el 22.1 % refirió vivir solo, se encontró  $X^2_{1gl}=6.5$ ;  $p<0.05$ , lo cual es significativamente estadístico como se muestra en la gráfica 5; al analizar por sexo se observa mayor tendencia hacia las mujeres,  $Z=2.0$ ;  $p<0.05$ . Gráfica 6.

Gráfica 5. Compañía en la vivienda según grupos de edad.



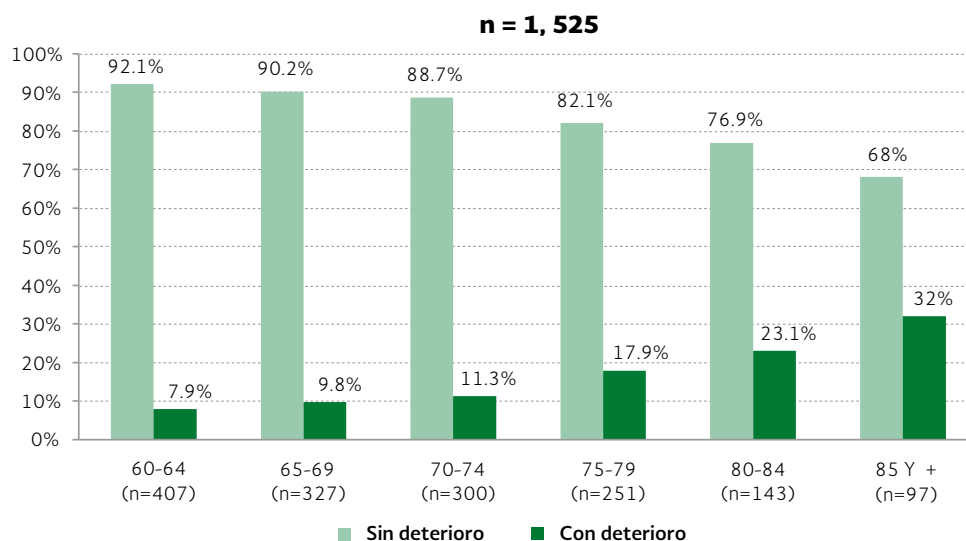
Gráfica 6. Compañía en la vivienda por sexo.



## Categoría 2. Evaluación cognoscitiva.

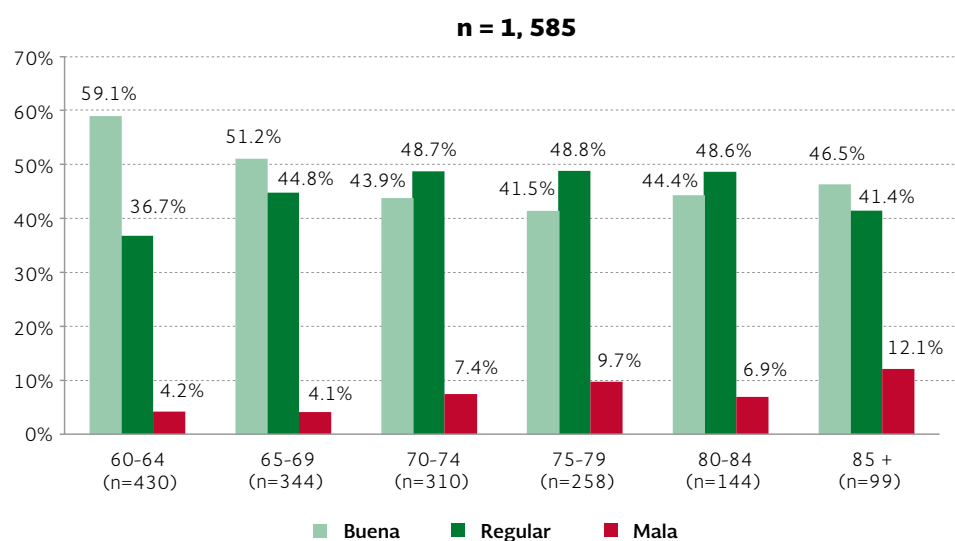
Para el buen funcionamiento de cualquier ser humano, es vital que la cognición mantenga sus capacidades ya que de esto depende la adaptación del individuo a su entorno. En el cuestionario SABE, se empleó una prueba de tamizaje llamada Minimental Examination Test de Folstein una forma abreviada, tomándose como línea de corte para sospecha de deterioro cognoscitivo, a aquellos pacientes con puntajes iguales o menores de 12 puntos, se observó que 13.6% presentaron alteraciones cognoscitivas,  $X^2_{1gl}=53.6$ ;  $p < 0.01$ , con una tendencia lineal a incrementar conforme avanza la edad. Gráfica 7.; no mostrando diferencia estadísticamente significativa por sexo,  $Z= 1.3$ ;  $p > 0.05$ .

Gráfica 7. Estado cognoscitivo, según grupo etario.

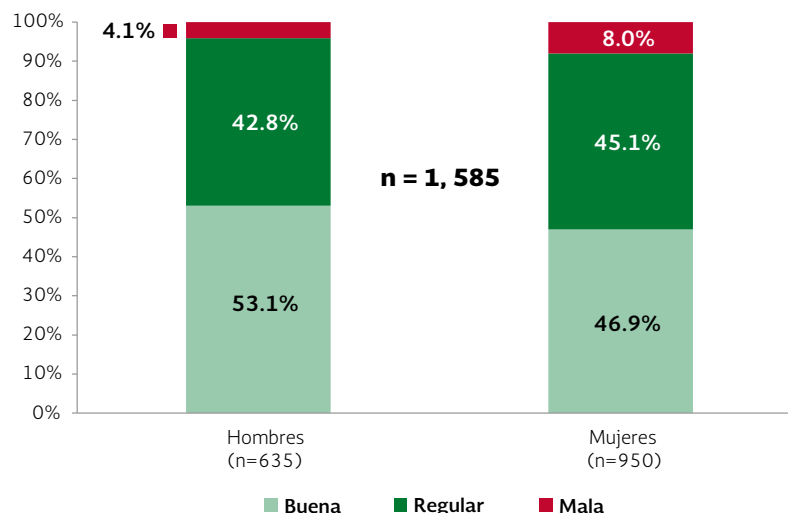


Al preguntar a las personas adultas mayores entrevistadas cómo consideraban su memoria respecto a otras personas de su edad, 6.4% refirieron estar peor,  $X^2_{1gl}=13.2$ ;  $p < 0.01$ , con una tendencia lineal a incrementar conforme avanza la edad. Gráfica 8.; mostrando diferencia estadísticamente significativa por sexo con predominio en las mujeres,  $Z = 3.1$ ;  $p < 0.01$ , Gráfica 9.

Gráfica 8. Referencia de percepción de la memoria según grupo de edad.



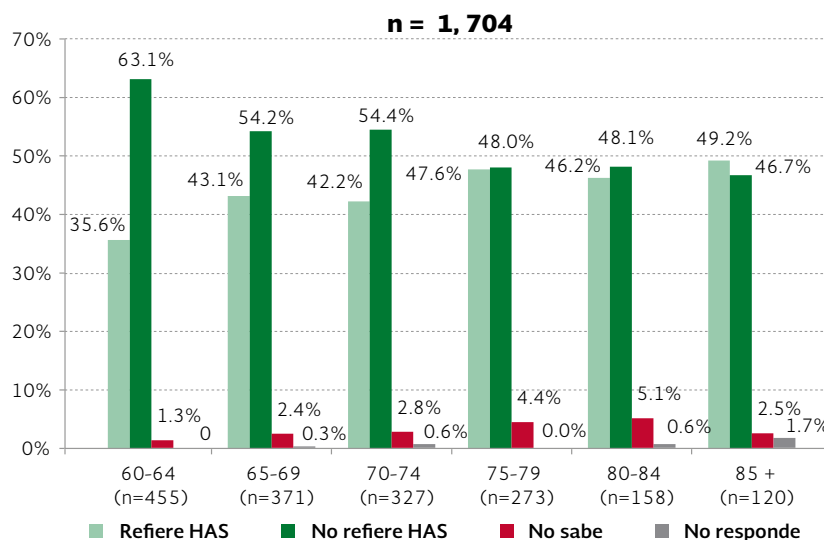
Gráfica 9. Compañía en la vivienda por sexo.



### Categoría 3. Estado de salud

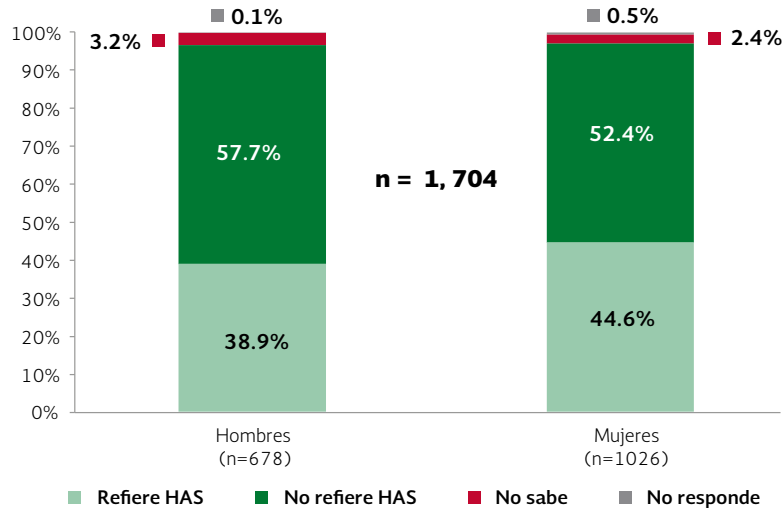
La siguiente categoría inicia con hipertensión arterial sistémica (HAS). Al realizar la pregunta al entrevistado sobre si alguna vez alguien le dijo que tenía presión sanguínea alta se obtuvo, que 42.4% refirieron ser hipertensos, con una  $X^2_{1gl}=12.6$ ;  $p<0.01$ ; siendo significativo por grupo etario, incrementándose conforme avanza la edad, Gráfica 10. Por sexo, hay una  $Z=2.3$ ;  $p<0.05$  con predominio en las mujeres, Gráfica 11.

Gráfica 10. Referencia de HAS, según grupos de edad.



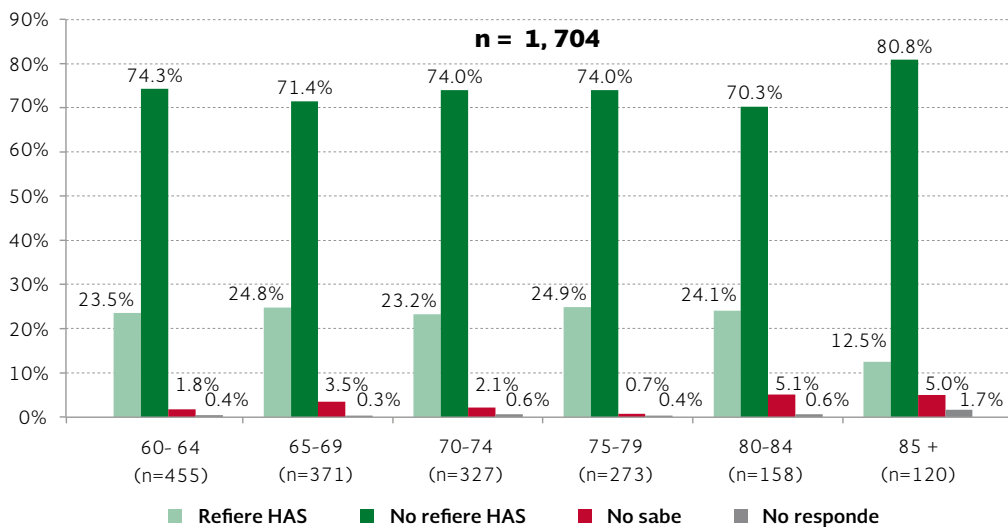


Gráfica 11. Referencia de HAS, según sexo.



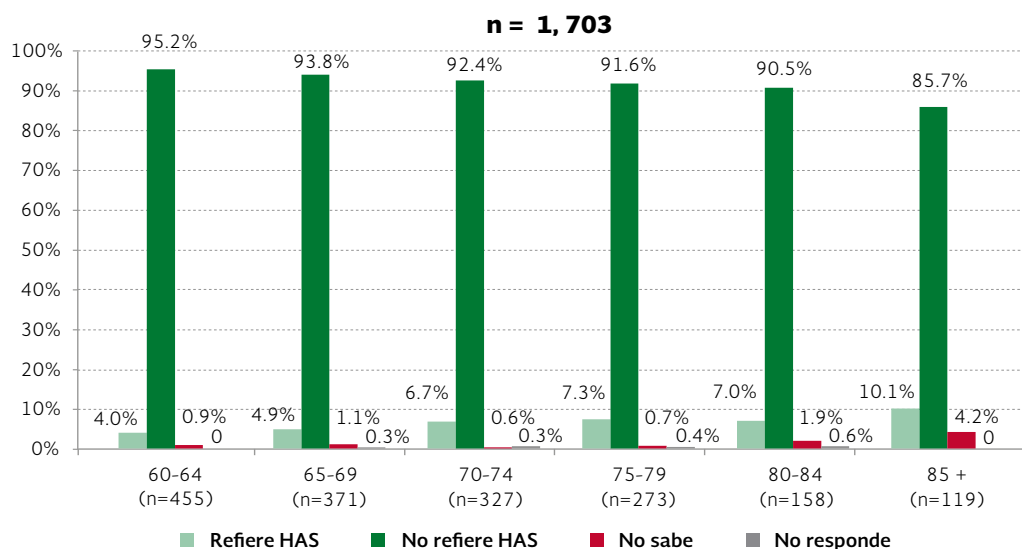
La diabetes mellitus (DM) considerada como uno de los mayores problemas actuales de la salud pública, fue referida por los entrevistados en 23.2% con una  $X^2_{1gl}=2.1$ ;  $p>0.05$ ; no siendo significativo por grupo etario ni por sexo ( $Z=1.8$ ;  $p>0.05$ ) Gráfica 12.

Gráfica 12. Referencia de DM, según grupos de edad.

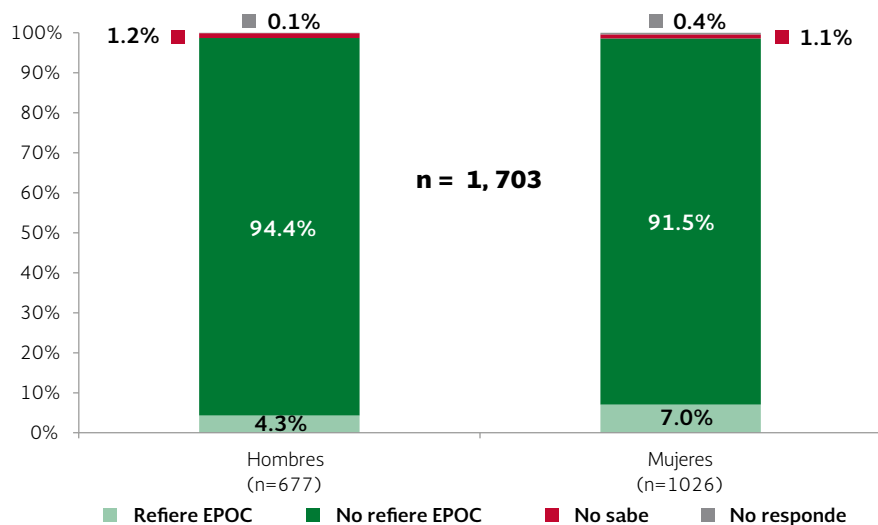


La enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC) fue referida en 5.9%, observándose con significancia estadística con una  $X^2_{1gl}=8.2$ ;  $p<0.01$ ; siendo significativo por grupo etario, incrementándose conforme avanza la edad, Gráfica 13. Por sexo hay una  $Z=2.3$ ;  $p<0.05$  refiriendo ser las mujeres quienes lo presentan con mayor frecuencia, Gráfica 14.

Gráfica 13. Referencia de EPOC, según grupos de edad.

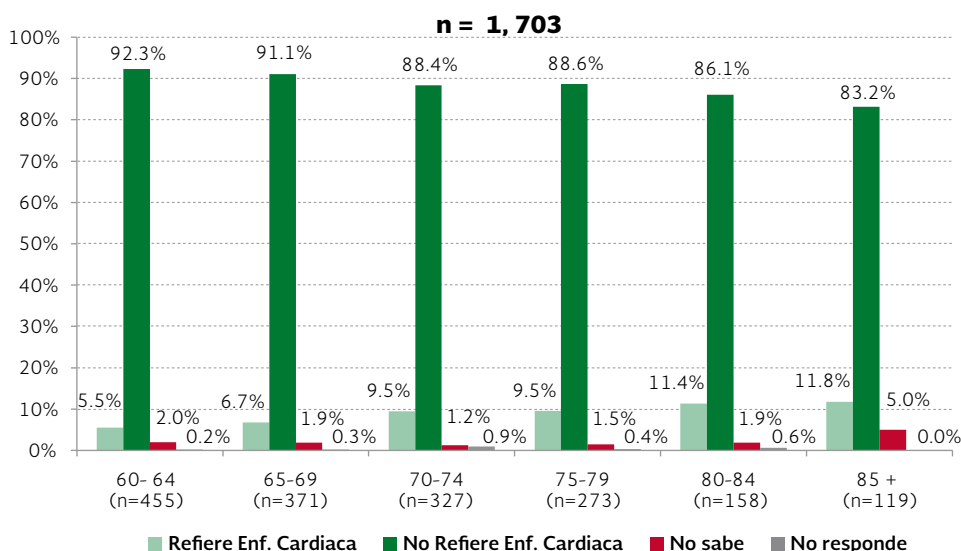


Gráfica 14. Referencia de EPOC, según sexo.



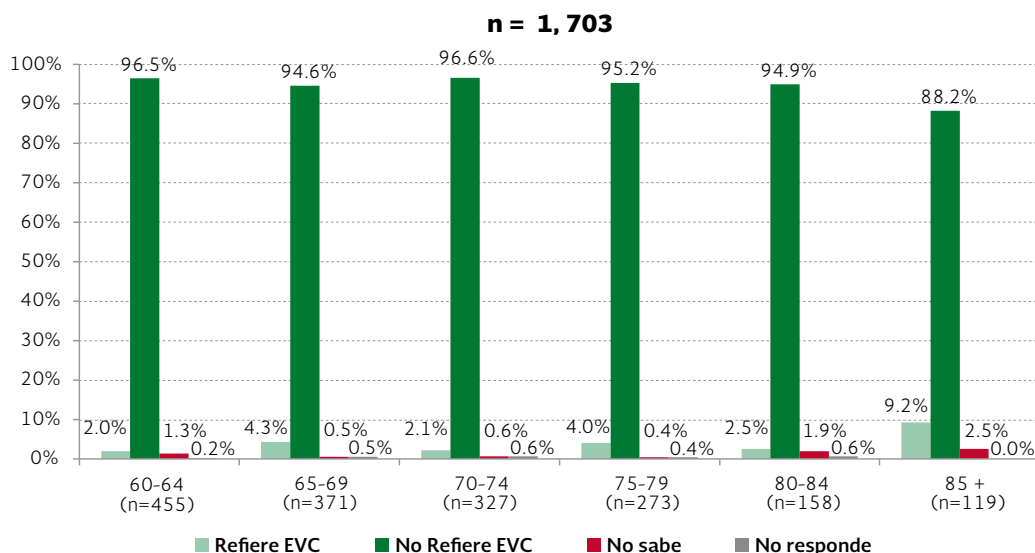
Al preguntar a los entrevistados si le habían diagnosticado alguna enfermedad cardíaca 8.2% lo refirieron, con  $X^2_{1gl}=10.4$ ;  $p<0.01$ ; siendo significativo por grupo etario, con tendencia a incrementarse conforme avanza la edad, Gráfica 15. Por sexo, no resultó ser significativa con una  $Z=0.5$ ;  $p>0.05$ .

Gráfica 15. Referencia de enfermedad cardíaca, según grupos de edad.



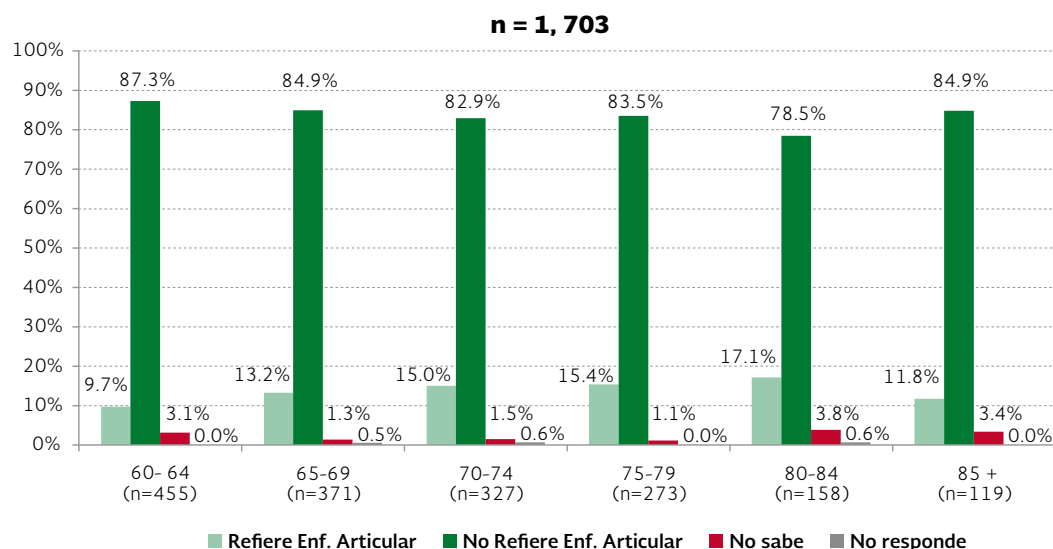
La enfermedad vascular cerebral suele ser muy costosa no solo para los sistemas de salud, sino también para la familia en la que se encuentra el paciente, debido a las secuelas que suelen presentar, se encontró una prevalencia de 3.4%, con  $X^2_{1gl}=6.2$ ;  $p<0.05$ ; siendo significativo por grupo etario, Gráfica 16. Por sexo hay una  $Z=0$ ;  $p>0.05$  sin predominio por ninguno.

Gráfica 16. Referencia de enfermedad vascular cerebral según grupos de edad.

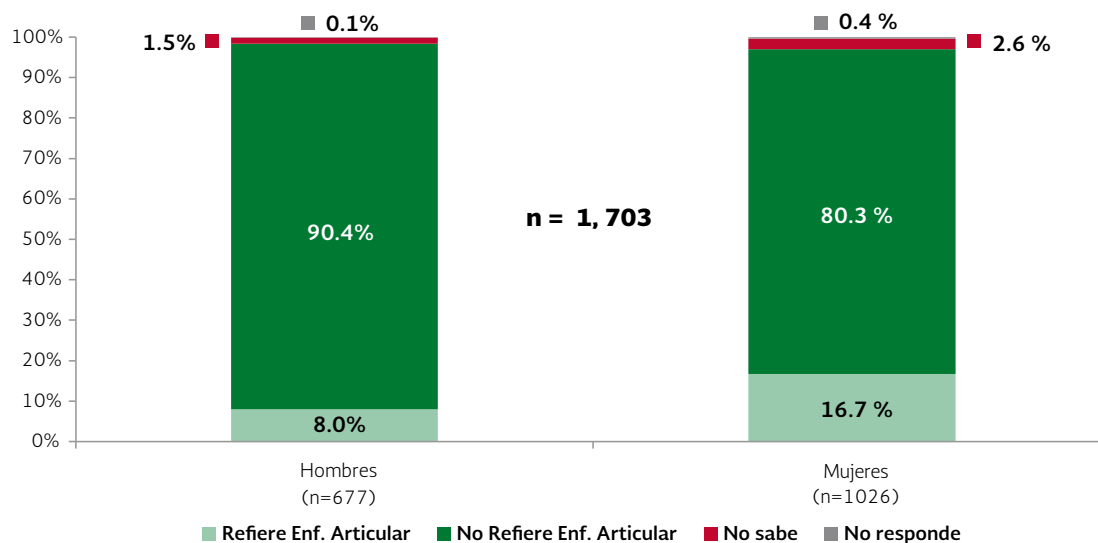


En referencia a enfermedad articular, se preguntó a los entrevistados si alguna vez el personal de salud le había dicho que tenía artritis, reumatismo o artrosis; 13.2% respondió afirmativamente, obteniendo una  $X^2_{1gl}=4.3$ ;  $p<0.05$ ; siendo significativo por grupo etario, Gráfica 17. Por sexo hay una  $Z=5.2$ ;  $p>0.05$ , con predominio en las mujeres, Gráfica 18.

Gráfica 17. Referencia de enfermedad articular, según grupos de edad.

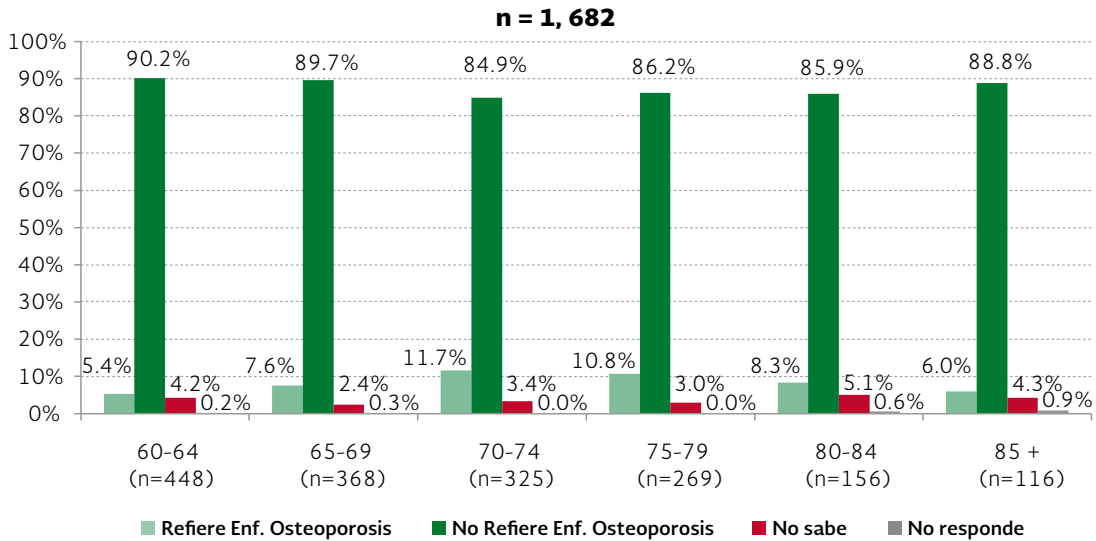


Gráfica 18. Referencia de enfermedad articular, según sexo.

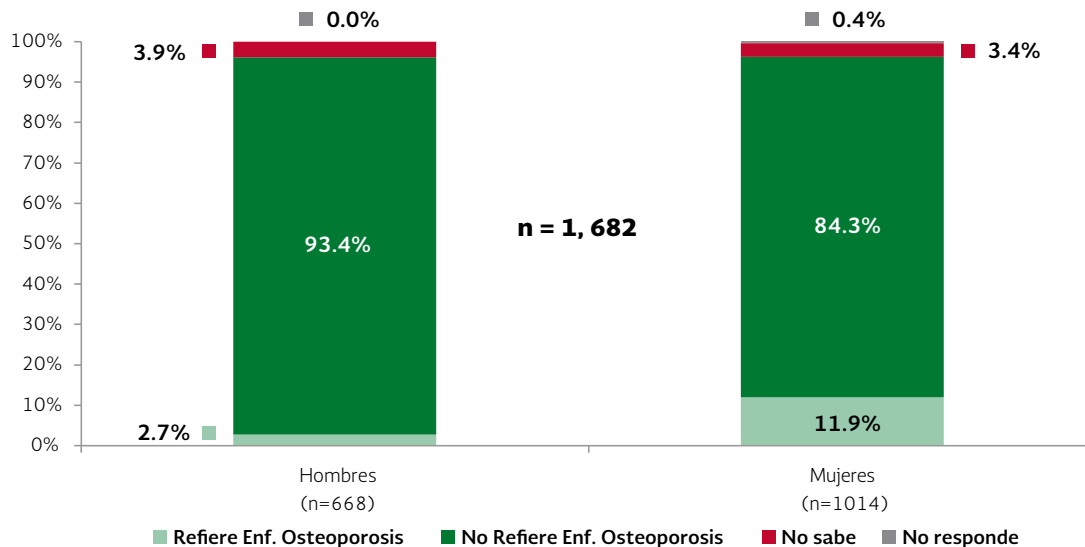


8.3% de los entrevistados refieren padecer osteoporosis, con una  $X^2_{1gl}=2.4$ ;  $p>0.05$ ; no siendo significativo por grupo etario, Gráfica 19. Por sexo presenta significancia estadística con una  $Z=6.7$ ;  $p<0.01$  con predominio en las mujeres Gráfica 20.

Gráfica 19. Referencia de osteoporosis, según grupos de edad.

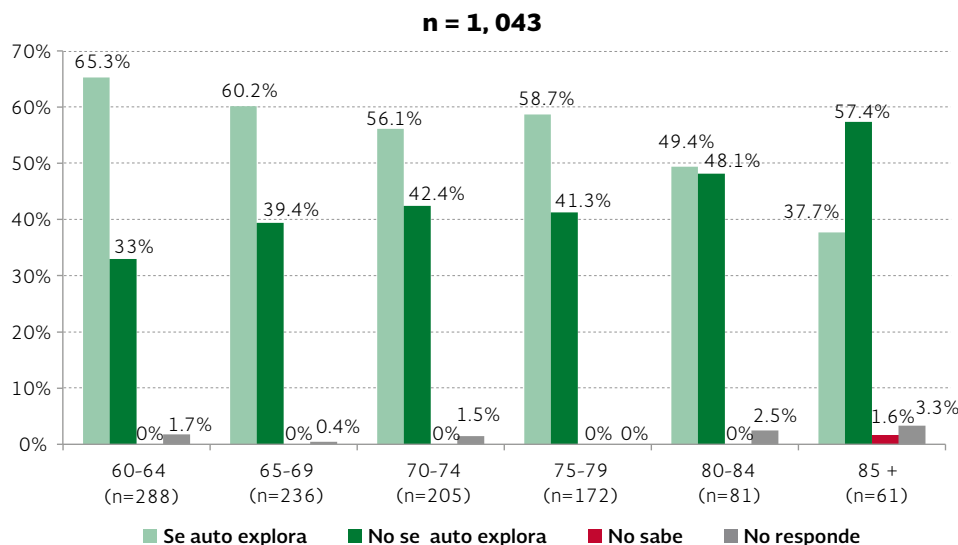


Gráfica 20. Referencia de osteoporosis, según sexo.



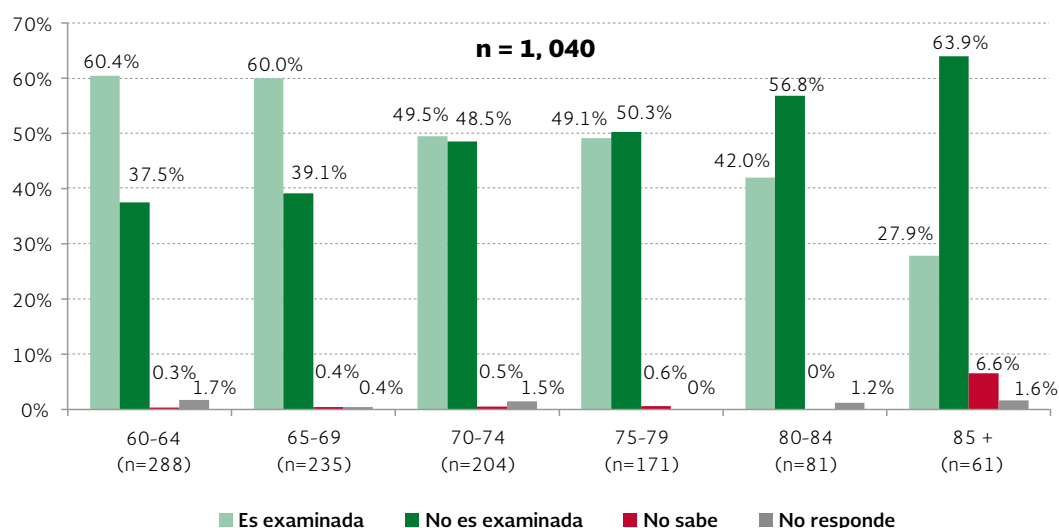
Uno de los más grandes problemas en la salud, es la falta de autocuidado de la población en general, que se hizo patente al preguntar a las mujeres si se exploraban las mamas en busca de nódulos u otra alteración, encontrando que 40.3% no lo realiza, resultando significativo por grupo etario con  $X^2_{1gl}=8.3$ ;  $p<0.05$ , Gráfica 21.

Gráfica 21. Reporte de auto exploración de glándulas mamarias, según grupos de edad.



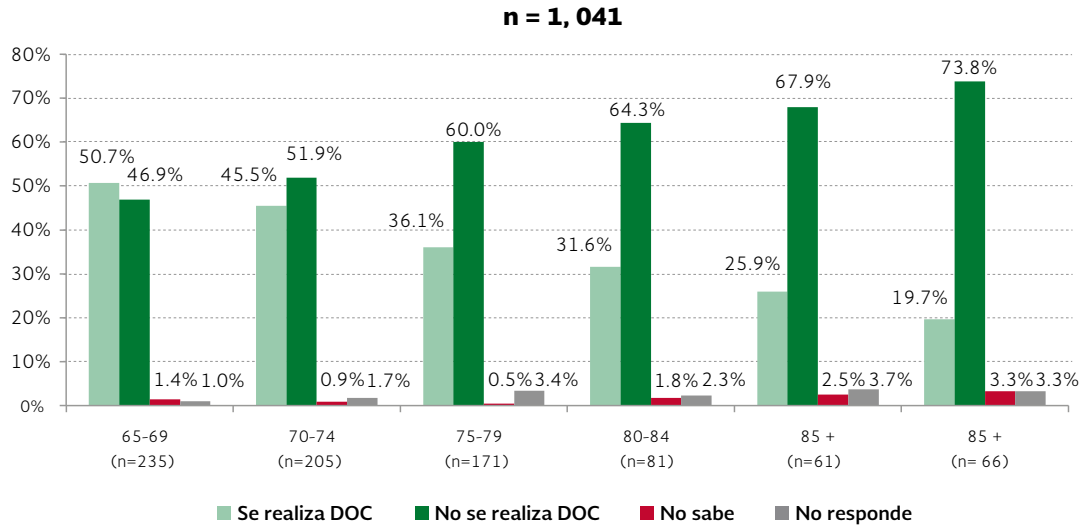
No solo es la falta de autocuidado, de la población en general, sino también la poca promoción que el personal de salud brinda durante la vejez, esto se hizo patente al preguntar a las mujeres si un profesional de la salud le había explorado las glándulas mamarias en busca de nódulos, encontrando que 45.2% no realiza, resultando significativo por grupo etario con  $X^2_{1gl}=28.7$ ;  $p<0.05$ , Gráfica 22.

Gráfica 22. Exploración de glándulas mamarias por personal de salud, según grupos de edad.



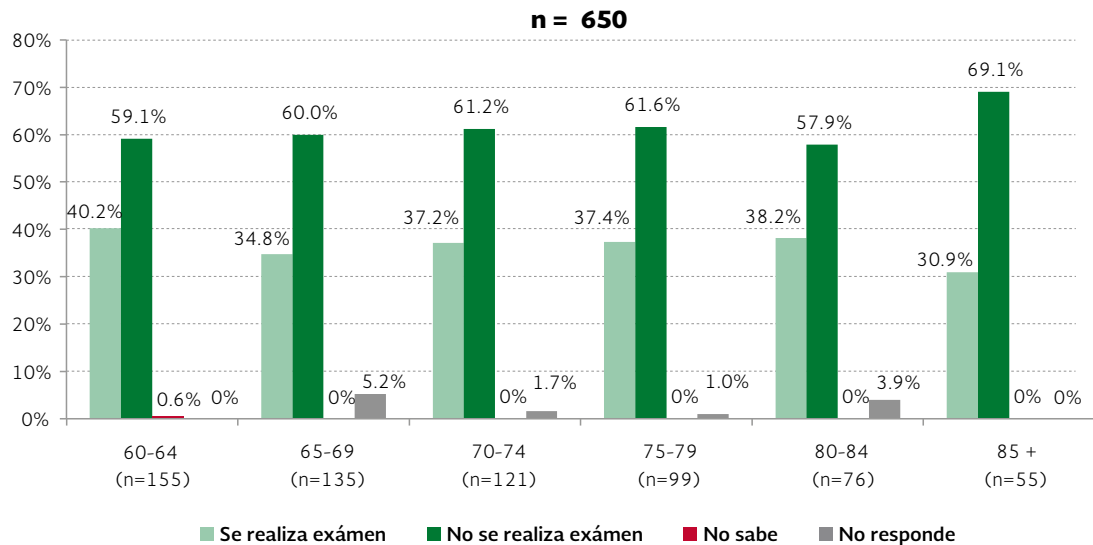
Al investigar sobre la realización de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino por la técnica de papanicolaou en los últimos 2 años, se observa que el 56.7% no se ha realizado dicho estudio, se encontró una  $X^2_{1gl}=29.4$ ;  $p<0.01$  presentando una tendencia lineal a aumentar con la edad de acuerdo con la Gráfica 23.

**Gráfica 23.** Referencia de realización oportuna de la detección de cáncer cérvico-uterino, según grupos de edad.



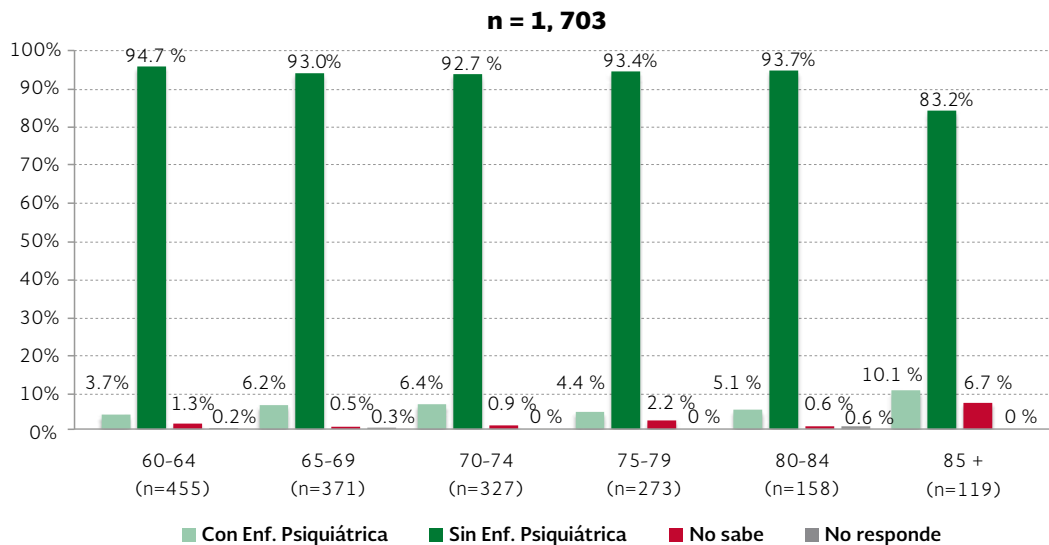
Un problema de salud pública en los hombres, lo representa el cáncer de próstata, y a pesar de ello encontramos que el 60.8% no se habían realizado ningún tipo de estudio con una  $X^2_{1gl}=0.7$ ;  $p>0.05$ . Gráfica 24.

**Gráfica 24.** Detección oportuna de cáncer de próstata por referencia según grupos de edad.

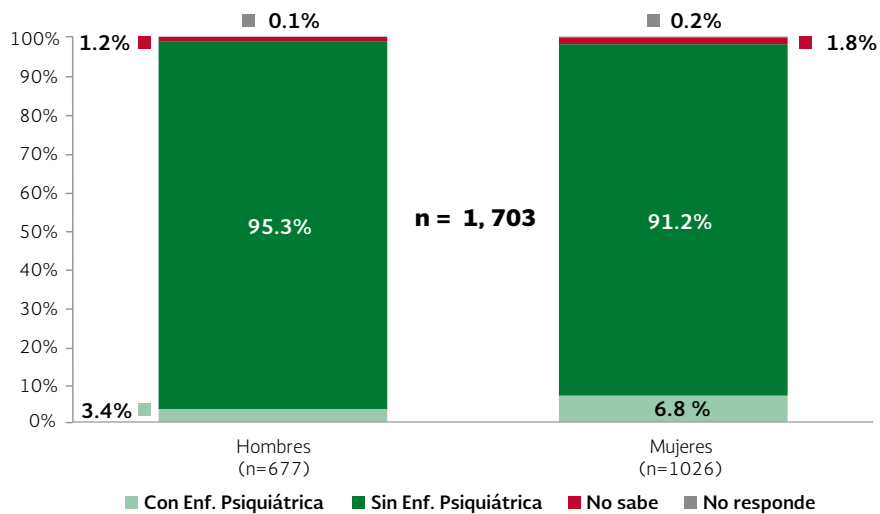


Respecto a la pregunta sobre si le habían detectado algún problema nervioso o enfermedad psiquiátrica se encontró una prevalencia de 5.5%, con  $X^2_{1gl}=3.1$ ;  $p>0.05$ , sin presentar significancia estadística por grupos de edad, Gráfica 25. Al analizarlo por sexo se encontró  $Z=3.3$ ;  $p<0.01$ , con predominio en las mujeres, Gráfica 26.

**Gráfica 25.** Referencia de problema nervioso o psiquiátrico según grupo de edad.



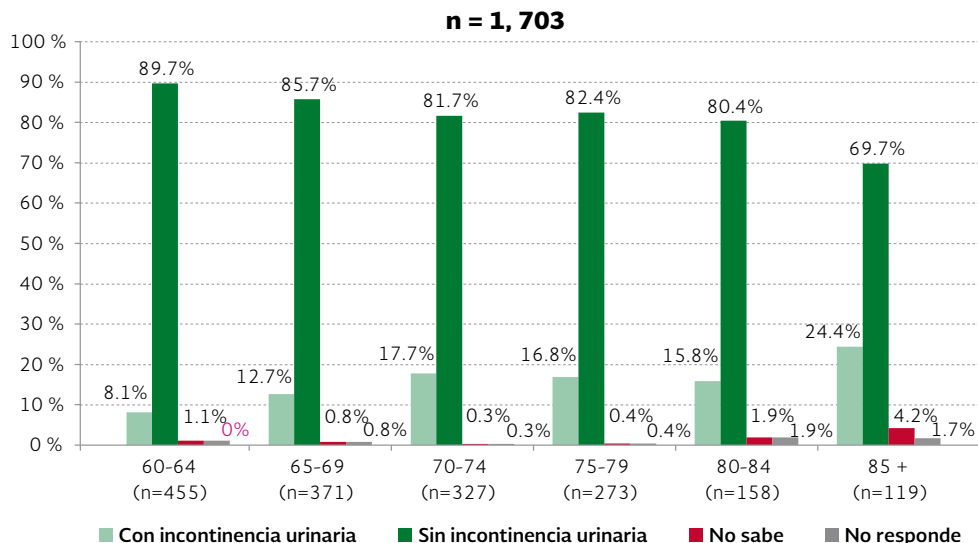
**Gráfica 26.** Referencia problema nervioso o psiquiátrico, por sexo.



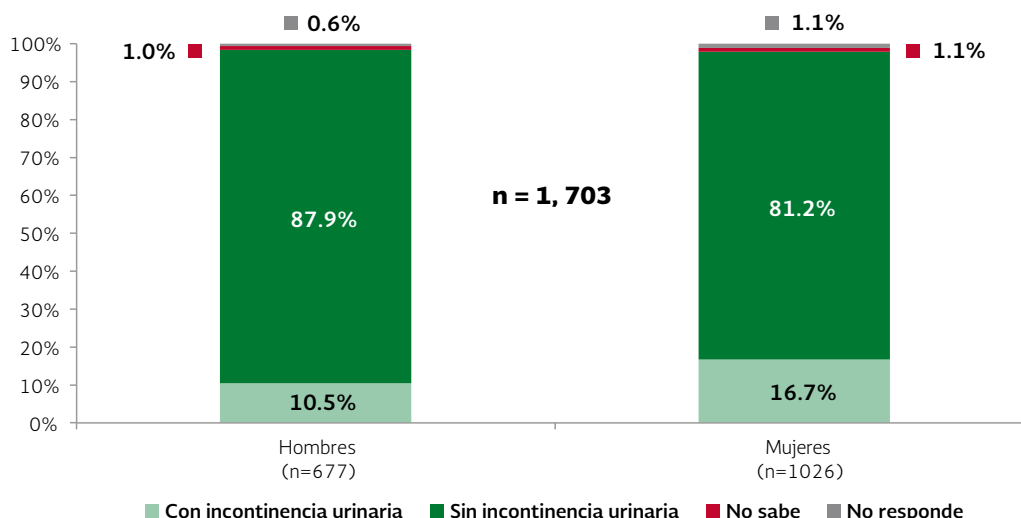


La incontinencia urinaria representa un problema que hasta hoy no se le ha brindado la atención suficiente, pero implica serios inconvenientes para el que la padece, por el elevado precio económico además del costo social al aislarse no sólo de la sociedad sino también de la familia, se encontró una prevalencia de 14.2%, con  $X^2_{1gl}=24$ ;  $p<0.01$ , con significancia estadística por grupos de edad, Gráfica 27. Al analizarlo por sexo se encontró  $Z=3.6$ ;  $p<0.01$ , con predominio en las mujeres, Gráfica 28.

**Gráfica 27.** Referencia de incontinencia urinaria en el último año, según grupos de edad.

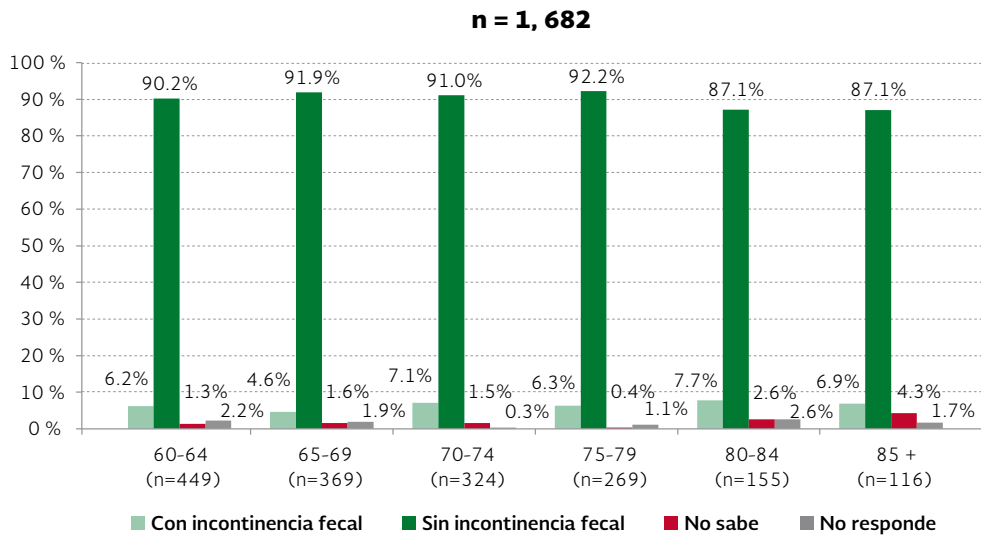


**Gráfica 28.** Referencia de incontinencia urinaria en el último año, según sexo.

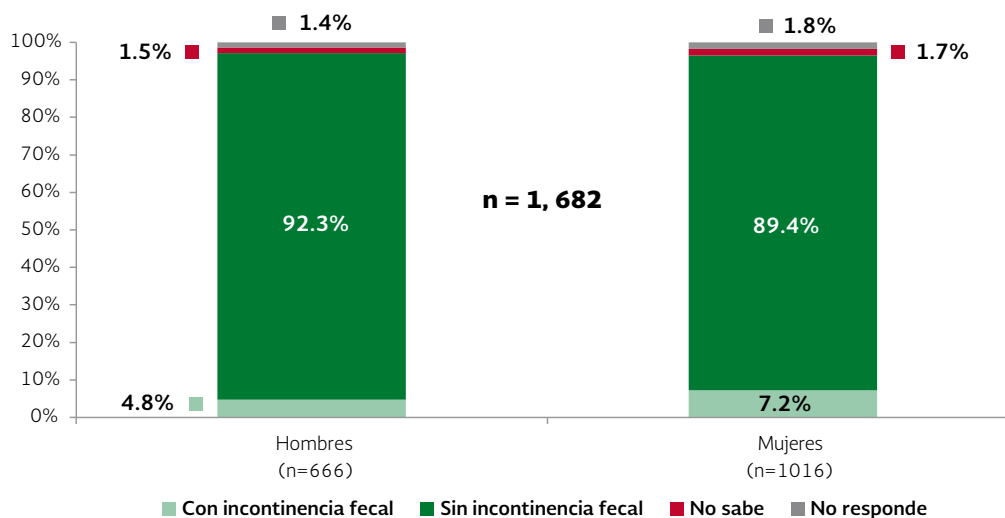


A la pregunta si había perdido alguna vez el control de sus movimientos intestinales en referencia a incontinencia fecal encontramos que el 9.9% la refiere, con una  $X^2_{1gl}=0.7$ ;  $p>0.05$ , que no tiene significancia estadística, Gráfica 29; y una  $Z=1.99$ ;  $p<0.05$ , que presenta significancia estadística con tendencia hacia las mujeres, Gráfica 30.

**Gráfica 29.** Referencia de incontinencia fecal en el último año, según grupos de edad.

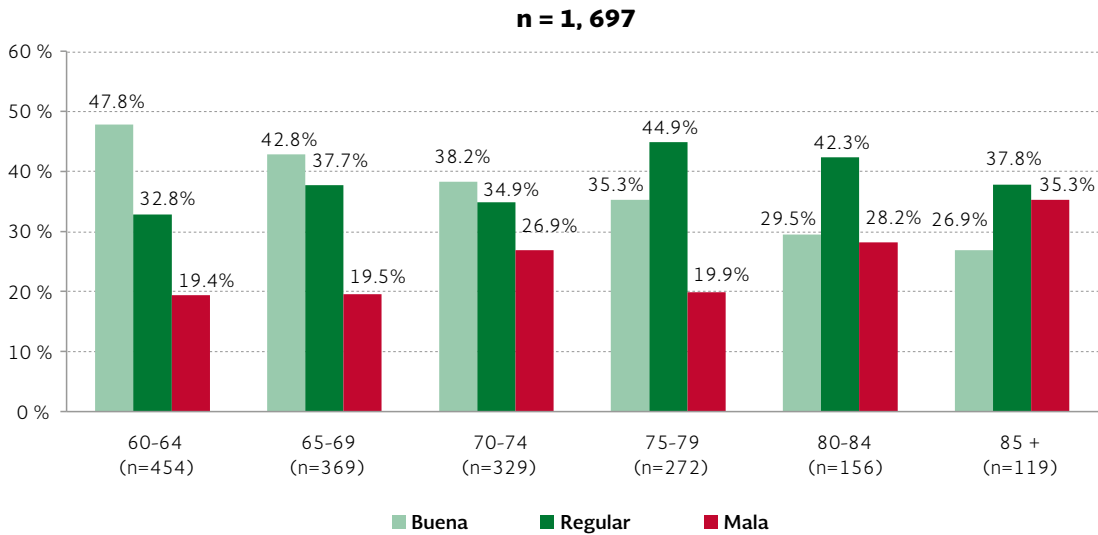


**Gráfica 30.** Referencia de incontinencia fecal en el último año, por sexo.

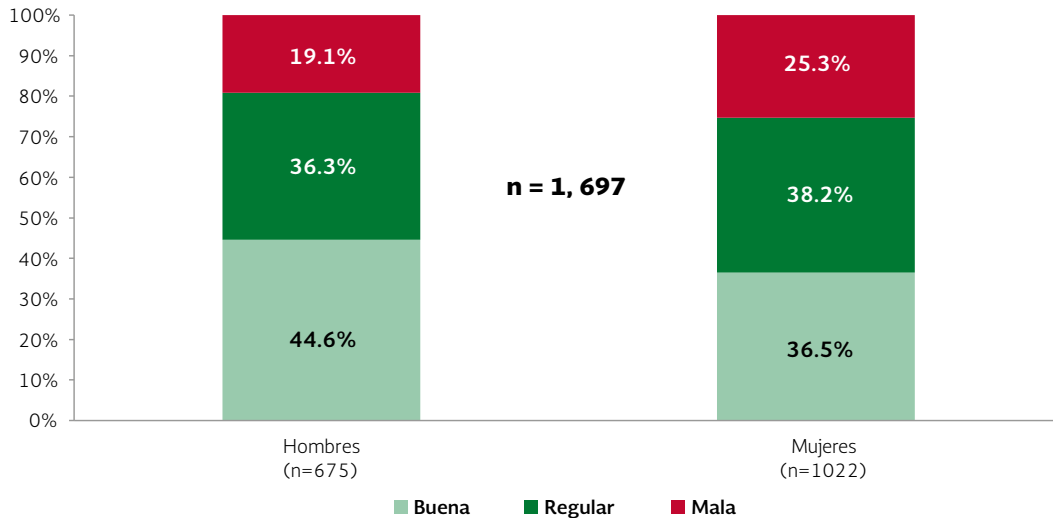


22.9% de los entrevistados refieren tener mala visión, encontrando una  $X^2_{1g}=13$ ;  $p>0.01$ , con significancia estadística, Gráfica 31, al igual por sexo con  $Z=2.98$ ;  $p<0.01$ , con predominio en las mujeres, Gráfica 32.

**Gráfica 31.** Percepción de la visión, según grupos de edad.



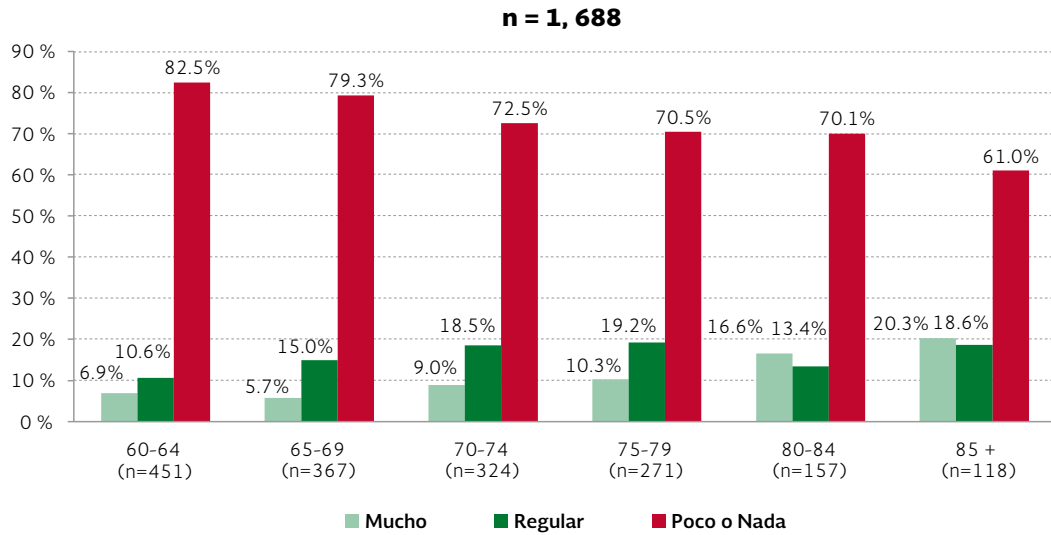
**Gráfica 32.** Percepción de la visión por sexo.



Al preguntar si en los últimos 12 meses ha tenido que comer menos o cambiar de comida por problemas con sus piezas o prótesis dentales 9.4% refieren muchos problemas, al analizar los datos se encontró

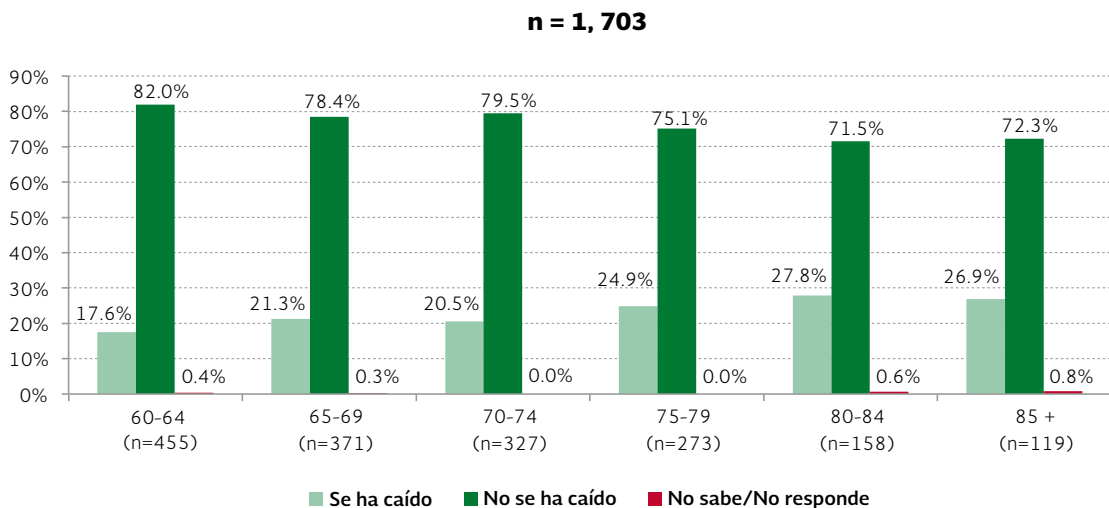
estadísticamente representativa incrementándose en las personas de 75 años y más,  $X^2_{1gl}=28.7$ ;  $p<0.01$ , pero no presenta significancia por sexo,  $Z=1.6$ ;  $p>0.05$ , Gráfica 33.

**Gráfica 33.** Dificultad para comer por problemas dentales, según grupos de edad.

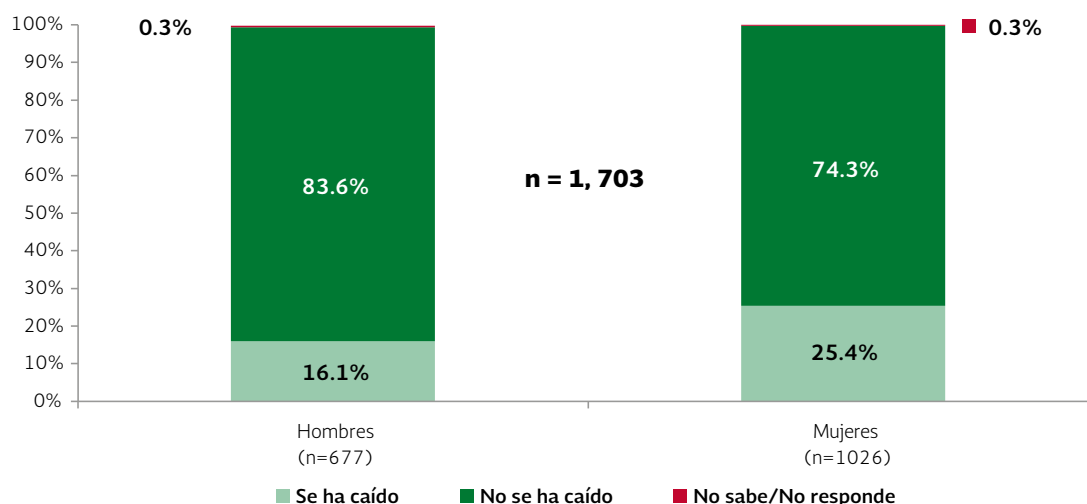


A la pregunta si había presentado caídas en el último año, encontramos que 10.47% lo referiría, con una  $X^2_{1gl}=10.5$ ;  $p<0.05$ , con significancia estadística por grupo de edad, Gráfica 34; y una  $Z=4.6$ ;  $p<0.01$ , con tendencia hacia las mujeres, Gráfica 35.

**Gráfica 34.** Referencia de caídas en el último año, según grupo de edad.

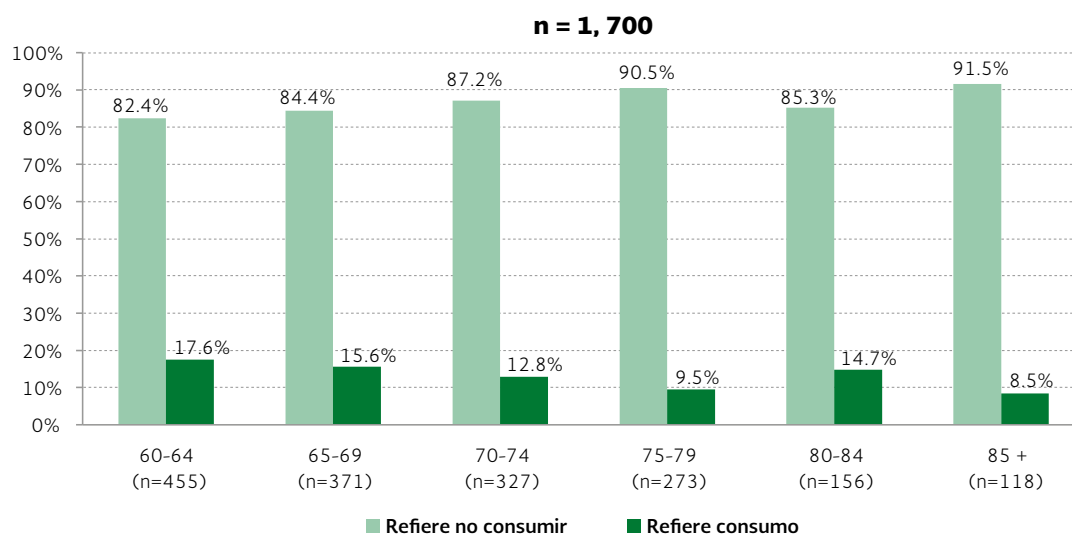


Gráfica 35. Referencia de caídas en el último año por sexo.

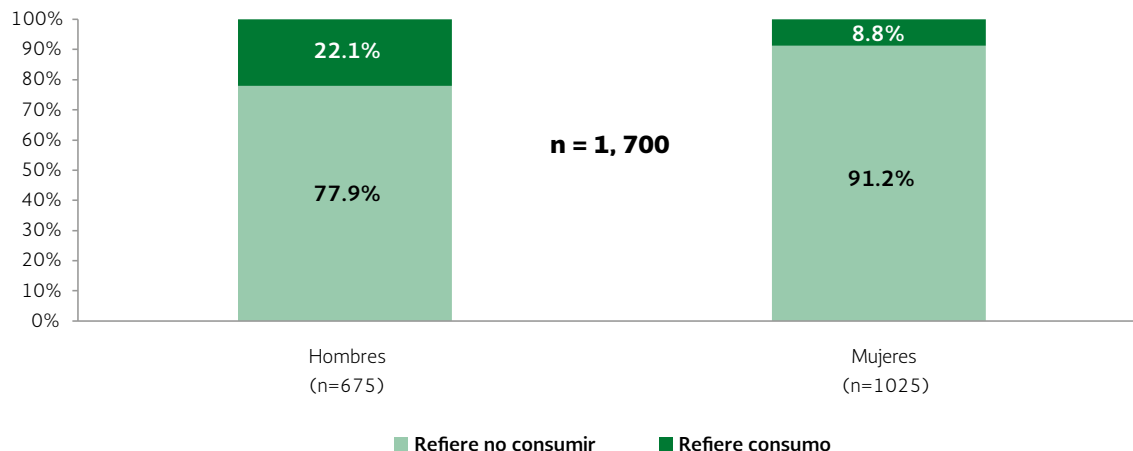


La presencia de alcoholismo en la etapa adulta mayor fue de 14.1%, con una  $X^2_{1gl}=9.4$ ;  $p<0.01$ , con significancia estadística por grupo de edad, Gráfica 36; y una  $Z=7.7$ ;  $p<0.01$ , con tendencia hacia los hombres, Gráfica 37.

Gráfica 36. Referencia de consumo de alcohol según, grupo de edad.

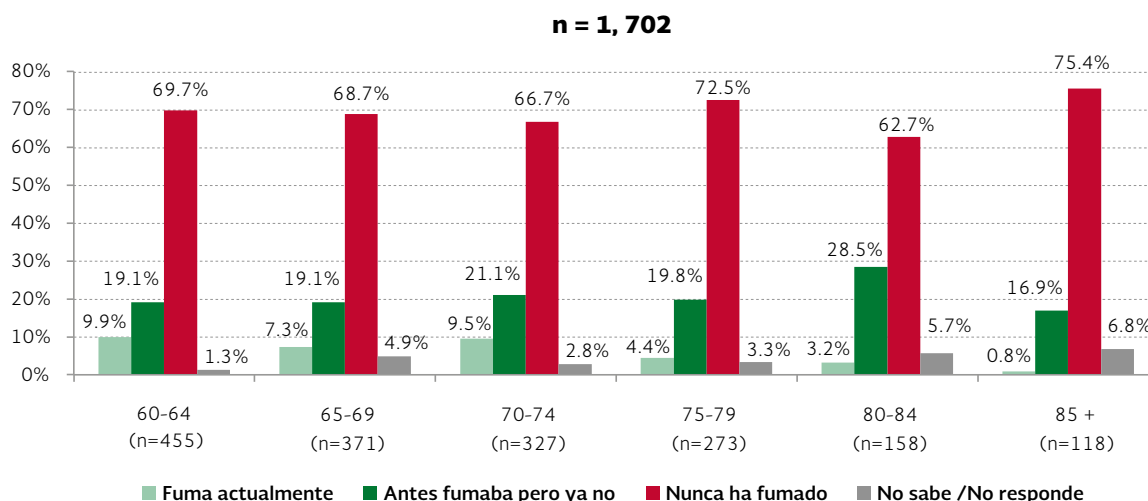


Gráfica 37. Referencia de consumo de alcohol por sexo.

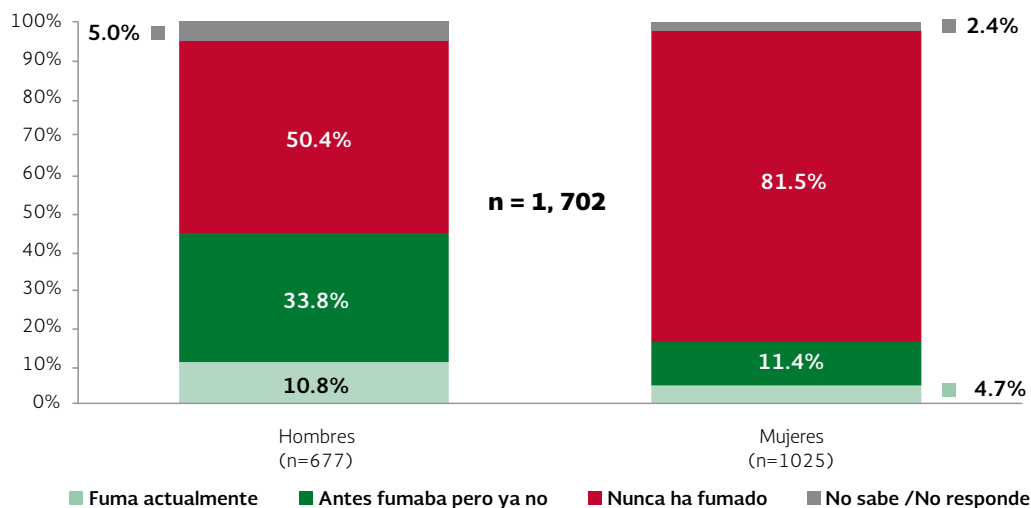


7.1% de los encuestados refieren que tienen hábito de fumar con una  $\chi^2_{1gl}=17.2$ ;  $p<0.01$ , con significancia estadística por grupo de edad; y una  $Z=4.8$ ;  $p<0.01$ ; donde tienen las mujeres una mayor tendencia, Gráfica 38 y 39.

Gráfica 38. Referencia de hábito de fumar, según grupos de edad.

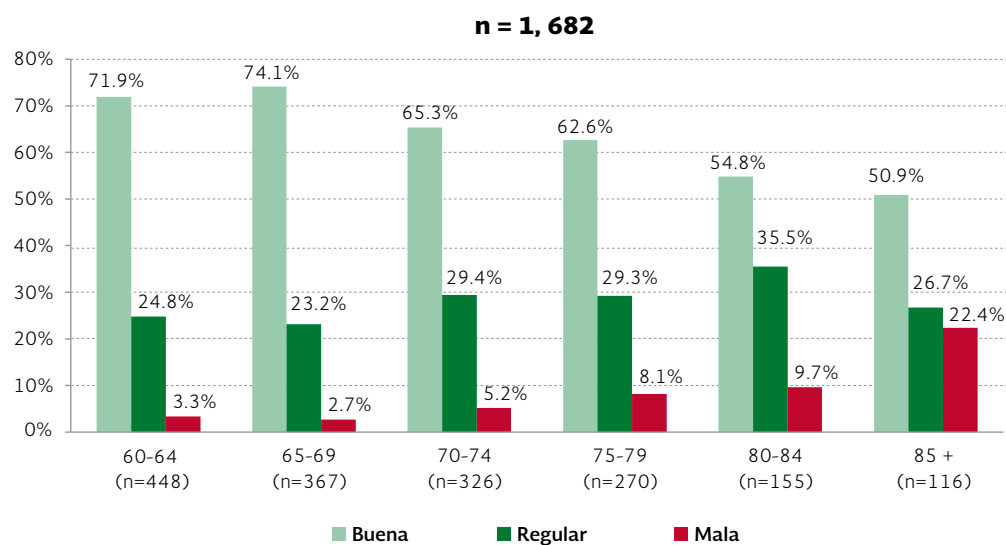


Gráfica 39. Referencia de hábito de fumar por sexo.

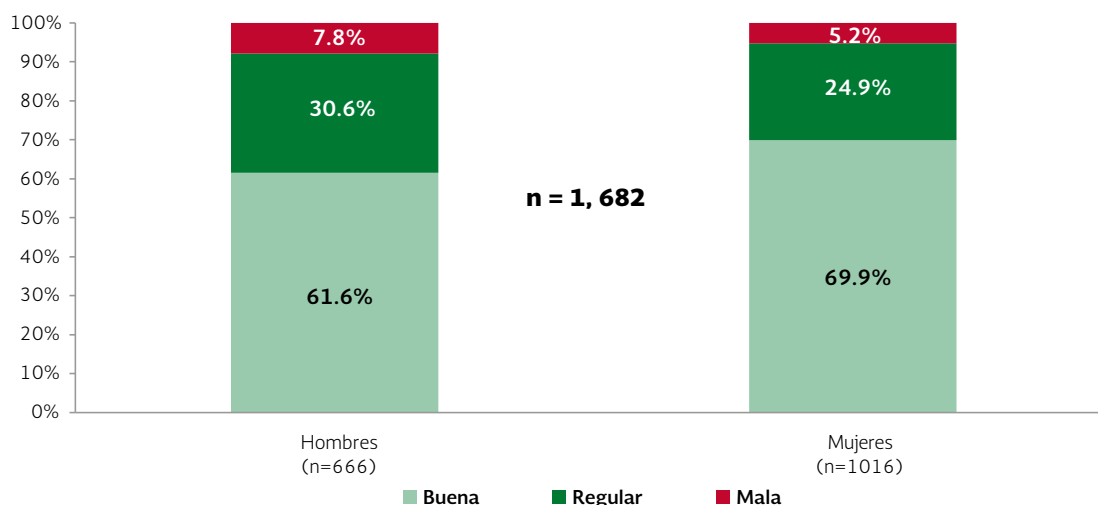


De los entrevistados, 6.2% refirió tener mala audición, al análisis se encontró una  $\chi^2_{1gl}=52.6$ ;  $p<0.01$ , con significancia estadística que aumenta conforme avanza la edad; y una  $Z=2.2$ ;  $p<0.05$ ; donde los hombres tienen mayor tendencia, Gráfica 40 y 41.

Gráfica 40. Percepción de la audición según grupos de edad.

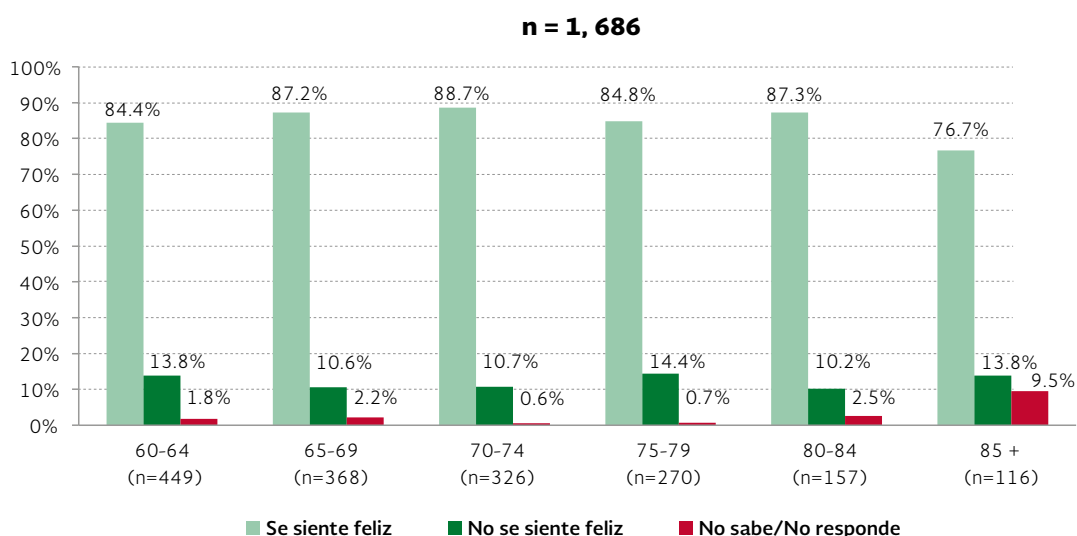


Gráfica 41. Percepción de la audición por sexo.



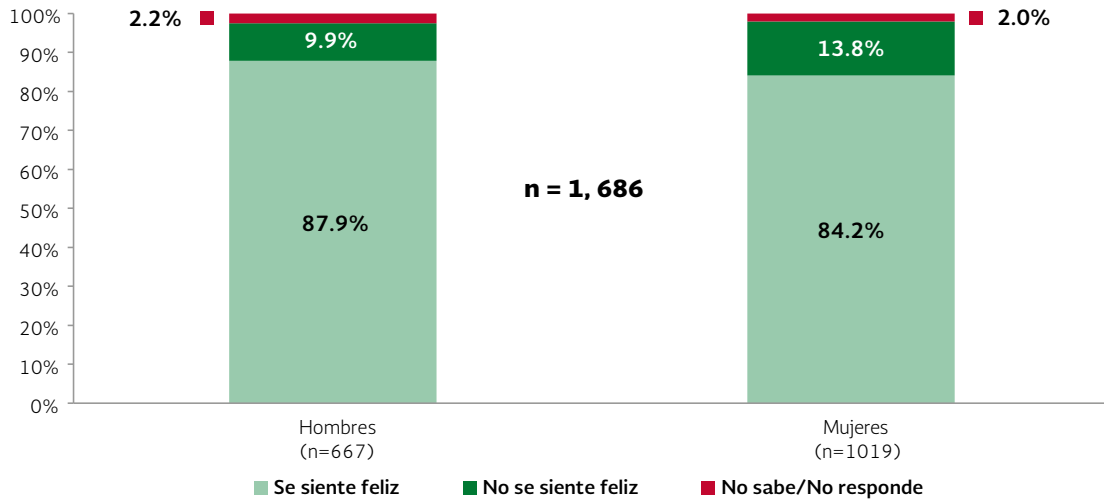
En lo que respecta a la sensación de felicidad, 12.3% refirió sentirse feliz, al análisis se encontró una  $X^2_{1gl}=0.0$ ;  $p>0.05$ , sin presentar significancia estadística por grupos de edad; pero al analizar por sexo, se obtuvo una  $Z=2.4$ ;  $p<0.05$ ; donde los hombres muestran una mayor tendencia a sentirse feliz, Gráfica 42 y 43.

Gráfica 42. Sensación de felicidad en las últimas dos semanas, según grupos de edad.



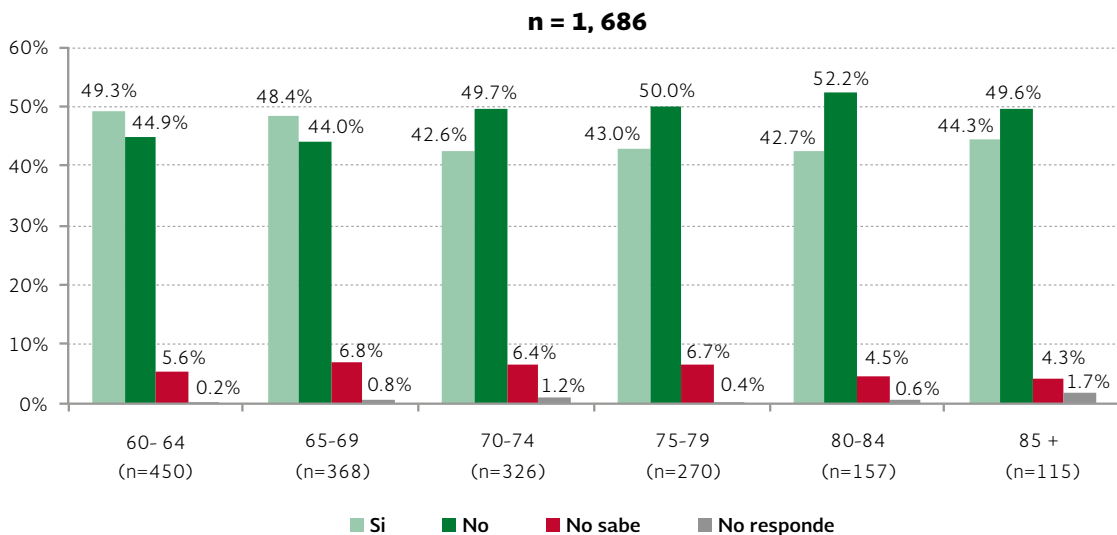


Gráfica 43. Sensación de felicidad en las últimas dos semanas por sexo.



A la pregunta si se consideraba bien nutrido, el grupo de entrevistados respondió que no de acuerdo al 47.4%, al análisis de la información se encontró una  $\chi^2_{1gl}=4.2$ ;  $p<0.05$ , presentando significancia estadística por grupos de edad; pero no por sexo, donde se obtuvo una  $Z=0.8$ ;  $p>0.05$ , Gráfica 44.

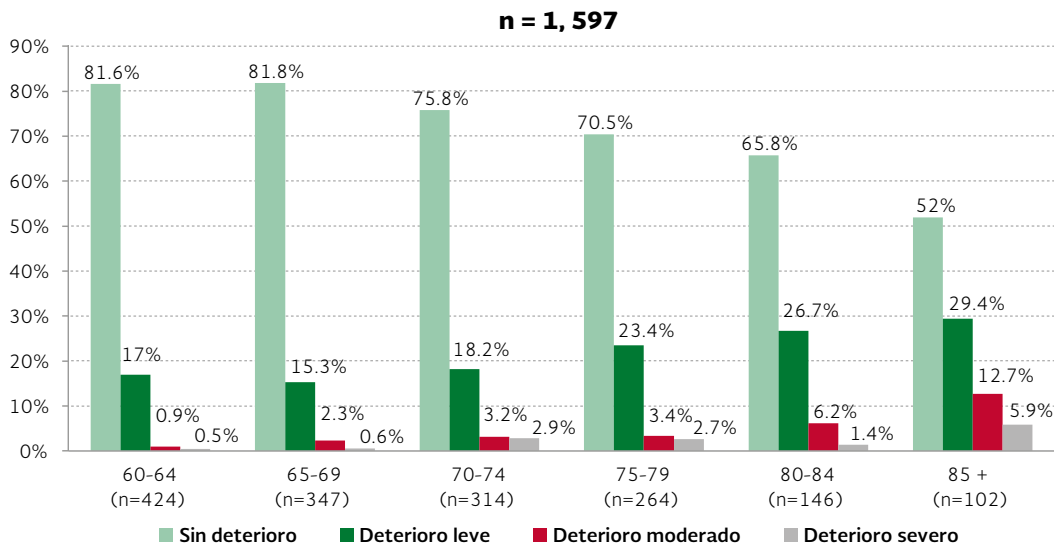
Gráfica 44. Considera que está bien nutrido, según grupos de edad.



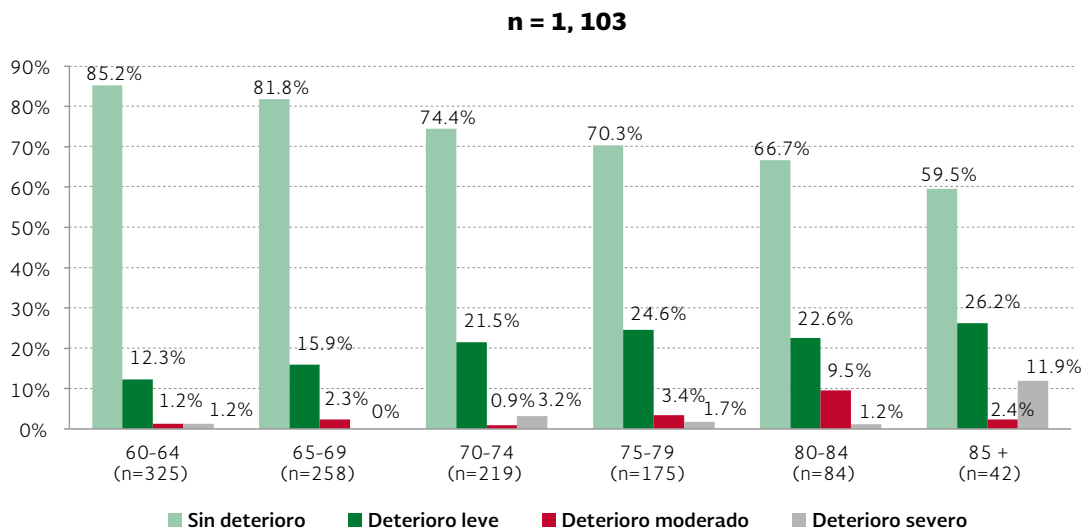
## Categoría 4. Estado funcional

En esta categoría se incluyen las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), las cuales son necesarias para la independencia del ser humano. Al realizar el análisis se encontró una prevalencia de 1.8% de dependencia, con una  $\chi^2_{1gl}=12.7$ ;  $p<0.01$ , presentando significancia estadística por grupos de edad; pero al analizar por sexo se obtuvo una  $Z=1.4$ ;  $p>0.05$ ; sin tendencia por algún sexo Gráfica 45.

Gráfica 45. Dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria, según grupo de edad.



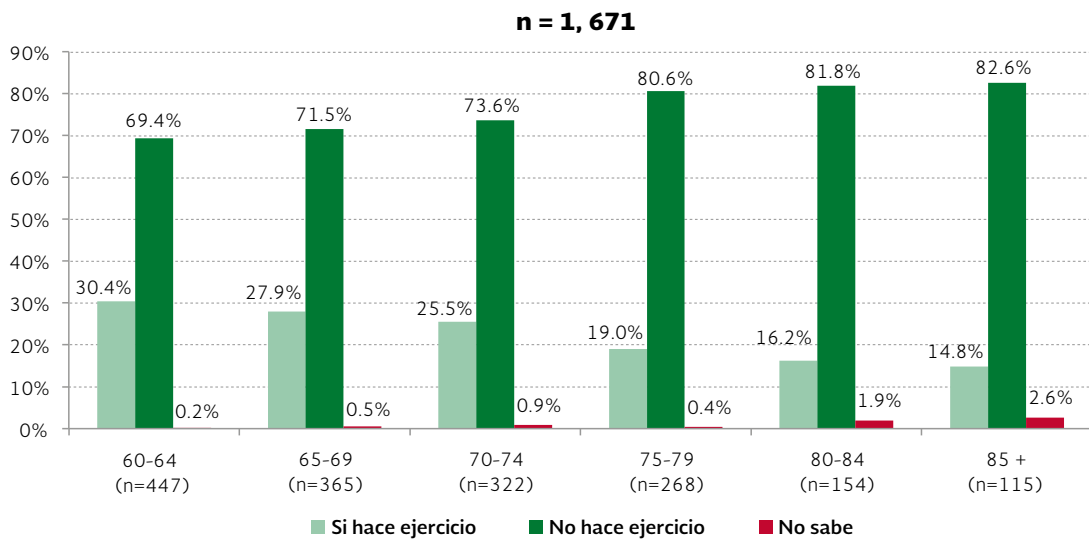
Gráfica 46. Dependencia para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria según grupo de edad.



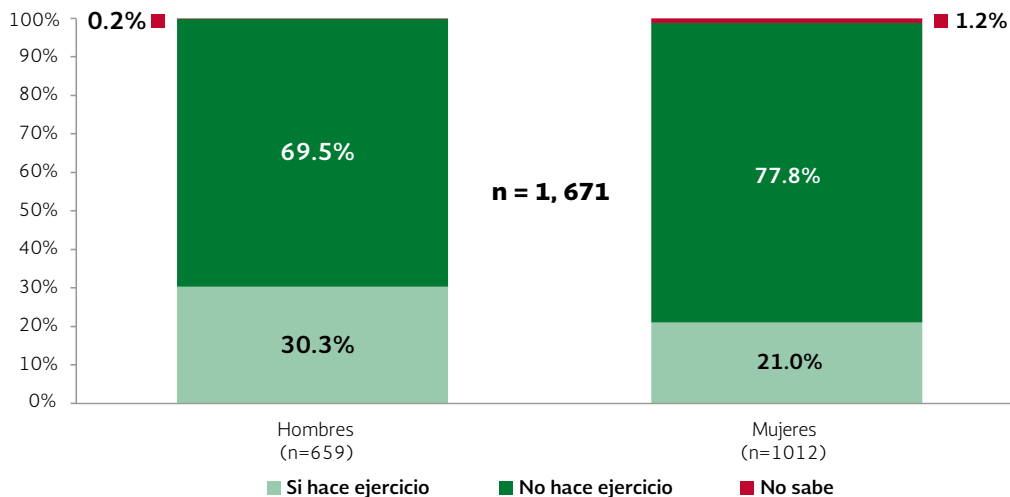
Al realizar el análisis para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) se encontró una prevalencia de 1.8% de dependencia, con una  $X^2_{1gl}=10.4$ ;  $p<0.01$ , presentando significancia estadística por grupos de edad; pero al analizar por sexo se obtuvo una  $Z=0.4$ ;  $p>0.05$ ; sin tendencia por algún sexo Gráfica 46.

A la pregunta si realiza algún tipo de ejercicio, el 74.5% refirió que no lo realizaba, con una  $X^2_{1gl}=20$ ;  $p<0.01$ , lo que nos habla que es significativo por grupo etario y al revisar por sexo tenemos una  $Z=3.8$ ;  $p<0.01$ , lo que es estadísticamente significativo, con predominio de la actividad física en el hombre. Gráficas 47 y 48.

**Gráfica 47.** Referencia al hábito de realizar ejercicio según grupos de edad.

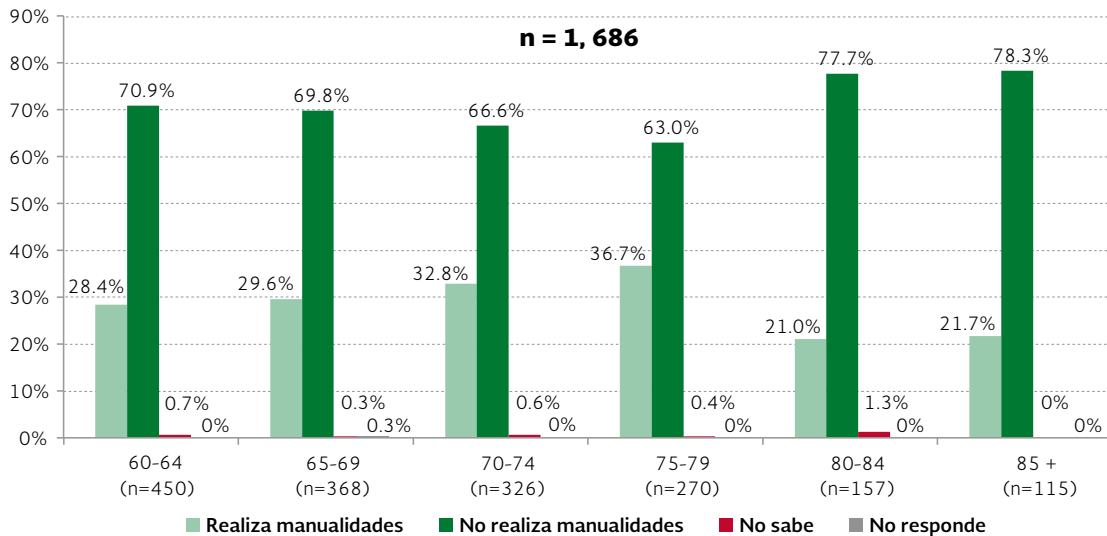


**Gráfica 48.** Referencia al hábito de realizar ejercicio por sexo.

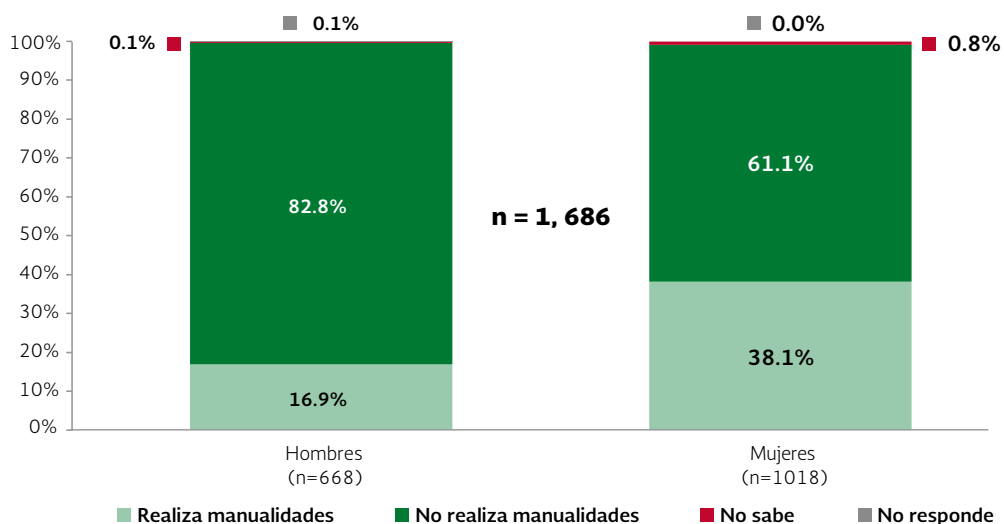


El 30.3% refirió que realizaba algún tipo de manualidad y el 69.7% no, adquiriéndose con una  $X^2_{1gl}=0.7$ ;  $p>0.05$ , tal como lo indica la gráfica 49; pero al investigar por sexo encontramos una  $Z=9.2$ ;  $p<0.01$ , donde se observa que las mujeres son quienes más realizan esta actividad, Gráfica 50.

Gráfica 49. Realización de manualidades según grupos de edad.



Gráfica 50. Realización de manualidades por sexo.



## 8. Propuesta Preliminar de un Modelo Estatal de Atención al Envejecimiento Poblacional de Morelos

• Dra. Ma. Esther Lozano Dávila <sup>1</sup> • Mtra. Dora Domínguez Bordes <sup>2</sup>,

1. Subdirección del Programa Nacional para la Promoción, Prevención y Atención a la Salud de la Persona Adulta Mayor, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
2. Coordinadora Estatal del Programa de Salud en el Adulto y el Anciano, Servicios de Salud de Morelos.

De lo expuesto dentro de este documento, el Estado de Morelos se encuentra con un envejecimiento caracterizado por la presencia de enfermedades crónicas y discapacidad, lo que se refleja en los resultados del estudio SABE. Por tal motivo proponemos un sistema de atención mixta con atención geronto-geriátrica para brindar un seguimiento a los pacientes adultos mayores con calidad y calidez.

Este modelo está integrado por:

- Consulta externa geronto-geriátrica para el primer nivel de atención
- Centro de día geronto-geriátrico de mediana especialidad
- Hospitalización de agudos
- Unidades de larga estancia
- Atención domiciliaria
- Clínica de demencias

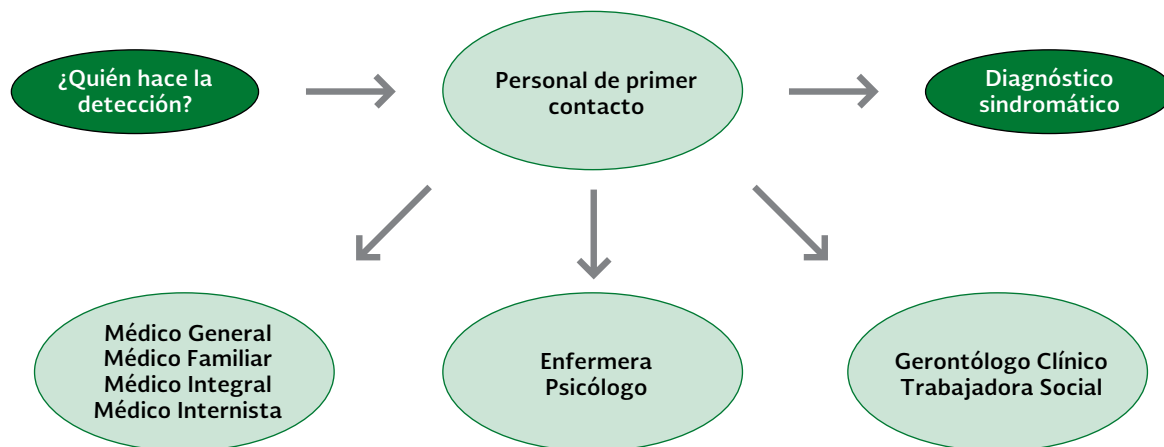
### Consulta externa geronto-geriátrica para el primer nivel de atención

La consulta externa de primer nivel de atención es el lugar en donde se debe brindar el mayor número de atenciones a la persona adulta mayor, con problemas de salud, es aquí donde se deben de realizar las acciones de promoción, prevención, detección, atención a la salud y limitación al daño.

Para poder lograr este objetivo, se deben de revalorar, los tiempos de actuación que se tiene en las instituciones públicas a este grupo poblacional, a fin de poder cumplir con las estrategias que se plantean en este nivel así como llegar a un diagnóstico resolutivo en aquellas patologías que así lo permitan de acuerdo a las herramientas con que se cuenta en este nivel de atención, o, a un diagnóstico sindromático, cuando se trata de patologías más complejas, con la posibilidad, de referenciar al paciente a un segundo o tercer nivel de atención para establecer un diagnóstico etiológico e iniciar el tratamiento que se requiere y contrareferirlo para su seguimiento en el primer nivel de atención.(Figura. 1 y 2).

La capacitación formal y permanente es indispensable para poder brindar una atención de calidad y calidez, donde se deben incluir los temas de las patologías de mayor prevalencia en la población adulta mayor que les permita tener la capacidad técnica para realizar las acciones planteadas. Otro de los objetivos importantes, es que el médico de primer nivel de atención tenga la formación suficiente para la realización de la referencia al segundo o tercer nivel de atención con diagnósticos sindromáticos debidamente fundamentados, de manera oportuna.

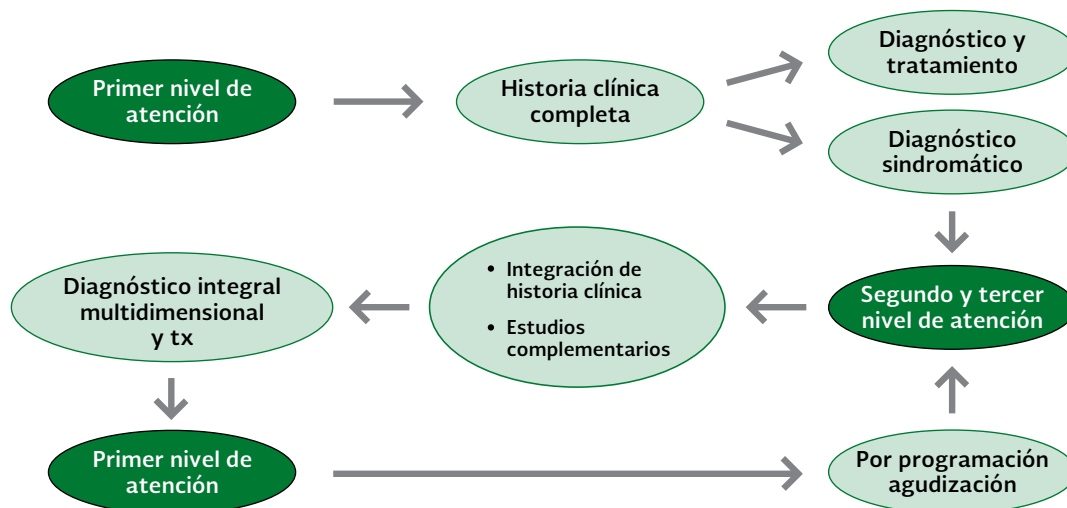
Figura 1. La detección y el diagnóstico.



Fuente: Estudio SABE.

Figura que representa quién hace el diagnóstico sindromático.

Figura 2. Flujograma de atención.



Fuente: Estudio SABE.

Figura donde se representa de manera gráfica, la integración de los servicios de salud para la persona adulta mayor en los tres niveles de atención.

Si se toma en cuenta la multiplicidad de problemas médicos, psicológicos y sociales que porta este grupo etario, es importante que en el primer nivel de atención antes de realizar la referencia al nivel que le corresponda, realice las siguientes acciones:

- Establecer un diagnóstico presuntivo sindromático de patologías que no han podido ser atendidas en este nivel ya sea por su complejidad en el tratamiento o porque no se cuenta con el diagnóstico definitivo.
- Enviar al segundo nivel de atención, cuando menos con todas las pruebas de tamizaje realizadas por un gerontólogo y de manera conjunta con el médico, para que integren el diagnóstico.

Se debe de tener un sistema donde el paciente que es remitido a otro nivel de atención, cuente con una programación de citas. Una vez que haya sido atendido, debe ser reenviado a su unidad con la contrarreferencia que valide su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, así como la fecha de la visita de seguimiento.

### Centro de día geronto-geriátrico de mediana especialidad

El centro de día geronto-geriátrico se define como el servicio médico-social y de apoyo familiar que ofrece atención durante el día a las necesidades básicas, terapéuticas y socioculturales de personas adultas mayores afectadas por diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual.

Aunque de inicio, tiene como objetivo primordial, brindar atención diurna, especializada y personalizada, sin servicios residenciales, a personas adultas mayores con trastornos degenerativos que limitan su funcionalidad.

El centro de día, es un modelo de atención diseñado para aquellas personas que no necesitan hospitalización en una unidad de agudos o no están utilizando, en el momento, los servicios de una unidad de larga estancia geriátrica, pero que sí necesitan una atención especializada brindada por personal capacitado, como auxiliares de enfermería dirigidos por un gerontólogo, para que el enfermo tenga la mayor funcionalidad posible.

Entre las intervenciones que se realizan en un centro de día para pacientes discapacitados son las siguientes:

Grupo de auto-ayuda o terapia cognoscitiva conductual.

- Educación para la salud
- Estimulación sensorial
- Estimulación de aprendizaje
- Estimulación del lenguaje
- Estimulación de la orientación
- Estimulación de la memoria

- Estimulación de la evocación
- Estimulación del cálculo
- Estimulación de la construcción visoespacial
- Estimulación del juicio
- Estimulación de la inteligencia
- Estimulación física
- Terapia ocupacional
- Psicoterapia específica
- Apoyo para los cuidadores
- Socialización
- Actividades lúdicas

### Alternativas a la institucionalización.

Todas estas intervenciones se realizan mediante sesiones diarias de lunes a viernes en horario diurno, regresando el paciente a su domicilio, con descanso sábados y domingos, por el tiempo que estime necesario. Hay que recalcar, que aunque la adherencia terapéutica del paciente a las sesiones impartidas en el centro de día es algo fundamental para la conservación de la funcionalidad del paciente, su terapia debe ser continuada por sus familiares en su domicilio.

### Hospitalización de agudos

Una unidad de hospitalización de pacientes “agudos”, se define como el modelo asistencial que presta atención especializada en régimen de hospitalización a personas adultas mayores, que cumplen criterios de paciente geriátrico y adquirieron una patología de evolución aguda o cursan con la agudización de algún padecimiento crónico pre-existente. Son hospitales especializados que tendrán alguna sección de servicio de geriatría o bien medicina interna, donde se atiendan sus padecimientos agudos o agudizados (diabetes, insuficiencia renal crónica, infecciones respiratorias altas, neumonías, deshidratación, delirium, insuficiencia cardíaca, deterioro funcional etcétera) con servicios complementarios para la atención integral de un paciente adulto mayor donde deben de contar con implementos como sillones “geriátricos”, camas de hospital con altura graduable, pasamanos, rampas, iluminación adecuada, etcétera, los cuales son indispensables para evitar accidentes y complicaciones (caídas, episodios de incontinencia urinaria y fecal por barreras arquitectónicas, entre otras). Será necesario que se cuente con el apoyo de unidades psicogeriátricas para la atención de deterioro cognoscitivo no demencial o algún tipo de demencia, etcétera.

En la hospitalización de agudos se persigue restaurar en un plazo breve y en la medida de lo posible, la funcionalidad orgánica del paciente, siendo esto misión de geriatras con especialidad previa en medicina interna o bien, tomando en cuenta la existencia de pocas unidades geriátricas y médicos especialistas egresados en geriatría. Estas unidades deben ser atendidas por médicos internistas o especialistas en medicina integrada, con conocimientos en geriatría y apoyados por neurólogos, psiquiatras y gerontólogos que atiendan las unidades psicogeriátricas en forma conjunta.



Es importante evitar hospitalizaciones “prolongadas” (estancias iguales o mayores a siete días). Por otro lado, según los modelos de hospitalización geriátrica actuales, el número de camas para pacientes con problemática geronto-geriátrica debe ser bajo.

Una situación importante a cuidar en las unidades de agudos es evitar, en la medida de lo posible, hospitalizaciones innecesarias, ya que además del riesgo que implica la naturaleza de los procedimientos que se realizan a los pacientes, debe entenderse que estar lejos del domicilio o el ambiente habitual del paciente favorece el desarrollo de complicaciones.

Es básico que las instalaciones hospitalarias fortalezcan la oferta de seguridad y dignidad en la atención al paciente, así como mejoren su autoestima y la mayor autonomía posible. Una estrategia que ha funcionado en la recuperación del paciente que requiere de hospitalización, es la orientación a la realidad que ofrecen los familiares al estar junto a su paciente las 24 hrs y proveer cuidados junto con el equipo de salud; lo que permite una recuperación con un grado menor de estrés para las partes.

### Unidades de larga estancia psicogeriátrica

Tradicionalmente llamadas “asilos”, “casa hogar” o “residencias”, las unidades de larga estancia geriátrica son un recurso muy antiguo en la atención de los pacientes geriátricos, sin embargo, no debe de ser utilizado como la primer instancia para la atención de la persona adulta mayor, debe de estar debidamente indicado para aquellos que no cuenten con redes de apoyo familiar o social y que ponga en peligro su integridad personal. Por otro lado, debido al incremento de los adultos mayores es lógico pensar que aumentarán las enfermedades demenciales por lo que se tendrán que adaptar unidades de larga estancia psicogeriátrica donde se dé asistencia especializada a estos pacientes.

En este modelo de atención, además de brindarse los servicios de hotelería, alimentación y cuidados asistenciales, se acompañan de otras ventajas importantes de mencionar:

- Atención por personal altamente especializado en pacientes con diversos tipos de discapacidad y demencias.
- Instalaciones diseñadas para mayor seguridad y funcionalidad del paciente.
- Programas de intervención específicos para pacientes con discapacidad y demencia.
- Terapia de respiro para los cuidadores primarios.

Hay que resaltar que como cualquier otro modelo de atención, las unidades de larga estancia representan ventajas y desventajas, estas últimas son remediables mediante una adecuada gestión y administración de los recursos necesarios.

- Mezcla de pacientes con diversos grados evolutivos de la enfermedad demencial.
- Mínima integración con otros pacientes no demenciados.
- Carga de trabajo intensa para el personal de la unidad encargada.

- Colapso tanto en los cuidadores formales como informales, lo que pudiera significar una sobrecarga física y emocional para el personal de salud que atiende estas unidades.

Por ser un modelo de atención costoso por la naturaleza de sus acciones, no es posible crear espacios únicos y exclusivamente para pacientes con patologías diversas, lo que puede originar que se entremezclen, lo que debe de tratar en lo posible que no suceda, sin embargo, algunos autores comentan que la estancia de la persona adulta mayor con patologías únicas dentro de la unidad, limita su relación social, comunicación y elimina el apoyo informal de otros ancianos.

### Atención domiciliaria

Este modelo basa sus acciones en servicios tanto en salud como de tipo social. El apoyo técnico, estructural, social y moral que prestan los diversos profesionales encuadrados en los equipos de atención domiciliaria, puede ser definitorio en la evolución del paciente. El equipo multidisciplinario que brinda la atención domiciliaria recibe el nombre de “Unidad de Cuidados Comunitarios”. Esto debido a que en las acciones interviene la atención domiciliaria, las unidades de medicina familiar, los hospitales de segundo nivel y las unidades especializadas. Dentro de las acciones que realizan los profesionales encargados de las Unidades de Cuidados Comunitarios se encuentran:

- Asistencia médica del paciente tras la hospitalización en una unidad de agudos
- Cuidados asistenciales
- Cuidados paliativos
- Hospitalización domiciliaria

Estas acciones, además de ser llevadas a cabo por el equipo de salud, deben de contar con un soporte familiar o social que pueda atender al paciente y evitar poner en riesgo su integridad.

Esta modalidad de atención, constituye una herramienta útil y efectiva para atender al paciente geriátrico sobre todo aquel con requerimientos especiales, que incluso, rebasa los requerimientos de atención urgente. De acuerdo al programa de teleasistencia prediseñado, la atención se puede brindar en torno a diversos tópicos como: ayudas técnicas, atención al cuidador, transferencias, evaluación de los servicios, adaptabilidad de los entornos, ayudas para el manejo de bienes y productos, etcétera.

## 9. Conclusiones y Comentarios

• Mtra. Dora Domínguez Bordes <sup>1</sup>

1. Coordinadora Estatal del Programa de Salud en el Adulto y el Anciano, Servicios de Salud de Morelos.

México se encuentra en una etapa de transición demográfica avanzada, debido a que se experimentará el mayor incremento de su población de 60 años y más en las próximas décadas. El estado de Morelos, es considerado un estado envejecido, el total de su población de 60 años y más rebasa el 10% de la población total. Sin embargo, lo más preocupante, es el contexto social y económico que rodea a las personas adultas mayores, además de persistir la pobreza, la inequidad social y el deterioro de las redes de apoyo familiar, mismas que probablemente se agudizarán de no realizar intervenciones que aseguren el bienestar de este grupo poblacional.

Para enfrentar el reto de este envejecimiento y cubrir los requerimientos para su atención, es necesario emprender acciones concertadas a mediano y largo plazo, a través de la implementación de políticas públicas y programas orientados a brindar servicios en el ámbito biopsicosocial de las personas adultas mayores, que involucren a la sociedad civil organizada y a los diferentes niveles de gobierno.

Es pertinente señalar que los resultados plasmados en este libro, corresponden únicamente a dos de los treinta y tres municipios de la entidad, mismos que albergan al 29.6% de la población total de las personas adultas mayores.

Con estos resultados, comprobamos que existe una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial, la cual padece el 42.4% de los entrevistados, enfermedad articular en un 13.2% y, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica fue de 5.9%. No menos importante es el rubro de autocuidado de la salud en las mujeres, en donde se encontró que el 40.3% de las entrevistadas no se había realizado autoexploración mamaria; a esto se agrega que al 45.2% de las entrevistadas que habían asistido a algún servicio médico, tampoco se les había practicado dicho examen. Datos similares se reportaron para la detección de cáncer cérvicouterino y cáncer de próstata. La incontinencia urinaria es otra de las patologías prevalentes en el 14.2% de la población adulta mayor y a la cual todavía no se ha dado la importancia que requiere.

Ante este panorama epidemiológico, se hace necesaria e impostergable la implementación de un modelo de atención a la población adulta mayor del estado de Morelos, con acciones de prevención, detección y promoción de estilos de vida saludable, que inicie en etapas tempranas para que propicie un verdadero envejecimiento normal y activo.

Tú,



¿Cómo los tratas?

## 10. Agradecimientos

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

### CENAPRECE

De manera muy especial agradecemos a la **Dra. Gabriela R. Ortiz Solís**, Titular de la Dirección de Salud en el Adulto y el Anciano, por su amable y firme apoyo, sin el cual esta publicación no hubiera sido posible.

A la Licenciada Gloria Elena Vargas Esquivel, por su disposición y entusiasta colaboración en la revisión de esta publicación.

Al Área de Tecnologías de la Información y Diseño: Ing. Yoeli César Chávez, Lic. José Javier González Velásquez, Lic. Claudia Sequera Quielhe, Lic. José Luis Barragán Esteves, Lic. Orlando N. Valdivieso Meza, Lic. Josué Antonio Pardo Larraguivel, Lic. Ricardo Andrés Prado Sánchez y al Téc. en Inform. Fernando Ruíz Guzmán por su apoyo.

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.

### Servicios de Salud de Morelos

Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en Morelos COESAEM Lic. Nutr. Connie Lorena Espinosa Cervantes. Responsable Estatal de Nutrición del Programa de Salud en el Adulto y el Anciano.

### ENCUESTADORES

Al personal que participó en el levantamiento de la encuesta.

- Alatorre Benítez Adriana
- Arroyo Ortiz Daniel
- Barrera Ocampo María Alejandra
- Becerril Ruiz Marco Antonio
- Bonifaz Sánchez Fátima Anaid
- Brito Guzmán Erick Daniel
- Castrejón Suarez Ana Patricia
- Cruz Albarrán Sonia

- Escalera Flores José Luis
- Ferrer González Thalía
- Fuentes Román Andrea Monserrat
- Galindo Almaraz Leslie Paola
- Gama Ortiz Giomara Annelie
- Godínez Mena Adriel
- Hernández Ramírez Sheyla Karina
- Huerta Díaz Marcela Edith
- Iturbe Gil Guadalupe
- López Ávila Karen Yael
- Mañón Zúñiga Marile Del Rosario
- Mohamed García Díaz Alberto A.
- Mora Galeana Michelle Paloma
- Narváez Morales Noé
- Olascoaga Arreola Daniela
- Ortiz García Karen Emilia
- Pacheco Miranda Yoali Selene
- Pérez Álvarez Lizeth
- Pineda Sandoval Luis Ángel
- Quezada Torres Maryjose
- Quiñones Moya Horacio
- Ramírez Sánchez Fabiola Emireth
- Rangel Rodríguez Juan Francisco
- Reyes Ortiz Jorge Luis
- Rodrigo Ramírez Reyes
- Rufino Vargas María Guadalupe
- Salgado Arcos Margarita
- Salgado Moctezuma Saori Guadalupe
- Santamaría Ocampo Irving
- Solorio Cuevas Jair Isod
- Soriano Salgado Andrea
- Sotelo Arteaga Aiana Ayeli
- Torres Olascoaga Libni Avib
- Trejo Huertas Adriana
- Urbina Briseño Anayeli
- Urbina Santana Monserrat
- Vázquez Pérez Germán Osvaldo
- Venosa López Mónica