



ENCUESTA

**Salud**

**Bienestar y**

**Envejecimiento**

**SABE** ▪ Querétaro

ENCUESTA  
Salud, Bienestar y Envejecimiento  
SABE ■ Querétaro

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: 978-607-460-410-8

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

Méd. Esp. Mario Cesar García Feregrino  
**Secretario de Salud del Estado de Querétaro**

Méd. Esp. Jorge Rafael Espinosa Becerra  
**Coordinador General de Servicios de Salud del Estado de Querétaro**

M.S.P. Marfa Martina Pérez Rendón  
**Directora de Servicios de Salud**

Dra. Ana Lilia Castro Morfín  
**Subdirectora de Programas Prioritarios en Salud**

Dr. Jaime Sosa Echevarría  
**Jefe del Programa de Salud en el Adulto y el Anciano**

M.S.P. Isela Granillo Cedeño  
**Responsable del Programa de Envejecimiento**

**DIRECTORIO DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MÉXICO  
RECTORÍA CAMPUS QUERÉTARO**

Dr. Carlos Javier Vizcaíno Arredondo  
**Rector**

Mtro. Luis Enrique Pereyra Zetina  
**Director de Investigación y Extensión**

Dra. Ma. de la Luz Obregón Molina  
**Directora de Ciencias de la Salud UVM Querétaro**

Dra. Ma. de la Luz Melendez Medina  
**Directora de Ciencias Clínicas UVM Querétaro**

Mtra. Belzabeth Tovar Luna  
**Directora de Terapia de Audición y Lenguaje UVM Querétaro**

**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 DE LA ENCUESTA SABE QUERÉTARO**

Dr. Jaime Sosa Echevarría  
MSP. Isela Granillo Cedeño  
**Programa de Salud en el Adulto y el Anciano**

**AUTORES**  
**SECRETARÍA DE SALUD DE QUERÉTARO**

Dr. Jaime Sosa Echevarría  
MSP. Isela Granillo Cedeño  
Dr. Carlos Josafat Castellanos Alejos  
**Programa de Salud en el Adulto y el Anciano**

Dra. Yolanda Escobar Castillo  
**Sistema Estatal DIF**



Todo esto y más  
es mi abuelo

## CONTENIDO

Mensajes de las autoridades.	9
Introducción.	17
1. El envejecimiento poblacional en México.	23
2. Participación del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento en el Proyecto-Encuesta SABE.	49
3. Participación del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en el Proyecto-Encuesta SABE Querétaro.	59
4. El papel de la Universidad Juárez del Estado de Durango frente al envejecimiento poblacional de Querétaro.	69
5. Etapas del desarrollo operativo de la Encuesta SABE Querétaro, ajustes específicos.	75
6. Diagnóstico situacional del envejecimiento poblacional en el Estado de Querétaro.	79
7. Resultados de la Encuesta SABE Querétaro.	111
8. Propuesta preliminar de un Modelo Estatal de Atención al Envejecimiento Poblacional de Querétaro.	133
9. Conclusiones y comentarios.	139
10. Agradecimientos.	141

La  
tercera  
no es  
la vencida  
son los  
vencedores

**cuída** a los adultos **mayores**



Rectoría  
Institucional

DIIT



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

SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD



## 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

# Los **Abuelos** son...



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

## **Quiérellos.**

## Mensaje del Secretario de Salud del Estado de Querétaro



Med Esp. Mario César García Feregrino. Secretario de Salud, siempre en pro de la Atención del Adulto Mayor

El envejecimiento de las comunidades esta favorecido por la transición demográfica que es un fenómeno poblacional que se caracteriza por la disminución sostenida de la fecundidad y de la morbilidad; además del incremento en la esperanza de vida, dando como resultado la transición de la pirámide poblacional, es decir una mayor proporción de población adulta y adulta mayor. Esta etapa del ciclo vital, es un proceso evolutivo gradual y multidimensional, no debiera verse como sinónimo de malestar o de enfermedad; sin embargo, es una etapa en la cual se presentan alteraciones de salud, que incluso inician en edades tempranas de la vida y persisten hasta la vejez, entre ellos, podemos mencionar a los problemas crónico degenerativos como la diabetes y la hipertensión entre otros, enfermedades que además de representar daños a la salud, también son generadores de gastos tanto al individuo, la familia y la sociedad.

En Querétaro, al igual que en el resto de la República Mexicana, no se está exento del envejecimiento poblacional, que en combinación con las enfermedades crónicas degenerativas y los cambios importantes

en el estilo de vida, han impactado de manera determinante el comportamiento de la morbilidad y mortalidad.

La propuesta de investigación en este grupo poblacional denominado Proyecto Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), fue probado en otros países de América Latina y el Caribe; en México, se realizó en otros Estados de la República, obteniendo buenos resultados; dada la realidad en Querétaro del número de habitantes en el año 2012, de personas mayores de 60 años comprendía un total de 137,028; de estos 62,289 hombres y 74,739 mujeres, de tal manera que el Gobierno del Estado apoyó la realización de este proyecto, con el fin de obtener información que permita incidir en mejorar las condiciones de salud y de vida de las y los adultos mayores.

En nuestra entidad, participaron en el Proyecto-Encuesta SABE las 24 instituciones que integran el Consejo Asesor para la Atención Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores bajo la coordinación del Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades (CENAPRECE), a todos los cuales quiero expresar mi agradecimiento.

La información obtenida por este estudio nos permite tener el conocimiento confiable de las necesidades reales y sentidas, con cobertura y representación estatal, para poder establecer un diagnóstico de salud y en base a ello aplicar las estrategias necesarias y así coadyuvar en hacer frente a la desigualdad social e inequidad e incidir sobre la población antes mencionada.

Con los resultados vertidos se tiene información sobre el perfil socio epidemiológico de la persona adulta mayor Queretana que sin duda debe ser utilizada en la toma de decisiones para generar intervenciones con énfasis en promoción y prevención para la salud en los sectores público, social y privado; es urgente que estas intervenciones den inicio a una edad temprana que permitan llegar a una vejez saludable y productiva y atender las necesidades actuales de las personas adultas mayores que respondan a la realidad de nuestro Estado, mejorando su calidad de vida, brindándoles mayores oportunidades de desarrollo.

Dr. Mario César García Feregrino



Concurso Dibujando a mis Abuelos, que se realiza en el Estado de Querétaro dentro del marco de la semana de salud para Gente Grande. Autores: Itzel Alejandra, Jacob Emiliano Pedraza Silva y Mildred Yaeli Zamora Cuevas, respectivamente. Escuela Primaria 21 de marzo.

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



## Mensaje del Rector de la Universidad del Valle de México, Campus Querétaro

Las proyecciones demográficas para México en los próximos años, dan cuenta de la necesidad de establecer mecanismos e implementar políticas nacionales, regionales y por Estado, que nos permitan atender las necesidades futuras de una parte de la sociedad mexicana que inevitablemente se convertirá en adulto mayor.

El envejecimiento de las personas trae consigo diversos factores de cambio en contextos como el cultural, social y económico, que de no conocerse a tiempo llevaría a nuestro país a enfrentar graves problemas.

La Universidad del Valle de México Campus Querétaro, celebra y reconoce el Proyecto SABE como una iniciativa real emprendida desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), que nos permite a los habitantes de Querétaro conocer el perfil epidemiológico y sociodemográfico de nuestro Estado, para establecer a corto y mediano plazo acciones encaminadas a conservar la salud y bienestar de nuestros ancianos.

La UVM como una institución incluyente y socialmente responsable, se enorgullece de haber participado en este estudio, base para establecer el diagnóstico situacional integral del envejecimiento poblacional de nuestro entorno, que expone diversos cambios demográficos, en la evolución del crecimiento y proporciones de adultos mayores.

“Por siempre responsable de lo que se ha cultivado”

Dr. Carlos J. Vizcaíno Arredondo

# SE BUSCA ABUELA



**RECOMPENSA : AFECTO, CARIÑO Y RESPETO**



Reitoría Institucional **DIIT**

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

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



## 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.

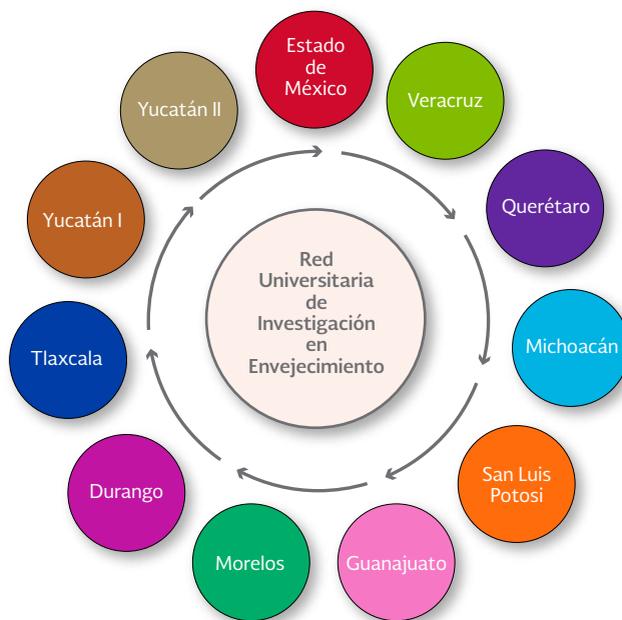
La participación de los diversos actores que han intervenido en el desarrollo de SABE, ha redundado en las siguientes ventajas:

- 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



Participantes de la "Carrera-Caminata Dorada 2013"



## 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.

	Ambos Sexos		Hombres		Mujeres	
Región de la OMS	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.

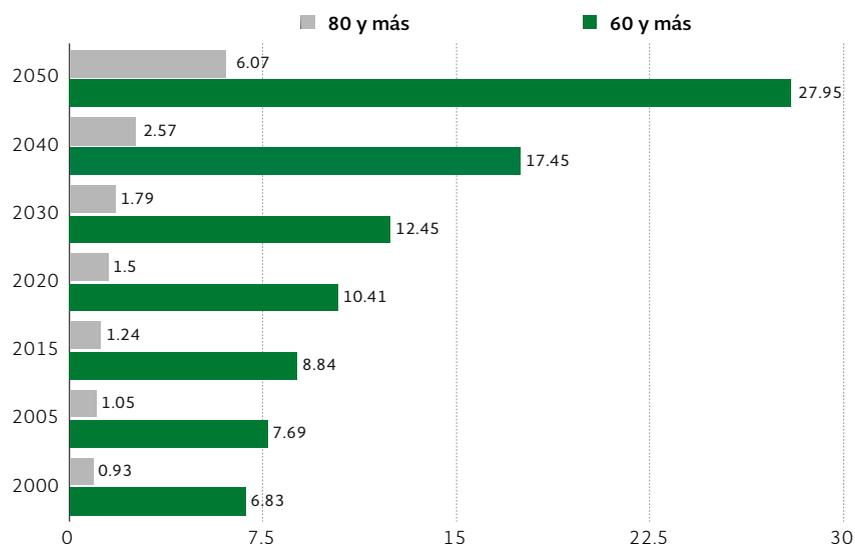
## Epidemiología en México

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)

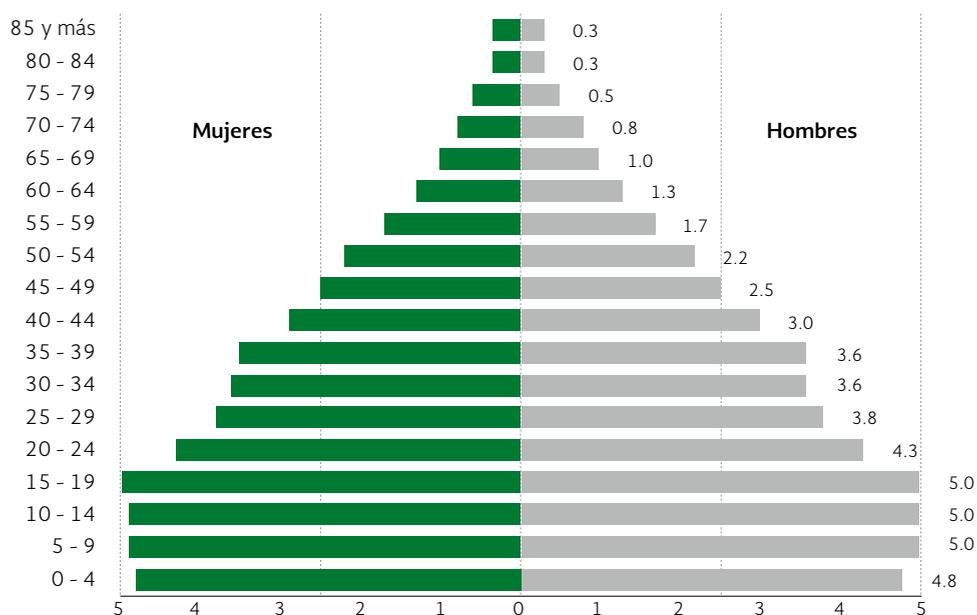
**Gráfica 1.** Proporción de personas adultas mayores en los grupos de 60 y 80 años y más. Proyección 2000-2050.



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

Fuente: Estimaciones realizadas por el CENAVE. SSA. CONAPO

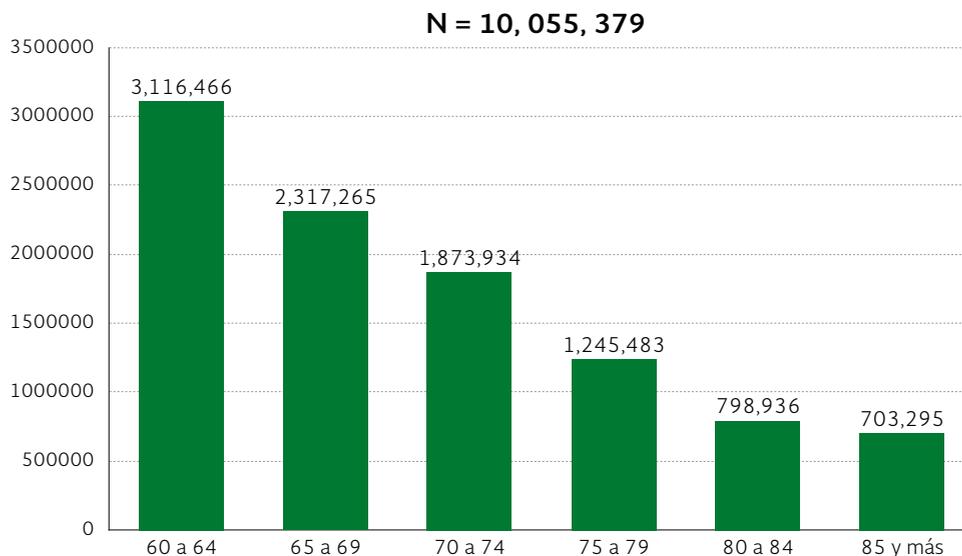
**Gráfica 2.** Pirámide poblacional México al 2013.



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).

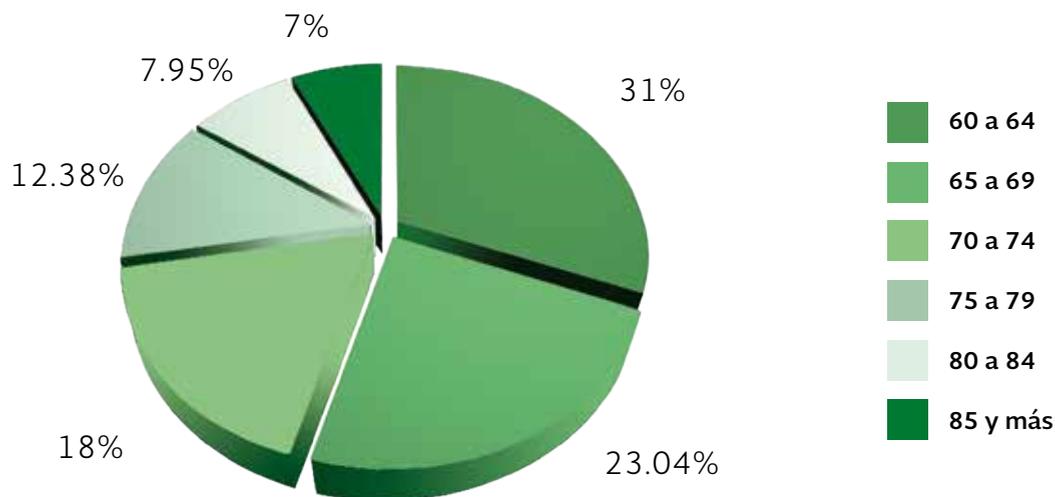
**Fuente:** Censo de Población y Vivienda 2010. Proyecciones 2010 – 2050 CONAPO.

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.

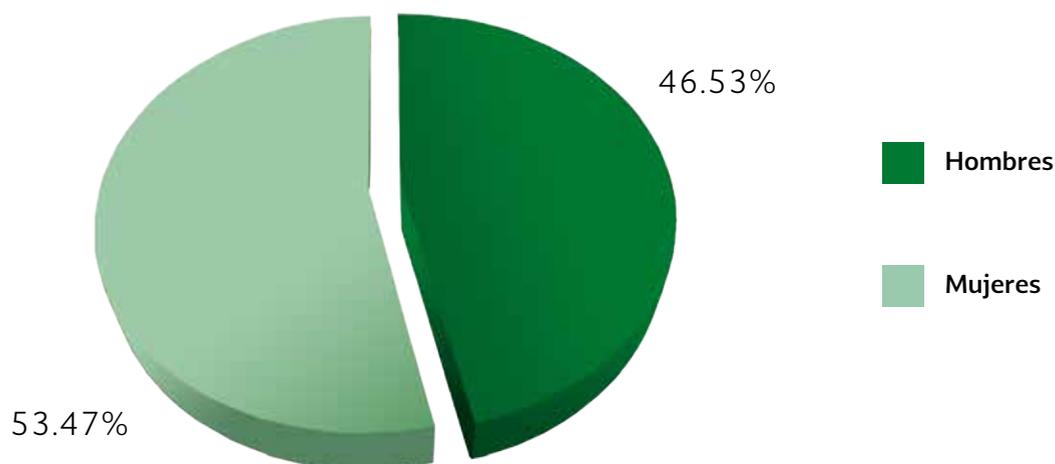
**Gráfica 4.** Distribución porcentual de personas adultas mayores por grupos etarios en México al año 2013.



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.

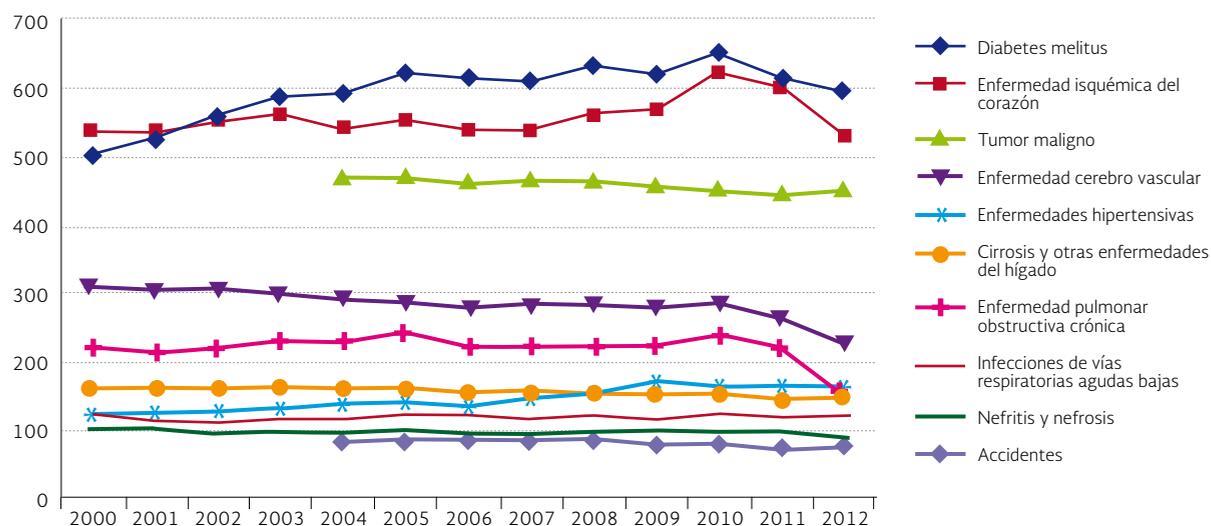
**Tabla 2.** Principales causas de mortalidad en personas de 60 años y más, México 2012.

Descripción	Defunciones	Tasa 1/ <sup>a</sup>	%
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 cardiacas y osteoartritis.

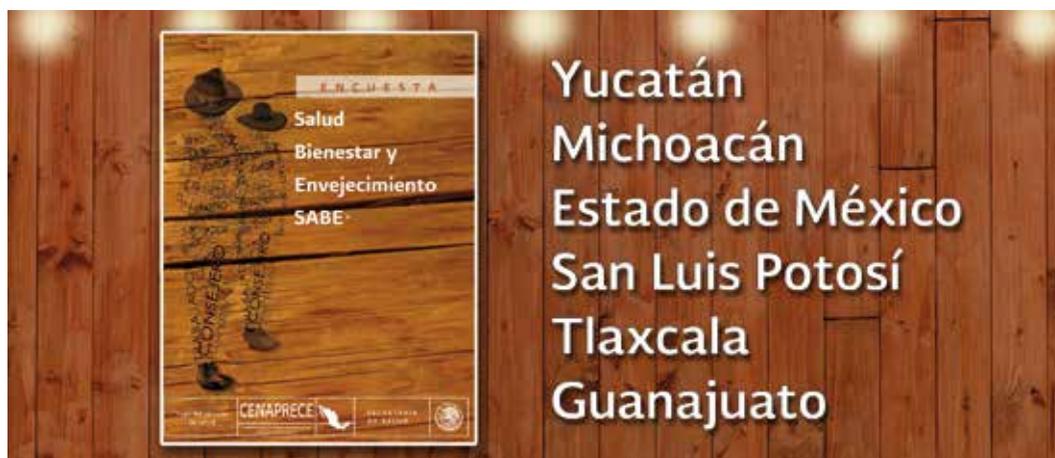
Las enfermedades relacionadas con la edad, a diferencia de las anteriores, se presentan en un determinado periodo de vida, pasado el cual su incidencia influye marcadamente. Estas enfermedades o alteraciones tienen una relación temporal con el huésped, pero su factor crítico no parece estar relacionado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



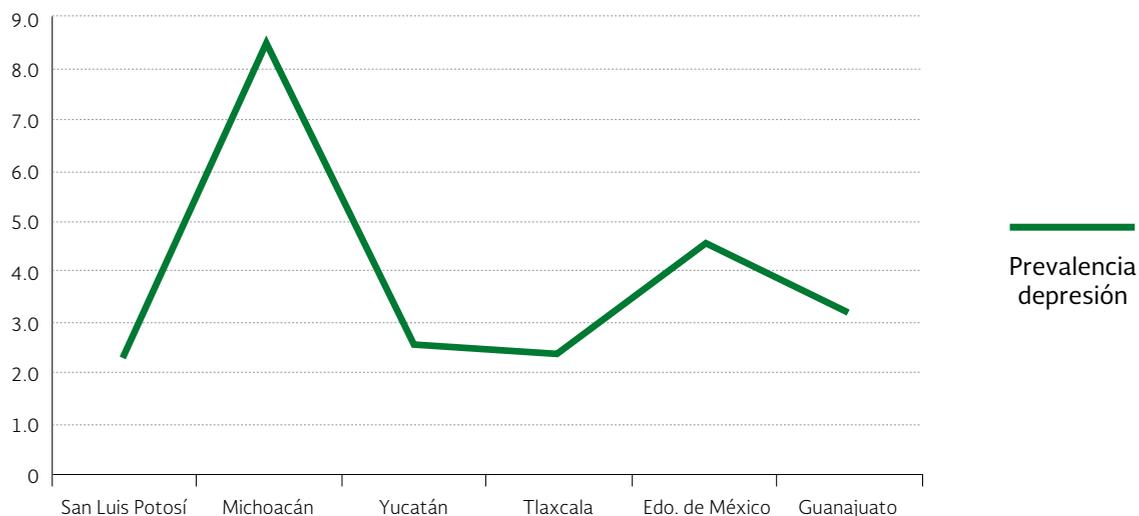
Al momento de la presente publicación, el acervo de la biblioteca SABE México sigue incrementándose. En la presente imagen, se ilustra el primer avance de la misma, integrado por los libros de datos en extenso de los estados de México, Yucatán, Michoacán, San Luis Potosí, Tlaxcala y Guanajuato. Se encuentran 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>

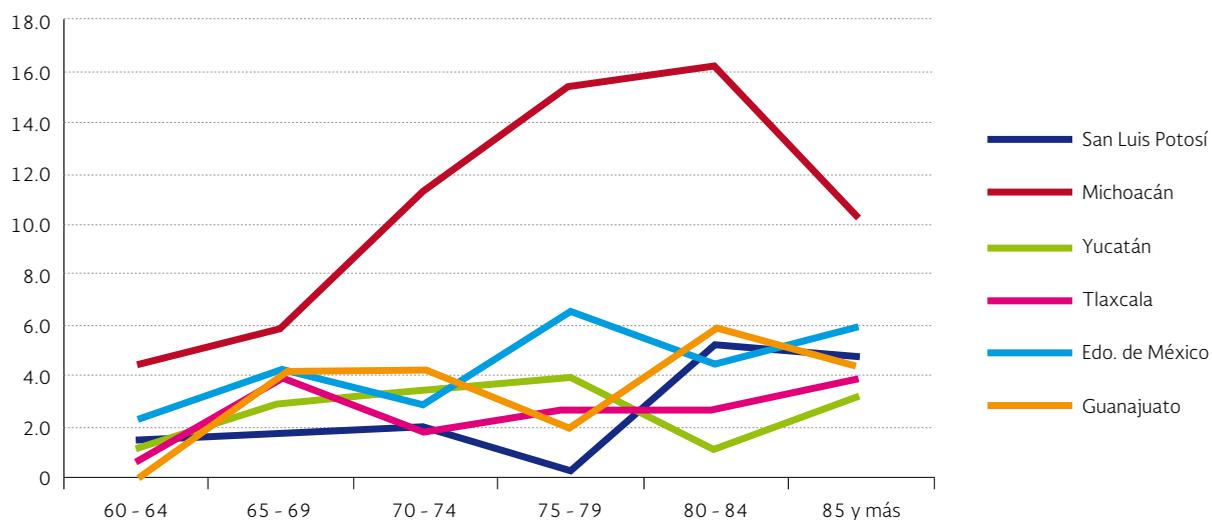
**Gráfica 7.** Prevalencia de sintomatología depresiva en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



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.

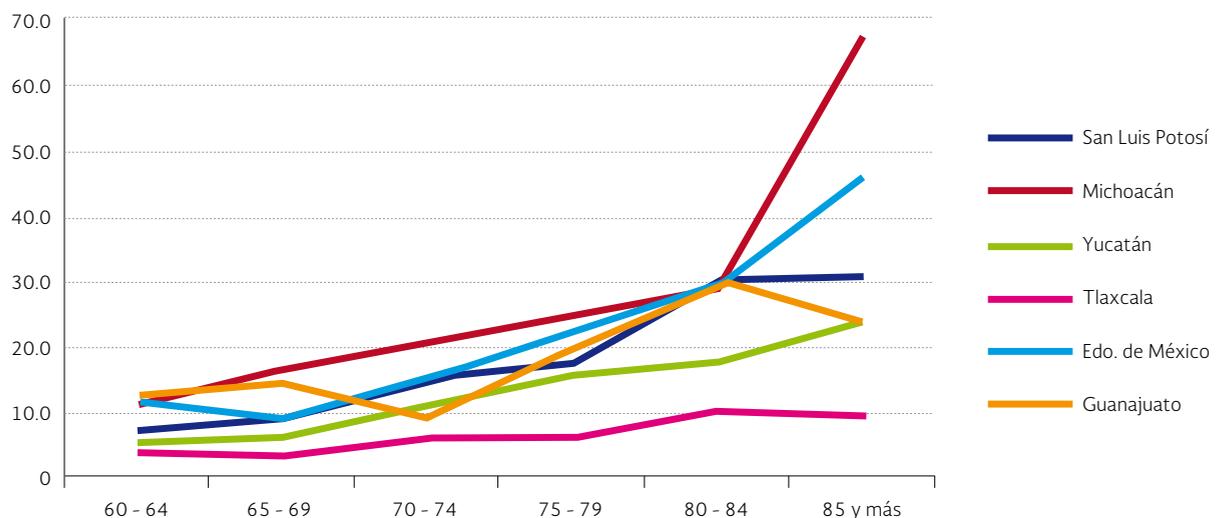
**Fuente:** Estudios SABE, Michoacán, Guanajuato, Tlaxcala, San Luis Potosí, Estado de México y Yucatán

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

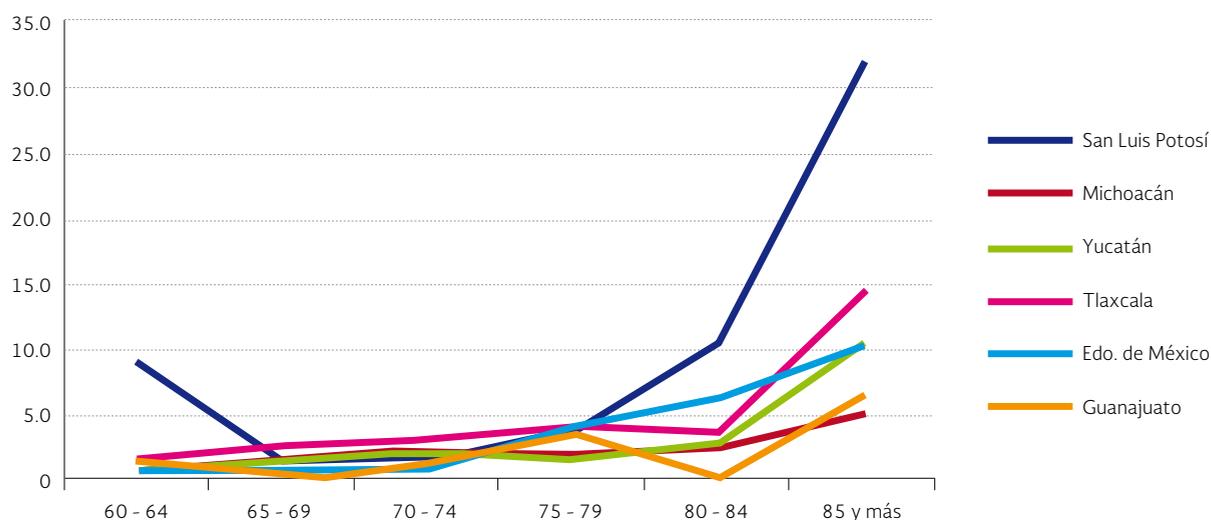
CONAPO en el año 2005, destaca en primer lugar, la discapacidad del aparato músculo-esquelético que afecta al 5.6% de los hombres y al 6.2% de las mujeres de este país. El segundo lugar, lo ocupa la discapacidad visual con un 3.2% en hombres y 3.4% en las mujeres; el tercero lo ocupa la discapacidad 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).

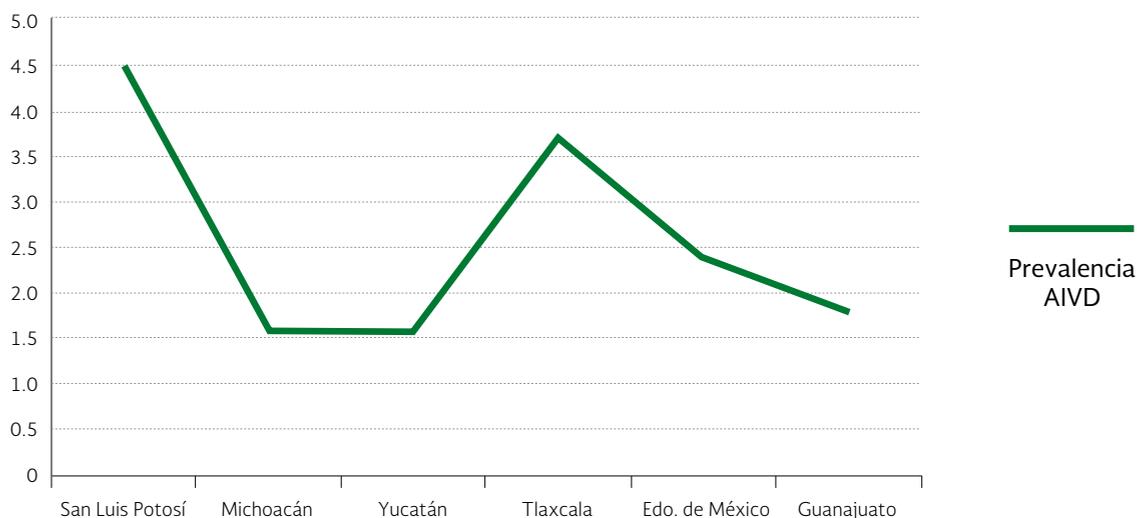
**Gráfica 11.** Prevalencia de deterioro en las actividades instrumentales de la vida diaria por grupos etarios en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



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

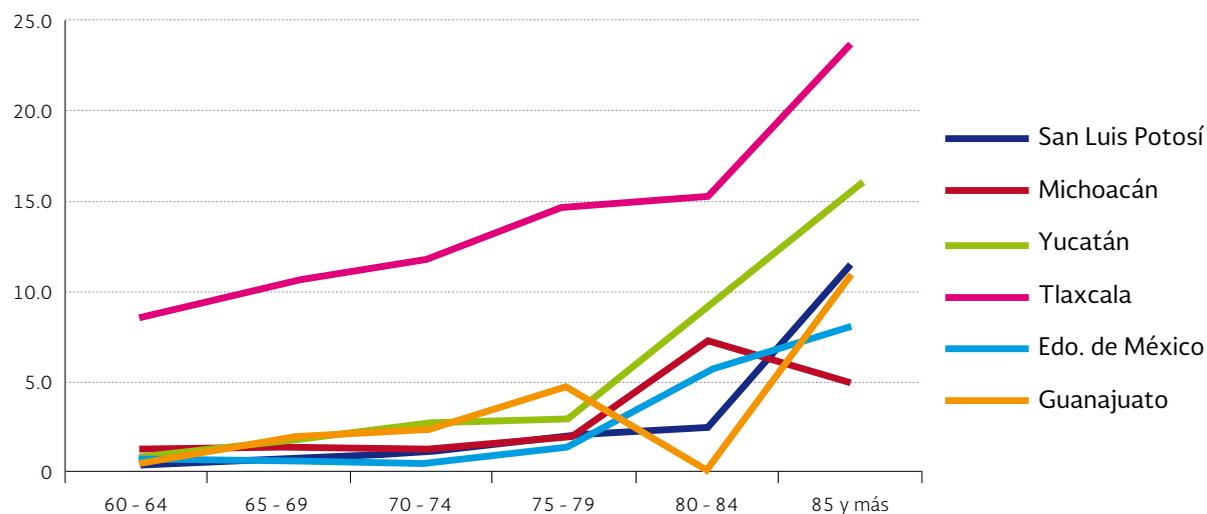
**Gráfica 12.** Prevalencia de deterioro en las actividades instrumentales de la vida diaria en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



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

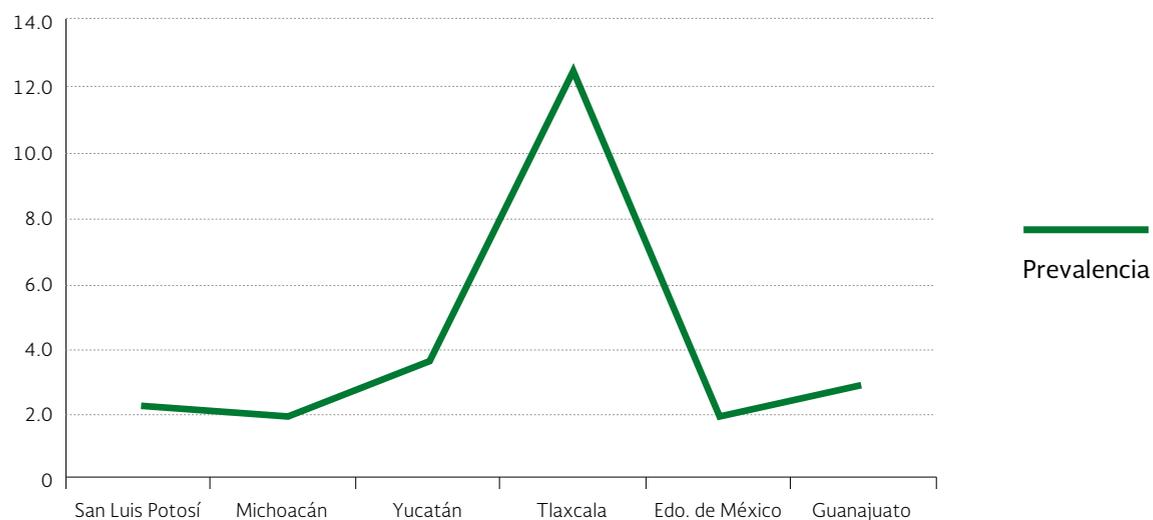
**Gráfica 13.** Prevalencia de deterioro en las actividades básicas de la vida diaria por grupos etarios en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



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. Hachinski Vc, 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.



Participantes de la "Carrera-Caminata Dorada 2013"

## 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

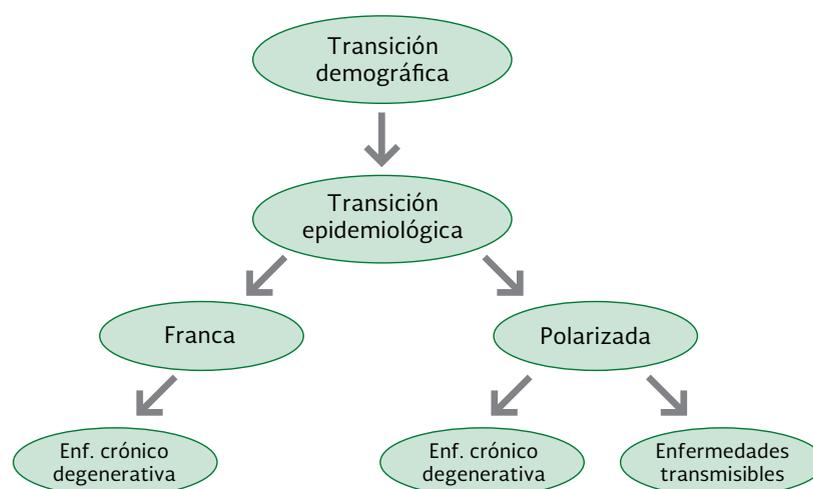
El envejecimiento es hoy en día, uno de los cambios más notables en la estructura de la población mundial. Los países desarrollados han experimentado desde hace décadas, las consecuencias de este cambio y han generado programas y estrategias para su atención; su eficiencia ha sido mostrada no solamente 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 Geriátría 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:

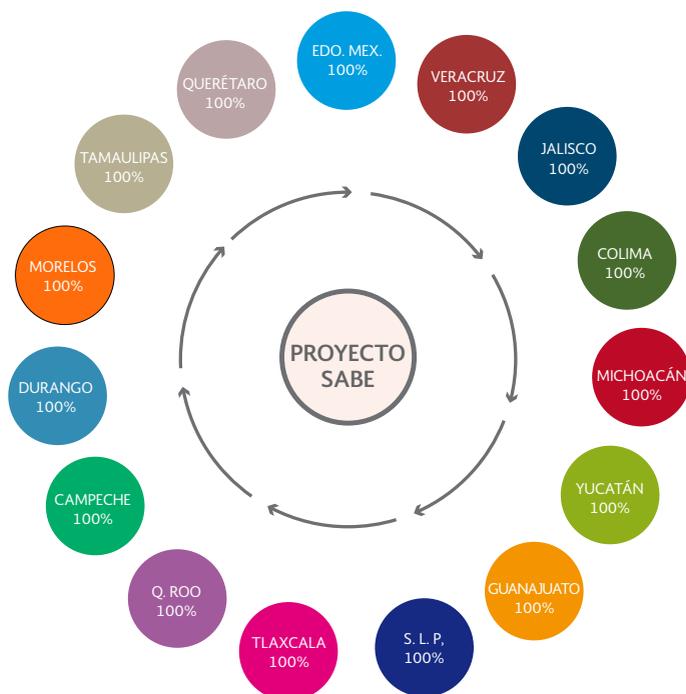
- Participación activa en la generación de políticas públicas en materia de atención a la población adulta mayor.
- Determinar y/o desarrollar estrategias operacionales para el control de las enfermedades.
- Llevar a cabo, en coordinación con otras instituciones del sector salud, la vigilancia epidemiológica 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 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, Derechohabiencia 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



Consejo Asesor y personas adultas mayores de Plan Vida

### 3. Participación del Consejo Asesor para la Atención, Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Querétaro

• MSP. Isela Granillo Cedeño <sup>1</sup> • Dra. Yolanda Escobar Castillo <sup>2</sup>

1. Responsable del Programa de Atención al Envejecimiento. 2. Dir. Centro Gerontológico Plan Vida. SEDIF



Imagen 1. Logotipo del Consejo Asesor para la Atención, Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Querétaro

Nuestro Estado, se encuentra viviendo al igual que el resto del país una acelerada transición demográfica, que tiende, como sabemos, al envejecimiento de la población lo cual constituye un desafío y al mismo tiempo una oportunidad para las acciones dirigidas a las Personas Adultas Mayores (PAM), por medio de la cohesión social, los derechos humanos y la acción gubernamental.

#### Antecedentes

El 5 de mayo del 2000, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Querétaro, impulsa la instalación de la Comisión Estatal para la Atención y Protección de las Personas de la Tercera Edad, que vendría a sumar los recursos, experiencias, voluntades y capacidades de instituciones públicas y privadas que atendemos a favor de este sector de población, no duplicando esfuerzos.

A partir de que entra en vigor la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Querétaro <sup>1</sup>, la Comisión Estatal quedó abrogada una vez que se integró el Consejo Asesor para la Atención, Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Querétaro.

## SLOGAN

### *Uniendo esfuerzos para una vejez con calidad de vida*

Es compromiso del Estado de Querétaro propiciar igualdad de oportunidades para todas las personas, especialmente para quienes conforman los grupos más vulnerables de la sociedad, como las PAM, población infantil y adolescente en riesgo de calle, así como las personas con discapacidad. La situación de estos grupos demanda acciones integrales, que les permitan llevar una vida digna y con mejores posibilidades de bienestar.

Por lo anterior y con objeto de sumar los recursos, experiencia, voluntades y capacidades de instituciones públicas y privadas que atienden a este sector de la población, el Gobierno del Estado a través del Sistema Estatal DIF, impulsa en el año 2000 la instalación de la Comisión Estatal para la Atención y Protección de las Personas Adultas Mayores, como un órgano rector de la política estatal a favor de este sector de la población.<sup>2</sup>

Esto fue un cambio importante en el reconocimiento de los derechos y beneficios de las PAM, a partir de que entra en vigor la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Querétaro (septiembre del 2005) y la Comisión Estatal queda abrogada una vez que se integra el Consejo Asesor, con el propósito de vigilar el cumplimiento y desarrollo de los programas y actividades para el fortalecimiento institucional de las dependencias responsables de la aplicación de las disposiciones jurídicas que regulan la materia en la entidad.

Es necesario mencionar que para fines prácticos de esta publicación, se denominará como el “Consejo Asesor” al “Consejo Asesor para la Atención, Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Querétaro”, entendiéndolo en el contexto de ser el ente estatal que como se ha mencionado coordina la atención al envejecimiento.

El Consejo Asesor tiene como finalidad coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las obras, acciones y programas que la administración pública desarrolla en beneficio de las personas adultas mayores.<sup>2</sup>

#### Objetivo General del Consejo Asesor:

Brindar asesoría a las instituciones de la administración pública central y paraestatal del Estado de Querétaro, así como a las del ámbito municipal y paramunicipal que lo soliciten, en materia de atención, promoción y defensa de los derechos de las personas adultas mayores.

#### Objetivos específicos:

- Aumentar la accesibilidad del conocimiento sobre el envejecimiento.
- Desarrollar una cultura para el cuidado de las personas adultas mayores.

## Sustento Jurídico:

De acuerdo a La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Querétaro (LDPAMQ), publicada en el Periódico Oficial de Gobierno del Estado “Sombra de Arteaga”, en el mes de septiembre del 2004 (reforma aprobada el 23 de octubre de 2004, última modificación el 17 de diciembre de 2008).<sup>3</sup>

En su artículo primero, establece que se reconoce y garantiza el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, para que tengan una mejor calidad de vida y una plena integración a la sociedad.

En relación con las PAM y, de conformidad con el artículo 7 de la LDPAMQ, las autoridades e instituciones de la administración pública estatal y municipal, de conformidad con sus respectivas competencias, deberán: Vigilar y garantizar la defensa y el ejercicio de sus derechos; establecer programas que les permitan acceder a una mejor calidad de vida; promover la inclusión de beneficios económicos; promover la celebración de convenios; coordinar sus acciones con el Consejo Asesor para la Atención, Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Querétaro.

La responsabilidad de aplicar la Ley, corresponde según el texto del numeral 8° a:

- I. El Gobernador del Estado
- II. La Secretaría de Salud
- III. La Secretaría del Trabajo del Estado
- IV. La Secretaría de Turismo del Estado
- V. La Secretaría de Educación del Estado
- VI. El Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Querétaro
- VII. El Instituto Estatal para la Cultura y las Artes
- VIII. Las dependencias y entidades de la administración pública municipal y paramunicipal
- IX. Consejo Asesor para la Atención, Promoción y Defensa de los Derechos de las personas Adultas Mayores del Estado de Querétaro

Consejo Asesor para la Atención, Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Querétaro, es el encargado de la política pública sobre PAM y corresponde a los municipios del Estado de Querétaro, el ejercicio de los derechos referidos en el presente instrumento legal; de la misma manera, concierne a los ayuntamientos crear entes municipales que fomenten y promuevan los derechos de las PAM. Lo anterior, de acuerdo al contenido en los artículos 16, 17 y 23 de la citada ley.

## De conformidad al artículo 24, el Consejo Asesor se integra por:

- Una Presidencia: Titular del Gobierno del Estado
- Una Secretaría Técnica: Dirección General del Sistema Estatal DIF
- Vocales: Secretaría de Gobierno

- Secretaría de Salud
- Secretaría de Educación
- Secretaría del Trabajo
- Secretaría de Turismo
- Consejo Estatal de Población
- Instituciones académicas
- Comisión de Equidad de Género y Grupos Vulnerables de la Legislatura
- Dirección de Asistencia Social de DIF Estatal
- Sistema Municipal DIF
- Procuraduría General de Justicia
- Presidencia de la Comisión Estatal de Derechos Humanos
- Procuraduría General de Justicia
- Presidencia de la Junta de Asistencia Privada
- Dirección del Instituto Estatal de la Cultura y las Artes
- Secretaría de Seguridad Pública Municipal
- Instituto de la Defensoría Pública
- Instituto Queretano de la Mujer
- Delegación de la Secretaría de Desarrollo Social
- Delegación del IMSS
- Delegación del ISSSTE
- Delegación del INAPAM
- Delegación del INEA
- Tres personas adultas mayores

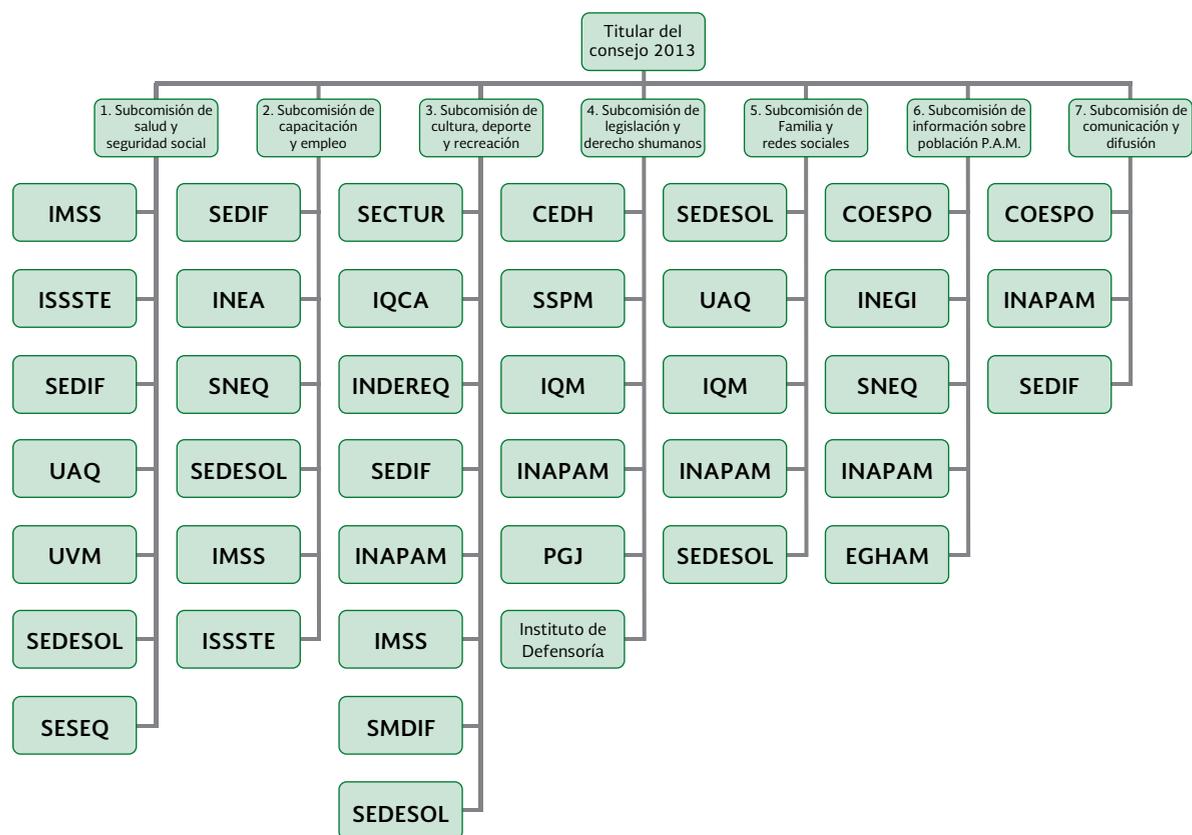
### Grupos de trabajo:

Los grupos del Consejo Asesor elaborarán su plan de trabajo:

1. Salud y seguridad social
2. Capacitación y empleo
3. Cultura, deporte y recreación
4. Legislación y derechos humanos
5. Familia y redes sociales
6. Sistema de información sobre población de personas adultas mayores

Dicho plan deberá comprender diversas líneas de acción tendientes a elevar la calidad de vida de las PAM del Estado de Querétaro, procurando una atención integral. Esto implica el compromiso de todas las instancias del Gobierno del Estado de Querétaro para sumar esfuerzos y fomentar su participación en el diseño de políticas públicas dirigidas a este sector. <sup>4</sup>

Figura 1. Organigrama del Consejo Asesor para la Atención, Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Querétaro.



Organigrama de las Instituciones que conforman el Consejo Asesor para la Atención Promoción y Defensa de los Derechos de las personas Adultas Mayores del Estado de Querétaro.

Los subgrupos de trabajo: <sup>5</sup>

(Toda actividad debe ir vinculada con el Plan Querétaro 2010 – 2015).

1. Subcomisión de Salud y Seguridad Social: IMSS, ISSSTE, SEDIF, UAQ, UVM, SEDESOL Y SESEQ.
2. Subcomisión de Capacitación y Empleo: SEDIF, INEA, SNEQ, SEDESOL, IMSS, ISSSTE.
3. Subcomisión de Cultura, Deporte y Recreación: SECTUR, IQCA, INDEREQ, SMDIF, IMSS, SEDESOL. INAPAM Y SEDIF.
4. Subcomisión de Prevención, Legalidad y Derechos Humanos: CEDH, SSPM, IQM, INAPAM, Procuraduría General de Justicia del Estado, Delegación Regional del Instituto de Defensoría Pública.
5. Subcomisión de Familia y Redes Sociales: SEDESOL, UAQ, IQM, INAPAM, SEDEQ.
6. Subcomisión de Sistemas de Información sobre Población y Adultos Mayores: COESPO, INEGI, SNEQ, INAPAM y EGHAM.
7. Subcomisión de Comunicación y Difusión: COESPO, INAPAM y SEDIF.

**Imagen 2.** Sesión del Consejo Asesor para la Atención, Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Querétaro.



Consejo Asesor para la Atención, Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Querétaro, Foto Plan Vida Querétaro.

Funciones principales dirigidas a la población adulta mayor: <sup>5</sup>

1. Establecer el Programa Estatal de Atención, Promoción y Defensa de sus Derechos.
2. Vigilar el cumplimiento adecuado de las normas, procedimientos y el funcionamiento del programa.
3. Promover la capacitación de recursos humanos para la salud.
4. Difundir y establecer campañas de educación permanente en la comunidad para la prevención y detección temprana de enfermedades.
5. Determinar y desarrollar estrategias operacionales para el control de las enfermedades en esta población.
6. Establecer modelos y líneas de investigación para el avance en materia de ciencia y tecnología, para favorecer su salud.
7. Fomentar el financiamiento de fuentes estatales y municipales.
8. Desarrollar la participación de la comunidad y la familia en la atención de este grupo.
9. Coordinar las acciones con las instituciones y las instancias de los diferentes sectores de la sociedad, relacionados con programas de trabajo enfocados al envejecimiento para un mejor y más amplio aprovechamiento que beneficie a este grupo poblacional.
10. Establecer un órgano informativo para la difusión de las actividades y programas del Consejo Asesor.
11. Participar en la formación de Consejos Asesores Municipales para la Atención, Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Querétaro.

Se realizan mensualmente sesiones del Consejo así como de cada uno de los grupos de trabajo, para dar seguimiento a los acuerdos que se fijan en cada reunión mensual.

**Imagen 3 y 4. Actividades con personas adultas mayores. Estado de Querétaro. Fotos de Plan Vida.**



**Imagen 3.** Equipo de cachi bol, integrantes del Centro Gerontológico Plan Vida, Querétaro. Actividades que se realizan diariamente en el centro gerontológico para mantener a las personas adultas mayores activas.

**Imagen 4.** Clausura y obtención de constancias del curso de capacitación, dentro del Centro Gerontológico Plan Vida. Fotos: LPC. Claudia Ivette Sandoval Sánchez.



Durante el año 2010, la Subdirección de Atención al Envejecimiento del CENAPRECE, propuso y autorizó el recurso económico a nivel federal para llevar a cabo la encuesta SABE en la entidad. Se planteó al Consejo y resultó de sumo interés para todos los integrantes.

Para llevar a cabo el Proyecto-Encuesta SABE Querétaro con la participación del Consejo, se tuvo la tarea de realizar un subcomité específico en la entidad del proyecto, al cual se denominó Subcomité SABE, ya que todas las instituciones trabajan para la atención de la PAM, se siguió la metodología ya establecida a través del Protocolo del Estudio Salud, Bienestar y Envejecimiento.<sup>7</sup> Fue fructífera la participación del Consejo dentro de la Encuesta SABE ya que permitió el trabajo coordinado de aquellas instituciones que atienden a esta población en la entidad.

La participación del Consejo en la realización del Proyecto-Encuesta SABE debe ser muy productiva, debido a que todas las instituciones participantes dentro del mismo persiguen un fin común, que es el bienestar integral visto desde diferentes perspectivas dependiendo a la actividad de cada institución; la idea principal es que el Programa de Envejecimiento tome la fuerza necesaria para poder realizar políticas públicas dirigidas y encaminadas al bienestar de las personas adultas mayores.

Imagen 5. Instituciones integrantes del Consejo Asesor para la Atención, Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Querétaro.



Trabajar en conjunto, con la mejor intención de darle bienestar integral a la población adulta mayor, es de suma importancia para saber de dónde partir. Lo anterior, se puede lograr a través de datos confiables y fidedignos obtenidos de la encuesta SABE. Estos datos y este diagnóstico, ayudarán a realizar estrategias realmente útiles, basadas en un análisis previamente integrado y de esta manera, poder realmente incidir en el bienestar de este sector de la población.

Lo que se pretende al tener los resultados finales de este estudio, es que sirva como punta de lanza en nuestra entidad para continuar con la investigación en esta materia. Esto servirá para promover en los profesionales de la salud una cultura del envejecimiento activo y saludable, para poder implementar estrategias de promoción y educación para la salud y prevención de las enfermedades más comunes, así como programas que lleguen a la población para que realmente cambie la cultura existente sobre el envejecimiento.

### Referencia bibliográfica

1. Ley de las Personas Adultas Mayores del Estado de Querétaro. Fecha de publicación: 17 de Diciembre de 2008. Ámbito: Estatal. Disponible en: <http://201.159.134.38/fichaOrdenamiento2.php?idArchivo=17151&ambito=estatal>
2. COESAEN, archivos de formación del Consejo, 2010.
3. La Sombra de Arteaga. Gobierno del Estado de Querétaro. Citado 15 de junio de 2013. Disponible en: <http://www.queretaro.gob.mx/transparencia/detalledependencia.asp>
4. Gobierno del Estado de Querétaro; citado: 15 de junio de 2013; disponible en <http://www.difmunicipiodequeretaro.gob.mx/transparencia/3LeydelSistemadeAsistenciaSocialdelEstadodeQueretaro.pdf>
5. Gobierno del Estado de Querétaro; citado: 15 de junio de 2013; Disponible: [Querétaro.gob.mx.http://www.queretaro.gob.mx/documentos\\_interna1](http://www.queretaro.gob.mx/documentos_interna1).
6. Gobierno del Estado de Querétaro. Citado 18 de junio de 2013; Disponible en: <http://cidge.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/QUERETARO1.pdf>
7. 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. 1999. Washington D.C. (EUA):1-47



La Capacitación una herramienta importante para enfrentar la Transición Demográfica.

Arriba, el Coordinador General de SESEQ, inaugurando el Segundo Congreso Estatal de Atención Multidisciplinaria en el Envejecimiento, 2013. Abajo, jóvenes de la UVM en capacitación.

## 4. El papel de la Universidad del Valle de México, Campus Querétaro

• Dr. Carlos J. Vizcaíno Arredondo, Rector de la UVM Campus Querétaro

Como respuesta a las necesidades de desarrollo de nuestro país y a la demanda de profesionales del sector productivo, un grupo de académicos y empresarios encabezado por Don José Ortega Romero, fundaron la institución Harvard, ahora Universidad del Valle de México (UVM), como una alternativa en la formación de los profesionistas que requiere la sociedad.

La Universidad inició sus funciones a partir del 16 de noviembre de 1960. Tras una ardua labor, la institución alcanzó su consolidación y a partir de 1968 ostenta con orgullo su actual nombre. Desde ese año, la Universidad experimenta una serie de transformaciones debido a su acelerado desarrollo, trayendo consigo cambios en su estructura organizacional y la apertura de un mayor número de opciones curriculares.

Es digno destacar que ese año, durante el movimiento estudiantil, la Institución vivió momentos de crisis y la persona que mantuvo la confianza y creyó en el proyecto educativo fue Don José Ortega Romero, retirándose el resto de los fundadores.

A partir de 1976, la Universidad comienza su expansión con la apertura de diversos Campus ubicados estratégicamente en el Distrito Federal, área metropolitana e interior de la República Mexicana. Las labores administrativas propiciaron la apertura de las oficinas generales.

En 1988 a sus 28 años, la UVM fue reconocida por su labor en el ámbito educativo y obtiene el reconocimiento global con validez oficial de estudios, así como el de Institución educativa con un alto nivel de calidad por parte de la Secretaría de Educación Pública. Otro de sus importantes logros, es la conformación de su Modelo Educativo Siglo XXI, conocido como MES XXI.

En 1999 la UVM firma una alianza estratégica con el Grupo Sylvan Learning Systems, nombre que cambió a finales del 2004 por el de Laureate (“loriet”) International Universities.<sup>1</sup>



Como consecuencia de estos procesos, la Universidad cuenta actualmente con los siguientes planteles:

- San Rafael “Alma Mater” 1960
- Roma 1976
- San Ángel 1977
- Tlalpan 1979
- Lomas Verdes, Estado de México 1982
- Querétaro, Querétaro 1988

La transición epidemiológica y demográfica son temas que de 10 años a la fecha se han escuchando continuamente, ya que cada día la población adulta mayor de 60 años y más ocupa más parte del porcentaje en la población total; se habla de un incremento del 2.77% anual y actualmente representa el 7.56% de la población total en nuestra entidad. Esto de acuerdo con cifras del Consejo Estatal de Población (COESPO) en donde se muestra que las personas adultas mayores pasaron de 56 mil a más de 154 mil actualmente.<sup>2</sup>

Existen factores importantes que hacen marcada esta transición, los cuales son por un lado, la tasa de fecundidad la cual ha disminuido desde 1998 cuando era de 4.07 hijos por mujer y, para el año 2012 fue de 2.2. Por otro lado, la esperanza de vida en este mismo periodo, aumentó de 64.8 años a 75.8, siendo el Estado de Querétaro una de las seis principales entidades con mayor esperanza de vida. En cuanto al sexo, hay una diferencia para las mujeres de 5 años más que para los hombres. Con este comportamiento, la tendencia al envejecimiento indica que para el año 2050, el 30% del total de la población, serán personas de 60 años y más.

CONAPO define el “bono demográfico” como un fenómeno que se presenta dentro del proceso de la transición demográfica, en el cual la población en edad de trabajar es mayor que la dependiente y por lo tanto, el potencial productivo es mayor. Sin embargo, esta premisa no se cumple ya que gran parte de esta población tiene empleos informales o temporales y eso lejos de ayudar al mayor potencial productivo, se convierte en parte de la carga de la población realmente productiva.<sup>3</sup>

Viendo lo anterior, tenemos una mayor esperanza de vida pero una menor calidad de la misma, lo cual indica que se debe intervenir con acciones que mejoren la calidad de vida de la población adulta mayor.

Debido a lo anterior y tomando en cuenta que la entidad tiene estas características, es de suma importancia conocer el perfil específico de esta población. La UVM, Campus Querétaro, a través de su visión, misión y valores así como la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro, se suman al esfuerzo realizado para el estudio multicéntrico Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), ya que con la realización de ésta, se cumple con el objetivo principal que es:

*“Contar con datos confiables, que permitan conocer el perfil sociodemográfico y epidemiológico de la persona adulta mayor queretana, que permitan generar “un nuevo modelo de atención integral al envejecimiento que atienda a sus necesidades de salud”.*

Para dar a conocer el proyecto a nivel estatal, se participó en programas de radio, programas de televisión, entrevistas en periódicos de circulación estatal y a nivel interinstitucional; el 7 de abril del 2005, se programó una reunión en el seno del Consejo Asesor para la Atención, Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Estado de Querétaro, donde participaron 23 instituciones; en este Consejo, se destacó la trascendencia del proyecto, aunque inicialmente no fue bien acogido.

El proyecto se abordó en 3 reuniones mensuales, participando en una de ellas autoridades estatales y nacionales de la UVM y del Desarrollo Integral de la Familia (DIF) como: Lic. Silvia Rivera Damián (Rectora de la Universidad del Valle de México Campus Querétaro) y Lic. Arturo Beltrán Guzmán (Director de Asistencia Social y Rehabilitación del DIF Estatal) y la Dra. Esther Lozano Dávila (Coordinadora Nacional del Proyecto-Encuesta SABE y Subdirectora de Atención al Envejecimiento del CENAPRECE de la Secretaría de Salud Federal) y el Mtro. Luis Enrique Pereyra Zetina (Director de Investigación y Extensión de la UVM). El Proyecto se aceptó el 22 de abril del 2005, quedando implícito el apoyo interinstitucional en los trabajos necesarios en el ámbito de su competencia.

El Convenio de colaboración se firmó el 28 de septiembre del 2006, teniendo como Presidentes Técnicos al Dr. F. Rafael Ascencio Ascencio (Secretario de Salud y Coordinador General de los Servicios de Salud del Estado de Querétaro) y al Lic. Fernando Romano Padró (Director del Sistema Estatal DIF); como Presidente Ejecutivo a la Mtra. Silvia Rivera Damián (Rectora de la UVM, Región Centro); como Secretario Técnico el Dr. Isidro Gutiérrez Álvarez (Coordinador de Institutos de la UVM, Campus Querétaro); como Testigos de Honor al Dr. Agustín Lara Esqueda (Director Nacional del Programa de Atención al Adulto y Anciano) y al Dr. Gustavo Bergonzoli Peláez (Consultor de Promoción de la Salud de OPS/OMS en México). Los vocales fueron los representantes institucionales en turno integrantes del Consejo Asesor.

Una vez firmado el acuerdo y siguiendo la normativa, el personal del nivel nacional capacitó a los alumnos becarios de la UVM, Campus Querétaro, formando 20 equipos de 2 participantes cada uno, quienes iniciaron la aplicación de las encuestas. El resto de las instituciones integrantes del Consejo Asesor, apoyaron diferentes tareas (sin menospreciar a ningún participante) como el INEGI que apoyó con datos acerca de las Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB), COESPO

con cálculo de la población blanco, DIF Estatal con la población adulta mayor en la que se realizó una prueba piloto y la UVM con el cálculo de la muestra representativa y así sucesivamente cada institución.

Como en todo proyecto, independientemente de su buena planeación existieron dificultades al momento de su ejecución, como la accesibilidad a algunos sitios que se programaron debido a la falta de medios de transporte, la delincuencia cuando fue asaltada un alumna, sólo por mencionar algunas.

El objetivo de la UVM, es garantizar para sus egresados una congruencia social para su formación como individuos de calidad, íntegros y competitivos, proveedores de conocimientos y habilidades, con decidida actitud de liderazgo y comprometidos con búsqueda de veracidad, actualización permanente y el bien común.

Gracias al compromiso de los alumnos de la UVM, se pudieron enfrentar estas situaciones y salir adelante en la realización de las entrevistas; el gasto de transporte fue absorbido por los alumnos y en la situación de robo, se procedió de manera legal.

Es así como hoy día podemos afirmar que el Estado de Querétaro, a través de la suma de esfuerzos y participación coordinada, cuenta con información que define los objetivos planteados, fidedignos y confiables que darán pauta a incidir en acciones adecuadas a las características reales de la población adulta mayor.

Es ahora el momento de dar el segundo paso, a través de la creación de programas, políticas públicas y estrategias que permeen en la continua evolución de esta transición demográfica de acuerdo a las proyecciones esperadas. De esta manera, es como la UVM a través de su Campus Querétaro, se hace partícipe de este proyecto en su afán de ser incluyente y socialmente responsable.

La UVM Campus Querétaro, colaboró con la participación de 40 alumnos, becarios y 4 supervisores, para la realización de las encuestas iniciales, con el cálculo del tamaño de muestra y la captura de los datos obtenidos de las encuestas piloto.

La vinculación del proyecto con la UVM, se llevó a cabo desde el nivel federal, de tal manera que cuando el proyecto llegó a Querétaro, únicamente se siguió el proceso administrativo de vinculación escalonado.

“Por siempre responsable de lo que se ha cultivado”

### Referencia bibliográfica

1. Universidad del Valle de México. Nuestro campus, 15 Enero 2012. Disponible en: [www.queretaro.uvmnet.edu/noticias/11nc.pdf](http://www.queretaro.uvmnet.edu/noticias/11nc.pdf)
2. Consejo Estatal de Población. Indicadores censales 2010. 10 de Septiembre de 2013; Disponible en: <http://coespo.qro.gob.mx/portal/>
3. Secretaría de Gobernación. Consejo Estatal de Población; México en Cifras. Citado en Septiembre 2013; Disponible en : [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/ENADID\\_2009](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/ENADID_2009)



Asistentes al Segundo Congreso Estatal de Atención Multidisciplinaria en el Envejecimiento, 2013.



Participantes de la "Carrera-Caminata Dorada 2013"

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

• Dr. Carlos Josafat Castellanos Alejos • DL.N. Paulina Reséndiz Enríquez

Se realizaron acuerdos con la Universidad del Valle de México campus Querétaro (UVM) para llevar a cabo el levantamiento de la encuesta. Como se mencionó anteriormente, la vinculación del proyecto con la UVM se llevó a cabo desde el nivel federal con la Subdirección de Atención al Envejecimiento del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), y después se siguió con el proceso administrativo de vinculación escalonado.

Debido a que las características del modelo del Proyecto SABE no son las que imperan en Querétaro, se tuvieron que realizar adecuaciones acordes a nuestro entorno (tropicalizar), por ejemplo, abarcar en la encuesta áreas urbana y rural, trabajar con áreas geoestadísticas básicas seguras para los encuestadores, modificar algunas palabras utilizadas en la encuesta para la correcta comprensión de la terminología por parte de las personas adultos mayores de Querétaro en la generalidad del territorio. <sup>1</sup>

Se convocó a una junta informativa otorgada por la empresa de servicios informáticos encargada del desarrollo y uso de las tecnologías de la información y comunicación utilizadas en el Proyecto Encuesta SABE Querétaro, esto se llevó a cabo en la Escuela de Medicina de la UVM y posteriormente, dentro de la facultad de enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Querétaro (UAQ), y ahí mismo se programaron las capacitaciones para el grupo de encuestadores y personas de supervisión a la cual asistió el personal federal por parte la Subdirección de Atención al Envejecimiento del CENAPRECE; asistieron 22 estudiantes de la UAQ y 40 de la UVM, los cuales recibieron la capacitación completa tanto de la metodología como de los procedimientos que se realizarían. <sup>2</sup>

Posteriormente, se enviaron las 10 computadoras a las oficinas de la empresa de servicios informáticos para que fueran revisadas y llevar a cabo la sincronización de las entrevistas realizadas por la UVM; a la vez, se realizaron acuerdos y procedimientos necesarios en SESEQ (Servicios de Salud en el Estado de Querétaro) para solucionar el apoyo de transporte a los encuestadores el cual no estaba listo. También se elaboraron acuerdos con laboratorios para hacer cambio de ciertos materiales como glucómetros descompuestos, tiras reactivas de glucosa caducas y baumanómetros descalibrados. Lo anterior, para poder contar con un equipo óptimo para el levantamiento de la encuesta SABE Querétaro.

Se hizo difusión por diferentes medios de comunicación con la intención de dar a conocer el trabajo que estaba por comenzar y de esta manera, fuera más fácil que las familias abrieran sus puertas. Por mencionar algunos medios en los que se difundió el proyecto, citamos programas de radio (“Radio Universidad” y “Tu Salud es Primero”), programas de televisión (TVQ) y entrevistas en periódicos estatales (Diario de Querétaro). A su vez, se solicitaron apoyos para poder contar con transporte para los encuestadores así como una camioneta disponible para agilizar el transporte.

Se inició con el levantamiento de la encuesta por parte del equipo encuestador de la UVM. Posteriormente, lo retoma la UAQ aproximadamente 4 meses después continuando con las AGEB con las que inició la UVM; se decidió iniciar con la AGEB correspondiente a la colonia Lomas de Casa Blanca.

Para lo anterior, se replicó la capacitación para los nuevos encuestadores de la misma facultad pero de diferente turno; acudieron 10 personas y de inmediato se continuó con el levantamiento de encuestas. Lamentablemente, se tuvo que interrumpir el trabajo de campo debido a que una de las encuestadoras fue víctima de la delincuencia; le robaron el equipo de cómputo en las calles de la actual AGEB. De inmediato se realizó la denuncia ante el Ministerio Público, sin embargo, no se pudo recuperar el equipo.

Se tomó la decisión de cambiarse de AGEB y se continuó en la colonia Centro, concluyendo satisfactoriamente. En este lapso, se realizó la sincronización de equipos obteniendo como resultado un número menor de entrevistas recibidas por la empresa de servicios informáticos, por lo que se decidió llevar personalmente las computadoras a que se revisaran de manera exhaustiva ya que estaba en juego casi la mitad del trabajo realizado.

Al resolverse el problema del transporte, los estudiantes ya habían cambiado de actividades y ya no podían seguir trabajando. Debido a esto, se replicó nuevamente la capacitación completa para los siguientes encuestadores; también se decidió actualizar las AGEB al reportar los encuestadores anteriores que no estaban disponibles las personas adultas mayores. Se les capacitó estrictamente en los procedimientos al levantar la encuesta.

El universo se compuso del 100% de las AGEB del Municipio de Querétaro, con una muestra de 10, compuestas de 1500 personas adultas mayores, por medio de un muestreo probabilístico por conglomerados.

Afortunadamente, el trabajo se terminó en los cuatro meses siguientes concluyendo con 1558 encuestas levantadas en el área metropolitana de Querétaro.

## Referencia bibliográfica

1. Un1. 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
2. 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.



Primera Caminata-carrera Dorada, 2012. Con la participación activa de más de 800 personas adultas mayores.



Personas adultas mayores participando en las actividades destinadas a ellos.

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

- M en SP. Isela Granillo Cedeño, Responsable Estatal del Programa de Atención al Envejecimiento, Querétaro.



Imagen 1. Escudo del Estado de Querétaro.

Inicialmente, el Escudo Estatal contaba con elementos de su época, como una Corona Española en la parte superior. La parte central del mismo, tiene tres divisiones. En ellas se explica el significado que se da a las armas dadas a la ciudad, por la devoción que se tiene tan grande a la Santa Cruz por haberse visto grandes milagros.<sup>1</sup>:

1. El campo superior contiene un sol cuyos rayos sirven de base a una cruz encarnada, y en cada lado en la esquina superior una estrella de plata sobre el cielo nocturno. Esto representa el eclipse en el que se aparecieron el Apóstol Santiago como la Santa Cruz.
2. En el campo inferior izquierdo, está una imagen del Señor Santiago, armado con su manto, en campo del mismo color que el superior. y montado sobre un caballo blanco. En una mano empuña una espada y en la otra un estandarte de la realeza española.
3. Del lado derecho de la parte inferior, el campo representa una vid cargada de uvas, y cinco espigas de trigo dorados, representando la fertilidad del suelo queretano sobre un campo azul claro, haciendo alusión al cielo de esta ciudad.



Imagen 2. Plaza de Armas. Querétaro.

Posteriormente, al escudo de Querétaro se le quitaron varios elementos de la realeza española de aquella época y solo se tomó la parte central del fin del mismo. Le fueron agregados en la parte superior el Escudo Mexicano (el águila devorando una serpiente arriba de un nopal) y a los lados la Bandera de México, como símbolo de la integración de Querétaro en la federación mexicana. En la parte inferior del escudo, se añadieron varios símbolos de guerra, cañones, balas y haces de flechas. Recuerdan la importancia de Querétaro en la historia militar de México, especialmente en la resistencia que hubo contra el segundo imperio mexicano, gobernado por Maximiliano de Habsburgo como Emperador de México.<sup>1</sup>



Imagen 3. El acueducto de Querétaro, es una monumental edificación compuesta de 74 arcos que alcanzan una altura promedio de 28.5 m y una longitud de 1298 m. Este acueducto es símbolo de la Ciudad de Querétaro y uno de los más grandes de México.

Aunque la gente considera sinónimos “los arcos” y “el acueducto”, los arcos son sólo la parte visible y espectacular de un largo acueducto, simple canal oculto y desconocido.

Imagen 4. Jardín de la Corregidora: luce en su centro el Monumento a la Corregidora, erigido con motivo del Centenario de la Independencia en 1910. Alrededor se ubican diversos restaurantes.



El significado de Querétaro tiene dos versiones: una purépecha que significa “lugar donde se juega la pelota o juego de pelota” y la otra otomí, que significa “lugar de piedras”. Esta entidad fue habitada en 1446 por indígenas otomíes y tarascos, convirtiéndose en los dominios del señor de los Purépechas a estos últimos a quienes se les atribuye, en una de las versiones, el nombre de esta entidad. Y aunque parte del territorio fuera invadido en un momento por Moctezuma Ilhuicamina, Querétaro no fue tributario de los aztecas.

La tradición menciona que un 25 de julio de 1531 se fundó Querétaro con la llegada de los españoles Hernán Pérez Bocanegra y Córdoba, en una alianza con el indio otomí Conín que era el cacique de Jilotepec.<sup>2</sup>

Fue una de las partes más importantes en el movimiento de la Independencia Nacional. Lugar en el que se detonó el grito de lucha y libertad con la alerta de la Corregidora, Josefa Ortiz de Domínguez, para avisar a Miguel Hidalgo. La cuna de las grandes ideas independentistas de hombres y mujeres de valor: iniciando por Doña Josefa “La Corregidora”, su esposo, Don Miguel Domínguez y Epigmenio González entre muchos más caudillos y héroes de nuestra independencia. Siendo también lugar, donde la esencia de nuestra nacionalidad se concretó en el mismo Teatro de la República, plasmada para siempre en la firma y promulgación de nuestra Carta Magna: la Constitución de 1917.

En la segunda mitad del siglo XX, Querétaro continuó y ha continuado evolucionando a la par del resto del país, ya que ha integrado a su estructura avances tecnológicos en transportes y comunicaciones a su vida diaria, y ampliando la diversidad de su población, así como de sus actividades económicas.<sup>3</sup>



Imagen 5. Real Beaterio de Santa Rosa de Viterbo: representa el máximo esplendor que alcanzó el barroco en esta ciudad; con una influencia de arquitectura mudéjar única, es la obra máxima de Ignacio Mariano de las Casas. En la sacristía se encuentra el retrato de Sor Ana María de San Francisco y Neve, uno de los mejores cuadros del s. XVIII. Fotografía: Jaime Sosa Echevarría.



Imagen 6. Actual edificio de la Secretaría de Salud, del Estado de Querétaro: según investigación documental, proporcionada por el Instituto Nacional de Antropología e Historia, el edificio que actualmente ocupa la Secretaría de Salud y los Servicios de Salud del Estado de Querétaro, es un importante monumento histórico que data de los siglos XVII y XVIII, el inmueble original se componía de habitaciones, dos patios, caballeriza, bóveda y huerta, su patio arquitectónico es característico de la región. Fotografía. Isela Granillo Cedeño.



Imagen 7. El Cerrito, "Pirámide del Pueblito" es un yacimiento arqueológico que se encuentra en el municipio de Corregidora, a siete km del centro de la ciudad de Santiago de Querétaro, en el Estado de Querétaro. Fotografía: Isela Granillo Cedeño.

Ubicado en el centro geográfico de la República Mexicana, colinda al norte con el Estado de San Luis Potosí, al este con el Estado de Hidalgo; al sur con los Estados de México y Michoacán y al oeste con el Estado de Guanajuato. Querétaro tiene una extensión de 11,699 Km<sup>2</sup>, ocupando el lugar 27 a nivel nacional, representando esto el 0.6% de la superficie del país. Está enlazado con el resto del país a través de una moderna y amplia infraestructura carretera. La carretera federal número 57 conecta el Estado con la Ciudad de México, al sur, y con San Luis Potosí, al norte; la No. 55 con Toluca; la No. 45 con Guanajuato y Guadalajara; la No. 120 con Xilitla, y la No. 69 con Río Verde. <sup>4</sup>

La entidad tiene una accidentada topografía que va desde los 400 hasta los 3,260 metros sobre el nivel del mar, por lo que su riqueza en paisajes es enorme. <sup>5</sup>

Figura 1. Querétaro, extensión territorial.

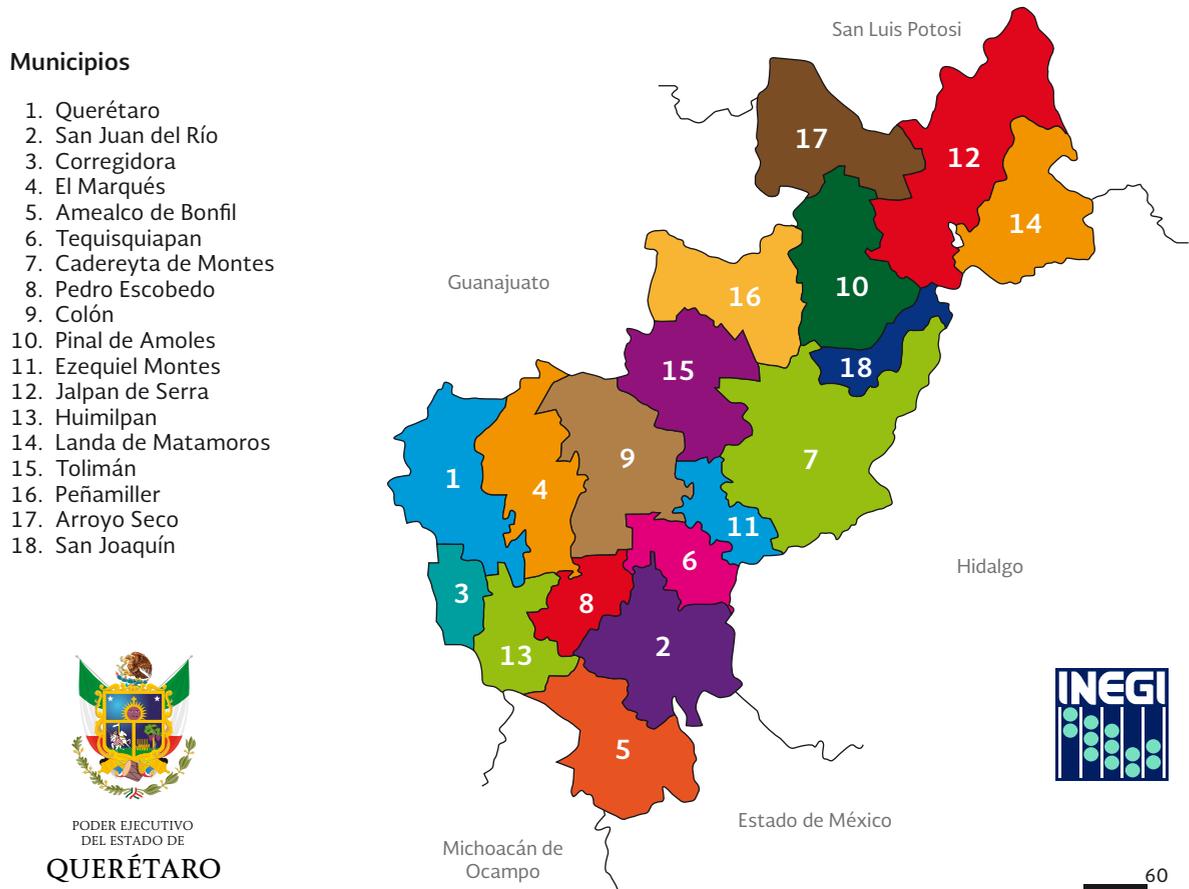


Superficie territorial ocupada por la entidad, solamente un 0.6% de la superficie territorial, no siendo así de las entidades más pequeñas.

Fuente: INEGI, Cuéntame, monografías

La entidad está dividida en 18 municipios tal como se puede observar en la siguiente figura: <sup>6</sup>

**Figura 2.** División por Municipio.



Fuente: INEGI, Cuéntame, monografías.

## Relieve

La superficie estatal forma parte de las provincias Sierra Madre Oriental, Mesa Central y Eje Neovolcánico. La zona nororiental la conforman sierras con altitudes de 2 720 metros sobre el nivel del mar (msnm) como el cerro el Tejocote, en donde se tienen admirables paisajes como en Pinal de Amoles; también se han desarrollado cañones como Jalpan de Serra, con una altura mínima de 200 metros. En el centro norte del Estado continúa la presencia de sierras con forma de meseta en donde se encuentra el cerro El Zamorano, que es la máxima altitud con 3 360 msnm. En la parte central hay dos sierras separadas por llanuras en las que se encuentran San Juan del Río y Ezequiel Montes. <sup>7</sup>

## Biodiversidad

Dentro de ésta se comprenden la diversidad de especies de plantas y animales que viven en un sitio, su variabilidad genética, los ecosistemas donde habitan estas especies y los paisajes o regiones en donde están ubicados estos ecosistemas.

La entidad cuenta con una gran variedad de ecosistemas que presentan una importante diversidad de especies de flora y fauna; esto debido a sus características geográficas y climáticas; de lo más importante destaca la Reserva de la Biosfera de la Sierra Gorda. Es privilegiada en cuanto a fauna se refiere, ya que posee un importante número de especies de cada grupo biológico existente en el ámbito nacional. Sin embargo, existen especies que se encuentran en peligro de extinción, como lo son el loro tamaulipeco, guacamaya verde, chara enana, codorniz coluda y vireo gorrinegro; mientras que en los mamíferos se encuentran en esta situación el viejo de monte (mustélido), ocelote, gato montés y jaguar.

## Áreas naturales protegidas

La entidad cuenta con cuatro áreas naturales protegidas de control federal, una denominada reservas de la biosfera, dos parques nacionales y un área protectora forestal, así como seis áreas de control estatal y tres de control municipal. <sup>8</sup>

Por sus atractivos turísticos, es conocida como “Tesoros Coloniales de México”



**Imagen 8.** Santuario de Schoenstatt. La primera semana de los meses de febrero, junio y septiembre, son significativos en este Santuario, localizado en el municipio de Corregidora, pues asisten muchos grupos que provienen de diferentes lugares del país para renovar sus compromisos religiosos y evaluar sus acciones para que sean coherentes con el espíritu de Schoenstatt. Fotografía: Isela Granillo Cedeño.



Imagen 9. Plaza de la Independencia o Plaza de Armas, En su lado norte se encuentra el Palacio de Gobierno del Estado o Casa de la Corregidora. El resto se encuentra rodeado por renombrados restaurantes y casonas del Siglo XVIII, como la del Marqués de Ecala o la de Timoteo Fernández de Jáuregui. Fotografía. Isela Granillo Cedeño.

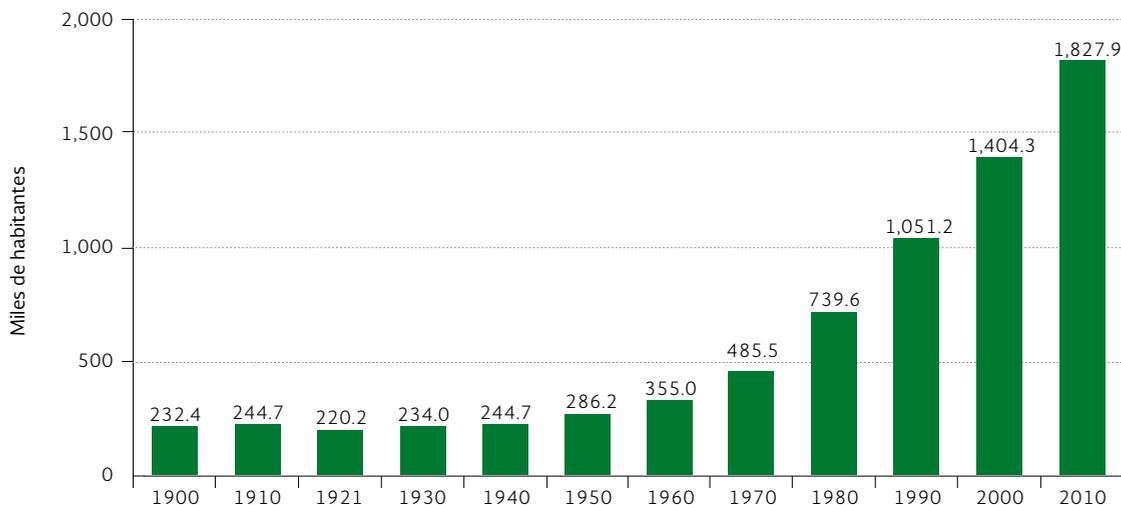
### Transición demográfica.

La persona adulta mayor es considerada como toda aquella que cuenta con 60 años o más, son estas personas las incluidas en el proyecto. La evolución de las variaciones poblacionales en cuanto a la edad ha tenido grandes cambios, haciendo una revisión de la estadística podemos ver que en los censos que se han realizado desde 1900, el crecimiento de la población en el Estado ha sido de 232,000 a 1,827,000 habitantes en 2010.<sup>35</sup>

De 1900 a 1940, la población del Estado se mantuvo en alrededor de 200 mil habitantes; A partir de 1950, la población empezó a incrementarse de forma considerable; De 1980 al 2010, el número de habitantes aumenta de forma continua. Esto aunado a la disminución de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, nos dan como resultado que seamos uno de los Estados con un porcentaje importante de personas adultas mayores y que de acuerdo también a las proyecciones para 2050, llegarán a formar un tercio de la población total; en estos momentos, la población queretana se encuentra en plena transición demográfica. Esta transición hace inminente el envejecimiento de la población. Hay cambios en la composición de la población por edad, sexo y se modifica la velocidad de su crecimiento total, siendo así que mientras la población de menores de 15 años disminuye, la de jóvenes y adultos (de 15 y 64 años) y personas adultas mayores (65 y más) aumenta. Gracias a los avances científicos y tecnológicos las probabilidades de muerte en etapas tempranas de la vida disminuyen, la esperanza de vida al nacer es mayor, de esta manera sabemos que mayores cantidades de personas alcanzarán la

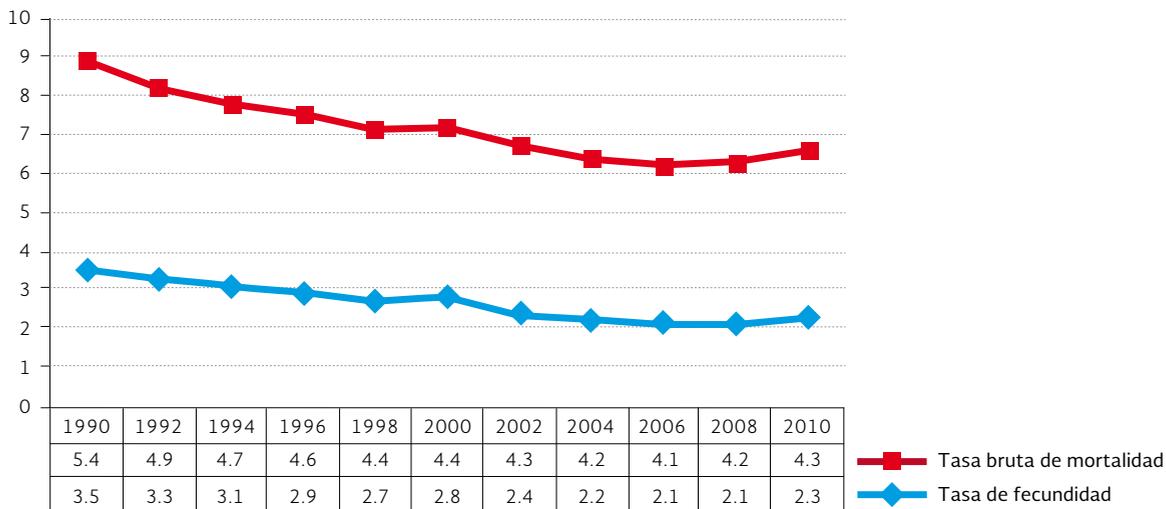
vida adulta; debido a que, en Querétaro, las mujeres viven en promedio 5 años más que los hombres, se espera que la población adulta mayor sea principalmente compuesta de mujeres.<sup>9</sup>

**Gráfica 1.** Crecimiento poblacional 1900 -2010 en Querétaro.



Fuente: INEGI. Querétaro. Perfil Sociodemográfico, XII Censo de Población y Vivienda 2000. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

**Gráfica 2.** Tasas de mortalidad y fecundidad en el Estado.

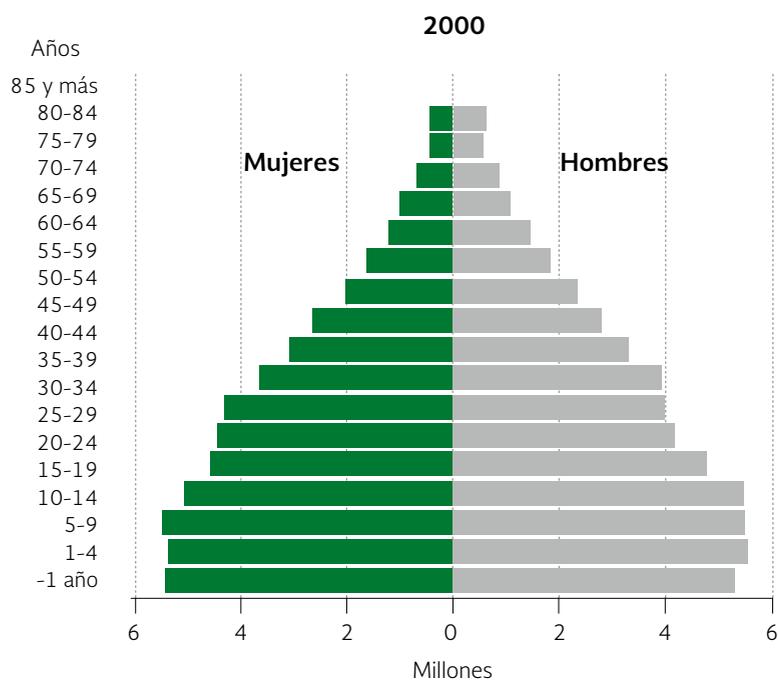


Tasas de mortalidad y fecundidad en el Estado. En el transcurso de 20 años, podemos observar que la tasa de fecundidad ha disminuido de manera importante y la tasa de mortalidad tiene también una baja; estos dos fenómenos importantes son los que dan paso a la transición demográfica que actualmente estamos viviendo.

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

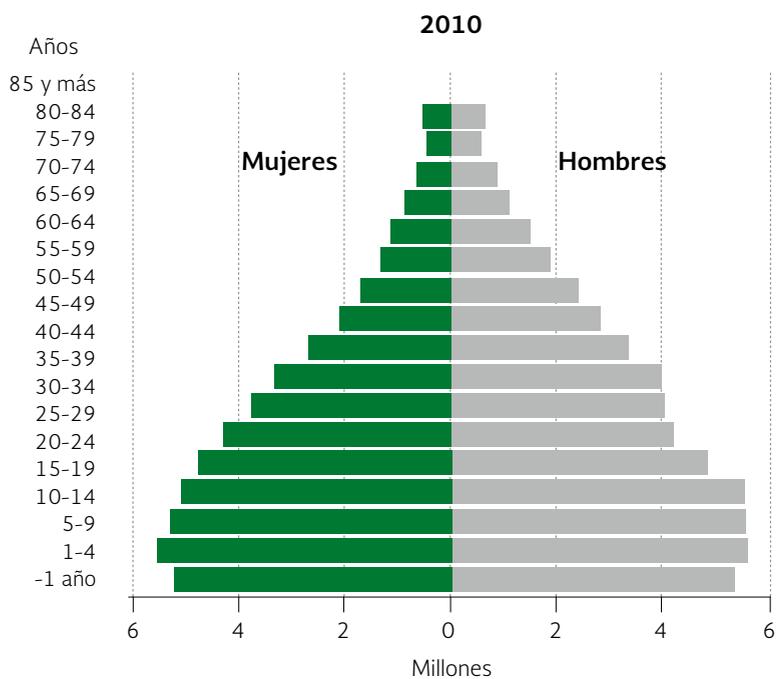
La pirámide poblacional con estos cambios se ha modificado siendo en 1990 con una base amplia conteniendo los grupos de edad menores y punta en la cúspide para 2010.

Gráfica 3. Pirámide poblacional Querétaro, 2000.



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

Gráfica 4. Pirámide poblacional Querétaro, 2010.

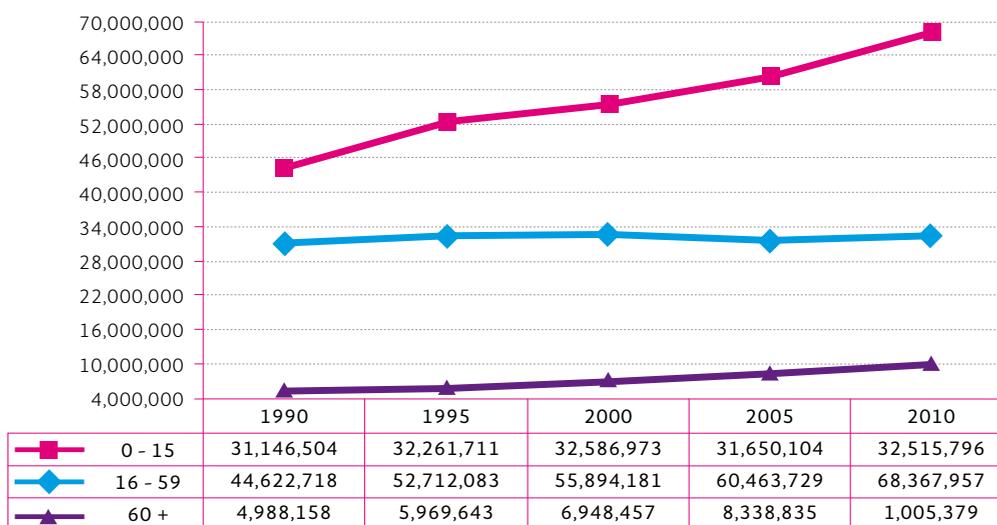


Viendo el cambio que hay en las pirámides poblacionales de 2000 al 2010 nos damos cuenta que nuestro Estado se encuentra en aras de un envejecimiento poblacional.

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

La población general sí ha tenido crecimiento, de ser 97,483,412 a 112,336,583 de 1990 al 2010 respectivamente; en el grupo de las personas adultas mayores se ha sostenido el incremento y la población de 0 a 15 años de edad de manera general ha disminuido, obteniendo Querétaro un índice de envejecimiento de 26.19, que aunque no está entre los más altos del país y de acuerdo a las proyecciones de población, éste aumentará rápidamente.<sup>6,13</sup>

**Gráfica 5. Crecimiento poblacional por grupo de edad Querétaro.**



Podemos observar en esta gráfica el incremento poblacional en adultos mayores y el decremento general del grupo de 0 a 15 años en el Estado de Querétaro.

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

El envejecimiento poblacional desde las múltiples ópticas en que puede abordarse, constituye uno de los principales retos del presente siglo; se está pasando por una transición hacia sociedades envejecidas, donde el porcentaje de las personas adultas mayores se duplicará hasta representar más de la quinta parte de la población mundial para el año 2050. Este proceso en los países en vías de desarrollo como el mexicano ha sido más rápido de lo que sucedió en los países europeos.<sup>10</sup>

El resultado de la transición demográfica nos ha dado como secuela que hoy en día viven más personas mayores de 60 años que niños menores de cinco. También, por la esperanza de vida y de la creciente longevidad de la población, lo que debe ser tomado como un área de oportunidad en la salud, el envejecimiento poblacional abre nuevas oportunidades para reinventar las estrategias de salud para beneficio de todos, jóvenes y viejos.<sup>11</sup>

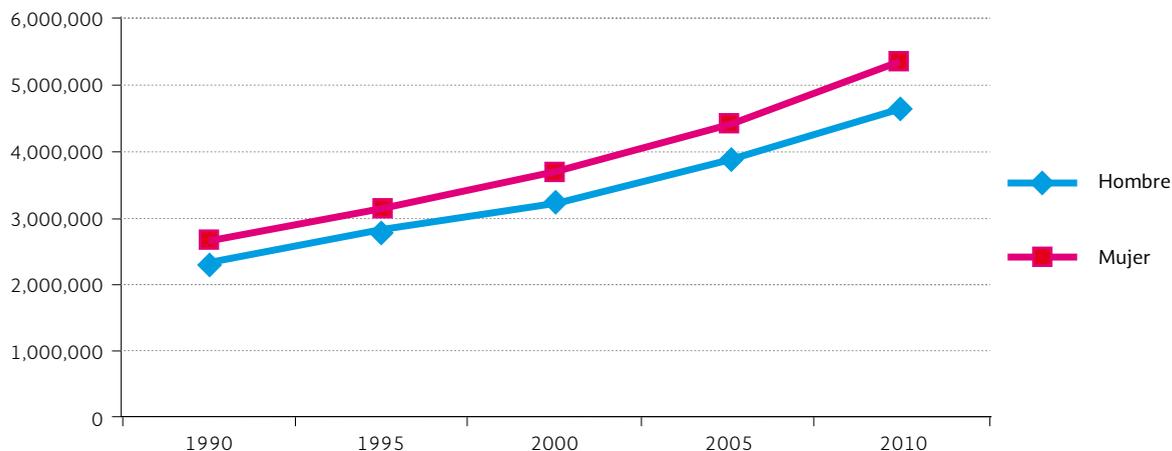
### Índice de Envejecimiento

Expresa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes. Según su interpretación convencional, se trata de un indicador asociado a las transferencias intergeneracionales

y su aumento sistemático implica para los Estados una mayor inversión en salud y seguridad social orientada a las personas de edad. <sup>12</sup>

En la entidad de estar en 2002 en 16.07% para 2013 representa un 31.01%, lo cual nos muestra que al igual que el comportamiento a nivel nacional, la transición demográfica se está viviendo. <sup>13</sup>

**Gráfica 6.** Crecimiento poblacional de personas adultas mayores por sexo Querétaro, 1990-2010.



Observamos aquí el incremento en la población de personas adultas mayores el cual ha sido importante ya que en el paso de dos décadas es de 4 millones de personas adultas mayores más, además podemos notar que en las mujeres es mayor la cantidad de población.

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

**Tabla 1.** Índice de envejecimiento poblacional, 2002-2013, comparativo de nivel nacional al de nuestro Estado.

Índice de envejecimiento	Querétaro	Nacional
<b>2002</b>	36.92	39.91
<b>2013</b>	39.91	41.88

Fuente: Transición Demográfica de México. El envejecimiento de la Población en México. INEGI 2014.

El envejecimiento impulsará profundos cambios en nuestra manera de ser y actuar, los individuos tendremos que adecuarnos a los nuevos ritmos de vida social, a las cambiantes percepciones del curso de vida, a las nuevas normas y expectativas sociales relacionadas con la edad, los fenómenos sociales emergentes como la proliferación de familias multigeneracionales y el surgimiento hasta en los arreglos de los hogares adaptándolos a las necesidades de la población adulta mayor. <sup>14</sup>

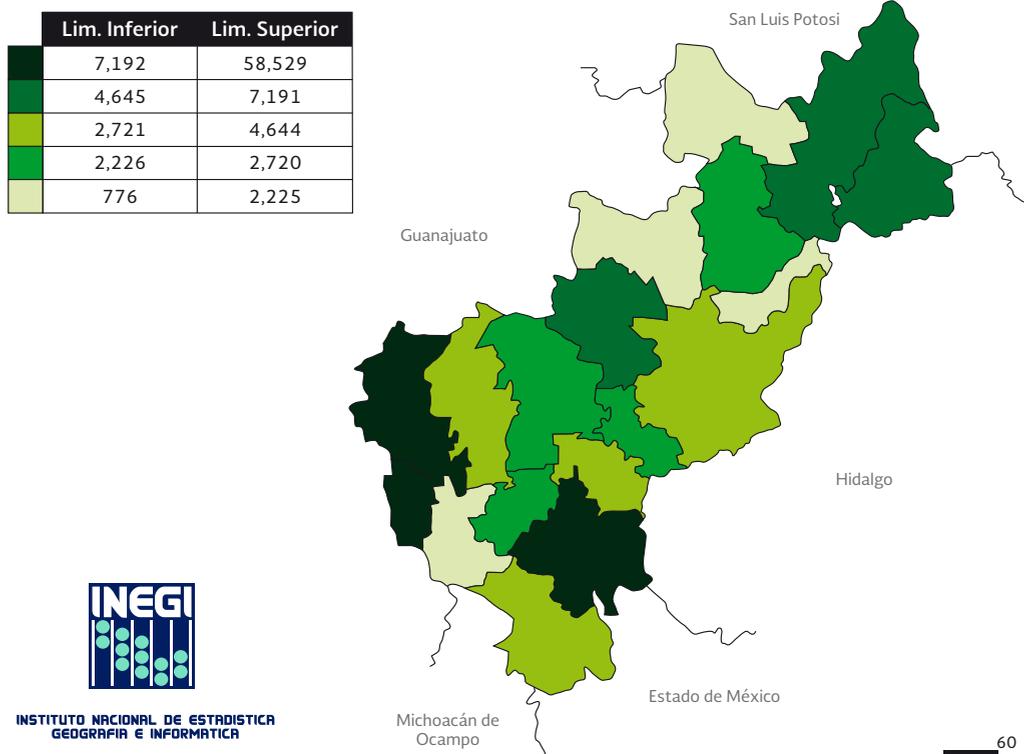
Los datos del Censo de Población y Vivienda 2010 INEGI, reflejan que Querétaro cuenta con 1,827,937 habitantes de los cuales 887,188 son hombres y 940,749 son mujeres; en lo que respecta a las personas adultas mayores, 136,381 son adultos de 60 años y más que residen en el Estado, lo que equivale al 7.5 % de la población total, de los cuales 73,852 (54.2%) y 62,529 (45.8%) son mujeres y hombres respectivamente.<sup>15,22,24</sup>

**Tabla 2.** Habitantes mayores de 60 años por sexo, Querétaro 2010.

	Habitantes	Porcentaje
<b>Hombres</b>	62,529	45.8%
<b>Mujeres</b>	73,852	54.2%
<b>Total</b>	<b>136,381</b>	<b>100%</b>

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010.

**Figura 3.** Mapa de distribución de las personas adultas mayores en los Municipios del Estado de Querétaro.



Los municipios con mayor número de personas adultas mayores son Querétaro, San Juan del Río y Corregidora; de manera contraria los municipios de Arrollo Seco, Peñamiller y San Joaquín cuentan con menor número de habitantes en el Estado de 60 años y más.<sup>13</sup>

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

**Tabla 4.** Población total en la entidad de 60 Años y más por Municipio, 2010.

Municipio	Habitantes	Porcentaje
Querétaro	58,529	42.92
San Juan del Río	16,862	12.36
Corregidora	9,604	7.04
El Marqués	6,588	4.83
Amealco de Bonfil	5,426	3.98
Tequisquiapan	5,354	3.93
Cadereyta de Montes	5,059	3.71
Pedro Escobedo	4,368	3.20
Colón	4,112	3.02
Pinal de Amoles	2,902	2.13
Ezequiel Montes	2,787	2.04
Jalpan de Serra	2,621	1.92
Huimilpan	2,577	1.89
Landa de Matamoros	2,469	1.81
Tolimán	2,259	1.66
Peñamiller	2,091	1.53
Arroyo Seco	1,997	1.46
San Joaquín	776	0.57
<b>Total</b>	<b>136,381</b>	<b>100</b>

La distribución de habitantes por municipio, y en orden decreciente, donde podemos ver que gran cantidad de la población se concentra en el Municipio de Querétaro.

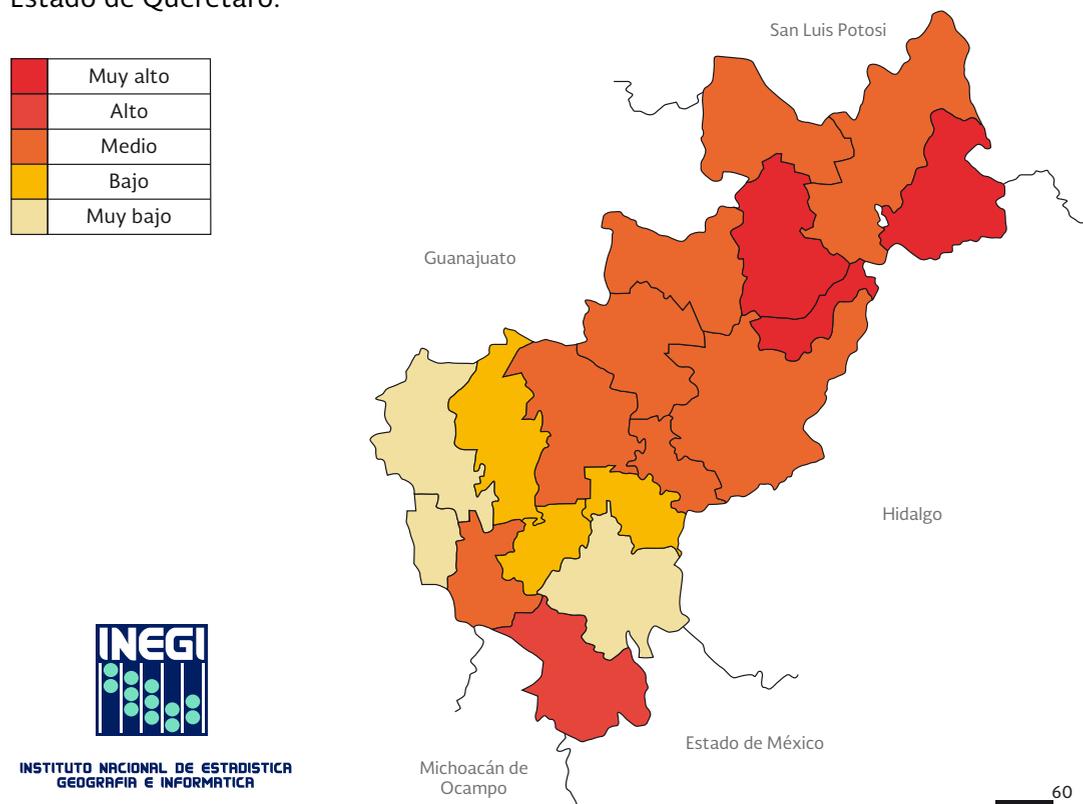
Fuente: INEGI: XII Censo de Población y Vivienda 2010.

## Vejez y Marginación

El índice de marginación es una medida resumen de indicadores socioeconómicos que permiten medir formas de la exclusión social y que son variables de rezago o déficit, esto es, indican el nivel relativo de privación en el que se suman importantes contingentes de población. Este indicador no solo da cuenta del impacto global del déficit, sino además cumple con las características que hacen posible el análisis de la expresión territorial del fenómeno.

El grado de marginalidad de los municipios del Estado de Querétaro es principalmente en Amealco de Bonfil, Pinal de Amoles, Landa de Matamoros y San Joaquín son municipios con muy alto grado de marginación, en consecuencia la marginación es general.

Figura 4. Grado de marginación de las personas adultas mayores en los Municipios del Estado de Querétaro.



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

Tabla 5. Indicadores de marginalidad en Querétaro.

Dimensión marginación	Indicador	Valor	
		Actual	Meta
Indicador educación	Porcentaje de población de 15 años y más analfabeta	9.9	11.3
	Población de 15 años y más sin primaria completa	27.4	34.1
Indicador vivienda	Ocupantes en viviendas sin drenaje ni servicio sanitario	5.7	10.7
	Ocupantes en viviendas sin energía eléctrica	5.6	11.5
	Ocupantes en viviendas sin agua entubada	17	20.9
	Ocupantes en viviendas con piso de tierra	19.7	23.7
	Viviendas con algún nivel de hacinamiento	38.6	43.8
	Porcentaje de población en localidades con menos de 5,000 habitantes	41.2	44.6
Población	Porcentaje de población ocupada con ingresos de hasta dos salarios mínimos	56.1	58.8
	Disminución de puntos porcentuales	Promedio de los cambios en puntos porcentuales de los indicadores socioeconómicos de marginación	
			4.2

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

## Morbilidad

Entre las 10 principales causas de morbilidad en el Estado, en personas adultas mayores de 60 años, existen 2 patologías que llaman la atención y que son padecimientos relacionados con el aumento de la edad, los cuales son diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial sistémica; esto se debe a la transición demográfica y epidemiológica; si bien es cierto que el proceso de envejecimiento no debiera verse como sinónimo de patología, es una etapa de la vida donde se agravan algunas enfermedades.

**Tabla 6.** Diez principales causas de enfermedad en Querétaro en el grupo de 60 y más años en 2011.

Número	Principales 10 causas de morbilidad en el grupo de 60 y más años	Total	Tasa*
1	QInfecciones respiratoria agudas	25,702	19,682.05
2	Infección de vías urinarias	9,971	7,635.58
3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	6,486	4,966.84
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	3,400	2,603.65
5	Hipertensión arterial	2,382	1,824.09
6	Gingivitis y enfermedades periodontales	1,603	1,227.54
7	Diabetes mellitus no insulino dependiente (tipo II)	1,334	1,021.55
8	Conjuntivitis	542	415.05
9	Amebiasis intestinal	445	340.77
10	Intoxicación por picadura de alacrán	426	326.22
	<b>Total 10 principales causas (94.4%)</b>	<b>52,291</b>	<b>40,043.34</b>
	<b>Otras</b>	<b>3,120</b>	<b>2,389.23</b>
	<b>Total</b>	<b>55,411</b>	<b>42,432.57</b>

Fuente: SUIVE/DGE/ SECRETARIA DE SALUD/ESTADOS UNIDOS MEXICANOS-2011

\* POR 100,000 HABS

En nuestro Estado, actualmente, así como en el resto del país han cambiado los estilos de vida. Se han ido adoptando nuevos regímenes alimenticios y un mayor sedentarismo, los cuales se han considerado como factores contraproducentes para mantener un buen estado de salud.

**Tabla 7.** Principales causas de muerte en personas adultas mayores, 2010.

Causa	Frecuencia
Enfermedades del sistema circulatorio	1,561
Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	923
Enfermedades isquémicas del corazón	788
Diabetes mellitus	753
Tumores (neoplasias)	599

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

Esto ha derivado que en el Estado las enfermedades crónicas y sus consecuencias sean las principales causas de muerte. En Querétaro, se han registrado enfermedades del sistema circulatorio, metabólicas, enfermedades isquémicas del corazón, diabetes y tumores como las primeras 5 causas de muerte.

### Mortalidad

La mortalidad es el aspecto que mejor describe la situación actual en salud. En nuestro país así como en el Estado de Querétaro, el descenso de la mortalidad se observa de manera constante; sin embargo, esta disminución no se ha dado de manera homogénea en todo el territorio, siendo las áreas rurales y en particular los grupos étnicos los menos favorecidos con la dinámica observada.

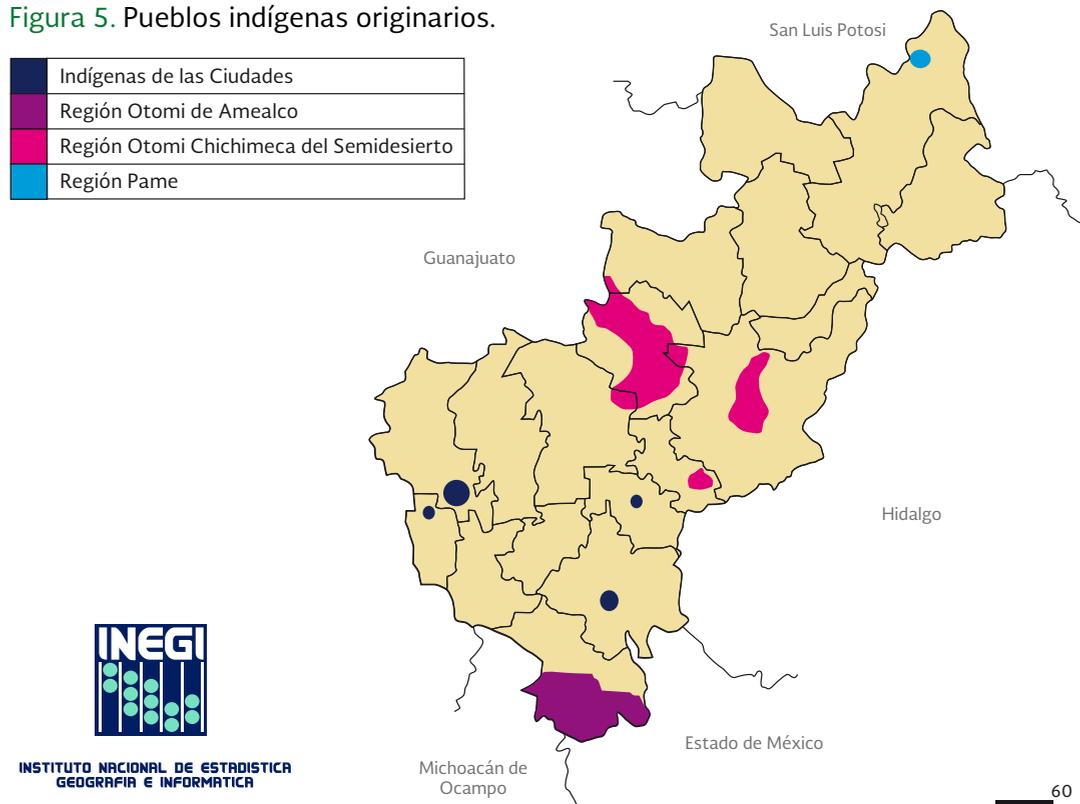
**Tabla 8.** Defunciones en mayores de 60 años en el Estado de Querétaro, 2005-2010.

Edad	2005			2010		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
60 años y más	3,956	1,932	2,022	4,851	2,415	2,436

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

### Personas adultas mayores y cultura indígena

**Figura 5.** Pueblos indígenas originarios.



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

El Estado de Querétaro tiene una composición pluricultural mantenida originalmente en sus pueblos indígenas, que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propios arraigos sociales, económicos, culturales y políticos, o parte de ellos.

Los pueblos indígenas originarios de la entidad se identifican con la región Otomí de Hidalgo y Querétaro, que incluye 14 municipios, de los cuales dos están en Querétaro (Tolimán y Cadereyta) y 12 en Hidalgo. Un tercer municipio con población indígena es Amealco de Bonfil, que pertenece a la región Mazahua-Otomí, también dentro del Estado de Querétaro. Se puede observar que aún se cuenta con población indígena, observando la mayor parte en Amealco y Tolimán.

El grupo etnolingüístico mayoritario es el Otomí, con presencia marginal de nahuas y mínima de otros grupos.<sup>16</sup>

La delimitación de regiones indígenas, elaborada por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), anteriormente Instituto Nacional Indigenista, permite conocer la perspectiva más real de la diversidad étnica de nuestro país. Las comunidades indígenas de Querétaro se inscriben en tres regiones culturales distintas:

1. La región otomí de Amealco. Se localiza en la zona montañosa del sur del Estado, correspondiente al municipio de Amealco, que forma parte de la vertiente norte del Eje Neovolcánico. Esta región se extiende hacia la parte norte del Estado de México e involucra, con distinta intensidad, a algunas comunidades de los municipios de Aculco y Acambay en dicho Estado.
2. La región otomí chichimeca del semidesierto de Querétaro y Guanajuato, corresponde a la zona árida que cubre la porción central del Estado de Querétaro, en la vertiente occidental de la llamada Sierra Gorda. Comprende los municipios de Tolimán, Cadereyta, Ezequiel Montes, Colón y Peñamiller. Esta región penetra hacia Guanajuato, al menos por lo que hace al municipio de Tierra Blanca, aunque en un sentido más amplio pudiera incorporar también a la reducida población chichimeca Jonaz del municipio de San Luis de la Paz. En esta región, una serie de antecedentes históricos y expresiones culturales vinculan a la población de habla otomí con grupos de origen chichimeca.
3. La tercera región, es la llamada “Pame” de la Sierra Gorda, la cual se localiza en el municipio de Jalpan, dentro del corazón de la Sierra Gorda del Estado de Querétaro. Y está conformada por población Pame distribuida en varias localidades. Únicamente existe una concentración de población indígena: Las Nuevas Flores. Estas poblaciones, en su mayoría, tienen su origen en inmigraciones provenientes de los Estados de San Luis Potosí e Hidalgo.<sup>17</sup>

De acuerdo a las cifras de la CDI, en la entidad se tiene el registro en el periodo de 1999 a 2009, de 38 mil indígenas que viven en alta o muy alta marginación, lo que representa más del 61 por ciento del total de la población indígena de Querétaro.

Estas poblaciones están concentradas en aproximadamente doce comunidades ubicadas, en su mayoría, en Peñamiller y Amealco, condición que ha orillado a la migración de personas de este sector de la población hacia puntos urbanos, como el que comprende la zona metropolitana de la capital, que contabiliza alrededor de 10 mil indígenas que viven o se acercan a trabajar en esta región. <sup>18</sup>

En la zona conurbada tenemos poco más de 10,000 indígenas y en su mayoría migrantes que viene de Oaxaca, Michoacán, el Estado de México, de Amealco y Tolimán los cuales son principalmente otomíes.

La población que migra hacia la capital, está dividida en dos sectores económicos: los que provienen de Tolimán, cuentan con habilidades que les permiten emplearse en oficios de albañilería, trabajo doméstico, jardinería y construcción, mientras que los que provienen de Amealco, no cuentan con preparación que les permita aplicar en este tipo de empleos, por lo que recurren al comercio informal o a la limosna.

La conservación de la lengua indígena al interior de los hogares tiene diferentes expresiones en los grupos indígenas de México. Cada grupo presenta distintas estructuras poblacionales y procesos lingüísticos lo que, generalmente implica cambios en la definición de su identidad como colectividades culturalmente diferenciadas y con particularidades demográficas y socioeconómicas.

El monto estimado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO), nos muestra que a partir del año 2000, la población indígena en el Estado de Querétaro, ascendió a 59,936 habitantes. La actual población indígena de Querétaro ronda las sesenta y dos mil personas, que aún conservan su lengua materna indígena. <sup>17</sup> Y esta población indígena, se concentra principalmente en los municipios de Amealco de Bonfil, Tolimán, Cadereyta de Montes, Ezequiel Montes, Colón y Jalpan de Serra, considerados como pueblos originarios. <sup>20</sup>

Muchas veces, los indígenas son marginados y en ocasiones hasta despreciados, no sólo por el hecho de ser pobre, sino también por poseer una cultura que es sumamente distinta a la del resto de la entidad.

El Diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos de los pueblos indígenas, elaborado por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), indica que los indígenas que habitan la ciudad son en su mayoría migrantes de los Estados de Oaxaca, Puebla, Estado de México, Hidalgo, Veracruz, Guerrero, Querétaro y Guanajuato. <sup>21</sup> Esta situación es trascendente en nuestra entidad, debido a que aún contamos con población indígena, es por esta razón que en el Municipio de Amealco se instaló el Centro de Salud con servicios ampliados y medicina tradicional.

**Tabla 9.** Habitantes de 60 años y más respecto su condición de habla indígena.

Población total de 60 años y más		Condición de habla indígena					
		Habla lengua indígena					
		Total	Habla español	No habla español	No especificado	No habla lengua indígena	No especificado
<b>Total Estado</b>	<b>136,381</b>	3944	3121	458	365	132,026	411
<b>Hombres</b>	<b>62,529</b>	1,681	1421	80	180	60,660	188
<b>Mujeres</b>	<b>73,852</b>	2,263	1700	378	185	71,366	223

Se utiliza la categoría de “lengua” en el Estado, ya que los indígenas pueden ser bilingües, monolingües hablantes de lengua indígena, monolingües hablantes de español o no especificado.

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

### Migración y envejecimiento en la demografía de Querétaro

La migración es uno de los fenómenos demográficos determinantes del volumen, composición y evolución de la población, e incide directamente en la forma en que ésta se distribuye en el territorio nacional. Una forma usual de medir este fenómeno, consiste en conocer cuál era el lugar de residencia de las personas cinco años antes a la fecha de referencia de la información censal.<sup>18</sup>

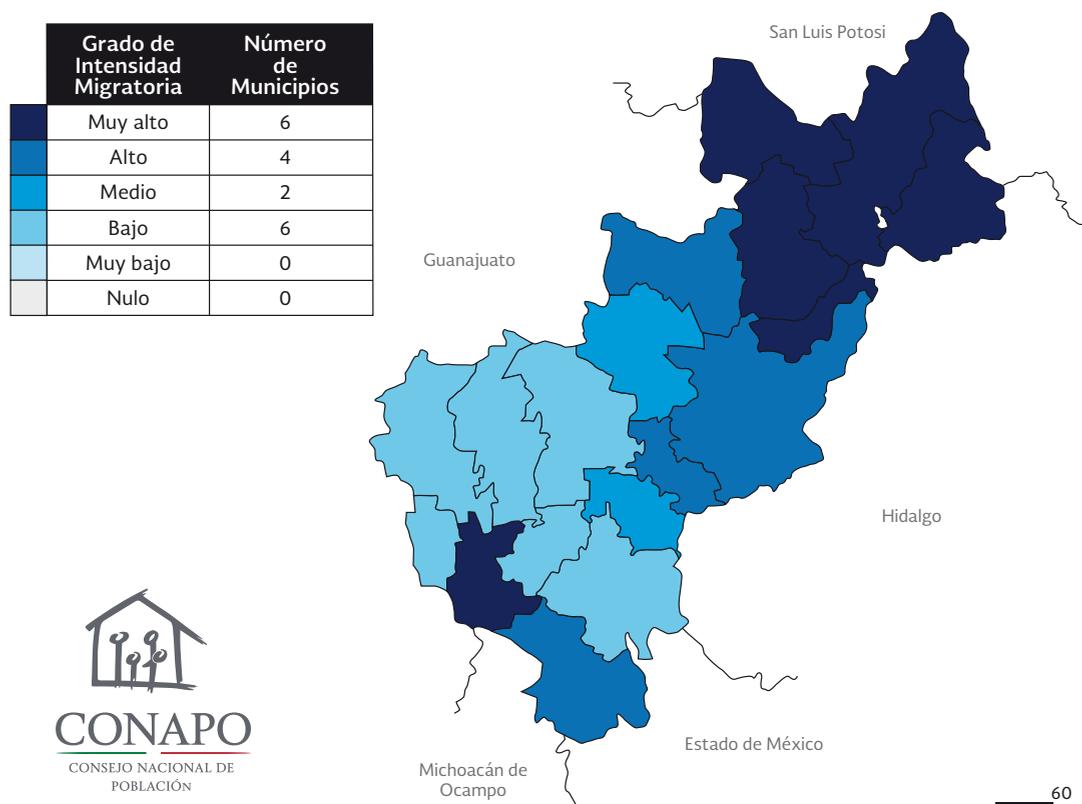
Aunque la entidad se caracterizaba tradicionalmente por no haberse distinguido por su vocación migrante, desafortunadamente las situaciones de marginación y exclusión apremiante por las que se atraviesa en varias zonas, está propiciando que esta situación se incremente de manera exponenciada.<sup>23</sup>

De acuerdo a las proyecciones realizadas por CONAPO, el número de personas adultas mayores aumentará a 17 millones en 2030 y 32.4 millones en 2050, representando 13.2 y 24.6 por ciento del total de habitantes del país, respectivamente.

En Querétaro 4,137 (3%) de las y los adultos de 60 años y más han migrado a otro municipio en los últimos 5 años siendo Arrollo Seco, Jalpan de Serra, Landa de Matamoros, Pinal de Amoles y San Joaquín los municipios con mayor intensidad migratoria en el Estado; y con muy bajo movimiento migratorio los municipios de Querétaro, El Marqués, Colón, Corregidora, Pedro Escobedo y San Juan del Río.<sup>18</sup>

De manera general la migración interna se asocia a la situación social y económica del lugar de origen de las personas, así como a la disponibilidad de fuentes de empleo y de servicios.

Figura 6. Intensidad migratoria de las personas adultas mayores en los municipios del Estado de Querétaro, 2010.



Fuente: Consejo Nacional de Población. Envejecimiento: Índices demográficos para adultos mayores. México.

En el ámbito nacional, el Censo 2010 registró que 3.3 millones de personas de 5 o más años de edad vivían en junio de 2005 en una entidad diferente a la de su residencia en junio de 2010, para este año, las entidades que ganaron población y que son catalogadas como de fuerte atracción de población son Baja California Sur, con una ganancia neta de 10% y Quintana Roo, con 8.1 por ciento. Por el contrario, el Distrito Federal, pierde población al registrar un saldo negativo de 6.3 por ciento.<sup>25</sup> En el caso de Querétaro del 2005 al 2010 el 4.8% de las personas adultas mayores ha emigrado a alguna otra entidad del país, el 0.3% de las personas adultas mayores ha emigrado a Estados Unidos y el 0.07% no se especificó el lugar al que emigró. Siendo Querétaro una de las dos primeras ciudades del país que tiene la mejor calidad de vida alcanzando 67.3%, El índice se basa en la comparación de indicadores de limpieza atmosférica, escuelas de calidad, movilidad, bellezas naturales, ambiente de convivencia y vivienda, entre otros.<sup>19</sup>

**Tabla 10.** Habitantes mayores de 60 años y su movimiento migratorio, 2010.

Entidad Federativa	Lugar de residencia en junio de 2005				
	En la entidad	En otra entidad	En los Estados Unidos de América	En otro país	No especificado
<b>Querétaro</b>	128,951	6,548	421	100	361

Con base al Censo de Población y Vivienda del 2010, desde 2005 emigraron de Querétaro 25, 894 personas para radicar en otra entidad.

Fuente: Censo COESPO Elaboración con base a INEGI: XII Censo de Población y Vivienda 2000.

De cada 100 personas:

- 15 se fueron a vivir a Guanajuato
- 14 al Estado de México
- 12 al Distrito Federal
- 6 a Hidalgo y
- 6 a Jalisco.

Y llegaron de otras ciudades a residir en Querétaro 69,140 personas en el mismo año. <sup>25</sup>

De cada 100 personas:

- 30 provienen del Distrito Federal
- 24 del Estado de México
- 5 a Oaxaca y
- 4 de Michoacán de Ocampo.

Las estadísticas que reflejan la situación actual de la entidad nos hablan de la real dimensión de un problema que está conformado por varias líneas, entre las que tenemos el portento de la migración en el medio rural el cual vemos aumenta de manera dramática; con este precedente acerca de los datos sobre migración podemos darnos cuenta de un importante cambio de patrones culturales en lo familiar y comunitarios, y también nos expone claramente que este fenómeno adquirió el carácter proceso cotidiano; que claramente no se trata de un viaje de placer sino una lucha por sobrevivir, convirtiéndose en una estrategia, y con la idea de frenar el deterioro social debido a la marginación y/o pobreza en que viven muchas familias en el medio rural queretano. <sup>28</sup>

## Seguridad Social

En el Estado de Querétaro la atención en salud supera la media nacional, la siguiente tabla nos muestra el porcentaje de población derechohabiente y su distribución según la institución de acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010.

**Tabla 11.** Habitantes Mayores de 60 años por Derechohabiencia, 2010.

Entidad Federativa	Porcentaje de población derechohabiente	Porcentaje según institución				
		IMSS	ISSSTE	PEMEX, SDN ó SM	Seguro popular	Otras instituciones
<b>Nacional</b>	64.6	48.8	9.9	1.5	36.2	5.0
<b>Querétaro</b>	73.9	53.7	5.7	0.5	37.5	4.3

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

### Vejez y Educación

El analfabetismo no es un fenómeno individual, sino de naturaleza estructural, se encuentra estrechamente vinculado con la pobreza, ya que los índices más altos de población analfabeta se concentran en las regiones menos desarrolladas donde la educación se convierte en una de las claves de acceso a una mejor calidad de vida.

La condición lectoescritura de las personas adultas mayores en Querétaro es mayor en el sexo masculino, acentuándose en el grupo de edad de 60 a 64 años.

**Tabla 12.** Condiciones de lecto-escritura, por sexo en mayores de 60 años en Querétaro, 2010.

Edad	Total	Masculino	Femenino
De 60 a 64 años	57,947	29,167	28,78
De 65 a 69 años	41,624	21,515	20,109
De 70 a 74 años	32,87	17,007	15,863
De 75 a 79 años	21,574	11,34	10,234
De 80 a 84 años	13,772	7,159	6,613
85 y más años	10,911	5,525	5,386
<b>Total</b>	<b>178,698</b>	<b>91,713</b>	<b>86,985</b>

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

En la población mayor de 60 años en nuestro Estado podemos observar que la lectoescritura está presente más en el género masculino, no siendo esto considerado como algún grado de estudios en ellos.

La Norma de Escolaridad Obligatoria del Estado Mexicano (NEOEM) establece que la población con carencia por rezago educativo es aquella que cumpla alguno de los siguientes criterios: <sup>27</sup>

1. Tener de tres a quince años, y no contar con la educación básica obligatoria y no asistir a un centro de educación formal.
2. Haber nacido antes de 1982 y no contar con el nivel de educación obligatoria vigente en el momento en que debía haberla cursado (primaria completa).
3. Haber nacido a partir de 1982 y no contar con el nivel de educación obligatoria (secundaria completa).

**Tabla 13.** Rezago educativo en Querétaro, 2010.

	Querétaro	Nacional
Porcentaje de hombres de 15 años y más en rezago educativo	36.92	39.91
Porcentaje de mujeres de 15 años y más en rezago educativo	39.91	41.88

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

En el Estado de Querétaro el rezago educativo se encuentra por debajo de la media nacional, siendo más notorio en el género femenino, siendo mayor la diferencia porcentual en relación con la media nacional.

**Tabla 14.** Distribución por localidad.

	Distribución Territorial de Adultos Mayores		Porcentaje que los Adultos Mayores Representan del Total de la población		
	Urbana	No Urbana	Total	Urbana	No urbana
<b>Querétaro</b>	41.6	58.35	5.69	4.64	6.79

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

Vemos la distribución de personas adultas mayores de acuerdo al tipo de localidad en donde habitan, siendo la población no urbana la que cuenta con mayor porcentaje de adultos mayores.

El crecimiento poblacional difiere según el tamaño de localidad, de tal manera que las que cuentan con 15 000 a 99 999 habitantes y en las que tienen de 2 500 a 14 999, en ellas se presentan las mayores tasas de crecimiento promedio anual de la población femenina, con 5.7% para las primeras y 5.5% para las segundas. Lo anterior refleja que el aumento de la población femenina es mayor en localidades

urbanas de tamaño mediano, en cambio, Santiago de Querétaro, única localidad con población de 100 000 y más habitantes, tiene una tasa de crecimiento cercana a la estatal que es de 3.4 por ciento. Caso contrario se observa en las localidades con menos de 2 500 residentes, donde la tasa de crecimiento femenina es inferior en 2.1 puntos porcentuales respecto a la media estatal, dicho fenómeno se da entre otros factores por la baja en la actividad agropecuaria, lo que ocasiona que la población emigre a los centros urbanos o al extranjero en busca de trabajo. De acuerdo con el volumen de la población se determina el tipo de localidad, el cual permite clasificarla en urbana o rural; en la primera, se consideran a las que tienen 2 500 o más habitantes, y en la segunda aquéllas con 2 499 personas o menos.<sup>28</sup>

## Economía de Querétaro

La principal actividad económica en el Estado de es la industria manufacturera la cual contribuye a un PIB estatal del 30% (Producto Interno Bruto) empleando al 23% de la PEA (Población Económicamente Activa). La estructura de las empresas que conforman este sector son en un 95% micro y pequeñas empresas y el 1% por grandes empresas, siendo estas últimas las que emplean al 39% de la población. La principal industria es la fabricación de maquinaria y equipo; seguida de productos químicos; alimentos, bebidas y tabaco; papel e imprenta, principalmente.

## Zonas económicas del Estado de Querétaro

Las zonas económicas de la entidad se clasifican principalmente en tres sectores.

### Sector Primario

Este sector esta principalmente marcado por la acción del campo, la cual ha sido favorecida gracias a que existen aún gran cantidad de productores, a que la entidad se encuentra en una zona de abundante precipitación pluvial y a los apoyos gubernamentales. A consecuencia de ello se han podido realizar una gran cantidad de proyectos como el de Agricultura por Contrato, Cultivos Alternos y Reconversión Productiva Pecuaria. Esta última, la actividad pecuaria, también ha crecido, lográndose así, que el Estado de Querétaro ocupe uno de los primeros lugares a nivel nacional como productor de carne de pollo.

### Sector Secundario

En este sector, el gobierno estatal hoy día, da prioridad en materia de desarrollo industrial a las empresas que tengan un bajo consumo de agua en sus procesos productivos y que además se comprometan con el cuidado y preservación del medio ambiente. A ello también ha contribuido la política gubernamental, orientada a apoyar a las empresas constructoras locales para los proyectos y obras del sector público.

### Sector Terciario

En la entidad, el sistema financiero ha permitido impulsar el crecimiento de actividades productivas; trabajando principalmente sobre el empleo de altas tecnologías como la electrónica y de comunicaciones, también se han implementado sistemas de más fácil acceso de crédito los cuales permiten reducir los costos de fondeo, elevar la rentabilidad y fortalecer el sistema de pagos.<sup>29</sup>

La entidad representa el 1.7 del Producto Interno Bruto del País. Sus principales sectores de actividad económica son: Industria Manufacturera (30.3% del PIB estatal); Servicios Comunes, sociales y personales (21.1%); Comercio, Restaurantes y Hoteles (20.1%); Transporte, Almacenaje y Comunicaciones (12.2%) y Servicios financieros, seguros, actividades inmobiliarias y de alquiler (8.7%).<sup>32</sup>

Tomando en cuenta las actividades que se realizan en la entidad se divide también la economía en tres sectores, quedando de la siguiente manera:

**Sector Primario.-** Se refiere a inversiones de dinero, en equipo, asesoría técnica y mano de obra, para producir materias primas principalmente en agricultura, fruticultura, ganadería, silvicultura y piscicultura.

**Sector Secundario.-** Considera las actividades económicas para la transformación de materias primas, en bienes elaborados o para consumirse, básicamente se refiere a las industrias y Sector Terciario.- Son las actividades de servicio remunerado (que se dan por un precio o pago), encaminadas a desarrollar el transporte, las comunicaciones, el comercio, los bancos, hotelería, el turismo y otros.

Dentro del Sector primario, para la agricultura se tiene del total del suelo de la entidad, sólo el 22% (258,000 hectáreas) apto para este fin. De la superficie destinada a la agricultura, el 71% se considera de temporal y sólo el 29% de riego. Los cultivos principales porque ocupan mayor superficie, se producen en mayor cantidad y aportan más recursos económicos son: alfalfa, sorgo, maíz, trigo, cebada y frijol. La Fruticultura no ha tenido un crecimiento considerable, aunque debiera verse favorecida por la diversidad de suelos y climas existentes en la entidad. Los municipios que cuentan con mayor superficie para esta actividad son: Cadereyta, San Juan del Río, Pinal de Amoles, Tequisquiapan y Peñamiller. La vid, nopal tunero, aguacate, durazno y manzano son las frutas más cultivadas en estos lugares. Por región, en la Sierra Gorda es en donde se produce mayor diversidad de especies: durazno, manzana, naranja, mango y aguacate, además de caña y piñón (sólo en el municipio de Jalpan) y café (en Landa de Matamoros). La Región Cadereyta produce aguacate, guayaba, tuna y nuez principalmente. En la Región San Juan del Río destaca el cultivo de la vid, ya que ocupa el 97% de la superficie total.

La ganadería, dentro de la entidad, cuenta con recursos suficientes; y, debido a las condiciones climáticas y topográficas de la región, se favorece esta actividad. Las partes centro y norte del Estado cuentan con sembradíos de menor calidad que son aprovechados por especies menos exigentes, como los ganados caprino, ovino, equino y mular. La actividad ganadera representa para el Estado una fuente de ingresos, por la comercialización de sus productos (leche, carne, pieles), cuya producción es mayor cada día. El ganado vacuno productor de leche se ubica principalmente en los municipios de El Marqués, Pedro Escobedo, Corregidora, Colón, Querétaro y San Juan del Río. En cuanto al ganado productor de carne, se localiza en: Ezequiel Montes, Jalpan, San Juan del Río, Colón, Amealco y Huimilpan. El ganado porcino tiene importancia en Jalpan, Colón, Tolimán, Ezequiel Montes, San Juan del Río, Tequisquiapan, Corregidora, El Marqués, Amealco y Huimilpan. En cuanto al ovino, se distribuye en El Marqués, Pedro Escobedo, Amealco y San Juan del Río. El ganado caprino principalmente se localiza en el municipio de Cadereyta.

El Cuidado de los bosques (Silvicultura) es también de suma importancia en la entidad, dentro del sector primario, siendo así, que se tienen zonas que son consideradas reserva de la biosfera, se cuenta con una superficie arbolada que representa el 16.7% del territorio total del Estado.

La crianza de peces (Piscicultura) es una actividad que en la entidad esta apenas comenzando La explotación de especies como carpa, mojarra (tilapia), lobina, bagre y langostino o acamaya, que se desarrolla en los cuerpos de agua (estanques, bordos, presas) existentes en las zonas norte y sur del Estado, es la más significativa.

Dentro del Sector Secundario tenemos la Industria siendo esta uno de los aportes esenciales en la economía de la región. En la entidad, la industria genera más de la mitad de los ingresos captados por actividades productivas, y se mantiene a la cabeza en cuanto a inversión, salarios, productividad y empleo. Gran parte de la población urbana se encuentra concentrada básicamente en las ciudades de Querétaro y San Juan del Río, y como casi el 95% de las industrias con que cuenta el Estado están instaladas en estas 2 ciudades, se atrae a gente de otras partes que llegan buscando trabajo, el que no todos obtienen ocasionando problemas de desempleo, vivienda, etc.

Aún sin ser un Estado eminentemente industrial, Querétaro está en constante crecimiento económico, lo que contribuirá a lograr en un futuro próximo una economía más sana y pujante. Destaca la rama metal-mecánica, la industria alimenticia y la textil, seguidas también por la industria de papel y la manufacturera.

La minería en el Estado se considera tradicional. Durante la época del virreinato, y en los primeros años de vida independiente, Querétaro tuvo una participación importante en la actividad minera del país, pues era el paso obligado que unía la capital de la Nueva España con los reales de minas de Zacatecas y Guanajuato. Además se descubrieron grandes yacimientos en la Sierra Gorda que fueron la causa de que se fundaran varios distritos mineros como son: San Joaquín aunque para algunas regiones del Estado y en concreto para algunos grupos sociales, la actividad minera es esencial, pues significa el único recurso natural explotable.

Los principales minerales metálicos que se extraen son: oro, plata, plomo, zinc, cobre, antimonio y mercurio. Los no metálicos que se extraen son: mármol, caolin, carbonato de calcio, ópalo, calhidra, arena, pómez, vidrio volcánico y sillar.

Se considera que la entidad cuenta con una Capacidad minera muy importante, y por tal motivo el Gobierno del Estado trata de impulsar este sector con apoyos técnicos y financieros. Los municipios que reportan actividad minera son: Cadereyta, Ezequiel Montes, Amealco y Tolimán.<sup>32</sup>

Se tienen evidencias de actividad minera en la Sierra Gorda desde épocas lejanas. Según estudios arqueológicos, se realizaron explotaciones a cielo abierto desde el siglo XIII a. C. y subterráneas alrededor del siglo X a. C., para producir cinabrio (mercurio), que utilizaban para rituales, ya posteriormente entre

los siglos IV y VIII a. C., por las dimensiones de las minas, estuvieron sujetas a intensos trabajos para extraer además del cinabrio, utilizando en Mesoamérica, plata, fluorita y calcita verde como material de ornato. Para la explotación empleaban herramientas rudimentarias como martillos de roca, morteros, puntas de hueso, cuñas de madera, etc., aplicando métodos similares a los de hoy conocidos como “rebajes abiertos” y “corte y relleno”.<sup>33</sup>

En lo relativo al Sector Terciario, en el comercio, la entidad ha experimentado un gran crecimiento y cobra gran importancia sobre todo en lo referente al suministro de los alimentos, pues representa la satisfacción de necesidades básicas para la población.

A través de la comercialización o distribución de las mercancías, se hacen llegar los bienes de consumo a la población; para que los productos lleguen y se vendan en los lugares donde se requieren, existen diferentes tipos de tiendas o establecimientos:

El Turismo en la entidad llamado industria sin chimeneas se cuenta con las condiciones propicias para su desarrollo, que es un factor estratégico para la economía de la región, al ser poseedor de recursos naturales, históricos, recreativos y culturales, y de fácil acceso; representan un gran atractivo para muchas personas que visitan la entidad en días de descanso o vacaciones.

La capacidad para hospedar turistas se encuentra básicamente instalada en las ciudades de Querétaro, San Juan del Río y Tequisquiapan. El turismo es una de las alternativas más viables para fortalecer económicamente al Estado.

En lo relativo a comunicaciones y transporte, el Estado cuenta con un sistema de comunicaciones muy eficientes, aunque en la parte norte todavía existen deficiencias importantes. La entidad cuenta en total con una red de carreteras de 3.910 kilómetros entre pavimentadas o asfaltadas, caminos reducidos o recubiertos, caminos de terracería y brechas. En el autotransporte se cuenta con una Central de Autobuses en la ciudad de Querétaro, que registra un promedio de 36 mil corridas al mes. También hay centrales en San Juan del Río y una reciente en Cadereyta, De igual manera se cuenta con paradores en Colón, Jalpan y Tequisquiapan.

El transporte aéreo, aunque no representativo, cuenta en la ciudad de Querétaro con el aeropuerto “Ing. Fernando Espinosa Gutiérrez”, que tiene una pista de 1,911 metros, 16 hangares, 40 Guardaviones y equipo para la aeronavegación menor. Existe también una pista aérea en Jalpan que tiene una longitud de 1,200 metros. Sirve de apoyo de transporte a la región serrana.

Casi la totalidad del territorio de la entidad cuenta con servicios que permiten una mejor integración entre zonas urbanas y rurales, lo que deja ver a un Querétaro con vitalidad en el contexto nacional.<sup>32</sup>

## Referencia bibliográfica

1. Web Querétaro. Com. [homepage en Internet]. México. Disponible en: <http://www.webqueretaro.com/pag/historia/5-el-escudo-de-queretaro>. Cited: 17 de julio de 2013.
2. Historia y fundación de Querétaro. [homepage en Internet]. El clima de ClubPlaneta. Colaboración de: Gobierno del Estado de Querétaro. Disponible en: [http://www.elclima.com.mx/historia\\_y\\_fundacion\\_de\\_queretaro.htm](http://www.elclima.com.mx/historia_y_fundacion_de_queretaro.htm). Cited 20 de julio de 2013.
3. Página Oficial del Gobierno del Estado de Querétaro. [homepage en Internet]. México. Disponible en: [http://www.queretaro.gob.mx/info\\_queretaro.aspx](http://www.queretaro.gob.mx/info_queretaro.aspx). Cited: 09 de septiembre de 2013.
4. Secretaría de Turismo del Estado de Querétaro. [homepage en Internet]. Disponible en: <http://www.queretaro.travel/contenido.aspx>. Cited: 09 de septiembre de 2013.
5. Conoce Querétaro y su Clima. [homepage en Internet]. México. El clima de ClubPlaneta. Disponible en: [http://www.elclima.com.Mx/ubicacion\\_y\\_clima\\_del\\_estado\\_de\\_queretaro.Htm](http://www.elclima.com.Mx/ubicacion_y_clima_del_estado_de_queretaro.Htm). Cited 03 de noviembre de 2013.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [homepage en Internet]. México. Información de México para niños. Disponible en: [http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/queret/territorio/div\\_municipal](http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/queret/territorio/div_municipal). Cited: 05 de septiembre de 2013.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [homepage en Internet]. México. Información de México para niños. Disponible en <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/queret/territorio/relieve.asp>. Cited: 08 de agosto de 2013.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estadísticas a propósito del día mundial del medio ambiente, datos de Querétaro. Junio 2013.
9. Comisión nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. [homepage en Internet]. México. Disponible en: <http://www.cdi.gob.mx>. Cited: 15 de noviembre de 2013.
10. Instituto Nacional de la Personas Adultas Mayores. Modelos de atención gerontológica. Julio 2004.
11. Instituto Nacional de Geriatria. Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. Serie Cuadernillos de salud pública. 2013.
12. Google.com.mx [homepage en Internet]. México. Disponible en: [http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0CEwQFjAG&url=http%3A%2F%2Fmeme.phpwebhosting.com%2F~migracion%2Fponencias%2F22\\_4.pdf&ei=AVQfUqnKCfeusQT-314GwDw&usg=AFQjCNEmUCNH8Hf1ZYrWaD5BsystemhH7HuA&bvm=bv.51495398,d.b2l](http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0CEwQFjAG&url=http%3A%2F%2Fmeme.phpwebhosting.com%2F~migracion%2Fponencias%2F22_4.pdf&ei=AVQfUqnKCfeusQT-314GwDw&usg=AFQjCNEmUCNH8Hf1ZYrWaD5BsystemhH7HuA&bvm=bv.51495398,d.b2l). Cited: 15 de julio de 2013.
13. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de desarrollo Social [homepage en Internet]. México. Disponible en: [www.coneval.gob.mx](http://www.coneval.gob.mx). 10 de agosto de 2013.
14. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Panorama socioeconómico de la población indígena de Querétaro. Indicadores e información sobre los pueblos indígenas del Estado de Querétaro.. Proyecto CDI-PNUD 00047120: noviembre de 2009.
15. Google. [homepage en Internet]. México. Disponible en: [http://www.google.com.mx/url?Sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cdi.gob.mx%2Fpnud%2Fseminario\\_2003%2Fcdipnud\\_beatriz\\_utrilla.pdf&ei=TX8fUs2SEq-](http://www.google.com.mx/url?Sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cdi.gob.mx%2Fpnud%2Fseminario_2003%2Fcdipnud_beatriz_utrilla.pdf&ei=TX8fUs2SEq-)

- GH2gW1\_YGgBA&usg=AFQjCNHD1v8-L2nee7Qt1u4ZzJ8ySiRdow&bvm=bv.51495398,d.  
Cited: 06 de agosto de 2013.
16. Utrilla Sarmiento Beatriz. Las regiones indígenas de Querétaro. Identidad memoria histórica y patrimonio cultural. 2009.
  17. Latin Post. Mx. [homepage en Internet]. México. Disponible en: <http://latinpost.mx/revelan-ciudades-con-mayor-calidad-de-vida/#ixzz2WZYluY00>. Cited: 04 de agosto de 2013.
  18. Ley de derechos y Cultura de los pueblos Indígenas del Estado de Querétaro. Lic. Francisco Garrido Patrón Gobernador Constitucional del Estado de Querétaro Lic. José Alfredo Botello Montes Secretario de Gobierno. Julio 2009.
  19. Crónica.com.mx [homepage en Internet]. La migración indígena propicia pérdida de su cultura e identidad. México. Disponible en: <http://www.cronica.com.mx/notas/2011/597198.html>. Cited 09 de octubre de 2013.
  20. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censo de Población y Vivienda 2010.
  21. García Espejel Alberto. Condiciones de la migración en las zonas rurales pobres del Estado de Querétaro. Disponible en: [www. Migración y desarrollo. http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0CEwQFjAG&url=http%3A%2F%2Fmeme.phpwebhosting.com%2F~migracion%2Fponencias%2F22\\_4.pdf&ei=AVQfUqnKCfeusQT-314GwDw&usg=AFQjCNEmUCNH8Hf1ZYrWaD5BsysmhH7HuA&bvm=bv.51495398,d.b2](http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0CEwQFjAG&url=http%3A%2F%2Fmeme.phpwebhosting.com%2F~migracion%2Fponencias%2F22_4.pdf&ei=AVQfUqnKCfeusQT-314GwDw&usg=AFQjCNEmUCNH8Hf1ZYrWaD5BsysmhH7HuA&bvm=bv.51495398,d.b2). Cited: 09 de julio de 2013.
  22. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censo de Población y Vivienda 2010, Quintana Roo.
  23. Instituto Nacional de Estadística e Informática [homepage en Internet]. México. Información de México para niños. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/queret/poblacion/distribucion.aspx?tema=me&e=22>. Cited: 06 de agosto de 2013.
  24. Consejo Nacional de Población. Envejecimiento demográfico de México: Retos y Perspectivas. Por una Sociedad Para todas las edades. Julio 1999.
  25. Instituto Nacional de Estadística e Informática. XII Censo de Población y Vivienda 2000; Censo de Población y Vivienda 2010.
  26. Google.com.mx [homepage en Internet]. México. Disponible en: [http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0CEsQFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.inegi.org.mx%2Fprod\\_serv%2Fcontenidos%2Fespanol%2Fbiblioteca%2Fabrepdf.asp%3Fupc%3D702825497866&ei=ZJ4fUqKzGZD-QX93oGABA&usg=AFQjCNFo1A4yf0KbfzaMYqmg57G7DlumGA](http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&ved=0CEsQFjAG&url=http%3A%2F%2Fwww.inegi.org.mx%2Fprod_serv%2Fcontenidos%2Fespanol%2Fbiblioteca%2Fabrepdf.asp%3Fupc%3D702825497866&ei=ZJ4fUqKzGZD-QX93oGABA&usg=AFQjCNFo1A4yf0KbfzaMYqmg57G7DlumGA). Cited: 10 de agosto de 2013.
  27. Buenas tareas. com. [homepage en Internet]. Zonas económicas del Estado de Querétaro. México. Disponible en: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Zonas-Econ%C3%B3micas-Del-Estado-De-Quer%C3%A9taro/5515051.html>. Cited: 15 de agosto de 2013.
  28. Oeidrus-portal.gob.mx Regionalización del Estado de Querétaro. México. Disponible en: [http://www.oeidrus-portal.gob.mx/oeidrus\\_gro/regiones/regionalizacion.htm](http://www.oeidrus-portal.gob.mx/oeidrus_gro/regiones/regionalizacion.htm). 25 de septiembre de 2013.
  29. Secretaria de Relaciones Exteriores.gob.mx [homepage en Internet]. México. Disponible en: [http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CDkQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.sre.gob.mx%2Fcoordinacionpolitica%2Fimagenes%2Fstories%2Fdocumentos\\_gobiernos%2Fsestatalqro1.pdf&ei=AVQfUqnKCfeusQT-314GwDw&usg=AFQ-](http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CDkQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.sre.gob.mx%2Fcoordinacionpolitica%2Fimagenes%2Fstories%2Fdocumentos_gobiernos%2Fsestatalqro1.pdf&ei=AVQfUqnKCfeusQT-314GwDw&usg=AFQ-)

- jCNGVjLxadsrLn7yWoQT\_RaQLmDh7rA&bvm=bv.51495398,d.b2l. Cited: 25 de julio de 2013.
30. Google.com.mx. [homepage en Internet]. México. Geografía del Estado de Querétaro. Disponible en:<http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=9&ved=0CFgQFjAI&url=http%3A%2F%2Fbibliotecadigital.conevyt.org.mx%2Finea%2Fpdf%2F008%2F008004.pdf&ei=AVQfUqnKCfeusQT314GwDw&usg=AFQjC-NGm-uKSwiusf1FzfzBO5A8lekhGlg&bvmn=v.51495398, d.b2l>. Cited: 16 de julio de 2013.
  31. Servicio Geológico Mexicano. Gobierno Federal. Panorama Minero del Estado de Querétaro. Septiembre 2011.
  32. CEPAL.org. [homepage en Internet]. México. Disponible en: [http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/indice\\_de\\_envejecimiento.htm](http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/indice_de_envejecimiento.htm). Cited: 10 de agosto de 2013.
  33. Consejo Nacional de Población.com.mx [homepage en Internet]. Envejecimiento: Índices demográficos para adultos mayores. México. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Envejecimiento>. Cited 10 de julio de 2013.
  34. Secretaría de Gobernación; citado noviembre 2013; Disponible: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/wo83123.doc>. Cited: 17 de julio de 2013.



¡Querer es poder! ¡No hay obstáculos, si realmente deseas seguir adelante!

## 7. Resultados de la Encuesta SABE Querétaro

Este capítulo es presentado de acuerdo al orden del cuestionario en la Encuesta “SABE”, organizado en 5 categorías, las cuales fueron consideradas como representativas por el equipo de trabajo así como para la exposición de los resultados y se enuncian en la siguiente tabla:

**Tabla 1.** Tabla de categorías según la organización de resultados para el análisis estadístico de la Encuesta.

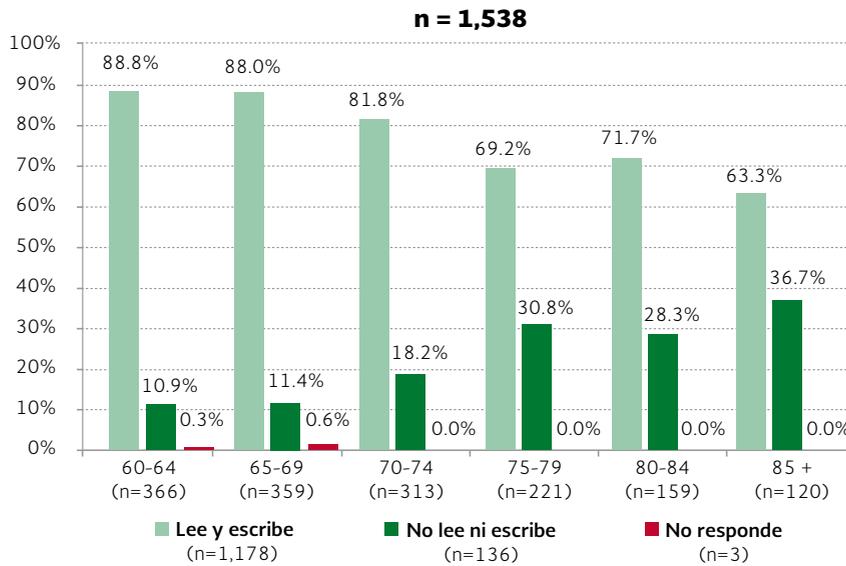
Categoría	Variable
<b>Datos personales</b>	Alfabetismo
	Escolaridad
	Compañía en la vivienda
<b>Evaluación cognoscitiva</b>	Estado cognoscitivo
	Auto percepción de la memoria
<b>Estado de Salud</b>	Hipertensión arterial
	Diabetes mellitus
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
	Enfermedad cardíaca
	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>	Funcionalidad física y discapacidades
	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)
<b>Flexibilidad y movilidad</b>	Hábitos de ejercicios

En el Proyecto-Encuesta SABE Querétaro, se realizaron 1800 cuestionarios a la población de 60 años y más, de los cuales solo se validaron 1558, en el área urbana; de éstos el 38.3% corresponden a los hombres y el 61.7% a las mujeres.

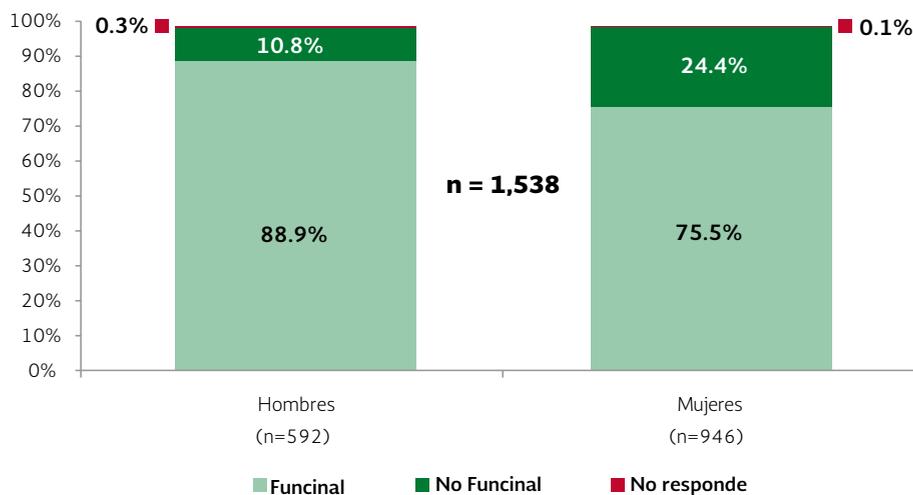
## Categoría. Datos personales

En lo que respecta a la primera categoría de datos personales, se encuentra la lecto-escritura, la cual corresponde al proceso de poder leer y escribir con una prevalencia de 19.2%, con  $X^2 = 73.5$ ;  $p < 0.01$ ; estadísticamente significativa que aumenta conforme se incrementa la edad, Gráfica 1 y  $Z = 6.59$ ;  $p < 0.01$ , con tendencia hacia las mujeres. Gráfica 2.

Gráfica 1. Lecto-escritura, según grupos de edad.

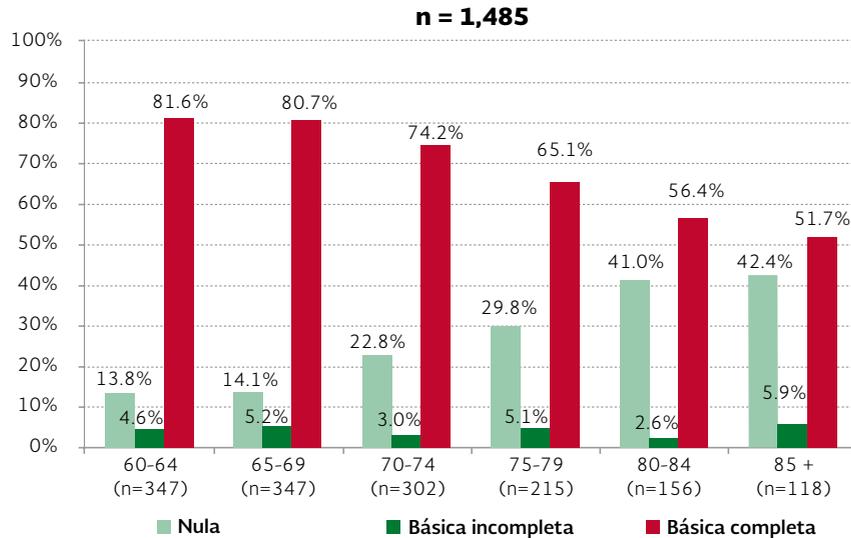


Gráfica 2. Distribución lecto-escritura, según sexo.

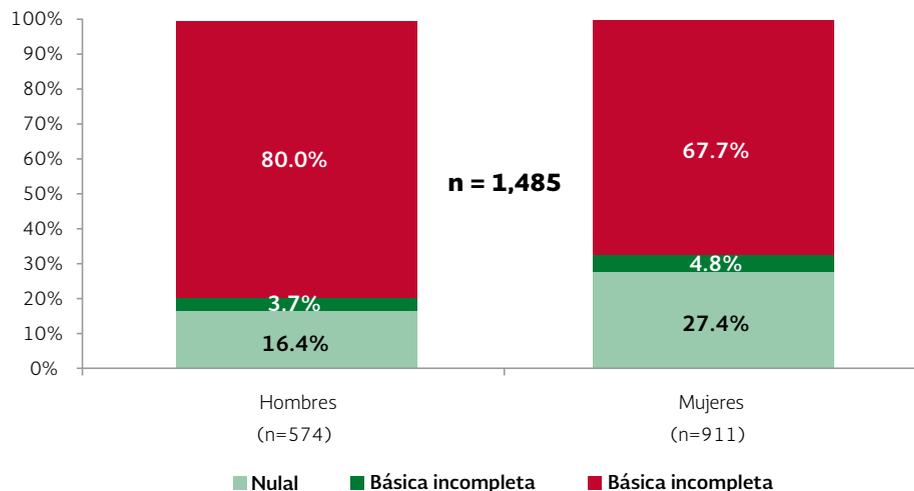


Entre las personas adultas mayores, existe una parte de la muestra que refiere no haber recibido educación 23.3%, con  $X^2 = 85.4$ ;  $p < 0.01$ ; estadísticamente significativa con una tendencia lineal que aumenta conforme se incrementa la edad, y  $Z = 4.9$ ;  $p < 0.01$ , con tendencia hacia las mujeres.

Gráfica 3. Escolaridad por grupos de edad.

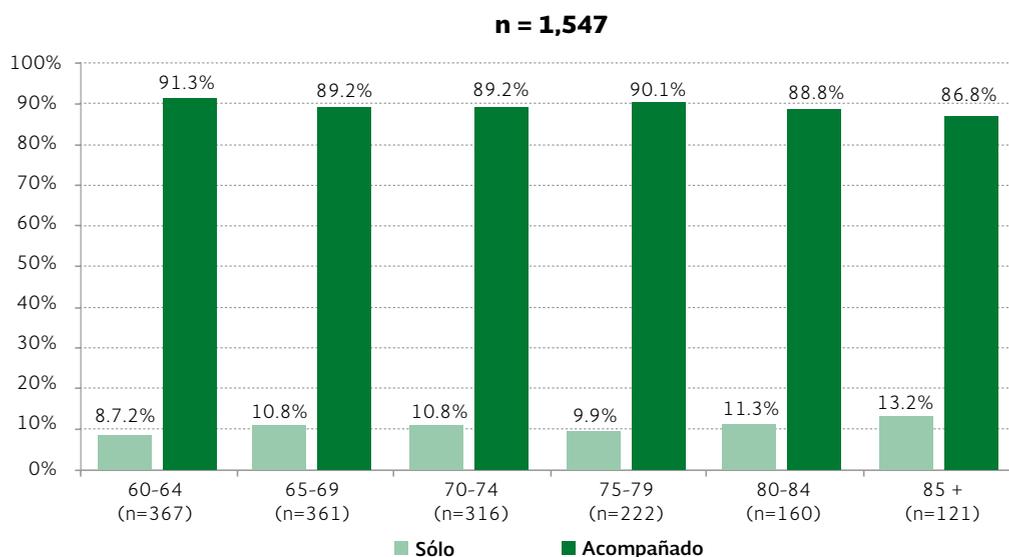


Gráfica 4. Escolaridad por sexo.



Al preguntar si vivían solos o acompañados, el 10.4% de los entrevistados vive solo,  $X^2 = 1.5$ ;  $p > 0.05$ , estadísticamente no significativo al igual que por sexo  $Z = 0.81$ ;  $p < 0.05$ ; Gráfica 5.

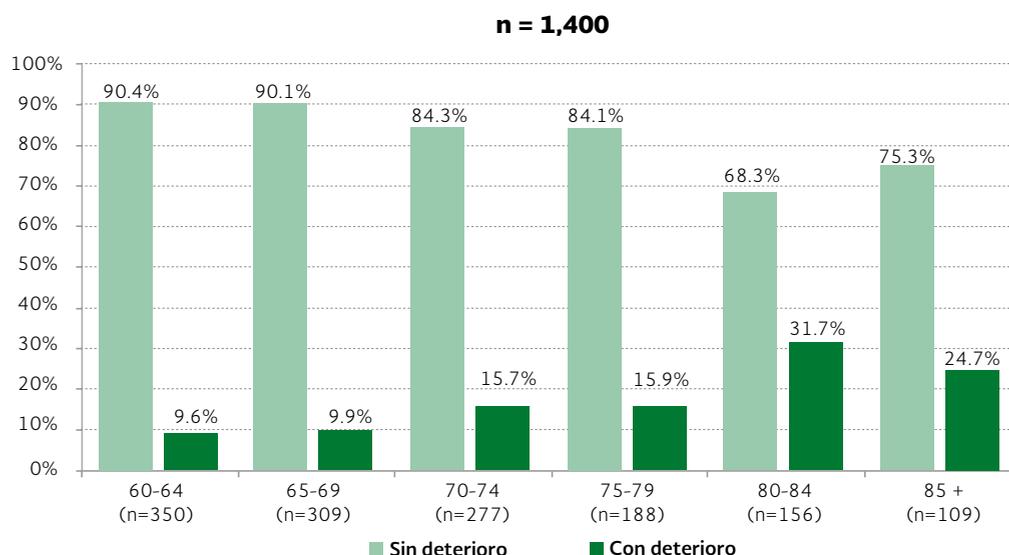
Gráfica 5. Compañía en la vivienda, según grupos de edad.



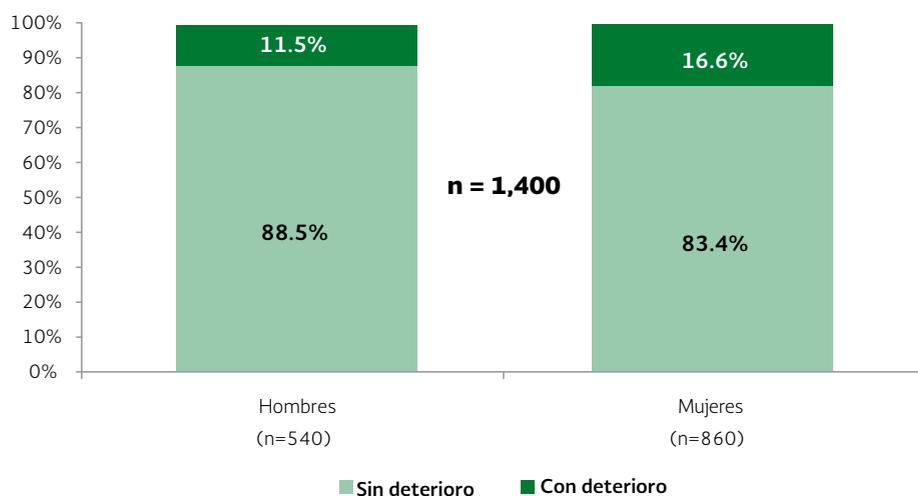
### Categoría: Evaluación cognoscitiva

La función cognoscitiva es la capacidad de realizar funciones intelectuales que nos permiten el aprendizaje además del cálculo, orientación, memoria y comprensión del lenguaje, todas ellas necesarias para una mejor integración al entorno tanto familiar como social. A este respecto, el 14.6% de las personas adultas mayores presentan deterioro,  $X^2 = 37.9$ ;  $p < 0.01$ ; es estadísticamente significativo observándose que se incrementa conforme aumenta la edad, Gráfica 6. Respecto al sexo, se encontró tendencia en las mujeres con  $Z = 2.6$ ;  $p < 0.01$ ; Gráfica 7.

Gráfica 6. Estado cognoscitivo, según grupos de edad.

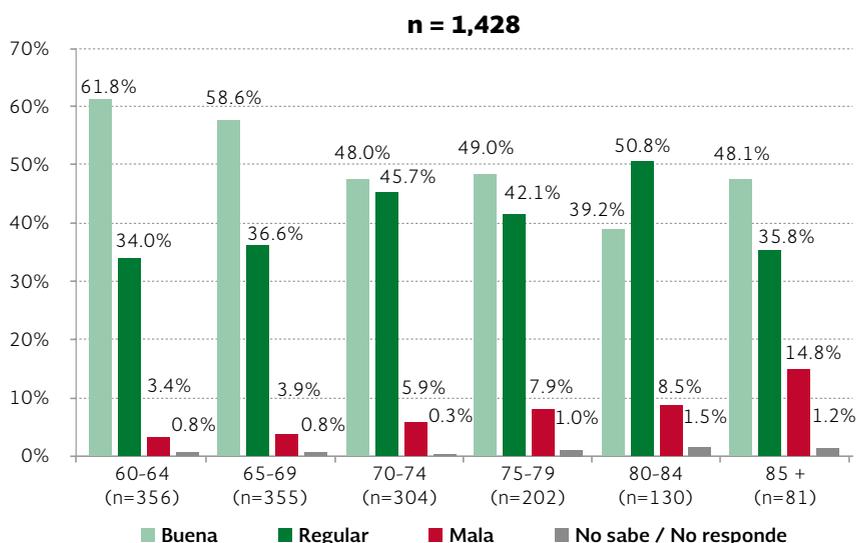


Gráfica 7. Estado cognoscitivo por sexo.

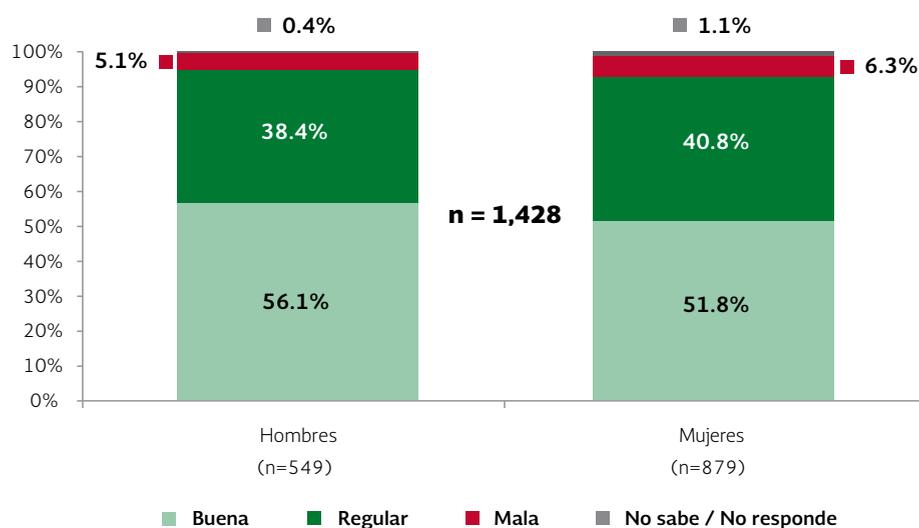


De acuerdo con la pregunta sobre percepción de la memoria, las personas entrevistadas respondieron tener problemas en un 5.8%, con  $\chi^2 = 18.9$ ;  $p < 0.01$ , estadísticamente significativo observándose una tendencia lineal que aumenta conforme avanza la edad, Gráfica 8. Respecto al sexo, se encontró tendencia hacia las mujeres con  $Z = 2.9$ ;  $p < 0.01$ ; Gráfica 9.

Gráfica 8. Percepción de la memoria, según grupos de edad.



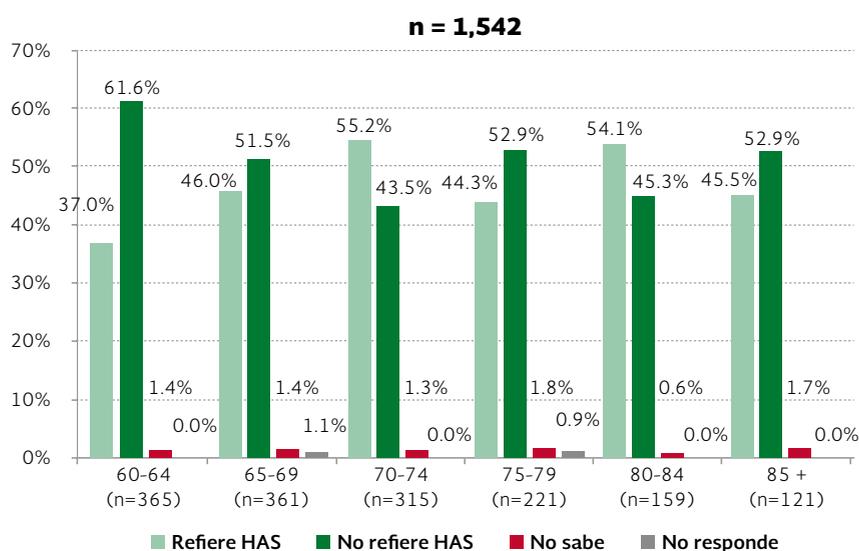
Gráfica 9. Percepción de la memoria por sexo.



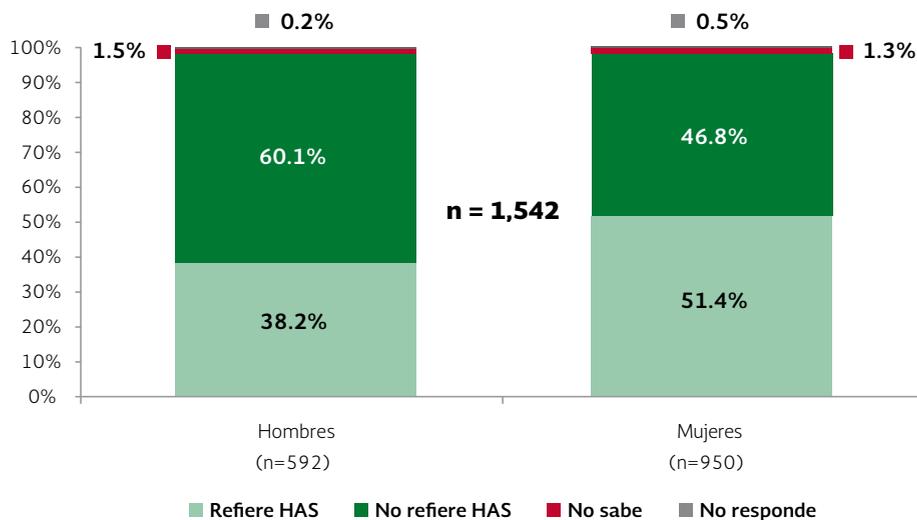
### Categoría: Estado de salud

El 46.3% refirió tener diagnóstico previo de hipertensión arterial sistémica (HAS), con  $X^2 = 8.0; p < 0.01$ , lo cual es estadísticamente representativo, Gráfica 10. Al analizar por sexo, se obtuvo  $Z = 5.06; p < 0.01$ , con tendencia a las mujeres, Gráfica 11.

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

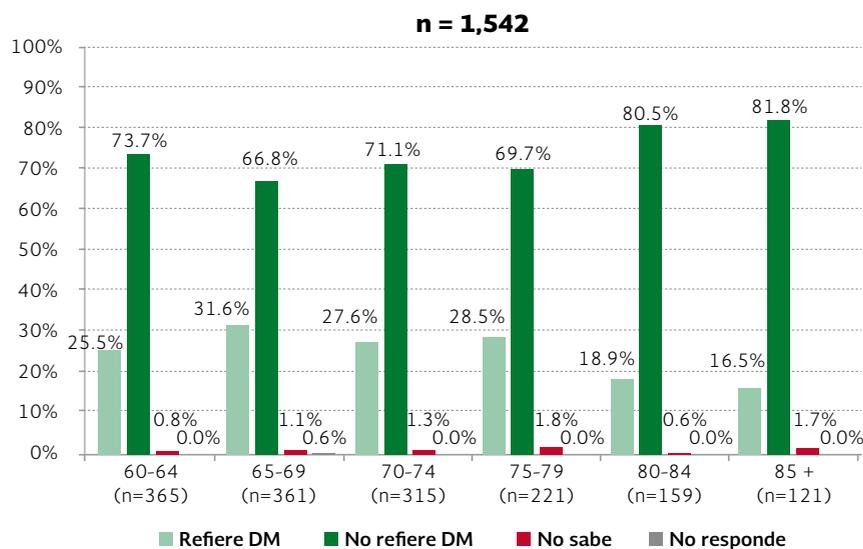


Gráfica 11. Referencia de HAS por sexo.



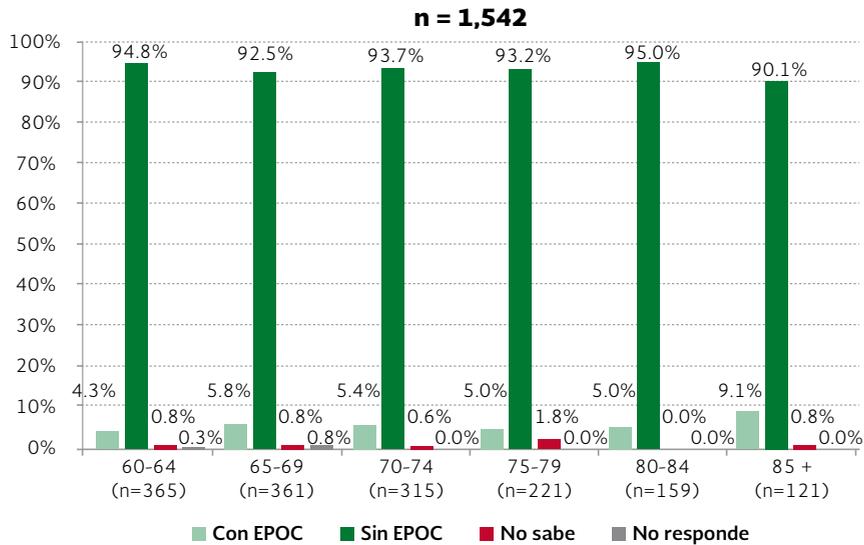
En relación a la diabetes mellitus, el 26.4% refirió padecerla previo a la encuesta. Al estimar la  $X^2= 6.2$ ;  $p<0.05$ , fue estadísticamente significativa, no siendo así por sexo  $Z= 1.5$ ;  $p>0.05$ . Gráfica 12.

Gráfica 12. Auto-referencia de DM, según grupos de edad.



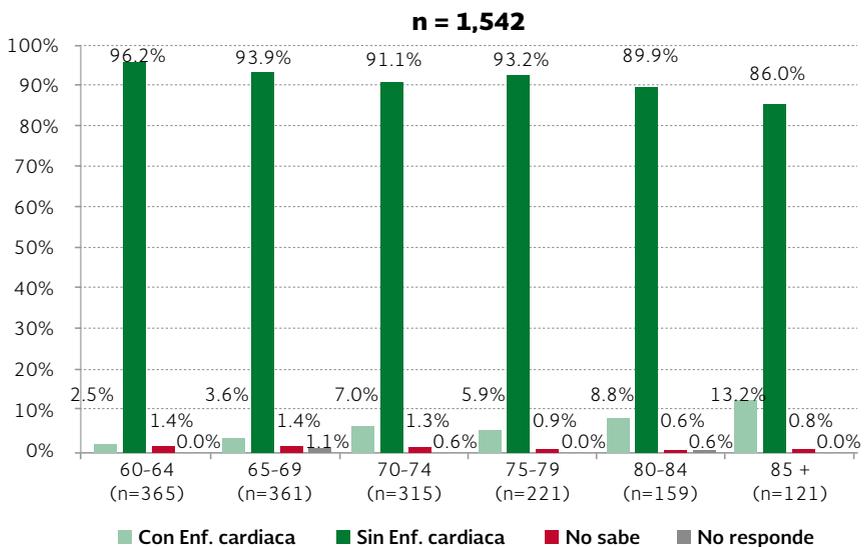
La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), fue referida en el 5.4 % de los entrevistados, se encontró  $X^2=2.0$ ,  $p >0.05$ , no siendo significativo ni por grupos de edad ni por sexo  $Z= 1.56$ ;  $p >0.05$ . Gráfica 13.

Gráfica 13. Auto-referencia de EPOC, según grupos de edad.



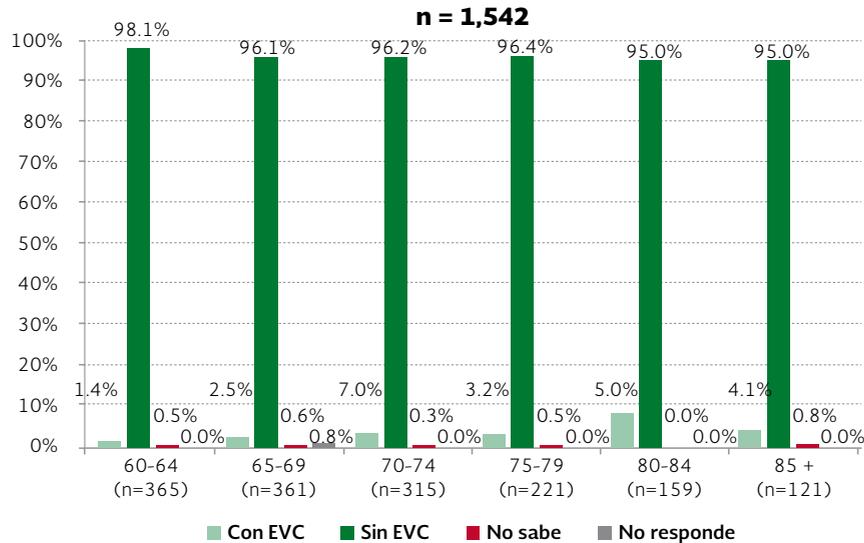
El 5.6% refirió que ya le habían diagnosticado una enfermedad cardíaca, con una  $X^2= 23.4$ ;  $p <0.01$ , significativa estadísticamente por grupos de edad, pero no por sexo  $Z=0.82$ . Gráfica 14.

Gráfica 14. Referencia de enfermedad cardíaca, según grupos de edad.



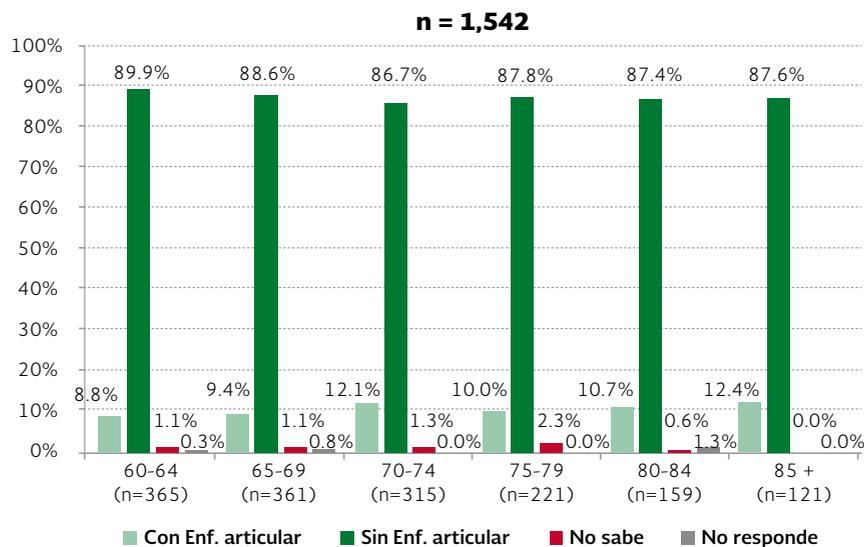
El 2.9% de los entrevistados, refirió que ya le habían diagnosticado una enfermedad vascular cerebral, con  $\chi^2 = 5.5$ ;  $p < 0.05$ ,  $Z = -1.14$ .

**Gráfica 15.** Referencia de enfermedad vascular cerebral, según grupos de edad.

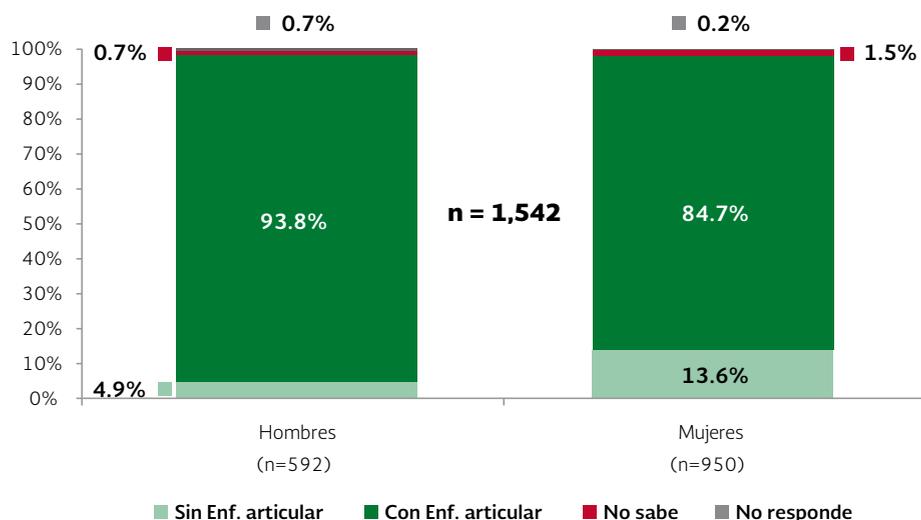


El 10.2% refirió que ya le habían diagnosticado una enfermedad articular, con una  $\chi^2 = 1.3$ ;  $p > 0.05$ , no significativa, pero por sexo  $Z = 5.48$ ;  $p < 0.01$ , con tendencia a las mujeres. Gráficas 16 y 17.

**Gráfica 16.** Referencia de enfermedad articular, según grupos de edad.

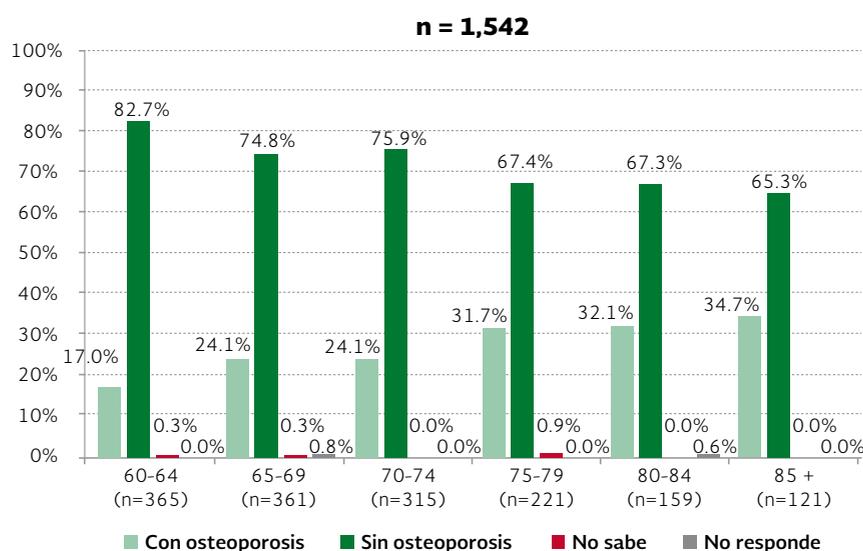


Gráfica 17. Referencia de enfermedad articular por sexo.

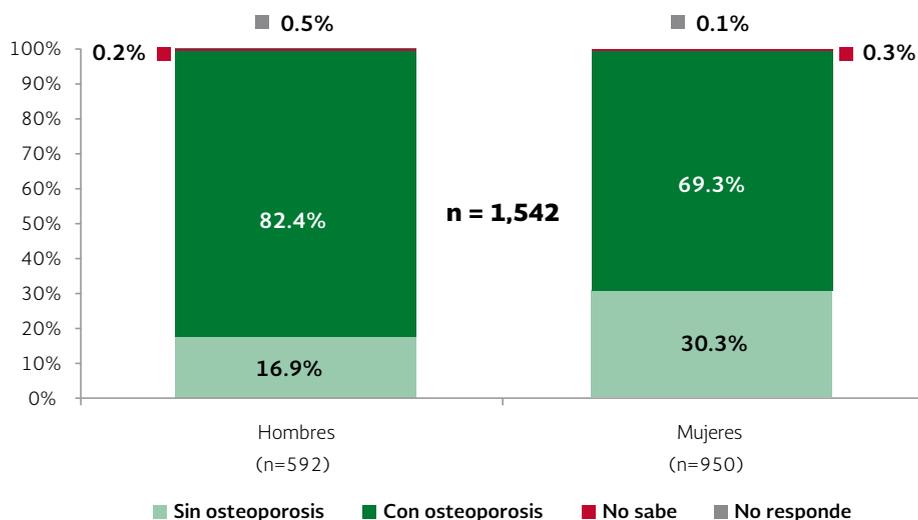


A la pregunta si le habían diagnosticado osteoporosis, el 25.2% lo afirmó, con  $X^2= 25.9$ ;  $p<0.01$ , estadísticamente significativa por grupos de edad, Gráfica 18; lo cual aumenta conforme avanza la edad. Al revisar por sexo, se encontró  $Z=5.9$   $p<0.01$ , con tendencia a las mujeres, Gráfica 19.

Gráfica 18. Referencia de osteoporosis, según grupos de edad.

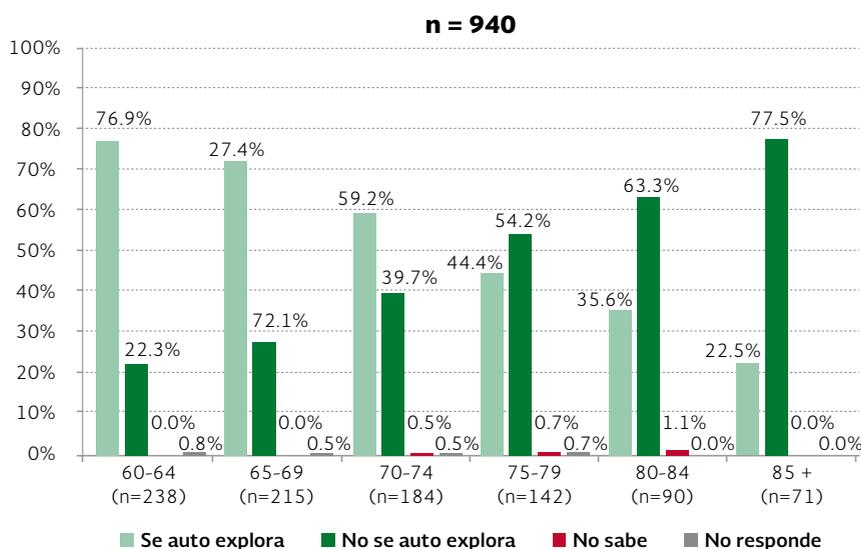


Gráfica 19. Referencia de osteoporosis por sexo.



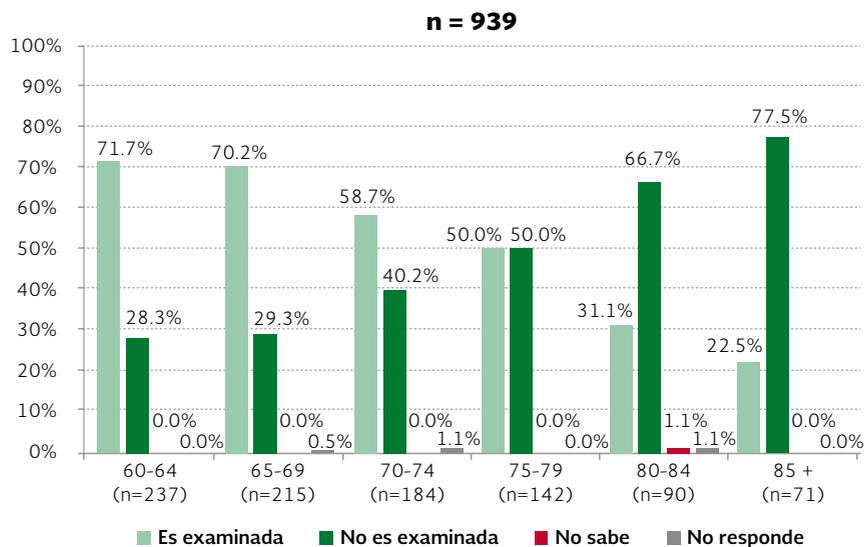
En relación a la autoexploración de glándulas mamarias, e 39.8% no lo realizan, con una  $X^2= 6.2$ ;  $p<0.05$ , con significancia estadística y una tendencia lineal a incrementarse conforme aumenta la edad. Gráfica 20.

Gráfica 20. Autoexploración de glándulas mamarias, según grupos de edad.



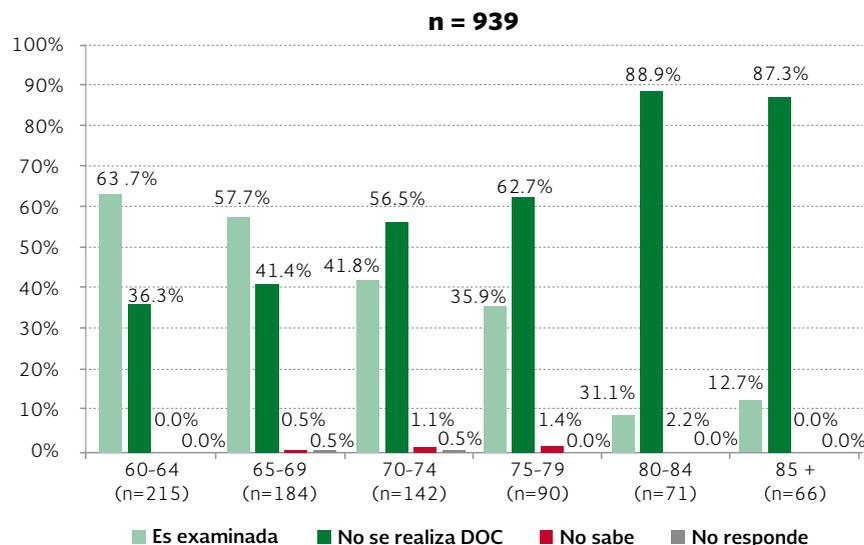
El 41.7% refirió exploración de glándulas mamarias por personal de salud, con una  $X^2= 89.8$ ;  $p<0.01$ ; presenta una tendencia lineal ascendente, ya que conforme avanza la edad, menos se realiza la exploración por parte del personal de salud. Gráfica 21.

**Gráfica 21.** Exploración de glándulas mamarias por personal de salud, según grupos de edad.



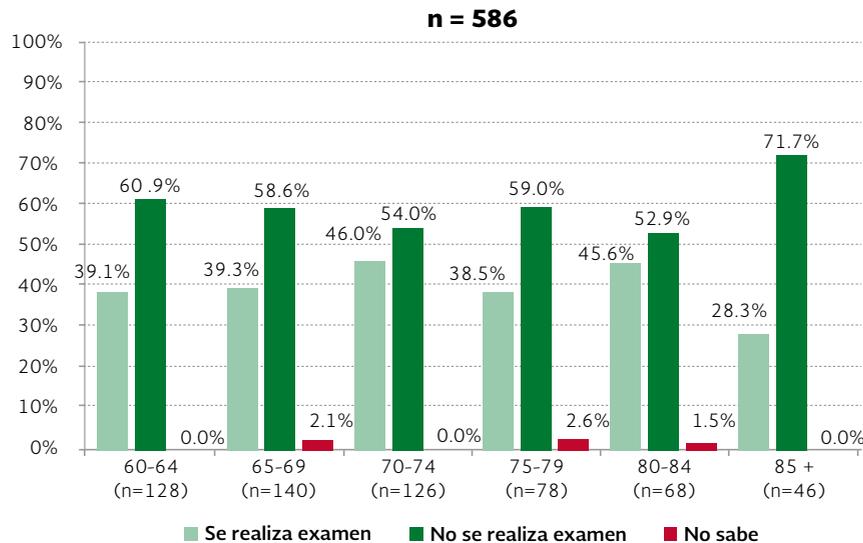
El 54.3% refirió no realizarse oportunamente la detección de cáncer cérvico uterino, con una  $X^2= 117.3$ ;  $p<0.01$ , estadísticamente significativa con tendencia lineal a aumentar con la edad, Gráfica 22.

**Gráfica 22.** Realización oportuna de la detección de cáncer cérvico uterino, autorreferencia según grupos de edad.



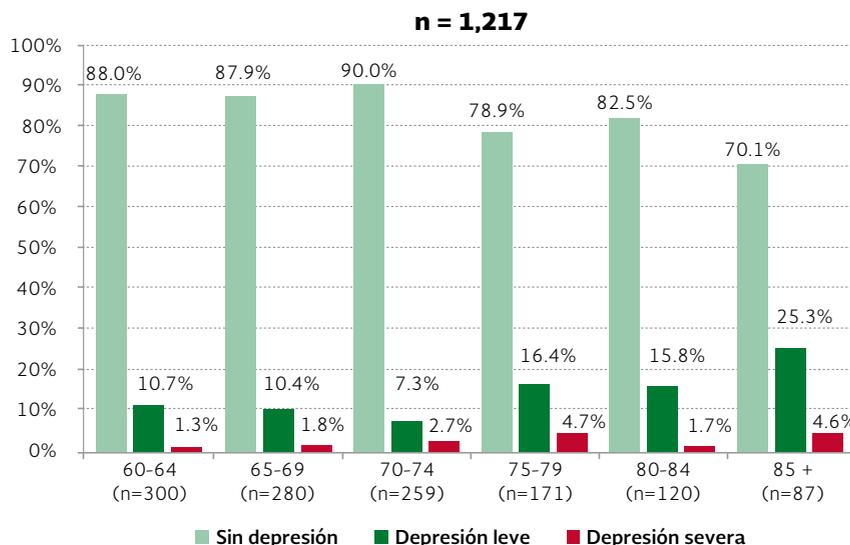
El 58.5% refirió realizarse oportunamente la detección de cáncer de próstata, con una  $X^2 = 0.1$ ;  $p < 0.05$ , no siendo estadísticamente representativo. Gráfica 23.

**Gráfica 23.** Detección oportuna de cáncer de próstata, según grupos de edad.

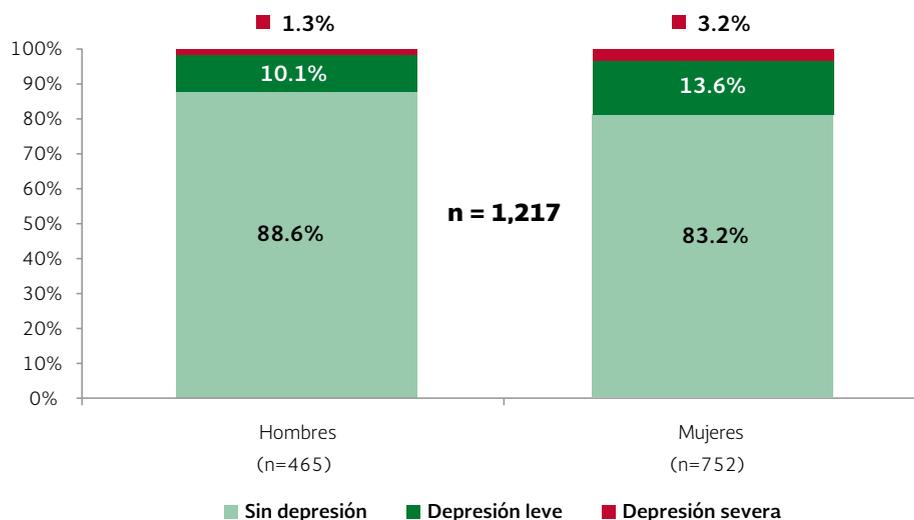


Al aplicar la prueba de tamizaje denominada GDS o Escala de Depresión Geriátrica, se encontró  $X^2 = 2.5$ ;  $p < 0.05$ , estadísticamente representativo aumentando conforme avanza la edad, Gráfica 24. En relación al sexo, se observó  $Z = 2.0$ ;  $p < 0.05$  con tendencia a presentarse más en el las mujeres, Gráfica 25.

**Gráfica 24.** Depresión, según grupos de edad.

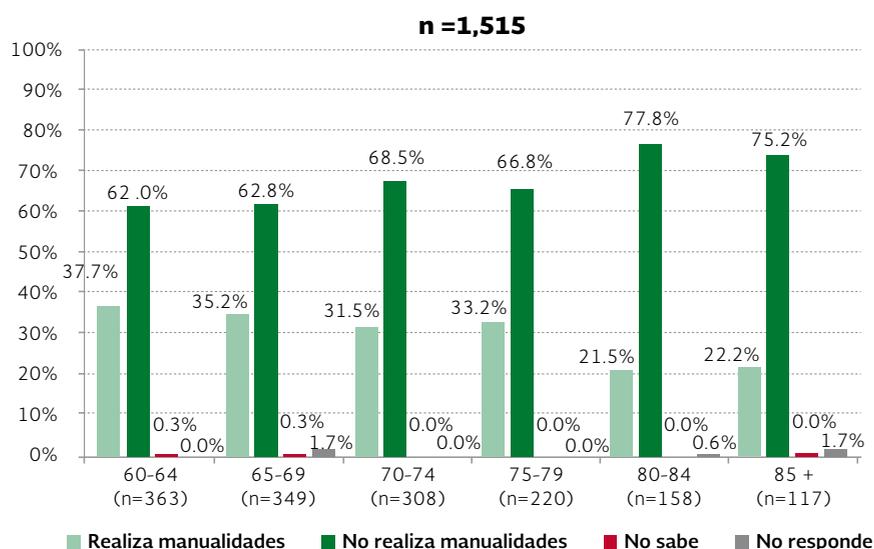


Gráfica 25. Depresión de acuerdo al sexo.

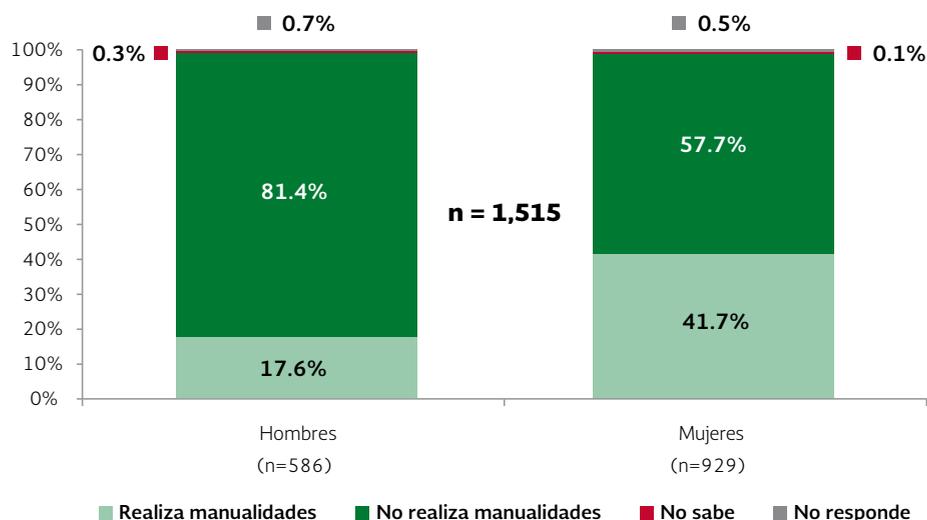


A la pregunta sobre la realización de actividades manuales, el 66.9% respondió negativamente, encontrándose  $\chi^2 = 15.7$ ;  $p < 0.01$ , con significancia estadística por grupos de edad, incrementándose conforme avanza la edad. Al analizar por sexo, se encontró significancia con  $Z = 9.5$ ;  $p < 0.01$ , siendo los hombres quienes menos actividades de este tipo realizan, Gráfica 26 y 27.

Gráfica 26. Realización de manualidades por grupos de edad.

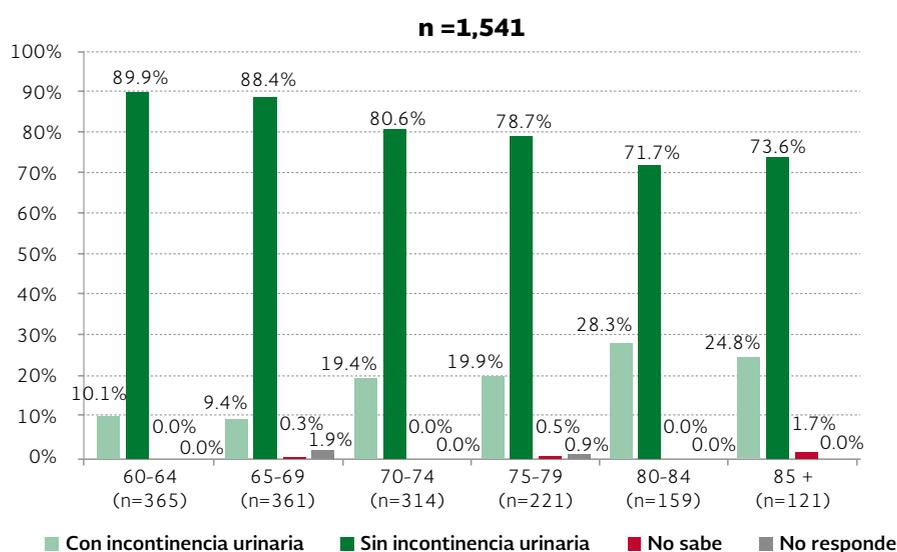


Gráfica 27. Realización de manualidades de acuerdo a sexo.



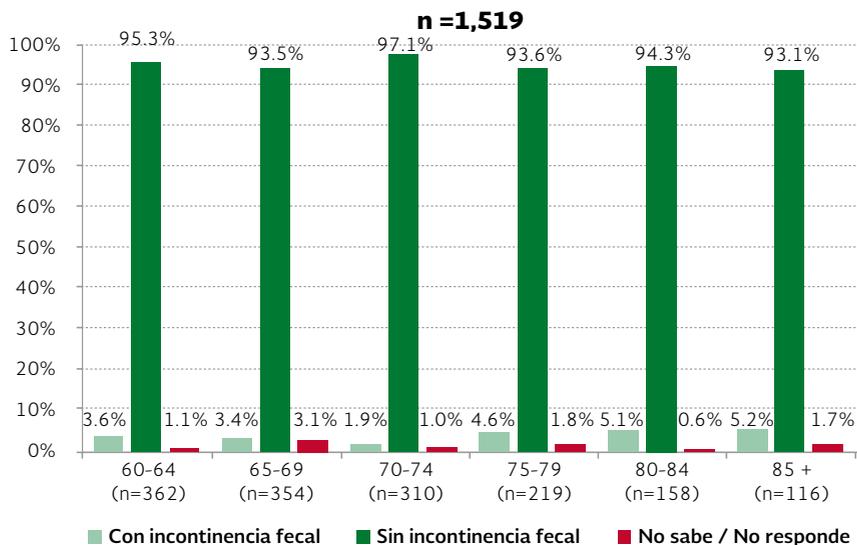
Un problema importante que afecta la calidad de vida en la persona adulta mayor, es la presencia de incontinencia urinaria la cual fue referida por el 16.3% de los entrevistados, una  $X^2= 42.4; p<0.01$ , con significancia estadística por grupos de edad. Al analizar por sexo, el resultado no fue significativo  $Z=1.4$ . Gráfica 28

Gráfica 28. Incontinencia urinaria por grupos de edad.



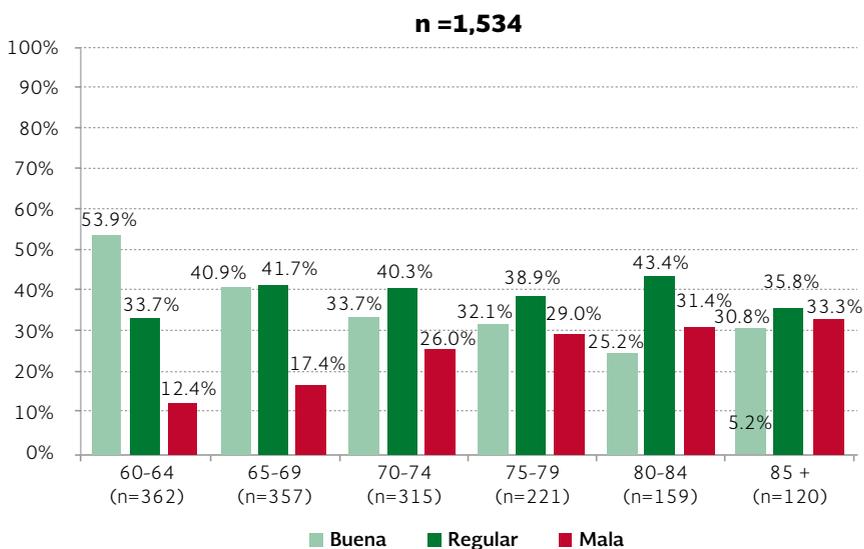
Al preguntar sobre la incontinencia fecal, el 3.6% la padecen, con una  $X^2= 1.4$ ;  $p>0.05$ , sin relevancia estadística por grupos de edad, ni por sexo  $Z=0$ . Gráfica 29.

Gráfica 29. Incontinencia fecal por grupos de edad.



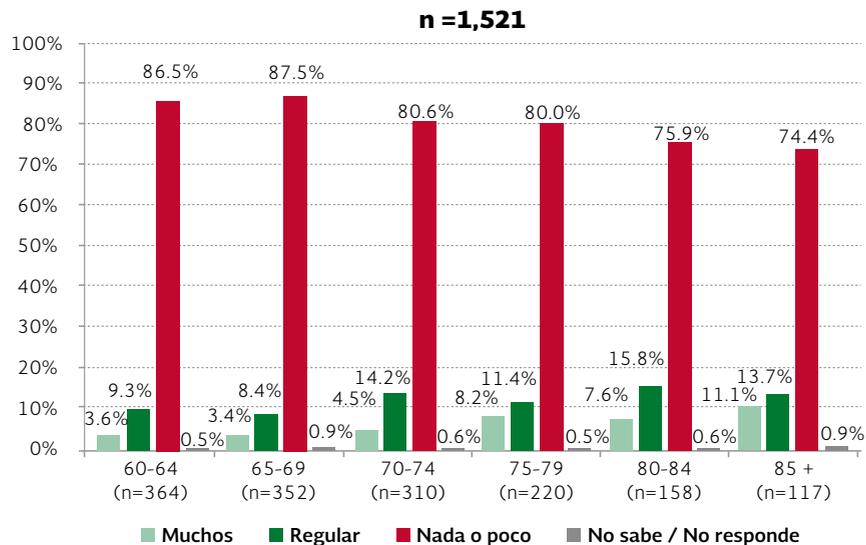
Se preguntó a los entrevistados cómo era su visión sin anteojos, el 22.4% refieren mala o ciego, con una  $X^2= 46.1$ ;  $p<0.01$ , con significancia estadística por grupos de edad conforme avanza el tiempo. Al revisar por sexo, no hay significancia por alguno  $Z=1.6$ . Gráfica 30.

Gráfica 30. Percepción de la visión por grupos de edad.



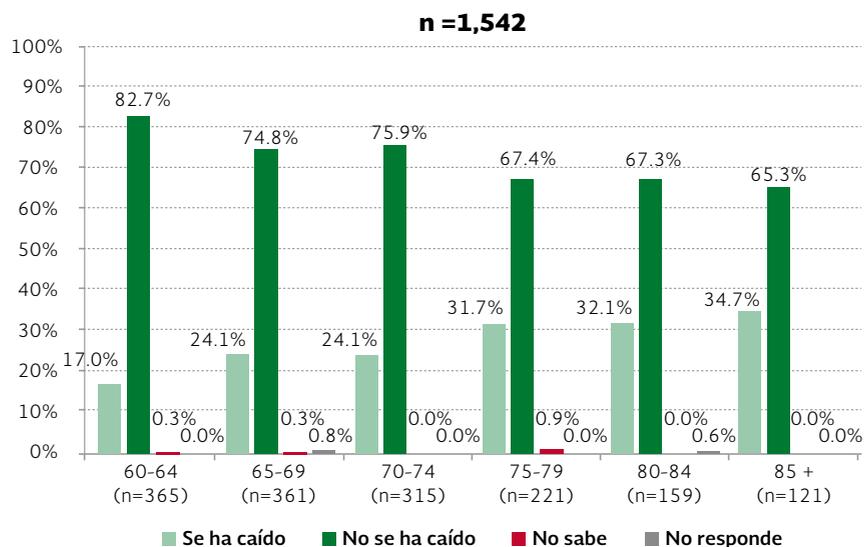
A la pregunta si tenían dificultad para comer por problemas dentales, el 5.4% la refieren,  $X^2= 15.1$ ;  $p<0.01$ , con significancia estadística por grupos de edad con tendencia lineal a incrementarse conforme avanza el tiempo. Al revisar por sexo, no hay significancia  $Z=0.7$ . Gráfica 31.

**Gráfica 31.** Dificultad para comer por problemas dentales, según grupos de edad.

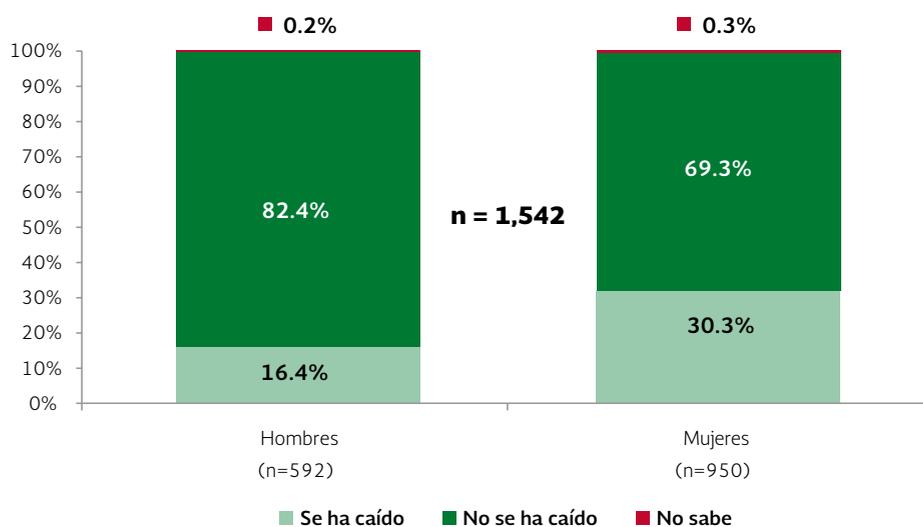


En referencia a caídas, el 5.4%,  $X^2= 15.1$ ;  $p<0.01$ , con significancia estadística por grupos de edad con tendencia lineal a incrementarse conforme avanza el tiempo. Al revisar por sexo, hay significancia estadística hacia las mujeres  $Z=5.9$ ;  $p<0.01$ . Gráfica 32 y 33.

**Gráfica 32.** Caídas en el último año, según grupos de edad.

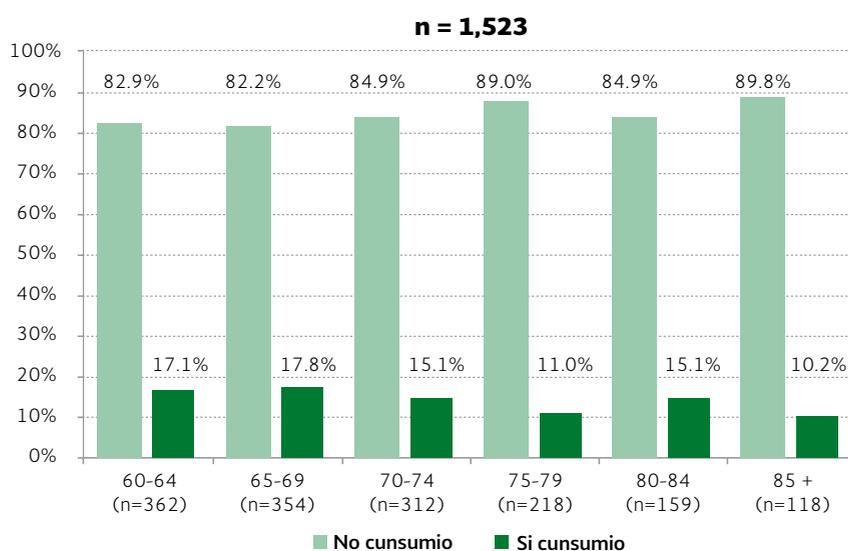


Gráfica 33. Caídas en el último año por sexo.

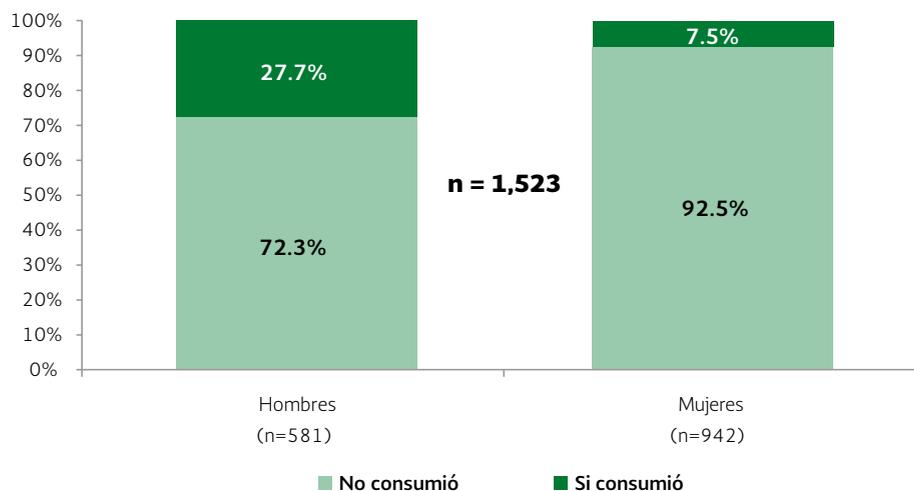


Al preguntar sobre cuántos días por semana consumió alcohol, el 15.2% lo refirió,  $X^2= 5.3; p<0.05$ , con significancia estadística por grupos de edad que aumenta conforme avanza la edad. Al revisar por sexo, hay significancia estadística hacia los hombres  $Z=10.6; p<0.01$ . Gráfica 34 y 35.

Gráfica 34. Consumo de alcohol por grupos de edad.

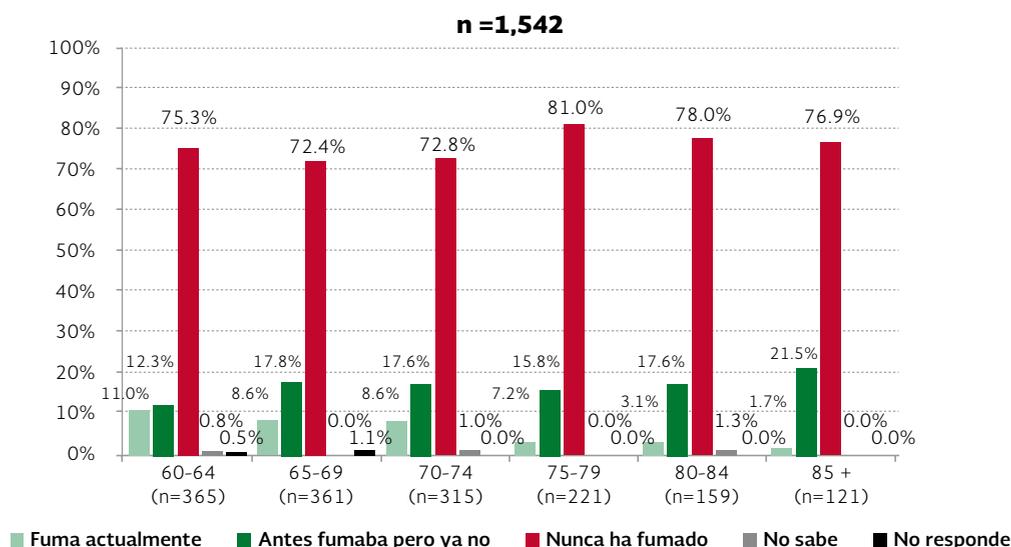


Gráfica 35. Consumo de alcohol por sexo.

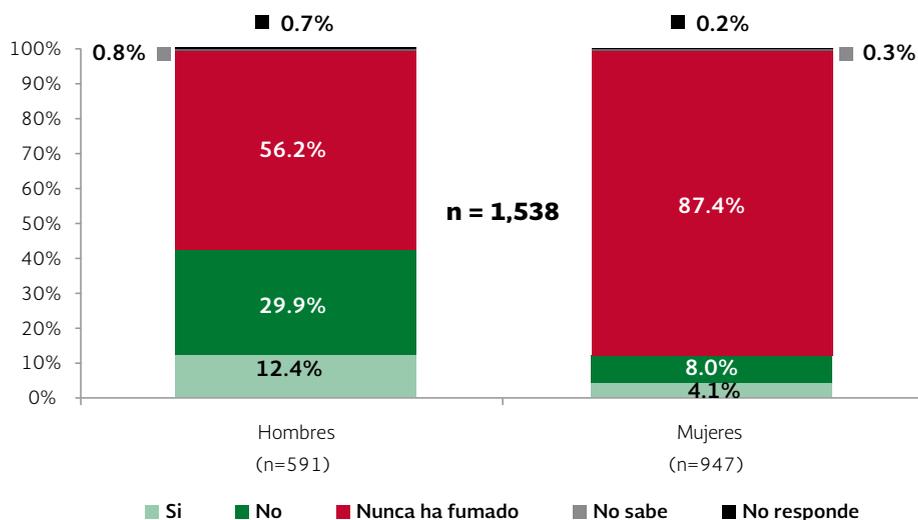


Al preguntar sobre el hábito de fumar, el 7.3% lo realiza con  $\chi^2 = 21.9; p < 0.01$ , con significancia estadística por grupos de edad que aumenta conforme avanza la edad. Al revisar por sexo, hay significancia estadística hacia los hombres  $Z = 6.0; p < 0.01$ . Gráfica 36 y 37.

Gráfica 36. Hábito de fumar por grupos de edad.

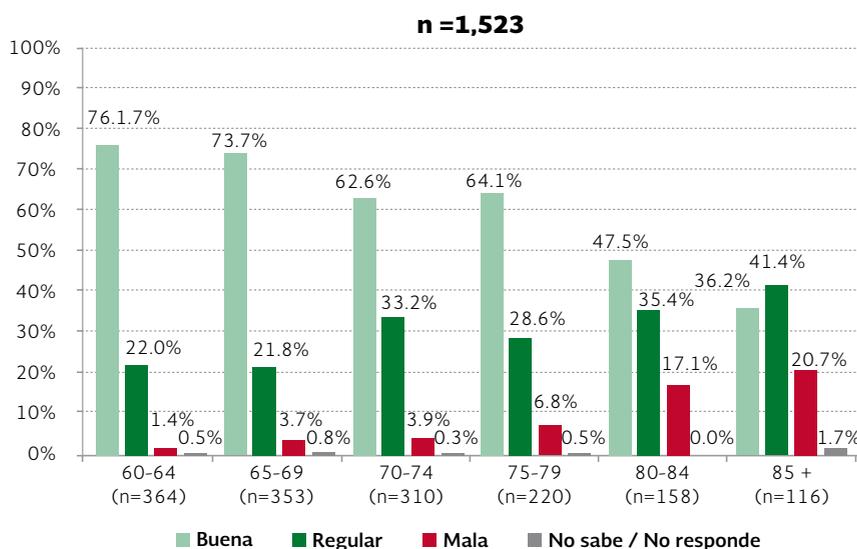


Gráfica 37. Hábitos de fumar por sexo.



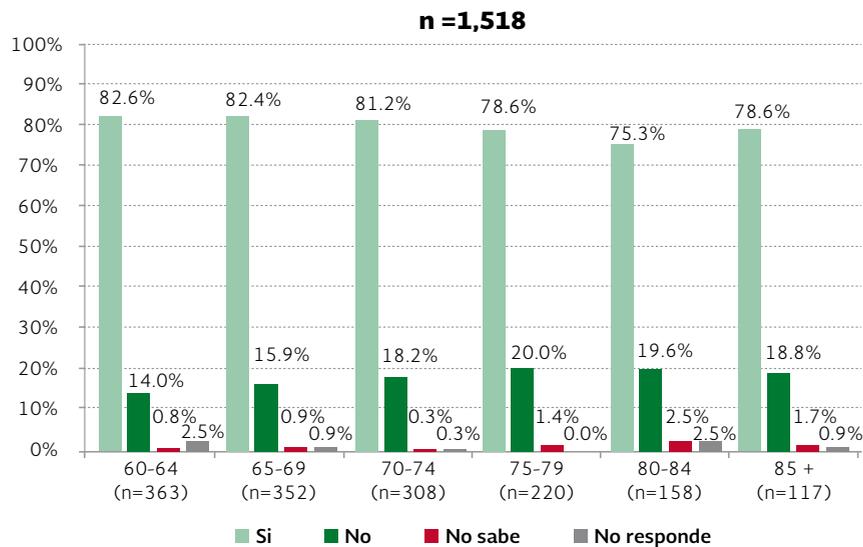
Se preguntó cuál era la percepción auditiva, encontrando que el 13.0% la considera mala,  $X^2 = 63.3; p < 0.01$ , con significancia estadística por grupos de edad que aumenta conforme avanza la edad. Al revisar por sexo, no hay significancia estadística  $Z = 1.6; p > 0.05$ , Gráfica 38.

Gráfica 38. Percepción de la audición por grupos de edad.



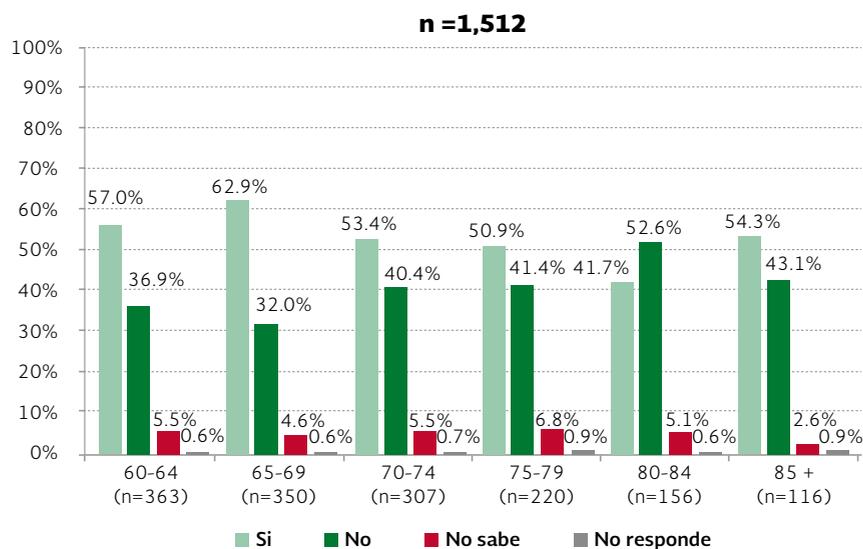
Al preguntar si se sentían felices, el 17.1% respondió negativamente,  $X^2= 4.2;p<0.05$ , con significancia estadística por grupos de edad que aumenta conforme avanza la edad. Al revisar por sexo, no hay significancia estadística  $Z=1.0$ . Gráfica 39.

**Gráfica 39.** Percepción de la felicidad por grupos de edad.



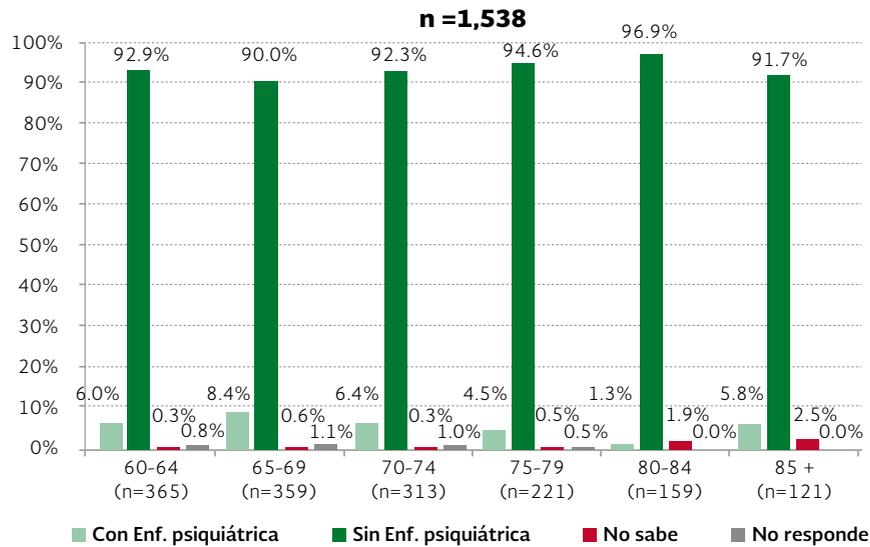
Al preguntar si se consideraba bien nutrido, el 17.1% refirió que no,  $X^2= 4.2;p<0.05$ , con significancia estadística por grupos de edad que aumenta conforme avanza la edad. Al revisar por sexo, no hay significancia estadística  $Z=1.0$ . Gráfica 40.

**Gráfica 40.** Referencia de nutrición por grupos de edad.

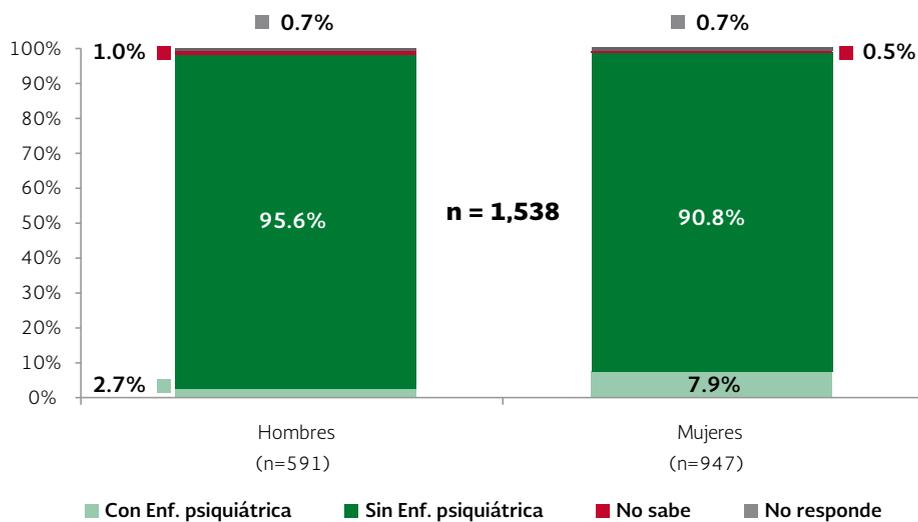


El 5.9% de los entrevistados refiere tener un diagnóstico previo de enfermedad o problema psiquiátrico; al analizar los datos, resultaron no significativos por grupos de edad  $X^2= 3.7; p>0.05$  y  $Z=4.2; p<0.01$ , con tendencia a las mujeres. Gráfica 41 y 42.

**Gráfica 41.** Problemas psiquiátricos según grupos de edad.



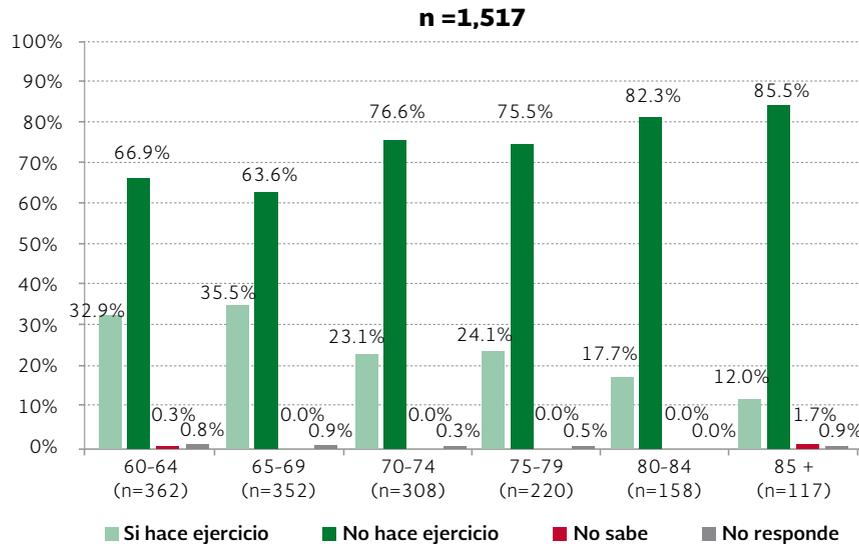
**Gráfica 42.** Problemas psiquiátricos por sexo.



## Categoría: Flexibilidad y movilidad

Al preguntar a las personas adultas mayores entrevistadas, sobre la práctica de actividad física, el 72.4% no realiza ejercicio alguno, con una  $X^2= 32.6$ ;  $p<0.01$ , con significancia estadística por grupos de edad. Al analizar por sexo, el resultado no fue significativo  $Z=0.85$ . Gráfica 43.

Gráfica 43. Hábito de hacer ejercicio, según grupos de edad.





Unidades de Especialidad Médica para la Atención Integral del Adulto Mayor.

## 8. Propuesta preliminar de un modelo estatal de atención al envejecimiento poblacional de Querétaro

• MSP. Isela Granillo Cedeño

Programa de Envejecimiento, Salud en el Adulto y el Anciano, Estado de Querétaro

En nuestro país, así como en la entidad, el rápido envejecimiento de la población, constituye una preocupación persistente en el quehacer legislativo y del compromiso del gobierno en las políticas y programas de salud pública, ya que el cambio de nuestra estructura poblacional deberá ser motivo de la reasignación de recursos hacia los servicios de salud. Además, demandará importantes transformaciones en la organización y estructura familiares, ya que muchos problemas que acompañan al envejecimiento serán trasladados a este ámbito. Todo esto nos abre la necesidad de tener el conocimiento preciso de las consecuencias e implicaciones de esta transición demográfica, el saber reconocer los costos y beneficios sociales que esto trae consigo y, preparar propuestas legislativas, así como planes y programas institucionales para hacerle frente a sus manifestaciones de corto, mediano y largo plazos.

Gran parte de las personas adultas mayores no son realmente dependientes, mantienen su auto sustentabilidad económica, además de tener el deseo de participar; no debemos excluirlos de la familia o de la sociedad, lo que tenemos que hacer es rescatar toda la experiencia de su vida y aprovechar la sabiduría que el tiempo les ha dejado y fortalecer así, la gran cadena generacional entre otras cosas, para no perder la estructura y respeto familiar de valores y unión.

Las acciones que deben de emprenderse deberán contribuir a que garanticemos una vida no sólo más prolongada para todos, sino una vida plena, sin embargo, aún es largo el camino por recorrer, ya que si bien es cierto que estamos ante este cambio demográfico importante aún estamos en formación sobre este proceso.

Contamos también con carencias en infraestructura social, médica, legislativa y asistencial, las cuales no nos permiten el aplicar la recomendación internacional que nos marca la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en torno a la población adulta mayor.

El Sistema Nacional de Salud, está ya inmerso y realizando esfuerzos notables por ampliar los servicios médicos en todos los niveles de atención a los adultos mayores, ya que debemos considerarlos una fortaleza dentro de nuestra sociedad, por lo que es imprescindible empezar a actuar a nivel estatal y, así ir contribuyendo para que a nivel nacional se realicen los verdaderos cambios para la atención de este grupo poblacional. De esta manera, participamos todos en el diseño de políticas que permitan a las personas adultas mayores gozar de los mismos derechos y oportunidades.

El modelo de atención que se propone para la atención de las personas adultas mayores debe contener lo siguiente:

- Operación de las Unidades Especializadas para Personas Adultas Mayores, donde se atenderá de manera integral por medio de un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud compuesto por médico integrista, enfermero, nutriólogo, fisioterapeuta, licenciado en educación física, psicólogo y trabajador social. Estos serán puntos de referencia y contra referencia hacia primer y segundo nivel y así poder optimizar adecuadamente los recursos de la salud con los que contamos, las cuales están completamente financiadas por el programa de grupos vulnerables a nivel estatal.
- Fortalecer la homogenización para la atención de la persona adulta mayor mediante la unión de las diferentes instituciones; esto apoyándose del Consejo Asesor para la Atención, Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Querétaro, ya que se cuenta dentro de él con profesionales de diferentes instituciones y el nivel federal, que su fin común es el adecuado trato al adulto mayor.
- Continuar con la estrategia de capacitación, la cual se está realizando tanto dentro de la institución, como con otras instancias incluyendo las instituciones de educación superior y el nivel federal. Esto, para equiparar los criterios de atención en materia de envejecimiento a todos los profesionales que tengan contacto con el adulto mayor.
- Gestionar el programa de atención integral de población adulta mayor no cautiva. Es decir, con el diseño de éste, hacemos referencia a que puede formarse un programa de atención integral a la persona adulta mayor, pero no teniéndola cautiva, ya sea en un asilo, casa hogar o demás, sino brindándole la atención dentro de su mismo hogar o dentro de su mismo entorno de vida, no dejando de lado que también en ciertas ocasiones deberán asistir a un lugar determinado a realizar ciertas actividades, pudiendo ser este lugar una casa de día, o a través de unidades móviles de atención a la salud exclusiva para esta población.
- Gestionar la generación de recursos para dar respuesta a las necesidades reales de la población adulta mayor, con base en la información obtenida en los resultados de la Encuesta SABE Querétaro.



Grupo de personas adultas mayores del IMSS, apoyados para realizar su actividad física por la maestra Ángela Leticia Limón Gómez



La actividad física es indispensable.

## 9. Conclusiones y Comentarios

La salud actualmente es un eje temático que debe de estar en la agenda de las políticas públicas de este país, por todas sus implicaciones y cambios en la transición que actualmente se presentan con la población adulta mayor.

Al realizar el diagnóstico situacional de las personas adultas mayores en la entidad a través de la encuesta, fue un reto para las instancias involucradas debido a las aristas que se fueron dando durante todo el proceso de diagnóstico situacional en la entidad, sin embargo, fue muy enriquecedor haber concluido de manera satisfactoria un proyecto tan ambicioso y con muy buenos resultados. Al igual que en otras entidades, el fenómeno de disminución de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, han dado lugar al incremento de la población adulta mayor, no obstante carecemos aún de la infraestructura y de las políticas necesarias para la atención oportuna.

En el Proyecto-Encuesta SABE Querétaro, se contó con información aportada por los cuestionarios aplicados a las personas adultas mayores de 60 y más años, residentes habituales de la Ciudad de Querétaro. Esto nos da un panorama del real diagnóstico de salud y sabemos además que de esta manera podemos ahora incidir en el universo de este sector de la población, considerando este instrumento como algo muy valioso para futuros estudios que fortalecerán las medidas a adoptar en las estrategias que para este fin se diseñen.

Con los resultados obtenidos, es importante que no solo nos enfoquemos a la atención de la persona adulta mayor, sino que como institución realicemos modelos más integrales que nos permitan llegar a esta etapa con mejores habilidades y contener los posibles efectos por su edad.

Se deberán de realizar intervenciones que se dirijan a favorecer entornos más favorables para esta parte de la población, por lo que se requiere la coordinación entre todas las instancias (pública, social y privada) para la elaboración de estrategias que incidan directamente en la salud de la persona adulta mayor, como medida urgente al cambio de la transición de las enfermedades que se están presentando en este país y en Querétaro.

Una más de las acciones que se debe fortalecer, es en gran medida, las habilidades y herramientas que deban tener los profesionales de la salud, debido a la precisión que se tendrá que hacer del abordaje gerontológico y asimismo, involucrar otras áreas profesionales, requiriendo de manera más oportuna la atención integral de esta población.

Finalmente, gran parte de la visión que se debe adoptar en este país y en particular en Querétaro, es adoptar medidas que se enfoquen a contar con una visión más incluyente de esta población y mejorar los espacios de los que se dispone en la vía pública e instancias para que los adultos mayores se sientan con mayor confianza y evitar posibles riesgos para su salud.



Personal del Programa de Salud en el Adulto y el Anciano.

## 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 Vargas Esquivel, por su disposición y entusiasta colaboración en la revisión de esta publicación.

Al grupo de Informática y Diseño Gráfico: Ing. Yoeli César Chévez, 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 Tec. en Inform. Fernández 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.

### Secretaría de Salud de Querétaro

Iniciando con un agradecimiento especial al Dr. Mario César García Feregrino, Secretario de Salud del Estado de Querétaro, por el interés mostrado en la culminación de este tan importante proyecto de investigación reconocido a nivel nacional e internacional, que sin su participación no hubiera sido posible.

A las personas adultas mayores de Querétaro, quienes permitieron la entrada a su vida personal y a sus domicilios para la recolección de tan valiosa información y hacer posible esta encuesta.

A la Dra. María Esther Lozano Dávila y a su excelente grupo de trabajo en la Subdirección de Atención al Envejecimiento del Programa de Salud del Adulto y en el Anciano, del Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades (CENAPRECE), por el apoyo incondicional para llevar a cabo la aplicación de la encuesta en todo el Estado, como en la elaboración de los capítulos finales y su publicación.

A las instituciones integrantes del Consejo Asesor para la Atención, Promoción y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores del Estado de Querétaro, por su apoyo para la realización de la encuesta, ya que esto permitirá tener un mayor conocimiento de del perfil epidemiológico de este grupo etario tan importante donde todos sumamos esfuerzos para la tener un envejecimiento activo y pleno.

A la Universidad del Valle de México Campus Querétaro, en especial a la Dra. María de la Luz Obregón Molina, por el apoyo brindado a través del Área de Ciencias de la Salud en la implementación y realización de este proyecto.

Al equipo de Trabajo del Programa de Salud del Adulto y en el Anciano de los Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

### Encuestadores

- Rodríguez Rivera Brenda Liliana
- Conde Flores Emilio
- Jiménez Zarazua Omar
- Mata Pérez Silvia
- Olvera Morales Miriam
- Velásquez Calva Mireya del Refugio
- Moreno Jiménez Cristian Juan Ignacio
- Seoane Jiménez Isabel del Socorro
- Juaristi López Maria del Consuelo
- Cortés Calzada Silvia Patricia
- Sánchez Morales Isaura
- Seoane Jiménez María de los Ángeles
- Lira Luna Agustin
- Díaz Hernández Benjamín
- Ibarra Verde Auristela

### Autoría de fotografías

- L.P.C. Claudia Ivette Sandoval Sánchez
- MSP. Isela Granillo Cedeño
- Dr. Jaime sosa Echevarriana