



ENCUESTA

Salud

Bienestar y

Envejecimiento

SABE ▪ Veracruz

ENCUESTA
Salud, Bienestar y Envejecimiento
SABE ■ Veracruz

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: 978-607-460-336-1

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

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

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

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

Dr. Fernando Benítez Obeso
Secretario de Salud y Director General de Servicios de Salud de Veracruz

Dra. Irasema A. Guerrero Lagunes
Directora de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Alejandro Escobar Mesa
Subdirector de Prevención y Control de Enfermedades

Dra. Marcelina García López
Jefa del Departamento de Control de Enfermedades

DIRECTORIO DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA

Dra. Sara Deifilia Ladrón de Guevara González
Rectora de la Universidad Veracruzana

Dr. Claudio Rafael Castro López
Coordinador General del Centro de Estudios de Opinión y Análisis

Lic. Alma Janett Tenorio Aguirre
Coordinadora Técnica del Centro de Estudios de Opinión y Análisis

COORDINADORES DE LA ENCUESTA SABE VERACRUZ

MASS. Martha Esperanza Medina Holguín
Coordinadora General Estatal

Dra. Marcelina García López
L.N. José Méndez Hernández
Coordinadores Técnicos de Análisis y Desarrollo

Dr. Carlos Morales González
Coordinador de Logística de la Encuesta SABE Veracruz

COORDINADORES Y SUPERVISORES DE BRIGADA

Lic. Marco Antonio Armas Díaz
Coordinador Zona Norte Xalapa

C. Roberto Carlos Montiel Morales
Coordinador Zona Centro Xalapa

Lic. Sergio Israel Gil Escalona
Coordinador Zona Sur Xalapa

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
Manuel Velasco Suárez**

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

AUTORES SECRETARÍA DE SALUD DE VERACRUZ

Dr. Alejandro Escobar Mesa
Subdirector de Prevención y Control de Enfermedades

Dra. Marcelina García López
Jefa del Departamento de Control de Enfermedades

MASS. Martha Esperanza Medina Olguin
Coordinadora General

Lic. en Nut. José Méndez Hernández
Coordinador de Proyectos Especiales del Programa del Adulto y del Adulto Mayor

M. en C. Krystal Dennicé González Fajardo
Coordinadora del Programa del Adulto y Adulto Mayor



Todo esto y más
es mi abuelo



Rectoría
Institucional

DIIT



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

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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 Veracruz.	59
4. El papel de la Universidad Veracruzana frente al envejecimiento poblacional de Veracruz.	67
5. Etapas del desarrollo operativo de la Encuesta SABE Veracruz, ajustes específicos.	73
6. Diagnóstico situacional del envejecimiento poblacional en el Estado de Veracruz.	81
7. Resultados de la Encuesta SABE Veracruz.	129
8. Propuesta preliminar de un Modelo Estatal de Atención al Envejecimiento Poblacional de Veracruz.	155
9. Conclusiones y comentarios.	161
10. Agradecimientos.	165



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

SE BUSCA ABUELA



RECOMPENSA : AFECTO, CARIÑO Y RESPETO



Rectoría Institucional **DIIT**



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Mensaje del Gobernador Constitucional del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave

México vive una etapa de transformaciones, a la que los veracruzanos nos hemos sumado con entusiasmo y determinación para avanzar hacia la prosperidad.

En esta edición, el Gobierno de Veracruz, presenta el Informe de Resultados de la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), coordinado por el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), cuya vigencia y pertinencia, la hacen, una herramienta útil para conformar políticas públicas integrales que aseguren a los veracruzanos, una vejez saludable y una integración plena, fundada en su calidad de vida.

Además, servirá como herramienta que ayudará a saber mejor, cómo está constituida la población de personas adultas mayores que viven en nuestro territorio. Con la información que aporta este texto lograremos garantizarles un envejecimiento digno, libre de discriminación y violencia, sin discapacidad ni dependencia.

Al lado del Sistema DIF-Estatal, avanzaremos en la integración de una sociedad, donde el esfuerzo de todos sea tomado en cuenta y reconocido. En especial, el de quienes tanto han aportado para construir el estado de derechos y libertades que hoy gozamos y debemos heredar a nuestros hijos. Veracruz camina en la ruta correcta, hacia la composición de un México incluyente y justo.

Dr. Javier Duarte de Ochoa

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 Secretario de Salud de Veracruz

Tal como lo expresa la Organización Mundial de la Salud (OMS), “el envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de nuestros mayores desafíos”, si bien se le considera como una historia de éxito de la salud pública.

El envejecimiento involucra la disminución de la capacidad funcional de toda persona, determinada y condicionada en gran parte por el modo de vida, hábitos nocivos, como el consumo de alcohol y tabaco, la falta de actividad física y una alimentación inadecuada.

En el estado de Veracruz, al igual que en el resto del país y en el mundo, la disminución de las tasas de mortalidad y fecundidad está alterando el panorama demográfico, en virtud de lo cual actualmente se registra una esperanza de vida al nacer que rebasa los 74 años de edad, pero a medida que la longevidad incrementa, las personas enfrentarán un elevado riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, que si no se atienden oportunamente, afectarán la calidad de vida y crearán dificultades económicas y de otra índole para el sector salud, las cuales a mediano plazo podrían resultar insostenibles.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, publicado por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), en el estado de Veracruz, el 10.57% del total de la población corresponde a adultos de 60 años y más. Hace 18 años, el estado tenía una relación de 5 jóvenes por cada mayor de 60 años. Según proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en breve esta relación será de uno a uno.

Diseñar estrategias y programas efectivos para satisfacer las necesidades de la población veracruzana que envejece es un reto del Gobierno del Estado. El eje principal de nuestras acciones en este sentido consiste en facilitar que las personas adultas mayores lleven una vida independiente y activa al rebasar los 60 años de edad. Esto no solo se enfoca en la actividad física; también es necesario incentivar su participación plena en los ámbitos social, económico, cultural y cívico.

La escasez de información –tanto a nivel nacional como estatal– relativa al estado de salud de este grupo de población impide realizar una evaluación basal certera de la situación actual, acorde a las necesidades que este grupo de población enfrenta y percibe, en la que se incluyan inferencias y comparaciones entre diversas regiones del país; de ahí que sea prioritario y urgente llevar a cabo estudios de investigación que permitan detectar la problemática y tomar decisiones oportunas en esta dirección.

La realización del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en zonas urbanas de 7 países de América Latina y el Caribe (Argentina, Barbados, Cuba, Brasil, México, Chile y Uruguay), a cargo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), dio lugar a una nueva visión de la salud y forma de vida de las personas adultas mayores. La experiencia aportada por los estudios SABE en 12 entidades federativas de México contribuyó a su aplicación en nuestro estado.

Con los resultados de esta investigación se podrá contar con información descriptiva confiable acerca de las condiciones de salud y vida de este grupo de edad, lo que permitirá emitir perfiles de riesgo de morbilidad y mortalidad de la población adulta mayor veracruzana; conocer sus condiciones de acceso a los servicios de salud –incluyendo los públicos y privados, formales e informales, tales como la medicina tradicional y curanderos locales–, así como el derecho a la seguridad social y la presencia o ausencia de condiciones de desigualdad en la prestación de los mismos.

De igual manera, favorecerá la evaluación de las relaciones familiares y redes de apoyo, así como el acceso a programas de asistencia social, al tiempo que permitirá hacer comparaciones con los hallazgos de la aplicación de esta encuesta en otras entidades federativas; todo esto, con la finalidad de tener bases más sólidas para la implementación de estrategias y programas que impacten en la mejora de las condiciones de vida y salud de las personas adultas mayores.

A efecto de definir las acciones a realizar en un futuro inmediato y enfrentar las necesidades del estado ante el proceso de envejecimiento poblacional, es importante tomar en consideración, además del Proyecto SABE de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los 12 estudios ya publicados en el país, bajo la coordinación y dirección de la Subdirección del Programa de Envejecimiento del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades; como una herramienta que permitirá establecer políticas públicas para la atención del envejecimiento y que bien puede servir como punto de partida para nuevas investigaciones en este tema.

Dr. Fernando Benítez Obeso



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



Rectoría
Institucional

DIIT



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

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Los **Abuelos** son...



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

Quiérellos.

Introducción

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

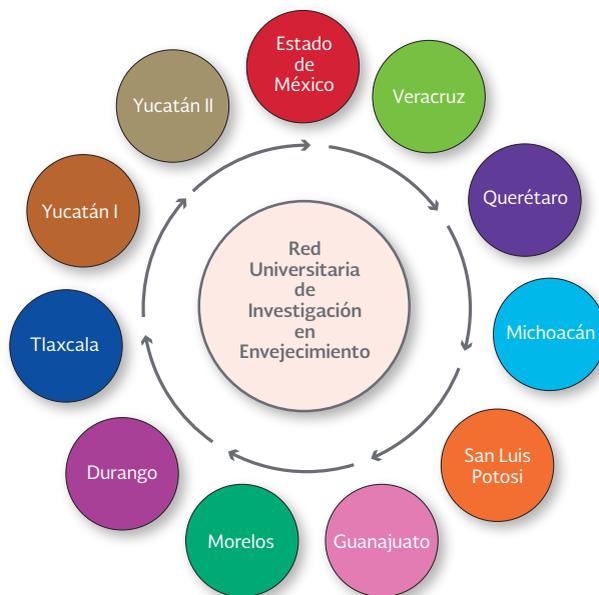
La participación de los diversos actores que han intervenido en el desarrollo de SABE, ha redundado en las siguientes ventajas:

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

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

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

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



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

Fuente: Programa de Atención al Envejecimiento

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

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

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

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

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

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

Por la atención prestada a este trabajo ¡muchas gracias!

El Equipo SABE México



1. El Envejecimiento Poblacional en México

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

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”.¹

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).²

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.³

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

Como resultado de este incremento, también se presenta una epidemiología “polarizada”. Se caracteriza por la persistencia de enfermedades 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.⁴

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

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

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

Una actividad que engloba a las anteriores y que debe llevarse a cabo permanentemente, es la generación de una cultura de vida saludable para incidir positivamente en el desarrollo de una mejor salud. Se busca de manera directa, realizar alianzas estratégicas con la iniciativa privada y la sociedad civil; la innovación en el manejo integral del paciente (por medio de la introducción de nuevos esquemas terapéuticos, campañas de comunicación de riesgos, la consolidación de acciones educativas y de capacitación); y el abandono de hábitos nocivos para la salud, entre otros determinantes, para lograr un envejecimiento activo y saludable. 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”.¹⁴ 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.

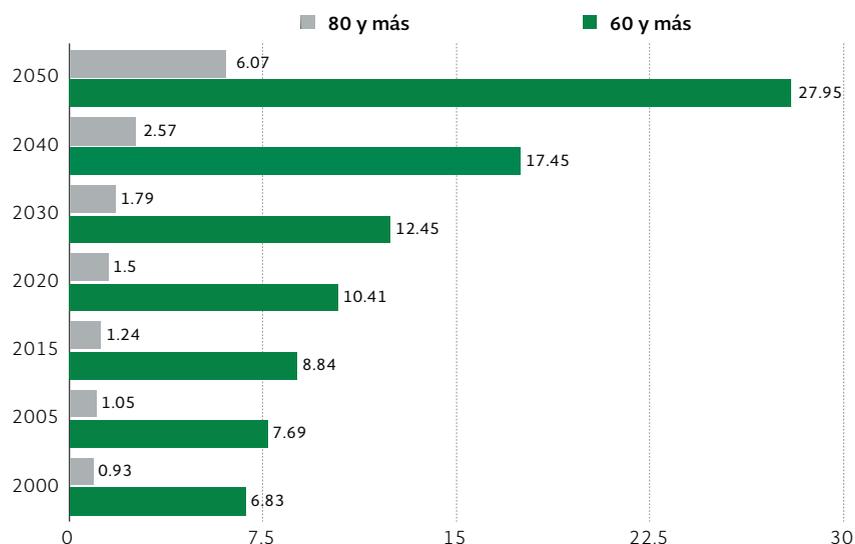
Epidemiología en México

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.^{5,6,7,8,9,10,11}

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)

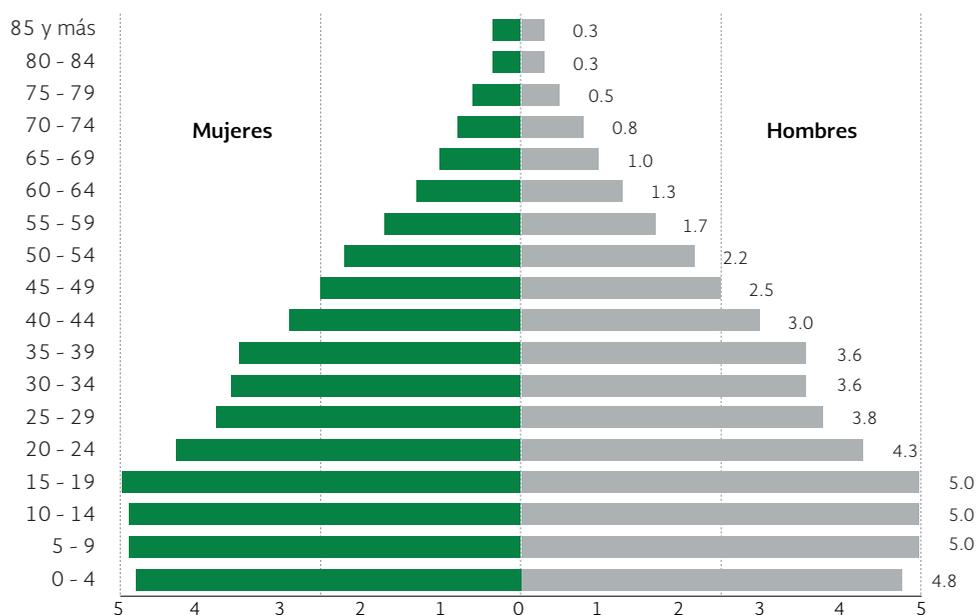
Gráfica 1. Proporción de personas adultas mayores en los grupos de 60 y 80 años y más. Proyección 2000-2050.



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

Fuente: Estimaciones realizadas por el CENAVE. SSA. CONAPO

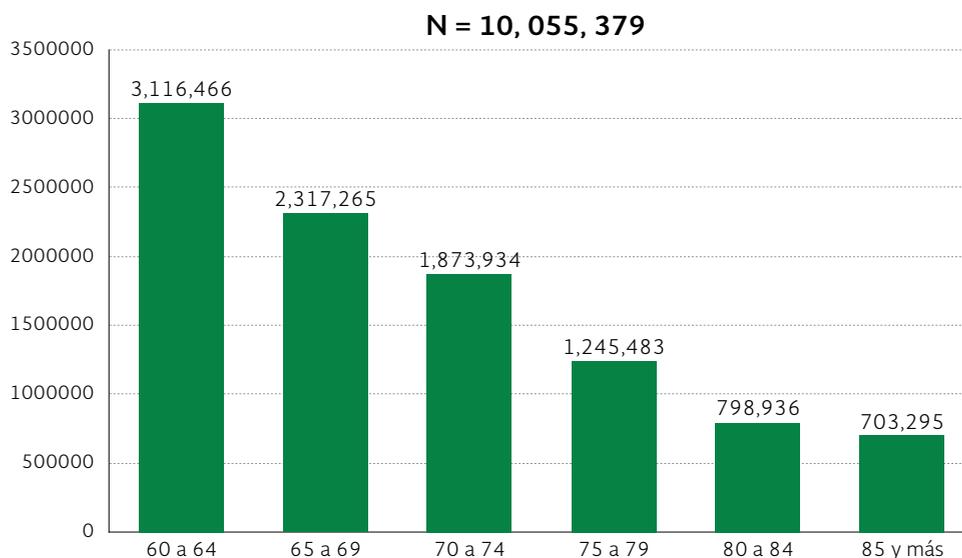
Gráfica 2. Pirámide poblacional México al 2013.



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).

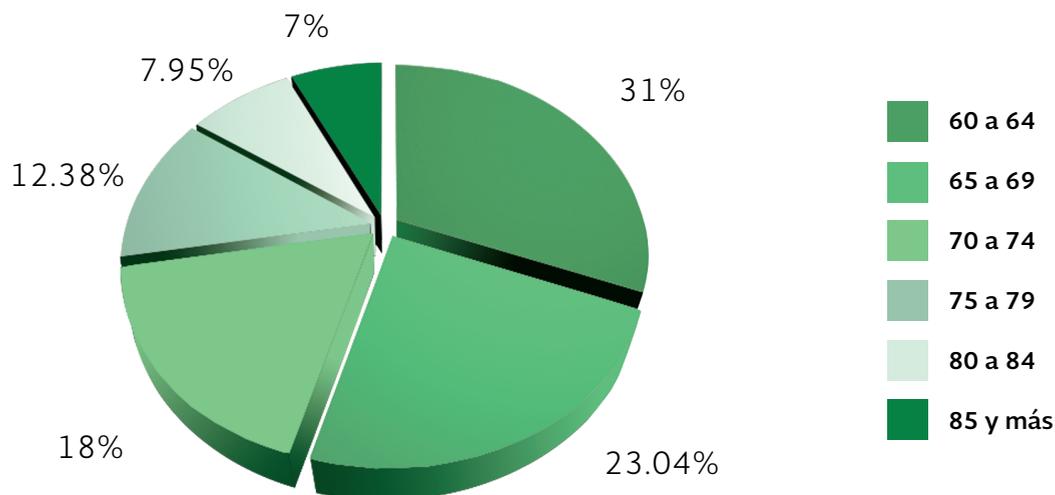
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010. Proyecciones 2010 – 2050 CONAPO.

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.⁴¹ 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.

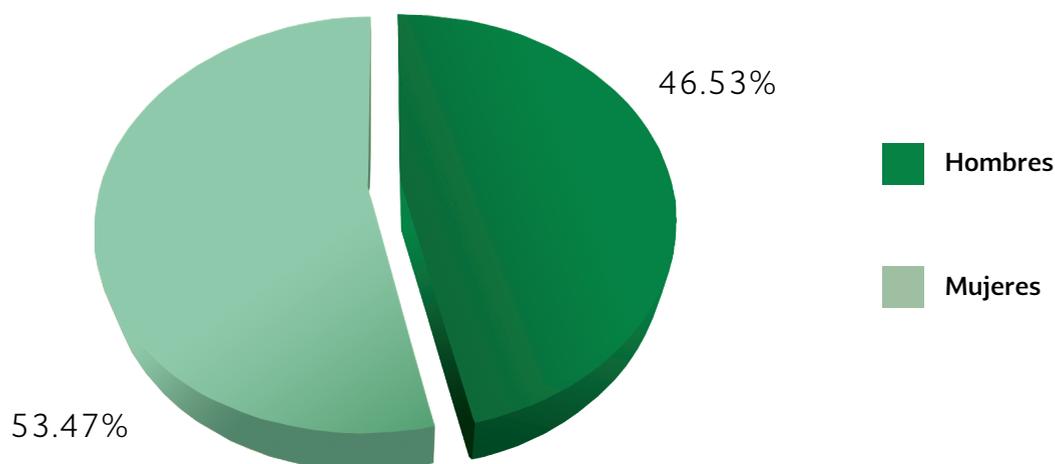
Gráfica 4. Distribución porcentual de personas adultas mayores por grupos etarios en México al año 2013.



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 incremento 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.^{1,2}

México se encuentra en una fase de cambio rápido en los perfiles de salud y la característica general de este proceso, consiste en la coexistencia de padecimientos como el subdesarrollo y el incremento de las enfermedades que prevalecen en los países industrializados. 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.⁴ Aun cuando la frecuencia de la presencia de enfermedades no es la misma en todos los países, se puede establecer que dentro de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad, destacan las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes, la desnutrición y 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.^{12,13,14}

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.^{12,15,16}

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

Dentro de 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.¹⁹

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.¹⁹

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.^{20, 21}

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.^{4, 5, 22}

Para el año 2000, las principales causas de mortalidad fueron por diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares, pulmonares obstructivas crónicas y las hipertensivas. En conjunto, alcanzaron un total de 99,809 defunciones. Esto corresponde al 46.1% del total de fallecimientos registrados en ese año. Para el 2006, estas mismas causas ocuparon una secuencia similar con una frecuencia relativamente mayor al haber alcanzado durante ese año, un total de 129,455 defunciones; esto representa el 48.6% del total nacional.^{22,23} Las tasas de mortalidad por estas causas,

durante 2006, alcanzaron cifras de 743.2 muertes por cada 100 mil habitantes, para diabetes mellitus; 717.2 para enfermedades isquémicas del corazón; 372.7 para enfermedades cerebrovasculares; 303.5 para enfermedad pulmonar obstructiva crónica; y, 179.7 para enfermedades hipertensivas.^{25,26, 27}

Si comparamos la mortalidad registrada en 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.^{28,29,30,31}

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.^{20, 21}

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

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

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

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

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

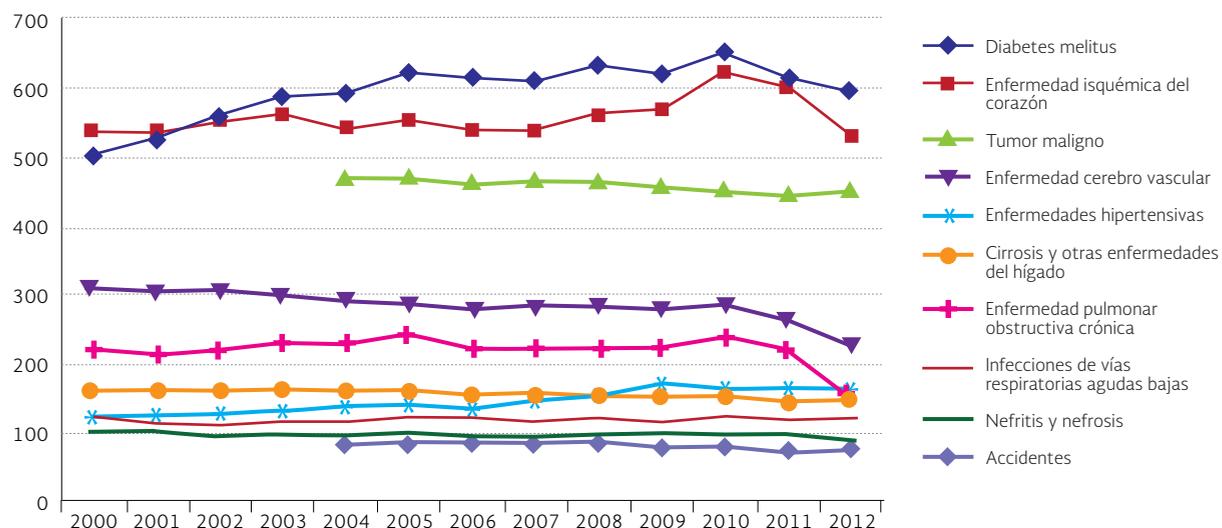
Tabla 2. Principales causas de mortalidad en personas de 60 años y más, México 2012.

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

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
Total de las 10 primeras causas (93.5%)	1,386,381	2,615,634	4,002,015	42,466
Todas las demás (6.5%)	96,069	213,771	309,840	3,288
Total	1,482,450	2,829,405	4,311,855	45,754

*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
Total 10 principales causas (92.9%)	3,956,036	40,486.85
Otras	303,406	3,105.12
Otras	4,259,442	43,591.97

*Tasa /100, 000 habitantes.

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

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

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

Figura 1. Tipos de enfermedades.

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

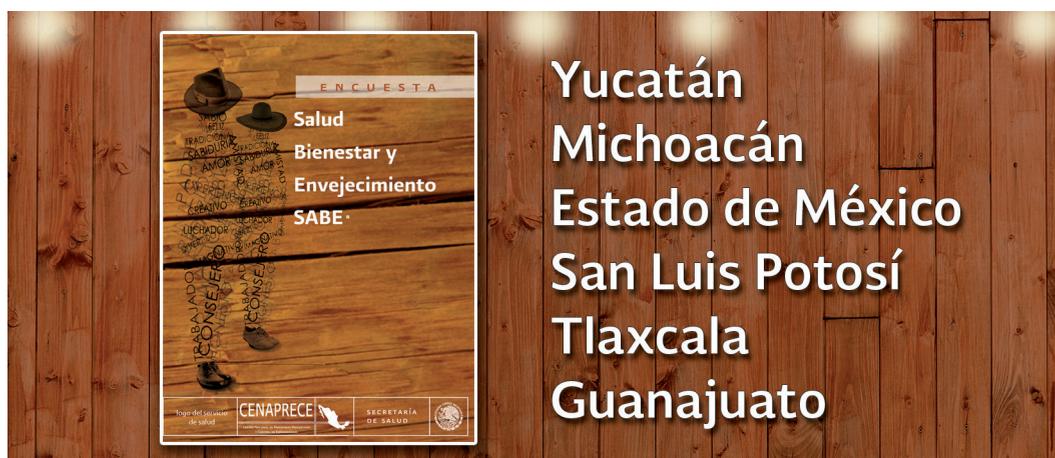
Las enfermedades relacionadas con la edad, a diferencia de las anteriores, se presentan en un determinado periodo de vida, pasado el cual su incidencia influye marcadamente. Estas enfermedades o alteraciones tienen una relación temporal con el huésped, pero su factor crítico no parece estar relacionado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

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

Fuente: Anuario Estadístico de Morbilidad 2010

En la consulta médica de los últimos años, las enfermedades más frecuentes en hombres son las atribuibles a alteraciones del aparato circulatorio, sistema osteomuscular y tejido conjuntivo; en las mujeres son atribuidas además, al estado nutricional, alteraciones del funcionamiento de las glándulas endócrinas y el metabolismo.^{1,2} 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



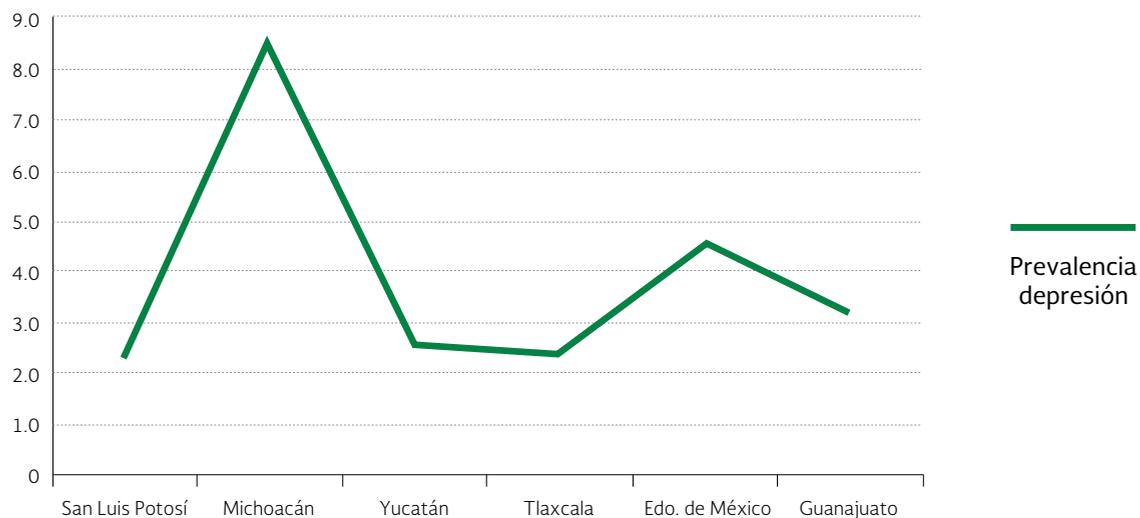
Al momento de la presente publicación, el acervo de la biblioteca SABE México sigue incrementándose. En la presente imagen, se ilustra el primer avance de la misma, integrado por los libros de datos en extenso de los estados de México, Yucatán, Michoacán, San Luis Potosí, Tlaxcala y Guanajuato. Se encuentran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

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. ¹¹

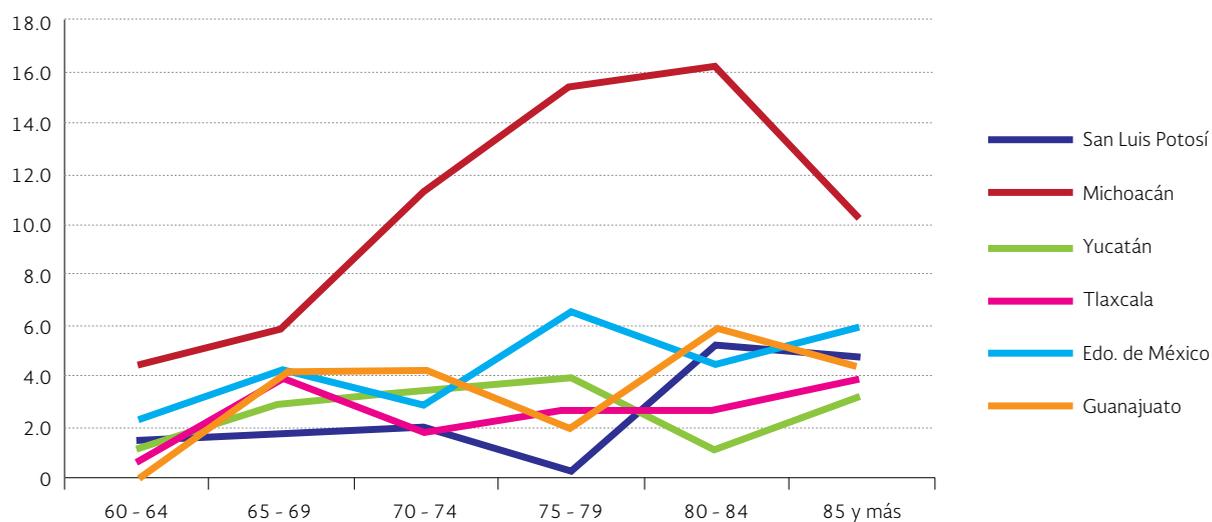
Gráfica 7. Prevalencia de sintomatología depresiva en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



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.

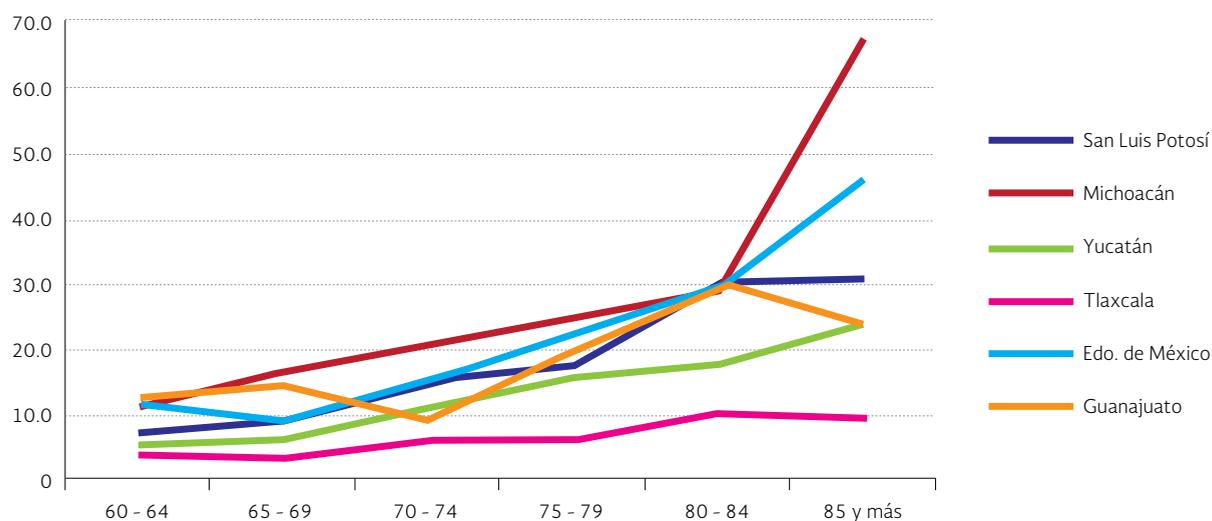
Fuente: Estudios SABE, Michoacán, Guanajuato, Tlaxcala, San Luis Potosí, Estado de México y Yucatán

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. ¹³

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. ¹⁴

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

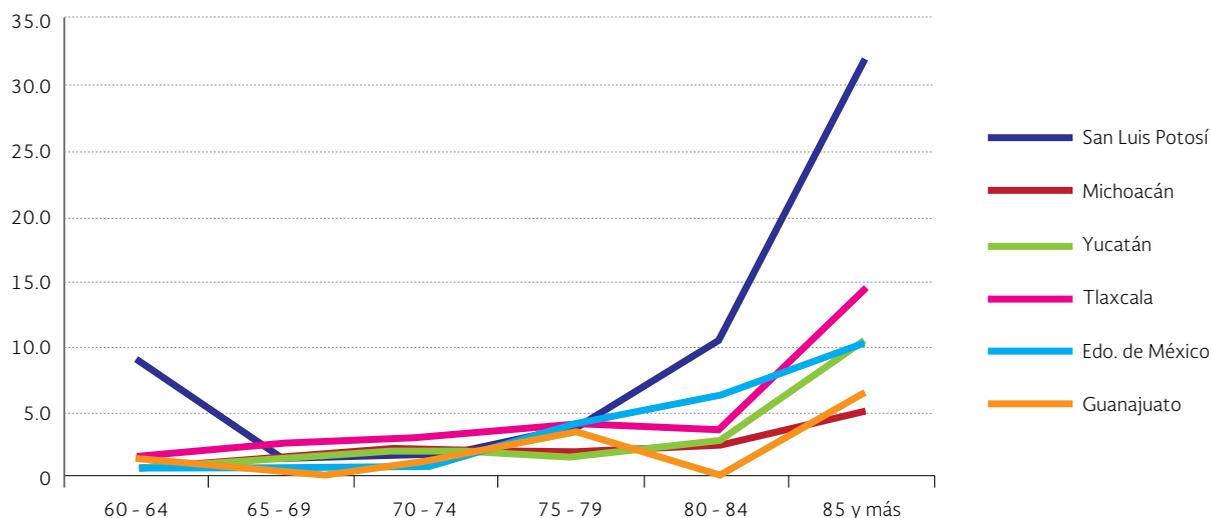
CONAPO en el año 2005, destaca en primer lugar, la discapacidad del aparato músculo-esquelético que afecta al 5.6% de los hombres y al 6.2% de las mujeres de este país. El segundo lugar, lo ocupa la discapacidad visual con un 3.2% en hombres y 3.4% en las mujeres; el tercero lo ocupa la discapacidad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

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).

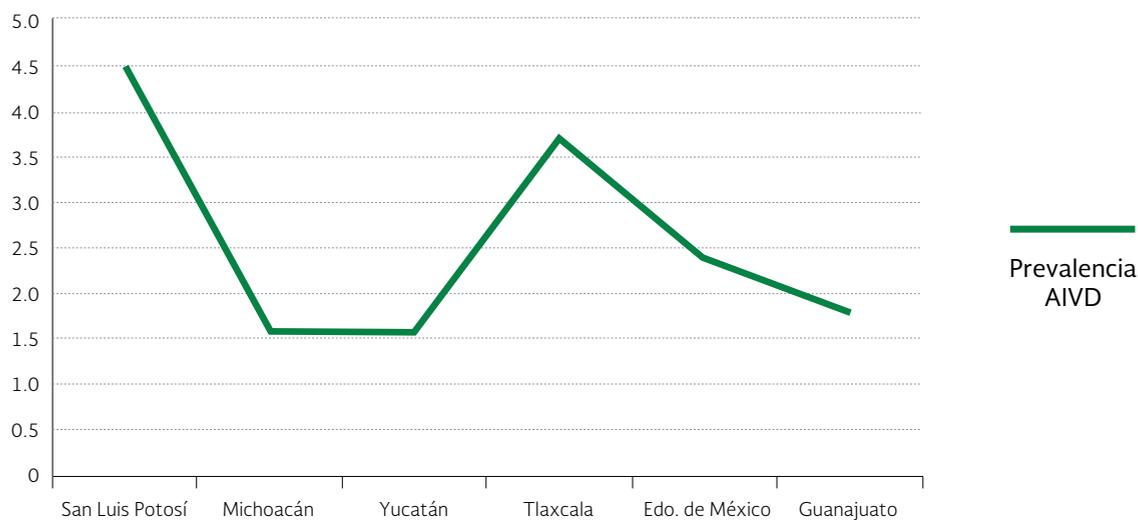
Gráfica 11. Prevalencia de deterioro en las actividades instrumentales de la vida diaria por grupos etarios en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



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

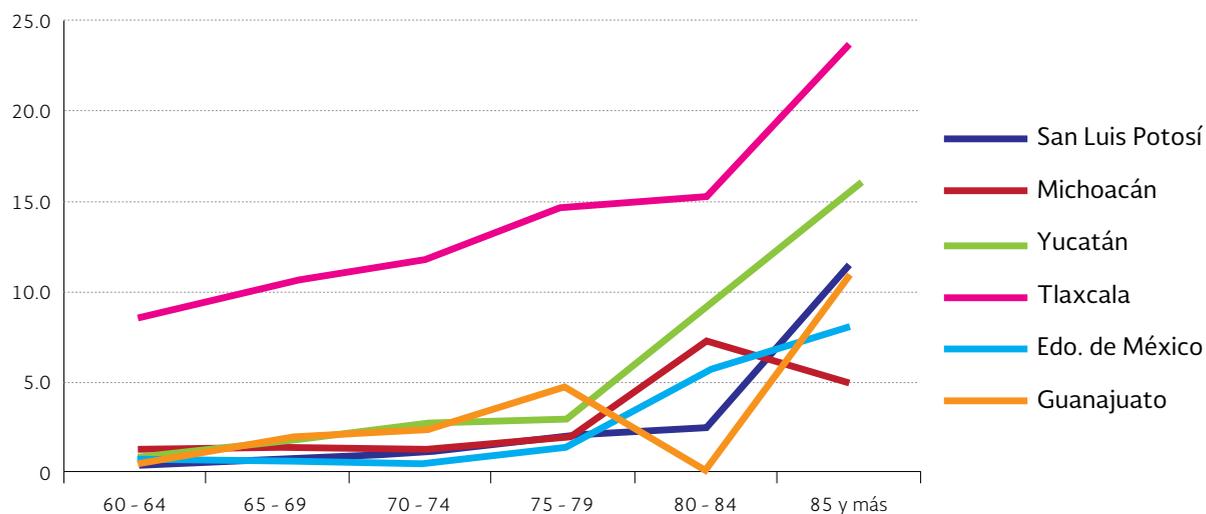
Gráfica 12. Prevalencia de deterioro en las actividades instrumentales de la vida diaria en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



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

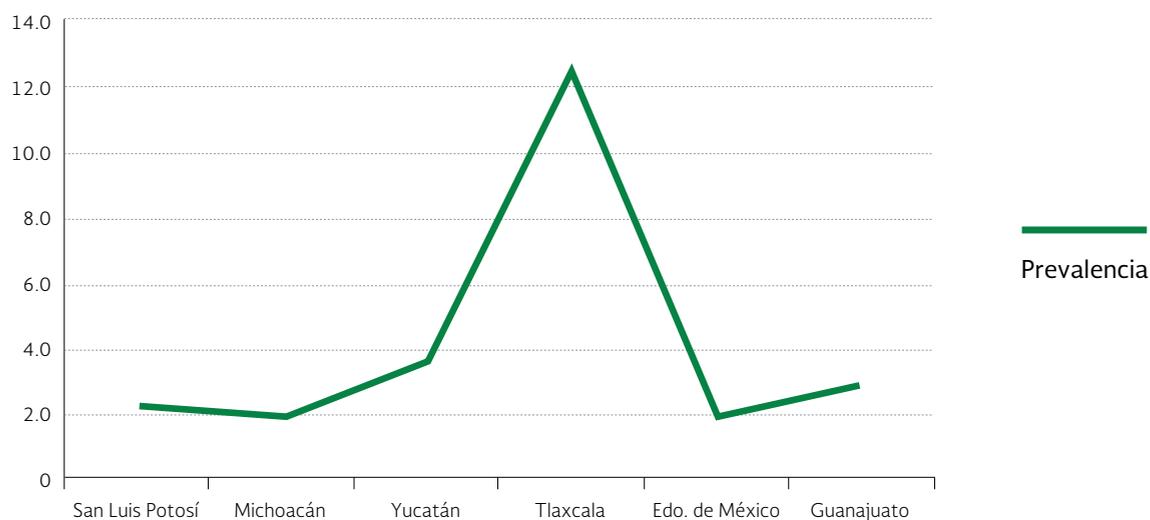
Gráfica 13. Prevalencia de deterioro en las actividades básicas de la vida diaria por grupos etarios en personas adultas mayores de la comunidad, Proyecto-Encuesta SABE en diferentes entidades federativas mexicanas.



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.^{36,37,38,39,40, 41}

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.^{35,42,43}

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.⁴⁰

- 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.^{44,46}

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. ^{44,46}

- 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. ⁴⁷

- 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. ^{48,49}
- 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. ³⁶
- 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. ^{50,51} 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. ^{52,58}
- 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
3. CEPAL. El envejecimiento y las personas de edad. Serial on line cited 2013, noviembre 19; available from: http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/35915/P35915.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_env.xslt
4. Lefrancois, R. y cols. Sociologie du 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
29. Secretaría de Salud Norma Oficial Mexicana NOM-024- SSA2-1994, Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria la salud. Serial on line 1994 cited 2007 enero 29 http://www.hgm.salud.gob.mx/pdf/servicios/nom_024_ssa2_1994.doc.
30. 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.
 44. Haffner SM, Stern MP, Hazuda HP, Mitchell BD, Patterson JK. cardiovascular risk factors in confirmed pre-diabetic individuals: does the clock for coronary heart disease start ticking before the onset of clinical diabetes *JaMa* 1990; 263:2893-2898
 45. Secretaría de Salud-CONAEN. Centros de Día. Lineamientos Generales para el Funcionamiento de un Centro de Día Gerontológico. México, 2007, p. 1-62.
 46. Forster A, Young J., Langhorne P. (1999) Systematic review of day hospital care for older people. *British Medical Journal* 318: 837-841.
 47. Siu AL, Morishita L., Blaustein J. (1994) Comprehensive geriatric assessment in a day hospital. *Journal of the American Geriatric Society* 42:1994-1999.
 48. Cost-effectiveness of Day Care Settings for Frail Elderly People *Brocklehurst age ageing*. 1989; 18: 282.
 49. 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/>.
 50. Dirección General de Información en Salud. Sistema Dinámico de Información Estadística en Salud. Serial on line abril 2007 cited enero 2008 available from: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>. SEED.SSA, 2005. serial on line abril 2007 cited enero 2008 available from: <http://sinais.salud.gob.mx/cubos/>.
 51. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Rectoría de los Ministerios de Salud en los Procesos de Reforma Sectorial. Documento.
 52. CD 40/13. XL Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, XLIX Reunión del Comité Nacional de la OMS, Sección del 23 de Julio de 1997, tema 5.2 del Programa Provisional, Washington, D.C., Septiembre de 1997.
 53. 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.
 54. 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
 55. Zarit, S.H. et al. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980; 20:649- 655.
 56. Hachinski Vc, Lassen Na, Marshall J. Multi-infarct dementia: a cause of mental deterioration in the elderly. *Lancet* 1974;2:207-210.
 57. 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.



Algún día
estaré en tus zapatos.
te admira abuelo.

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

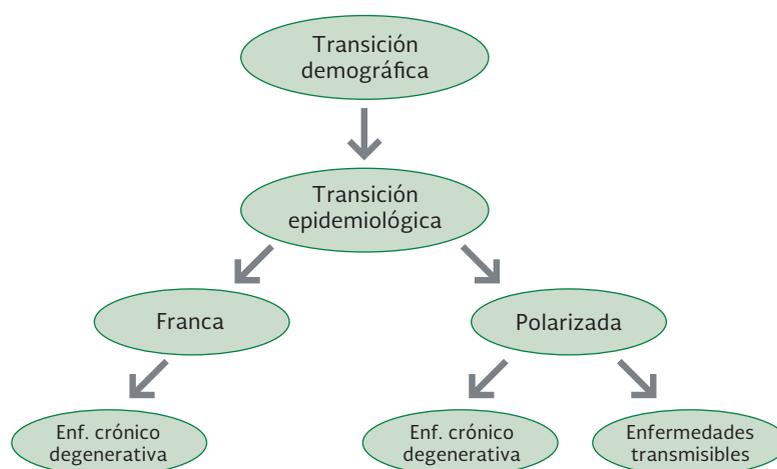
El envejecimiento es hoy en día, uno de los cambios más notables en la estructura de la población mundial. Los países desarrollados han experimentado desde hace décadas, las consecuencias de este cambio y han generado programas y estrategias para su atención; su eficiencia ha sido mostrada no solamente 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.^{1,2}

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.^{3,4} 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%).⁵

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.⁶

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%).⁷

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

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

En este trabajo, se reseña cómo el CONAEN ha observado y hecho un análisis del envejecimiento poblacional del país y su problemática en salud desde el inicio de sus funciones en 1999, hasta la fecha. Su estructura multidisciplinaria, interinstitucional e intersectorial ha logrado una experiencia acumulada en materia de Geriátrica 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.⁹

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

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

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

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

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:

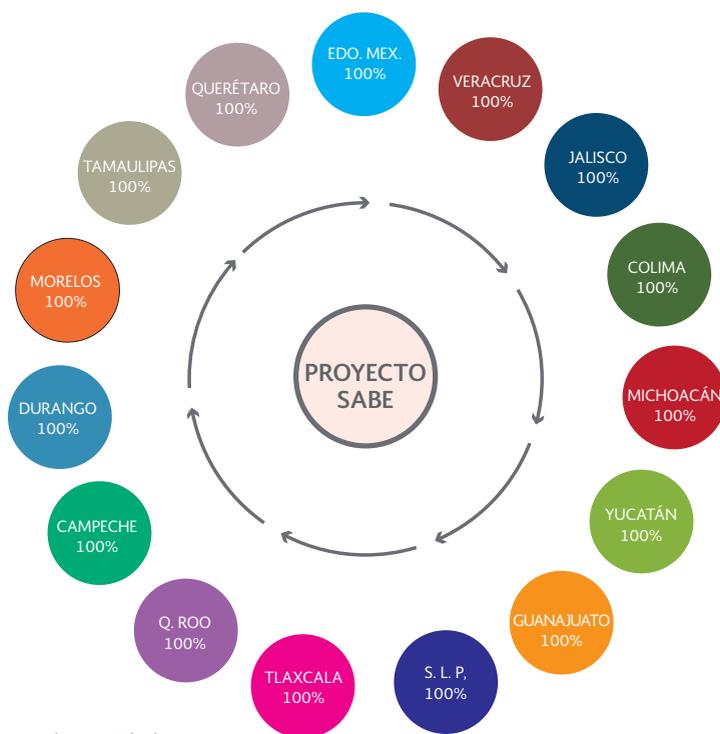
- Participación activa en la generación de políticas públicas en materia de atención a la población adulta mayor.
- Determinar y/o desarrollar estrategias operacionales para el control de las enfermedades.
- Llevar a cabo, en coordinación con otras instituciones del sector salud, la vigilancia epidemiológica 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),¹¹ que inició en el 2000 en la Ciudad de México y áreas conurbadas. El estudio se realizó con la información proporcionada por más de 26 mil personas adultas mayores y, se pretende se incremente la participación a medida que se sumen más entidades federativas. Por su impacto y relevancia, el estado de Yucatán fue el primero en replicar este estudio, el cual se encuentra terminado en un 100%. Posteriormente, a este logro se sumaron el Estado de México, 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.¹² (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.¹³ 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.¹⁴

Vinculaciones internacionales

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

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

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

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

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

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

Referencia bibliográfica

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

7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Banco de Información INEGI, Sociedad y Gobierno, Salud, Derechohabencia y uso de servicios de salud. Serial on line 2012, cited 2013, mayo 3; available: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biinegi/?ind=3108001001#S>
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Banco de Información INEGI, Sociedad y Gobierno, Empleo y relaciones laborales, Características del empleo de la población. Serial on line 2012, cited 2012, abril 11; available: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biinegi/?ind=3108001001#S>
9. Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Salud, Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. 1999, agosto, 12, N° 9, Tomo DLI: 19-20.
10. Dirección General de Epidemiología. Boletín de Envejecimiento Caminando a la Excelencia 2008-2012. Serial on line, cited 2012, mayo, 3; available: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/vig_epid_manuales/03_2012_Manual_Cam_Excelencia_11042013.pdf
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
14. Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. Acuerdos CONAEN 2008-2012



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

- Dra. María Esther Lozano Dávila¹ • Dr. Javier Calleja Olvera¹ • Dra. Marcelina García López²
• Lic. En Nut. José Méndez Hernández² • Dra. Martha Esperanza Medina Holguín²

1 Subdirección del Programa de Atención al Envejecimiento, Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades; 2 Departamento de Control de Enfermedades, Servicios de Salud de Veracruz.

La atención al envejecimiento es una preocupación perenne para las instituciones públicas y privadas del Estado de Veracruz. Con la firme intención de crear estructuras de atención a la salud y protección de las personas adultas mayores, se integra como parte de esta visión general, el 13 de febrero del 2001, el Comité Estatal de Atención al Envejecimiento (COESAEN).¹ La estrategia para la formación de este organismo se considera dentro de las más importantes en Veracruz, para hacer frente a los problemas relacionados con el envejecimiento patológico, así como para constituirse en un elemento promotor de la salud en las personas adultas mayores.²

Figura 1. Logotipo del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento Veracruz.



El Comité Estatal de Atención al Envejecimiento (COESAEN Veracruz), surge como una estrategia para lograr una atención integral de las personas adultas mayores. En la figura, se aprecia el Escudo, basado en un modelo original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), con aportaciones en diseño gráfico de los integrantes del mismo.

La instalación del COESAEN Veracruz, hace eco de las acciones generadas por el organismo colegiado de la Secretaría de Salud a nivel federal en materia de atención al envejecimiento, el denominado, Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN), en esta parte, es justo aclarar, que si bien es importante la replicación de las propuestas y acciones del CONAEN hacia el interior de las entidades federativas, esto se lleva a cabo con la finalidad de trabajar al unísono en la atención a las personas adultas mayores, con la necesaria participación de líderes estatales que conozcan la problemática específica de este grupo poblacional, generando propuestas de solución apegadas a la realidad cotidiana de la población adulta mayor que habita en Veracruz.³

En virtud de lo anterior y dada la necesidad de contar con una instancia que apoye los esfuerzos, tanto públicos como privados, a favor de la reducción de las tasas de mayor incidencia de las enfermedades en la población de 60 años y más, se creó el COESAEN Veracruz. Dicha creación se basa en la Ley General de Salud que tiene fundamento en el artículo 3º, Fracción XV y XVI, artículo 27º, Fracción II, artículos 134,159, referentes a la Detección Oportuna, Prevención y Control de las Enfermedades Transmisibles y no Transmisibles, aplicables en la Ley Estatal de Salud, la Ley General de Salud; así como, en las premisas propias en materia de envejecimiento del Programa Nacional de Salud, Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y del Plan Veracruzano de Desarrollo 2005-2011.^{4,5,6,7,8}

El objetivo general del COESAEN Veracruz es “Propiciar la mejora de estilos de vida saludables para un envejecimiento activo y contribuir con investigación y capacitación al desarrollo biopsicosocial de las personas adultas mayores para que vivan en plenitud, evitando las discapacidades y por ende, la disminución de gastos en salud e incluyéndolos en la sociedad”.⁹

Dentro de los objetivos específicos, se pueden enunciar:

- Fortalecer la coordinación sectorial e intersectorial.
- Sensibilizar a la sociedad para la construcción de una cultura del envejecimiento, entendido este, como un proceso de la vida.
- Fortalecer la participación de la persona adulta mayor en actividades económicas, políticas, sociales, culturales, recreativas y deportivas.
- Establecer programas que aseguren un envejecimiento activo e independiente, no discriminatorio por género, estatus sociocultural, o económico.
- Reorientar la capacitación de los recursos humanos encargados de la atención a la salud, con énfasis en el envejecimiento, a través de la participación activa en diplomados, maestrías, licenciaturas en centros de capacitación y en congresos.
- Consolidar acciones preventivas de salud, que permitan a la población llegar a la vejez en un buen estado de salud, tanto físico como mental a través de estilos de vida saludables.⁹

Dichos objetivos, buscan amalgamar el trabajo coordinado de las instituciones, tanto del sector salud, como de otros sectores, con el fin de brindar una mejor atención a las personas adultas mayores de Veracruz, por consecuencia lógica, es necesaria la participación de dichas instituciones, las que tienen voz y voto en el aporte y toma de decisiones derivadas de las sesiones que se llevan a cabo de forma mensual. ¹⁰ El Comité Estatal de Atención al Envejecimiento del Estado de Veracruz, se encuentra integrado por:

- Presidente, cuyo cargo está representado por el Director(a) de Prevención y Promoción de la Salud, de Servicios de Salud de Veracruz (SESVER).
- Vicepresidente, representado por la Delegada Estatal del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM).
- Asesor del Comité, cuyo cargo lo ocupa el Subdirector de Prevención y Control de Enfermedades.
- Secretario Técnico, representado por el Coordinador (a) Estatal del Programa del Adulto y Adulto Mayor, y
- Vocales, integrados por representantes de las siguientes instituciones:
 - » Servicios de Salud de Veracruz (SESVER).
 - » Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Delegaciones Norte y Sur.
 - » Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
 - » Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), Delegación Estatal de Veracruz.
 - » Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).
 - » Secretaría de Gobierno.
 - » Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), 26° Zona Militar.
 - » Secretaría de Marina (SEMAR). Fuerza Naval del Golfo.
 - » Secretaría de Educación del Estado de Veracruz (SEV).
 - » Petróleos Mexicanos Veracruz (PEMEX).
 - » Comisión Estatal de Derechos Humanos (CEDH Veracruz).
 - » Procuraduría General de Justicia (PGJ Veracruz).
 - » Universidad Veracruzana (UV).
 - » Universidad Pedagógica Nacional (UPN) Unidad Jalapa.
 - » Asociación de Geriatría y Gerontología del Sureste de México, A.C.
 - » Asociación Estatal de Padres de Familia (APAFEV).
 - » Vocales independientes 9.

Imagen 1. Reunión del COESAEN Veracruz.



Reunión del COESAEN Veracruz, 29 de junio del 2012. De izquierda a derecha: Dra. Irasema A. Guerrero Lagunes, Directora de Prevención y Promoción de la Salud y Presidenta del Comité, Dr. Jorge Azamar Martínez, Investigador Independiente, Dr. Pedro Antonio Lara Ruiz, Responsable Jurisdiccional del Programa del Adulto y Adulto Mayor, Xalapa, Dr. Eduardo Cantellano Galicia, Médico del INAPAM, Norma Patricia Hernández Alarcón, Instituto de Salud Pública, Dr. Oscar R. Blanco Alarcón, Jefe de Capacitación y Educación Continua del Departamento de Enseñanza (SESVER), Dr. Rubén Torres Martínez, Coordinador del Programa de Salud Mental (SESVER), Dr. René Isaac Espinosa Meza, Apoyo al Programa (SESVER), Dr. Carlos Morales González, Secretario Técnico del COESAEN (SESVER), Dr. Ricardo Rueda Gómez, Coordinador del Programa de Ejercicio y Salud (SESVER), C. Vianey de Ocampo Aguilar, (INAPAM), Mtra. María Cristina Ortiz León, Directora del Instituto de Salud Pública Veracruz, Mtra. Emma Ramos Dupont, Universidad Veracruzana, Lic. Alicia L. Carrión Ovalle, COESPO, Dra. Rita Margarita García López, Vicepresidenta del COESAEN y Delegada Estatal del INAPAM, C. Itzel Rodríguez Meza, Vicepresidenta de la Asociación de Padres de Familia (APAFEV), C. Dulce María Salazar García, DIF Municipal Xalapa, Mtra. María Verónica Rodríguez Estrada, Directora de la Casa Hogar del Adulto Mayor “Mariana Sayago”, Lic. María Evangelina Campos Cruz, IMSS-Oportunidades. Mtra. Sandra Areli Saldaña Ibarra, Instituto de Salud Pública y C. María Isabel Dorantes García, INAPAM.

Ahora bien, para su funcionamiento, el COESAEN Veracruz está formado por 6 Subcomités, los cuales son complementarios para los fines que se persiguen y tienen una interacción permanente, y se exponen en la figura 2.⁹

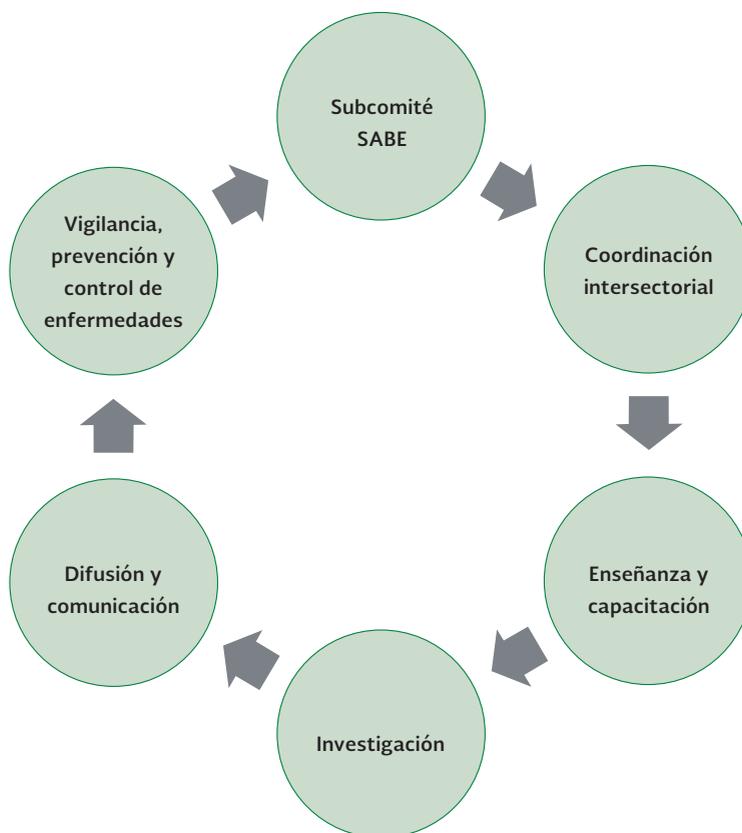
La presencia de COESAEN Veracruz en SABE, se justifica, ya que incluso dentro de sus funciones se encuentra “Establecer modelos de investigación en la materia, así como fomentar la realización de proyectos, que permitan el avance científico y tecnológico a favor del Programa Estatal de Atención al Envejecimiento”, con lo cual, la realización de SABE en Veracruz cumple cabalmente con esta función.

La realización de SABE Veracruz, requirió de la intervención de diferentes actores durante todas las etapas del desarrollo del proyecto, tales como la planeación y levantamiento de la encuesta, con

distinguidos expertos en las diversas áreas de atención al envejecimiento, lo que ha permitido que desde su perspectiva personal, profesional y de identificación regional, se logre entablar y adecuar las estrategias necesarias para llevar a cabo el estudio SABE en el estado de Veracruz, siempre contando con la supervisión del equipo federal perteneciente a la Subdirección de Atención al Envejecimiento con sede en el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), además con apego a los lineamientos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de su oficina regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS). ^{11,12,13}

Por lo anterior, la participación definitiva de los integrantes del cuerpo colegiado SABE, se antoja como algo que no se circunscribe a un evento únicamente, ya que se espera que en breve se lleve con la finalidad de hacer comparaciones estadísticas, el llamado “SABE fase 2” que será la continuación del presente trabajo a llevarse a cabo en la entidad.

Figura 2. Estructura Organizacional del COESAEN Veracruz.



En la presente ilustración se aprecia la estructura organizacional para el funcionamiento del COESAEN Veracruz. Este organismo colegiado está conformado por 6 subcomités entre los que se encuentran “Vigilancia, Prevención y Control de Enfermedades”, “Difusión y Comunicación”, “Investigación”, “Enseñanza y Capacitación”, “Coordinación Intersectorial” y “Subcomité SABE”, este último resalta para la actual investigación, ya que sus diversas acciones y gestiones hacia los otros subcomités y hacia fuera del COESAEN han permitido el llevar eficientemente el estudio hacia la población blanco con un adecuado desempeño.

Referencia bibliográfica

1. Acta de conformación del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento, 13 de febrero 2001, Xalapa, Ver.
2. Secretaría de Salud de Veracruz. Programa Sectorial de Salud 2005-2010. Xalapa, México, 2005; serial on line, cited: 2013, abril, 12, disponible en: <http://www.veracruz.gob.mx/finanzas/files/2012/01/tf07-ps-pvd-salud.pdf>-Secretaría de Salud de Veracruz. Programa Veracruzano de Salud 2011-2016. Xalapa, México, 2012; serial on line, cited: 2013, abril, 12, Disponible en: <http://www.veracruz.gob.mx/finanzas/files/2012/08/tf07-ps-pvd-11-16-pvas-16.pdf>
3. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. México, 1999. serial on line, cited: 2013, abril, 12, Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4952357&fecha=12/08/1999
4. Ley General de Salud. D.O. 7-02-984. Últimas reformas D.O.F. 7-06-2012; serial on line, cited: 2013, abril, 12, Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
5. Ley de Salud del Estado de Veracruz Llave; G.O. 17-V-1988; serial on line, cited: 2013, abril, 12, Disponible en: <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2011/10/LEY-113-de-SALUD-VERACRUZ-17-05-1988.pdf>
6. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. 1ª edición. México, 2007; serial on line, cited: 2013, abril, 12, Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/pns_version_completa.pdf
7. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. México, 2007; serial on line, cited: 2013, abril, 12, Disponible en: http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/pdf/PND_2007-2012.pdf
8. Gobierno del Estado de Veracruz. Plan Veracruzano de Desarrollo 2010-2016. México, 2010-2011; serial on line, cited: 2013, abril, 12, Disponible en: http://www.veracruz.gob.mx/oficinadelgovernador/files/2011/09/pvd_2011_2016.pdf-Gobierno del Estado de Veracruz. Actualización del Plan Veracruzano de Desarrollo 2005-2010 y Realineamiento al Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y los Planes Municipales 2008-2010. Xalapa, México, 2008; serial on line, cited: 2013, abril, 12, Disponible en: <http://www.veracruz.gob.mx/wpcontent/uploads/2012/01/tf07-pvd-rpnd-pmun-2008-2010.pdf>.
9. Comité Estatal de Atención al Envejecimiento (COESAEN). Programa de Actividades, 2010, Xalapa, Ver.
10. Comité Estatal de Atención al Envejecimiento (COESAEN). Minutas de reuniones y listas de asistencia, 2010-2011.
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. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico 2007 2012. Envejecimiento. 1ª edición. México, 2008. serial on line, cited: 2013, abril, 12, Disponible en: <http://www.spps.gob.mx/envejecimiento>. Secretaría de Salud de Veracruz. Programa de Acción Específico de Envejecimiento. Xalapa, México, 2011.

13. Secretaría de Salud. Resultados de la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento. SABE Yucatán, México, 2012; serial on line, cited: 2013, abril, 12, Disponible en: http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_manuales.html



Tu Apoyo y Sabiduría
me hacen Crecer



Rectoría
Institucional

DIIT



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

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



4. El papel de la Universidad Veracruzana frente al envejecimiento poblacional en el Estado de Veracruz

• Dr. Claudio R. Castro López¹ • Lic. Alma Janett Tenorio Aguirre¹

¹ Centro de Estudios de Opinión y Análisis- Universidad Veracruzana.

La Universidad Veracruzana es una institución autónoma de educación superior que conforme a su ley: tendrá la facultad de autogobernarse, expedir su reglamentación, y nombrar a sus autoridades; realizará sus fines de conservar, crear y transmitir la cultura y la ciencia, a través de las funciones de docencia, investigación, difusión y extensión, respetando las libertades de cátedra, de investigación, de libre examen y discusión de las ideas; determinará sus planes y programas; fijará los términos de ingreso, promoción y permanencia de su personal académico; y administrará libremente su patrimonio, que se integrará con las aportaciones federales y estatales, la transmisión de bienes y derechos de personas físicas o morales, nacionales o extranjeras, los recursos generados por los servicios que preste, así como por los demás que señala su Ley de Autonomía de la Universidad Veracruzana en 1996. Asimismo, en la Ley Orgánica 1993, artículo 2, se señala que “los fines de la Universidad Veracruzana son los de conservar, crear y transmitir la cultura, en beneficio de la sociedad y con el más alto nivel de calidad académica”, como una institución pública autónoma, cuyas funciones sustantivas son la docencia, investigación, difusión de la cultura y extensión de los servicios universitarios, mismas que deben cumplirse con calidad, pertinencia, equidad, ética y en vinculación permanente con los diferentes sectores sociales que generen y distribuyan conocimientos para el desarrollo equitativo y sostenible. ^{1,2}

La Universidad Veracruzana, institución siempre comprometida con el desarrollo económico, social y cultural de México y del Estado de Veracruz, reconoce la diversidad socio-natural de su entorno y el compromiso de su quehacer académico para aportar respuestas viables a las necesidades y problemas de la comunidad, como institución flexible, está abierta al cambio y sujeta a innovaciones constantes para lograr sus objetivos, considerando las nuevas dimensiones de la economía, la política y las comunicaciones; piensa globalmente y actúa regionalmente, por lo que reconoce y da prioridad al desarrollo que se gesta en el interior de nuestra sociedad; conoce e impulsa el valor de las innovaciones en el conocimiento científico y tecnológico y sus impactos social y económico; ratifica su liderazgo en el campo de las humanidades, la cultura y la creación artística; y aspira en el corto plazo a ser líder en otras áreas del conocimiento aún en desarrollo; busca la articulación de la ciencia, el humanismo y las artes como única vía para el enriquecimiento del espíritu de los seres humanos; se abre a los cambios del mundo moderno y se prepara para el futuro sin renunciar a los valores de su legado histórico y evolución institucional. ²

La Universidad Veracruzana ha establecido una nueva visión de la vinculación universitaria a partir del Programa de Trabajo 2005-2009. Esta tarea es uno de los retos más complejos e importantes de la institución, pues requiere reforzar y ampliar la interrelación de la comunidad universitaria con los diversos sectores de la sociedad. ³

La vinculación en esta casa de estudios se ha conceptualizado como un proceso que permite establecer puentes y rutas de interacción entre la comunidad universitaria y los actores de los diferentes sectores de la sociedad. Este precepto ha permitido posicionarla como principio y propósito esencial de la docencia, investigación y extensión de los servicios y la difusión de la cultura. En torno a este planteamiento conceptual se diseñan objetivos, estrategias y políticas de vinculación de la universidad.⁴

Dentro de este contexto, la Dirección de Vinculación General lleva a cabo las siguientes líneas de trabajo: vinculación institucional; con el sector social, público y productivo, en el cual se realiza la implementación del Observatorio de Pequeña y Mediana Empresa (PyME), y la vinculación a partir de convenios y gestión de proyectos. Además, para el año 2006, se crea el Proyecto Red Universitaria de Estudios de Opinión de la Universidad Veracruzana, ante la necesidad de realizar estudios con visión multidisciplinaria, operatividad regional y mayores alcances en la calidad del análisis y comunicación de resultados relevantes. A partir de noviembre de 2012, la Red Universitaria de Estudios de Opinión fue consolidada como Centro de Estudios de Opinión y Análisis de la Universidad Veracruzana.⁵

Figura 1. Escudo de la Universidad Veracruzana.



Universidad Veracruzana

El Centro de Estudios de Opinión y Análisis (antes Red Universitaria de Estudios de Opinión), considera que los fenómenos sociales pueden ser medidos por métodos estadísticos, esmerándose en lograr el complemento entre estudios cuantitativos y cualitativos. Por otro lado, tiene como objetivo primordial, aportar conocimientos a la sociedad, mediante la generación de información objetiva y confiable para la acertada toma de decisiones. Promueve además, la cultura de opinión y la formación de investigadores que respondan a las necesidades sociales y tecnológicas actuales, para trascender, a partir de este tipo de estudios hacia la importancia de la calidad de vida ciudadana y la toma de decisiones en los ámbitos políticos y sociales.

En este sentido, la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz, contactó a la Universidad Veracruzana para que a través de la Red Universitaria de Estudios de Opinión, se apoyara en la realización del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE).

El Proyecto-Encuesta SABE, investiga las condiciones de salud de las personas adultas mayores, en este caso, en el Estado de Veracruz. La encuesta, es la primera de este tipo en la entidad. El estudio es de tipo transversal, multicéntrico (ya que se lleva a cabo en otros estados de la República Mexicana) y cuyos resultados son rigurosamente comparables, con el fin de recopilar información que será la primera en su género sobre las personas de 60 años y más. ⁶

La información recopilada servirá principalmente para la descripción y análisis de las condiciones de salud y las limitaciones funcionales de las personas adultas mayores de las que se sabe poco hasta el momento. Adicionalmente, la encuesta proporcionará información sobre la determinación de variables antropométricas, cognoscitivas, el uso y acceso de los servicios de salud, arreglos domiciliarios, participación laboral, transferencias inter-generacionales, ingresos, pensiones y bienestar general. ⁶

El Centro de Estudios de Opinión y Análisis de la Universidad Veracruzana, consideró la realización de las siguientes actividades para el desarrollo de SABE Veracruz:

- Diseñar la muestra de personas adultas mayores a entrevistar siguiendo puntualmente las recomendaciones del Protocolo SABE. Tal como se marca en el protocolo, se diseñó una muestra que incluyó población adulta mayor, urbana y rural. La definición operativa de la población blanco incluye a personas de 60 años y más de edad, residentes habituales del Estado de Veracruz.
- Elaborar carpetas ejecutivas con los documentos necesarios para la toma de datos en campo, de acuerdo a lo estipulado en el Protocolo SABE y en coordinación con los encargados de la captación de datos.
- Asesorar a los encuestadores y supervisores en estrategias para el levantamiento de información en campo.
- Desarrollar una logística general de la encuesta y determinar el número de cuestionarios a realizar por AGEB, por grupos quinquenales y por género.

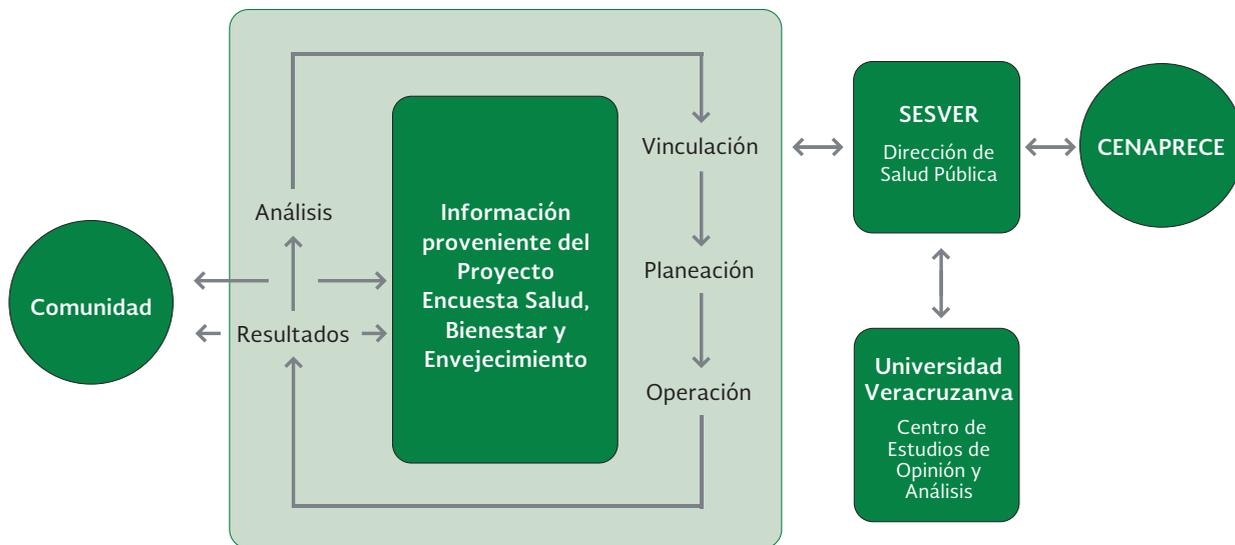
Modelo Universitario de Vinculación y Extensión

Con el marco referencial antes expuesto es posible explicar cómo el conocimiento generado por el Proyecto-Encuesta SABE en Veracruz, servirá como una base firme para la creación de programas y políticas públicas que generen acciones en pro del bienestar de la persona adulta mayor de Veracruz.

Una vez que se obtiene la información proveniente de las personas adultas mayores a través de la recopilación de los cuestionarios SABE, los resultados son sometidos a un análisis riguroso para con ello generar acciones de vinculación con otros organismos e instituciones. En el caso específico de SABE Veracruz, una institución de vinculación directa son los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER). Estas acciones permiten la planeación estratégica de nuevos programas, redundando en una operatividad basada en evidencia científica proveniente de la población blanco, en este caso, las personas adultas mayores de Veracruz, generando información nueva, retroalimentando el ciclo. Por

otro lado, la información proveniente de SABE Veracruz, será el puente de enlace entre SESVER y la Universidad Veracruzana, así como SESVER con el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE). Ver siguiente figura: ⁷

Figura 1. Modelo Universitario de Vinculación y Extensión.



El presente esquema ilustra el flujo de información proveniente del Proyecto-Encuesta SABE en el Estado de Veracruz (ver texto) donde destaca que el análisis de la información, es una base firme para la generación de productos académicos y de investigación satelital que permitirán la vinculación de la Universidad Veracruzana con la comunidad, en beneficio de las personas adultas mayores. Diseño: Lozano D.M.E., García L.M., Méndez H.J., Calleja O.J.A.

Por último, la Universidad Veracruzana, podrá generar una serie de acciones derivadas de los resultados del Proyecto-Encuesta SABE Veracruz a saber cómo:

- Publicaciones en libros y revistas indexadas con referencia a la persona adulta mayor.
- Publicación de tesis y tesinas de alumnos de las diversas carreras de la Universidad Veracruzana.
- Revisión de los planes de estudio de las diversas carreras relacionadas al tema de la población adulta mayor incluyendo información proveniente de SABE.
- Inclusión de temática con referencia a las personas adultas mayores en las carreras relacionadas directamente o no, con estas.
- Creación de modelos de atención al envejecimiento poblacional en Veracruz, basados en evidencia científica proveniente de SABE.
- Creación de cuerpos colegiados y centros de investigación especializados en envejecimiento.

Con lo anteriormente expuesto, es entendible que la información derivada de SABE, permitirá el intercambio de conocimientos entre los diferentes actores de la sociedad en beneficio de las personas adultas mayores, además de que permitirá la extensión de los nexos universitarios, en este caso de la

Universidad Veracruzana, para la creación de nuevas infraestructuras y programas académicos y de investigación con trascendencia nacional y proyección internacional.

Imagen 1. Cuerpo Académico del Centro de Estudios de Opinión y Análisis de la Universidad Veracruzana.



Cuerpo Académico del Centro de Estudios de Opinión y Análisis de la Universidad Veracruzana. De izquierda a derecha y de abajo hacia arriba. Lic. Flor de María Mendoza Muñíz, Lic. Marisol Sánchez Cano, C. Zaira Mendoza Roldán, Lic. Lucero Hernández Cuevas, Dra. Jeysira Jaqueline Dorantes Carrión, Lic. Consuelo Amador Valencia, Mtra. Alma Janett Tenorio Aguirre, Dr. Claudio Rafael Castro López, Dra. Carmen Dolores Patricia Andrade del Cid, Mtra. Ana Rosa Uribe Bustamante, Mtro. Gerónimo Córdoba del Valle, Lic. Rubén Salas Castillo, Lic. Urbano Francisco Ortega Rivera, Mtro. Ángel Ignacio Martínez Armengol.

Referencia bibliográfica

1. H. Legislatura del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Ley de Autonomía de la Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver., 1996.
2. Universidad Veracruzana. Ley Orgánica de la Universidad Veracruzana. Xalapa, Ver., 1993.
3. Universidad Veracruzana. Programa de Trabajo 2005-2009, Innovación académica y descentralización para la sustentabilidad, Xalapa, Ver., 1998.
4. Universidad Veracruzana. Plan General de Desarrollo 2025, Xalapa, Ver., 2008.
5. Universidad Veracruzana. Programa de Trabajo 2009-2013, Innovación académica y descentralización para la sustentabilidad Xalapa, Ver., 1998.
6. Palloni A., Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Protocolo de Estudio Multicéntrico, Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Washington D.C., (EUA), Abril 1999. Pp 1-47.
7. 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.Perú.Med. Interna, 2011; Vol. 24, No. 4. Pp 186-196.



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

5. Etapas del desarrollo operativo de la Encuesta SABE Veracruz, actualizaciones específicas

• Dra. María Esther Lozano Dávila¹ • Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera¹ • Dra. Marcelina García López²
• Lic. En Nut. José Méndez Hernández²

1 Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades; 2 Departamento de Control de Enfermedades, Servicios de Salud de Veracruz.

Las elevadas estadísticas en natalidad, mortalidad, enfermedades transmisibles y una baja esperanza de vida al nacer en nuestro país, se han ido modificando a mediados del siglo pasado. En la actualidad, el descenso de la natalidad, la fecundidad y la mortalidad con énfasis en la infantil, propiciaron el aumento en la esperanza de vida al nacer; así como, el incremento en el número de personas con enfermedades crónicas no transmisibles y coexistencia de las transmisibles, lo que constituye el nuevo reto a vencer en el siglo XXI. Durante el siglo XX, el Sector Salud se preocupó y destinó gran parte de los recursos para la prevención de la morbilidad y mortalidad por causas infecciosas, gracias a este esfuerzo, se han evitado un gran número de muertes a edades tempranas; lo que se considera una política de salud pública exitosa.



Imagen 1. “Tomando un descanso” Pintura en pastel seco sobre papel cansón de 50 x 70 cms. Obra del Maestro Alejandro Martínez Cházaro.

La tendencia poblacional es muy clara, haciendo un análisis somero del crecimiento del número de personas adultas mayores, se sabe que en el Estado de Veracruz en 1995, se contaba con 5.4 personas menores de 15 años por cada persona adulta mayor, en comparación con el año 2010, la relación se contabilizó en 2.4 personas menores de 15 años por cada persona adulta mayor; situación que en el futuro se transformará en una relación uno a uno.

Enfrentar estos cambios demográficos no será fácil si no se cuenta con información útil de la situación de sistemas de pensión y jubilación, demanda de asistencia y disponibilidad de servicios de salud, así como de la forma de vivir de las adultas y adultos mayores.

En el Estado de Veracruz, al igual que en algunas otras entidades federativas del país, a la fecha, se carece de fuentes de información para establecer políticas, programas y acciones estatales, para generar perfiles de riesgo, prevenir y resolver la problemática de salud de las personas adultas mayores de 60 años de la entidad.



Imagen 2. SABE Veracruz, se considera como una oportunidad para definir mediante una magna encuesta aplicada a las personas adultas mayores, su estado de salud, forma de vida y apoyo, tanto social como institucional. "Recordando el ayer". Acuarela sobre papel fabriano de 50 x 70 cms. Obra del Maestro Alejandro Martínez Cházaro.

Por lo antes expuesto, es una decisión del gobierno estatal, la realización del Proyecto-Encuesta SABE Veracruz, con el fin de cubrir las deficiencias en la información referente a la población adulta mayor.

Con la intervención y asesoría de la Subdirección de Atención al Envejecimiento del Gobierno Federal, se llevaron a cabo juntas de vinculación, asesoría y gestión con los diversos actores participantes en SABE Veracruz, de acuerdo al protocolo y los diversos documentos generados para el desarrollo de la encuesta SABE. Sin embargo, como es conocido de aquellas personas que han participado con anterioridad en el estudio, la metodología para su realización, aunque se ha llevado a cabo de forma rigurosa, también ha sufrido algunas adaptaciones inherentes al momento histórico, recursos disponibles y actualización tecnológica.

El presente capítulo, fue desarrollado como todos los estudios SABE que se están realizando en el país, a través de la metodología publicada en la Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna “Investigación clínico epidemiológica del proyecto encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en México”. Y aquí solo se plasma aquella problemática particular que se presentó en el desarrollo operativo de SABE Veracruz, así como la solución que se dio a cada conflicto y las aportaciones al desarrollo de la encuesta por parte del equipo estatal.¹

Uno de los requisitos que estableció la Subdirección de Atención al Envejecimiento a nivel federal, para la aplicación de la Encuesta, fue que dentro del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento, se conformara el Subcomité de trabajo del Proyecto-Encuesta SABE, por lo que se convocó a una reunión extraordinaria para dar a conocer el protocolo y solicitar la participación en el desarrollo de la misma.

La Coordinadora Estatal del Programa del Adulto y Adulto Mayor, fue designada Coordinadora Operativa Estatal del “Proyecto-Encuesta SABE” (de acuerdo a las especificaciones de OPS/OMS), misma que se apoyó de tres supervisores de campo y 20 encuestadores.

Mediante las gestiones y el apoyo del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), específicamente de la Subdirección de Atención al Envejecimiento, se otorgó un presupuesto semilla en 2010 para la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), llevada a cabo en el periodo 2010-2011.

Instrumentación

Se solicitó la participación de investigadores del Centro de Estudios de Opinión y Análisis, de la Universidad Veracruzana, quienes estuvieron a cargo de la obtención del tamaño de la muestra, basados en la fórmula propuesta en el Protocolo del Proyecto de la Encuesta SABE, proporcionado por la Subdirección de Atención al Envejecimiento.

El marco muestral fue obtenido a partir del Censo de Población y Vivienda 2005. Las muestras se elaboraron por el método clásico de muestreo de etapas múltiples por conglomerados, con estratificación de las unidades, tomando en cuenta los niveles de marginación, alto (muy alto y alto), medio y bajo (bajo y muy bajo).

Descripción de la muestra:

- Tipo de muestreo: Muestreo por conglomerados.
- Polietápico: tres etapas.
- Unidad primera etapa: AGEB's.
- Unidad segunda etapa: Viviendas.
- Unidad tercera etapa: Personas mayores de 60 años.
- Estratificación: niveles de marginación.

Tabla 1. Distribución por Género de los Cuestionarios Realizados Durante la Encuesta SABE Veracruz.

Grupo etario	Encuestas	Hombres	Mujeres
60-64	439	189	250
65-69	330	135	195
70-74	254	100	154
75-79	180	71	109
80 y más*	280	100	180
	1,483	595	888

Dentro del Proyecto-Encuesta SABE Veracruz, se realizaron 1483 cuestionarios a personas adultas mayores de 60 años y más, residentes habituales del municipio de Xalapa, Veracruz. En el estudio se seleccionaron 80 AGEB's para tal motivo, se desarrolló un "sobre muestreo" de personas mayores de 80 años de edad, según el protocolo original de la Encuesta SABE, completando a 280 encuestas por este concepto.

Organización

Investigadores del Centro de Estudios de Opinión y Análisis, de la Universidad Veracruzana, por la experiencia adquirida en la realización de otros estudios que se han llevado a cabo en la entidad, decidieron que los mejores candidatos para ocupar el puesto de supervisores y encuestadores SABE, provenían de las filas del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), dado su alto sentido de responsabilidad y profesionalismo, además de la experiencia adquirida en estudios de campo durante años.

Una vez reclutado, este personal fue entrevistado por la Coordinadora Estatal del Programa del Adulto y Adulto Mayor para verificar su disposición de realizar esta labor considerada muy importante. Así mismo, la Coordinadora junto con su equipo de trabajo, se encargaron de la planeación y organización de los cursos de capacitación. Se conformaron 10 equipos integrados cada uno por dos encuestadores,

contando además para la supervisión de los mismos con tres supervisores. En total 20 encuestadores y 3 supervisores de campo; equipos que fueron previamente capacitados en el manejo de las diez computadoras (notebooks), para el registro de la información.



Imagen 3. Encuestadores del Proyecto SABE Veracruz con el uniforme oficial previo a sus actividades de campo. El uniforme estaba compuesto por casaca, visera y bolsa con el logotipo oficial SABE.

La capacitación se impartió por personal del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE), específicamente de la Subdirección de Atención al Envejecimiento, para estandarizar la aplicación de la encuesta y obtener el gold standard, toma de signos vitales, muestras de glucosa; manejo adecuado del equipo antropométrico, así como para sensibilizar a las personas adultas mayores y lograr obtener información lo más confiable posible. El Centro de Estudios de Opinión y Análisis, por su parte, capacitó a este grupo en el manejo de los mapas de ubicación de AGEB's y el uso del muestreo aleatorio, entre otros.

El reclutar personal del INEGI permitió que el planteamiento de las preguntas a las personas adultas mayores estuviera libre de sesgos, esto debido, tanto al control que se tenía de la entrevista, como al hecho de no ser los entrevistadores provenientes de carreras relacionadas con la salud y que con ello emitieran juicios de valor que sesgaran las respuestas de los entrevistados

El gold standard del tiempo para la realización de cada uno de los cuestionarios se abatió importantemente con la intervención de los encuestadores del INEGI, ya que según los registros operativos del desarrollo de la encuesta permitieron identificar que dicha realización se dio en un término de 30 minutos por entrevistado, cuando el promedio era regularmente de una hora con veinte minutos.

Una situación que lamentablemente alargó los tiempos en la realización de la encuesta SABE Veracruz, fue que las notebooks utilizadas para tal fin, tuvieron fallas al inicio, haciendo la captura de la información

más difícil. De primera instancia se capturó la información utilizando el “Cuestionario del Entrevistador” para posteriormente digitalizar la información en las notebooks y consecuentemente centralizarla.



Imagen 4. En la presente se observa el desarrollo del pilotaje en el Asilo Mariana Sayago.

Levantamiento de la Encuesta SABE

El retraso en la aplicación del cuestionario, estuvo condicionado por el temor de las personas adultas mayores a ser manipulados ante la inseguridad que se estaba viviendo en el estado, obstáculos que lograron superarse, gracias al entusiasmo y responsabilidad de los supervisores y personas responsables de la aplicación de las encuestas.



Imagen 5. Equipo utilizado en el levantamiento de la encuesta SABE.

A pesar de que en la actualidad la captura de información del cuestionario en formato electrónico, representa un instrumento que facilita el trabajo y ahorra papel, también representó un serio problema, debido en parte a la inexperiencia del equipo de entrevistadores para usar esta tecnología. Es oportuno comentar que la identificación de esta problemática se llevó a cabo durante el pilotaje de la encuesta, que se realizó en el Asilo Mariana Sayago, ubicado en la Ciudad de Xalapa de Enríquez Veracruz, con lo que posteriormente se afinaron detalles en la fase de campo del proyecto, que se efectuó del 18 de octubre 2010 al 9 de agosto 2011. En la ilustración precedente se puede observar el equipo de cómputo y otros instrumentos para la realización de las entrevistas del Proyecto-Encuesta SABE.

Referencia bibliográfica

1. 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.

La tercera no es la vencida son los vencedores

cuida a los adultos mayores



Rectoría
Institucional

DIIT



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

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



6. Diagnóstico situacional del envejecimiento poblacional en el Estado de Veracruz, ajustes específicos

- Dra. María Esther Lozano Dávila¹ • Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera¹ • Dra. Marcelina García López²
• Lic. En Nut. José Méndez Hernández² • M. en C. Krystal Dennicé González Fajardo²

1 Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades; 2 Departamento de Control de Enfermedades, Servicios de Salud de Veracruz.



Imagen 1. Escudo del Estado de Veracruz

El Estado de Veracruz, tiene una extensión territorial de 71,826 km², representa el 3.7% de la superficie del país, ocupa una tercera parte de la costa del Golfo de México y es el décimo primer lugar en extensión entre las entidades federativas. Forma una larga franja de tierra, de bordes irregulares, delimitada por el mar y montañas, con una diversidad natural que va desde sistemas montañosos hasta selvas tropicales, caudalosos ríos, cascadas y extensas costas. ¹



Figura 1. Extensión territorial del Estado de Veracruz, respecto a la superficie nacional.

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

En su territorio se encuentra ubicado el volcán Citlaltépetl o Pico de Orizaba, que es el más alto de México (5,610 metros sobre el nivel del mar). Debido a la gran diversidad de altitudes, el estado presenta diferentes tipos de climas, como son; los cálidos con alta humedad, pasando por climas más frescos en las planicies y montañas, incluso, alcanzando temperaturas bajo cero en las partes más elevadas.

El Estado de Veracruz se divide en 212 municipios con 21,500 localidades y para los Servicios de Salud de Veracruz se agrupan en 11 jurisdicciones sanitarias (imagen 1), representadas en números romanos del I al XI, que en estricto orden son: I Pánuco, II Tuxpan, III Poza Rica, IV Martínez de la Torre, V Xalapa, VI Córdoba, VII Orizaba, VIII Veracruz, IX Cosamaloapan, X San Andrés Tuxtla y XI Coatzacoalcos. Colinda al norte con Tamaulipas y el Golfo de México; al este con el Golfo de México, Tabasco y Chiapas; al sur con Chiapas y Oaxaca; al oeste con Puebla, Hidalgo y San Luis Potosí.²

La historia del estado inicia con el asentamiento de tres culturas autóctonas: los olmecas, totonacas y huastecos, pueblos emparentados étnica y culturalmente.

Los olmecas, se establecieron desde la margen derecha del Papaloapan en Veracruz, las costas del Golfo de México, el sur del estado, además de Tabasco. Su nombre significa, “habitantes del país del hule” también llamados por los Nahuas, como Popolocas es decir “bárbaros”.

Los olmecas son el grupo humano que crea la comunidad más temprana conocida en México en el horizonte preclásico superior hacia el siglo V. a.C. por lo que se le califica de “Cultura Madre”, su área de influencia llegó a traspasar fronteras abarcando gran parte de Mesoamérica a excepción de Yucatán y la Costa Norte del Golfo. Sus principales obras escultóricas son: las cabezas monumentales o colosales, temática relacionada con figuras humanas.

El Luchador y el Señor de las Limas, representan figuras míticas con caracteres imaginarios y fantásticos, en una combinación de rasgos animales y humanos, además de la creación de esculturas representativas de los animales más raros, entre otras. Los tres centros ceremoniales más importantes de la cultura Olmeca fueron San Lorenzo Tenochtitlán, La Venta y Tres Zapotes.³

Por su parte, los Huastecos, cuyo nombre significa “habitantes del país de los cueros”, han dejado huella de su historia en la geografía de Veracruz, claro ejemplo de ello son los vestigios de dicha cultura, encontrados en la región del Pánuco. En términos generales, se considera que su desarrollo fue pobre, debido en mucho a las constantes invasiones de los pueblos bárbaros del norte que impidieron que dicho desarrollo prosperara.

Por otro lado, los totonacas cuyo nombre quiere decir “el pueblo de los tres corazones”, se desarrollaron en la parte central de Veracruz hasta la cuenca del río Papaloapan. Lo más relevante de la cultura totonaca se alcanzó durante el clásico tardío con centros ceremoniales como El Tajín, Yohualichán, Nepatecuhtlán, Las Higueras, Nopiloa y el Zapotal.^{3,4}



Imagen 2. Cabeza Olmeca, figura representativa de una de las culturas con uno de los desarrollos más importantes en el Estado de Veracruz.



Imagen 3. La Pirámide del Tajín, icónico de la cultura totonaca, una de las más importantes en la historia de México y el Estado de Veracruz. Comunicación Social de SESVER.

Las primeras incursiones españolas en territorio Veracruzano fueron capitaneadas por Juan de Grijalva, quien con Alonso Dávila, Pedro de Alvarado y Francisco de Montejo en 1518, descubren la desembocadura del río Grijalva, al cual Juan de Grijalva, lo bautiza con su nombre. Las irrupciones españolas a la larga dieron como resultado que el puerto de Veracruz se convirtiera en punto de enlace entre España y sus colonias en América. De aquí se despachaban para Europa: metales preciosos, guajolotes, maíz, aguacate, frijol, ixtle y algodón, entre otros; además, de otras latitudes, llegaban productos como: haba, alberjón, trigo, arroz, etc.; así como animales domésticos, pólvora, telas, vinos y múltiples mercaderías que posteriormente se distribuían por el territorio novohispano.

El último Virrey de la Nueva España, Juan de O'Donoju arribó al Puerto de Veracruz, el 30 de julio de 1821 y firmó los Tratados de Córdoba con Agustín de Iturbide, el 23 y 24 de agosto del mismo año; documentos donde se proclama la Independencia de México, constituyéndose en nación libre y soberana. ⁵



Imagen 4. “El Baluarte de Santiago” o “Baluarte de la Pólvara”, identifica al Heroico Puerto de Veracruz, sede de múltiples e inmortales batallas, fundamentales en la historia de México, es una edificación militar construida a finales del siglo XVII y principios del siglo XVIII, único sobreviviente de los nueve que resguardaron el Puerto de Veracruz de los ataques piratas. Comunicación Social de Gobierno del Estado.

Consumada la independencia, Veracruz desapareció como intendencia, última división política que rigió en la Nueva España desde 1787 y se erigió como Estado Libre y Soberano por la Constitución Federal de 1824. Promulgó su constitución política el 3 de julio de 1825, el mismo año en que se rindió el fuerte de San Juan de Ulúa, último reducto español en México. ⁶

El 10 de julio de 1863 por decreto se establece que en lo sucesivo se denominará como Estado Libre y Soberano de Veracruz-Llave, en honor al general y gobernador veracruzano Ignacio de la Llave. ⁷

Su capital es la Ciudad de Xalapa-Enríquez, la cual está situada en las faldas del Macuítépetl y las estribaciones orientales del Cofre de Perote, en la zona de transición entre la Sierra Madre Oriental y la planicie costera del Golfo de México.

En cuanto a su actividad económica, el turismo es una de las más importantes, ya que cuenta con una amplia diversidad de sitios naturales y arqueológicos, así como de monumentos históricos a lo largo de importantes ciudades como Xalapa, Veracruz, Córdoba, Orizaba, Papantla, Tres Zapotes y Tlacotalpan, entre otras. Sobresale por su participación en actividades agrícolas, forestales y pesqueras; además de tener una importante estructura industrial como es el caso de la petroquímica donde es líder nacional, así como con la generación de energía eléctrica; en menor medida, la industria metálica básica y la tabacalera son representativas de la entidad. ⁸

En el año 2003, el Producto Interno Bruto (PIB) estatal, fue de \$313,406.2 millones de pesos, incrementándose hasta \$644,156.5 millones de pesos en el 2011, lo que representa el 4.65% del PIB Nacional para dicho año. Es meritorio comentar que el valor del PIB de Veracruz se incrementó del 2003 al 2011 en aproximadamente 0.28 puntos porcentuales, es decir, pasó de un 4.37% a un 4.65% del PIB Nacional, esto nos habla del nivel de desarrollo económico que se ha dado en la entidad en los últimos años.⁹

Zonas económicas

La entidad se integra por 212 municipios, los cuales se encuentran distribuidos en las siguientes regiones (Ver figura 2):

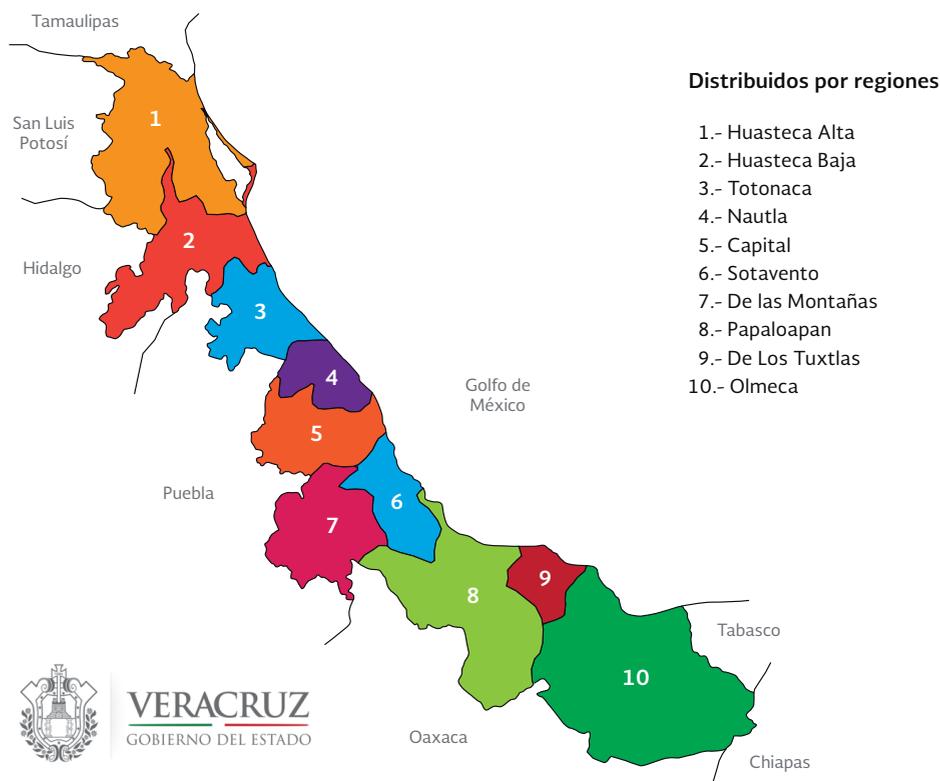


Figura 2. División del Estado de Veracruz por regiones.

Las regiones en que se divide el Estado de Veracruz gozan cada una de características muy particulares que diferencian a sus habitantes en lo referente a cultura, actividades laborales, etc.

Características de las regiones en que se divide el Estado de Veracruz:

Huasteca.- Se divide en Huasteca alta y baja. Es una región compartida por los estados de San Luis Potosí, Tamaulipas, Hidalgo, Puebla y Veracruz. Tiene un desarrollo importante en el área de la ganadería y pesca. Su clima, predominantemente tropical, favorece a la industria agropecuaria. La producción de gas natural, petróleo y energía eléctrica, constituyen parte medular para el desarrollo de la región.

Totonaca.- Se caracteriza por tener grandes extensiones de tierra para cultivo. Entre sus productos principales se cuentan los cítricos, la vainilla y el tabaco. Gran parte de su actividad económica se enfoca en el turismo de sus bien conocidas zonas arqueológicas, así como de su gastronomía.

Nautla.- Las amplias llanuras costeras y las numerosas barras y esteros de la región, la hacen un lugar propicio para realizar actividades acuáticas que pueden combinarse con el disfrute de su pasado Totonaca en zonas arqueológicas como Paxil, El Cuajilote y Vega de la Peña. Así mismo se caracteriza por su singular gastronomía y la afluencia turística.

Capital.- Ofrece múltiples posibilidades que van desde disfrutar las numerosas expresiones culturales, hasta actividades ecoturísticas como descenso en rappel, tirolesa, ciclismo y montañismo en el Cofre de Perote. Igualmente rica por su gastronomía.

Sotavento.- En esta región se puede encontrar una variedad amplia de climas, pasando desde el cálido, húmedo y sub húmedo. La abundante precipitación pluvial durante el año, con predominio en el verano, propicia la producción de una gran variedad de cultivos donde se destaca el maíz, la caña de azúcar, plátano, coco, mango, piña, frijol, arroz, tabaco y la ganadería, entre otros. La presencia de ríos y lagunas permite que exista en la región una rica variedad de peces comestibles. La región alberga a la Ciudad de Veracruz, el puerto más antiguo y al primer municipio de México, conocido también como la Villa Rica de la Veracruz.

De las Grandes Montañas.- En su haber se encuentra el Pico de Orizaba o Citlaltépetl, la elevación montañosa más alta en el país. Cuenta con una diversidad de flora y fauna que la hacen única en el Estado de Veracruz y en México.

Del Papaloapan.- Tercera región más extensa del estado, integrada por 22 municipios; aproximadamente el 85% de este territorio es utilizado para la actividad agrícola. Su riqueza pesquera es de las más importantes del Estado de Veracruz.

De los Tuxtlas.- Es la región más pequeña integrada por cuatro municipios que son: Santiago Tuxtla, San Andrés Tuxtla, Catemaco y Hueyapan de Ocampo. Destaca por contar con 2,368 especies de plantas vasculares y el 50% de las aves del país. Su clima es cálido y húmedo con llanuras abundantes, cuenta con una flora y fauna exuberantes y variadas.

Olmeca.- Cuna de la civilización más antigua de Mesoamérica, conserva su historia y amalgama tradiciones con desarrollo económico e industrial. Predomina la industria petrolera, destacando los complejos petroquímicos, La Cangrejera y Pajaritos; además de ser zona pesquera.¹⁰

Demografía y distribución de la Población

El Estado de Veracruz en 2010, tiene en su haber una de las poblaciones más grandes en el país, ya que cuenta con un aproximado de 7,643,194 habitantes en su población total, de la cual 3,695,679 (48.36%)

pertenecen al género masculino y 3,947,515 (51.64%) al femenino. Veracruz, solo es superado en número de habitantes por el Estado de México y el Distrito Federal, primero y segundo lugares en población en nuestro país, respectivamente. Esta situación se clarifica en la siguiente tabla: ¹¹

Tabla 1. Las entidades federativas más pobladas en México al año 2010.

Entidad Federativa	Población total	Densidad de población
Estado de México	14,995,703	679 (22,333)
Distrito Federal	8,657,589	5,920 (1,484)
Veracruz de Ignacio de la Llave	7,643,194	106 (71,856)
Jalisco	7,266,952	94 (78 630)
Puebla	5,725,736	168 (34 251)
Guanajuato	5,456,936	179 (30 621)
Chiapas	4,741,518	65 (73 681)
Nuevo León	4,595,006	73 (64 203)
Michoacán de Ocampo	4,303,775	74 (58 667)
Guerrero	3,373,306	53 (63 618)

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

El Estado de Veracruz es la tercera entidad federativa de México con mayor número de personas dentro de su territorio.

Según el Censo de Población y Vivienda 2010, Veracruz no solo cuenta con una de las poblaciones más grandes en el país por entidad federativa, sino que además tiene una densidad poblacional de 106 habitantes por Km², una de las más altas del país y solo seis lugares por arriba de la media nacional que es de 57 habitantes por Km². Tal situación permite entender el por qué Veracruz constituye un reto en lo referente a la administración de recursos como vivienda, transporte, fuentes de trabajo, servicios urbanos, seguridad ciudadana, etc. La persona adulta mayor, no escapa a esta fenomenología social y económica y siendo el motivo de estudio del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), es necesario definir el concepto de persona adulta mayor utilizada para SABE Veracruz y con ello establecer las bases del diagnóstico epidemiológico y socio demográfico de este grupo etario. ^{12,13}

Para los fines de SABE Veracruz y establecer el sujeto de estudio, esto es, la persona adulta mayor, se tomó la definición operativa del Sector Salud mexicano. Dicho de otra manera, la persona adulta mayor es aquella que cuenta con 60 años o más de edad, residente habitual, en este caso, del Estado de Veracruz, criterio que se ha ido repitiendo en cada una de las entidades federativas donde se ha llevado a cabo el estudio. ^{14,15,16,17,18,19}

Ahora bien, una vez conocida la definición operativa de persona adulta mayor en SABE Veracruz, se comenzará definiendo la magnitud del envejecimiento poblacional en el estado.

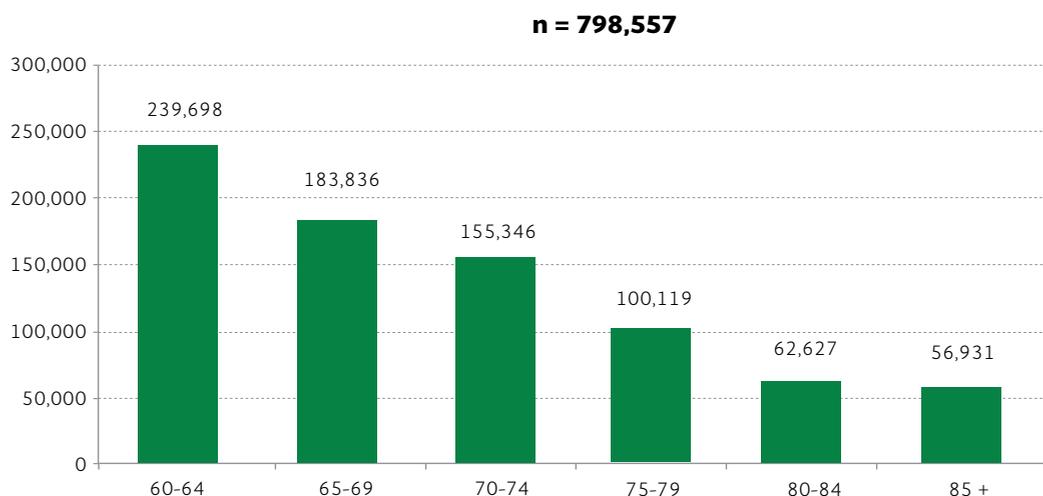
El envejecimiento poblacional es una realidad de nuestros tiempos y México, al igual que el resto del orbe, envejece más cada día. El Estado de Veracruz, una de las entidades federativas con mayor cultura y tradición en nuestro país se enfrenta al envejecimiento de su población.

El desarrollo social, tecnológico y científico entre otros, han redundado en un incremento de la esperanza de vida del veracruzano que hoy es de 74.3 años, por género, para la mujer de Veracruz de 76.6 años y 71.9 para el hombre. ²⁰

Si se hace una comparación con la esperanza de vida del mexicano, según el INEGI al año 2012, esta es de 75.73 años de forma general, mientras que por género se describe como de 78.06 años para la mujer y 73.40 para el hombre. Estas observaciones dejan ver que aunque las cifras generales de esperanza de vida, tanto a nivel estatal como nacional, son muy similares, también se puede comentar que en lo tocante a la esperanza de vida por género es menor en Veracruz con respecto a las cifras nacionales. ²¹

En Veracruz se cuenta con 798, 557 personas de 60 años y más, que representan el 10.57% de la población total, convirtiéndola en una entidad federativa que se encuentra en franco envejecimiento poblacional. Ahora bien, del total de personas adultas mayores 423, 534, son personas con edades entre 60 y 69 años, lo que constituye un 53.03% del total de las personas adultas mayores en el estado. Dicho de otra manera aunque en Veracruz el número de personas adultas mayores es muy importante con respecto a su población general, este grupo aún es considerado como adultos mayores “jóvenes”, pues se encuentran en edades tempranas de la vejez, sin embargo deben de crearse los programas y procesos que ayuden a garantizar una vejez lo más saludable posible en la población veracruzana como se observa en la gráfica 1. ²²

Gráfica 1. Distribución de la población de personas adultas mayores por edad en el Estado de Veracruz, 2010.



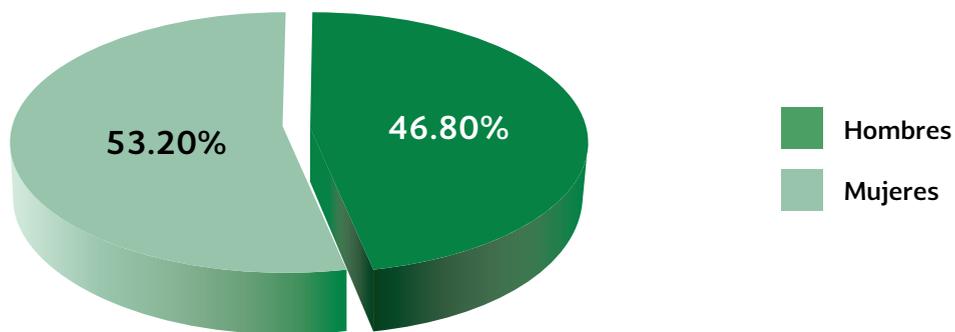
Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

En Veracruz, un 53.03% de la población de personas adultas mayores se considera como adultos mayores “jóvenes” por encontrarse en edades de entre 60 y 69 años. El resto de las personas adultas mayores se dividen de la siguiente manera: aquellos entre 70 y 79 años constituyen el 31.99% del total y aquellos con 80 años y más, un aproximado de 119, 558 representan un 14.97% del total de personas adultos mayores de Veracruz.

Por otro lado, cuando de género se trata, se observa que en la población general el femenino es discretamente mayor que el masculino. En lo tocante a las personas adultas mayores, hay una diferencia discretamente mayor entre los dos géneros, ya que un número de 373, 655 individuos pertenecen al género masculino, lo que constituye un 46.80% del total de este grupo etario. En el género femenino un aproximado de 424, 902 mujeres integran este grupo, lo que representa un 53.20% del total de los mayores de 60 años en Veracruz.

En la gráfica que a continuación se presenta, se puede apreciar el crecimiento de la población adulta mayor por género, en donde podemos destacar que la población femenina presenta un mayor crecimiento con relación a la masculina.²²

Gráfica 2. Distribución de la población de personas adultas mayores por sexo en el Estado de Veracruz, 2010.



El envejecimiento poblacional en Veracruz tiene una clara tendencia a “feminizarse”.

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

Como se observó en las gráficas anteriores y de acuerdo con lo descrito hasta este punto en el presente trabajo, el envejecimiento poblacional en Veracruz tiende a feminizarse debido a que conforme se avanza en los grupos etarios estudiados, empieza a disminuir el número de hombres y aumentar el de mujeres.

La transición demográfica que se ha experimentado en la entidad, se debe en mucho, al paulatino descenso de la fecundidad y la mortalidad generales. Ver la gráfica 3.^{23,24}

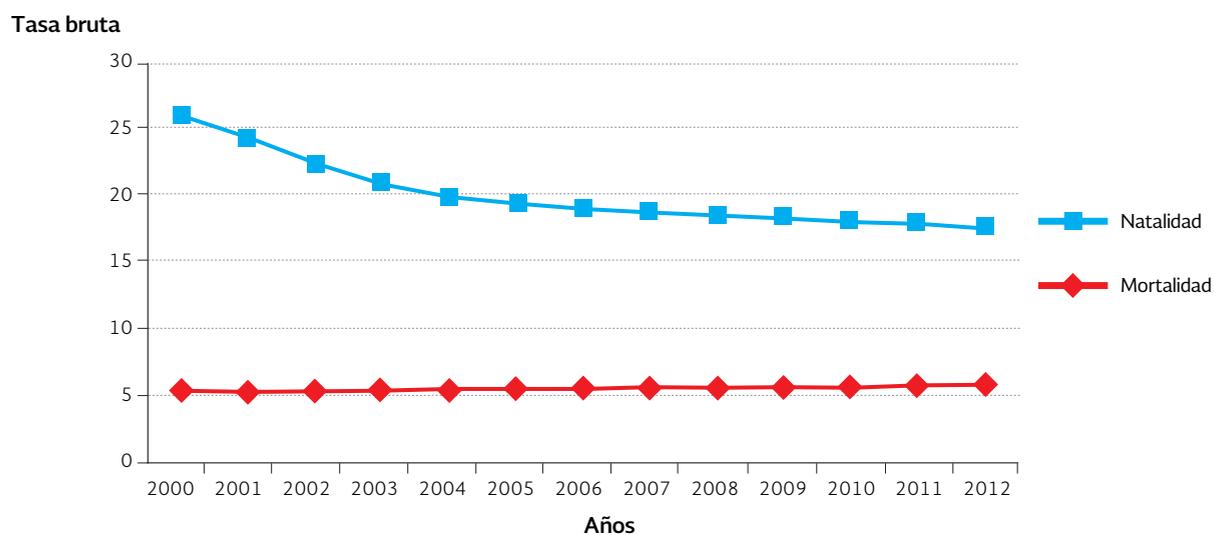
Ahora bien, la actual dinámica demográfica de la entidad es consecuencia del rápido crecimiento poblacional que sufrió a principios de la segunda mitad del siglo XX; sin embargo, el descenso de la fecundidad derivó en un freno al crecimiento poblacional y el comienzo del proceso de envejecimiento de su población.

La población de Veracruz en 1980 era de 5.24 millones de habitantes y crecía a una tasa promedio anual de 2.53 por ciento. En poco más de dos décadas, la población aumentó 38%, alcanzando 7.23 millones de personas, a la vez que se desaceleró su ritmo de crecimiento, el cual se estima en 0.38% anual en 2002, con una tasa de crecimiento en el período 2000 a 2010 de 1.0.²⁵

Como se observa de forma comparativa, en las siguientes pirámides poblacionales de los años 1990 y 2010 (Ver gráficas 3 y 4), existe una franca disminución de la población de los recién nacidos hasta menores con edades inferiores a los 4 años.

La pirámide poblacional del año 2010, refleja una disminución importante del grupo de niños con edades entre 5 y 9 años. Por otro lado, también es posible observar un crecimiento sostenido de la población de 60 años y más.

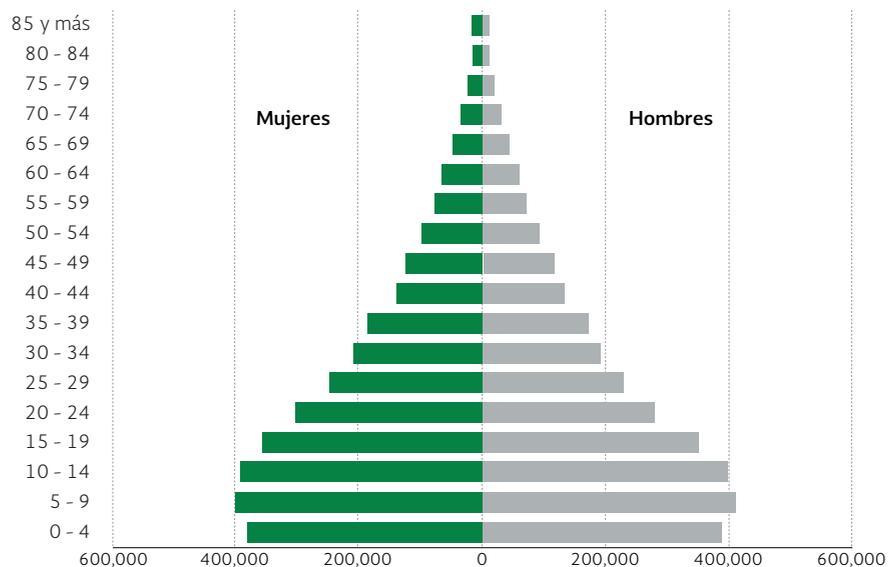
Gráfica 3. Tasas de natalidad y mortalidad en el Estado de Veracruz del 2000 al 2012.



En la gráfica se aprecia la paulatina, pero sobretodo, sostenida disminución de la tasa bruta de natalidad en Veracruz, pasando de un valor de 26.22 en el año 2000 a 17.79 en el año 2012, situación que sin duda influye en el envejecimiento poblacional a nivel estatal. Por otro lado, la tasa bruta de mortalidad se mantiene casi constante con un valor de 5.39 en el 2000 que llega a un valor de 5.84 en el año 2012.

Fuente: INEGI, Natalidad, Tasa Bruta de Natalidad por Entidad Federativa, 2000-2012; Mortalidad, Tasa Bruta de Mortalidad por Entidad Federativa, 2000-2012

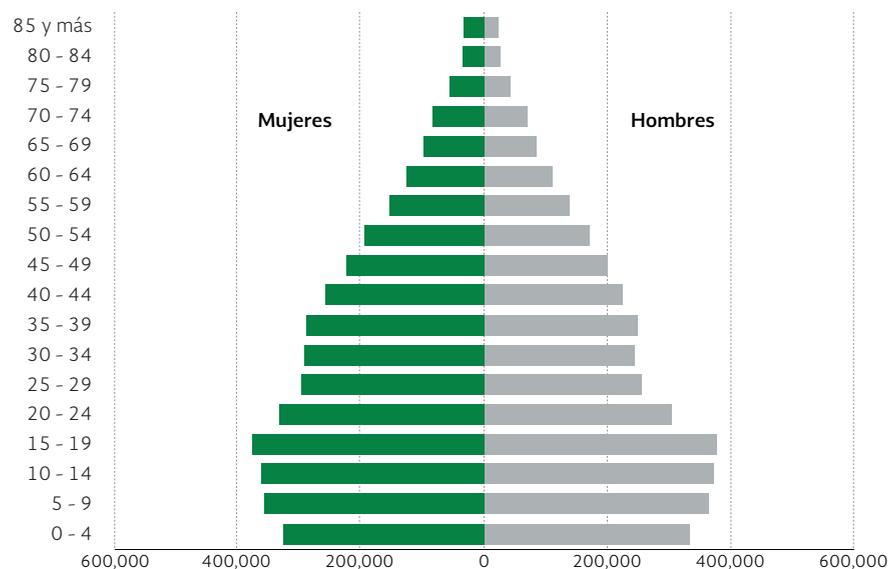
Gráfica 4. Pirámide poblacional 1990, Veracruz de Ignacio de la Llave.



Fuente: INEGI, XI Censo General de Población y Vivienda 1990.

En la gráfica anterior de Veracruz en el año 2010, se observa que a comparación con aquella de 1990, el crecimiento en el número de personas adultas mayores es importante.

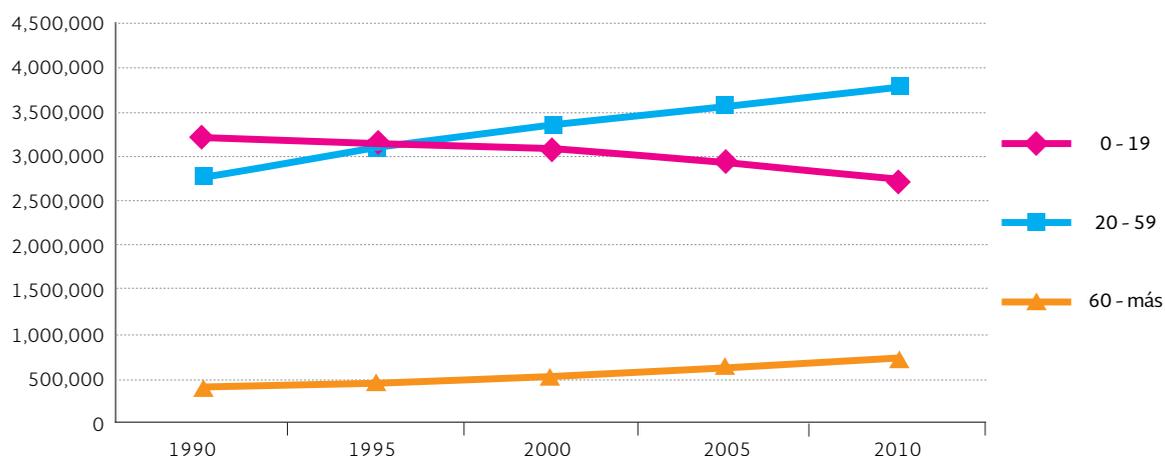
Gráfica 5. Pirámide poblacional 2010, Veracruz de Ignacio de la Llave.



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

Al hacer una observación específica de la tendencia del crecimiento poblacional de las personas adultas mayores en comparación con otros grupos etarios, en la siguiente gráfica se puede apreciar más claramente el crecimiento de este grupo poblacional. Nada menos en el período de 1990 al 2010 se aprecia la disminución paulatina de la población con edades entre 0 a 19 años, así como el crecimiento sostenido de la población de 20 a 59 años. Una tendencia similar con el crecimiento de la población de 60 años y más, lo que nos habla de una transición demográfica en la entidad hacia el envejecimiento poblacional.^{26,27,28,29,30}

Gráfica 6. Crecimiento poblacional de personas adultas de 60 y más años, 1990-2010.



Nota: Los grupos quinquenales de edad y sexo de los años 2005 y 2010 son proyecciones de población a mitad de año de CONAPO.

a/: INEGI, XI Censo General de Población y Vivienda 1990, México, pp 12-13

b/: INEGI, Censo General de Población y Vivienda 1995, México, Información Digital, pob_2.vts, 2002

c/: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000, México,

En lo referente al índice de envejecimiento del Estado de Veracruz se tiene que este rebasa la media nacional, que al 2010 es de 30.92. Para Veracruz de Ignacio de la Llave este indicador es de 37.45 sólo un lugar por debajo del índice de envejecimiento poblacional más importante de la República Mexicana que corresponde al Distrito Federal con 51.80. En la tabla 2 se exponen los diez índices de envejecimiento poblacional más altos en nuestro país.³¹

Con los datos aportados en la tabla 2 se puede considerar que por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años existen en la entidad 37.45 personas adultas mayores con lo que el envejecimiento poblacional del Estado de Veracruz seguirá incrementándose en los próximos años de manera sostenida, lo que debe ser considerado para la planeación de servicios de todo tipo para las personas adultas mayores.

Tabla 2. Entidades federativas con mayor índice de envejecimiento poblacional, México 2010.

Número ordinal	Entidad Federativa	Índice de envejecimiento poblacional
1	Distrito Federal	51.80
2	Veracruz de Ignacio de la Llave	37.45
3	Yucatán	36.73
4	Morelos	36.30
5	Nayarit	34.69
6	Oaxaca	34.21
7	Sinaloa	33.87
8	Michoacán	33.67
9	Colima	33.07
10	San Luis Potosí	32.82
11	Nacional	30.92

En el presente cuadro se observan los índices de envejecimiento más altos en la República Mexicana. Los movimientos poblacionales, el acceso a los servicios de salud así como la calidad de vida que se den en cada una de las entidades federativas enunciadas, explicarán la tendencia demográfica de los próximos años y el grado de envejecimiento poblacional de dichos estados.

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010, Población total, edad mediana, relación hombres-mujeres e índice de envejecimiento por entidad federativa y género.

Distribución de la población

Determinar la edad de la población predominante en una entidad federativa es importante en el planeamiento estratégico, para con ello solventar las necesidades del grupo social involucrado, en el caso de este trabajo, la población de personas adultas mayores. Por otro lado, la distribución de esta población nos brindará indicios sólidos sobre su forma de vida, ya que es diferente desde muchos puntos de vista, que la persona adulta mayor viva en una comunidad rural, una de transición o bien una gran ciudad. En la tabla 3 se puede observar a los municipios con el mayor número de personas adultas mayores en el Estado de Veracruz.³²

Si se observa detenidamente, de manera similar a lo ocurrido en el caso de SABE Michoacán (Véase el libro “Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE Michoacán), aunque se considera a Veracruz como una de las entidades federativas con mayor número de personas adultas mayores, se puede observar en dicha tabla, que el porcentaje de estas con respecto a la población total de personas adultas mayores en la entidad, realmente no es muy alto, situación que es similar en el Estado de Michoacán.¹⁴ Ejemplos de lo anterior son los municipios de Veracruz con tan solo 6.93% de esta población, Xalapa con el 5.40%, Coatzacoalcos con 3.06%, Poza Rica de Hidalgo con 2.83% y así sucesivamente y cuya sumatoria únicamente concentra al 31.31% del total de la población mayor de 60 años en el estado. En la tabla 4 se expone la distribución de las personas adultas mayores por localidad que habitan en Veracruz.³²

Tabla 3. Municipios con las mayores poblaciones de personas adultas mayores en el Estado de Veracruz, 2010.

Municipio	Números absolutos	*Porcentaje
Veracruz	55,369	6.93
Xalapa	43,127	5.40
Coatzacoalcos	24,436	3.06
Poza Rica de Hidalgo	22,646	2.83
Córdoba	20,163	2.52
Papantla	18,498	2.31
Boca del Río	16,972	2.12
Minatitlán	16,847	2.10
Orizaba	16,769	2.09
Tuxpan	15,643	1.95
Total	250,470	31.31

*Nota: Porcentaje con base a la población adulta mayor total.

De una población estatal de personas adultas mayores de aproximadamente 798, 557 individuos, se observa que se concentran mayoritariamente en los diez municipios de la presente tabla, sobresaliendo como municipios con mayor número de adultos mayores el de Veracruz y Xalapa.

Fuente: INEGI, Consulta interactiva de datos: Veracruz, Población total con estimación por entidad y municipio según edad.

Tabla 4. Distribución por localidad de residencia tanto porcentual como en números absolutos de personas adultas mayores en el Estado de Veracruz, 2010.

Localidad por número de habitantes	Número de personas adultas mayores	Porcentaje
1 - 2, 499 Habitantes	322, 055	40.32%
2, 500 - 14, 999	136, 817	17.14%
15, 000 - 99, 999	146, 031	18.28%
100, 000 y más habitantes	193, 654	24.26%
Total	798, 557	100%

*Nota: Porcentaje con base a la población adulta mayor total.

De una población estatal de personas adultas mayores de aproximadamente 798, 557 individuos, se observa que se concentran mayoritariamente en los diez municipios de la presente tabla, sobresaliendo como municipios con mayor número de adultos mayores el de Veracruz y Xalapa.

Fuente: INEGI, Consulta interactiva de datos: Veracruz, Población total con estimación por entidad y municipio según edad.

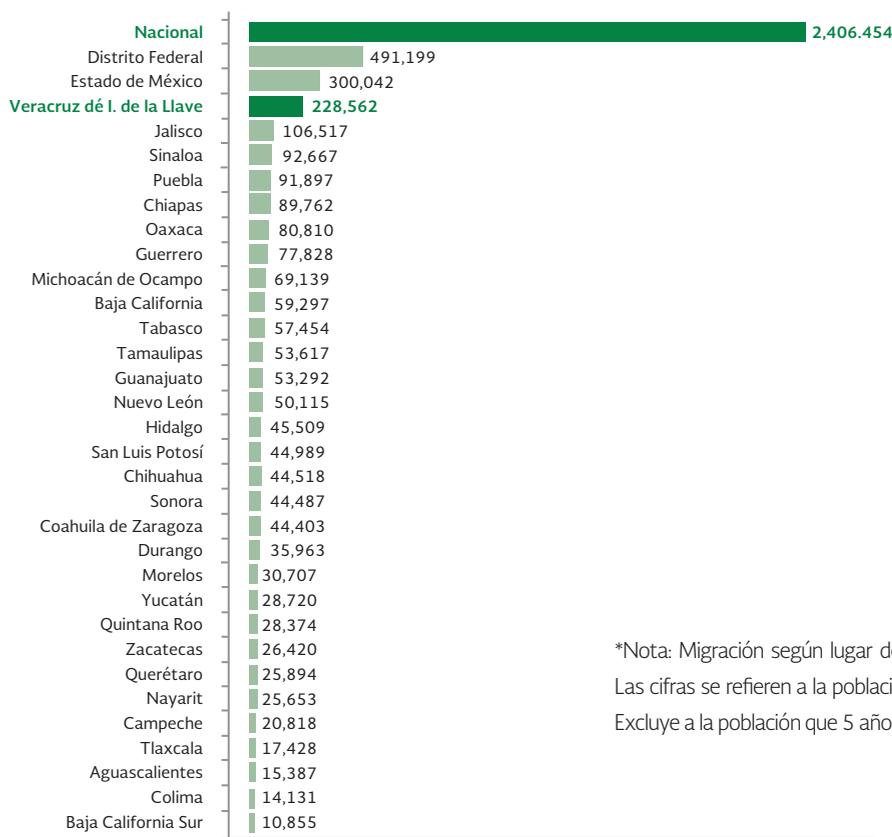
De acuerdo a lo observado en la tabla anterior, se tiene que en el estado de Veracruz el 40.32% de la población de personas adultas mayores vive en comunidades rurales de menos de 2, 500 habitantes. Esta observación permite considerar al envejecimiento poblacional de Veracruz como de tipo rural. Un segundo grupo mayoritario de personas adultas mayores se ubica en las grandes ciudades de más de 100, 000 habitantes, pero tan solo integra a un 24.26% de este grupo etario.

Lo anterior admite afirmar que si bien una parte importante de las personas adultas mayores en Veracruz conforme se adentran en la etapa de la vejez, comienzan a concentrarse en las grandes ciudades de la entidad federativa estudiada, en el caso específico de Veracruz, todo indica que la mayor parte de este grupo poblacional se concentra en comunidades rurales y comunidades de transición. Como reflexión a priori, se puede considerar que el vivir en una comunidad rural es un factor de riesgo identificado para la marginación de cualquier grupo social.³³

Migración y envejecimiento en la demografía de Veracruz

El continuo movimiento de los diferentes grupos poblacionales permite el intercambio cultural, económico e ideológico tanto a nivel nacional como internacional, situación que afecta de forma directa o indirecta a las personas adultas mayores perfilando el estilo de vida que adoptarán en el futuro cercano.³⁴

Gráfica 7. Emigrantes por entidad federativa (año 2005).



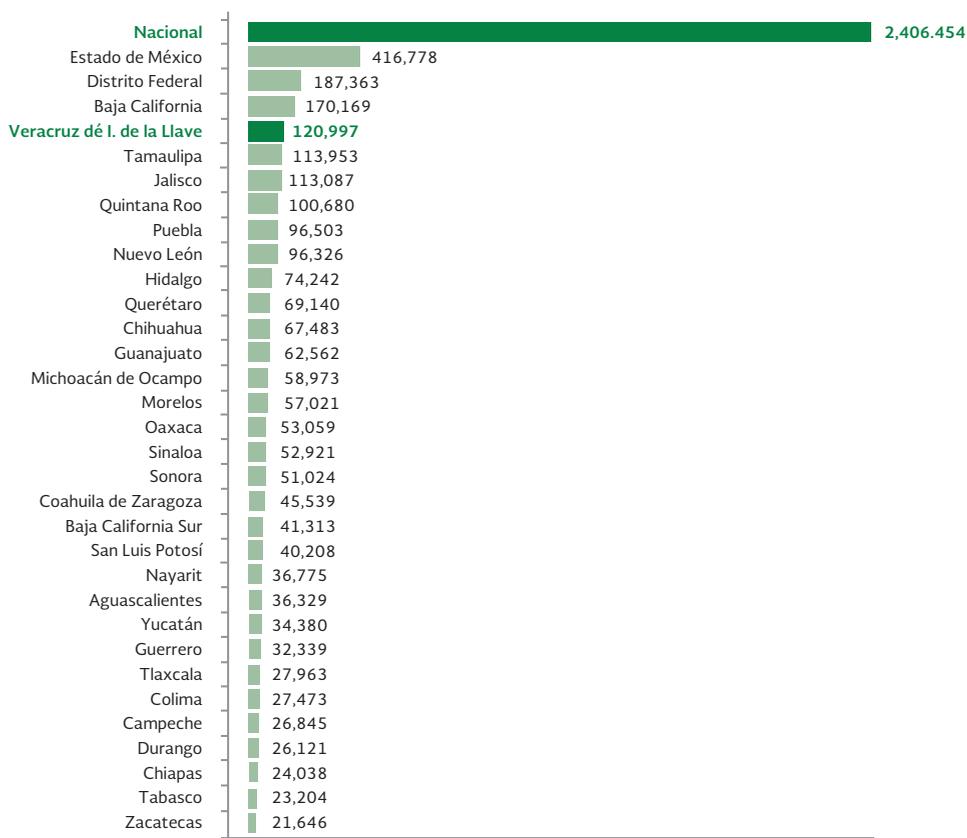
*Nota: Migración según lugar de residencia cinco años antes. Las cifras se refieren a la población migrante de 5 años y más. Excluye a la población que 5 años antes residía en otro país.

El fenómeno de la migración, compuesto por los conceptos de emigración e inmigración, permite identificar cambios en la estructura poblacional, de acuerdo a los movimientos de sus integrantes dentro y fuera del país. Situación que determina la forma de vivir de los veracruzanos, tanto en el presente como en el futuro.

En lo referente a la emigración interna, esto es, el desplazamiento de parte de la población hacia destinos dentro del territorio nacional, según el INEGI se tiene que “en el 2005 salieron de Veracruz de Ignacio de la Llave, 228,562 personas que radican actualmente en otra entidad”. El INEGI también afirma que “de cada 100 personas; 23 se fueron a vivir a Tamaulipas, 9 al Estado de México, 8 a Puebla, 7 al Distrito Federal y 6 a Chihuahua. Por otro lado, en 2005, llegaron de otras ciudades a vivir a Veracruz de Ignacio de la Llave 120,997 personas. De cada 100 personas, 18 provienen del Estado de México, 14 del Distrito Federal, 10 de Tamaulipas, 10 de Puebla y 7 de Oaxaca. El resto se distribuyeron o vinieron a Veracruz de entidades federativas varias.

En la gráfica siguiente se observa el número de personas que llegaron a Veracruz durante el año 2005, provenientes de otros estados. También se aprecia el comparativo nacional durante el mismo año y la relación numérica con otras entidades federativas.³⁵

Gráfica 8. Inmigrantes por entidad federativa (año 2005).

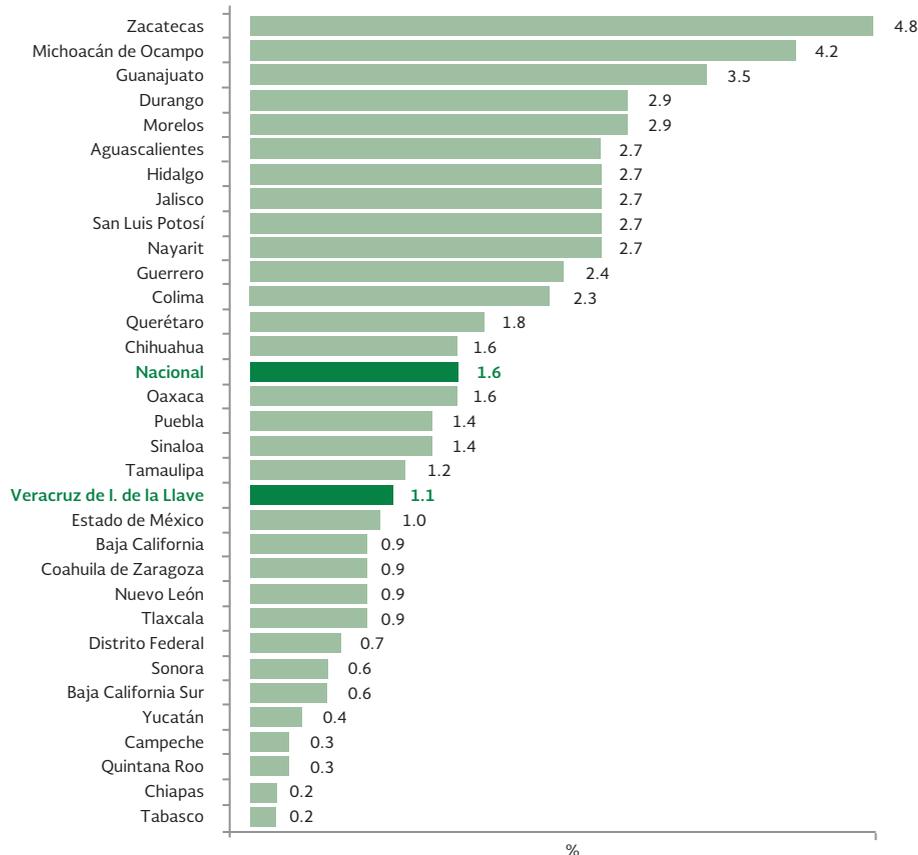


*Nota: Migración según lugar de residencia cinco años antes. Las cifras se refieren a la población migrante de 5 años y más. Excluye a la población que 5 años antes residía en otro país.

Si se revisan los datos actualizados al año 2000, se tiene que 78,347 habitantes de Veracruz de Ignacio de la Llave se fueron de esta entidad para vivir en Estados Unidos de América, principal destino internacional de los emigrantes veracruzanos; esto significa 1.1 de cada 1 000 personas. El promedio nacional es de 1.6 de cada 1 000. Con las cifras anteriores se puede vislumbrar que dentro del fenómeno migratorio, se tiene que en el Estado de Veracruz, la emigración como tal es un problema mayor comparado con la inmigración hacia el estado.

Si tradicionalmente los estados del Bajío y Centro de la República eran considerados como “Estados expulsores de población”, con un flujo migratorio alto hacia los Estados Unidos, a inicio de la década de los 2000, se empieza a observar una clara tendencia migratoria de los estados de Puebla, Oaxaca y Veracruz, sobre todo en su parte norte y centro, hacia Norteamérica.

Gráfica 9. Porcentaje de población emigrante a Estados Unidos de América, para cada entidad federativa (año 2000).



Fuente: INEGI. Perfil Socio demográfico de Veracruz de Ignacio de la Llave. II Censo de Población y Vivienda 2005

Las causas de la emigración de Veracruz hacia otras latitudes son múltiples y al parecer iniciaron décadas atrás; según Ana Margarita Chávez Lomelí, posibles explicaciones al fenómeno migratorio de Veracruz se encuentran en el siguiente párrafo: “las crisis económicas recurrentes de los últimos años, consecuencia de las políticas económicas aplicadas en el país y en el estado, parecen haber colocado a muchos grupos

en el límite del aprovechamiento de sus recursos y/o ampliado la brecha entre sus expectativas y las condiciones que existen para cumplirlas”. Para 1996, se estimó que en Veracruz más de un millón de personas económicamente activas, no tenían un empleo productivo ni remunerado (Plan Veracruzano de Desarrollo 1999-2004). Sin detallar el comportamiento regional dentro del estado, es importante considerar dos factores que aparecen como detonantes estructurales de la emigración hacia el norte. El primero se refiere a los cambios que ha sufrido la producción industrial veracruzana como efecto de las políticas neoliberales aplicadas en el país. Según Rodríguez, citado por Chávez: “el proceso de apertura comercial y racionalización y privatización de las empresas parastatales que se aplicó entre 1988 y 1993, se tradujo en un doble efecto: por un lado, un ajuste de personal en las grandes empresas y, por otro, la formación de miles de pequeñas empresas y microempresas”. Y continúa su criterio afirmando: “Así, hubo una caída del personal ocupado promedio por empresa, el cual pasó de 13.7 en 1988 a 7.4 en 1993 y 6.5 en 1998. Y finaliza: “En el caso del subsector petrolero, por ejemplo, entre dichos años desaparecieron 24 mil plazas, de las que sólo se recuperaron 4 mil entre 1993 y 1998. El segundo factor tiene que ver con la producción agrícola”.^{36, 37}

Tabla 5. Porcentaje de personas que emigran de Veracruz por grupo etario, migración internacional, 2010.

Grupo etario	Porcentaje de la población emigrante internacional
0 a 14 años	3.55%
15 a 24 años	45.20%
25 a 34 años	29.00%
35 a 49 años	18.54%
50 a 59 años	2.36%
60 y más años	0.90%
No especificado	0.45%

En la presente tabla se observa que los grupos etarios que emigran de Veracruz de forma mayoritaria son los individuos con edades de 15 a 24 años integrando el 45.20% de los emigrantes internacionales, seguidos por el grupo de edades entre 25 a 34 años que conforman el 29% de dichos migrantes. En tercer lugar el grupo de 35 a 49 años integra un 18.54% del grupo de migrantes, cuyo principal destino internacional es el de los Estados Unidos.

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2010. Cuestionario ampliado.

Como se observó en partes precedentes de este mismo capítulo, la distribución de la población de personas adultas mayores en Veracruz tiene un perfil eminentemente rural. Por otro lado, la población emigrante es mayor que la población inmigrante tanto a nivel de migración interna como internacional. Aunado a lo anterior y de acuerdo a la tabla precedente, los grupos de personas emigrantes son jóvenes en edad productiva, lo que permite anticipar en el hecho de que las personas adultas mayores se quedan habitando las comunidades rurales del Estado de Veracruz.

En la siguiente imagen se observa la intensidad migratoria por municipio. En color rojo se encuentran aquellos municipios con mayor intensidad migratoria, donde destacan Tenampa y Mixtla de Altamirano,

como los municipios con mayor población emigrante. En color naranja se observan los que tienen una intensidad migratoria calificada como alta y que se desglozan ampliamente.³⁸

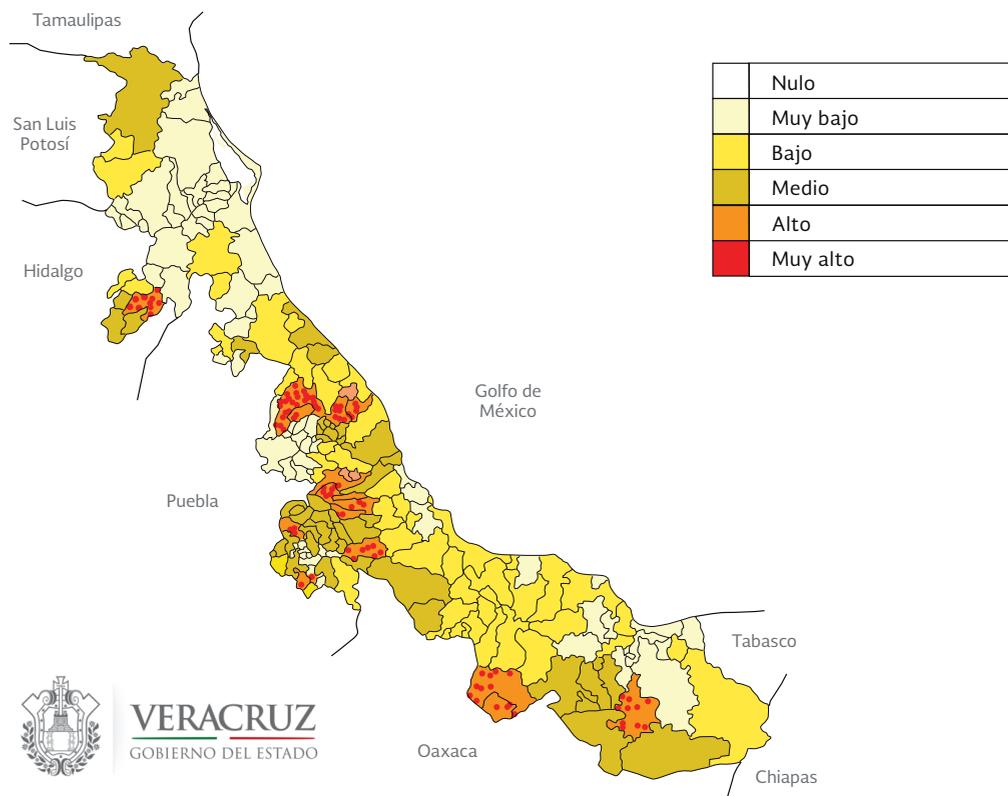


Figura 3. Intensidad Migratoria por Municipio, 2010.

En la presente imagen de Veracruz, se han dividido los municipios de acuerdo a su intensidad migratoria. Debido al fenómeno de emigración tan importante por el que atraviesa Veracruz se han identificado con los colores rojo y rosa a aquellos municipios con intensidad emigratoria muy alta y alta respectivamente, estas deberán analizarse junto a otros fenómenos para tratar de localizar aquellos factores que provocan la emigración de los veracruzanos.

Fuente: Programa Vete Sano, Regresa Sano SESVER- Consejo Estatal de Población (COESPO), 2010.

Debido a que la edad avanzada, la condición de persona indígena, la marginación y la emigración de un área geográfica dada, son factores que se interrelacionan estrechamente, se realizó la siguiente tabla habiendo identificado a aquellos municipios con una intensidad migratoria muy alta y alta. Como se comentó en líneas anteriores, los municipios de Tenampa y Mixtla de Altamirano destacan por ser aquellos con una intensidad migratoria muy alta y que al mismo tiempo cuentan con un grado de marginación alto y muy alto respectivamente.

En el caso del municipio de Mixtla de Altamirano un factor coincidente es que su población indígena es de 99.67% con respecto a su población general. Si bien es cierto que la condición de persona indígena y persona adulta mayor se relacionan con el fenómeno de la marginación, debe ser este último un causal coincidente en los dos municipios mencionados para la emigración de su población a lugares donde sus habitantes consideren que puedan encontrar mejores oportunidades de desarrollo. Por otro

lado, no obstante que como se revisó en partes anteriores de este capítulo, los jóvenes componen mayoritariamente al grupo de emigrantes, es fácil imaginar que la población adulta mayor se quede a realizar tareas de cuidado de los nietos, así como labores de cuidados del hogar y del campo.

Tabla 6. Municipios con mayor intensidad migratoria en el Estado de Veracruz y su relación con el grado de marginación, 2010.

Municipio	Intensidad migratoria	Grado de marginación	Población total	Población indígena
Mixtla de Altamirano	Muy Alta	Muy alto	10,387	10,353 (99.67%)
Tenampa	Muy Alta	Alto	6,247	75 (1.2%)
Hidalgotitlán	Alta	Alto	18,277	1059 (5.79%)
Santiago de Sochiapán	Alta	Alto	3,502	13 (0.37%)
Playa Vicente	Alta	Alto	40,984	17,831 (43.5%)
Cuitlahuac	Alta	Medio	26,265	514 (1.95%)
Carrillo Puerto	Alta	Alto	16,313	74 (0.45%)
Astacinga	Alta	Muy alto	5,995	5,961 (99.43%)
La Perla	Alta	Muy alto	23,648	145 (0.61%)
Zentla	Alta	Alto	12,379	50 (0.40%)
Comapa	Alta	Alto	18,713	31 (0.16%)
Tlacotepec	Alta	Medio	3,965	16 (0.40%)
Totutla	Alta	Alto	16,403	112 (0.68%)
Tlaltetela	Alta	Alto	14,613	184 (1.25%)
Altotonga	Alta	Alto	60,396	2,893 (4.7%)
Atzalan	Alta	Alto	48,397	352 (0.7%)
Yecoatla	Alta	Alto	11,357	473 (4.16%)
Juchique de Ferrer	Alta	Alto	16,387	77 (0.46%)
Texcatepec	Alta	Muy alto	10,627	8,799 (82.79%)
Tlachichilco	Alta	Muy alto	11,276	7,084 (62.82%)

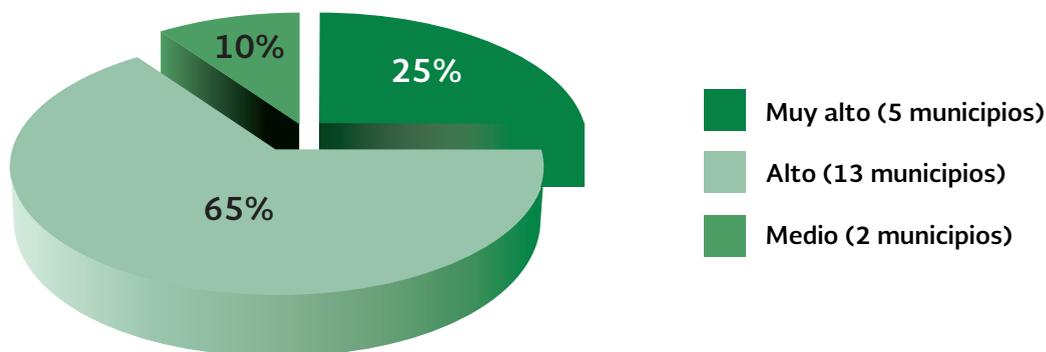
En la tabla se observa que la mayoría de los municipios con intensidad migratoria alta coinciden con grados de marginación altos, en la mayoría de los casos.

Fuente: INEGI-CDI, Catálogo de Localidades Indígenas 2010.

En el cuadro anterior se observó también, que no obstante que el INEGI denomina a las comunidades con poblaciones de entre 1 a 2,499 habitantes como de tipo “rural”, poblaciones donde por lo general habitan las personas con condición de indígena, en Veracruz este fenómeno parece modificarse, ya que en dicho cuadro se observa que en municipios donde sus poblaciones rebasan los 2,500 habitantes, como son los casos de Mixtla de Altamirano, Astacinga, Texcatepec, Tlachichilco y Playa Vicente, el porcentaje de indígenas es muy alto, un promedio de 77.64% con respecto a su población general. Dicho de otro modo, en Veracruz, los indígenas no solo se circunscriben a las comunidades rurales (si solo tomamos en cuenta para su definición, el número de habitantes), sino también, se encuentran fuertemente asentados en las llamadas comunidades de “transición”, es decir, aquellas con poblaciones de entre 2,500 y 14,999 habitantes, destacándose además Playa Vicente con una población de 40,984 habitantes, considerada por su población como “ciudad pequeña”. En el caso del Estado de Veracruz, por lo analizado hasta este punto del presente trabajo, debe de tomarse especial cuidado a la

relación existente entre la migración, la marginación y la condición de persona indígena, como partes de un gran complejo cuyos factores se relacionan estrechamente. En la siguiente gráfica se presentan los municipios con intensidad migratoria muy alta y alta y el grado de marginación que presentan.

Gráfica 10. Grado de marginación en los municipios con mayor intensidad migratoria en el Estado de Veracruz, 2010.



En la gráfica se observa que del total de municipios con muy alta y alta intensidad migratoria y su relación con el concepto de marginación, 5 municipios presentan grados de marginación muy altos (25% del total), 13 municipios tienen grados altos (65% del total) y 2 municipios tienen grados de marginación medios, lo que representa un 10% del total.

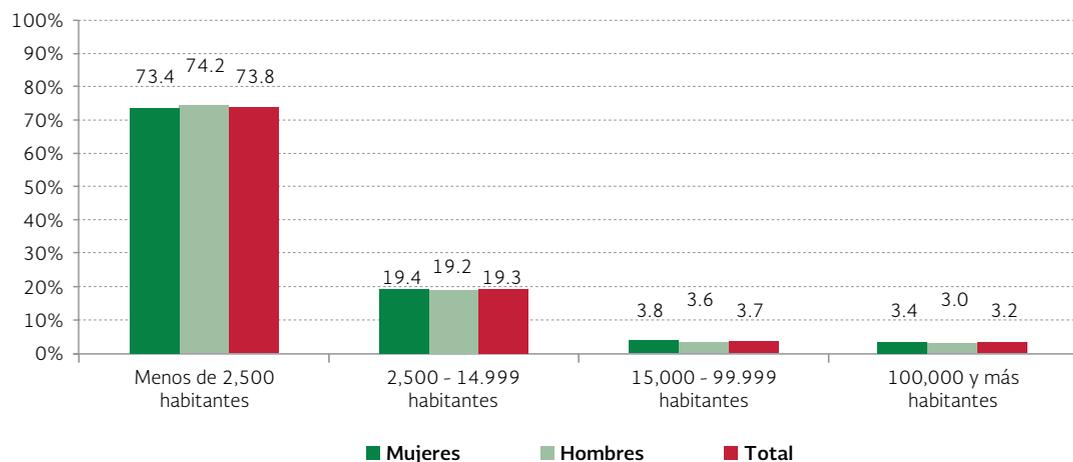
Fuente: Programa Vete Sano, Regresa Sano SESVER- Consejo Estatal de Población (COESPO), 2010.

Definitivamente, al analizar el fenómeno del envejecimiento poblacional en Veracruz, la migración juega un papel muy importante que explica la distribución de las personas adultas mayores. En el siguiente apartado se analizará cómo la condición de persona indígena influye en el envejecimiento poblacional de Veracruz.³⁸

Adultos mayores y cultura indígena

La condición de persona indígena se define como la conservación de usos, costumbres y lengua materna indígena, propia de cada entidad federativa o región, a pesar de los avances tecnológicos existentes. Según el INEGI, la condición de persona indígena está dada de manera inicial por ser hablante de lengua indígena.³⁹ En la siguiente gráfica se puede apreciar la “Distribución porcentual de la población de 3 años y más, hablante de lengua indígena por género, según tamaño de localidad en el Estado de Veracruz”. En dicha gráfica, puede observarse que el mayor número de personas indígenas se encuentran concentradas en comunidades rurales con población menor a 2,500 habitantes, aunque por lo observado en la parte inmediatamente anterior a la presente, se tiene que la mayor concentración de personas indígenas se encuentra no solo en las comunidades rurales sino que, en Veracruz esta población se distribuye también de forma importante en las comunidades de “transición” e incluso en ciudades “pequeñas”, por lo que el fenómeno del indigenismo es de gran magnitud en Veracruz. Tiene una población indígena total de 662,760 personas y con referencia a la población total estatal que es de 7,550,092 habitantes, se tiene que un 8.7% de la población total del estado es hablante de lengua indígena, cifra por arriba de la media nacional que al 2012 se tenía registrada como 6.7%.

Gráfica 11. Distribución porcentual de la población de 3 años y más hablante de lengua indígena por género, según tamaño de localidad, 2010.

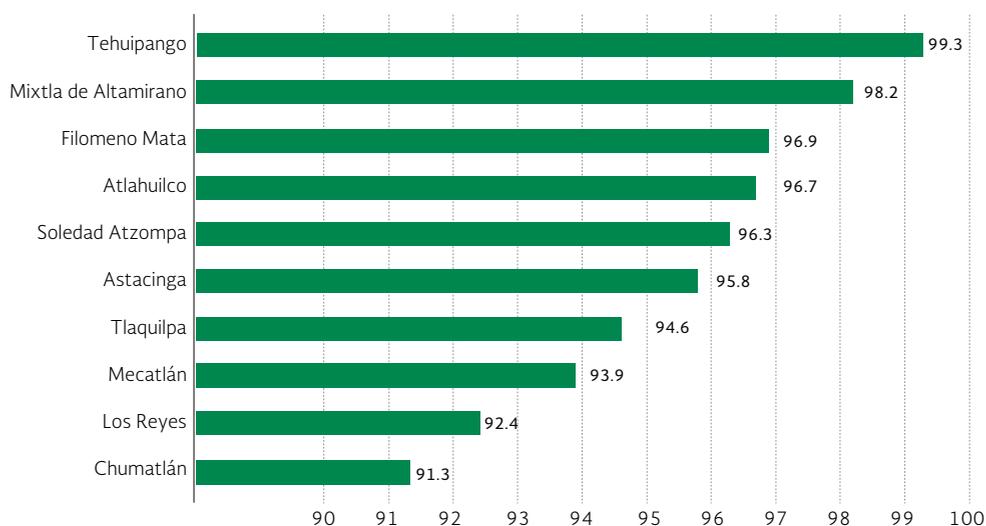


En la presente gráfica es posible apreciar que en las comunidades con poblaciones menores a 2, 500 habitantes, el predominio de sus pobladores son hablantes de lengua indígena, con un porcentaje de la población total de 73.8%, el cual cae importantemente cuando hablamos de grandes ciudades, esto es, comunidades con más de 100, 000 habitantes, donde el porcentaje de personas hablantes de lengua indígena es aproximado al 3%.

Fuente: INEGI, Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, Veracruz de Ignacio de la Llave.2011

Por otro lado, los municipios con un mayor número de personas hablantes de lengua indígena se exponen en la siguiente gráfica.

Gráfica 12. Municipios con mayor porcentaje de población de 3 años y más hablante de lengua indígena, 2010.



Los presentes municipios con la mayor cantidad de personas hablantes de lengua indígena en Veracruz, se concentran en la Sierra de Zongolica y tres de ellos se ubican en el Totonacapan.

Fuente: INEGI, Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, Veracruz de Ignacio de la Llave.2011

Si bien es cierto, que dispersos en comunidades de menos de 2,500 habitantes se encuentran las personas mayores de tres años que hablan lengua indígena dentro del Estado de Veracruz, también es cierto que de acuerdo a la gráfica anterior, dentro de los 10 municipios con mayor número de personas con la condición antes mencionada, corresponden a municipios con poblaciones mayores a 2,500 habitantes.



Imagen 5. Los Voladores de Papantla surgen como muestra fiel de las más antiguas costumbres indígenas del Estado de Veracruz. Su ceremonia simboliza la petición a Xipe Totec, las lluvias para la siembra así como fertilidad para sus tierras.

Por otro lado, se tiene que dentro de las principales lenguas indígenas que se hablan en el Estado de Veracruz se encuentran el náhuatl, el totonaca, el huasteco, el popoluca, otomí, chinanteco, zapoteco, mazateco, tepehua y mixe. En la siguiente tabla se amplían los datos referentes al número de hablantes de tales lenguas dentro del Estado de Veracruz.

Tabla 7. Número de personas que hablan lengua indígena en Veracruz, 2010.

Lengua indígena	Población de 3 años y más que habla lengua indígena		
	Total	Hombres	Mujeres
Total	662,760	324,068	338,692
Náhuatl	355,785	173,729	182,056
Totonaca (Totonaco)	120,810	58,689	62,121
Huasteco	52,660	26,639	26,021
Popoluca	40,796	20,054	20,742
Otomí	18,078	8,926	9,152
Chinanteco	17,875	8,539	9,336
Zapoteco	16,987	7,984	9,003
Mazateco	9,442	4,397	5,045
Tepehua	5,605	2,730	2,875
Mixe	4,505	2,084	2,421
Lengua indígena no especificada	10,117	5,206	4,911

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

Por lo analizado hasta el momento, se puede afirmar que un porcentaje importante de la población de Veracruz de Ignacio de la Llave es hablante de lengua indígena. De acuerdo a la población total de hablantes de lengua indígena, vertida en la tabla anterior y calculando la población de Veracruz en 7,550,902 habitantes, esto corresponde a 8.7% del total. Esta cifra está por arriba de la media nacional que al momento de realizar este escrito es de 6.7%. Ya desde el año 2005, se consideraba a Veracruz de Ignacio de la Llave como una de las cinco entidades federativas con mayor número de personas indígenas en México, que en estricto orden son: Oaxaca, Chiapas, Veracruz de Ignacio de la Llave, Puebla y Yucatán.³⁹

Tocando el tópico que es el motivo principal de este diagnóstico situacional, es decir, las personas adultas mayores, se tiene que en el Estado de Veracruz cuenta con una población indígena de 662,760 personas y de estas 109,182 son de 60 años y más. Haciendo un cálculo sencillo, el 16.47% de las personas con condición de indígena también son personas adultas mayores, por lo que el fenómeno del indigenismo en Veracruz en este momento atraviesa por un avanzado proceso de envejecimiento de sus integrantes, como se demuestra en la siguiente tabla.

Tabla 8. Población adulta mayor indígena por sexo, 2010.

Sexo	Población indígena total	Población indígena total de 60 y más años	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 y más
Hombres	324,068	54,106	15,200	12,954	11,155	6,693	4,092	4,012
Mujeres	338,692	55,076	14,937	12,899	11,556	6,890	4,278	4,516
Total	662,760	109,182	30,137	25,853	22,711	13,583	8,370	8,528

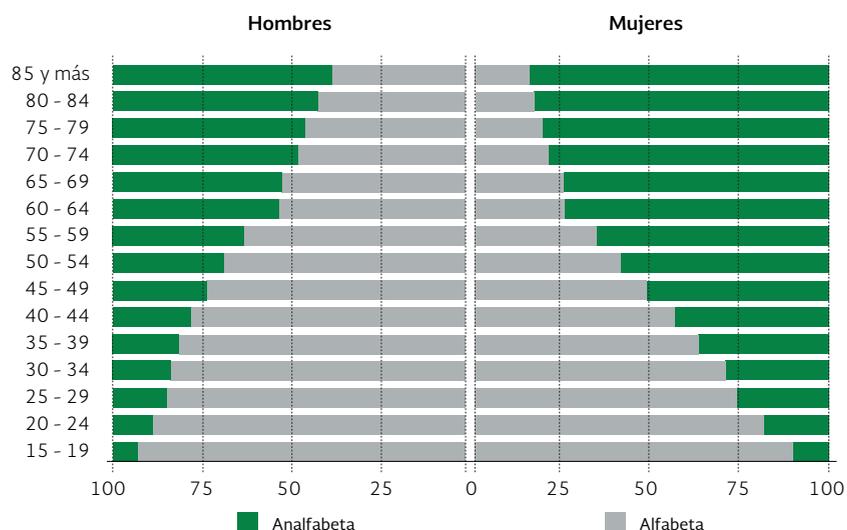
En la presente tabla se aprecia que una sexta parte de la población total de indígenas en Veracruz son personas adultas mayores, lo que constituye un 16.7% de la población total de indígenas.

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

Por otro lado, la población de adultos mayores en el estado (798,557 personas) tiene como parte integrante de esta a un número de 109,182 personas mayores de 60 años con condición de indígena, lo que representa un 13.67% del total de dichos adultos mayores. Con lo cual se puede afirmar que una parte importante de los mayores de 60 años en Veracruz además son personas indígenas.

En lo referente a la relación entre analfabetismo e indigenismo, se tiene que de acuerdo a datos del INEGI del año 2005, en la siguiente gráfica se aprecia que el segmento de población con menor analfabetismo se presenta en los grupos etarios menores. Sin embargo, el número de personas analfabetas con condición de indígena es mayor entre las personas adultas mayores, lo que condiciona que este grupo específico se vea mayormente vulnerable con relación a grupos etarios más jóvenes.

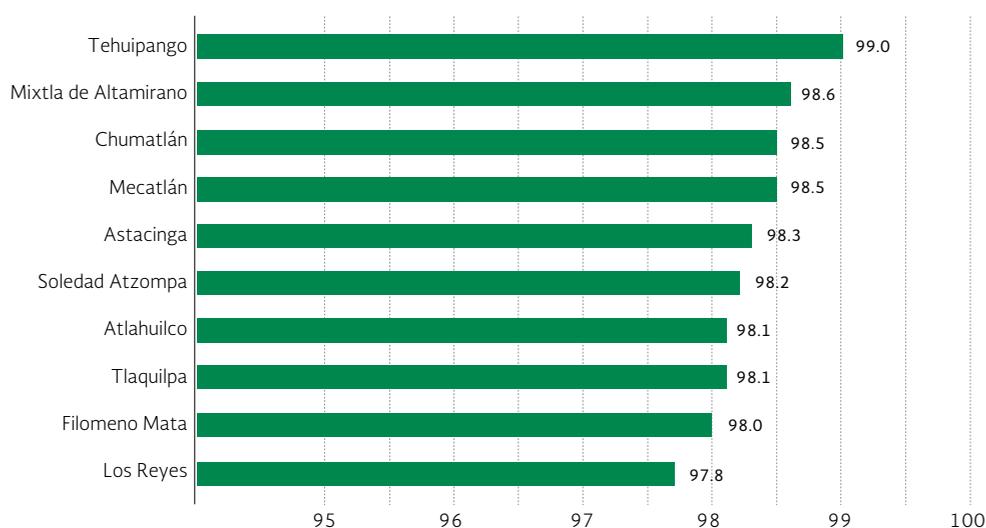
Gráfica 13. Distribución porcentual de la población de 15 años y más hablantes de lengua indígena según condición de analfabetismo, por edad y sexo, 2005.



Fuente: INEGI, II Censo de Población y Vivienda 2005.

Las mujeres hablantes de lengua indígena que son analfabetas representan más del 80%, en el grupo de 85 y más años y únicamente 9.7% en el de 15 a 19 años. Aún persisten las diferencias entre mujeres y hombres, tan solo en los más jóvenes, la brecha es de 3.2 puntos porcentuales y ésta se incrementa conforme la edad es mayor.

Gráfica 14. Municipios con mayor porcentaje de población de 3 años y más que se considera indígena, 2010.



Esta gráfica expone a los municipios con la mayor cantidad de personas que se consideran indígenas en el Estado de Veracruz.

Fuente: INEGI, Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, Veracruz de Ignacio de la Llave.2011.

Como ya fue observado, en las poblaciones indígenas, el analfabetismo es una problemática importante que poco a poco va mejorando en las poblaciones jóvenes pero que, en las personas adultas mayores impide en gran parte su desarrollo y mejoras de la calidad de vida. En la siguiente gráfica se exponen los municipios con la mayor cantidad de personas que se consideran indígenas, esta condición coincide con un promedio de 3 a 4 años de grado promedio de escolaridad en mayores de 15 años, situación que aunque afortunada con relación a épocas pasadas, tendrá que atenderse para que los habitantes de Veracruz con condición de indígena tengan una mejor perspectiva de desarrollo.

Como se ha podido observar, el indigenismo en Veracruz se encuentra ampliamente propagado, siendo esta situación agravada por el envejecimiento poblacional general y del grupo de personas indígenas en particular.

Vejez y marginación

La vejez se considera como una de las etapas de la vida que frecuentemente se asocia a una vulnerabilidad aumentada desde todos los puntos de vista. La persona adulta mayor, dada esta desventaja social y económica, puede en cualquier momento, convertirse en un individuo excluido de la sociedad, lo que lo hace caer en el concepto de “marginación social”; la cual se define como una situación social de desventaja económica, profesional, política o de estatus social, producida por la dificultad que una persona o grupo tiene para integrarse a algunos de los sistemas de funcionamiento social.

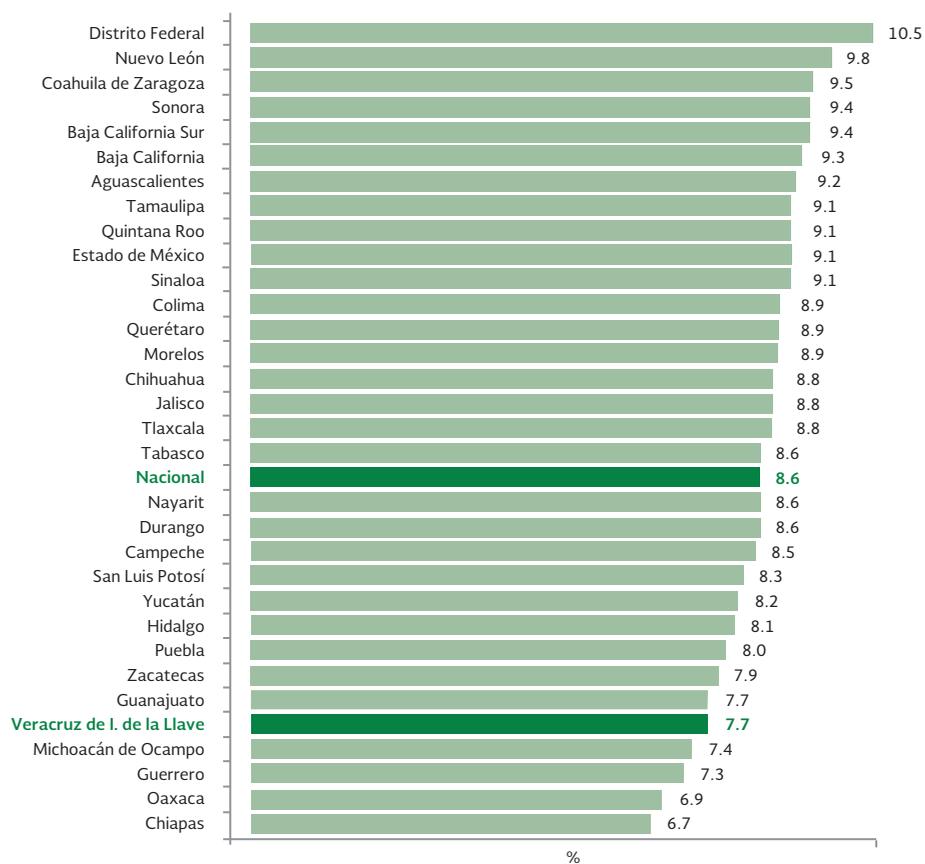
Entre aquellos indicadores que permiten establecer el grado de marginación de una entidad federativa, se tienen cuestiones tan significativas como la educación, la vivienda, ingreso monetario y distribución de la población por localidad de residencia, en este caso de la persona adulta mayor.

Hablando en específico de la educación, se tiene, que el acceso al conocimiento constituye un aspecto indispensable para que las personas lleven a cabo sus proyectos de vida y con ello posicionarse dentro de la sociedad, independientemente de la edad.

Asimismo, la escolaridad de la población constituye uno de los factores decisivos para aumentar la productividad del trabajo e incorporar la innovación tecnológica, y con ello fortalecer la competitividad de las economías.

En la gráfica 15 se plasma el nivel de escolaridad de las 32 entidades federativas, según el Censo de Población y Vivienda, México 2010, donde se observa que a nivel nacional es de 8.6. Al comparar el de la entidad, con el nacional, se puede observar que el Estado de Veracruz posee un nivel escolarizado menor, el cual para 2010 es de 7.7, un aproximado de 0.9 de punto porcentual de diferencia.

Gráfica 15. Grado promedio de escolaridad por entidad federativa, 2010.



Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

En la tabla siguiente se muestra el nivel educativo nacional y estatal de la población adulta de 60 años y más, situación que es similar, de acuerdo a lo revisado en la gráfica anterior, en donde las personas adultas mayores, en un porcentaje considerable se encuentran sin escolaridad, en el estado (34.4), superior a la media nacional (27.2).

Tabla 9. Comparación del nivel educativo a nivel nacional con el Estado de Veracruz en personas adultas de 60 años y más, 2010.

Escolaridad	Nacional		Estado de Veracruz	
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje
Sin escolaridad	2,735,828	27.2	274,357	34.4
Preescolar	79,599	0.8	5,933	0.7
Primaria	5,037,020	50.1	398,234	49.9
Secundaria incompleta ¹	129,142	1.3	8,544	1.1
Secundaria completa ²	586,675	5.8	35,517	4.4
Secundaria no especificado	8,602	0.1	495	0.1
Estudios técnicos o comerciales con primaria terminada	151,994	1.5	6,488	0.8
Educación media superior ³	509,725	5.1	24,881	3.1
Educación superior ⁴	777,383	7.7	42,450	5.3
No especificado	39,411	0.4	1,658	0.2
Total	10,055,379	100	798,55	100.0

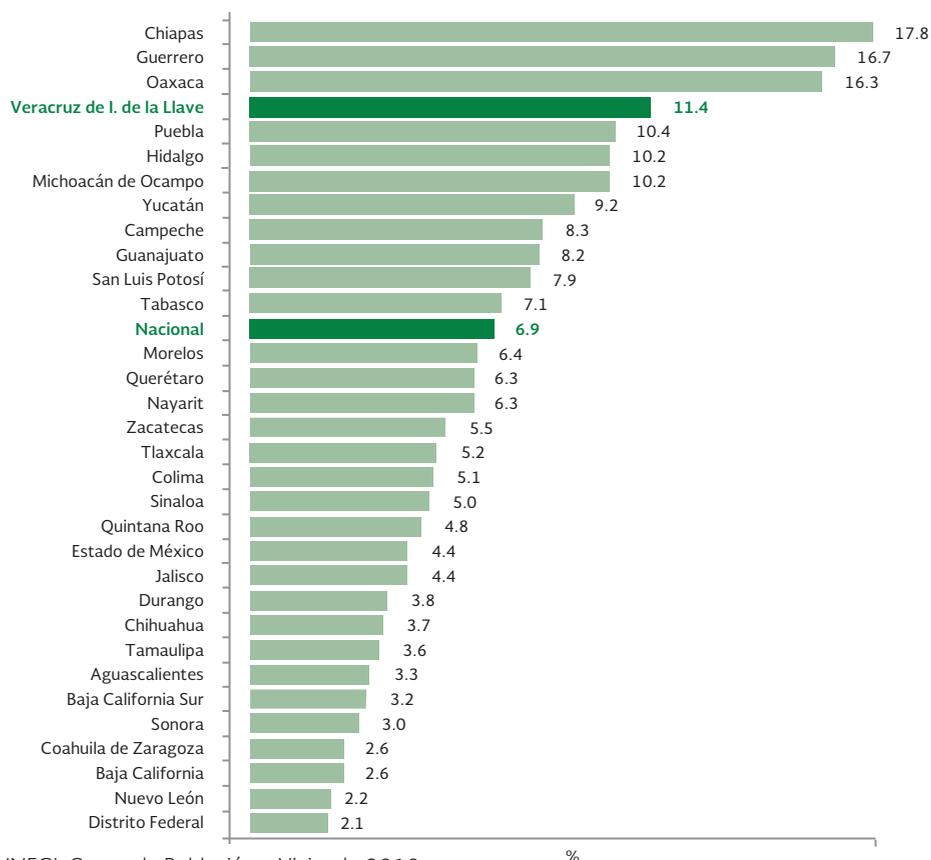
Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Tabulados del Cuestionario Básico (Fecha de elaboración: datos nacionales 07/07/2011; datos Veracruz 28/02/2011)

1 Incluye a la población con uno o dos grados aprobados en secundaria. 2 Incluye a la población con tres grados aprobados en secundaria. 3 Incluye a la población que tiene al menos un grado aprobado en estudios técnicos o comerciales con secundaria terminada, preparatoria o bachillerato y normal básica. 4 Incluye a la población que tiene al menos un grado aprobado en estudios técnicos o comerciales con preparatoria terminada, profesional (licenciatura, normal superior o equivalente), maestría y doctorado.

Complementando la información en la tabla anterior, se hace una exposición del analfabetismo en la entidad. Según el INEGI, analfabetismo se define como la característica que describe a una persona como alguien “que no sabe leer, ni escribir”. En la gráfica 16, se sitúa el porcentaje de analfabetismo a nivel nacional y su comparación con respecto a las diversas entidades de la república.

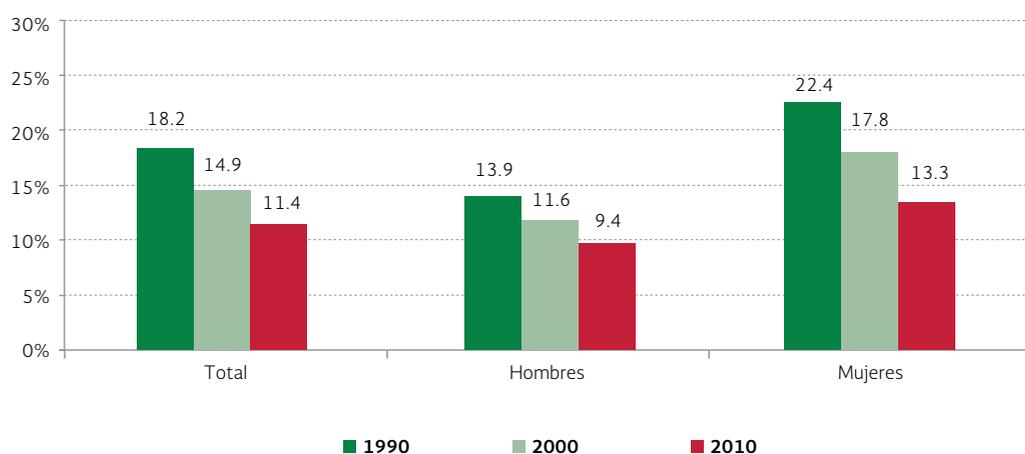
Una vez analizados los puntos anteriores se puede pasar a la gráfica 17, en la que se hace un comparativo histórico de la tasa de analfabetismo de la población de 15 años y más, en los años 1990, 2000 y 2010, encontrándose que si bien el analfabetismo tiene su máxima expresión en las personas adultas mayores, también se debe de mencionar que este ha disminuído en la población general de 1990 a la fecha. Nada menos, en 1990, la tasa de analfabetismo en Veracruz era de 18.2, disminuyendo a 14.9 en el año 2000 y a 11.4 en el 2010, resultado seguramente de mejoras en las políticas referentes al acceso a la educación pública en la entidad, situación que ha beneficiado sobre todo a los grupos poblacionales más jóvenes. Por otro lado, al revisar el histórico con relación al género, se tiene en términos generales, que dicha tasa de analfabetismo ha disminuído paulatinamente en el período estudiado. Sin embargo, al comparar los géneros, se observa que la tasa es mayor en las mujeres independientemente del período estudiado. Las razones por las cuales en las mujeres es mayor que en los hombres escapan a este trabajo y seguramente son multifactoriales, tal vez razones de usos y costumbres tengan que ver con darle preferencia a la educación de hombres y dejar sin esta a las mujeres.

Gráfica 16. Porcentaje de población analfabeta de 15 y más años por entidad federativa, 2010.



Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.

Gráfica 17. Tasa de analfabetismo de la población de 15 años y más según, 1990, 2000 y 2010.



En la gráfica se aprecia la disminución paulatina de la tasa de analfabetismo del año 1990 al 2010 en Veracruz, según datos aportados por el INEGI.

Fuente: INEGI, XI Censo de Población y vivienda, 1990; XII Censo de Población y Vivienda 2000; Censo de Población y Vivienda 2010, Veracruz de Ignacio de la Llave.

Por otra parte, cuando hacemos la revisión por grupos etarios para comprobar las hipótesis sobre la relación entre envejecimiento poblacional y analfabetismo, en Veracruz se aprecia que mientras la tasa total es de 30.0 en las personas de 60 a 74 años y de 42.4 en las de 75 y más años, disminuye de forma directamente proporcional al grupo etario estudiado, siendo mucho menor en los grupos más jóvenes, como se observa en la gráfica siguiente.

Gráfica 18. Tasa de analfabetismo de la población de 15 años y más por grandes grupos de edad y género en el Estado de Veracruz, 2010.



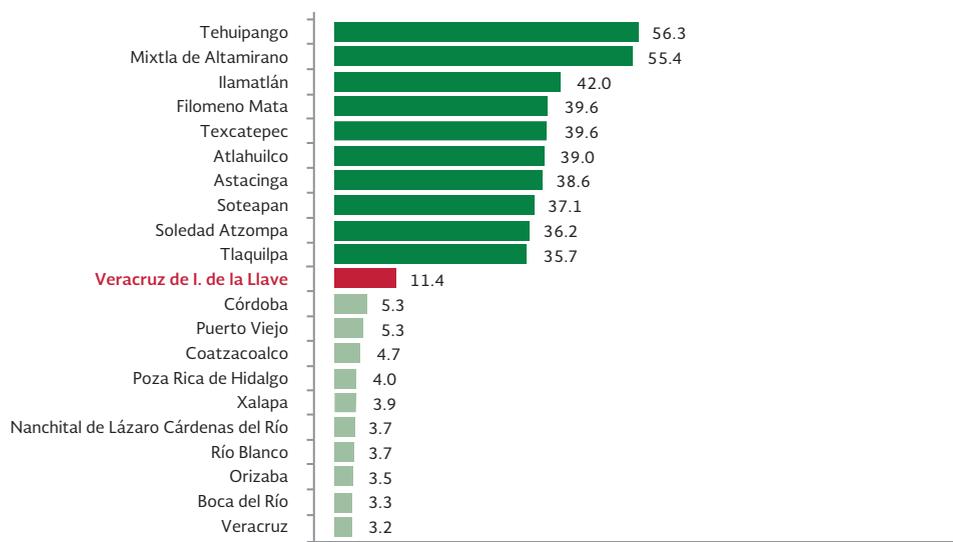
Fuente: INEGI, Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, Veracruz de Ignacio de la Llave.

En la gráfica analizada además se observa una desigualdad importante en lo referente a la tasa de analfabetismo al revisar los datos por género, donde las mujeres tienen un mayor grado de analfabetismo con respecto a los hombres, independientemente de la edad, solo en el grupo de 15 a 29 años la relación es aproximada de 1 a 1. Esto indirectamente nos habla de los avances en materia de alfabetización y educación pública en el estado. Sin embargo, no deja de ser un problema de fondo para las personas adultas mayores de Veracruz.

En la gráfica siguiente se exponen los municipios del Estado de Veracruz con mayor y menor tasa de analfabetismo. Destacan en este aspecto los municipios de Tehuipango con una tasa de 56.3, seguido de Mixtla de Altamirano con 55.4. Dichas tasas se encuentran sobre la tasa de la entidad que al 2012 es de 11.4, la cual por sí misma se encuentra por arriba de la media nacional que a decir de la publicación “Conociendo México” del INEGI, 2012, es de 6.9.⁴⁰

Por otro lado, municipios como Córdoba, Pueblo Viejo, Coatzacoalcos y Poza Rica de Hidalgo, se cuentan entre aquellos municipios con las tasas menores de analfabetismo en la entidad, sin embargo, con valores levemente por debajo de la media nacional.

Gráfica 19. Municipios con mayor y menor tasa de analfabetismo de la población de 15 años y más, 2010.



Fuente: INEGI, Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, Veracruz de Ignacio de la Llave. 2011.

El analfabetismo en el Estado de Veracruz aún se considera un problema importante para su población general, no obstante los importantes avances en la materia, seguramente las causas del fenómeno son múltiples y meritorios de análisis profundos e intensificación de los programas de alfabetismo y educación pública sobre todo en las personas adultas mayores.

Tabla 10. Municipios con mayor tasa de analfabetismo y su relación con población indígena y grado de marginación, 2010.

Municipio	Tasa de analfabetismo	Poblacion total municipal	Población indígena	Grado de marginación
Tehuipango	56.3	23,479	23,466 (99.94%)	Muy alto
Mixtla de Altamirano	55.4	10,387	10,353 (99.67%)	Muy alto
Ilamatlán	42.0	13,575	12,705 (93.59%)	Muy alto
Filomeno Mata	39.6	16,418	16,392 (99.84%)	Muy alto
Texcatepec	39.6	10,627	8,799 (82.79%)	Muy alto
Atlahuilco	39	9,824	9,745 (99.19%)	Muy alto
Astacinga	38.6	5,995	5,961 (99.43%)	Muy alto
Soteapan	37.1	32,596	30,095 (92.32%)	Muy alto
Soledad Atzompa	36.2	21,380	21,103 (98.70%)	Muy alto
Tlaquilpa	35.7	7,151	7,096 (99.2%)	Muy alto
Veracruz de Ignacio de la Llave	11.4	7,550,902	662,760 (8.7%)	Muy alto

Fuente: INEGI-CDI, Catálogo de Localidades Indígenas 2010.

Ahora bien, como se ha observado, el analfabetismo como condición que permite la vulnerabilidad social de los individuos y habiendo observado que este es mayor en las personas adultas mayores de Veracruz, según la tabla 10 con información proveniente del INEGI, el analfabetismo está fuertemente relacionado con el predominio de población indígena en los municipios mencionados donde además, se observa coinciden con grados de marginación calificados como “Muy Altos”.

Por otro lado, cuando se revisa la siguiente tabla donde se exponen los municipios con menor tasa de analfabetismo en el estado de Veracruz, se puede observar que en estos es mucho menor comparado con aquellas del cuadro anterior.

Córdoba, municipio con una población de 196, 541 habitantes, es considerada de acuerdo a la clasificación de INEGI como una “gran ciudad”, la población indígena en este caso es de 3.84% con un grado de marginación muy bajo. Tal vez por ser una localidad considerada como “gran ciudad”, cuente con una serie de factores que permiten mantener un grado bajo de marginación.

Tabla 11. Municipios con menor tasa de analfabetismo y su relación con población indígena y grado de marginación, 2010.

Municipio	Tasa de analfabetismo	Poblacion total municipal	Población indígena	Grado de marginación
Córdoba	5.3	196,541	7,552 (3.84%)	Muy bajo
Pueblo Viejo	5.3	55,358	2,828 (5.10%)	Bajo
Coatzacoalcos	4.7	305,260	16,255 (5.32%)	Muy bajo
Poza Rica de Hidalgo	4.0	193,311	9,476 (4.90%)	Muy bajo
Xalapa	3.9	457,928	6,629 (1.44%)	Muy bajo
Nanchital de Lázaro Cárdenas del Río	3.7	27,094	1,696 (6.25%)	Muy bajo
Río Blanco	3.7	40,634	1,328 (3.26%)	Muy bajo
Orizaba	3.5	120,995	5,589 (4.61%)	Muy Bajo
Boca del Río	3.3	138,058	2,227 (1.61%)	Muy Bajo
Veracruz	3.2	552,156	9,737 (1.76%)	Muy Bajo
Veracruz de Ignacio de la Llave	11.4	7, 550, 902	662,760 (8.7%)	

Fuente: INEGI-CDI, Catálogo de Localidades Indígenas 2010.

Cuando se analizan los indicadores de marginación estatal en el rubro de vivienda, como se observa en el histórico desplegado en la sucesiva tabla, que del año 1990, pasando por el 2000 y hasta llegar al 2010, han disminuido paulatina y sostenidamente los indicadores de marginación estatal en este rubro.

Tabla 12. Indicador de marginación estatal: vivienda 1990, 2000, 2010.

Dimensión	Indicador	Descripción del Indicador	Año 1990	Año 2000	Año 2010
Marginación	Vivienda	Ocupantes en viviendas sin drenaje, ni servicio sanitario	46.8	32.2	16.2
		Ocupantes en viviendas sin energía eléctrica	25.6	10.6	3.4
		Ocupantes en viviendas sin agua entubada	40.2	28	18.9
		Ocupantes en viviendas con piso de tierra	33.2	26.2	11.7
		Ocupantes en viviendas con algún nivel de hacinamiento	sin información	51.50	39.96

En el presente cuadro se tienen los indicadores de la vivienda relacionados con la marginación. Se hace notar que al momento de la realización de la presente publicación no se contó con la cifra correspondiente a los “Ocupantes en viviendas con algún nivel de hacinamiento” para el año de 1990.

Fuente: INEGI, XI Censo de Población y vivienda, 1990; XII Censo de Población y Vivienda 2000; Censo de Población y Vivienda 2010, Veracruz de Ignacio de la Llave.

No obstante que los indicadores antes analizados han disminuido importantemente en las últimas dos décadas, una vez que se hace la comparación con la media nacional de cada uno de ellos, se observa que Veracruz aún tiene una gran labor que realizar al respecto. Nada menos, para el 2010 el indicador denominado “Ocupantes en viviendas sin drenaje, ni servicio sanitario” fue de 16.2 a nivel estatal, mientras que la media nacional fue de 3.57. En el indicador “Ocupantes en viviendas sin energía eléctrica” el valor estatal para el mismo período fue de 3.4 y el nacional de 1.77. Referente a “ocupantes en viviendas sin agua entubada” el estatal fue de 18.9 y el nacional de 8.63. Una situación análoga sucede con los dos siguientes indicadores: en “Ocupantes en viviendas con piso de tierra” el indicador estatal para 2010 se posicionó en 11.7, mientras que el nacional lo hizo en 6.58. Por último, se tiene que el indicador “Ocupantes en viviendas con algún nivel de hacinamiento” para Veracruz fue de 39.96, mientras que a nivel nacional se describió de 36.53.

Tanto la amplitud, calidad de materiales, confort, como funcionalidad de la vivienda, juega un papel importante en el desarrollo de los seres humanos independientemente de la edad. Por otro lado, el ingreso económico permitirá la adquisición de bienes y servicios que mejoren la calidad de vida del veracruzano en general y de la persona adulta mayor de Veracruz en particular. Hoy se sabe que en Veracruz, la distribución de la población económicamente activa para el año 2012, se encuentra distribuida según el sector de actividad económica como sigue:

- 23% para el sector primario
- 20.3% para el sector secundario
- 56.6% para el sector terciario
- 0.2% no se encuentra especificado

Tal situación indica que la mayor parte de la población de Veracruz se encuentra empleada en el sector terciario, lo que ubica a sus integrantes en actividades relacionadas predominantemente con el comercio, oferta de servicios y transportes, dejando de lado actividades como la agricultura, la explotación forestal, ganadería, minería y pesca, importantes para la transformación de los recursos primarios de la entidad. En el rubro de las personas adultas mayores, poco más de la tercera parte de la población nacional de este grupo etario aún participaba en actividades económicas para el año 2005. A decir de algunos autores, la participación económica de los mayores de 60 años disminuye de forma inversamente proporcional al grupo etario estudiado, dicho de otra manera, por lo general las personas adultas mayores más “jóvenes”, esto es, con edades entre 60 y 65 años son aquellos con mayor participación en actividades económicas.

Dada la distribución de las personas adultas mayores en Veracruz que integran un “envejecimiento poblacional eminentemente rural”, se puede presuponer que sobre todo en este grupo etario (en específico en los más viejos) haya una muy reducida participación en actividades de tipo primario, debido al descenso de las actividades agrícolas en general; así como, las de tipo artesanal que permitían además la participación de todos los miembros del hogar y de la generación de un ingreso común, lo que ha ido modificándose al cambiar la actividad económica predominante en Veracruz, como es el caso de los fenómenos migratorios ya comentados.

Por otro lado, la participación de las personas adultas mayores de Veracruz en actividades económicas no tradicionalistas, puede deberse al deseo de seguir participando en actividades que les permitan continuar vigentes en su profesión u oficio, o bien ante la presencia de prestaciones jubilatorias insuficientes.

En el Estado de Veracruz, el porcentaje de población con ingresos monetarios de hasta dos salarios mínimos al día es de 68.64 para el año 2000, mientras que para el año 2010 es de 50.64 de acuerdo a la tabla siguiente.

Tabla 13. Indicador de marginación estatal: ingresos monetarios, 2000-2010.

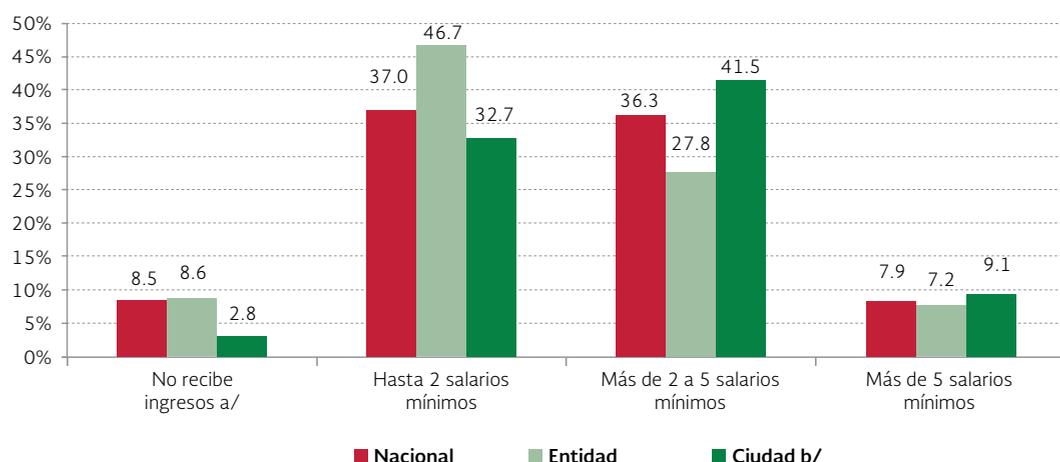
Dimensión	Indicador	Descripción del Indicador	Año 2000	Año 2010
Marginación	Ingresos monetarios	Porcentaje de población ocupada con ingreso de hasta 2 salarios mínimos	68.64	50.64

Fuente: SEMARNAT, Compendio de estadísticas ambientales 2012, Índice de marginación. Indicadores socioeconómicos; con base a CONAPO, Índices de Marginación 2000, 2005, 2010.

Se hace evidente que el porcentaje de la población ocupada con ingreso de hasta 2 salarios mínimos ha ido disminuyendo en el período comprendido entre el año 2000 y el año 2010.

No obstante que la reducción en el “Porcentaje de población ocupada con ingreso de hasta 2 salarios mínimos” ha disminuído del 2000 al 2010 en 18 puntos porcentuales, también es factible comentar que los factores para que se haya dado este cambio son múltiples y escapa su explicación al presente texto. En la siguiente gráfica con datos de INEGI al año 2012, se puede afirmar que en términos generales el porcentaje de población ocupada con ingreso de hasta dos salarios mínimos en la entidad sigue disminuyendo hasta un valor de 46.7, por arriba de la media nacional que para el año de registro fue de 37.0. El resto de los porcentajes se ubica en las siguientes categorías: “No recibe ingresos”, valor estatal 8.6, nacional 8.5. “Más de 2 y hasta 5 salarios mínimos” estatal 27.8, nacional 36.3 y en el apartado “Mas de 5 salarios mínimos” a nivel estatal el valor fue, según cifra preliminares del trimestre julio-septiembre del 2012, de 7.2 y el nacional de 7.9.

Gráfica 20. Distribución de la población ocupada, según nivel de ingreso mensual, 2012.



*Nota: Cifras preliminares del trimestre Julio-Septiembre. Excluye población con nivel de ingreso no especificado.
a/ Incluye trabajadores dependientes no remunerados, así como trabajadores por cuenta propia dedicados a actividades de autosubsistencia.
b/ Se refiere a la ciudad de Veracruz, Ver.

Fuente: INEGI: Perspectiva estadística, Veracruz de Ignacio de la Llave, 2012.

Como se explicó, las causas en la disminución paulatina del indicador “Porcentaje de población ocupada con ingreso de hasta 2 salarios mínimos” en la entidad, pueden obedecer a dos situaciones básicas:

1. Un porcentaje de personas que integraban este grupo se movieron para integrar el grupo de aquellos que no reciben ingresos o bien,
2. Una situación similar ocasionó que se movilizaran para integrar los grupos de “Más de 2 a 5 salarios mínimos” o “Más de 5 salarios mínimos”.

La explicación no se tiene de forma inmediata, sin embargo, es muy posible que tenga que ver en una de sus vertientes, con el incremento paulatino de la tasa de desempleo, tanto a nivel nacional como en la entidad, situación que se expone en la siguiente Tabla:

Tabla 14. Tasa de desocupación 2000-2012.

Año	Estatal	Nacional
2000	1.9	2.6
2001	2.1	2.8
2002	2.2	3.0
2003	2.7	3.4
2004	3.6	3.9
2005	2.4	3.6
2006	2.3	3.6
2007	2.3	3.7
2008	2.6	4.0
2009	3.0	5.5
2010	3.8	5.3
2011	3.2	4.8
2012	3.9	5.2

Fuente: INEGI: Perspectiva estadística, Veracruz de Ignacio de la Llave, 2012

Serie unificada con criterios de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. La tasa de desocupación representa el porcentaje de la población económicamente activa que se encuentra desocupada al momento de realizar las encuestas.

Transición epidemiológica

La persona adulta mayor, tanto por situaciones genéticas, estilos de vida, como por exposición a un medio ambiente físico, psicológico y social determinado, desarrolla una serie de padecimientos que asociados al proceso del envejecimiento, conlleva al desarrollo de un perfil epidemiológico en una población determinada. En el Estado de Veracruz, el envejecimiento poblacional se asocia a un perfil epidemiológico característico. La confluencia de padecimientos crónico-degenerativos, agudos y alteraciones del estado de nutrición, permiten identificar un patrón de comportamiento de los padecimientos más comunes en las personas adultas mayores veracruzanas.

Tanto la transición demográfica, nutricional y los cambios en los estilos de vida han impactado en la modificación del comportamiento de las enfermedades más prevalentes en Veracruz, ya que dentro de las diez primeras causas de mortalidad en las personas adultas mayores se encuentran tanto padecimientos crónico-degenerativos como del tipo infeccioso. En la siguiente tabla se exponen las principales causas de mortalidad en Veracruz 2011.

En cuanto a mortalidad para el año 2011, encontramos en la población de Veracruz que dentro de las 10 primeras causas se encuentra que el 80% son de tipo crónico-degenerativas, un 10% corresponde a accidentes y 10% a desnutrición y otras deficiencias nutricionales lo que integra un perfil epidemiológico mixto.

Tabla 15. Causas de mortalidad en personas adultas mayores de 65 años y más, Veracruz, 2011.

No. ordinal	Causa	Defunciones	*Tasa
1	Enfermedad isquémica del corazón	6, 285	122.64
2	Diabetes mellitus	3, 960	77.27
3	Tumores malignos	3, 133	61.13
4	Enfermedad cerebro vascular	2, 107	41.11
5	Enfermedad alcohólica del hígado	1, 312	25.60
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1, 062	20.72
7	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	670	13.07
8	Insuficiencia renal crónica	620	12.09
9	Accidentes	486	9.48
10	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	471	9.19
	Total	20, 106	392.34

*Tasa por 10,000 hb.

a El total no corresponde a la suma de ambos sexos, ya que incluye sexo no especificado.

b Se excluye paro cardíaco (29C).

c Incluye tétanos neonatal (A33).

d Incluye tétanos obstétrico (A34), trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio (F53), y osteomalacia puerperal (M83.0), se exceptúa el subgrupo (43R).

Fuente: INEGI: Estadísticas de mortalidad.

Por otro lado, es esperado que de acuerdo a la actual tendencia la neumonía asociada a virus de la influenza tome una gran escala en los próximos años. Las estrategias preventivas de vacunación permitirán modificar oportunamente esta tendencia.

Ahora bien, la tabla anterior nos permite identificar que una parte significativa de la mortalidad en personas adultas mayores se relaciona a padecimientos con un componente cardiometabólico como son la diabetes mellitus, la cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro-vascular e incluso la insuficiencia renal crónica como complicación de padecimientos metabólicos como la diabetes mellitus. También se puede afirmar que aunque el envejecimiento juega un papel capital en la fisiopatología y desarrollo de estas enfermedades, la alimentación y los estilos de vida no saludables intervienen en la génesis de dichos padecimientos.

Tabla 16. Causas de morbilidad en personas adultas mayores de 65 años y más, Veracruz, 2011.

No. ordinal	Causa	Casos	*Tasa
1	Infecciones respiratorias agudas	50,363	6924.03
2	Infección de vías urinarias	41,291	5676.79
3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	26,366	3624.87
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	20,058	2757.63
5	Hipertensión arterial	10,970	1508.18
6	Diabetes mellitus tipo 2	8,136	1118.56
7	Gingivitis y enfermedades periodontales	5,067	696.62
8	Otras helmintiasis	3,961	544.57
9	Amibiasis intestinal	3,507	482.15
10	Conjuntivitis	3,230	444.07
	Total	172,949	

*Nota: Por 100,000 habitantes

Fuente: SINAIS, Anuario estadístico de morbilidad 2010

Nada menos, en el cuadro anterior las tres primeras causas de morbilidad en la población adulta mayor de la comunidad son padecimientos infectocontagiosos, mientras que por el grupo de las enfermedades crónico-degenerativas se encuentran la diabetes mellitus y la hipertensión arterial sistémica englobando este comportamiento dentro del concepto de “epidemiología polarizada”, donde encontramos ambos grupos de padecimientos anteriormente relacionados a la pobreza en el caso de las infecciones, y a la riqueza en el caso de los padecimientos cardiometabólicos.

La discapacidad entendida como cualquier impedimento o restricción de la capacidad para realizar cualquier actividad, dentro del margen considerado como normal para el ser humano, se estudia en la siguiente tabla:

Tabla 17. Discapacidad por grupo por edad y género, 2010.

Grupos de edad	Hombres	Mujeres	Total
0 a 14 años	58.25	41.75	520,369
15 a 29 años	57.38	42.62	566,587
30 a 59 años	50.18	49.82	1,881,162
60 a 84 años	45.25	54.75	2,336,277
85 y más años	40.95	59.06	431,519
No especificado	53.51	46.50	3,356
Total	50.92	49.08	5,739,270

La base conceptual de la información sobre discapacidad del Censo de Población y Vivienda 2010, corresponde a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF 2001), por lo que no es comparable con censos anteriores.

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Base de datos de la muestra censal.

Puede apreciarse que el incremento en el número de personas con discapacidad inicia en el grupo de 30 años en adelante, disminuyendo paulatinamente después de los 85 años de edad, donde es esperado que sobrevivan aquellas personas que se conservan con un perfil funcional adecuado.

En lo referente a la discapacidad por causa, las dos principales, tanto para Veracruz de Ignacio de la Llave, como para el nivel nacional son “enfermedad” y “edad avanzada”, verificables en la tabla que se observa a continuación:

Tabla 18. Causas de discapacidad en Veracruz y a nivel nacional, 2010.

Área geográfica	Nacimiento	Enfermedad	Accidente	Edad Avanzada	Otra Causa	No Especificado	Total
Estados Unidos Mexicanos	16.32	39.42	14.98	23.13	7.59	2.18	5,739,270
Veracruz de Ignacio de la Llave	16.11	41.35	13.71	22.66	7.86	1.41	415,569

La base conceptual de la información sobre discapacidad del Censo de población y vivienda 2010 corresponde a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF 2001), por lo que no es comparable con censos anteriores. Debido al redondeo de las cifras, la suma de los decimales puede no coincidir con el 100.0 %.

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Base de datos de la muestra censal.

Estas dos condiciones son comunes en las personas adultas mayores, ambas atribuibles a factores genéticos y estilos de vida, lo que propicia que la persona adulta mayor se convierta en un individuo susceptible de desarrollar discapacidad y dependencia, las cifras anteriores son congruentes con los valores a nivel nacional reportados por ENSANUT 2012.⁴¹

En lo tocante a accidentes, de los cuales las personas adultas mayores no están exentos, las caídas son de los más comunes con un alto impacto en la morbilidad de este grupo etario.⁴²

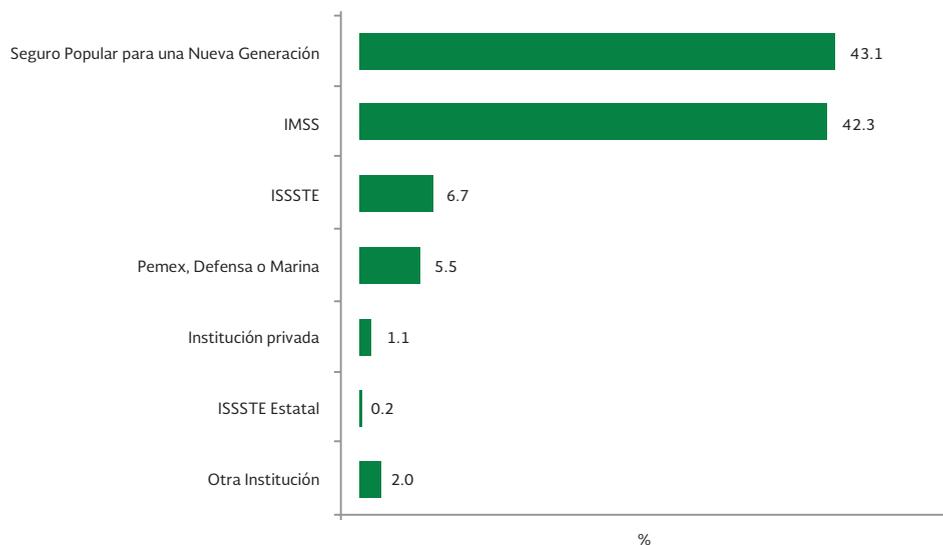
Seguridad social

El Estado de Veracruz ha tenido un importante desarrollo en el rubro de la seguridad social en los últimos años con beneficio importante tanto para las nuevas generaciones como para las personas adultas mayores de la entidad. En lo tocante al total de la población derechohabiente en Veracruz, un aproximado de 48.22% pertenece al género masculino y 51.78% al femenino.

Instituciones y programas de gran reconocimiento, permiten el acceso a los servicios de salud a veracruzanos de todas las edades. Sin embargo, es bien conocido que las personas adultas mayores consumen una cantidad significativa de los servicios en salud de nuestro país, debido a la presencia de padecimientos sobre todo del tipo crónico-degenerativo. En la siguiente gráfica se observa la distribución

porcentual de la población total derechohabiente por institución de salud en Veracruz, donde destacan por su cobertura el Seguro Popular, en segundo lugar el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en tercero el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Gráfica 21. Distribución porcentual de la población derechohabiente por tipo de institución de salud, 2010.

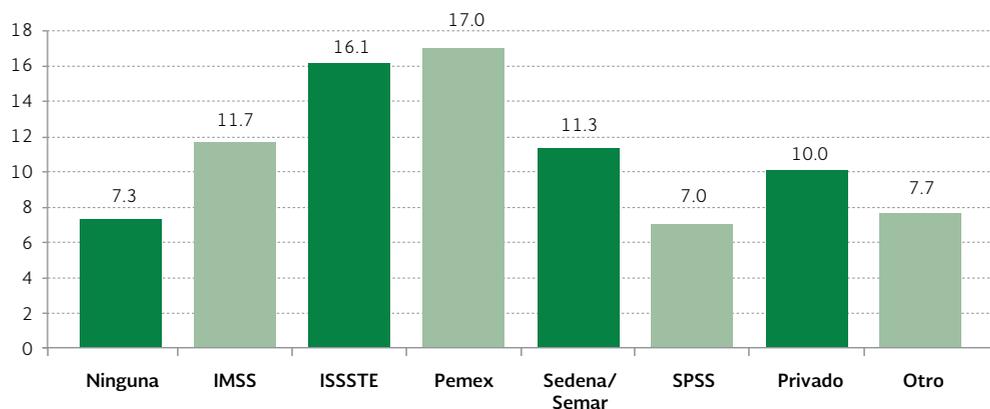


En la gráfica se observa que la mayor cobertura en seguridad social independientemente de la edad, la tiene el Seguro Popular en la población general de Veracruz.

Nota: La suma de los porcentajes puede ser mayor a 100%, debido a la población que tiene derecho a este servicio en más de una institución de salud.

Fuente: Principales resultados del censo de Población y vivienda 2010, Veracruz de Ignacio de la Llave.

Gráfica 22. Porcentaje de población de 60 años y más por categoría de protección en salud, 2012



En la gráfica se aprecia que en materia de protección a la salud, a nivel nacional, los adultos mayores “más viejos”, tienen como principal fuente a instituciones de seguridad social. En el caso de la gráfica destaca con 17% PEMEX, seguido del ISSSTE con 16.1% y en tercer lugar con un 11.7% el IMSS.

Fuente: ENSANUT 2012.

Sin embargo, cuando se revisa la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012), se encuentra que las personas adultas mayores a nivel nacional están protegidas primordialmente por instituciones de seguridad social como PEMEX, ISSSTE e IMSS. Mientras que aquellas personas que no cuentan con protección social y los afiliados al Seguro Popular tienen un perfil más joven. En la gráfica siguiente se desglosan los porcentajes de población de 60 años y más por categoría de protección en salud, según la ENSANUT 2012.

Cuando se hace una revisión en lo referente a las acciones de prevención en salud, de 1, 345 entrevistados de 20 años y más, durante la realización de ENSANUT 2006, en el rubro de cáncer cérvico-uterino, la participación de la mujer en los grupos etarios que a continuación se analizan, es mucho menor en aquellas mayores de 60 años de edad. Al momento de la realización del presente trabajo aún no se tienen los resultados por entidad federativa de ENSANUT 2012, por lo que a continuación presentamos los resultados de detección de cáncer cervico-uterino en Veracruz provenientes de la ENSANUT 2006, para una información ampliada, el lector deberá consultar la fuente original.

Tabla 19. Detección de cáncer cérvico-iterino, 2006.

Grupo etario	Número absoluto	Porcentaje
20 a 39 años	393.5	36.7%
40 a 59 años	393.0	49.2%
60 años	133.9	32.4%
Total	920.4	39.4%

En el presente cuadro se observa el número de mujeres por grupo de edad que un año previo al desarrollo de ENSANUT 2006, se realizaron detección de cáncer cérvico-uterino. Se aprecia que al avanzar en el grupo de edad estudiado hay una disminución importante de personas que realizan esta práctica preventiva.

Fuente: ENSANUT 2006.

Las causas por las que las mujeres mayores de 60 años se realizan de menor manera la detección de cancer cérvico-uterino escapan a los objetivos de este trabajo, sin embargo, es prudente comentar que se debe de poner mayor énfasis a esta labor, debido a que en la mujer adulta mayor, la vejez constituye uno de los factores de riesgo más importante para el desarrollo del cáncer cervico-uterino, por lo que la detección temprana es una estrategia básica para evitar el desarrollo del padecimiento. En el caso de Veracruz, es preocupante debido a que de la muestra de ENSANUT 2006, solo el 32.4% de las mujeres de 60 y más años de edad se realizó detección al respecto. En lo referente al porcentaje de participación de mujeres en acciones de detección de cancer cérvico-uterino, este tiene una cifra de 39.4%, siendo la media nacional para ENSANUT 2012 de 44.3%.

De manera similar a la detección de cáncer cérvico-uterino, se puede observar que la participación de mujeres adultas mayores en actividades de prevención está por debajo de los demás grupos etarios. El promedio de la participación de mujeres veracruzanas en la detección de cáncer mamario al momento

de realizarse ENSANUT 2006 era 15.3%. De acuerdo a la ENSANUT 2012 el 36.31% de las mujeres de 20 años o más a nivel nacional, acudió a exploración clínica de senos durante el último año previo a la realización de la encuesta.

Tabla 20. Detección de cáncer de mama, 2006.

Grupo etario	Número absoluto	Porcentaje
20 a 39 años	133.0	12.4%
40 a 59 años	169.2	21.3%
60 años	51.0	12.3%
Total	353.2	15.3%

Al igual que en el cuadro anterior, la participación de las adultas mayores veracruzanas en prácticas preventivas de salud, es menor que en otros grupos etarios. importante de personas que realizan esta práctica preventiva.

Fuente: ENSANUT 2006.

Una vez más, recurriendo a ENSANUT 2006 del Estado de Veracruz, en lo relativo a actividades de detección de la diabetes mellitus, solo el 14.8% de la población entrevistada se realizó en el último año previo a la obtención de la encuesta acciones de este tipo. Lamentablemente del número total de entrevistados al respecto, el 17.4% correspondieron a personas adultas mayores, como se observa en tabla.

Tabla 21. Detección de diabetes mellitus, 2006.

Grupo etario	Número absoluto	Porcentaje
20 a 39 años	249.6	13.4%
40 a 59 años	286.3	21.9%
60 años	144.9	23.9%
Total	680.8	18.1%

Fuente: ENSANUT 2006.

En el caso de la hipertensión arterial sistémica hay una tendencia similar y según lo reportado por ENSANUT 2006, del total de entrevistados de 20 años y más, solo el 18.8% se realizó detección de hipertensión arterial sistémica en el último año, como se anota en la tabla inferior.

Tabla 22. Detección de hipertensión arterial, 2006.

Grupo etario	Número absoluto	Porcentaje
20 a 39 años	223.0	12.3%
40 a 59 años	223.2	18.5%
60 años	146.2	25.7%
Total	592.3	16.6%

En el presente cuadro se aprecia que solo un 18.8% del total de entrevistados en Veracruz realizó acciones de detección en hipertensión arterial. En lo tocante a personas adultas mayores, este porcentaje es de 25.7%. Al consultar la ENSANUT 2006 del Estado de Veracruz cuando se hace el despliegue por género, se tiene que la participación en este tipo de acciones es mayor en las mujeres que en los hombres.

Fuente: ENSANUT 2006.

Con lo analizado en las páginas anteriores de este apartado, someramente se puede comentar que las personas adultas mayores de la entidad pueden ser ampliamente beneficiadas por los programas e instituciones, tanto públicas como privadas, debido a la multiplicidad de factores que los hacen individuos vulnerables desde muchos puntos de vista. La falta en la oferta de empleos planeados para las aptitudes, actitudes, conocimiento y reserva fisiológica de la población adulta mayor es un tema que debe analizarse de manera urgente, prioritaria y con mayor evidencia científica. Por otro lado, apoyar a las comunidades indígenas en su desarrollo es otra tarea a realizarse en los próximos años con un enfoque de envejecimiento activo y saludable, ya que como se observó, una buena cantidad de personas con condición de indígena son mayores de 60 años. Al mismo tiempo se deberá combatir la marginación en la entidad ya que el estar en los extremos de la vida es un factor de riesgo mayor para encontrarse de cerca con este fenómeno.

Además de lo anterior, la emigración de las personas jóvenes de la entidad deja solas y desprotegidas a las personas adultas mayores en comunidades predominantemente rurales y con altos porcentajes de indigenismo, lo que suele vulnerar más a este grupo poblacional.

El número de personas adultas mayores en el Estado de Veracruz con condición de analfabeta es alto, siendo un obstáculo mayor para el desarrollo de este grupo etario. Al respecto la generación, promoción y seguimiento de programas de alfabetización para adultos son una solución al problema.

En materia de salud, el Estado de Veracruz se encuentra ante el fenómeno de una transición epidemiológica “polarizada” ya que su perfil epidemiológico por un lado esta compuesto de padecimientos crónico degenerativos como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, ambos con una posibilidad de generar una gama importante de complicaciones y gastos en salud superlativos. Por otro lado, la morbilidad se encuentra compuesta en gran medida de padecimientos que son altamente prevenibles como las

helmintiasis, gingivitis, infecciones periodontales, amebiasis, infecciones respiratorias, infecciones de vías urinarias y otras que son susceptibles de mejora con acciones de bajo costo y alto impacto benéfico para el grupo de personas adultas mayores.

En lo relativo a la protección de la salud se debe hacer énfasis en el fortalecimiento de las instituciones encargadas de esta misión y promocionar las estructuras nuevas como el Seguro Popular, ya que como se observó la polipatología va asociada a la discapacidad y la dependencia, ambas especialmente frecuentes en la población adulta mayor y Veracruz no es la excepción.

Referencia bibliográfica

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Panorama Sociodemográfico 2011, serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available: http://www.google.com.mx/#hl=es-419&output=search&sclient=psyab&q=INEGI+Panorama+sociodemografico+de+mexico+2011.&oq=INEGI+Panorama+sociodemografico+de+mexico+2011.&gs_l=hp.12..0i30.7766.7766.0.10344.1.1.0.0.0.703.703.6-1.1.0...0.0...1c..7.psy
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Panorama Sociodemográfico 2011, serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available: <http://mapserver.inegi.gob.mx/geografia/espanol/prodyserv/prodsgeograficos/mgm2000/mgm2000.cfm>
3. Domínguez Carmen Blázquez. Breve Historia de Veracruz, serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available: http://books.google.com.mx/books/about/Breve_historia_de_Veracruz.html?id=73RoAAAAMAAJ
4. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Totonacas-Totonacatl, serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available: http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=612&Itemid=62
5. Instituto Nacional de Estudios Políticos. O'Donojú e Iturbide acuerdan firmar los tratados de Córdoba, serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available: <http://www.memoriapoliticademexico.org/Efemerides/8/05081821.html>
6. Arte y Creatividad. Historia de Veracruz, serial on line 2007, cited 2013, agosto 9; available en: http://banderas.com.mx/historia_de_veracruz.htm
7. Enciclopedia de los Municipios y Delegaciones de México. Veracruz – Llave, Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, serial on line 2010, cited 2013, agosto, 9; available: <http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/EMM30veracruz/historia.html>
8. Gobierno del Estado de Veracruz. Datos geográficos, serial on line 2013, citado 2013, abril 1; available: <http://www.veracruz.gob.mx/nuestro-estado/datos-geograficos/>
9. SAGARPA. Indicadores Estatales Agroeconómicos, serial on line 2011, noviembre. Cited 2013, agosto 9; available: http://www.sagarpa.gob.mx/agronegocios/Documents/estudios_economicos/monitorestatal/Tabulador_por_estado/Monitores_Nuevos%20pdf/Veracruz.pdf
10. Gobierno del Estado de Veracruz. Datos geográficos, serial on line 2013, citado 2013, abril 1; available: <http://www.veracruz.gob.mx/nuestro-estado/division-politica-y-municipios/>
11. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Consulta interactiva de datos, serial on line

- 2013, cited 2013, abril 1; available: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=30/> <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/habitantes.aspx?tema=P>
12. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Cuentame, densidad de población, serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available: <http://cuentame.inegi.org.mx/impresion/poblacion/densidad.asp>
 13. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Consulta interactiva de datos, serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available: http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=27770
 14. Programa Nacional de Atención al Envejecimiento. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE Michoacán, serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available: http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_manuales.html
 15. Programa Nacional de Atención al Envejecimiento. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE Guanajuato, serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available: http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_manuales.html
 16. Programa Nacional de Atención al Envejecimiento. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE Tlaxcala, serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available: http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_manuales.html
 17. Programa Nacional de Atención al Envejecimiento. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE Estado de México, serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available: http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_manuales.html
 18. Programa Nacional de Atención al Envejecimiento. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE San Luis Potosí, serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available: http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_manuales.html
 19. Programa Nacional de Atención al Envejecimiento. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE Yucatán, serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available: http://www.cenavece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_manuales.html
 20. Noreste, Diario Regional Independiente. Tienen los veracruzanos esperanza de vida de 74.3 años, serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available: <http://noreste.net/wordpress/archives/16270>
 21. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Cuentame, Esperanza de vida, serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>
 22. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Consulta interactiva de datos, serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available: http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=27770
 23. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Consulta interactiva de datos, serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available: <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>
 24. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Consulta interactiva de datos, serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available: <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>
 25. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Consulta interactiva de datos, Tasas de crecimiento decenales por entidad según año censal y dato; serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available:

- Veracruz http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=sh_pty5ds?s=est
26. Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de Estimaciones de población 1990-2012, COLMEX. serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available: <http://www.sinais.salud.gob.mx>
 27. INEGI. Natalidad, Tasa Bruta de Natalidad por Entidad Federativa, 2000-2012, Mortalidad, Tasa Bruta demortalidad por Entidad Federativa, 2000-2012; serial online; cited: 2013, abril 11; available: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/Sisept/Default.aspx?t=mdemo15&s=est&c=17534>
 28. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo General de Población y Vivienda 1990, México. serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=16653&c=11893&s=est>
 29. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Conteo General de Población y Vivienda 1995. serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available: http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta_resultados/iter1995.aspx?c=27438&s=est
 30. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo General de Población y Vivienda 2000, México. serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=14048&c=10252&s=est#>
 31. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Consulta interactiva de datos, Veracruz: Población total, edad mediana, relación hombres-mujeres e índice de envejecimiento por entidad federativa y género. serial on line 2013, cited 2013, abril 1; available: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&s=est>
 32. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Consulta interactiva de datos: Veracruz, Población total con estimación por entidad y municipio según edad; serial on line 2013, citado 2013, abril 1; disponible: http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=27770
 33. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Consulta interactiva de datos, serial on line 2013, cited 2013, abril 8; available: http://www.inegi.org.mx/lib/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=27770
 34. 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
 35. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Perfil sociodemográfico de Veracruz de Ignacio de la Llave, II Conteo de Población y Vivienda 2005. serial on line 2013, cited 2013, abril 12; available: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/conteo/2005/perfiles/Perfil_Soc_ver1.pdf
 36. Gobierno del Estado de Veracruz. Plan Veracruzano de Desarrollo 1999-2004, serial on line 2013, cited 2013, abril 8; available: <http://www.csva.gob.mx/legal/leyes/estatal/PlanVeracruzano.pdf>
 37. Ana Margarita Chávez Lomelí. Geografía y patrones de la migración internacional: un análisis regional del Estado de Veracruz, serial on line 2013, cited 2013, abril 8; available: <http://meme.inegi.org.mx/veracruz>

- phpwebhosting.com/~migracion/modules/libro_nuevas_tendencias_de_la_migracion/9.pdf
38. CDI, Valle J, Bardomiano H. Huastecos de Veracruz. serial on line 2006 cited 2013, agosto 09; available: http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=16&limit=5&limitstart=10&order=name&dir=ASC&Itemid=200020
 39. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010: Población de 3 años y más que habla lengua indígenas, serial on line, cited 2013, febrero, 23; available: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?src=487&e=30>
 40. INEGI. Conociendo a México, serial on line 2012, cited 2013, agosto, 9: available: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/mexcon/folleto_nacional_pliegos_baja.pdf
 41. INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Resultados Nacionales 2012, serial on line 2012, cited 2013, agosto, 9; available: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
 42. Calleja J, Lozano M, Muños A, Olivares A, Osio Y. Prevención y atención de las caídas en la persona adulta mayor, Guía de consulta para el médico de primer nivel de atención. México: Secretaria de Salud, CENAPRECE: 2010

Tú,



¿Cómo los tratas?

7. Resultados de la Encuesta SABE Veracruz

Posterior a la realización de la Encuesta SABE en Veracruz, se procedió a determinar los resultados más representativos del perfil epidemiológico y socio-demográfico del envejecimiento poblacional en la entidad. De acuerdo a la metodología establecida en el protocolo original del Proyecto-Encuesta SABE, se integraron los resultados conforme a la agrupación existente en el cuestionario SABE México.

En este capítulo, se presentarán dichos datos en forma de gráficas, tanto por sexo como por grupo etario. Cabe señalar que para el análisis según grupos etareos se agruparon a las personas entrevistadas por quinquenios a partir de los 60 años hasta los 85 años y más.

Para hacer las categorías de análisis, se seleccionaron del cuestionario de la encuesta SABE, clasificándose de la siguiente forma: datos personales, evaluación cognitiva, estado de salud y estado funcional de acuerdo a la tabla 1.

Tabla 1. Categorías del análisis

Secciones del cuestionario	Categorías analizadas
Datos personales	Alfabetismo
	Escolaridad
	Compañía en la vivienda
Evaluación cognitiva	Estado cognoscitivo
Estado de salud	Hipertensión arterial sistémica
	Diabetes
	Enfermedad obstructiva crónica (EPOC)
	Enfermedad cardíaca
	Enfermedad vascular cerebral
	Artritis, reumatismo o artrosis
	Osteoporosis
	Detección de cáncer de mama
	Detección de cáncer de mama por profesional
	Detección de cáncer cérvico uterino
	Detección de cáncer de próstata
	Enfermedad psiquiátrica
	Depresión
	Realización de ejercicios
	Realización de manualidades
	Incontinencia urinaria
	Incontinencia fecal
	Percepción de la visión
	Dificultad para comer por problemas dentales
	Caídas
Consumo de alcohol	
Consumo de tabaco	
Percepción de la audición	

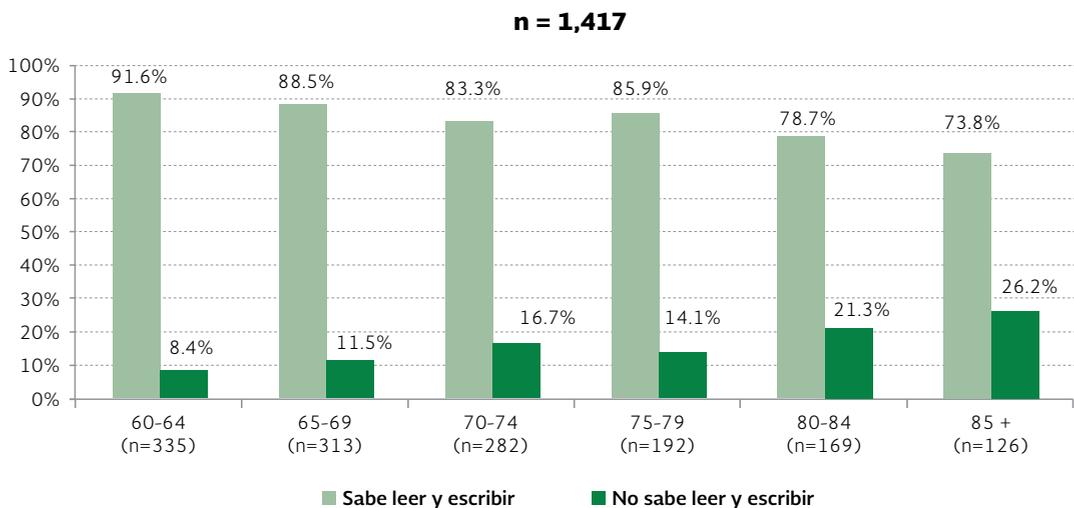
Secciones del cuestionario	Categorías analizadas
	Memoria buena
	Sensación de felicidad
	Nutrición
Estado funcional	Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)
	Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

La Encuesta SABE Veracruz, se realizó en la ciudad de Xalapa, capital del Estado de Veracruz, donde se aplicaron 1,423 cuestionarios a la población de 60 años y más, de los cuales 897 (63.1%) corresponden a mujeres y 526 (36.9%) a hombres.

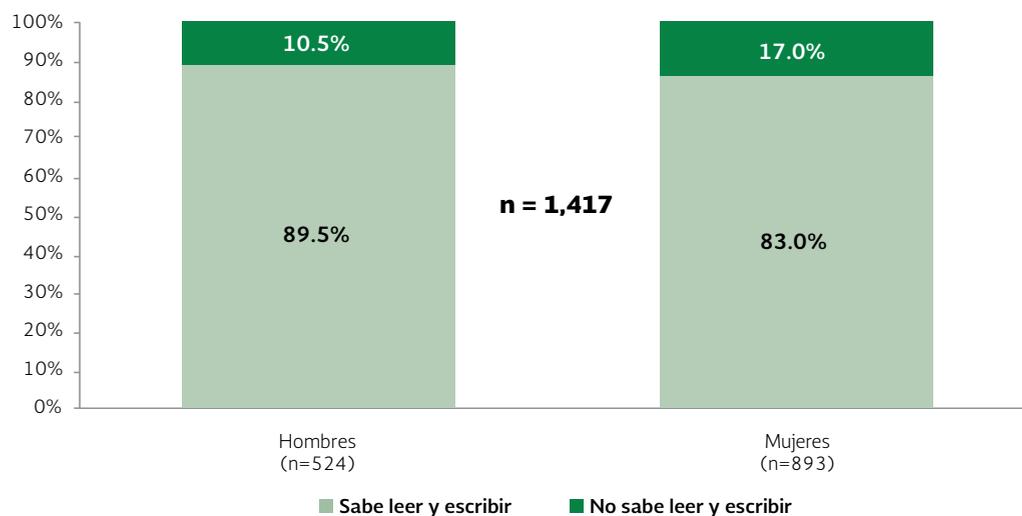
Alfabetismo.- En la Encuesta SABE desarrollada en Veracruz, se observó que un 16.4% de los entrevistados, respondieron negativamente a la pregunta ¿Sabe leer y escribir?

Cuando se analiza el alfabetismo con referencia a los diferentes grupos etarios de personas adultas mayores, se observa que conforme se avanza en la edad de cada uno de los grupos estudiados, se incrementa el analfabetismo. Con un valor de los datos estadísticamente significativo $X^2_{1g}=29.9$; $p<0.01$ Gráfica 1. Al estudiar esta variable por sexo, se encontró una $Z=3.3$, $p<0.01$, lo que establece que hay una diferencia en cuanto al analfabetismo entre hombres y mujeres mayores de 60 años, siendo mayor entre mujeres que entre hombres. Gráfica 2.

Gráfica 1. Distribución del alfabetismo según grupos etarios.

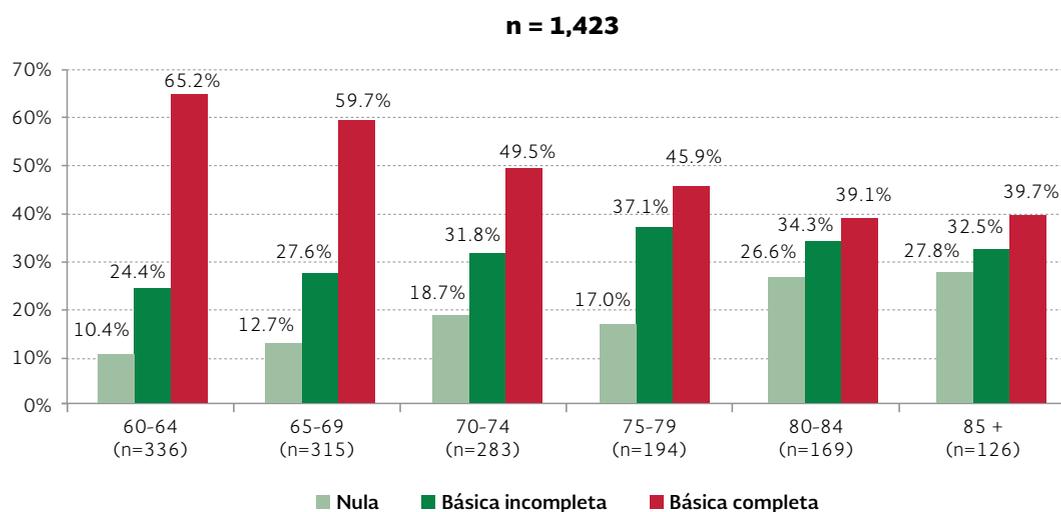


Gráfica 2. Distribución del alfabetismo por sexo.



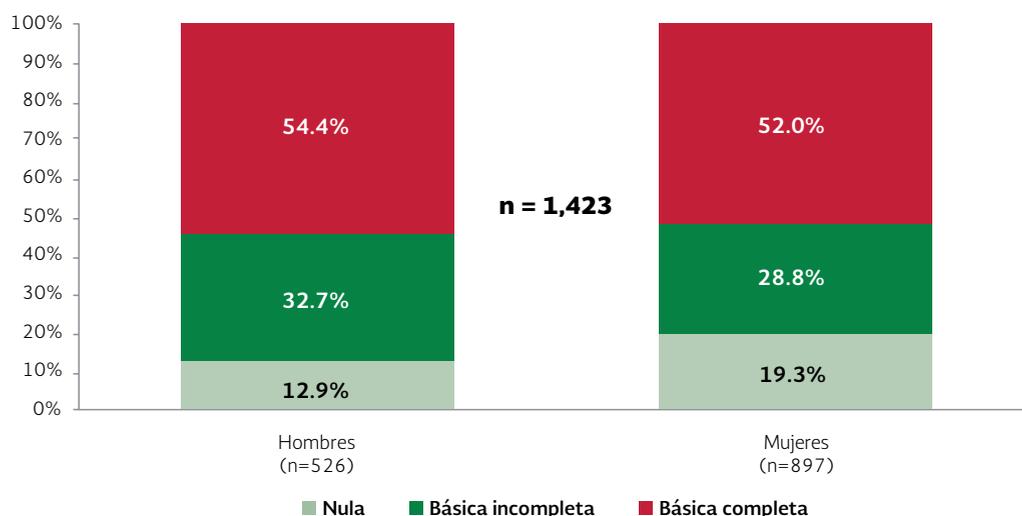
El 18.9% de la muestra estudiada, respondió no haber cursado nivel básico. Los datos presentan significancia estadística con una $X^2_{1g}=33.4$; $p<0.01$, observándose que conforme avanza la edad disminuye el número de personas con escolaridad básica completa, como se muestra en la Gráfica 3.

Gráfica 3. Referencia de escolaridad según grupo etario.



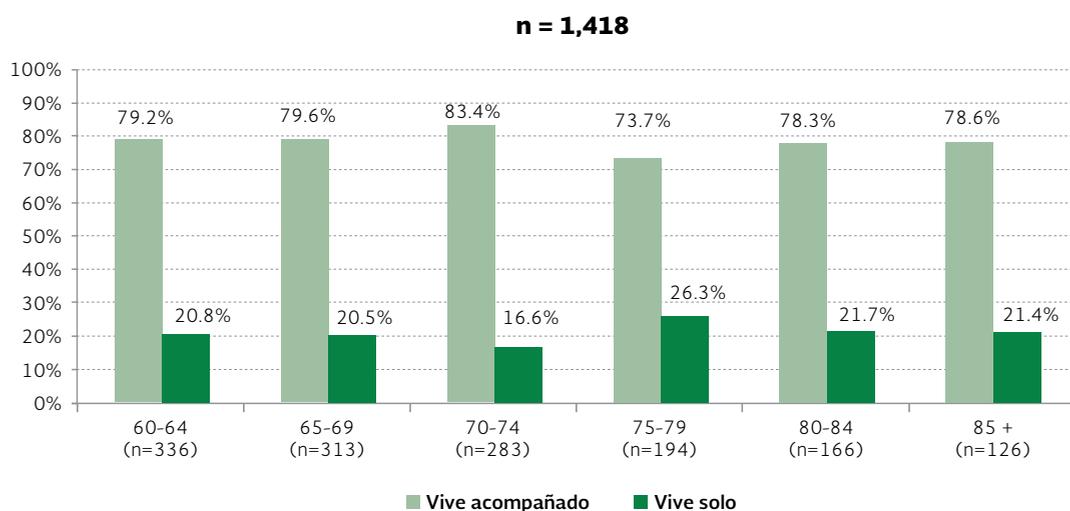
Al hacer el análisis por sexo, tenemos una diferencia al último grado académico aprobado, donde se observa que los hombres tienen mayor grado escolar que las mujeres. ($Z=3.1$, $p<0.01$). Gráfica 4.

Gráfica 4. Referencia de escolaridad por sexo.



El ser persona adulta mayor confiere al individuo un incremento en el riesgo de ser vulnerable desde cualquier punto de vista. El “vivir solo” incrementa esta posibilidad, se encontró que el 21.2% de las personas adultas mayores pertenecientes a la muestra, refirieron vivir solos, datos sin significancia estadística $X^2_{1gl}=0.5$; $p>0.05$, tanto por grupo etario como por sexo $Z=0.0$. Gráfica 5.

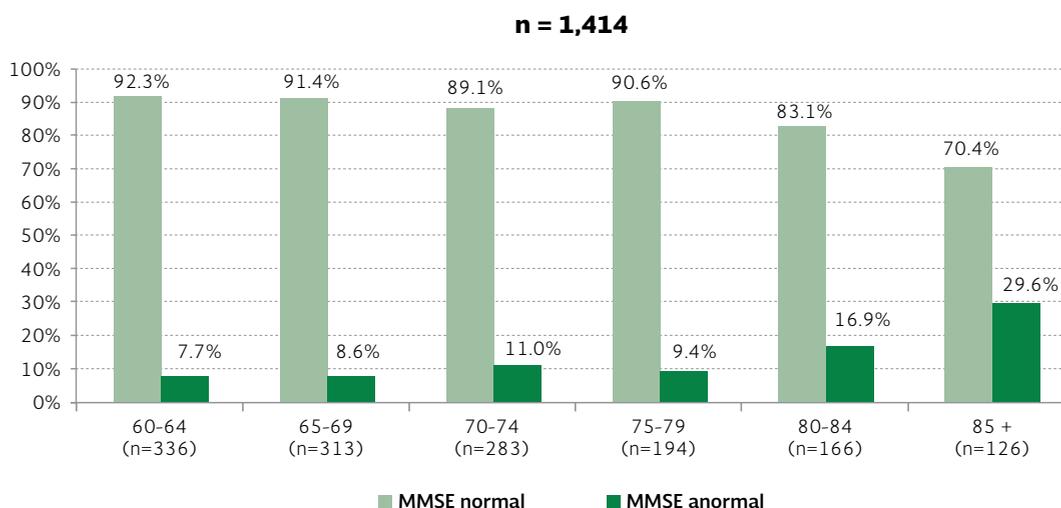
Gráfica 5. Compañía en la vivienda según grupos etarios.



Evaluación cognitiva

Para determinar el estado cognoscitivo de las personas adultas mayores entrevistadas, se aplicó una versión validada y adaptada a la población mexicana del Minimental State Examination de Folstein. En los resultados se encontró una prevalencia del 12.8% de la población estudiada. Al analizar los datos, por grupos etarios se observa que a mayor edad mayor dificultad cognoscitiva con una $X^2_{1gl}=28.6$; $p<0.01$, Gráfica 6. Al hacer la comparación por sexo, se observa que no hay predominio por sexo $Z=0.8$; $p>0.05$.

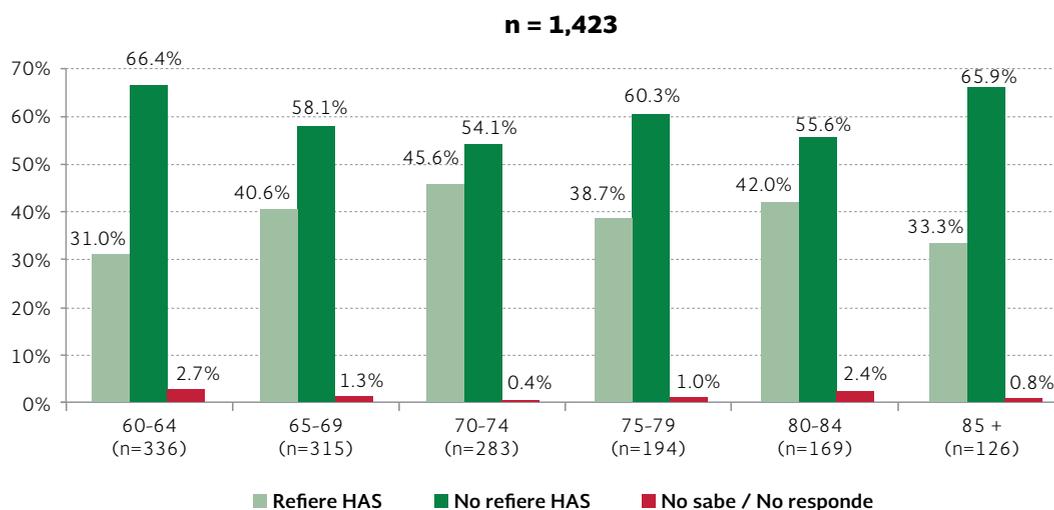
Gráfica 6. Distribución del estado cognoscitivo según grupos etarios.



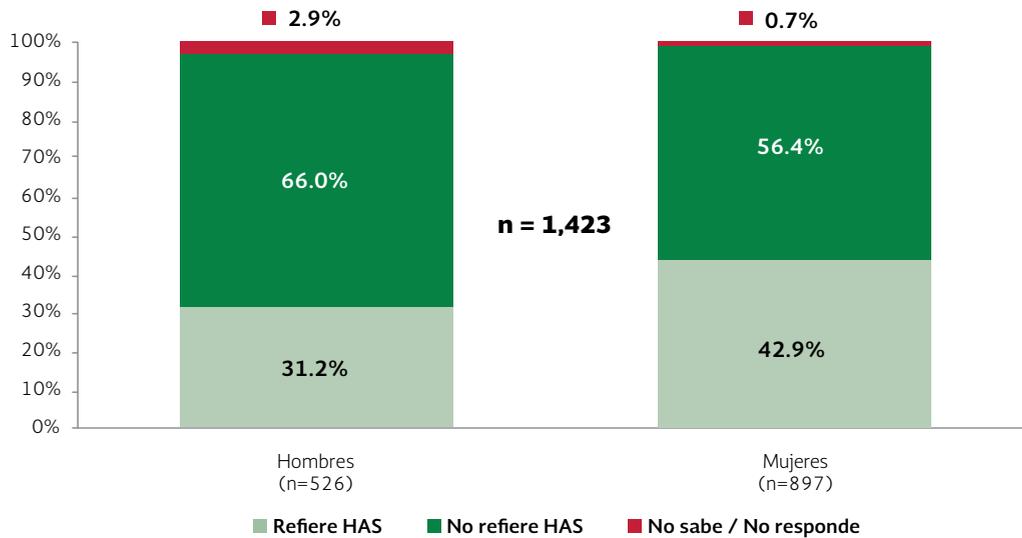
Evaluación salud

Con relación a Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), el 38.5% de la población estudiada refirió tener diagnóstico previo. Al estudiar a la población de personas adultas mayores por grupo etario, no se encontró significancia estadística con $\chi^2_{1gl}=1.5$; $p > 0.05$. Gráfica 7. Por sexo se observa significancia estadística con tendencia a las mujeres $Z= 4.38$; $p < 0.01$ Gráfica 8.

Gráfica 7. Distribución del diagnóstico de HAS según grupos etarios.

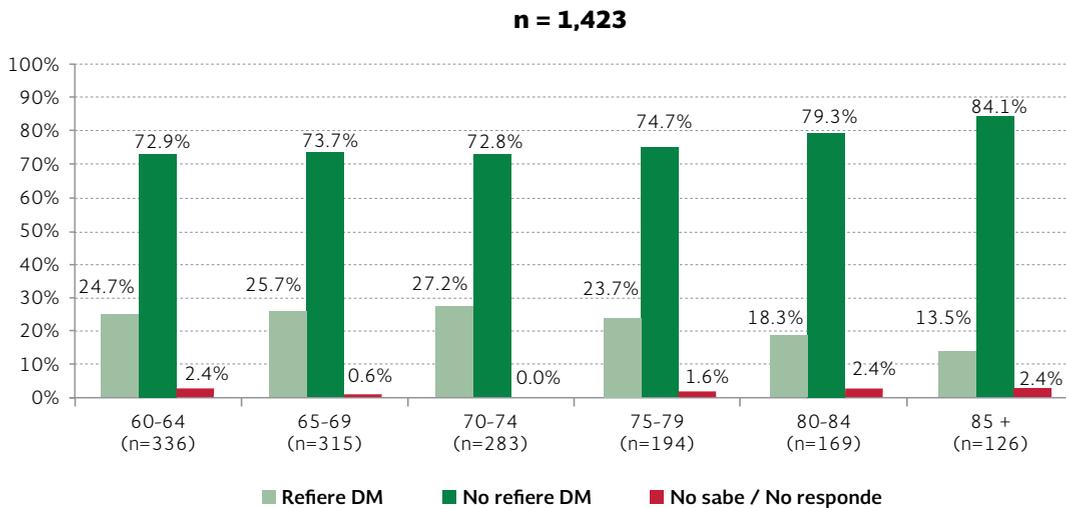


Gráfica 8. Distribución del diagnóstico de HAS por sexo.

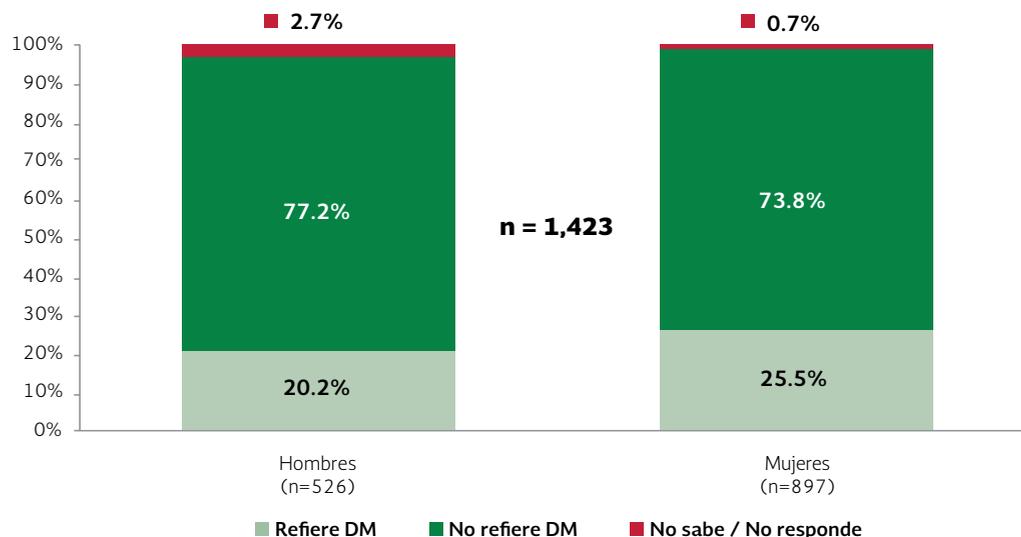


La Diabetes Mellitus, como problema de salud pública es una enfermedad crónica con elevado costo social y económico especialmente en la etapa de la vejez, se encontró una prevalencia 22.1% de la población estudiada, que refirió ser diabético, al estimar $\chi^2_{1g}=7.4;p<0.01$, indica a este valor como estadísticamente significativo, en lo tocante a los diversos grupos de edad de las personas entrevistadas Gráfica 9. Al hacer el análisis por sexo se encontró una $Z=2.3; p<0.05$, lo cual es estadísticamente significativa, tendiendo más a las mujeres. Gráfica 10.

Gráfica 9. Distribución del diagnóstico, previo a la encuesta, de DM según grupos etarios.

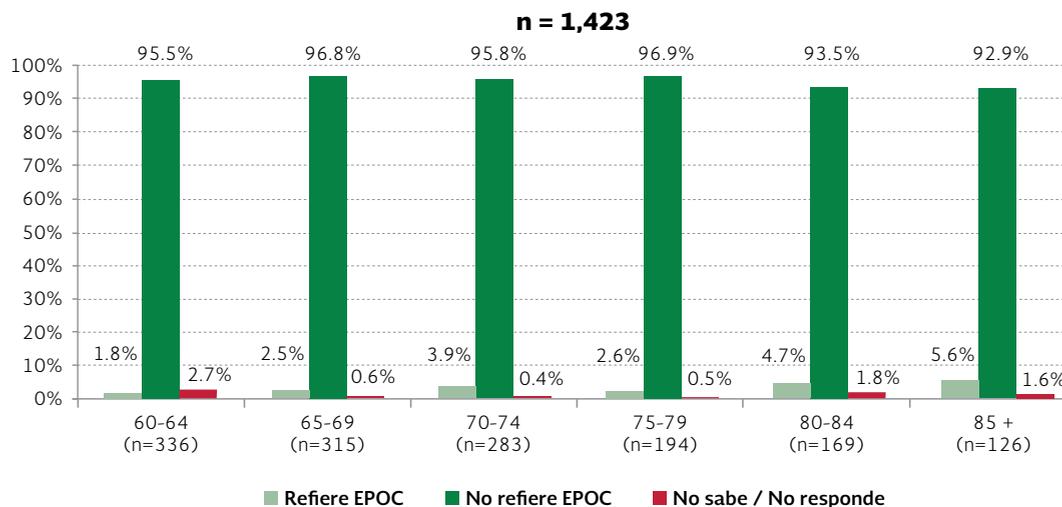


Gráfica 10. Distribución del diagnóstico, previo a la encuesta, de DM por sexo.

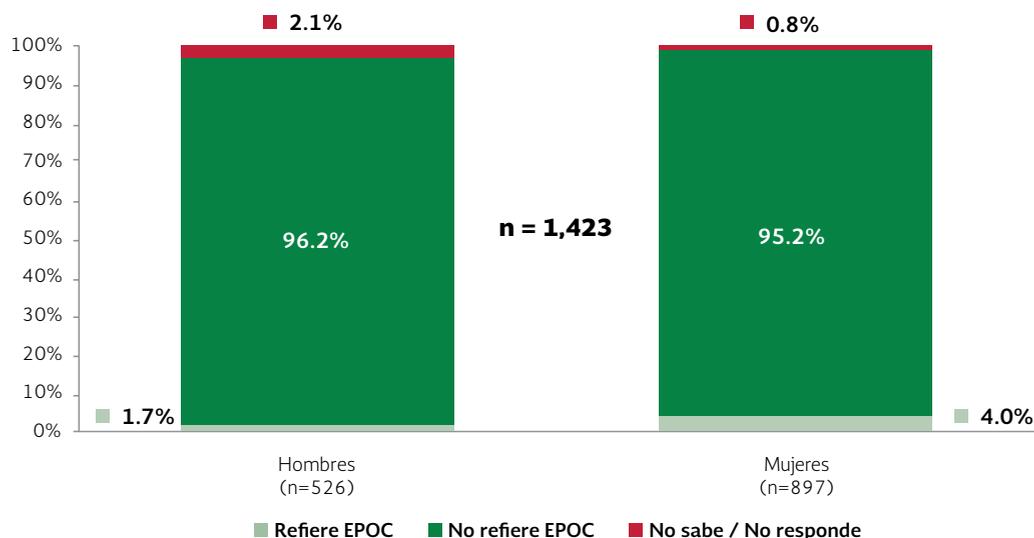


Con relación a la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), el 3.5% de la muestra contestó afirmativamente a la pregunta, ¿Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si tiene alguna enfermedad pulmonar crónica?. Al analizar la información, se encontró que esta es estadísticamente significativa $X^2_{1gl}=5.4$; $p<0.05$, siendo mayor el predominio del padecimiento en los grupos de 80 a 84 años y 85 y más, Gráfica 11. Al hacer la revisión por sexo, se encontró una $Z= 2.4$; $p<0.05$, lo cual demuestra significancia estadística, con predominio en las mujeres, Gráfica 12.

Gráfica 11. Distribución del diagnóstico de EPOC según grupo etario.

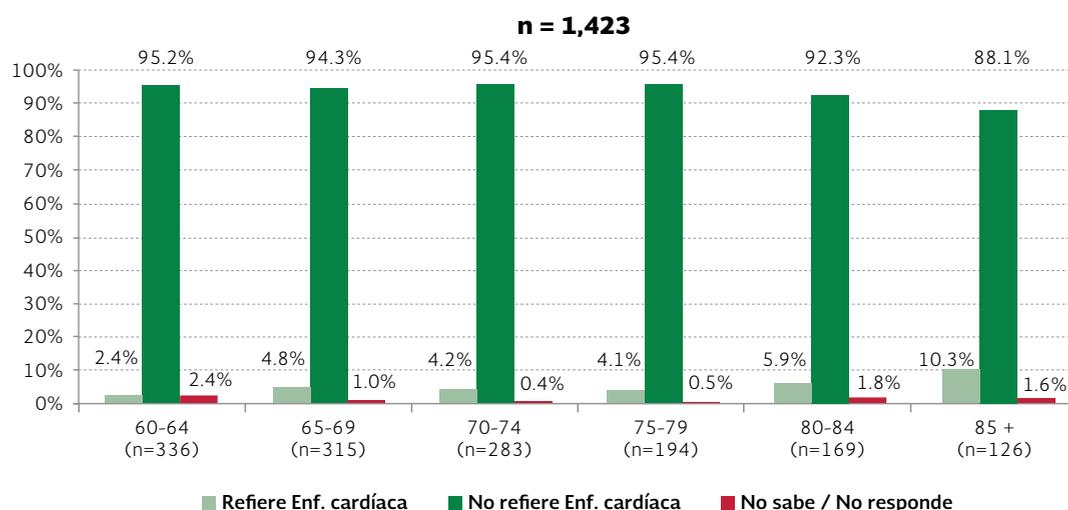


Gráfica 12. Distribución del diagnóstico de EPOC por sexo.



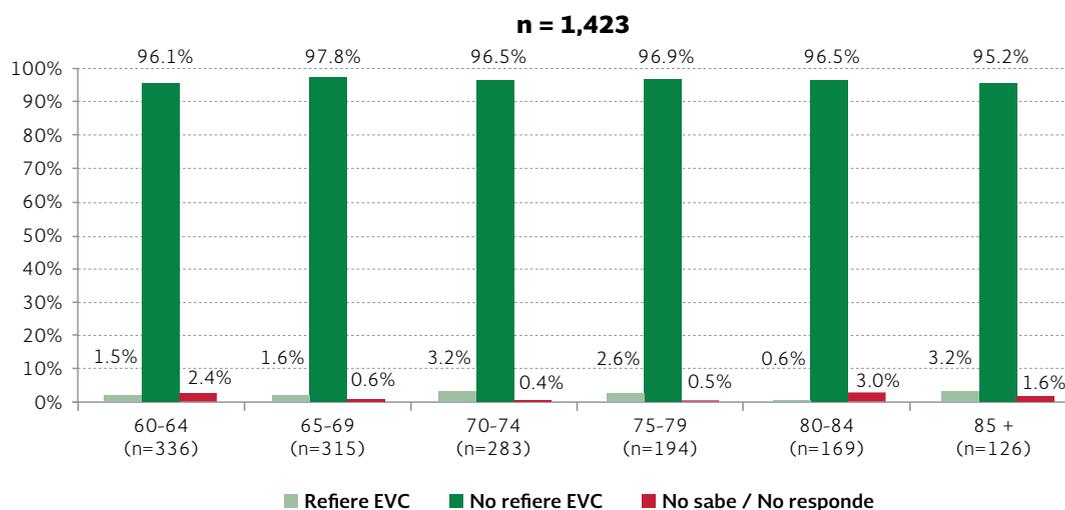
Se interrogó a las personas adultas mayores sobre el diagnóstico previo de enfermedad cardíaca, como parte de los resultados del estudio se encontró que el 5.2%, refirió que le habían diagnosticado un padecimiento cardíaco con $\chi^2_{1gl}=9.5$; $p<0.01$, se observó un incremento en la tendencia asociado a mayor edad. Gráfica 13. Al analizar por sexo no se encontró diferencia significativa, $Z=0.9$; $p>0.05$.

Gráfica 13. Distribución del diagnóstico de enfermedad cardíaca según grupo etario.



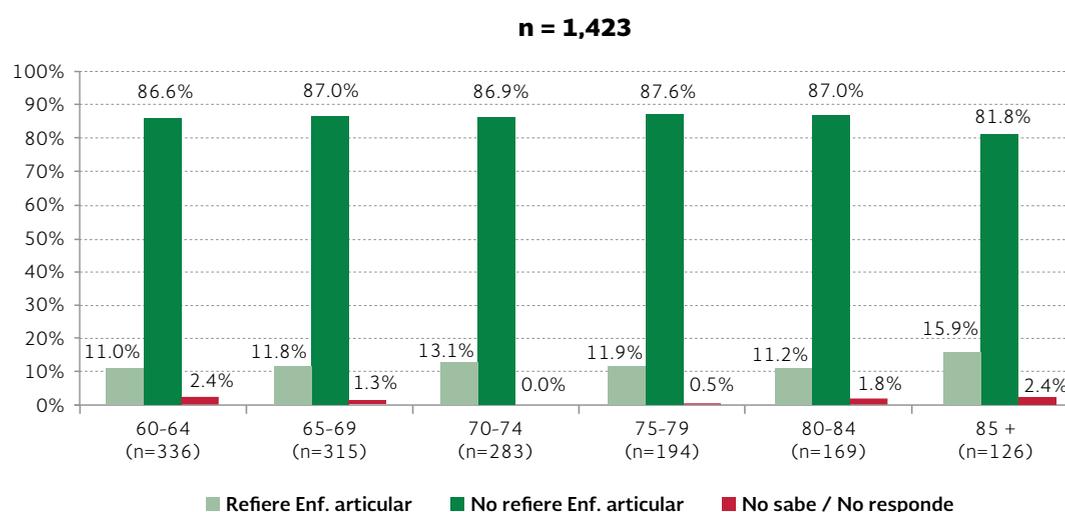
De los entrevistados el 2.1% refirió que ya le habían diagnosticado Enfermedad Vasculare Cerebral (EVC), no se encontró significancia estadística por edad ($\chi^2_{1gl}=0.4$; $p>0.05$), ni por género ($Z=0.5$; $p>0.05$); Gráfica 14.

Gráfica 14. Distribución de enfermedad vascular cerebral según grupo etario.

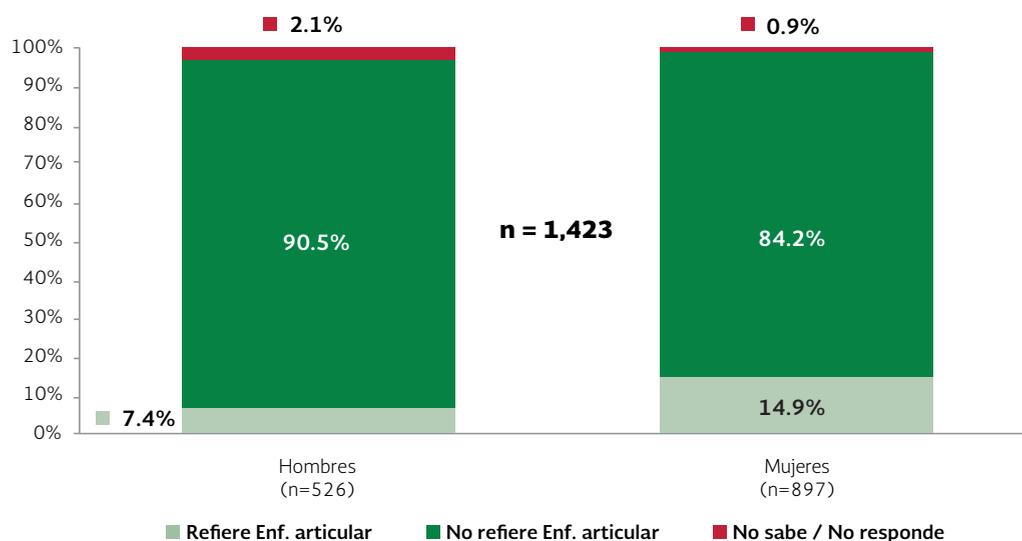


Al preguntar sobre las patologías que afectan a las articulaciones, el 12.5%, reportó cursar con artritis, reumatismo o artrosis. Al analizar la tendencia, encontramos una $X^2_{1gl}=1.0$; $p>0.05$, lo que nos indica que no es estadísticamente significativo, Gráfica 15. Al analizarlo por sexo se obtuvo una $Z=4.2$; con $p<0.01$, lo que significa que es estadísticamente significativo, con predominio en las mujeres. Gráfica 16.

Gráfica 15. Distribución del diagnóstico de artritis, reumatismo o artrosis según grupo etario.

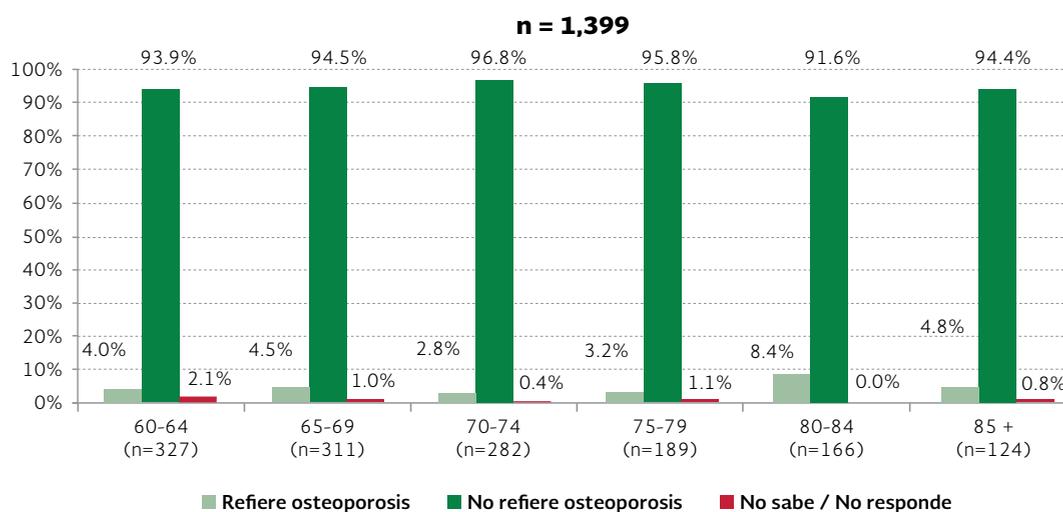


Gráfica 16. Distribución de artritis, reumatismo o artrosis por sexo.

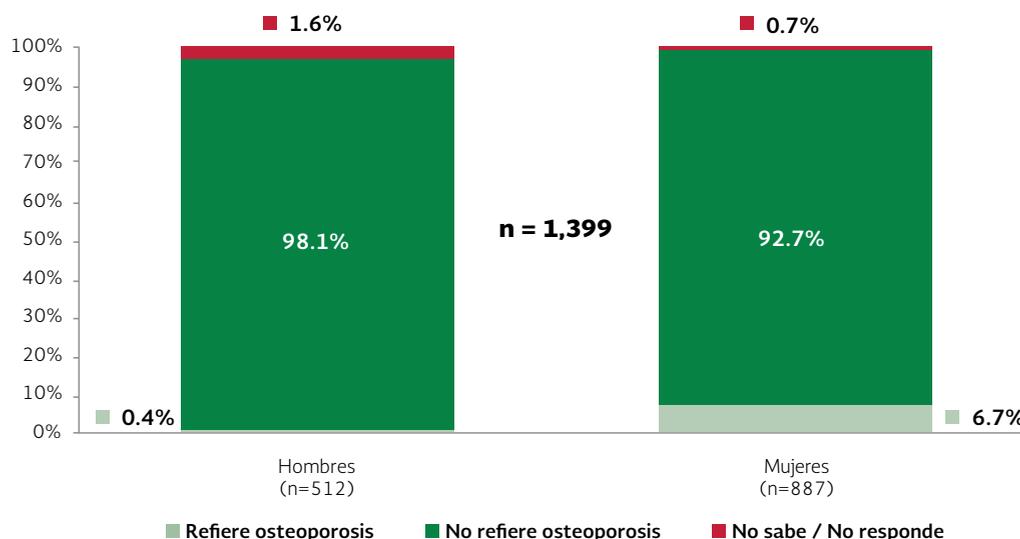


Al preguntar si ¿le han diagnosticado osteoporosis?, el 4.6% contestó afirmativamente, con $\chi^2_{1gl}=1.5$; $p>0.05$, con valor estadísticamente no significativo por grupo etario, Gráfica 17. Al analizar por sexo se encontró una $Z=5.5$; $p<0.01$, con predominio en las mujeres, dicho valor es estadísticamente significativo. Gráfica 18.

Gráfica 17. Distribución de osteoporosis según grupo etario.

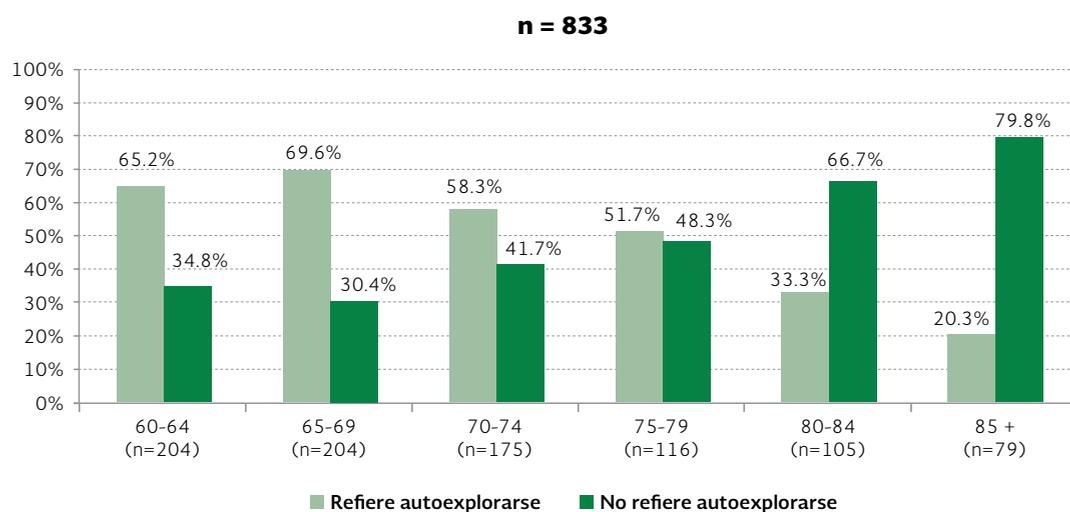


Gráfica 18. Distribución de osteoporosis por sexo.



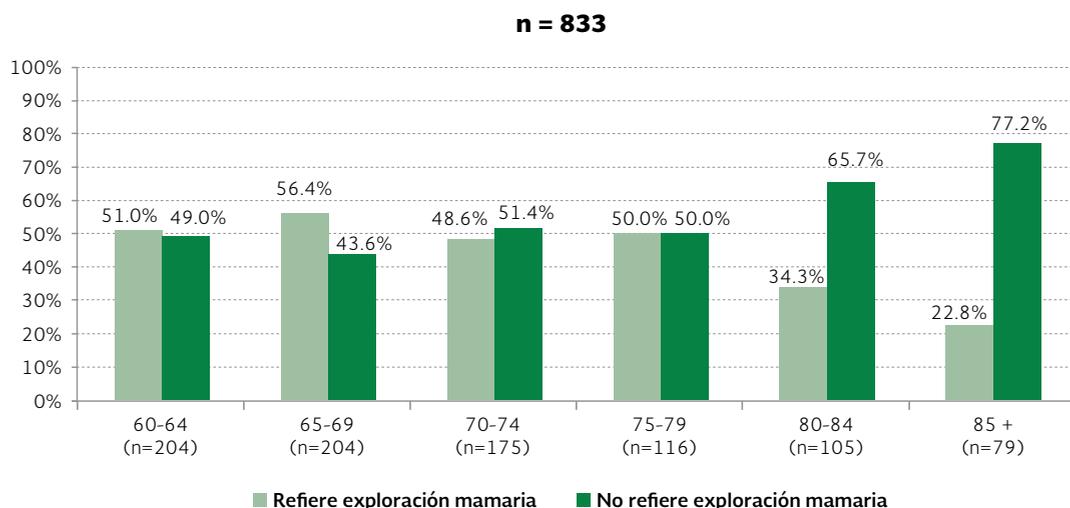
Como resultado de la pregunta ¿En los dos últimos años, se ha auto-examinado las glándulas mamarias buscando la presencia de nódulos?, se encontró que el 50.3% de las mujeres entrevistadas se auto-exploraban al momento de la encuesta; siendo más frecuente esta práctica en las adultas mayores más “jóvenes” $\chi^2_{1gl}= 73.7$; $p<0.01$, Gráfica 19.

Gráfica 19. Distribución de autoexploración de glándula mamaria, según grupos etario.



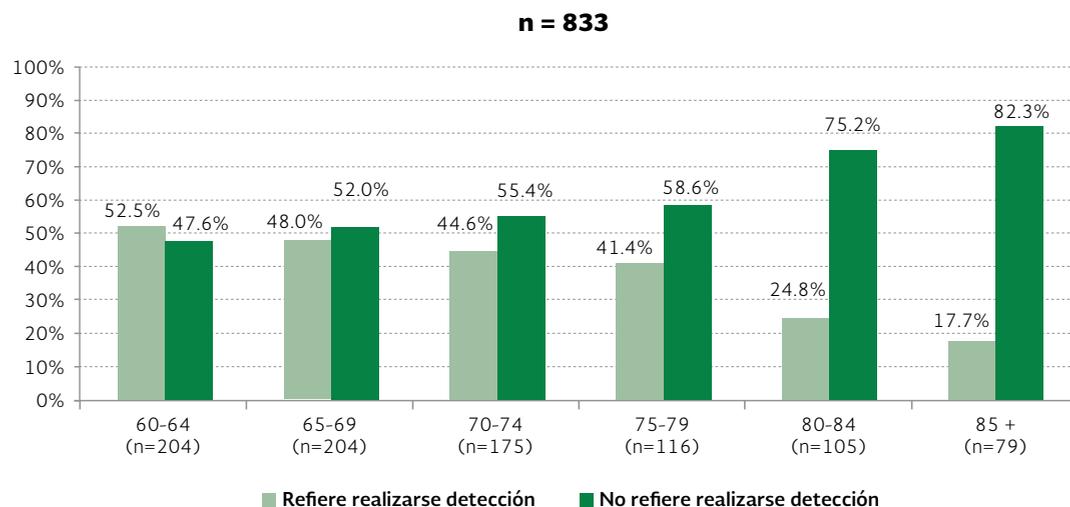
Al preguntar a las mujeres, si algún profesional de la salud les había realizado el examen para detectar problemas en mamas, el 56.1% de ellas respondió negativamente, siendo más elevada esta respuesta a medida que aumenta la edad con $\chi^2_{1gl}=23.8$; $p<0.01$. Gráfica 20

Gráfica 20. Distribución de exploración por personal de salud de glándula mamaria, distribuida según grupo etario.



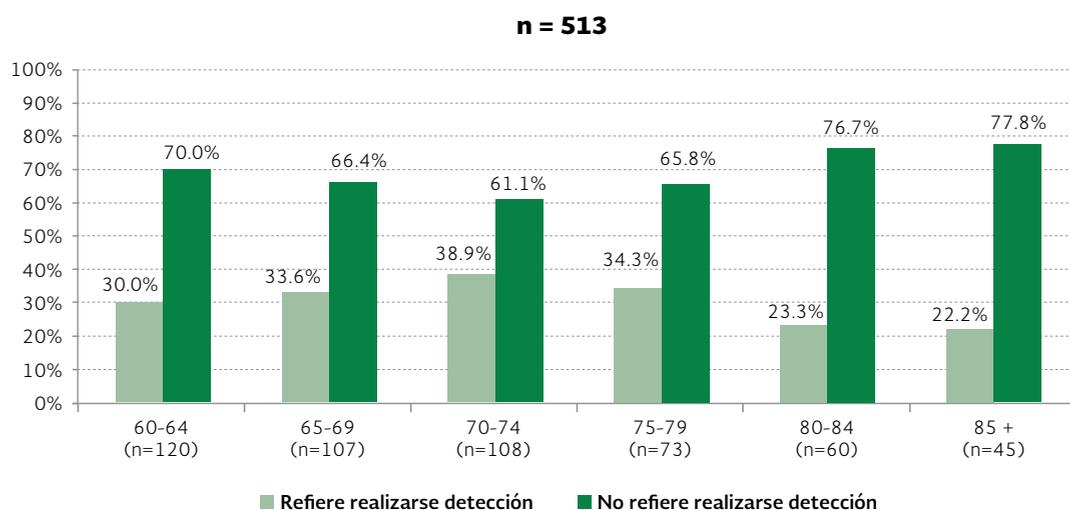
Para detección oportuna de Cáncer Cérvico Uterino (DOC), se preguntó si ¿En los últimos dos años le han realizado el Papanicolaou? (estudio de citología vaginal), encontrándose que el 61.9 % no se lo había realizado. Con una tendencia lineal ascendente a medida que aumenta la edad con $X^2_{1g}=40.3$; $p<0.01$. Gráfica 21.

Gráfica 21. Distribución según grupo etario de la realización de DOC en los últimos dos años.



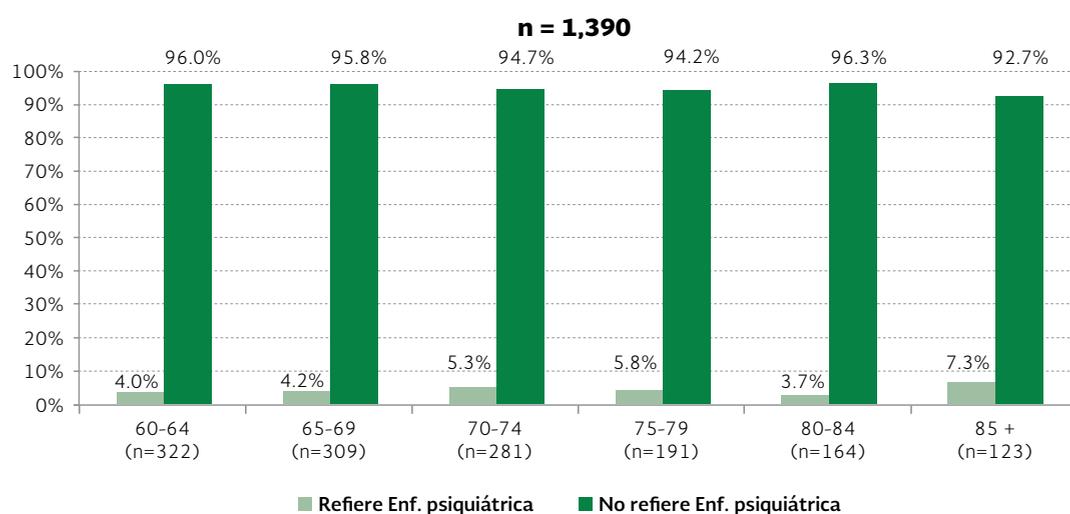
El 69.6% de los hombres en promedio, respondió que en los últimos dos años no se les había realizado un examen de próstata, esto, sin significancia estadística con $X^2_{1g}=1.3$; $p >0.05$. En el 30.4% que sí se realizó este examen, se observa que hay predominio en los adultos mayores más jóvenes y conforme avanza la edad la realización de este estudio disminuye significativamente. Gráfica 22

Gráfica 22. Distribución según grupo etario de la realización de examen de próstata en los dos años previos a la encuesta.

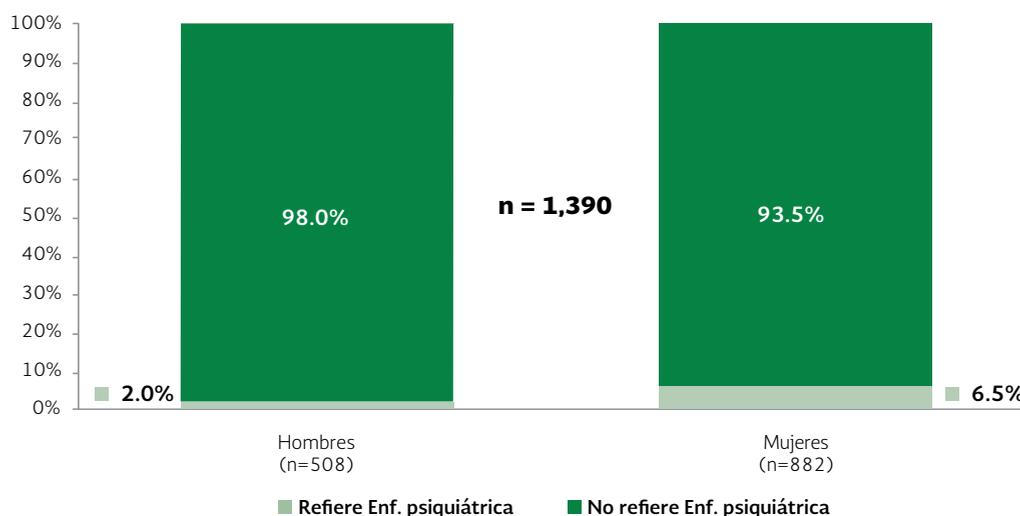


El 95% de los entrevistados, respondió que no le han diagnosticado un problema nervioso o psiquiátrico, con $\chi^2_{1gl}=1.3$; $p>0.05$, no encontrando significancia estadística; sin embargo, el 5% de la muestra tenía el antecedente de enfermedad psiquiátrica mayor, Gráfica 23. Por sexo se reporta un predominio en las mujeres con significancia estadística $Z= 3.76$; $p<0.01$, Gráfica 24.

Gráfica 23. Referencia de problemas nerviosos o psiquiátricos según grupo etario.

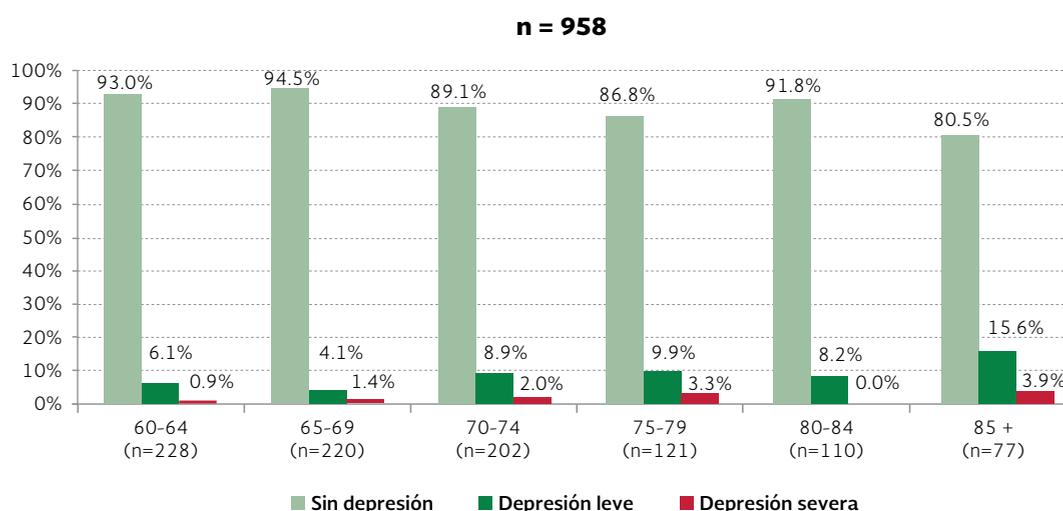


Gráfica 24. Referencia de problemas nerviosos o psiquiátricos por sexo.



Una de las patologías subdiagnosticadas en este grupo etario, es la depresión; para lo que se aplicó una forma abreviada de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage con 15 ítems (Geriatric Depresión Scale o GDS por sus siglas en inglés), donde se encontró que el 1.7% de las personas entrevistadas refirieron presentarla, no se observó significancia estadística por grupo etario. ($X^2_{1gl}=1.5$; $p>0.05$). Se estratificó la intensidad de dicha sintomatología y se dividió en grupos que se enuncian a continuación: 90.6% no presentaron sintomatología depresiva al momento de la encuesta, 7.7% presentaron sintomatología depresiva leve y 1.7% severa, sin relación a la edad, ni significancia estadística, Gráfica 25. Sin encontrar significancia estadística por sexo ($Z=0$; $p>0.05$).

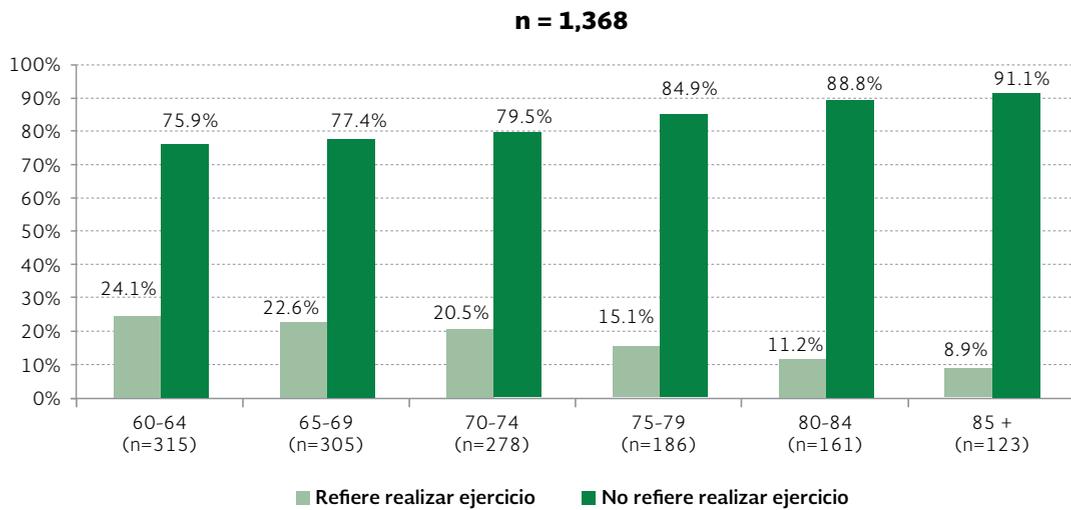
Gráfica 25. Depresión según grupos de edad.



El 82.9% de los entrevistados refirió no realizar ejercicio regularmente, al menos tres veces por semana. Dato estadísticamente significativo con $X^2_{1gl}=23.7$; $p<0.01$. La revisión de la información sobre el

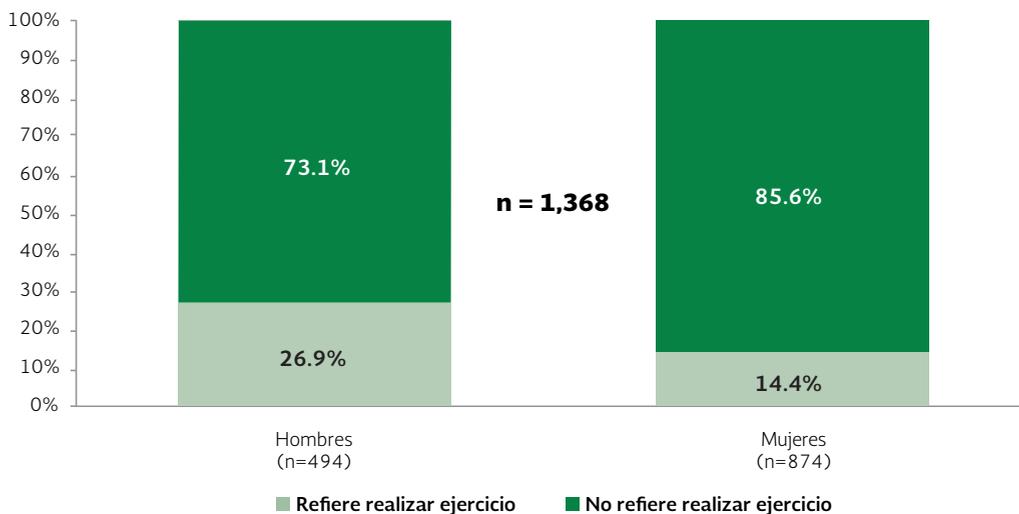
hábito de realizar ejercicio por grupos etarios demostró un incremento lineal de inactividad a medida que avanza la edad. Gráfica 26.

Gráfica 26. Distribución según grupo etario de la realización de ejercicio de manera regular.



En el análisis por sexo, se observa que los hombres realizan ejercicio en forma regular, con predominio de inactividad física en las mujeres con $Z=5.7$, $p<0.01$, dato estadísticamente significativo. Gráfica 27.

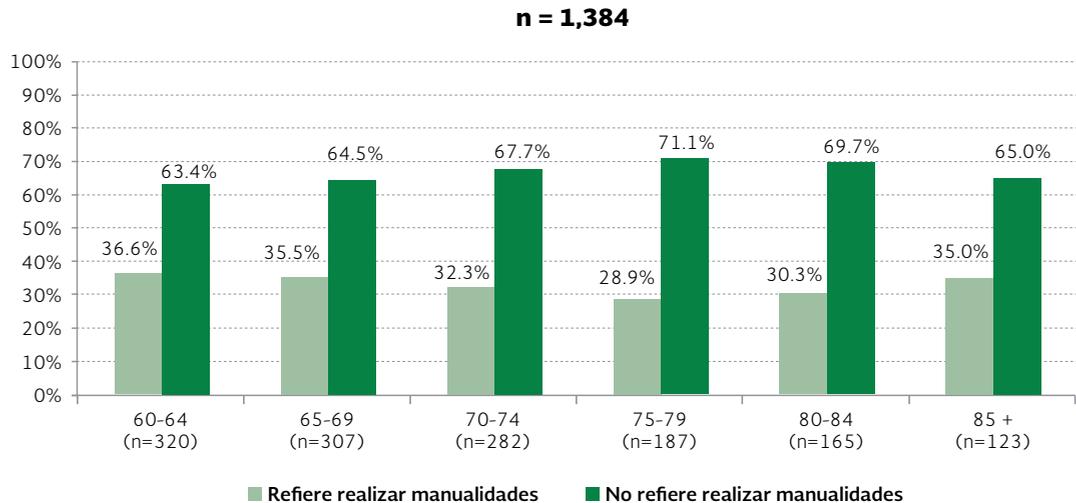
Gráfica 27. Realización de ejercicio por sexo.



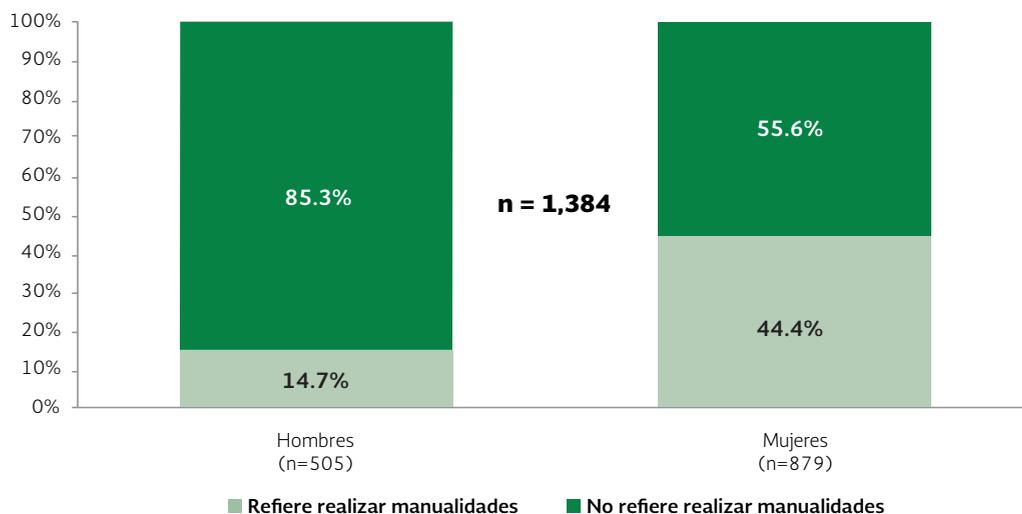
En cuanto a la participación en la elaboración de manualidades como actividad de entretenimiento, al menos una vez por semana, el 66.9% refirió no realizarlas, cabe mencionar que no se encontró al respecto significancia estadística por grupo de edad ($X^2_{1gl}=2.0$; $p>0.05$). Gráfica 28. Al analizar la

información por sexo se encontró significancia estadística con tendencia a realizarlas por las mujeres ($Z= 11.26; p<0.01$). Gráfica 29.

Gráfica 28. Distribución de la realización de manualidades según grupo etario.

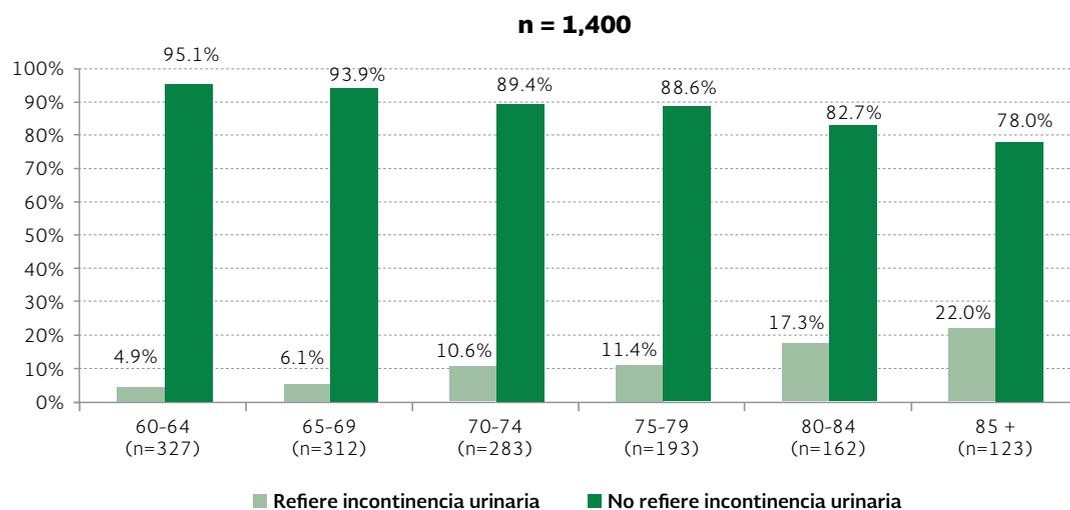


Gráfica 29. Distribución de la realización de manualidades por sexo.

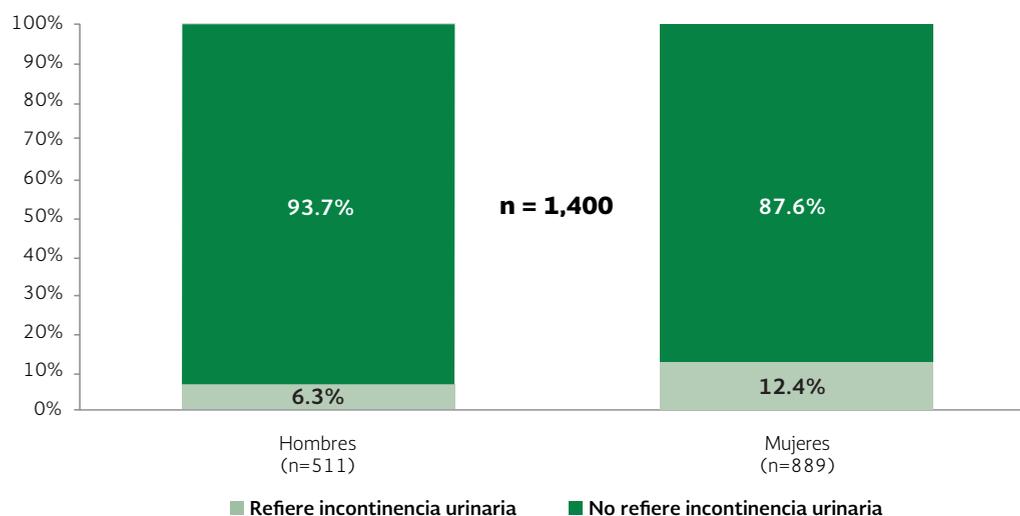


En promedio, el 12% de los adultos entrevistados, refirieron presentar incontinencia urinaria, en el último año. Se encontró significancia estadística con $\chi^2_{1gl}=41.6; p<0.01$, presentando una tendencia lineal ascendente de las personas adultas mayores conforme avanza la edad, Gráfica 30. Al análisis por sexo se encontró predominio en las mujeres con $Z=3.63 p<0.01$. Gráfica 31.

Gráfica 30. Distribución de la presencia de incontinencia urinaria según grupo etario.

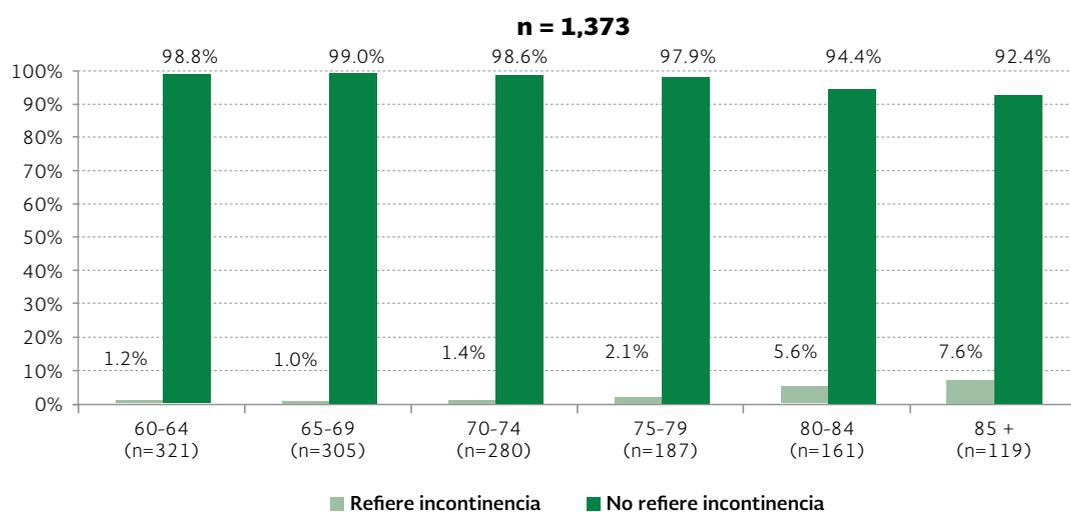


Gráfica 31. Distribución de incontinencia urinaria por sexo.



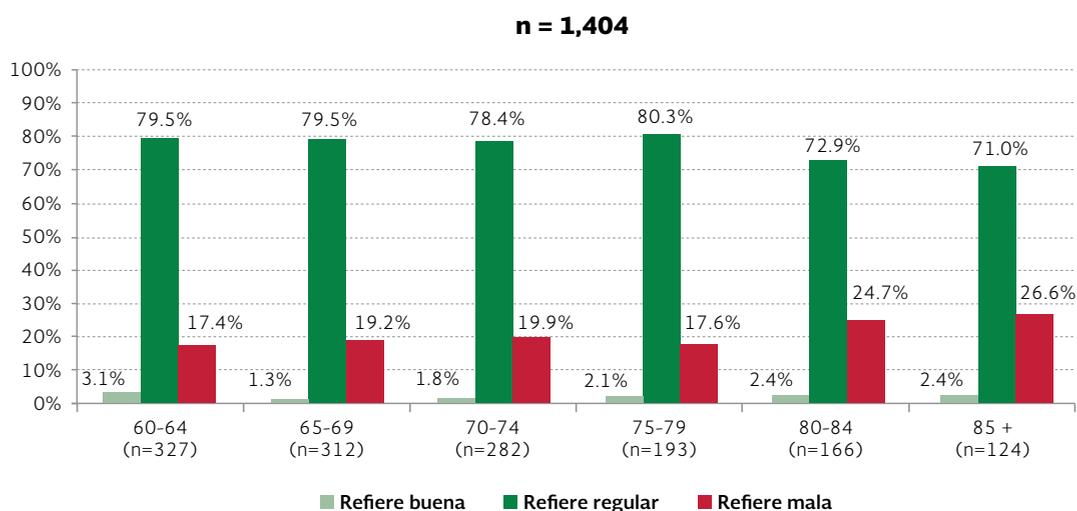
Al analizar la presencia de incontinencia fecal en el último año, en promedio el 3.1% de los entrevistados refirió padecerla, con significancia estadística $\chi^2_{1g}=19.9$; $p<0.01$, al observar la tendencia en los diferentes grupos etarios se incrementa conforme avanza la edad, Gráfica 32. Por sexo no se encontró diferencia entre hombres y mujeres ($Z=0$; $p>0.05$).

Gráfica 32. Distribución de la presencia de incontinencia fecal según grupo etario.

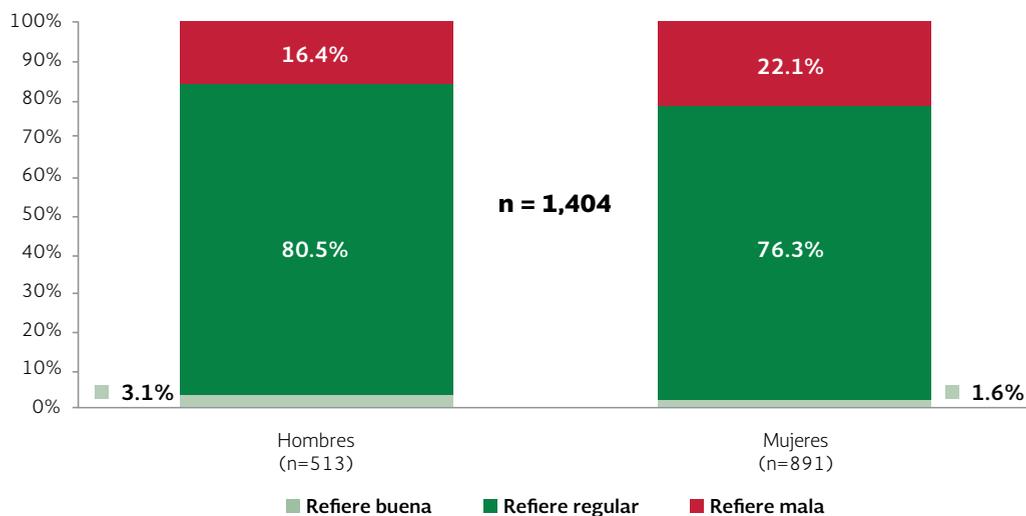


En cuanto a la percepción de la calidad de su vista (sin anteojos o lentes de contacto), en promedio el 20.9% refirió tener dificultad para ver, con $\chi^2_{1gl}=5.3$; $p<0.05$, lo que es estadísticamente significativo con tendencia al incremento conforme avanza la edad, Gráfica 33. La revisión por sexo demuestra predominio en las mujeres ($Z=2.6$; $p<0.01$). Gráfica 34.

Gráfica 33. Distribución de que tan buena es su vista sin anteojos según grupo etario.

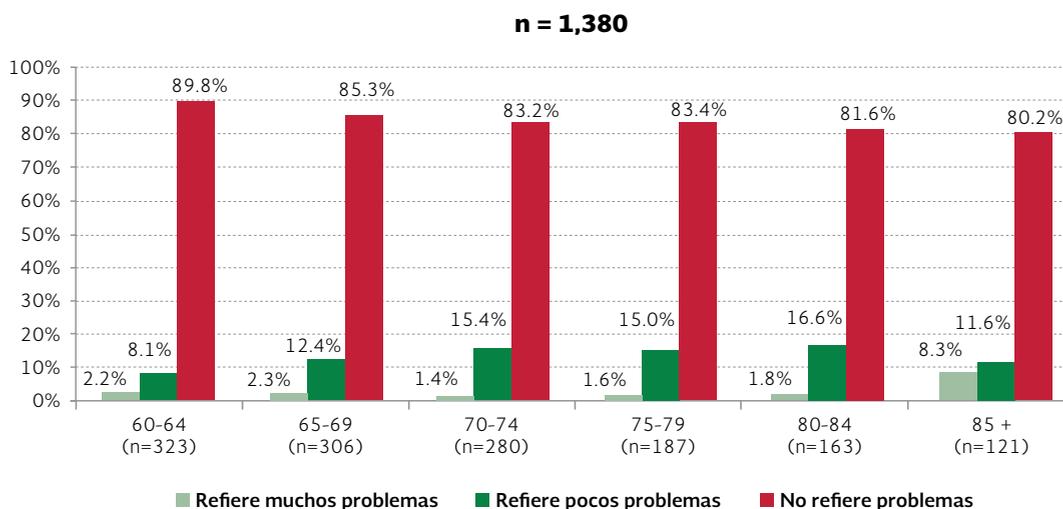


Gráfica 34. Distribución de que tan buena es su vista sin anteojos según sexo



En promedio el 2.9% de los entrevistados, refirió tener gran dificultad para comer por problemas dentales, datos con significancia estadística por grupo etario, ($X^2_{1g}=4.5$; $p>0.05$). Gráfica 35, caso contrario en la distribución por sexo ($Z=0.9$, $p>0.05$) donde no se encontró significancia.

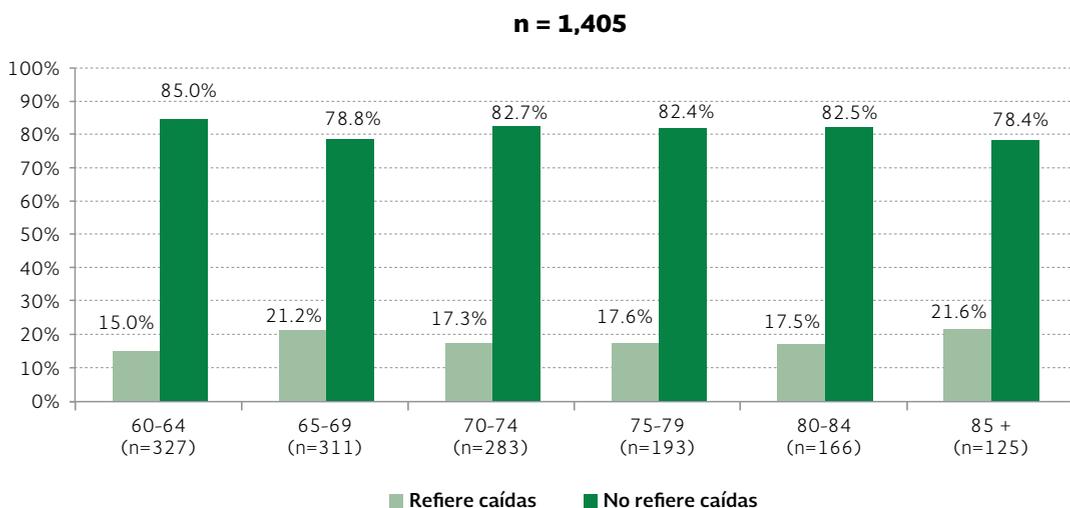
Gráfica 35. Referencia de tener dificultad para comer por problemas dentales, según grupo de edad.



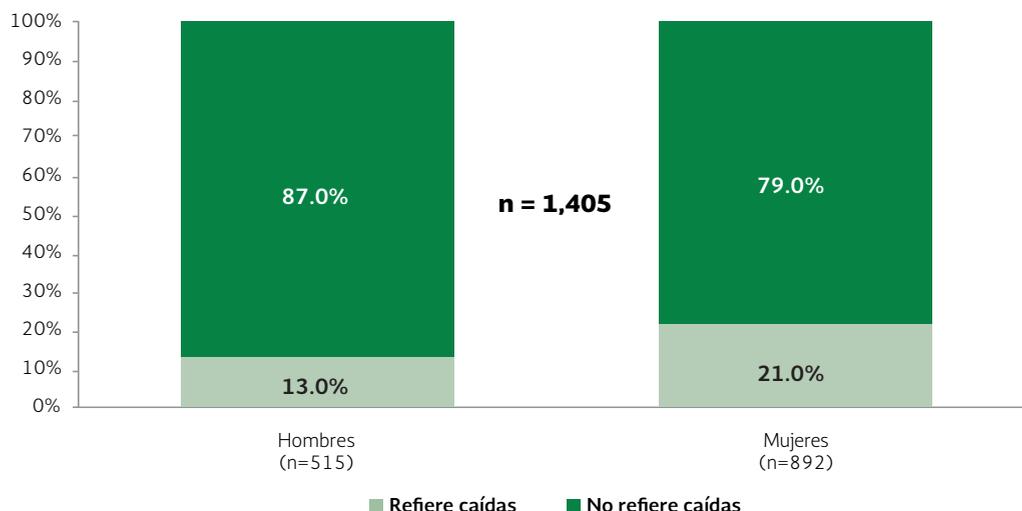
En cuanto a la referencia de haber presentado caídas en los últimos doce meses, en promedio se desplegó en el 18.3% de los entrevistados. Al observar la gráfica de distribución de casos por grupos etarios, no

se encontró significancia estadística ($X^2_{1g}=0.8$; $p>0.05$). Gráfica 36. En lo referente al sexo, se observó una tendencia mayor a caerse en las mujeres. ($Z = 3.7$; $p<0.01$). Gráfica 37.

Gráfica 36. Distribución de alguna caída en los últimos doce meses, según grupo etario.



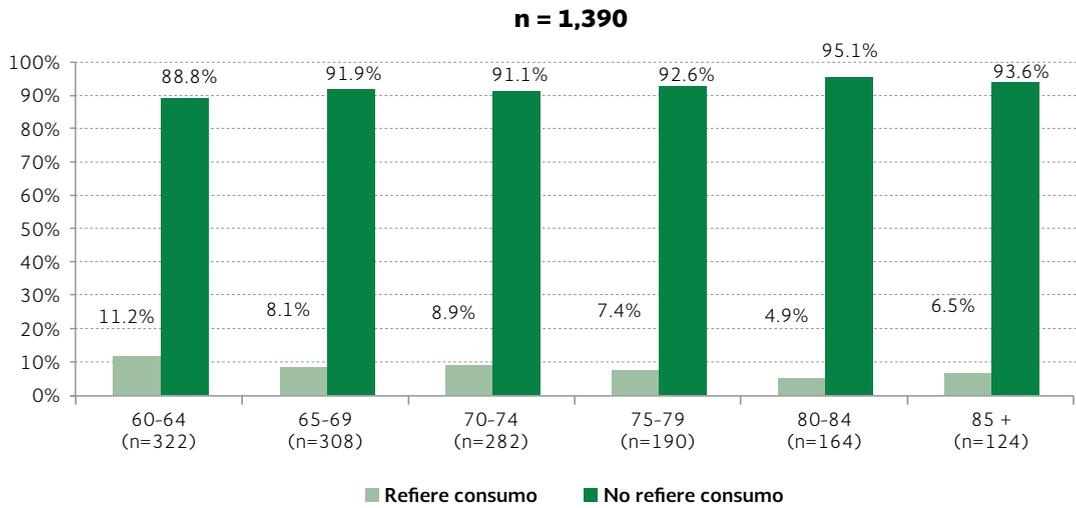
Gráfica 37. Distribución de caídas en los doce meses, previos a la realización de SABE, por sexo.



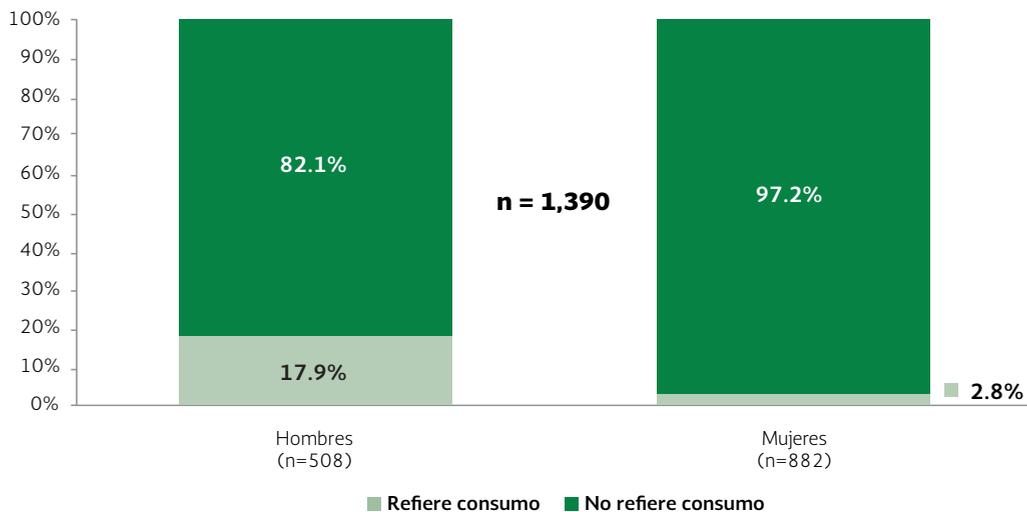
Con relación a la pregunta ¿cuántas copas de vino, cervezas, aguardiente o bebidas con licor toma en promedio al día en los últimos tres meses? el 7.8% de los entrevistados refirió que había consumido bebidas alcohólicas. Los valores encontrados son estadísticamente significativos con $X^2_{1g}=5.2$; $p<0.05$,

observándose que disminuye el consumo conforme avanza la edad; en lo referente al sexo se observó una tendencia mayor a consumir bebidas alcohólicas en los hombres ($Z=9.8$; $p<0.01$). Gráficas 38 y 39.

Gráfica 38. Distribución del consumo de alcohol según grupo etario.



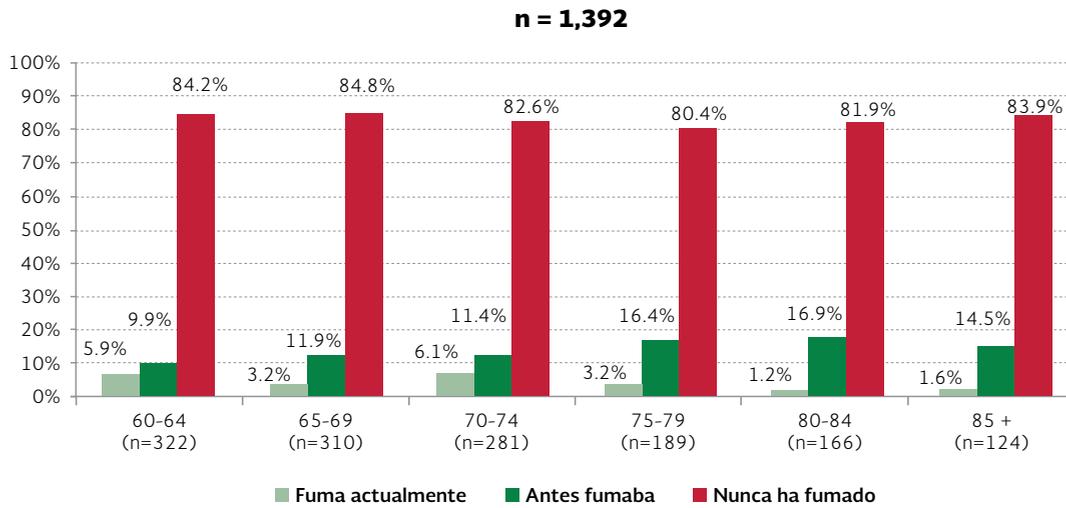
Gráfica 39. Distribución del consumo de alcohol por sexo.



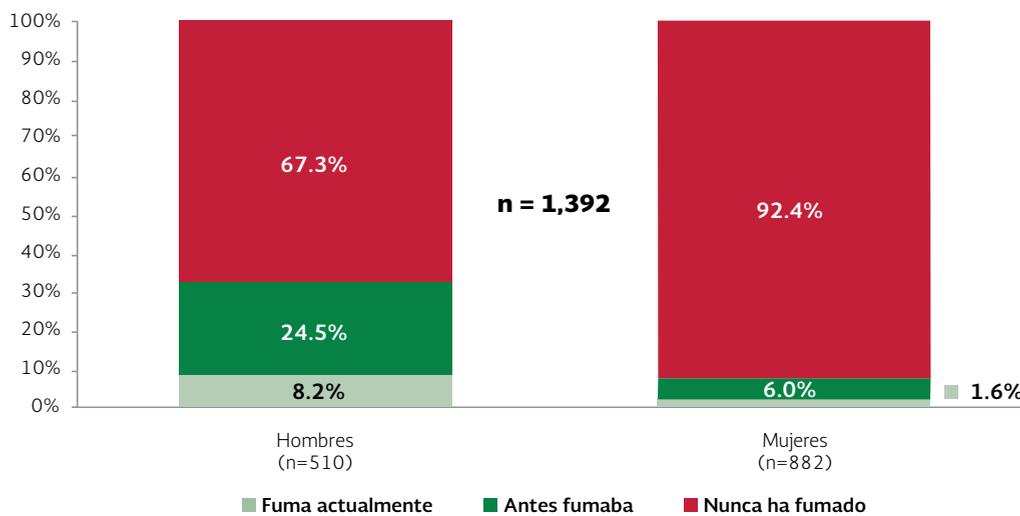
Con relación al hábito de fumar, en promedio 3.5% de los entrevistados, refirió que fumaba. Los resultados demostraron tener significancia estadística encontrándose que en los grupos de adultos mayores más jóvenes, hubo un mayor número de personas que consumían tabaco; apreciable en las personas de entre

60 y 74 años de edad ($\chi^2_{1gl}=6.3$; $p<0.05$) Gráfica 40. Cuando se analizó la información por sexo, se encontró una diferencia importante a favor de los hombres, con significancia estadística ($Z=6.0$; $p<0.01$). Gráfica 41.

Gráfica 40. Distribución de consumo de tabaco según grupo etario.

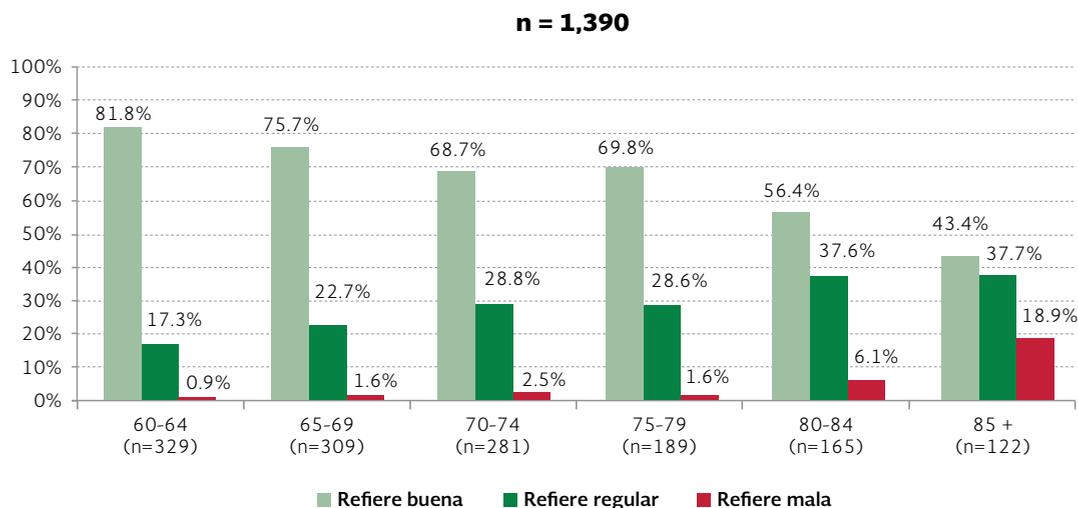


Gráfica 41. Distribución de consumo de tabaco por sexo.



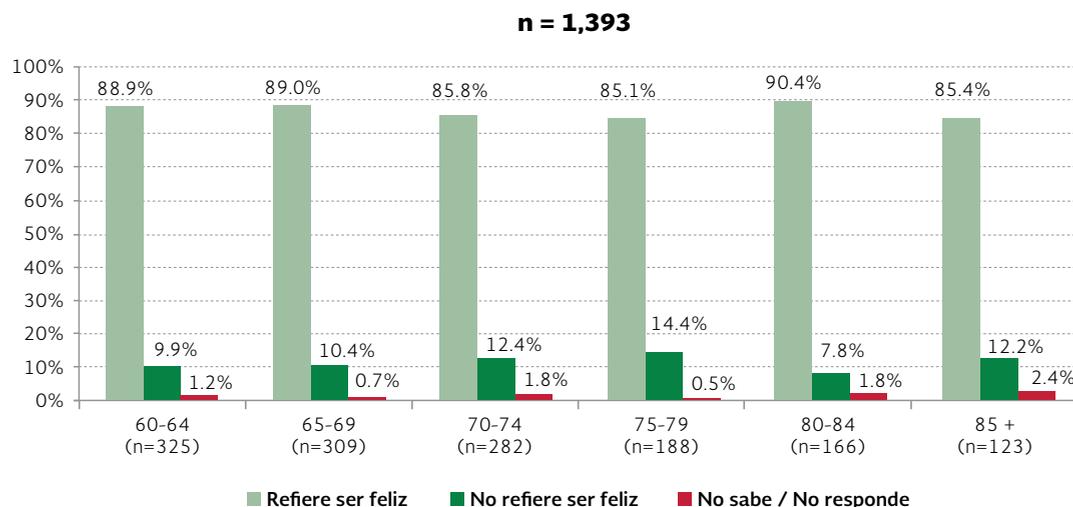
Con relación a la percepción de la audición, el 3.7% respondió que la aprecia como mala, encontrando una tendencia estadística significativa conforme avanza la edad con una $X^2_{1gl}=56.5$; $p<0.01$, Gráfica 42. Al analizar por sexo, no presentó significancia estadística, con $Z=0.1$; $p>0.05$.

Gráfica 42. Distribución de la percepción de la audición según grupo etario.



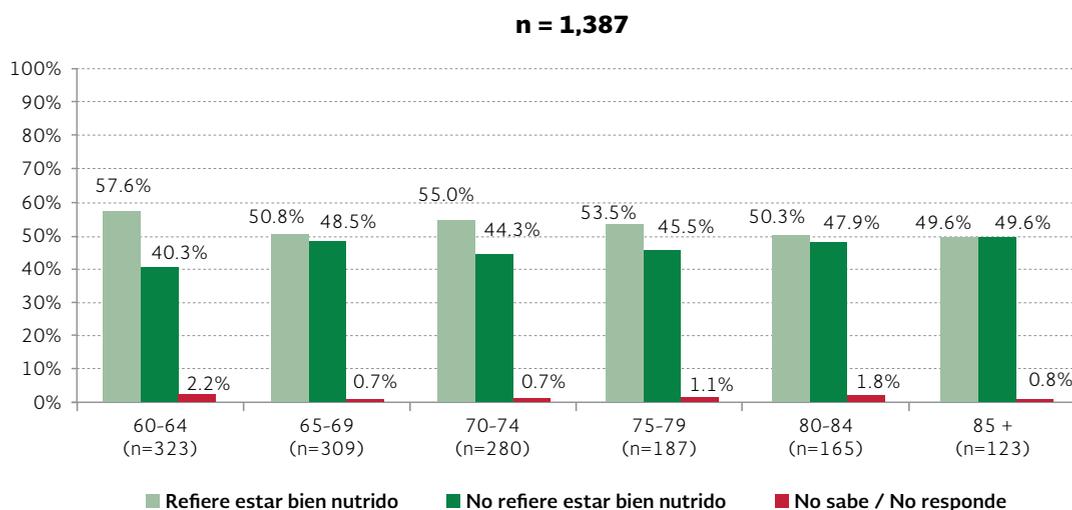
Con relación a la percepción de la felicidad, 11.2% se refieren ser infelices y un 87.4% se percibe feliz, sin que exista una tendencia significativa por grupo etario ($X^2_{1gl}=1.0$; $p>0.05$), ni sexo ($Z=0.2$; $p>0.05$), Gráfica 43.

Gráfica 43. Distribución de la percepción de la felicidad según grupo etario.



Con una prevalencia 54.7%, del grupo de entrevistados, se percibe como bien nutrido, sin que exista una tendencia por grupos etarios, con una $X^2_{1gl}=2.5$; $p>0.05$; ni por sexo ($Z=1.0$; $p>0.05$), Gráfica 44.

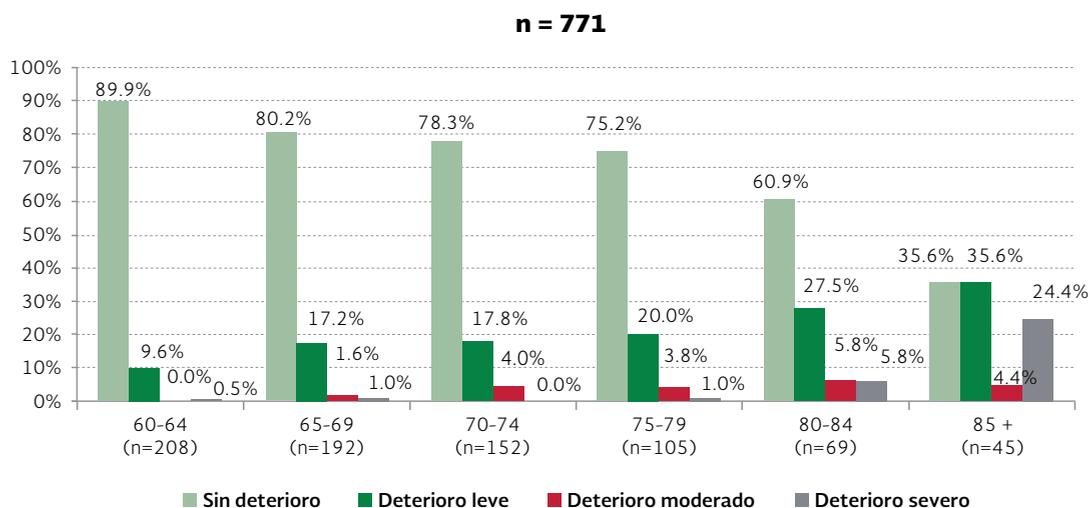
Gráfica 44. Percepción de su nutrición según grupo etario.



Estado funcional

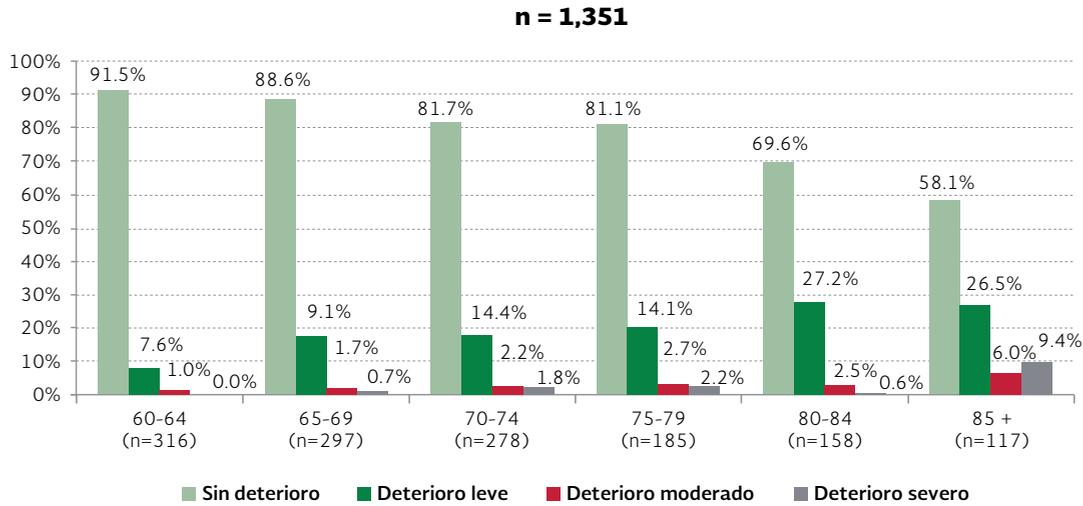
Al estudiar el estado funcional y preguntar si presenta dificultad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), 2.5% respondió que sí, al calcular la $X^2_{1gl}=10$; $p<0.01$, estadísticamente significativa, con un porcentaje mayor en el grupo de 85 y más, pero con tendencia a aumentar conforme avanza la edad, como se muestra en la Gráfica 45; sin embargo, cuando se valoró esta variable por sexo no tuvo significancia estadística, con una $Z= 0.5$; $p>0.05$.

Gráfica 45. Actividades instrumentales de la vida diaria según grupos etarios.



Con relación a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), el 2.7% de la población estudiada presenta discapacidad, al estudiar el estado funcional se encontró una $\chi^2_{1g}=13.8; p<0.01$; significativamente representativa y que aumenta conforme avanza la edad. Gráfica 46, no así cuando se valoró esta variable por género con una $Z=1.2, p>0.05$.

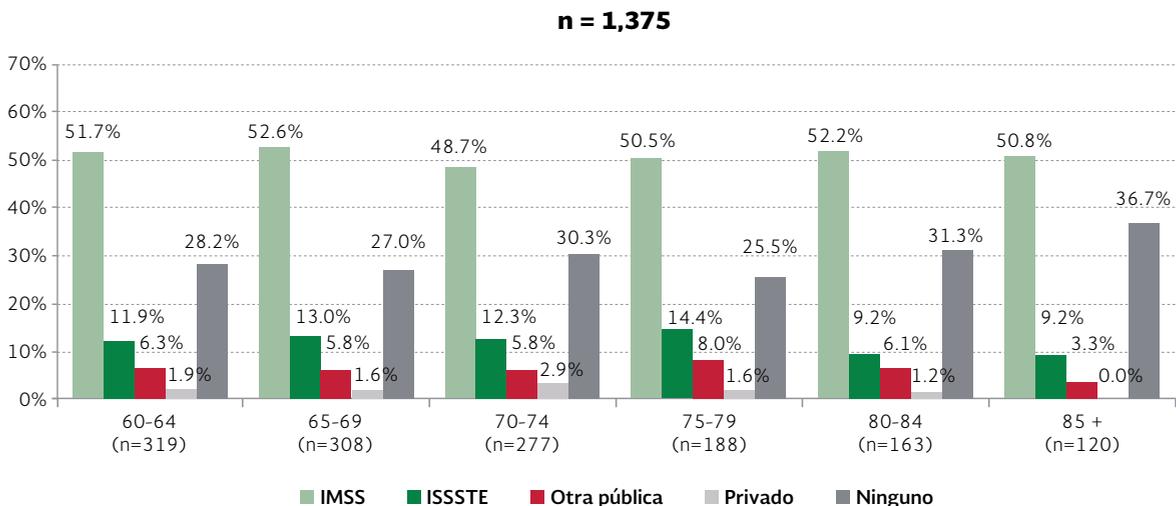
Gráfica 46. Referencia de ABVD según grupo etario.



Uso y accesibilidad a servicios

Al analizar el uso y accesibilidad se encontró que las personas adultas mayores en un 29.8% no cuentan con ningún tipo de seguridad social, sin embargo no es estadísticamente significativo ni por grupo etario ni por sexo ya que el comportamiento es semejante para ambos, Gráfica 47.

Gráfica 47. Referencia de seguridad social según grupo etario.



Cuídalos Respétalos Quiérellos
SON UN EJEMPLO A SEGUIR
Quiérellos Respétalos



Respétalos Quiérellos Cuídalos
Cuídalos Quiérellos Respétalos
Cuídalos Quiérellos



Rectoría
Institucional

DIIT



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

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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

• Dra. María Esther Lozano Dávila¹ • Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera¹ • Dra. Marcelina García López²
• Lic. En Nut. José Méndez Hernández²

1 Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades; 2 Departamento de Control de Enfermedades, Servicios de Salud de Veracruz.

En el siglo XX, la mayoría de los países desarrollados, atravesaron por una problemática con dos ópticas diametralmente diferentes: algunos de estos países se tendrán que enfrentar a los retos de una población envejecida que aumenta día a día; otros, por su parte, se encuentran pasando por una transición demográfica, con la problemática derivada de este fenómeno. De tal manera que emerge en el mundo del siglo XXI, un nuevo desafío...dar respuesta pronta y eficiente a las necesidades de una sociedad envejecida en el orbe y por consecuencia, en México. Los cambios en la composición de la sociedad mexicana en lo referente a los diferentes grupos de edad, en específico a las personas adultas mayores, no es un fenómeno exclusivo del país, ya que el Estado de Veracruz también se ve sometido a este acontecimiento.

Como se pudo observar, en el diagnóstico situacional, capítulo precedente de esta publicación, el Estado de Veracruz cuenta con problemática diversa en lo referente al perfil epidemiológico y sociodemográfico del envejecimiento poblacional de la entidad.

Para iniciar el análisis de la información, se tiene que con los datos derivados del diagnóstico situacional del envejecimiento poblacional en Veracruz, se pudo documentar que una de las poblaciones más grandes del país se encuentra como residente de dicha entidad federativa. A lo anterior se suma una densidad poblacional por arriba de la media nacional que actualmente se cuantifica en 57 habitantes por Km², mientras que en Veracruz, este indicador tiene un valor de 106 habitantes por Km². En términos generales, es aceptado que una población con una densidad poblacional igual o mayor de 100 habitantes por Km² se considera como alta. Por ende, el Estado de Veracruz cuenta con una densidad poblacional “muy alta”. Tal situación se identifica con problemática muy específica y preocupante como suele ser: predominio de enfermedades transmisibles, rezago social, carencia de vivienda, saneamiento, falta de empleo, servicios urbanos, oportunidades de empleo, además de degradación del medio ambiente y disolución social.

Por lo anteriormente comentado, se puede presuponer que el grupo de personas adultas mayores se encuentre socialmente dentro de los más vulnerables al respecto y es debido al incremento de la población de mayores de 60 años, que debe ser uno de los grupos más favorecidos dentro del rubro de la protección social.

En Veracruz, el aumento paulatino de personas adultas mayores se debe en parte al incremento en la esperanza de vida de este grupo etario. En la actualidad, el veracruzano cuenta con una esperanza de vida de 74.3 años (mujeres 76.6 y hombres 71.9), por otro lado, el 10.57% de la población total de la entidad, corresponde al grupo de 60 años y más, y de este porcentaje, el 53.03% son personas entre 60 y 69 años, lo que sugiere que este estado a pesar de tener una proporción considerable de adultas y adultos mayores, estos aún se concentran en el grupo que se puede catalogar como adultos mayores “jóvenes”. Con un índice de envejecimiento que rebasa la media nacional (30.92), siendo para el 2012 de 37.45, se puede considerar que por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años, existen en la entidad 37.45 personas adultas mayores, con lo que el envejecimiento poblacional de este estado seguirá incrementándose en los próximos años de manera sostenida, concentrándose más en comunidades rurales y de transición, lo que se deberá tomar en cuenta en la planeación de servicios de todo tipo. Las afirmaciones anteriores nos enfrentan al hecho de que el Estado de Veracruz es una entidad federativa envejecida, cuyo envejecimiento poblacional está constituido principalmente por adultos mayores “jóvenes” con necesidades específicas y cuyas propuestas de solución deben plantearse a la brevedad, debido a que dicho segmento poblacional de acuerdo a los indicadores seguirá en ascenso.

Posterior al análisis de los datos derivados del diagnóstico situacional del envejecimiento en Veracruz y comparándolos con los obtenidos del Proyecto-Encuesta SABE en la entidad, se puede decir que esta, cuenta con problemas importantes en cuanto a analfabetismo, baja escolaridad, seguridad social, ingreso económico, entre los más relevantes de su población de personas adultas mayores.

En materia de salud, la población de personas adultas mayores presenta una serie de patologías características que definitivamente se asocian a los estilos de vida, al componente genético, pero que ineludiblemente se ligan al factor de la edad avanzada. Haciendo la comparación por género, se observó que la mayoría se encuentran ligadas principalmente, al género femenino y que se va incrementando su presencia en las personas adultas mayores más “añosas”.

Lo que es también relevante y conviene resaltar, es que en el perfil epidemiológico de las personas adultas mayores veracruzanas, se encontraron resultados que orientan sobre la funcionalidad y estado de salud de este grupo poblacional. Por un lado, se encontró que el deterioro en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), la incontinencia fecal y las caídas, afectan de manera similar a ambos géneros además de tener un incremento en relación directa con la edad del grupo estudiado de personas adultas mayores.

En virtud de que los datos aportados por el Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento en el Estado de Veracruz, han permitido identificar una problemática pública trascendente, no solo en el rubro de la salud sino también en el bienestar de los mayores de 60 años, se considera que con el modelo actual de atención a este grupo poblacional, no se está preparado en este momento para enfrentar la transición demográfica y epidemiológica observada en el presente estudio, por tanto, se deberán establecer estrategias a corto plazo para prepararse y enfrentar una realidad que se acerca y evitar que las personas adultas mayores vivan en el abandono y con precaria calidad de vida. Por otro lado, la

diversidad de culturas que tiene Veracruz, hacen que la atención a la población adulta mayor difiera de una zona urbana con relación a la rural y la indígena. Por tanto, es necesario que el estado cuente con personal de salud capacitado para otorgar atención adecuada a estos grupos de población que en la actualidad son muy vulnerables al abandono, discriminación y mal trato.

Lo recomendable en primera instancia es la capacitación, virtual y presencial, de equipos multidisciplinarios de salud interesados en la problemática más trascendente de las personas adultas mayores como: médicos, enfermeras, psicólogos, promotores de salud, nutricionistas, activadores físicos, entre otros, que actúen como facilitadores en gerontología y geriatría en el primer nivel de atención. Los temas que se deberán abordar principalmente serán enfocados a la realización de una valoración geronto-geriátrica integral que incluya la detección oportuna de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión, síndrome demencial, depresión, incontinencia urinaria, problemas de audición, visión y nutrición, por mencionar algunos ejemplos, padecimientos de alto impacto en la población adulta mayor, además de aspectos con contenido eminentemente gerontológico como sexualidad, cuidados y autocuidado, prevención de accidentes, caídas, y cursos de sensibilización para atender a este grupo de población con calidad y calidez; valores y respeto. Todo esto con la finalidad de que el Sector Salud a corto plazo tenga capacidad resolutive y las personas adultas mayores no se transformen en una carga para sus familiares y la sociedad, sino que sean autosuficientes y de gran apoyo el mayor tiempo posible.

A la par de realizar las actividades mencionadas, se debe promocionar en todas las escuelas de nivel básico y superior del estado, el respeto mutuo, los valores, y el afecto intergeneracional y propiciar el que las personas adultas mayores les trasmitan conocimientos a individuos más jóvenes, como sucede en la cultura indígena, creando espacios en los cuales las personas adultas mayores demuestren sus habilidades y así evitar la depresión y fortalecer su autoestima.

Asimismo, es de vital importancia otorgar orientación a los familiares sobre los cuidados y el manejo que se les debe otorgar para evitar la dependencia y que colaboren con las actividades cotidianas para hacerlos sentir útiles y no como una carga para la familia. Incentivarlos a que colaboren promocionando la salud, incorporándolos a trabajos comunitarios, talleres de danza, manualidades, festivales, talleres de cocina, arte, entre otros.

Una vez que se cuente con personal capacitado, se deberá establecer como prueba piloto un consultorio de atención geronto-geriátrica en las jurisdicciones sanitarias con mayor concentración de personas adultas mayores que son: Veracruz (2.27%), Xalapa (1.09%) y Poza Rica (0.87%), seleccionando centros de salud que cuenten con un espacio físico adecuado y con ello “anexar” dicho módulo de atención a la infraestructura general del centro de salud.

Derivado de los resultados en la productividad del módulo de atención geronto-geriátrica, se tomará la decisión de reproducir el modelo paulatinamente en las demás jurisdicciones sanitarias del estado, de acuerdo a los recursos disponibles.

Principios del protocolo de atención

El médico de primer contacto detecta alguna situación en su paciente de 60 años y más, que requiera ser estudiada en el consultorio gerontológico, de acuerdo a lineamientos previamente establecidos y la creación de un manual operativo elaborado exprofeso para el caso. Dicho consultorio, se encontrará ubicado en el interior de un centro de salud, lugar donde está programada su implementación, los cuales serán atendidos por la siguiente propuesta de plantilla con capacitación geronto-geriátrica:

- Un gerontólogo
- Una enfermera
- Un promotor de la salud

Estos personajes son el núcleo básico del consultorio gerontológico que deben recibir el apoyo de otros especialistas por medio de interconsulta bien requisitada. Se considera que de forma mínima los siguientes profesionistas deberán formar parte del apoyo regular de dicho consultorio:

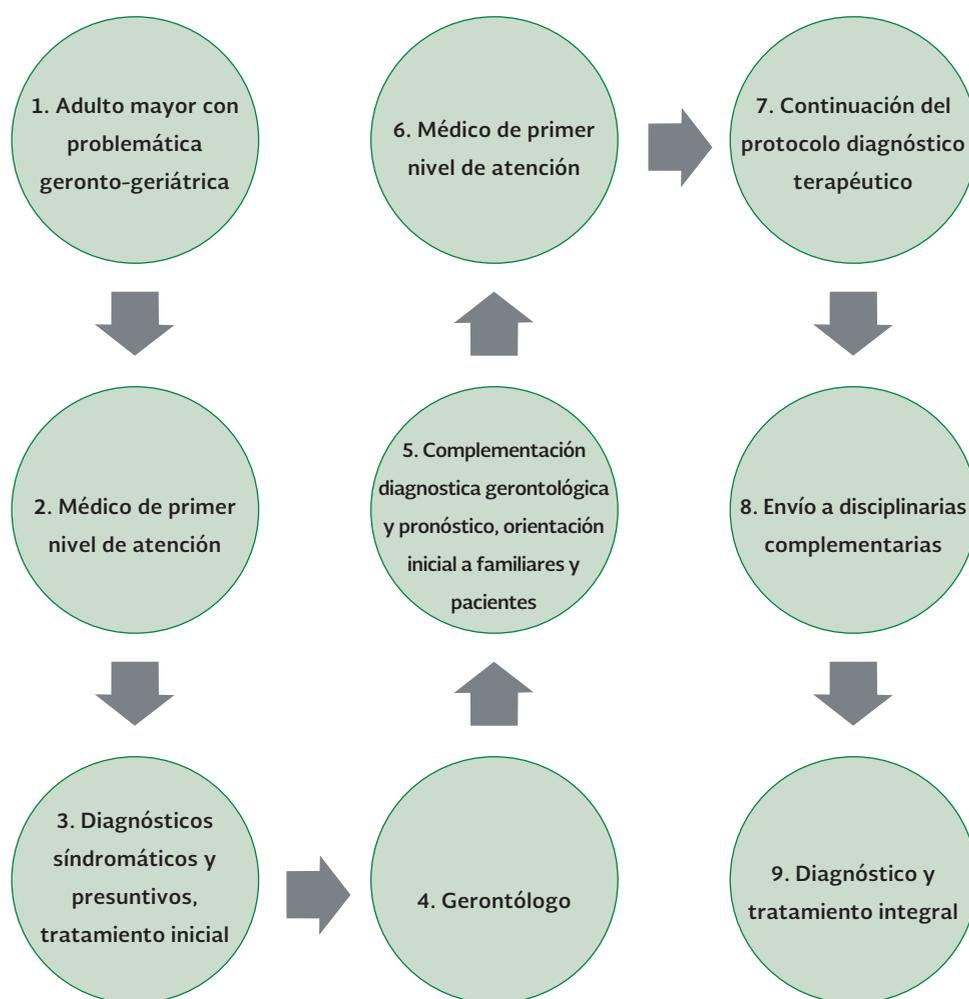
- Médico tratante
- Trabajadora social
- Activador físico
- Psicólogo
- Nutricionista

En el consultorio, se realiza el estudio gerontológico completo, de acuerdo al manual correspondiente, donde se integrará un diagnóstico y pronóstico de la persona adulta mayor, mismo que servirá de base para una discusión integral del caso con el médico tratante, donde se podrá llegar a cuatro diferentes acciones a saber:

- Se le brinda atención en el consultorio, que debe estar acompañada de orientación inicial al cuidador, ya sea familiar o no y a la persona adulta mayor.
- Le contrarrefiere al médico tratante para continuar el protocolo de diagnóstico y tratamiento específico. En su caso y de acuerdo a criterios bien establecidos, el médico tratante referencía a otros niveles de atención o disciplinas complementarias.
- Del segundo o tercer nivel de atención, se canaliza al médico de primer nivel de atención y este determinará si procede la atención gerontológica complementaria.

El flujo de pacientes en la atención del consultorio gerontológico se ilustra en el siguiente esquema:

Figura 1. Flujo de pacientes en la atención del consultorio gerontológico.



El médico de primer nivel a través de referencia de los pacientes, canaliza al consultorio gerontológico, el cual realiza el estudio gerontológico correspondiente, en coordinación con el médico tratante se determinan las necesidades y nivel de atención, incluyendo orientación al familiar. De acuerdo a la identificación de las necesidades de atención del paciente, su familia y dependiendo del caso, el cuidador primario, se referenciarán a otras disciplinas complementarias, con contrarreferencia al médico de primer nivel, según sea el caso.

Esta propuesta puede ser el primer paso para establecer las bases de nuevas políticas en salud para la atención de la población adulta mayor del Estado de Veracruz. La orientación y capacitación geronto-geriátrica enfocada a los problemas de tipo social y de salud de los mayores de 60 años en la entidad, permitirán que se homologuen criterios para la detección, diagnóstico, tratamiento, referencia y contrarreferencia de las personas adultas mayores, sus familiares y cuidadores de forma temprana y oportuna y con ello evitar la saturación del segundo y tercer nivel de atención con problemática que se puede contener desde el primer nivel, en este caso con la figura del gerontólogo que permitirá aportar al equipo de salud un punto de vista complementario y especializado en materia de las personas adultas mayores. No hay que olvidar que con base en este planteamiento, seguramente se generarán nuevas propuestas de intervención que complementen a las aquí expuestas.



El tiempo conserva lo esencial



Rectoría
Institucional

DIIT



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

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



9. Conclusiones y comentarios finales

Veracruz, con 7 millones de habitantes, es el tercer estado con mayor población y una densidad poblacional de las más altas del país, su esperanza de vida es de 74.3 años (76.6 para mujeres y 71.9 para hombres), el 10.57% de su población tiene 60 años y más, lo que lo ubica en un franco envejecimiento poblacional, sin embargo, el 53.03% de la población adulta mayor oscila entre 60 y 69 años, grupo que se podría catalogar como personas adultas mayores “jóvenes”, por encontrarse en edades tempranas de la vejez. El 40.32% de esta población se concentra en zonas rurales, que los hace más vulnerables a la carencia de servicios y fuentes de ingreso; a diferencia de otros estados en los que estas personas habitan, por lo general, en las grandes ciudades, es por lo que se infiere que el envejecimiento poblacional del Estado de Veracruz continuará incrementándose en los próximos años de manera sostenida, lo que constituye un reto para las autoridades.

En las siguientes líneas del presente texto, se describe de manera puntual la situación del envejecimiento en el Estado de Veracruz a través de datos muy concretos, con la finalidad de que investigadores en la materia, analicen a profundidad la situación que está prevaleciendo actualmente, para con ello, crear estrategias y programas a corto plazo que favorezcan el bienestar, no solo de la población adulta sino también de los niños y jóvenes para que tengan un envejecimiento saludable.

- El número de personas adultas mayores en condición de analfabetismo es alto, la tasa total es de 30.0 en personas de 60 a 74 años y de 42.4 en adultos de 75 años y más, representando un obstáculo para el desarrollo de este grupo etario.
- El estado cuenta con 8.7% de población indígena, superior a la media nacional que es de 6.7%, del total de población adulta del estado, el 13.67% es indígena, y de esta población indígena el 16.47% son personas adultas mayores.
- La marginación es otro factor que condiciona que los adultos mayores limiten su accesibilidad a mejores servicios, condiciones de salud y vida.
- Con respecto a la migración, los grupos de personas emigrantes son jóvenes en edad productiva, lo que permite anticipar el hecho de que las personas adultas mayores se quedan habitando las comunidades rurales del estado, desprotegidas y expuestas a todo tipo de riesgo.
- En cuanto a las actividades económicas, la mayor parte de la población se encuentra empleada en el sector terciario, en rubros relacionados predominantemente con el comercio, oferta de servicios y transportes, pasando a segundo término la agricultura, la explotación forestal, ganadería, minería y pesca, acciones que se catalogan importantes para la transformación de los recursos primarios de la entidad.
- En materia de salud, al igual que en el país, el estado está atravesando por una transición epidemiológica “polarizada”, ya que su perfil epidemiológico por un lado está compuesto de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, ambos con una posibilidad de generar una gama importante de complicaciones y gastos en salud. Por otro lado, la morbilidad se encuentra compuesta en gran medida de padecimientos que son

prevenibles, como las helmintiasis, infecciones periodontales, amebiasis, infecciones respiratorias, infecciones de vías urinarias y otras que son susceptibles de mejora con acciones de bajo costo y alto impacto benéfico para el grupo de 60 años y más.

- Dos condiciones comunes que propician discapacidad en la población adulta, son la “enfermedad” y la “edad avanzada”. Tanto para la entidad, como para el nivel nacional, ambas atribuibles a factores genéticos y estilos de vida, lo que predispone a que las personas adultas mayores se encuentren con un riesgo aumentado de sufrir dependencia de un tercero.
- En lo tocante a accidentes de los cuales las personas adultas mayores no están exentos, las caídas son comunes, con un alto impacto en la morbilidad de este grupo etario.
- En cuanto a servicios de salud, las personas adultas mayores, requieren de una mayor demanda, tanto en el país como en el estado, debido a la presencia de padecimientos, sobre todo del tipo enfermedades crónicas no transmisibles. En la distribución porcentual de la población total derechohabiente por institución de salud en Veracruz, destaca por su cobertura el Seguro Popular, en segundo lugar el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en tercero el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE); sin embargo, cuando se revisa ENSANUT 2012, se encuentra que las personas adultas mayores a nivel nacional están protegidas primordialmente por instituciones de seguridad social como el ISSSTE e IMSS, sin descartar los servicios de seguridad social de PEMEX. Mientras que aquellas personas que no cuentan con protección social y los afiliados al Seguro Popular tienen un perfil más joven.

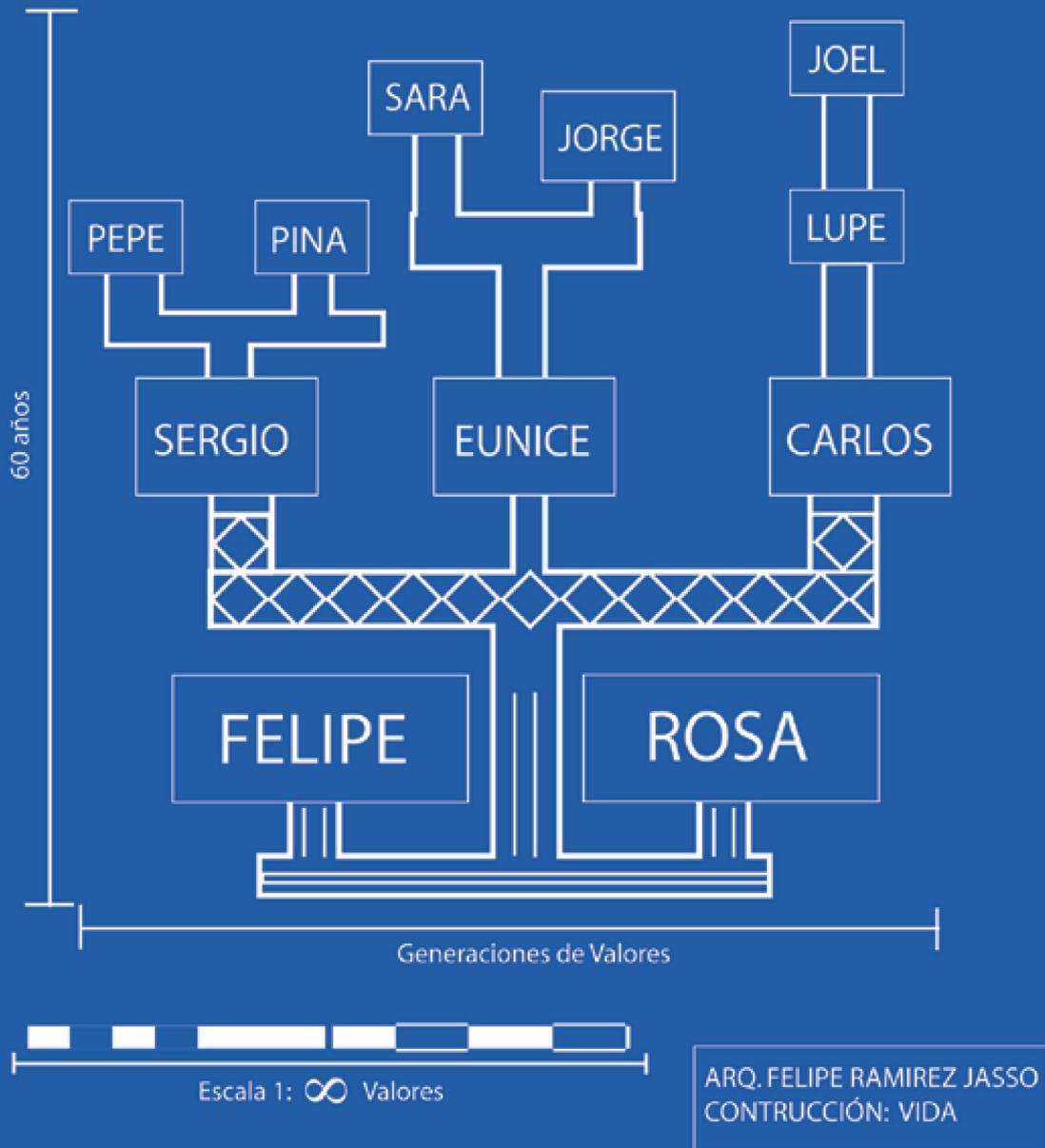
Todo lo anteriormente anotado constituye un desafío para el estado, tanto en la administración de recursos, como en la salud, vivienda, transporte, fuentes de trabajo, servicios urbanos, seguridad ciudadana, etc., que indudablemente las autoridades lograrán enfrentar por el bienestar de la población adulta mayor de la entidad veracruzana. Por lo que se enuncian las siguientes propuestas de solución:

- La generación, promoción y seguimiento de programas de alfabetización para adultos, pueden favorecer en parte a la solución del analfabetismo a todos niveles que es especialmente importante en las personas adultas mayores.
- En lo tocante al gran número de población adulta mayor con condición indígena en Veracruz, es de gran importancia establecer programas de apoyo en comunidades indígenas para su desarrollo, con la finalidad de que tengan un envejecimiento activo y saludable.
- Con lo referente a la marginación en la entidad, es importante continuar estableciendo políticas públicas en beneficio de estos grupos de población, sobre todo para evitar la dependencia. En algunos rubros en específico como la alfabetización se ha dado un avance importante de las políticas educativas en el estado, lo que redundará en mayores oportunidades y calidad de vida para los veracruzanos.
- La migración como fenómeno creciente constituye ya un problema mayor e incluso puede considerarse a Veracruz como uno de los nuevos “estados expulsores de población”, las causas son múltiples pero se antoja que uno de los factores principales es la falta de empleo bien remunerado. Por lo tanto, el desarrollo de programas al respecto pueden constituir una fuente de solución al problema.

- La falta en la oferta de empleos planeados para las aptitudes, actitudes, conocimiento y reserva fisiológica de las personas adultas mayores es un tema que debe analizarse de manera urgente, prioritaria y con mayor evidencia científica, con énfasis en el apoyo a las actividades primarias.
- Es importante en el tema de la salud pública, dar prioridad y mayores recursos a los programas prioritarios y emergentes de salud, en específico en el rubro del envejecimiento.
- Hablando de dependencia, el ser persona adulta mayor confiere un mayor riesgo para tal condición, por lo que es necesario reforzar los programas preventivos en materia de los padecimientos más trascendentes en la etapa de la vejez para asegurar un envejecimiento activo, saludable y funcional, sin descuidar la prevención y protección social a grupos más jóvenes y con ello coadyuvar a una mejor calidad de vida de los individuos.
- Debido a que los factores extrínsecos o medioambientales tienen un papel preponderante para el desarrollo de las caídas en las personas adultas mayores, se sugiere promover la creación de una infraestructura pública adecuada a este grupo, para que puedan transitar sin ningún riesgo. Asimismo, es de vital importancia que se diseñen espacios físicos en las viviendas aptos para favorecer la deambulación y estancia segura en el hogar.
- Se puede comentar que las personas adultas mayores de la entidad pueden ser ampliamente beneficiadas por los programas e instituciones, tanto públicas como privadas, debido a la multiplicidad de factores que los hacen individuos vulnerables desde muchos puntos de vista. En lo relativo a la protección de la salud se enfatiza en la importancia que tiene el fortalecimiento de las instituciones encargadas de esta misión y promocionar las estructuras nuevas como el Seguro Popular, ya que como se observó la polipatología va asociada a la discapacidad y la dependencia, ambas especialmente frecuentes en las personas adultas mayores y Veracruz no es la excepción.

Por lo observado en el panorama anteriormente expuesto, la problemática del envejecimiento en la entidad deberá ser abordada de forma interinstitucional e intersectorial con participación activa de las instituciones públicas, privadas, la población general e incluso las personas adultas mayores en particular, ya que es un tema de interés público. Los tomadores de decisiones deberán basar sus acciones en evidencia científica proveniente de las poblaciones de mayor vulnerabilidad en el estado, en el presente caso las personas adultas mayores.

ARQUITECTO DE SUEÑOS, REALIZADOR DE VALORES.



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.

Al grupo de **Informática y Diseño Gráfico**: Ing. Yoeli César Chávez, Lic. José Javier González Velásquez, Lic. Claudia Sequera Ouielhe, Lic. José Luis Barragán Esteves, Lic. Orlando N. Valdivieso Meza, Lic. Josué Antonio Pardo Larraguivel, Lic. Ricardo Andrés Prado Sánchez y al Tec. en Informática. Fernando Ruíz Guzmán por su apoyo.

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

INNN

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

SESVER

De manera especial les agradecemos a la Dra. Ma. Esther Lozano Dávila, Subdirectora de Atención al Envejecimiento y al Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera, por su paciencia y enseñanzas; para gestionar el recurso; así como su participación en la capacitación de los encuestadores y del personal que coordinó los trabajos en el estado de Veracruz; por el tiempo destinado al análisis de los resultados de la Encuesta SABE, revisión e integración de todos los capítulos que conforman este documento y en general por lograr que el libro Encuesta SABE- Veracruz, sea una realidad.

Al L.T.S. Rogelio Archundia González, a la L.E.O Erika Tania Chaparro González y a la Dra. Araceli Arévalo Balleza, por el apoyo en el análisis estadístico.

Al Licenciado en Gerontología Edgar Alejandro García Fuentes por todo el apoyo, disposición y tiempo destinado en la revisión completa del documento.

A la Secretaria Evangelina Escobar Moreno, por las atenciones que tuvo con el personal del Estado de Veracruz, las veces que acudieron para realizar la revisión de la información SABE.

Agradecimiento personal al M.C. Gilberto Isaac Acosta Castillo, Del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, por su apoyo incondicional en la depuración de la base de datos, conformación de cuadros y gráficas, que facilitaron el trabajo para la integración del libro SABE-Veracruz.

A los adultos mayores del Asilo “Mariana Sayago”, por su participación voluntaria en la ejecución de la prueba piloto.

A todos los adultos mayores, a quienes les fue aplicada la encuesta, por su aceptación y aporte de información valiosa para que se realizara este estudio, que sin duda será de gran beneficio. Base para la realización de futuros estudios de investigación que redundarán en implementación de nuevas estrategias y acciones para que las personas adultas mayores del estado sean autosuficientes y gocen de buena salud y bienestar.

Igualmente hacemos extensivo el agradecimiento al Maestro Alejandro Martínez Cházaro, por su gentileza al haber permitido que se insertaran en este documento pinturas de su autoría, las cuales le han dado colorido a este libro SABE Veracruz.

Al Dr. Claudio Rafael Castro López, Coordinador General del Centro de Estudios de Opinión y Análisis y a su equipo por el apoyo en la conformación de la muestra y la capacitación teórica y práctica de los encuestadores, y sus aportaciones en la conformación de uno de los capítulos de este libro.

A la Mtra. María Verónica Rodríguez Estrada, por haber sido el contacto con el Centro de Estudios de Opinión y Análisis, que fue de gran ayuda en la conformación de la muestra, reclutamiento de encuestadores para la aplicación de la Encuesta.

Damos las gracias a todas aquellas personas que, de una u otra forma, contribuyeron en la realización de esta investigación, muy especialmente al personal del Programa del Adulto y Adulto Mayor, del Departamento de Control de Enfermedades, de La Subdirección de Prevención y Control de Enfermedades, dependiente de la Dirección de Prevención y Promoción de la Salud, por haber participado en la planeación y ejecución, de este estudio de investigación.

De igual forma se agradece a cada uno de los supervisores e integrantes de las brigadas que fueron los responsables de la aplicación de la encuesta, integración, captura y depuración de datos.

ENCUESTADORES

- María Esther Hernández Meunier
- Sandro Moroni Sulvarán Santos
- Edgar Anwar López Muñoz
- Christian Fernando Carreón García
- Irlanda Fabiola Sierra Madrigal

- Miguel Ángel Gómez Rodríguez
- Lilibeth Cuevas Cuéllar
- Luatani García Pineda
- Adán Aguilar Saldaña
- Karla Iveth García Roldán
- Diana Yanet Morales Tejeda
- Marisol Azamar González
- Mónica Denisse Platas Pastrana
- Arnulfo Gómez Ramírez
- Nataly Hernández Contreras
- Jorge Iván Herrera Ávalos
- Rodrigo Jácome Hernández
- Francisco Javier Rodríguez Hernández
- Eric de Jesús Rodríguez Prieto
- Estrella Benítez Valdez

AUTOR DE PINTURAS Y ACUARELA

- Maestro. Alejandro Martínez Cházaro



El Secreto de la vida se lee entre Líneas...



MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Rectoría
Institucional

DIIT



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

UNIVERSIDAD DEL
VALLE DE MEXICO
Laureate International Universities