



E N C U E S T A

Salud

Bienestar y

Envejecimiento

SABE ■ Michoacán

ENCUESTA

Salud, Bienestar y Envejecimiento
SABE ■ Michoacán

Primera impresión: Noviembre 2012

D.R. © Secretaría de Salud

Centro Nacional de Programas Preventivos
y Control de Enfermedades

Benjamín Franklin No. 132, Col. Escandón,
Del. Miguel Hidalgo, México, D.F.

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

ISBN: 978-607-460-331-6

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

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

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

Salomón Chertorivski Woldenberg
Secretario de Salud

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

Dr. Germán Fajardo Dolci
Subsecretaria de Innovación y Calidad

Lic. Igor Rosette Valencia
Subsecretario de Administración y Finanzas

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

Lic. Guillermo Govela Martínez
Director General de Asuntos Jurídicos

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

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

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

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

DIRECTORIO DE LA SECRETARÍA DE SALUD ESTATAL

Dr. Rafael Díaz Rodríguez
Secretario de Salud de Michoacán

Julio Fernando Nocetti Tiznado
Encargada de la Dirección General de Servicios de Salud

Dr. Fabio Silahua Silva
Jefe del Departamento de Epidemiología

DIRECTORIO DE LA UNIVERSIDAD

Dr. Salvador Jara Guerrero
Rector de la Universidad de Michoacán

Mtra. Lucia Santibáñez M.
Directora de la Facultad de Enfermería Celaya-Morelia.

COORDINADORES DE LA ENCUESTA SABE MÉXICO

Dra. María Esther Lozano Dávila
Subdirectora de Atención al Envejecimiento

Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera
Programa de Atención al Envejecimiento

AUTORES SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

Dra. María Esther Lozano Dávila
Subdirectora de Atención al Envejecimiento

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

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

CINVESTAV-IPN

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

Dr. Benjamín Florán Garduño
Dr. José Luna Muñóz
Investigadores del Departamento de Fisiología, Biofísica y Neurociencias

GRUPO SABE MICHOACÁN

M. C. B. Dr. Juan Francisco Murillo del Castillo
Coordinador Estatal del Programa de Envejecimiento

Maestra María Teresa Maldona Guízar
Directora de la Escuela de Enfermería y Salud Pública. Nivel Técnico

Química Lucía Santibáñez Mondragón
Escuela de Enfermería y Salud Pública

Dr. Eliezer Moreno Mercado
Director del Instituto de Geriátría y Gerontología de Michoacán

Dra. Cristina Guadalupe Gómez Cabrera
Responsable Estatal de Envejecimiento ISSSTE Michoacán

Dra. Yolanda Rojas García
ISSSTE Michoacán

T. S. Rosa Martha Mendoza Cruz
Responsable Estatal de Envejecimiento IMSS Michoacán

Dr. Gabino García Tapia
Universidad Nacional Autónoma de México

EL PILAR PRINCIPAL DE LA FAMILIA



CONTENIDO

Mensajes	9
Introducción	11
1. El Envejecimiento en México	15
2. Participación del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento	31
3. Participación del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en la Encuesta SABE Michoacán	37
4. El Papel de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo ante el fenómeno del envejecimiento poblacional del Estado de Michoacán	43
5. Etapas del Desarrollo Operativo de la Encuesta SABE y las modificaciones específicas por entidad federativa	49
6. Diagnóstico Situacional del Envejecimiento Poblacional en el Estado de Michoacán	57
7. Resultados de la Encuesta SABE en Morelia, Michoacán	81
8. Planteamiento Preliminar de un Modelo de Atención	107
9. Conclusiones y Comentarios Finales	109
10. Agradecimientos	111

Mensaje del Director General del CENAPRECE

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

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

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

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

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

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

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

Mensaje del Secretario de Salud de Michoacán

Para los servicios de salud de Michoacán es de suma importancia que este grupo de edad llegue a una edad avanzada saludable, sin padecimientos degenerativos que impidan una mejor calidad de vida y así lograr un mejor conocimiento en el entorno sociocultural, económico y de salud.

La Encuesta “SABE” es sin lugar a dudas un cambio en la visión actual del conocimiento de las personas de este grupo de edad, ya que es la primera de este tipo que se lleva a cabo en el país y por supuesto en esta entidad y que nos está reportando datos de salud, económicos, culturales, de vivienda, lazos familiares, violencia a las personas de sesenta y más años, entre otros muchos más.

El envejecimiento activo y saludable es una responsabilidad de todos los individuos de crear una consciencia compartida entre familiares e instituciones para proveer una alimentación sana y balanceada desde la infancia, enseñándole a tomar agua en cantidad adecuada y realizar ejercicio diario, son los pilares para envejecer con calidad y sin los padecimientos crónicos degenerativos “mal llamados del envejecimiento”.

Dr. Rafael Díaz Rodríguez

Introducción

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

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

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

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

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



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

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

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

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



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

El Proyecto-Encuesta SABE, un modelo de investigación

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

La necesidad de aplicar SABE en las diferentes entidades federativas del país, por medio de una encuesta nacional, permitirá alimentar los sistemas de información establecidos, crear nuevos sistemas de registro y enriquecerlos con indicadores capitales relacionados al envejecimiento poblacional, lo que redundará en dar atención a una problemática específica por medio de planes y programas de atención basados en evidencia científica de primera mano y con datos provenientes de personas adultas mayores mexicanas que viven la etapa de la vejez el día de hoy.

Desde los inicios del Proyecto SABE, una constante fue la limitación de los recursos (económicos, tecnológicos, de infraestructura y de personal calificado) para realizar el estudio en el resto país, lo que obligó a incluir de inicio a las ciudades capitales de cada entidad federativa, esto por la conveniencia para el desarrollo operativo de la encuesta (mayor concentración de adultos mayores, confluencia de diversos estratos socio-económicos y culturales, accesibilidad a los hogares de los entrevistados, centralización de las instituciones participantes, concentración de los recursos para la salud, etcétera). Sin embargo, así como la propia naturaleza de este magno proyecto ha requerido, si no de variaciones al protocolo original, si adaptaciones y actualizaciones de acuerdo a los tiempos que vivimos el día de hoy, las que son inherentes a las modificaciones que ha sufrido el entorno de la persona adulta mayor desde que surgió originalmente el Proyecto-Encuesta SABE y que se analizaran posteriormente en esta publicación.

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

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

Gracias
El Equipo SABE México.

SE BUSCA ABUELA



RECOMPENSA : AFECTO, CARIÑO Y RESPETO



Rectoría
Institucional

DIIT



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



1. El envejecimiento en México

Dra. María Esther Lozano Dávila¹ • Dr. Javier Calleja Olvera² • 1. Subdirectora de Atención al Envejecimiento del PSAA,
2. Atención al Envejecimiento del PSAA

La esperanza de vida al nacer, o vida media, representa el promedio de años que vivirá una persona en un lugar determinado, o expresado de otro modo “el promedio de años que vivirá cada componente de una generación de recién nacidos, que estuviera toda su vida expuesta al nivel de mortalidad representado por una tabla de vida”. La esperanza de vida, constituye un indicador de los resultados logrados debido al descenso del nivel de mortalidad general a expensas de la infantil, así como a la disminución de la fecundidad, estas reducciones tienen como consecuencia el incremento numérico de la población anciana.

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

A nivel mundial, se estima que el promedio en la expectativa de vida es de alrededor de 63 años, pero esta media, está bastante alejada de la realidad cuando se toma en cuenta los casos extremos entre los países por su desarrollo, por lo que existen diferencias notables entre aquellos denominados como desarrollados y subdesarrollados, ya que según la Comisión Global sobre los Determinantes Sociales de la Salud, perteneciente a la OMS, en los primeros se tiene una media de 76 años para las mujeres y de 70 años para los hombres, con un promedio entre ambos géneros de 73 años, entre el quinquenio 2000-2005, y podría aumentar a 81 años a mediados de este siglo. En cambio, para los países en vías de desarrollo se estima que aumentará de 63.4 a 73.1 durante el mismo periodo.^{1,2}

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

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

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

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

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

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

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

Transición epidemiológica en México

Entre las teorías contemporáneas que intentan explicar los cambios en materia de salud pública, desde hace más de 20 años se ha popularizado el término de transición epidemiológica, derivado del concepto conocido como transición demográfica, que intenta explicar la interacción entre los cambios económicos, sociales y el perfil de salud de las poblaciones, así como sus consecuencias en la organización y prestación de los servicios. En los últimos 30 años, la distribución de la población en México por grupos de edad, ha sufrido marcados cambios, principalmente en los relacionados con las personas de mayor edad (Figura 1).

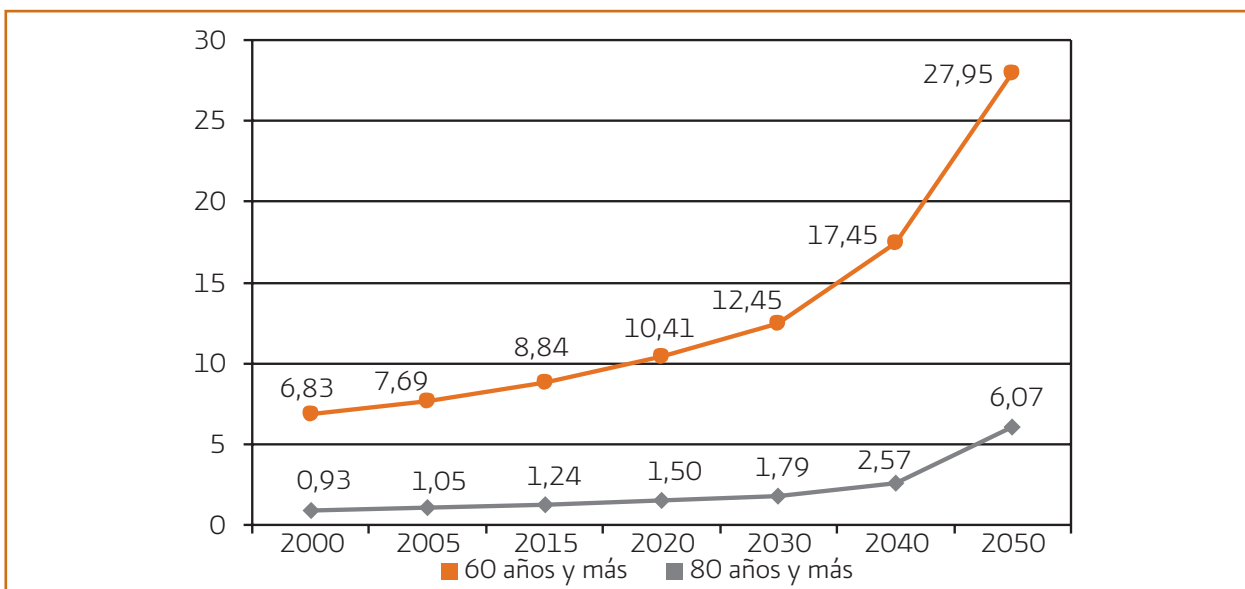


Figura 1. Proporción de población de 60, 80 años y más. México 2000-2050

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

Fuente: Estimaciones realizadas por la CENAVE. SSA. CONAPO

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

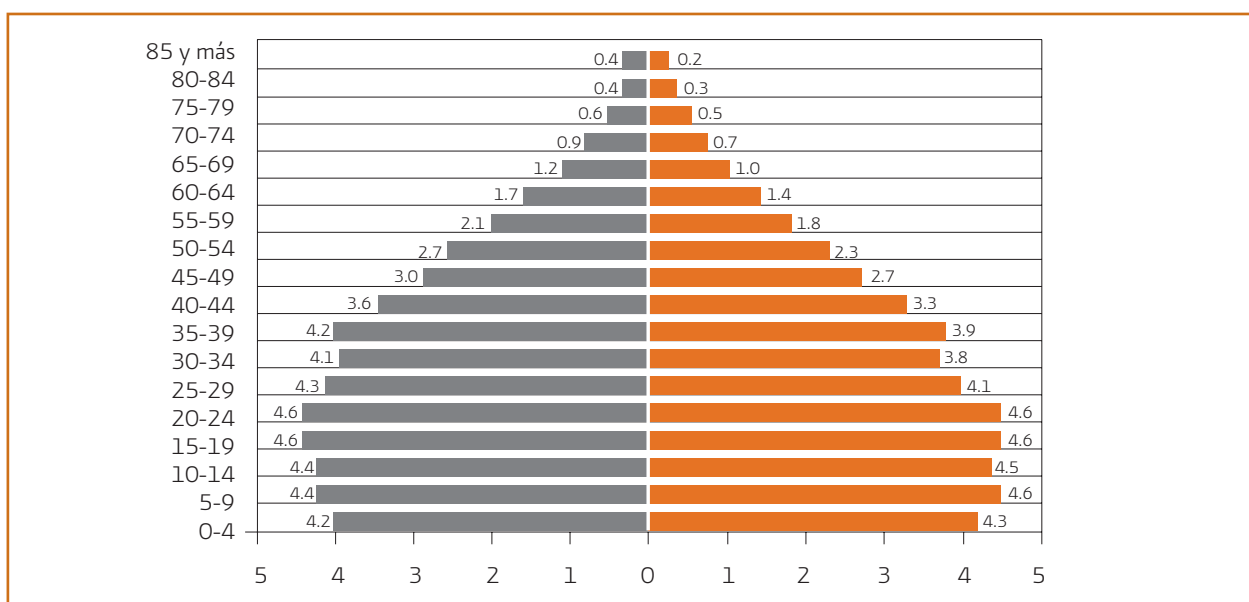


Figura 2. Pirámide poblacional de México, 2011

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

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

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

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

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

México se encuentra en una fase de cambio rápido en los perfiles de salud. La característica general de este proceso consiste en la disminución de los padecimientos propios del subdesarrollo y del incremento de las enfermedades que prevalecen en los países industrializados. Esto es ocasionado, entre otros factores por el rápido crecimiento de los núcleos urbanos, mayores niveles educativos, especialmente de la mujer, incremento del saneamiento básico, mejor control de las enfermedades infecciosas, además de cambios en las condiciones y estilos de vida de las sociedades actuales.³ Aún cuando la frecuencia de la presencia de enfermedades no es la misma en todos los países, se puede establecer que dentro de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en los adultos mayores latinoamericanos, destacan las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes, los accidentes y la cirrosis.

Los países en desarrollo como el nuestro, el fenómeno de la transición epidemiológica y demográfica, ha generado polarización de las patologías. Por un lado, se presenta un rezago en la atención de las enfermedades transmisibles y por otro, en las últimas décadas ha habido un aumento incesante de las ECNT; sumado a lo anterior, la detección de padecimientos de mayor incidencia en el adulto mayor es inoportuna, parcial e inadecuada, además de que existe entre la población una limitada percepción y desconocimiento de las enfermedades y discapacidades de mayor prevalencia en este grupo de edad. Lo anterior refleja un modelo de atención con limitaciones para brindar un servicio de salud adecuado a éste grupo poblacional.^{11, 12,13}

Las consecuencias derivadas de los padecimientos crónicos degenerativos son el resultado de procesos iniciados varias décadas atrás, su historia natural puede ser modificada con intervenciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia y complicaciones, por lo cual, deberán detectarse y atenderse de manera oportuna, desde la infancia, adolescencia y edad madura, ya que si bien esto no elimina las patologías en sí, puede ofrecer ganancia en años con mejor calidad de vida.^{11,14,15}

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

Así mismo, se carece de información sistematizada relativa a las acciones que se realizan en materia de detección, diagnóstico y tratamiento.^{16,17}

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

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

En este grupo de edad, otra situación relevante lo constituye la poca o nula información existente en materia de envejecimiento, tanto de sus patologías como de las necesidades sentidas de este grupo poblacional. Si bien, es cierto que se están realizando una serie de investigaciones en diferentes sectores, también lo es la insuficiencia de las mismas y su falta de aplicabilidad en el país, por lo que la Secretaría de Salud en coordinación con la OPS/OMS está realizando esfuerzos para contar con información veraz, oportuna y representativa.^{19, 20}

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

Mortalidad

Una de las grandes transformaciones en el perfil epidemiológico registrada en las últimas décadas ha sido sin duda el notable incremento de las defunciones por enfermedades crónico-degenerativas, con una discreta disminución de las enfermedades infecciosas. La importancia de tales patologías es incuestionable, ya que actualmente ocupan los primeros lugares en mortalidad general, antes ocupados por las enfermedades infecciosas.^{3,4,21}

En el año 2000, las principales causas de mortalidad en la población adulta mayor fueron: la diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares, pulmonares obstructivas crónicas y las hipertensivas. En conjunto alcanzaron un total de 99,809 defunciones, lo que corresponde a 46.1% del total de fallecimientos registrados en ese año. Al compararlas con 2006, estas mismas causas ocuparon una secuencia similar con una frecuencia relativamente mayor al haber alcanzado durante ese año un total de 129,455 defunciones, lo que representa 48.6% del total nacional.^{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 enfermedades hipertensivas.^{24,25, 26,}

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

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

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

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

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

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

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

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

1/ Tasa por 100,000 habitantes

No se incluyen defunciones de residentes en el extranjero

2/ V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86(.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, V85.0

Las principales causas de mortalidad están basadas en la lista GBD de 165

Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 1979-2008 INEGI/SS y de las Proyecciones de la Población de México 2005 - 2050, y proyección retrospectiva 1990-2004. CONAPO 2006.

Morbilidad

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

Con relación a la morbilidad de la población post-productiva, los datos son más difíciles de obtener y menos confiables. En nuestro país de acuerdo al Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUI-VE) podemos observar que dentro de las 10 primeras causas se entremezclan enfermedades infecto-contagiosas y crónico degenerativas, llamando la atención que la gingivitis y la enfermedad periodontal están dentro de este grupo (Figura 4).

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

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

Figura 5. Tipos de enfermedades

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

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

Fuente: OPS/OMS.

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

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

Con relación a las causas de hospitalización para este grupo de edad, se encontró que en los hombres los padecimientos más frecuentes fueron la enfermedad isquémica del corazón, la hiperplasia de próstata y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, mientras que en las mujeres fueron: la diabetes mellitus, la enfermedad isquémica del corazón y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.¹²

La cognición durante la vejez es un tema importante de abordar que se debe estudiar en diversas áreas médicas complementarias, desde la realización del diseño de pruebas de tamizaje y baterías neuropsiquiátricas en los distintos dominios cognoscitivos como la memoria, el cálculo, y la atención; hasta la realización e interpretación de la imagenología de las regiones cerebrales involucradas en memoria y otras funciones mentales superiores.¹³

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Como resultado de la información, dentro de las principales causas de morbilidad predominan aún las de carácter infeccioso, tales como afectaciones gastrointestinales, las helmintiasis, amibiasis e infecciones de las vías urinarias, lo que indica que debemos realizar acciones encaminadas a prevenir y atender estos padecimientos³¹ (Figura 4).

Figura 4. Principales causas de morbilidad, México 2010

CAUSAS DE MORBILIDAD	60-64	65Y+	TOTAL	TASA *
1. Infecciones respiratorias agudas	754,316	1,360,050	2,114,366	22,436
2. Infección de vías urinarias	188,166	403,936	592,102	6,283
3. Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	144,958	319,897	464,855	4,933
4. 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

Fuente: Anuario estadístico de morbilidad 2010
 * Por 100,000 habitantes

Retos

El desafío que implica el crecimiento de un envejecimiento poblacional en México, requiere del diseño y establecimiento de medidas innovadoras de prevención y control que permitan atender con esquemas de manejo integrado las enfermedades de mayor prevalencia en este grupo de edad y sus complicaciones.^{35,36,37,38,39,40}

El envejecimiento puede llegar a ser un problema serio si no se plantean políticas públicas que den respuesta a las demandas de este grupo poblacional; por lo mismo, es indispensable generar la infraestructura necesaria y especializada para brindar una atención oportuna con calidad a nuestros adultos mayores. Por otro lado, se requiere de personal sensibilizado y debidamente capacitado que responda a las demandas cada vez mayores de un México que camina hacia el envejecimiento poblacional.^{34,41,42}

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

- A. Realizar el diagnóstico en el país de Salud Bienestar y Envejecimiento de manera sectorial e interinstitucional, con el propósito de contar con información confiable, oportuna y de calidad que sirva para la realización de políticas y programas en pro de un “Envejecimiento Activo y Saludable”. La información obtenida por este estudio permitirá tener el conocimiento confiable de las necesidades reales y sentidas de los adultos mayores con representación nacional, lo que a su vez coadyuva y hace frente a la desigualdad social e inequidad. Lo anterior, fundamenta las bases para la realización de un “Nuevo Modelo de Atención al Envejecimiento Activo y Saludable”, así como un programa de capacitación sobre el proceso del envejecimiento normal, patológico y la importancia en su diferenciación.¹⁹
- B. Implementar el modelo de: Módulos Geronto-Geriátricos en Centros de Salud Jurisdiccionales, consulta domiciliaria y Centro de Día de Atención al Envejecimiento, todos vinculados entre sí, para la atención integral del adulto mayor con diversas causas de patologías en especial la discapacidad física y mental, con el fin de que la familia pueda contar con los elementos mínimos e indispensables para el resguardo seguro de su familiar.⁴²

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

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

El reto mayor consiste en la sensibilización de la población en general de los adultos mayores en un mediano plazo.⁴⁶

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

- E. Actualizar e integrar a las normas oficiales de diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica existentes, apartados específicos para el adulto mayor, ya que todavía se considera la atención clínica de estos pacientes igual a la de los grupos etarios más jóvenes, ocasionando una atención inadecuada que puede llevar al deterioro en la salud y funcionalidad en el adulto mayor.
- F. Consolidar al Comité Nacional y los Estatales de Atención al Envejecimiento, con el fin de que se puedan establecer políticas nacionales a favor del envejecimiento activo y saludable, mediante la participación intersectorial, con especial interés en el Consejo Nacional de Discapacidad del DIF y del Instituto Nacional para las Personas Adultas Mayores.
- G. Consolidar la implementación de la rectoría del Sector Salud en materia de envejecimiento.³⁵
- H. Detectar, dar seguimiento y control a los padecimientos de mayor prevalencia de este grupo de edad a través de la adecuación de los sistemas de información para el adulto mayor. Ejemplo de lo anterior, son el tamizaje en búsqueda de depresión y trastornos de la memoria cuya utilidad ha sido comprobada en el mundo.^{49, 50} El objetivo principal de hacerlo es un tamizaje en búsqueda de deterioro cognoscitivo en el adulto mayor, e iniciar un tratamiento etiológico que retarde el deterioro funcional del individuo, así como la fatiga de sus cuidadores.⁵¹⁻⁶¹
- I. Implementar dentro del Programa de Atención al Envejecimiento, estilos de vida saludables con énfasis en la orientación alimentaria, cese del hábito de fumar y práctica de actividad física programada y adecuada a las necesidades de cada adulto mayor en búsqueda de un envejecimiento activo y saludable.
- J. Consolidar la política del esquema básico de vacunación a través de la intensificación de actividades de promoción a la salud, durante la Semana de Salud para Gente Grande.

Para enfrentar los retos que representa el envejecimiento, se debe garantizar un manejo efectivo de los factores de riesgo y complicaciones para alcanzar una mejor calidad de vida en los adultos mayores y en sus familiares. La Estrategia de Prevención y Promoción para una Mejor Salud contribuye a estos compromisos al impulsar los mecanismos que permitan la aplicación de medidas institucionales del modelo operativo de éstas y otras intervenciones en el Sistema Nacional de Salud.

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

1. Creación de mecanismos rectores del Sistema Nacional de Salud para abordar y modificar los entornos y los determinantes de las patologías más prevalentes en la población adulta mayor a fin de lograr un envejecimiento activo y saludable.
2. Desarrollo de modelos de salud que brinden atención multidisciplinaria e integrada para un envejecimiento activo y saludable, que fortalezcan la infraestructura con la participación de los distintos sectores y órdenes de gobierno.
3. Fortalecimiento de la coordinación del CONAEN, COESAEN y organismos internacionales para la implementación y desarrollo de los diagnósticos estatales, para la toma de decisiones e implementación de políticas públicas a favor de un envejecimiento activo y saludable.

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

Referencia bibliográfica

1. Consejo Nacional de Población, "Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI". 1ª Reimpresión, Mayo, 2005, México. p. 48-92.
2. OPS. Resumen del análisis de situación y tendencias de salud. serial on line cited 2008 enero 30; available from: www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata.
3. Lefrancois, R. y cols. Sociologie du Vieillissement En: Arcand M., Hébert R. Précis Practique de Gériatrie. Ed. Edicsem Inc, Québec (Canadá), 1997, p. 47-57.
4. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. serial on line 2007, mayo cited 2008 enero 30; available from: <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/index.php?page=salud>.
5. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Título primero, artículo 26, México, p. 23-24.
6. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Sistema Internet de la Presidencia 2007. <http://pnd.presidencia.gob.mx/>
7. Organización Mundial de la Salud. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental.
8. Departamento de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud. Revista Española Geriatria Gerontología, 2002;37(S2):74-102
9. Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Miller RA. The Biology of aging and longevity, en Hazzard
10. WR Principles of Geriatric Medicine and Gerontology; fifth International Edition. EEUU, Mc Graw Hill, 2005; p. 3-15.
11. Herder L. El arte de envejecer. en Laforest J. y cols, Introducción a la Gerontología. Barcelona (España), 1991. p. 172-185.
12. Murray CJL, Lopez AD: Mortality by cause for eight regions of the world: Global burden of disease study. Lancet 1997; 349: 1269-1276.
13. World Health Organization. Non communicable diseases prevention and control. World Health Organization. Genova, Suiza. 2006.

14. Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of ramipril on cardiovascular and microvascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MICRO-HOPE substudy. *Lancet* 2000; 355: 253-259
15. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepulveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México. Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
16. Padwal R, Laupacis A. Antihypertensive therapy and incidence of type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Care*, 2004; 27: 247- 255.
17. The CDC Diabetes Cost-effectiveness Group. Cost-effectiveness of intensive glycemic control, intensified hypertension control, and serum cholesterol reduction for type 2 diabetes. *JAMA* 2002;287:2542-2551.
18. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2000. *Salud Pública de México* 2002;44: 266-83.
19. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad. Sistema Nacional de Información en salud. 2005.<http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>
20. Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen G, Parving H, Pedersen Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2003;348:383-393.
21. Palloni A, Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Protocolo del Estudio Multicéntrico Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Washington D.C. (EUA), abril 1999. p. 1-47.
22. Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. 1999, Agosto 12, N° 9, Tomo DLI: 19-20.
23. Becerra M, Sosa AL, Lozano ME, Trujillo Z, Lara A, Berthely L y cols. SSA CONAEN. Guía de Consulta para el Médico General, Depresión en el adulto mayor SSA, México, 2005. p.1-6.
24. Apfeldorf WJ, Alexopoulos GS. Late Life Mood Disorders. En: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH Jr., Halter JB, Ouslander JG. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*, fifth international edition. New York, McGraw-Hill, 2005. p 1443-1452.
25. Becerra M, Sosa AL, Lozano ME, Trujillo Z, Lara A, Berthely L y cols. SSA CONAEN. Guía de consulta para el Médico General, Alteraciones de la Memoria en el adulto mayor. SSA, México, 2005. p. 1-6.
26. Secretaria de Salud. Sistema de Información en Salud: serial on line abril 2007 cited enero 2008 available from: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>
27. Berbés Asociados. Los expertos abogan por la vacunación en el adulto para la prevención de numerosas enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles. serial on line 2007 cited 2008 enero 29 available from http://accesomedia.com/display_release.html?id=21486
28. Secretaría de Salud Norma oficial mexicana NOM-024- SSA2-1994, Para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria la salud. serial on line 1994 cited 2007 enero 29 http://www.hgm.salud.gob.mx/pdf/servicios/nom_024_ssa2_1994.doc.
29. Secretaria de Salud. Programa de Acción: Atención al Envejecimiento. SSA. México, 2001. p. 19-40.
30. Secretaria de Salud. Estadísticas de Mortalidad en México, muertes registradas en el año 2003. *Salud Pública de México* 2005; 47 p. 171-180.
31. Casanova JL, Solsona E y cols. Cáncer de Próstata. *Medicine*, 1999, mes, 7(117): 5460-5466.
32. Secretaria de Salud Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Secretaria de Salud, 2007. p. 1-10.
33. CONAPO. Situación Demográfica de México serial on line octubre 2007 cited 2008 enero 30; available from: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/inicios/001.htm>
34. Sistema Unico de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE): serial on line junio 1994 cited enero 2008 available from: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/index.html>
35. Secretaria de Salud. Anuario Estadístico de Morbilidad. 2006. DGE. Secretaria de Salud.

36. Secretaria de Salud Morbilidad 1984-2002 en México. Versión CD.
37. Secretaria de Salud. Boletín Caminando a la Excelencia en Envejecimiento 2004-2006. Serial on line abril 2004 cited enero 2008 available from: <http://cnve/caminando2006/envejecimiento.asp?ano=2006&tri=4>
38. Secretaria de Salud. Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. La salud, la tarea de todos. DGPS, SSA. México, Febrero, 2007. p. 5-38
39. Global aging. Algunas Muertes y Discapacidades de Adultos Mayores pueden ser Evitadas con Vacunas. El Tiempo Colombia serial on line 2004 Septiembre,14. cited 2004: available from: <http://www.globalaging.org/health/world/2004/vaccines.htm>.
40. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Guía Clínica para la Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Washington DC EUA. 3 ed. 2003. p. 1-400.
41. Rabow MW, Pantilat S, y cols. Care at the end of life. En Tierney LM, Mc Phee S, Papadakis MA, y cols. Current medical diagnosis and treatment, 2006, p 67-85.
42. Johnston B, Harper M, Landefeld S. Geriatric Medicine. En Tierney LM, Mc Phee S, Papadakis MA, y cols. Current medical diagnosis and treatment, 2006, p 939-946.
43. Secretaria de Salud.
44. Haffner SM, Stern MP, Hazuda HP, Mitchell BD, Patterson JK. Cardiovascular risk factors in confirmed pre-diabetic individuals: does the clock for coronary heart disease start ticking before the onset of clinical diabetes JAMA 1990; 263:2893-2898
45. Secretaria de Salud-CONAEN. Centros de Día. Lineamientos Generales para el Funcionamiento de un Centro de Día Gerontológico. México, 2007, p. 1-62.
46. Forster A., Young J., Langhorne P. (1999) Systematic review of day hospital care for older people. British Medical Journal 318: 837-841.
47. Siu AL, Morishita L., Blaustein J. (1994) Comprehensive geriatric assessment in a day hospital. Journal of the American Geriatric Society 42:1994-1999.
48. Cost-effectiveness of Day Care Settings for Frail Elderly People BROCKLEHURST Age Ageing.1989; 18: 282.
49. Secretaria de Salud México 2001-2005 Información para la rendición de cuentas. 2006. Talleres de la Secretaria de Salud.
50. Dirección General de Información en Salud. Sistema Dinámico de Información Estadística en Salud. Serial on line abril 2007 cited enero 2008 available from: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>. SEED. SSA, 2005. serial on line abril 2007 cited enero 2008 available from: <http://sinais.salud.gob.mx/cubos/>.
51. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Rectoría de los Ministerios de Salud en los Procesos de Reforma Sectorial documento
52. CD 40/13. XL Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, XLIX Reunión del Comité Nacional de la OMS, Sección del 23 de Julio de 1997, Tema 5.2 del Programa Provisional, Washington, D.C., Septiembre de 1997.
53. Secretaria de Salud. Programa Nacional de Salud 2007- 2012, Por un México Sano: Construyendo Alianzas para una Mejor Salud. Secretaria de Salud octubre 2007. p. 81-120.
54. Reisberg B, Ferris SH, de León MJ, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. American Journal of Psychiatry 1982;139:1136-1139
55. Zarit, S.H. et al. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980;20:649-655.
56. Hachinski VC, Lassen NA, Marshall J. Multi-infarct dementia: a cause of mental deterioration in the elderly. Lancet 1974;2:207-210.
59. Rabins PV, Larson E, Hanley R. Criteria for diagnosing reversible dementia caused by depression: validation by 2-year follow-up. Br J Psychiatry 1984; 144: 488-492.
60. Eccles M, Clarke J, North of England evidence based guidelines development project: guideline for the pri-

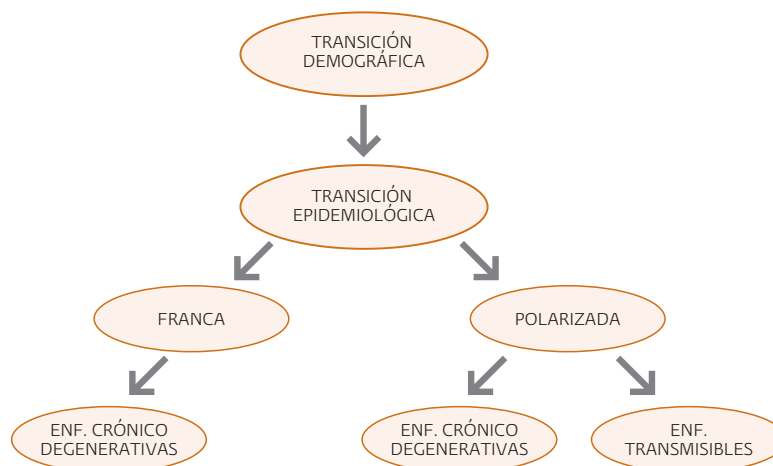
- mary care management of dementia. British Medical Journal, 1998, 317: 802-808.
61. U.S. Preventive Services Task Force. Task Force neutral on routine dementia screening. *Geriatrics*. 2003, aug 1: 623-632.
 62. Siu AL. Screening for dementia and investigating its causes. *Ann Internal Medicine*. Med 1991;115:12232.
 63. Folstein, M. F., Folstein S. E., y McHugh P. R. "Mini- Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinical. *Journal of Psychiatric Research*, 1975. 12, 189-198
 64. Gutiérrez R LM, Mejía A S. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en los adultos mayores en México. *Salud Pública de México*. 2007; 49, supl 4: 475-481.
 65. U.S. Preventive Services Task Force, Agency for Health care Research and Quality. Screening for Depression, Systematic Evidence Review. April 2002.
 66. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression report. *J Psychiatr Res* 1983;17:37-49. screening scale: a preliminary
 67. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Health Canada. Secretaria de Salud. Guía para el desarrollo de un sistema integral de apoyo para el envejecimiento activo. 2002, Canada, volumen único: 5-14.
 68. Sistema de Información en Salud Mortalidad (SISMOR): serial on line octubre 1994 cited enero 2008 available from: <http://www.imss.gob.mx/imss>

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

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

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

Figura 1. Tipos de transición epidemiológica



Fuente: Programa Nacional de Atención al Envejecimiento

El fenómeno del envejecimiento que se observa en el mundo, del que América Latina no escapa y por ende México, es el resultado, no sólo del aumento de la esperanza de vida y la disminución de la fecundidad, sino sobre todo del mejoramiento en la Salud Pública, gracias al importante control de las enfermedades transmisibles.

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

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

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

Las oportunidades de desarrollo social siempre han sufrido de inequidad con respecto a la construcción social de género, lo que se aprecia magnificado en los adultos mayores y en especial en las mujeres, las cuales en épocas anteriores tenían que renunciar a la posibilidad de crecer profesionalmente u ocuparse de actividades eminentemente “masculinas”.

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

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

Ante este panorama, las instituciones han realizado una serie de actividades en pro de este grupo de edad; no obstante, hay que admitir que a pesar de los esfuerzos en los servicios de atención a este grupo de personas, los resultados, en general, han sido limitados así como los programas y actividades realizados con este motivo, impactando en la salud del mexicano adulto mayor. Por ejemplo, en la actualidad, aproximadamente 60% de los adultos mayores viven en soledad y cada día disponen de menos recursos propios para su supervivencia.⁹ El deterioro funcional que sufre un porcentaje importante de este grupo poblacional contribuye a su disfunción social y posterior aislamiento.

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

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

CONAEN: Historia, Funciones y su Análisis en México

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

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

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

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

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

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

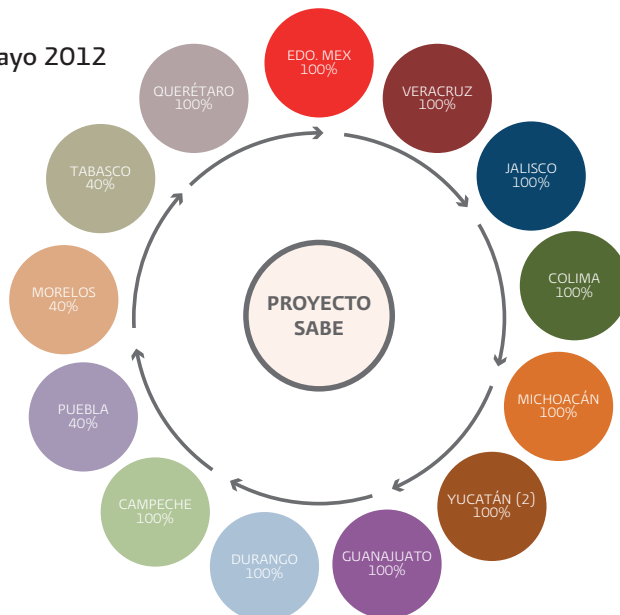
- Participación activa en la generación de políticas públicas en materia de atención al envejecimiento.
- Determinar y/o desarrollar estrategias operacionales para el control de las enfermedades en la población de 60 años y más.

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

El Análisis

Con los datos antes proporcionados el CONAEN toma como una de sus acciones inmediatas el realizar estudios tendientes a conocer la información sobre el estado de salud, bienestar y envejecimiento de la población adulta mayor mexicana por lo que, en coordinación con la OPS/OMS, se acordó implementar en cada entidad federativa el Proyecto de Investigación denominado, mismo que inició en el 2000, en la Ciudad de México y áreas con urbanas. El estudio se realizó, con la información proporcionada por más de 26 mil adultos mayores, misma que se incrementará a medida que se sumen más entidades federativas. Por su impacto y relevancia el estado de Yucatán fue el primero en replicar este estudio, el cual se encuentra terminado en 100%, posteriormente Querétaro y Guanajuato lo iniciaron teniendo a la fecha un avance de 50% seguido por otros estados con diferente grado de avance (Figura 2).¹³

Figura 2. Avance SABE a mayo 2012



Fuente: Programa de Atención al Envejecimiento del PSAA.

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

- Formar o activar los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento lo que garantiza un trabajo intersectorial e interinstitucional dentro de cada entidad federativa.

- Trabajar de forma coordinada entre el sector salud con universidades o instituciones de educación superior lo que proporciona una nueva fuente de garantía y utilidad de este estudio.
- Contar con un diagnóstico actualizado de la población envejecida para poder adecuar y aplicar modelos de atención eficientes, adaptar políticas estatales en materia de salud así como cambios en la curricula universitaria.
- Contar con información propia para la realización de tesis y nuevas investigaciones.

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

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

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

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

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

El grupo que integra el Comité, convencido de que la capacitación del médico de primer nivel de atención es la piedra angular para el diagnóstico y tratamiento adecuado de las patologías propias de esta edad, se ha dado a la tarea de elaborar, reproducir y distribuir las Guías de Consulta para el médico de primer nivel de atención tales como: Hiperplasia Prostática, Depresión y Alteraciones de Memoria, Centros de Día, Incontinencia Urinaria, Odontogeriatría, Caídas, el Adulto Mayor y sus Mascotas, documentos que sin duda sirven al médico para brindar una mejor atención a sus pacientes. También, se están desarrollando cursos presenciales y en línea, diplomados en Geriatría y Gerontología de manera interinstitucional e intersectorial con el fin de que se homologuen los criterios de promoción, prevención, tratamiento y limitación del daño en los adultos mayores en coordinación con instituciones de enseñanza superior del país y la OPS/OMS, también se están implementando acciones encaminadas a mejorar los conocimientos acerca de los cuidados asistenciales en domicilio que deben proveer los cuidadores primarios a los adultos mayores con discapacidad física o mental.

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

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

Subcomités Estatales del CONAEN

Con la finalidad de involucrar además de tratar de garantizar el cumplimiento de sus acciones, fueron establecidos Comités Estatales de Atención al Envejecimiento, llamados COESAEN, los cuales tienen como uno de sus objetivos lograr la coordinación intra y extrainstitucional en las diferentes entidades federativas así como proteger la salud, prevenir, controlar o retardar la aparición de las enfermedades o discapacidades de mayor importancia y elevar la calidad de vida de los adultos mayores. A la fecha, se tienen instituidos 93% de los COESAEN's, lo que representa un total 30 comités.

Vinculaciones Internacionales

Dentro de sus actividades Internacionales, el CONAEN ha trabajado estrechamente, con la Oficina de Salud de Canadá lo cual dio como resultado la "Guía para el Desarrollo de un Sistema Integral de Apoyo para el Envejecimiento", la cual se tradujo al español, inglés y francés.

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

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

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

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

Referencia Bibliográfica

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

Boletín de Envejecimiento "Caminando a la Excelencia" 2008-2012; www.dgepi.salud.gob.mx/boletinescaminandoalaexcelencia

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

3. Participación del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en la Encuesta SABE Michoacán

El envejecimiento de las diversas poblaciones en nuestro país y por ende del Estado de Michoacán ha contribuido a que se modifiquen las expectativas sobre la forma de vivir de una sociedad michoacana cada vez más envejecida.¹

Michoacán cuenta actualmente con una población general de aproximadamente 4,303,775 habitantes, de los cuales, 439,127 son personas de 60 años y más, lo que constituye un 10.20% de la población total de la entidad. Analizando estas cifras, se puede afirmar que Michoacán se encuentra en un franco envejecimiento poblacional cuya tendencia se ha mantenido sostenida durante los últimos años.²

Debido tanto al número de personas adultas mayores en la entidad como a sus características económicas, culturales, políticas, sociales y de salud los adultos mayores de Michoacán estos requerirán de estructuras de atención especializadas en este grupo etario.³

Dadas las necesidades crecientes en materia de atención de las personas adultas mayores, es de primer orden contar con un órgano colegiado en materia de envejecimiento que permita elaborar propuestas científicas y humanísticas en el tema, con la finalidad de proteger a los adultos mayores de la entidad.

El 6 de octubre del año 2009, en la Ciudad de Morelia Michoacán, se reactivó el Comité Estatal de Atención al Envejecimiento del Estado de Michoacán (COESAEN Michoacán), con la formalización de su nueva Acta Constitutiva firmada por los integrantes del mismo, personas con representatividad estatal en materia de atención al envejecimiento, se crea este cuerpo colegiado especializado en la materia⁴ (Figura 1).

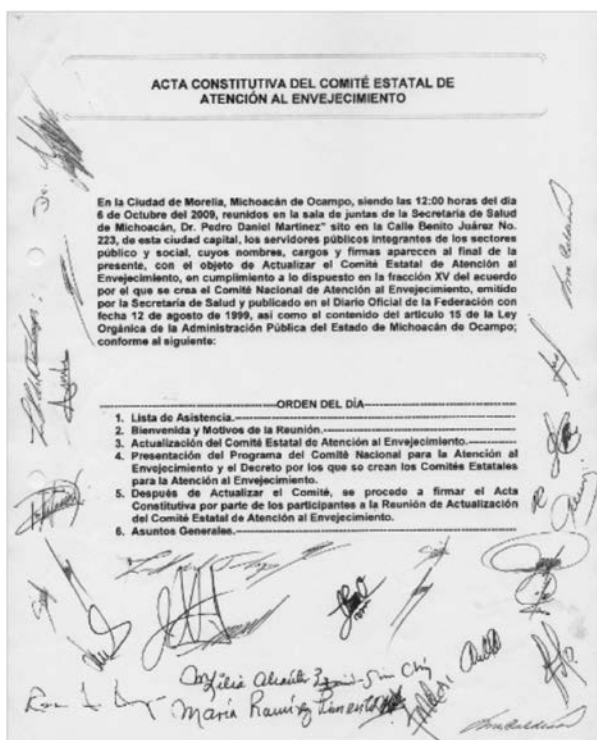


Figura 1

Acta constitutiva del COESAEN Michoacán con la cual se inicia una nueva etapa de este Organismo Colegiado de la entidad, el cual ha trabajado ininterrumpidamente hasta la fecha con propuestas sólidas para atender a las personas adultas mayores michoacanas.

En COESAEN Michoacán participan las siguientes instituciones:⁵

- Secretaría de Salud del Estado de Michoacán
- Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Estatal Michoacán (Régimen ordinario y Oportunidades)
- Delegación Estatal del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado en Michoacán
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, Delegación Estatal de Michoacán
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía
- Secretaría de la Defensa Nacional
- Secretaría de Desarrollo Social Delegación Michoacán
- Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Michoacán (Municipal y estatal)
- Comisión Estatal de Cultura Física y Deporte
- Dirección de Protección Contra Riesgos Sanitarios
- Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (Escuela de Enfermería y Salud Pública)
- Consejo Estatal de Población de Michoacán
- Instituto de Geronto-Geriatria
- Asociación de Alzheimer de Michoacán
- Centro Michoacano de Salud Mental
- Grupo Petamuti Sociedad Civil
- Asociación “Unidos a Favor de las Personas Adultas Mayores de Michoacán”, A.C.⁵

Dada la importancia de este cuerpo colegiado, era necesaria una imagen que lo distinguiera, por lo que se diseñó un logotipo que le diera identidad y que aparece por primera vez el 13 de septiembre de 2010 en la Agenda de Trabajo de la 7ª. Reunión del COESAEN⁶ (Figura 2).

Figura 2



En la presente ilustración se encuentra el escudo que representa al COESAEN Michoacán cuyo lema es: “El Hombre es Bueno Cuando Hace Mejores a los Demás”. La figura central de color marrón y con un bastón azul representa a una persona adulta mayor, seguido por dos figuras humanoides que representan etapas precedentes de la vida. El color azul significa la fuerza y vitalidad del agua, el color verde la energía de una alimentación sana y el marrón la vejez activa.

El COESAEN Michoacán, funda sus acciones en el marco legal que tiene como documentos base:

- Acuerdo secretarial por el que se crea el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. Agosto, 1999.⁷
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículos, 1º, 4º, 5º, 123º (apartado A y B).⁸
- Ley General de Salud, artículos 3º, 4º, 5º, 6º, 13º, 14º, 27º, 168º, 171º, 172º.⁹
- Programa de Acción: Atención al Envejecimiento 2001-2006.¹⁰
- Plan de acción internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Aprobado por la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Viena 1982.¹¹

Entre los objetivos del COESAEN Michoacán se encuentran:

- Mejorar y preservar la calidad de vida de las personas adultas mayores que viven en Michoacán
- Impulsar las líneas de investigación en geronto-geriatría
- Promover en la población general independientemente de la edad, un envejecimiento activo y saludable
- Protección preferencial a los adultos mayores vulnerables
- Promover la atención integral a las personas de 60 años y más.¹²

Desde su reactivación, el COESAEN Michoacán se reúne bimestralmente de forma ininterrumpida lo que contabiliza seis reuniones ordinarias de forma anual y de ser necesario, se convoca a reuniones extraordinarias, con la finalidad de realizar algún evento que requiera mayor atención. Un ejemplo de lo anterior, es la Semana de Salud para Gente Grande (que cada año se lleva a cabo a Nivel Nacional) y en la que participan activamente todas las instituciones que integran el COESAEN Michoacán.¹³

En dos ocasiones se ha solicitado a todos los integrantes del COESAEN Michoacán que participen en las sesiones denominadas “Enfoque Institucional”, donde realizan una presentación en la que exponen los aspectos más relevantes de la institución a la cual representan, en materia de atención a las personas adultas mayores. La realización de las sesiones de “Enfoque Institucional”, ha servido para que haya una mejor vinculación entre las instituciones que conforman el COESAEN y sea un medio para fomentar el trabajo interinstitucional.



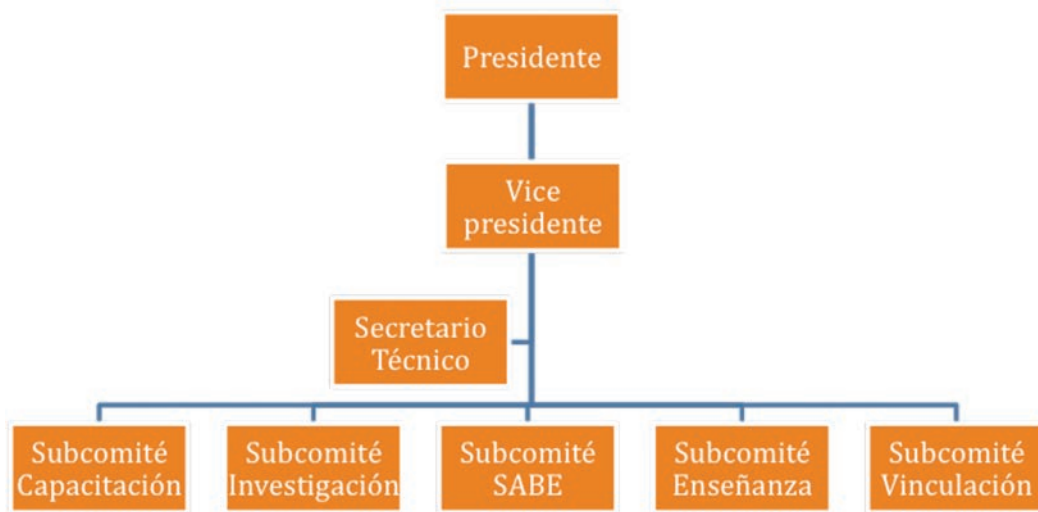
El COESAEN Michoacán, durante el desarrollo de las sesiones de “Enfoque Institucional”

Otra de las acciones que el COESAEN ha llevado a cabo con gran éxito, son las reuniones de las personas de 70 y más años convocadas por la Secretaría de Desarrollo Social Delegación Michoacán (SEDESOL). En dichas reuniones se otorgan apoyos económicos a este grupo etario, además de brindársele capacitación en tópicos diversos, entre los que destacan las demencias y la importancia del cuidador. Otro de los temas que se ha tornado de gran relevancia para estas personas es el de violencia a la persona adulta mayor.

Es sorprendente que tanto las personas violentadas como los agresores, no estén enterados de la existencia, formas de presentación y características de este fenómeno. Por otro lado, se les informa sobre las opciones de ayuda que tienen a su disposición en la entidad y se les concientiza sobre las sanciones a que puede verse sometido un agresor. También se les informa que es deber de los hijos cuidar de sus padres, si estos ya no pueden hacerlo por sí solos y que también se les puede demandar dicho apoyo, hay muchas personas que desconocen que el artículo 133 constitucional (derecho a una vida de bienestar y sin violencia), los protege para que puedan tener una vida digna, protección y apoyo de los hijos.¹⁴

La cantidad y diversidad de temas en los proyectos antes mencionados hablan indirectamente de la calidad, interdisciplinariedad y complementación de las instituciones integrantes del COESAEN Michoacán. Con lo comentado anteriormente se constituyó un organigrama el cual logra acciones complementarias dentro del mismo COESAEN con buenos resultados¹⁵ (Figura 3).

Figura 3. Organigrama de COESAEN Michoacán



Organigrama del COESAEN Michoacán, donde se observa la presencia de los diferentes subcomités entre los que destaca el Subcomité SABE.

Quando se entienden tanto los objetivos, como la estructura y funciones del COESAEN, es explicable el deseo de obtener un diagnóstico situacional del envejecimiento poblacional en el Estado de Michoacán, esto con la finalidad de conocer este fenómeno de manera más profunda en dicha entidad federativa. En tal entendido, el COESAEN Michoacán tuvo la oportunidad de participar en el Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento, iniciativa

de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, contando con la asesoría y apoyo de la Secretaría de Salud Federal a través del Programa Nacional de Atención al Envejecimiento perteneciente al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. A este respecto, uno de los grandes logros por parte del COESAEN fué la realización del Proyecto-Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) Michoacán, la cual permite obtener el perfil epidemiológico y sociodemográfico de los adultos mayores en la entidad, ya que cuando de adultos mayores se trata la literatura disponible, por lo general nos aporta datos anglosajones los cuáles pueden estar lejos de la realidad de la persona adulta mayor mexicana y por lo cual SABE se vuelve una oportunidad dorada para corroborar o descartar la afirmación anterior.¹⁶

En SABE Michoacán, participaron activamente, el ISSSTE, DIF Estatal, IMSS Ordinario, el Instituto de Gerontogeriatría, la Escuela de Enfermería y Salud Pública, la Comisión Estatal de Cultura Física y Deporte y la Secretaría de Salud de Michoacán por medio de su Programa Estatal de Atención al Envejecimiento.

La Encuesta SABE se realizó en la Ciudad de Morelia Michoacán y con los resultados aportados se tiene como uno de los productos iniciales la obra que tiene usted ahora en sus manos que contiene información de primera mano, proveniente de las personas adultas mayores de nuestro país. Se debe comentar que SABE, independientemente que se ha llevado a cabo en Michoacán, es un estudio multicéntrico que en este momento se está llevando a cabo en otras entidades federativas con la firme idea de realizar diagnósticos sobre el envejecimiento poblacional de las diferentes regiones, estados y un magno diagnóstico nacional.¹⁶

Entre otras cuestiones, SABE ayudará a resolver dudas como: ¿Dónde y como viven los adultos mayores de la entidad?, ¿cuántos viven en el domicilio?, ¿cuántas personas adultas mayores tienen trabajo?, ¿cuántas ya no pueden trabajar?, ¿sus familiares les apoyan en todas sus necesidades?, ¿tienen seguridad social?, ¿de que se enferman?, ¿qué servicios de salud utilizan?, etcétera, todo esto por medio de un cuestionario planeado y adaptado a la población adulta mayor mexicana.

Durante el año 2010, se autorizó recurso económico de nivel federal para llevar a cabo SABE Michoacán y con la finalidad de darle seguimiento al proyecto, se conformó el "Subcomité SABE", para determinar la logística a seguir en el estudio.

Hoy que ha terminado el Proyecto-Encuesta SABE Michoacán, el COESAEN Michoacán se encuentra preparado y con la experiencia recopilada durante la realización de SABE con la idea de dar seguimiento al proyecto y con ello llevarse a cabo SABE Michoacán fase 2 con la intención de realizar observaciones e inferencias en torno a la evolución de los adultos mayores entrevistados en la primera fase y con ello emitir perfiles de riesgo además de generarse acciones de protección para este grupo de personas basadas en evidencia científica proveniente de personas adultas mayores mexicanas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Los adultos mayores en México. Edición 2005: 32-67.
2. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, serial on line 2007, citado 2012, octubre 31; disponible: <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/index.php?page=salud>
3. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico: Envejecimiento, serial on line 2012, citado 2012, octubre 31; disponible: http://www.spps.gob.mx/images/stories/SPPS/Docs/proy_prog/19._ae.pdf

4. Secretaría de Salud de Michoacán. Diario Oficial del Estado. Acuerdo por el que se crea el Comité Estatal de Atención al Envejecimiento de Michoacán. 2009, Octubre 6, N° 9, Tomo DLI:19-20.
5. Secretaria de Salud de Michoacán. Listas de asistencia del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento Michoacán. Fuente directa 2009-2012.
6. Secretaria de Salud de Michoacán. Definiciones operativas, descripción y significado del escudo del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento Michoacán. Fuente directa 2009-2012.
7. Secretaría de Salud. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. 1999, Agosto 12, N° 9, Tomo DLI:19-20.
8. Grupo Constitucionalista. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, serial on line 2012, citado 2012, octubre 31; disponible: http://www.normateca.gob.mx/Archivos/50_D_2390_06-05-2010.pdf
9. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud, serial on line 2012, citado 2012, octubre 31; disponible: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
10. Lozano D.M.E. Calleja O.J.A., Osio F.Y., Mena L.R. Perspectiva Presente y Futura del Envejecimiento Poblacional en México: La Óptica del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (Conaen) a 10 años de sus funciones, problemas y soluciones. Diab. Hoy 2009. X (4):2273-2285.
11. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Plan de Acción Internacional de Viena Sobre el Envejecimiento, serial on line 2012, citado 2012, octubre 31; disponible: <http://www.imswersomayores.csic.es/documentos/documentos/asamblea-planviena-01.pdf>
12. Secretaria de Salud de Michoacán. Ideario del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento Michoacán.. Fuente directa 2009-2012.
13. Secretaria de Salud de Michoacán. Minutas del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento Michoacán. Fuente directa 2009-2012.
14. Secretaria de Salud de Michoacán. Programa Anual de Actividades del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento Michoacán. Fuente directa 2009-2012.
15. Secretaria de Salud de Michoacán. Funciograma y organigrama del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento Michoacán. Fuente directa 2009-2012.
16. Palloni A. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Protocolo del Estudio Multicéntrico, Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en America Latina y el Caribe. Washington D.C. (EUA), abril 1999.p.1-47.

4. El Papel de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo ante el Fenómeno del Envejecimiento Poblacional del Estado de Michoacán

Es dueña de una larga tradición como institución de educación superior y figura clave en la enseñanza e investigación de Michoacán de Ocampo. Desde su fundación, el 15 de octubre de 1917 y hasta la actualidad, se ha destacado por sus logros en múltiples disciplinas del conocimiento.

Sus antecedentes históricos se remontan a 1540, año en que Don Vasco de Quiroga fundara en la ciudad de Pátzcuaro el Colegio de San Nicolás Obispo; gracias a sus negociaciones, Carlos I de España expidió una Cédula Real el 10. de mayo de 1543, en la que aceptaba asumir el patronazgo del colegio, con lo que a partir de esa fecha pasaba a ser el Real Colegio de San Nicolás Obispo.

En 1580 con el cambio de la residencia episcopal de Pátzcuaro a Valladolid, San Nicolás también fue trasladado fusionado al Colegio de San Miguel Guayangareo. El 17 de octubre de 1601, Fray Domingo de Ulloa recibió la bula de Clemente VIII, que ordenaba establecer un Seminario Conciliar aprovechando la infraestructura de San Nicolás.

A finales del siglo XVII el Colegio de San Nicolás sufrió una profunda reforma en su reglamento y constituciones, que sirvió de base para la modificación al plan de estudios de principios del siglo XVIII, en el que entre otras cosas se incluyeron las asignaturas de Filosofía, Teología Escolástica y Moral. Un Real Decreto del 23 de noviembre de 1797, concedió a San Nicolás el privilegio de incorporar las cátedras de Derecho Civil y Derecho Canónico a su estructura.

Al comenzar el siglo XIX, las consecuencias del movimiento de independencia encabezado por un selecto grupo de maestros y alumnos nicolaitas, entre los que se ubican Miguel Hidalgo y Costilla, José Ma. Morelos, José Sixto Verduzco, José Ma. Izazaga e Ignacio López Rayón, llevaron al gobierno virreinal a clausurarlo.

Una vez consumada la Independencia de México, las medidas tendientes a la reapertura del plantel se iniciaron durante la década de los años veinte, tras una larga y penosa negociación entre la Iglesia y el Estado, el Cabildo Eclesiástico cedió, el 21 de octubre de 1845, a la Junta Subdirectora de Estudios de Michoacán el Patronato del plantel.

Con esta base legal, el gobernador Melchor Ocampo procedió a su reapertura el 17 de enero de 1847, dándole el nombre de Primitivo y Nacional Colegio de San Nicolás de Hidalgo, con ello se inició una nueva etapa en la vida de la institución.

Al triunfo de la Revolución Mexicana, cuando a escasos días de tomar posesión del gobierno de Michoacán, el ingeniero Pascual Ortiz Rubio tomó la iniciativa en sus manos, logrando establecer la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo el 15 de octubre de 1917, formada con el Colegio de San Nicolás de Hidalgo, las Escuelas de Artes y Oficios, la Industrial y Comercial para Señoritas, Superior de Comercio y Administración, Normal para profesores, Normal para profesoras, Medicina y Jurisprudencia, además de la Biblioteca Pública, el Museo Michoacano, el de la Independencia y el Observatorio Meteorológico del estado.¹

La Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo un Agente del Cambio

Los cambios de la demografía actual, han dado lugar a un cambio vertiginoso en las estructuras sociales y forma de vida en el pueblo de México, cada día nos enfrentamos a una sociedad envejecida con necesidades particulares que subsanar en el corto y mediano plazo.

Es preocupación perenne de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo contribuir con el desarrollo de la sociedad que le da alojo y a la cual dicha institución educativa debe su razón de ser y cuya misión a la letra dice: “Contribuir al desarrollo social, económico, político, científico, tecnológico, artístico y cultural de Michoacán, de México y del mundo, formando seres humanos íntegros, competentes y con liderazgo que generen cambios en su entorno, guiados por los valores éticos de nuestra Universidad, mediante programas educativos pertinentes y de calidad; realizando investigación vinculada a las necesidades sociales, que impulse el avance científico, tecnológico y la creación artística; estableciendo actividades que rescaten, conserven, acrecienten y divulguen los valores universales, las prácticas democráticas y el desarrollo sustentable a través de la difusión y extensión universitaria”.²

La misión de nuestra casa de estudios dueña y seguidora del humanismo de Don Vasco de Quiroga hacia los más desprotegidos, dados los evidentes cambios demográficos actuales, ha desarrollado desde hace tiempo la preocupación por las personas adultas mayores de nuestro estado y por ello, basada en el rigor y la evidencia científica, sabiendo de la existencia del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento en nuestro país y el potencial beneficio que aporta la información derivada de este estudio a la población de adultos mayores michoacanos, acepta la invitación por parte del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento de Michoacán (COESAEN Michoacán), para participar como asesor técnico en la realización de la encuesta.³

La Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo como una institución encargada tanto de la preparación de recursos humanos de alta calidad y diversas disciplinas del conocimiento así como una entidad generadora de conocimiento vio en el Proyecto-Encuesta SABE Michoacán la herramienta ideal para generar el perfil epidemiológico y socio demográfico del envejecimiento poblacional de Michoacán y con ello, coadyuvar en el diseño de “programas educativos pertinentes y de calidad; realizando investigación vinculada a las necesidades sociales”, como bien lo marca la misión de nuestra institución educativa, en este caso, en materia de envejecimiento.



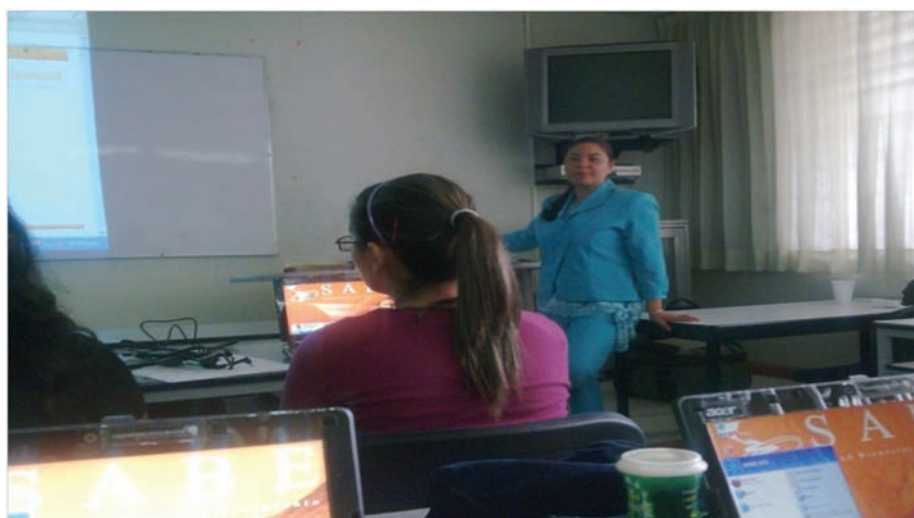
Don Vasco de Quiroga modelos de conocimiento y humanismo

Debido a que la investigación en envejecimiento poblacional en nuestro país es una materia incipiente, SABE se considera una de la investigaciones de campo pionera en su género, por ello toma importancia capital para el beneficio de las personas adultas mayores de nuestro estado.

Ahora bien, dada la gran cantidad de información que aportará SABE sobre la salud y forma de vida de los adultos mayores, la universidad juega un papel importante tanto en el diseño de la muestra, la generación de la información, así como en el análisis de la misma. Por otro lado, en la fase de campo del Proyecto-Encuesta SABE Michoacán, jugó un papel importante el grupo de encuestadores de la Escuela de Enfermería y Salud Pública pertenecientes a la licenciatura de Salud Pública de nuestra casa de estudios, ya que gracias a la identificación y humanismo de nuestros y nuestras alumnas con las personas adultas mayores, se logró la obtención de los datos con profesionalismo, calidad y calidez.⁴



En el Proyecto-Encuesta SABE Michoacán, la realización de las entrevistas a los adultos mayores así como el llenado de los cuestionarios estuvo a cargo de los y las alumnas de enfermería de la Escuela de Enfermería y Salud Pública de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.



Alumnos de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo en el Curso de Capacitación para Encuestadores del Proyecto-Encuesta SABE Michoacán impartido por el Programa Nacional de Atención al Envejecimiento del CENAPRECE, Secretaría de Salud.

Una vez con la obtención del cuerpo de conocimientos aportados por la base de datos de SABE Michoacán es posible utilizar la información disponible en:

- Publicación de trabajos de tesis de los alumnos de las diversas carreras que se relacionan con el envejecimiento
- La creación de programas de estudio para todas las carreras con un enfoque en las necesidades de los adultos mayores.
- Crear nuevas carreras técnicas y licenciaturas que coadyuven a la atención de las personas mayores de 60 años
- Ofertar cursos de diplomación, maestría, doctorado y especialización con enfoque en las necesidades de los adultos mayores.
- Homologar los criterios para la atención temprana y oportuna de los adultos mayores michoacanos conociendo el perfil epidemiológico predominante en nuestra entidad federativa
- Realizar intercambios académicos con otras instituciones de educación superior en materia de envejecimiento
- Coadyuvar a la desmitificación del envejecimiento

Con las acciones anteriores es posible conseguir una mejor vejez para los adultos mayores hoy y mañana.

Una propuesta para lograr la vinculación y extensión universitaria se vierte en el siguiente diagrama donde se observa que la información derivada de SABE Michoacán, sirve de base para la generación de líneas de investigación así como de programas de intervención en materia de personas adultas mayores. Posterior al desarrollo de proyectos de investigación o la realización de programas de acción específicos se llega a la operación de los mismos, el resultado de la operación da lugar a nuevos datos e información que se suma a los aportados por SABE, incrementando el cuerpo de conocimientos sobre las personas adultas mayores y su forma de vida, dando lugar a un nuevo análisis y nuevos resultados, los cuales permiten en un primer momento brindan beneficios a la población blanco así como también a lograr una vinculación entre la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y otras instituciones ya sean educativas o no. Uno de los resultados más importantes al respecto es el logro de la extensión universitaria.⁵



La realización del Proyecto-Encuesta SABE Michoacán permitirá la vinculación y extensión universitaria permitiendo el intercambio académico entre la Universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo y diversas instituciones tanto nacionales como internacionales en su papel de institución generadora de conocimiento.

Por lo revisado en el presente capítulo se considera que la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo ha jugado un papel importante en el desarrollo de la Encuesta SABE apoyándose en las acciones de la Secretaría de Salud de Michoacán y en el liderazgo del Programa Nacional de Atención al Envejecimiento del Centro Nacional de Programas Preventivos de la Secretaría de Salud Federal. Es por ello que con toda seguridad nuestra universidad participará en el seguimiento de este magno estudio, además de participar en las acciones e investigaciones satelitales derivadas del mismo con el firme propósito de coadyuvar en la mejora de la calidad de vida del adulto mayor michoacano.

Bibliografía

1. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Historia, serial on line 2012, citado 2012, noviembre 6; disponible: <http://www.umich.mx/historia.html>
2. Facultad de Ingeniería Eléctrica. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Misión y Visión, serial on line 2012, citado 2012, noviembre 6; disponible: <http://www.fie.umich.mx/mod/resource/view.php?id=61>
3. Palloni A. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Protocolo del Estudio Multicéntrico, Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en America Latina y el Caribe. Washington D.C. (EUA), abril 1999.p.1-47.
4. Secretaria de Salud de Michoacán. Reporte Diario de Actividades del Proyecto-Encuesta SABE Michoacán. Fuente directa 2010-2011.
5. Secretaria de Salud, Programa Nacional de Atención al Envejecimiento, Conaen. Resultados de la Encuesta, Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE Yucatán). Pub Sec Sal 2008:33-46.



Todo esto y más
es mi abuelo

5. Etapas del Desarrollo Operativo de la Encuesta SABE y las modificaciones específicas por entidad federativa

La realización del Proyecto-Encuesta SABE Michoacán ha contado con la participación de muchos actores que han aportado su entusiasmo e intelecto a lo largo del desarrollo del estudio.

Como es conocido, cada uno de estos actores, ha participado en una o varias de las etapas del Proyecto SABE las cuales recordamos a continuación:

- Planeación
- Instrumentación
- Organización
- Pilotaje
- Levantamiento
- Captura y validación de datos
- Presentación y análisis de resultados
- Difusión¹

En el presente capítulo se tocará el tema de la etapa operativa del Proyecto-Encuesta SABE Michoacán, dicho en otras palabras, se abordará lo referente a la realización de la encuesta.

De acuerdo con su definición básica, una encuesta es una técnica de investigación de campo, caracterizada por el llenado de instrumentos de recolección de datos que contienen preguntas y pruebas prediseñadas y normalizadas dirigidos a una muestra representativa de una población determinada, en este caso, las personas adultas mayores, residentes habituales del Estado de Michoacán y con una edad igual o mayor a 60 años.² Estas dos últimas características son criterios estandarizados de SABE México.

Ahora bien, no obstante que en las demás etapas de SABE se ha generado experiencia en el desarrollo de cada una de ellas, es en la etapa de levantamiento de la encuesta donde ha habido la mayor serie de cambios y adaptaciones a los tiempos actuales sobre la manera de realizar SABE, respetando la metodología original.³

Es importante mencionar, que no obstante que existe un protocolo con una gran rigurosidad científica para la realización de SABE, también es prudente comentar que por diversos motivos se ha tenido que adaptar el proceso de la encuesta tanto a los tiempos y avances tecnológicos con los que se cuenta al momento de realizarse, como con la problemática que surge del entorno o que es inherente a la realización de SABE.



El Proyecto-Encuesta SABE Michoacán permitirá conocer más a fondo la forma de vida de las personas adultas mayores en la entidad.

La realización de un estudio multicéntrico, clínico-epidemiológico de las características de SABE siempre esta sometido tanto a las necesidades económicas propias del proyecto, a los embates meteorológicos, la inseguridad y demás factores que influyen en la manera en que se lleve a buen fin. En este capítulo se plasma aquella problemática encontrada durante la realización de la Encuesta en Michoacán y como el grupo de trabajo elaboró las estrategias correspondientes para su resolución.

SABE Michoacán... un llamado a la confianza

Es conocido por aquellas personas que habitan en México, que desde hace años se considera al Estado de Michoacán de Ocampo como un territorio que adolece de paz social. Por dicha razón, la realización de un estudio como SABE se torna más difícil debido que al ser un estudio de campo basado en entrevistas directas a la población de adultos mayores es necesario acudir a sus domicilios para llevar a cabo tales entrevistas, además de solicitarles datos personales, que en una buena cantidad de casos no están dispuestos a otorgar, en caso de que accedan a contestar el cuestionario que se les aplica.⁴

Dudas frecuentes en la población son:

- ¿Para que le tengo que dar mis datos?
- ¿Quién va a ver esta información?

- ¿Por qué no le preguntan al vecino de al lado?
- ¿Qué me dan si le respondo a sus preguntas?
- ¿De que partido político son?
- ¿A que me arriesgo dándole la información?
- ¿Sobre que tratan las preguntas?
- ¿Pagan por responder las preguntas?
- ¿Cómo se que no van a utilizar la información para hacerme daño a mi o a mi familia?

Estas y otras preguntas hicieron más difícil el ingreso de los encuestadores a los hogares de las personas adultas mayores, lo que ocasionó que el equipo SABE Estatal se reuniera para establecer una serie de estrategias de penetración para lograr la confianza de los adultos mayores y sus familiares.

Además de la plena identificación de los encuestadores por medio del uniforme de campo (gorra, casaca, mochila), la papelería y computadoras portaban los escudos y firmas correspondientes de la instituciones coordinadoras (Secretaría de Salud Federal, Estatal) y por supuesto el logo de SABE que aparece en la siguiente imagen.⁵



Escudo del Proyecto-Encuesta SABE utilizado a nivel nacional que sirvió para identificar materiales, uniformes y equipo de cómputo de los encuestadores y supervisores participantes.

En las siguientes imágenes se puede observar el uniforme de los encuestadores con el logo de SABE así como las computadoras una imagen más adelante, lo que ganó en mucho la confianza del grupo de las personas entrevistadas.⁵

El buen trato, claridad en la elaboración de las preguntas, cordialidad, seriedad y dominio del cuestionario SABE fueron fortalezas clave para que los adultos mayores accedieran a la realización de las entrevistas. Por otro lado, la presencia de los supervisores identificados con credenciales y documentos oficiales permitió generar un ambiente de tranquilidad para la población objetivo del estudio.



Alumnos de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo durante el desarrollo de la Encuesta SABE Michoacán donde se aprecia en la casaca el escudo SABE.

Ya que esta estrategia aparece en el “manual del Entrevistador” (documento base para realizar SABE) se procedió a reforzar la confianza del adulto mayor michoacano por medio de dar a conocer la encuesta, iniciándose por lo más sencillo como poner mantas en sitios estratégicos adonde acuden los adultos mayores y sus familias, sobre todo en lugares con permiso de las instituciones que integran el Comité Estatal de Atención al Envejecimiento de Michoacán (Véase capítulo correspondiente)⁶

En la siguiente imagen se observa el mensaje principal además de los escudos de las instituciones que integran en COESAEN Michoacán y que además apoyaron el desarrollo de la encuesta. Se identifican en la manta los escudos de la Secretaría de Salud Michoacán, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, la Secretaría de la Defensa Nacional, la Secretaría de Desarrollo Social, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, El Instituto para el Desarrollo Integral de la Familia, el Instituto de Geriátría y Gerontología Tata Kerhi, la Coordinación para la Planeación del Desarrollo, el Colegio de Médicos de Michoacán, A.C. y la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.⁷



Mantas que se imprimieron en gran formato para dar a conocer la realización del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento en Michoacán. Como puede observarse, la participación fue interinstitucional encabezada por la Secretaría de Salud de Michoacán y el Comité Estatal de Atención al Envejecimiento de Michoacán (COESAEN Michoacán)

Una vez llevada a cabo la colocación de las mantas se recurrió al desarrollo de perifoneo a través de las calles de Morelia donde se llevó a cabo la encuesta, por otro lado los medios masivos de comunicación, también fueron parte fundamental como estrategia de penetración para que los encuestadores pudieran llevar a cabo con mayor facilidad las entrevistas. En la siguiente imagen se puede notar que los medios impresos participaron en la campaña para la difusión de la encuesta entre la población de Morelia, Michoacán.⁵



En la presente nota periodística de un reconocido diario local cuyo título fue “Arranca encuesta a adultos mayores” se puede observar que se brindaron datos sobre la confiabilidad de los resultados y el tiempo estimado para su realización.

La televisión realizó entrevistas al respecto lo que llevó la noticia a un gran número de hogares en poco tiempo dándole mucha formalidad al desarrollo de la encuesta.⁸ En la siguiente imagen se puede apreciar al equipo periodístico que cubrió la nota.⁵



En SABE Michoacán la participación de los medios masivos de comunicación jugaron un papel decisivo para la aceptación del grupo de campo del Proyecto-Encuesta SABE. En la imagen aparece el equipo periodístico de TV Azteca.

Además del uso de mantas, perifoneo, medios impresos y televisión, el Proyecto-Encuesta SABE Michoacán se difundió a través del ciberespacio abarcando mayores alcances para el desarrollo de la encuesta. Ver la imagen siguiente.^{9, 10, 11}



Esta imagen habla acerca de la realización de la Encuesta SABE Michoacán y sus avances que al 4 de agosto del 2010 que constituía 30% del total de entrevistas a realizarse, además de dar a conocer la participación de los alumnos sobresalientes de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo en la misma. También se referencia la participación de la Secretaría de Salud Federal en la impartición del curso de capacitación para los encuestadores elegidos, esto según el Cambio de Michoacán, Diario de la Sociedad Editora de Michoacán, S.A. de C.V.

Con la problemática vivida en SABE Michoacán se adquirió una experiencia invaluable sobre el manejo de encuestas de campo, donde además de los problemas de logística inherentes al desarrollo del estudio, la desconfianza generada por un clima de inseguridad estuvo presente. De manera afortunada dicha problemática se pudo resolver gracias al trabajo de un grupo multidisciplinario de personas conocedoras del proyecto y de la participación coordinada de los medios masivos de comunicación. Por otra parte, la amabilidad, profesionalismo y cordialidad de los encuestadores permitieron ganarse la confianza de las personas adultas mayores de Michoacán. Definitivamente que SABE Michoacán ha servido como modelo para resolver problemática similar en otras entidades federativas con buenos avances hasta la fecha.

BIBLIOGRAFIA

1. Secretaria de Salud, Programa Nacional de Atención al Envejecimiento, Conaen. Resultados de la Encuesta, Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE Yucatán). Pub Sec Sal 2008:33-46.
2. Johnson R., Kuby P. Estadística Elemental, lo Esencial. 3ra edición, International Thompson Editores S.A. de C.V., 1999.
3. Lozano D.M.E., Calleja O.J.A., Investigación Clínico Epidemiológica en Envejecimiento: Metodología del Proyecto-Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en México. Revo Soc Peru Med Interna, 2011; Vol 24 (4) pp:186-196.
4. Palloni A. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Protocolo del Estudio Multicéntrico, Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en America Latina y el Caribe. Washington D.C. (EUA), abril 1999.p.1-47.
5. Secretaria de Salud, Programa Nacional de Atención al Envejecimiento. Memoria gráfica del Proyecto Encuesta SABE en el Estado de Michoacán 2010-2012. Fuente directa.
6. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Manual del entrevistador. Pub Sec Sal 2006:1-92.
7. Secretaria de Salud de Michoacán. Memorias gráficas del Programa Estatal de Atención al Envejecimiento. Fuente directa 2000-2012.
8. CB Televisión, serial on line, citado 2012; disponible: <http://www.cbtelevision.com.mx/noticia/aplicarn-en-morelia-encuesta--sabe->
9. El Cambio de Michoacán, Periodismo de Evolución. Avanza la Aplicación de la Encuesta SABE en Morelia, serial on line 2012, citado 2012, noviembre 12; disponible: <http://www.cambiodemichoacan.com.mx/vernota.php?id=1417896>
10. El Cambio de Michoacán, Periodismo de Evolución. A Partir del Lunes Aplicarán Encuesta SABE en Colonias de Morelia, serial on line 2012, citado 2012, noviembre 12; disponible: <http://www.cambiodemichoacan.com.mx/vernota.php?id=141739>
11. Ultra Noticias Michoacán. La Red Nacional de Noticias Locales, serial on line 2012, citado 2012, noviembre 12; disponible: <http://www.ultra.com.mx/noticias/michoacan/Local/14519-en-morelia-aplicaran-sabe.html>

DESAPARECIDOS

OLVIDADOS EN SUS HOGARES



TOMALOS EN CUENTA, ELLOS TAMBIEN

SON TU

FAMILIA

UNIVERSIDAD DEL
VALLE DE MEXICO
Laboratorio Interdisciplinario de Investigación



Rectoría
Institucional **DIIT**



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

6. Diagnóstico Situacional del Envejecimiento Poblacional en el Estado de Michoacán



Michoacán del purépecha Michhuahcán (lugar de pescadores), se localiza al suroeste de la región centro de México, con gran riqueza ecológica de tipo volcánico, gracias a la Sierra Madre del Sur, su capital Morelia, fue fundada en 1541 por el Virrey Don Antonio de Mendoza con el nombre original de "Ciudad de Mechuacán", el cuál cambió a Valladolid en 1545 y desde 1828 el tres veces Gobernador del Estado Melchor Ocampo (creador de la epístola que se lee cuando las personas contraen matrimonio civil), le cambia el nombre por el de Morelia en honor a Don José María Nepomuceno Morelos y Pavón, quien nació en la ciudad de Valladolid hoy Morelia¹ (Figura 1).

Figura 1



José María Morelos y Pavón, artífice de la segunda etapa del movimiento de independencia en México, nació, estudió y se graduó como sacerdote en el estado de Michoacán cuya capital, Morelia, debe su nombre al apellido de este prócer de nuestra historia. Foto, Dr. Juan Murillo del Castillo.

Geografía de la entidad

Michoacán tiene una extensión territorial de 59,864.29 km² y está conformado por 113 municipios, con una población de 4.303,775 habitantes (según el último censo del 12 Junio 2010 proporcionado por el INEGI), con tasa anual de crecimiento de 1.9%.

En la actualidad Michoacán ha sido llamado País de la Monarca, ya que cuenta con una reserva importante de bosques de pino y oyamel, muy propicios para la hibernación de la Mariposa Monarca, especie que viaja desde Canadá (4,000 km) para su apareamiento en este estado de la República Mexicana.

Michoacán cuenta también con una región costera de bellísimas playas entre las que se encuentran sitios tan importantes como el Puerto de Lázaro Cárdenas y Playa Azul, en estos se pueden encontrar una gran variedad de artesanías y platillos típicos de la región.

Colinda con los estados de México, Colima, Jalisco, Guanajuato, Querétaro, Guerrero y el Océano Pacífico, cuya influencia económica, social y cultural coadyuva a determinar, en gran medida la forma y calidad de vida de la población michoacana. A este respecto, el conglomerado de las personas de 60 años y más, ha mantenido un crecimiento demográfico constante² (Figura 2).

Figura 2. Mapa de la República Mexicana



Es precisamente, el grupo de las personas de 60 años y más uno de los mayores retos para las instituciones públicas y privadas del Estado de Michoacán y del país que atienden a este segmento poblacional.

Demografía y distribución de la población

El Estado de Michoacán, se divide en 10 regiones y 8 Jurisdicciones, las regiones en que se divide el estado se enuncian a continuación:

Bajío: Esta región está compartida con los estados de Jalisco, Querétaro y Guanajuato. Son Ciudades importantes del Estado de Michoacán ubicadas en esta región, La Piedad y Zamora. Dentro de su producción agrícola sobresalen productos como el sorgo, maíz, frijol, trigo, aguacate, durazno, lima, limón, guayaba y fresa correspondiendo al 88% de la cosecha en la superficie de cultivo. 34% de la población de Michoacán se dedica a actividades relacionadas con el Sector Primario situación análoga en la región del Bajío. También es importante su papel en la economía del estado en lo referente a la producción minera, destacando la explotación de minerales metálicos como fierro, cobre y plata.

Cuitzeo: Su nombre significa “lugar de tinajas”. Se caracteriza por tener un clima templado con lluvias en el verano. Tiene una precipitación pluvial anual de 906.2 mm y temperaturas que oscilan entre 10.2 a 27.5° C se cuenta

dentro de sus principales sectores económicos a la agricultura con producción de alfalfa, sorgo, frijol, y garbanzo. Los ganados bovino, porcino, caprino caballar, mular y avícola son propios de esta región. La producción maderera es a expensas del pino, mientras que dentro de su actividad económica también se encuentra la elaboración de productos textiles, prendas de vestir así como la elaboración de alimentos dentro de los que destacan los nacatamales, agua miel, pulque, mole de guajolote, corundas, tamales, uchepos, tortillas de maíz pintadas de colores vegetales, grano en dulce, esquites, calabaza en dulce, mezquites cocidos con piloncillo, la charamusca con atole blanco, atole negro o de “chaqueta” y los elotes cocidos y asados.

Centros Turísticos: El municipio cuenta con varios monumentos históricos de interés turístico además de contar con una zona arqueológica en la rivera del lago de Cuitzeo.

Centro: Recibe este nombre debido a que en ella se encuentra la Ciudad de Morelia, Capital del estado.

Las principales instituciones que ofrecen estudios superiores se ubican en Morelia entre las que destacan la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

La industria de la Ciudad de Morelia produce alimentos, prendas de vestir, productos de madera, corcho, hule, papel, plástico y metal.

El clima que prevalece en esta región es el templado con lluvias en verano además de las actividades agrícolas, ganaderas y forestales, los habitantes se dedican a la pesca y a la producción de artesanías por ejemplo, en Tzintzuntzan sus habitantes son agricultores que dependen de la temporada de lluvia, el resto del tiempo lo dedican a la producción de artesanías.

Puruándiro, Quiroga, Zinapécuaro, Pátzcuaro, Erongarícuaro, Santa Clara del Cobre, Cherán, Nahuatzen, Cuitzeo, Tarímbaro y Morelia producen gran cantidad de artesanías que son llevadas a muchos lugares de México y el mundo por los turistas que visitan tierras michoacanas.

Infiernillo: Económicamente se trata de una zona en marginación, con indicadores de desarrollo en niveles bajos y con un porcentaje importante de la población que depende de la extracción de los recursos que les provee el área. Los recursos naturales más importantes son los pesqueros y en segundo lugar los derivados de la caza.

En la región del Balsas correspondiente a tres municipios del Estado de Michoacán: La Huacana, Churumuco y Arteaga, la zona corresponde al tipo de vegetación conocido como bosque tropical caducifolio y subcaducifolio, bosque tropical seco o selva baja caducifolia, que representa el tipo de vegetación más ampliamente representado en México y que se encuentra en grave riesgo de perderse ya que una proporción alta de la superficie cubierta por esta vegetación en sus diferentes variantes (aprox. 27% según Dirzo y Trejo 2001), se ha destruido por cambio de uso de suelo (Rzedowski y Calderón 1987).

La zona de Infiernillo se localiza, entre tres regiones fisiográficas: la Cordillera Costera del Sur, la Depresión del Balsas-Tepalcatepec y las estribaciones sureñas del Eje Neovolcánico Transversal. La Cuenca del Balsas, tiene una superficie total de 112,320 Km², que abarca porciones de los estados de Tlaxcala, Puebla, Oaxaca, Guerrero, Edo. de México, Michoacán Jalisco y la totalidad del Estado de Morelos. En el Estado de Michoacán es la cuenca que abarca una mayor superficie con 34,293.79 Km² representando el 30.5% del total de la Cuenca y el 58.4 % del área del estado.

Esta cuenca en el Estado de Michoacán a su vez se subdivide en 6 subcuencas: 1. Tepalcatepec 2. Tepalcatepec-Infiernillo 3. Balsas-Infiernillo 4. Tacambaro 5. Cutzamala 6. Balsas-Zirandaro. La zona de estudio se localiza entre las subcuencas dos y tres.

En la zona se encuentran climas del grupo de los cálidos (A) y secos (B) en los que las diferencias en precipitación total, frecuencia y meses del año en que se presenta, así como la fluctuación en la temperatura, determinan pequeñas diferencias en las fórmulas climáticas.

La zona más seca corresponde al área más baja en la región de Infiernillo con sólo 500 mm de precipitación anual, casi la mitad de lo que llueve en la zona de La Huacana que tiene un poco más de 900 mm. El patrón de lluvias es marcadamente estacional y se concentra en los meses de junio a septiembre.

La temperatura es en general muy alta en esta zona de estudio, al presentarse valores de más de 28°C como promedio mensual (excepto el dato de Arteaga que corresponde a una parte alta de la sierra). El comportamiento climático puede generalizarse para la región y establecer diferencias en los niveles micro climáticos los cuales constituyen un factor importante para la sobrevivencia de comunidades vegetales y animales en condiciones muy específicas.

La región de la desembocadura del Balsas, se caracteriza por la presencia de especies de origen marino que remontan el cauce del río como son: *Atherinella guatemalensis* y *Lile gracilis*. En la región Balseana también han sido introducidas numerosas especies como las carpas de origen Asiático, cíclidos de origen africano y salmónidos como la “trucha arcoiris” e inclusive especies endémicas de la cuenca del Lerma como es la “acúmara” (*Algansea lacustris*) y el “pescado blanco” (*Chirostoma* Reserva de la Biosfera Zicuirán-Infiernillo). Al igual que en otras zonas, no se ha evaluado el impacto al medio que causan estas introducciones.

Michoacán, es un Estado con importantes riquezas naturales en materia de agua, sin embargo, el uso y el aprovechamiento de los recursos se ha visto disminuido debido a los impactos por contaminación química, resultante de las descargas de aguas residuales vertidas a los ecosistemas acuáticos; los impactos físicos derivados de las modificaciones a las riberas, que han disminuido la protección vegetal, los procesos de canalización de los cauces y la construcción de obras como puentes y vados dentro del área de inundación así como obras para derivar o retener agua con fines de riego o abastecimiento.

En arácnidos hay algunas especies muy reconocidas como las tarántulas, las viudas negras, las de jardín, las saltadoras o las arañas patonas. Todas poseen veneno el cual usan para conseguir alimento y defenderse.

Su importancia es fundamentalmente médica, ya que a pesar de que es común el veneno, sólo unas cuantas especies son peligrosas para el hombre, en niveles que ponen en riesgo la vida de la persona que sufre una mordedura. Es conocido el peligro que representa el veneno de las arañas capulinas o “viudas negras” otra especie de potencial peligro es la de los alacranes, cuya importancia médica es muy alta, representando uno de los problemas de salud pública más importante de la región, sobre todo para la población infantil.

En cuanto a población urbana y rural la subregión mantiene una importante presencia rural ya que en 1950 el estado de Michoacán tenía un 67.8% de localidades con menos de 2,500 habitantes, el Bajo Balsas contaba con un 100% y en 1980 mientras el estado ya era predominantemente urbano al tener un 52.12% de población viviendo en localidades con más de 2,500 habitantes en la subregión había un 80.14% de población rural. A pesar de que

continuó la tendencia hacia la urbanización poblacional las subregión en 2000 contaba con un 60% de población rural y el Estado en su conjunto con apenas un 34.6%

Lerma Chapala: Comprende 17 municipios divididos tanto en áreas urbanas (75%) como rurales (25%). Cuenta con una creciente feminización de mano de obra. Su actividad económica predominante es la agricultura con productos como maíz, sorgo cebolla, alfalfa y jitomate. Un problema importante de esta región es el agotamiento paulatino de los recursos hídricos, lo que ocasiona falta de diversificación de productos agrícolas.

Oriente: Es la segunda región en extensión de la entidad, está limitada por los estados de Guanajuato, Querétaro y México así como por las regiones Centro y Tierra Caliente, es dueña de un clima templado frío sobre todo en el área boscosa, fuente de recursos maderables como no maderables, tales como la resina además de que proporciona áreas de esparcimiento y zonas de reserva ecológica como las de “Los Azufres” e hibernación de la “Mariposa Monarca” respectivamente. Los climas que se presentan en esta región son el templado con lluvias en verano, el templado con lluvias todo el año y el cálido con lluvias en verano. La vegetación regional esta representada por pino, oyamel, encino, cedro, aile, ziranda, ceyba, cirian y mango.

La fauna que predomina se forma con conejo, ardillas comadreas, cacomiztle, zorrillo, tejón, pato, liebre, coyote, gato montés y armadillo. En los meses de noviembre y diciembre llegan las mariposas monarca desde Canadá y permanecen hasta el mes de marzo en la reserva ecológica que recibe el nombre de Santuario de la Mariposa Monarca. Este se ubica en los municipios de Ocampo, Angangueo, Zitácuaro y Contepec; fue creado para evitar que las mariposas monarcas desaparezcan de los paisajes michoacanos.

Pátzcuaro: En la antigüedad, los indígenas que habitaban esta región se llamaban a sí mismos purépechas, también conocidos como tarascos. Pátzcuaro se encuentra categorizado por la Secretaría de Turismo como uno de los Pueblos Mágicos de México.

El municipio de Pátzcuaro se encuentra en el centro de la llamada Meseta Purépecha y del Eje Neovolcánico, que forma su principal sistema de relieve, este se localiza principalmente en el sur del municipio, donde se encuentran las principales elevaciones como los cerros de: Colorado, el El Frijol, el Burro y en la zona sureste la Nieve que es la mayor elevación del municipio alcanzando los 3,440 metros sobre el nivel del mar que lo convierten también en el cuarto más elevado del estado de Michoacán.

El principal cuerpo de agua del municipio, es el Lago de Pátzcuaro, que se localiza en su extremo norte y es compartido con los municipios de Tzintzuntzan y Erongarícuaro, existen además pequeñas corrientes superficiales como el Arroyo el Chorrillo y varios manantiales, todas estas corrientes desaguan en el Lago de Pátzcuaro.

Hidrológica, la mayor parte del territorio municipal pertenece a la Cuenca Lago de Pátzcuaro-Cuitzeo y Lago de Yuriria de la Región hidrológica Lerma-Santiago, con excepción de todo su extremo sur, pues la serranía que marca esta zona la divide de vertiente, formando el extremo sureste del municipio parte de la Cuenca del río Tacámbaro y el resto del sur de la Cuenca del río Tepalcatepec-Infiernillo, ambas de la Región hidrológica Balsas.

Todo el territorio de Pátzcuaro, registra un clima templado subhúmedo con lluvias en verano, con excepción de un pequeño sector en el extremo sureste en que el clima es clasificado como semifrío subhúmedo con lluvias en verano; la temperatura media anual registrada en el zona sur y sureste del municipio, la más elevada, es de 12 a 16 °C, mientras que en el resto del territorio es de 16 a 24 °C; y la precipitación promedio anual es de 1,000 a 1,200 mm.

La mayor parte del territorio de Pátzcuaro, está cubierto por bosques, sobre todo en los terrenos más elevados, sin embargo, gran parte de las zonas planas y bajas ha sido dedicadas a la agricultura, existiendo también pequeñas zonas de pastizal, las principales especies vegetales que se encuentran son pino, encino, cedro, oyamel y junípero, y los principales representantes de la fauna están ardilla, cacomixtle, coyote, liebre, armadillo, tórtola, cerceta, pato, aguililla, chachalaca y achoque.

Las temperaturas diarias promedio oscilan entre los 21 y 24 °C, la mayoría de los días son despejados y soleados. Las tierras altas michoacanas cuentan con una temporada de lluvias y una temporada seca. Durante los meses lluviosos del verano (de junio a agosto), mayormente los días son soleados con tormentas eléctricas y lluvias fuertes durante algunas tardes y noches. En invierno puede llegar a hacer frío por las noches, sin embargo todos los días son cálidos y llenos de luz solar.

Sierra-Costa: La región costa de mich esta formada por los municipios de Aquila, Arteaga, etc.

Tepalcatepec: Su relieve está constituido por la sierra madre del sur, la depresión de Tepalcatepec y los cerros de mayor relevancia son: Cabeza de Vaca, la Chuta, la Cocina y la Romera. Los ríos de mayor importancia son: Tepalcatepec, las Mesas, Pinolapa, Colomotitán y los Otates.

Su clima es tropical, seco estepario y algunas partes árido muy árido dando aspecto desértico. Las temperaturas mínimas van desde 18 °C en invierno, de 25 a 41 °C en verano como máximas; en Tepalcatepec se han registrado temperaturas extremas superiores a 50°C convirtiendo a Tepalcatepec como una de las más cálidas de Michoacán y de México con temperatura promedio de 28.9°C.

Si bien, en la mayor parte del municipio es posible el cultivo bajo condiciones de temporal debido a lo irregular de las precipitaciones y de la presencia de la canícula, éstos año con año están sujetos a distintos grados de siniestros dependiendo de la condición climática.

La precipitación es muy irregular teniendo de 300 mm a 600mm y con frecuencia se presenta la canícula o sequía intraestival a finales de junio o durante el mes de agosto con una duración de 15-25 días y en ocasiones hasta 30 días.

La humedad de Tepalcatepec es muy baja casi todo el año, mínima (8%) máxima (40%), excepto en temporada de lluvias en el cual se puede apreciar la sensación del aire húmedo (50%), pero la mayor parte del año el aire de Tepalcatepec es muy caliente y seco.

Flora: Mezquites, cueramo, huizache, cutaz, cuirindal, cacamicua, parota, tepeguaje, ceiba, tepemesquite, palma, cactus. Fauna: venado cola blanca, zorro, armadillo, conejo, coyote, águila, cuervo, gavilán, codorniz, perico, urraca, víbora de cascabel, cuinique, alacrán, tejón, iguana, cuija, etcétera.

Tierra Caliente: El nombre de la región se debe a los tipos de clima que en ella predominan, clima cálido con lluvias escasas durante el año.

La temperatura que comúnmente se encuentra en la región es de 25°C en invierno y de 32°C en verano.

La vegetación está representada por parota, tepehuaje, cueramo, ceyba, huizache, teteche, encino, cactus y tepmezquite. La fauna está representada por: el venado, coyote, conejo, zorro, zorrillo, tejón, cuervo, águila, gavilán, perico, hurraca, carpa, mojarra y pez bagre.

La cabecera municipal es Carácuaro de Morelos, se denomina así en honor del insurgente José María Morelos y Pavón, quien ofició como sacerdote del lugar. En la casa donde vivió se encuentra un museo y una biblioteca.

Su clima se caracteriza por ser frío, son comunes las heladas en esta parte de Michoacán, con excepción de la región de la costa y la parte más baja de la tierra caliente en la cuenca del balsas a Tepalcatepec. La intensidad de las heladas va disminuyendo a medida que el clima templado se va convirtiendo en cálido.

Precipitación pluvial: varían de 600-1,600 mm anuales, registrándose los valores más bajos hacia la tierra caliente. Particularmente en las áreas de menor altitud como por ejemplo, Infiernillo y Churumuco (en donde se han llegado a registrar valores inferiores a 600 mm anuales) en el resto de la región y en la costa predominan valores de 600-800 mm.

En la región de los Valles y Ciénegas del norte son comunes valores de 600-800 mm en las porciones más al norte y de 900-1000 en las áreas mas al sur de tal región. En la región de la Sierra-Centro predominan las isoyectas de 1000-1200 mm, a altitudes medias de 1200-1400 hacia las porciones de mayor altitud, en la región de la sierra de Coalcomán se presenta una situación similar. El área de mayor precipitación en el estado (1500-1600 mm) corresponde al segmento centro-oeste de la sierra del centro siendo la ciudad de Uruapan y sus alrededores la localidad de mayor precipitación registrada (aproximadamente 1651.7 mm anuales)

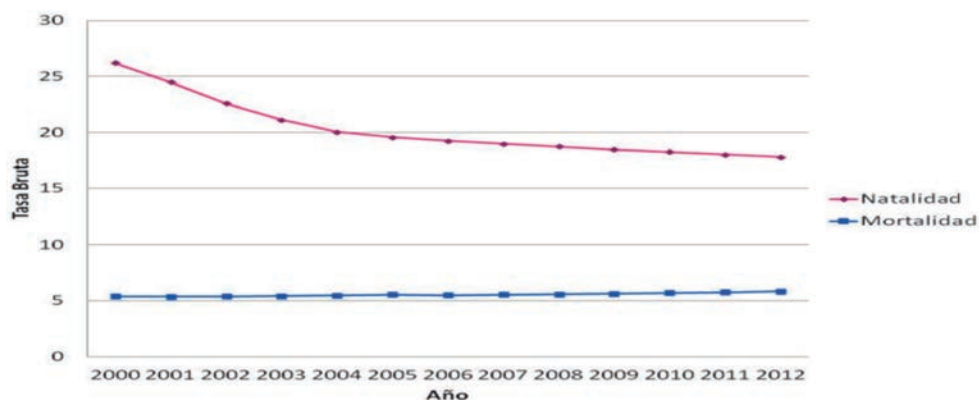
A diferencia de la temperatura y en cuanto a régimen se refiere, la época de lluvias está claramente demarcada y en general, enero es el mes de menor precipitación y julio el de mayor.³

Transición demográfica

Para los fines de SABE Michoacán y establecer el sujeto de estudio, se tomó como persona adulta mayor, aquella que cuenta con 60 años o más de edad, residente habitual, del Estado de Michoacán.

La transición demográfica que se ha experimentado en la entidad, se debe al paulatino descenso de la fecundidad y la mortalidad generales, sin olvidar que un fenómeno que seguramente ha contribuido al envejecimiento poblacional de la entidad sea la emigración de las personas jóvenes (Figura 3).

Figura 3. Natalidad y Mortalidad



En la figura se aprecia la paulatina pero sobretodo, sostenida disminución de la tasa bruta de natalidad en Michoacán 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.

Los factores anteriores, además del desarrollo tecnológico, científico y otros, han redundado en un incremento de la esperanza de vida del michoacano que hoy es de 75.36 años, teniéndose en la actualidad una esperanza de vida al nacer por género, para la mujer de Michoacán de 77.51 años y 73.21 para el hombre.

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, al igual que la esperanza de vida por género.⁴

En el Estado de Michoacán, como se comentó al principio de este capítulo, según el Censo de Población y Vivienda 2010, cuenta con una población total de 4,303,775 habitantes, de los cuáles 2,078,501 personas pertenecen al género masculino y 2,225,274 al femenino (48.29 y 51.71% respectivamente) porcentaje en cuanto a distribución de la población por género muy similar a las cifras nacionales (48.81% para el género masculino y 51.19% para el género femenino) (Figura 4).

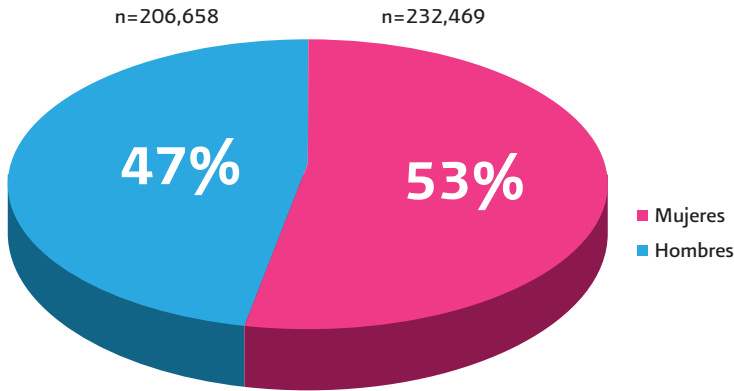
Figura 4. Distribución de la población

DESCRIPTOR	GÉNERO	
Nacional	Hombres	Mujeres
110, 991, 953	54, 183, 455 (48.81%)	56, 808, 498 (51.19%)
Estatad	Hombres	Mujeres
4, 303, 775	2, 078, 501 (48.29%)	2, 225, 274 (51.71%)
Estatad Adultos Mayores	Hombres	Mujeres
439, 127	206, 658 (47%)	232, 469 (53%)

Del total de la población estatal, 439, 127 son personas de 60 y mas años de edad, lo que constituye un 10.20% de dicha cifra. De forma similar al perfil de la distribución por género tanto nacional como estatal inde-

pendientemente de la edad, el grupo de personas adultas mayores presenta una tendencia hacia la feminización del envejecimiento poblacional, en la tabla anterior se puede observar que el 53% de las personas adultas mayores son mujeres y el 47% son hombres. (figura 5)

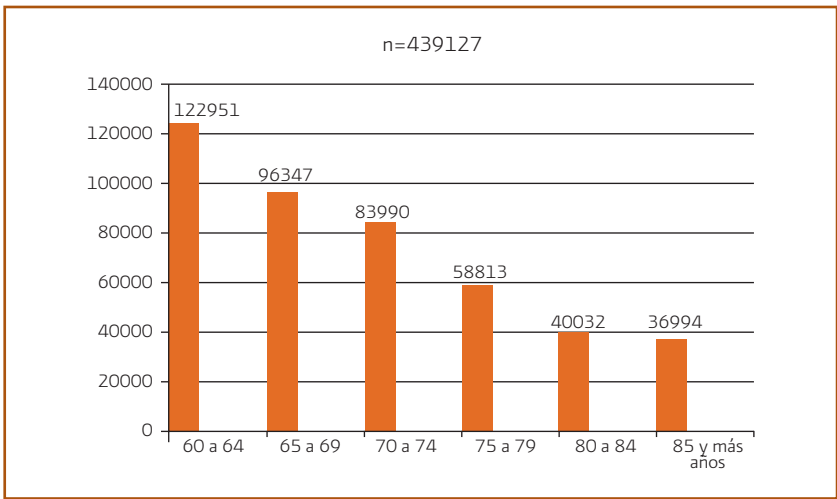
Figura 5. Distribución de la población de personas adultas mayores por género en el Estado de Michoacán



Se aprecia una relación hombre-mujer en las personas adultas mayores de 60 años muy similar a la descrita para los niveles nacional y estatal. Por otro lado, es patente la clara tendencia a la feminización del envejecimiento poblacional de la entidad.

Cuando se hace una revisión de la distribución de la población de personas adultas mayores de acuerdo a la edad, se tiene que en el Estado de Michoacán la mayoría de este grupo etario se encuentra en edades de entre 60 y 69 años, lo que de acuerdo a clasificaciones de índole geronto-geriátricas determinan que la mayor parte de las personas adultas mayores de la entidad sean consideradas como “jóvenes” (Ver gráfica). Sin embargo, aquellas personas consideradas como adultas mayores “medias” (las que rebasan los 70 años de edad), constituyen un aproximado 32.52% de los adultos mayores de Michoacán.(Figura 6).

Figura 6. Distribución de la población de personas adultas mayores por edad en el Estado de Michoacán



La población de adultos mayores en Michoacán, se encuentra en el grupo de entre 60 a 64 años y en el de entre 65 a 69 años, por lo que se consideran adultos mayores “jóvenes”.

Por otro lado, la composición etaria de la población de personas adultas mayores, tanto en números absolutos como en porcentajes permite vislumbrar que si bien, Michoacán tiene en su haber una gran cantidad de adultos mayores “jóvenes” también es cierto que una apreciable cantidad de personas mayores de 70 años son y serán merecedores de modelos de atención específicos para estos individuos de características especiales (Figura 7).

Figura 7. Composición de la población de personas adultas mayores en Michoacán en números absolutos y porcentajes

GRUPO ETARIO	NÚMEROS ABSOLUTOS	PORCENTAJE
De 60 a 64 años	122, 951	28.00%
De 65 a 69 años	96, 347	21.95%
De 70 a 74 años	83, 990	19.12%
De 75 a 79 años	58, 813	13.40%
De 80 a 84 años	40, 032	9.11%
De 85 y más años	36, 994	8.42%
Total Estatal	439, 127	100%

Población adulta mayor en Michoacán se considera aún joven sin embargo una cantidad importante de los adultos mayores de la entidad ingresarán en breve tiempo a edades más avanzadas con requerimientos especiales.

Distribución de la Población

Si por un lado, es importante determinar la edad geriátrica predominante en una entidad federativa para de ahí partir y determinar las necesidades de un grupo poblacional, en este caso, de los adultos mayores, también se considera como algo relevante determinar el perfil de la distribución geográfica de los mayores de 60 años. En la siguiente tabla se puede observar a los municipios con el mayor número de personas adultas mayores en el Estado de Michoacán (Figura 8).

Figura 8. Municipios en el Estado de Michoacán con mayor número de personas adultas mayores

MUNICIPIO	NÚMEROS ABSOLUTOS	PORCENTAJE
Morelia	21, 010	4.78%
Uruapan	8, 490	1.93%
Zamora	5, 514	1.26%
Zitácuaro	3, 898	0.89%
Lázaro Cárdenas	3, 891	0.89%
Apatzingán	3, 304	0.75%
La Piedad	3, 147	0.72%
Hidalgo	2, 936	0.67%
Patzcuaro	2, 438	0.55%
Zacapu	2, 377	0.54%
Total	57, 005	12.98%

Se aprecia los 10 municipios con mayor número de personas adultas mayores.

Si se toma en cuenta que los municipios mencionados en la tabla anterior tienen en su haber las ciudades más importantes de Michoacán, con poblaciones totales mayores a 100, 000 habitantes, consideradas como “ciudades grandes”, se puede decir que no obstante que los municipios con mayor número de adultos mayores pertenecen al rubro de clasificación de “ciudades grandes”, tal parece que la mayor parte de los adultos mayores se encuentran distribuidos en las comunidades rurales de la entidad⁵ (Figura 9).

Figura 9. Localidades por número de habitantes

LOCALIDAD POR NÚMERO DE HABITANTES	NÚMERO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES	PORCENTAJE
1-2, 499 Habitantes	156, 442	35.62%
2, 500-14, 999	95, 911	21.85%
15, 000-99, 999	92, 820	21.13%
100, 000 y más habitantes	93, 954	21.40%
Total	439, 127	100%

35.62% de los adultos mayores de Michoacán viven en comunidades rurales, también se puede observar que un 21.85% viven en comunidades en transición, 21.13% en ciudades pequeñas y 21.40% en ciudades grandes.

Las cifras de la tabla anterior, reafirman en mucho el concepto de “envejecimiento poblacional rural” que hasta el momento se ha tratado de documentar en este diagnóstico situacional. Ahora bien, si se considera a la población de adultos mayores de Michoacán como con una distribución rural, es importante determinar la relación de dependencia por vejez, esto es, la cifra que determina a la población económicamente dependiente de la población productiva.⁶

Según el INEGI y sus históricos del 2000, 2005 y 2010 esta relación de dependencia en el estado de Michoacán, es una de las mas importantes del país (Figura 10).

Figura 10. Dependencia de Michoacán

2000	2005	2010
10	11	11

Las cifras del Censo de Población y Vivienda 2010 evidencian que Tzitzio, Carácuaro, Tiquicheo de Nicolás Romero y Nocupétaro, son los municipios que registraron los mayores índices de dependencia en el estado con valores por arriba del 80 por ciento. Por otra parte, Morelia presenta una razón de dependencia de 49.0%, Lázaro Cárdenas 53.0%, La Piedad y Uruapan un mismo valor 56.0%.

Por otro lado, no obstante que la relacion de dependencia indica la proporción de la población que es dependiente de aquellos en etapa productiva, también hay que mencionar que se debe tomar con cuidado este concepto en poblaciones rurales, ya que en estas, sus integrantes realizan actividades que aunque no son remuneradas contribuyen al desarrollo de las comunidades, entre ellas el cuidado de los niños, preparación de los alimentos, consejería, etc. labores que comúnmente realizan los adultos mayores.

Adultos Mayores y Cultura Indígena

La conservación de la lengua materna de cada entidad federativa o región, además de los usos y costumbres que dan identidad a una población, sin que estos se mezclen con las nuevas ideas y tecnología determinan la condición de indígena. El que un individuo sea hablante de lengua indígena es una condición objetiva que permite desde una definición operativa, identificar en su mayoría, a aquellas personas que son indígenas.⁷

En los últimos 12 años, se ha observado que el porcentaje de personas hablantes de lengua indígena en la población general de México ha disminuido paulatinamente, por ejemplo, en 1990 era el 7.5% de la población total, para el 2000 del 7.1% y para 2005 del 6.7%. Sin embargo, otra parte de la dinámica poblacional que se considera como importante, es que 50% de los indígenas mayores de 5 años tienen edades entre 5 y 14 años, paulatinamente el número de personas indígenas mayores de 60 años ha ido en incremento.

En el Estado de Michoacán, se cuenta con una población total de 4,303,775 habitantes, de los cuáles 136,608 son personas indígenas, lo que constituye 3.17% del total de personas indígenas en la entidad, 20,087 son mayores de 60 años, constituyendo 14.70% de este grupo (Figura 11).

Figura 11. Distribución de la población indígena

GÉNERO	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	65, 637	9,577	2,298	2,001	2,076	1,381	932	889
Mujeres	70, 971	10,510	2,508	2,174	2346	1,476	1,034	972
Total	136, 608	20, 087	4,806	4,175	4,422	2,857	1,966	1,861

La población indígena en Michoacán es menor con respecto a la del país (6% a nivel nacional vs 3.17% en el estado), y representa 14.70%, del total de las personas indígenas en dicha entidad federativa. En Michoacán, la población indígena se encuentra en franco envejecimiento poblacional.

El tener un envejecimiento poblacional avanzado, sobre todo en un medio rural confiere una vulnerabilidad aumentada al individuo con la condición de indígena. No obstante que en Michoacán el porcentaje de personas indígenas es aproximadamente la mitad del referido para el nivel nacional, también es posible observar que en la entidad, la población indígena esta en un franco envejecimiento poblacional lo que obliga a poner énfasis en este grupo el cual por las características antes mencionadas se encuentra en una vulnerabilidad aumentada con respecto a otros grupos más jóvenes.

Nada menos, la esperanza de vida nacional comparada con aquella presente en municipios con alto porcentaje de personas indígenas es mucho menor a la media nacional, por ejemplo en aquellos municipios con 5% de población indígena con respecto a la total, la esperanza de vida es de 68 años, mientras que en aquellos con un 76% del total, la esperanza de vida es de 64 años. Además, según algunos autores, el 80% de los indígenas en México vive por debajo de la línea de pobreza.

Vejez y Educación

En Michoacán de Ocampo, de un total de 4,303,775 personas que habitan la entidad, 3,357,013 saben leer y escribir, lo que representa 78% de sus residentes. Cuando se hace una revisión del porcentaje de personas que saben leer y escribir en Michoacán, con satisfacción, se puede apreciar que no hay una gran diferencia en distribución del concepto en cuanto al género, ya que del total de personas con esta característica 1,617,407 son hombres y 1, 739,606 son mujeres.

Cuando se revisan las cifras en lo referente a “Saber leer y escribir” en el grupo de 60 y más años de edad, se tiene que 286,600 personas cumplen con dicha característica.

Haciendo comparaciones, con respecto a la población total, el número de adultos mayores que saben leer y escribir en la entidad representa 6.65% del total de la población de Michoacán, por otro lado, esta misma cantidad representa 65.26% de las personas adultas mayores. A este respecto se considera que debe haber cierto rezago educativo en el grupo de 60 años y más, por lo que el índice de alfabetización del país se encuentra según el INEGI en 86.1% y al parecer el número de personas adultas mayores que saben leer y escribir disminuye en forma inversamente proporcional con el grupo etario estudiado, lo cual se evidencia en la siguiente tabla⁸ (Figura 12) .

Figura 12. Personas adultas mayores en Michoacán que saben leer y escribir

GRUPO ETARIO	60 A 64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 Y MÁS
Hombres	46,270	33,812	26,335	17,718	10,640	8,663
Mujeres	47,277	33,414	26,011	16,808	10,533	9,119
Total	93,547	67,226	52,346	34,526	21,173	17,782

Se aprecia una disminución de las personas que saben leer y escribir en Michoacán en el grupo de personas adultas mayores cuyo número va disminuyendo progresivamente conforme avanza el grupo etario.

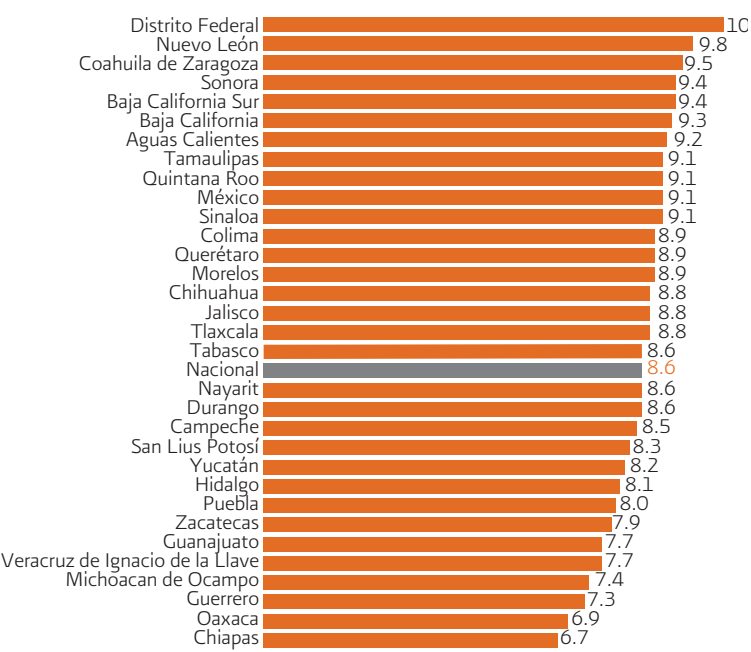
Por otro lado, es factible considerar que en lo referente al desarrollo educativo de Michoacán, el mayor número de sus habitantes se concentra en el rubro de “educación básica”, esta impresión se refuerza cuando se hace una revisión del Grado Promedio de Escolaridad por entidad federativa, donde se observa que Michoacán se encuentra dentro de las cuatro entidades federativas con menor grado de escolaridad 1.2 puntos por debajo del promedio nacional (Figura 13 y 14).

Figura 13. Población total en Michoacán por nivel educativo y género

NIVEL EDUCATIVO	EDUCACIÓN BÁSICA	EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR	EDUCACIÓN SUPERIOR
Hombres	1,312,709	203,438	173,801
Mujeres	1,400,868	240,032	178,770
Total	2,713,577	443,470	352,571
Porcentaje con Respecto a la Población Total del Estado	63.05%	10.30%	8.19%

Según el INEGI, la mayor parte de la población de Michoacán se encuentra en un nivel educativo básico.

Figura 14. Grado promedio de escolaridad por entidad federativa 2010



Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010.
Michoacán se encuentra en los niveles educativos por debajo de la media nacional.

En lo tocante a las personas adultas mayores de la entidad, las siguientes cifras clarifican aun más el nivel educacional de los mayores de 60 años en Michoacán; donde la mayor parte de estos tienen un nivel educativo básico, ya que del total de personas adultas mayores en el estado (439,127), 74,948 según registros oficiales tuvieron acceso únicamente a la educación básica, lo que constituye un 17.06% de la población total de mayores de 60 años en la entidad. Si observamos la siguiente tabla, es patente que conforme avanzamos en los grupos de clasificación del nivel educativo, este disminuye importantemente el número de adultos mayores que accedieron a niveles educativos superiores a la “educación básica”. En lo que respecta a la educación media superior se observa que sólo un 1.27% del total de adultos mayores en el estado tuvieron acceso a este nivel y 2.22% a la educación superior (Figura 15).

Figura 15. Población de personas adultas mayores en Michoacán por nivel educativo y género

NIVEL EDUCATIVO	EDUCACIÓN BÁSICA	EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR	EDUCACIÓN SUPERIOR
Hombres	34,589	2,636	6,208
Mujeres	40,359	2,979	3,565
Total	74,948	5,615	9,773
Porcentaje con Respecto a la Población Total de AM en el Estado	17.06%	1.27%	2.22%

Total de personas adultas mayores en Michoacán que tuvieron acceso a algún nivel educativo, un total de 90,336 (sumatoria de los totales de esta tabla, constituye el 20.55% del total de adultos mayores de la entidad.

Por otro lado, al revisar el nivel académico en las personas adultas mayores de acuerdo a grupos etarios de los mayores de 60 años, se observa que conforme avanza el grupo etario disminuye paulatinamente el número de personas que accedieron a cualquiera de los niveles de educación observables en la siguiente tabla. Al igual que en las personas jóvenes se observa en los adultos mayores que el grupo mayoritario que tuvo acceso a servicios educativos, se encuentra inmerso en el grupo de educación básica, osea, un aproximado de 52.73%. Para los rubros de educación media y media superior, los porcentajes son de 2.76 y 4.79% respectivamente. (Figura 16)

Figura 16. Población de personas adultas mayores en Michoacán por nivel educativo y grupo etario

GRUPO ETARIO	EDUCACIÓN BÁSICA	EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR	EDUCACIÓN SUPERIOR
60 a 64	74, 948	5, 615	9,773
65 a 70	55, 102	2,916	5,352
71 a 74	43, 228	1,753	2,948
75 a 80	28, 032	956	1,545
81 a 85	16, 485	543	828
85 y más	13, 800	355	628
Total	231,595	12,138	21,074

De la población total de adultos mayores en Michoacán (439, 127), la mayoría que tuvieron acceso a servicios educativos, se encuentran a nivel básico.

Vejez y Marginación

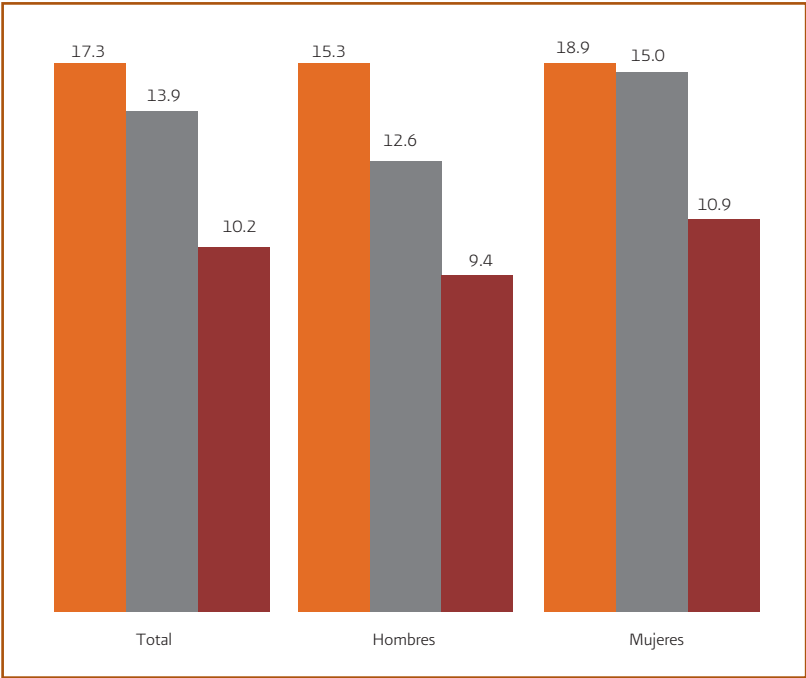
Como se comentó en la parte de este trabajo que habla sobre la condición de indígena, la vejez se considera como una de las etapas de la vida que frecuentemente se asocia a una vulnerabilidad aumentada desde todos los puntos de vista. La persona adulta mayor dada esta desventaja social y económica, puede en cualquier momento, convertirse en un individuo excluido de la sociedad, lo que lo hace caer en el concepto de “marginación social”. La marginación 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 de marginación, se tienen cuestiones tan significativas como la educación, la vivienda, ingreso monetario y distribución de la población, en este caso de la persona adulta mayor por localidad de residencia.

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 Michoacán, según INEGI, se tiene que la tasa de población analfabeta de 15 años y mas disminuyó de 17.3 en el año de 1990 (barra color verde claro de la siguiente gráfica) 13.9% del año 2000 (barra de color naranja), para también disminuir hasta un valor de 10.2 en el año 2010 (barra color verde oscuro). Una situación similar a la anterior es la disminución paulatina de las tasas de analfabetismo en la población general de Michoacán. Ver siguiente gráfica comparativa⁹ (Figura 17).

Figura 17. Tasa de Analfabetismo de la Población de 15 Años y Más Según Género, 1990, 2000 y 2010



En la presente gráfica se observa una disminución paulatina de la tasa de analfabetismo en Michoacán sin embargo, esta tasa es discretamente mayor en las mujeres independientemente de la edad.

Los datos graficados se distribuyen de forma comparativa en la Figura 18.

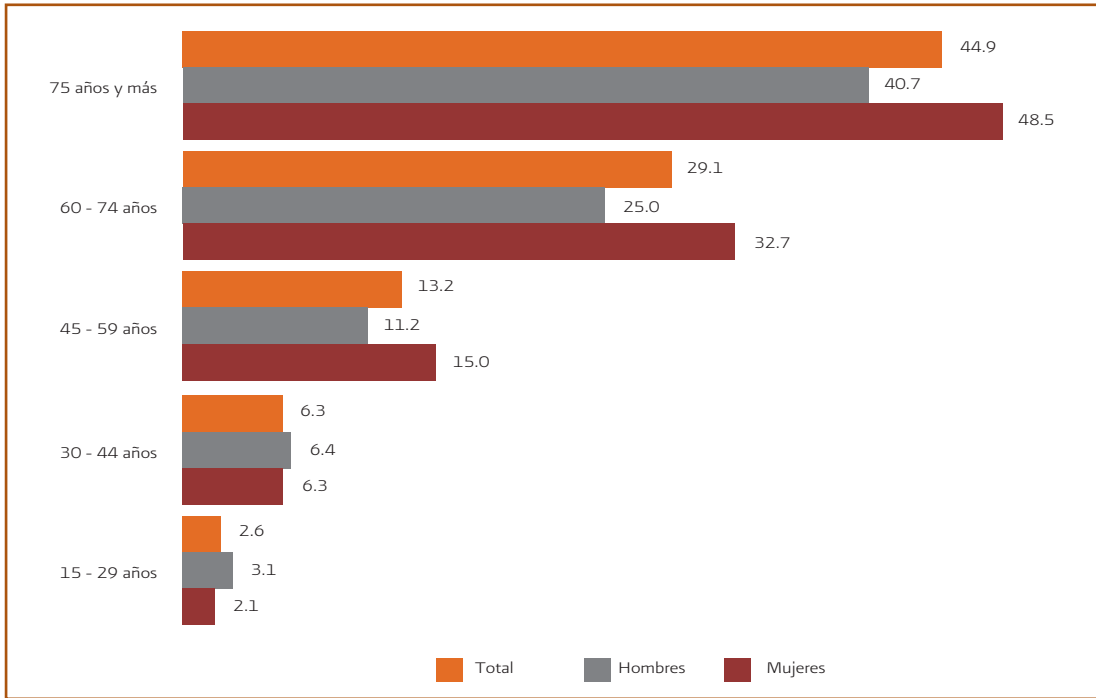
Figura 18. Tasa de Analfabetismo de la Población de 15 Años y Más Según Género, 1990, 2000 y 2010.

DIMENSIÓN	INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	AÑO 1990	AÑO 2000	AÑO 2010
Marginación	Educación	Tasa de población de 15 años y más analfabeta	17.3	13.9	10.2

En lo referente a la población analfabeta por grupos de edad en Michoacán, según la siguiente gráfica es fácilmente observable que las tasas de analfabetismo son mucho mayores en los adultos mayores que en personas más jóvenes.

No obstante que de forma afortunada ha disminuido paulatinamente el analfabetismo en la población general de Michoacán cuando se observa la tendencia de analfabetismo por grupos etarios es fácilmente identificable que las tasas mayores, no obstante que han disminuido con el paso de los años, se encuentran en las personas mayores de 60 años⁹ (Figura 19).

Figura 19. Tasa de Analfabetismo de la Población de 15 Años y Más por Grandes Grupos de Edad y Género, 1990, 2000 y 2010.



Se observa que conforme avanzan los diferentes grupos etarios, la tasa de analfabetismo va incrementándose con las cifras mayores en los grupos de edad más avanzada, una probable explicación al fenómeno aunque no la única es que las personas que han integrado estos grupos han tenido diferentes oportunidades y oferta académica en los diferentes momentos históricos.

Indicador de marginación estatal: Vivienda

La vivienda como un espacio de convivencia común del grupo familiar, debe reunir características que unifiquen en el mismo espacio, decoro, comodidad y salubridad. Cuando la vivienda carece de dichas características esto representa un grado importante en el concepto de marginación. En las siguientes tablas se muestran los indicadores de marginación en Michoacán con respecto al concepto de vivienda (Figura 20,21,22,23).

Figura 20. Distribución de viviendas.

DIMENSIÓN	INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	NÚMERO DE VIVIENDAS CON DRENAJE	PORCENTAJE CON RESPECTO A LA POBLACIÓN TOTAL	NÚMERO DE VIVIENDAS SIN DRENAJE	PORCENTAJE CON RESPECTO A LA POBLACIÓN TOTAL
Marginación	Vivienda	Número y porcentaje de viviendas con y sin drenaje	944, 928	88.63%	114, 794	10.76%

De un total 1,066,061 viviendas particulares cuya información fue obtenida del Censo de Población y Vivienda 2010, se describen los números totales y porcentajes de viviendas con y sin drenaje en Michoacán, el porcentaje faltante en la tabla corresponde al rubro de “no especificado” que en este caso es de 6,339 viviendas, un aproximado de 0.61%.

Figura 21.

DIMENSIÓN	INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	NÚMERO DE VIVIENDAS CON ENERGÍA ELÉCTRICA	PORCENTAJE CON RESPECTO A LA POBLACIÓN TOTAL	NÚMERO DE VIVIENDAS SIN ENERGÍA ELÉCTRICA	PORCENTAJE CON RESPECTO A LA POBLACIÓN TOTAL
Marginación	Vivienda	Número y porcentaje de viviendas con y sin energía eléctrica	1, 044, 515	97.97%	18, 648	1.74%

De un total 1, 066, 061 viviendas particulares cuya información fue obtenida del Censo de Población y Vivienda 2010, se describen los números totales y porcentajes de viviendas con y sin energía eléctrica en Michoacán, el porcentaje faltante en la tabla corresponde al rubro de “no especificado” que en este caso es de 2, 898 viviendas, un aproximado de 0.29%.

Figura 22.

DIMENSIÓN	INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	NÚMERO DE VIVIENDAS CON AGUA ENTUBADA	PORCENTAJE CON RESPECTO A LA POBLACIÓN TOTAL	NÚMERO DE VIVIENDAS SIN AGUA ENTUBADA	PORCENTAJE CON RESPECTO A LA POBLACIÓN TOTAL
Marginación	Vivienda	Número y porcentaje de viviendas con y sin agua entubada	981, 400	92.05%	80, 379	7.5%

De un total 1, 066, 061 viviendas particulares cuya información fue obtenida del Censo de Población y Vivienda 2010, se describen los números totales y porcentajes de viviendas con y sin agua entubada en Michoacán, el porcentaje faltante en la tabla corresponde al rubro de “no especificado” que en este caso es de 4,282 viviendas, un aproximado de 0.45%.

Figura 23.

DIMENSIÓN	INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	NÚMERO DE VIVIENDAS CON PISO DE TIERRA	PORCENTAJE CON RESPECTO A LA POBLACIÓN TOTAL	NÚMERO DE VIVIENDAS CON PISO DE CEMENTO	PORCENTAJE CON RESPECTO A LA POBLACIÓN TOTAL
Marginación	Vivienda	Número y porcentaje de viviendas con y sin piso de tierra y piso de cemento	109, 379	10.26%	576, 625	54.08%

De un total 1, 066, 061 viviendas particulares cuya información fue obtenida del Censo de Población y Vivienda 2010, se describen los números totales y porcentajes de viviendas con piso de tierra y piso de cemento en Michoacán, el porcentaje faltante en la tabla corresponde a los rubros “piso de madera” (376, 215 viviendas osea 35.29% del total) y “no especificado” que en este caso es de 3,842 viviendas, un aproximado de 0.37%.

La obtención del ingreso económico es importante para la adquisición de los satisfactores esenciales y nos esenciales para el sustento y desarrollo humano. A este respecto se observa que en Michoacán un alto porcentaje de individuos (56.1%) tienen un ingreso diario tan bajo como dos salarios mínimos, lo que los limita para la compra de bienes y servicios que incremente su calidad de vida. Ver el siguiente cuadro. (Figura 24)

Figura 24. Indicador de marginación estatal: Ingresos Monetarios.

DIMENSIÓN	INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	AÑO 2000	AÑO 2005
Marginación	Ingresos Monetarios	Porcentaje de población ocupada con ingresos de hasta dos salarios mínimos	57.29	55.79

Michoacán, a decir del INEGI, es una entidad federativa con una población mayoritaria localizada en el área urbana (64 vs 36%). Sin embargo, como se observó en partes anteriores de este capítulo, los adultos mayores de la entidad viven en su mayoría en el área rural, lo que se ha asociado como un sólido indicador de marginación.

En lo concerniente a las cifras que se han ido comentando y analizando en esta última parte del diagnóstico situacional del envejecimiento poblacional michoacano es claro que el avance en bienestar social en los últimos años es claro sin embargo es importante seguir trabajando al respecto ya que el índice de marginación de Michoacán tiene un valor actual de 0.46, lo que representa estar en el 10° lugar en marginación a nivel de la República Mexicana. Por otro lado y de acuerdo a la siguiente tabla los mayores índices de envejecimiento poblacional se dan en el medio rural, lo que implica que aumentará dramáticamente el número de adultos mayores en dichas localidades (Figura 25).

Figura 25. Índices de envejecimiento en Michoacán, distribución de la población por tipo de localidad

LOCALIDAD POR NÚMERO DE HABITANTES	ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO
1-2, 499 Habitantes	35.83
2, 500-14, 999	32.19
15, 000-99, 999	30.33
100, 000 y más habitantes	35.63

En la presente tabla se observa un índice de envejecimiento alto en las grandes ciudades pero también en las comunidades rurales.

En la tabla que a continuación se expone se encuentran los municipios de Michoacán con mayor índice de envejecimiento poblacional¹⁰ (Figura 26).

Figura 26. Municipios con los Mayores Indices de Envejecimiento en Michoacán.

MUNICIPIO	INDICE DE ENVEJECIMIENTO	NÚMERO TOTAL DE HABITANTES EN EL MUNICIPIO	LOCALIDAD POR NÚMERO DE HABITANTES
Churintzio	120.91	5, 489	2, 500-14, 999 Habitantes
Huaniqueo	102.23	7, 971	2, 500-14, 999 Habitantes
Zinaparo	92.19	3, 232	2, 500-14, 999 Habitantes
Coeneo	85.7	20, 426	2, 500-14, 999 Habitantes
Ecuandureo	74.58	12, 855	2, 500-14, 999 Habitantes

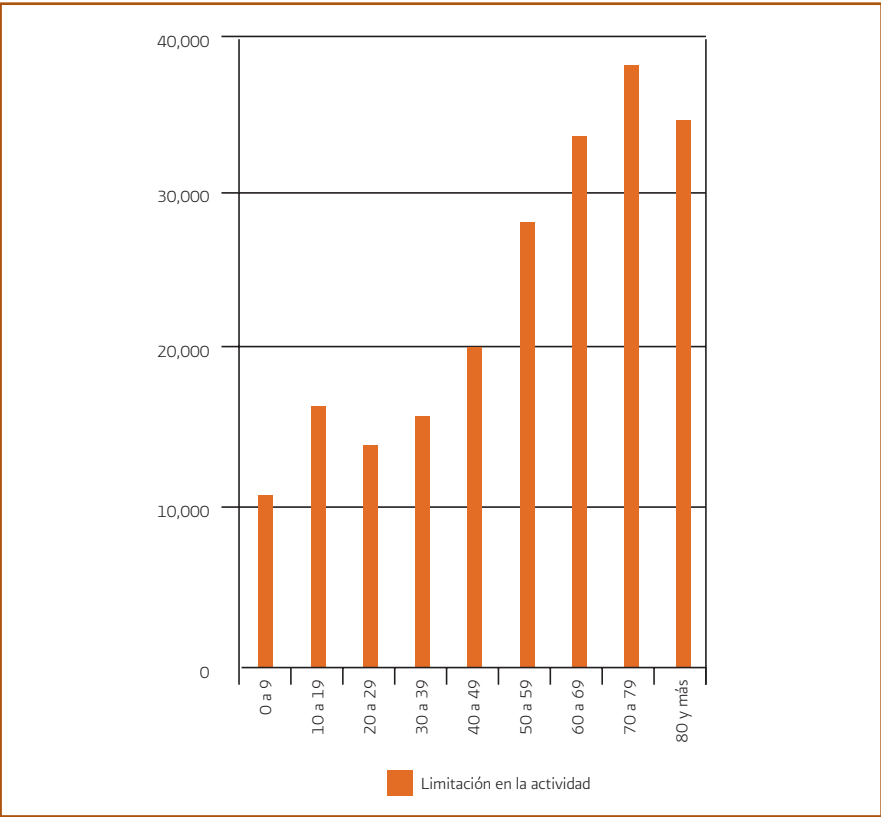
Tocumbo	74.43	11, 498	2, 500-14, 999 Habitantes
Chucándiro	73.99	5, 166	2, 500-14, 999 Habitantes
Jiménez	73.03	13, 275	2, 500-14, 999 Habitantes
Charapan	66.67	12, 157	2, 500-14, 999 Habitantes
Nahuatzen	66.57	27, 129	15, 000-99, 999 Habitantes

Se aprecian los municipios con mayor índice de envejecimiento en Michoacán, aquí puede inferirse que además de las comunidades rurales, las comunidades en transición envejecerán de forma importante en los próximos años.

Discapacidad, dependencia y vejez

Aunque la vejez no es sinónimo de enfermedad, es prudente comentar que en esta etapa de la vida confluyen y se hacen evidentes las complicaciones y secuelas de padecimientos crónico-degenerativos que adquirieron décadas antes, los que ahora son adultos mayores. En el Estado de Michoacán, según el INEGI, existen 212,874 personas con limitación de su actividad habitual con una distribución por género similar e independiente de la edad (105,581 hombres vs 107,293 mujeres). Esta población afectada representa un aproximado de 4.94% del total de habitantes de Michoacán. Ahora bien, cuando se estudia la distribución por grupos etarios se observa claramente que dicha condición se va incrementando con la edad con un repunte en el grupo de 70 a 79 años de edad (Figura 27).

Figura 27. Limitación de actividad



En la presente figura se puede apreciar el incremento paulatino de la limitación en la actividad conforme avanza el grupo etario en los habitantes de Michoacán. En el grupo de adultos mayores se aprecia claramente el mayor número de casos con tal condición sin embargo también es observable una disminución de casos después del grupo de 70 a 79 años, es factible que se deba al aumento de la morbilidad asociada a tal situación y menor supervivencia de los mayores de 80 años.

Por otro lado, una mirada enfática al grupo de personas adultas mayores, nos aporta al observar la siguiente tabla que un aproximado de 75,486 personas adultas mayores tienen limitación para caminar o moverse en el Estado de Michoacán lo que hace un aproximado de 35.46% del número total de personas con tal condición en la entidad. Tal observación hace reflexionar sobre la edad avanzada como factor de riesgo para el desarrollo de la condición enunciada (Figura 28).

Figura 28. Población de Personas Adultas Mayores con y sin Limitación para Caminar o Moverse por Grupo Etario en Michoacán

	60 a 64	65-69	70 a 74	75 a 79	80 a 84	85 y más
Con limitación para caminar o moverse	10,704	11,837	14,147	13,188	11,409	14,201
Sin limitación para caminar o moverse	111,708	84,067	69,456	45,347	28,406	22,585
No especificado	539	443	387	278	217	208
Total	122,951	96,347	83,990	58,813	40,032	36,994

La limitación al caminar o moverse es una condición de la cual ocupa un lugar importante la persona adulta mayor de Michoacán.

Transición Epidemiológica

El adulto mayor tanto por situaciones genéticas, estilos de vida como por exposición a un medio ambiente físico, psicológico y social determinado, adquiere 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 Michoacán, 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 michoacanas.

En lo relativo a la mortalidad, en el año 2010, se observó que dentro de las diez principales causas de muerte en Michoacán se encontraron las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus, los tumores malignos, en específico las neoplasias de próstata, tráquea y bronquios, los accidentes relacionados a vehículos de motor, la enfermedad cerebro vascular, las hepatopatías, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, las agresiones y las complicaciones derivadas de la influenza, provocando 24,162 decesos en dicho año.

En el rubro de las personas adultas mayores, durante el año del 2010, se registraron en el grupo de 65 años y más, un estimado de 14,459 defunciones. La cifra anterior representa un estimado de 59.84% del total de fallecimientos registrados en aquel año. En la siguiente tabla se puede apreciar con mayor precisión las diez principales causas de mortalidad en las personas adultas mayores de Michoacán (Figura 29).

Figura 29. Causas de mortalidad en Michoacán en mayores de 60 años durante el año 2010.

NO. ORDINAL	CAUSA	DEFUNCIONES
1	Enfermedades del corazón	3,247
2	Diabetes mellitus	2,467
3	Tumores malignos (próstata, tráquea, bronquios y pulmón)	1,775
4	Enfermedad cerebrovascular	1,111
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	954
6	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	424
7	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	380
8	Influenza y neumonía	358
9	Desnutrición calórico protéica	328
10	Insuficiencia renal	328

En la presente figura se observa que la primera causa de mortalidad en los mayores de 60 años son las enfermedades del corazón donde destaca la cardiopatía isquémica así como padecimientos metabólicos como la diabetes mellitus y las neoplasias como el cáncer de próstata. De los padecimientos comentados anteriormente, la edad avanzada se considera un factor de riesgo importante para su adquisición.

Como se puede observar, la epidemiología de Michoacán presenta en su mayoría, padecimientos del tipo crónico-degenerativo, sin embargo, siendo considerable el número de casos de este tipo de padecimientos en las personas adultas mayores de la entidad, por otro lado, en la epidemiología de este grupo etario que habitan en Michoacán no se han descartado padecimientos asociados a niveles de vida económicamente bajos como son los problemas de desnutrición.

Definitivamente al revisar el panorama anterior y no obstante que Michoacán cuenta con una gran riqueza de recursos naturales y es dueño de una herencia cultural amplia, aún persiste una problemática extensa que atañe al envejecimiento poblacional de la entidad donde encontramos aún una epidemiología polarizada, rezago educativo, marginación, limitación importante de la actividad, bajo ingreso económico además de encontrarse en una etapa de envejecimiento poblacional rural, feminizado y con carencias educacionales importantes. Sin embargo, los históricos de la entidad también señalan que se ha estado trabajando en el tema y que es posible una mejora de las situaciones antes mencionadas con la colaboración de las instituciones preocupadas por los adultos mayores así como de la sociedad civil.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wikipedia la enciclopedia libre. Michoacán, serial on line 2012, citado 2012, noviembre 5; disponible: <http://es.wikipedia.org/wiki/Michoac%C3%A1n>
2. Secretaría de Relaciones Exteriores. El Estado de Michoacán, serial on line 2012, citado 2012, noviembre 5; disponible: http://www.sre.gob.mx/coordinacionpolitica/images/stories/documentos_gobiernos/pmi-choesp.pdf
3. Verónica Chávez Muñoz. Michoacán, serial on line 2011, citado 2011, octubre 31; disponible: <http://231291veronica.blogspot.mx/2010/02/biografia.html>
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Esperanza de vida por entidad federativa según sexo, 2006 a 2012. serial on line 2012, citado 2012, noviembre 5; disponible: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisep/Default.aspx?t=mdemo56&s=est&c=23600>
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Consulta interactiva de datos. serial on line 2012, citado 2012, noviembre 5; disponible: <http://www.inegi.org.mx/>
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Los Adultos Mayores en México. Edición 2005: 32-67.
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Hombres y Mujeres en México, serial on line 2012, citado 2012, noviembre 5; disponible: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2005/Mujeres_y_hombres_en_Mexico_2005.pdf
8. Index Mundi. Tasa de Alfabetización, serial on line 2012, citado 2012, noviembre 5; disponible: http://www.indexmundi.com/es/mexico/tasa_de_alfabetizacion.html
9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Principales Resultados del Censo de Población 2010, Michoacán, serial on line 2012, citado 2012, noviembre 5; disponible: <http://www.inegi.org.mx>.
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México en Cifras, Michoacán, serial on line 2012, citado 2012, noviembre 5; disponible: <http://www.inegi.org.mx/>
11. Sistema Nacional de Información en Salud. Bases de Datos Mortalidad, serial on line 2012, citado 2012, noviembre 5; disponible: <http://www.sinais.salud.gob.mx/>

La
tercera
no es
la vencida
son los
vencedores

cuída a los adultos **mayores**



Rectoría
Institucional

DIIT



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



7.Resultados de la Encueta SABE en Morelia, Michoacán

Se integraron los resultados conforme la agrupación existente en el cuestionario Encuesta SABE, del que se tomaron solo cinco categorías. Se presentarán las figuras según grupo etario, tengan significancia estadística o no, con relación a las correspondientes por género, solo aquellas que tengan significancia estadística, cabe señalar que para el análisis según grupos etarios se agruparon a las personas entrevistadas por quinquenios a partir de los 60 años hasta los 85 años y más (Tabla 1).

Tabla 1. Categorías del análisis

CONCEPTOS	CATEGORÍAS
Socio-demográfico	Estado Civil Alfabetismo Escolaridad Compañía en la vivienda
Evaluación Cognitiva	Estado cognoscitivo
Estado de salud	HAS Diabetes EPOC Enfermedad cardíaca Enfermedad vascular cerebral Artritis, reumatismo y artrosis Osteoporosis Detección de CAMA Detección de CAMA por profesional Detección de CACU Detección de Ca. 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 Memoria Sensación de felicidad Nutrición
Estado Funcional	ABVD AIVD
Flexibilidad y Movilidad	Flexibilidad y equilibrio

Con relación al estado socio-demográfica.

Se realizaron en el “Estudio Encuesta SABE” 1,184 cuestionarios a la población de 60 años y más, en la ciudad de Morelia Michoacán, de los cuales 61.7% corresponden al género femenino y 38.3% al masculino.

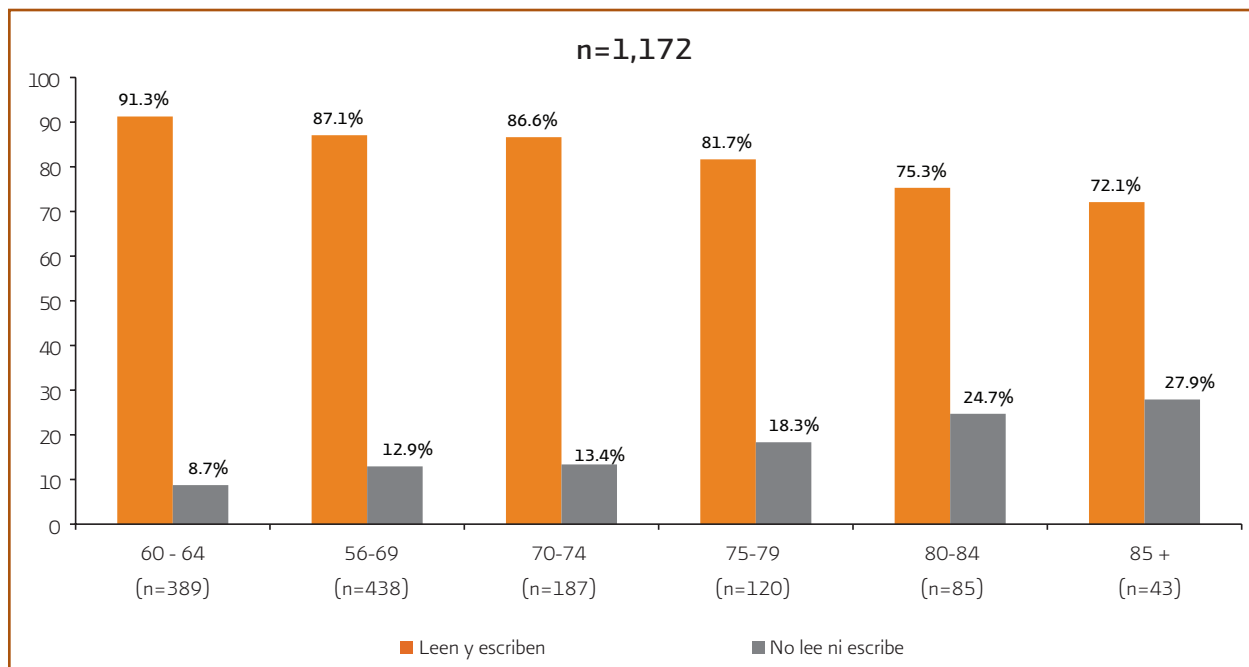


Figura 1. Distribución del alfabetismo según grupo etario

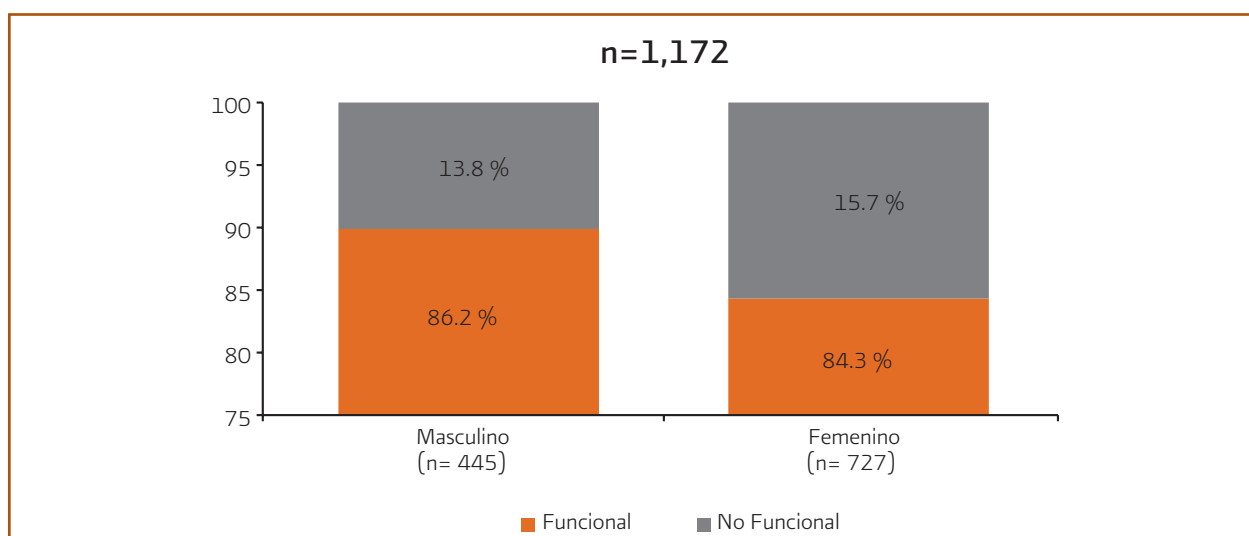


Figura 2. Distribución del alfabetismo por género

Alfabetismo, a la pregunta sabe leer y escribir, se encontró una prevalencia del 13.57%, al calcular la $\chi^2_{1gl} = 25.4$; $p < 0.01$ se encontró que no hay un comportamiento lineal entre los diferentes grupos estudiados (Figura 1), cuando se valoró esta variable por género, se encontró una $Z = 2.7$, $p < 0.01$, lo que significa que hay diferencia en cuanto al alfabetismo entre hombres y mujeres (Figura 2).

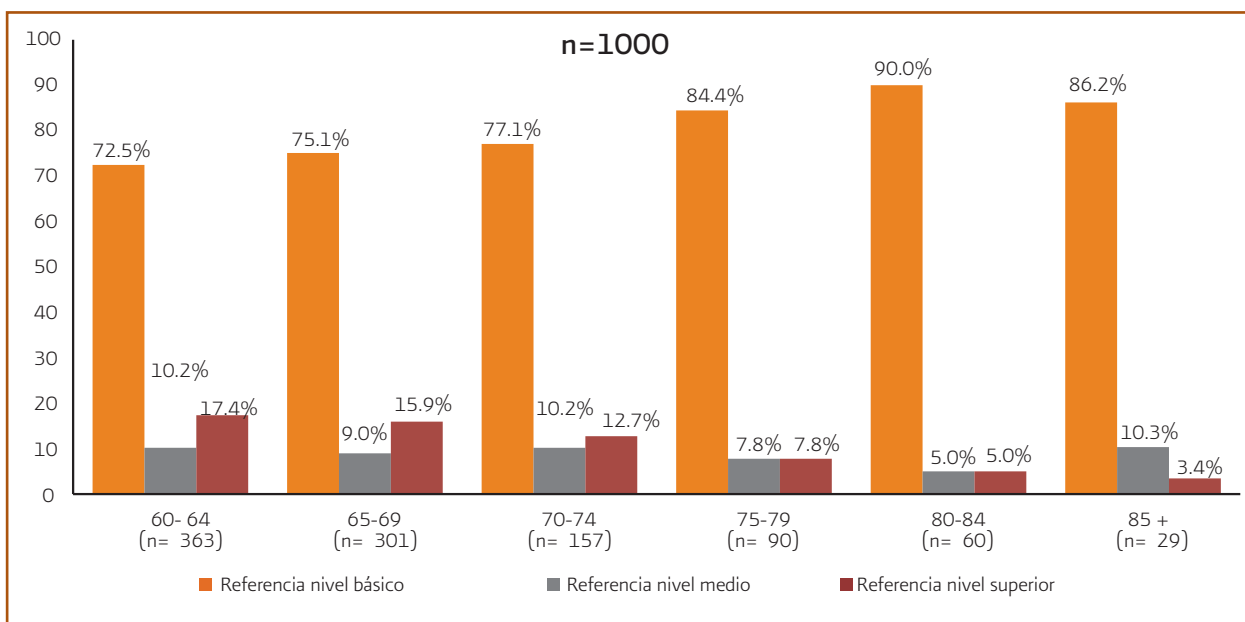


Figura 3. Distribución de escolaridad por grados académicos según grupo etario

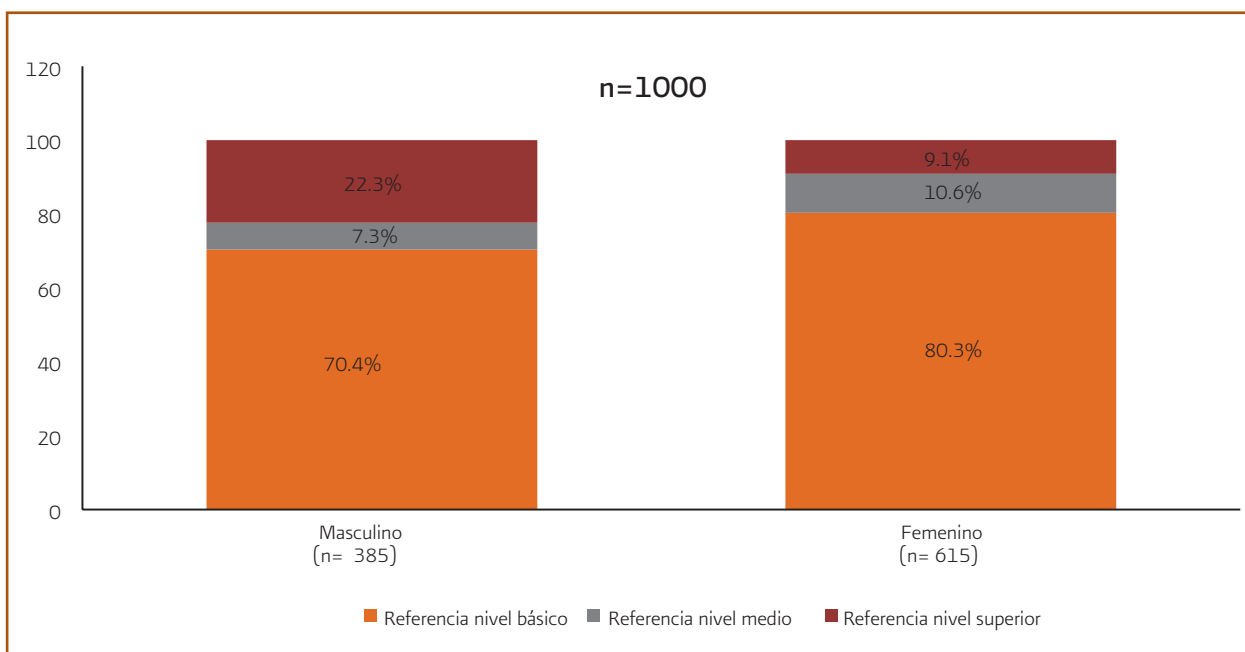


Figura 4. Distribución de escolaridad por grados académicos estudio por género

76.5% de la población estudiada respondió que asistió al nivel básico, al calcular la $\chi^2_{1gl} = 13.1$; $p < 0.01$ donde no se encontró un comportamiento de tendencia lineal entre los diferentes grupos estudiados (Figura 3), por género se encontró una $Z = 3.6$; $p < 0.01$, lo que significa que hay una diferencia en cuanto al grado aprobado por género con predominio en el masculino (Figura 4).

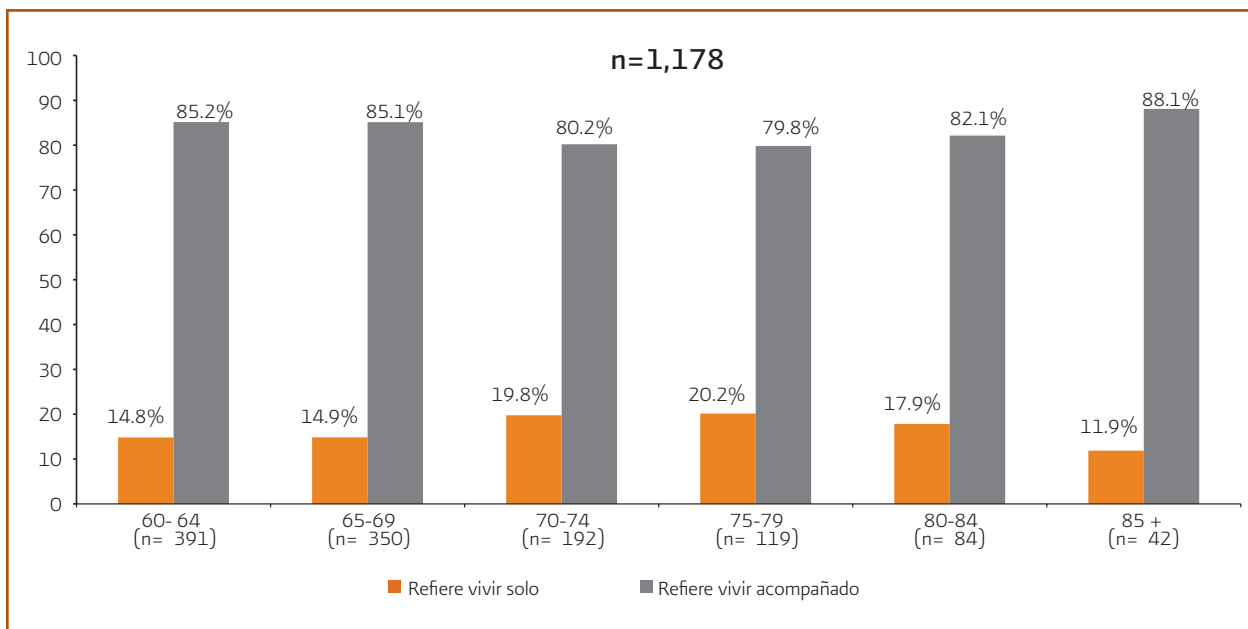


Figura 5. Compañía en la vivienda según grupo etario

Con relación a la compañía en la vivienda encontramos una prevalencia de 76.5% donde los adultos mayores refirieron vivir solos, con una $\chi^2_{1gl} = 1.1$; $p > 0.05$, $Z = 0.2$, no se encontró significancia estadística por grupo etario, ni género (Figura 5).

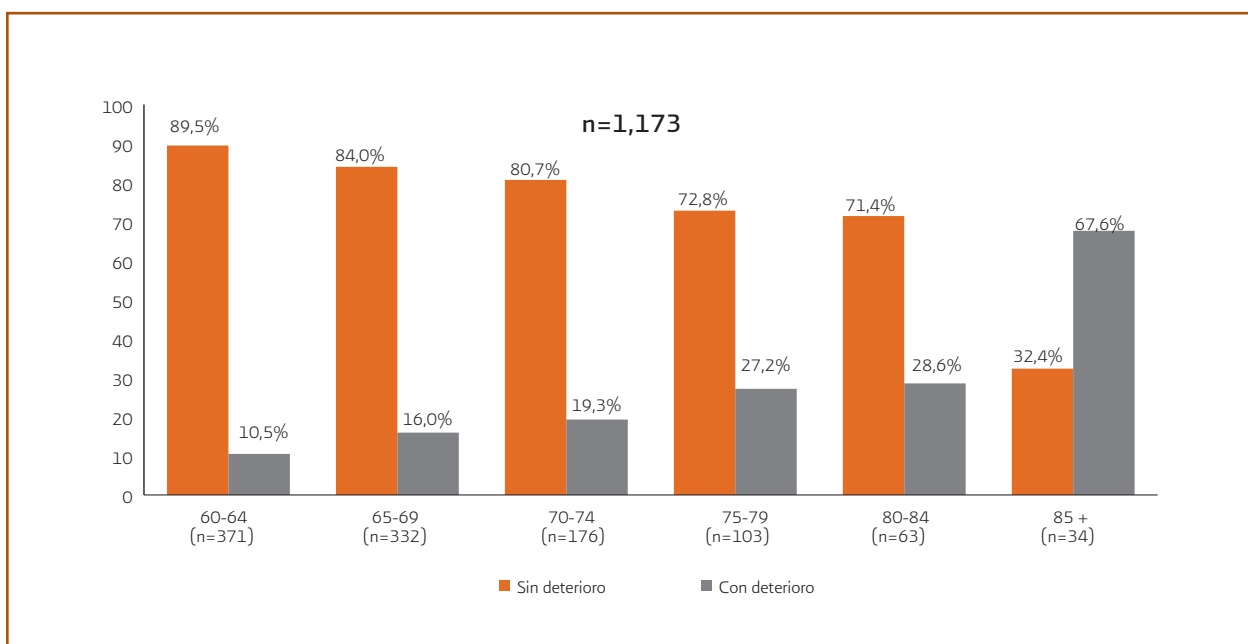


Figura 6. Distribución del estado cognoscitivo según grupo etario

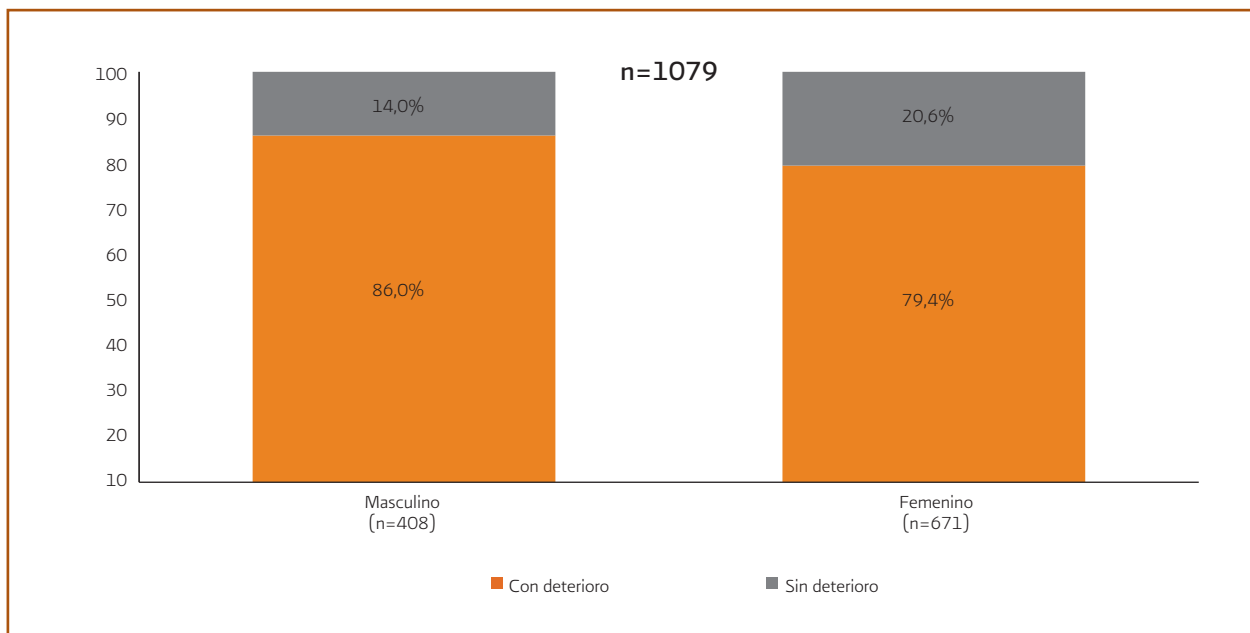


Figura 7. Distribución del estado cognoscitivo por género

Basado en el Minimental de Folstein se estudio la referencia del estado cognoscitivo donde se encontró 18.5% con alteraciones de la memoria, al revisar por grupos etarios se observa una tendencia lineal, que demuestra que a mayor edad menor competencia cognoscitiva, con una $\chi^2_{1gl} = 63.8$; $p < 0.01$ (Figura 6); al comparar por género encontramos $Z = 2.7$; $p < 0.01$, con predominio en el género femenino (Figura 7).

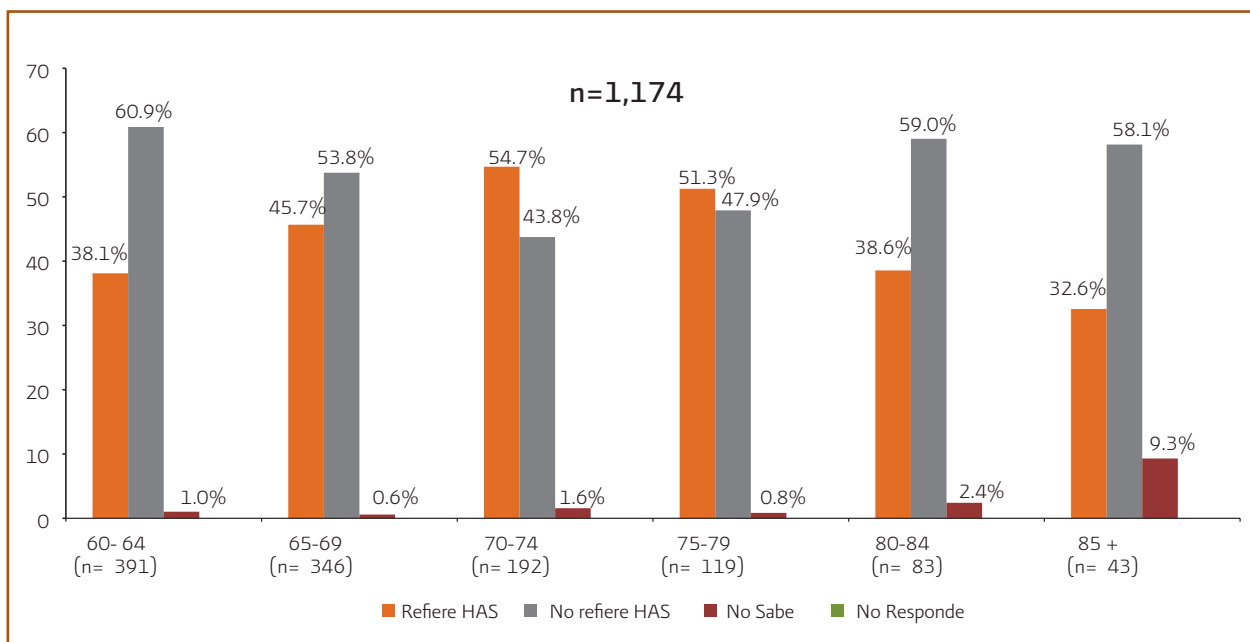


Figura 8. Distribución del diagnóstico de HAS según grupo etario

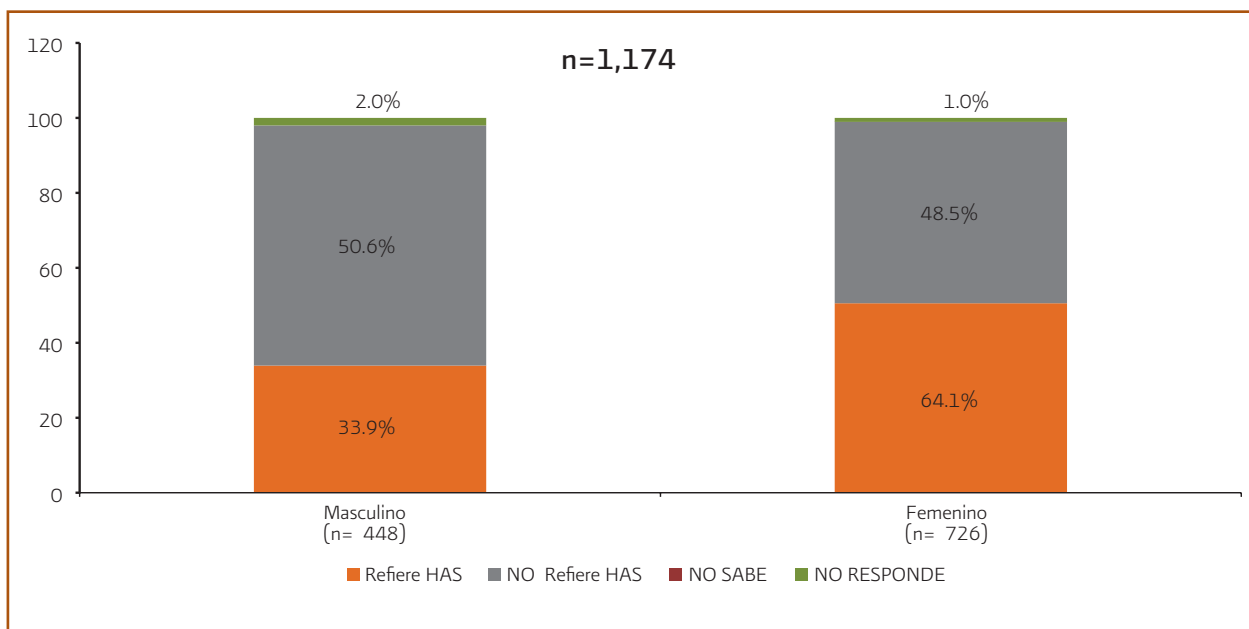


Figura 9. Distribución del diagnóstico de HAS por género

En cuanto a la presencia de hipertensión arterial sistémica (HAS), 44.2% refirió tener diagnóstico previo, no se encontró una significancia estadística por grupo etario, con una $\chi^2_{1gl} = 1.3$; $p > 0.05$ (Figura 8). Al comparar la presencia de HAS por género se encontró con mayor frecuencia en el género femenino, $Z = 10.1$; $p < 0.01$ (Figura 9).

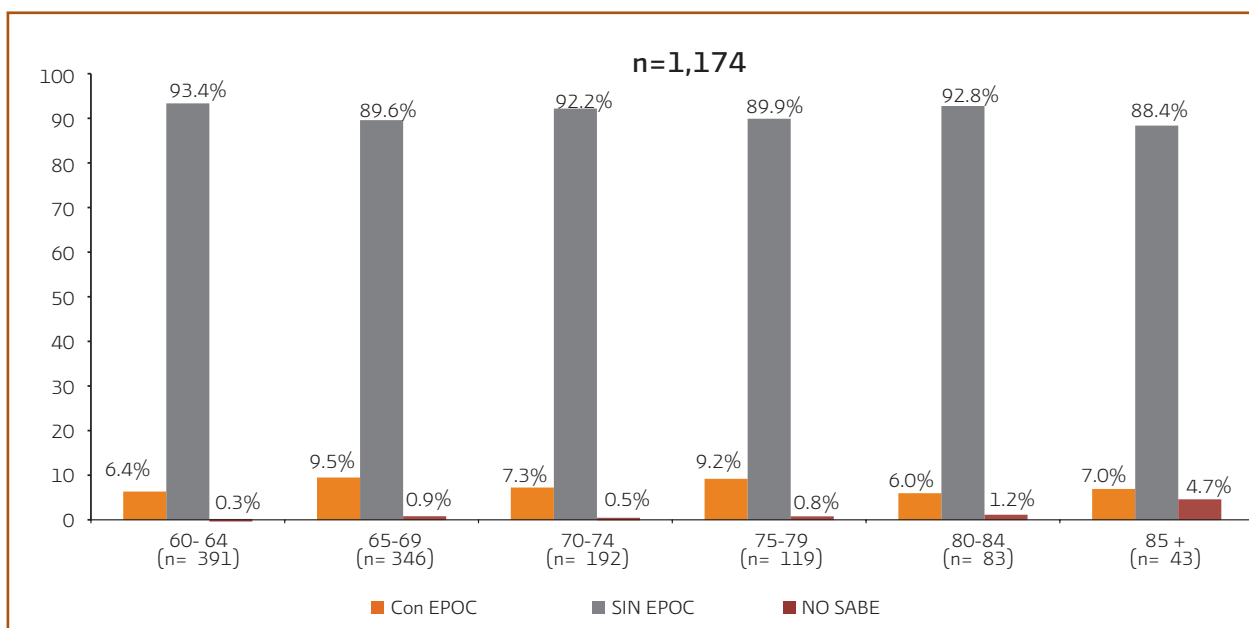


Figura 10. Distribución del diagnóstico, previo a la encuesta, de DM según grupo etario

Como problema de salud pública se tiene a la diabetes mellitus, donde encontramos con prevalencia 22.5% que refirió padecerla previo a la encuesta, al estimar la $\chi^2_{1gl} = 0.1$; $p > 0.05$, y una $Z = 0.5$; $p > 0.05$, lo cual es estadísticamente no significativo (Figura 10).

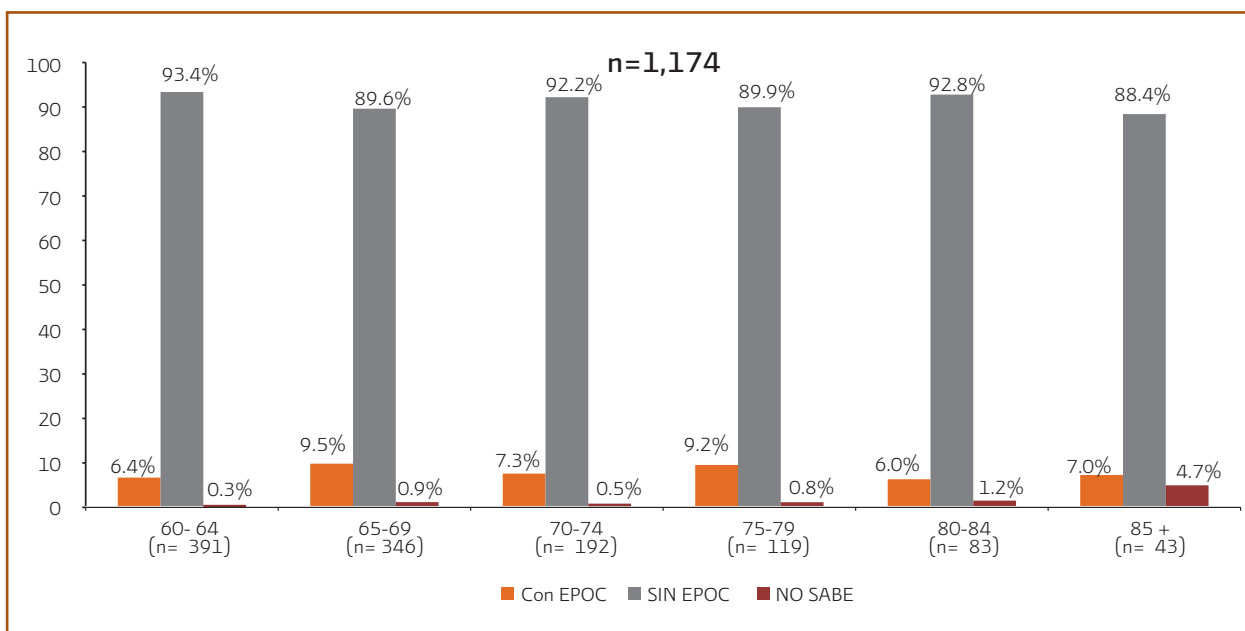


Figura 11. Distribución del diagnóstico de EPOC según grupo etario

La prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) fue 7.65 % que contesto afirmativamente a la pregunta si se le ha diagnosticado, no muestra tendencia con la edad ni por género con $\chi^2_{1gl} = 0.0$ (Figura 11).

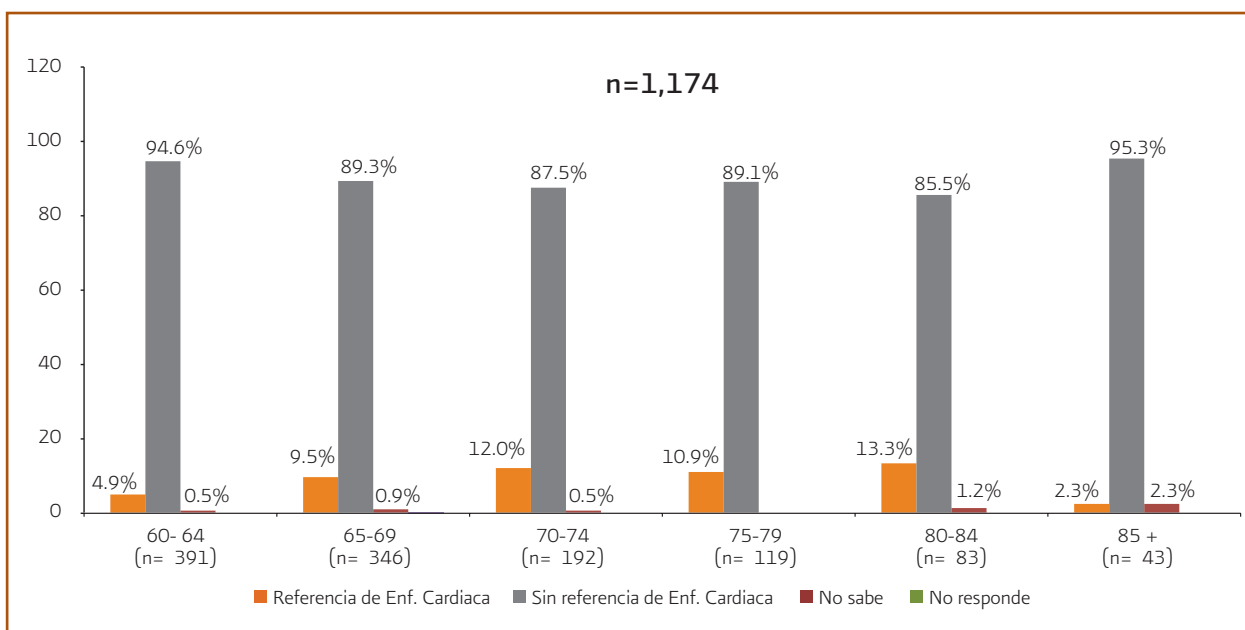


Figura 12. Distribución del diagnóstico de enfermedad cardíaca según grupo etario

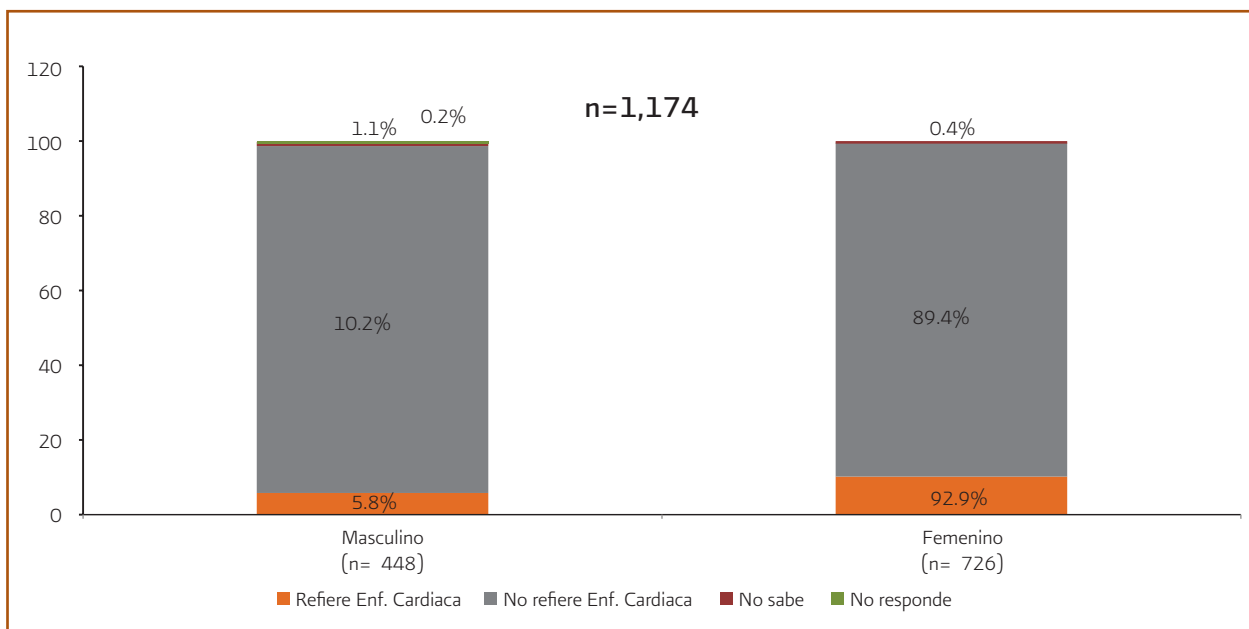


Figura 13. Distribución del diagnóstico de enfermedad cardíaca por género

La enfermedad cardíaca ligada a la edad se encontró que 8.5% refirió que se la habían diagnosticado, con una $\chi^2_{1gl} = 4.24$; $p < 0.05$, esto es hay una tendencia a incrementar la presencia del diagnóstico al aumentar la edad (Figura 12), al analizar por género se encontró diferencia significativa, con predominio en el género femenino $Z = 2.6$; $p < 0.01$ (Figura 13).

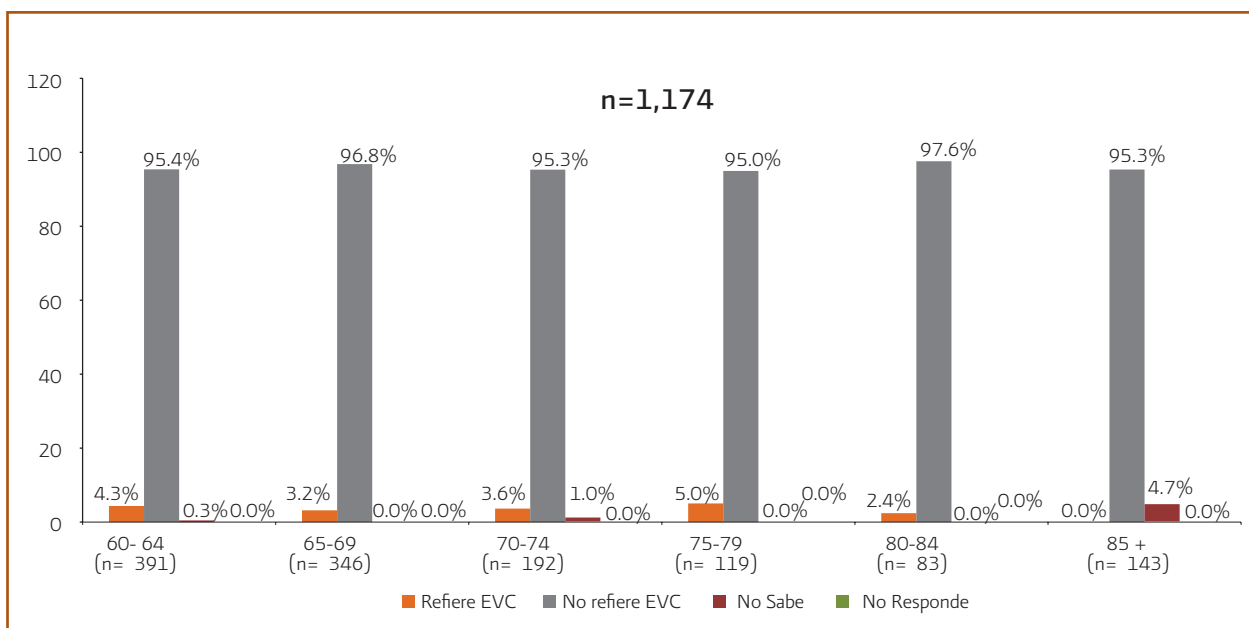


Figura 14. Distribución de Enfermedad Vascular Cerebral según grupo etario

En cuanto a EVC, 4.54% de los entrevistados refirió que ya le habían diagnosticado, al analizar la tendencia de $\chi^2_{1gl} = 1.0$; $p > 0.05$, no muestra significancia estadística ni por edad, ni por género (Figura 14).

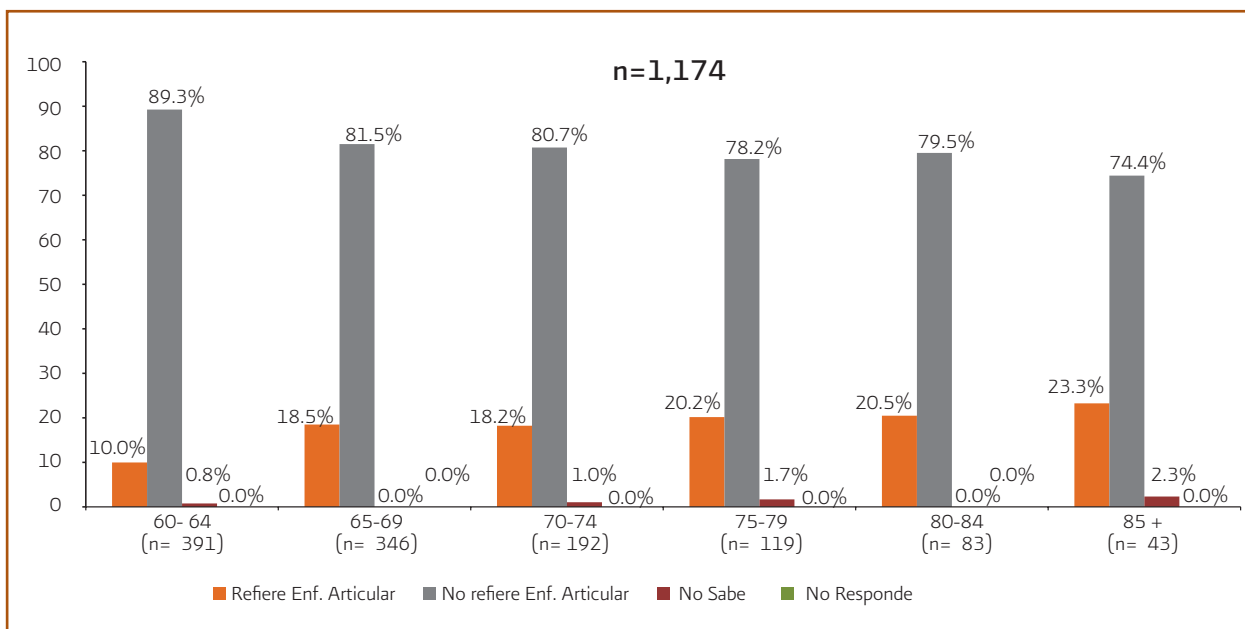


Figura 15. Distribución del diagnóstico de artritis según grupo etario

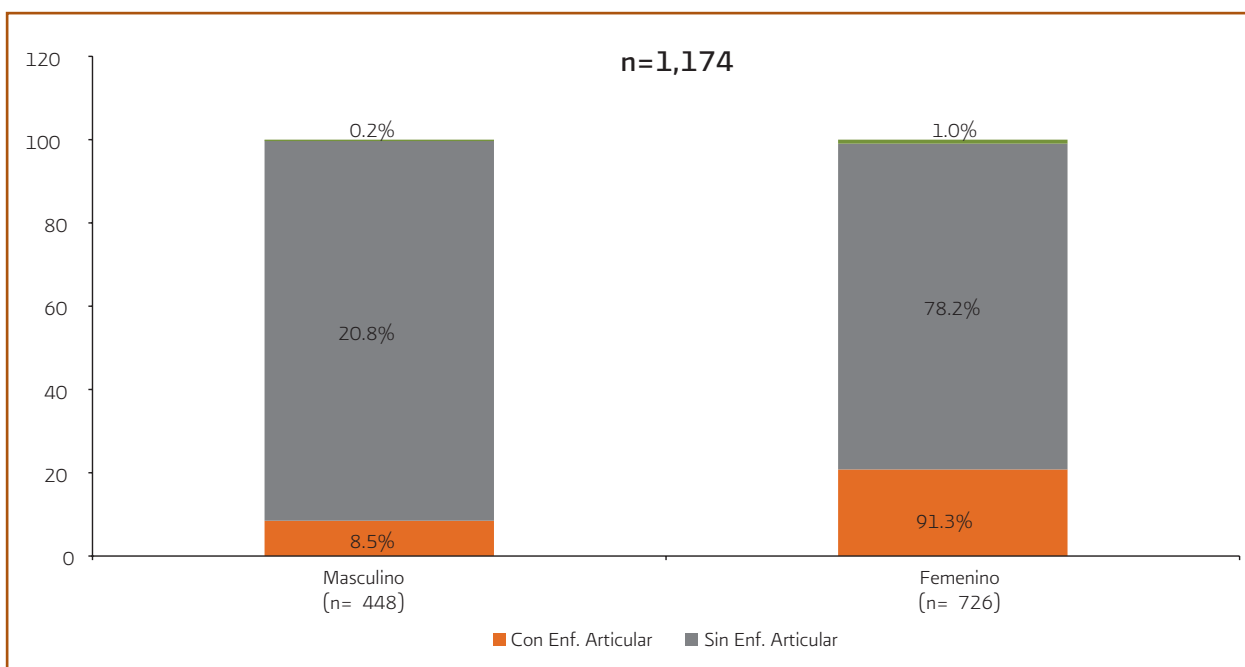


Figura 16. Distribución de artritis, reumatismo y artrosis según género

Respecto a las patologías que afectan a las articulaciones, se encontró que le habían diagnosticado como artritis, reumatismo o artrosis a 16.1% de los encuestados. Al analizar la tendencia, encontramos una $\chi^2_{1gl} = 11.9$; $p < 0.01$, con tendencia lineal al incrementar la edad, al analizarlo por género se obtuvo una $Z = 6.36$; $p < 0.01$. con predominio en el género femenino (Figuras 15 y 16).

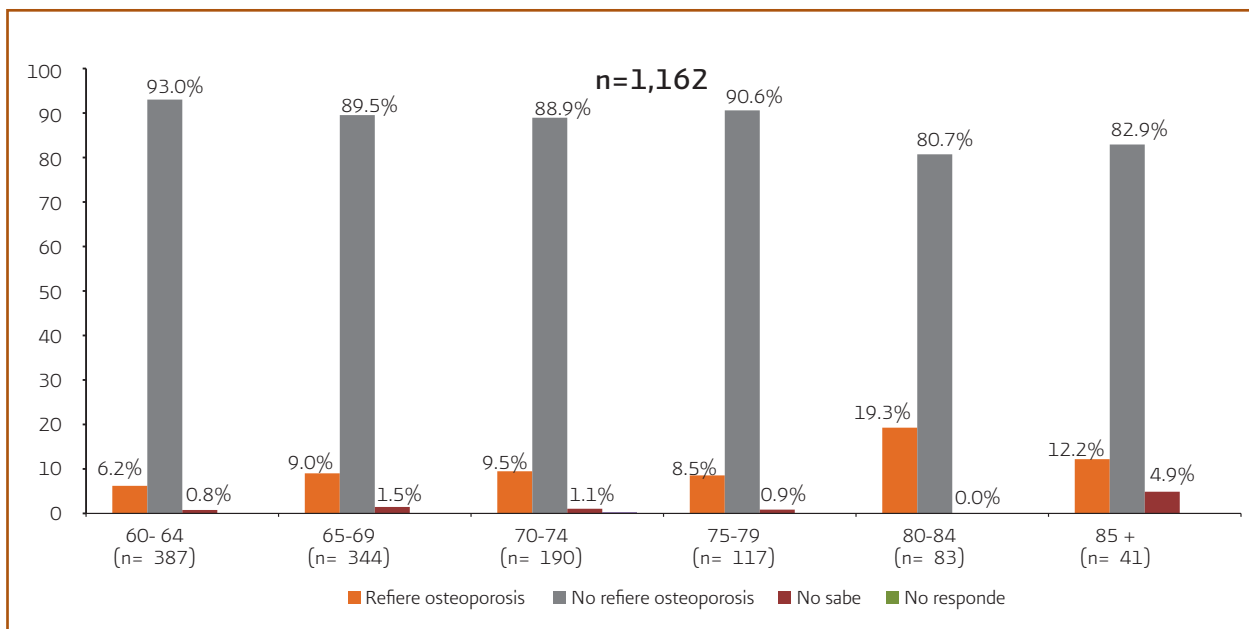


Figura 17. Distribución de osteoporosis según grupo etario

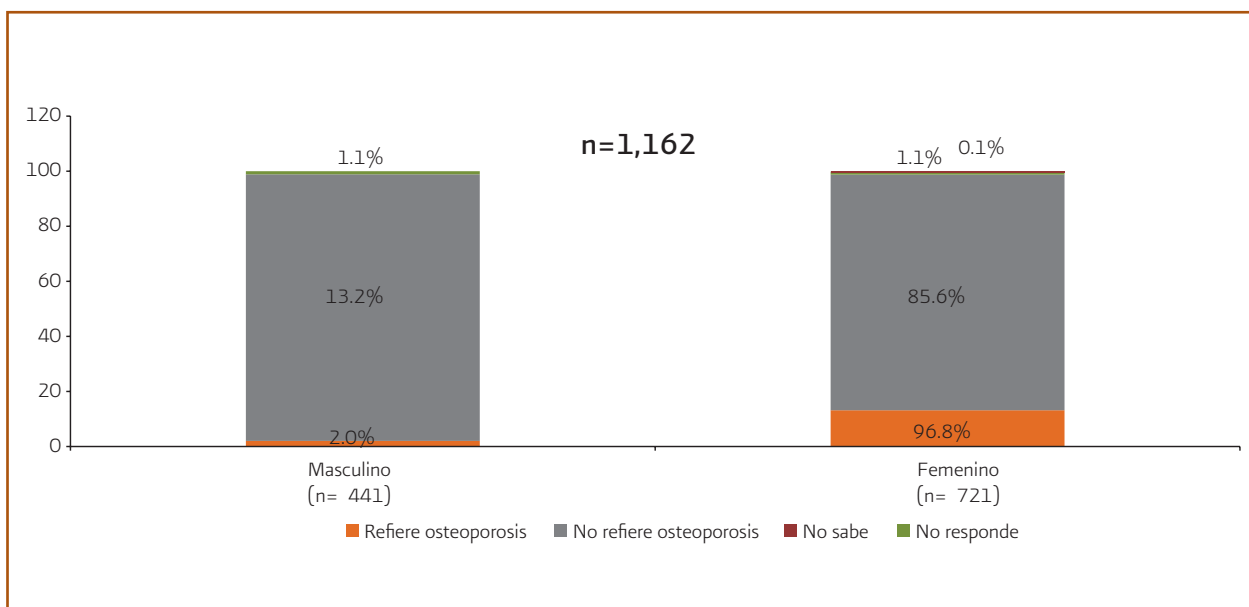


Figura 18. Distribución de osteoporosis por género

Al preguntar si le la han diagnosticado osteoporosis se encontró con una prevalencia 16.19%, con $\chi^2_{1gl}=10.0$; $p<0.01$, estadísticamente significativa por grupo etario, al analizar por género se encontró una $Z=6.5$; $p<0.01$, con prevalencia en el femenino (Figuras 17 y 18).

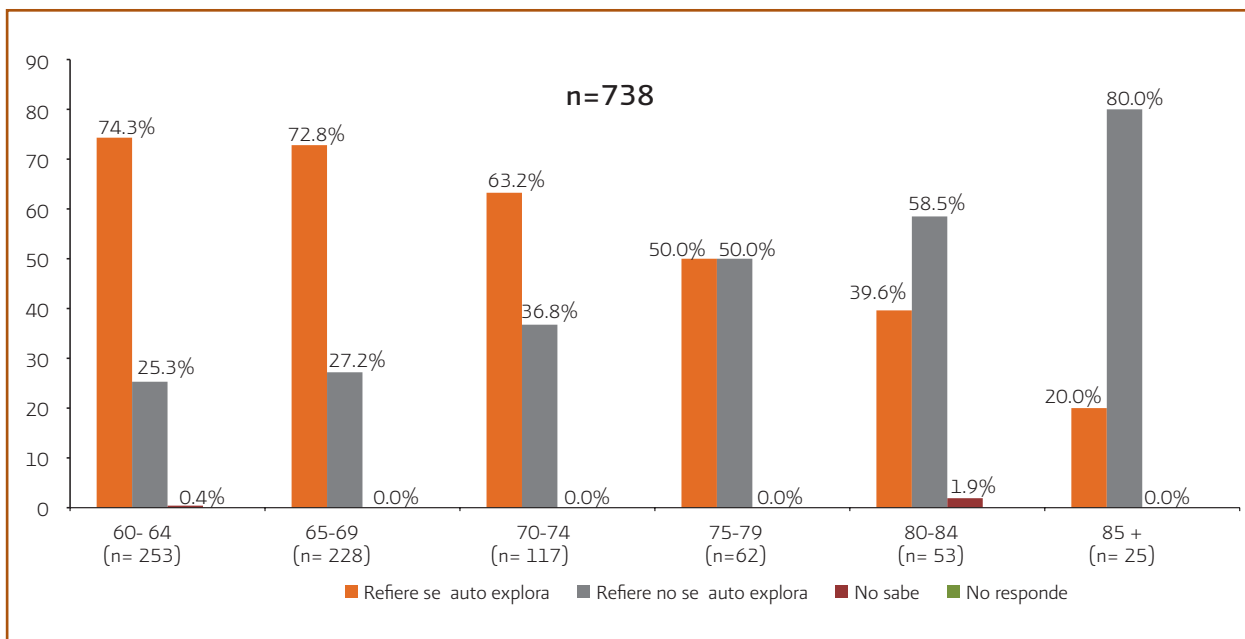


Figura 19. Distribución de autoexploración de glándula mamaria, por grupo etario

A la pregunta si en los dos últimos años, se había auto-examinado las glándulas mamarias buscando la presencia de nódulos, se encontró con prevalencia 47.29% con tendencia lineal descendente a medida que aumenta la edad, siendo más frecuente en las adultas jóvenes con una $\chi^2_{1gl} = 53.3$; $p < 0.01$ (Figura 19).

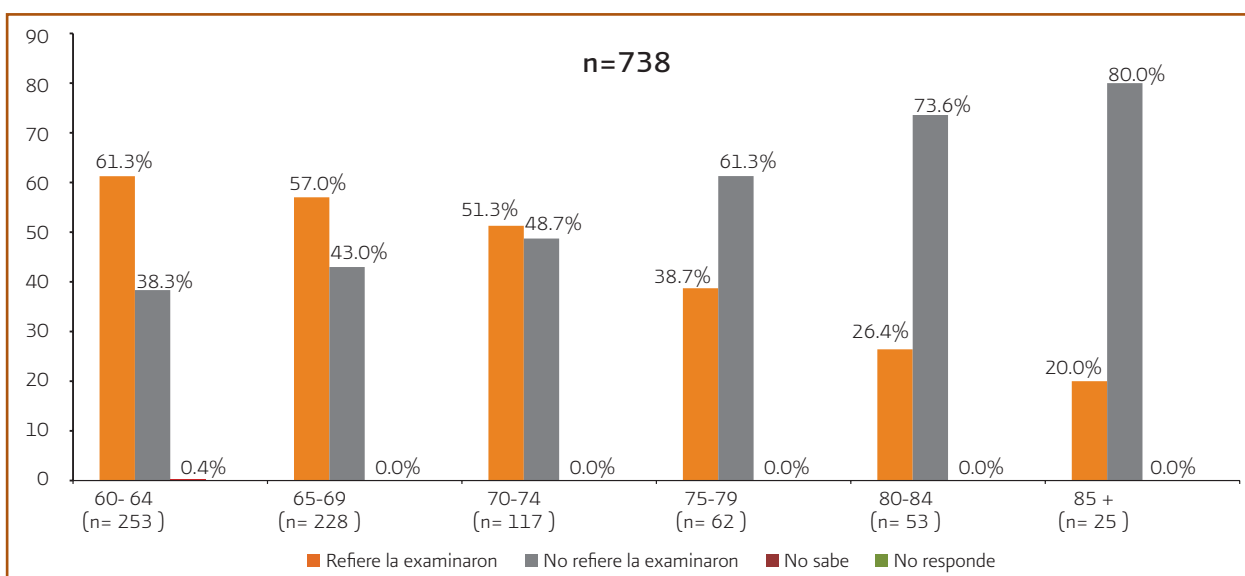


Figura 20. Distribución de exploración por personal de salud de glándula mamaria según grupo etario

Con relación al preguntar si algún profesional de la salud le había examinado los senos, respondió afirmativamente 52.8%, encontrando tendencia lineal descendente a medida que aumenta la edad con $\chi^2_{1gl} = 38.4$; $p < 0.01$ (Figura 20).

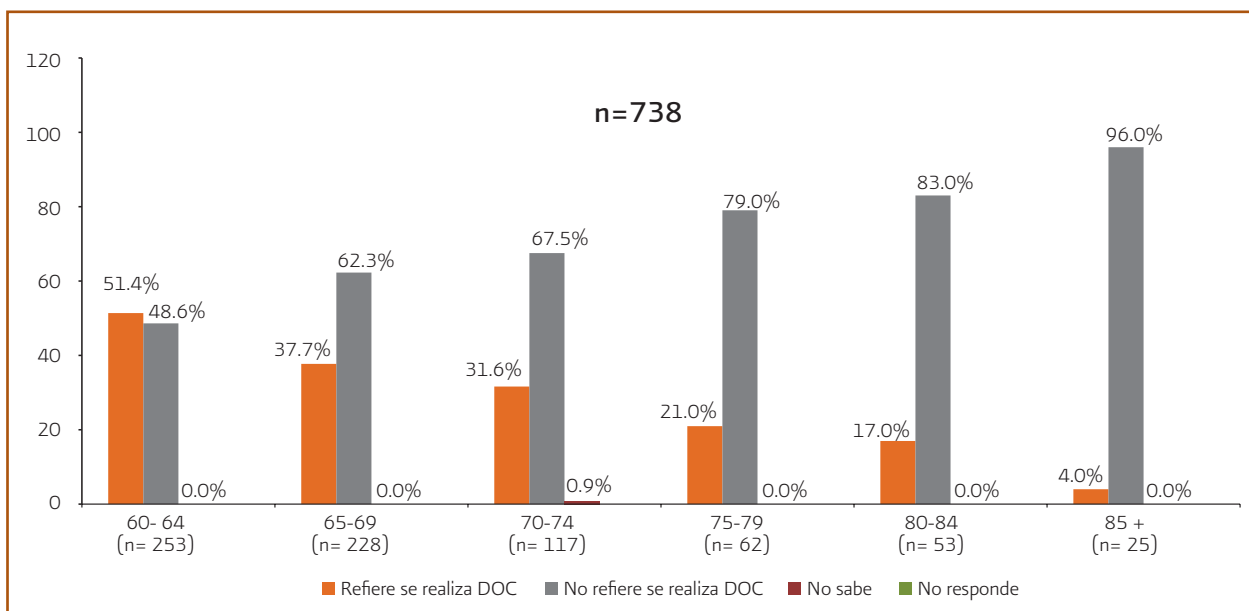


Figura 21. Distribución según grupo etario de la realización de DOC en los últimos dos años

Estudio de citología vaginal por la técnica de papanicolau para detección oportuna de cáncer cérvico uterino (DOC), con prevalencia 62.47%, se lo había realizado en los dos últimos años. Con una tendencia lineal descendente significativa a medida que disminuye la edad con una $\chi^2_{1gl} = 49.3$; $p < 0.01$ (Figura 21).

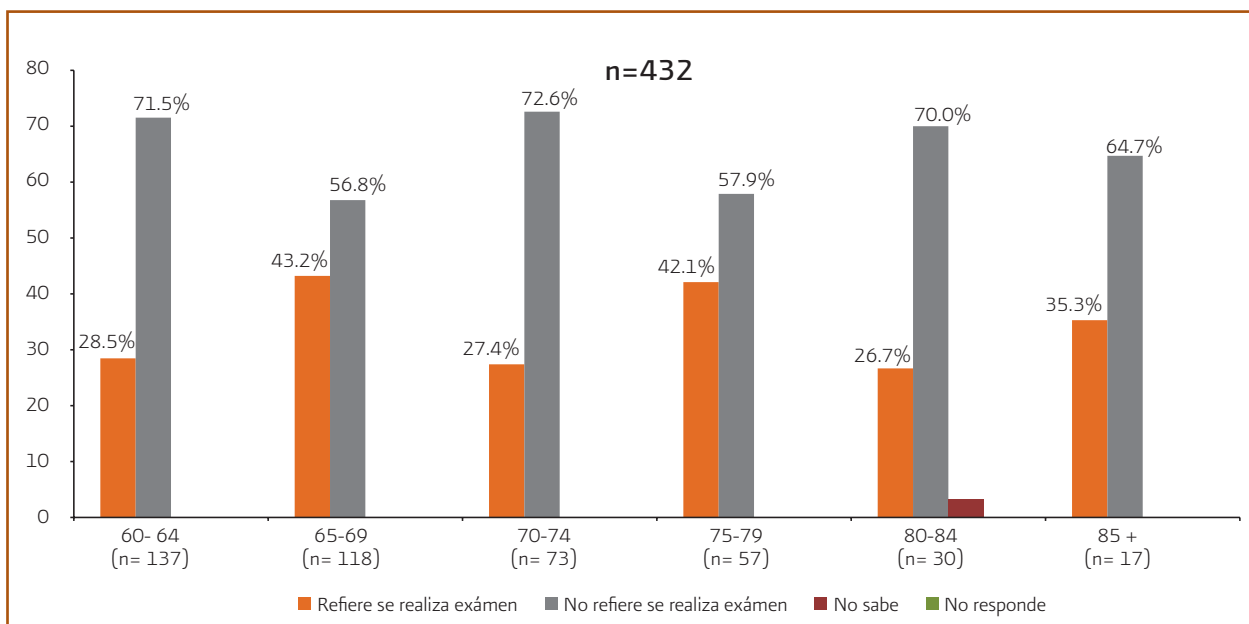


Figura 22. Distribución según grupo etario de la realización de examen de próstata en los dos años previos a la encuesta

Con prevalencia 65.5% los varones que respondieron afirmativamente a la pregunta de si en los dos últimos años se les había hecho un examen de próstata, con una $\chi^2_{1gl} = 0.3$; $p > 0.05$ (Figura 22).

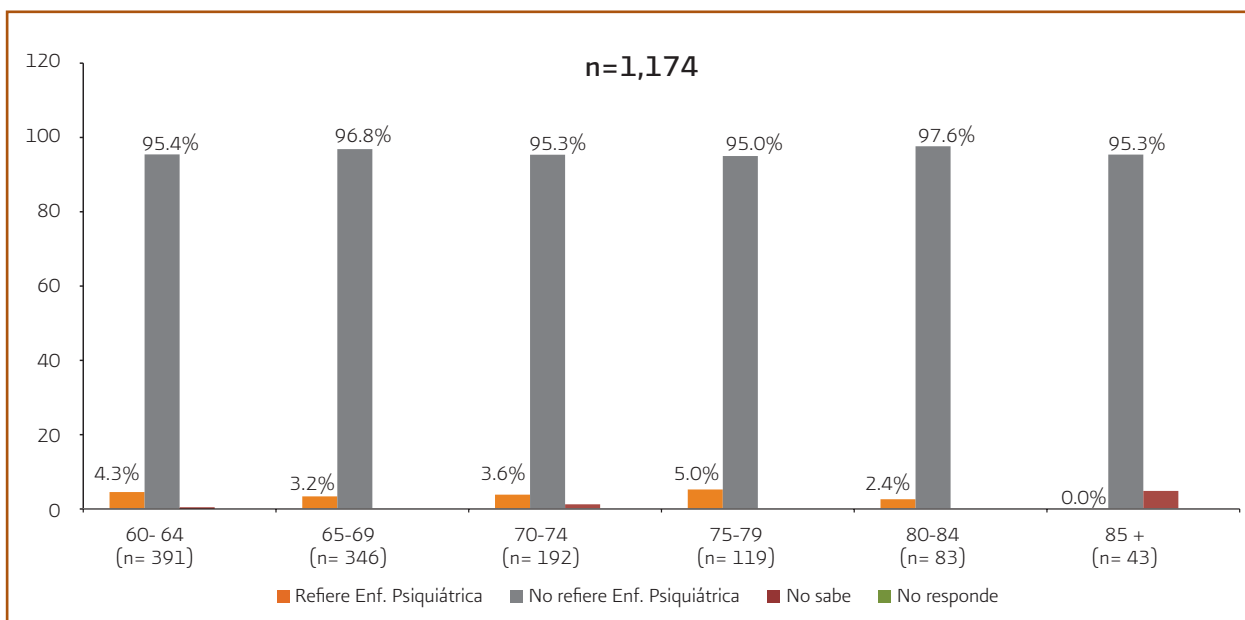


Figura 23. Referencia de enfermedad psiquiátrica según grupo etario

En cuanto a la pregunta si le han diagnosticado un problema nervioso o psiquiátrico, 3.7% lo refirió, con una $\chi^2_{1gl}=0.9$; sin demostrar tendencia por edad y género (Figura 23).

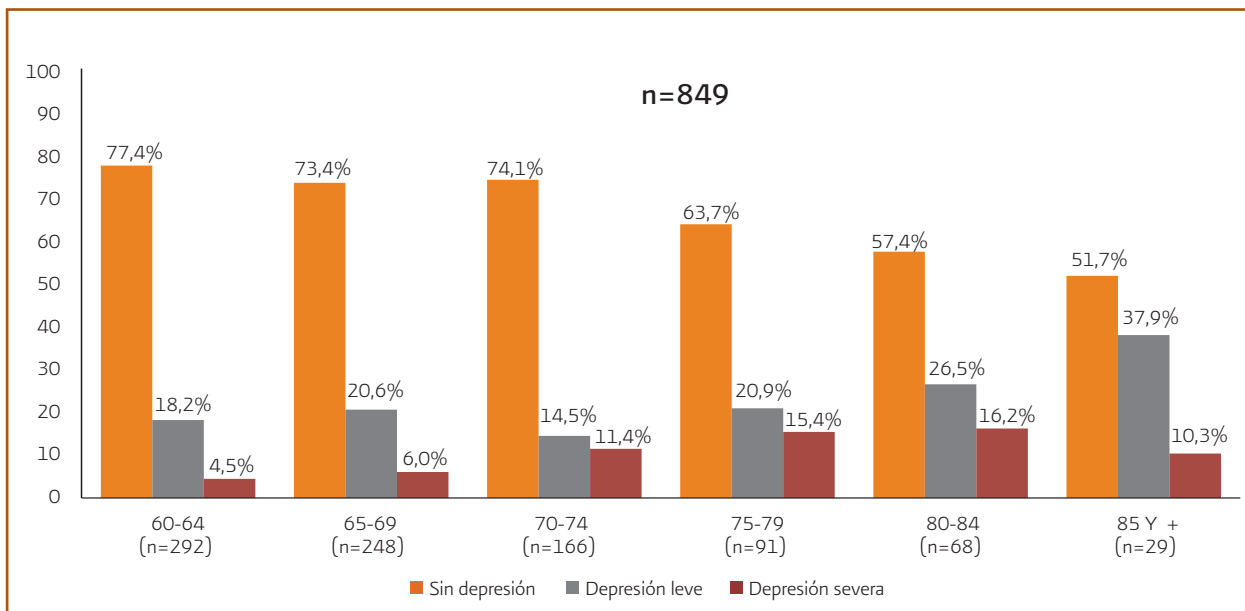


Figura 24. Distribución de depresión por grupo etario

La depresión, patología poco detectada en este grupo etario, 8.4% refirieron presentarla, con una $\chi^2_{1gl}=16.7$; $p<0.01$ con tendencia lineal ascendente de 60 a 84 años por grupos de edad, al analizar el comportamiento por género, no se encontró preferencia por ninguno con una $Z = 1.3$ (Figura 24).

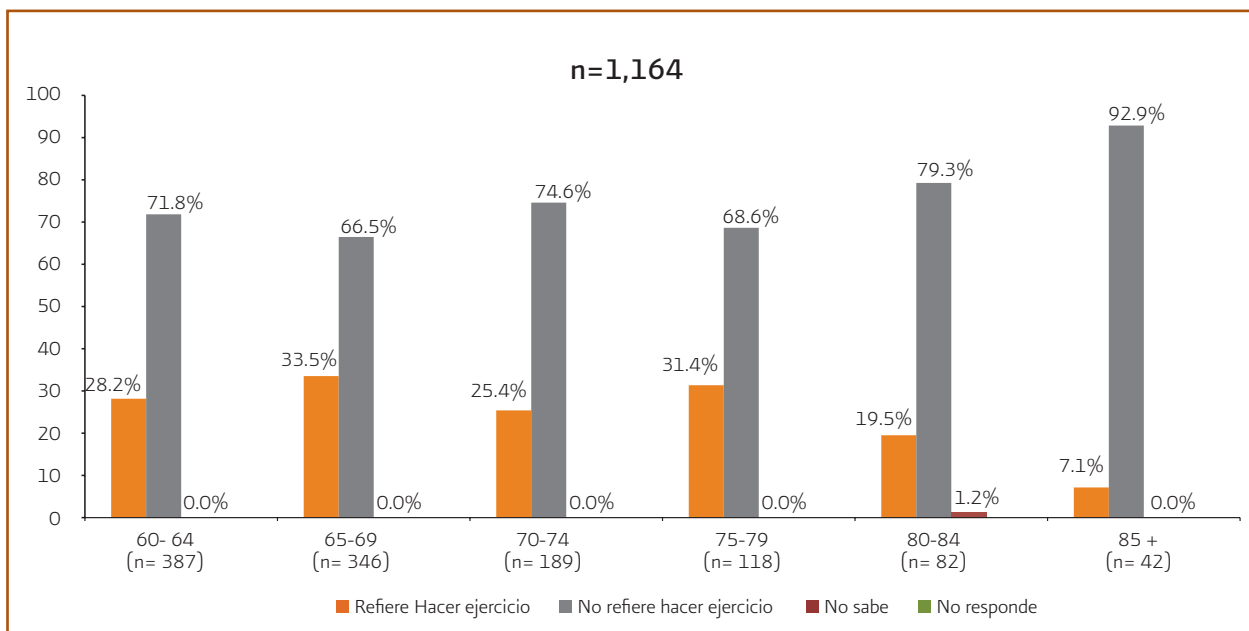


Figura 25. Distribución según grupo etario de la realización de ejercicio de manera regular

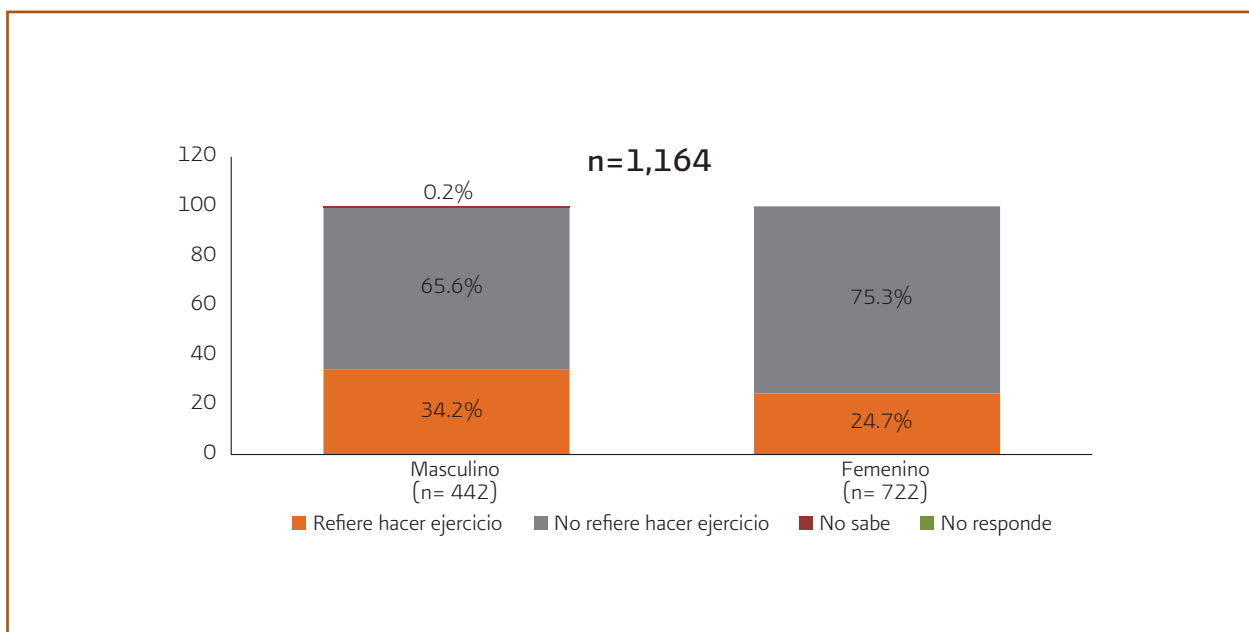


Figura 26. Realización de ejercicio por género

A la pregunta si habían hecho ejercicio regularmente, al menos tres veces a la semana, 71.7% respondió afirmativamente, siendo menor a edades más avanzadas, $\chi^2_{1gl} = 5.9$; $p < 0.01$ (Figura 25). Los hombres realizan con mayor frecuencia el ejercicio en forma regular, $Z = 3.6$; $p < 0.01$ (Figura 26).

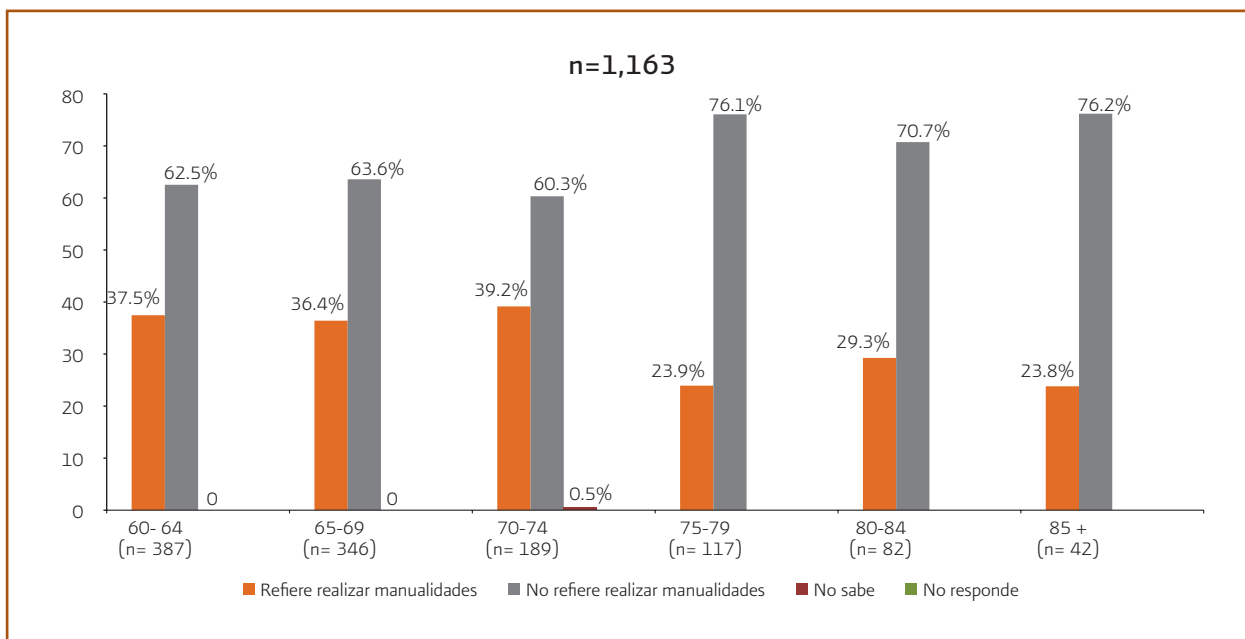


Figura 27. Distribución de la realización de manualidades según grupo etario

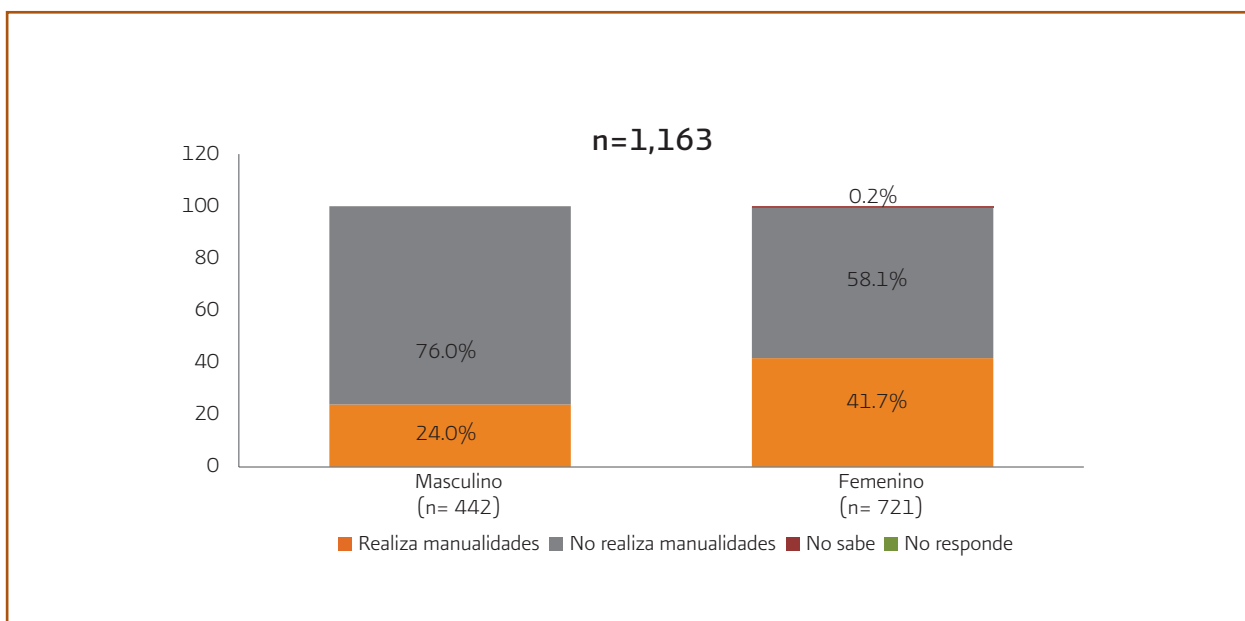


Figura 28. Realización de manualidades por género

Al investigar la participación de los encuestados en la elaboración de manualidades por lo menos una vez por semana, como actividad de entretenimiento se encontró prevalencia de 64.9%, la que refirió que si lo hacía, con $\chi^2_{1gl} = 6.9$; $p < 0.01$. Esta actividad es más frecuente en el género femenino con una $Z = 6.2$ $p < 0.01$ (Figuras 27 y 28).

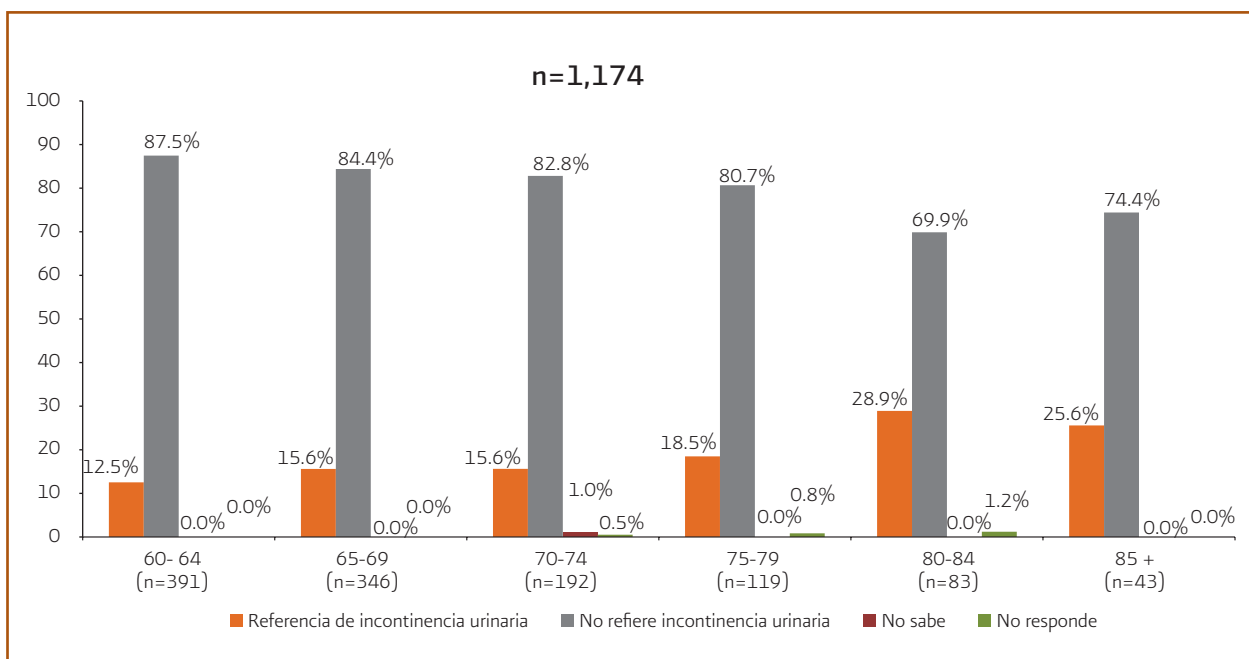


Figura 29. Distribución de la presencia de incontinencia urinaria según grupo etario

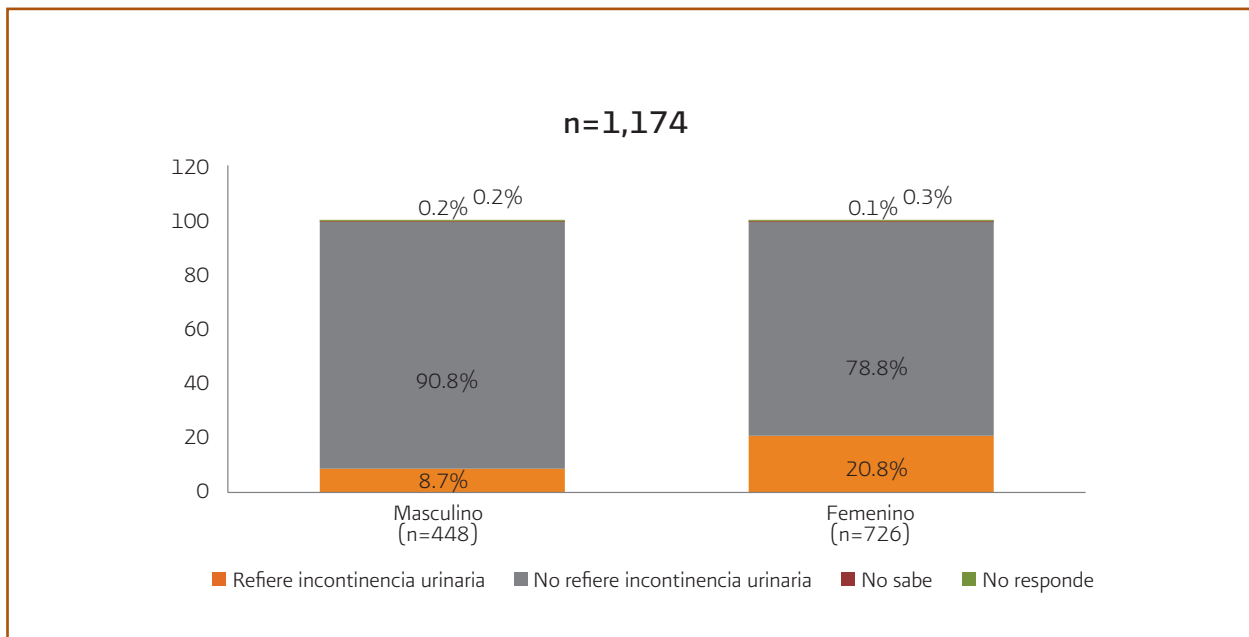


Figura 30. Distribución de incontinencia urinaria por género

En cuanto a la incontinencia urinaria, en el último año, 16.8% refirió que la presentaba, con tendencia lineal ascendente conforme avanza la edad, con predominio en el género femenino, $\chi^2_{1gl} = 14.2$; $p < 0.01$, $Z = 5.5$; $p < 0.01$ (Figura 29 y 30).

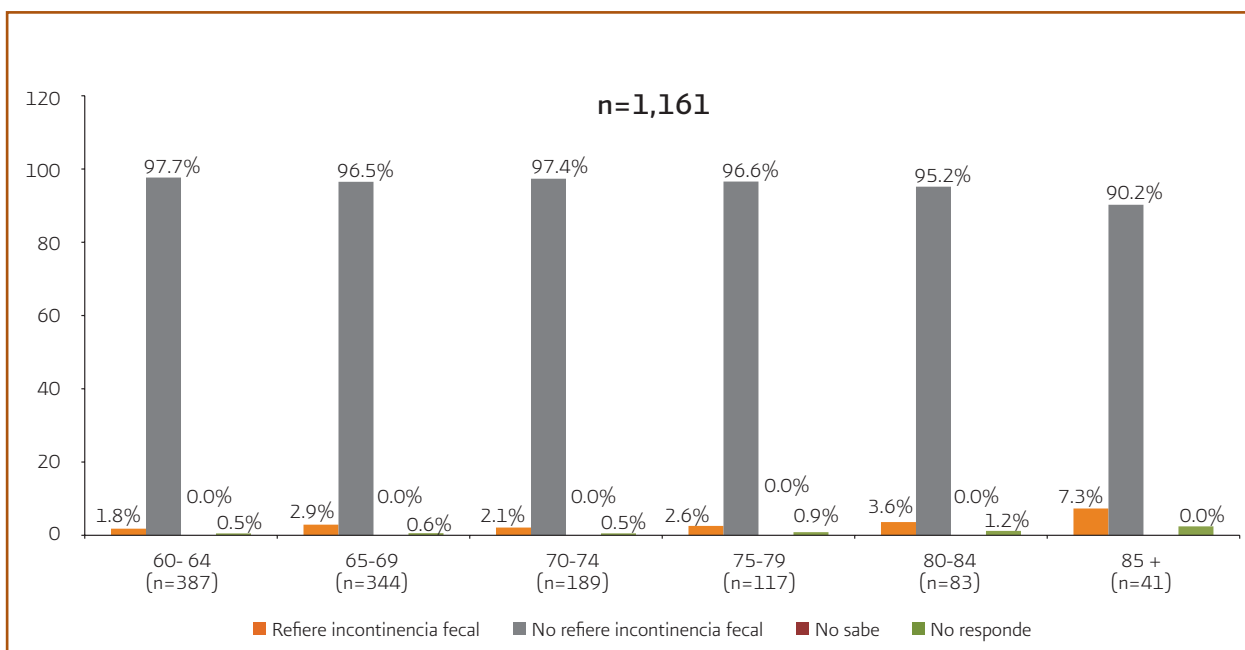


Figura 31. Distribución de la presencia de incontinencia fecal según grupo etario

Al investigar incontinencia fecal, en el último año con una prevalencia de 2.58%, $\chi^2_{1gl} = 2.7$; $p > 0.05$; sin encontrarse diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres ni por grupo etario (Figura 31).

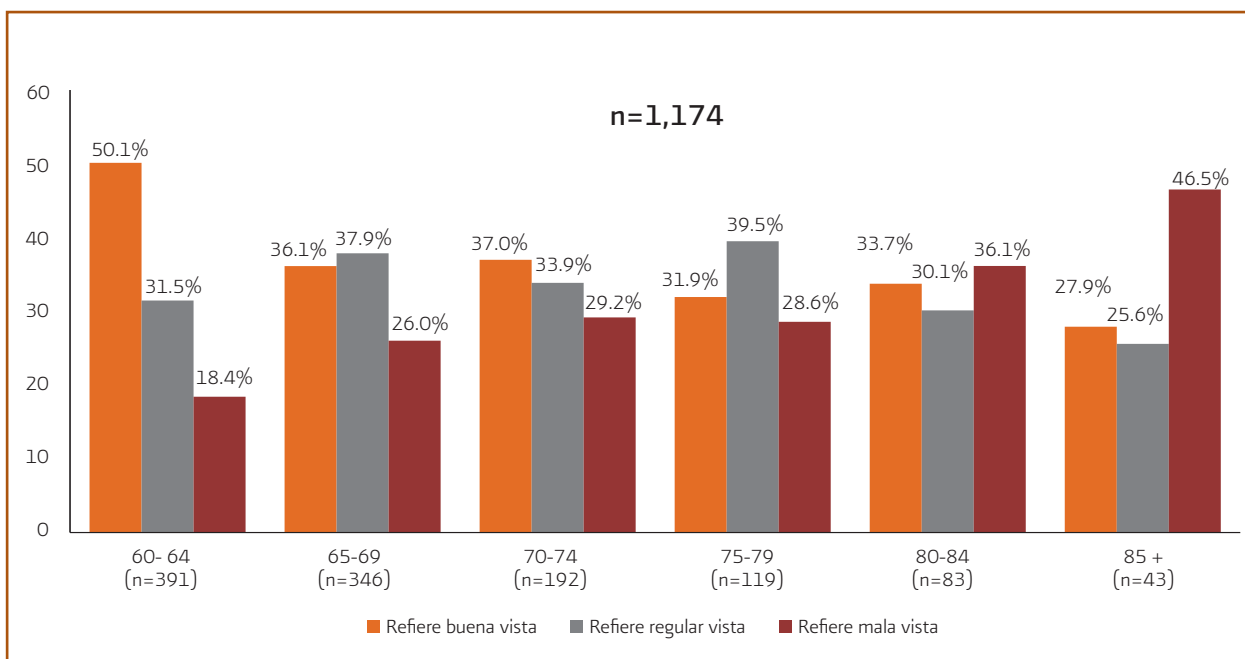


Figura 32. Distribución de que tan buena es su vista tiene sin anteojos según grupo etario

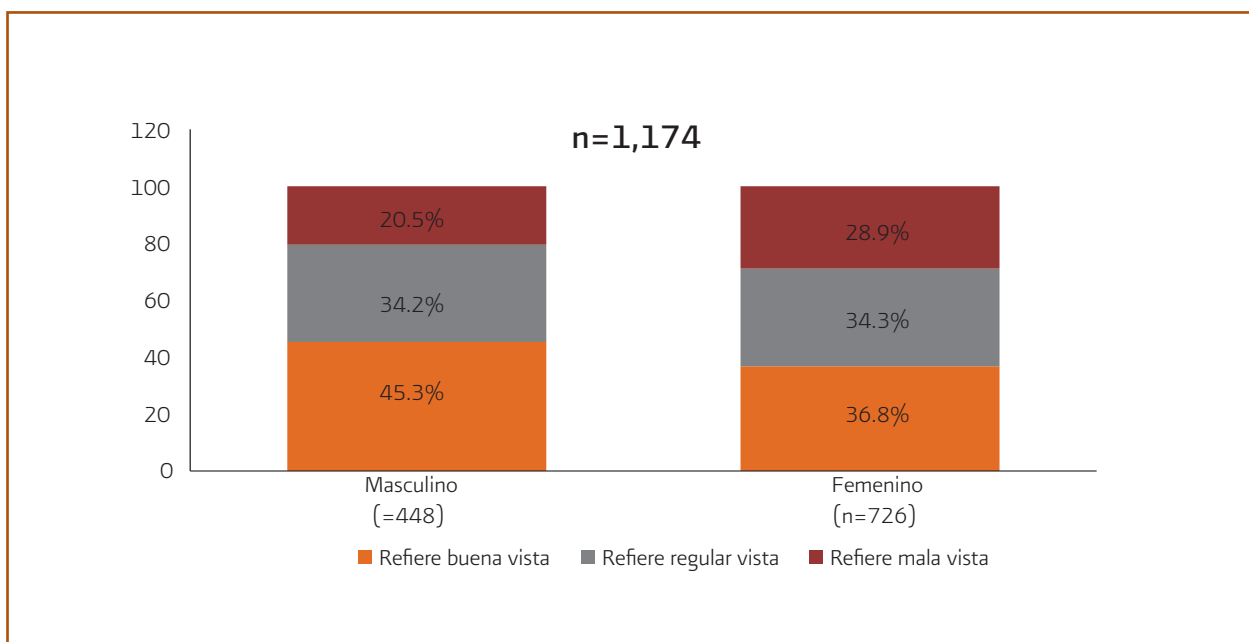


Figura 33. Distribución de que tan buena es su vista tiene sin anteojos por género

En cuanto a la percepción de la calidad de su vista (sin anteojos o lentes de contacto) 25.7% refirió tener dificultad para ver, la cual presenta una tendencia que se incrementa con la edad estadísticamente significativa $\chi^2_{1gl} = 24.3$; $p < 0.01$, con una $Z = 3.2$; $p < 0.01$ con predominio en el género femenino (Figuras 32 y 33).

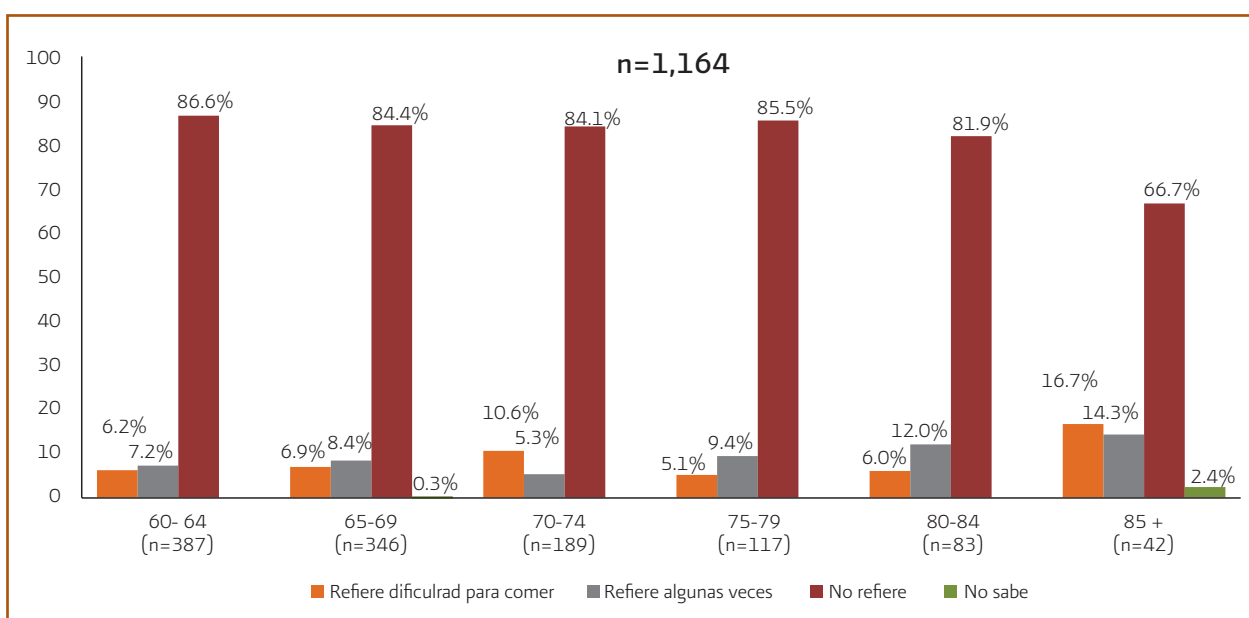


Figura 34. Referencia de tener dificultad para comer por problemas dentales según grupo etario

A la pregunta tiene dificultad para comer por problemas diéntales, encontramos una prevalencia 2.3%, con una $\chi^2_{1gl} = 2.0$; $p > 0.05$ (Figura 34).

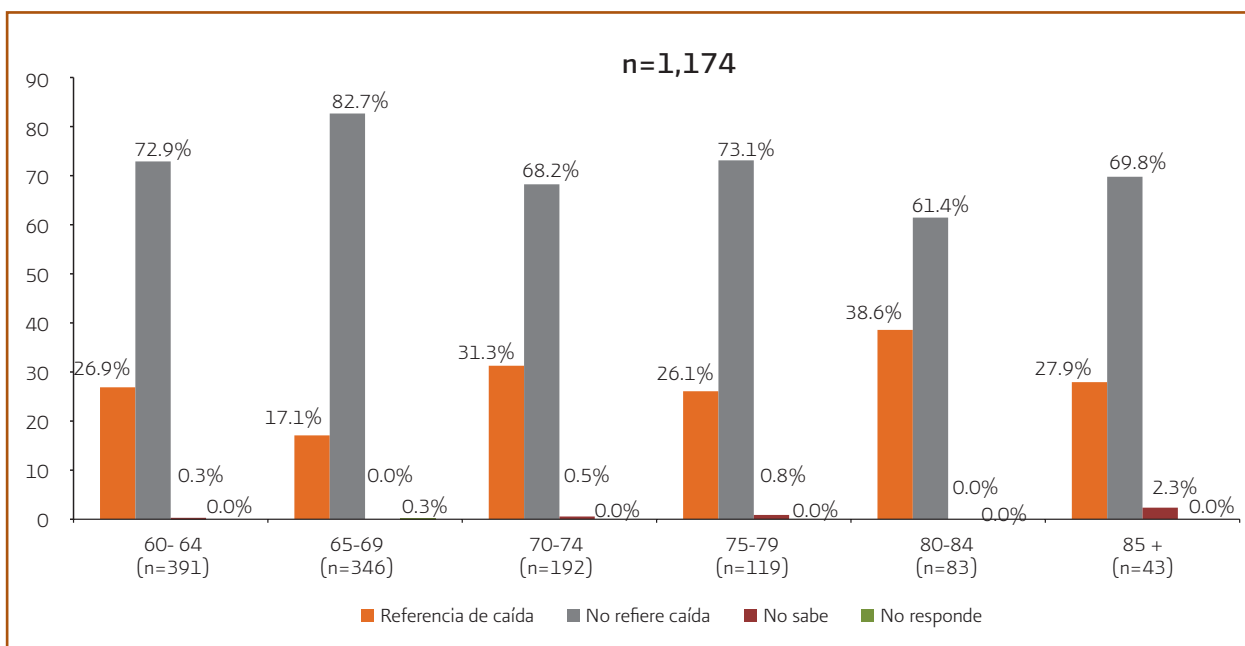


Figura 35. Distribución de alguna caída en los últimos seis meses según grupo etario

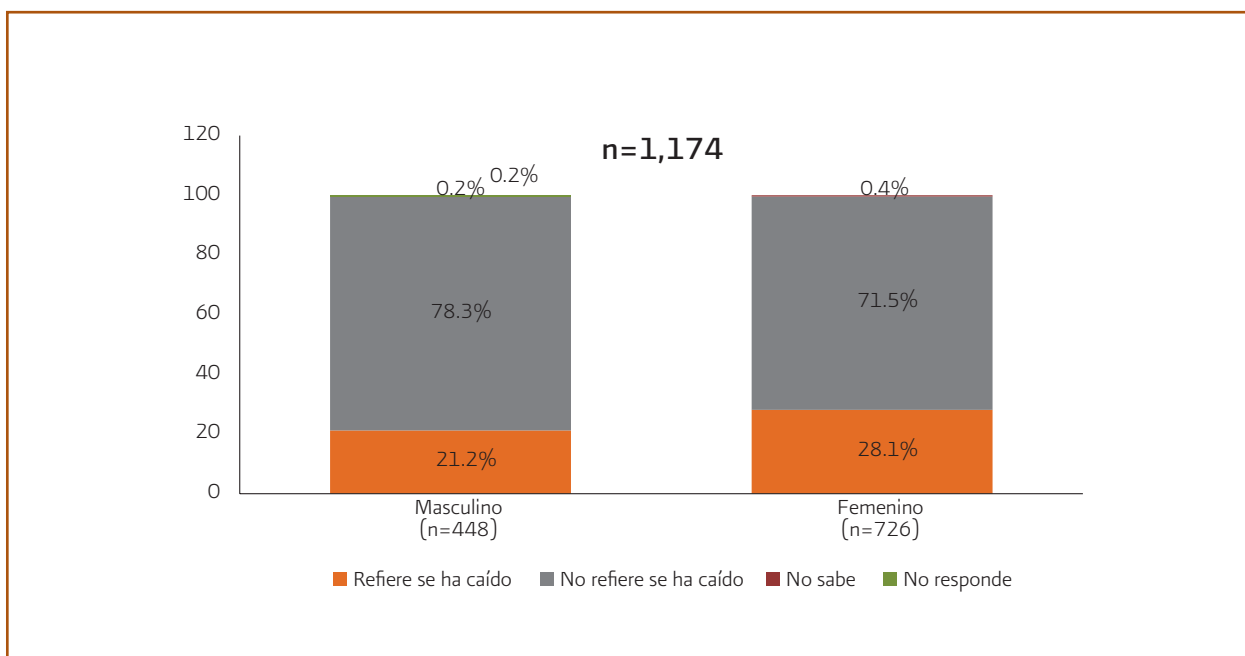


Figura 36. Distribución de caída en los últimos seis meses por género

Con prevalencia 25.5%, por haber presentado algún evento relacionado con caídas en los últimos seis meses, lo cual es estadísticamente significativo con $\chi^2_{1gl} = 4.6$; $p < 0.05$, siendo mayor para el género femenino con una $Z = 2.6$; $p < 0.01$ (Figura 35 y 36).

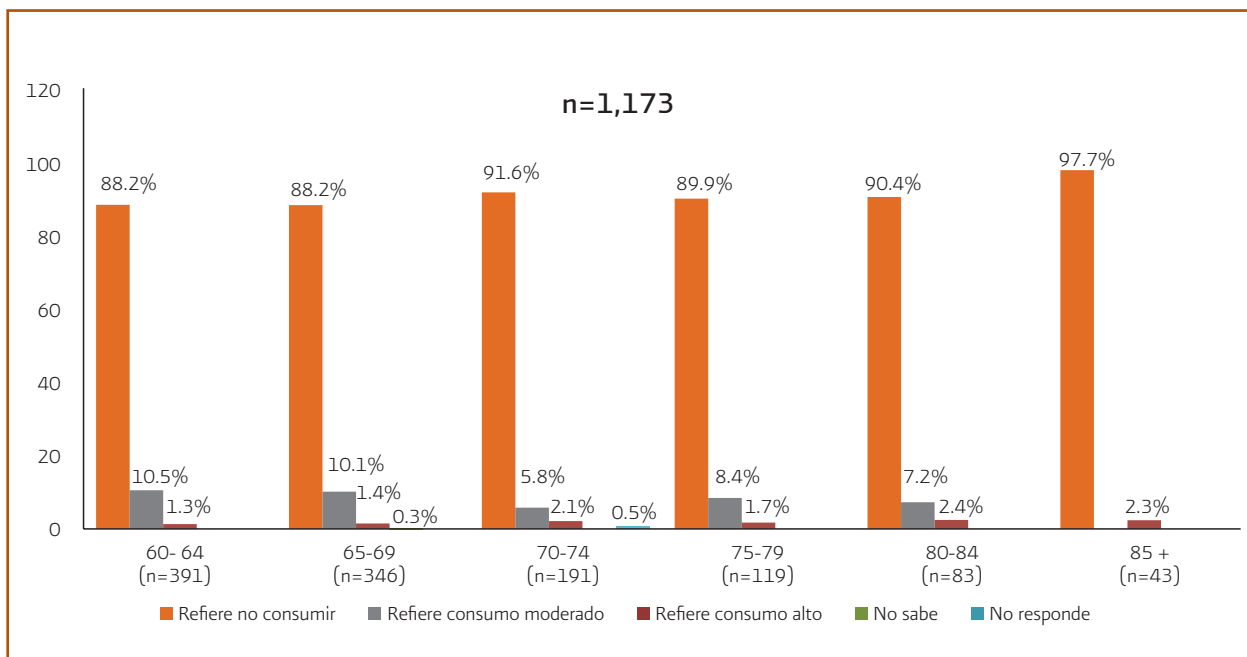


Figura 37. Distribución del consumo de alcohol según grupo etario

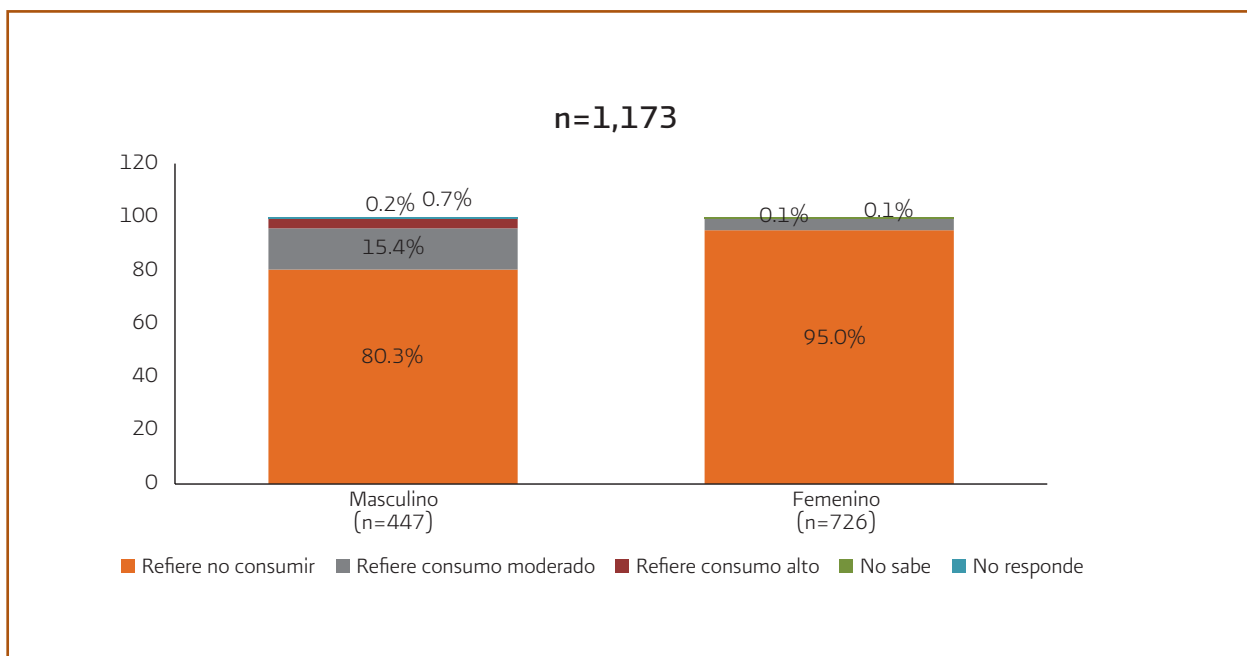


Figura 38. Distribución del consumo de alcohol por género

1.6% refirió haber consumido alcohol, no se encontró tendencia por grupo etario $\chi^2_{1gl} = 0.8$; $p > 0.05$, siendo mayor para el género masculino con una $Z = 5.2$; $p < 0.01$ (Figuras 37 y 38).

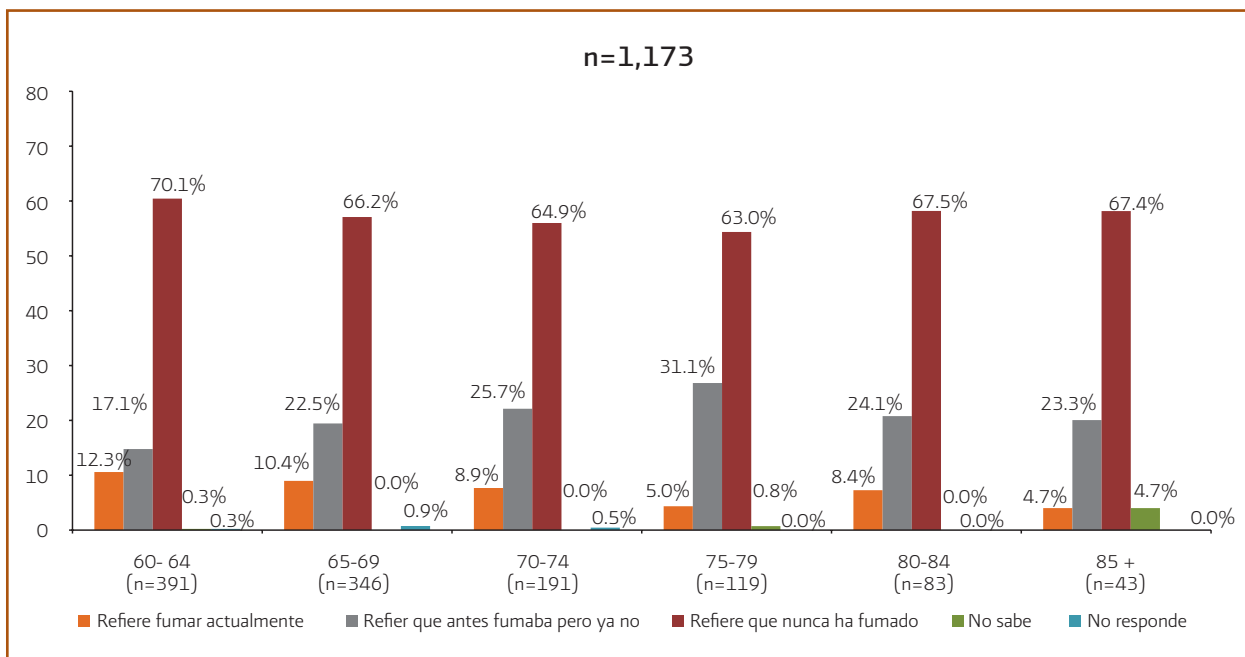


Figura 39. Distribución de consumo de tabaco por grupo etario

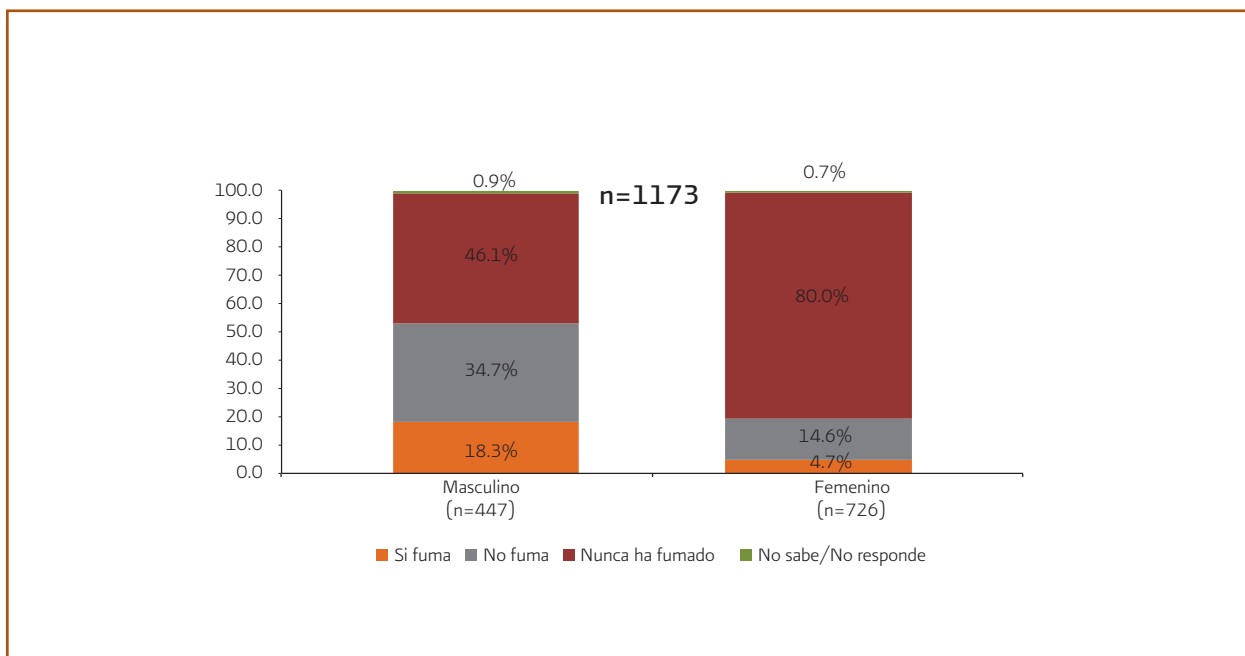


Figura 40. Distribución de consumo de tabaco por genero

Con relación al habito de fumar 9.9% refirió que fumaba, siendo significativo por grupo etario con $\chi^2_{1g}=6.2$; $p<0.05$. Cuando se analizó por género se encontró una diferencia significativa $Z= 7.6$; $p<0.01$ a favor del género masculino (Figura 39 y 40).

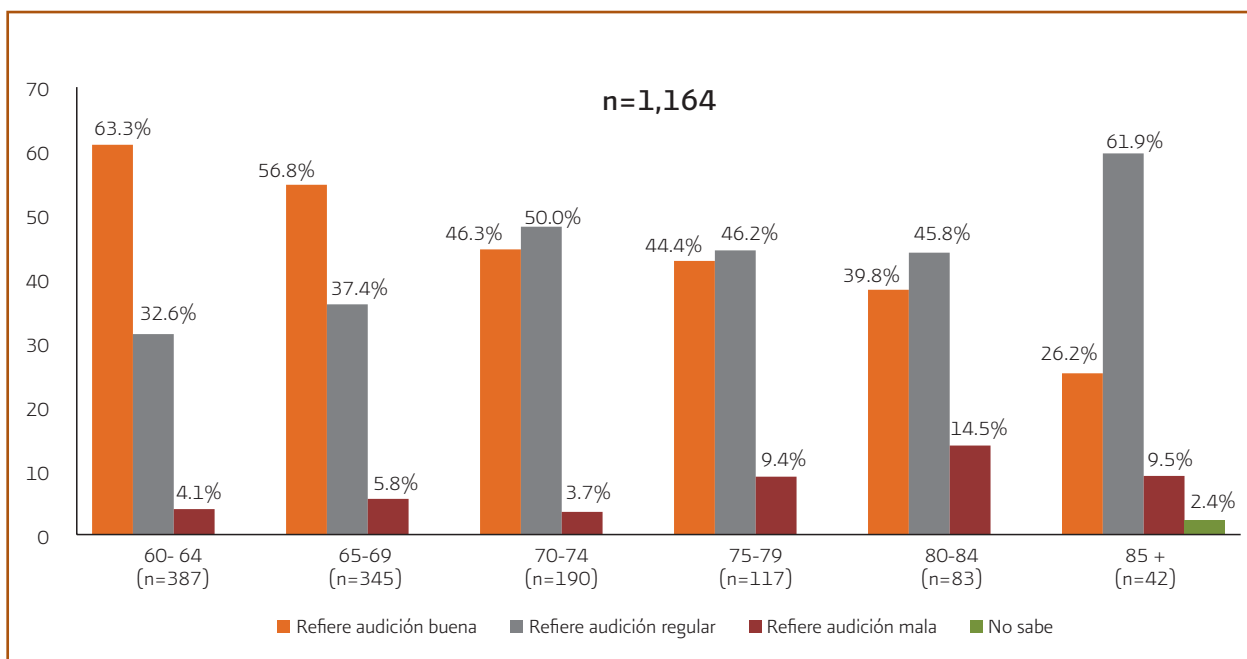


Figura 41. Distribución de la percepción de la audición según grupo etario

Con relación a la percepción de la audición 6%, respondió le aprecia como buena, encontrando una tendencia significativa conforme avanza la edad con una $\chi^2_{1gl} = 11.2$; $p < 0.01$ (Figura 41).

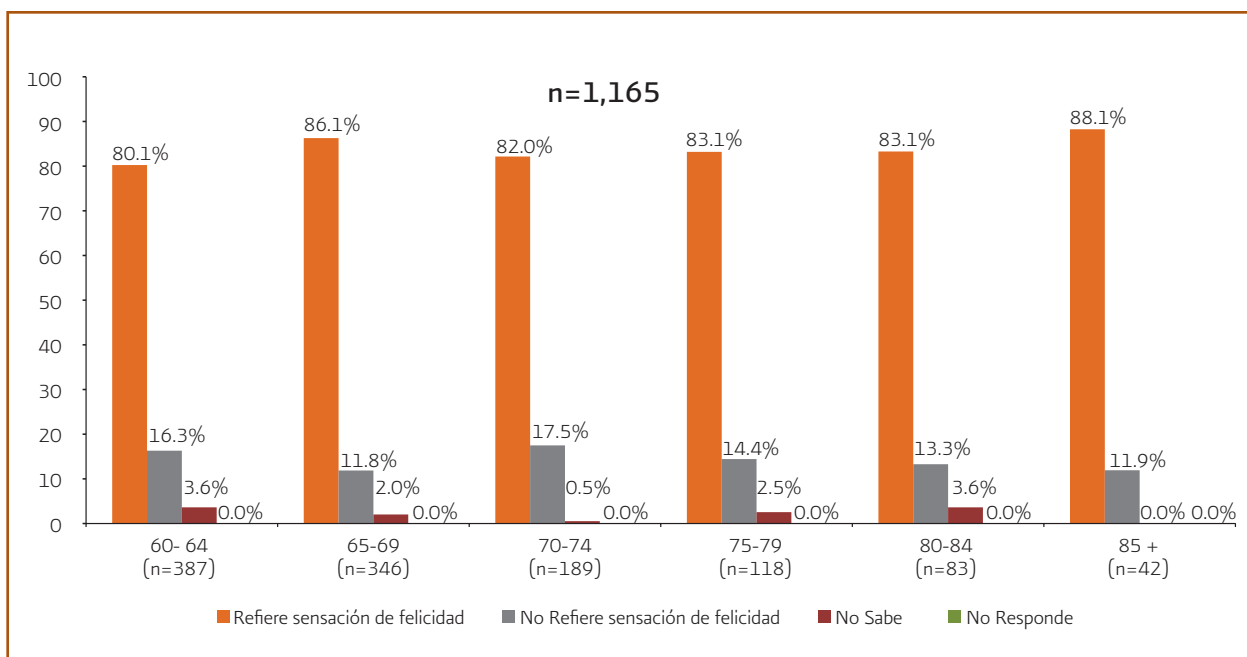


Figura 42. Percepción de su felicidad según grupo etario

Con relación a la percepción de la felicidad, 14.8% se refieren infelices con un 85.2% se percibe feliz, sin que exista una tendencia significativa por grupo etario, ni género (Figura 42).

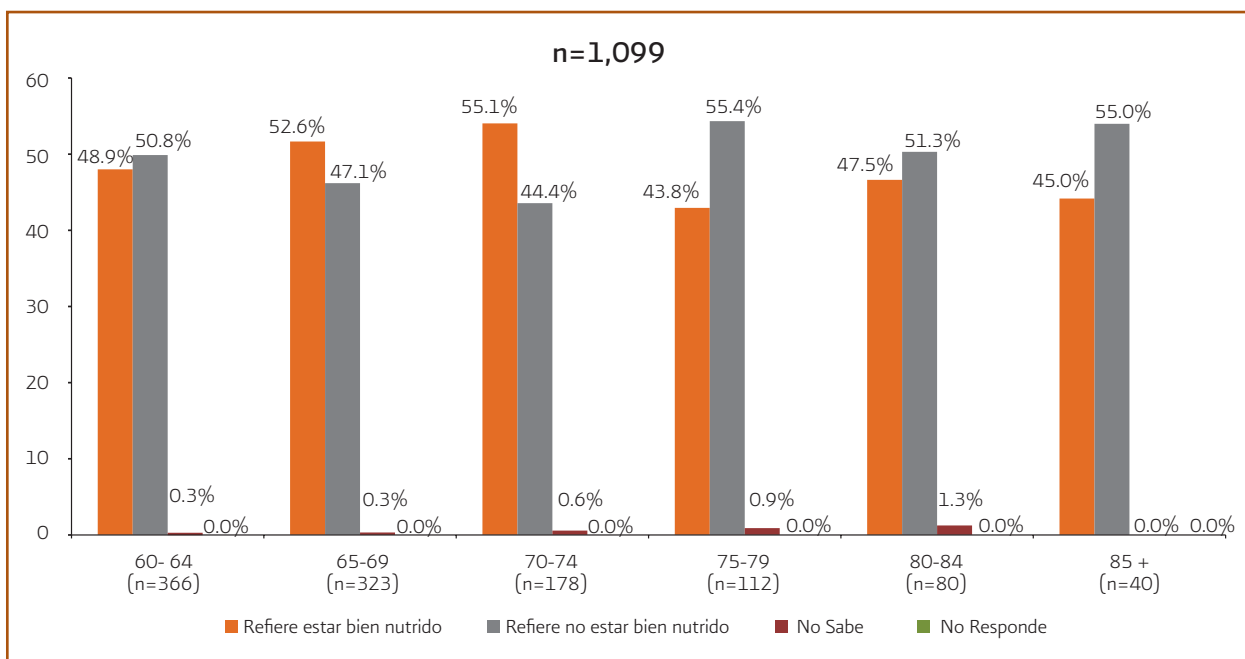


Figura 43. Percepción de su nutrición según grupo etario

Con una prevalencia 49.3%, del grupo de entrevistados, se percibe como bien nutrido, sin que exista una tendencia por grupo etario ni por género, con una $\chi^2_{1gl} = 0.3$; $p > 0.05$ (Figura 43).

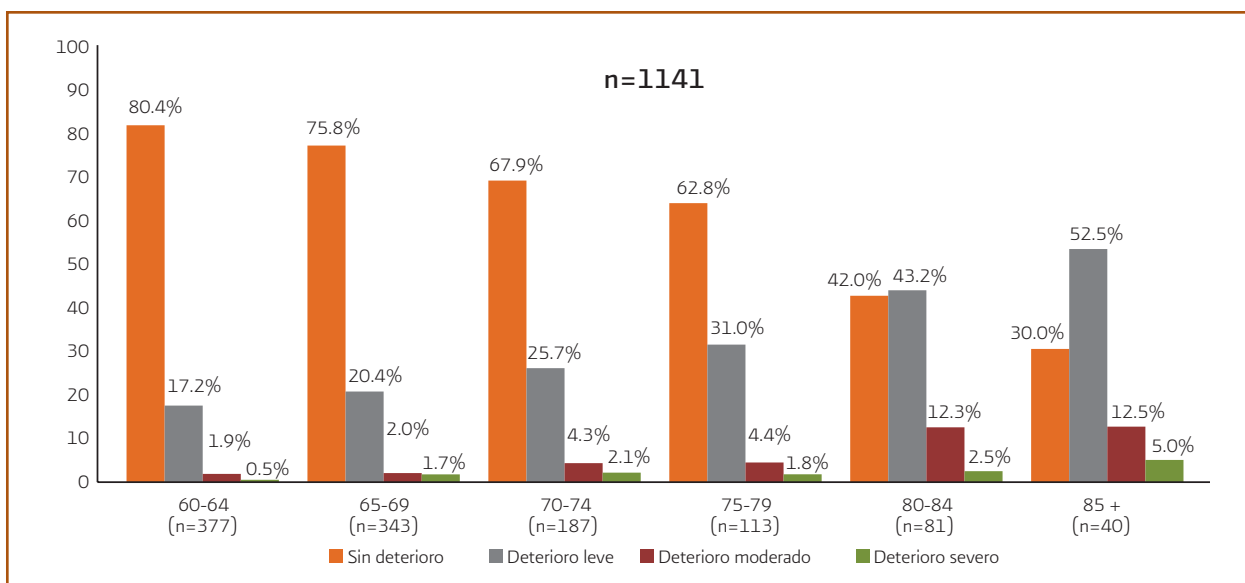


Figura 44. Referencia de actividades instrumentales de la vida diaria según grupo etario

Al estudiar el estado funcional y preguntar si presenta dificultad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIIVD), 1.6% respondió que sí, al calcular la $\chi^2_{1gl} = 6.3$; $p < 0.01$, con un porcentaje mayor en el grupo de 85 y más, sin embargo cuando se valoró esta variable por género no fue significativo, con una $Z = 1.94$ (Figura 44).

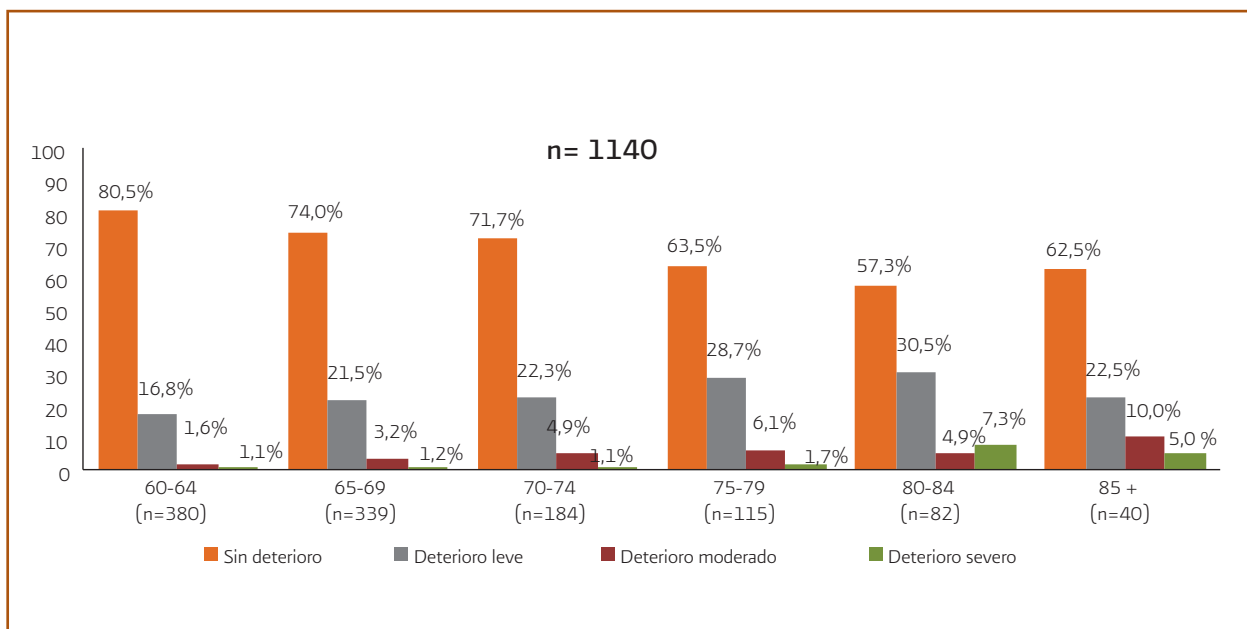


Figura 45. Referencia de ABVD según grupo etario

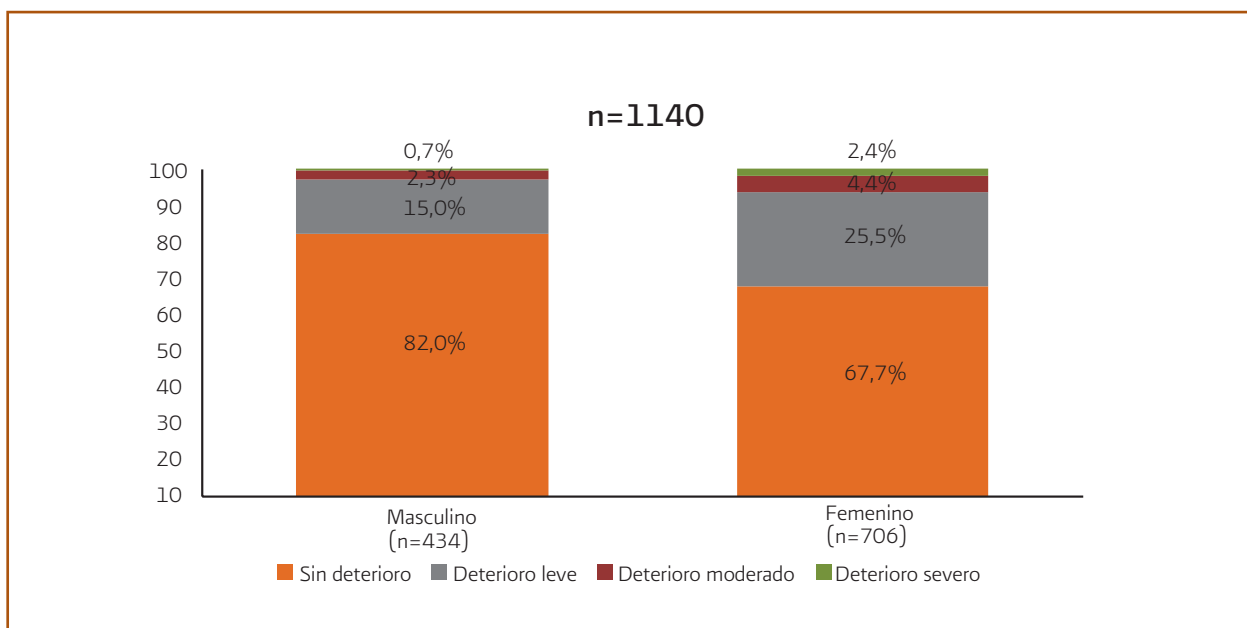


Figura 46. Referencia de ABVD por género

1.8% de la población estudiada presenta discapacidad al estudiar el estado funcional para detectar las dificultades de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) con $\chi^2_{1gl} = 10.2$; $p < 0.01$; significativamente representativa, cuando se valoró esta variable por género, se encontró una $Z = 2.1$; $p < 0.05$, con predominio en el género femenino (Figura 45 y 46).

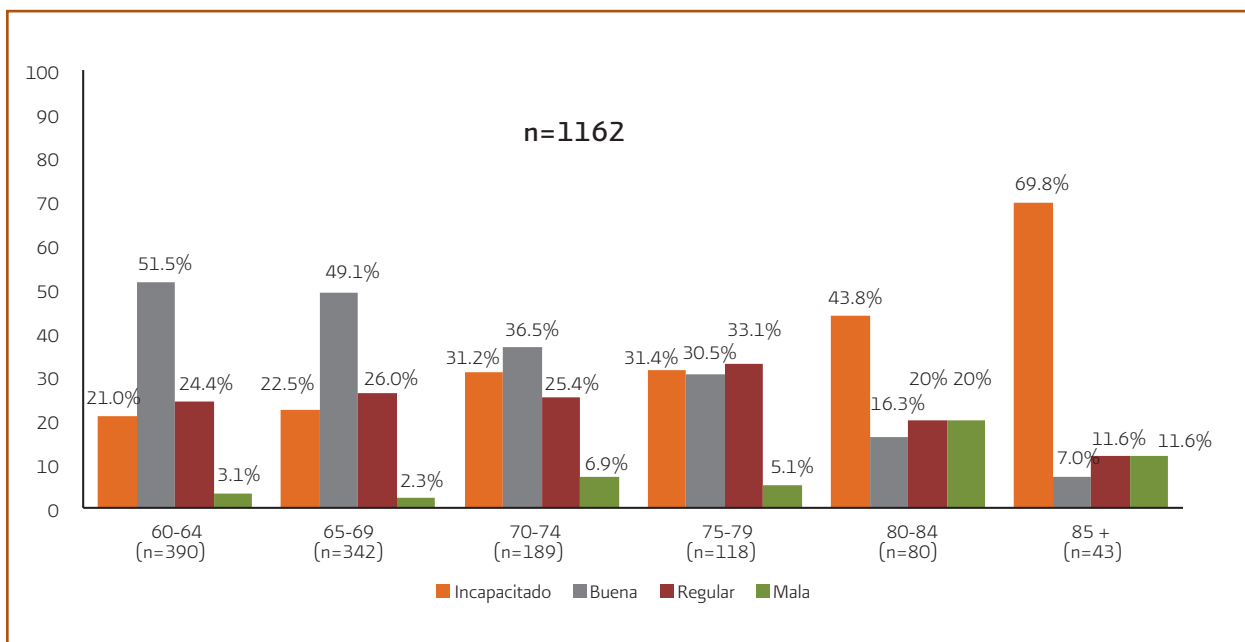


Figura 47. Flexibilidad y equilibrio según grupo etario

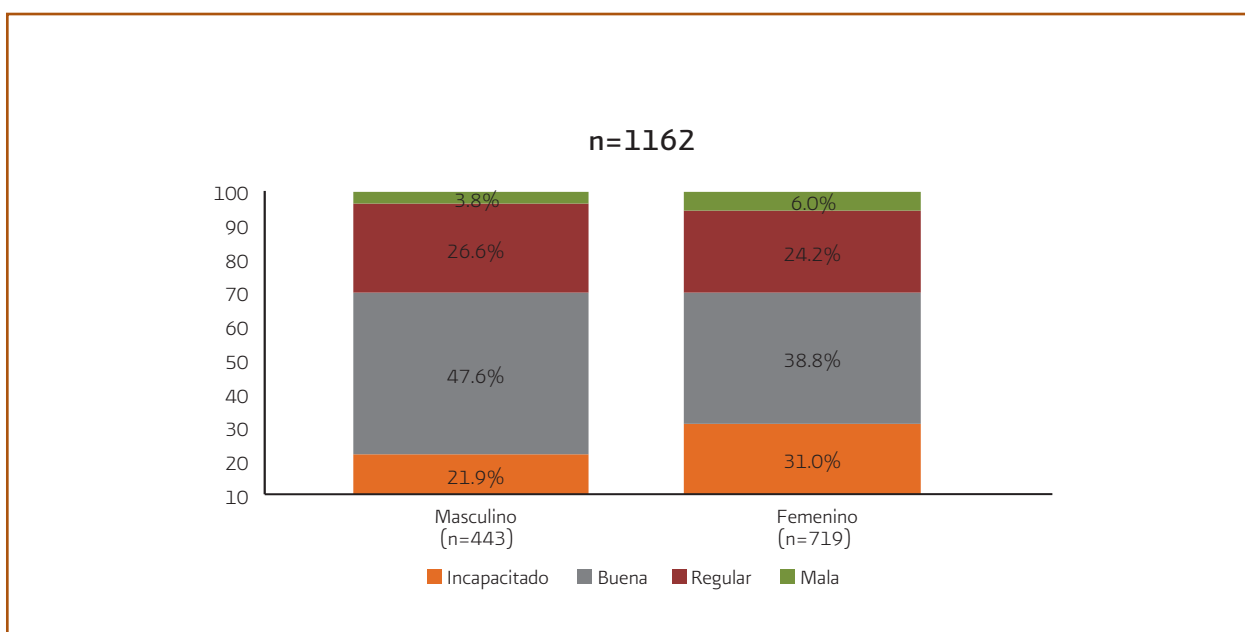


Figura 48. Flexibilidad y equilibrio por género

Con relación a la flexibilidad encontramos que esta presenta una tendencia lineal ascendente conforme incrementa la edad con $\chi^2_{1gl} = 51.5$; $p < 0.01$; cuando se valoró esta variable por género, se encontró con una predominancia en el género femenino $Z = 3.4$, $p < 0.01$ (Figura 47 y 48).

Cuídalos Respétalos Quiérellos
SON UN EJEMPLO A SEGUIR
 Quiérellos Respétalos



Envejece
 su piel...

No su
 corazón

Respétalos Quiérellos Cuídalos
Cuídalos Quiérellos Respétalos



Rectoría
 Institucional

DIIT



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

8. Planteamiento Preliminar de un Modelo de Atención

El envejecimiento es el proceso que inicia desde la concepción y avanza durante todo el ciclo de la vida, en todo este período, se deben fomentar acciones específicas saludables, dependiendo la etapa del ciclo que se aborde, donde las estrategias deben ser claras y concretas, para lograr un envejecimiento y a su vez una vejez que curse con el menor número de morbilidades en la medida de lo posible, a fin de incrementar el nivel de salud y disminuir las discapacidades.

El individuo la familia y la comunidad tienen un papel importante en la salud física y mental en coordinación con las políticas específicas del sector salud; con relación al adulto mayor, las estrategias deben de ser claras, ya que en este momento muchos de los que llegan a esta etapa de la vida tienen una serie de comorbilidades y discapacidades, que fueron adquiridas desde épocas tempranas, por lo que es de vital importancia promover en ellos una cultura de desarrollo óptimo para otorgarles mejores condiciones de vida.

Los programas preventivos y de promoción de la salud aplicables en el primer nivel de atención, deben ser reorientados conforme a las necesidades reales y sentidas de este grupo poblacional con base a los resultados de investigaciones como el Proyecto SABE.

Esperamos que los resultados de este estudio generen políticas estatales alineadas a las federales sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades, coordinadas con el resto de los programas y estrategias sectoriales, a fin de mejorar la eficacia, eficientar recursos y fortalecer alianzas estratégicas en busca de que el adulto mayor logre el envejecimiento activo y saludable, así como lograr la participación activa en la autogestión de sus cuidados, la intervención activa de sus familiares y la comunidad, en caso necesario, de sus cuidadores, con la firme convicción de que la vejez debe ser una etapa de la vida libre de enfermedad y dependencia, en cualquiera de sus formas.

Lo anterior nos lleva a reflexionar en la realización de algunas estrategias relevantes para la atención de este grupo poblacional, que se describen a continuación:

- Contar con una política estatal para la atención del adulto mayor en los tres niveles de atención alineados al programa nacional con base a SABE.
- Implementar capacitación permanente, continua e intersectorial con énfasis al primer nivel de atención, a fin de lograr homogenizar criterios de atención de forma holística, en todo el personal de salud que atiende este grupo.
- Creación de módulos gerontológicos en los centros de salud cabecera de jurisdicción con base al documento emitido por el Programa Nacional de Atención al Envejecimiento (Libro de Abordaje Gerontológico).
- Implementar dentro de los profesiogramas de todas las instituciones a los gerontólogos clínicos y personal especializado para la atención del adulto mayor.
- Implementar centros de día para adultos mayores con discapacidad o enfermedades crónico-degenerativas a fin de que las familias puedan continuar con sus actividades sin que exista abandono del adulto mayor, con base a los lineamientos federales en la materia
- Profesionalizar los cursos para cuidadores primarios y secundarios en domicilio y de esa manera proporcionar atención especializada.
- Impulsar la referencia y contra referencia del paciente adulto mayor a módulos geriátricos de interconsulta en unidades de segundo y tercer nivel de atención para patologías específicas.
- Contar con protocolos específicos de atención para aquellos adultos que fueron contra-referidos al primer nivel de atención por el segundo o tercer nivel de atención por patología específica.

Tú,



¿Cómo los tratas?

9. Conclusiones y Comentarios Finales

Nuestra entidad tiene características especiales donde prevalecen especialmente problemas económicos y sociales los cuales están íntimamente ligados al desempleo y la pobreza extrema que se presentan en infinidad de zonas de la región sobre todo en tierra caliente, aunado a un alto grado de migración al país vecino, dando como resultado abandono del campo, proliferación de la delincuencia, crisis económica, además de una educación deficiente a todos los niveles con pérdida de identidad cultural, lo que ha llegado a convertirse en parte del diario vivir del pueblo michoacano; sin embargo existe una situación que no debemos dejar de lado y es que la población Michoacana también esta envejeciendo como viene ocurriendo en el resto del país lo que debe de ser atendido con la misma importancia como la problemática antes mencionada para lograr que nuestra entidad retome su identidad.

Antaño el adulto mayor en nuestra entidad, era la persona más respetada y admirada por la comunidad, por tal motivo a pesar de todos los problemas existentes, nuestras autoridades estatales conscientes de la relevancia de lo que representa el envejecimiento y la problemática latente si no se atiende adecuadamente este proceso, que sin duda representa el éxito de las intervenciones tomadas durante muchos años donde como resultado la transición demográfica y el incremento en la esperanza de vida, se toma como una responsabilidad propia, la estrategia federal de realizar el “Estudio Encuesta SABE”. Dicho estudio nos acerca al conocimiento de la situación real y sentida de la persona envejecida de la entidad, estimulando a que se realizara con la participación del Sector Salud de la entidad promoviendo el trabajo en equipo al convocar el sector salud de la entidad y paralelamente se fomenta una cultura a favor de la persona adulta mayor, para elevar su calidad de vida, a través de acciones dirigidas de prevención, promoción, atención y limitación del daño a la salud y así obtener un envejecimiento activo y saludable. Finalmente debe entenderse por envejecimiento activo y saludable al proceso de optimización de las oportunidades en materia de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen, a través de tomar medidas durante todo el ciclo de la vida.

En nuestra entidad el estudio es más que una investigación sobre la materia, representó un reto para ser realizada como un trabajo de equipo, entre la federación y las instituciones que integran el “Comité Estatal de Atención al Envejecimiento”, lo que sin duda redundara en la mejora de las relaciones del sector, y la sociedad, así como el aprender a trabajar optimizando recursos asignados para la atención del adulto mayor, los cuales son escasos e insuficientes y deben de ser invertidos de manera racional para lograr una atención de calidad y con calidez.

Al contar con información oportuna y fidedigna de sus necesidades reales y sentidas, permitirá implementar políticas, programas y estrategias dirigidas a la atención de sus necesidades, sin duplicidad de acciones ni protagonismos, que generan dispendio de recursos.

La información que se encuentra en este documento proporciona una visión de la situación del grupo en estudio

De acuerdo al análisis general de esta información, podemos enfatizar que la discapacidad presenta una mayor prevalencia a medida que se incrementa la edad con una alta significancia estadística, lo que nos obliga a realizar la segunda etapa del análisis de la información para conocer más de lo que muchos creen saber pero que en realidad sabemos poco, misma que no es una situación privativa para algún género; muchos de los estados mórbidos se

presentan con una mayor prevalencia en el género femenino. Este trabajo como se puede observar no es más que el inicio de una serie de análisis a realizar con todo tipo de cruces de información, buscando los factores de riesgo y determinantes que influyen en la salud del adulto mayor de Michoacán.

Con la suma de esfuerzos de toda la entidad, la federación y la participación de toda la población en una nueva sociedad incluyente se logrará un cambio en nuestra entidad.

10. Agradecimientos

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

CENAPRECE

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

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

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

INNN

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

Dr. Gustavo Bergonzoli, por su apoyo incondicional.

MICHOACÁN

Al personal y alumnos de la Escuela de Enfermería y Salud Pública. Al personal del IMSS, ISSSTE e Instituto de Geriátría y Gerontología de Michoacán que participaron en la Encuesta.

A los adultos mayores de la ciudad de Morelia, Michoacán quienes son el principal motivo y finalidad del presente documento.

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