



E N C U E S T A

Salud

Bienestar y

Envejecimiento

SABE ■ Yucatán II

ENCUESTA

Salud, Bienestar y Envejecimiento

SABE ■ Yucatán II

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: 978-607-460-337-8

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 DE YUCATÁN

Dr. Álvaro Augusto Quijano Vivas
Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud

Dr. Ernesto Cuauhtémoc Sánchez Rodríguez
Director de Prevención y Protección de la Salud

Dr. Salvador Gómez Carro
Subdirector de Salud Pública

Dra. Lizbeth T. Marín Piña
Responsable Estatal del Programa de Atención al Envejecimiento

DIRECTORIO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE YUCATÁN

MVZ M. Phil Alfredo F.J. Dájer Abimerhi
Rector de la Universidad Autónoma de Yucatán

M.C. Guillermo Storey Montalvo
Director de la Facultad de Medicina de la UADY

COORDINADORES DE LA ENCUESTA SABE MÉXICO

Dra. María Esther Lozano Dávila
Subdirectora de Atención al Envejecimiento

Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera
Programa de Atención al Envejecimiento

AUTORES SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

Dra. María Esther Lozano Dávila
Subdirectora de Atención al Envejecimiento

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

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

GRUPO SABE YUCATÁN

Dra. Gloria María Herrera Correa
Dra. Nelly Eugenia Albertos Alpuche
Dr. Ramón Esperón Hernández
Facultad de Medicina UADY

Dra. Lizbeth Teresita Marín Piña
Atención al Envejecimiento COESAEN Yucatán

CINVESTA V-IPN

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

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

Dr. Gabino García Tapia
Universidad Nacional Autónoma de México



Todo esto y más
es mi abuelo

EL PILAR PRINCIPAL DE LA FAMILIA



*Mi abuelo
el pilar* →



Rectoría
Institucional

DIIT

SALUD

SECRETARÍA
DE SALUD



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

CONTENIDO

Mensajes	9
Introducción	13
1. El Envejecimiento en México	17
2. Participación del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento	33
3. Participación del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento en la Encuesta SABE Estado de México	39
4. El Papel de la Universidad Autónoma de Yucatán	41
5. Etapas del Desarrollo Operativo de la Encuesta SABE y las Modificaciones Específicas por Entidad Federativa	43
6. Diagnóstico Situacional del Envejecimiento en Yucatán	47
7. Resultados de la Encuesta SABE en Mérida, Yucatán	55
8. Planteamiento Preliminar de un Modelo de Atención	81
9. Conclusiones y Comentarios Finales	83
10. Agradecimientos	85



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, a fin 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 generado un cuerpo sólido de conocimientos que brinda información invaluable sobre los siguientes temas: la auto-percepción del estado de salud de los mayores de 60 años, enfermedades que comúnmente les aquejan, recursos con los que cuentan para su conservación, cuáles de ellos utilizan, qué nivel de funcionalidad conservan, qué soporte social tienen y muchas otras variables que permitirán disponer de un diagnóstico situacional acerca de este grupo poblacional, y establecer una comparación entre las diversas entidades federativas de nuestro país sobre sus condiciones y el estado de su salud, lo que dará un valor inestimable para fines científicos y de política pública tanto en salud, como en otros rubros.

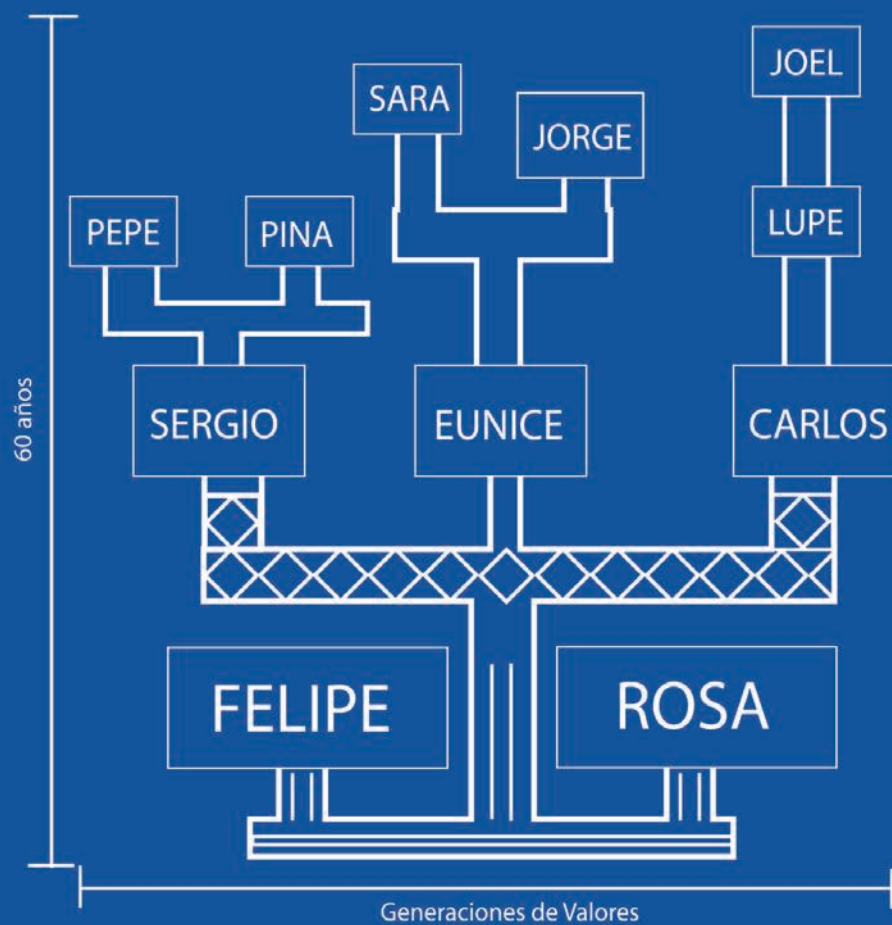
La evaluación de la relación existente entre factores estratégicos, como comportamientos relacionados con la salud, antecedentes ocupacionales, condiciones socioeconómicas, género y cohorte en las condiciones de salud según la evaluación en el momento de la encuesta, permiten realizar inferencias estadísticas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

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

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

Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

ARQUITECTO DE SUEÑOS, REALIZADOR DE VALORES.



Escala 1: ∞ Valores

ARQ. FELIPE RAMIREZ JASSO
CONSTRUCCIÓN: VIDA



Mensaje Secretaría de Salud Yucatán

Vislumbramos a las personas mayores, sanas e independientes contribuyendo al bienestar propio, al de la familia y de su comunidad.

Sin embargo, nos encontramos ante el reto demográfico y epidemiológico de incremento de este sector de población y por consiguiente de las enfermedades no transmisibles, los accidentes y discapacidades. Sin contar aún, con un sistema de salud capaz y que debe reorientarse, en sus objetivos, tipo de servicios, recursos humanos y tecnológicos, para poder satisfacer las demandas de una población creciente, que le garanticen un envejecimiento saludable.

El mayor crecimiento del sector laboral en años venideros, en lo que respecta a una población económicamente mayor a la actual, brindará una ventana de oportunidad para impulsar desde ahora intervenciones, orientadas a promover la salud y las acciones preventivas en la población joven. Que contribuyan a evitar que ese sector de población, a lo largo del tiempo se convierta en un factor que afecte la estabilidad y capacidad de respuesta del sistema de salud. Promoviendo, al mismo tiempo, una longevidad sana y activa.

El estudio SABE realizado en Mérida Yucatán, fue coordinado por el Subcomité de Investigación del Comité Estatal de Atención al Envejecimiento y es resultado de un esfuerzo de coordinación y colaboración interinstitucional e intersectorial, nacional y estatal. Ofrece información que estima, con alta precisión, el perfil sociodemográfico y de salud en el que se encuentran los adultos mayores.

El estudio representa una línea basal de referencia y consulta obligada, que permitirá definir prioridades, el contar con elementos de decisión para formular políticas públicas e intervenciones, así como de indicadores de evaluación adecuados a las mismas.

Los **Abuelos** son...



el **TESORO** de la
la **Familia**
Quiérellos.

Introducción

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

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

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

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

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



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

A lo largo del presente trabajo intitulado “Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento: SABE Yucatán” 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 Yucatán, 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 Yucatán, la Universidad Autónoma de Yucatán 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 Yucatán, todo por investigadores, clínicos, supervisores de campo, encuestadores y demás personas comprometidas con el proyecto y que hoy cristalizan los resultados en esta publicación.

Por último, es necesario mencionar que previo a la publicación de este documento de trabajo, la encuesta fue realizada en el Estado de Yucatán en 2003 y actualmente se encuentra en una segunda fase de seguimiento, así mismo, un grupo de renombrados investigadores, en estos momentos, llevan a cabo el análisis de las bases de datos de otras entidades federativas que han terminado la realización de la encuesta.

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.

SALUD



SECRETARÍA
DE SALUD

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).

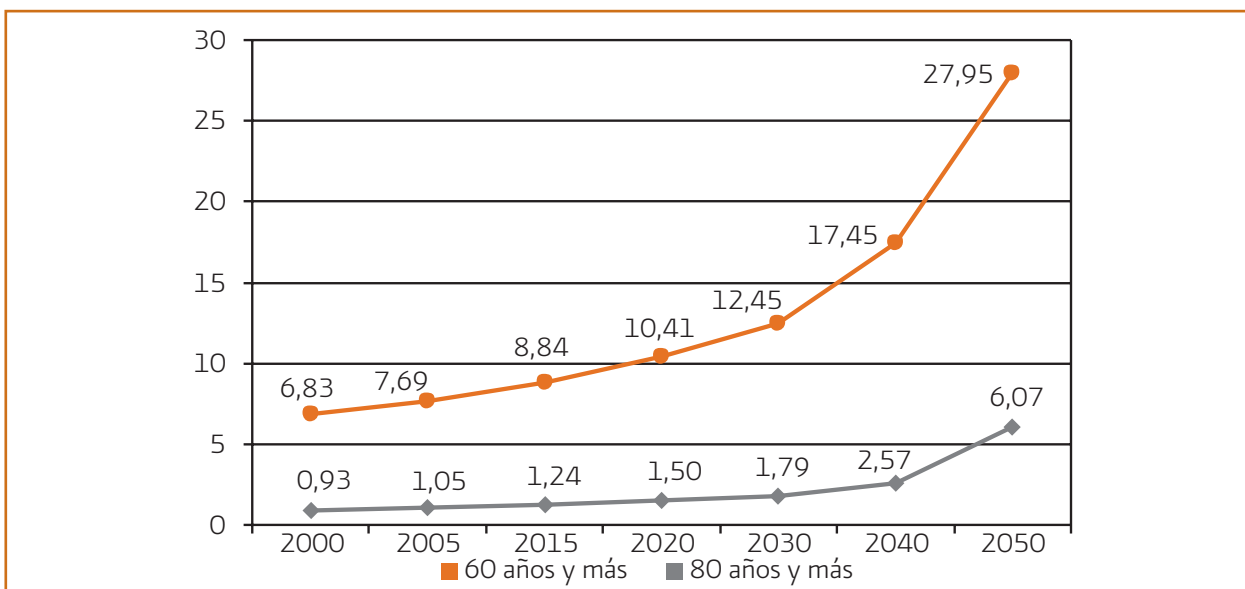


Figura 1. Proporción de población de 60, 80 años y más. México 2000-2050

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}

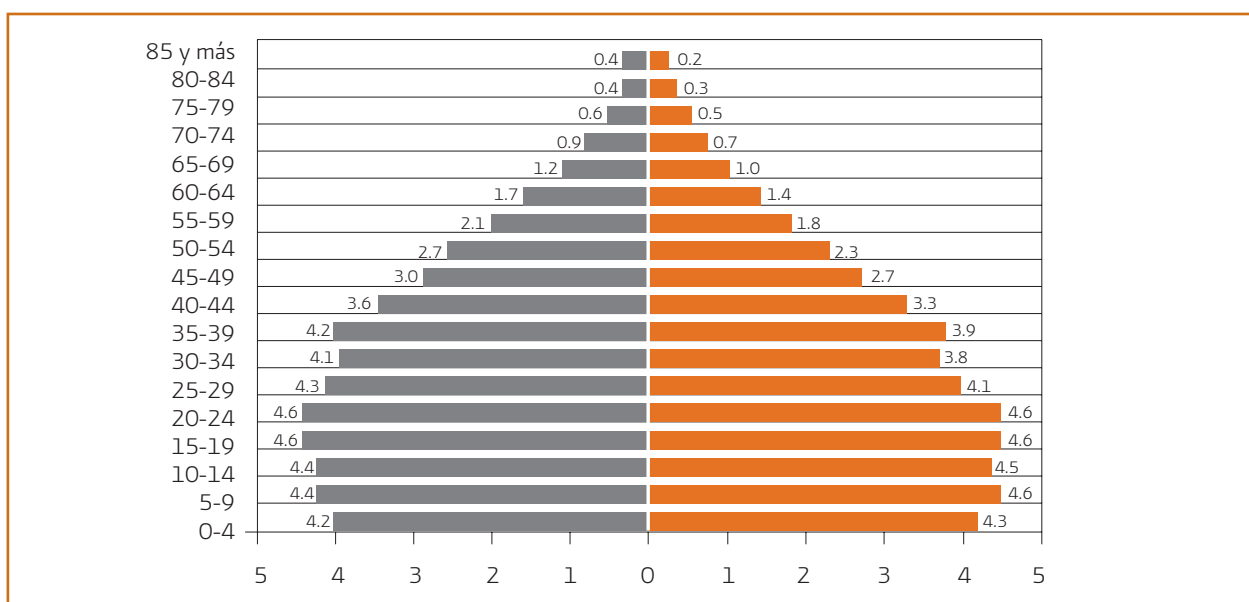


Figura 2. Pirámide poblacional de México, 2011

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 primary care management of dementia. British Medical Journal, 1998, 317: 802-808.

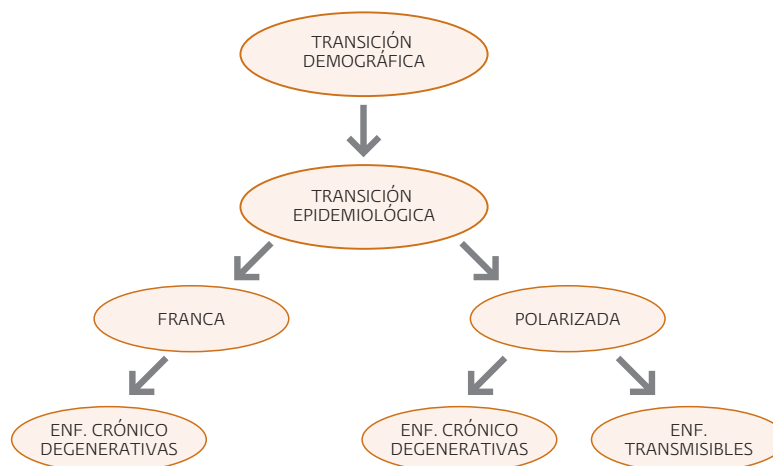
61. U.S. Preventive Services Task Force. Task Force neutral on routine dementia screening. *Geriatrics*. 2003, aug 1: 623-632.
62. Siu AL. Screening for dementia and investigating its causes. *Ann Internal Medicine*. Med 1991;115:12232.
63. Folstein, M. F., Folstein S. E., y McHugh P. R. "Mini- Mental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

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

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

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

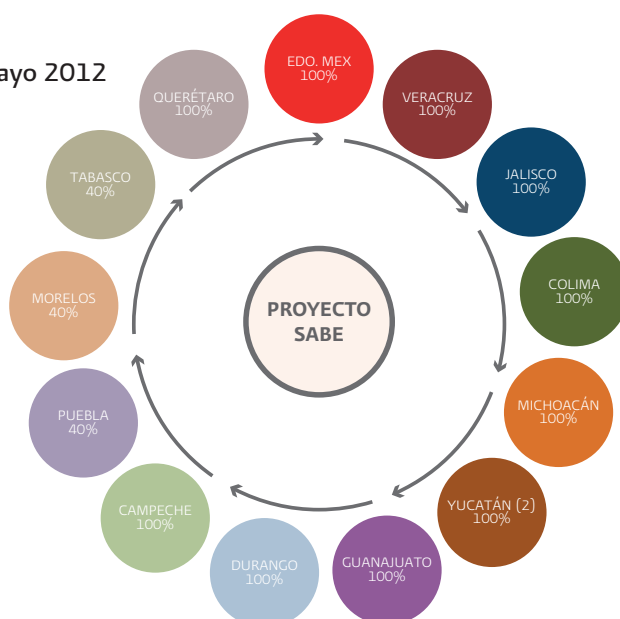
- Participación activa en la generación de políticas públicas en materia de atención al envejecimiento.
- Determinar y/o desarrollar estrategias operacionales para el control de las enfermedades en la población de 60 años y más.

- 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. Comité Estatal de Atención al Envejecimiento. (COESAEN) Yucatán

Dra. Lizbeth Teresita Marín Piña • Atención al Envejecimiento COESAEN Yucatán

El Gobierno de la Entidad Federativa de Yucatán, a través de sus Servicios de Salud crea el Comité Estatal de Atención al Envejecimiento (COESAEN) el 27 de septiembre del año 2000, con el objetivo de mantener, mejorar y recuperar la autonomía y dignidad de los adultos mayores a través de acciones dirigidas a su atención integral que permitan una cultura del buen envejecer, apoyando los programas de las instituciones de salud y promoviendo iniciativas propias para mejorar la calidad de vida y la salud del adulto mayor de nuestra entidad.

Para lograr el objetivo antes mencionado, el Comité coordina la participación de las instituciones en la ejecución de las políticas de salud señaladas en el Programa de Atención al Envejecimiento donde se plantean las estrategias orientadas a la prevención y control de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en el adulto mayor, para fortalecer el cumplimiento de las tareas de educación y de investigación sobre temas que contribuyan a acelerar los procesos de solución de los problemas de atención a ese grupo etario.

El 15 de agosto del 2002, con motivo de la realización del Proyecto Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), se instala el Subcomité del Proyecto SABE el cual queda presidido por la Universidad Autónoma de Yucatán a través de la Facultad de Medicina con el apoyo técnico de los Servicios de Salud de esta entidad, con la asesoría del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades CENAPRECE.

A partir de ese entonces el COESAEN integrado por instituciones de salud como SSY, IMSS y el ISSSTE; organismos de gobierno: SEDENA, SEMAR, SEP, IDEY, SECAY, ISSTEY, DIF Mérida, DIF Yucatán, PRODEMEFA; ONG'S como CODHEY e INAPAM e Instituciones educativas y de Investigación, entre éstas, la Universidad Autónoma de Yucatán y la Universidad Mesoamericana de San Agustín, sesiona en forma ordinaria por lo menos una vez cada bimestre, y de forma extraordinaria cuando lo soliciten la mayoría de sus miembros o las circunstancias lo amerite.

A partir del año 2004 el COESAEN Yucatán realiza la Semana Estatal de Salud para el Adulto Mayor con el objetivo de fortalecer las acciones en beneficio de los adultos mayores de la entidad, a través de las distintas instituciones gubernamentales y privadas pertenecientes al COESAEN. Dentro de estas acciones están la detección de enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, tuberculosis pulmonar, cáncer cérvico-uterino y de mama, así como de próstata; acciones de salud bucal y promoción a la salud a través de pláticas educativas para la población en general y adultos mayores. Estas acciones permiten a la sociedad en general reflexionar la importancia de reinventar la vejez y la salud física, social y mental.



Logos de integrantes del COESAEN



Rueda de prensa con integrantes del COESAEN
9ª. Semana Estatal de Salud del Adulto Mayor del 2011

Para lograr una atención integral y homogénea en materia de envejecimiento, se han realizado seis Foros Estatales sobre Envejecimiento, a partir del 2006, con la participación de las instituciones que integran el Comité, así como de otros organismos como el COESPO. En el VI Foro se hizo notar uno de los principales retos del envejecimiento demográfico: el impacto sobre los sistemas de salud y sus modelos de atención, implicando revisión, reestructuración y/o modificación de los mismos en la adecuada atención del adulto mayor en estos.



Inauguración y Asistentes al VI Foro Estatal sobre Envejecimiento del 2011
"Demografía del Envejecimiento y su Impacto en la Atención de la Salud"

4. La Universidad Autónoma de Yucatán y el Envejecimiento

M. en C. Gloria María Herrera Correa • M. en C. Nelly Eugenia Albertos Alpuche

M. en E. S. Ramón Ignacio Esperón Hernández

La Universidad Autónoma de Yucatán es una Institución Pública, que tiene como misión la formación integral y humanista de personas, con carácter profesional, en un marco de apertura a todos los campos del conocimiento y a todos los sectores de la sociedad.

Como tal, proporciona un espacio de reflexión y análisis crítico de los problemas mundiales, nacionales y regionales, conduciendo al desarrollo sustentable de la sociedad, apoyándose en la generación y aplicación del conocimiento, en los valores universales y en el rescate y preservación de la cultura nacional y local, dando respuesta de esta manera a la nueva era del conocimiento.

Ante el incremento progresivo de la población adulta mayor en Yucatán y las repercusiones demográficas, epidemiológicas y sociales que esta situación implicará, en los años venideros, la institución a través de la facultad de Medicina, decide adoptar el proceso de envejecimiento entre sus objetos de estudio, lo que llevó a instrumentar un modelo universitario de abordaje al mismo, basado en las tres funciones sustantivas: docencia, investigación y extensión, así como en la vinculación y colaboración interinstitucional, siendo el Proyecto-Encuesta SABE un elemento integrador en esa alianza institucional, y teniendo como propósito la aproximación sistemática y multidisciplinaria, basada en la evidencia sólidamente fundamentada para su adecuado análisis y posible resolución, participar así en el proceso social de creación de la cultura del envejecimiento.

El modelo universitario diseñado por la UADY, sirvió de base para la elaboración de un modelo Nacional, que ha sido replicado en las distintas entidades donde se está realizando la encuesta SABE, propiciando el uso del conocimiento generado por la investigación, en acciones con impacto en la calidad de vida y el bienestar de este grupo poblacional. Un ejemplo de esta transferencia son las “Guías de Consulta para el Médico del Primer Nivel de Atención”, las cuales sirven para la capacitación y homogeneización de la atención a la población adulta mayor basadas en la información de enfermedades de mayor prevalencia encontradas en SABE Yucatán, en 2003.

La Facultad de Medicina, decana de la educación médica en el estado, la Península y el Sureste, comparte los ideales de la universidad pública como una institución social que tiene como objeto de estudio el proceso salud-enfermedad en el ser humano, que tiene como misión formar integralmente a los futuros profesionistas con un perfil científico y humanista, ciudadanos con una conciencia sanitaria y una capacidad real para materializar colectivamente las condiciones y actitudes que garanticen la salud en el desarrollo y permitan mejorar la calidad de vida. Es un centro educativo que genera conocimiento orientado al desarrollo de la ciencia, pero de manera muy especial, contribuye a atender, ayudar y a resolver los problemas sociales de salud, derecho fundamental de las personas; su vinculación con la docencia propicia el razonamiento científico y la capacidad innovadora y creadora del estudiante, así también procura la divulgación de los conocimientos y la difusión de la cultura.

La Facultad decide realizar el Proyecto-Encuesta SABE en colaboración con los Servicios de Salud de Yucatán, una valiosa alianza en la consigna de contar con información sobre las condiciones de salud y vida de los adultos mayores, a fin de identificar las necesidades percibidas por las personas de la tercera edad, indicadores que permitan orientar las políticas públicas hacia la mejora en la calidad de vida y el bienestar social, de este grupo etario.

Los investigadores involucrados en el proyecto, desarrollaron un programa denominado “Envejecimiento” que forma parte de la línea de generación y aplicación del conocimiento en Salud Pública dentro del Cuerpo Académico del mismo nombre. El programa tiene entre sus objetivos: promover la investigación clínico epidemiológica fuertemente vinculada a la formación de recursos humanos y a la difusión de la cultura, en este sentido podemos mencionar que se han generado diversos productos académicos como: publicaciones en revistas indexadas, libros, capítulos de libros, tesis de licenciatura en Médico Cirujano y Nutrición, así como en la organización de eventos internacionales, nacionales y locales, abordándose temáticas relacionadas con la salud pública.

En agosto de 2011, se constituyó una Red Universitaria de Grupos de investigación en materia de envejecimiento, posterior a una reunión Nacional con las distintas entidades que están realizando el estudio Proyecto-Encuesta SABE, que permitirá el análisis multidisciplinario e interinstitucional sobre las condiciones de salud y vida de los adultos mayores, de las distintas entidades federativas del país y así contribuir a generar el perfil demográfico y epidemiológico del envejecimiento en el país.

El sendero por recorrer es largo, se requerirán muchas acciones a realizar, un reto para los universitarios, será definir una agenda de investigación sobre envejecimiento y lograr que la información generada pueda ser transferida en la construcción de políticas públicas que procuren el bienestar social de los mexicanos.

5. Etapas del Desarrollo operativo de la encuesta SABE

M. en C. Gloria María Herrera Correa • M. en C. Nelly Eugenia Albertos Alpuche
M. en E. S. Ramón Ignacio Esperón Hernández • Dra. Lizbeth Teresita Marín Piña

En México actualmente se presenta una transición demográfica la que inicio en la década de los treinta alcanzando ya un cambio importante en los años sesentas del siglo pasado, con un descenso sostenido en la mortalidad a expensas de la infantil y de la fecundidad, ocasionando cambios en la estructura poblacional, con incremento sostenido en el número de adultos mayores y disminución de la población infantil.

Esta modificación en la pirámide poblacional, sin duda marca las nuevas necesidades que nuestro país enfrentará en todos los campos y en especial en materia de salud.

Con base en lo anterior se vio la necesidad de realizar “El Estudio Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento SABE” en el año de 2002 en la ciudad de Mérida Yucatán, para conocer las necesidades reales y sentidas no solo en materia de salud en este grupo poblacional, a fin de proyectar políticas públicas en materia de envejecimiento, mismo que se replicó para el año 2010, previo a un análisis minucioso de las etapas del desarrollo, planteadas en el primer documento por parte de nivel federal a través del CENAPRECE, la Secretaría de Salud Estatal y la UADY; a fin de conocer los fortalezas y debilidades en su aplicación, con el objetivo de no solo replicarse en Yucatán, sino en todas las entidades federativas, por lo que se realizaron las adecuaciones pertinentes para diseñar un programa sistematizado de trabajo paso a paso para el levantamiento de la Encuesta SABE de acuerdo al estudio original “SABE Latinoamérica” elaborado por Alberto Palloni y colaboradores, esta metodología se encuentra publicada, como parte del contenido de la revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna; Rev. Soc. Peru Med. Interna 2011; Vol. 24 (4).

De acuerdo a lo programado, la encuesta se trabajó con 10 equipos de encuestadores integrados por dos pasantes de la UADY por equipo, previamente capacitados hasta alcanzar el “gold standard”, a los que se les dotó para el levantamiento del estudio, un equipo de netbooks con tarjeta de red y conexión a internet para envío y registro de la información capturada, a través de un servidor central para su almacenamiento, respaldo y posterior validación de la base de datos, así como todo el equipo necesario para la realización de sus actividades.

Importante es señalar que se siguieron todos los lineamientos de bioética en materia de investigación y que la información proporcionada por los encuestados se protegió de acuerdo en lo establecido en la “Ley Federal de Protección de Datos Personales”, bajo un sistema de encriptamiento de la información obtenida, lo que garantiza el resguardo, la confiabilidad e integridad de la información. Una vez que se levantó la encuesta y se contó con una base de datos, ésta fue debidamente registrada ante el Instituto Nacional del Derecho de Autor.

Muestreo y levantamiento de datos

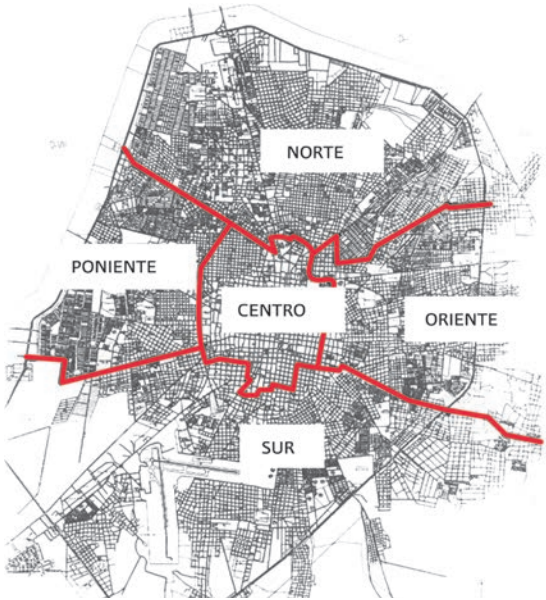
Con un universo de (N) 68,861 adultos de 60 años y más en la ciudad de Mérida, (INEGI, 2005) se realizó un procedimiento de muestreo multietápico.

La primera etapa correspondió al cálculo del tamaño muestral total, mismo que fue realizado en mayo de 2010 por el Consejo Estatal de Población del Estado de Yucatán en donde se determinó la $n = 1,310$ sujetos.

Teniendo en cuenta que la muestra proviene de una población finita de tamaño, el muestreo se realiza sin reemplazamiento y que al usar el método de corrección por población finita se decidió considerar un poco más del 10% adicional al valor de n, de tal forma que el número óptimo de personas a encuestar se fijó en 1450.

En una segunda etapa, se dividió a la ciudad en cinco zonas, delimitadas con base al conocimiento histórico de los niveles socioeconómicos y se utilizó el método de afijación proporcional (Figura1).

Figura 1. División por zonas de la ciudad de Mérida Yucatán



Fuente: INEGI

Una vez delimitadas las zonas de la Ciudad de Mérida, se agruparon las Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB) extraídas del censo de población y vivienda 2005 (INEGI) por zona. Con base a estos datos se determina en el estudio, el número de encuestas a aplicar por zona, la cual fue de 1450. Figura 2.

Figura 2.

DATOS PORCENTUALES POR ZONA, SEGÚN GRUPO QUINQUENAL DE EDAD								
Zona	Población de 60 años y más	Población de 60 - 64 años	Población de 65 - 69 años	Población de 70 - 74 años	Población de 75 - 79 años	Población de 80 - 84 años	Población de 85 años y más	No de Encuestas a aplicar
	68,861	21,262	16,006	11,698	8,467	5,935	5,493	1,450
Centro	10,513	2,702	2,255	1,935	1,439	1,130	1,052	
23 Agebs	15.27	25.70	21.45	18.41	13.69	10.75	10.01	221
Norte	11,671	3,504	2,624	2,048	1,543	1,040	838	
110 Agebs	21.92	31.45	23.05	16.93	12.30	8.61	7.67	318
Oriente	12,380	3,964	2,839	2,091	1,580	1,031	856	
61 Agebs	21.71	32.08	24.01	17.06	11.52	8.10	7.23	315
Poniente	7,167	2,264	1,585	1,235	933	627	492	
62 Agebs	13.29	32.82	23.88	15.75	11.97	8.08	7.52	193
Sur	15,902	4,795	3,612	2,768	2,101	1,438	1,119	
101 Agebs	27.81	31.41	23.48	16.79	12.29	8.12	7.91	403
357 Agebs	100.00							1,450

Fuente de los datos: INEGI, 2005.

Previo a la tercera etapa, con la intención de mejorar el rendimiento de la muestra se adoptó el criterio de eliminar aquellas AGEB en las que el porcentaje de habitantes de 60 años y más represente menos del 10% del total de la población, lo que significó la eliminación de 130 AGEB's, quedando 227 AGEB's (23 del centro, 71 del norte, 47 del oriente, 31 del poniente y 55 del sur). Esta estrategia significó la reducción del 32.93% de las viviendas de la Ciudad de Mérida, sin embargo esto solo excluyó 11.64% de la población objetivo. Finalmente se realizó una selección aleatoria por conglomerados de cuatro AGEB por zona utilizando el método random, con la salvedad de poder sortear más AGEB en caso necesario hasta conseguir el número fijado para cada zona.

Instrumento

Se utiliza la encuesta SABE con 392 preguntas (cerradas y abiertas), 119 pases y filtros, para ser aplicada en una entrevista directa en el domicilio del sujeto. En el estudio se permite la participación de un informante auxiliar y/o un sustituto (ver condiciones en el manual del entrevistador); además concentra un gran número de tests clínicos y evaluación, validados internacionalmente para población latina, y mediciones y valoraciones de tipo clínico, antropométrico y de flexibilidad. Para la recolección de la información se diseñó un software de captura de información que se enlaza vía Internet a una base de datos donde se almacenan en un servidor y se actualiza semanalmente, todo lo anterior a fin de agilizar tiempos de captura y minimizar el número posible de errores.

Estrategia de recorrido.

Para lograr la comparabilidad del proyecto es beneficioso seguir un solo procedimiento en la selección de las viviendas. Una vez identificados los dos AGEBS de cada zona, se iniciará el recorrido (tipo censo) de las viviendas partiendo del extremo noroeste de cada manzana y desplazándose en espiral al extremo sureste de la AGEB, entrevistando un sujeto (adulto de 60 años o más) por vivienda. El número de manzanas de que consta cada AGEB, pudo ser obtenido del plano SCINCE de colonias con índice de AGEB.

De la aleatoriedad

Las AGEB fueron seleccionadas aleatoriamente como se ha descrito en la etapa tres de la determinación del tamaño muestral, y los sujetos fueron elegidos aleatoriamente en forma de sorteo cuando habitaran dos ó más en una misma vivienda.

Metodología de análisis de los resultados

Los datos recogidos con la Encuesta SABE del 1 de octubre de 2010 al 30 de marzo de 2011, fueron analizados con el software Excel de la paquetería Office de Microsoft M.R. y StatisticalPackagefor Social Sciences (SPSS) versión 15 M.R.

Las variables seleccionadas para este reporte fueron analizadas en tres pasos:

1. Frecuencias y Porcentajes: representan en términos absolutos y porcentuales la presencia de una patología o característica que se observa. Puede establecerse la prevalencia de una patología asumiendo que la muestra utilizada en el estudio es representativa y probabilística.

2. Análisis de tendencia por grupos de edad: Se utilizó la prueba Chi cuadrada (χ^2) de Tendencia con un grado de libertad y un nivel de significancia (p) 95% (< 0.05) o 99% (< 0.01) según sea el caso, lo que permite establecer si existe o no una tendencia lineal en la variable edad (agrupada por quinquenios en 6 categorías como sigue, 60-64, 65-69-70-74, 75-79, 80-84, y 85 y más años de edad) de presentarse un fenómeno. Esta prueba tiene la limitación de no poder asociar un fenómeno a una categoría de una variable, en este caso a un grupo de edad (quinquenio). Es decir solo puede determinarse si una patología o característica se presenta o no a mayor o menor grupo de edad.
3. Análisis de comparación de proporciones entre géneros: se utilizó la prueba Z con un nivel de significancia (p) 95% (< 0.05) o 99% (< 0.01) según el caso para la comparación de porcentajes sobre la presencia de alguna patología o característica entre hombres y mujeres. Esta prueba establece si existe o no diferencia significativa entre dos porcentajes que demuestren la presencia de una patología entre hombres y mujeres.

6. Diagnóstico Situacional del Envejecimiento en Yucatán

Dra. Lizbeth Teresita Marín Piña • Responsable del Programa de Atención al Envejecimiento en Yucatán

Yucatán se localiza en el sureste de México, en el norte de la Península del mismo nombre, limitado al norte con el Golfo de México, al sureste por Quintana Roo, y al suroeste por Campeche, tiene una extensión de 39,524 km² (2%, de la superficie nacional) y una longitud de 378 kilómetros de litoral, ocupando el vigésimo lugar en lo que se refiere a extensión territorial, siendo la capital de la entidad federativa Mérida (figura 1). Está integrado por 106 municipios, de acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010, con una población de 1,955,577 habitantes lo que representa el 1.7% de la población total de México.

Figura 1. Localización de Yucatán en la República Mexicana



Su clima es subtropical-tropical con temperaturas que oscilan entre 28° y 35°, y una precipitación pluvial de 415 y 1290 mm., entre mayo y octubre.

Es una entidad de abundante riqueza natural, que da hogar a 444 de las 547 especies de aves registradas para la península, lo cual representa el 81% de las aves reportadas en todo el país, así también es hábitat de otras especies de animales como el faisán y el venado que es distintivo de la región; su vegetación se clasifica como selva media y baja, sus productos más representativas son henequén, caoba, cedro, achiote y la ceiba o Yaxché, este último considerado como sagrado por los mayas.

La entidad cuenta con reservas ecológicas, fundamentales para la conservación de la vida silvestre, como la del Palmar, el Cuyo y Río Lagartos, destacando la Reserva Especial de la Biosfera Ría Celestún, en la que puede observar un espectacular paisaje de manglares y flamings rosados.

Hidrografía. La entidad carece de ríos y arroyos superficiales, ya que la topografía y la permeabilidad del suelo impide la formación de esta clase de corrientes, sin embargo esta misma característica permite que en la región abunden los depósitos subterráneos de agua, ejemplo de ello lo constituyen los cenotes, “pozos Kársticos”, lo que representa uno de los principales atractivos naturales de la región, también se observan aguadas superficiales las cuales son el resultado del hundimiento de los techos de las cavernas.

Puerto Progreso, es una de las puertas de entrada al Golfo de México para el movimiento de cargas de altura, cabotaje y turismo, está ubicado a 36 km de Mérida y representa uno de los polos de desarrollo del sureste de México.

La Península, antes de la llegada de los españoles, se denominaba la región del Mayab, que se traduce como “unos pocos”, según Antonio Mediz Bolio, el nombre de Yucatán proviene de “Yuk’al-tan mayab”, que era la designación lingüista de su nación, y que textualmente quiere decir: “todos los que hablan la lengua maya”.

La primeros vestigios de asentamientos humanos en la península los encontramos en las cuevas de Tulum y las grutas de Loltún que datan de finales del pleistoceno, (10,000 AC).

Los asentamientos mayas más remotos en esta región, se estima que corresponden al siglo III D. C. los cuales de acuerdo a algunos historiadores bajaron del Petén y se establecieron en la región sub-oriental de la península de en la zona de Bacalar, Quintana Roo, posteriormente se comenzaron a moverse hacia el oriente de la península fundando, Izmal, Motul, Ek Balam, y Chichén Itzá (declarada por la UNESCO en 1988 como Patrimonio de la Humanidad y Maravilla del Mundo en el 2007), también se fundó Ichcanzihó que luego se contrajo a Thó, hoy ciudad de Mérida.

La conquista de Yucatán fue consumada dos décadas después de la conquista de México por Francisco de Montejo, fundador de la capital de la entidad el 6 de enero de 1542.

En el México Independiente, (1823) se configura la primera República de Yucatán, la cual posteriormente se adhiere a la República Federal de los Estados Unidos Mexicanos. En 1841, nuevamente se declara independiente de México, dando paso a la segunda República de Yucatán debido a conflictos culturales y políticos, reintegrándose nuevamente en 1848.

En julio de 1847, se dio en Yucatán un levantamiento social que marcó definitivamente la historia de la península y expuso con claridad las tensiones que se vivían, producto de la inequidad y los prejuicios en contra de los indígenas mayas lo que generó la denominada Guerra de Castas, (cruenta guerra civil). En plena guerra de castas Yucatán se dividió en 1858 por primera vez, estableciéndose Campeche como estado independiente, hecho reconocido por el Lic. Benito Juárez hasta 1863. Una nueva división se dio, en 1902 durante el Porfiriato, para dar origen al territorio de Quintana Roo, que en 1974 se convierte en entidad federativa.

El Producto Interno Bruto (PIB), durante el 2010, ascendió a 175 mil millones de pesos aportando 1.4% al PIB nacional, las actividades terciarias a través del comercio y servicios, realizaron una mayor aportación con el 72%, mientras que el sector industrial y el primario tuvieron una aportación del 24% y 4% respectivamente (Figura 2).

De acuerdo al Consejo Nacional de Salarios Mínimos (CANASAMI) el salario medio fue de 174.1 pesos, para ese año en comparación del nacional que fue de 236.6 nacional.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) del 2010, informo que el grupo de edad de 60 años y más, representó 8.9%, siendo el género masculino los de mayor participación principalmente en actividades económicas (Figura 3).

El porcentaje de la población no económicamente activa que representó este grupo etario, fue del 24.7 a nivel estatal y de estos, 67 de cada 100 son mujeres.

Figura 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE 60 AÑOS Y MÁS POR SECTOR DE ACTIVIDAD EN YUCATÁN, SEGUNDO TRIMESTRE 2010				
Género	Sector			Total
	Primario	Secundario	Terciario	
Masculino	40%	16%	44%	100
Femenino	3%	24%	73%	100

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Segundo trimestre 2010

Figura 3

POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS SEGÚN TIPO DE ACTIVIDAD NO ECONÓMICA	
Actividad no económica	%
Con impedimentos físicos para trabajar	2.1
Quehaceres domésticos	51.0
Pensionados y jubilados	27.0
Otros no activos	19.5

Fuente: INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Segundo trimestre 2010

El alto porcentaje (24.7) que la población adulta mayor representa en la PNEA principalmente en el género femenino, resultado de la falta de escolaridad, de oportunidades y limitaciones físicas.

De acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO), en la década de los 90's la entidad presentó el mayor porcentaje (7.5%) de población de 60 y más años de edad (106,158), ubicándose en primer lugar a nivel nacional, en el 2000, en el 4°. lugar con un porcentaje de 7.8 de adultos mayores, y en el 2010 en el 5°. lugar con un porcentaje de población de 60 años y más, 9.3% (181,978), casi el doble de la cantidad de adultos mayores registrados en los 90's, esto como resultado del incremento de la esperanza de vida promedio del yucateco, pasando de 69 años en los 90's a 75 años en el 2010, así mismo se observa un incremento de personas de 100 años y más, pasando de 60 personas registradas en 1990 a 168 en el 2010 (Figura 4).

Figura 4

POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS EN YUCATÁN 1990 - 2010			
Año	Población de 60 años y más	% de la población total	Población de 100 años y más
1990	106,158	7.5%	60
2000	133,137	7.8%	77
2010	181,978	9.3%	168

Fuente: CONAPO 2000 – 2010

Figura 5. Crecimiento poblacional por grupo de edad Yucatán, 1990 – 2010

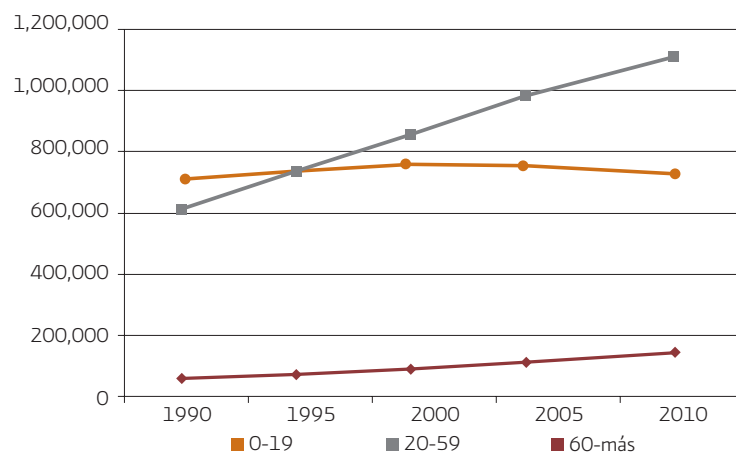
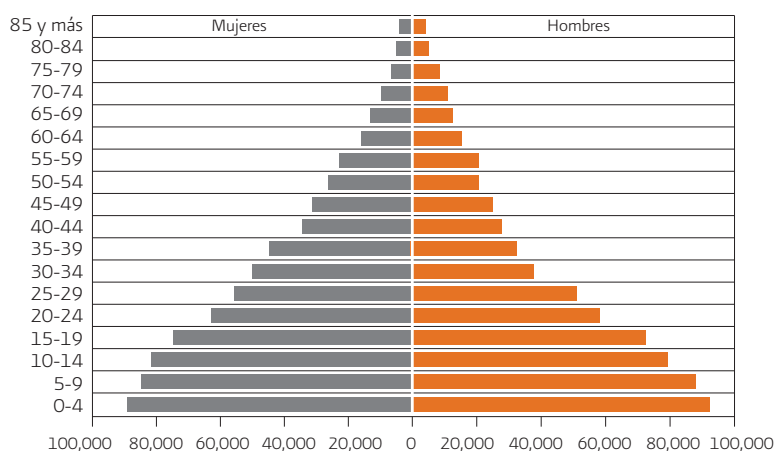
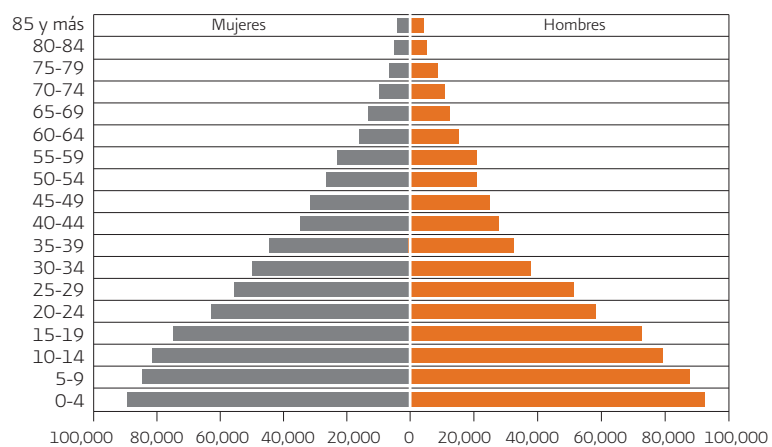


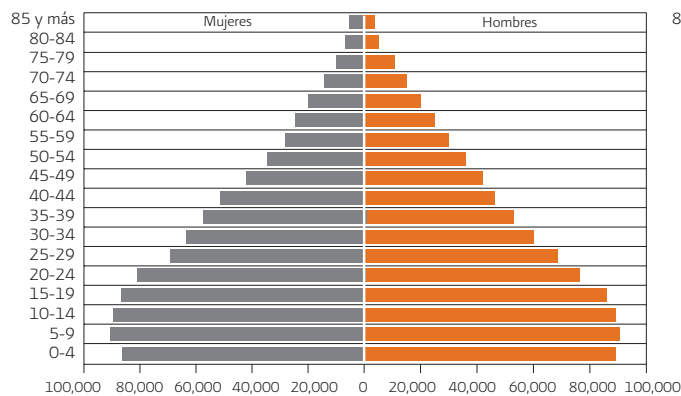
Figura 6. Pirámide Poblacional 1990 Yucatán



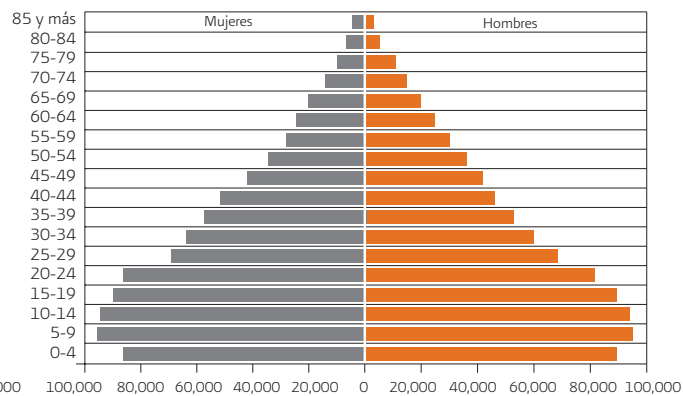
Pirámide Poblacional 1995 Yucatán



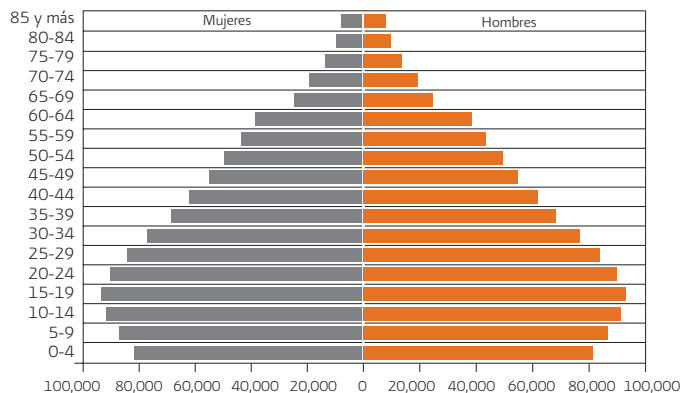
Pirámide Poblacional 2000 Yucatán



Pirámide Poblacional 2005 Yucatán



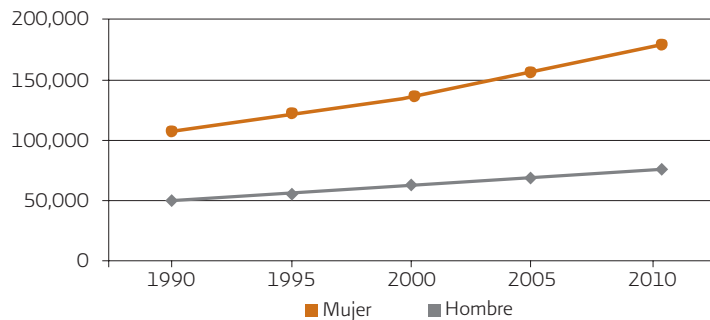
Pirámide Poblacional 2010 Yucatán



Fuente: CONAPO 1990 – 2010

En los adultos mayores yucatecos, al igual que a nivel nacional, es común que la proporción de número del integrante del género masculino en comparación con género femenino sea inferior, lo que se observa en las figuras 5, 6 y 7, debido a que la esperanza de vida es mayor en el último grupo (77 años) en relación con la de los masculinos (73 años).

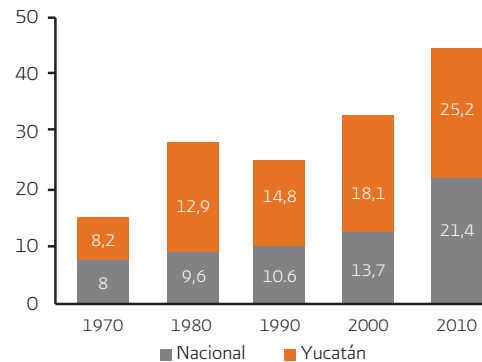
Figura 7. Crecimiento Poblacional por género Yucatán



Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en el Censo General de Población y Vivienda, 1970 – 2010 y Censo de Población y Vivienda 2010

El índice de envejecimiento se ha incrementado, pasando de 8.2 en la década de los 70 a 25.2 registrado en el 2010, siendo este, superior a la media nacional (21.4) (Figura 8).

Figura 8.



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en el Censo General de Población y Vivienda, 1970 - 2010

Figura 9.

HOGARES CON ADULTOS MAYORES, NACIONAL Y ESTATAL 2010		
	Total	%
Nacional	7.4 millones de hogares	26.1%
Yucatán	1 millón 938 698	10%

INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010

Figura 10.

HOGARES CON JEFATURA POR ADULTOS MAYORES POR GÉNERO, NACIONAL Y ESTATAL, 2010		
	Nacional	Yucatán
Hombres	19.1%	69.4
Mujeres	32%	30.5

INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010

En cuanto a la relación de hogares con jefatura por adultos mayores y por género, se puede observar que la relación entre el nacional con la entidad, es más elevado en Yucatán (Figuras 9 y 10).

Figura 11.

PROMEDIO DE PORCENTAJE DE GRADO DE ESCOLARIDAD EN POBLACIÓN E 65 AÑOS Y MÁS, SEGÚN TAMAÑO DE LOCALIDAD Y GÉNERO. YUCATÁN, 2010						
Población	Género	Sin instrucción	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria	Preparatoria y más
Rural	Masculino	37.4	50.9	8.1	2	1.5
	Femenino	49.7	43	5.2	1.2	0.6
	Total	43.5	47	6.7	1.6	1.0
Urbana	Masculino	17.1	35.2	20.2	10.9	16.4
	Femenino	21.8	35.2	22	9.3	11.6
	Total	19.4	35.2	21.1	10.1	14

Otro factor sociocultural de gran trascendencia para el estado de salud es la educación, que de acuerdo a la ENOE 2010, 24.1% (52,437) de las personas de 60 años y más en Yucatán son analfabetas, y en mayor grado en el género femenino y en localidades rurales (Figura 11).

Figura 12.

POBLACIÓN ADULTA MAYOR CON DERECHOHABIENTIA, NACIONAL Y ESTATAL 2010		
	Total	%
Nacional	7,179 225	71.3
Estatad	162,420	82.6

INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010

Con relación a la derechohabientia de los adultos mayores se observa que esta es mayor que la nacional (Figura 12).

Mortalidad

En el 2010 se registraron 10,581 defunciones, de estos decesos el 71.8% (7,599) se presentó en población de 60 años y más, de las cuales el 50.7% (3,860) fueron en el género masculino y el 49% (3,739) en el femenino. Las principales causas de muerte por orden de frecuencia fueron: enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebro vasculares, diabetes mellitus, enfermedades del hígado, y accidentes (Figura 13).

Figura 13.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS, YUCATÁN 2000 – 2010					
Orden de frecuencia	Patología	2000		2010	
		Casos	Tasa	Casos	Tasa
1	Enfermedades del corazón	5,134	38.5	7,599	41.7
2	Tumores malignos	690	5.1	832	4.5
3	Enfermedades cerebro vasculares	524	3.9	560	3.0
4	Diabetes mellitus	506	3.8	895	4.9
5	Enfermedades del hígado	339	2.5	554	3.0
6	Accidentes	137	1.0	160	0.8

Fuente: Sistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones (SEED) 2000 - 2010

Tasa: Por 1000 Adultos Mayores.

Población de 60 y más 2000: 133,137

Población de 60 y más 2010: 181,978

Morbilidad

Del total de las principales causas de morbilidad registradas en el 2000 (1,400.038), el 7.5% (105,972) se presentaron en el grupo de 60 años y más en comparación con 9.4% (99,612) de lo reportado en 2010.

A diferencia de las principales causas de mortalidad, las de morbilidad están representadas por las enfermedades de tipo infecto contagioso, sin embargo, cabe señalar que en comparación con la morbilidad del 2000, en el 2010 hay una disminución de las enfermedades infectocontagiosas, entre éstas, las intestinales por otros organismos, la amibiasis intestinal y otras helmintiasis y a su vez un incremento de las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus, En el 2000 las gingivitis y la enfermedad periodontal, así como la enfermedades cerebro vasculares no se reportan como principales causas de enfermedad en los adultos mayores (Figura 14).

Figura 14.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS, YUCATÁN 2000 - 2010			
Orden de frecuencia	Patología	2010	
		Casos	Tasa
1	Infecciones respiratorias agudas	50,307	276.4
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	11,754	64.5
3	Infecciones de vías urinarias	11,425	62.7
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	4,688	25.7
5	Amebiasis intestinal	1,585	8.7
6	Otras helmintiasis	1,214	6.6
7	Asma	1,931	10.6
8	Hipertensión arterial	4,376	24.0
9	Diabetes Mellitus	3,138	17.2

Fuente: Sistema Unico de Información en Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) Yucatán 2010

Tasa: Por 1000 Adultos Mayores.

Población de 60 y más 2000: 133,137

Población de 60 y más 2010: 181,978

Referencias bibliográficas

1. Secretaría de Economía (2012) ProMéxico Inversión y Comercio [En Red] Disponible en: http://mim.promexico.gob.mx/Documentos/PDF/mim/FE_YUCATAN_vf.pdf; México: México Investment Map.
2. Secretaría de Fomento Económico (2010) Yucatán en Cifras, Reporte Económico [En Red] Disponible en: http://www.sefoe.yucatan.gob.mx/esp/yucatancifras/Yucatan_en_Cifras_Segundo_Trimestre_2010.pdf; México: Gobierno del Estado de Yucatán.
3. García V. (2011) Situación socio - demográfica del envejecimiento en Yucatán. México: Consejo Nacional de Población.
4. Consejo Nacional de Población. Diagnóstico socio – demográfico del envejecimiento en Yucatán. México: Dirección general de Estudios Socio demográficos y Perspectiva Secretaría general de CONAPO.
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010) Estadísticas a propósito del Día internacional de las personas de edad, datos Yucatán [En Red] Disponible en: www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/.../estadisticas/2010/edad31.doc; México: INEGI.
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011) Censo de Población y vivienda 2010, Tabulados del Cuestionario Básico [En Red] Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27302&s=est>; México: INEGI.
7. Instituto nacional de Estadística y geografía (2012) Mujeres y Hombres en México 2011. México: INEGI e Instituto nacional de las Mujeres.
8. Sistema Unico de Información en Vigilancia Epidemiológica Yucatán 2010.
9. Sistema Estadístico y Epidemiológico de Defunciones Yucatán, 2000-2010.

7.Resultados de la Encueta “SABE Yucatán”

M. en C. Gloria María Herrera Correa • Dra. Lizbeth Teresita Marín Piña
M. en C. Nelly Eugenia Albertos Alpuche • Dra. María Esther Lozano Dávila
M. en E. S. Ramón Ignacio Esperón Hernández • Lic. Rogelio Archundia González

Del 1 de octubre de 2010 al 30 de marzo de 2011 se realizó el Proyecto-Encuesta SABE, se recogieron los datos de 1,324 personas de 60 años y más mediante la encuesta SABE, de los cuales 870 (65.7%) son del género femenino, y 454 (34.3%) del masculino. La media de edad fue de 71.26 \pm 8.34 años con un rango de 50 (60 a 110). Se agruparon a las personas entrevistadas según quinquenios, a partir de los 60 años hasta los 85 y más años. Tabla 1.

Tabla 1.

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA (F)	PORCENTAJE (%)
60 a 64 años	347	26.2
65 a 69 años	290	21.9
70 a 74 años	252	19.0
75 a 79 años	190	14.4
80 a 84 años	140	10.6
85 y más años	105	7.9
Total	1324	100.0

Para el análisis de la información se integraron dos categorías: perfil socio-demográfico y estado de salud; las que se estudias según género y grupos etarios. Tabla 2.

TABLA 2 CATEGORÍAS DEL ANÁLISIS	
Indicadores	Categorías
Socio-demográfico	Estado Civil
	Alfabetismo
	Escolaridad
	Compañía en la vivienda
Estado de salud	Estado cognoscitivo
	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

Estado de salud	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
	ABVD
	AIVD
	Flexibilidad y equilibrio

Alfabetismo, a la pregunta sabe leer y escribir, 89.6% respondió que sí, al calcular la χ^2_{1gl} de tendencia se encontró que no hay un comportamiento lineal entre los diferentes grupos estudiados, como se muestra en la figura 1, sin embargo cuando se valoró esta variable por género, se encontró una $Z=4.9$, $p<0.01$, lo que significa que hay diferencia en cuanto al alfabetismo entre hombres y mujeres mayores de 60 años, esto es el alfabetismo funcional es mayor entre los hombres que entre las mujeres (Figura 2).

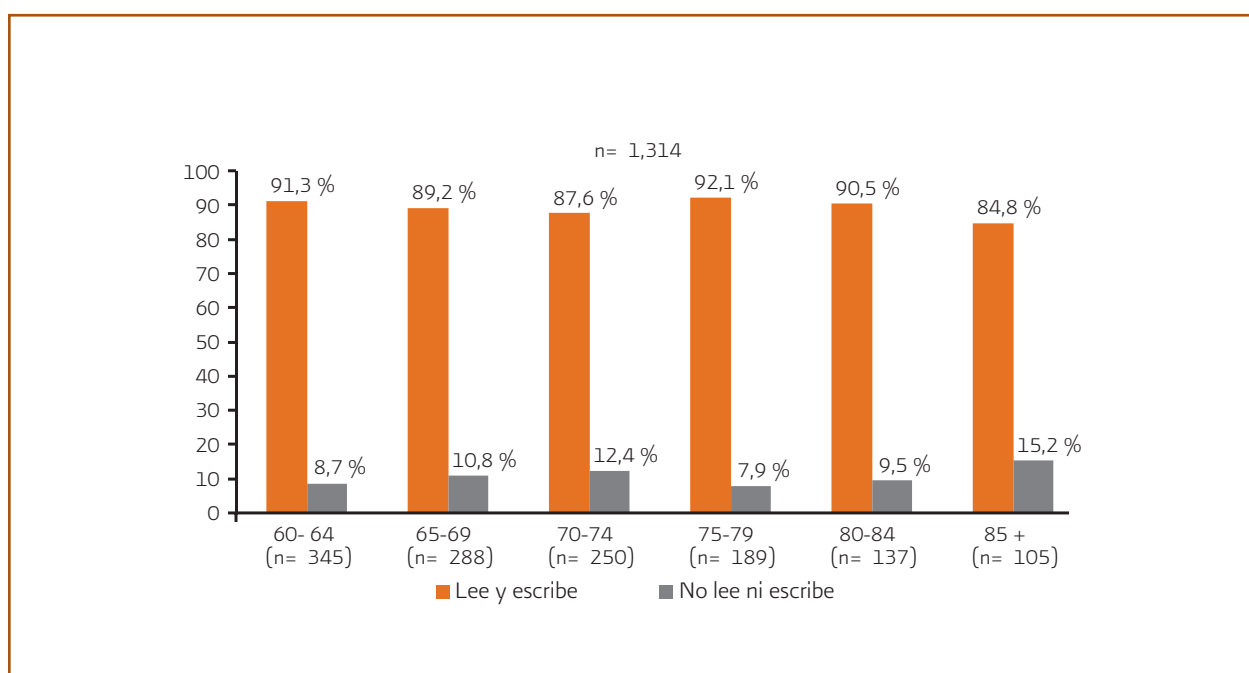


Figura 1. Distribución del alfabetismo por grupo etario

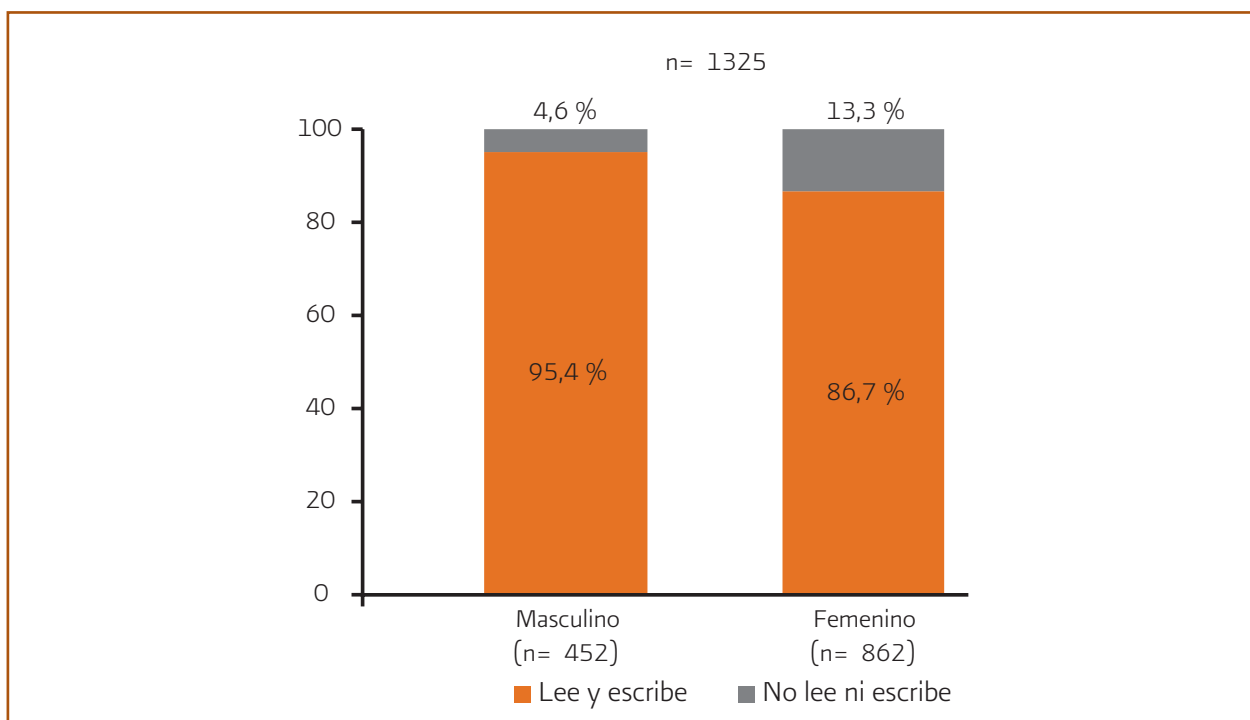


Figura 2. Distribución del alfabetismo según género

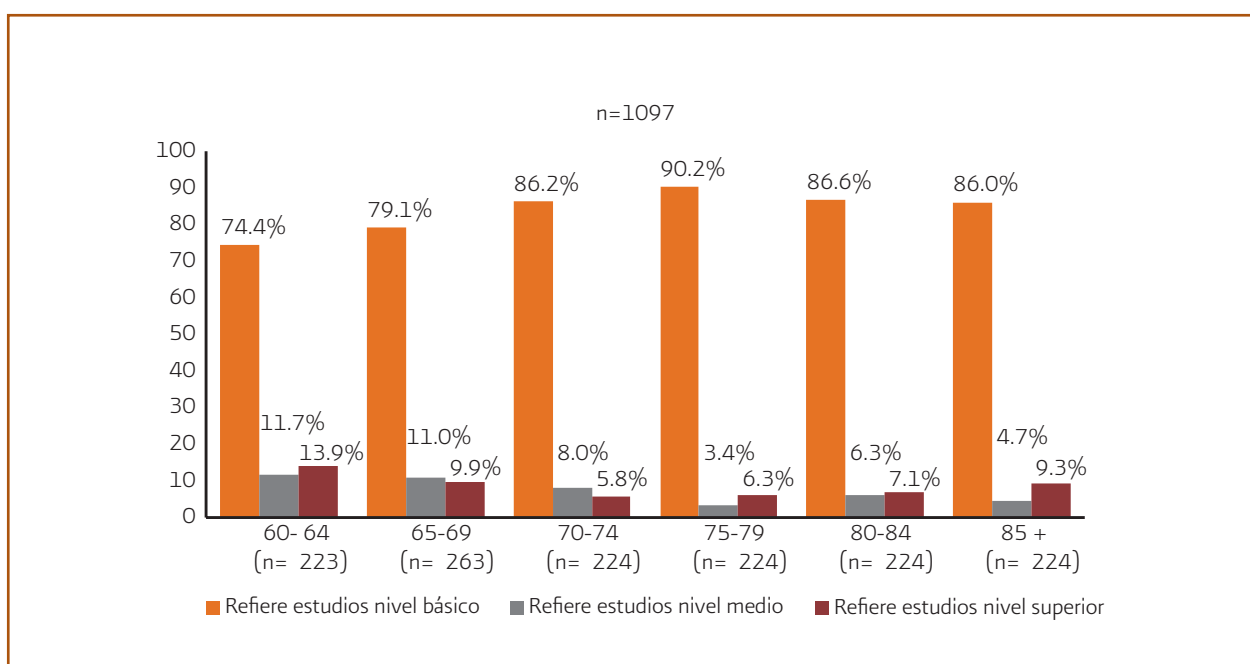


Figura 3. Distribución de niveles de escolaridad según grupos etarios

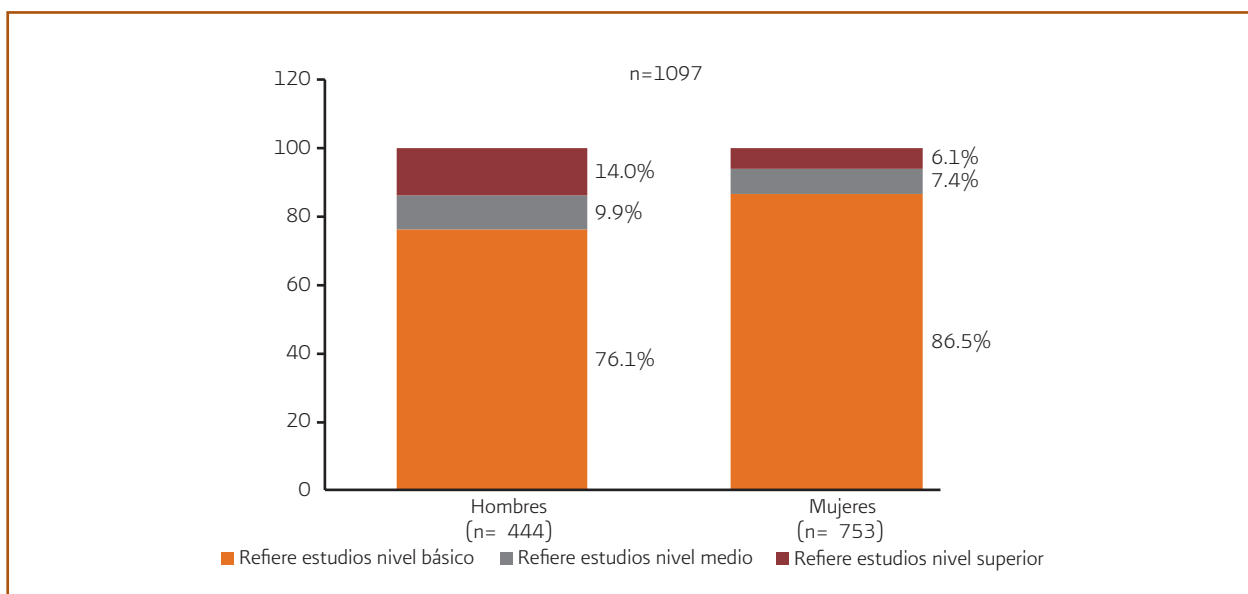


Figura 4. Distribución de niveles de escolaridad por género

A las preguntas fue usted a la escuela y cuál fue el último grado que usted aprobó en ella, 82% de la población estudiada respondió que asistió al nivel básico, al calcular la $\chi^2_{1gl} = 5.1$, $p < 0.05$ de tendencia se encontró que hay un comportamiento de tendencia lineal entre los diferentes grupos estudiados, como se muestra en la figura 3, y se encontró una $Z = 4.6$, $p < 0.01$, lo que significa que hay una diferencia en cuanto al nivel estudiado por género en la población de 60 años y más (Figura 4).

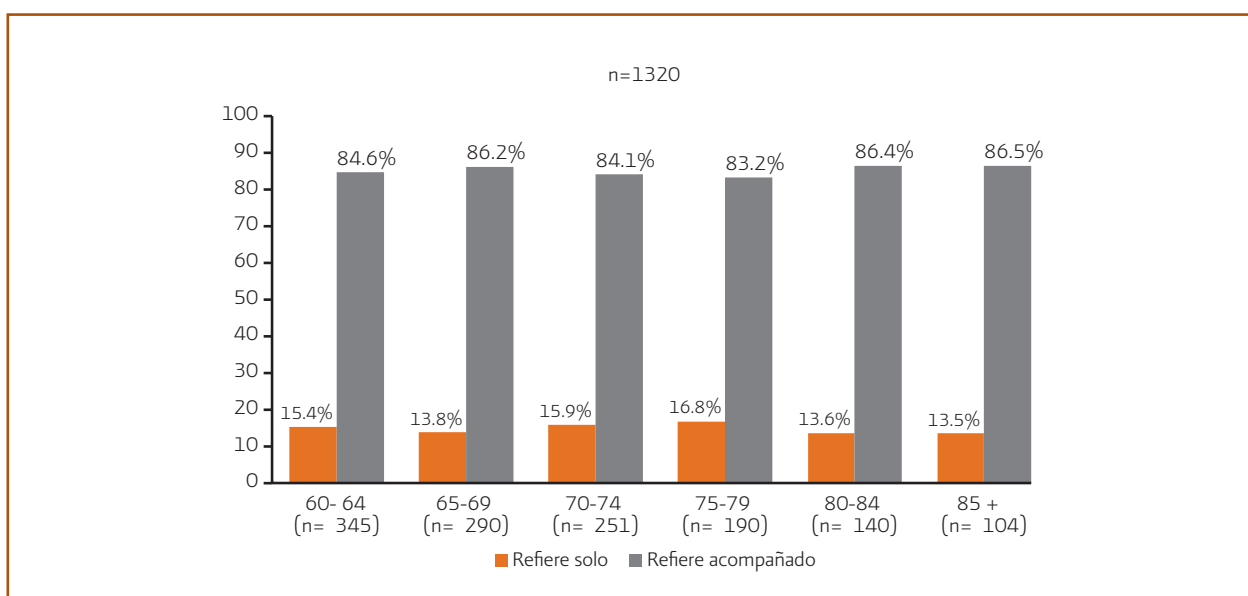


Figura 5. Compañía en la vivienda por grupo etario

15% de los adultos mayores vive solo, no se encontró una tendencia a aumentar con la edad (Figura 5). Al comparar por género no se encontró diferencia entre ellos.

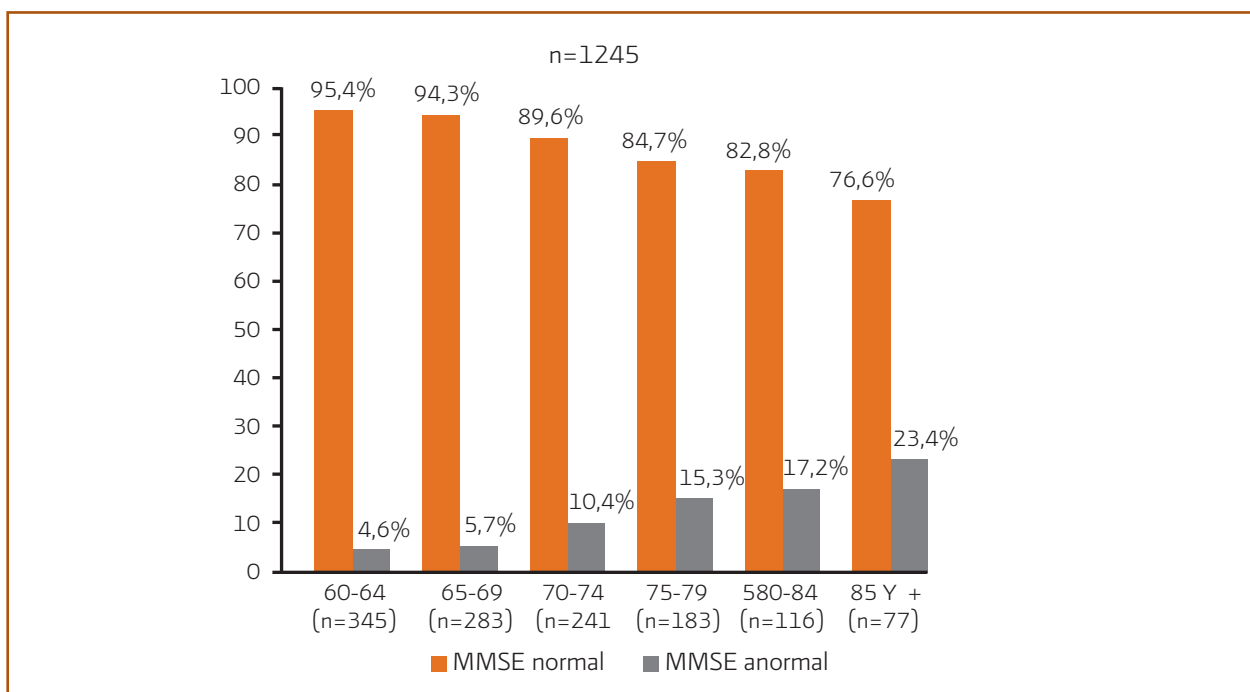


Figura 6. Estado cognoscitivo según grupo etario

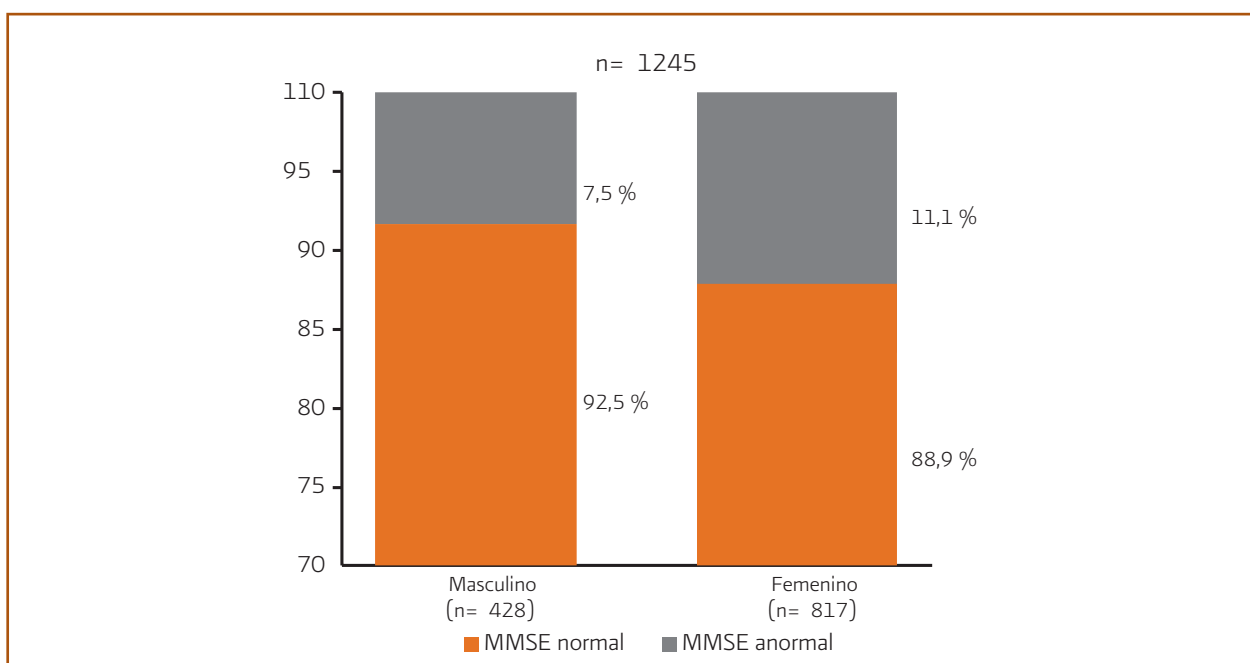


Figura 7. Estado cognoscitivo por género

Estado cognoscitivo basado en el Minimental de Folstein 9.8% se encontró 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 $\chi^2_{191} = 43.6; p < 0.01$ (Figura 6); al comparar por género encontramos $Z = 2.2 p < 0.05$ (Figura 7).

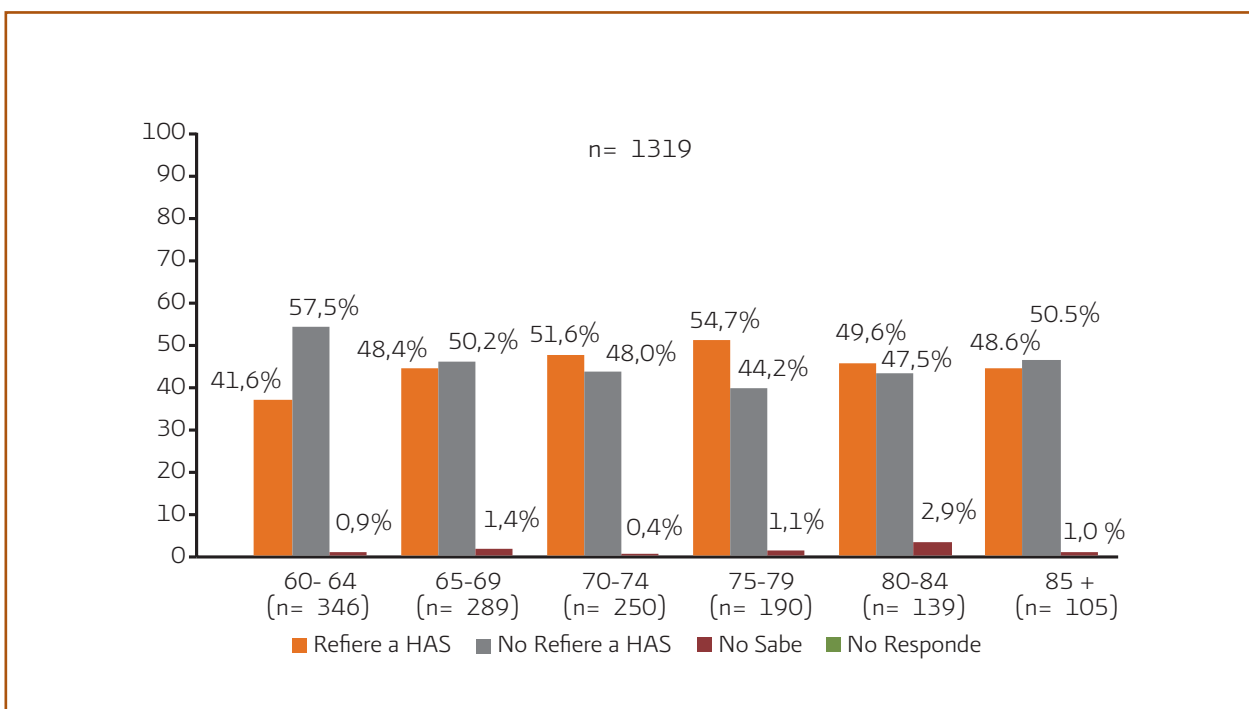


Figura 8. Distribución del diagnóstico de HAS por grupo etario

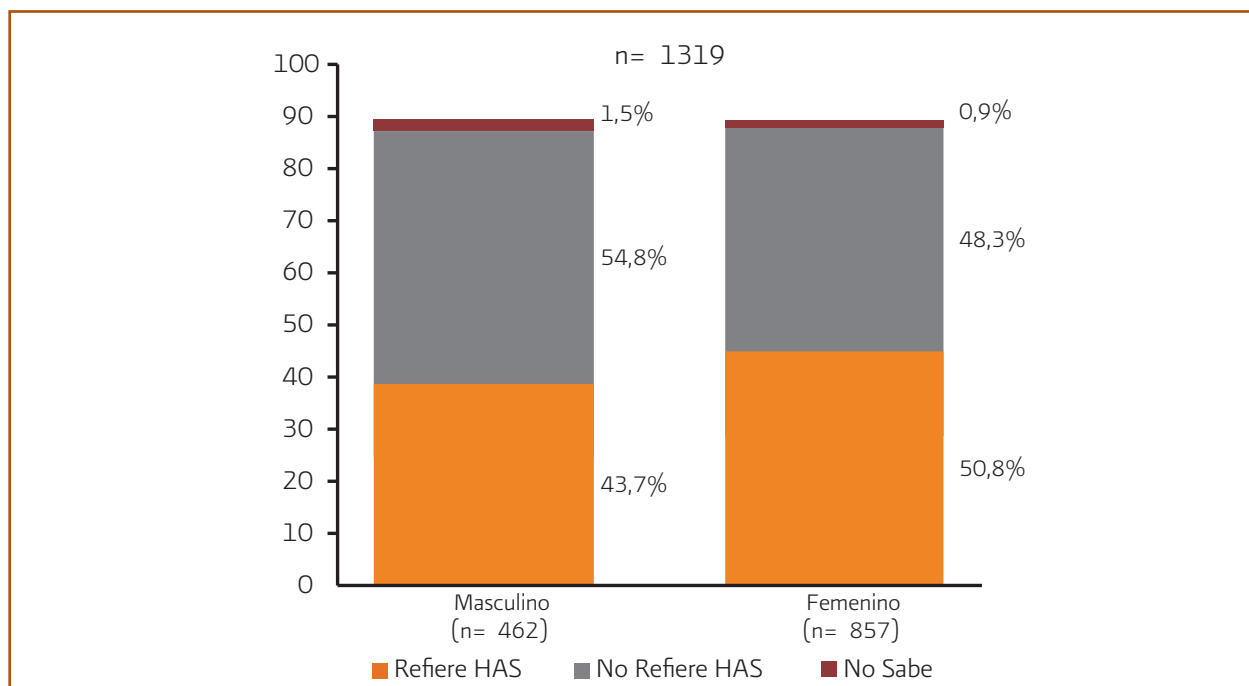


Figura 9. Distribución del diagnóstico de HAS según género

En cuanto a la presencia de hipertensión arterial sistémica (HAS), 48.3 % refirió tener diagnóstico previo, se encontró una tendencia lineal estadísticamente significativa por grupos etarios estudiados, establecido por la $\chi^2_{1gl} = 4.7$; $p < 0.05$ (Figura 8). Al comparar la presencia de HAS por género la $Z=2.5$, $p < 0.05$, lo que indica que a las mujeres se les ha diagnosticado con mayor frecuencia (Figura 9).

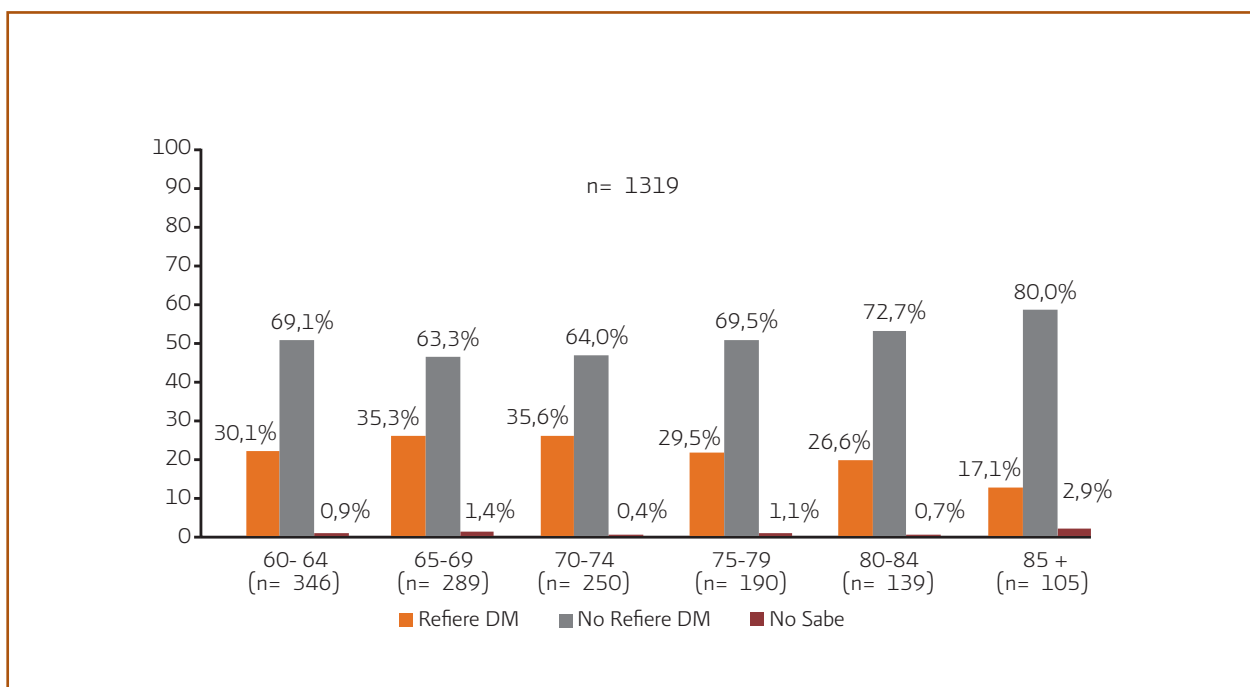


Figura 10. Distribución del diagnóstico, previo a la encuesta, de DM por grupo etario

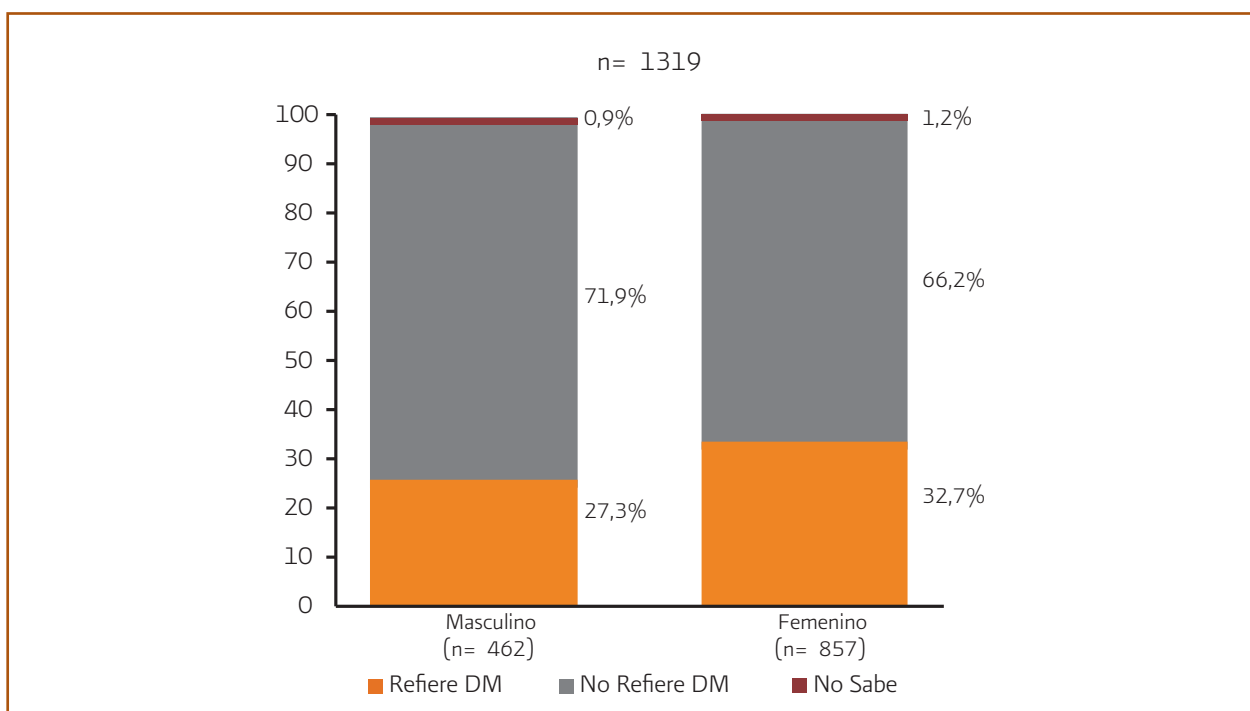


Figura 11. Distribución del diagnóstico, previo a la encuesta, de DM según género

30.8% refirió padecer diabetes mellitus previo a la encuesta, al estimar la $\chi^2_{1gl} = 6.0$; $p < 0.05$, lo que muestra una tendencia a incrementar conforme avanza la edad (Figura 10), al analizar por género se encontró una $Z = 2.0$; $p < 0.05$, lo cual muestra una diferencia estadísticamente significativa (Figura 11).

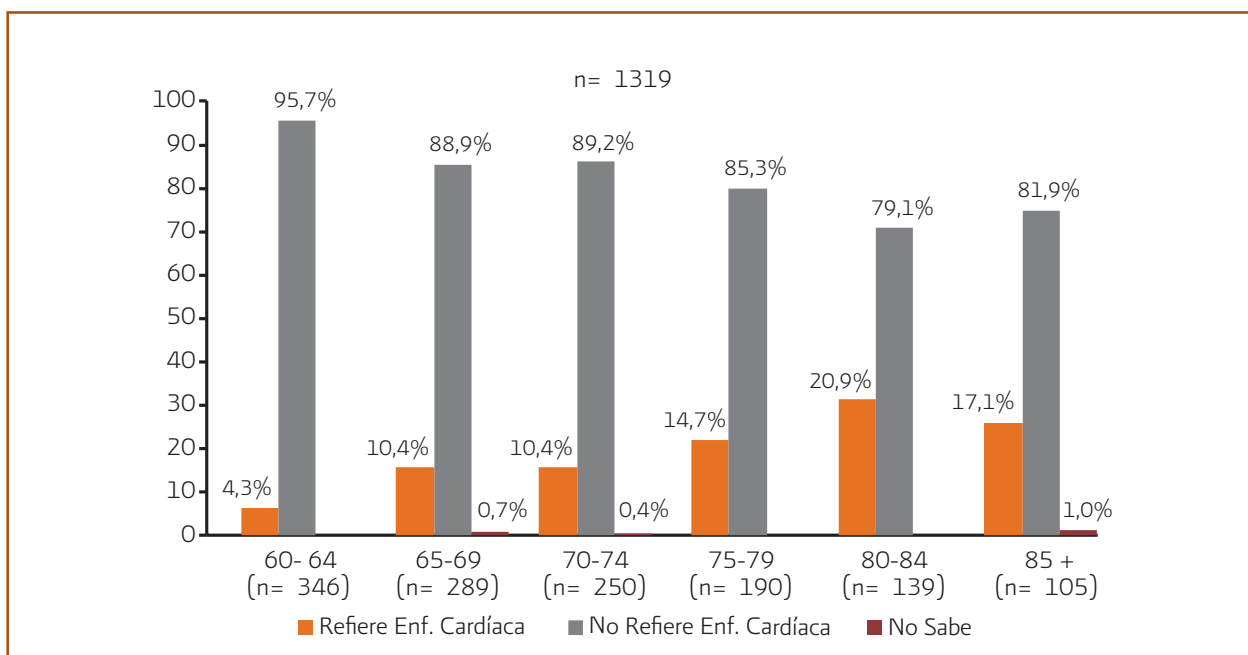


Figura 12. Distribución del diagnóstico de EPOC por grupo etario

A la pregunta si le han diagnosticado enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), solo 7.6 % refirió este diagnóstico, al analizar el comportamiento por grupos etarios $\chi^2_{1gl} = 1.6$ (Figura12), y en cuanto al género, no se encontró diferencia estadística al analizar las variables con una $Z = 0.5$; $p > 0.05$

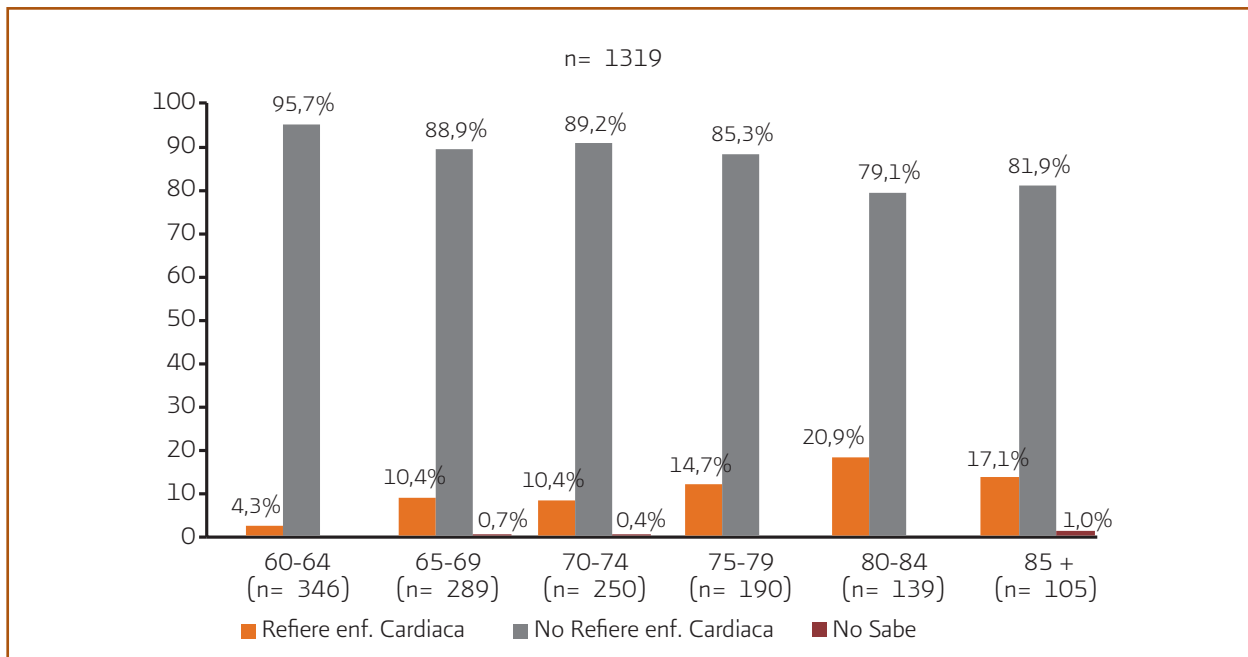


Figura 13. Distribución del diagnóstico de enfermedad cardíaca por grupos etarios

11.6% Refirió que ya le habían diagnosticado enfermedad cardíaca, $\chi^2_{1g} = 31.7$; $p = < 0.01$, esto es hay tendencia a incrementar la presencia del diagnóstico al aumentar la edad (Figura 13); al analizar por género no se encontró diferencia significativa.

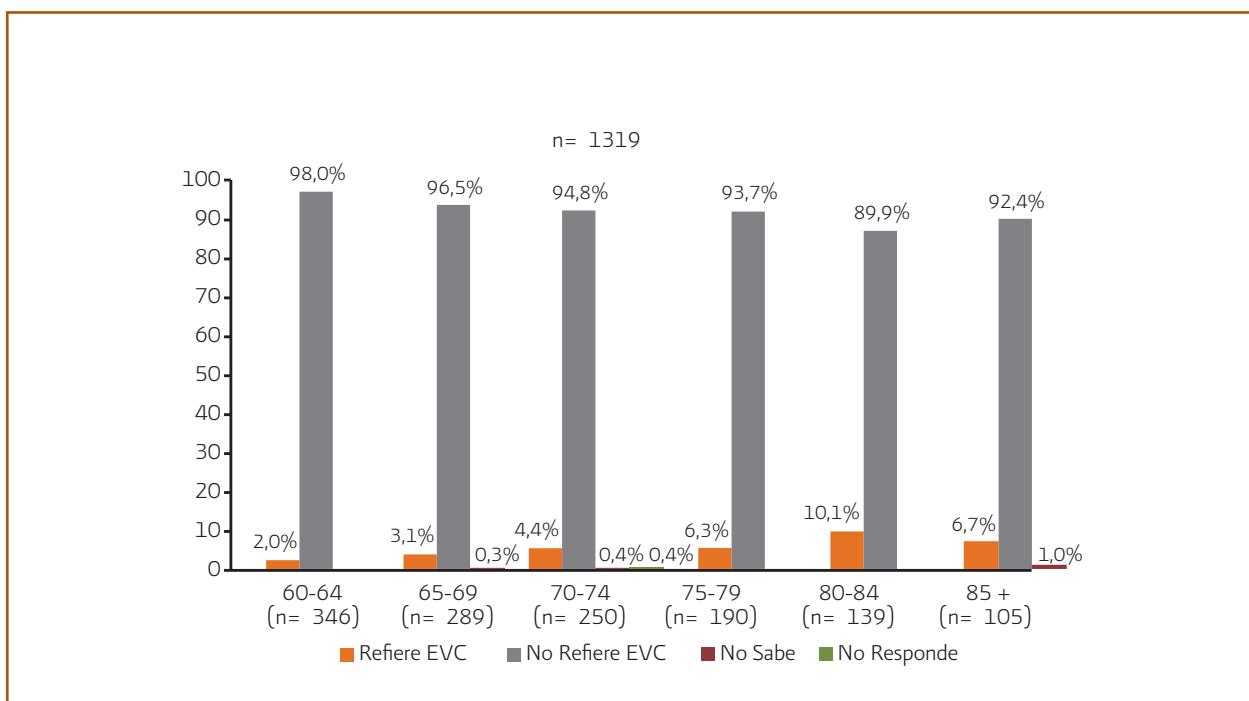


Figura 14. Enfermedad Vascular Cerebral según grupo etario

En cuanto a EVC, 4.5% de los entrevistados refirió que ya le habían diagnosticado, al analizar la tendencia de $\chi^2_{1gl} = 15.5$; $p < 0.01$, lo que indica que a mayor edad más frecuente el diagnóstico (Figura 14). Al analizar por género no fue significativa la diferencia.

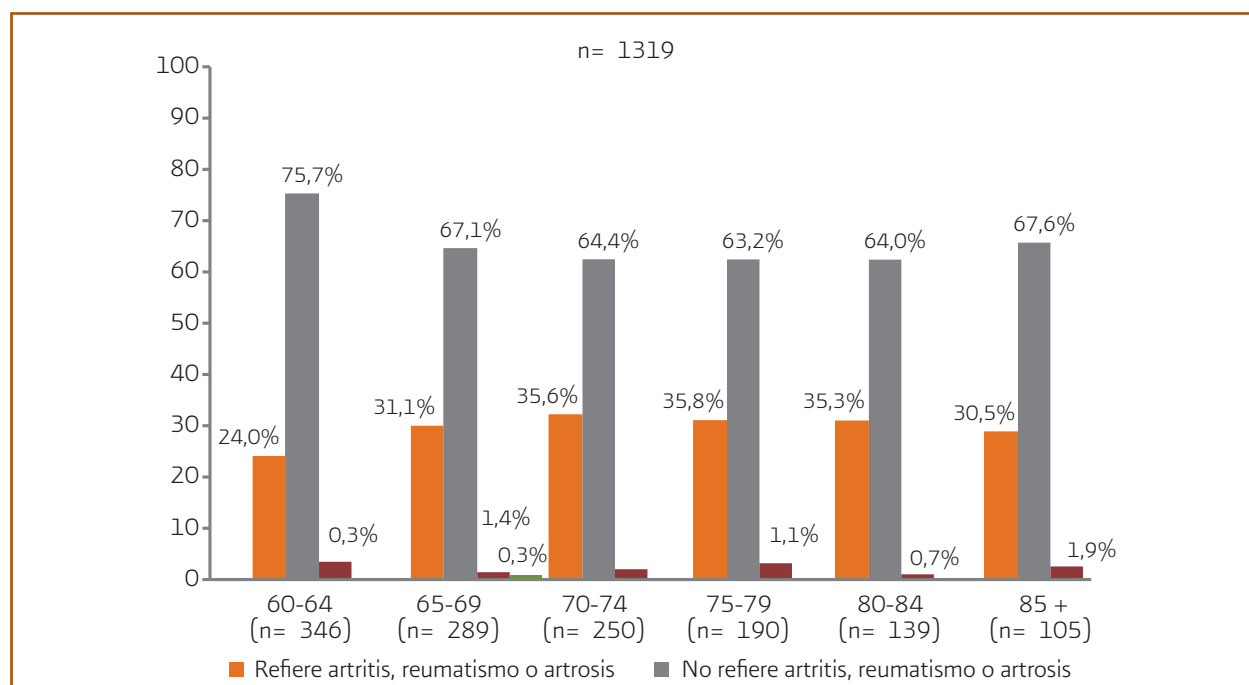


Figura 15. Distribución de enfermedad articular según grupo etario

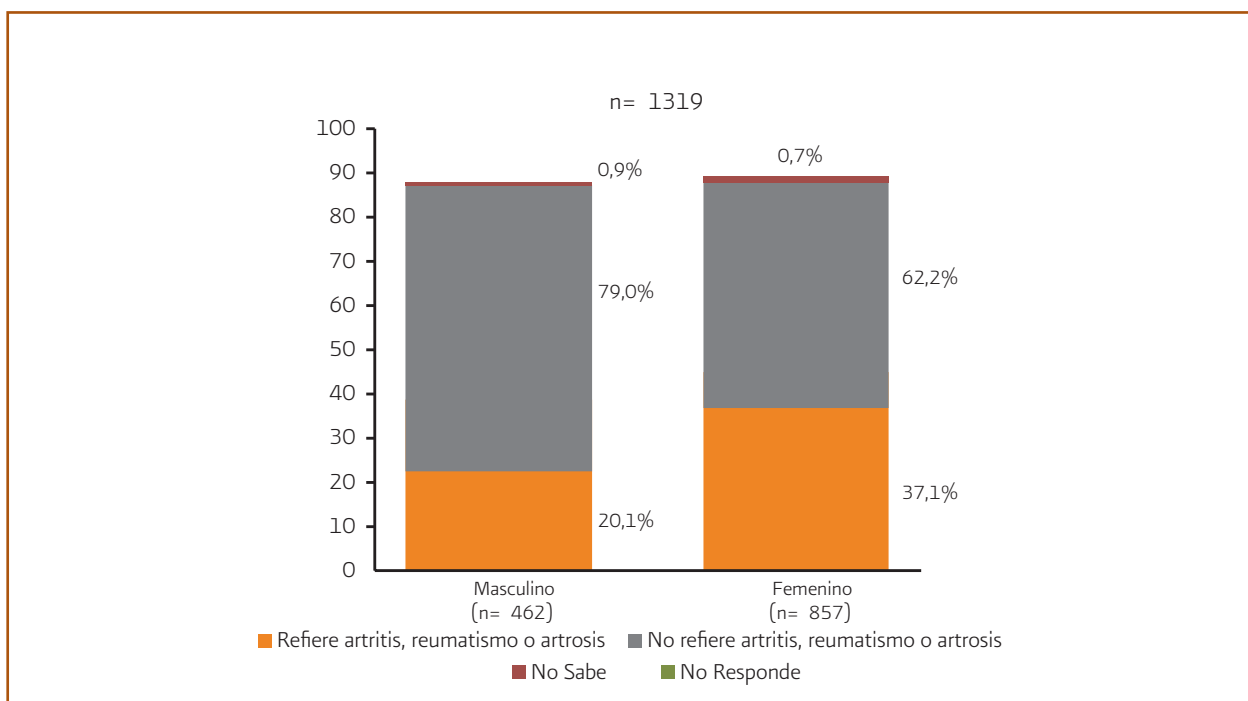


Figura 16. Distribución de enfermedad articular según género

Teniendo en cuenta otras patologías como son las que afectan a las articulaciones, se encontró que el 31.1% refirió que le han diagnosticado artritis, reumatismo o artrosis. Al analizar la tendencia, la $\chi^2_{1gl} = 6.5; p < 0.05$, que resulta ser significativa por grupos etarios, al analizarlo por género se obtuvo una $Z = 6.4; p < 0.01$ (Figuras 15 y 16), con predominio en el género femenino.

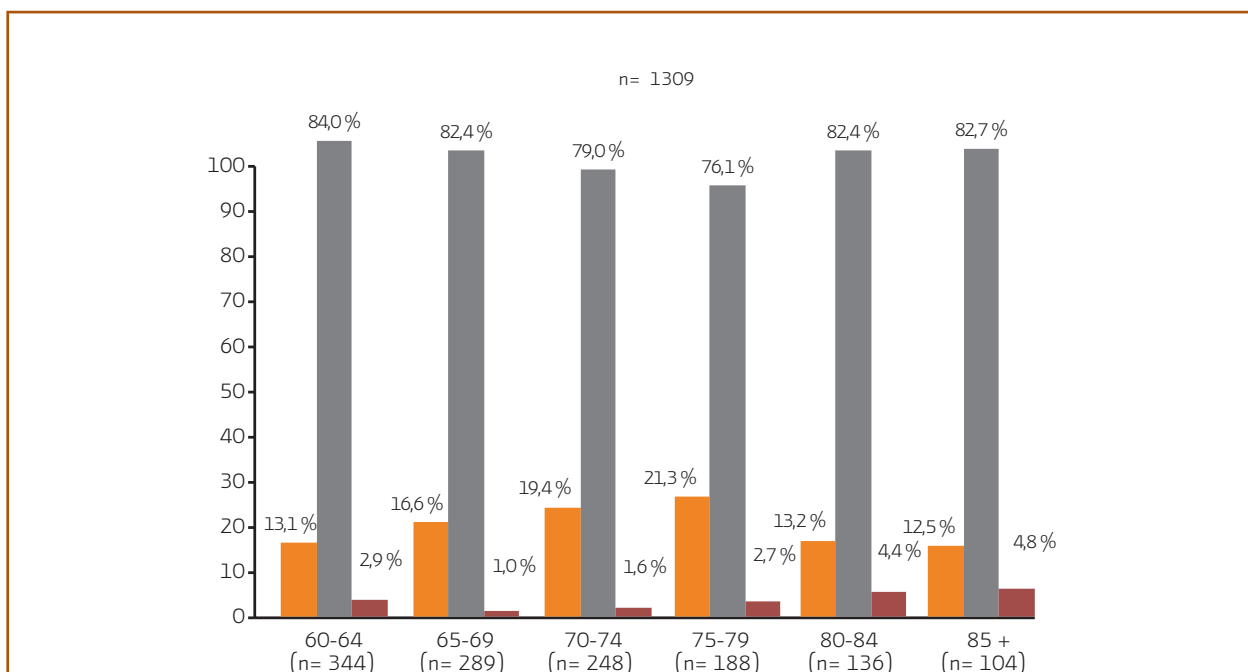


Figura 17. Distribución de osteoporosis según grupo etario

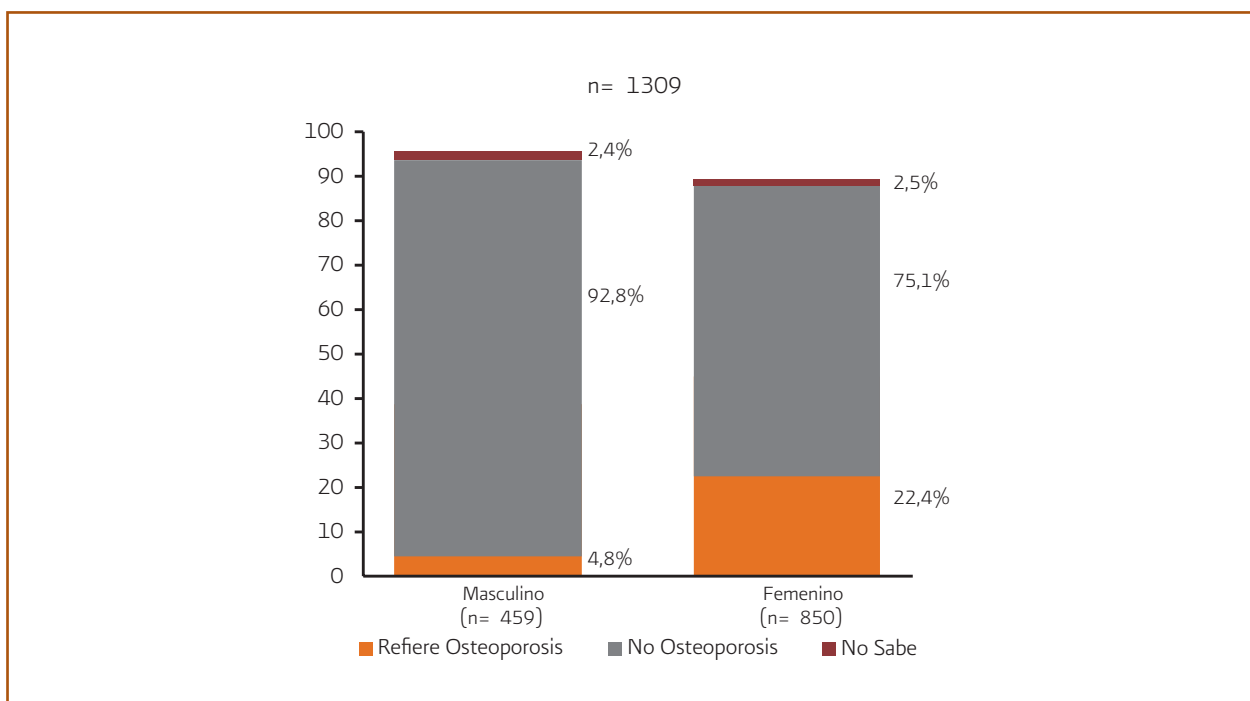


Figura 18. Distribución de osteoporosis según género

Osteoporosis, al preguntar si le han diagnosticado 16.2% refirió que sí, sin embargo no se encontró un comportamiento lineal en cuanto a la edad. Pero al analizar por género se encontró una $Z=8.2$; $p<0.01$, lo que indica que este diagnóstico es más frecuente en el género femenino (Figuras 17 y 18).

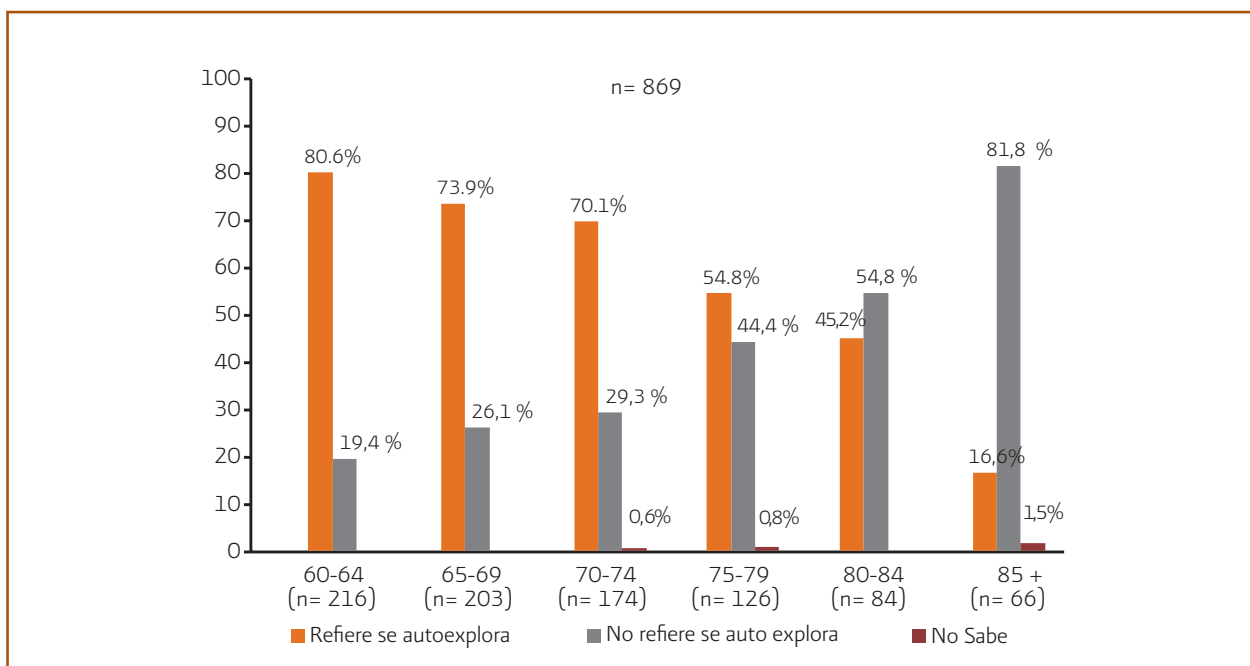


Figura 19. Distribución de la autoexploración de glándula mamaria, por grupo etario

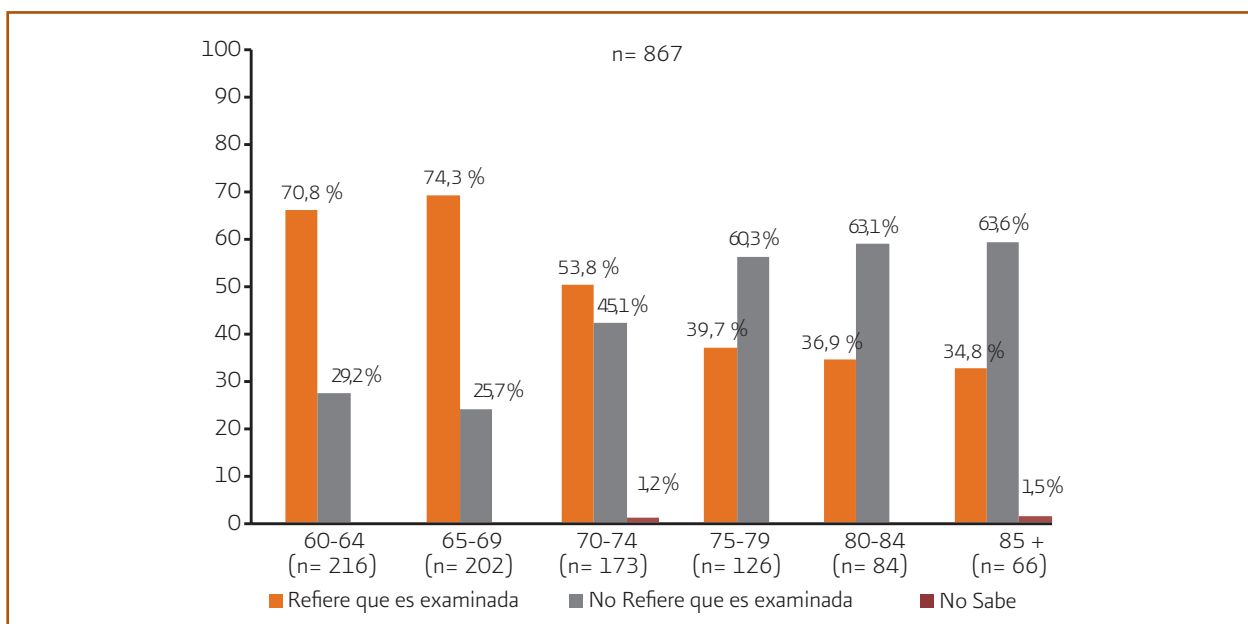


Figura 20. Distribución de la exploración por personal de salud de la glándula mamaria, distribuida según grupo etario

En el caso de las encuestadas del género femenino, se interrogó si en los dos últimos años, se había auto-examinado los senos buscando la presencia de nódulos en la mama, a lo que 64.9% respondió que sí y la tendencia demostró que esto era más frecuente conforme la mujer era más joven con una $\chi^2_{1gl} = 104.3; p < 0.01$. Al preguntarle, si algún profesional de la salud le había examinado los senos en busca de nódulos en la mama, respondió afirmativamente 57.7%, encontrando la misma tendencia con una $\chi^2_{1gl} = 70.2; p < 0.01$ (Figuras 19 y 20).

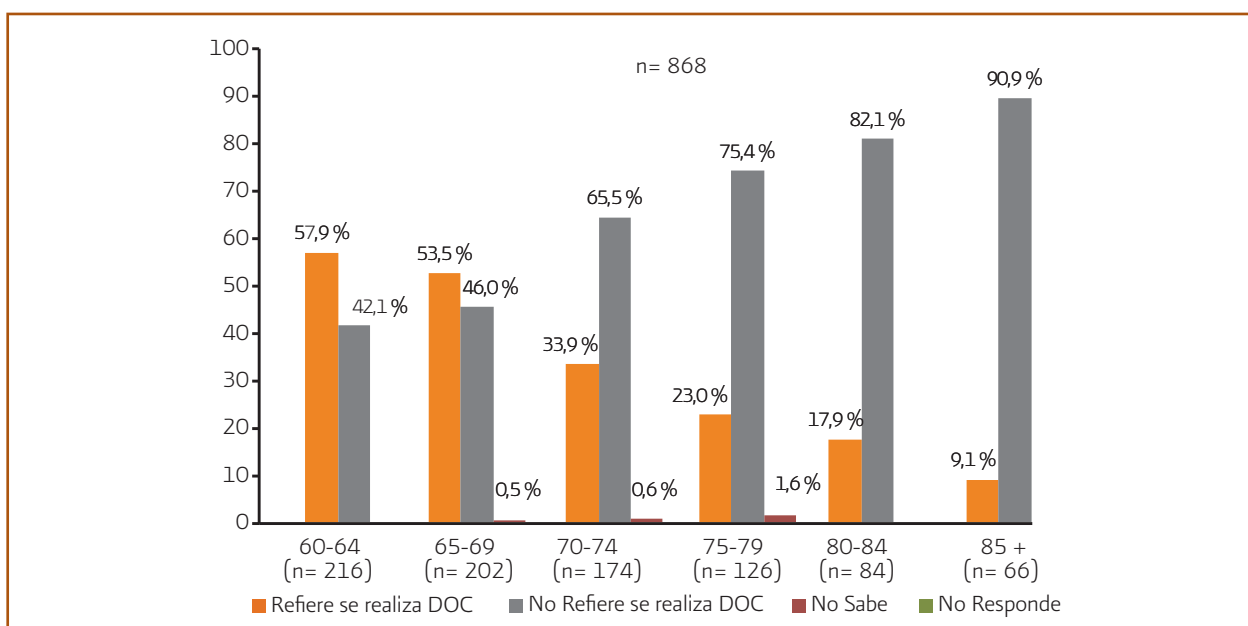


Figura 21. Distribución por grupos etarios de la realización de DOCU en los últimos dos años.

En cuanto a la realización de estudio de citología vaginal por la técnica de Papanicolau, para detección oportuna de cáncer cérvico uterino (DOCU), solamente 39.4%, se lo había realizado en los dos últimos años. Con una tendencia lineal descendente significativa a medida que aumenta la edad con una $\chi^2_{1gl} = 97.8; p < 0.01$ (Figura 21).

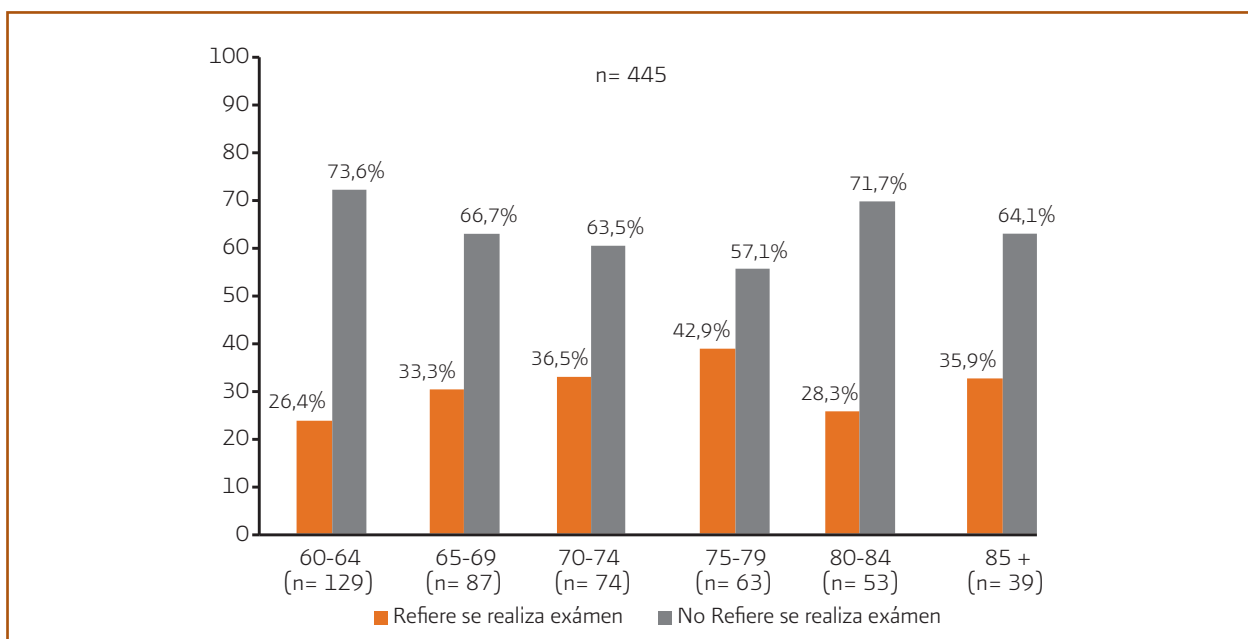


Figura 22. Distribución por grupo etario de la realización de examen de próstata en los dos años previos a la encuesta

Con prevalencia 32.8% de los varones respondieron afirmativamente a la pregunta de si en los dos últimos años se les había hecho un examen de próstata, con una $\chi^2_{1gl} = 1.7$; $p > 0.05$, la cual no es significativamente estadístico (Figura 22).

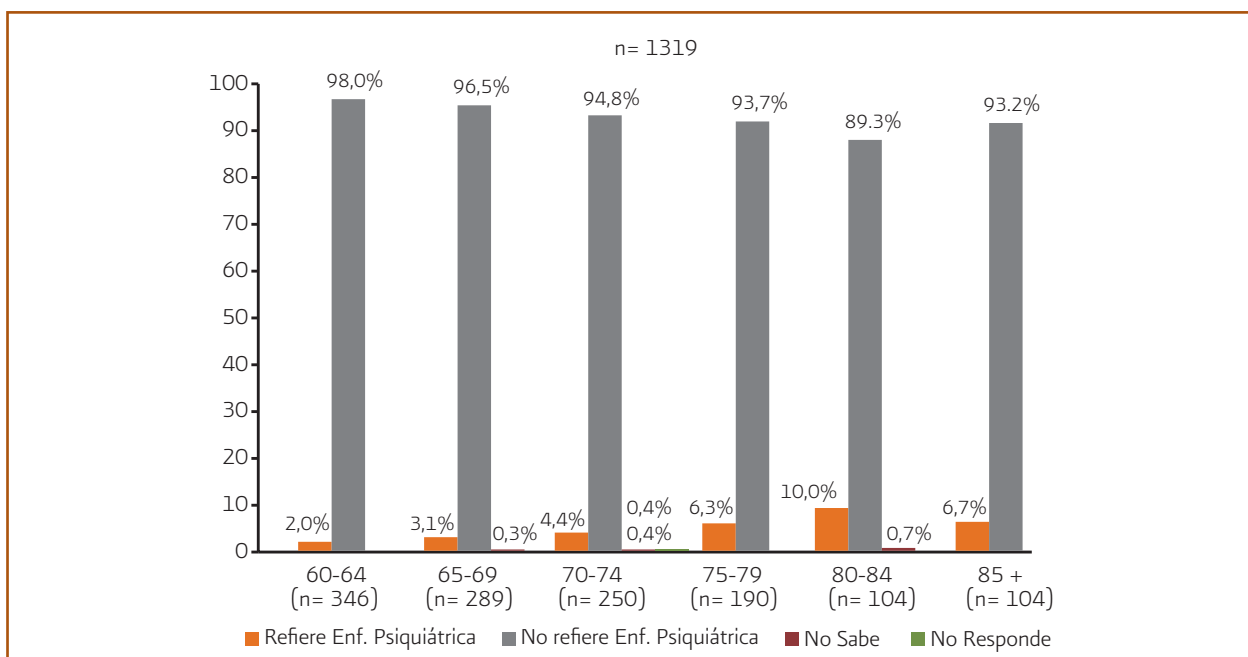


Figura 23. Distribución de enfermedad psiquiátrica según grupo etario

En cuanto a la pregunta de si se le han diagnosticado un problema nervioso o psiquiátrico, 4.5% lo refirió, con una $\chi^2_{1gl} = 15.4$; $p < 0.01$ (Figura 23), lo que nos muestra una tendencia lineal conforme avanza la edad (Figura 23); y al analizar por género no se encontró diferencia por género.

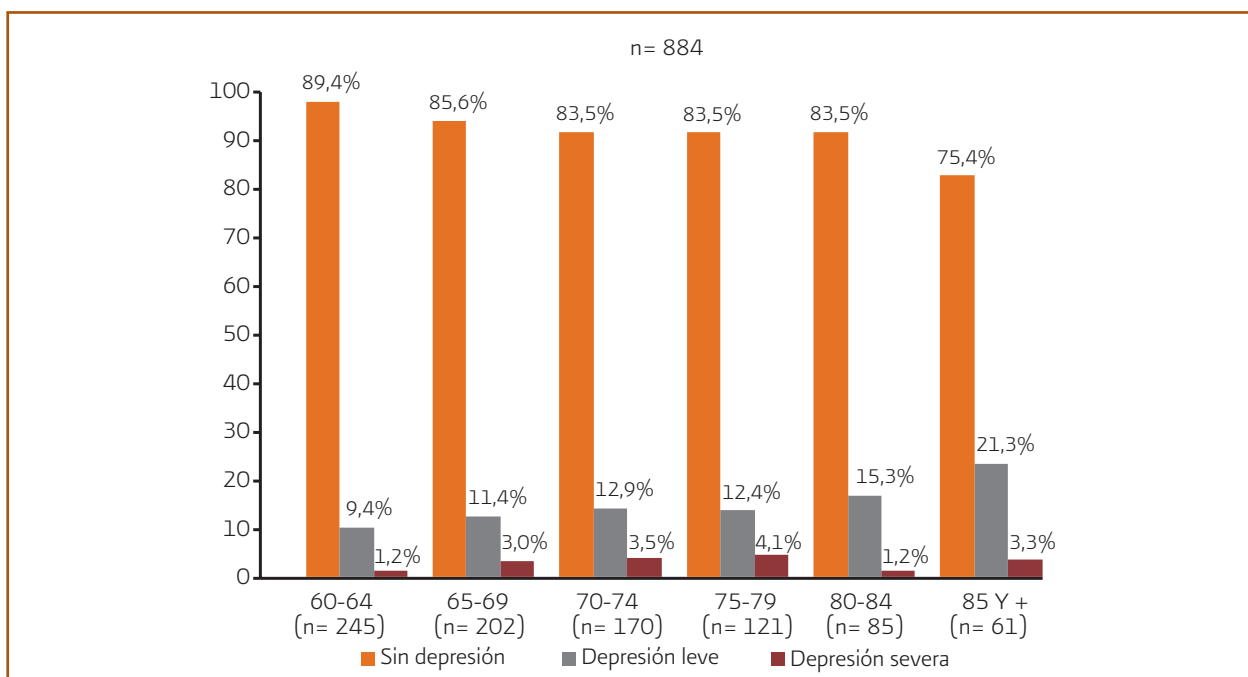


Figura 24. Distribución de depresión por grupo etario

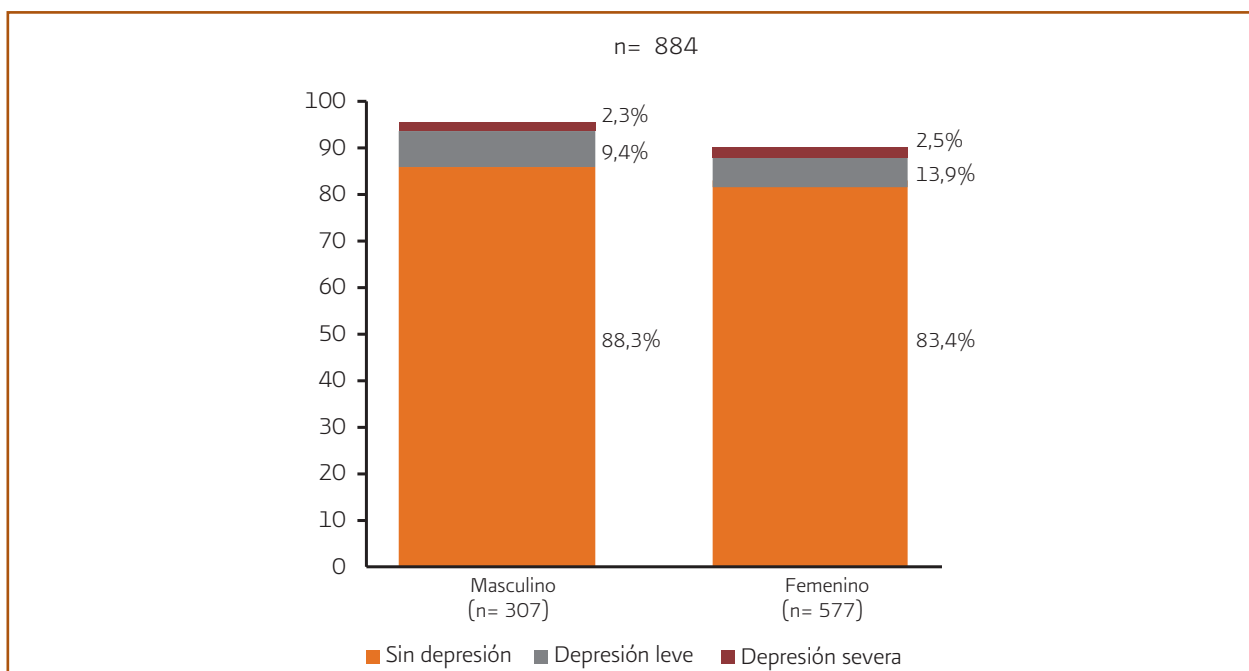


Figura 25. Distribución de depresión según género

La depresión, es una de las patologías poco detectadas en este grupo, encontramos una prevalencia 39.41% que refirieron y $\chi^2_{1gl} = 0.8$; $p > 0.05$ sin existir una tendencia con relación a los diferentes grupos de edad (Figura 24); tampoco al analizar el comportamiento por género, no se encontró diferencia con una $Z = 0.4$ (Figura 25).

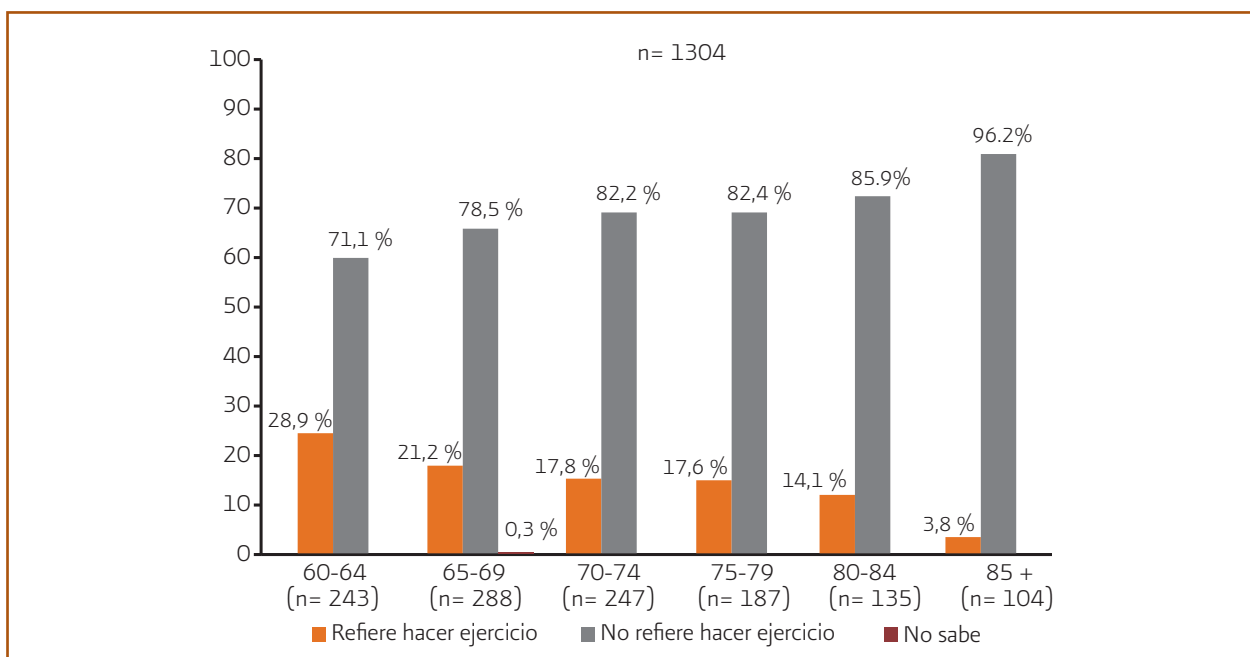


Figura 26. Distribución por grupo etario de la realización de ejercicio de manera regular

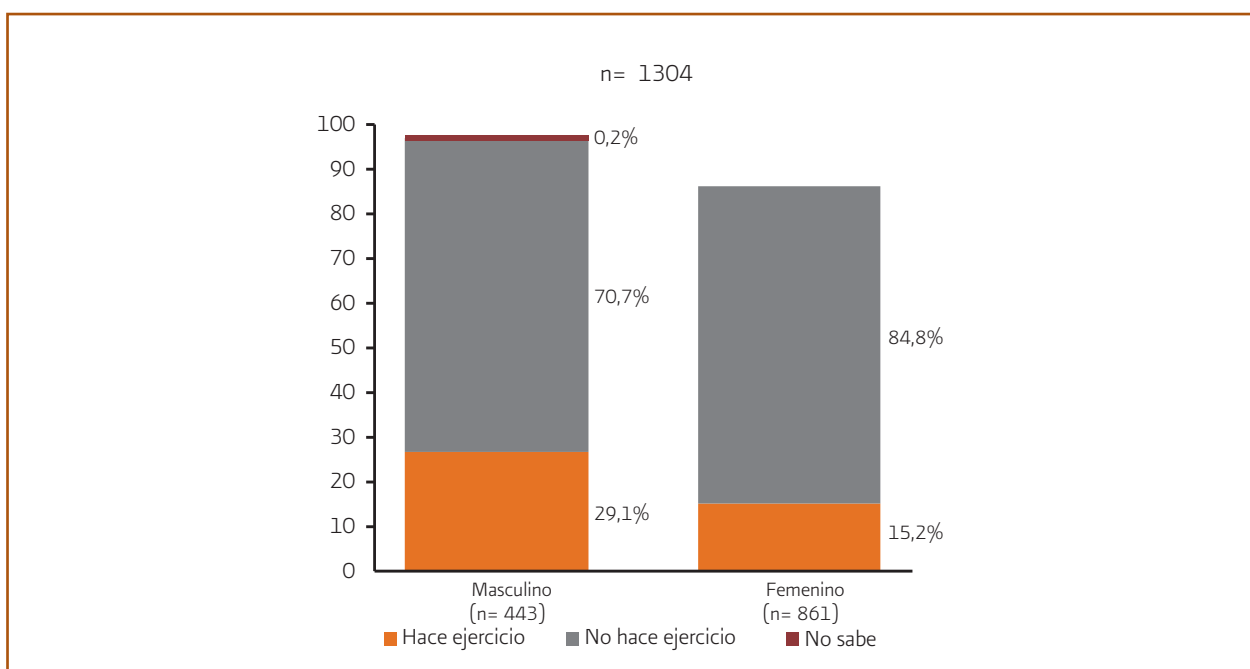


Figura 27. Realización de ejercicio según género

En cuanto a hábitos saludables, se les preguntó si habían hecho ejercicio regularmente, al menos tres veces a la semana, a lo que el 19.9% respondió afirmativamente, con una tendencia a descender conforme avanza la edad, como lo demuestra la $\chi^2_{1gl} = 35.3; p < 0.01$ (Figura 26). Donde los hombres realizan con mayor frecuencia el ejercicio en forma regular, como muestra la $Z = 5.9, p < 0.01$ (Figura 27).

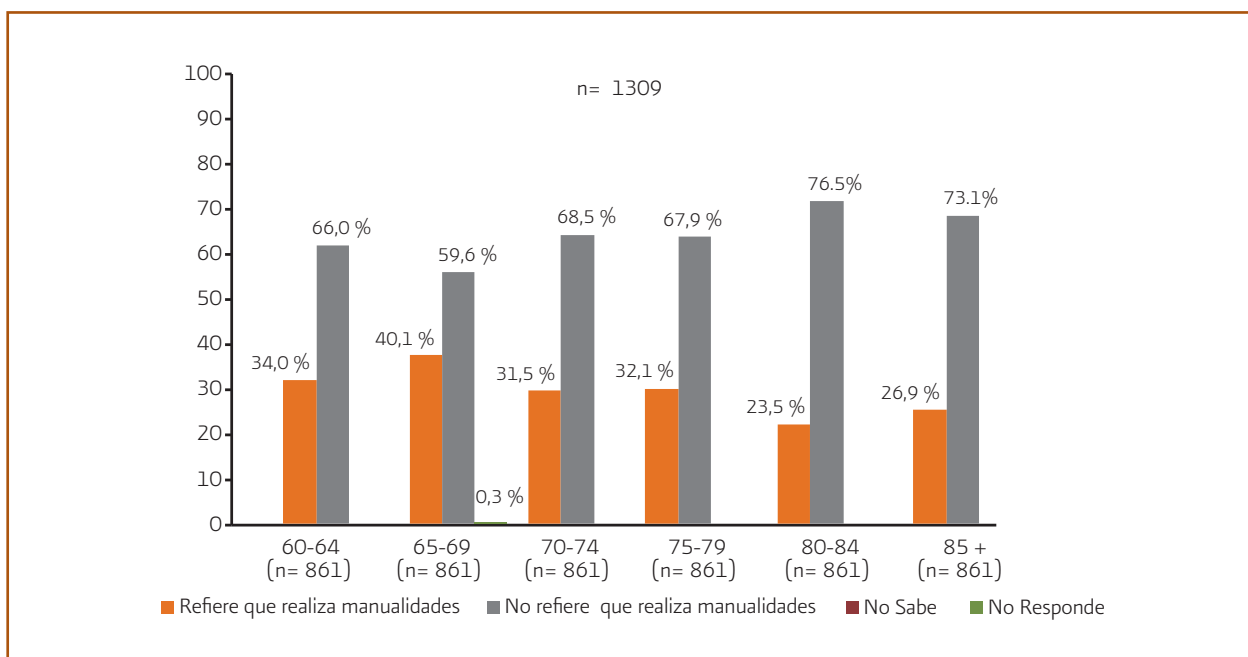


Figura 28. Distribución de la realización de manualidades por grupo etario

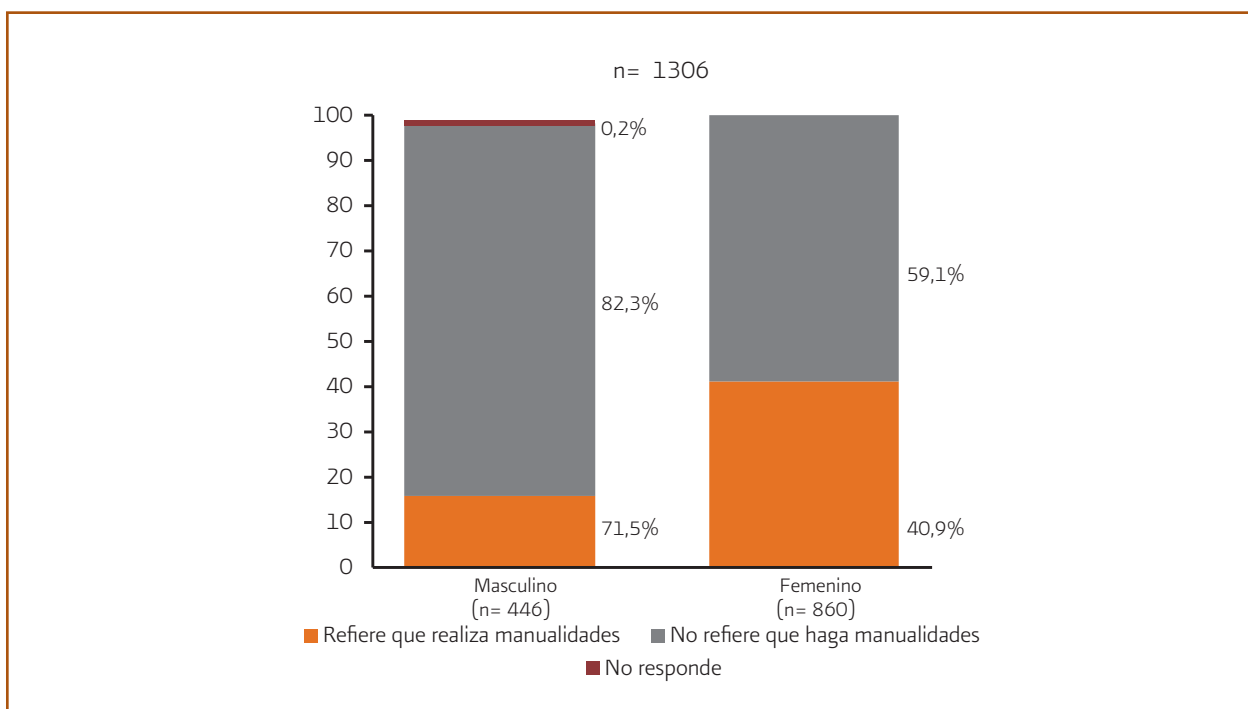


Figura 29. Realización de manualidades según género

También se investigó la participación de los encuestados en la elaboración de manualidades, por lo menos una vez por semana, como actividad de entretenimiento, a lo que 32,9% refirió que si lo hacía, donde se encontró una tendencia en el comportamiento por grupo etario de esta variable, $\chi^2_{1gl} = 7.5; p < 0.01$. Esta actividad es más frecuente en el género femenino con una $Z = 8.5 p < 0.01$ (Figuras 28 y 29).

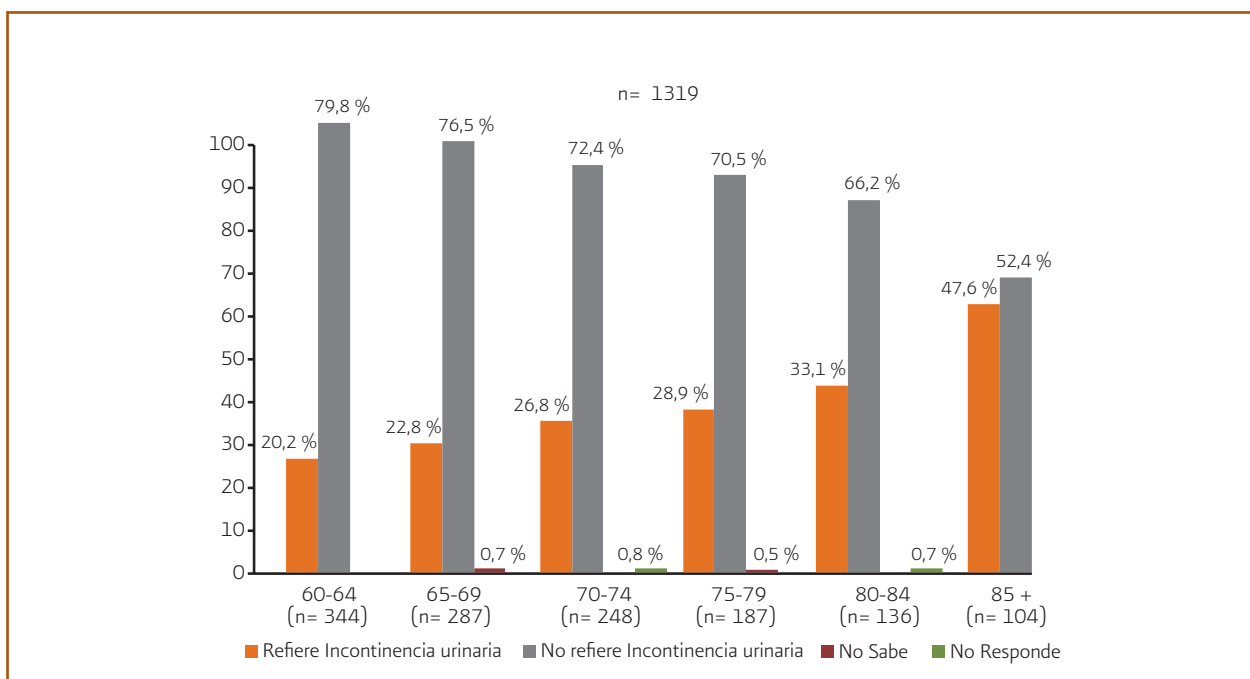


Figura 30. Distribución de la presencia de incontinencia urinaria por grupo etario

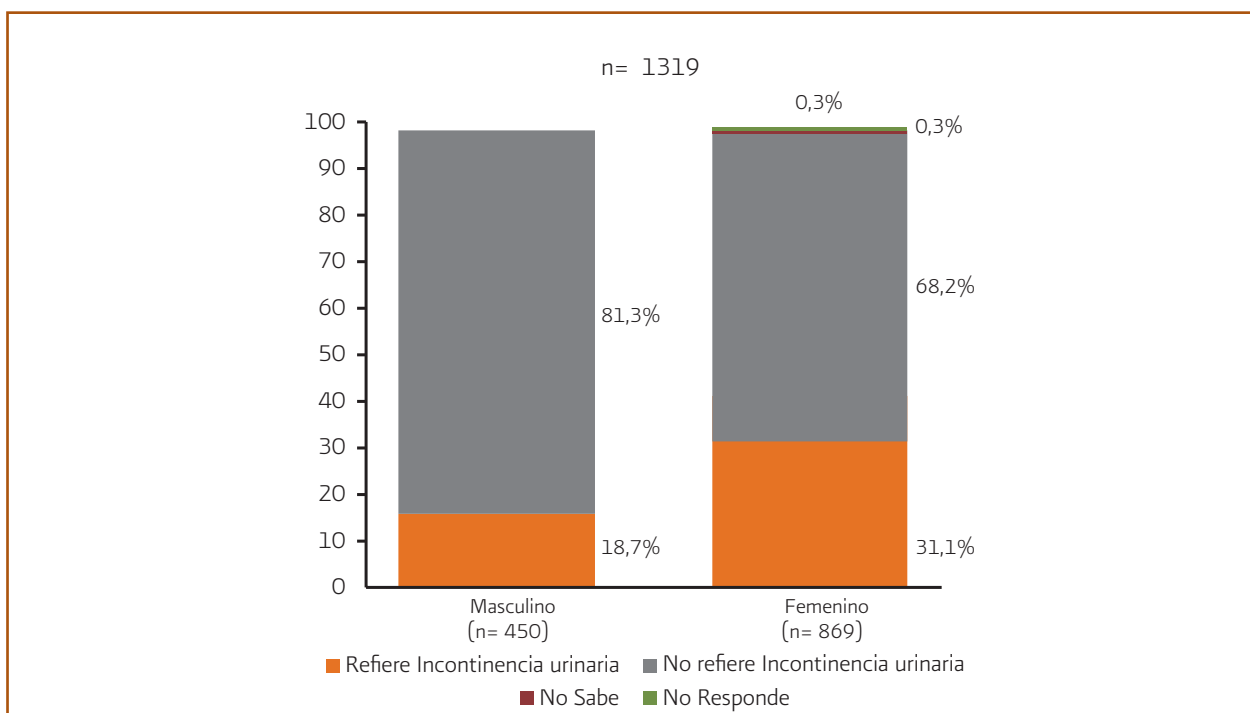


Figura 31. Incontinencia urinaria según género

La incontinencia del esfínter urinario, en el último año 26.8% refirió que la presentaba, se encontró una tendencia lineal ascendente con la edad $\chi^2_{1gl} = 31.5$; $p < 0.01$ (Figura 30) y se presenta con más frecuencia en el género femenino con una $Z = 5.8$; $p < 0.01$ (Figura 31).

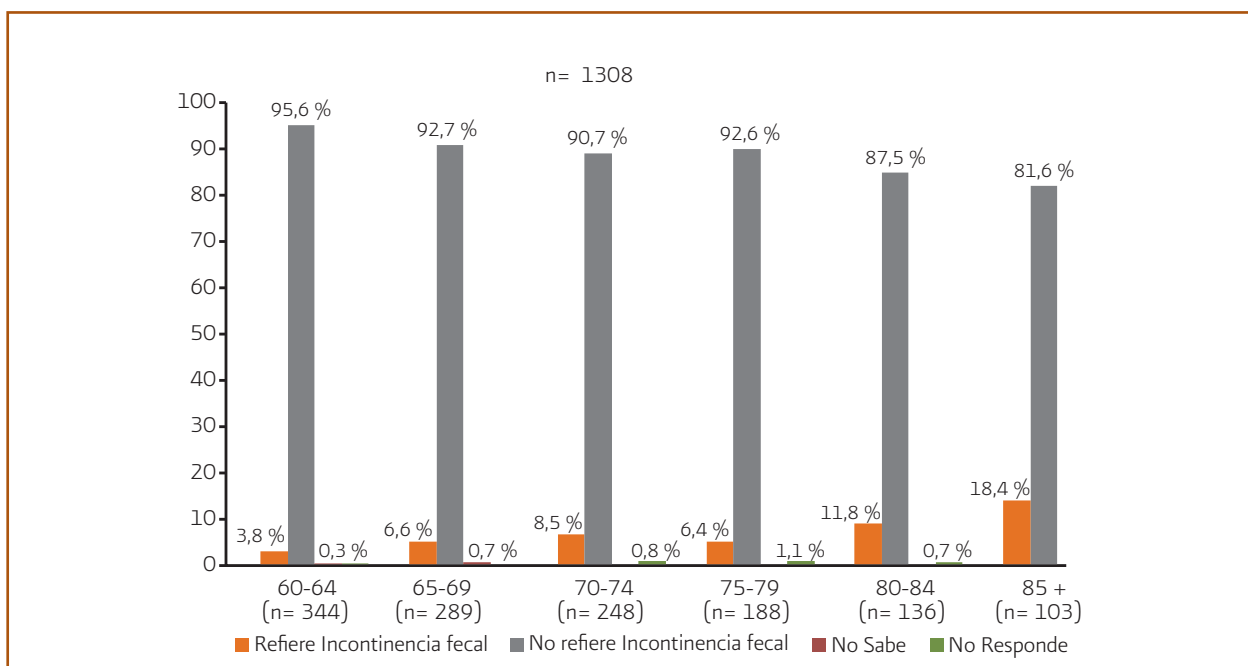


Figura 32. Referencia de incontinencia fecal por grupo etario

Al investigar sobre la incontinencia del esfínter anal, en el último año, el porcentaje es 7.6%, se encontró una tendencia a incrementar con la edad $\chi^2_{1gl}=22.0$; $p<0.01$ (Figura 32) sin encontrarse diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres.

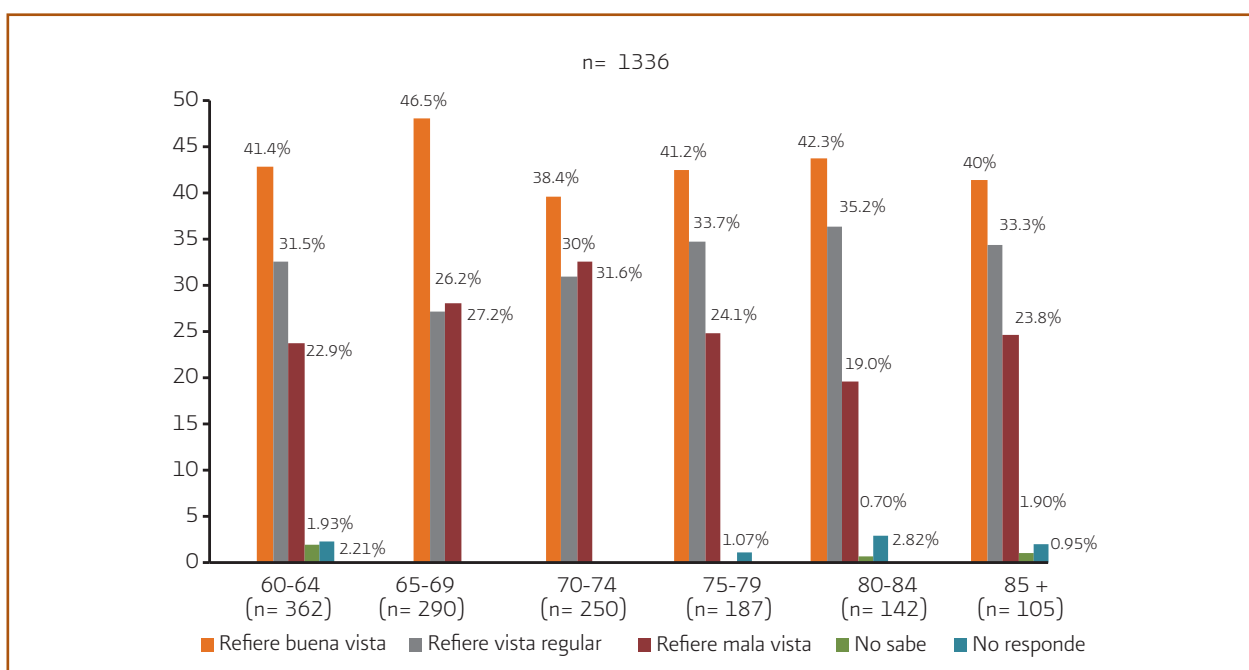


Figura 33. Distribución de que tan buena vista tiene por grupo etario

En cuanto a la percepción de la calidad de su vista, 25.7% refirió tener dificultad para ver, $\chi^2_{1gl}=0.3$; $p>0.05$, sin que exista alguna diferencia en la prevalencia por género no por grupo etario (Figura 33).

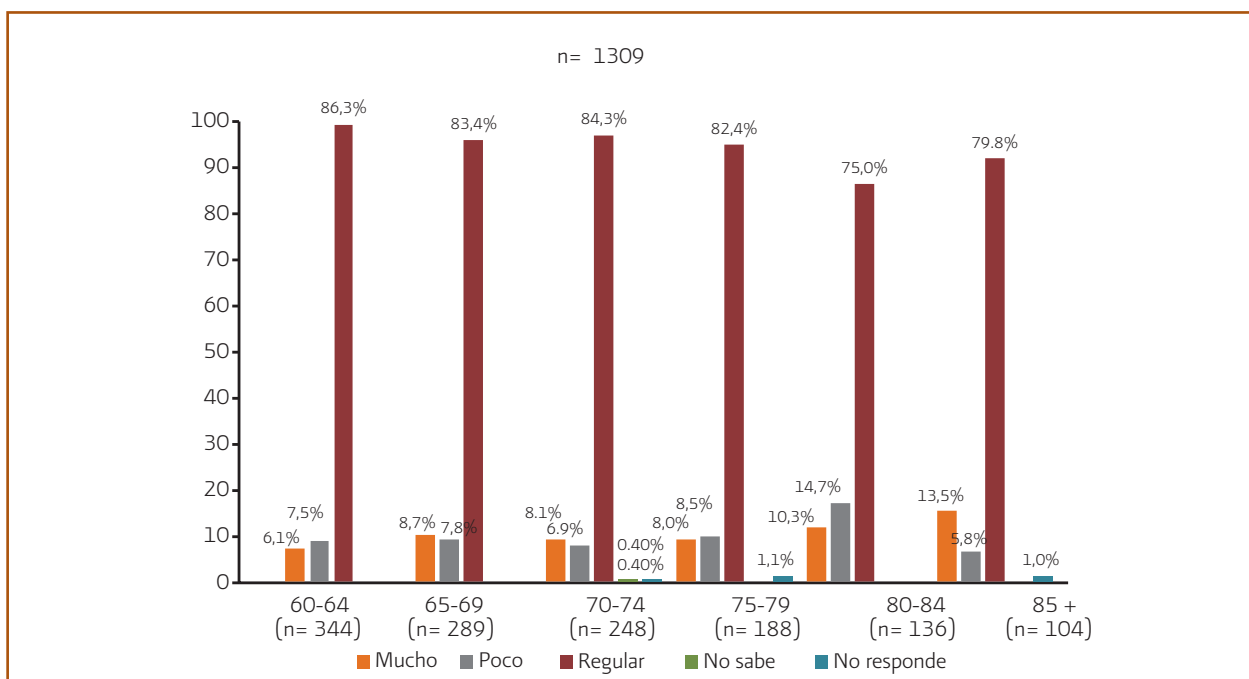


Figura 34. Distribución de tener dificultad para comer por problemas en sus dientes según grupo etario

En cuanto a la percepción de presentar la dificultad para comer por problemas en sus dientes encontramos que 8.6% lo refiere, con una $\chi^2_{1gl} = 4.9$; $p < 0.05$, por grupo etario (Figura 34), por género tenemos una $Z = 1.6$ sin que tenga significancia estadística.

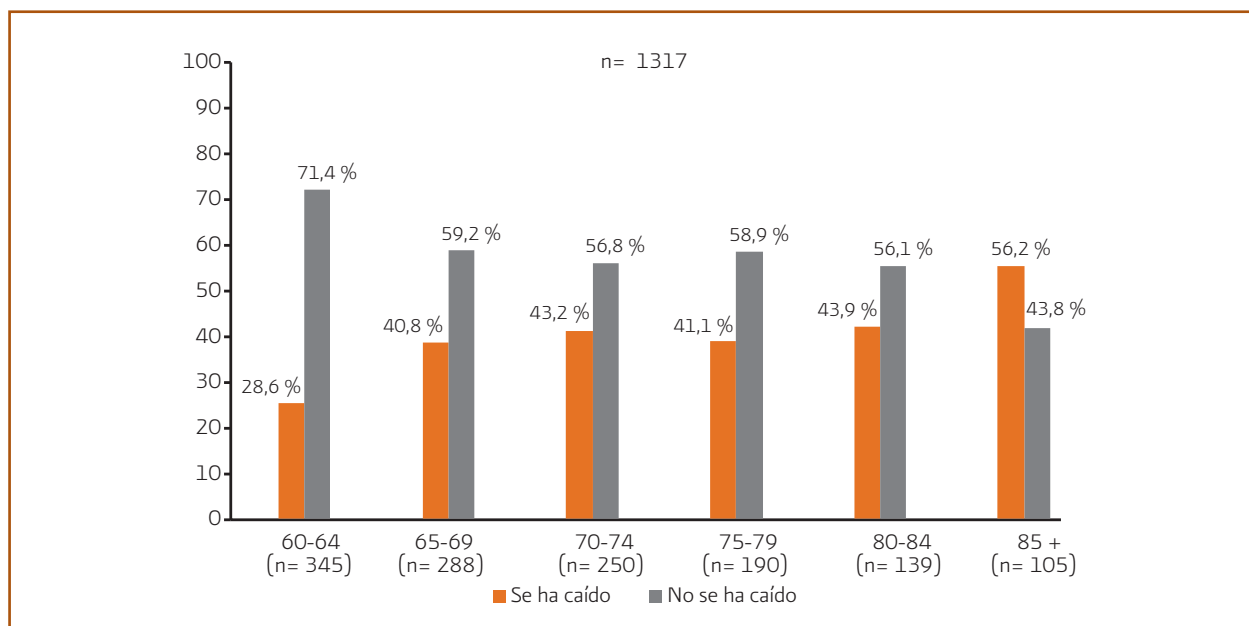


Figura 35. Distribución de alguna caída en los últimos seis meses, según grupo etario

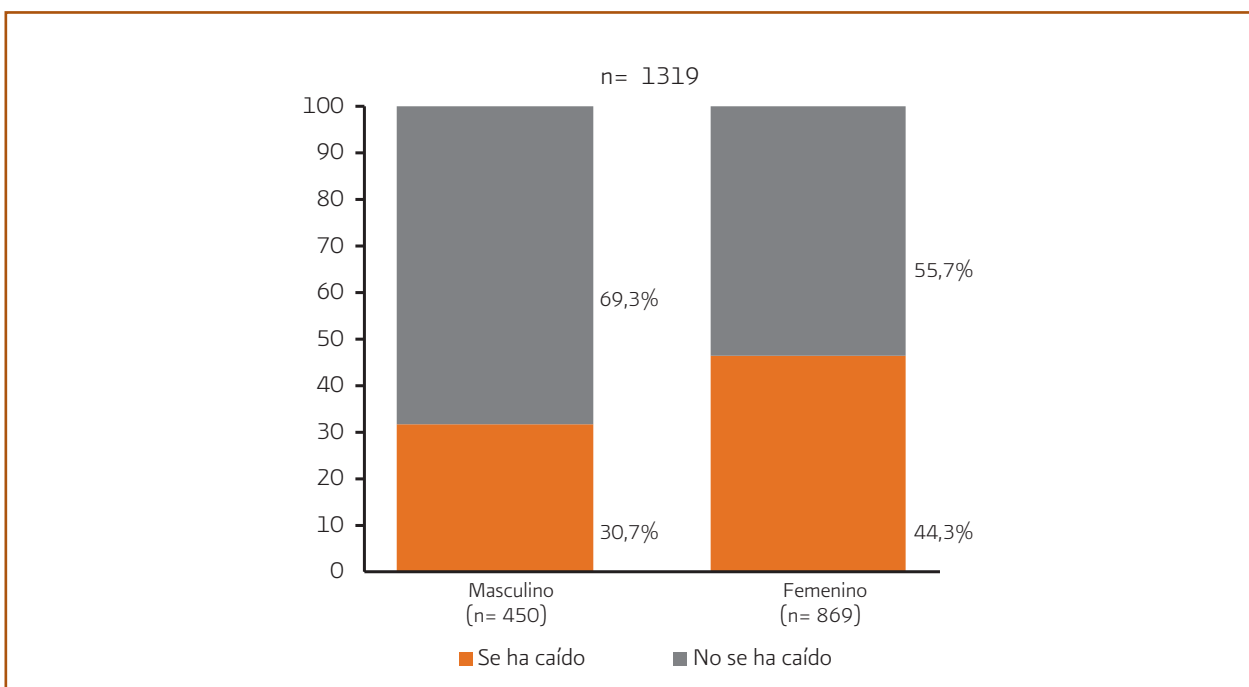


Figura 36. Caída en los últimos seis meses, por género

39.6%, refirió haber presentado algún evento relacionado con caídas en los últimos seis meses, lo cual es estadísticamente significativo conforme aumenta la edad con una $\chi^2_{1gl} = 24,5$; $p < 0,01$ (Figura 35), siendo mayor para el género femenino con una $Z = 4,8$; $p < 0,01$ (Figura 36).

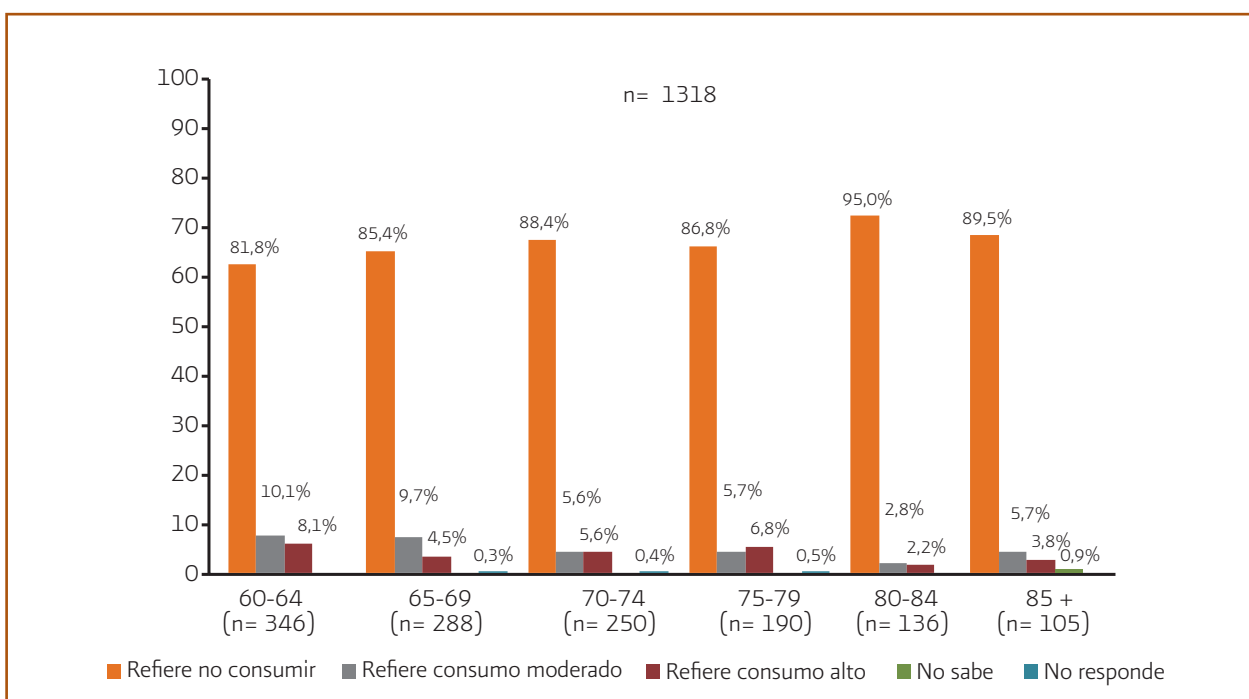


Figura 37. Distribución del consumo de alcohol según grupo etario.

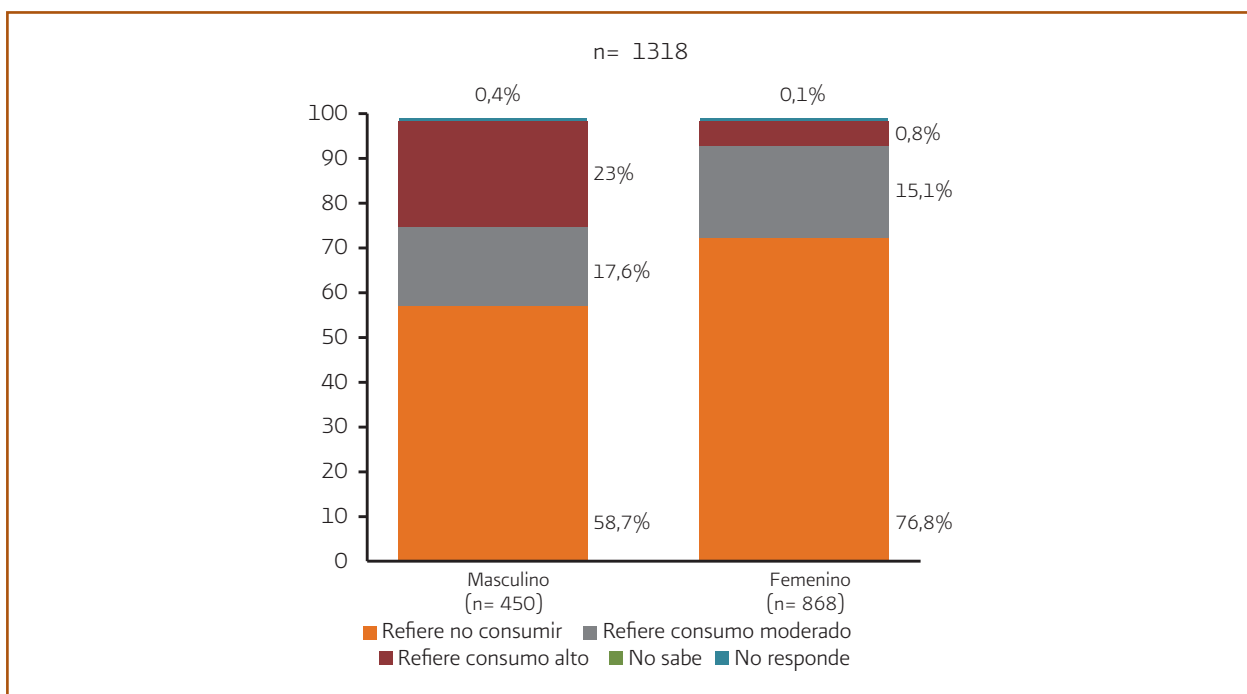


Figura 38. Distribución del consumo de alcohol por género

70.6% refirió no haber consumido alcohol, se encontró una tendencia descendente de consumir alcohol más de una vez por semana con una $\chi^2_{1gl} = 4.0$; $p < 0.05$ (Figura 37), siendo mayor para el género masculino con una $Z = 6.6$; $p < 0.01$ (Figuras 38).

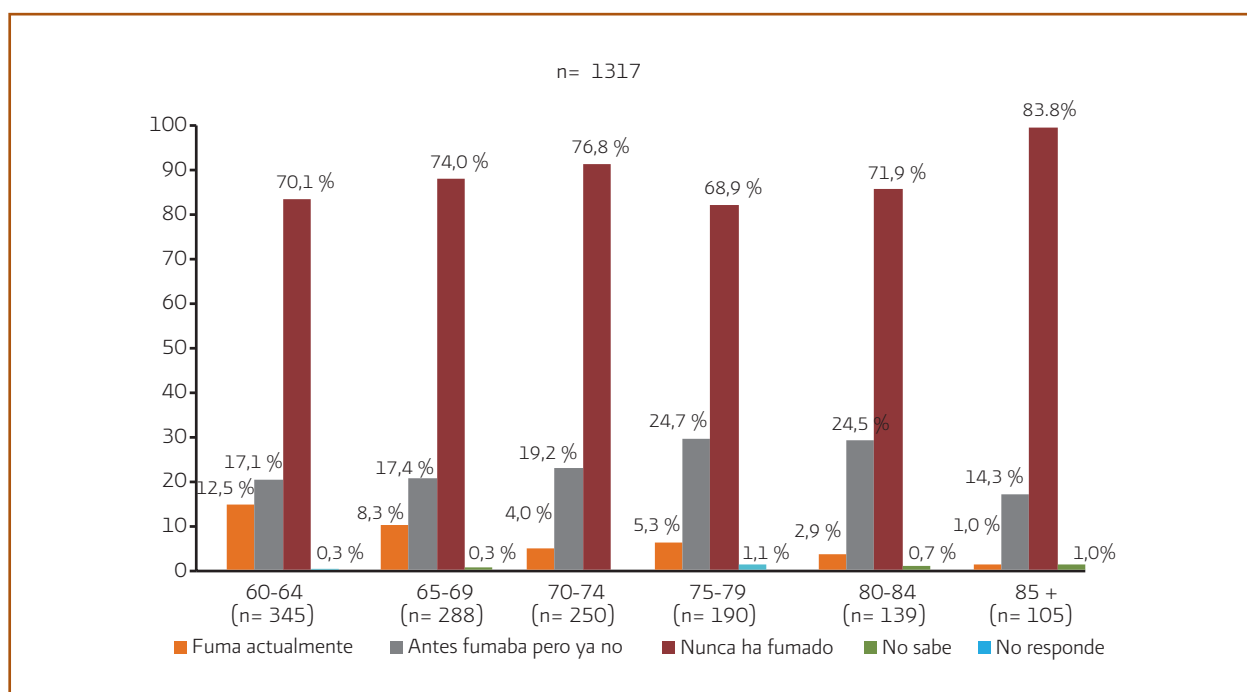


Figura 39. Distribución de consumo de tabaco por grupo etario

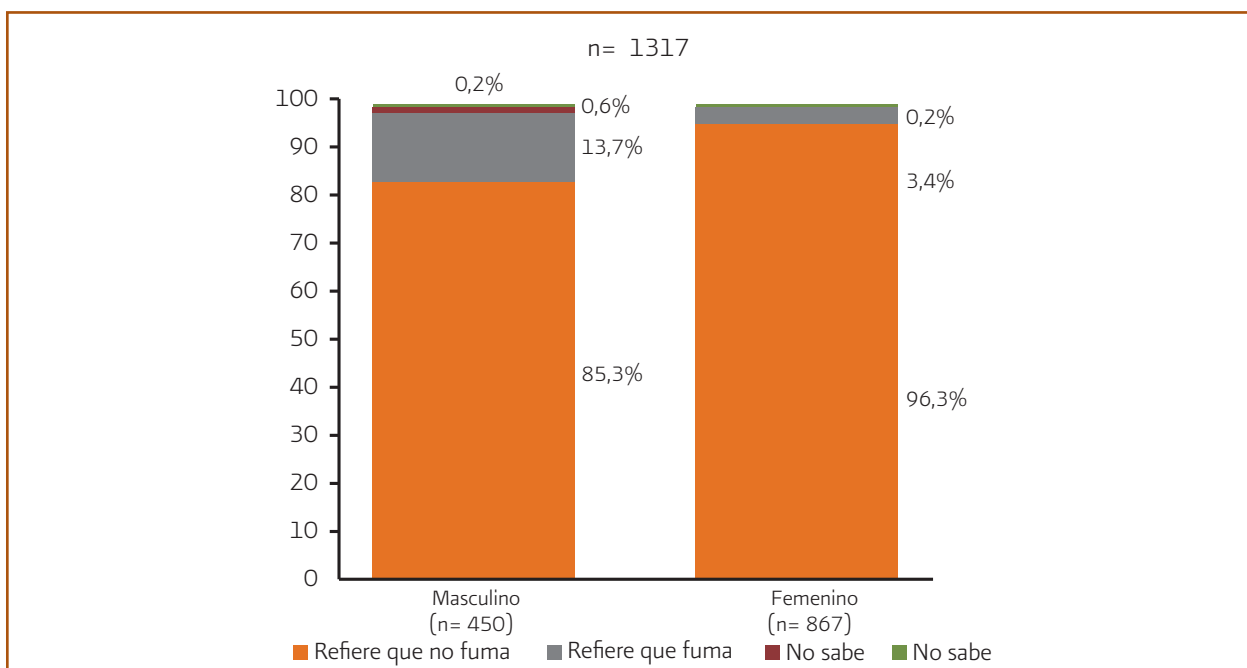


Figura 40. Distribución de consumo de tabaco según género

Con relación al habito de fumar 73.3% refirió que nunca fumó, con una tendencia a disminuirse el hábito conforme avanza la edad de acuerdo la $\chi^2_{1gl} = 26.1$; $p < 0.01$ (Figura 39). Cuando se analizó por género se encontró una diferencia significativa con una $Z = 7$; $p < 0.01$ a favor del género masculino (Figura 40).

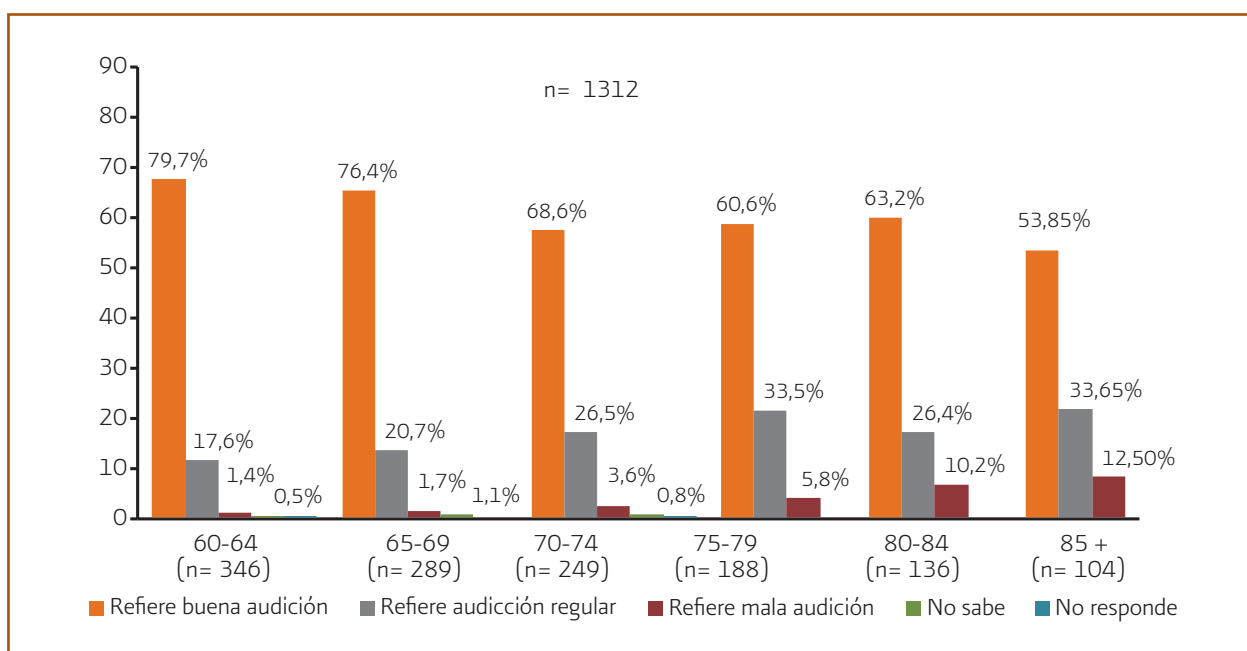


Figura 41. Distribución de percepción de la audición por grupo etario

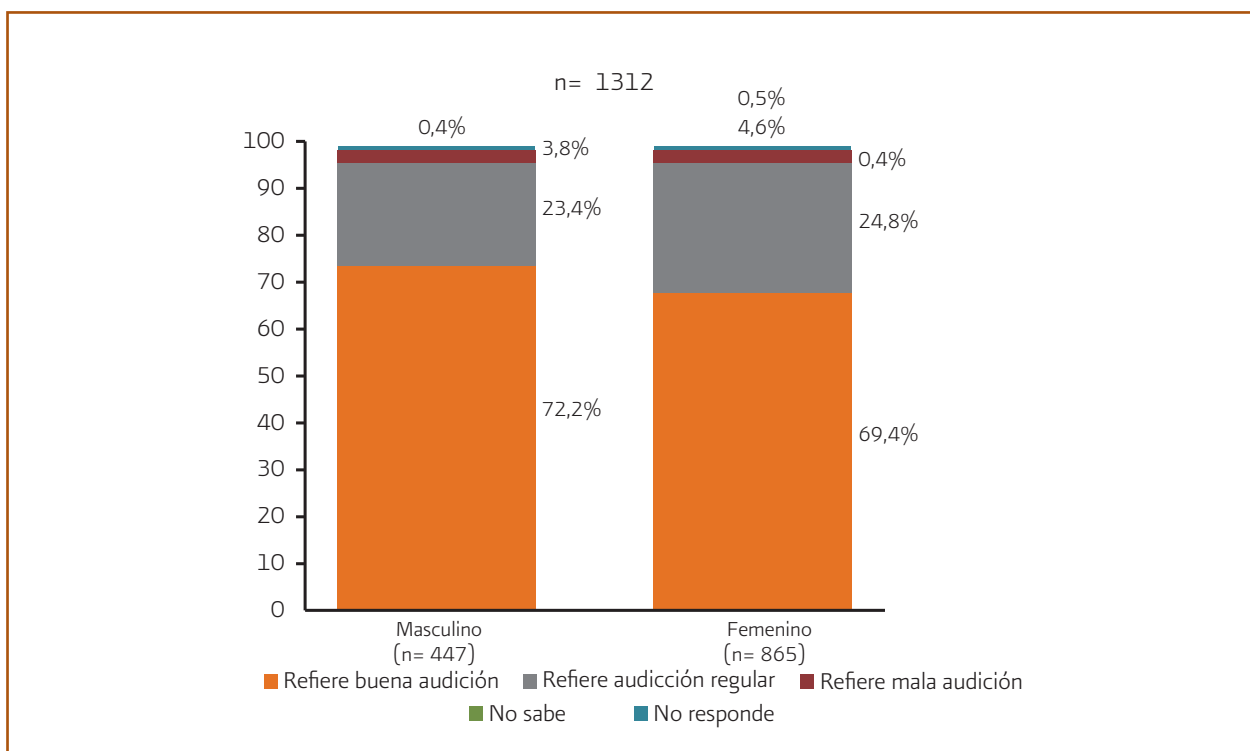


Figura 42. Distribución de la percepción de la audición por género

Con relación a la percepción de la audición 20.8% respondió que la percibe como buena, encontrando una tendencia a descender conforme avanza la edad con una $\chi^2_{1gl} = 38.1$; $p < 0.01$ (Figura 41). Cuando se analiza por género se encontró una diferencia significativa con una $Z = 8.5$; $p < 0.01$, con predominio en el género masculino (Figura 42).

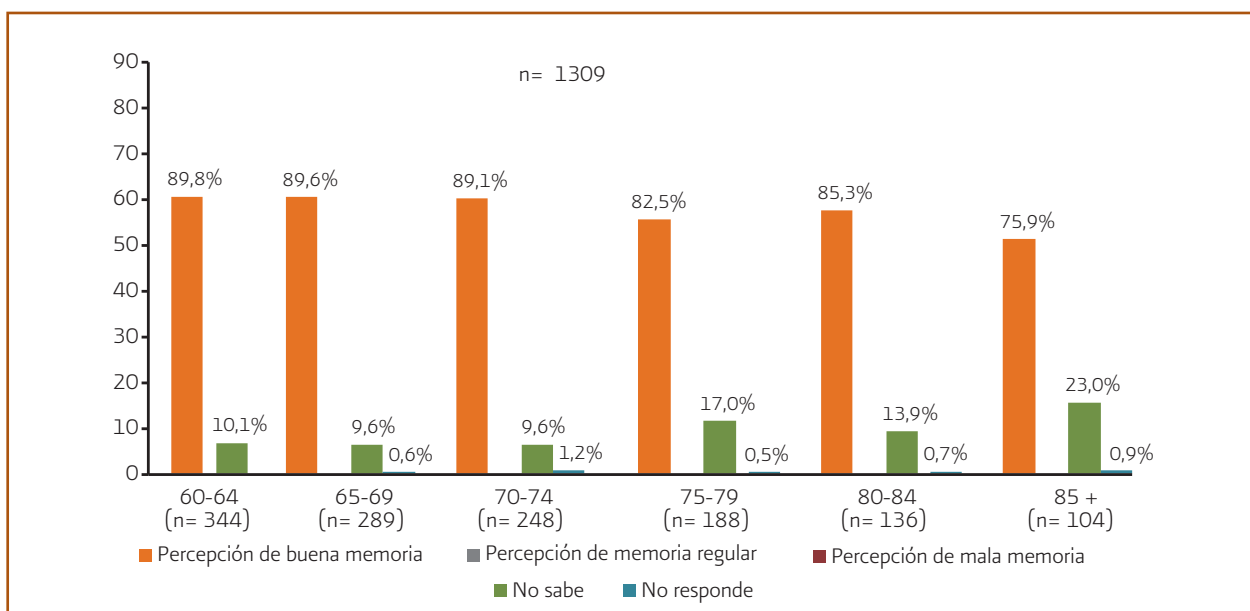


Figura 43. Distribución de la percepción de la memoria por grupo etario

Es importante destacar que 87.0% la percepción de tener buena memoria, con una $\chi^2_{1gl} = 0$; $p > 0.0$ (Figura 43), por género no fue significativa.

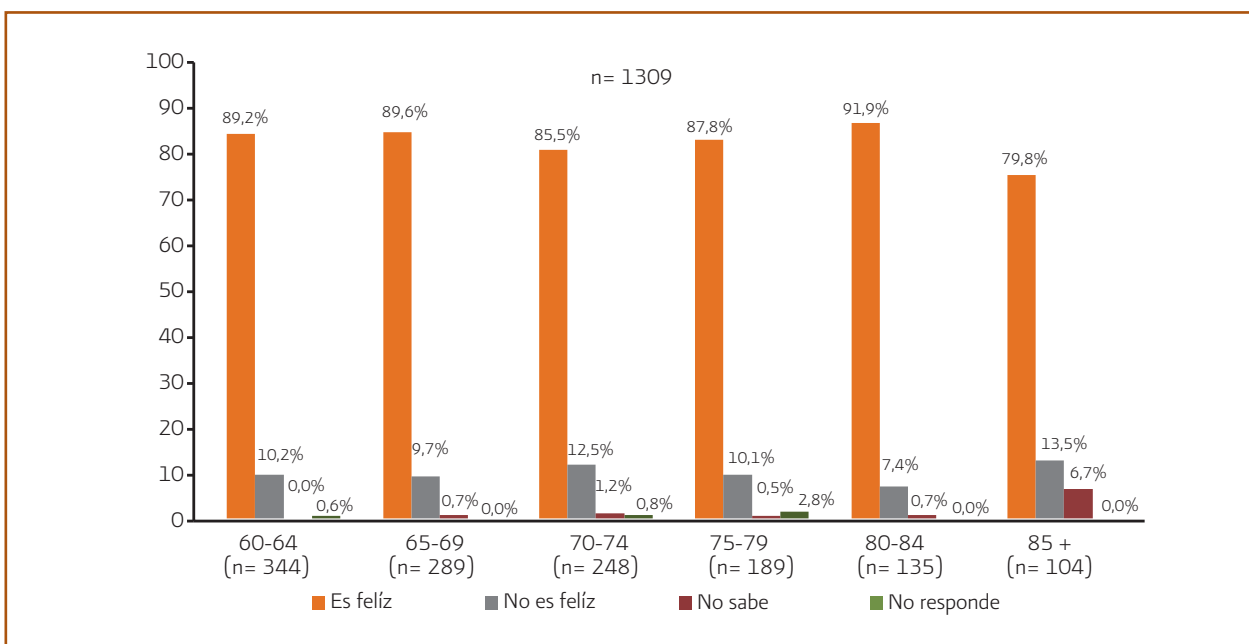


Figura 44. Distribución de percepción de la felicidad por grupo etario

Con relación a la percepción de la felicidad, 87.9% se percibe feliz, sin que exista una tendencia significativa por grupo etario (Figura 44) y en cuanto al género, no se encontró diferencia estadística al analizar las variables con una $Z= 0.01$; $p>0.05$

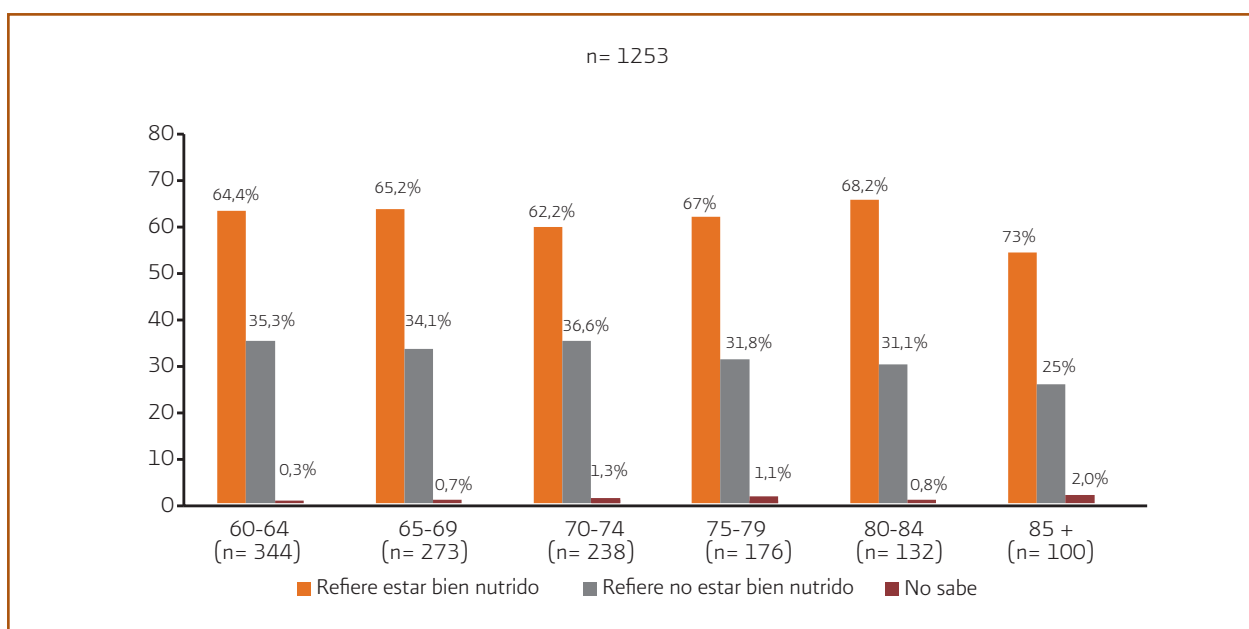


Figura 45. Distribución de la percepción en el estado nutricional

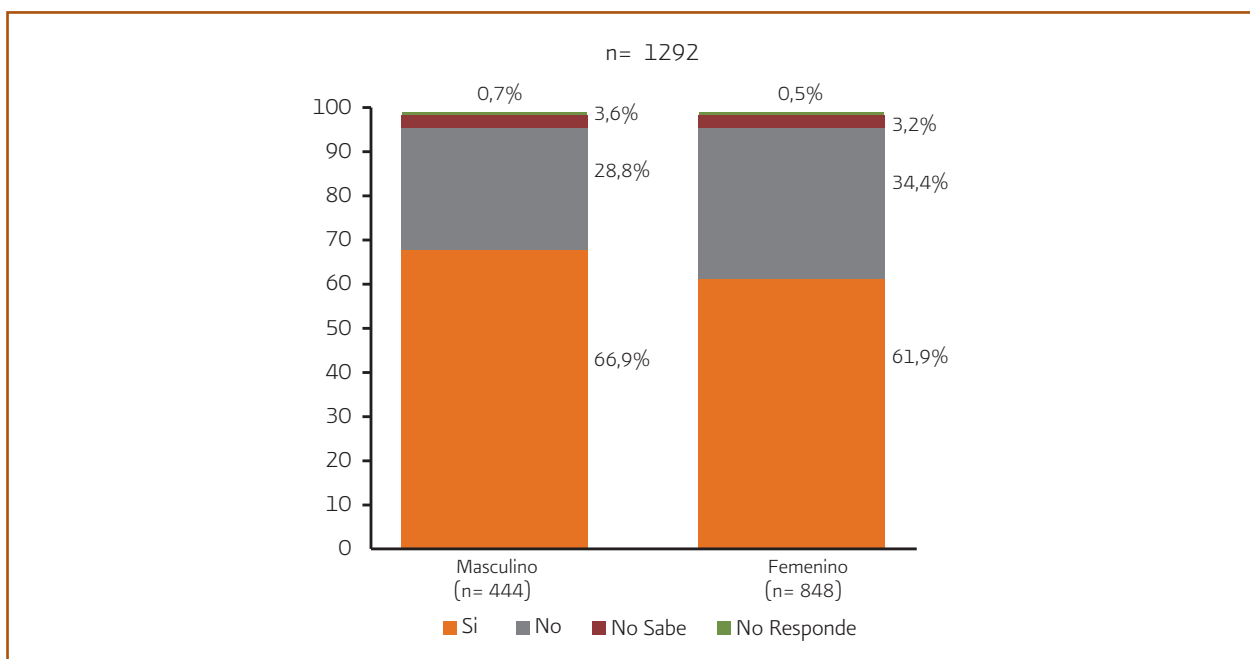


Figura 46. Distribución del estado nutricional según género

65.6% se percibe como bien nutrido, sin que exista una tendencia por grupos etarios, con una $\chi^2_{1gl} = 3.3$; $p > 0.01$; un figura 44. Cuando se analiza por género se encontró una diferencia significativa con una $Z = 2.0$; $p < 0.05$, siendo mayor para el género femenino (Figuras 45 y 46).

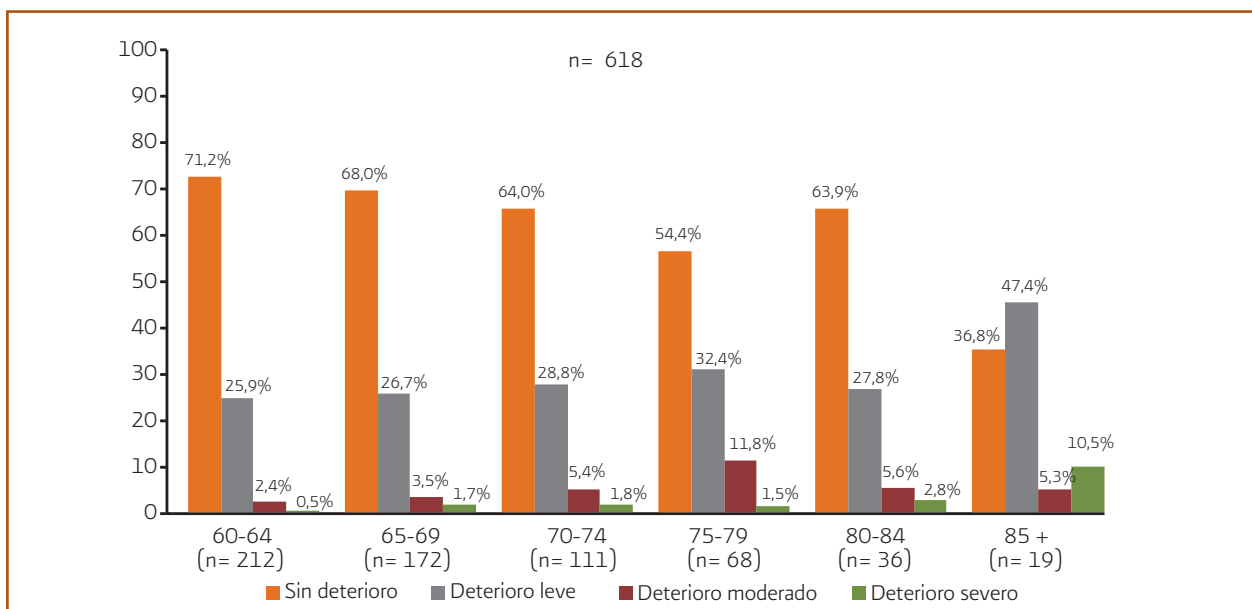


Figura 47. Distribución de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) según grupo etario

Al estudiar el estado funcional y preguntar si presenta dificultad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), 1.6% respondió que sí, al calcular la $\chi^2_{1gl} = 6$; $p < 0.05$ de de tendencia se encontró que hay comportamiento lineal el cual se incrementa a medida que avanza la edad (Figura 47), sin embargo cuando se valoró esta variable por género, se encontró una $Z = 1.94$, $p > 0.05$, lo que significa que no hay diferencia significativa entre hombres y mujeres mayores de 60 años.

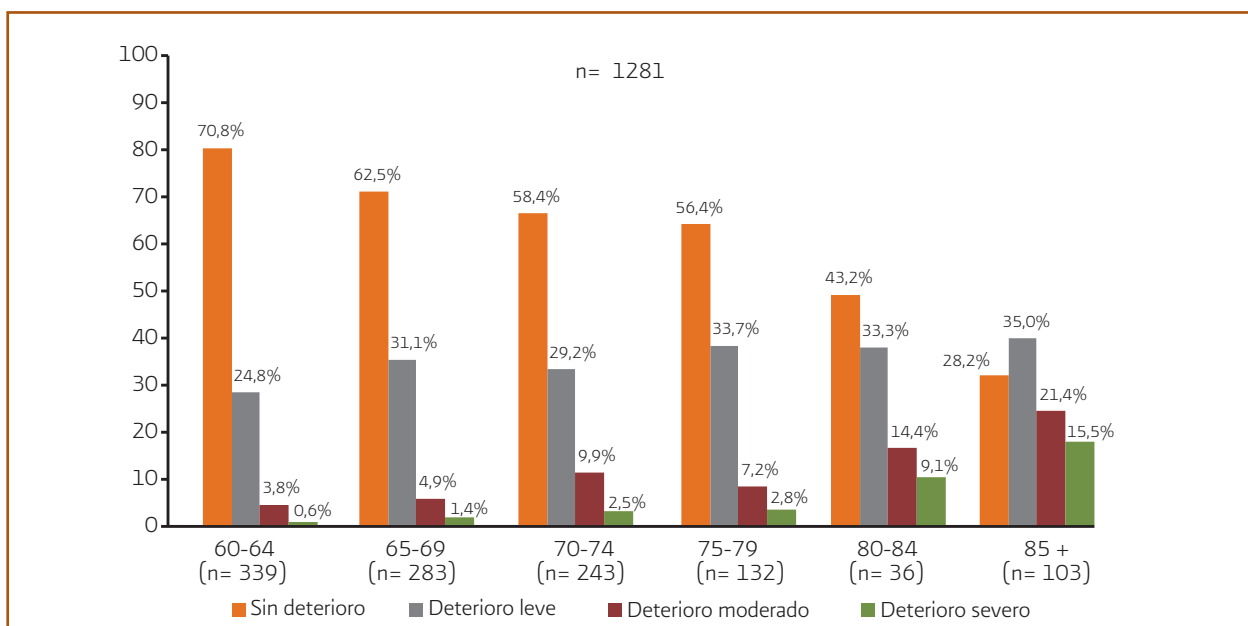


Figura 48. Distribución de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) por grupo etario

3.5% de la población estudiada presenta discapacidad al estudiar el estado funcional para detectar las dificultades de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) al calcular la $\chi^2_{1gl} = 9.2$; $p < 0.01$; se encontró que hay un incremento lineal al avanzar la edad (Figura 48), sin embargo cuando se valoró esta variable por género, se encontró una $Z = 0.2$, $p > 0.05$, lo que significa que no hay diferencia significativa entre hombres y mujeres.

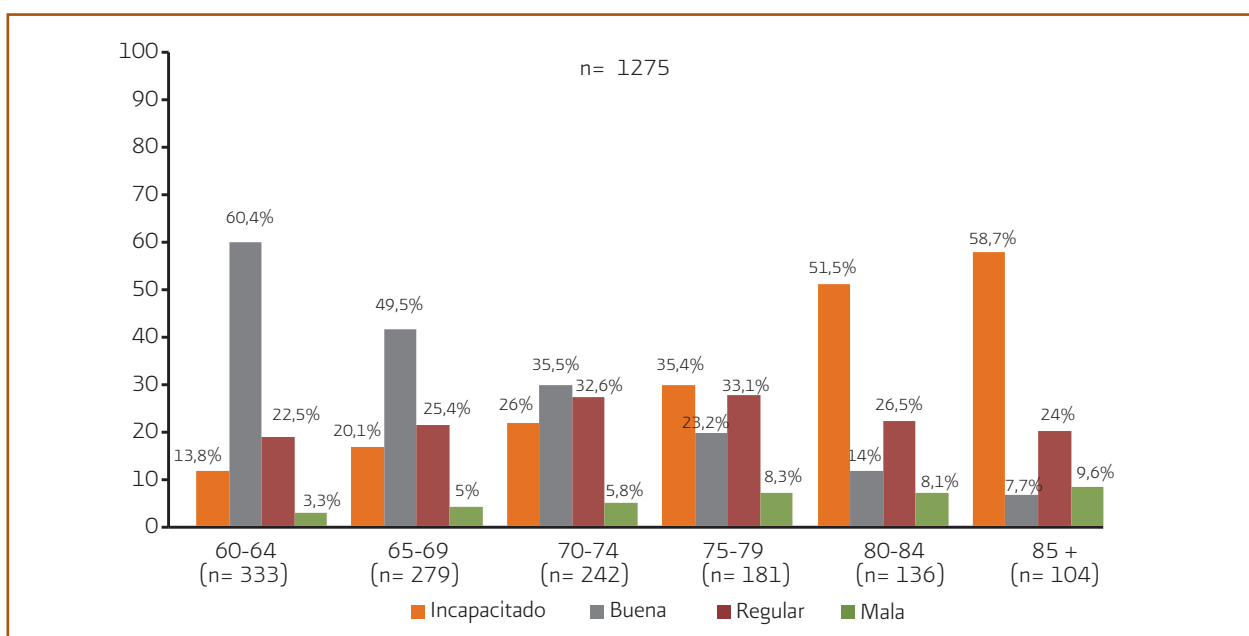


Figura 49. Distribución de flexibilidad y movimiento por grupo etario

Con relación a la flexibilidad encontramos que esta disminuye conforme incrementa la edad en tendencia lineal, al calcular la $\chi^2_{1gl} = 135.1$; $p < 0.01$ (Figura 49); sin embargo cuando se valoró esta variable por género, se encontró una $Z = 0.11$, $p > 0.05$, lo que significa que no hay diferencia significativa entre hombres y mujeres.

8. Planteamiento Preliminar de un Modelo de Atención

El funcionamiento de nuestra sociedad y su bienestar relativo se ve modificado por el proceso de envejecimiento de la población y sus repercusiones en los grupos de edad. Entre las de mayor trascendencia se encuentran los sistemas de pensión y jubilación, la composición de la fuerza laboral, las estructuras familiares, las transferencias intergeneracionales dentro de las familias, las condiciones sanitarias y las condiciones de salud.

Al proceso de envejecimiento que ocurre a lo largo de la vida, se asocia un deterioro gradual de las condiciones de salud física y mental de las personas con el que se reducen gradualmente los años de esperanza de vida activa y saludable. La vejez no es sinónimo de enfermedad, pero es una etapa en la que con frecuencia se presentan las enfermedades crónicas degenerativas que en un alto porcentaje inician en etapas tempranas de la vida, con la característica de ser progresivas.

En México 80% de sus causas de enfermedad de los adultos mayores corresponden a enfermedades infecto-contagiosas, de acuerdo a los registros de morbilidad disponibles, por lo que se identifica que la demanda de atención en los servicios de salud está causada por una mezcla de enfermedades infectocontagiosas y crónicas no transmisibles. Pero es innegable incremento, con frecuencia exorbitante que eleva, los costos de la asistencia sanitaria. A esta situación se agrega la discapacidad derivada de patologías diversas lo que conduce a una reducción o cese completo de la participación del adulto mayor en el mercado laboral y la necesidad de una mayor dependencia de las transferencias de ingresos de diversas fuentes públicas y privadas para su atención.

El análisis de los resultados de este trabajo nos permite plantear algunas intervenciones que se consideran indispensables relevantes en la atención de los adultos mayores:

1. Acciones de prevención y promoción de la salud con énfasis en las causas de morbilidad existentes en esta entidad federativa, para disminuir y en su caso abatir 80% de las causas infecto-contagiosas que agobian el quehacer de los servicios de primer nivel de atención en este grupo poblacional.
2. Implementar en unidades de salud del primer nivel de atención, módulos gerontológicos con personal altamente capacitado en esta materia, para brindar una atención gerontológica que brinde una mejor calidad de vida en esta población y abatimiento de costos de atención.
3. Implementar en las unidades de 2° y 3er nivel de atención servicios de interconsulta geriátrica para pacientes adultos mayores atendidos en estas unidades con un enfoque geriátrico.
4. Implementar centros de día debidamente planificados para aquellos adultos mayores que presenten algún grado de discapacidad que requiere de atención especializada, permitiendo el desarrollo funcional de la familia.

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.

9. Conclusiones y comentarios finales

En la actualidad se difunde una cultura a favor del envejecimiento que busca mejorar la calidad de vida mediante la promoción del envejecimiento activo y saludable, definido como proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida, en la medida que las personas envejecen. Para alcanzar este propósito es necesario propiciar un acercamiento al fenómeno del envejecimiento con una perspectiva de ciclo vital, en la que las personas mayores no forman un grupo homogéneo y con la que se considera que la diversidad del individuo tiende a aumentar con la edad, sin embargo, los adultos mayores no han recibido a la fecha el trato y la atención que requieren en el manejo de sus problemas sociales, de salud, psicológicos, laborales y económicos.

Las intervenciones que crean entornos favorables al envejecimiento y que fomentan opciones saludables son necesarias en todas las etapas de la vida y, en las personas adultas mayores deben tener el objetivo de lograr que la vejez curse sin enfermedades, con calidad de vida y sin discapacidades. La familia y la sociedad juegan un papel importante en la salud física y mental del adulto mayor, por lo que debe promoverse en ellos una cultura de desarrollo óptimo enfocado a otorgarles mejores condiciones de vida.

En una nueva sociedad incluyente se requiere la participación de toda la población para avanzar en los logros de un envejecimiento activo y saludable.

El énfasis actual de los programas preventivos se enfoca al desarrollo de políticas globales en promoción de la salud y prevención de enfermedades que son coordinadas a través de estrategias sectoriales, a fin de mejorar la eficacia y fortalecer las alianzas con objetivos comunes, entre los que se busca que el adulto mayor participe activamente en la autogestión de su cuidado con el respaldo de sus familiares y, en caso necesario, de sus cuidadores. Así fue planteado en Alma-Ata, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) que en 1978 fue convocada por la Organización Mundial de la Salud. Como APS se entiende "... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad."

En este contexto el modelo de servicios a otorgar debe reunir las características siguientes:

- Accesibilidad a los servicios sanitarios
- Coordinación de acciones y esfuerzos de los servicios
- Integridad para resolver los problemas de salud de la población atendida (99%)
- Longitudinalidad en el seguimiento de los problemas de salud del paciente por el mismo equipo de salud

De acuerdo a lo anterior el modelo plantea:

1. La asistencia sanitaria debe de brindarse según demanda, programación y por urgencia, tanto en la consulta externa, como en el domicilio
2. Los procedimientos, indicaciones y prescripciones deben otorgarse en el consultorio y en el domicilio
3. Deben realizarse actividades en materia de prevención, promoción de la salud y atención al paciente, la familia y la comunidad

4. Deben incluir:

- Acciones de rehabilitación básica
- Atención paliativa a enfermos terminales
- Atención de salud mental, en coordinación con servicios especializados, y,
- Atención a la salud bucal

Para hacer propias las estrategias de APS en el modelo de atención para los adultos mayores de Yucatán, las estructuras existentes tendrán que enfrentar la atención al envejecimiento como una necesidad del futuro inmediato en la que identificaremos a los adultos mayores como seres humanos en una dinámica de vida y salud. El reto del México de los próximos años será aprovechar la experiencia, vitalidad e interés de los adultos mayores para reintegrarlos a la sociedad, mediante la transformación de una cultura social que incorpore el uso y la transferencia de sus experiencias y conocimientos a la población en general.

“El Proyecto Encuesta SABE México” realizado en Yucatán tiene como principal objetivo brindar herramientas para implementar las políticas, programas y acciones necesarias en la atención de la vejez, en congruencia con la transición demográfica que se presenta en el país y, su finalidad es llevar a cabo un estudio comparativo por entidad federativa, a través de una evaluación del estado de salud y las actuales condiciones de vida de los adultos mayores. Es de especial interés la caracterización de patrones de morbilidad, deficiencias físicas, mentales y funcionales de este segmento de la población, así como del acceso y la utilización que tiene de los servicios de salud. Este análisis incluye la medición de las diferencias que existen entre cohortes, clases sociales y variaciones según género, así como las relaciones entre variables seleccionadas. El estudio de Yucatán ha jugado un papel muy importante en la realización de este trabajo ya que ha sentado las bases metodológicas para la sistematización en el levantamiento de la encuesta, así como en el planteamiento de una modelo basado en los lineamientos planteados por la Organización Mundial de la Salud en Alma Ata.

Los datos preliminares del documento indican que tenemos un gran camino por recorrer para cubrir faltantes de la información obtenida, así como para establecer las comparaciones entre las entidades federativas que integran el estudio, por lo que damos la bienvenida a la red de estudios SABE en nuestro país.

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 Larraguivel 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.

Yucatán

Al **Comité Estatal de Atención al Envejecimiento** de la entidad por su participación activa y desinteresada en desarrollo de este tan importante proyecto.

Al personal que participó en el levantamiento de la encuesta.

Al personal administrativo de la Secretaría de Salud, Universidad Autónoma de Yucatán, y del Hospital de Alta Especialidad de la Península de Yucatán por su apoyo invaluable durante todo el proceso.

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

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.



Tú,



¿Cómo los tratas?

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.