

Serie
Cuadernillos de salud pública

Propuesta para un
plan de acción en
envejecimiento y salud

Serie Cuadernillos de salud pública

***Propuesta para un plan de acción en
envejecimiento y salud***

Primera edición, México, 2013

© 2013, Instituto Nacional de Geriátría

ISBN 978 607 460 300 2

Coordinadores

Luis Miguel Gutiérrez Robledo
Miguel Ángel Lezana Fernández

Edición

Victoria Eugenia Arango Lopera

Cuidado editorial

Sandra Luna Pérez

Diseño

Héctor Efrén Lara Dávila

Instituto Nacional de Geriátría

Adolfo Ruiz Cortines 2767, Col. San Jerónimo Lídice
Del. La Magdalena Contreras, México, D.F., 10200

www.geriatria.salud.gob.mx

contacto.geriatria@salud.gob.mx

Este material puede ser copiado, reproducido, modificado y distribuido por cualquier medio físico o electrónico, sólo sujeto a los términos y condiciones establecidos en la Open Publication License, v. 1.0 o posterior (<http://www.opencontent.org/openpub/>). Está prohibida la distribución de versiones sustantivamente modificadas de este documento sin la autorización explícita de los propietarios de los derechos. La distribución del trabajo o derivados de éste en cualquier libro estándar (impreso) está prohibida a menos que se obtenga con anticipación el permiso de los propietarios de los derechos. Los derechos comerciales siguen siendo propiedad del autor.

Favor de citar de la siguiente manera:

Gutiérrez Robledo LM y Lezama Fernández MA (coords.) (2013). Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. Serie: Cuadernillos de salud pública. México: Instituto Nacional de Geriátría.

Impreso y hecho en México

Serie

Cuadernillos de salud pública

Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud

Coordinadores

Luis Miguel Gutiérrez Robledo

Miguel Ángel Lezana Fernández

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD

Mercedes Juan López
Secretaria de Salud

Guillermo Miguel Ruiz Palacios y Santos
Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos
Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

Luis Miguel Gutiérrez Robledo
Director General

Jesús Héctor Gutiérrez Ávila
Director de Investigación

Flor María Ávila Fematt
Directora de Enseñanza y Divulgación

CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE
ENFERMEDADES

Miguel Ángel Lezana Fernández
Director General

ÍNDICE

Prólogo	6
I. Resumen ejecutivo	7
II. Introducción	9
III. Foro Envejecimiento y salud: Investigación para un plan de acción	10
IV. Contexto de las personas adultas mayores mexicanas	11
V. Hojas informativas	
Enfermedades crónicas y síndromes geriátricos: Impacto en la capacidad funcional	17
Envejecimiento y discapacidad: Implicaciones económicas para los hogares en México	21
Estado de nutrición del adulto mayor en México	24
Estado de salud de los ancianos: Respuesta del sistema de salud	28
Salud mental en adultos mayores mexicanos: Deterioro cognitivo, demencia y depresión	32
Violencia y maltrato hacia las personas adultas mayores en México: Resultados para la generación de políticas públicas	35
VI. Recomendaciones	38
VII. Líneas estratégicas	39
VIII. Conclusión	45
IX. Referencias bibliográficas	46

PRÓLOGO

Uno de los grandes retos que plantea el envejecimiento poblacional es la creciente probabilidad de desarrollar discapacidad y de saturar los sistemas de salud. Está claramente establecido que, en el siglo pasado, la salud pública fue la gran responsable del incremento en la expectativa de vida; para este siglo, la nueva responsabilidad de la salud pública tiene que ampliarse a preservar la calidad de vida y la funcionalidad de todos aquellos a quienes les adiciona años. Por tanto, cualquier política dirigida a los ancianos tiene que estar enfocada a la preservación de la capacidad funcional y de la autonomía, la participación, el cuidado y la autosatisfacción. La salud pública tiene que ir más allá de la prevención y la promoción de la salud, debe enfocarse en el abordaje y el cuidado integrales.

Un programa de salud pública cuyo eje central sean los ancianos debe estar dirigido (incluso reforzando los lineamientos de la OMS) integralmente a todos los determinantes de la salud a lo largo de la vida (sociales, económicos, comportamentales, personales y culturales), incluyendo ambiente y acceso a los servicios de salud, con particular énfasis en inequidades, diferencias por género y, como se dijo anteriormente, preservación de la funcionalidad. A pesar de lo anterior, no puede dejarse de lado que un gran porcentaje de ancianos está sano, por tanto es necesario tener precaución de no equiparar discapacidad, enfermedad y vejez.

El concepto de capacidad funcional toma importancia vital en las políticas de salud dirigidas a los ancianos y fundamentadas en calidad de vida. A pesar de que la edad avanzada continúa como un factor de riesgo principal para las enfermedades degenerativas, esto no implica que quien las padece no pueda vivir en forma autónoma y funcional; incluso se dice que si un anciano mantiene su independencia en cuanto a autodeterminación se refiere, debe considerarse sano aunque tenga enfermedades crónicas.

En resumen: las guías básicas de políticas para la salud de los ancianos están centradas en la promoción de la salud, con mantenimiento y mejoría de la capacidad funcional (por el máximo tiempo posible), con prevención de enfermedad y recuperación de la salud. Todo lo anterior enmarcado en un cuidado integral, intersectorial, sin dejar de lado el autocuidado. Por tanto, la salud pública tiene que ir mucho más allá del diagnóstico de las enfermedades en el anciano.

Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo
Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández
Coordinadores

I. RESUMEN EJECUTIVO

Hoy en México viven más personas mayores de 60 años que niños menores de cinco. Ello es evidencia de la creciente longevidad de la población, lo que debe ser motivo de celebración: el envejecimiento poblacional abre nuevas oportunidades para reinventar las estrategias de salud para beneficio de todos, jóvenes y viejos. Al proponer una política pública dirigida al envejecimiento es necesario tener en mente que el tema determinante en la relación entre el envejecimiento y el gasto en salud no es la edad, sino el estado funcional de las personas mayores.¹

En virtud de estas consideraciones, en 2012, la Academia Nacional de Medicina, órgano consultivo del Gobierno Federal, publicó junto con la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Nacional de Geriátrica, un documento de postura titulado: *Envejecimiento y salud: Una propuesta para un plan de acción*.² Ese mismo año, la Organización Mundial de la Salud lanzó una propuesta invitando a la traducción del conocimiento, en envejecimiento y salud, para el desarrollo de políticas basadas en evidencia.³ Por su parte, el Instituto Nacional de Geriátrica tiene entre sus atribuciones el apoyar a la Secretaría de Salud, en su carácter de dependencia coordinadora de sector, en la elaboración y ejecución de los programas anuales, sectoriales, especiales y regionales de salud.

Fue en ese contexto que el Instituto Nacional de Geriátrica convocó el 10 de abril de 2013 al **Foro Envejecimiento y salud: Investigación para un plan de acción**, celebrado en la Academia Nacional de Medicina, donde se presentó la información más reciente y actualizada en México, obtenida a partir del análisis de encuestas nacionales y estatales,⁴ con la finalidad de contribuir a la formulación del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Sectorial de Salud, a partir de las líneas estratégicas ya definidas: Acceso efectivo, Calidad en el servicio, Prevención y promoción de la salud, Intervenciones para mejorar el estilo de vida y Autocuidado de los mexicanos.

La evidencia presentada fue producto del trabajo conjunto del Instituto Nacional de Geriátrica, el Instituto Nacional de Salud Pública, el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de

Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, que sumaron esfuerzos para generar las mejores propuestas de acción en beneficio de la población adulta mayor mexicana. El presente documento incluye tanto los resultados de los grupos de trabajo, como las relatorías de las mesas, en cada una de las cuales se buscó destacar la situación actual –en términos de desafíos–, y las recomendaciones para ser consideradas en el plan nacional. Se pretende hacer avanzar la construcción de una política transversal de envejecimiento, vejez y salud, con un enfoque de derechos y de participación intersectorial.

Diagnóstico

Más de la mitad de los adultos mayores de 60 años conserva la salud y no tiene discapacidad alguna, lo cual representa un valioso capital social y una gran ocasión propicia para fortalecer las acciones de prevención, por ejemplo, al momento del retiro o al incorporarse al programa de la pensión universal. Una fracción significativa del total (20%) se encuentra en condición de fragilidad, es decir, en la antesala de la discapacidad y la dependencia. Dicha población constituye un grupo prioritario y también una oportunidad para la prevención, ya que esta entidad es susceptible de revertirse con intervenciones multimodales. Por otra parte, la cuarta parte de la población mayor padece alguna discapacidad y sufre las consecuencias de la morbilidad crónica acumulada. Representa, además, la mayor proporción de la carga de la enfermedad que se deriva de este contingente poblacional y que corresponde a 25% del total nacional para todas las edades. Uno de cada 5 adultos mayores con discapacidad es totalmente dependiente, es decir, necesita ayuda permanente, por parte de un tercero, para su subsistencia. Es este grupo el que mayor beneficio obtendría del desarrollo de un modelo de atención centrado en la prevención y atención de la dependencia funcional y la mejora de la calidad de los servicios de salud a través de la generación de estándares de atención.

El análisis efectuado destaca la realidad de las desigualdades, las cuales impactan sobre la mortalidad, la morbilidad y el desempeño funcional de cada individuo, amén de que dificultan el acceso a los servicios.

Estado de salud de las personas adultas mayores

Mortalidad: Prevalen las causas pretransicionales

entre los más pobres y las enfermedades cardiovasculares en los de mayores recursos económicos. Son evidentes el impacto de la desnutrición y la dificultad de acceso a servicios de salud entre los más marginados.

Morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles: Los retos son la prevención del deterioro funcional asociado a ellas y la multimorbilidad prevalente, que implica altos costos para el sistema debido a sus consecuencias funcionales.

Salud mental: Las demencias son una prioridad de salud pública, como también lo son la depresión –susceptible de diagnóstico oportuno y abordaje eficaz– y la prevención del suicidio.

Abuso y maltrato: Adquiere importancia creciente en todos los ámbitos y es susceptible de medidas preventivas. El abuso psicológico y el económico son particularmente graves.

Fragilidad y nutrición: La fragilidad está fuertemente influenciada por la multimorbilidad subclínica; si bien su principal consecuencia es la dependencia funcional, no existe un programa de acción para su detección y abordaje preventivos.

Multimorbilidad: Es ya un problema grave entre los adultos mayores más jóvenes; 7% de ellos tiene 5 ó más enfermedades simultáneamente y con mayor repercusión funcional que las enfermedades crónicas en forma aislada.

Costo de la discapacidad: Los hogares con al menos un adulto mayor (AM) con discapacidad gastan 3.9 veces más en consulta externa y 1.8 veces más en medicinas que los hogares con AM sin discapacidad; además, 40% de estos hogares incurre en gastos catastróficos.

El desempeño del sistema nacional de salud

Acceso a los servicios: El mayor porcentaje de AM está afiliado al IMSS y al ISSSTE; sin embargo 1 de cada 6 no tiene ningún tipo de aseguramiento, la mitad de ellos acude al sector privado y 1 de cada 5 se atiende en las farmacias.

Acceso a los servicios y discapacidad: Las barreras económicas son la principal razón para no buscar atención formal (hasta 27%) y este porcentaje se in-

crementa para el caso de los ancianos con limitaciones funcionales.

La vejez y la enfermedad crónica: Los hogares con AM consumen 50% más recursos en salud que el promedio; asimismo, la carga de morbilidad crónica acumulada durante varios años es la principal razón del incremento en el costo de la atención, mucho más que la edad en sí misma.

Uso de los servicios: La presión que genera esta población para el sistema de salud es importante y la respuesta insuficiente. Del total de personas que reportaron haber estado hospitalizadas en el último año, más de la mitad son AM. La polifarmacia es un tema del mayor interés.

Capacidad instalada: Se desconoce cuál es la capacidad para atender 25% de la carga de la enfermedad, que es la aportada por los adultos mayores. Los geriatras se han concentrado en grandes centros urbanos; la media nacional es de 0.38 por 10,000 habitantes mayores de 60 años.

Recursos humanos especializados para la atención: El objetivo prioritario de la Geriatria es el mantenimiento y la recuperación funcional del sujeto para conseguir el máximo nivel de autonomía e independencia, de modo que se facilite su reinserción a una vida autosuficiente en el núcleo familiar y el entorno habitual.

Por todo lo anterior se requiere un programa de atención al adulto mayor, fundamentado en la evaluación oportuna y sistemática, para la prevención de la dependencia e inserto en la atención primaria, no tanto a través de la construcción de infraestructura, como mediante la incorporación de nuevas prácticas y estándares de atención basados en criterios funcionales y un cuidado prioritario a la calidad de vida. En paralelo han de desarrollarse alternativas para la hospitalización (atención domiciliaria, teleasistencia, etc.), con un enfoque de soporte a los cuidadores, así como énfasis en los cuidados paliativos. Finalmente, debe vincularse con el sector social para el desarrollo conjunto de los cuidados de largo plazo.

Objetivo general: Promover el envejecimiento sano y activo y mejorar la calidad de vida del adulto mayor a través de un modelo de atención que privilegie la prevención y la promoción de los estilos de vida saludables, fundamentado en la atención primaria

–pero vinculado a la atención geriátrica especializada– para detectar oportunamente, tratar eficazmente y controlar las enfermedades de mayor impacto funcional, previniendo el deterioro y la consecuente dependencia.

Estrategias

1. Adecuar el Sistema Nacional de Salud a los retos y nuevas necesidades.
2. Formar y capacitar al personal de salud necesario.
3. Perfeccionar la capacidad de generar la información necesaria para el desarrollo y evaluación de las acciones.
4. Desarrollar un mecanismo para la coordinación intersectorial.
5. Incluir la salud de las personas mayores en la política pública.

Financiamiento

Dicha política debe tener un financiamiento efectivo y oportuno, que parta de la colaboración eficaz entre múltiples y diversos sectores, así como instituciones financiadoras, proveedores de servicios, empleadores, gobierno y ciudadanos. Todo lo anterior con visión de largo plazo, compromiso moral y liderazgo bien definido. Asimismo, debe contar con seguimiento y evaluación permanentes que permitan incluir un sistema de información unificado y nuevos indicadores, entre los cuales debe estar la medición de la calidad de vida y el bienestar.

II. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población como un fenómeno generalizado constituye un motivo de celebración y es fiel reflejo de la mejora en las condiciones de vida de la población y del eficaz accionar del sistema de salud junto con el de protección social. Ello ha favorecido un significativo incremento en la esperanza de vida al nacer que ubica a México –con 76 años en promedio– en el lugar 47 entre 195 naciones.⁵ Sin duda, la protección social en salud, el reconocimiento efectivo del derecho constitucional a la salud y la pensión universal para los mayores de 65 años seguirán generando un entorno favorable para mejorar este indicador.

Sin embargo, hay que reconocer que el fenómeno del envejecimiento y sus consecuencias producen retos y cambios insoslayables en todos los ámbitos. Ello no ha significado que sociedad y gobierno hayan res-

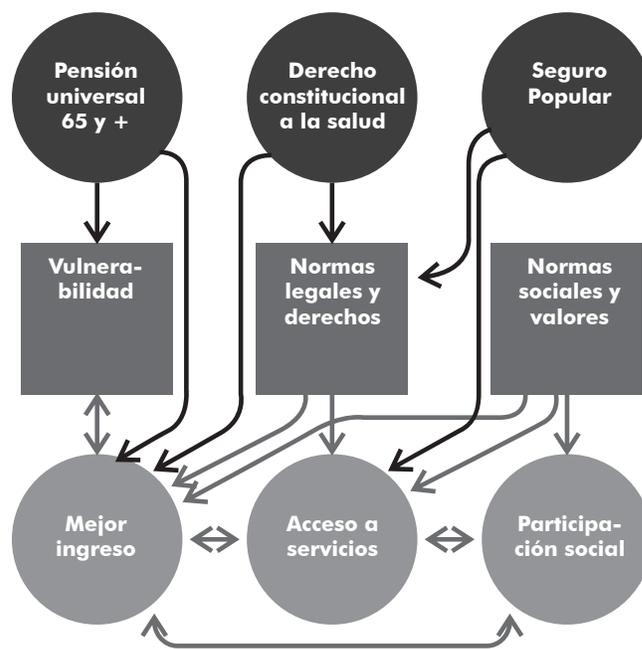


Figura 1. La protección social impacta en los determinantes de la exclusión social.

pondido eficientemente y de manera concertada ante las nuevas demandas que el fenómeno plantea. Es más, se podría afirmar que la respuesta ha estado en muchas ocasiones exenta de planificación, ejecución y evaluación eficaces, y alejada de la evidencia científica que existe sobre la vejez,⁶ sin que ello quiera decir que nada se ha hecho.

Si el desempeño es razonablemente bueno en cuanto a esperanza de vida al nacimiento y a los 60 años, no lo es en cuanto a la esperanza de vida libre de enfermedad y discapacidad, donde México tiene un rezago de al menos 10 años. Existe, pues, un desafío ineludible al que debe responderse desde diversos frentes, incluyendo, por supuesto, el de las ciencias de la salud. Hay que definir específicamente cómo responder al reto del envejecimiento desde la medicina, y cómo la Geriátrica puede ayudar al respecto a otras ciencias y disciplinas. Teniendo en mente, desde luego, que el enfoque desde la salud pública para las personas adultas mayores es diferente al de otros grupos etarios. Los patrones de morbilidad y mortalidad del país están cambiando y, por consiguiente, sus consecuencias y costos. Ante un panorama donde las ECNT determinan la mayor carga para el sistema, y donde el grupo de los adultos mayores constituye el de los principales usuarios, es claro que pronto habrá franca insuficiencia de infraestructura y de capacidad asistencial. A esto hay que sumar la carencia de personal especializado en temas geriátricos, incluyendo especialistas médicos y paramédicos.⁷

Es en este contexto –de un envejecimiento poblacional acelerado, predominantemente femenino y con más de la mitad de los AM con 70 ó más años– y con la prioridad de garantizar el respeto a los derechos humanos y la protección a la salud, que hoy es necesario actuar. Ante este panorama, la Academia Nacional de Medicina publicó en 2012, junto con la Universidad Nacional Autónoma de México y el entonces Instituto de Geriatría, un documento de postura titulado *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*. Continuando esos esfuerzos y en virtud que el Instituto Nacional de Geriatría tiene entre sus atribuciones apoyar a la Secretaría de Salud en la elaboración y ejecución de los programas sectoriales, convocó –junto con la Academia– al foro de consulta **Envejecimiento y salud: investigación para un plan de acción**, realizado el 10 de abril de 2013. Ahí se presentó la información actualizada, disponible en México, en torno al tema del envejecimiento, la vejez y la salud, obtenida a partir de diferentes fuentes de información, destacando la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición –ENSANUT– 2012 y las encuestas estatales sobre Salud y Bienestar en el Envejecimiento –SABE–, con la finalidad de contribuir a la formulación del nuevo Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Nacional de Salud.

La evidencia epidemiológica mostrada es producto del trabajo conjunto entre el Instituto Nacional de Geriatría, el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (Cenaprece), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición (INCMSZ), así como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que han sumado esfuerzos en un grupo interinstitucional buscando generar las mejores propuestas de acción para el beneficio de la población de adultos mayores en México.

El presente documento recoge el resultado de ese trabajo colectivo y constituye una propuesta de acción que busca mejorar el bienestar de las personas adultas mayores, en este caso, desde la salud.

III. FORO ENVEJECIMIENTO Y SALUD: INVESTIGACIÓN PARA UN PLAN DE ACCIÓN

Con esta iniciativa el Instituto Nacional de Geriatría,

acorde con el compromiso del Ejecutivo Federal, promueve y garantiza la participación de diversos grupos con propuestas basadas en evidencia, del desafío que representa el tema del envejecimiento, la vejez y la salud. Particularmente en el eje denominado “México incluyente”, el cual abarca los temas de derechos humanos, salud, seguridad social y equidad, y cuyo propósito es garantizar los derechos humanos de toda la población y generar una calidad de vida que impacte positivamente en el desarrollo de una sociedad productiva.

Durante el foro hubo 15 conferencias, expuestas por expertos en el tema (15 doctores en ciencias médicas o salud pública y un maestro en epidemiología) de las siguientes instituciones:

- Secretaría de Salud
 - o Instituto Nacional de Geriatría
 - o Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
 - o Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
 - o Instituto Nacional de Rehabilitación
 - o Instituto Nacional de Salud Pública
 - o Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
 - o Servicios de Salud del Seguro Popular
- Instituto Mexicano del Seguro Social
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Instituciones académicas
 - o Universidad Nacional Autónoma de México
 - o Academia Nacional de Medicina de México

Presidieron el acto la Dra. Mercedes Juan López, secretaria de Salud, y el Dr. Enrique Ruelas Barajas, presidente de la Academia Nacional de Medicina, con la participación del subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Dr. Pablo Kuri Morales, el comisionado Dr. Gabriel O’Shea y los directores médicos del IMSS y del ISSSTE, acompañados por tres directores de área, un subdirector y dos jefes de área, representando al conjunto del Sistema Nacional de Salud.

A este foro de consulta asistieron 320 personas, entre funcionarios de instituciones públicas: directores y subdirectores de área; así como jefes de departamento; personal de salud: médicos, médicos especialistas, enfermeras y trabajadoras sociales; investigadores; académicos y profesores; estudiantes de

licenciatura, maestría y doctorado, y directivos de diversas asociaciones.

Las instituciones de origen fueron los institutos nacionales y otras entidades de salud, como los Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud. Además hubo participantes del ISSSTE y del IMSS con representación de: GeriatrIMSS, el Hospital de Traumatología, Unidades de Medicina Familiar, la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Área Envejecimiento, y personal del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Asistieron también representantes de los hospitales Civil de Guadalajara, Gea González y General de México, así como del Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

Entre las instituciones académicas, la Universidad Nacional Autónoma de México se hizo presente con participantes del Instituto de Investigaciones Sociales, de las Facultades de Estudios Superiores Iztacala y Zaragoza, de las Facultades de Medicina y Contaduría, las Escuelas Nacionales de Trabajo Social y de Enfermería y Obstetricia, el Programa de Maestrías y Doctorados en Ciencias Médicas. Asimismo participaron el Instituto Politécnico Nacional, las universidades Estatal del Valle de Ecatepec, Iberoamericana, de Guadalajara, la Autónoma de Ciudad Juárez, la Autónoma de la Ciudad de México, el Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, el Instituto de Ciencias Biomédicas, el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

Participaron también asociaciones profesionales como la Sociedad de Geriatras de México, AC, la Asociación Mexicana de Gerontología y Geriatría y la Sociedad Mexicana de Geriatría y Gerontología. Adicionalmente, se contó con la representación del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos y del Sistema Nacional DIF, a través del Centro Gerontológico "Arturo Mundet". Igualmente contribuyeron organizaciones de la sociedad civil, como la Fundación Tagle, el Instituto Mexicano de Estudios en Longevidad, la Asociación de Ayuda Social de la Comunidad Alemana, la Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares, A.C., el Programa Nacional de la Tercera Edad, la Red de Adultos Mayores y el grupo Un Granito de Arena, A.C, así como representantes de la industria farmacéutica, particularmente de los laboratorios Lundbeck México y Merck.

Resultados del Foro

- o Más de la mitad de los adultos mayores de 60 años en México conservan la salud y no tienen discapacidad alguna; este grupo representa un valioso capital social y una gran oportunidad para la prevención.
- o La entrada a esta etapa de la vida constituye una oportunidad invaluable para fortalecer las acciones de prevención, ya sea al momento del retiro o al incorporarse al programa de la pensión universal.
- o Una fracción significativa del total, 20%, se encuentra en condición de fragilidad: antesala de la discapacidad y la dependencia; sin embargo, es susceptible de revertirse con intervenciones multimodales.
- o La cuarta parte de la población mayor adolece de alguna discapacidad y sufre las consecuencias de la morbilidad crónica acumulada. Este sector representa la mayor proporción de la carga de la enfermedad, que corresponde al 25% del total nacional para todas las edades.
- o Uno de cada 5 adultos mayores con discapacidad es totalmente dependiente, necesita ayuda por parte de un tercero para su subsistencia. Es este grupo el que mayor beneficio obtendría del desarrollo de un modelo de atención centrado en la prevención de la dependencia funcional y la mejora de la calidad de los servicios de salud a través de la generación de estándares de atención.
- o Se destaca la realidad de las desigualdades, las cuales impactan sobre la mortalidad, la morbilidad y el desempeño funcional de cada individuo, amén de que dificultan el acceso a los servicios.

IV. CONTEXTO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES MEXICANAS

En México, los modelos de intervención correspondientes al envejecimiento y la vejez han experimentado una profunda transformación, transitando de una perspectiva de beneficencia a un modelo asistencialista, y actualmente encaminados hacia un enfoque de apoyo institucional basado en derechos. Hoy es necesario también avanzar hacia un modelo centrado en la preservación de la funcionalidad y el bienestar de la persona adulta mayor y su familia,^{8,9} lo cual implica, entre otras cosas, reconocer que en el seno de este grupo etario hay marcada heterogeneidad, lo cual puede abordarse desde diversas ópticas: ya sea una categorización por grupos funcionales,

cronológicos, por situación de desventaja o por sitio de residencia (urbano o rural, en la comunidad u hogares geriátricos). Cada una de las categorías tiene, desde luego, implicaciones individuales, sociales y sanitarias propias.

“Seniors” (60-70 años): Se denomina así a quienes entran en la vejez, personas que han completado su ciclo laboral y llegan al retiro, o bien aquellos que encontrándose en el mercado informal reciben el beneficio de la pensión universal o las mujeres que concluyen sus actividades de crianza en el seno de la familia. Esta es una definición de vejez con determinantes sociales que puede empezar tempranamente, como a los 50 años, en la edad oficial del retiro (60) o al momento de recibir la pensión (65). Estos individuos son, en su enorme mayoría, activos e independientes, y muchos permanecerán así al avanzar en edad. Los objetivos de una política de salud con este grupo persiguen la prolongación de una vida activa y saludable para extender la esperanza de vida en salud y libre de discapacidad.

Adultos mayores jóvenes (70-80 años): Constituyen el grupo en fase transicional. Se encuentran en el tránsito entre la plena salud y la fragilidad, aunque dicha transición puede darse en cualquier momento de la vejez. Las metas en este grupo se refieren a la identificación precoz de problemas de salud emergentes y la prevención de la dependencia.

Adultos mayores más viejos (80 y más): Frágiles, enfermos y dependientes. Estas personas son vulnerables como resultado de problemas de salud tales como la demencia, la enfermedad cerebrovascular y la multimorbilidad, o problemas sociales como el abuso o la pérdida patrimonial, o una combinación

de ambas. Los servicios diseñados para las personas mayores frágiles y vulnerables han de tener en cuenta para su diseño sus peculiares necesidades. Los objetivos de la atención han de anticipar y responder a los problemas que presentan, reconociendo las complejas interacciones que se dan entre los factores físicos, mentales y sociales que pueden comprometer la autonomía y la calidad de vida.

En resumen, estas subpoblaciones enfrentan retos y necesidades diversas. El adulto mayor con 70 años se parece más al quincuagenario que al octo o al nonagenario, y pertenece a un grupo que constituye un capital social muy valioso y en el que las posibilidades de intervención, para preservar la actividad y la capacidad funcional, tienen que ser la prioridad. Por otra parte, las necesidades de la población más envejecida obedecen en buena medida a la alta prevalencia de fragilidad y a la creciente dependencia funcional en razón directa de la edad. Para este grupo, su potencial como capital humano se ubica más en el nivel de las relaciones interpersonales, intergeneracionales y la preservación de los valores sociales.^{10 11}

Hablar de un modelo de atención a la salud para los adultos mayores centrado en la funcionalidad implica el conocimiento y la validación de sus diferencias, el cambio del paradigma de la curación a cualquier precio, por el del bienestar y la autonomía, necesario ante la alta prevalencia de enfermedades crónicas. Adicionalmente, es necesario garantizar la calidad de la atención, la equidad y la universalidad de acceso a todas las intervenciones, así como el reconocimiento de la calidad de vida de las personas mayores como objetivo fundamental, teniendo presente el papel del entorno, por ejemplo, las posibilidades

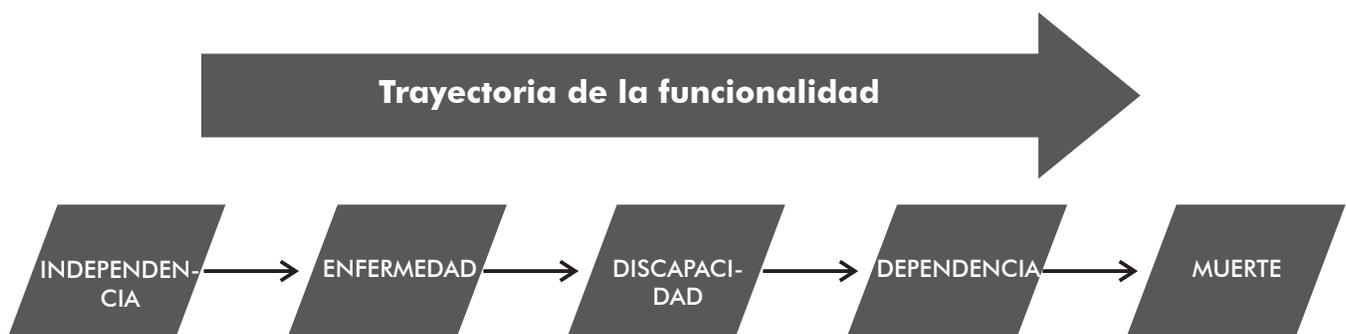


Figura 2. Trayectoria de la funcionalidad y categorización en el adulto mayor (elaboración propia).

de acceso a servicios y programas, definidas por el tamaño de una comunidad y sus características. Un requisito indispensable para que el planteamiento anterior pueda funcionar es que se trabaje desde la investigación, la cual traduce sus hallazgos en conocimiento útil para informar a las políticas públicas^{12 13} y así permitir una inmediata aplicación de los resultados sociales, básicos y clínicos a la práctica diaria con eficacia y efectividad.

Se ha avanzado en reconocer explícitamente a los mayores —a través de la reforma constitucional— como sujetos de derechos y no sólo como beneficiarios de políticas asistencialistas. La prevención de la enfermedad, las acciones orientadas a la promoción y la preservación de la autonomía y la independencia funcional, constituyen derechos que requieren mayor inversión en salud y en el desarrollo de servicios sociales. En ese sentido, en los últimos diez años se han impulsado acciones concretas de conformidad a lo previsto por el Plan Internacional de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento 2002. Sin embargo, los avances se circunscriben con frecuencia a planteamientos y decretos normativos que en la práctica no se han traducido en igual número de acciones en el ámbito de la salud a favor de este grupo de edad,¹⁴ particularmente en lo relacionado al desarrollo de un modelo de atención adaptado y eficiente.

El país tiene un sistema de salud complejo y fragmentado, donde las instituciones públicas atienden a diferentes sectores de la población con insuficiente interacción, y sumadas a un sector privado poco regulado. Las carencias de la atención primaria generan costos y sobrecargas en los niveles de atención de mayor complejidad; sin embargo, a partir de la creación en 2010 del Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (Conacro),¹⁵ comienza el desarrollo de esfuerzos dirigidos a fortalecer el primer nivel con la creación de las Unidades Médicas de Especialidades (Unemes), dedicadas al abordaje de la enfermedad crónica.

Debido a la fragmentación del sistema, se desconoce con exactitud a cuánto asciende el gasto en servicios de salud para la población adulta mayor, cuál es la infraestructura destinada a estos servicios y cuál es la inversión en recursos humanos especializados, lo cual es primordial si se desea tener puntos claros para los cálculos de costo-eficiencia y proyecciones

en el corto y mediano plazo. Adicionalmente, los indicadores del sistema de salud mexicano no son óptimos con respecto a los presentados por los demás países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).¹⁶

El exiguo desarrollo de los servicios médicos para los adultos mayores en México se manifiesta en el hecho de que los programas específicos existentes a nivel federal y estatal, aunque rescatables, son escasos y, cuando existen, como en el caso del Programa de Acción Específico de Envejecimiento del Cenaprece, carecen de financiamiento propio. Además, hay un riesgo inherente al sólo seguir la inercia del desarrollo de servicios sin tener una evaluación integral de lo que se tiene y de las necesidades reales que deberán atenderse en los plazos corto, mediano y largo.

Al relacionar específicamente la utilización del sistema de salud y los adultos mayores mexicanos, se encuentra que:

- La organización actual del Sistema Nacional de Salud responde sólo parcialmente a las necesidades de los AM.
- Los egresos hospitalarios de personas encima de los 60 años se han duplicado en las últimas dos décadas.
- Los adultos mayores tienen de 2 a 3 veces mayor probabilidad de ser hospitalizados.
- Los hogares con personas AM consumen 50% más recursos en salud.¹⁷
- La carga de enfermedad crónica acumulada durante varios años es la principal razón del incremento en el costo de la atención, mucho más que la edad en sí misma.
- Las personas AM sanas consumen menos recursos que los adultos de edad media en igual situación de salud.
- Las mujeres —y entre éstas un gran porcentaje de adultas mayores— son las principales cuidadoras de otras personas que tienen dependencia funcional, lo cual las torna más vulnerables en términos económicos y de salud.

El estado actual de la salud al envejecer

La información que se presenta a continuación corresponde a la síntesis de las ponencias efectuadas en el foro. Los datos presentados se desprenden del análisis de las encuestas nacionales efectuadas sobre el tema del envejecimiento y la salud en el país: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)

2012, Encuestas Nacionales de Salud y Bienestar en el Envejecimiento (SABE) realizadas en 7 estados en 2012, Encuesta Nacional sobre Percepción de la Discapacidad (ENADIS) 2010, Estudio de Cohorte del Grupo 10/66, Encuesta de Envejecimiento y Salud Globales (SAGE) 2010, Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar (ENVIF) 1999, Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla (Chiapas, México) 2007, Maltrato de personas mayores: Una caracterización sociodemográfica en la Ciudad de México, 2006-2007; Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011. Se incluye además información proveniente de las Estadísticas vitales, México 2010, y los resultados de una búsqueda bibliográfica en PubMed y SciELO, de reportes epidemiológicos mexicanos.

Puntos clave

1. El estado de salud

1.1 Mortalidad: La desigualdad tiene un impacto significativo sobre ella, permitiendo ver cómo prevalecen las causas pretransicionales entre los más pobres y las enfermedades cardiovasculares en los segmentos de la población con mayores recursos económicos. Adicionalmente, refleja el impacto de la desnutrición y hace evidente la dificultad de acceso a los servicios de salud entre los más marginados

1.2 Morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles: El verdadero reto está en prevenir el deterioro funcional que se asocia a ellas. Las proyecciones derivadas de los datos de incidencia son contundentes, y graves, particularmente para las fracturas y los trastornos demenciales. Otro desafío de gran importancia es la multimorbilidad prevalente, la cual implica grandes costos para el sistema debido a sus efectos sobre la funcionalidad; sin embargo, un abordaje centrado en el individuo permitiría actuar en el margen que ofrecen las acciones preventivas.

1.3 Salud mental: Las demencias constituyen, de acuerdo con la información epidemiológica, una prioridad de salud pública, lo cual ha sido reconocido por la OMS;¹⁸ por tanto, es necesario financiar el plan de acción en enfermedad de Alzheimer propuesto por el INGER y la Federación Mexicana de Alzheimer. Al lado de los padecimientos demenciales, la depresión tiene igual relevancia, con la ventaja de ser susceptible de diagnóstico oportuno y abordaje eficaz. Dado el incremento progresivo en las cifras, es necesario instaurar además un programa de prevención del suicidio.

1.4 Abuso y maltrato: Adquiere importancia creciente en todos los ámbitos, pero afortunadamente, es susceptible de medidas preventivas. El abuso psicológico y el económico son particularmente graves. No puede descartarse que el abuso y el maltrato estén relacionados con las muertes violentas, progresivamente mayores, que están presentándose en este grupo etario.

1.5 Fragilidad y nutrición: La fragilidad, una condición prevalente entre las personas adultas mayores (20%), está fuertemente influenciada por la multimorbilidad subclínica, la cual a su vez es determinante en su progresión. Los síndromes geriátricos son su expresión clínica, y son más comunes y con mayor repercusión funcional que la producida por las enfermedades crónicas no transmisibles. Tienen particular relevancia las caídas, la incontinencia urinaria y los déficits neurosensoriales (visuales y auditivos).

A pesar de que la principal consecuencia de la fragilidad es la dependencia funcional, y que se encuentra fuertemente influida por las desigualdades sociales, no existe un programa de acción para su detección y abordaje preventivo. Otro elemento determinante de su progresión es la nutrición: 1 de cada 3 hogares con AM padece inseguridad alimentaria y 1 de cada 3, tiene pobre masa muscular (sarcopenia), lo cual es 2 veces más común en el quintil de ingreso más bajo. Aunado a lo anterior se encuentra la anemia como un gran tema que requiere mayor estudio, dado su impacto sobre la morbimortalidad y la capacidad funcional. Finalmente, es necesario incluir mejores indicadores de desempeño y de composición corporal para este grupo etario.

1.6 Multimorbilidad: Es ya un problema grave entre los adultos mayores de menor edad; 7% de ellos tiene 5 ó más enfermedades simultáneamente y con mayor repercusión funcional que las enfermedades crónicas en forma aislada. A partir de ello se infiere que las guías de práctica clínica en su formato actual tienen poca utilidad en los sujetos con múltiples padecimientos.

1.7 El costo de la discapacidad: El 27% de los AM tiene algún tipo de discapacidad, de los cuales casi 60% la tiene permanente, siendo la dificultad para caminar la más frecuente, aunado a que, por ser los de más edad, tienen menor probabilidad de contar con un trabajo pagado. Los hogares con al menos un AM con discapacidad gastan 3.9 veces más en consulta externa y 1.8 veces más en medicinas que los hogares con AM sin discapacidad. Adicionalmente, 40% de estos hogares incurre en gastos catastróficos.

2. El desempeño del sistema

2.1 Acceso a los servicios: El mayor porcentaje de adultos mayores está afiliado al IMSS y al ISSSTE; sin embargo, 1 de cada 6 no tiene ningún tipo de aseguramiento. De estos últimos, 50% acude a resolver sus problemas al sector privado y 1 de cada 5 lo hace en las farmacias. Adicionalmente, de aquellos que están asegurados, 1 de cada 5 va al sector privado. Es claro que prefieren pagar, a esperar.

2.2 Acceso a los servicios y discapacidad: Para el grupo de mayores de 60 años, las barreras económicas (hasta el 27%) se constituyen en la razón principal para no buscar atención formal. Este porcentaje se incrementa para el caso de los ancianos con limitaciones funcionales.

2.3 La vejez y la enfermedad crónica: Hogares con personas mayores consumen 50% más recursos en salud que el promedio. La carga de morbilidad crónica acumulada durante varios años es la principal razón del incremento en el costo de la atención, mucho más que la edad en sí misma, pues las personas mayores sanas consumen menos recursos que los adultos de edad media en igual situación de salud.

2.4 Uso de los servicios: La presión que genera esta población para el sistema de salud es importante y la respuesta insuficiente: Del total de personas que reportaron haber estado hospitalizadas en el último año, más de la mitad corresponde a AM. Por otro lado, la polifarmacia es un tema del mayor interés: A pesar de que el promedio de medicamentos se ubica en 3, para el caso de AM, proporciones que llegan hasta el 20%, superan los 7 fármacos.

2.5 Capacidad instalada: Se desconoce cuál es la capacidad para atender 25% de la carga de la enfermedad, que equivale a lo aportado por éste grupo al total de la población. Aunque se observan carencias y mala distribución de los recursos humanos, no necesariamente es un asunto de especialistas.

2.6 Recursos humanos especializados para la atención: La Geriatria es la rama de la Medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales en los adultos mayores con alguna condición aguda o crónica, tributaria a rehabilitación o en situación terminal. El objetivo prioritario de la especialidad es el mantenimiento y la recuperación funcional del sujeto para conseguir el máximo nivel de autonomía e independencia, de tal manera que se facilite su reinserción a una vida autosuficiente en el núcleo familiar y el entorno habitual. Los recursos humanos especializados en la atención del AM se han venido formando en las instituciones educativas

y de salud del país desde 1988: hasta enero de 2012 el Consejo Mexicano de Geriatria había certificado 450 geriatras. Los indicadores internacionales recomiendan que exista un geriatra por cada 50,000 habitantes, o bien, un geriatra por cada adulto mayor de 65 años.

En México se forman alrededor de 20 geriatras por año, lo que implica que para estar cerca a los indicadores internacionales más conservadores se requiere formar entre 2014 y 2020 a cerca de 2,000 geriatras, para lo cual sería necesario egresar alrededor de 200 por año en lugar de los 20 actuales. Sólo ocho universidades cuentan con un programa de posgrado de especialización en Geriatria: Universidad Nacional Autónoma de México (8 sedes), Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad de Guanajuato, Universidad del Estado de México, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, Universidad Autónoma de Guadalajara e Instituto Politécnico Nacional. Hay tan sólo 21 servicios especializados en Geriatria en todo el país; sin embargo, la mayoría se concentran en el Distrito Federal, Monterrey y Guadalajara. Se requiere una enérgica estrategia formativa y la colaboración intersectorial, que inicie desde el pregrado de Medicina, que pase por el fomento a la creación de más cursos universitarios y más sedes de formación que faciliten la inserción de médicos generales y médicos internistas a este proceso, y que culmine con la apertura de espacio laborales suficientes que aseguren una mejor calidad de la atención.

La dependencia funcional: Hallazgo y reto fundamental

En reiteradas ocasiones se ha hablado de la transición demográfica y su consecuente transición epidemiológica, la cual lleva a la necesidad de enfocarse en las enfermedades crónicas y degenerativas que frecuentemente acompañan a la vejez, sin dejar de lado los problemas de las patologías transmisibles. Lo anterior implica un escenario nuevo para el país, especialmente si se plantea desde la mayor probabilidad de supervivencia y posible compromiso funcional que la acompaña con frecuencia al avanzar en edad.

Si bien la esperanza de vida total de la población es de 75.4 años, la esperanza de vida saludable se ha estimado en promedio en 65.8; es decir, se tiene una expectativa de vida con enfermedad y discapacidad

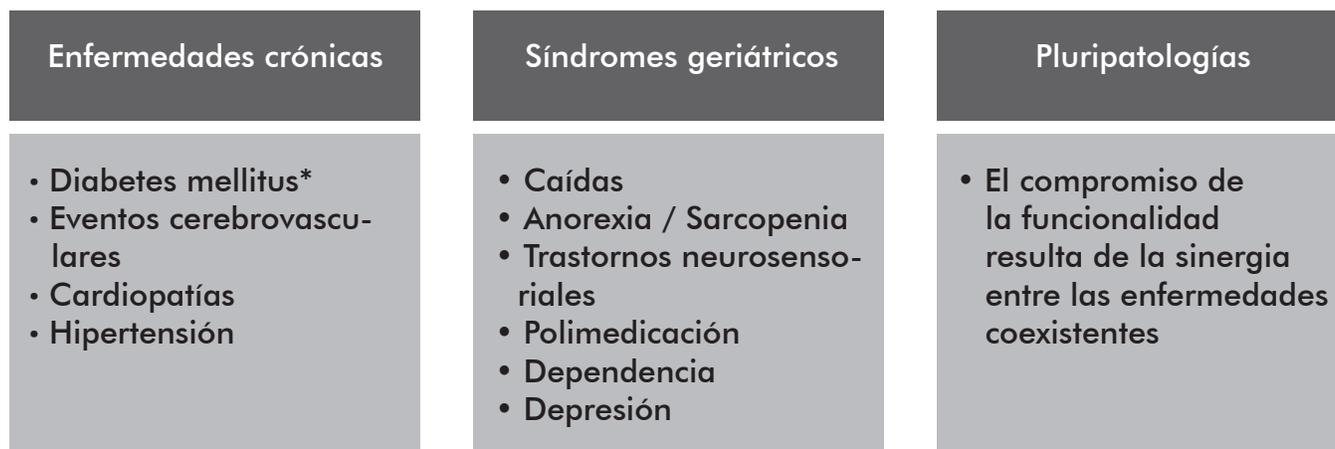
de casi diez años antes de morir. Tal situación tiene como consecuencia la expansión de la morbilidad, lo cual lleva aparejado un mayor riesgo de discapacidad y dependencia funcional.

La discapacidad es un problema de salud pública entre los AM. Según ENSANUT 2012, 47.8% (alrededor de 5.1 millones de ancianos) sufre alguna de sus formas –cifra similar al 46% reportado por la OMS para AM en países de bajos ingresos–, siendo las mujeres, especialmente aquellas por encima de los 80 años, con antecedentes de eventos cerebrovasculares, los más pobres y aquellos con menor escolaridad, quienes presentan mayor prevalencia y severidad de la misma.

Al menos 1 de cada 4 ancianos mexicanos requiere de ayuda para el desempeño de las actividades del diario vivir, tales como caminar, vestirse o bañarse, siendo el porcentaje más alto el de aquellas personas por encima de los 80 años. La dependencia funcional dificulta la atención y el acceso a los servicios de salud y es particularmente disruptiva cuando se acompaña de deterioro cognoscitivo. El 5% de los adultos mayores (más de 500 mil personas) presentan una condición de dependencia total para su autocuida-

do, por lo que requieren de un cuidador permanente en el hogar. Como causas se reconoce al deterioro cognoscitivo, a las enfermedades osteomusculares, cerebrovasculares y a la depresión; sin embargo, en los hallazgos de ENSANUT 2012 se identifican otras entidades, especialmente síndromes geriátricos, que contribuyen al compromiso funcional (figura 2).^{19 20}

En este ámbito, es de destacar la importancia del apoyo informal que reciben los adultos mayores dependientes por parte de familiares, amigos y comunidad; sin embargo, es de lamentarse el escaso desarrollo de los servicios de salud especializados y, principalmente, de los servicios médico-sociales de cuidados a largo plazo en el país.



*Si tiene complicaciones o está asociada a otra enfermedad.

Figura 2. Principales causas de alteración funcional en las personas adultas mayores mexicanas. ENSANUT 2012.

V. HOJAS INFORMATIVAS

ENFERMEDADES CRÓNICAS Y SÍNDROMES GERIÁTRICOS: IMPACTO EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL

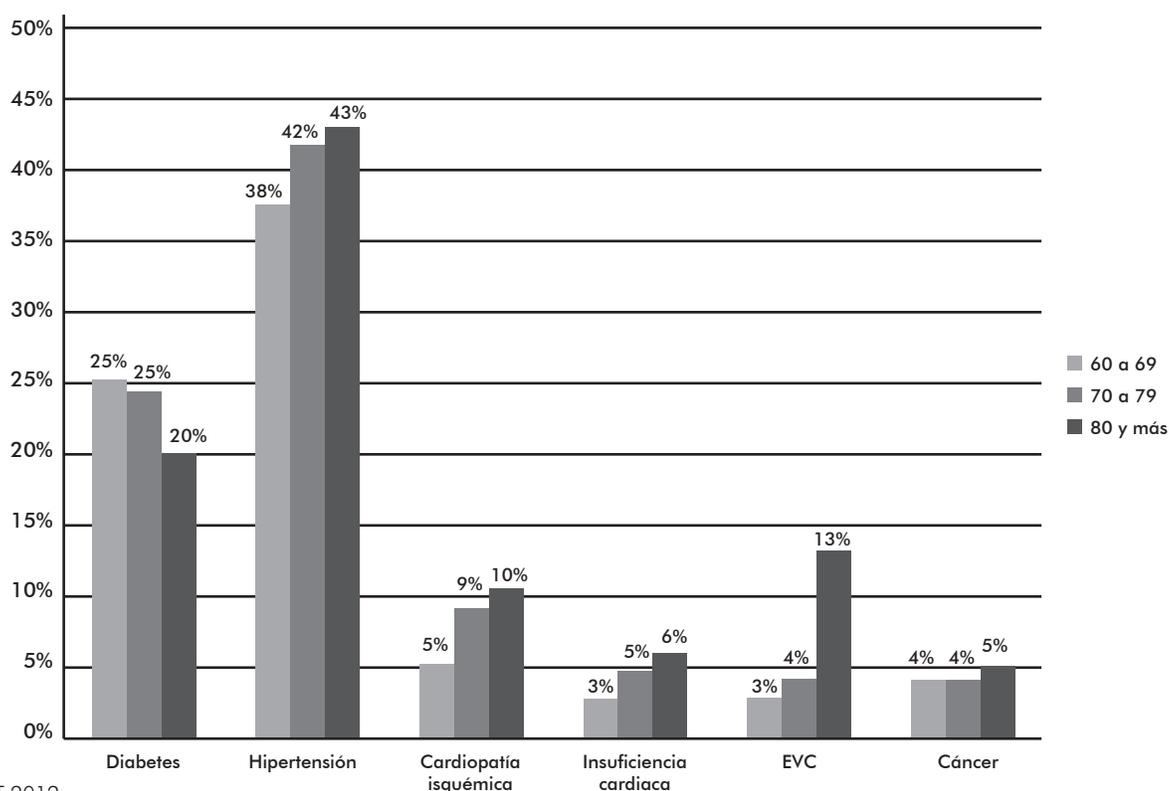
INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional se acompaña del incremento en las enfermedades crónicas (ECNT) y sus consecuencias. Aunado a lo anterior se reconoce que existen otras características que definen a la morbilidad geriátrica, como la multimorbilidad (2 o más enfermedades concomitantes), la presentación atípica y la proclividad al deterioro funcional, especialmente entre los más viejos.^{1 2 3} Junto con las ECNT, los síndromes geriátricos (SG), tales como las caídas, el maltrato, la polifarmacia y los déficit neurosensoriales, son altamente prevalentes, multifactoriales y asociados a detrimento de la calidad de vida y de la funcionalidad. Reconocemos claramente sus implicaciones y la necesidad de traducir este conocimiento para su aplicación en políticas de salud adecuadas.^{4 5}

RESULTADOS

- Si bien la prevalencia de ECNT durante la vejez es alta, tiende a disminuir entre los más viejos.
- Los SG más frecuentes son: déficit visual (45% de los ancianos), auditivo (40%), ambos (28%), caídas (32%) y anorexia (22%). Todos estos síndromes se incrementan proporcionalmente con la edad; por tanto, son los mayores de 80 años quienes con mayor frecuencia los padecen (figuras 1 y 2).
- Los SG son más frecuentes que las ECNT: v.gr, mientras que la hipertensión arterial (HTA) se encuentra en 44% de las personas ancianas, el déficit visual ocurre en 65% de los individuos del mismo grupo etario.

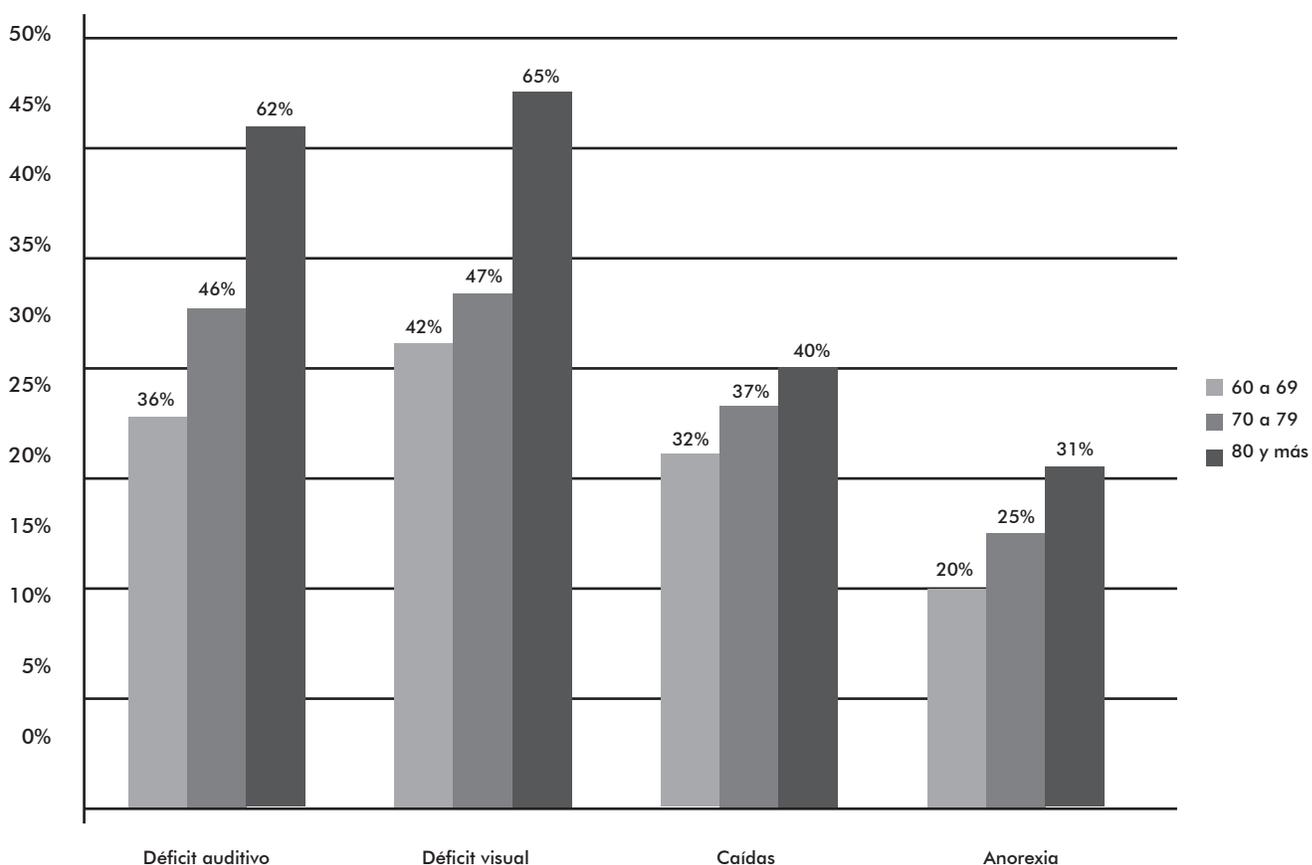
Figura 1. Prevalencia de enfermedades crónicas en personas de 60 y + años.



Fuente: ENSANUT 2012.

• En cuanto a las ECNT, el mayor riesgo de deterioro funcional se encuentra en personas con antecedente de evento cerebro-vascular (ECV) o insuficiencia cardíaca, especialmente, entre los mayores de 80 años. Al revisar otras fuentes de información se encuentra que la artrosis y el dolor también son causas importantes de discapacidad en esta población. Por otro lado, el riesgo de deterioro funcional en presencia de más de un SG –por ejemplo, déficit visual y auditivo– es el doble, si se compara con no tener ninguno. Dicho riesgo es mayor al que presenta una persona con más de 5 ECNT o con antecedente de ECV.

• La multimorbilidad grave (más de 5 afecciones concomitantes) no está necesariamente relacionada con la edad: entre 7 y 10% de todas las personas mayores de 60 años lo presentan, sin importar si son seniors (de 60 a 74 años) o centenarios (99 años y más). Además, conforme incrementa el número de enfermedades –independientemente de la edad– aumenta la probabilidad de discapacidad, llegando casi hasta 80% en personas con más de 5 patologías concomitantes.



Fuente: ENSANUT 2012.

Figura 2. Prevalencia de síndromes geriátricos en población de 60 y + años.

RECOMENDACIONES

La respuesta del sistema de salud al cambio demográfico debe enfocarse en la prevención y el abordaje integral efectivo de los factores de riesgo para el desarrollo de la dependencia funcional. Un paso importante es el desarrollo de investigación epidemiológica para generar recomendaciones y guías específicas, centrada

en ECNT tales como los ECV y la insuficiencia cardíaca, los SG y la multimorbilidad, enfatizando en mayores de 80 años. En este sentido, el Reporte en Salud Mundial del 2012, de la OMS –“Sin investigación, no hay salud”–, argumenta que para alcanzar el acceso universal y equitativo a los servicios de salud, una de las vías es la investigación y las políticas fundamentadas en el

conocimiento generado;^{4 5} sin embargo, menos de 10% de las políticas públicas en salud se fundamentan en evidencia científica.⁶

En el caso específico de las ECNT, son muchos los esfuerzos que se realizan para prevenir y retrasar su aparición; no obstante, es necesario plantear un abordaje integral desde la perspectiva de curso de vida –empezando en el control prenatal–, así como ahondar en las especificidades terapéuticas y pronósticas en la población adulta mayor. Cabe resaltar que es necesario integrar a las enfermedades crónicas en un solo grupo, por ejemplo, parte de los factores de riesgo para enfermedad isquémica, intolerancia a la glucosa, osteoporosis, etc, están determinados por el peso al momento del nacimiento.

Aunado a lo anterior, las guías de práctica clínica, tradicionalmente, se desarrollan para el abordaje de una sola entidad; sin embargo, en los ancianos las sinergias entre diferentes patologías son lo común. Ceñirse al seguimiento estricto de cada una de estas guías puede llevar a elevados costos de la atención, iatrogenia y, por ende, mal pronóstico, de ahí la importancia del acercamiento multifactorial e integrador. De la misma forma, es imprescindible reconocer el carácter multifactorial y la necesidad del abordaje integral de los síndromes geriátricos: basado en la evaluación geriátrica, un paradigma que rompe con la unidireccionalidad del enfoque tradicional.

La cobertura universal en salud, sola, no es suficiente; es necesaria la cobertura universal de beneficios y, en el caso específico de las personas adultas mayores, la inclusión de estrategias preventivas, terapéuticas y de rehabilitación oportunas.

ACCIONES

Clínicas:

- Revisión y desarrollo de guías de práctica clínica, interdisciplinarias, específicas para los síndromes geriátricos, con abordaje de multimorbilidad, adaptadas al sistema de salud. Dados los

altos costos de la atención, y el compromiso en la funcionalidad que implican se propone –junto con la evidencia disponible a favor de la intervención– comenzar con las guías de prevención de las caídas y de déficit neurosensorial. Dichas guías deben centrarse en el paciente y en la expectativa de vida. Adicionalmente, difundir especificidades en el abordaje de las ECNT en la población adulta mayor.

Investigación:

- En el enfoque de multimorbilidad y de determinantes del deterioro funcional.
- Si bien hay recursos farmacológicos reconocidos para la prevención y el tratamiento del ECV, hay carencias significativas en términos de atención multidisciplinaria y de rehabilitación, y se requiere investigación al respecto.
- Para no continuar infiriendo resultados de grupos etarios diferentes –con los riesgos implicados–, es necesario construir el conocimiento en los ancianos más viejos o en fase terminal.
- En el abordaje integral diagnóstico y terapéutico de los SG y las ECNT como grupos.
- Desarrollo de estudios longitudinales, con perspectiva de curso de vida, que permitan esclarecer factores de riesgo para desarrollar discapacidad y deterioro funcional, así como su abordaje integral y oportuno.

Políticas:

- Trabajar en la óptima traducción del conocimiento producido desde la investigación, para la adecuada práctica institucional, local y nacional. Por ejemplo, implementación del plan nacional, intersectorial, con perspectiva de curso de vida, para la prevención de las caídas o contra el déficit auditivo.
- Incluir en los sistemas de registro oficiales (SINAIS) las entidades específicas de la vejez.
- Incluir rehabilitación física, neurosensorial y cognoscitiva en el CAUSES.

CONCLUSIONES

Detectar precozmente el riesgo o la presencia de deterioro funcional, y los factores de riesgo que lo propician, ha de ser el principal objetivo para todos los profesionales que se dediquen al cui-

dado de los ancianos. La meta es incrementar los años libres de discapacidad y mejorar la calidad de vida. Se requiere de más investigación para definir las estrategias precisas para este abordaje.

AUTORES

Victoria Eugenia Arango Lopera, Instituto Nacional de Geriatria
victoriaarango1@gmail.com

Mario Ulises Pérez Zepeda, Instituto Nacional de Geriatria
ulises.perez@salud.gob.mx

Luis Miguel Gutiérrez Robledo, Instituto Nacional de Geriatria
luismiguelgutierrez@prodigy.net.mx

REFERENCIAS

1. Barranrtes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM y Miguel-Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Publica Mex* 2007;49 suppl 4:S459-S466.
2. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Res Rev* 2011;10(4):430–39
3. Nobili A, Garattini S, Mannuccio Manunucci P. Multiple diseases and polipharmacy in the elderly: challenges for the internist of the third millennium. *Journal of Comorbidity* 2011;1:28–44
4. Inouye S, Studenski S, Tinetti M y Kuchel G. Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. *J Am Geriatr Soc* 55:780–791, 2007
5. Boulton C, Green AF, Boulton LB, Pacala JT, Snyder C, Leff B. Successful models of chronic care for older adults with chronic conditions: evidence for the Institute of Medicine's "retooling for an aging America" report. *J Am Geriatr Soc* 2009;57(12):2328–37.

ENVEJECIMIENTO Y DISCAPACIDAD: IMPLICACIONES ECONÓMICAS PARA LOS HOGARES EN MÉXICO

INTRODUCCIÓN

En la actualidad hay más de 10 millones de adultos mayores (AM) de 60 años y más en México.¹ Adicionalmente, el país tiene más individuos mayores de 60 años que niños menores de 5 y las proyecciones indican que el fenómeno del envejecimiento demográfico es irreversible.² En este contexto, una amenaza a la salud y autonomía de los ancianos es la discapacidad: recientemente se ha documentado un incremento en el número de AM que la padece.³ De hecho, el envejecimiento de la población ejerce una influencia muy importante en las tendencias, nacionales y mundiales, de la discapacidad.

La discapacidad en los AM tiene como consecuencia mayor acumulación de riesgos a la salud, a lo largo de la vida, en términos de enfermedades, lesiones y padecimientos crónicos.⁴ En términos económicos, las personas con discapacidad tienen limitaciones para acceder a los servicios educativos y al mercado laboral con mayor probabilidad de empobrecimiento que las personas sin ella. Dependiendo de la severidad de la discapacidad se puede requerir la presencia de un cuidador, con la consecuente alteración de las actividades habituales de los miembros de la familia. Adicionalmente, los hogares con personas con discapacidad gastan, relativamente, más en servicios de atención de la salud que los hogares sin sujetos que la padezcan.⁵

El objetivo de este breve reporte es estimar y comparar el gasto de bolsillo en salud entre hogares con AM con alguna discapacidad y hogares con AM sin padecerla, así como describir algunas características de los AM con alteración funcional. Los resultados se basan en el análisis de la Encuesta Nacional sobre la Percepción de la Discapacidad en la Población Mexicana, 2010.

RESULTADOS

Características de los adultos mayores con discapacidad

- El 27% de los AM tiene algún tipo de discapacidad; casi 60% tiene discapacidad permanente.
- Los AM con discapacidad son, en general, de mayor edad y tienen menor probabilidad de contar con un trabajo pagado.
- Los AM con discapacidad están expuestos a presentar más días de inactividad por motivos de salud: 3.73 días entre aquellos con algún tipo de discapacidad no permanente y 10.6 días si es permanente.
- Los problemas relacionados con el movimiento (caminar, subir, bajar) representan el principal tipo de discapacidad para los AM.
- Las principales causas (autorreportadas) de discapacidad son la edad avanzada, la presencia de alguna enfermedad y los accidentes (ver cuadro 1).

Gasto de bolsillo en salud

- Los hogares con al menos un AM con discapacidad:
 - gastan 3.9 veces más en consulta externa que aquellos hogares con AM sin discapacidad.
 - gastan 1.8 veces más en medicinas que los hogares con AM sin discapacidad.
- El gasto total en salud es casi tres veces más grande en hogares con al menos un AM con discapacidad (\$3,683) con respecto a hogares con AM sin discapacidad (\$1,422).
- 25% de los hogares con AM sin discapacidad incurren en gasto catastrófico por motivos de salud. Este número se eleva a 40% cuando el hogar tiene al menos un AM con discapacidad (cuadro 2).

Cuadro 1. Características de los adultos mayores con discapacidad.*

	Sin discapacidad		Con discapacidad
	n=1452	No permanente n=220	Permanente n=293
<i>Edad</i>	73%	12%	15%
Mujer (%)	68.6	70.4	73.8
Indígena (%)	50.9	53.5	52.8
Jefe de hogar (%)	11.2	10.1	9.9
Escolaridad (años)	60.2	63.8	62.9
Trabajo pagado (%)	4.46	4.02	3.59
Seguro médico (%)	33.6	25.4	15.1
Días de inactividad por motivos de salud (último mes)	76.6	79.3	79.4
Rural (%)	1.24	3.73	10.60
Tipo de discapacidad (%)	51.7	55.7	51.2
	Caminar, moverse, subir o bajar	72.1	76.4
	Ver, aun usando lentes	18.7	16.3
	Hablar, comunicarse o conversar	0.43	0.85
	Oír, aun usando aparato auditivo	4.35	5.49
	Vestirse, bañarse o comer solo	2.3	0
	Poner atención o aprender cosas sencillas	0.8	0
	Alguna discapacidad mental	1.36	0.88
Grado de dificultad (%)			
	Leve	56.3	14.3
	Moderada	36.1	30.5
	Severa	3.84	39.2
	Extrema, no la puede realizar	0	15.6
Causa de la discapacidad (%)			
	Congénita	1.81	3.75
	Enfermedad	26.8	35.1
	Accidente	14.5	14.9
	Edad avanzada	45.1	40.1
	Otra causa	4.65	2.76

* En gris, diferencias estadísticamente significativas.

Discapacidad permanente se refiere a una discapacidad cuya duración es mayor a seis meses.

Cuadro 2. Gasto de bolsillo en salud* asociado a la presencia de adultos mayores con discapacidad.**

	Hogares con al menos un AM con discapacidad n=301	Hogares con AM sin discapacidad n=433
Consulta externa	1846	472
Cuidados médicos y de enfermería (ambulatorios)	169	0
Medicinas	631	336
Dispositivos (lentes, aparatos auditivos, prótesis)	70	53
Diagnósticos y exámenes de laboratorio	222	135
Servicios médicos y medicinas tradicionales	155	33
Transporte (búsqueda de servicios de salud)	341	80
Hospitalización (anual)	917	1246
Seguros/primas (anual)	23	52
Gasto total trimestral en salud	3683	1422
Prevalencia de gasto catastrófico por motivos de salud	40%	25%

* Las cantidades están reportadas en pesos mexicanos y como gasto trimestral, excepto donde se indica.

** En gris diferencias estadísticamente significativas.

RECOMENDACIONES

- Dado que los AM con alguna discapacidad (permanente o no) tienen un mayor número de días de inactividad por motivos de salud –lo que podría tener implicaciones negativas en contar con un trabajo pagado–, es recomendable que las instituciones públicas pongan en marcha programas que alienten la inversión, tanto pública

como privada, y que favorezcan la incorporación de personas mayores con discapacidad al mercado laboral.

- Cerca del 45% de los AM con alguna discapacidad atribuyen el origen de la misma a la edad avanzada. Esta percepción fortalece la falsa creencia de que la vejez viene acompañada de enfermedad y discapacidad. Es recomendable la puesta en marcha de programas a gran escala

sobre el tema del envejecimiento sano y activo.

- Los hogares con AM con discapacidad incurrir en un excesivo gasto de bolsillo en salud para atender las demandas sanitarias requeridas por estas personas. Esto representa una fuerte carga económica para los hogares, lo que se refleja en la prevalencia del gasto catastrófico por motivos de salud, e implica todavía una falta de justicia financiera en términos de salud. Es recomendable que el Sistema de Salud Mexicano incrementemente no sólo la cobertura de los servicios de salud, en términos de afiliación de los hogares, sino que garantice la gratuidad de las consultas, medicinas y rehabilitación, para aliviar la carga económica que representa la discapacidad en los hogares mexicanos.

ACCIONES

- Identificar a los hogares con presencia de AM con algún tipo de discapacidad y focalizar programas específicos de apoyo para los ancianos, sus cuidadores y los hogares.
- Promover la coordinación y participación intersectorial (Salud-Educación-Social) en pro del bienestar de los adultos mayores y sus hogares.
- Fortalecer la investigación sobre la discapacidad en AM. Aunque la incidencia de gasto de bolsillo en salud es mayor en los hogares con AM con discapacidad, se desconoce exactamente cómo incide la discapacidad en la economía de los hogares. Es indispensable contar con estudios longitudinales que puedan comparar el ingreso de los hogares antes y después de la presencia de la discapacidad en los AM.

CONCLUSIONES

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda (2010), del total de AM (60 años o más), 27% tiene algún tipo de discapacidad y del total de personas con algún tipo de discapacidad (5'739.270), 48% son AM de 60 años o más.¹ Estas altas prevalencias vienen acompañadas de gastos (de bolsillo y catastróficos) por motivos de salud en los hogares. Es necesario reconocer la magnitud del problema y ejercer acciones que fortalezcan la protección social en salud para estos hogares.

AUTORES

Aarón Salinas Rodríguez, Instituto Nacional de Salud Pública
asalinas@correo.insp.mx

Betty Manrique Espinoza, Instituto Nacional de Salud Pública
bmanrique@insp.mx

Karla Moreno Tamayo, Instituto Nacional de Salud Pública
moreno@insp.mx

Martha Ma. Téllez-Rojo, Instituto Nacional de Salud Pública
mmtellez@insp.mx

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mujeres y Hombres en México 2011. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Instituto Nacional de las Mujeres. México: INEGI, 2012.
2. Conapo. La situación demográfica de México de 2004. México: Consejo Nacional de Población, 2004.
3. OMS. Informe Mundial sobre la Discapacidad [internet]. OMS, 2011. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/index.html
4. Sousa RM et al. Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *Lancet*, 2009, 374:1821-1830.
5. Mitra S, Findley PA, Sambamoorthi U. Health care expenditures of living with a disability: total expenditures, out-of-pocket expenses, and burden, 1996 to 2004. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2009, 90:1532-1540.

ESTADO DE NUTRICIÓN DEL ADULTO MAYOR EN MÉXICO

INTRODUCCIÓN

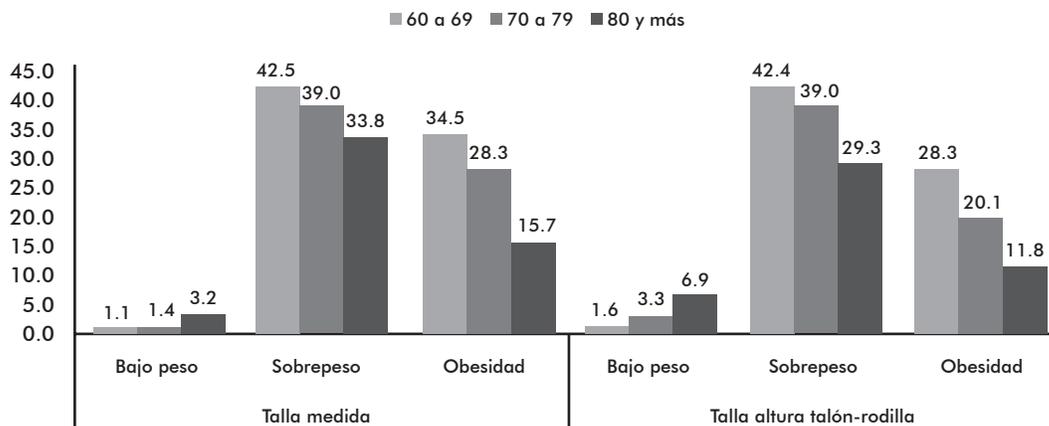
La proporción de adultos mayores de 60 años de edad y más (AM) de la población mexicana ha aumentado durante las últimas décadas (envejecimiento poblacional). Las condiciones de vida y de salud de este segmento son afectadas por las dependencias social y económica. Dado que el envejecimiento poblacional es un fenómeno reciente, el fundamento científico sobre este proceso es limitado, así como sobre la prevalencia del envejecimiento patológico y el papel de la mala nutrición en su génesis. Las políticas públicas dirigidas a mejorar las condiciones de salud y calidad de vida requieren ser enunciadas y fortalecidas. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012)¹ es la primera realizada en una muestra representativa del ámbito nacional de AM en México. En este informe se presentan los resultados más relevantes para la construcción de una política pública que promueva mejor nutrición y calidad de vida del AM.

RESULTADOS

La ENSANUT 2012 obtuvo información de AM de 60 años y más –que corresponden al 9.7%

del total de la población–; 53.5% de la muestra pertenecía al sexo femenino; 24.4% y 19.4%, respectivamente, se ubicaron en niveles de condiciones de bienestar (ICB) bajo y muy bajo; 23% habita en zonas rurales. Para evaluar el estado de nutrición de los AM se obtuvo información válida de –una vez expandida la muestra– 10´927.031. Se presentan resultados sobre el índice de masa corporal (IMC) indicativos de grasa corporal (energía) y masa muscular, principalmente. En el AM la estatura se ajusta por la altura de la rodilla, medida por primera vez, debido a la disminución de la talla por efecto de la edad (corrección de la estatura para la población mexicana).³ El IMC se analizó según criterios de la OMS:² < 18.5 indica desnutrición y su prevalencia aumenta con la edad (6.9% en 80 y más). Las prevalencias de sobrepeso y obesidad (IMC 25.0 a 29.9 y 30+, respectivamente) fueron 42.4% y 28.3% en sujetos de 60 a 69 años, las cuales disminuyen conforme avanza la edad. Los porcentajes fueron mayores en mujeres, en sujetos con ICB alto y en población urbana. La figura 1 muestra el IMC según la OMS, con y sin la corrección.

Figura 1. Distribución porcentual del IMC en adultos mayores de acuerdo con los criterios de la OMS* con y sin la corrección de la estatura para la población mexicana por décadas de edad.

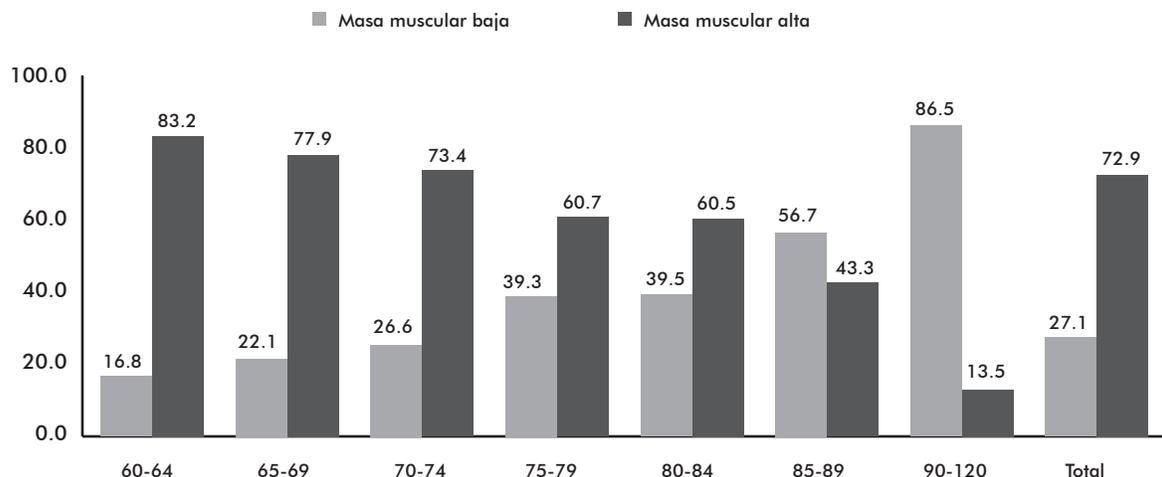


*Clasificación OMS: Desnutrición (<18.5 kg/m²), IMC normal (18.5 a 24.9 kg/m²), sobrepeso (25.0 a 29.9 kg/m²), y obesidad (≥30.0 kg/m²). Fuente: ENSANUT, 2012.

La masa muscular (MM)⁴ disminuye por desnutrición, sedentarismo y por enfermedades agregadas; se estima por la circunferencia de pantorrilla (medida por primera vez en ENSANUT 2012).

La MM baja fue de 16.8% de 60 a 65 años, aumentó a 40% después de los 75 años (figura 2), fue más prevalente en mujeres, en sujetos de ISE bajo y muy bajo y en la población rural.

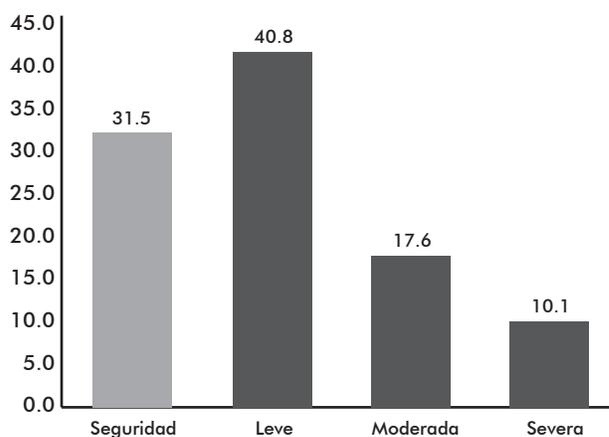
Figura 2. Prevalencia de masa muscular en adultos mayores por quinquenios de edad, ENSANUT 2012.



Fuente: ENSANUT, 2012.

Para clasificar la inseguridad alimentaria se utilizó la Escala Latinoamericana y del Caribe de Seguridad Alimentaria (ELCSA).⁵ En el ámbito nacional, casi uno de cada tres hogares (27.7%) en donde habitan adultos mayores presentó inseguridad alimentaria moderada o severa, equivalente a 2'976.533 personas pertenecientes a este grupo etario. La respuesta implica que en los tres meses previos a la fecha de la entrevista, en su hogar tuvieron que disminuir la cantidad de alimentos consumidos, o experimentaron hambre (figura 3).

Figura 3. Distribución porcentual de la inseguridad alimentaria en hogares con adultos mayores.



Fuente: ENSANUT, 2012.

RECOMENDACIONES

1. Más que la longevidad, aumentar los años con gran calidad de vida, para lo cual se deben promover políticas de autocuidado, con el firme propósito de evitar o disminuir la presencia de enfermedades o complicaciones en la edad avanzada.
2. Mantener y mejorar la capacidad de los AM para realizar actividades cotidianas, con énfasis en su autonomía y adecuada calidad de vida.
3. Prevenir y reducir la prevalencia de mala nutrición como factor de riesgo para la edad avanzada:
 - a. Desnutrición, por disminución de la ingestión de alimentos, de la actividad física y del gasto

- de energía (menor consumo de proteínas y de micronutrientes).
- b. Obesidad, por ingestión de energía mayor que los requerimientos.
- c. Comorbilidades altamente prevalentes: diabetes mellitus, hipertensión, depresión.
4. Las políticas públicas para AM deben relacionarse con la cultura de la prevención y autocuidado de la salud física, mental y socioafectiva, ligada al desarrollo de sus habilidades, para proteger su salud, mantenerla y mejorarla.

ACCIONES

1. Definir como problemas de salud y nutrición de los AM mexicanos a la desnutrición, las deficiencias específicas de macro y micronutrientes, la sarcopenia (pérdida de masa muscular asociada al envejecimiento), la anemia y la obesidad.
2. Formular normas de promoción, prevención, diagnóstico y manejo de problemas prioritarios de salud y nutrición del AM, aplicables en programas de salud de cobertura amplia:
 - a. Adoptar criterios específicos a los AM, con base en las recomendaciones de organismos internacionales, para reemplazar los generados a partir de la población adulta general.
 - b. Implementar programas de investigación para la formulación de criterios aplicables a la población mexicana de AM en sus contextos geográfico, demográfico, económico y cultural:
 - i. Para evaluar la interacción de problemas de mala nutrición con comorbilidades frecuentes, i.e. hipertensión, diabetes, depresión.
 - ii. Para el estudio de los factores de riesgo nutricional relacionados con el envejecimiento patológico.
 - c. Implementar programas de investigación para formular criterios de evaluación de la calidad de vida del AM, con énfasis en criterios de funcionalidad y autonomía.
 - d. Implementar programas de investigación para formular criterios de evaluación de la percepción de la seguridad alimentaria en hogares con AM y los factores condicionantes de la misma.
3. Incluir en el modelo de atención de primer nivel de la población adulta un módulo de atención del AM con acciones de promoción, detección y manejo de problemas de nutrición.
4. Implementar programas de capacitación del personal de salud en el primer nivel de atención para la aplicación de las normas, dirigidas a la atención de problemas de nutrición prioritarios.
5. Implementar programas de ayuda –alimentaria o de subsidio económico– focalizados a AM con riesgo elevado de desnutrición.
6. Generar acciones inmediatas para atender a

los AM que habitan en hogares con inseguridad alimentaria severa.

CONCLUSIONES

México cuenta por primera vez con información confiable, actualizada y precisa sobre el estado de nutrición de los adultos mayores, la cual debe tomarse en cuenta para la generación de políticas públicas específicas dirigidas a aquellos AM que ya padecen o están en riesgo de mala nutrición. Asimismo, esta información permite establecer acciones para el autocuidado en etapas tempranas de la vida, a fin de garantizar un futuro sano y calidad de vida en los adultos mayores, que les permita integrarse de manera productiva a las dinámicas familiar y social para hacer esta etapa de la vida confortable.

AUTORES

Pedro Arroyo Acevedo, Instituto Nacional de Geriatria
pedro.arroyo95@gmail.com

Teresa Shamah Levy, Instituto Nacional de Salud Pública
tshamah@insp.mx

Lucía Cuevas Nasu, Instituto Nacional de Salud Pública
lcuevas@insp.mx

Leticia Arcelia Cervantes Turrubiates, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”
arcelia18nov@yahoo.com.mx

Gabriela Ríos Cázares, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
gabriela_riosc@yahoo.com.mx

REFERENCIAS

1. Gutierrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernandez S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martinez M, Hernandez-Avila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, Mexico: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
2. WHO. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995.
3. Mendoza-Núñez VM, Sánchez-Rodríguez MA, Cervantes Sandoval A. Equations for predicting height for elderly Mexican-Americans are not applicable for elderly Mexicans. *Am J Human Biol* 2002;14:351-55.
4. World Health Organization. Uses and interpretation of anthropometry in the elderly for the assessment of physical status. Interim draft report of nutrition unit. Ginebra: WHO, The Subcommittee on the elderly, 1992.
5. Pérez-Escamilla R, Melgar-Quiñonez H, Nord M, Álvarez MC, Segall-Correa AM. Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA). Memorias de la 1ª Conferencia en América Latina y el Caribe sobre la medición de la seguridad alimentaria en el hogar. *Perspectivas en Nutrición Humana*. 2007;(S):117-34.

ESTADO DE SALUD DE LOS ANCIANOS: RESPUESTAS DEL SISTEMA DE SALUD

INTRODUCCIÓN

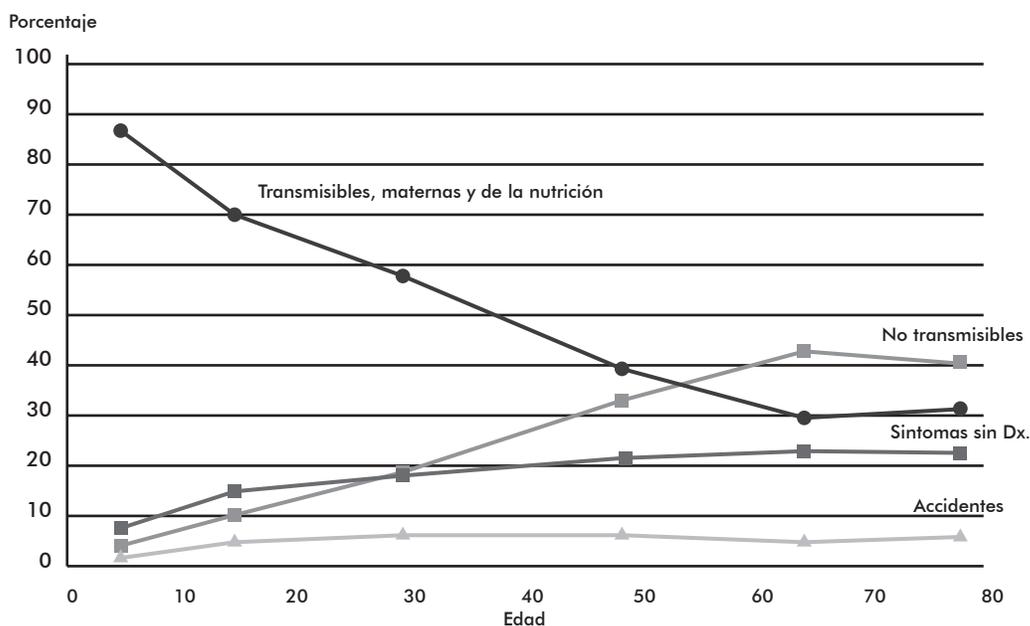
El envejecimiento de la población es un proceso influenciado exitosamente por las políticas de salud pública instrumentadas durante el siglo XX. En los países en desarrollo como México, este ineludible cambio se ha presentado de manera acelerada tanto por la rápida disminución de la fecundidad como por el incremento en la esperanza de vida. La población de 65 años o más se habrá incrementado en 21.6 millones al pasar de 4.5 millones a inicios de 2000 a 26.1 millones a fines de 2051. El estudio del envejecimiento y su relación con el uso de servicios de salud es un proceso dinámico que requiere ser analizado para derivar conocimiento científico que sustente políticas públicas relativas a la prestación de servicios sanitarios, modelos de atención dirigidos a la población anciana y estrategias que le permitan al sistema ofrecer mejor calidad de atención a las nuevas generaciones de adultos mayores.

Se analizaron patrones de uso de servicios de la población anciana en comparación con el resto de la población.

RESULTADOS

Los datos analizados se derivan de los cuestionarios Hogar, Adulto mayor de 19 años y Utilizadores de servicios de salud, de la ENSANUT 2012. La principal causa de consulta de servicios ambulatorios curativos lo constituye el grupo de enfermedades transmisibles, maternas y de la nutrición; específicamente las enfermedades y síntomas respiratorios agudos que representaron 57.5% de las causas. En contraste con lo anterior, en el grupo de adultos mayores, por afiliación (IMSS, Seguro Popular, Otra Seguridad Social y Ninguna), se identificó a las Enfermedades No Transmisibles como los principales problemas de salud presentados las dos semanas previas a la encuesta, con tasas entre 37.9% y 44.1% (figura 1).

Figura 1. Problemas de salud clasificados por tipo presentados las dos semanas previas a la encuesta.



* En gris, diferencias estadísticamente significativas.

Discapacidad permanente se refiere a una discapacidad cuya duración es mayor a seis meses.

De las personas en búsqueda de atención, una proporción entre 10% y 17% busca atención en servicios informales, siendo la cifra más baja la correspondiente a los mayores de 60 años. Para ellos, junto con las barreras económicas (hasta 27%) son la principal razón de no búsqueda de atención formal y este porcentaje se incrementa para el caso de los ancianos con limitaciones en las actividades de la vida diaria. En cuanto a uso de hospital, del total de personas que reportaron haber estado hospitalizadas en el último año, la mayor proporción (6.2%) corresponde a los adultos mayores de 60 años de edad.

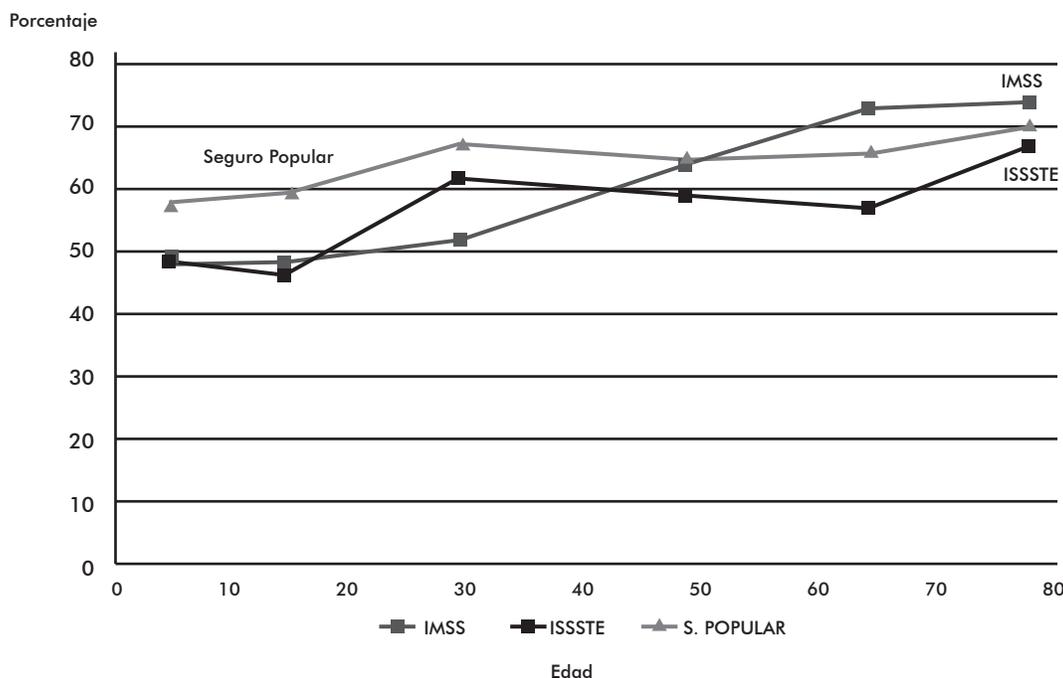
De entre aquellos que reportan haber utilizado servicios ambulatorios, el porcentaje más alto (entre 15 y 18%) se obtiene para los mayores de 60 años de edad. Sin embargo, los datos revelan que porcentajes que van de 30 a 50% no se atendieron en la institución a la que están afilia-

dos. La cifra es mayor para los menores de 10 años y menor para los ancianos mayores de 60 años (figura 2).

De hecho, los datos de uso de consultorios de farmacia y de médico privado, para todas las afiliaciones, varía entre 10 y 22% para los menores de 10 años, pero este dato disminuye especialmente para el caso de afiliados al IMSS y al ISSSTE, donde para los mayores de 60 años la cifra se reduce a 2%.

La percepción de calidad mala o muy mala tiene porcentajes más altos para el IMSS en 9.6%, pero para todos las instituciones esta percepción disminuye para los adultos mayores a porcentajes menores a 2%. La proporción de pacientes que reporta haber esperado 2 horas o más para recibir atención supera el 20%, tanto para el IMSS como para los Centros de Salud.

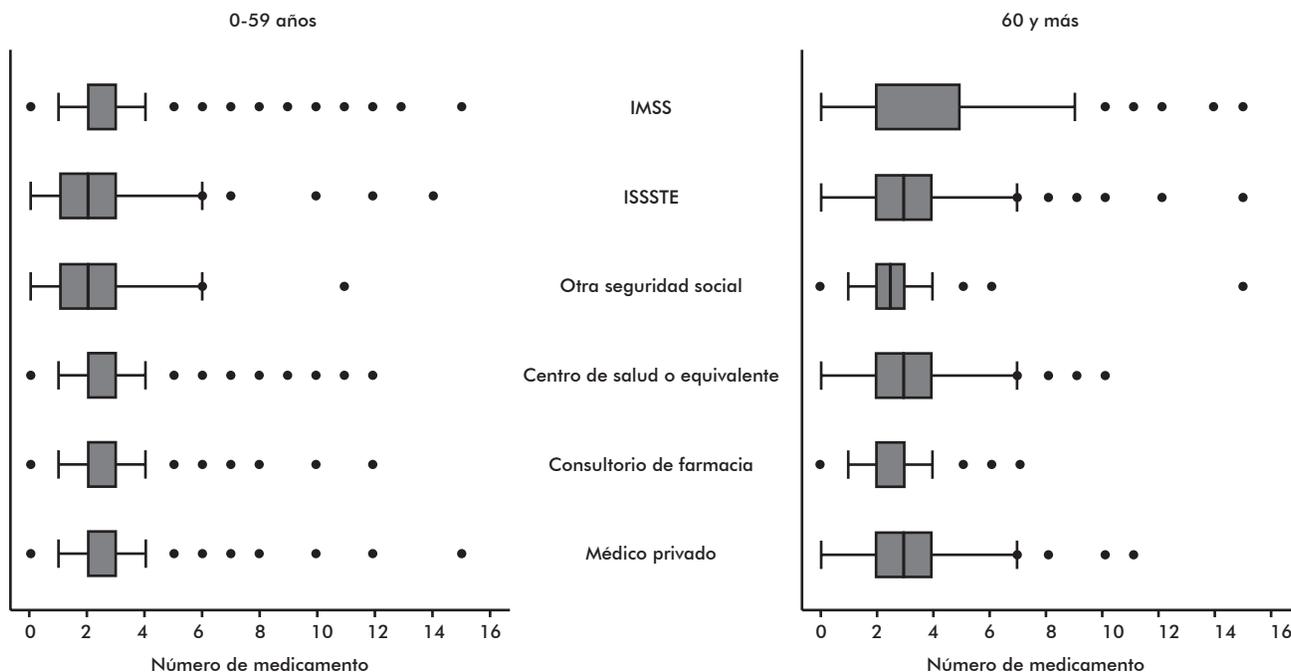
Figura 2. Utilizadores recientes de servicios ambulatorios que se atendieron donde están afiliados.



La duración de la consulta se encuentra alrededor de los 15 minutos, pero los adultos de 60 y mas reportan mayor tiempo, especialmente para el caso de médico privado. Finalmente, y a pesar

de que la mayor frecuencia de medicamentos se ubica en 3, para el caso de los adultos mayores, las proporciones que llegan hasta 20% superan el número de 7 medicamentos (figura 3).

Figura 3. Número de medicamentos recetados en utilizadores recientes de servicios de salud.



RECOMENDACIONES

1. Ampliar el conocimiento científico acerca de modificaciones relacionadas con la edad, que sustente la implementación de estrategias de cambio hacia estilos de vida saludables desde la infancia, conteniendo el impacto de morbilidades a largo plazo.
2. Mejorar la disposición de recursos económicos y tecnológicos a instituciones públicas en salud, que permita ofrecer esquemas de atención orientados a la población anciana como atención en agudo, crónico y domiciliario con enfoque de multimorbilidad.
3. Mejorar los esquemas de evaluación de la calidad de la atención de los ancianos, centrados en resultados en salud y desempeño del personal.
4. Elaborar encuestas poblacionales dirigidas al grupo de adultos mayores, que permita tipificar características sociales, económicas y en salud, de la población anciana vulnerable o robusta, para derivar acciones concretas y asegurar planes de envejecimiento exitoso acorde con el crecimiento de la población y de sus necesidades, a fin de que el Sistema de Salud esté preparado para enfrentar los cambios demográficos y redundar esfuerzos para alcanzar una adecuada

- calidad de la atención a padecimientos crónicos y en agudo, que se presenten entre la población anciana, así como en el resto de la población inmersa en la transición entre enfermedades infectocontagiosas y crónicas.
5. Incorporar nuevos esquemas de atención, basados en servicios de primer contacto, que contengan la carga de enfermedades crónicas prevalentes en los ancianos, así como generar políticas sociales que sensibilicen a la población hacia el cuidado de los ancianos, mediante la formación de cuidadores primarios capacitados y remunerados, considerando la atención en casa como un esquema gubernamental de atención.
 6. Incentivar investigaciones de grandes cohortes de ancianos que permitan generar información de necesidades en salud para el sustento de políticas públicas que anticipen acciones del Sistema de Salud hacia la prevención de comorbilidades relativas a la edad.

ACCIONES

- Impulsar mejores prácticas en salud para evitar ingresos y reingresos hospitalarios innecesarios, la polifarmacia y la pérdida de la funcionalidad y la independencia.

- Contener los costos de la atención a la salud a los adultos mayores, integrando modelos de atención domiciliaria y cuidados a largo plazo.

CONCLUSIONES

El envejecimiento representa un reto sin precedentes para los servicios de salud, especialmente para el sector público que enfrenta más del 60% de la atención a la población anciana a nivel nacional, la búsqueda de esquemas de atención orientados al envejecimiento resulta una prioridad para el sistema de salud mexicano.

AUTORES

Carmen García Peña, Instituto Mexicano del Seguro Social
mcgarciapeña@gmail.com

Cesar González-González, Instituto Nacional de Geriátrica
cesar.gonzalez@salud.gob.mx

REFERENCIAS

1. Angel JL, Torres-Gil F, Markides K. Aging, Health, and Longevity in the Mexican-Origin Population. Springer Editorial. New York 2012. ISBN 978-1-4614-1866-5. Pp 345.
2. Dorantes-Mendoza G, Avila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factors associated with functional dependence in older adults: a secondary analysis of the National Study on Health and Aging, Mexico, 2001. *Rev Panam Salud Publica* 2007;22(1):1-11.
3. Gallegos-Carrillo K, García-Peña C, Durán-Muñoz C, Mudgal J, Durán-Arenas L, Salmerón-Castro J. Health care utilization and health-related quality of life perception in older adults: a study of the Mexican Social Security Institute. *Salud Publica Mex* 2008;50:207-217.
4. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012
5. Muñoz O, García-Peña C, Durán-Arenas L. La salud del adulto mayor: temas y debates. México, DF: Instituto Mexicano del Seguro Social/CISS. México D.F. 2004. ISBN: 968-7346-93-0
6. Roux-Diez A. Conceptual Approaches to the Study of Health Disparities. *Annu Rev Public Health* 2012;33:41-58.
7. Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Mundo-Rosas V, Morales-Ruán C, Cervantes-Turrubiates L, Villalpando-Hernández S. Health and nutrition status of older adults in Mexico: results of a national probabilistic survey. *Salud Publica Mex* 2008;50(5):383-389.
8. Wong R, Espinoza M, Palloni A. Mexican older adults with a wide socioeconomic perspective: health and aging. *Salud Publica Mex* 2007;49 Suppl 4:S436-47.
9. Wong R, Díaz JJ. Health care utilization among older Mexicans: health and socioeconomic inequalities. *Salud Publica Mex* 2007;49 Suppl 4:S505-14.

SALUD MENTAL EN ADULTOS MAYORES MEXICANOS: DETERIORO COGNITIVO, DEMENCIA Y DEPRESIÓN.

"No hay salud, sin salud mental" ¹

INTRODUCCIÓN

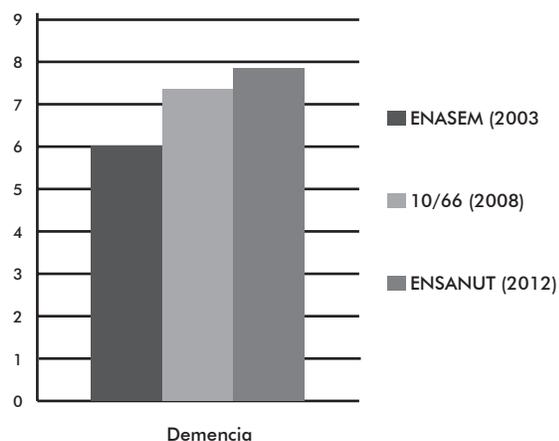
El 31.7% del total de los años vividos con discapacidad a nivel mundial son atribuidos a condiciones neuropsiquiátricas² la depresión y la demencia son las principales causas que contribuyen a este fenómeno en los adultos mayores (AM). La demencia contribuye al 11.9% de los años vividos con discapacidad por enfermedades crónicas, en este grupo etario, siendo de mayor proporción que los correspondientes a eventos vasculares cerebrales (10.1%), enfermedad cardiovascular (5.3%) y cáncer (2.5%).³

La demencia es un síndrome de naturaleza crónica y progresiva, caracterizado por: deterioro de funciones cognitivas y de la conducta, que ocasiona discapacidad y dependencia.

En México ya se cuenta con información epidemiológica (figura 1) sobre la frecuencia de demencias y deterioro cognoscitivo no demencial (DCND) en AM.⁴⁻⁷ ENSANUT 2012 por primera vez incluye una sección para población de 60 años y más,⁷ la cual evaluó la frecuencia de: DCND, demencias y sintomatología depresiva, clínicamente significativa (SDCS).

RESULTADOS

Figura 1. Prevalencia de demencia en México.



Los hallazgos arrojados por ENSANUT 2012 fueron:

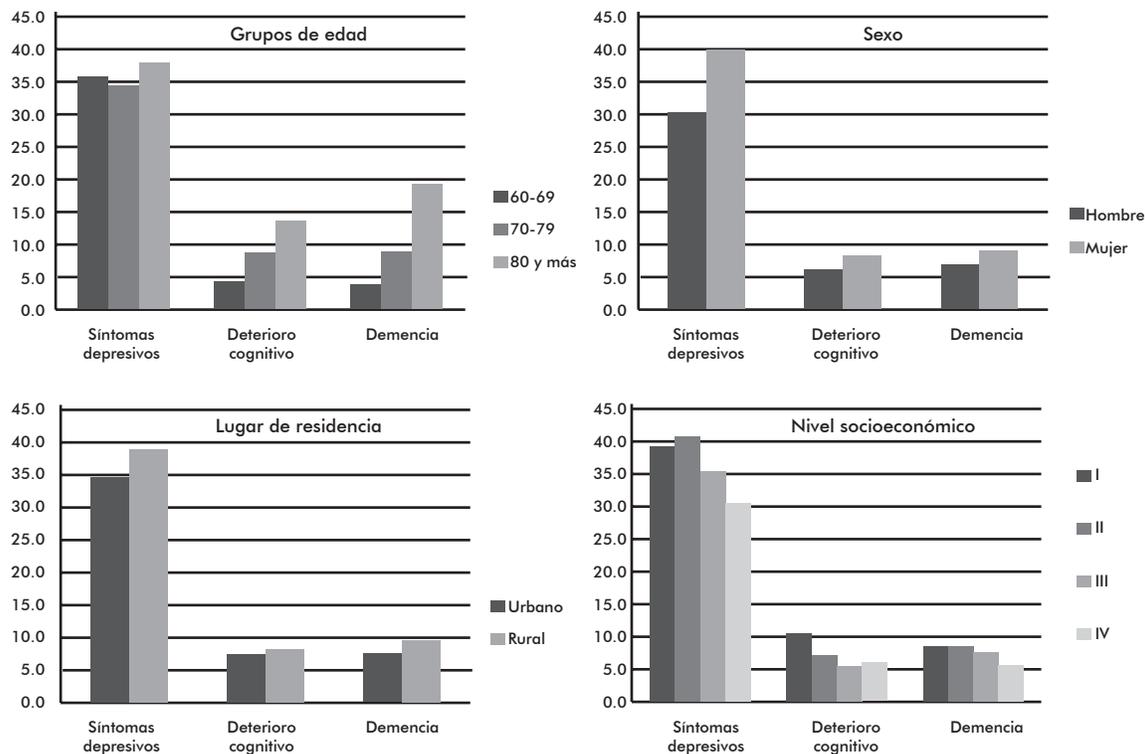
- Prevalencia para DCND del 7.3%, para demencias del 7.9% y 35.6% para SDCS. Al estratificar por sexo, grupos de edad y escolaridad, área de residencia, y nivel socioeconómico, se encontró en general una tendencia a mayor prevalencia para todas las condiciones neuropsiquiátricas señaladas en los siguientes estratos: mujeres y área rural. Se mostró también un franco incremento asociado a mayor edad para DCND y demencia, no así en el caso de SDCS. En cuanto a las asociaciones de las condiciones de salud mental estudiadas, éstas mostraron una tendencia al incremento con el medio socioeconómico y nivel de escolaridad bajos, pero con una menor consistencia (figura 2).

- Las prevalencias para demencia y DCND encontradas por ENSANUT 2012 (7.9%) son equiparables a otros estudios (figura 1). Al comparar los datos epidemiológicos disponibles es evidente la similitud en el rubro de las demencias, lo cual no se observa de igual forma en el DCND; esto es explicable por tratarse de una entidad heterogénea para la cual se han utilizado diferentes criterios, ya que aún se encuentra en proceso de definición, no así en el caso del síndrome demencial, el cual cuenta con criterios más claramente establecidos.

RECOMENDACIONES

La información de base poblacional disponible en México (ENASEM, 10/66 y ENSANUT 2012),⁴⁻⁷ permite ya una aproximación objetiva para el conocimiento, análisis y abordaje de los problemas de salud mental (SM) de los AM, trastornos que, situados a la luz de las transformaciones demográfica y epidemiológica, deben recibir atención prioritaria, por sus consecuencias directas e indirectas, tanto para los pacientes y sus familias, como para la sociedad, el sistema sanitario y el país.

Figura 2. Condiciones de salud mental en adultos mayores de 60 años y más, por grupos de edad, sexo, lugar de residencia y nivel socioeconómico.



En 2008, la OMS lanzó el Programa de Acción Mundial en Salud Mental “mhGAP” (por sus siglas en inglés: Mental Health Gap Action Programme) destinado a dar respuesta a la falta de atención para quienes sufren trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. En él se señala que los recursos disponibles son insuficientes, no están distribuidos de manera equitativa y se usan de modo ineficiente. En consecuencia, la mayoría de personas con estos trastornos no reciben ninguna forma de atención.⁸

Los trastornos mentales (en todos los grupos de edad) con frecuencia se asocian a alta morbilidad, mortalidad y discapacidad. Dada su elevada frecuencia, deben ser atendidos por servicios de atención primaria para la salud. Para ello se deben implementar acciones que permitan que en este nivel de atención puedan brindarse los servicios necesarios para mejorar la SM de la población.¹⁸

La Guía mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, debe ser integrada en el nivel de atención a la salud no

especializada, como una herramienta técnica para la implementación del programa con el mismo nombre. Dicha guía proporciona una amplia gama de recomendaciones para propiciar y facilitar que se brinde atención de alta calidad, por profesionales de salud no especializados en áreas de escasos recursos, y presenta una gestión integrada para los trastornos prioritarios en salud mental utilizando protocolos sistematizados para la toma de decisiones clínicas.⁸

ACCIONES

- Capacitar al primer nivel de atención, para con su intervención mejorar la SM de los AM mexicanos.
- Desarrollar y evaluar programas nacionales para la atención de trastornos depresivos y cognoscitivos (Plan de Acción Alzheimer) en el AM.
- Convocar a profesionales de la salud, gobierno, tomadores de decisiones, medios de difusión y sociedad, para la mejor consecución y éxito de los programas señalados.
- Desarrollar y evaluar paquetes de servicios para atención de la depresión, del deterioro cognoscitivo y de la demencia en el AM.

- Es prioritario informar, capacitar y educar, a todos los niveles, sobre los problemas de SM que afectan a los AM.

CONCLUSIONES

Más de un tercio (35.6%) de los AM mexicanos cursan con SDCS (3.5 millones); 8% con demencia (800 mil) y un número similar con DCND. padecimientos todos potencialmente incapacitantes y generadores de alto gasto socioeconómico y mala calidad de vida en quien los sufre y sus familias.

AUTORES

Ana Luisa Sosa Ortiz, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
drasosa@hotmail.com

Isaac Acosta Castillo, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
ixhuetzca@hotmail.com

Aarón Salinas Rodríguez, Instituto Nacional de Salud Pública
asalinas@correo.insp.mx.

REFERENCIAS

1. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007;370(9590):859-77.
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*. 2006;3(11):e442. Epub 2006/11/30. doi: 10.1371/journal.pmed.0030442. PubMed PMID: 17132052; PubMed Central PMCID: PMC1664601.
3. International AD. World Alzheimer Report. ADI UK. 2009:50.
4. Mejia-Arango S, Gutierrez LM. Prevalence and incidence rates of dementia and cognitive impairment no dementia in the Mexican population: data from the Mexican Health and Aging Study. *J Aging Health*. 2011;23(7):1050-74. Epub 2011/09/29. doi: 10.1177/0898264311421199. PubMed PMID: 21948770; PubMed Central PMCID: PMC3557523.
5. Sosa AL, Albanese E, Stephan BC, Dewey M, Acosta D, Ferri CP, et al. Prevalence, distribution, and impact of mild cognitive impairment in Latin America, China, and India: a 10/66 population-based study. *PLoS Med*. 2012;9(2):e1001170. Epub 2012/02/22. doi: 10.1371/journal.pmed.1001170. PubMed PMID: 22346736; PubMed Central PMCID: PMC3274506.
6. Llibre Rodriguez JJ, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, et al. Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *Lancet*. 2008;372(9637):464-74. Epub 2008/07/29. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61002-8. PubMed PMID: 18657855; PubMed Central PMCID: PMC2854470.
7. Gutiérrez J R-DJ, Shamah- Levy T, Villalpando- Hernández S, Franco A, Cuevas- Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales. 2012.
8. WHO. Scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. France: World Health Organization, 2008.

VIOLENCIA Y MALTRATO HACIA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN MÉXICO: RESULTADOS PARA LA GENERACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS ENDIREH 2011 y Estadísticas Vitales sobre Mortalidad (1990-2010)

INTRODUCCIÓN

Los problemas relacionados con la violencia se están convirtiendo en temas prioritarios de salud pública en muchas sociedades, por sus impactos económicos, sociales e individuales. Disminuir las tasas de morbilidad y de mortalidad causadas por las diferentes formas de violencia o maltrato representa un gran reto para el sector salud. Al mismo tiempo, la comprensión de la complejidad del fenómeno requiere un enfoque intersectorial e interdisciplinario en la formulación de políticas públicas integradas para hacerle frente. La violencia contra las personas adultas mayores fue una de las últimas en ser reconocida y actualmente se ha convertido en un serio problema social y de salud pública. En México se estima una prevalencia entre 8.1 y 18.6%. El tema de la violencia y el maltrato hacia este grupo de la población suscita preocupación por diversas razones, entre ellas, las relacionadas con el aumento

de dicho grupo, así como la visibilización de sus problemáticas y necesidades.

RESULTADOS

En la última década se han realizado en México estudios que estiman la prevalencia de la violencia intrafamiliar hacia las personas adultas mayores. En uno de ellos se encontró para una población del área rural de Chiapas que 8.1% había sufrido algún tipo de maltrato en los últimos doce meses.¹ Asimismo, otro estudio, en 2006, estimó para la Ciudad de México una prevalencia de 16.2%.² La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, realizada en 2011, muestra que 17.8% de las mujeres con 60 y más años de edad habían sufrido al menos un tipo de violencia en los últimos doce meses por parte de su pareja actual (figura 1).

Figura 1. Principales tipos de maltrato y abuso familiar en adultos mayores mexicanos.

Tipos de maltrato	1 Prevalencia área rural/urbana n=5. 175	2 Prevalencia área rural n=1.079 Chiapas	3 Prevalencia área urbana n=625 Ciudad de México
Total	18.6%	8.1%	16.2%
Psicológico/emocional	18.1%	7.0%	12.7%
Físico	1.6%	3.4%	3.9%
Económico/financiero	--	2.2%	3.7%
Negligencia	--	--	3.5%
Sexual	0.1%	0.6%	1.0%

Fuentes:

1 Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar (ENVIF), 1999.

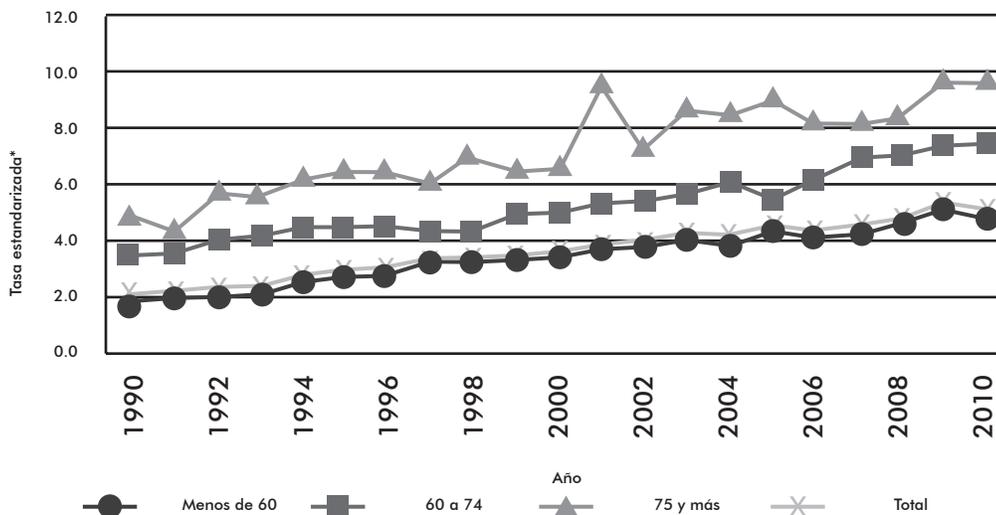
2 Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla (Chiapas, México), 2007.

3 Maltrato de personas mayores: Una caracterización sociodemográfica en la Ciudad de México, 2006-2007.

Por otro lado, entre las causas de muerte de las personas adultas mayores en México, para el año 2010, las causas externas (homicidios, suicidios y accidentes) representaron 3.1% de la mortalidad general. Cuando se analizan las tasas estandarizadas por edad, las tasas más altas en accidentes y suicidios corresponden a la población adulta mayor, principalmente a los

hombres y a la población con 75 y más años de edad. En el caso de los accidentes, la tasa para los de 75 y más años de edad fue de 256 por 100 mil habitantes, mientras que para los de 60 a 74 fue de 89 por 100 mil habitantes. Estas tasas están muy por encima del promedio general, por estas causas, para el resto de la población (figura 2).

Figura 2. Tasa de suicidios, en población mexicana.



*Tasa por 100 mil habitantes.
Fuente: Estadísticas vitales.

RECOMENDACIONES

- México requiere de políticas de prevención y atención de la violencia y del maltrato contra las personas adultas mayores que tengan en cuenta las diferentes formas como se configura este problema en la sociedad.
- Es necesario generar un sistema de recopilación sistemática de estadísticas de información que permitan, a través de la investigación, dar cuenta de la forma como se comporta este fenómeno en la población mexicana. Lo anterior, orientado a la toma de decisiones informadas en cuanto a acciones encaminadas a la prevención y a la atención.
- Se deben destinar y asegurar recursos públicos para la atención de personas adultas mayores víctimas de violencia y maltrato.
- Las políticas públicas deben redefinir, de manera positiva, el lugar que ocupan las personas adultas mayores en la sociedad, con el fin de verlas como sujetos de derechos y asegurar el

- respeto, la libertad y la dignidad durante esta etapa de la vida.
- La ley debe asegurar que la familia, la comunidad, la sociedad y el gobierno garanticen a la población adulta mayor el ejercicio del derecho a la vida, la salud, la alimentación, la educación, la cultura, el deporte, el ocio, el trabajo, la ciudadanía, la libertad, la dignidad, el respeto y la convivencia familiar y comunitaria.
- Todas las acciones diseñadas para fomentar el respeto hacia la población adulta mayor, así como las políticas públicas que se desarrollen para su protección, atención y mejora en la calidad de vida, deben considerar la participación de este grupo etario, como actores claves.
- Las políticas de atención a la salud deben enfatizar la necesidad de tener en cuenta, en la evaluación realizada a las personas mayores, los traumas causados en ellas por las diferentes formas de violencia y maltrato que pueden dejar secuelas e incapacidad temporal y permanente.

ACCIONES

- Desarrollar programas, a nivel nacional, encaminados a la protección y prevención de la violencia y del maltrato de las personas adultas mayores, con enfoque intergeneracional y transversal.
- Crear instancias específicas para la asistencia interdisciplinaria e intersectorial para las víctimas de violencia y maltrato.
- Promover la adopción de ambientes seguros y saludables; por ejemplo, diseñar y establecer cruce de calles más seguras, banquetas más amplias y seguras, ofrecer educación vial a los conductores para garantizar la seguridad colectiva en la vía pública y al interior de los vehículos que brindan el servicio de transporte público.
- Establecer estrategias de educación vial, con enfoque de curso de vida, intersectoriales e intergeneracionales.
- Generar formas creativas de comunicación para sensibilizar a la sociedad sobre el envejecimiento poblacional y el cuidado que demanda la población adulta mayor.

CONCLUSIONES

Las políticas públicas son el resultado del tiempo histórico, y las prioridades sociopolíticas reflejan los problemas estructurales y económicos de la sociedad y las exigencias internacionales. Desde 1993, cuando la Organización Mundial de la Salud eligió la prevención de accidentes y traumas como el tema del Día Mundial de la Salud para 1994, la mayoría de los países incorporó el tema de la violencia en su agenda. Sin embargo, hoy día se puede observar cómo el grupo de personas adultas mayores se ha mantenido en un segundo plano, en comparación con los niños, los adolescentes y las mujeres. Este grupo de la población sufre múltiples dificultades, razón por la cual se debe asegurar una atención integral, participación social, así como una vida libre de violencia.

AUTORA

Liliana Giraldo Rodríguez, Instituto Nacional de Geriátría
 martha.giraldo@salud.gob.mx
 lgiraldo@yahoo.com

REFERENCIAS

1. Gómez RL, Rodríguez AG y Krug L. Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla (Chiapas, México). *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42(1):27-34.
2. Giraldo, L. El maltrato de personas adultas mayores: una mirada desde la perspectiva de género. *Revista Debate Feminista.* 2010; 21(42):151-165.

VI. RECOMENDACIONES

El plan de acción tiene que estar enmarcado en un sistema de salud que:

- Priorice la prevención de la enfermedad y desarrolle los programas de promoción de la salud desde un enfoque multidimensional.
- Garantice el acceso universal y equitativo de la población adulta mayor a una atención integral e integrada, basada en una relación continua y personalizada.
- Facilite la coordinación entre las instituciones, los diferentes profesionales y los trabajadores que proveen servicios de salud en diferentes puntos de atención, evitando la fragmentación.
- Garantice la atención integral (salud física y mental, episodios agudos, cuidados crónicos, paliativos y de rehabilitación, actividades de promoción y prevención).
- Promueva un enfoque comunitario y participativo de la atención y la gestión de los servicios.

Para el desarrollo del plan de acción se plantean los retos en salud, los principios básicos y las acciones inmediatas que se proponen a partir de la información vertida en los apartados precedentes.

Retos en salud

1. Desarrollar un programa de prevención y promoción del envejecimiento sano y activo, con perspectiva de curso de vida, enfocado a la preservación o recuperación de la funcionalidad y del bienestar en la vejez, con intervenciones diferenciadas en función de la edad, pero integradas y coherentes a lo largo de toda la línea de vida.²¹
2. Formular un nuevo modelo de atención médico-social centrado en la persona, basado en la atención primaria y con participación de la comunidad a través de núcleos gerontológicos, que tome en cuenta las especificidades locales, de género y condición funcional, y cuya construcción contribuya a la preservación de la autonomía del adulto mayor o posibilite, en caso necesario, la atención de la dependencia funcional. El soporte ha de darse independientemente de la condición laboral o adscripción a la seguridad social.
3. Continuar con la formación y capacitación idóneas, a los profesionales de la salud necesarios para la atención y el cuidado de las personas mayores.
4. Disminuir las insuficiencias en el Sistema Nacional de Salud en la atención de la enfermedad crónica y de la dependencia, mediante la cons-

trucción de un modelo de atención centrado en la permanencia del AM en casa, el mayor tiempo posible, y el desarrollo de alternativas a la hospitalización.

5. Anticipar, y sobre todo prever, el financiamiento necesario para dar respuesta a la presión creciente sobre el sistema de salud en razón del costo inherente a la elevada incidencia de enfermedades crónicas y el rápido envejecimiento de la población.

Su objetivo general ha de ser:

Promover el envejecimiento sano y activo, y mejorar la calidad de vida del adulto mayor, a través de un modelo de atención que privilegie la prevención y la promoción de los estilos de vida saludables, fundamentado en la atención primaria –pero vinculado a la atención geriátrica especializada–, para detectar oportunamente, tratar eficazmente y controlar las enfermedades de mayor impacto, previniendo el deterioro funcional y la consecuente dependencia.

Objetivos secundarios

- Promover el envejecimiento saludable y activo de la población desde una perspectiva de curso de vida.
- Prevenir y reducir el peso de la discapacidad y el riesgo de dependencia, especialmente en grupos de alto riesgo (ancianos frágiles), y en poblaciones en situación de desventaja.
- Mejorar la calidad de la atención en salud de los adultos mayores mexicanos, a través de la generación de nuevos modelos y estándares específicos, así como de la optimización de los recursos existentes.
- Favorecer el envejecer sano y activo en el propio domicilio.
- Abatir la discriminación por edad en la atención a la salud y asegurar la justicia y la equidad en el financiamiento de los programas y servicios.
- Introducir y diseminar la educación geriátrica y gerontológica en los profesionales de la salud.
- Promover la investigación especializada.

Elementos articuladores transversales

- Revisión y desarrollo del marco regulatorio.
- Desarrollo de programas para mantener y promover la participación comunitaria y de la familia, en todos los niveles.
- Acrecentar la información epidemiológica y generar nuevos indicadores de desempeño.
- Investigación aplicada.
- Financiamiento efectivo de los nuevos programas.

Principios básicos ^{22 23}

1. Las personas adultas mayores conforman un **capital social** de gran valor su adecuada inclusión en la sociedad –así como el reconocimiento y ejercicio pleno de sus derechos– propiciará la generación de modelos de atención y políticas públicas incluyentes y sustentables.
2. El **respeto a su autonomía**, dignidad y participación debe privilegiarse.
3. Más que la búsqueda de la plena curación, se reconocen **la calidad de vida y el bienestar como el objetivo fundamental**. Desde esta visión, se recupera la tradición hipocrática, cuya meta no es sólo curar, sino cuidar y confortar.
4. El reconocimiento al **poder del conocimiento** como herramienta de política pública para que las decisiones se tomen a partir de información basada en la evidencia.
5. Para mejorar la salud es obligado incidir sobre sus **determinantes sociales** y sobre aquellos que incrementan las condiciones de vulnerabilidad a lo largo de la vida.
6. El reconocimiento de la **multiculturalidad de la población mexicana** y la necesidad de establecer estrategias específicas para los diferentes grupos poblacionales en los distintos ámbitos.
7. Es necesario contar con **programas diferenciados** para los distintos grupos funcionales de adultos mayores. Dichos programas deben tomar en cuenta las **diferencias de género** que se acentúan en la vejez.
8. Las **intervenciones preventivas tempranas y sostenidas** a lo largo del curso de la vida contribuirán a mejorar la calidad del envejecer y a diferir la dependencia funcional.
9. Debe reconocerse la importancia del **trabajo de los cuidadores**, tanto formales como informales, por lo que son necesarios la permanente capacitación y el reconocimiento como socios activos en el cuidado del adulto mayor dependiente.
10. **Capitalizar del potencial humano de los adultos mayores** como mentores y promotores de la salud, tanto de sus pares como de las generaciones más jóvenes.
11. El reconocimiento del papel de la sociedad civil organizada en los **cuidados a largo plazo** y la necesidad de desarrollar una legislación que, por un lado, les permita ampliar sus acciones y posibilite su crecimiento, pero que también contribuya a homologar la calidad de los servicios que proporcionan.
12. Deben desarrollarse **nuevos indicadores para la métrica de la salud** de los adultos mayores,

en particular la esperanza de vida en salud, y otros más que sirvan para identificar oportunamente condiciones de fragilidad y de vulnerabilidad.

VII. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

1. Adecuar el Sistema Nacional de Salud a los retos asociados con el envejecimiento poblacional y las nuevas necesidades de atención de las personas mayores.
2. Formar y capacitar al personal de salud necesario para satisfacer las necesidades de atención a las personas mayores.
3. Perfeccionar la capacidad de generar la información necesaria para el desarrollo y evaluación de las acciones.
4. Desarrollar un mecanismo para la coordinación intersectorial.
5. La salud de las personas mayores en la política pública y su adecuación a los instrumentos internacionales de derechos humanos.

**LÍNEA ESTRATÉGICA 1:
Adecuar el Sistema Nacional de Salud a los retos asociados con el envejecimiento poblacional y a las nuevas necesidades de atención de las personas mayores.**

Un programa de salud basado en la atención primaria, con un enfoque de curso de vida y con intervenciones diferenciadas según categorías de funcionalidad, permitirá óptima calidad de la atención, eficiencia en el gasto y en el uso de los recursos.

Objetivo 1.1 Diseñar estrategias de prevención de la enfermedad y promoción de la salud que comprendan intervenciones para alcanzar un envejecimiento activo, con una perspectiva de curso de vida.

Meta: Para 2014, el Sistema Nacional de Salud desarrollará acciones específicas, nacionales y locales, para la promoción de conductas y entornos saludables.

Actividades

- Adoptar un enfoque de acción intersectorial en la promoción del envejecimiento autónomo, con énfasis en la prevención y diagnóstico oportunos de las enfermedades crónicas y los síndromes geriátricos, claramente relacionados con el deterioro funcional.

- Desarrollar un programa de educación para la salud promoviendo el envejecimiento saludable desde la formación básica y media superior, para lograr mayores años de vida en condiciones favorables.
- Desarrollar lineamientos específicos para la elaboración de estrategias de comunicación y movilización social sobre comportamientos y entornos de vida saludables.
- Promover el movimiento de ciudades amigas del adulto mayor en el ámbito nacional y su adecuación a las particularidades de cada región.
- Incluir metas específicas para la prevención de la discapacidad de la persona mayor dentro del Programa de Acción de Promoción de la Salud.
- Incorporar temas sobre el envejecimiento sano y activo en los programas de estudio de las diferentes profesiones de la salud.

Objetivo 1.2: Intervenir en la reducción de la brecha de longevidad causada por la desigualdad social en poblaciones en situación de desventaja.

Meta: Para 2014 se contará con una estrategia, en ejecución, destinada a la población en situación de desventaja para promover su envejecimiento sano y activo.

Actividades

- Promover el combate a la discriminación por edad en todos los ámbitos.
- Impulsar la seguridad social, adecuando el modelo a las nuevas circunstancias, pero manteniendo su objetivo: “la protección que la sociedad otorga contra las contingencias económicas y sociales derivadas de la pérdida de ingresos como consecuencia de enfermedades, maternidad, riesgos de trabajo, invalidez, vejez y muerte, incluyendo la asistencia médica” [Organización Internacional del Trabajo], y en el que se deberá promover la inclusión de prestaciones para cuidados de largo plazo.
- Fortalecer el sistema de protección social en salud en la dirección de satisfacer los derechos universales y básicos, por el simple hecho de ser ciudadanos.
- A los catálogos existentes en el IMSS, ISSSTE y Seguro Popular, dedicados a las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, darles el hilo conductor del curso de vida, lo cual llevaría a especificidades por grupos etarios y grupos de funcionalidad, entre otros.
- Informar a las personas mayores en situación de

desventaja sobre sus derechos y darles a conocer las formas de acceder a los servicios y lugares adecuados en caso de necesidad, en particular al ser víctimas de maltrato o discriminación.

- Geriatrizar el conjunto de los servicios de salud que atienden a adultos mayores, a través de la adaptación del entorno, la capacitación de los profesionales en temas de envejecimiento, funcionalidad y la introducción de protocolos de promoción de la salud, prevención e intervención específicos para síndromes geriátricos. Adicionalmente, la capacitación en las particularidades del tratamiento de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en este grupo.

Objetivo 1.3: Fortalecer la gestión clínica de la enfermedad crónica y la comorbilidad en las personas adultas mayores.

Meta: Para 2016, al menos 75% de los programas de prevención y guías clínicas para el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles en México contarán con requerimientos específicos basados en evidencias y adecuados a las particularidades de los distintos grupos funcionales de personas mayores.

Actividades

- Incluir en el Programa Nacional de Enfermedades Crónicas los síndromes geriátricos (caídas, demencias, depresión, deterioro neurosensorial –visual y auditivo–, malnutrición, evento cerebrovascular e incontinencia urinaria), debido a su alto impacto epidemiológico y al marcado compromiso funcional.
- Diseñar, adecuar e implementar guías de práctica clínica basadas en evidencia, para elaborar los programas integrales y protocolos de prevención y manejo de las enfermedades crónicas, el evento cerebrovascular y los síndromes geriátricos.
- Actualizar la Cartilla Nacional de Salud del Adulto Mayor y generalizar su utilización para el examen periódico de salud, la detección oportuna de riesgos y daños, y para el seguimiento a la atención de los problemas de salud intercurrentes.
- Desarrollar e implementar protocolos de manejo de medicamentos en las personas adultas mayores, con énfasis en la polimedicación y la iatrogenia.

Objetivo 1.4: Desarrollar e implementar, de manera intersectorial, el Modelo de Atención Sanitario Integral para las Personas Adultas Mayores, enfatizando la atención domiciliaria, con el

fin de preservar al máximo la independencia y la funcionalidad, así como disminuir los costos sanitarios mediante la optimización de los niveles asistenciales de mayor complejidad.

Meta 1: Para 2014 se contará con el diseño y lineamientos generales –tanto en recursos humanos, infraestructura y sistemas de referencia y contrarreferencia– del modelo de atención sanitaria, orientado a la preservación de la funcionalidad, para las personas adultas mayores.

Actividades

- Promover el desarrollo de un programa de salud del adulto mayor fundamentado en la atención primaria a fin de preservar la salud, prevenir el deterioro funcional y mantener al individuo en casa el mayor tiempo posible.
- Desarrollar alternativas a la hospitalización –por ejemplo, hospitales y centros de día, unidades de recuperación funcional (rehabilitación)– que en el nivel comunitario adopten, además, el rol de unidades de enlace entre los centros de atención primaria y el segundo y tercer nivel de atención.
- Ampliar y mejorar los criterios de equilibrio y distribución territorial de servicios y equipamiento para prevención, promoción y atención de la salud de la población adulta mayor.
- Introducir y difundir herramientas de tamizaje y algoritmos de toma de decisión basados en evidencia.
- Desarrollar una estrategia para mejorar el acceso a servicios, tecnologías de diagnóstico, terapéuticas y medicamentos para las personas mayores.
- Impulsar el desarrollo e implementación de un sistema coordinado de referencia y contrarreferencia hacia los servicios especializados de acuerdo con la complejidad de los problemas de salud.
- Desarrollar un programa de capacitación e incentivos para mejorar la captación y retención del personal que trabaja con personas mayores y priorizar las áreas relegadas (rurales y de difícil acceso).
- Incrementar el número de servicios especializados de atención geriátrica, idealmente mediante la inclusión de geriatras. En una fase inicial, a partir de la estrategia de inserción de equipos geriátricos móviles para constituir Unidades de Enlace Geriátrico Intrahospitalarias (UEGI) que evolucionarán ulteriormente hacia servicios especializados.
- Diseño, desarrollo y construcción de un centro de atención diurna con equipo móvil multidisciplinario –por entidad federativa– destinado a desarrollar un modelo de Geriatría de enlace para el

seguimiento del cuidado del adulto mayor dependiente.

- Desarrollar un programa de apoyo a la dependencia destinado a los enfermos y sus familias.
- Trabajar en una norma oficial mexicana dirigida a los cuidados a largo plazo de adultos mayores dependientes, a través de servicios domiciliarios y en instituciones debidamente acreditadas.
- Implantar un sistema de evaluación multidimensional para optimizar la operación de las instituciones de cuidados a largo plazo.
- Profesionalizar la atención en cuidados a largo plazo.
- Generar nuevos campos de desarrollo profesional y recursos humanos en el campo del apoyo social y personal para los adultos mayores.
- Desarrollar servicios comunitarios de atención a largo plazo, para enlazar las atenciones hospitalaria y domiciliaria.
- Impulsar modificaciones a las leyes de seguridad social, del trabajo y de previsión social para hacer compatibles las tareas de cuidados en el hogar con el trabajo formal. Debe considerarse incorporar derechos que permitan realizar cuidados a un familiar o cónyuge mayor dependiente sin perder su remuneración.
- Desde la perspectiva hipocrática, en donde lo importante no es sólo curar sino también cuidar, hay que asumir los límites que marca la existencia humana y no pretender hacer de la vejez una segunda juventud. El desarrollo de los cuidados paliativos es, desde este enfoque, una necesidad apremiante.

Meta 2: Para 2014 se contará con el diseño y lineamientos generales, tanto en recursos humanos, infraestructura y sistemas de referencia y contrarreferencia, con el modelo de atención sanitaria, orientado a la atención de los padecimientos demenciales.

Actividades

- Promover el desarrollo de un programa de acción en padecimientos demenciales –particularmente la enfermedad de Alzheimer–, fundamentado en la atención primaria a fin de prevenir o retrasar el deterioro funcional y mantener al individuo en casa el mayor tiempo posible.
- Desarrollar alternativas asistenciales como centros de día, unidades de evaluación, que en el nivel comunitario adopten, además, el rol de unidades de enlace entre los centros de atención primaria y el segundo y tercer nivel de atención.

**LÍNEA ESTRATÉGICA 2:
Formar y capacitar a las personas necesarias para satisfacer las necesidades de atención a las personas mayores.**

El sistema de salud ha de responder al reto de brindar atención a un usuario con características y necesidades diferentes a las usuales. Para conseguirlo, los trabajadores del sector requieren de nuevas competencias que les permitan responder a las necesidades de atención.

Objetivo 2.1: Desarrollo de competencias, así como formación y capacitación, para el conjunto del personal relacionado con la prestación de servicios de salud de las personas mayores.

Meta: Para 2016 todas las entidades federativas habrán implementado al menos un programa de capacitación de los trabajadores de la salud en temas asociados con el envejecimiento y la salud de las personas mayores.

Actividades

- o Definir y difundir las competencias mínimas sobre salud y envejecimiento que requiere el conjunto del personal, profesional y no, dedicado al cuidado y la atención de la persona adulta mayor.
- o Impulsar estrategias de avanzada en la capacitación de recursos humanos, aprovechando las nuevas tecnologías de la información y la colaboración interinstitucional.
- o Crear una red académica docente, cuya base sea el Instituto Nacional de Geriatria, que favorezca el fortalecimiento de la capacidad para desarrollar programas en envejecimiento y salud.
- o Impulsar la inclusión de contenidos sobre envejecimiento durante la formación de pregrado y posgrado de todos los profesionales.
- o Revisar y definir las competencias y contenidos mínimos en Geriatria y Gerontología para los profesionales y trabajadores de salud adecuados a las necesidades del país.
- o Diseñar e implementar un plan de evaluación de competencias en la atención de salud de las personas mayores y su impacto en la salud de la población.
- o Elaborar y difundir herramientas que mejoren las competencias de los agentes comunitarios y otros actores sociales involucrados en la atención de los adultos mayores.

- o Crear becas para la formación de especialistas de enfermería y para otros paramédicos especializados en atención del adulto mayor.
- o Formar promotores para el desarrollo integral gerontológico (PDIG), siguiendo un programa académico formal, considerando la educación continua y la certificación de la vigencia y pertinencia de los conocimientos impartidos.
- o Impulsar la orientación familiar para el manejo de los adultos mayores, a través de los PDIG, aunado a la capacitación de las mismas personas adultas mayores en autocuidado y como promotores, para la promoción de la salud en sus familias y entorno inmediato.

Objetivo 2.2: Formar profesionales especialistas en Geriatria.

Meta: Para 2016 al menos duplicar el número de becas para la formación especializada en Geriatria.

Actividades

- o Incentivar el ingreso de jóvenes médicos a los programas de formación especializada en Geriatria a través de la apertura de plazas para su inserción profesional dentro del Sistema Nacional de Salud.
- o Además de duplicar, en cuatro años, el número de plazas destinadas a la formación de especialistas en Geriatria, mantener la posibilidad de acceso al programa para los especialistas en Medicina Interna.
- o Trabajar en el desarrollo e implementación de programas de alta especialidad (maestrías, doctorados y posdoctorados) para los especialistas en geriatría, envejecimiento o vejez, que ayuden a la producción, construcción y traducción del conocimiento relacionado con el tema.

**LÍNEA ESTRATÉGICA 3:
Perfeccionar la capacidad de generar la información necesaria para el desarrollo y evaluación de las acciones que mejoren la salud de la población adulta mayor.**

El envejecimiento y la vejez exigen eficiencia, efectividad y calidad de las instituciones, los sistemas y servicios de salud. Abordar este reto hace necesario que los centros académicos y de investigación asuman un papel activo en la producción de nuevos conocimientos y evidencias que informen las decisiones relacionadas con la salud de las personas mayores. Los me-

canismos de información adecuados y sus productos permitirán el monitoreo, evaluación y supervisión, así como la adecuación de planes y estrategias.

Objetivo 3.1: Fortalecer la capacidad técnica del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) para el monitoreo y evaluación de la atención de salud a la población mayor.

Meta: Para 2016 se habrá implantado un sistema de vigilancia y evaluación de la salud para las personas mayores.

Actividades

- Desarrollar y promover el uso de un conjunto de indicadores de salud, vejez y envejecimiento –incluida la esperanza de vida libre de discapacidad– como medida resumen de la salud en la vejez.
- Promover y coordinar con los estados el registro y publicación anual de indicadores de salud asociados con el envejecimiento.
- Continuar con el análisis periódico, mínimo bianual, de la situación de salud de las personas mayores, como vía para el desarrollo de intervenciones en salud pública basadas en evidencia, con estratificación en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) por subgrupos etarios.
- Promover la inclusión de indicadores de funcionalidad en el sistema de estadísticas de salud.
- Fortalecer el SINAIS para generar y analizar información sobre enfermedades crónicas no transmisibles y síndromes geriátricos, desagregada por sexo, edad y nivel socioeconómico, con el propósito de avanzar en el desarrollo de políticas basadas en evidencia dirigidas a minimizar el impacto de la desigualdad y mejorar la salud de los adultos mayores.
- Incluir en los sistemas de información indicadores sobre el acceso a los servicios y la calidad de la atención a las personas mayores.
- Generar mayor conocimiento sobre el tema del maltrato en personas mayores.
- Diseminar información en un formato útil para la toma de decisiones, gestión de políticas públicas, programas y servicios de salud para mayores.

Objetivo 3.2: Impulsar la obtención y diseminación de la evidencia necesaria para adecuar las intervenciones en salud a la realidad nacional.

Meta: La Encuesta de Salud y Nutrición comprende un módulo destinado a evaluar el estado de salud y nutrición del adulto mayor a partir de 2012. Para

2014 se institucionalizará la ejecución periódica de la Encuesta Nacional sobre el Envejecimiento en México (ENASEM).

Actividades

- Crear un fondo intersectorial (salud, educación y desarrollo social) específico para investigación en envejecimiento.
- Incentivar y colaborar con la realización de investigación en salud pública y envejecimiento, por instituciones académicas y científicas.
- Fortalecer la red nacional de investigación en salud y envejecimiento, así como su participación en redes regionales.
- Promover el desarrollo de investigaciones en salud pública y envejecimiento en los ambientes rurales y que incluyan a poblaciones indígenas y de minorías.
- Desarrollar nuevas fuentes de información o institucionalizar la ENASEM (efectuado en 2001, 2003 y 2012), lo cual posibilitaría el acceso continuo a esta información.
- Completar el proceso de desarrollo del Instituto Nacional de Geriátrica para dotarlo de la infraestructura y recursos humanos necesarios para desarrollar su plan quinquenal y seguir fortaleciendo la investigación con el fin de avanzar en la obtención y diseminación de la evidencia necesaria para adecuar las intervenciones en salud del adulto mayor en los ámbitos nacional, regional y local.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4:

Desarrollar un mecanismo para la coordinación intersectorial que permita el uso eficiente de los recursos para la atención médico social.

Es deseable llegar a establecer una vinculación entre los servicios médicos y sociales dirigidos a las personas mayores. Para ello es indispensable la coordinación intersectorial. El ejemplo que ofrece el comité de coordinación del programa 65 y + constituye un modelo a seguir.

Objetivo 4.1: Fomentar la colaboración entre sectores en el diseño de estrategias e intercambio de capacidades y recursos para implementar sus programas específicos sobre salud, envejecimiento y desarrollo social

Meta: Para 2014 contar con al menos una instancia de coordinación intersectorial destinada a conjugar a los sectores salud y desarrollo social, con la participación del Sistema Nacional DIF, para implementar programas específicos relativos al envejecimiento.

Actividades

- Desarrollar una instancia de intercambio de experiencias en torno a la salud de las personas mayores. Esta instancia coordinaría los programas dirigidos a los adultos mayores, que actualmente son operados por distintos sectores e instituciones, y promovería las reformas del marco jurídico y de las políticas orientadas al bienestar de este segmento de la población.
- Crear redes colaborativas de trabajo en salud, desarrollo social y envejecimiento, a nivel nacional y local.
- Las instancias de colaboración serán el Instituto Nacional de Geriatría, el Sistema Nacional DIF y el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, con la participación de las dependencias responsables de la operación de los programas de acción específicos en los sectores salud y social. La colaboración tendrá sustento legal.
- Vincular los programas de apoyo social y de protección social en salud, de conformidad con los modelos vigentes.
- Crear un régimen de protección social que posibilite a las personas mayores dependientes el acceso a los cuidados a largo plazo, preferentemente domiciliarios.
- Identificar los socios potenciales y demás actores para las alianzas intersectoriales en relación al Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Nacional de Salud y al Plan de Acción en Envejecimiento y Salud.
- Diseñar y ejecutar una agenda de trabajo en torno al establecimiento de las alianzas y al desarrollo de éstas.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5:

La salud de las personas mayores en la política pública y su adecuación a los instrumentos internacionales.

En particular el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, el marco político de la Organización Mundial de la Salud sobre envejecimiento activo y el Plan de acción sobre la salud de las personas mayores, incluido el Plan envejecimien-

to activo y saludable de la Organización Panamericana de la Salud.

Objetivo 5.1: Revisar las políticas, legislación, normas oficiales, programas y presupuestos, de conformidad con los instrumentos sobre derechos humanos y los estándares internacionales.

Meta: Para 2014, contar con el desarrollo de una política de Estado, una revisión del marco legal y un plan de acción en envejecimiento y salud.

Actividades

- Incluir la perspectiva de edad o perspectiva de envejecimiento en el conjunto de las acciones de políticas públicas.
- Estimular proyectos con enfoque de edad, género e interculturalidad en los servicios de salud para las personas mayores.
- Proponer adecuaciones de la capacidad institucional para la efectiva implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas, así como el efectivo ejercicio de los derechos de las personas mayores.
- Implementar mecanismos para asegurar la participación permanente de las personas mayores en el diseño y evaluación de políticas, planes y estrategias.
- Adecuar a los instrumentos internacionales e interamericanos, mencionados, las políticas, legislaciones y marcos regulatorios nacionales.
- Formular y ejecutar un plan nacional y programa de acción específico de salud del adulto mayor debidamente presupuestado.
- Continuar con el desarrollo de prestaciones sociales para personas mayores de 70 años y de mayor vulnerabilidad (pobres, frágiles, dependientes y residentes de zonas rurales)
- Incluir acciones específicas de protección de la salud y mitigación de riesgos, para personas mayores, en los planes de prevención de situaciones de desastre.

Objetivo 5.2: Desarrollo del marco legal, normas oficiales y mecanismos de implementación para la protección de las personas mayores que requieren servicios de cuidado de largo plazo.

Meta: Para 2016, México habrá establecido un marco legal y normativo basado en derechos humanos, independiente del relativo a la asistencia social (NOM 31), en relación a la atención de las personas mayores dependientes con necesidad de servicios de cuidados a largo plazo.

Actividades

- Revisar el marco legal de los mecanismos para la protección de los derechos humanos de las personas mayores que utilizan los cuidados a largo plazo y su adecuación a los instrumentos sobre derechos humanos de las Naciones Unidas e interamericanos.
- Desarrollar e implementar programas de formación, dirigidos a profesionales de los cuidados de largo plazo, que incluyan la aplicación de los instrumentos de derechos humanos.
- Diseñar pautas y protocolos para la supervisión de las instituciones que brindan cuidados a largo plazo basadas en la NOM 31.
- Asignar presupuesto y personal adecuado para las actividades de evaluación y mejora de servicios y cuidados a largo plazo.
- Diseñar e implementar un sistema intersectorial para el cumplimiento de la normatividad en relación a la vigilancia, pertinencia y mejora de los servicios de cuidado a largo plazo, públicos y privados, que garanticen el bienestar de las personas mayores.
- Elaborar estándares de atención y Normas Oficiales para regular y vigilar las prácticas de atención residencial, a fin de garantizar que las personas mayores reciban apoyo cuando hayan de tomar decisiones informadas en materia de atención de la salud, considerando como principal aspecto el reconocimiento y respeto a su dignidad humana y autonomía.
- Instituir y aplicar mecanismos para garantizar que se exija el consentimiento libre e informado para cualquier tratamiento o cualquier otra intervención médica y que se garantice ese derecho a todos los pacientes, con independencia de su lugar de residencia, edad, de su condición y del tratamiento previsto.
- Elaborar y aplicar mecanismos para proteger los derechos de las personas mayores cuando se las considere incapaces de prestar consentimiento informado a cualquier tratamiento o a cualquier otra intervención médica, debido a lesiones, enfermedades o dolencias crónicas como la demencia.
- Desarrollar políticas y procedimientos para prevenir, denunciar y combatir el maltrato de las personas mayores y de sus cuidadores.

VIII. CONCLUSIÓN

La información contenida en este texto y las recomendaciones planteadas buscan ampliar las oportunidades para que los adultos mayores mexicanos conserven la salud al envejecer. La situación actual del envejecimiento en México merece atención inmediata. La sociedad ya no puede permitirse tan sólo procurar la supervivencia de sus ciudadanos hasta edades avanzadas; debe ahora promover el envejecimiento sano y activo de la población, el cual es susceptible de planificarse y apoyarse. La planificación de una vejez sana y activa implica poner en marcha programas de promoción, servicios de prevención y diagnóstico oportuno en el ámbito de la atención primaria de la salud con esta orientación, mucho antes de que comience la vejez.

La expectativa real de una vida sana y activa para las personas mayores obliga a reformular el concepto de “envejecimiento” como carga y como deficiencia que prevalece aún en la sociedad mexicana y, en su lugar, destacar la participación actual de las personas mayores en los ámbitos social, económico, cultural y cívico, así como en su contribución continua en el seno de la sociedad, particularmente en la transmisión de los valores a través de las generaciones y durante un periodo más prolongado de vida.

La promoción y protección de los derechos humanos de los mayores debe ser una preocupación para todos, porque el envejecimiento es un proceso universal. Las personas mayores son especialmente vulnerables como grupo, en parte debido a las ideas estereotipadas y falsas de que son un segmento “caduco” de la sociedad; sin embargo, en la medida que la esperanza de vida aumenta y la salud mejora, las personas permanecen funcionales y activas durante más tiempo que nunca, tanto en el campo profesional como en la comunidad. El alentar y apoyar a los mayores para mantenerse activos durante el máximo tiempo posible tendrá beneficios para la sociedad en su conjunto.

Desde esa perspectiva, queda claro que es prioritario el desarrollo de un nuevo modelo de atención cualitativamente distinto al vigente, que se adecúe a las nuevas necesidades e impulse la formación de los recursos humanos competentes, necesarios tanto en el nivel primario como en los niveles especializados, por encima del mero aumento cuantitativo de los servicios de salud. Este modelo ha de desarro-

llarse a partir de la consideración del contexto nacional, reconociendo los aspectos sociales, jurídicos e institucionales, así como las formas de organización social que prevalecen. Asimismo, ha de basarse en el reconocimiento de la obligación del Estado, la responsabilidad institucional y la corresponsabilidad social. Un modelo así se enfoca en la comunidad y la familia, contribuye a reconstruir el tejido social y recompensa la solidaridad intergeneracional. De esta manera se evitará mayor distanciamiento entre la atención médica y los servicios sociales y ayudará a dinamizarlos, tomando en consideración la normatividad, la factibilidad institucional, los requerimientos de capital humano y la necesaria sustentabilidad.

Actualmente, el quehacer gubernamental no sólo se define por las instituciones y los servidores públicos: se reconocen diversos actores que participan de manera activa y comprometida en la definición y ejecución de las políticas públicas bajo un principio de corresponsabilidad, participación y pluralidad. Esta forma de hacer gobierno se define como gobernanza, y resulta necesaria en un escenario donde el envejecimiento no es sólo una cuestión de edad o de un único grupo de población, sino que involucra a todos de manera directa o indirecta y que requiere de propuestas innovadoras y sustentables. Sin duda, el papel de la sociedad civil organizada –que ya venía desarrollándose con anterioridad– cobra relevancia, por lo que habrá que acompañar sus acciones con un marco jurídico adecuado que les dé fuerza y transparencia. Desde esta perspectiva, el estado actual del envejecimiento poblacional en México debe incitar a efectuar varias acciones, en particular:

- ✓ Cambiar la concepción tradicional de que envejecer implica pasividad, aislamiento y dependencia; hay que poner el acento en la autonomía, el ejercicio de los derechos y la participación corresponsable por parte de la población a través del autocuidado y la colaboración en las acciones de promoción de la salud.
- ✓ Incluir la perspectiva de edad, como ha ocurrido con la de género, en el conjunto del quehacer público, lo cual permitirá reorientar mayor cantidad de recursos y perfilar la implementación de programas y acciones complementarias en menor tiempo.
- ✓ Revisar la capacidad institucional para asegurar que sea adecuada en el desempeño de funciones, resolución de problemas y logro de objetivos de las políticas públicas necesarias para el desarrollo

en cada etapa de la vida.

- ✓ Fortalecer y estimular la capacidad de la familia y de la comunidad para responder a las necesidades del adulto mayor, lo que propicia la atención en el domicilio y contribuye a la creación de nuevos empleos en este ámbito.
- ✓ La vinculación entre la investigación en salud pública y otras áreas permitirá continuar con la transferencia del conocimiento a las políticas de salud y los planes estratégicos relativos a las personas mayores, sus familias y su entorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Lloyd-Sherlock P, McKee M, Ebrahim S, Gorman M, Greengross S, Prince M, Pruchno R, Gutman G, Kirkwood T, O'Neill D, Ferrucci L, Kritchevsky SB, Vellas B. Population ageing and health. *The Lancet* 379:1295-6, 2012.
- 2 Gutiérrez-Robledo LM, Kershenovich Stalnikowitz D. Envejecimiento y salud: Una propuesta para un plan de acción. México: UNAM, ANMM, Instituto de Geriatria, 2012.
- 3 World Health Organization. Knowledge translation on aging and health, 2012. http://www.who.int/ageing/publications/knowledge_translation/en/
- 4 Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012; Encuestas Nacionales de Salud y Bienestar en el Envejecimiento (SABE), 7 estados 2012; Encuesta Nacional sobre Percepción de la Discapacidad (ENADIS) 2010; Estudio de Cohorte del Grupo 10/66; Encuesta de Envejecimiento y Salud Globales (SAGE) 2010; Encuesta Nacional de Violencia Intrafamiliar (ENVIF) 1999; Prevalencia y factores asociados a violencia familiar en adultos mayores de Ocozocoautla (Chiapas, México) 2007; Maltrato de personas mayores: Una caracterización sociodemográfica en la Ciudad de México, 2006; Mujeres unidas. Estadísticas vitales, México, 2010. Búsqueda de bibliografía en PubMed y SciELO de reportes mexicanos
- 5 <http://www.helppage.org/global-agewatch/population-ageing-data/country-ageing-data/?country=Mexico>
- 6 Gutiérrez- Robledo LM. Looking at the future of geriatric care in developing countries. *Journal of Gerontol MS*, 2002;57A(3):M1-M6.
- 7 Gutiérrez Robledo LM. México y la revolución de la longevidad. En: Gutiérrez Robledo LM, Gutiérrez

- rréz Ávila H, eds. Envejecimiento humano, una visión transdisciplinaria. México: Instituto de Geriátría, 2010:21-36.
- 8 Gutiérrez- Robledo LM. Aging in developing countries. En: Principles and Practice of Geriatric Medicine. Pathy J, Sinclair A, Morley J, eds. 4th ed. Inglaterra: John Wiley Chichester, 2006:1965-1976.
 - 9 Mendoza-Núñez VM, Martínez-Maldonado ML, Correa-Muñoz E. Implementation of an active aging model in Mexico for prevention and control of chronic diseases in the elderly. BMC Geriatrics 2009;9:40. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2318-9-40.pdf>.
 - 10 García-González JJ, García-Peña C, Franco-Marina F, Gutiérrez-Robledo LM. A frailty index to predict the mortality risk in a population of senior Mexican adults. BMC Geriatrics 2009;9:47.
 - 11 Gill T, Gahbauer E, Han L, Allore H. Trajectories of Disability in the Last Year of Life. N Engl J Med 2010; 362:1173-1180
 - 12 Gutiérrez Robledo LM, Gutiérrez Ávila H. La investigación sobre envejecimiento humano, un enfoque holístico. En: Gutiérrez Robledo LM, Gutiérrez Ávila H, eds. Envejecimiento humano, una visión transdisciplinaria. México: Instituto de Geriátría, 2010.
 - 13 World Health Organization. Knowledge translation on aging and health, 2012. http://www.who.int/ageing/publications/knowledge_translation/en/
 - 14 Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8-12 de abril de 2002.
 - 15 CONACRO. Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5131456&fecha=11/02/2010
 - 16 Gutiérrez-Robledo LM, López-Ortega M, Arango-Lopera VE. The State of Elder Care in Mexico. Curr Tran Geriatr Gerontol Rep. DOI 10.1007/s13670-012-0028-z
 - 17 González-González C, Sánchez-García G, Juárez-Cedillo T, Rosas-Carrasco O, Gutiérrez-Robledo LM, García-Peña C. Health Care Utilization in the Elderly Mexican Population: Expenditures and Determinants. BMC Public Health 2011;11:192.
 - 18 WHO Dementia a Public Health Priority. WHO/ Alzheimer's Disease International, Ginebra, 2012.
 - 19 Barrantes-Monge M, García-Mayo EJ, Gutiérrez-Robledo LM, Miguel-Jaime A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud Pública Mex 2007;49 (Supl. 4):459-466.
 - 20 Rodríguez Ábrego G, Escobedo de la Peña J, Zurita GB, Ramírez TJ. Esperanza de vida saludable en la población mexicana con seguridad social. Perinatol Reprod Hum 2006;20(1-3):4-18.
 - 21 Arango-Lopera VE. El curso de vida. En Gutiérrez-Robledo LM, Kershenovich Stalnikowitz D. Envejecimiento y Salud: Una propuesta para un plan de acción. México: Academia Nacional de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto de Geriátría, 2012:121-127.
 - 22 Estudio temático sobre el ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores realizado por el relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, 2011. Disponible en: http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/18session/A-HRC-18-37_sp.pdf.
 - 23 World Health Organization. Towards age-friendly primary health care. (Active ageing series) (NLM classification: WT 31). WHO, 2004.

*Propuesta para un plan de acción en envejecimiento
y salud, de la serie Cuadernillos de Salud Pública*
se terminó de imprimir en en los talleres de
LG Digital, S.A. de C.V., Trigo 46B, Col. Granjas
Esmeralda, México, D.F. 09819.

El tiraje fue de 1000 ejemplares.