

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTO
NACIONAL
DE GERIATRÍA

HECHOS Y DESAFÍOS para un envejecimiento saludable en México

Luis Miguel Gutiérrez Robledo
Marcela Agudelo Botero
Liliana Giraldo Rodríguez
Raúl Hernán Medina Campos
Editores

Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México

© 2016, Instituto Nacional de Geriatría

Editores

Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo
Marcela Agudelo Botero
Liliana Giraldo Rodríguez
Raúl Hernán Medina Campos

Elaboración de cuadros y material gráfico

Juana Catalina Murillo González

Cuidado editorial y diseño

Sandra Luna Pérez

Diseño de portada

Héctor Efrén Lara Dávila

INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

Blvd. Adolfo Ruiz Cortines 2767, Colonia San Jerónimo Lídice
Delegación La Magdalena Contreras, Ciudad de México, 10200

www.geriatria.salud.gob.mx

contacto.geriatria@salud.gob.mx

Primera edición: Junio 2016

ISBN: 978-607-460-538-9

Hecho en México.

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: Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México. 2016. México: Instituto Nacional de Geriatría.

HECHOS Y DESAFÍOS

para un envejecimiento
saludable en México

Editores

Luis Miguel Gutiérrez Robledo

Marcela Agudelo Botero

Liliana Giraldo Rodríguez

Raúl Hernán Medina Campos

2016

SECRETARÍA DE SALUD

Dr. José Narro Robles

Secretario de Salud

Dr. José Meljem Moctezuma

Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Jesús Ancer Rodríguez

Secretario del Consejo de Salubridad General

Dr. Guillermo Miguel Ruiz Palacios y Santos

Comisionado Nacional de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo

Director General

Dra. María del Carmen García Peña

Directora de Investigación

Dra. Flor María Ávila Fematt

Directora de Enseñanza y Divulgación

Índice

Presentación	7
Quince años de progreso y un desafío por delante	9
Un marco de referencia para el estudio del envejecimiento saludable	13
Cinco hechos destacados del envejecimiento y la vejez en México	17
Hecho 1 La realidad actual del cambio demográfico	18
Hecho 2 Vivimos un dramático cambio en la carga de la enfermedad y con nuevos elementos constitutivos: la fragilidad y los síndromes geriátricos	21
Hecho 3 Aumenta la discapacidad y la necesidad de cuidados	27
Hecho 4 La insuficiente respuesta del sistema en el marco de la cobertura universal	36
Hecho 5 Los estereotipos negativos, la discriminación y el maltrato prevalecen a pesar de la nueva realidad del envejecimiento	42
De cómo un contexto desfavorable y la carga de la enfermedad comprometen el futuro del envejecimiento	47
Del diagnóstico a las políticas públicas: elementos de diseño para propiciar el envejecimiento saludable	51
Mejorar la medición y el monitoreo para comprender mejor las relaciones entre el envejecimiento y la salud	59
El papel del Instituto Nacional de Geriátrica	63
Referencias	65

Agradecimiento

Agradecemos especialmente a quienes contribuyeron con sus trabajos y comentarios a la elaboración de este documento:

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Aarón Salinas Rodríguez

Betty Manrique Espinoza

EL COLEGIO DE MÉXICO

Abigail Vanessa Rojas Huerta

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA

Ana Luisa Sosa Ortiz

UNIVERSIDAD DE COLIMA

César González González

INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

Carmen García Peña

Flor María Ávila Fematt

Elizabeth Caro López

Juana Catalina Murillo González

Liliana Giraldo Rodríguez

Luis Miguel Gutiérrez Robledo

Marcela Agudelo Botero

Mariana López Ortega

Mario Ulises Pérez Zepeda

Raúl Hernán Medina Campos



Presentación

Al envejecimiento poblacional es un reto inmediato e inminente para el Sistema Nacional de Salud en México. Por primera vez en la historia del país hay más personas mayores de 60 años que niños menores de cinco. El cambio demográfico y epidemiológico, junto con la urbanización, la modernización, la globalización y la transformación de los estilos de vida, han aumentado la importancia absoluta y relativa de las enfermedades crónicas al envejecer.

Los avances en las ciencias médicas y la mejoría en las condiciones de vida han contribuido a disminuir sustancialmente las tasas de morbilidad y mortalidad por causas transmisibles, pero aún no se advierte cuándo se contendrá a las enfermedades crónicas no transmisibles. Por lo pronto, en lo inmediato, una mayor longevidad de la población significa mayor carga de enfermedad y discapacidad, así como la necesidad de cuidados de corto y largo plazos.

En este contexto, las necesidades de las personas mayores aún no son del todo cubiertas por el Sistema Nacional de Salud. La fragilidad, el deterioro de la salud mental, la discapacidad y la dependencia inciden como determinantes de nuevos y peculiares requerimientos, para los cuales carecemos, por ahora, de una respuesta eficaz.

El Sistema de Nacional de Salud ha de definir nuevas estrategias, no sólo para ampliar los alcances de la cobertura, sino para desarrollar el sistema de cuidado de la salud de las personas mayores de manera eficaz, efectiva, segura y eficiente. La respuesta a estas necesidades, sin generar un costo inabordable, es el nuevo reto de la cobertura universal de salud y seguridad social. Si bien la dimensión del reto es mayúscula, es claro que hay margen para avanzar mediante acciones de prevención y promoción para lograr un envejecimien-



to saludable, al igual que para adaptar el sistema de salud y el entorno a las nuevas necesidades que presentan tanto la población envejeciente como la envejecida, con el fin de mantener y preservar la capacidad funcional de las personas adultas mayores.

Este documento presenta los hechos más destacados que ilustran la situación actual de salud de las personas mayores en México, con base en evidencias recogidas a lo largo de los últimos años. La información incluida muestra un amplio panorama de las distintas dimensiones de la salud de este grupo poblacional. A partir de estos datos se proponen algunas estrategias

orientadas a propiciar las condiciones necesarias para alcanzar un envejecimiento saludable. Cabe decir que este documento adopta la Estrategia y el Plan de Acción para el Envejecimiento Saludable, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y busca sentar las bases para la construcción y adaptación de políticas públicas que respondan a las necesidades de la actual generación de mexicanos mayores y las del futuro.

DR. JOSÉ NARRO ROBLES

SECRETARIO DE SALUD



Quince años de progreso y un desafío por delante

Actualmente, en México, el envejecimiento constituye un tema prioritario de la agenda pública que no puede dissociarse de los procesos básicos de la dinámica nacional.¹ Dos destacadas entidades, la Universidad Nacional Autónoma de México –en su inventario de los grandes temas nacionales–² y la revista *Este País*,³ lo consideran entre los más grandes retos.

El envejecimiento no debe ser visto como una carga para el sistema de salud ni como un problema de financiamiento de pensiones, sino más bien como una buena oportunidad para reorientar las políticas públicas y dotar de nuevo significado a la vejez, a las personas adultas mayores y al envejecimiento.

El proceso de envejecimiento y la necesaria construcción de políticas públicas para atenderlo se dan en un contexto en el cual México enfrenta problemas estructurales como la pobreza, la inseguridad y la desigualdad; sin embargo, en los últimos

15 años se han registrado avances tanto en la comprensión del fenómeno del envejecimiento, como en el ámbito de la protección social (figura 1). En el campo de la salud, el primer hecho destacable es la publicación, en 1999, del Acuerdo Secretarial que dio lugar al Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN).⁴ Éste, a su vez, ha dado origen a los Comités Estatales de Salud y Atención al Envejecimiento (COESAEN). A uno y a otros corresponde, entre otras funciones, elaborar respectivamente los programas nacional y estatales de atención al envejecimiento, cuya primera edición apareció en 2001. La creación del Programa de Vacunación y la Semana de Salud para Gente Grande han sido también logros importantes. Además, el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 contempla, por primera vez, una estrategia específica dirigida a promover el envejecimiento activo, saludable,

con dignidad y calidad de vida (Estrategia 1.7 del Objetivo 1).

En esos últimos 15 años, diversos esfuerzos se han emprendido para desarrollar estudios que evalúen el estado de las personas adultas mayores en México y dimensionen los retos por venir. En el año 2000 se publicó la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)⁵ y desde entonces se ha replicado en 11 estados de la República, aportando información específica sobre el tema, insumo básico para la construcción de políticas públicas. Dicha encuesta suministró también las bases conceptuales para el desarrollo del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM),⁶ que tuvo su primera edición en 2001, con seguimientos en 2003, 2012 y 2015. Este estudio longitudinal, el primero de su tipo, es producto de la colaboración de investigadores de la División Médica de la Universidad de Texas, la Universidad de Wisconsin, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, el Instituto Nacional de Geriátrica y el Instituto Nacional de Salud Pública. Otro avance significativo es la incorporación de las personas adultas mayores a la población evaluada en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT).⁷ En 2012, esta encuesta se aplicó en 50 000 hogares, incluyendo a 8 874 personas de 60 años o más, en representación de las 10 695 704 personas que conforman este grupo de edad en nuestro país.

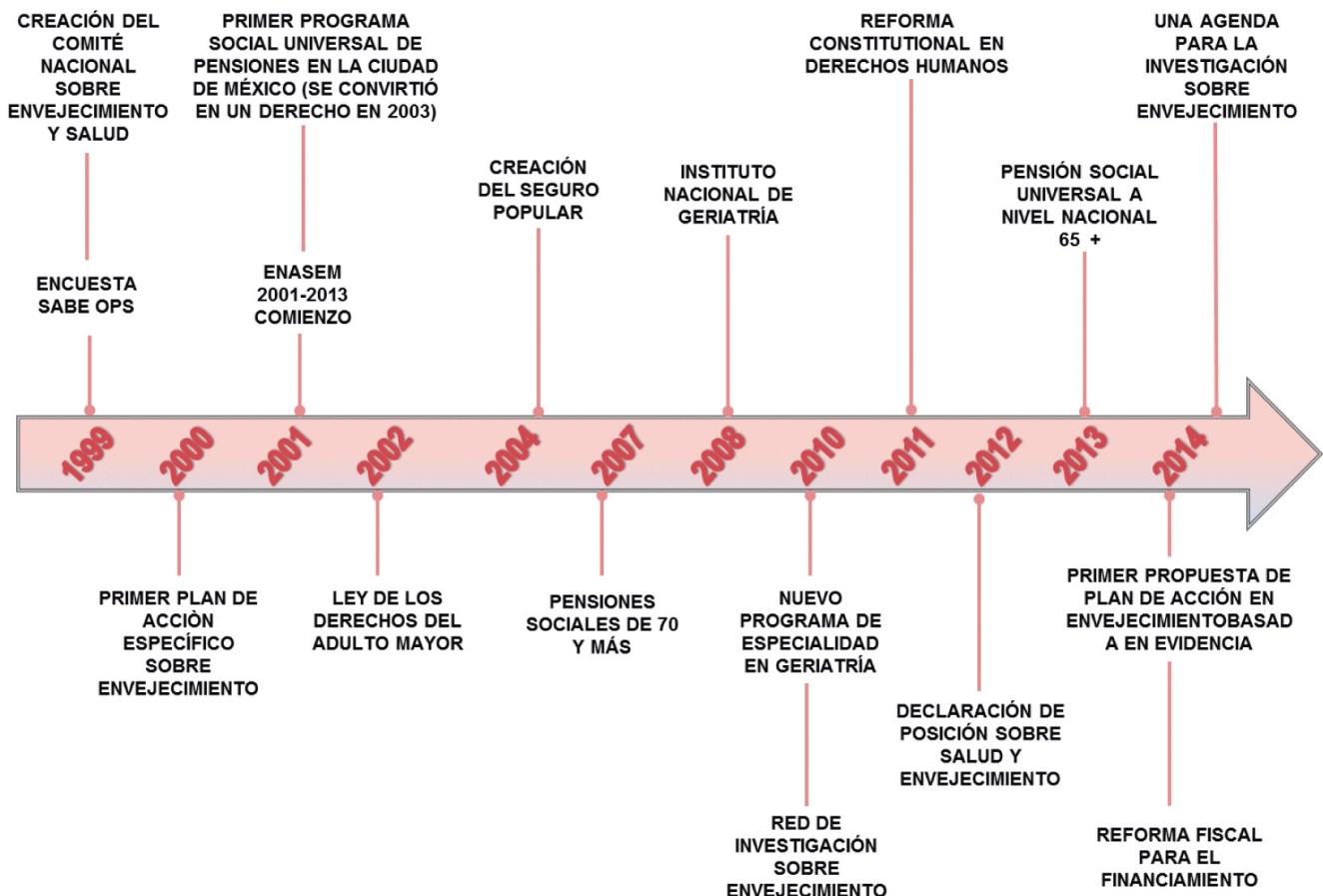
Una de las decisiones de política pública más importantes de los últimos años en el tema del envejecimiento es la crea-

ción del Instituto Nacional de Geriátrica (INGER) en mayo de 2012. Entidad única en su género en América Latina, el INGER fundamenta su labor en la obtención de evidencia científica a través de la investigación en diversos ámbitos, así como en la formación y capacitación continua de los profesionales de la salud. Más allá de estas dos tareas fundamentales –investigación y docencia–, el INGER ha realizado un esfuerzo constante para promover la construcción de una política pública que responda a los grandes retos en materia de envejecimiento que enfrenta el país. Ejemplos de ello son el foro Envejecimiento y salud: investigación para un plan de acción, celebrado en abril de 2013;⁸ el seminario internacional Dependencia en adultos mayores: de la experiencia internacional a la acción en México, en diciembre de 2013;⁹ el encuentro Vacunación del adulto mayor: perspectiva de curso de vida, en noviembre de 2014;¹⁰ el Encuentro México-Japón sobre envejecimiento saludable en febrero de 2015;¹¹ el taller Política pública basada en evidencia para enfrentar los desafíos del envejecimiento en América Latina y El Caribe, en mayo de 2015;¹² y el seminario bilateral Sistemas de apoyo formal e informal para personas adultas mayores en México y Estados Unidos, en el contexto de las reformas en salud y seguridad social, en septiembre del mismo año. De hecho, una parte de la información presentada en este documento procede del intercambio de alto nivel ocurrido en esos espacios académicos.

No obstante los avances, hay numerosos retos pendientes para el Sistema Nacional de Salud en términos de acceso efectivo, calidad técnica médica, desarrollo de un nuevo modelo de atención integral e integrada centrado en la persona, y de la infraestructura y el personal necesarios para su operación. La oferta de servicios es insuficiente y su cartera no responde aún a todas las necesidades de las personas adultas mayores. Diversas entidades han emprendido de manera independiente esfuerzos por ampliar la oferta de servicios de atención médica a esta población, pero la ausencia de criterios unificados y están-

dares nacionales ha propiciado el surgimiento de modelos heterogéneos que no siempre funcionan de manera efectiva ni eficiente. Hasta la fecha, existen sólo 168 consultorios y 176 camas de hospitalización especializadas en geriatría en el sector público. Además de ser escasos, su distribución es inequitativa, pues estos recursos se concentran principalmente en la Ciudad de México. En este sentido, una de las más recientes modificaciones a la Ley General de Salud (Art. 77 bis 1)¹³ establece que todas las instituciones de segundo nivel del país deben contar con servicios de geriatría. Es clara la necesidad de incrementar

FIGURA 1. Cronología de la política en salud y envejecimiento en México



FUENTE: Elaboración propia.

el número de servicios de geriatría en las unidades médicas de primer contacto y en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, para que este mandato se haga realidad es necesaria una inversión considerable en infraestructura y presupuesto operativo, amén de la necesaria formación de los profesionales, la creación o reconversión de plazas para acogerlos, el establecimiento de estándares de calidad y la consolidación del sistema de referencia y contrarreferencia.

Los referentes internacionales¹⁴ recomiendan la disponibilidad de un geriatra por cada 4 000 personas mayores. Si se adoptara esta recomendación, en México actualmente se requerirían 2 770 geriatras y para 2040 esa cifra se elevaría a 9 088. Hasta 2015, el Consejo Mexicano de Geriatría ha certificado apenas a 600 especialistas, de los cuales sólo 197 pertenecen al sector público de salud. La atención de las personas mayores enfrenta situaciones de elevado nivel de riesgo y complejidad, ha de ser interdisciplinaria y no se limita a los médicos geriatras, sino que necesita de la participación de los médicos de atención primaria, así como de otros profesionales de la salud (enfermería, nutrición, odontología, rehabilitación, trabajo social, salud

mental). Sin embargo, hasta la fecha, no se cuenta con un diagnóstico del número de profesionales capacitados en la materia, ni existe un cálculo de las necesidades futuras. Además, se hace necesaria una mejor preparación de las familias para la atención en el hogar, así como una mayor participación de la sociedad civil organizada.

El solo cambio demográfico no ha sido suficiente para impulsar la respuesta gubernamental para generar una política de Estado y una estrategia nacional, pero la participación de otras fuerzas, personajes y procesos sí pueden hacerlo. En este documento se identifican y analizan una serie de hechos que muestran la realidad presente del envejecimiento y su impacto actual en la salud. Aquí se reconoce a las nuevas personas adultas mayores y se examinan los factores que pueden estarles impidiendo alcanzar una vejez saludable. Con base en una comprensión más profunda del envejecimiento y su relación con la salud en México, se proponen los elementos de diseño que hemos de integrar en las políticas de salud y asistencia social, para apoyar a las personas mayores de manera más efectiva, de suerte que envejeczan saludablemente.

Un marco de referencia para el estudio del envejecimiento saludable

En un esfuerzo por dar una mejor respuesta a los retos del envejecimiento de la población, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone en su Reporte Mundial sobre Envejecimiento y Salud 2015¹⁵ un marco conceptual que pretende dar una nueva dirección a los esfuerzos de política pública relacionados no sólo con la salud, sino con el bienestar general de la población envejecida. Este nuevo concepto, denominado envejecimiento saludable, se refiere al proceso de desarrollar y mantener por tanto tiempo como sea posible la capacidad funcional para ser y hacer lo que la persona considera valioso en cada etapa de su vida.

El envejecimiento saludable es considerado como un proceso amplio, integral y dinámico que permite el bienestar a través del mantenimiento de la capacidad funcional de las personas, la cual debe ser mantenida a lo largo del curso de la vida. Entraña

la necesidad de detectar oportunamente las trayectorias de la capacidad funcional y la capacidad intrínseca que las personas experimentan, y pueden experimentar a futuro, así como identificar los múltiples factores que influyen en ellas y las intervenciones que ayudan a promover resultados más positivos en el estado de salud.

En el marco del envejecimiento saludable existen temas específicos que atañen directamente a la salud de las personas mayores. Se destacan también como principios rectores el respeto de los derechos humanos, la no discriminación, la igualdad de género, la equidad y la solidaridad intergeneracional. El nuevo concepto de envejecimiento saludable implica un enfoque holístico que debe tener en cuenta los factores determinantes de la salud influidos por la sociedad y sus políticas, así como la capacidad funcional y la capacidad intrínseca de las personas, y el medio ambiente

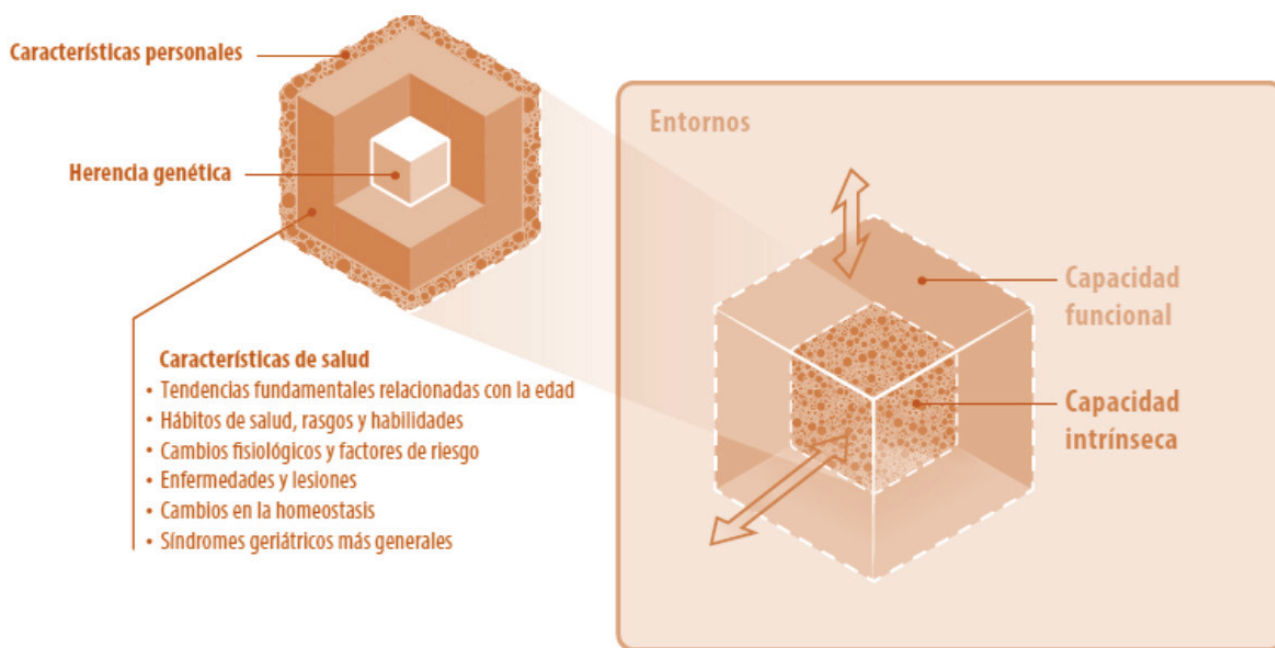
en el que se desenvuelven. En este sentido, el envejecimiento saludable no se restringe a las condiciones físicas y mentales de la población, sino que considera también otros factores determinantes del bienestar, como el bienestar subjetivo, la satisfacción con la vida y la realización personal.

Un elemento clave es la preservación de la capacidad intrínseca, que es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales de un individuo, para sustentar la capacidad funcional, que comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que tiene un valor importante para ellas. La capacidad funcional resulta, pues, de la interacción de la capacidad intrínseca del individuo con las características del entorno (figura 2). El envejecimiento saludable

no puede definirse sólo por un determinado nivel o umbral de funcionamiento o de salud, sino que reconoce la interacción permanente entre el individuo y el entorno que habita.

El marco de salud pública propuesto proporciona una base amplia para orientar la toma de decisiones en el desarrollo de una política pública eficaz y equitativa para fomentar el envejecimiento saludable. Se enfoca en que las personas mayores puedan preservar y prolongar su capacidad funcional con un nivel de bienestar adecuado, reduciendo al mínimo la dependencia. Asimismo, este marco ofrece una visión para el desarrollo integral de la atención médica y social centrada en la persona, considerando los entornos en los que ésta se desenvuelve.

FIGURA 2. Esquema de envejecimiento saludable



FUENTE: Envejecimiento saludable. Tomado de Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, OMS, 2015.

El marco de referencia que constituye el modelo destaca el papel habilitador del entorno en las distintas fases del proceso de envejecimiento y cómo éste se convierte en un factor limitante de la capacidad intrínseca cuando es adverso. Los bajos niveles de capacidad intrínseca (la fragilidad) en un entorno desfavorable o un estado mental vulnerable (por demencia o depresión) pueden todos afectar las distintas etapas de la vida, dando lugar a un estado de vulnerabilidad a través de diferentes vías. Esto pone de relieve el desafío, tanto de identi-

ficar a las personas mayores vulnerables y frágiles, como de diseñar políticas públicas que resuelvan su situación. Para ahondar en los factores que caracterizan al envejecimiento, la salud de las personas mayores y sus implicaciones para las políticas públicas, a continuación se analizan cinco hechos destacados que caracterizan en gran medida al envejecimiento poblacional y su relación con la salud en México. Posteriormente, se utilizará este marco con dichos hechos para estructurar el análisis de las políticas públicas.

Cinco hechos destacados del envejecimiento y la vejez en México

A fin de aportar un enfoque analítico innovador, se identifican una serie de hechos destacados que caracterizan y catalogan el estado que guardan las personas adultas mayores en el México de hoy. Estos hechos se presentan como realidades generales que no permiten mostrar ampliamente la complejidad social, cultural y de salud de este grupo poblacional. Sin embargo, sí dan cuenta de sus principales dimensiones: la demográfica, las condiciones de salud, la respuesta del sistema de salud, la dependencia y sus cuidados, la imagen social y los estereotipos frente a la realidad actual del envejecimiento. Todas ellas han sido consideradas, por su relevancia, para el diseño de la estrategia mundial de envejecimiento saludable propuesto por la OMS.

La información que se presenta a lo largo del texto proviene de fuentes confiables y fidedignas, parte del acervo de conocimiento que el Instituto Nacional de Geriátrica ha venido acumulando, analizando y consolidando a través de los años. El foco de interés son las personas mayores de 60

años y, en la medida de lo posible, los datos se desagregaron por sexo, subgrupos de edad, nivel escolar y tipo de localidad (urbana/rural). También se buscó la comparación de algunos indicadores con otros países, mientras que al interior de México se procuró el contraste entre diversos estudios sobre aspectos puntuales.

Cabe señalar que, pese a las limitaciones de información sobre el tema, a la luz del ámbito latinoamericano, México ocupa un lugar privilegiado en cuanto a disponibilidad de datos estadísticos, con los cuales es posible trazar los ejes clave para el abordaje estratégico del envejecimiento saludable.

Este documento constituye un punto de partida que deberá nutrirse con nuevas evidencias, fruto de la investigación transversal y longitudinal, así como de la evaluación de las posibles intervenciones que contribuirán a la construcción de una política pública que responda a las verdaderas necesidades y problemas de las personas mayores.

HECHO 1 | La realidad actual del cambio demográfico

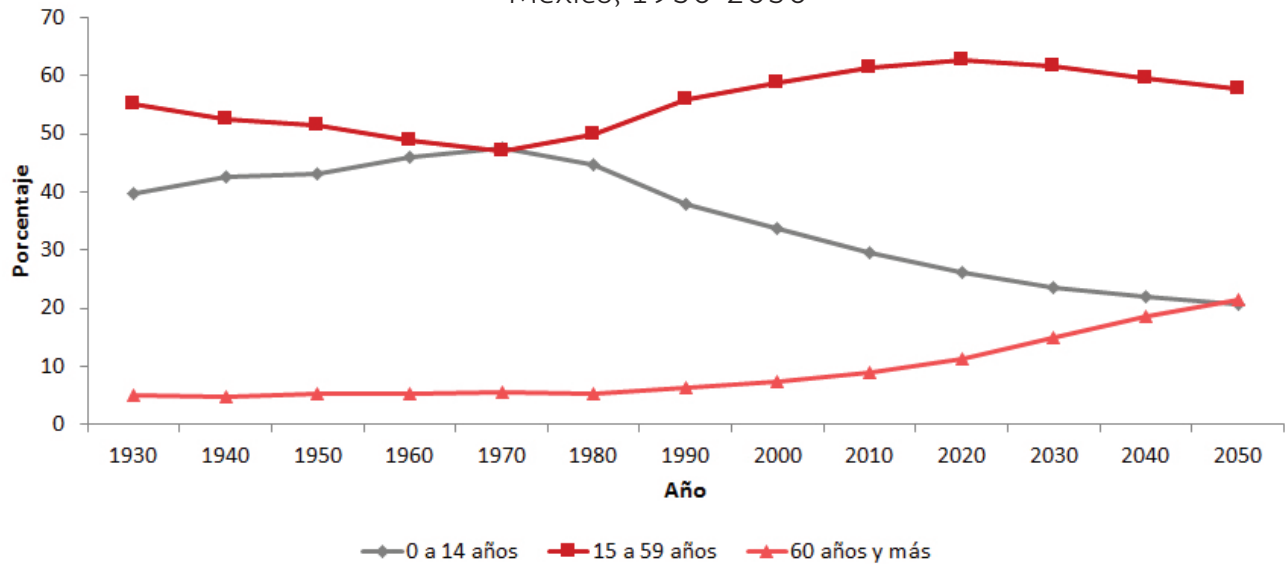
A | Hay más mexicanos de 60 años y más que niños menores de cinco años

Desde 1970 y hasta 2050, la población infantil tiende a disminuir mientras que la población adulta aumenta progresivamente. En 2016, en México, la población de 60 años y más es mayor que la población menor de cinco años, y para 2050 el número de personas mayores superará al grupo de jóvenes (< 15 años) (gráfica 1). En 1990, las personas de 60 años representaron menos de 6% del total de la población mexicana; 8.9% en 2010. En contraste, para 2050 serán 21.5%.¹⁶

B | En 2015, la esperanza de vida en México es de 74.9 años y para 2050 será casi de 80 años

En 2015, la esperanza de vida al nacer en México es 5.3 años más elevada para las mujeres en relación con los hombres, igual a lo observado en la mayoría de las regiones del mundo. Si bien es cierto que la esperanza de vida seguirá incrementándose en los siguientes años, estas ganancias no serán tan marcadas como en el pasado. Por ejemplo, en 1930 la esperanza de vida al nacer era de 36.9 años, para el año 2000 ya se había duplicado a 73.2 años, y se espera que para 2050 sea de 79.4 años, apenas 8% más de lo que se tenía en 2000¹⁶ (gráfica 2).

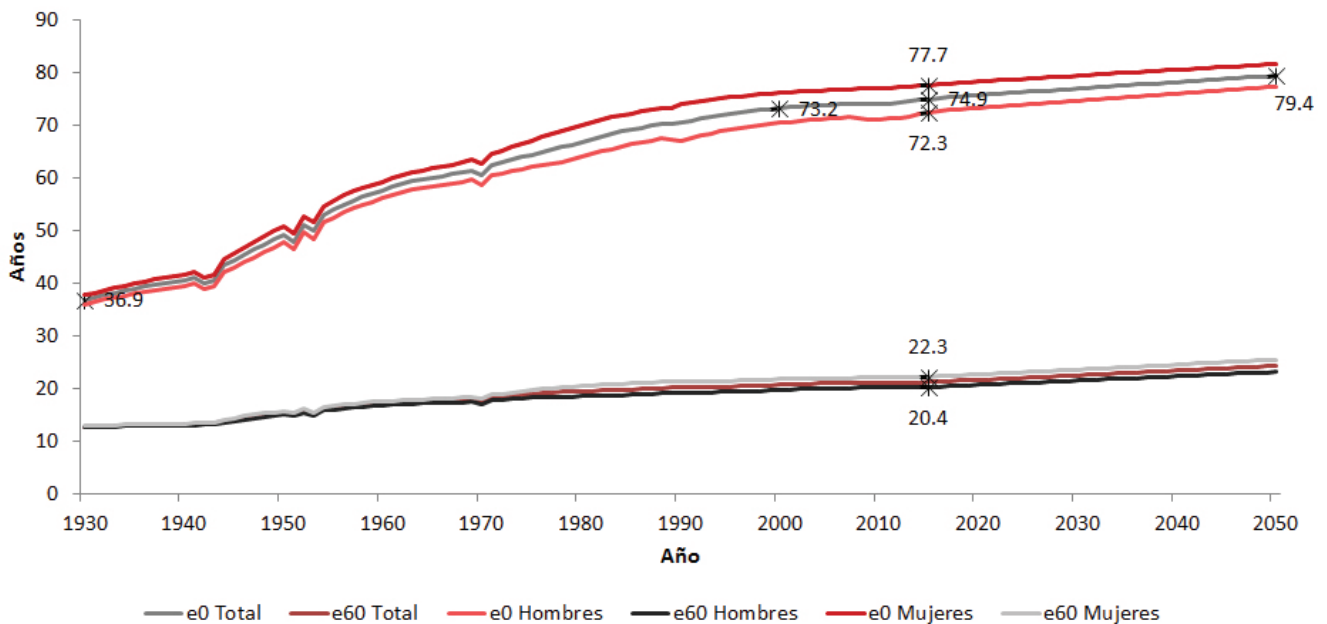
GRÁFICA 1. Distribución porcentual de la población por grandes grupos de edad.
México, 1930-2050



FUENTE: González González y Rojas Huerta, 2015.



GRÁFICA 2. Esperanza de vida al nacer por sexo. México, 1930-2050



FUENTE: González González y Rojas Huerta, 2015.

C Quien hoy cumple 60 años en México puede esperar vivir 22 años más, pero probablemente pasará los últimos cinco años de su vida con alguna discapacidad

Los mexicanos que hoy cumplen 60 años de edad cuentan aún con una esperanza de vida de 22 años; es decir, en el comparativo internacional, un año más que Brasil,

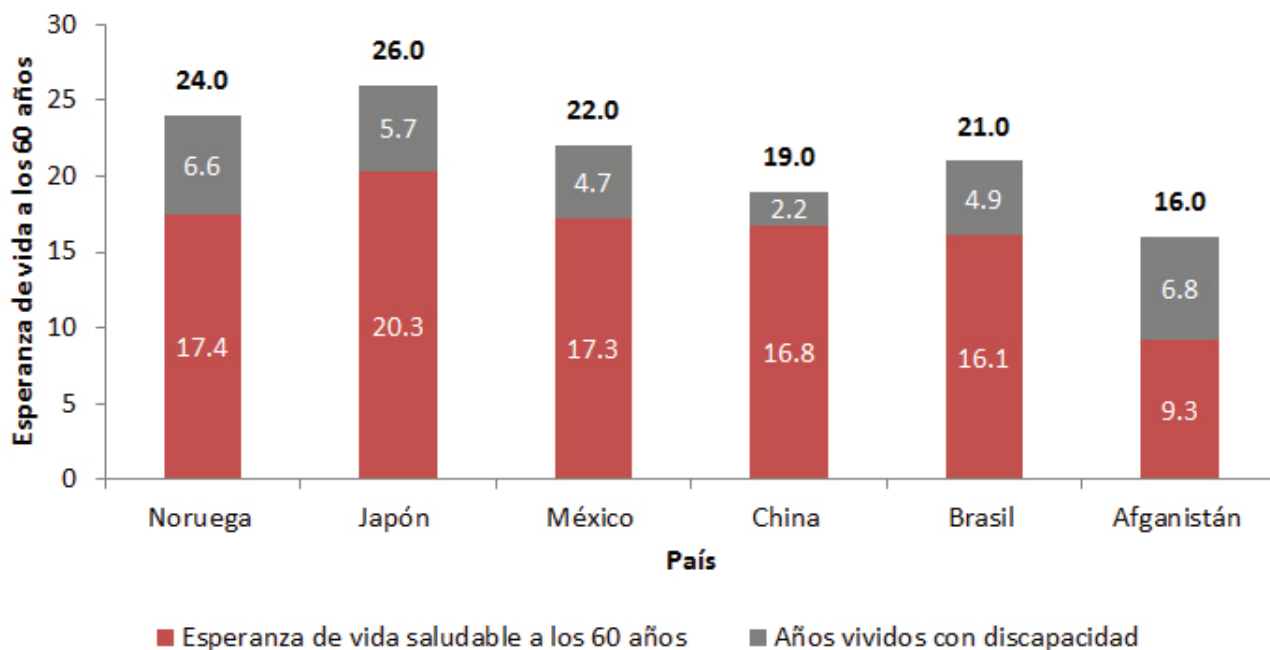
tres más que China y sólo cuatro años por debajo del líder, Japón.¹⁷ Sin embargo, de estos 22 años, sólo 17.3 transcurren en buen estado de salud, lo que significa que casi cinco años se viven con una o varias enfermedades o con pérdida de funcionalidad y merma de la calidad de vida y el bienestar (gráfica 3).

Si bien la esperanza de vida es mayor para las mujeres, ellas viven esos años adicionales en peores condiciones de salud y con más discapacidad que los varones.



GRÁFICA 3. Años de esperanza de vida saludable y con discapacidad a los 60 años de edad.

Varios países



FUENTE: Global Age Watch Index, 2015.

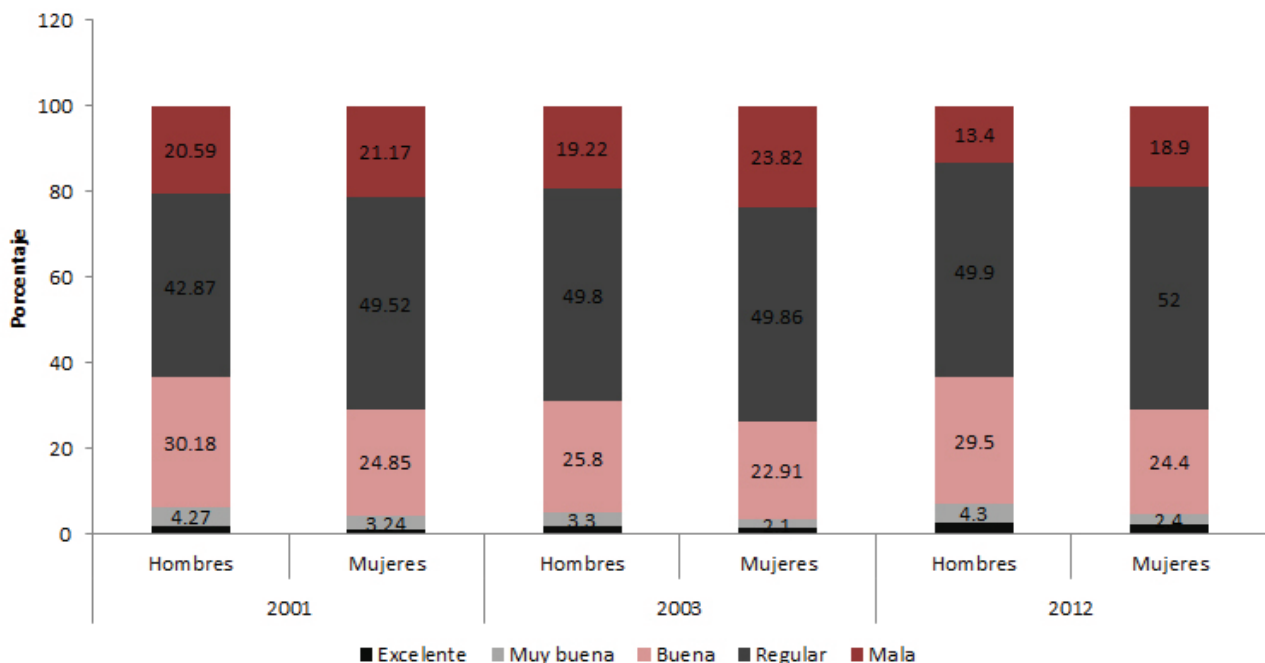
HECHO 2 | Vivimos un dramático cambio en la carga de la enfermedad y con nuevos elementos constitutivos: la fragilidad y los síndromes geriátricos

A | Sólo cuatro de cada diez hombres y tres de cada diez mujeres mayores gozan de buena o muy buena salud

Cuatro de cada diez hombres y tres de cada diez mujeres de 60 años o más dicen tener un estado de salud bueno/muy

bueno/excelente. En 2012, 18.9% de las mujeres y 13.4% de los hombres consideraron que su estado de salud era malo (gráfica 4). La autopercepción de la salud es un indicador útil para medir el nivel de salud de la población, dado que contiene elementos sociales y culturales que influyen en las condiciones físicas y mentales de las personas mayores.

GRÁFICA 4. Autopercepción del estado de salud de la población de 60 años y más



FUENTE: Elaboración propia. ENASEM, 2001, 2003 y 2012.

B | La diabetes y la enfermedad isquémica del corazón son las afecciones que mayor carga de mortalidad representan

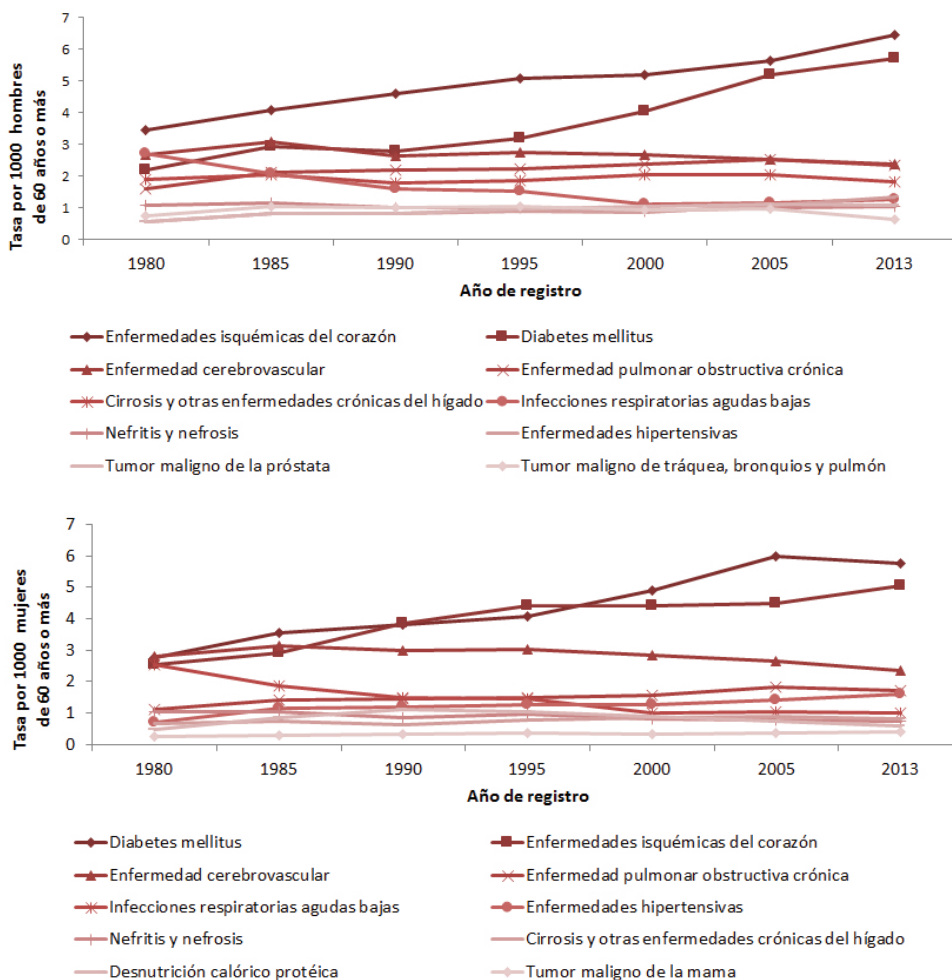
En 2013, 63.2% de los fallecimientos fueron de personas de 60 años o más de edad. Ocho de cada diez muertes ocurridas en esta población fueron por enfermedades no transmisibles y 63% resultaron de las diez principales causas de enfermedad (gráfica 5). Aunque el origen de las defunciones es similar entre hombres y mujeres,

hasta 5.1% de las muertes femeninas aún se da por infecciones respiratorias agudas bajas y desnutrición calórico-proteica, las cuales son altamente prevenibles.¹⁸

C | Más de un tercio de las personas mayores viven con, al menos, dos enfermedades crónicas

Se sabe que 35 de cada 100 personas mayores presentan, al menos, dos condiciones sincrónicas (hipertensión arterial,

GRÁFICA 5. Tasas de mortalidad de personas de 60 años o más, por causas y sexo. México, 1980-2013



NOTA: De acuerdo con las diez principales causas de mortalidad de 2013.

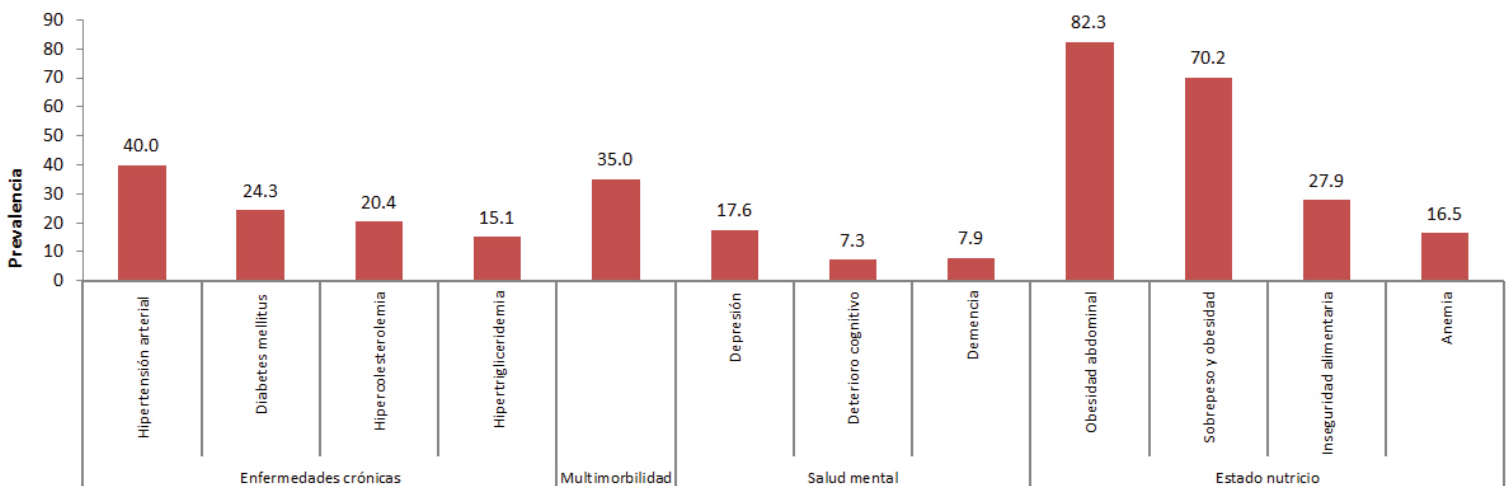
FUENTE: Agudelo Botero y Murillo González, 2015.

diabetes mellitus, hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia). Más de 17% reporta depresión y más de 15% deterioro cognitivo o demencia¹⁹ (gráfica 6). En general, las mujeres acumulan más condiciones comórbidas, hay un gradiente norte-sur, con mayor prevalencia de condiciones crónicas al norte y mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en entornos urbanos. Estas condiciones, junto con las conductas de riesgo que suelen estar asociadas –tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, bajo consumo de vegetales y granos, y pobre actividad física, entre otras–, tienden a favorecer la discapacidad, la dependencia y la mortalidad temprana de esta población.

D Dos terceras partes de los años de vida saludables perdidos por personas de 60 años o más se relacionan con estilos de vida desfavorables

La hipertensión arterial, el consumo excesivo de sal y grasas saturadas, el bajo consumo de granos y semillas y el elevado colesterol son los factores de riesgo individual que más contribuyen a la pérdida de años de vida saludables (AVISA) y que más aportan a las muertes de las personas mayores²⁰ (gráfica 7).

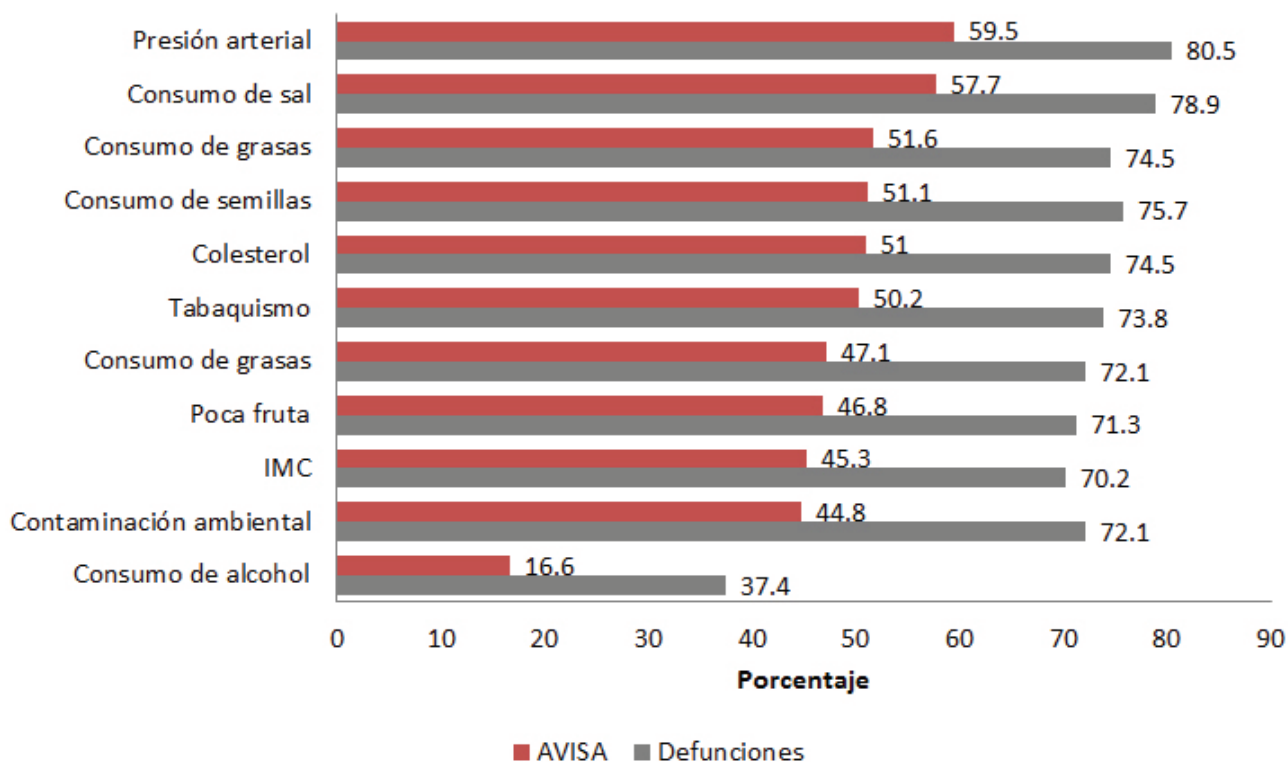
GRÁFICA 6. Prevalencia de diversas condiciones de salud de las personas mayores. México, 2012



NOTA: La multimorbilidad se calculó a partir de la presencia de dos o más de las siguientes enfermedades: hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.

FUENTE: Manrique Espinoza y colaboradores, 2015.

GRÁFICA 7. Porcentaje de defunciones y años de vida saludable (AVISA) por factor de riesgo en la población de 60 años o más. México, 2010



FUENTE: Gómez Dantés y colaboradores, 2014.

E| Una quinta parte de las personas que llega a los 60 años en México está en condición de fragilidad

La fragilidad es una condición que disminuye la capacidad de responder a factores estresantes y aumenta la vulnerabilidad a desenlaces desfavorables tales como la

muerte, la discapacidad y la dependencia. Además, incrementa el uso de servicios de salud (urgencias, residencias geriátricas, hospitalización, entre otros). La prevalencia de fragilidad oscila en 20% alrededor del mundo, mientras que las personas mayores mexicanas alcanzan una prevalencia de 21.6%²¹ (gráfica 8).

GRÁFICA 8. Porcentaje de fragilidad en personas mayores (60 años o más). Varios países



FUENTE: Pérez Zepeda, 2015.

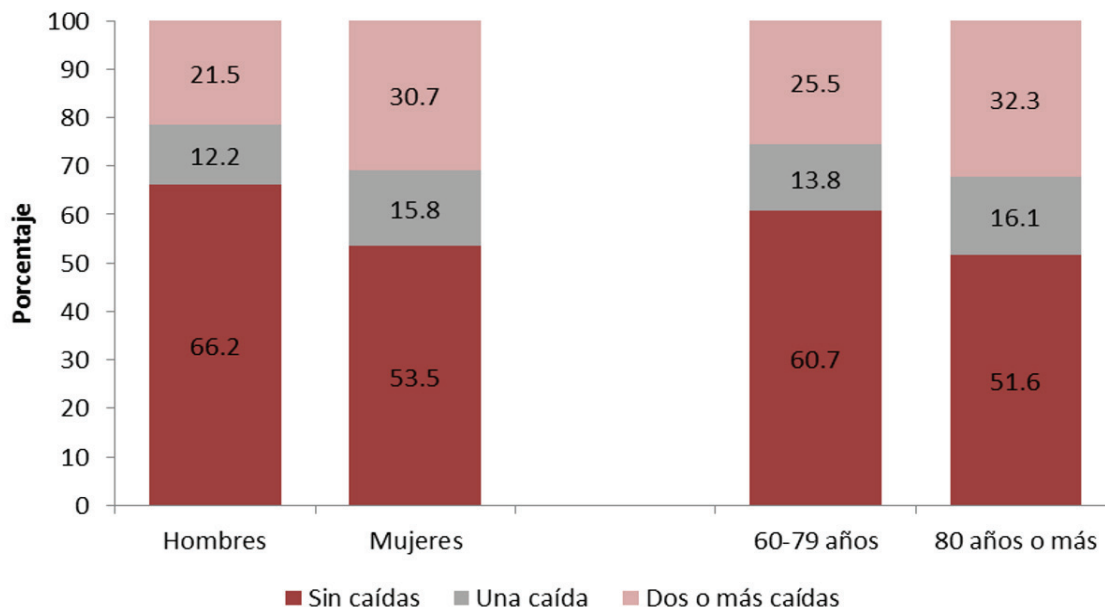
F En los dos últimos años, cuatro de cada diez personas mayores de 60 años han sufrido al menos una caída

De acuerdo con la ENASEM 2012, 60.1% de los adultos (≥ 60 años) que sufrieron caídas eran mujeres y 85.5% tenían entre 60 y 79 años; sin embargo, alrededor de 50% de los adultos de 80 años o más presentaron al menos una caída en los dos últimos años²² (gráfica 9). Se sabe que hasta en 30% de los casos de caídas llevan a las personas mayores a hospitalización y generan una fuerte dependencia para el desarrollo de las actividades de la vida diaria.

G El deterioro cognitivo y la demencia afectan a más de 15% de las personas mayores

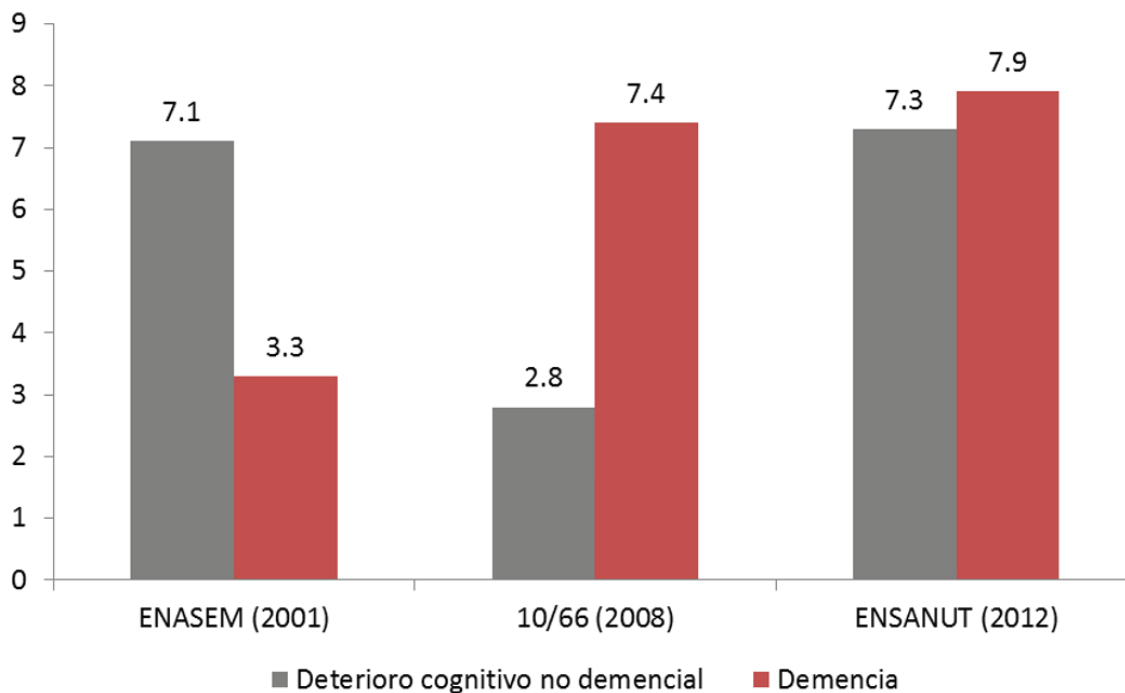
En México, la prevalencia de demencia y deterioro cognitivo que precede a la demencia alcanza hasta 7.9% y 7.3%, respectivamente⁸ (gráfica 10). Los valores más elevados se observan en mujeres, a mayor edad, y en aquellos con baja escolaridad y en el ámbito rural. La incidencia de demencia se estima en 30.4 casos por cada 1000 personas-año.²³ Las mujeres mayores pierden 7.2 años de vida por discapacidad por esta enfermedad, en tanto los hombres pierden 5.2 años.²⁴

GRÁFICA 9. Distribución de la frecuencia de caídas reportadas por las personas mayores durante los dos últimos años. ENASEM, 2012



FUENTE: Agudelo Botero y colaboradores, 2016.

GRÁFICA 10. Prevalencia de demencia y deterioro cognitivo no demencial en personas mayores. México, 2001, 2008 y 2012



NOTA: ENASEM: Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento; 10/66: Dementia Research Group; ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

FUENTE: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012.

HECHO 3 | Aumenta la discapacidad y la necesidad de cuidados

A | La diabetes es la principal causa de discapacidad en personas de 70 años o más

Además de representar una importante carga de mortalidad prematura, la diabetes es responsable de 10% de los años de vida perdidos por discapacidad (AVD) para los

hombres y las mujeres con 70 años o más de edad.²⁴ No obstante, a la discapacidad también contribuyen significativamente una serie de trastornos (como afecciones osteomusculares, deterioro sensorial auditivo o visual, enfermedad de Alzheimer, entre otros) que implican pérdidas de años de vida saludable. Entre 1990 y 2010, todas las causas de años vividos con disca-

CUADRO 1. Principales causas de años de vida con discapacidad (AVD) en personas de 70 años o más. México, 1990 y 2010

Hombres						
Núm	Causa	AVD 1990		AVD 2010		% Cambio
		Total	%	Total	%	
1	Diabetes mellitus	17,518	7.7	45,999	10.0	162
2	Lumbalgia	16,855	7.4	36,237	7.9	114
3	Sordera	16,010	7.0	30,712	6.7	92
4	Enfermedad de Alzheimer	10,529	4.6	23,851	5.2	126
5	Osteoartritis	9,638	4.2	21,088	4.6	124
6	Caídas accidentales	10,575	4.6	20,029	4.4	90
7	Hiperplasia benigna de próstata	8,862	3.9	19,247	4.2	116
8	Enfermedad renal crónica	4,819	2.1	15,931	3.5	233
9	Enfermedad isquémica del corazón	6,760	2.9	15,471	3.4	131
10	Enfermedad de Chagas	8,725	3.8	13,905	3.0	60
Mujeres						
Núm	Causa	AVD 1990		AVD 2010		% Cambio
		Total	%	Total	%	
1	Diabetes mellitus	24,440	7.9	58,347	7.5	139
2	Enfermedad de Alzheimer	19,521	6.3	44,597	7.2	128
3	Osteoartritis	20,074	6.5	43,222	6.6	113
4	Lumbalgia	18,783	6.1	39,217	6.1	109
5	Otras enfermedades musculoesqueléticas	17,554	5.7	36,467	5.3	108
6	Sordera	16,816	5.5	31,804	3.6	88
7	Depresión unipolar mayor	12,881	4.2	21,462	3.3	65
8	Anodoncia y pérdida de dientes	20,074	6.5	19,967	3.2	0
9	Enfermedad de Chagas	11,620	3.4	19,190	3.2	64
10	Dolor de cuello	9,100	2.9	18,891	3.1	107

FUENTE: Lozano y colaboradores, 2014.

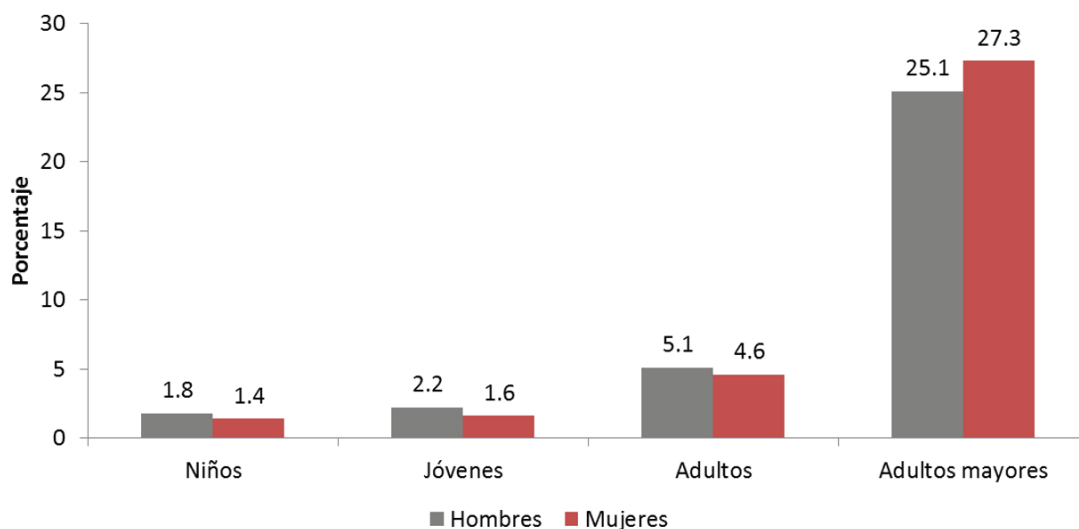
pacidad (AVD) han incrementado sustancialmente –con excepción de la anodonia en mujeres–, especialmente por enfermedad renal crónica en hombres (233%) y por diabetes mellitus en mujeres (139%)²⁴ (cuadro 1).



B | Una de cada cuatro personas mayores tiene limitaciones funcionales

La discapacidad es más frecuente entre las personas mayores que en el resto de la población. No obstante, más de 70% de las personas mayores son funcionales e independientes, lo que les permite llevar a cabo las actividades de la vida diaria con plena autonomía. A diferencia de lo que ocurre en los demás grupos etarios, en la población de 60 años o más de edad son las mujeres quienes muestran la prevalencia más elevada de discapacidad,²⁵ lo cual se debe a una mayor sobrevivencia y a que llegan a esta etapa de la vida en condiciones de salud más precarias que los varones (gráfica 11).

GRÁFICA 11. Prevalencia de discapacidad según sexo y grupos de edad. México, 2010

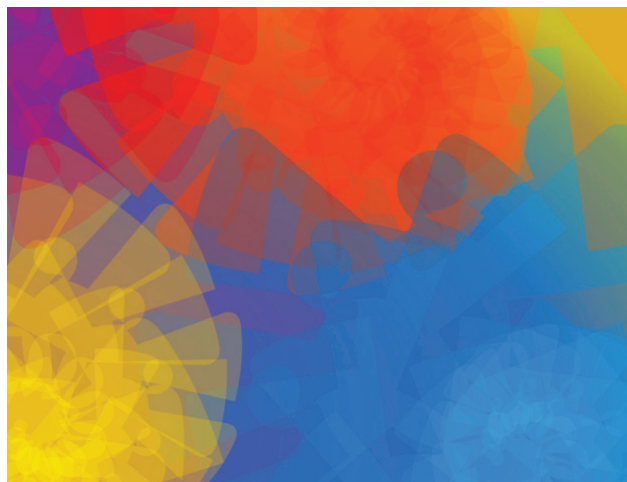


NOTA: En el Censo 2010 la discapacidad se refiere a cuando una persona tiene dificultades para caminar, moverse, subir o bajarse; ver, aun usando lentes; oír, aun usando aparato auditivo; vestirse, bañarse o comer; poner atención o aprender cosas sencillas; o cuando presenta alguna limitación mental.

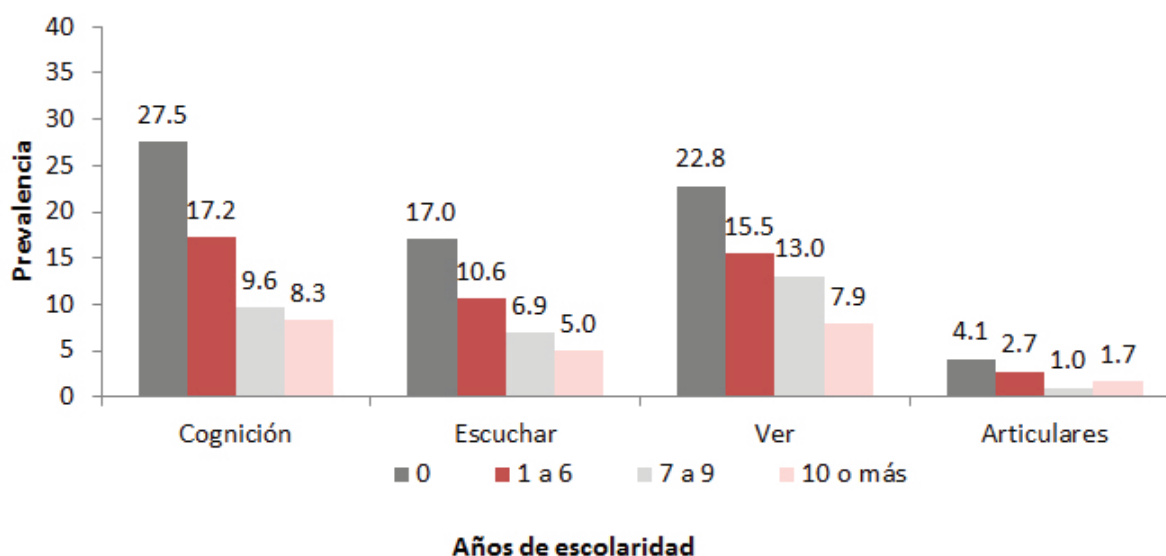
FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

C| Las personas mayores con menor escolaridad tienen mayores limitaciones funcionales

Alrededor de 27% de las personas adultas mayores tienen alguna dificultad para realizar actividades de autocuidado (como caminar, vestirse, bañarse o levantarse de la cama). Las principales limitaciones son articulares (22%), cognitivas (18%) y visuales (16%). Asimismo, las personas sin escolaridad o escolaridad baja tienen más restricciones para llevar a cabo estas funciones (gráfica 12).²⁶



GRÁFICA 12. Limitaciones funcionales de las personas mayores.
México, 2012



FUENTE: Gutiérrez Robledo y colaboradores, 2012.

D Las limitaciones en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se incrementan conforme aumenta la edad

A mayor edad, se presenta una mayor prevalencia y severidad de las dificultades para realizar las actividades básicas (ABVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD). En el país, 26.9% y 24.6% de las personas mayores reporta tener alguna di-

ficultad para ejercer las ABVD y las AIVD, respectivamente. Las principales dificultades para las ABVD son las relacionadas con la movilidad (caminar, 18.4%; acostarse o levantarse de la cama, 15.3%); entre las AIVD son la compra (17.1%) y la preparación de alimentos (10.6%). Las personas de 80 años y más (47.5% en ABVD y 49.1% en AIVD) y las mujeres (29.6% en ABVD y 28.4% en AIVD) son quienes más limitaciones tienen en ambas actividades²⁷ (cuadro 2).



CUADRO 2. Dificultades para realizar ABVD y AIVD en personas de 60 años o más, según subgrupos de edad. México, 2012

Características	Total	Edad (años)			Sexo	
		60-69	70-79	80 o más	Hombre	Mujer
Dificultades para realizar ABVD						
Caminar	18.4	11.5	21.7	34.6	17.6	19.0
Bañarse	12.5	5.7	14.7	30.6	11.2	13.6
Acostarse o levantarse de la cama	15.3	10.1	17.6	28.1	11.8	18.4
Vestirse	13.2	7.7	14.1	29.6	11.2	14.9
Tiene al menos una limitación en ABVD	26.9	18.2	31.0	47.5	23.8	29.6
Dificultades para realizar AIVD						
Preparación de alimentos	10.6	5.3	11.3	26.8	8.5	12.4
Compra de alimentos	17.1	9.7	21.2	33.4	12.4	21.2
Administración de medicamentos	9.9	5.2	9.2	27.0	8.5	11.1
Manejo de dinero	8.1	3.9	7.4	23.6	7.3	8.9
Tiene al menos una limitación en AIVD	24.6	14.8	28.7	49.1	20.3	28.4

FUENTE: Manrique y colaboradores, 2013.

E| Tres de cada cuatro personas mayores con discapacidad enfrentan barreras ambientales para desempeñar sus actividades cotidianas

La mayoría de las personas mayores que presentan algún tipo de limitación física o

mental enfrentan barreras físicas o ambientales que les impiden realizar sus actividades cotidianas, como trabajar, ir al médico o desarrollar tareas lúdicas. Aquellas personas que perciben mayores problemas son hombres, habitantes de zonas rurales, con nueve años o menos de escolaridad, con discapacidad motriz y con discapacidad severa o extrema²⁸ (cuadro 3).

CUADRO 3. Percepción de barreras ambientales de personas mayores con discapacidad. México, 2010

Características sociodemográficas y de salud	Con barreras		Sin barreras	
	N	%	N	%
Sexo				
Hombre	518	55.1	149	38.9
Mujer	422	44.9	234	61.1
Lugar de residencia				
Rural	257	27.3	42	11.0
Urbana	683	72.7	341	89.0
Escolaridad				
9 años o menos	850	91.5	336	89.4
Más de 9 años	79	8.5	40	10.6
Principal dificultad autorreportada				
Mental	9	1.0	22	5.7
Caminar o moverse	732	77.9	168	43.9
Ver	125	13.3	90	23.5
Hablar o comunicarse	10	1.1	19	5.0
Escuchar	58	6.2	69	18.0
Atención y aprendizaje	6	0.6	15	3.9
Severidad de la dificultad				
Leve	58	6.2	61	16.0
Moderada	288	30.6	102	26.7
Severa o extrema	594	63.2	219	57.3

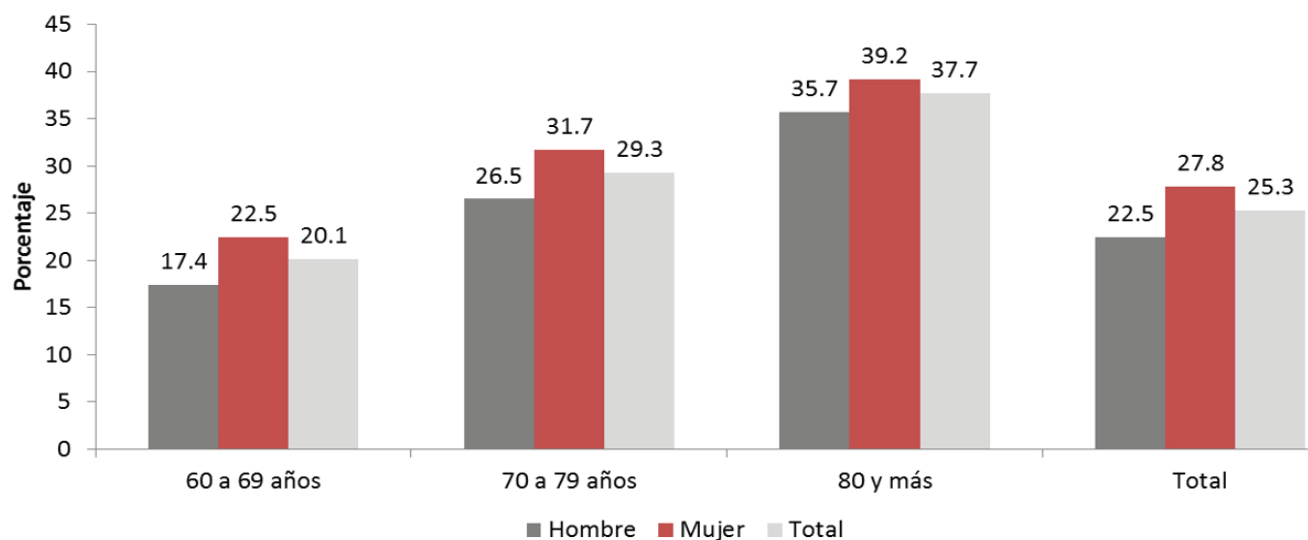
FUENTE: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional sobre Percepción de Discapacidad en Población Mexicana 2010.

F| Una de cada cuatro personas mayores necesita algún apoyo o cuidados dentro del hogar

La necesidad de cuidados dentro del hogar es mayor para las mujeres respecto de los hombres y aumenta con la edad. En 2009, 27.8% de las mujeres y 22.5% de los hombres requirieron de algún apoyo por parte de un miembro del hogar. Mientras que una de cada cinco de las personas mayores necesitan esta ayuda en el grupo de 60 a 69 años, al menos una de cada tres la necesitan a los 80 años (gráfica 13).²⁹



GRÁFICA 13. Porcentaje de población adulta mayor que necesitó cuidados en el hogar por grupo de edad y sexo. México, 2009



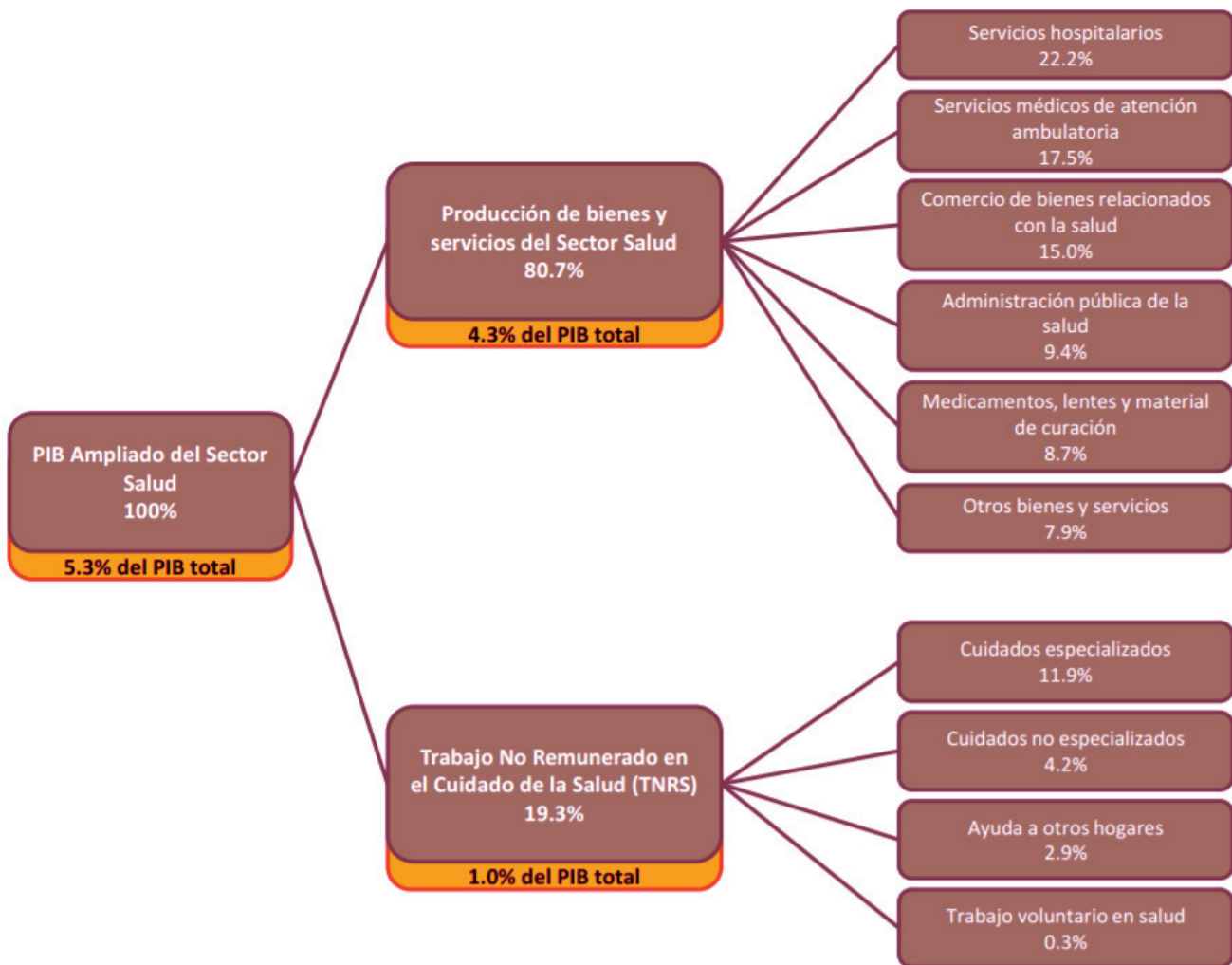
FUENTE: Instituto Nacional de las Mujeres, 2015.

G | El trabajo no remunerado en salud representó 19.3% de la Cuenta Nacional de Salud en 2014

El trabajo no remunerado en salud (TNRS) representa los cuidados que los mexicanos prodigan a sus familiares enfermos y dependientes en el domicilio. El valor monetario del TNRS ascendió a 19.3% del PIB de salud nacional en 2014.

La dimensión del TNRS se puede apreciar también cuando se compara con los servicios formales por nivel de atención. Para el año 2014, los servicios hospitalarios y en el primer nivel de atención a través de atención ambulatoria representan 22.2% y 17.5% del total del PIB, respectivamente, siendo mayor el valor del TNRS (gráfica 14). Una proporción significativa del TNRS corresponde a las personas mayores.³⁰

GRÁFICA 14. Producto interno bruto ampliado del sector salud por tipo de bien y servicio generado, 2014. (Participación porcentual de valores a precios básicos.)



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016.

H 80% del tiempo dedicado al cuidado de las personas mayores dependientes recae sobre las mujeres

Del total de horas que se dedican al cuidado de personas mayores, 80% proviene de las mujeres. Las actividades que más demandan atención son: estar pendiente de la otra persona (31 horas/semana) y dar alguna forma de terapia (22 horas/semana). El número de horas dedicadas al cuidado de personas mayores es notoriamente superior entre el grupo femenino en comparación con el masculino, excepto en el hecho de llevar o acompañar a las personas al médico (cuadro 4). De las 12 814 897 personas que necesitan apoyo (por enfermedad aguda, por padecer alguna enfermedad crónica o por alguna limitación física o mental), 26% tienen más de 60 años de edad. Por otro lado, 57 990 463 reportan dedicar tiempo al cuidado de otros integrantes del hogar, de los cuales 52% son mujeres.²⁹ El cuidado de personas mayores se da en 80% de los casos por miembros cercanos de la familia (esposa o esposo, hijos e hijas), 6% no recibe cuidados de nadie cuando se enferma, y apenas 11% recibe ayuda de otras personas, sean o no sus familiares.³¹

I Un tercio de la población opina que la atención de las personas mayores debe estar a cargo de la familia, mientras que otro tanto considera que es responsabilidad del Estado

Las dos principales fuentes de cuidados en la vejez son la familia y el Estado. En México, se observa una tendencia en la percepción de la población a considerar que el cuidado de las personas mayores es una responsabilidad familiar. Al igual que en otros países, más de un tercio de la población señala que dicha atención debe estar a cargo de la familia y 32% considera que el Estado debe ser el principal garante del cuidado de las personas mayores que lo requieran. Es muy destacable que apenas 11% piensa que la responsabilidad debe recaer en las propias personas mayores, en contraste con las actitudes observadas en países como Corea del Sur, Estados Unidos y Alemania, donde se da mayor valor a la responsabilidad individual³² (gráfica 15).

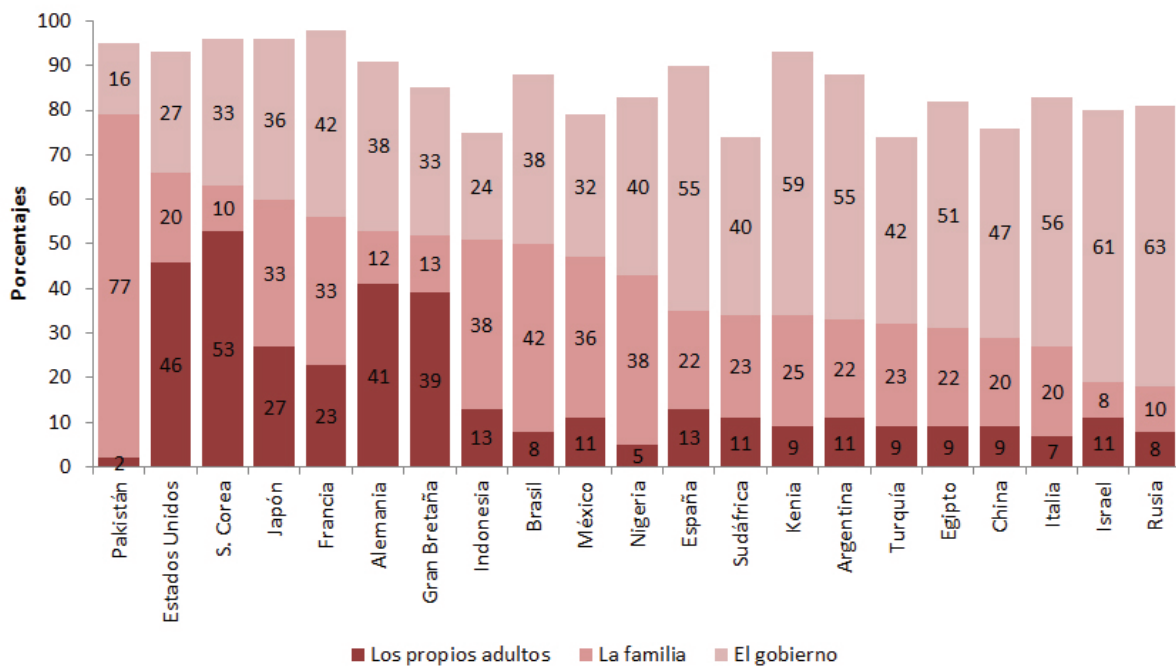
CUADRO 4. Número de personas y tiempo dedicado a apoyar a personas mayores, por tipo de actividad y sexo de la persona que apoya. México, 2009

Actividad	Mujeres				Hombres			
	N	Promedio horas/semana	Total horas	% del tiempo total dedicado a esta actividad	N	Promedio horas/semana	Total horas	% del tiempo total dedicado a esta actividad
Dar de comer	29,740	2.9	87,703	58.7	14,233	4.3	61,802	41.3
Cuidados personales	16,259	5.8	94,162	58.0	5,715	12.0	68,313	42.0
Cuidados a la salud	48,260	3.8	182,457	62.6	27,625	3.9	108,954	37.4
Llevar/Acompañar al médico	12,694	1.5	18,801	29.6	16,118	2.8	44,701	70.4
Dar terapia especial	1,975	21.0	41,475	97.1	1,064	1.2	1,241	2.9
Estar pendiente	53,320	24.1	1,285,810	90.8	19,170	6.8	130,296	9.2
Total	162,248		1,710,408	80.5	83,925		415,307	19.5

FUENTE: López Ortega y Jiménez Bolón, 2014.



GRÁFICA 15. Responsabilidad del cuidado de las personas mayores. Varios países



FUENTE: Pew Research Center, 2014.

HECHO 4 | La insuficiente respuesta del sistema en el marco de la cobertura universal

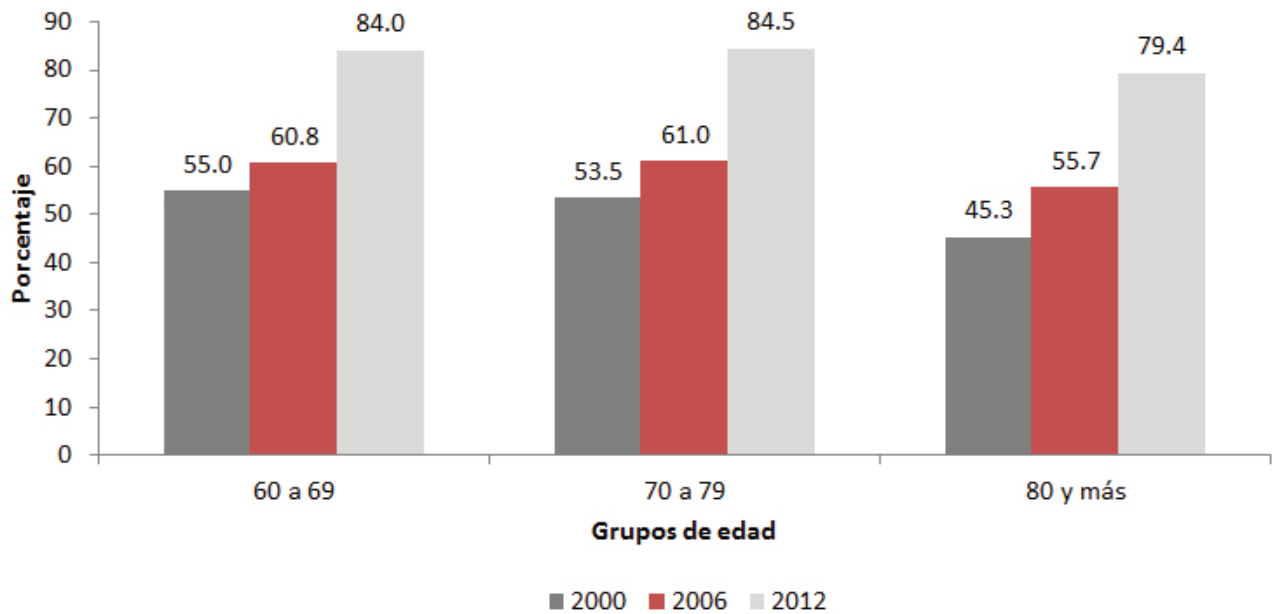
A | En 2012, dos de cada diez personas mayores aún no contaban con afiliación a los servicios de salud

Entre 2000 y 2012, las personas adultas mayores reportaron un aumento significativo en su afiliación a algún servicio médico pasando de 52.9% en 2000 a 60.2% en 2006 y alcanzando 83.3% en 2012, principalmente debido a un incremento en la afiliación al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular). Para este último año, 84.0% entre las personas de 60 a 69 años, 84.5% en la población de 70 a 79 años y 79.4% para los de 80 años o más de edad reportaron estar afiliados³² (gráfica 16). Pese a este incremento, aún no existen programas de atención integrales dirigidos a este grupo de edad, ni un acceso efectivo a los servicios existentes.

B | Una de cada cinco hospitalizaciones de personas entre los 60 y 74 años es potencialmente evitable mediante acciones preventivas y de atención primaria

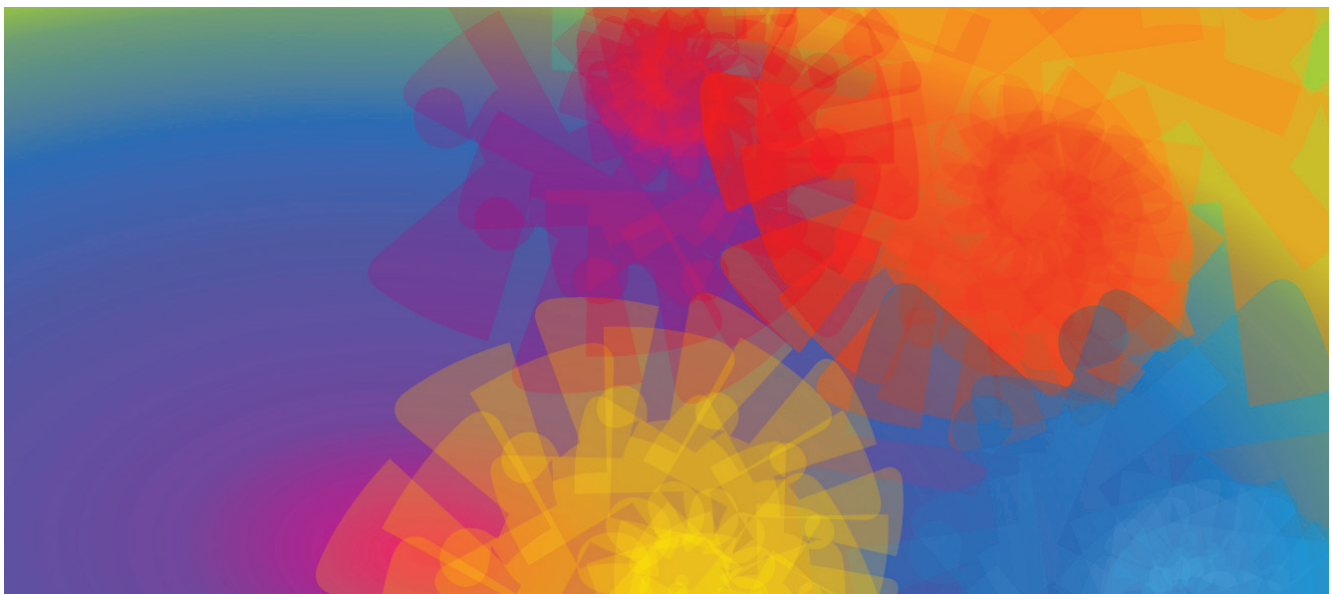
Al menos 23% de la atención hospitalaria de las personas entre 60 y 74 años de edad puede prevenirse mediante acciones como la vacunación, o a través de cuidados primarios en salud; de este porcentaje, 2% terminan en defunciones (3 917 muertes en 2013)¹⁸ (gráfica 17). Se sabe que la vacunación de las personas mayores es una importante estrategia en salud pública, ya que tiene por objetivo prevenir la mortalidad y la morbilidad asociada con infecciones y otras complicaciones en salud.

GRÁFICA 16. Afiliación* a servicios de salud de las personas adultas mayores por subgrupo de edad. México, 2000, 2006 y 2012

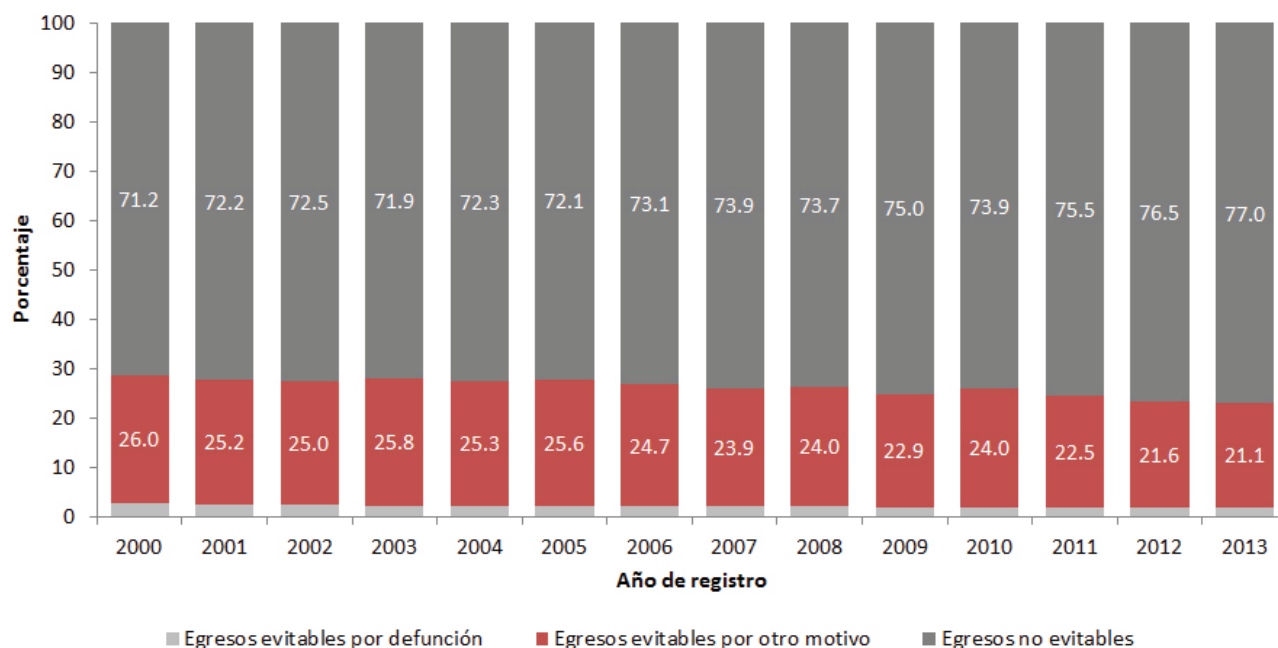


* Cada año se pregunta, para cada integrante del hogar, si al momento de la entrevista está afiliado o inscrito a los servicios médicos de alguna institución de salud y/o seguridad social del país. Es decir, la persona autorreporta su afiliación o la ausencia de la misma.

FUENTE: López Ortega y Valencia, 2015.



GRÁFICA 17. Porcentaje de hospitalizaciones evitables en personas entre los 60 y 74 años de edad. México, 2000-2013



NOTA: Datos calculados sólo para los beneficiarios de la Secretaría de Salud.

Las CSAP se eligieron según criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10° (CIE-10) por los siguientes grupos: enfermedades prevenibles por vacunación y condiciones sensibles, gastroenteritis infecciosa y complicaciones, anemia, deficiencia nutricional, infecciones de oído, nariz y garganta, neumonía bacteriana, asma, enfermedades pulmonares, hipertensión, angina, insuficiencia cardíaca, enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus, epilepsia, infección del riñón y tracto urinario, infecciones de la piel y tejido subcutáneo, enfermedad inflamatoria pélvica y úlcera gastrointestinal.

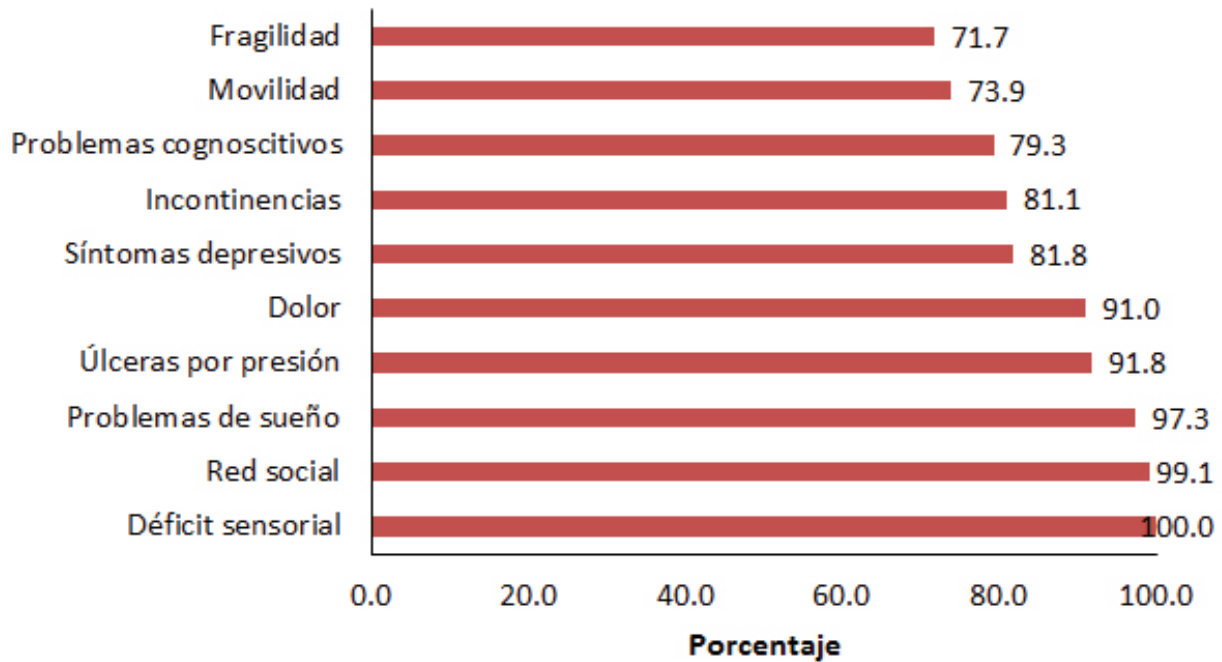
FUENTE: Agudelo Botero y Murillo González, 2015.

C Las condiciones geriátricas que no se modifican o que empeoran durante la hospitalización suelen prolongar la estancia hospitalaria

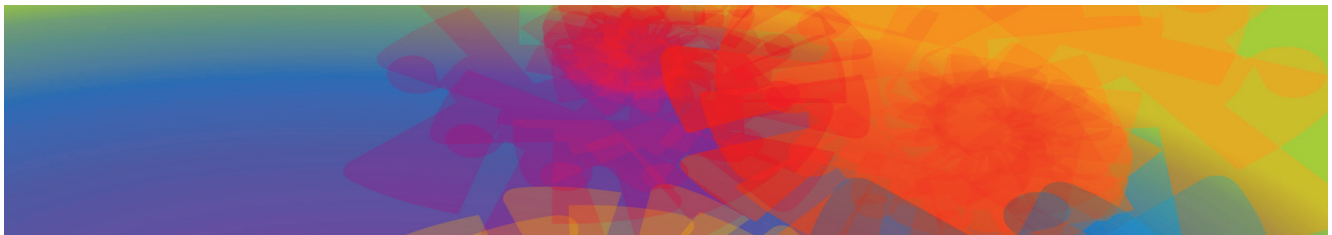
El entorno hospitalario suele ser adverso para las personas mayores frágiles. Esta situación es potencialmente controlable si el abordaje geriátrico multidisciplinario sis-

temático es implementado con una visión de continuidad de los cuidados, minimizando los riesgos y desenlaces negativos en ese contingente. Los síndromes geriátricos –expresión de la fragilidad clínicamente manifiesta– que no se modifican o que empeoran durante la hospitalización suelen prolongar la estancia hospitalaria y ensombrecer el pronóstico funcional de los pacientes (gráfica 18).³⁴

GRÁFICA 18. Condiciones geriátricas que no se modifican o que empeoran durante la hospitalización



FUENTE: Pérez Zepeda, 2015.

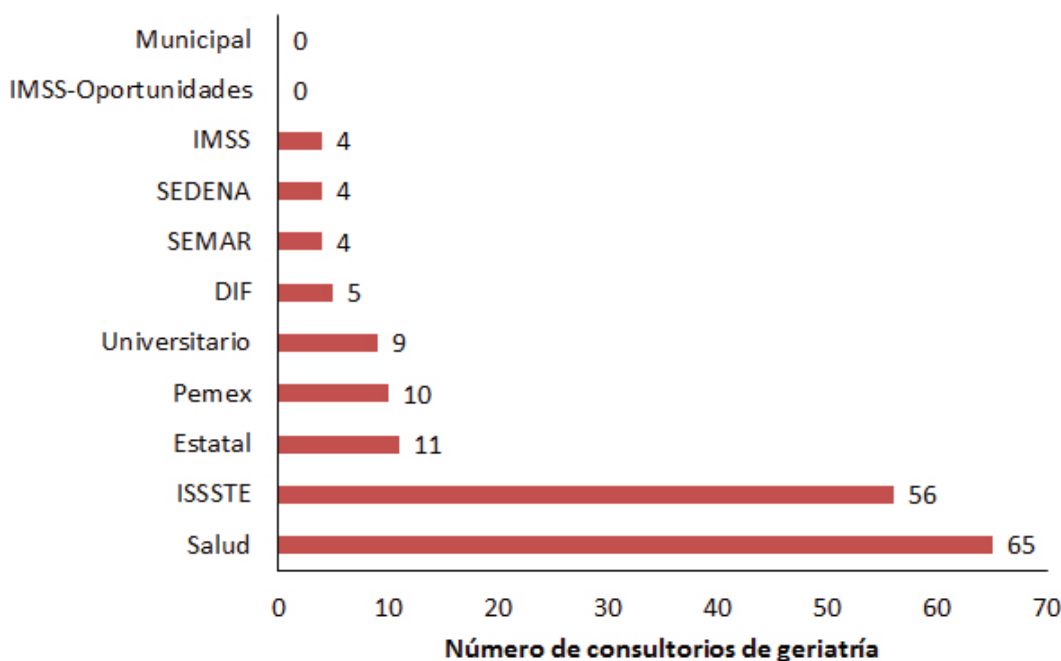


D En las unidades médicas públicas del sector salud sólo se cuenta con 168 consultorios de geriatría

En contraste con la enorme demanda y utilización de servicios de salud por parte de las personas mayores, es notoria la escasa oferta de servicios geriátricos que brinda el sistema público. De los 168 servicios de consulta externa identifica-

dos, 90% se concentran en la Secretaría de Salud y en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), siendo este último el que atiende a la población más envejecida del país. Por lo que toca a los servicios estatales, sólo se registra la existencia de 11 consultorios de geriatría, lo que refleja claramente el escaso desarrollo de estos servicios en las entidades federativas (gráfica 19).³⁵

GRÁFICA 19. Consultorios de geriatría en el sector salud, según institución. México, 2014



FUENTE: Dirección General de Información en Salud, 2015.

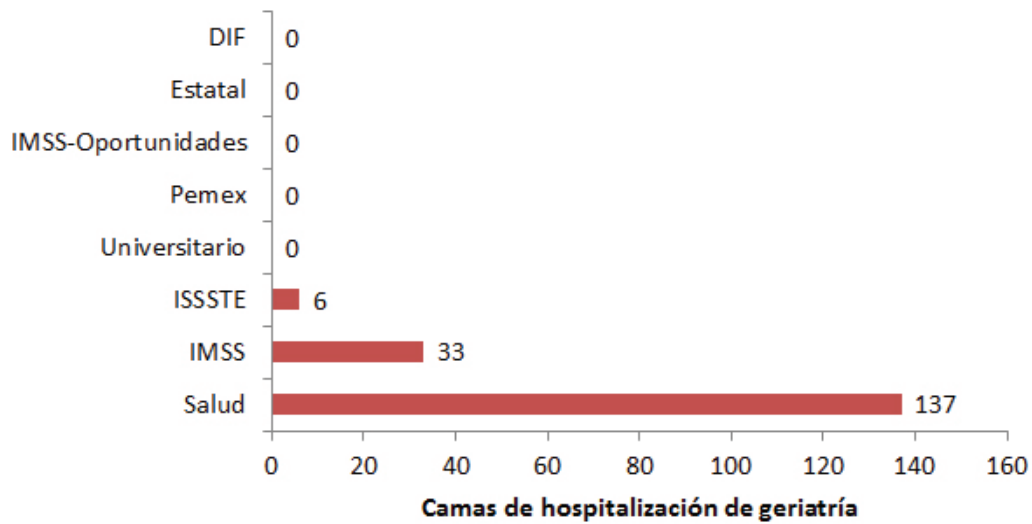
E| En el país sólo se dispone de 176 camas de hospitalización destinadas a geriatría

En las 13 336 unidades hospitalarias del Sistema Nacional de Salud, sólo se dispone de 176 camas de hospitalización destinadas a geriatría, de las cuales 77% se encuentran en los hospitales de la Secretaría de Salud y 18% en el Instituto Mexicano del Seguro Social. De ahí que la calidad de la atención a esta población sea difícil de garantizar (gráfica 20).³⁵

F| El sector salud del país sólo cuenta con 197 geriatras

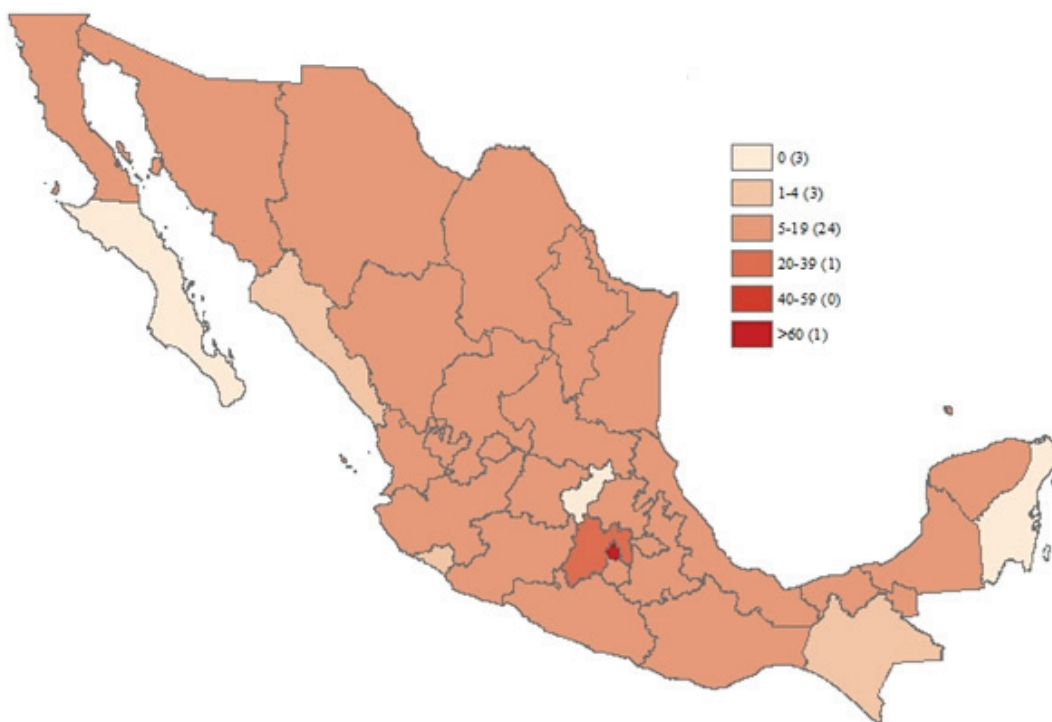
Otro aspecto fundamental a considerar es el insuficiente número de geriatras en el país. Actualmente se identifican 197 geriatras registrados en el sector salud, la mayoría de ellos en la Secretaría de Salud, en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y en algunos estados de la república (gráfica 21).³⁵ Este panorama se encuentra alejado de los indicadores internacionales, y representa una virtual ausencia de servicios especializados y escasa conformación de equipos de trabajo competentes y eficaces.

GRÁFICA 20. Camas de hospitalización de geriatría en el sector salud, según institución. México, 2014



FUENTE: Dirección General de Información en Salud, 2015.

GRÁFICA 21. Médicos geriatras en el sector salud por entidad federativa. México, 2014



FUENTE: Dirección General de Información en Salud, 2015.

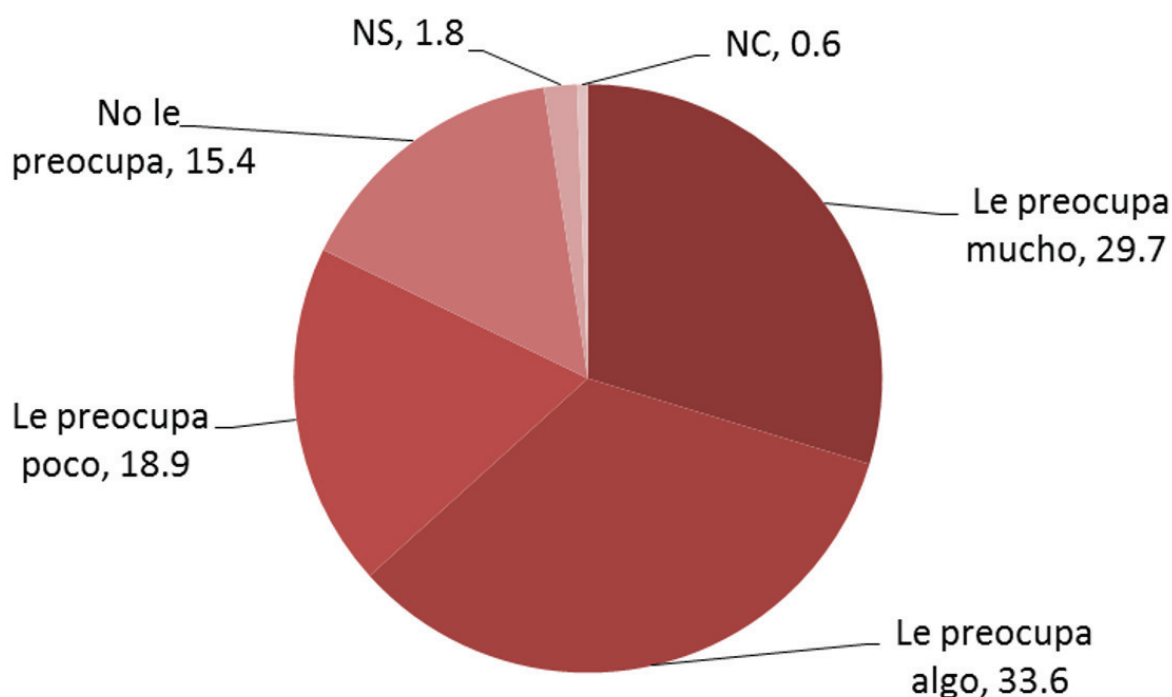
HECHO 5 | Los estereotipos negativos, la discriminación y el maltrato prevalecen a pesar de la nueva realidad del envejecimiento

A | Para seis de cada diez mexicanos, el creciente número de personas mayores es motivo de preocupación

Para 63.3% de los mexicanos, el crecimiento constante de la población mayor genera preocupación (gráfica 22), principalmente por la asociación implícita que se

hace de la vejez con la dependencia en sus distintas formas y ámbitos (familiar, social e institucional) y la necesidad de cuidados por alguna limitación funcional física o mental.³⁶ Esta impresión es matizada, en forma negativa, por la percepción de que la situación de esta población, desde 2010 y hasta la fecha, va de mal en peor (51%).³⁷

GRÁFICA 22. Preocupación de los mexicanos frente al envejecimiento, 2015



NS= no sabe, NC= no contesta.

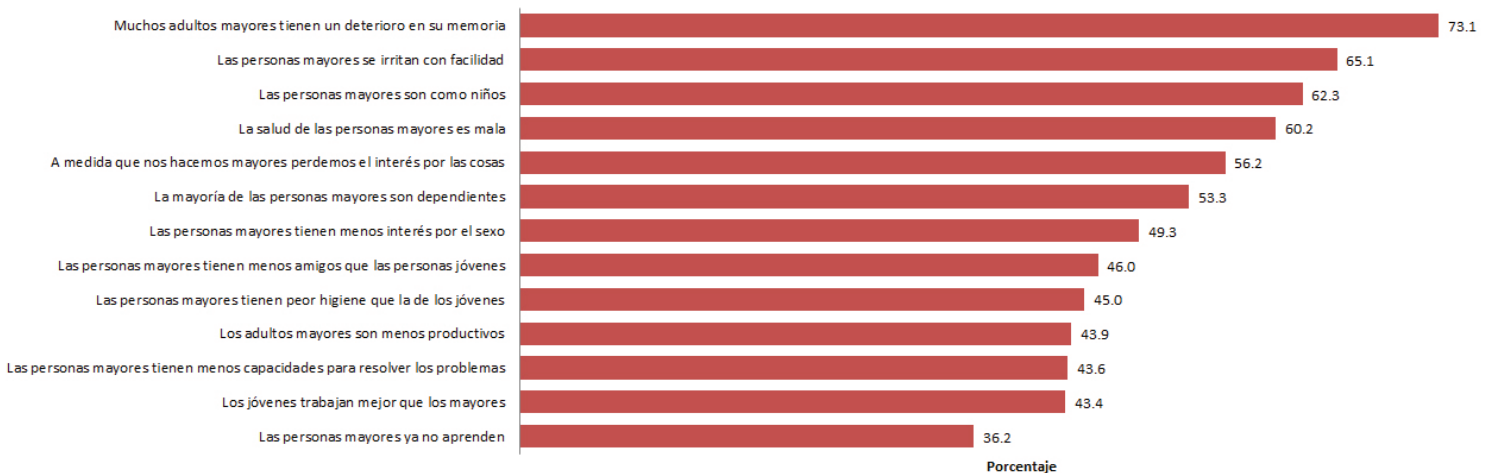
FUENTE: Giraldo Rodríguez, 2015.

B| Prevalece el estereotipo de las personas mayores como sujetos con pobre capacidad física y mental, fácilmente irritables, pueriles e improductivos

Los estereotipos que prevalecen en la percepción de la población no corresponden a la realidad observada de las personas mayores. Los estereotipos negativos respecto a las personas mayores propician las más variadas formas de discriminación por

edad, la exclusión y el aislamiento social, lo que abona en detrimento de su bienestar físico y emocional. Estas actitudes discriminatorias son el resultado de los estereotipos que ignoran la diferencia individual, la amplitud de la contribución, la utilidad social y la rica diversidad que caracteriza a las personas de este grupo etario. Los estereotipos más comunes son aquellos que atañen al deterioro de la salud mental y física, así como a aspectos relacionados con la personalidad de la persona adulta mayor³⁶ (gráfica 23).

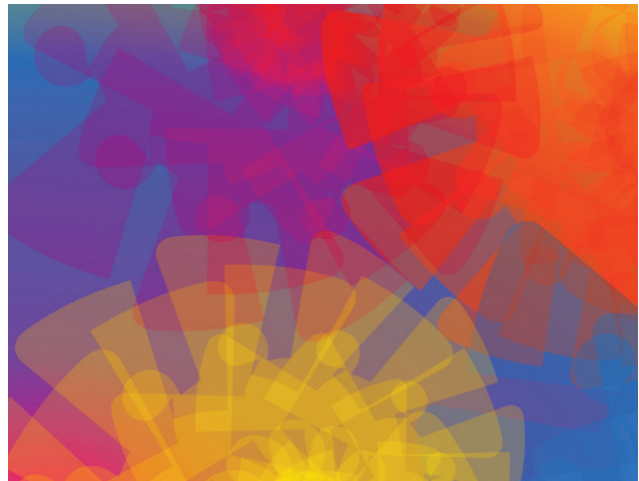
GRÁFICA 23. Estereotipos sobre las personas mayores en México, 2015



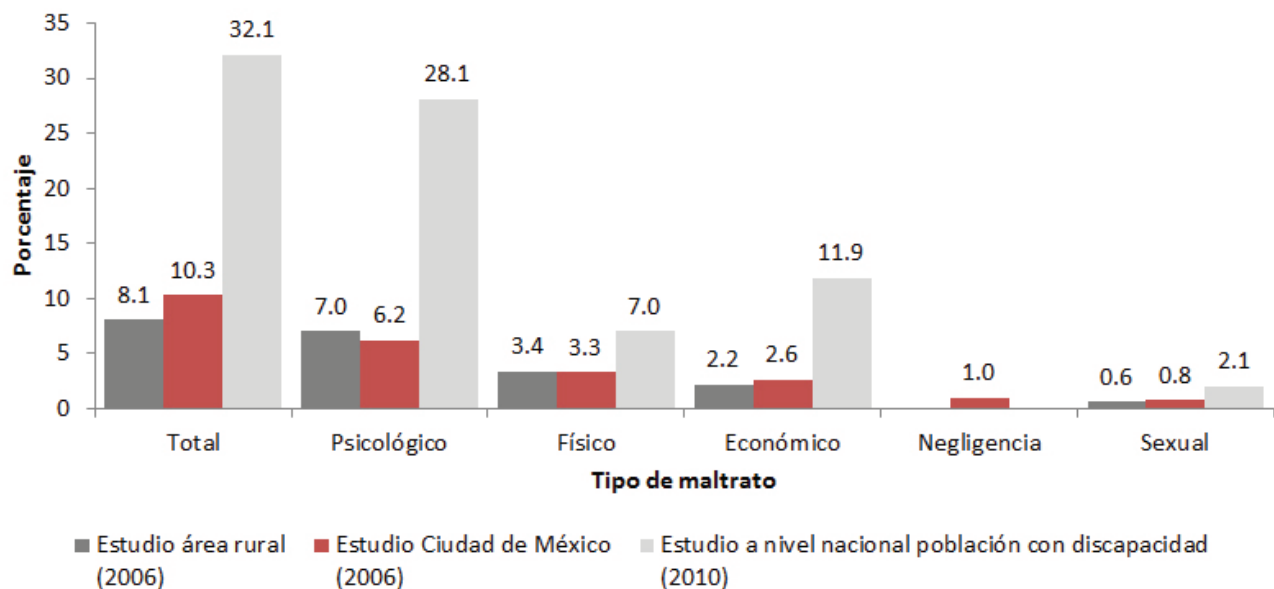
FUENTE: Giraldo Rodríguez, 2015.

C| El maltrato afecta a una de cada diez personas mayores y su prevalencia se triplica entre los mayores con discapacidad

El maltrato a las personas mayores es un grave problema de salud pública y de derechos humanos que requiere la mayor atención, pues cada año afecta a millones de mexicanos que se encuentran en esta etapa de la vida. En un período de un año, la prevalencia del maltrato hacia personas mayores fue de 10.3% y afectó hasta a 32% de las personas mayores con discapacidad (gráfica 24). El maltrato psicológico es el más común, seguido del físico y del abuso económico. El maltrato en el ámbito familiar es un problema frecuente en México y con graves consecuencias para la salud y el bienestar de las personas mayores.³⁸



GRÁFICA 24. Prevalencia del maltrato a las personas mayores. México, varios años



FUENTE: Giraldo Rodríguez, 2015.



D| Más de 90% de las personas mayores contribuyen por medio de alguna actividad no remunerada al bienestar de los hogares mexicanos

La realidad del envejecimiento en México comprende también una faceta positiva. Aunque algunas personas mayores necesitan de ayuda y cuidados, destaca que la casi totalidad de las personas mayores contribuye de manera muy importante al trabajo no remunerado dentro de los hogares. Las mujeres aportan apoyo principalmente en la preparación y servicio de alimentos (87.5%), mientras que los hombres lo hacen en la administración del hogar (61.7%) (cuadro 5). Por otro lado, una tercera parte de la población adulta mayor participa aún en el mercado laboral, con marcadas diferencias entre mujeres y hombres, 19.4% de ellas y 50.8% de ellos.²⁹

CUADRO 5. Promedio de horas y tasa de actividad en actividades seleccionadas de la población de 60 años o más. México, 2009

Actividad seleccionada	Promedio de horas			Tasa de actividad		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Trabajo doméstico no remunerado	36.0	15.4	26.6	94.6	91.8	93.3
Preparación y servicios de alimentos para los integrantes del hogar	16.3	5.9	13.1	87.5	46.4	68.5
Limpieza de la vivienda	9.5	4.2	7.5	80.2	58.3	70.1
Cuidado de la ropa	4.5	1.6	3.7	79.4	39.1	60.8
Compras para los integrantes del hogar	2.7	2.4	2.6	56.1	44.4	50.7
Administración del hogar	1.2	1.3	1.2	56.4	61.7	58.9
Pagos y trámites de los integrantes del hogar	1.2	1.3	1.2	13.8	21.7	17.4
Mantenimiento, instalación	3.0	3.0	3.0	3.5	23.0	12.6
Cuidados a integrantes del hogar que tienen alguna enfermedad crónica que requiere de cuidado especial o continuo	7.5	6.5	7.1	3.8	2.9	3.4
Cuidado de personas con limitaciones físicas o mentales*	11.8	9.9	11.1	2.5	1.8	2.2
Cuidados a integrantes del hogar que necesitan apoyo	8.5	7.6	8.1	7.1	5.7	6.5

FUENTE: Instituto Nacional de las Mujeres, 2015.

De cómo un contexto desfavorable y la carga de la enfermedad comprometen el futuro del envejecimiento

En esta sección se vuelve la mirada al marco de referencia y se dirige el interés hacia diversos factores que impulsan el deterioro al envejecer. Se dedica especial atención a la interacción entre capacidad intrínseca y contexto, así como al papel que juegan la fragilidad y el deterioro del estado mental para obstaculizar el envejecimiento saludable y deteriorar la calidad de vida al enfermar y al envejecer.

El contexto desfavorable tiene una fuerte influencia en la salud. Los determinantes económicos y sociales, el lugar y las características del entorno influyen en las oportunidades que tendrán las personas para mantener la salud y, en caso de perderla, de tener acceso a los servicios necesarios para su recuperación. La relevancia tanto de la capacidad intrínseca como del contexto como impulsores del envejecimiento saludable lleva a la pregunta sobre la im-

portancia relativa de cada factor. La respuesta depende fuertemente del contexto, pero una descomposición simple de las diferencias entre quienes envejecen sanos y quienes se fragilizan al envejecer revela la influencia determinante de un contexto adverso, como ocurre en el caso de la experiencia adversa de la admisión hospitalaria de una persona frágil y vulnerable. Apoyar a personas frágiles individuales con acciones de prevención es necesario, pero puede ser insuficiente si el contexto habilitador no les ofrece el margen requerido para que se ejerza la mermada capacidad intrínseca. Sin un buen contexto, es posible que las consecuencias de la fragilidad prevalezcan, ya que las personas no estarán en posibilidad de ejercer su capacidad intrínseca con eficacia. Por consiguiente, para ser eficaces, las políticas ambiental, social y de salud han de ir de la mano. Pero, ¿qué significa el contexto exactamente?

Hasta ahora se ha asociado con servicios, pero es mucho más que eso. Todos los factores externos que influyen en el mantenimiento de la capacidad intrínseca a través del curso de vida deben ser considerados como parte del contexto. Si bien es cierto que tales factores son numerosos para ser examinados en su totalidad, en este reporte se analizan dos de ellos por su relevancia; el primero es el papel de las instituciones de salud y el segundo es la falta de apoyos para el principal riesgo no asegurado: la dependencia.

El tipo y la calidad de los servicios ofrecidos por las instituciones tienen un fuerte impacto sobre el bienestar en general y en la salud al envejecer en particular. Para las personas mayores es más fácil preservar la capacidad intrínseca y la salud si sus voces son escuchadas y si, atendiendo a su contexto, sus necesidades específicas son tomadas en cuenta. Para reconocer y atender oportunamente esas necesidades, los servicios en el nivel local tienen que estar dotados de profesionales calificados, cuyo desempeño facilite la atención de las personas mayores y no represente obstáculos adicionales. El punto de partida ha de ser un nuevo modelo de atención, centrado en la persona, que reconozca a los ciudadanos de mayor edad y a sus peculiares necesidades, al tiempo que apunte los esfuerzos para ofrecer igualdad de oportunidades a esta población para preservar o recuperar su salud, independientemente de su situación de desventaja, adaptando el sistema

de salud a las nuevas necesidades de las personas mayores. Pero un buen modelo de atención no es suficiente. Para ser eficaces y apoyar a las personas de edad avanzada, las instituciones de salud tienen que funcionar bien en al menos tres niveles. Primero, han de tener la capacidad suficiente para hacer realidad el derecho al acceso a los servicios de salud. Segundo, deben tener capacidad operativa para brindar un servicio eficaz, oportuno y de calidad. Finalmente, los procesos institucionales tienen que ser diáfanos y ceñirse a normas claras y procedimientos estándares que garanticen la calidad. El tema de la capacidad no puede ser subestimado. Los programas de salud a menudo tienen un impacto subóptimo debido a que se instauran en unidades donde la capacidad para operar los programas es poco eficiente. A esto se suman las ausencias de estrategias preventivas y de atención a la salud, pensadas sobre todo para proteger a las personas mayores frágiles y vulnerables, particularmente de los riesgos inherentes al proceso de atención, especialmente en el ámbito hospitalario.

Las personas mayores en México enfrentan niveles desproporcionados de riesgos no asegurados. En primer lugar, porque tienen una menor probabilidad de estar afiliados a la seguridad social y, por ende, menor probabilidad de ser beneficiarios de una pensión formal. Pero también, en virtud de la ausencia de alguna forma de aseguramiento y ahorros capitalizados, las crisis de salud pueden tener implicaciones a

FIGURA 3. Proceso de fragilización y discapacidad



FUENTE: Elaboración propia.



largo plazo, máxime si son recurrentes, y particularmente cuando generan discapacidad. A la pérdida de la salud se suma el empobrecimiento crónico y la necesidad de cuidados, que conlleva la dependencia de terceros, incluso para la supervivencia. La ausencia de un sistema nacional de cuidados de largo plazo expone a las personas mayores dependientes y a sus familias a gastos catastróficos.

El cambio demográfico, la involución de las familias y la carga de los cuidados, que desproporcionadamente recae sobre las mujeres, comprometen en el corto plazo el bienestar de las personas mayores, en particular de aquellas ya dependientes y de sus familias.

El verdadero reto del envejecimiento lo constituyen la discapacidad y la consecuente dependencia. Sin embargo, el hecho de envejecer es sólo parcialmente responsable de ellas; en su génesis, la fragilidad, la enfermedad y el contexto, a través de los determinantes económicos y sociales, pesan más (figura 3). Desde una perspectiva de curso de vida, sin duda la fragilidad y la carga de la enfermedad son determinantes, y a futuro es especialmente inquietante esta última, sobre todo por el incremento que se observa ya en la prevalencia de las principales condiciones discapacitantes —la diabetes en particular— entre los mexicanos en edad media de la vida.

La salud mental adversa es una importante barrera para el envejecimiento saludable. Se trata de una relación bidireccional, pues el deterioro cognitivo y/o la depresión deterioran la salud física y, a su vez, el deterioro de la salud física agrava y acelera la progresión hacia la dependencia. El deterioro de la salud mental al envejecer propicia el desapego a las recomendaciones terapéuticas y disminuye la probabilidad de

acceso oportuno a los servicios de salud; además, conlleva desenlaces desfavorables, sobre todo cuando no es reconocida oportunamente. Las normas sociales y los pares pueden influir también en el estado mental, las conductas y las aspiraciones. Las personas que describen un mayor nivel de bienestar subjetivo tienen mejores desenlaces de salud.

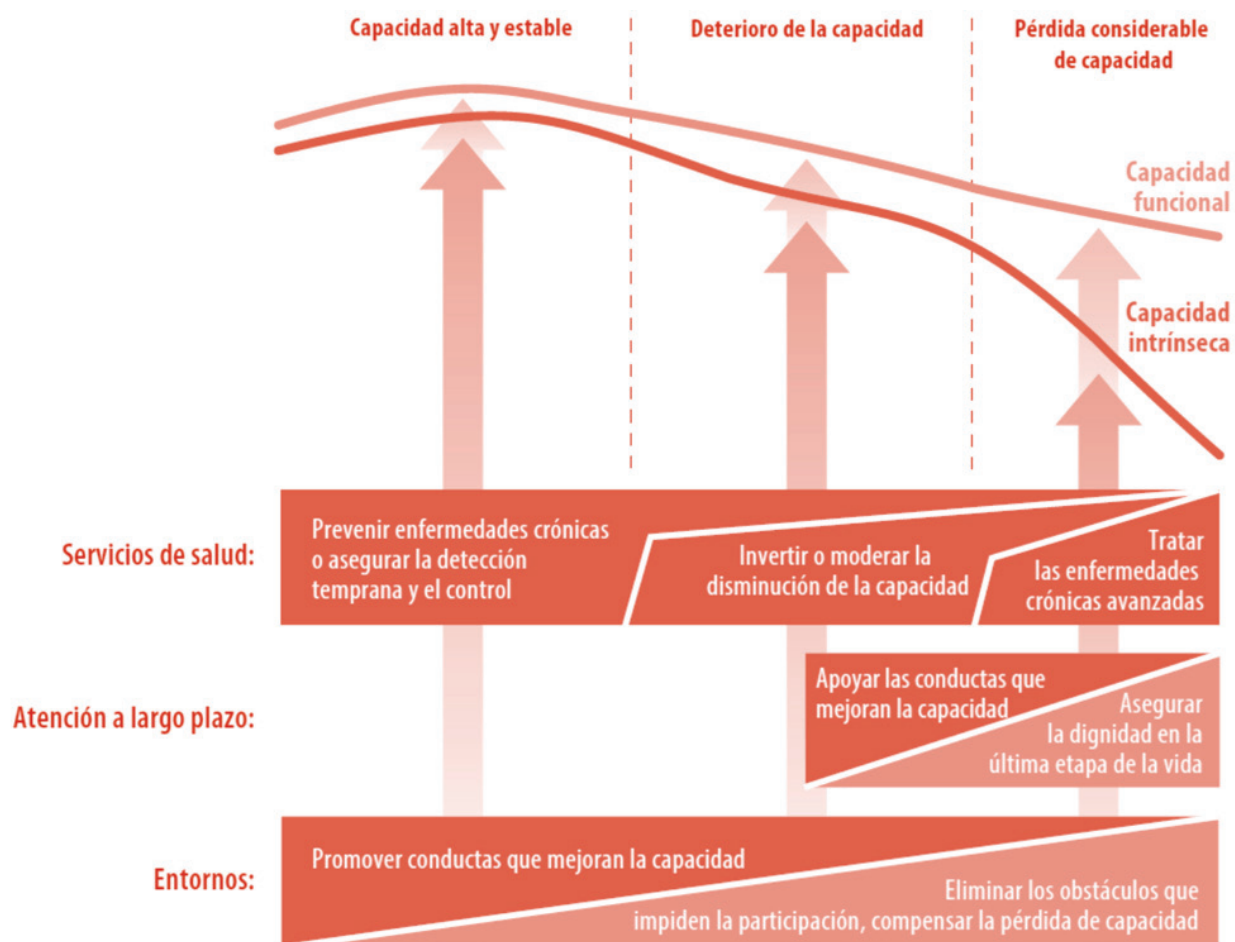
Del diagnóstico a las políticas públicas: elementos de diseño para propiciar el envejecimiento saludable

El envejecimiento es un fenómeno complejo, intrínseco a una idiosincrasia propia y, como tal, no hay estrategia unívoca para abordarlo de manera eficiente. Las políticas públicas han de ser coherentes con las expectativas sociales, las visiones políticas de la sociedad, la asignación presupuestal, las capacidades y el entorno institucional general, lo cual debe incluir a los programas ya existentes. Además, la coherencia en el necesario abordaje intersectorial debe partir del reconocimiento de la transversalidad del tema.

Desde la perspectiva de la salud pública, el abordaje del envejecimiento saludable deberá considerar acciones en tres ejes: servicios de salud, atención a largo plazo y entornos. Tales intervenciones están diseñadas según el periodo en el que se encuentre el individuo respecto a su capacidad funcional e intrínseca. Así, para las personas con niveles altos y estables de capacidad

intrínseca, las estrategias deben centrarse en fomentar esta capacidad el mayor tiempo posible, a través de la detección y control de enfermedades y factores de riesgo, así como proporcionar espacios seguros y agradables para el desarrollo de las actividades físicas. Para el segmento de la población que se encuentre en la siguiente etapa, es decir, con algún deterioro de sus capacidades, se necesitan servicios que ayuden a detener, moderar o revertir esta condición, al tiempo que se deberá ampliar el entorno en la facilitación de la capacidad funcional, en la medida en que ésta disminuye. Finalmente, las personas que tienen pérdidas significativas de la capacidad, las intervenciones en salud públicas deberán enfocarse en los sistemas de atención a largo plazo, acorde con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana para que se lleven a cabo las tareas básicas que aseguren su bienestar (figura 4).

FIGURA 4. Marco de salud pública para el envejecimiento saludable



FUENTE: OMS, 2015.

Por otra parte, dada la complejidad y las especificidades regionales del diseño político y programático, a continuación se proponen algunos elementos relacionados con el diseño de políticas públicas en beneficio de las personas mayores, a partir del reporte de Envejecimiento y salud de la OMS y de la evidencia recabada para México en el presente reporte.

Los hechos descritos en este texto plantean oportunidades y retos, en particular la necesidad de crear políticas públicas efi-

caces e incluyentes que tengan en cuenta la gran diversidad de la población y los ambientes que forman su contexto de vida, los cuales modelan y determinan la diversidad de las trayectorias de envejecimiento. Bajo esta perspectiva, se hace imperioso reforzar y materializar prácticas que verdaderamente se traduzcan en el ejercicio de los derechos, la preservación de la autonomía y que, además, incluyan un enfoque de género, la búsqueda de la equidad y la solidaridad intergeneracional.

Para México, son cuatro los principales retos identificados en el ámbito de la salud para lograr un envejecimiento saludable:

- Mitigar el impacto de la carga de la enfermedad crónica
- Prevenir y detectar oportunamente la fragilidad
- Prevenir la dependencia
- Desarrollar un contexto habilitador

Por otra parte, son numerosas las oportunidades, entre ellas:

Avanzar en la reducción de la mortalidad prematura y la pérdida de años de vida saludable a todas edades, particularmente mitigando los determinantes que resultan del déficit social y las desigualdades económicas y sociales, ya que conforman una fuente aún muy significativa de rezago de la esperanza de vida en salud.

Construir sobre la base del programa de acción para la promoción del envejecimiento saludable, con énfasis en la preservación de la capacidad intrínseca, la funcionalidad y la calidad de vida al envejecer.

Formular un nuevo modelo de atención geriátrica a través de servicios integrados médicos y sociales con base en la comunidad, que tome en cuenta las especificidades locales, de género y de capacidad intrínseca, y que contribuya a la preservación de la autonomía de la persona adulta mayor o, en su caso, posibilite la atención de la dependencia funcional preservando la calidad de vida.

A su vez, la Estrategia Global y el Plan de Acción sobre Envejecimiento y Salud (2016-2020) de la OMS³⁹ propone trabajar en cinco objetivos estratégicos, a saber:

- Fomentar el envejecimiento saludable
- Alinear el sistema de salud a las necesidades de las personas mayores
- Desarrollar un sistema nacional de cuidados de largo plazo
- Crear, en todo nivel, entornos amigables con las personas mayores
- Mejorar la medición, el seguimiento y la comprensión del envejecimiento saludable

Si bien esta propuesta de la OMS es una primera aproximación de lo que habrá de hacerse en adelante, es un ejercicio inicial al que es convidado México, al igual que todos los países miembros, independientemente de su nivel de desarrollo económico, con el fin de identificar lo que se ha hecho y lo que falta por desarrollar para lograr el envejecimiento saludable en cada nación. El orden en el que están propuestas las estrategias es aleatorio e implica la consideración de los avances y limitaciones en cada una de ellas, estableciendo prioridades según las particularidades locales.

En México, el trabajo previamente efectuado por el Instituto Nacional de Geriátría, en conjunto con la Universidad Nacional Autónoma de México y la Academia Nacional de Medicina, condujo en 2012, a la propuesta de un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud, adaptado al contex-

to nacional. A continuación se presentan sus cinco líneas estratégicas, revisadas y actualizadas a la luz de la propuesta de la OMS:

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: Adecuar el Sistema Nacional de Salud en función de los retos asociados al envejecimiento poblacional y las nuevas necesidades de atención de las personas mayores.

En el caso mexicano, un primer punto a destacar es la rapidez y la magnitud del crecimiento de la población mayor, fenómeno demográfico irreversible con una tendencia creciente que se mantendrá hasta el año 2050. Sin embargo, el hecho de que se incremente su número no necesariamente implica que las demandas y necesidades hayan de aumentar linealmente, ya que se observa una tendencia a la compresión de la morbilidad, es decir, la gente envejece no sólo cada vez más tarde, sino que lo hace en mejor estado. Actualmente, una parte creciente de estas personas es independiente, en términos económicos, sociales y de salud, y muchas no harán uso intensivo de los servicios de salud.¹⁵ Se sabe, incluso, que las personas mayores sanas en México consumen menos recursos que los adultos en edad media en igual situación de salud.³⁹ El perfil de morbilidad de la población mexicana en edad media de la vida al día de hoy hace temer que aunque gran parte de las personas mayores no arribará a la vejez con limitaciones funcionales o mentales, algunos presentarán ya algún tipo de discapacidad de inicio temprano.

Frente a esta situación, las intervenciones tendrían que dirigirse principalmente a la prevención y, subsecuentemente, a diferir o mitigar la aparición de la dependencia que mina la autonomía y traslada la responsabilidad del cuidado de forma casi exclusiva al núcleo familiar.

Frente a esta evidencia, es claro que para garantizar una vejez con el mayor nivel de bienestar posible se requiere de la promoción de estilos de vida saludables con una visión de curso de vida y del desarrollo de ambientes físicos que aseguren la inclusión y participación de todas las personas, al margen de sus capacidades funcionales. Indudablemente, esto tendrá que ir de la mano de mayores oportunidades económicas y sociales que propicien el adecuado desarrollo personal y colectivo, además de mejorar el acceso a servicios de salud oportunos, eficaces y de calidad.

Una respuesta política integral de envejecimiento saludable debe reconocer también las necesidades y derechos de las personas con disminuciones significativas en la capacidad intrínseca y funcional; de ahí que sea menester desarrollar un sistema nacional de cuidados de largo plazo.

Es preciso desarrollar un programa de salud de la persona mayor basado en la atención primaria con un enfoque de curso de vida y con intervenciones diferenciadas en razón de la capacidad intrínseca, para las personas mayores sanas, para las frágiles y para aquellas en situación de dependencia funcional; ello permitirá desarrollar las intervenciones preventivas y terapéuti-

cas necesarias para asegurar un envejecimiento saludable.

Lo anterior llevará a responder mejor a las condiciones de salud prevalentes. Es notoria la carga de morbilidad que representan aún las enfermedades isquémicas del corazón y la diabetes mellitus, y, consecuentemente, la mortalidad asociada. No obstante, entre esta población aún coexisten enfermedades transmisibles (como las infecciones respiratorias agudas bajas y la desnutrición) que, junto con los padecimientos mentales, configuran un perfil de salud complejo que requiere de una atención integral y multidisciplinaria.¹⁸ La gran mayoría de estas afecciones son prevenibles o tratables y pueden contribuir de manera significativa a la disminución de la pérdida de años de vida por mortalidad o discapacidad. Un énfasis especial merecen aquellos trastornos que no aparecen sino recientemente entre las principales causas de morbilidad y mortalidad, pero que ya manifiestan un incremento sostenido en los últimos años, con una fuerte asociación con la discapacidad de inicio tardío, entre los que destacan las afecciones músculo-esqueléticas (osteoporosis, sarcopenia, osteoartritis), deterioro sensorial auditivo y visual, enfermedad de Alzheimer, depresión y caídas accidentales, entre otros.²⁴

En todo este panorama, el sistema de salud juega un papel preponderante en el que resta mucho por mejorar y avanzar. Como se mostró previamente, la cobertura de afiliación a los servicios de salud ha aumentado progresivamente a lo largo

de los años, aunque los paquetes asistenciales se han restringido al primer nivel de atención (con una limitada oferta de servicios), mientras que el acceso de las personas mayores a los servicios integrales especializados es mucho menor. El sistema de salud debe, entonces, dirigirse hacia el desarrollo de un nuevo modelo de atención, centrado en la persona y comenzando por el nivel primario y alineado a las necesidades de las personas mayores, sobre todo en las localidades donde, en general, los servicios son más precarios o escasos, por ejemplo, en las zonas rurales, donde se ha visto que este grupo está más envejecido que en las zonas urbanas.²⁹

Las instituciones encargadas de velar por la atención de esta población adolecen de una visión integral sobre la situación de salud de las personas mayores¹⁹ y suelen desconocer cómo responder a sus peculiares necesidades diagnósticas y terapéuticas. A ello se suma la falta de personal capacitado (concretamente del área geriátrica), infraestructura en unidades ambulatorias y hospitalarias inadecuadas para la atención de personas mayores y financiamiento insuficiente, entre otros factores. Se ha demostrado³⁸ que la atención multidimensional de la salud de las personas mayores es más eficaz que los servicios enfocados a enfermedades específicas. Además, los altos costos financieros que se adjudican a las personas mayores se podrán mitigar si el sistema de salud provee respuestas más eficientes para su atención.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: Formar y capacitar a las personas necesarias para satisfacer las necesidades de atención de 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 ello, los trabajadores del sector requieren de nuevas competencias que les permitan responder a los requerimientos de atención de los diversos grupos de personas adultas mayores (sanas, frágiles y dependientes). Por otra parte, los estándares internacionales marcados por la Asociación Geriátrica Británica recomiendan un geriatra por cada 50 000 habitantes y la Asociación Americana de Geriátrica recomienda un geriatra por cada 2 000 adultos mayores; en México, según el Consejo Mexicano de Geriátrica, se cuenta, hasta febrero de 2016, con 630 médicos especialistas certificados, de los cuales sólo 197 trabajan en el sector público. Es decir que, considerando las recomendaciones más conservadoras de la Sociedad Británica de Geriátrica, requeriríamos formar entre 2015 y 2025 alrededor de 2 000 geriatras; es decir, aproximadamente 201 especialistas por año. Este año se alcanzó una cifra muy superior a lo habitual: 84 especialistas en lugar de los 20 en promedio que se forman desde 1988, cuando se abrió el primer curso de especialidad, pero la cifra aún está muy por debajo de las necesidades.

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

El envejecimiento exige eficiencia, efectividad y calidad a las instituciones, los sistemas y los servicios de salud. Abordar este reto requiere que las instituciones académicas y de investigación asuman un papel activo en la producción de nuevo conocimiento y evidencia que informen las decisiones relacionadas con la salud de las personas mayores. Los mecanismos de información adecuados y sus productos permitirán el monitoreo, la evaluación y supervisión, así como la adecuación de planes y estrategias. Si bien contamos con datos que nos permiten conocer muchas de las dimensiones sociales y de salud de las personas mayores, queda aún por generar, desde el marco del envejecimiento saludable, evidencias sobre aspectos como la percepción de bienestar subjetivo, el grado de satisfacción con la vida, el efecto de ésta en la salud, la realización individual y su interacción con la capacidad funcional, la capacidad intrínseca y el entorno. Lo que no se mide no se mejora y, en última instancia, ni siquiera existe. Afortunadamente, en el caso mexicano tenemos muchos datos objetivos, pero adolecemos aún de indicadores y en particular de indicadores de interés nacional relativos al envejecimiento. La información que en adelante se produzca deberá considerar la desagregación por regiones, estados, cohortes,

subgrupos de edad, grupos vulnerables (por ejemplo, indígenas y habitantes de áreas rurales) y, de manera muy importante, por nivel socioeconómico.⁴⁰ Los indicadores nacionales, aunque relevantes, no permiten aún poner en clara evidencia las profundas desigualdades que persisten entre los diferentes subconjuntos de personas mayores, ocultando con frecuencia los problemas concretos y las necesidades específicas de los grupos sociales más vulnerables.

A partir de la base de información acumulada, en el Instituto Nacional de Geriátría hemos de seguir contribuyendo al desarrollo de nuestro sistema de información en salud y envejecimiento, con la introducción de nuevos indicadores y un mayor refinamiento en el análisis de los datos. Así se pondrán de relieve las necesidades hasta hoy ocultas de este creciente grupo de edad que pronto será el principal cliente de los servicios de atención a la salud. La riqueza y el interés de esta información ha sido destacada en una reciente publicación conjunta del INGER con la Academia Nacional de Medicina y la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos, relativa a la necesidad de construir las políticas públicas en envejecimiento a partir de evidencia generada localmente. El reporte coincide en señalar que experimentamos numerosos retos como altos niveles de pobreza, inequidad, aumento de las enfermedades crónicas e insuficiencia de los sistemas de atención de la salud, pero también se identifican oportunidades inéditas para

comprender los mecanismos que regulan la salud y la mortalidad, tales como los implicados en el apoyo familiar y los efectos individuales de los intercambios entre generaciones.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: Desarrollar un Sistema Nacional de Cuidados comenzando por el desarrollo de un mecanismo específico que asegure la coordinación intersectorial para el uso eficiente de los recursos para la atención médico-social.

La falta de un sistema de cuidados de largo plazo relega esta responsabilidad a los hogares y casi de manera exclusiva a las mujeres.^{29,31} Esto impacta en lo económico, al exigir un importante gasto de bolsillo y exponer a las personas dependientes y sus familias a gastos catastróficos, pero también al deterioro de la salud, tanto de los dependientes como de los cuidadores. Afecta igualmente en lo social, al obligar al reacomodo de las redes de apoyo y causar pérdida de oportunidades a los cuidadores, además de incrementar las probabilidades de sobrecarga del cuidador, maltrato al adulto mayor dependiente y negligencia en la procuración de cuidados. La capacidad de respuesta de las redes de apoyo, sin embargo, es finita y previsiblemente se reducirá en los próximos años conforme se agote el bono demográfico. Esto exige una respuesta organizada y concertada entre los servicios de salud y los de asistencia social. Los sistemas de cuidados a largo plazo deben basarse en una asociación explícita entre el Estado, las familias,

las comunidades y otros proveedores de servicios, incluido el sector privado. Asimismo, deberán reflejar las preocupaciones y perspectivas de estos actores.⁴² Para crear un Sistema Nacional de Cuidados, es necesario 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 la actual operación coordinada de los programas Prospera y Seguro Popular ofrece un modelo a seguir. En el mediano plazo es menester considerar la creación de un seguro para el riesgo de dependencia.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5: Crear entornos amigables con las personas mayores, introducir la salud de las personas mayores en todas las políticas públicas.

Otro punto clave en todo este proceso de adaptación de la sociedad al envejecimiento es la eliminación de los prejuicios y estereotipos negativos prevalecientes acerca de las personas mayores, los cuales conducen a la discriminación por edad e inciden de manera negativa y directa en la salud y el bienestar de este colectivo.^{36,37}

Los estereotipos negativos acerca de la vejez afectan también de manera estructural cuando están presentes en el desarrollo de políticas públicas y acciones para la población adulta mayor, generando, al cabo, mayor desigualdad e inequidad. En este sentido, la existencia de estereotipos en los sistemas de salud pone en mayor riesgo a las personas mayores y limita las oportunidades de recuperar o mantener la salud, así como de recibir el apoyo que pueden requerir para recuperar su capacidad intrínseca. Una prioridad muy específica de la política de salud debe ser combatir la discriminación por edad y eliminar las barreras que limitan el acceso oportuno y una atención integral y de calidad. Para ello, contamos como referentes a las recomendaciones de la Estrategia y el Plan de Acción sobre Envejecimiento y Salud de la OMS, así como a la Convención Interamericana sobre los Derechos de las Personas Mayores, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, el Consenso de Montevideo y el Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable de la Organización Panamericana de la Salud.

Mejorar la medición y el monitoreo

para comprender mejor
las relaciones entre el
envejecimiento
y la salud

En los últimos 15 años, numerosas iniciativas nos han dotado de información y evidencia, a través de la investigación, particularmente encuestas y estudios que evalúan el estado de las personas mayores en México, aportando datos que han permitido contribuir al diseño de los programas. Al día de hoy, es muy vasta la información disponible acumulada desde el año 2000, cuando se publicó la primera encuesta sobre Salud y Bienestar en el Envejecimiento (SABE). A la fecha, SABE se ha replicado en 11 estados de la República a través del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE). Esta encuesta aportó experiencia logística y bases conceptuales para el desarrollo, en 2001, del primer estudio longitudinal sobre salud y envejecimiento en México (ENASEM), con evaluaciones sucesivas en 2003, 2012 y 2015. Otro avance significativo es la inclusión de las personas mayores

en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) desde 2012, cuando se les incorporó a la población evaluada. Por otra parte, México participa en el estudio de la OMS sobre envejecimiento y salud de los adultos en el mundo (SAGE) desde 2002, lo cual permite comparar nuestra situación con otros cinco países.⁴²

La base de información acumulada puede consultarse en la Biblioteca Virtual del INGER, en particular, el texto Envejecimiento humano: una visión transdisciplinaria⁴³ y los volúmenes especiales de la Revista de Salud Pública de México (1996, 2007 y 2015)⁴⁴⁻⁴⁶ que, en conjunto, aportan una visión global de la evolución y el estado actual del envejecimiento en México.

Las bases de datos disponibles con libre acceso pueden consultarse en el portal BDSocial.⁴⁷

Las fuentes de información son abundantes, el procesamiento de esa información es, sin embargo, incompleto. Hay al menos tres acciones prioritarias necesarias para mejorar la medición, el monitoreo y la comprensión del fenómeno del envejecimiento y sus implicaciones para la salud:

Tenemos que alcanzar acuerdos acerca de la métrica, los indicadores y el enfoque analítico del envejecimiento saludable.

Es necesario mejorar la descripción del estado de salud y las necesidades de las personas mayores.

Hemos también de mejorar la comprensión de las trayectorias del envejecimiento y lo que puede hacerse para mejorarlas.

Para lograrlo es necesario alcanzar consensos respecto a las medidas, las estrategias de medición, los instrumentos, pruebas y biomarcadores para conceptos clave

relacionados con el envejecimiento saludable y la dependencia. Necesitamos también más evidencia acerca de cómo apoyar tanto a la gente mayor con una capacidad relativamente elevada y estable, a quienes presentan una capacidad en declive y a aquellos en franco deterioro de su capacidad intrínseca.

Tales acuerdos habrán de ser eventualmente adoptados por el Sistema Nacional de Información en Salud. Para alimentar dicho sistema, contamos con el recurso invaluable de la Encuesta Nacional sobre el Envejecimiento en México, que periódicamente mide capacidad funcional, capacidad intrínseca, necesidades de salud, de cuidados y situación del entorno. Tal encuesta ha de incorporarse al Sistema Nacional de Encuestas.

El papel del Instituto Nacional de Geriatría

Desde su creación, el Instituto Nacional de Geriatría se ha marcado dos metas. Al interior del país, desarrollar una agenda pública y de gobierno sobre el envejecimiento y la salud en el ámbito sectorial y con la participación de la mayor cantidad de actores, principalmente del sector de desarrollo social. En el ámbito internacional, hemos participado activamente en el desarrollo de la estrategia encabezada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y trabajamos para alinear la agenda nacional a las propuestas globales.

Siguiendo la lógica de análisis de la agenda internacional, hemos presentado el trabajo desarrollado por el INGER desde su creación. A pesar de ser de reciente creación, varios de sus integrantes trabajan el tema de envejecimiento y salud desde hace más de dos décadas, lo que ha permitido capitalizar no sólo conocimiento, sino

experiencia en el ámbito público, privado, de la academia y de las organizaciones de la sociedad civil.

Las políticas institucionales del INGER se centran en traducir el conocimiento generado y procurar su utilización desde la construcción de políticas públicas hasta los elementos que permitan el cuidado a nivel individual. Asimismo, desarrolla una labor articuladora de las acciones para promover un envejecimiento saludable a través del desarrollo de un nuevo Modelo de Atención Integral al Envejecimiento, pensado para insertarse en los niveles de atención, vigilancia epidemiológica y regulación sanitaria.

Contamos ya –gracias a la información generada en las encuestas enumeradas, que ha sido sistematizada por el INGER– con la base de evidencia necesaria para el desarrollo fundamentado de una estrategia y un plan de acción en envejecimiento

y salud para promover el envejecimiento saludable de los mexicanos.

Esta base de evidencia, abundante y diversa, podrá beneficiarse aún de un procesamiento en mayor profundidad para satisfacer cabalmente los objetivos sugeridos por la OMS: maximizar las oportunidades para preservar la capacidad funcional e identificar y desarrollar los fundamentos y bloques de construcción que permitan el desarrollo de una acción concertada para alcanzar el envejecimiento saludable en los próximos 15 años.

Para alcanzar estos objetivos, el fortalecimiento y el desarrollo pleno de la infraestructura del INGER son y serán clave, pues le permitirán realizar a cabalidad todas las acciones que propone la OMS para las instituciones académicas y de investigación relacionadas con el envejecimiento:

- Dotar a los trabajadores del Sistema Nacional de Salud de las competencias necesarias para el abordaje eficaz, eficiente, compasivo y respetuoso de las personas mayores.
- Fortalecer la red nacional y regional de académicos, investigadores y educadores.
- Asegurar la visibilidad de las personas mayores a través de la generación de evidencia y el desarrollo de indicadores de interés nacional que los identifiquen y representen adecuadamente.
- Promover la innovación para acelerar el desarrollo de nuevas tecnologías para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.
- Involucrar a las personas mayores en el desarrollo de nuevas preguntas y protocolos de investigación.
- Actualizar la agenda de investigación multidisciplinaria con un enfoque en las necesidades y las prioridades de las personas mayores.
- Promover el desarrollo de programas específicos de financiamiento de la investigación en envejecimiento.
- Desarrollar las estrategias necesarias para llevar a cabo investigación en capacidad funcional, capacidad intrínseca y fragilidad, necesidades de atención, cuidados de largo plazo y construcción y mejora de entornos habilitadores.
- Recolectar y diseminar información y hallazgos de investigación que contribuyan a desarrollar mejores prácticas para optimizar las trayectorias de la capacidad intrínseca hacia un envejecimiento saludable.
- Apoyar el desarrollo de una política pública en envejecimiento saludable a través de la identificación de temas emergentes y tendencias internacionales.

Conclusión

Apartir de la evidencia presentada, es clara la necesidad de poner en marcha una estrategia y un plan de acción integral de salud pública para promover el envejecimiento saludable, y en todos los ámbitos hay algo que se puede hacer, sin importar la escasez o la abundancia de recursos disponibles.

En este informe se describe un marco de salud pública para la acción basado en el concepto de envejecimiento saludable. La respuesta de la sociedad mexicana al envejecimiento de la población necesita de la transformación del Sistema Nacional de Salud para pasar del modelo reactivo centrado en la enfermedad a un modelo de atención integrada, centrado en las personas mayores. Habremos de desarrollar también, a partir de lo ya existente, un sis-

tema nacional de cuidados a largo plazo. Para dar una respuesta amplia y coordinada entre los diversos sectores y niveles de gobierno, más allá del sector salud, hará falta un cambio fundamental de nuestra concepción del envejecimiento, reconociendo la diversidad de las poblaciones de edad y priorizando el combate a la pobreza para mitigar la desigualdad. Además, urgentemente, se deberán incorporar mejores formas de medir, así como de monitorear la salud y el funcionamiento de las personas y poblaciones de mayor edad.

Si bien estas medidas inevitablemente requerirán de mayores recursos, constituyen una buena inversión a futuro al ofrecer a las personas mayores en México el beneficio de un envejecimiento saludable que generaciones precedentes nunca imaginaron

Referencias

- 1.** Gutiérrez Robledo LM, Kershenobich Stalnikowitz D (coords). Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México: Universidad Nacional Autónoma de México/ Academia Nacional de Medicina de México/ Instituto Nacional de Geriátría/ Academia Mexicana de Cirugía; 2012.
- 2.** Gutiérrez Robledo LM, Giraldo Rodríguez ML (coords.). Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales: Realidades y expectativas frente a la nueva vejez. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015.
- 3.** Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a120899.html>
- 4.** Gutiérrez Robledo LM. Los grandes problemas de México. La revolución de la longevidad. En: Este País, núm. 302, junio de 2015. Disponible en: <http://www.estepais.com/articulo.php?id=196&t=la-revolucion-de-la-longevidad>.
- 5.** Ham Chande R, Gutiérrez Robledo LM. Salud y bienestar del adulto mayor en la Ciudad de México. SABE 2000. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2005.
- 6.** Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). University of Texas Medical Branch/ University of Wisconsin/ Instituto Nacional de Estadística y Geografía/ Instituto Nacional de Geriátría/ Instituto Nacional de Salud Pública. 2015 [citado el 6 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.mhasweb.org/index_Esp.aspx.

7. Gutiérrez JP, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
8. Gutiérrez Robledo LM, Lezana Fernández MA (coords.). Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. Serie: Cuadernillos de Salud Pública. México: Instituto Nacional de Geriatria; 2013.
9. Instituto Nacional de Geriatria. Seminario y simposio: Dependencia en Adultos Mayores: de la Experiencia Internacional a la Acción en México. 2013 [citado el 6 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/noticias/seminario_dependencia.html
10. Instituto Nacional de Geriatria. Seminario y simposio: Vacunación en el adulto mayor: perspectiva del curso de vida. 2014 [citado el 6 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/noticias/vacunacion_mexico_franca_videos.html.
11. Instituto Nacional de Geriatria. Encuentro México-Japón sobre Envejecimiento Activo y Saludable. 2015 [citado el 6 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/noticias/encuentro_envejecimiento_mexico-japon.html.
12. Instituto Nacional de Geriatria. Taller: Política pública basada en evidencia para enfrentar los desafíos del envejecimiento en América Latina y El Caribe. 2015 [citado el 6 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://geriatria.salud.gob.mx/contenidos/noticias/noticia_30-04-2015_politica-publica.html.
13. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Ley General de Salud. DOF 15-01-2014 (Dic 03, 2013).
14. Royal College of Physicians. Consultant physicians working with patients, revised 5th edition (online update). Londres: RCP; 2013.
15. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra, Suiza: OMS; 2015.
16. González González CA, Rojas AV. Panorama demográfico en México: presente y futuro. Documento de trabajo. INGER; 2015.
17. HelpAge International. Global AgeWatch Index. 2015 [citado el 01 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.helpage.org/global-agewatch/>
18. Agudelo Botero M, Murillo González JC. Egresos hospitalarios y mortalidad de las personas mayores. En: Gutiérrez Robledo LM, Agudelo Botero M (coords.). Documento de trabajo. INGER, 2015.
19. Manrique B, Mundo V, Moreno KM, Sosa AL, Salinas A. Resultados estatales del perfil epidemiológico de los

- adultos mayores en México. Documento de trabajo. INGER, 2015.
20. Gómez Dantés H, García Peña MC, Sánchez García S, Rosas Carrasco O, Campuzano Rincón C, Lozano R. Escenarios de la dependencia en México. En: Gutiérrez Robledo LM, García Peña MC, Jiménez Bolón JE (eds.). Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años. Documento de postura. México: Academia Nacional de Medicina de México; 2014, pp. 63-89.
 21. Pérez Zepeda, MU. Fragilidad: Una ventana de oportunidad para optimizar la atención en salud de los adultos mayores. Documento de trabajo. INGER, 2015.
 22. Agudelo Botero M, et al. Caídas en adultos mayores. Análisis del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2012 (ENASEM). Documento de trabajo. INGER, 2016.
 23. Prince D, et al. Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. *Lancet* 2012; 380(9836):50-58.
 24. Lozano R, Gómez Dantés H, Pelcastre B, Ruelas MG, Montañez JC, Campuzano JC, Franco F, González JJ. Carga de la enfermedad en México, 1990-2010. Nuevos resultados y desafíos. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2014.
 25. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Las personas con discapacidad en México: una visión al 2010. 2013 [citado el 25 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/discapacidad/702825051785.pdf.
 26. Gutiérrez Robledo LM, et al. Discapacidad y dependencia en adultos mayores mexicanos: un curso de vida sano para una vejez plena. En: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Instituto Nacional de Salud Pública; 2013 [citado el 24 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DiscapacidAdultMayor.pdf>
 27. Manrique B, et al. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública de México*; 2013; vol. 55(sup 2):323-331.
 28. Giraldo Rodríguez ML, Agudelo Botero M, Mino León D, Arango MV, Murillo González JC. Discapacidad y percepción de barreras ambientales en México. Documento de trabajo. INGER, 2015.
 29. Instituto Nacional de las Mujeres. Situación de las personas adultas mayores en México. 2015 [citado el 14 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/cendoc/documentos_download/101243_1.pdf

30. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Sistema de Cuentas Nacionales de México: cuenta satélite del sector salud de México 2016: preliminar: año base 2008. 2015 [citado el 25 de septiembre de 2015]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2016/especiales/especiales2016_03_04.pdf
31. López Ortega M, Jiménez Bolón JE. Dependencia y cuidados de largo plazo. En: Gutiérrez LM, García MC, Jiménez J (eds.). Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años. Documento de postura. México: Academia Nacional de Medicina de México; 2014, pp. 29-62.
32. Pew Research Center. Attitudes about Aging: A Global Perspective. 2014 [citado el 27 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.pewglobal.org/files/>
33. López Ortega M, Valencia A. Utilización de servicios de salud y gasto por atención. Diagnóstico actual y proyecciones a 2050. Documento de trabajo. INGER, 2015.
34. Pérez Zepeda MU. Diagnóstico de los problemas geriátricos en México. Documento de trabajo. INGER, 2015.
35. Dirección General de Información en Salud (DGIS). Recursos en Salud. 2015 [citado el 28 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/recursossector.html>
36. Giraldo Rodríguez ML. Estereotipos y discriminación a las personas adultas mayores. En: Gutiérrez Robledo LM, Giraldo Rodríguez ML (coords.). Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales: Realidades y expectativas frente a la nueva vejez. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015, pp. 53-74.
37. Agudelo Botero M. Las percepciones de los mexicanos sobre las personas adultas mayores. En: Gutiérrez Robledo LM, Giraldo Rodríguez ML (coords.). Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales: Realidades y expectativas frente a la nueva vejez. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015, pp. 29-51.
38. Giraldo Rodríguez ML, Rosas Carrasco O, Mino León D. Abuse in Mexican Older Adults with Long-Term Disability: National Prevalence and Associated Factors. *J Am Geriatr Soc* 2015; 63:1594-1600.
39. Organización Mundial de la Salud. Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health: consultation. 2015 [citado el 11 de septiembre de 2015]. Disponible en: [http://www.who.int/ageing/consultation/en/#\(estrategia+y+plan+de+accion+global\)](http://www.who.int/ageing/consultation/en/#(estrategia+y+plan+de+accion+global))
40. Gutiérrez Robledo LM, Caro López E. Recomendaciones para la acción. Propuesta para un Plan de Acción en

Envejecimiento y Salud. En: Gutiérrez Robledo LM, Kershenobich Stalnikowitz D (coords.). Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México: Universidad Nacional Autónoma de México/ Academia Nacional de Medicina de México/ Instituto Nacional de Geriátría/ Academia Mexicana de Cirugía; 2012, pp. 321-347.

- 41.** Gutiérrez Robledo LM, López Guzmán JA. La ruta para abordar el reto de la dependencia en México. En: Gutiérrez Robledo LM, García Peña MC, Jiménez Bolón JE (eds.). Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años. Documento de postura. México: Academia Nacional de Medicina de México; 2014, pp. 141-175.
- 42.** World Health Organization, Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE). Disponible en: <http://apps.who.int/healthinfo/systems/surveydata/index.php/catalog/sage/about>
- 43.** Gutiérrez Robledo LM y Gutiérrez Ávila JH (coords.). Envejecimiento humano: una visión transdisciplinaria. México: Instituto de Geriátría; 2010. Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/menu1/nuestras_publicaciones.html#doce
- 44.** Revista de Salud Pública de México, vol. 38, núm. 6, 1996. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/anteriores/numero.php?year=1996&vol=38&numero=6&tipo=revista>
- 45.** Revista de Salud Pública de México, vol. 49, núm. 1, 2007. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/anteriores/numero.php?year=2007&vol=49&numero=4&tipo=suplemento>
- 46.** Revista de Salud Pública de México, vol. 57, núm. 1, 2009. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/anteriores/numero.php?year=2015&vol=57&numero=1&tipo=suplemento>
- 47.** Instituto Nacional de las Mujeres, BD-Social, Bases de datos para el análisis social. Disponible en: <http://bdsocial.inmujeres.gob.mx/>