



PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO

ATENCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO
2013-2018

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD

Versión electrónica, en proceso su
publicación impresa

ÍNDICE GENERAL

DIRECTORIO	5
MENSAJE DE LA C. SECRETARIA DE SALUD	7
MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	9
INTRODUCCIÓN	11
I. MARCO CONCEPTUAL	13
II. MARCO JURÍDICO	19
III. DIAGNÓSTICO.....	23
III.1 Antecedentes	25
III.2 Situación Actual y Problemática	30
III.3 Avances 2006-2012	56
III.4 Retos 2013-2018	57
IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES	59
IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018	61
IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018.....	62
V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA.....	65
V.1 Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción.....	67
V.2 Estrategias Transversales.....	68
VI. INDICADORES Y METAS.....	69
VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD	75
VIII. TRANSPARENCIA	81
BIBLIOGRAFÍA	85
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	89
GLOSARIO DE TÉRMINOS	91
ANEXOS	95

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

María de las Mercedes Martha Juan López
SECRETARIA DE SALUD

Eduardo González Pier
SUBSECRETARIO DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD

Pablo Antonio Kuri Morales
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Marcela Guillermina Velasco González
SUBSECRETARIA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS

Fernando Gutiérrez Domínguez
COORDINADOR GENERAL DE ASUNTOS JURÍDICOS Y DERECHOS HUMANOS

Guillermo Miguel Ruiz-Palacios y Santos
TITULAR DE LA COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD

Manuel Mondragón y Kalb
COMISIONADO NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Ernesto Héctor Monroy Yurrieta
TITULAR DE LA UNIDAD COORDINADORA DE VINCULACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Nelly Aguilera Aburto
TITULAR DE LA UNIDAD DE ANÁLISIS ECONÓMICO

Mikel Andoni Arriola Peñaloza
COMISIONADO FEDERAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS

José Meljem Moctezuma
COMISIONADO NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Manuel Hugo Ruíz de Chávez Guerrero
PRESIDENTE DEL CONSEJO DE LA COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA

Gabriel O'Shea Cuevas
COMISIONADO NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Leobardo Ruíz Pérez
SECRETARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Jesús Felipe González Roldán
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

José Antonio González Anaya
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias
DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y
SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

Laura Ibernia Vargas Carrillo
TITULAR DEL SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

Emilio Ricardo Lozoya Austin
PETRÓLEOS MEXICANOS

Salvador Cienfuegos Zepeda
SECRETARIO DE LA DEFENSA NACIONAL

Vidal Francisco Soberón Sanz
SECRETARIO DE MARINA

MENSAJE DE LA C. SECRETARIA DE SALUD

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud, establecen de manera prioritaria que las instituciones del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en su conjunto debemos “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”, con el propósito de alcanzar la Meta Nacional de un México Incluyente.

Ello es posible, mediante la consolidación de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la prestación de servicios plurales y articulados basados en la atención primaria y el fomento de la participación de la sociedad.

Las premisas descritas nos permitirán cerrar las brechas existentes entre los diferentes grupos sociales y regionales del país, para asegurar la consolidación y el uso efectivo de los recursos destinados a la salud.

En la actualidad los retos epidemiológicos y demográficos son de una magnitud mayor a aquellos a los que se hizo frente en lustros pasados, de ahí que el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud sea cada vez más complejo.

Por ello, reconocemos la imperiosa necesidad de que las instituciones de salud adecúen sus esquemas operativos con el fin de responder al desafío de construir un Sistema Nacional de Salud más eficiente y de calidad para hacer frente a las crecientes necesidades de la población.

Las instituciones públicas de Salud trabajan hoy en día para que mujeres y hombres dispongan de mejores opciones, acceso a servicios de salud con perspectiva de género, interculturalidad y respeto a los derechos humanos.

En México y en el mundo, enfrentamos desafíos como son el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles, entre las que destacan las cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer y las que afectan la salud mental. Esta situación es resultado por una parte del cambio demográfico de la población mexicana, así como de la adopción de estilos de vida no saludables como son los asociados al sedentarismo, la alimentación incorrecta, el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Ello nos impone la necesidad de una respuesta integral y articulada para reducir los factores de riesgo a través de la promoción de estilos de vida saludables que implican el cambio conductual de la población.

Para llevar a México a su máximo potencial, tal como está previsto en el actual Plan Nacional de Desarrollo, una de las prioridades en la agenda de la salud pública es instrumentar políticas públicas dirigidas a proteger la salud de las niñas, niños, adolescentes, mujeres y mujeres embarazadas. Para ello, en los Programas de Acción Específico se incluyeron acciones efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre ellas, lactancia materna, vacunación, planificación familiar, educación sexual y reproductiva con énfasis en adolescentes, que contribuyen a un mejor desarrollo de las personas, familias y la comunidad, así como a obtener mejores niveles de calidad de vida de las nuevas generaciones de nuestro país.

Por otro lado, seguimos comprometidos en consolidar e incrementar la vigilancia epidemiológica, la prevención y el control de las enfermedades transmisibles como VIH, Sida, tuberculosis, influenza y dengue; expandir esquemas efectivos para la prevención de accidentes y atender oportunamente a la población ante emergencias epidemiológicas, brotes y desastres.

Ante este escenario complejo, se requiere de la participación decidida y coordinada de todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, de los diferentes órdenes de gobierno, de la iniciativa privada y de la sociedad civil. Los Programas de Acción Específico de Prevención y Promoción de la Salud, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y del Programa Sectorial de Salud, son la herramienta de coordinación, evaluación y seguimiento de las estrategias, líneas de acción e indicadores que nos permitirán medir nuestro desempeño.

Agradezco a las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a las instancias académicas y de la sociedad civil que participaron en la elaboración de estos documentos, mediante el cual se impulsan de manera transversal y sectorial, las estrategias y líneas de acción para la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; necesarias para lograr las metas y objetivos a los que nos hemos comprometido.

El paso hacia un Sistema Universal de Salud requiere de la acción de todos los actores involucrados, para que desde la salud podamos contribuir con nuestro aporte al logro de un México más sano e incluyente.

Dra. María de las Mercedes Martha Juan López

MENSAJE DEL C. SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

México atraviesa una marcada transición poblacional y epidemiológica, la cual ha impactado de forma importante el perfil de la salud de la población. Muestra de ello es la epidemia de las enfermedades no transmisibles, las cuales han ascendido a los primeros sitios de morbilidad y mortalidad. Por otra parte, las enfermedades transmisibles siguen presentes acentuando la inequidad social.

Lo anterior constituye un importante reto para todas las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, por lo que se requiere sumar esfuerzos para que la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades graviten en la reducción de la carga de enfermedad y contribuya a mejorar la calidad de vida de los mexicanos.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen el eje fundamental de la salud pública, por ello, son componentes esenciales del modelo de atención a la salud en México. Un elemento sustantivo de la promoción de la salud es su carácter anticipatorio, el cual busca atender, no a la enfermedad directamente, sino a los determinantes sociales de la salud. Se trata de crear y fortalecer determinantes positivos y delimitar o eliminar los negativos.

Los Programas de Acción Específico retoman los principios enunciados, por lo que están enfocados a impulsar acciones que proporcionen a la población los medios necesarios para lograr una mejor salud, con ese fin contienen acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, así como para dotarlos de las herramientas que les permitan modificar sus condiciones sociales y ambientales.

El presente Programa contiene estrategias que buscan fortalecer y hacer eficientes las prácticas que han mostrado efectividad. Adicionalmente se incorporan intervenciones innovadoras para contribuir a preservar y mantener la salud de la población, con especial énfasis en los grupos en situación de desigualdad, buscando de manera proactiva el fortalecimiento del tejido social.

La operación de este Programa apunta hacia la formulación de acciones con la participación intersectorial, exhortando a las entidades federativas a generar vínculos de trabajo con las diferentes dependencias e instituciones y promoviendo la transversalidad de la salud en todas las políticas.

En este documento se consideraron las estrategias y acciones que lograron un impacto significativo en diferentes grupos de la población en los últimos años, por ello es importante aplicar un enfoque de prevención combinada (intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales) en un marco de derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad.

El Programa que aquí se presenta, contiene las estrategias, líneas de acción, indicadores y metas que permitirán su instrumentación, seguimiento y evaluación para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y las entidades federativas; asimismo, en él se promueve el acompañamiento y la participación del personal de salud y de la sociedad civil, que son indispensables para el logro de los objetivos planteados.

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

INTRODUCCIÓN

El presente Programa de Acción Específico, se encuentra bajo la Rectoría de la Secretaría de Salud, de acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo (PND) y al Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018, con la participación de todas las instituciones de salud de nuestro país. Plantea la utilización de las estrategias de prevención, control, atención y limitación del daño, para la persona adulta mayor, lo que permite conjuntar esfuerzos y organizar los servicios de salud para una mejor capacidad de respuesta en los distintos órdenes de gobierno.

Este documento se divide en ocho grandes capítulos a saber: marco conceptual, marco jurídico, diagnóstico, alineación de metas nacionales, organización del programa, indicadores y metas así como la matriz de corresponsabilidad y transparencia; estos dos últimos de gran trascendencia para el desarrollo y consolidación de un Programa Nacional Interinstitucional.

Para su desarrollo, se priorizan las acciones de prevención y promoción de la salud e integración de prácticas exitosas e innovadoras, sustentadas en las mejores evidencias científicas con el propósito de atenuar la carga de enfermedad en las personas adultas mayores. Para ello, se consideraron las estrategias y medidas de intervención costo-beneficio que han probado ser útiles, así como el desarrollo del modelo operativo que permita su adecuada instrumentación y aplicación en todo el territorio nacional, para el primer nivel de atención.

Se incluyen además, los requerimientos de infraestructura y las necesidades de operación, mismas que son indispensables para poder cumplir con el objetivo, por lo que se tiene como una de las prioridades contar con un presupuesto adecuado para el cumplimiento de los objetivos y consecución de las metas para poder lograr una vejez exitosa.

El Programa coadyuvará en la generación de una cultura de vida saludable, para incidir positivamente en el desarrollo de una mejor salud, se debe de contar con alianzas estratégicas tanto con la iniciativa privada como con la sociedad civil, además de un trabajo coordinado intersectorial e interinstitucional para el manejo integral de la persona adulta mayor.

Dentro de las acciones relevantes planteadas dentro del Programa, es el trabajo coordinado así como la introducción de nuevos esquemas terapéuticos, campañas de comunicación de riesgos y la consolidación de las acciones educativas y de capacitación, entre otros determinantes, para lograr un envejecimiento activo y saludable. Se concluye con una descripción de las acciones de rectoría y los indicadores específicos de evaluación y mejora continua del Programa en los distintos niveles e instituciones del Sector Salud.



I. MARCO CONCEPTUAL

I. MARCO CONCEPTUAL

Como resultado de los avances tecnológicos en materia de salud, científico, político-social y de saneamiento básico, México atraviesa por cambios importantes en la composición y funcionamiento de la estructura poblacional. Esto nos lleva a un inexorable envejecimiento de la población, que inicia en los años cuarenta del siglo pasado, con un incremento en los índices de salud, reducción de la morbilidad y mortalidad a expensas de la población infantil. El incremento en la esperanza de vida al nacimiento, da como resultado el inicio de la transición demográfica.¹

De acuerdo con lo antes expuesto, la esperanza de vida en México se ha incrementado y como resultado de las mejoras en el diario vivir, se observa que la población adulta mayor en los últimos años, muestra una tasa de aumento con mayor predominio en el sexo mujer, como fue en el periodo de 1970-1990 de 3.08; para 1990-2010 fue de 3.52; y de 4.01 para 2010-2030. (Cuadro 1) Esto hace que la nación se perfile como un país con requerimientos especiales en la atención a las personas de 60 años y más.^{2,3}

En nuestro país, de acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010, se observó para ese mismo año, una cantidad de 112,336,538 habitantes de los cuales 10,055,379 tenían 60 años o más. Esto representa el 9.0% de la población, con una distribución correspondiente de 5,375,841 (53.5%) de mujeres y de 4,679,538 (46.5%) de hombres, situación que describe una tendencia hacia la feminización del envejecimiento poblacional, que de acuerdo a estimaciones se igualará para el período 2030 (Cuadro 1). Se espera que para este mismo periodo, habrá más personas adultas mayores que menores de 15 años y para el 2050, un 30% de la población tendrá más de 60 años. Lo anterior, obliga a generar política pública para la atención y desarrollo social de este grupo etario, que permitan crear estructuras programáticas firmes para mejorar los entornos y promover una cultura del envejecimiento activo y saludable en nuestro país.¹

Cuadro 1. Tasa de crecimiento poblacional por sexo en el grupo de 60 años y más

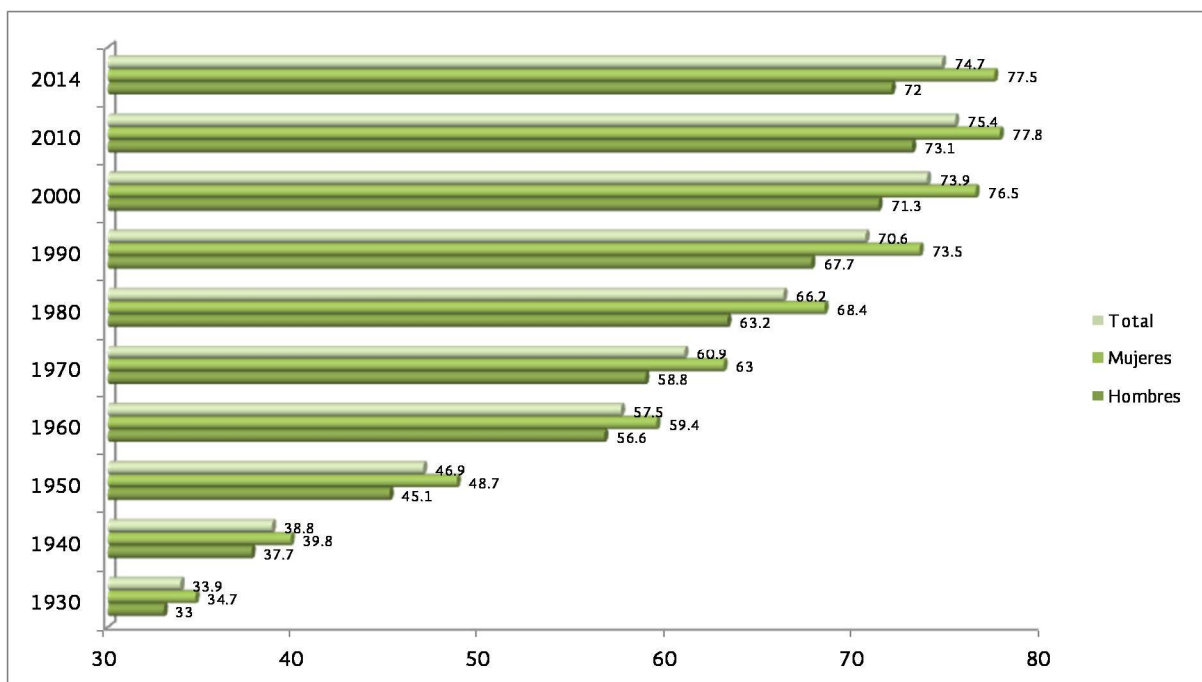
Sexo	Períodos		
	1970-1990	1990-2010	2010-2030
Hombre	2.94	3.46	4.02
Mujer	3.20	3.57	4.0
Total	3.08	3.52	4.01

Fuente: DGE. IX Censo General de Población, 1970. INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados básicos. Censo de Población y Vivienda 2010. Cuestionario básico. Consulta interactiva de datos. CONAPO. Proyecciones de la población de México, 2005-2050.

Por otro lado, se debe tener una conciencia clara sobre las implicaciones del envejecimiento poblacional mexicano, para que tanto las instituciones públicas y privadas así como la población en general, entablen relaciones que permitan llevar a cabo los planes y programas para un mejor futuro de la población mayor de 60 años y más, no sólo del presente sino también del mañana. Esta situación es fundamentalmente cierta para las generaciones más numerosas de la población mexicana; esto es, aquellas nacidas entre 1960 y 1980, las cuales ingresarán al grupo de 60 años y más. A partir del 2020, esto se verá reflejado en el aumento de las proporciones de este grupo etario en las próximas décadas.^{4, 5, 6}

Dentro de este contexto, México presenta una transición demográfica avanzada de acuerdo a la revisión que realizó la CEPAL (2005-2010). Ésta toma como indicadores para sustentar este hecho, las bajas tasas de fecundidad, (menores de 2.5 y mayores de 1.5 hijos por mujer) y niveles de mortalidad considerados como bajos e intermedios que los coloca en una esperanza de vida igual o mayor a los 71 años.^{3, 5}

Gráfica 1. Esperanza de vida al nacimiento por sexo. México, 1930-2014



Fuente: INEGI. Indicadores Sociodemográficas, 1930-1998. CONAPO. México Demográfica, Breviario 1988. Proyecciones de la población de México, 2005-2050.

Aunado al incremento de la población adulta mayor, se espera un aumento paulatino en el número de casos de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) incluyendo la osteoporosis, resultado de la carga genética y/o de estilos de vida no saludables.

Las ECNT representan la mayor causa de muerte prematura en nuestro país, así como el incremento en la discapacidad de las personas que sobreviven con estas comorbilidades, generando altos costos en su atención.¹

Se hace hincapié que la vejez no es sinónimo de enfermedad, sin embargo, se debe reconocer que a esta etapa del ciclo de la vida muchas personas adultas mayores llegan con ECNT y sus complicaciones, las cuales se fueron desarrollando en décadas anteriores, así como otro tipo de padecimientos que se presentan principalmente en este grupo de edad. Este tipo de enfermedades, son de larga duración e implican el uso de terapias basadas en tecnologías y medicamentos costosos y se asocian a periodos de hospitalización prolongados y frecuentes, sin que necesariamente se logre un incremento en la calidad de vida. Es importante



la generación de una cultura del envejecimiento activo y saludable, desde las etapas más tempranas de la vida.⁴⁻⁹

A partir de los 45 años de edad, tanto en hombres como en mujeres, la discapacidad se incrementa progresivamente alcanzando su cúspide a partir de los 70 años, cuando los riesgos de experimentar deterioro funcional son mayores. Es por ello, que al establecer líneas preventivas en los padecimientos más comunes que aparecen en la vejez, coadyuvará a ganar años de vida saludable para aquellas personas de 60 años y más, para que la prevalencia de la discapacidad no tenga el mismo comportamiento.⁴

Ante tal panorama, las instituciones del Sector Salud, encabezadas por la Secretaría de Salud, deberán conjuntar esfuerzos y organizar los servicios socio-sanitarios competentes para la prevención tanto primaria como secundaria, de aquellos padecimientos de mayor impacto en el perfil epidemiológico, con el fin de conservar la calidad de vida y funcionalidad de las personas adultas mayores.^{8,9}

El presente documento se divide en los siguientes grandes rubros que incluyen: el marco institucional para el desarrollo y consolidación del Programa 2013-2018; el diagnóstico de problemas, necesidades y el avance en los últimos años, así como los retos y objetivos del Programa en el contexto del Sistema Nacional de Salud.

Se priorizan las acciones de prevención y promoción de la salud e integración de prácticas exitosas e innovadoras, sustentadas en la mejor evidencia científica, con el propósito de atenuar la carga de enfermedad en la persona adulta mayor. Para ello, se consideran las estrategias y medidas de intervención costo-beneficio que han probado ser útiles, así como el desarrollo del modelo operativo que permita su adecuada instrumentación y aplicación en todo el territorio nacional. Se incluyen además, los requerimientos de infraestructura y las necesidades de operación, así como los mecanismos de rendición de cuentas que facilitan el seguimiento para informar con transparencia los resultados de los compromisos establecidos para el periodo 2013-2018.

En México, a pesar de la información generada intra e interinstitucional, aún no se reflejan las necesidades de las personas adultas mayores, en virtud de que sólo se registran los datos de morbilidad de los usuarios en los servicios de salud. Por otro lado, los sistemas de información de las diferentes instituciones son disímiles y no siempre compatibles unos con otros, lo que impide contar con información para la toma de decisiones en materia de envejecimiento en los tres órdenes de gobierno.^{10,11}



II. MARCO JURÍDICO

II. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Establece en el Artículo 4º, que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Leyes

- Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984 con la última reforma en el DOF realizada al 04-10-2014. Brinda las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establece la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.
- Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores publicada en el DOF 25-06-2002 la cual fue reformada el 25-04-2012.
- Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres publicada en el DOF 02-08-2006 con la última reforma al 10-11-2014.¹²

Reglamentos

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado el 19-01-2004 y actualizado el 10-01-2011.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado el 14-05-1986, con la última reforma al 24-03-2014.
- Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud, publicado el 22-06-2011 y actualizado el 16-01-2014.¹³⁻¹⁶

Normas Oficiales Mexicanas

- NOM-031-SSA3-2012. Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores, en situación de riesgo y vulnerabilidad publicada el 13-09-2012.¹⁷
- NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico, publicada el 15-10-2012.¹⁸
- NOM-015-SSA3-2012. Para la atención integral a personas con discapacidad, publicada el 14-09-2012.¹⁹
- NOM-008-SSA3-2010. Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, publicada el 04-08-2010.²⁰
- NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, publicada el 23-11-2010.²¹
- NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica, publicada el 19 de febrero 2013.²²
- NOM-030-SSA2-2009. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica, publicada el 31-05- 2010.²³
- NOM-037-SSA2-2012. Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias, publicada el 13-07- 2012.²⁴
- NOM-043-SSA2-2012. De Servicios básicos de salud, promoción y educación para la salud en materia alimentaria; criterios para brindar orientación, publicada el 22-01- 2013.²⁵



III. DIAGNÓSTICO

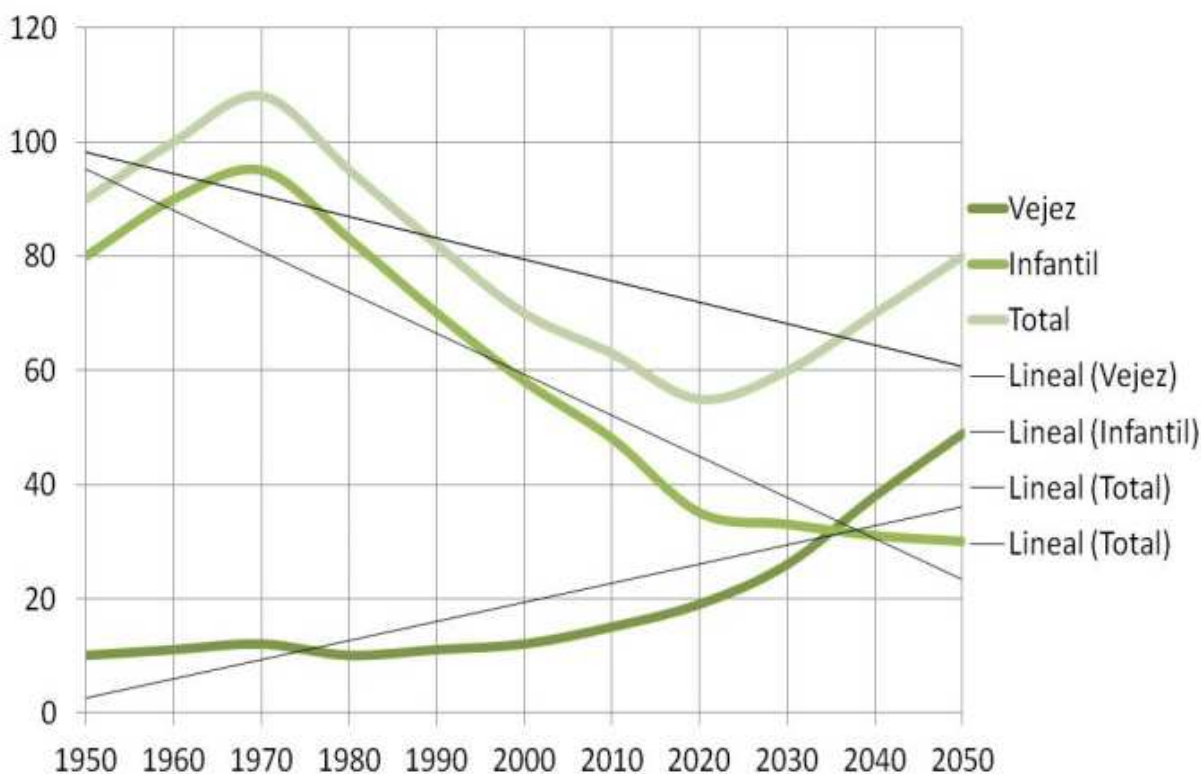
III. DIAGNÓSTICO

III.1 Antecedentes

De acuerdo a la transición, tenemos que analizar el bono demográfico, mismo que se define como el “Periodo durante la transición demográfica en el que la relación de dependencia disminuye”. Esto significa que aumenta el peso de las personas en edades potencialmente productivas respecto de aquellas que no lo son. La

población mexicana se ubica dentro de la segunda fase, la cual se caracteriza por tener dos personas dependientes por cada tres en edades activas, debido al aumento proporcional de las personas mayores, donde todavía se mantiene en niveles favorables. (Gráfica 2).²⁶

Gráfica 2. Razón de dependencia. México, 1950-2050

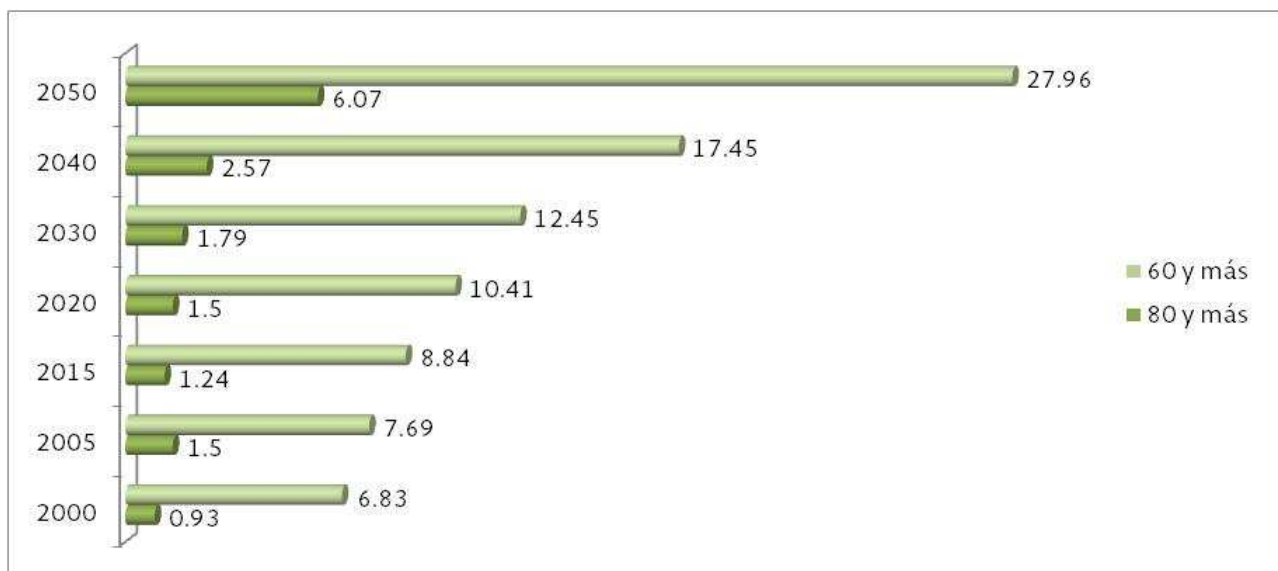


Fuente: DGE. VII Censo de Población, 1950; VIII Censo de Población, 1960; IX Censo de Población, 1970. INEGI. X Censo General de Población y Vivienda, 1980; XI Censo General de Población y Vivienda, 1990, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000; Censo de Población y Vivienda, 2010. CONAPO. Proyecciones de la población de México, 2005-2050.

Como la proporción de la población en edad de trabajar está creciendo más rápidamente en relación a la población dependiente en edad escolar o en edad de retiro, se da la oportunidad de tener una mayor proporción de población en edad de ahorrar, invertir, trabajar y producir, con un menor número de personas que requieren de inversiones en educación y salud. Si esta circunstancia se aprovecha de manera adecuada, será posible detonar un proceso de mayor acumulación de activos y mayor crecimiento económico.

En el México de hoy, las personas adultas mayores se encuentran ya a la vuelta de la esquina, por el sólo hecho de que ya nacieron y debido a ello, el proceso del envejecimiento demográfico no es reversible. Las generaciones más numerosas en la población infantil son las reportadas de 1960 a 1980, y que naturalmente ingresarán al grupo de 60 años y más, a partir del 2020. Esto se verá reflejado con el incremento de las proporciones en las próximas décadas. (Gráfica 3).

Gráfica 3. Crecimiento de la población



Fuente: Estimaciones realizados por CENAPRECE, SSA y CONAPO.

Debido a este incremento, se produce también una transición epidemiológica, teoría contemporánea que intenta explicar la interacción entre los cambios económicos, sociales y el perfil de salud de las poblaciones, así como sus consecuencias en la organización y prestación de los servicios en materia de salud pública. Desde hace más de 20 años, se han dado marcados cambios principalmente relacionados con las personas de mayor edad. En nuestro país es de tipo polarizado (Figura 1), caracterizada por la persistencia de enfermedades infectocontagiosas, así como por el aumento en el número de ECNT, como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, demencias, enfermedades articulares y procesos de arterosclerosis, osteoporosis, etcétera, las cuales en una gran mayoría iniciaron en etapas cada vez más tempranas de la vida. Es prioritario detectarlas y atenderlas de manera oportuna desde la infancia, adolescencia y edad madura, ya que si bien esto no elimina las patologías en sí, puede ofrecer ganancia en

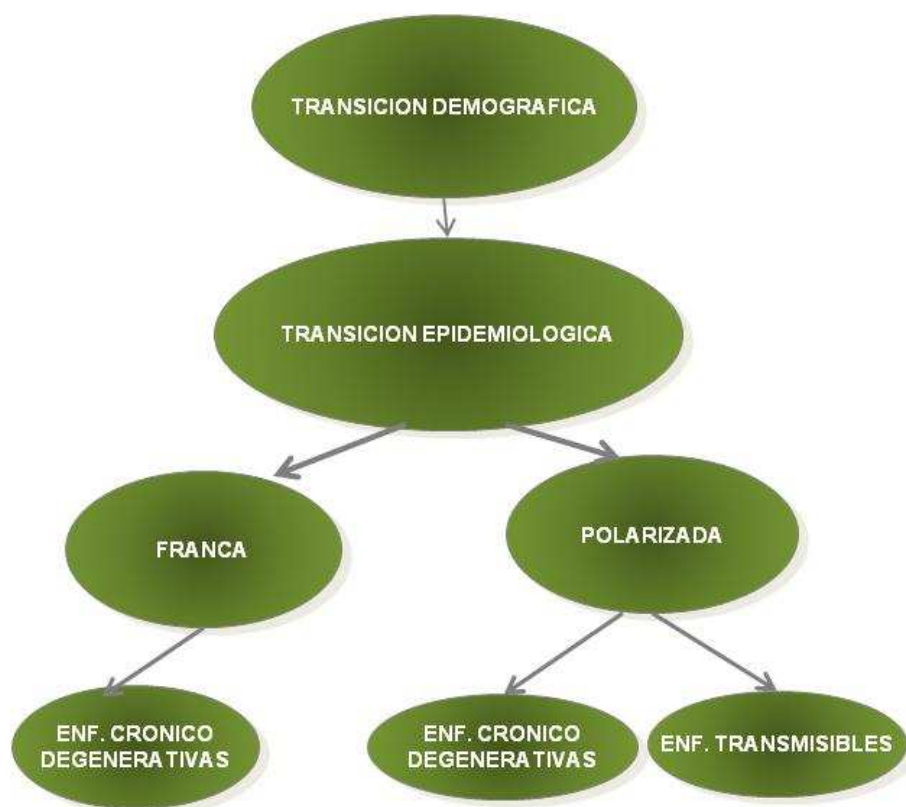
años con mejor calidad de vida. Su historia natural puede ser modificada con intervenciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia y complicaciones. Los pacientes con ECNT que llegan a la etapa de la vejez, debido a causas diversas, tienen una serie de comorbilidades, complicaciones y discapacidades, que generan un incremento importante en los gastos para su atención a la salud, además de los costos sociales. Cabe destacar, que en países desarrollados, no se presenta esta problemática, ya que en ellos se vive un envejecimiento activo y saludable.²⁶

Lo expuesto anteriormente, nos obliga a llevar a cabo en forma permanente y coordinada con el Sector Salud, iniciativa privada y la sociedad civil, durante toda la línea de vida, acciones tendientes a la generación de una cultura de vida saludable para incidir positivamente en el desarrollo de una mejor salud, en la innovación del manejo integral del paciente con la introducción de

nuevos esquemas terapéuticos, campañas de comunicación de riesgos, estrategias para el abandono de hábitos nocivos para la salud, entre otros determinantes con la consolidación de acciones educativas y de capacitación. Lograr un “Envejecimiento Activo y Saludable” se entiende como “El proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”, como lo señala la

Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta definición no sólo contempla el envejecimiento desde la atención sanitaria, sino que incorpora todos los factores de las áreas sociales, económicas y culturales que afectan al envejecimiento de las personas.²⁷

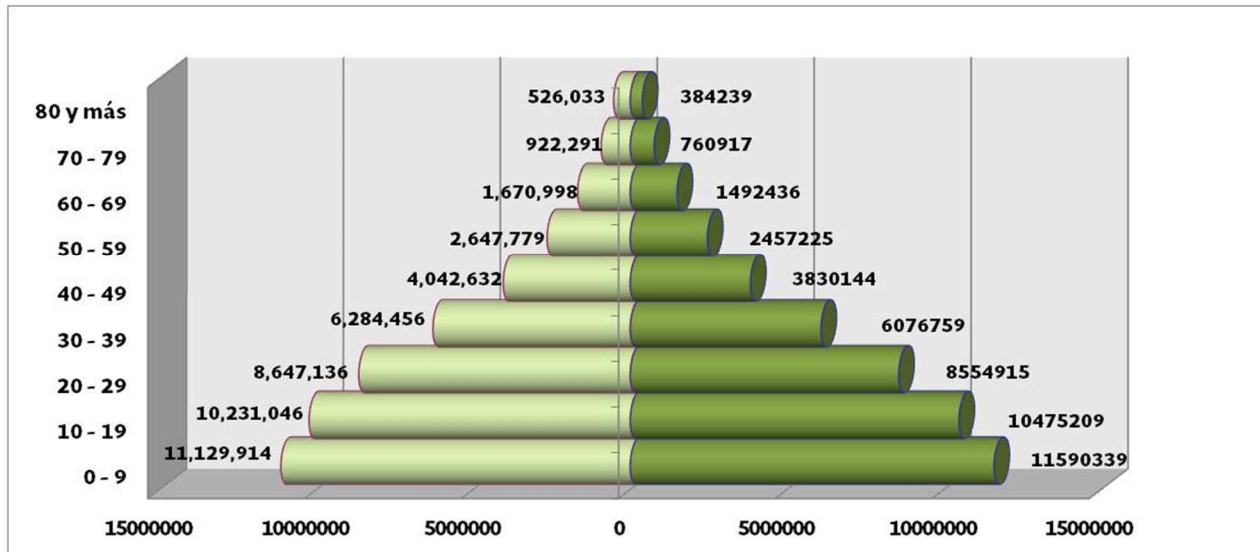
Figura 1. Tipos de transición epidemiológica



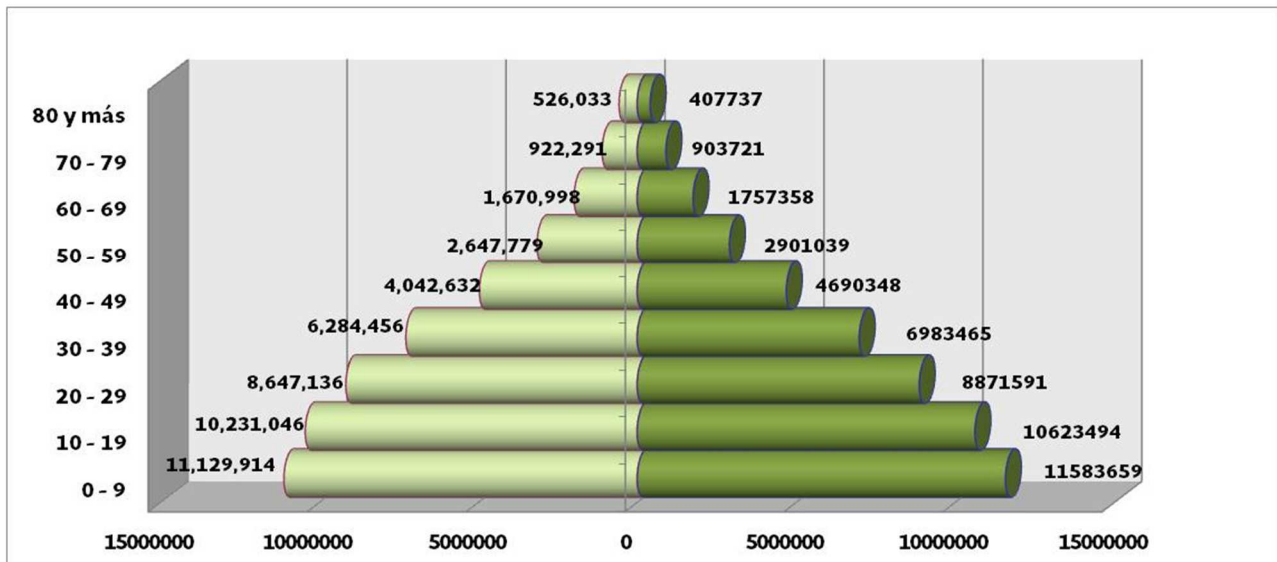
De acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el 2010 el número de adultos mayores estimado era de 9,424,000 de los cuales 54.3% eran mujeres y el 45.7% hombres; de estos porcentajes, el 45.6% de los adultos mayores cuenta con algún tipo de seguridad social y de éstos, 46.8% están registrados de manera simultánea en dos o más instituciones de seguridad social. (Figura 2)²⁶

Figura 2. Pirámide poblacional de México: Disminución en la base e incremento en la cúspide

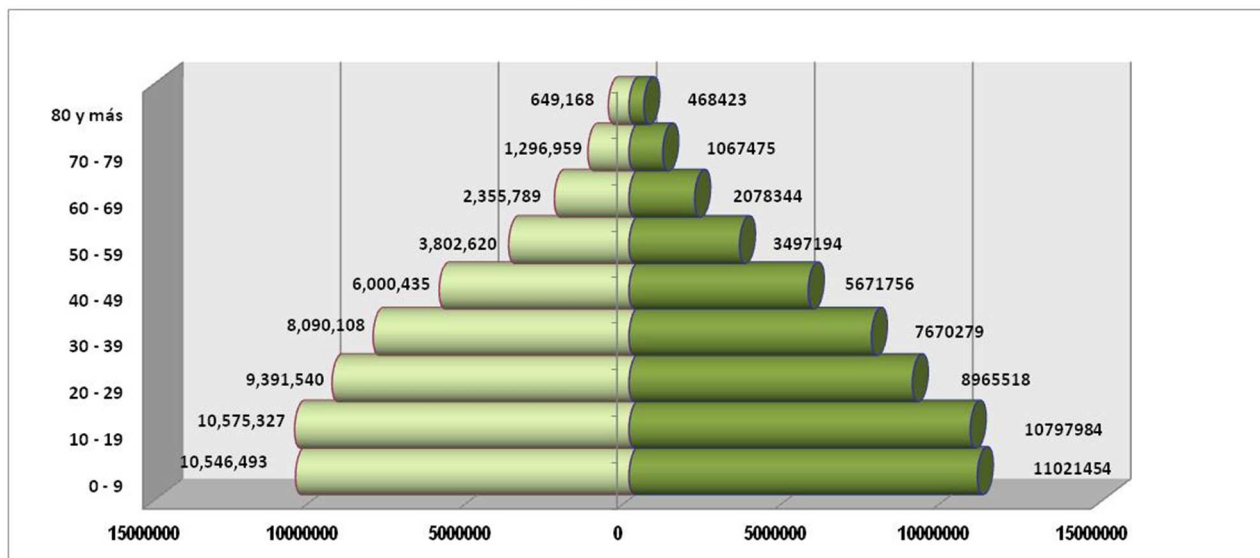
1995



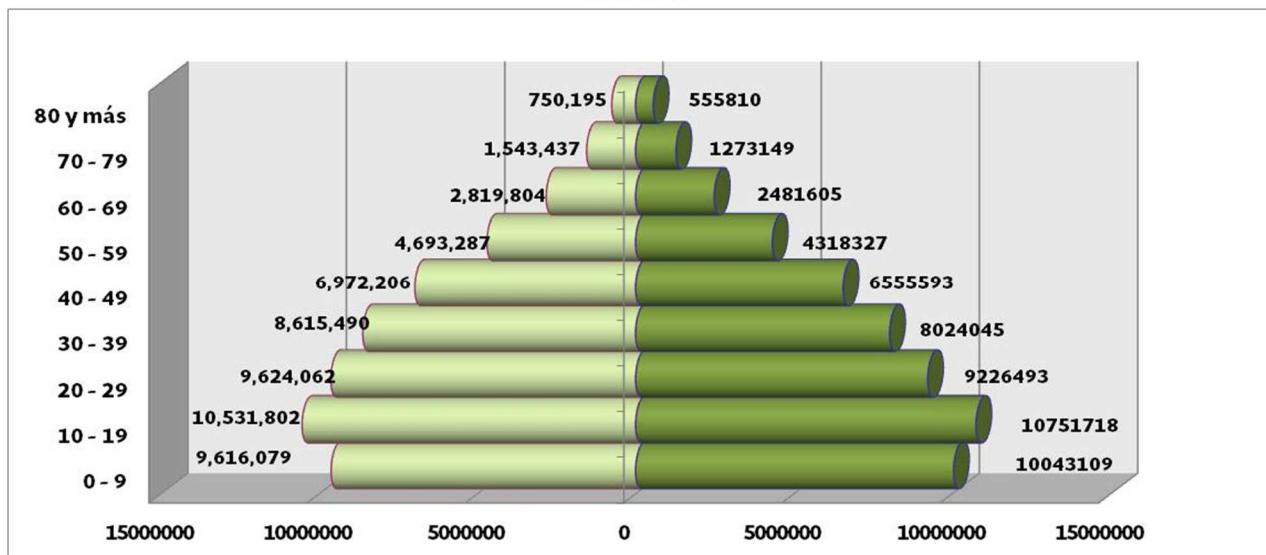
2000



2005



2010



Fuente: INEGI: XI Censo General de Población y Vivienda 2010, Tabulados del cuestionario básico.

Dentro de la problemática principal, para el avance del Programa de Acción Específico de Atención al Envejecimiento se encuentra: 1) falta de sensibilización y educación de todos los sectores hacia una cultura del envejecimiento activo y saludable; 2) deficiente abasto de guías, manuales, documentos técnicos y normativos para difusión, capacitación, detección y manejo de los padecimientos de mayor impacto en la persona adulta mayor; 3) no existen suficientes mecanismos efectivos para garantizar la adherencia terapéutica y cambios de

conducta y hábitos en los pacientes, sus familias, la comunidad y la sociedad en su conjunto; 4) insuficiencia y falta de continuidad en las campañas de comunicación social, para fomentar las medidas preventivas que conlleven a un envejecimiento activo y saludable; 5) falta de inclusión de osteoporosis como patología relevante para este grupo poblacional.²⁷⁻²⁹

Otras limitaciones en los programas de prevención y control para el manejo adecuado de la población adulta mayor son: 1) falta de recursos necesarios para brindar una atención integral que incluya personal de salud debidamente capacitado; 2) desabasto de medicamentos; 3) deficiencia en el sistema de referencia y contrareferencia a los diferentes niveles de atención; 4) falta de infraestructura física especializada como un módulo de atención gerontológica en centros de primer nivel de atención e inexistencia de Centros de Día geronto-geriátricos, complementados ambos con servicios de atención domiciliaria.^{2, 3, 9, 27}

Mortalidad

Las principales causas de mortalidad durante el 2012 fueron: 1) diabetes mellitus tipo 2; 2) enfermedades isquémicas del corazón; 3) tumores malignos; 4) enfermedad cerebrovascular ; 5) enfermedad hipertensiva; 6) cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado; 7) enfermedad obstructiva crónica; 8) infecciones de vías respiratorias agudas bajas; 9) nefritis y nefrosis; y, 10) accidentes. En conjunto, alcanzaron un total de 276,039 defunciones, lo que corresponde al 75.38% de todas las causas. (Cuadro 2)²⁸⁻³³

III.2 Situación Actual y Problemática

En este grupo de edad, otra situación relevante lo constituye la poca o nula información existente en materia de envejecimiento, tanto de sus patologías como de las necesidades sentidas de este grupo poblacional. Si bien es cierto que se están realizando una serie de investigaciones en diferentes sectores, también lo es la insuficiencia de las mismas y su falta de aplicabilidad en el país. La Secretaría de Salud en coordinación con la OPS/OMS, está realizando esfuerzos para contar con información veraz, oportuna y representativa, a través de la aplicación de encuestas epidemiológicas o similares, las cuales son específicas para la persona adulta mayor que proporcionen información sobre sus necesidades reales y sentidas.

Cuadro 2. Principales causas de mortalidad en las personas de 60 y más años en el Sector Salud. México, 2012

N°	Causa	Número	Tasa*
1	Diabetes mellitus	64,841	595.2
2	Enfermedad isquémica del corazón	57,552	528.3
3	Tumor maligno	48,972	262.1
4	Enfermedad cerebrovascular	24,315	223.2
5	Enfermedad hipertensiva	17,421	159.9
6	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	16,280	149.4
7	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	16,028	147.1
8	Infecciones de vías respiratorias agudas bajas	12,949	118.9
9	Nefritis y nefrosis	9,603	88.2
10	Accidentes	8,078	74.2

Fuente: Dirección General de Información en Salud.

* Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.

Cuadro 3. Diez principales causas de mortalidad en el hombre. México, 2012

N°	Causa	Número	Tasa*
1	Enfermedad isquémica del corazón	30,123	595.6
2	Diabetes mellitus	29,933	591.9
3	Tumor maligno	26,003	514.2
4	Enfermedad cerebrovascular	11,301	223.5
5	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	10,341	204.5
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8,783	173.7
7	Enfermedad hipertensiva	7,518	148.7
8	Infecciones de vías respiratorias agudas bajas	6,671	131.9
9	Accidentes	5,120	101.2
10	Nefritis y nefrosis	5,107	101.0

Fuente: Dirección General de Información en Salud.

* Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.

Cuadro 4. Diez principales causas de mortalidad en la mujer. México, 2012

N°	Causa	Número	Tasa*
1	Diabetes mellitus,	34,894	597.9
2	Enfermedad isquémica del corazón	27,410	469.7
3	Tumor maligno	22,958	393.4
4	Enfermedad cerebrovascular	13,006	222.8
5	Enfermedad hipertensiva	9,897	169.6
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	7,288	124.9
7	Infecciones de vías respiratorias agudas bajas	6,273	107.5
8	Cirrosis y otras enfermedades del hígado	5,925	101.5
9	Nefritis y nefrosis	4,492	77.0
10	Accidentes	2,952	50.6

Fuente: Dirección General de Información en Salud.

* Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.

Al hacer el comparativo por sexo, en el grupo de 60 años y más, encontramos que:

En los hombres la ubicación de las causas es diferente con relación a la general, ocupando el primer lugar la enfermedad isquémica del corazón y en segundo la diabetes mellitus; el tercero y cuarto lugar, son tumores malignos y enfermedad cerebrovascular (ocupan el mismo lugar en la tabla general); la cirrosis está en quinto lugar y en el séptimo la hipertensión arterial, ocupando el mismo lugar que en la tabla general; los accidentes y nefritis y nefrosis se encuentran invertidos con relación a la mortalidad general de este grupo etario, ocupando el noveno y décimo lugar respectivamente.

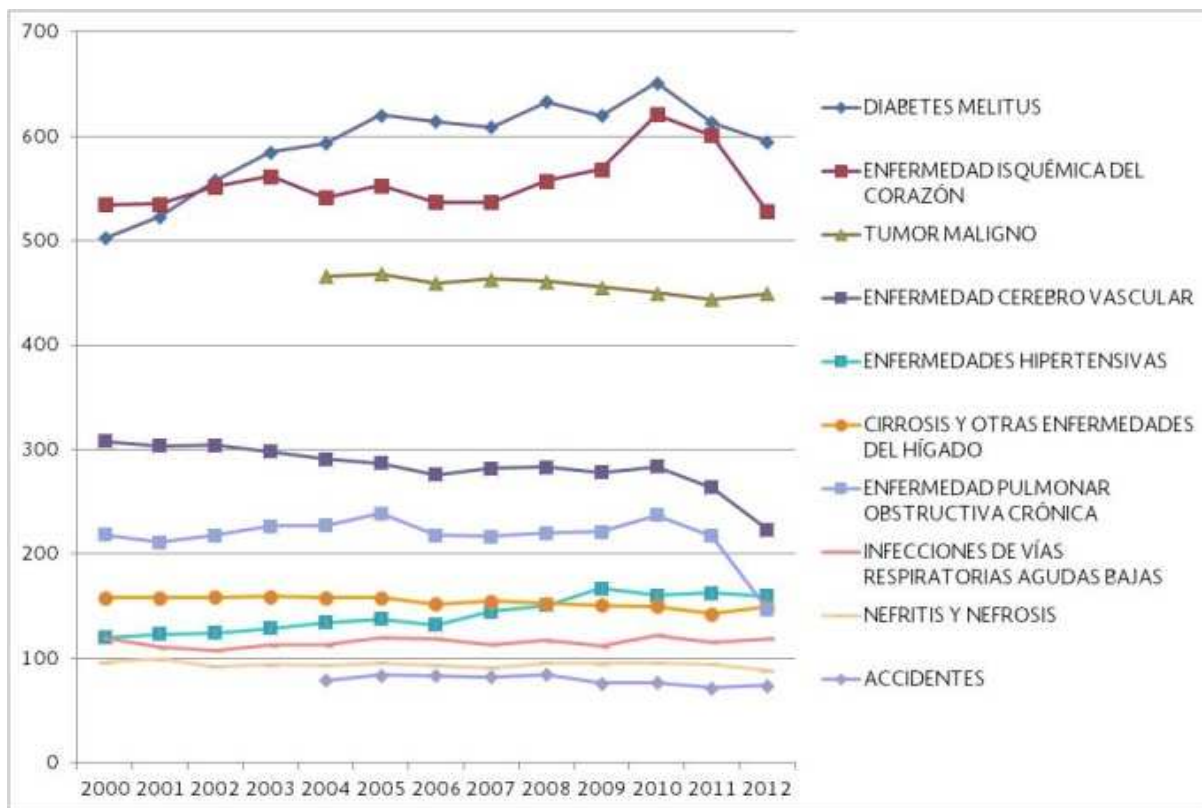
En las mujeres, las cinco primeras causas de mortalidad son las mismas que se señalan en la mortalidad general de este grupo de edad, no así en el orden de presentación de las tres siguientes, donde la enfermedad obstructiva y las infecciones de vías respiratorias agudas bajas, ocupan el sexto y séptimo lugar; con relación al noveno y décimo lugar, se presentan de manera similar a la mortalidad general de este grupo poblacional. (Cuadros 3 y 4)

Con relación al comportamiento de las diez primeras causas de mortalidad, en el período 2000 al 2012, encontramos que fueron similares sólo que éstas ocupaban diferentes lugares. Como puede observarse en la Gráfica 4, la diabetes mellitus en el período 2000-2002, ocupaba la segunda causa de mortalidad, igualándose en 2003 con la enfermedad isquémica del corazón, la cual ocupaba el primer lugar en ese período

A partir del 2004, ésta ocupa la primera causa, alcanzando su nivel más alto en 2010, donde empieza a presentar un decremento que continúa en 2012; la enfermedad isquémica del corazón ocupó el primer lugar de 2000 a 2002; a partir de ese momento hasta 2008, presenta un incremento sostenido hasta 2010; en 2011 presenta un marcado decremento, ubicándose nuevamente en 2012 al mismo nivel que antes de su ascenso. Con relación a las 8 restantes, éstas tienen un comportamiento lineal durante todo el periodo con un discreto incremento en la enfermedad hipertensiva del 2009 a 2011. (Gráfica 4)

Con relación a tumores malignos y accidentes, no contamos con la información de 2000 a 2003 en virtud de que no se encuentra la información desagregada. (Cuadro 2, 3 y 4)

Gráfica 4. Principales causas de mortalidad en el período 2000-2012



Fuente: Dirección General de Información en Salud.
* Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.

A continuación, se puede observar la distribución de las principales causas de mortalidad de manera gráfica, en las diferentes entidades federativas, destacándose en color naranja la primera, en azul la segunda, en gris la tercera y en verde la cuarta; posteriormente se presentan en cuadros.

Al revisar la causa de mortalidad por entidad federativa, es importante señalar que Chihuahua ocupa el primer lugar en el 40% de las 10 primeras causas de mortalidad; siendo éstas: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; infecciones de vías respiratorias altas; nefritis y nefrosis; cirrosis y otras enfermedades del hígado.

Con relación a la diabetes mellitus tipo 2, las tasas más altas de mortalidad se encuentran en Tlaxcala, Tabasco, Distrito Federal, Colima, Puebla, Guanajuato y Morelos, con un rango de 802.2 a 706.5 defunciones por cada 100,000 habitantes. (Ver mapas y cuadros correspondientes)

Para la enfermedad isquémica del corazón, las tasas más altas se presentan en Sonora, Chihuahua, Durango, Yucatán, Distrito Federal, Tamaulipas, Coahuila y Nuevo León, con rangos de 785.8 a 653.5 defunciones por cada 100,000 habitantes, en comparación con la nacional que tiene una tasa de 528.3 defunciones por cada 100,000 habitantes. (Ver mapas y cuadros correspondientes)

Los tumores malignos se encuentran con las tasas más altas en Colima, Distrito Federal, Sonora, Baja California Sur, Nuevo León, Aguascalientes, Baja California y Tamaulipas, dentro del rango de 518.4 a 465.1 con una media nacional de 514.2 defunciones por cada 100,000 habitantes. (Ver mapas y cuadros correspondientes).

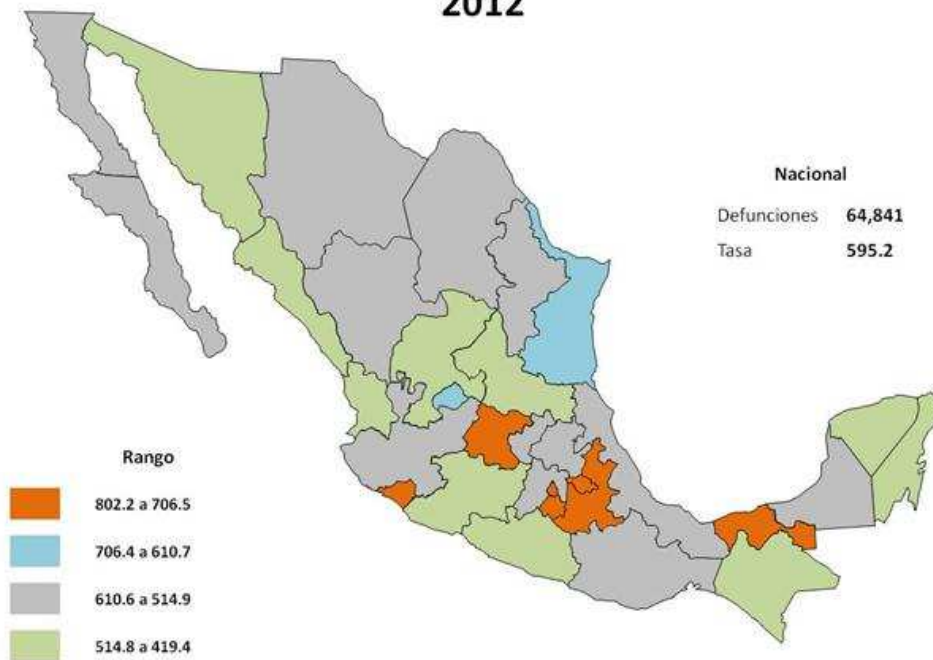
En lo referente a la enfermedad cerebrovascular, que ocupa la cuarta causa de mortalidad, se presentan las tasas más altas en Oaxaca, Yucatán, Baja California, Morelos, Nuevo León, Coahuila, Tlaxcala, Durango, Puebla, Campeche, Veracruz y Querétaro, con un rango de 293.6 a 237.8 y una media nacional de 223.2 defunciones por cada 100,000 habitantes. (Ver mapas y cuadros correspondientes)

Hidalgo tiene la tasa más alta de mortalidad en todo el país respecto a enfermedad hipertensiva, le siguen Colima y Veracruz, con un rango de 303.3 a 246.5, en comparación a la tasa media nacional que es de 159.9 defunciones por cada 100,000 habitantes. (Ver mapas y cuadros correspondientes)

Es importante señalar que la cirrosis y otras enfermedades del hígado, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infecciones de las vías respiratorias agudas bajas, nefritis y nefrosis, así como en accidentes, Chihuahua presenta la tasa más alta.³² (Ver mapas y cuadros correspondientes)

Mapas y cuadros de distribución de las causas de mortalidad

Diabetes mellitus
2012

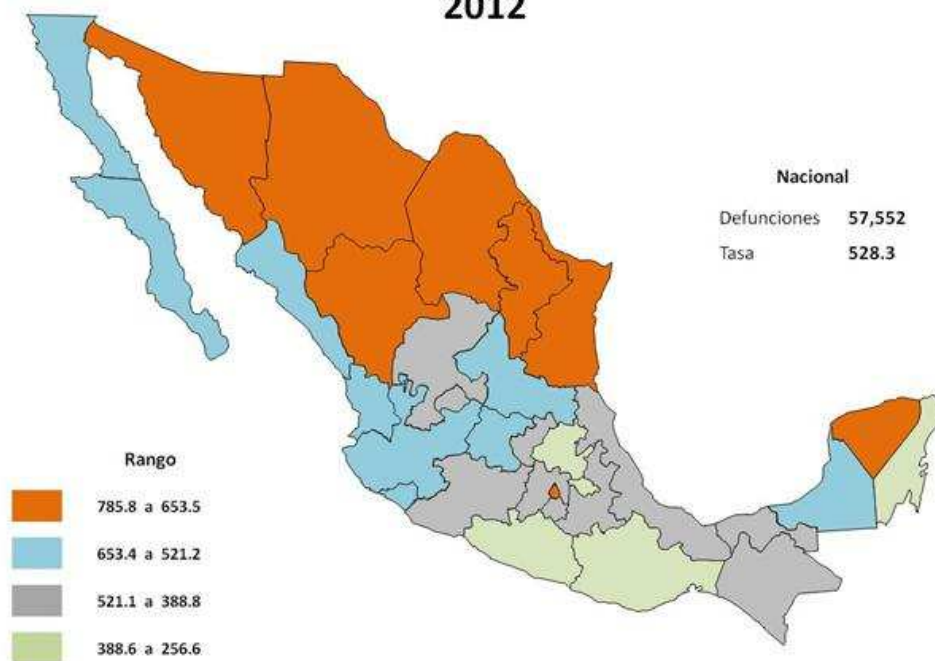


*Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años
Fuente: Dirección General de Información en Salud

Diabetes Mellitus	
2012	
Estado	Tasa
Tlaxcala	802.2
Tabasco	785.1
Distrito Federal	783.3
Colima	778.8
Puebla	765.5
Guanajuato	727.1
Morelos	714.9

Fuente: Dirección General de Información en Salud.
* Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.

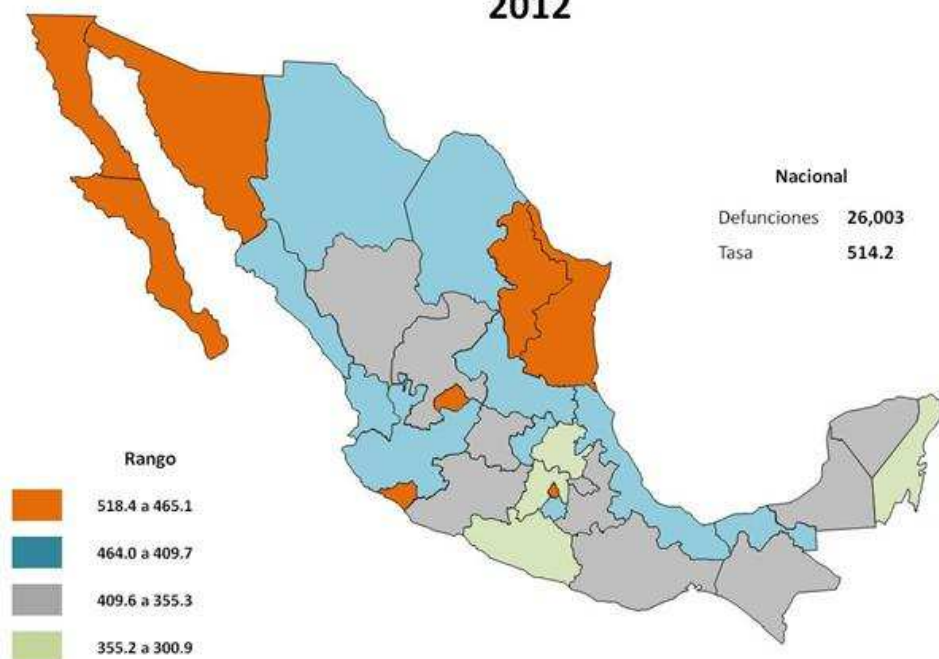
Enfermedad isquémica del corazón 2012



Enfermedad isquémica del corazón	
2012	
Sonora	785.8
Chihuahua	750.9
Durango	738.2
Yucatán	705.3
Distrito Federal	704.7
Tamaulipas	669.5
Coahuila	655.2
Nuevo León	653.6

Fuente: Dirección General de Información en Salud.
* Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.

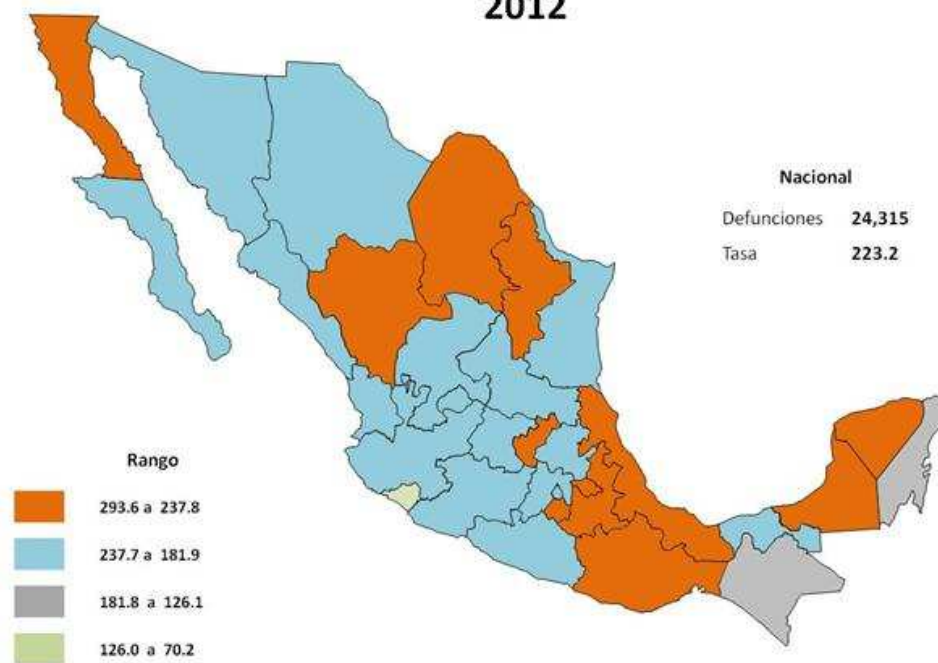
Tumor maligno 2012



Tumores malignos 2012	
Estado	Tasa
Colima	581.3
Distrito Federal	572.9
Sonora	556.6
Baja California Sur	545.5
Nuevo León	541.2
Aguascalientes	518.4
Baja California	515.5
Tamaulipas	514.3

Fuente: Dirección General de Información en Salud.
* Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.

Enfermedad cerebrovascular 2012



Fuente: Dirección General de Información en Salud.

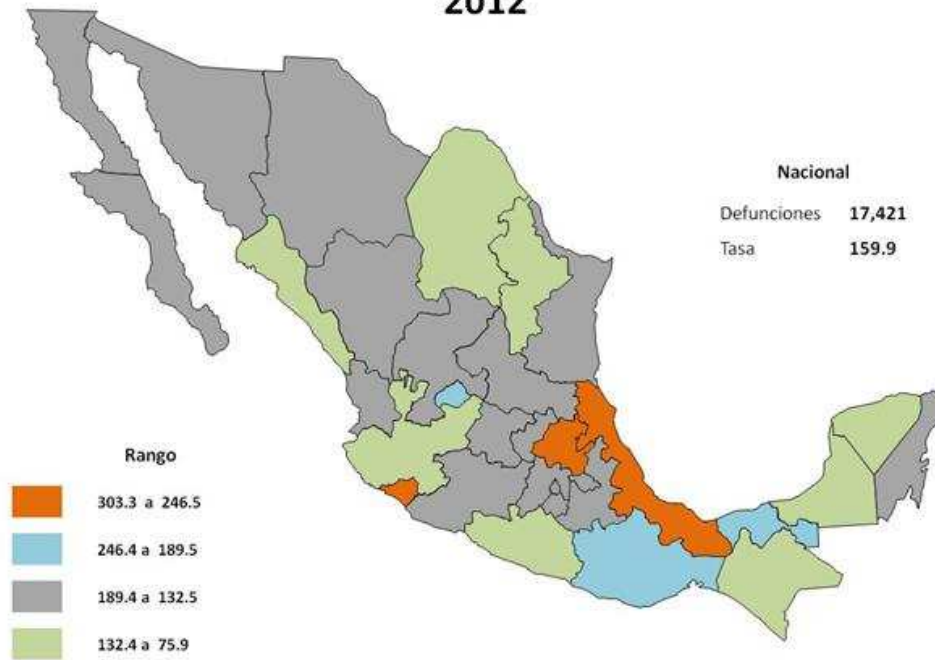
*Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.

Enfermedad cerebrovascular	
2012	
Estado	Tasa
Oaxaca	293.6
Yucatán	274.8
Baja California	269.6
Morelos	253.6
Nuevo León	250.6
Coahuila	250.5
Tlaxcala	249.1
Durango	247.3
Puebla	246.2
Campeche	243.8
Veracruz	240.7

Fuente: Dirección General de Información en Salud.

* Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.

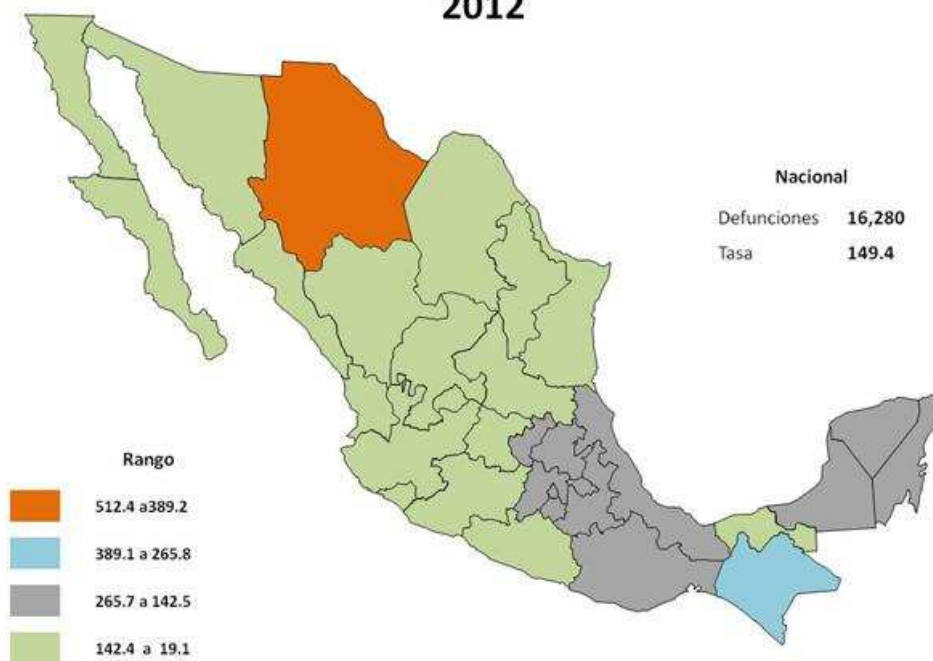
Enfermedad hipertensiva 2012



Enfermedad hipertensiva 2012	
Estado	Tasa
Hidalgo	303.3
Colima	280.5
Veracruz	256

Fuente: Dirección General de Información en Salud.
* Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.

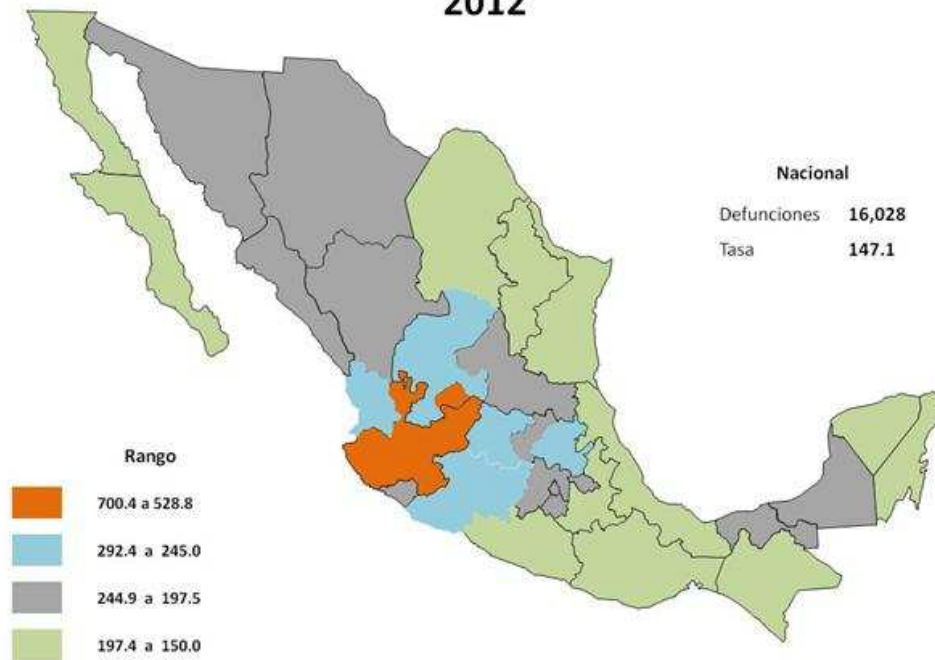
Cirrosis y otras enfermedades del hígado 2012



Cirrosis y otras enfermedades del hígado	
2012	
Estado	Tasa
Chihuahua	512.4

Fuente: Dirección General de Información en Salud.
* Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.

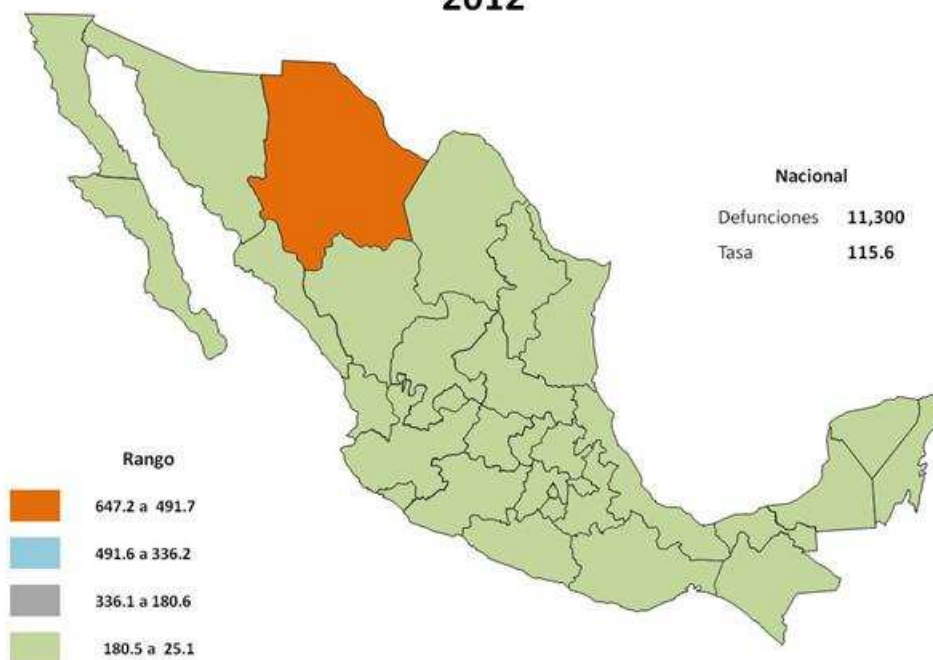
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 2012



Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	
2012	
Estado	Tasa
Chihuahua	700.4

Fuente: Dirección General de Información en Salud.
* Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.

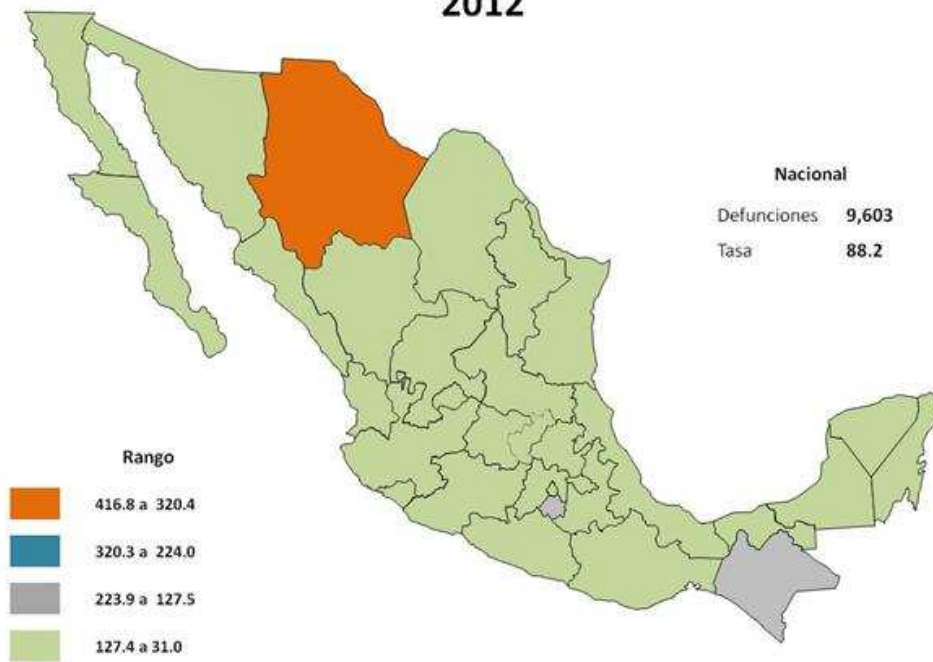
Infecciones de vías respiratorias agudas bajas 2012



Infecciones de vías respiratorias agudas bajas	
2012	
Estado	Tasa
Chihuahua	647.2

Fuente: Dirección General de Información en Salud.
* Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.

Nefritis y nefrosis 2012



Nefritis y nefrosis	
2012	
Estado	Tasa
Chihuahua	416.8

Fuente: Dirección General de Información en Salud.
* Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.



Fuente: Dirección General de Información en Salud.
*Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.

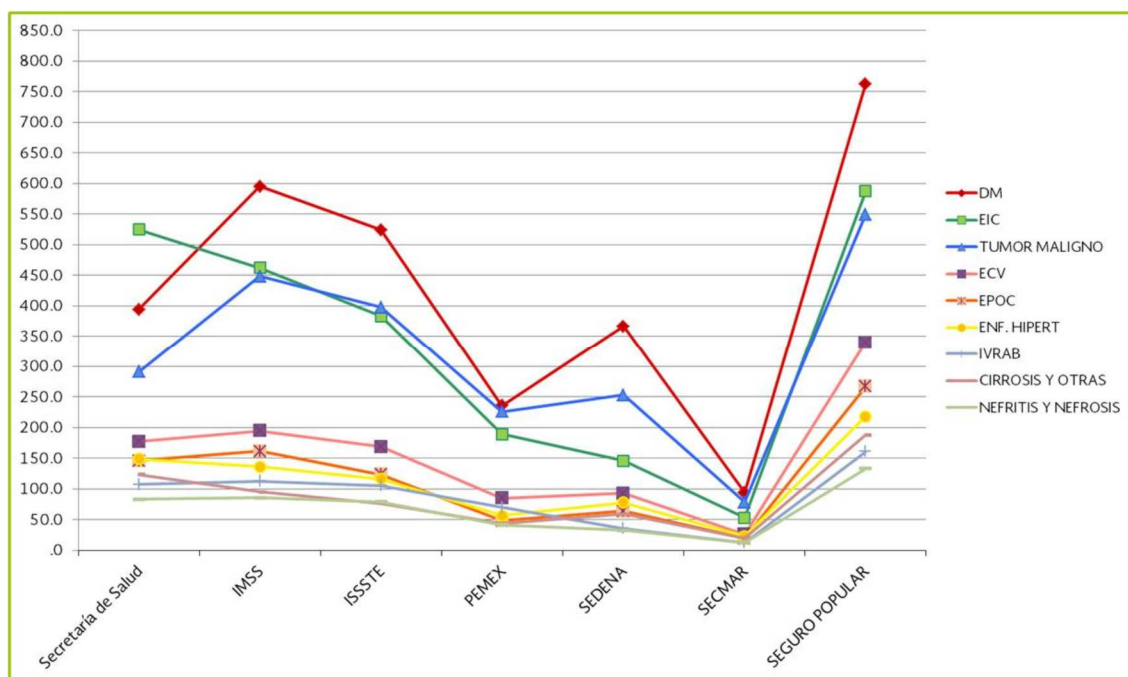
Caídas	
2012	
Estado	Tasa
Chihuahua	531.2

Fuente: Dirección General de Información en Salud.
* Tasa por 100,000 habitantes de 60 y más años.



Al realizar el comparativo de todo el sector, en 2011 encontramos que las cifras o datos obtenidos son similares en cuanto a las 10 primeras causas de mortalidad. Se observa que el IMSS presenta las tasas más altas del sector, destacándose sobre todo la diabetes mellitus y la enfermedad isquémica del corazón; por otro lado, en la Secretaría de Salud contrario a lo esperado, no es la diabetes mellitus la primera causa de mortalidad sino la enfermedad isquémica del corazón, situación similar que presenta PEMEX. Otro dato significativo lo tenemos en el rubro de desnutrición, la cual presenta una tasa elevada en la Secretaría de Salud y no así en el resto de las instituciones. SEMAR, ISSSTE, SEDENA y PEMEX, cuentan con las tasas más bajas.³² (Gráfica 5)

Gráfica 5. Diez principales causas de mortalidad en la población adulta mayor por institución de salud, 2012



Fuente: Anuario, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, 2012.
* Tasa por 100,000 habitantes de 60 años y más.

Con relación a las tasas de mortalidad por institución que integra el Sector Salud en 2012, se observa que es similar el comportamiento en las principales causas. Destaca como primera causa a la diabetes mellitus seguido por las enfermedades isquémicas del corazón, el tumor maligno, enfermedad cerebrovascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Por institución, el Seguro Popular

(SP) contribuye con las tasas más altas de mortalidad; así como el Instituto Mexicano del Seguro Social en segundo lugar sobresaltando en las cinco primeras causas ya descritas. (Cuadro 5 y Gráfica 5)

**Cuadro 5. Comparativo de mortalidad por institución, de 60 años y más.
México, 2012**

SSA	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SEMAR	SP/SSA	TOTAL
10,297	27,222	6,848	769	598	153	13,285	59,172
13,715	21,132	5,002	617	238	86	10,230	51,020
7,598	20,481	5,193	737	413	128	9,568	44,118
4,633	8,891	2,201	278	151	42	5,915	22,111
3,805	7,389	1,613	157	104	31	4,645	17,744
3,889	6,218	1,517	185	127	37	3,796	15,769
2,806	5,155	1,380	228	58	21	2,798	12,446
3,225	4,351	995	144	96	32	3,272	12,115
2,170	3,898	1,032	136	53	21	2,318	9,628
1,666	2,570	605	59	34	10	1,895	6,839

Fuente: Anuario, IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SEMAR, 2012.

Nota.- La información de IMSS OPORTUNIDADES es población abierta por lo que está incluida en la columna de Secretaría de Salud y/o Seguro Popular.

Morbilidad

Con relación a la morbilidad de la población adulta mayor, los datos son difíciles de obtener y menos confiables, ya que los sistemas de información no permiten conocer los casos confirmados de las enfermedades de mayor afectación para el grupo de 60 años y más. Se debe replantear una adecuación debido a las nuevas necesidades surgidas por la transición epidemiológica, aunque en este momento ya está dividido por género lo que facilita el análisis y planteamiento de estrategias y líneas de acción. En nuestro país, de acuerdo al Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), podemos observar que dentro de las 10 primeras causas, se entremezclan enfermedades transmisibles con crónicas degenerativas, llamando la atención que la gingivitis y la enfermedad periodontal están dentro de este grupo.³⁴⁻³⁷ (Cuadro 6)

Cuadro 6. Diez principales causas de enfermedad en el grupo de 60 y más años, México, 2012

N°	Casas	Total	Tasa*
1	Infecciones respiratorias agudas	2.025.046	18.590
2	Infecciones de vías urinarias	650.727	5,97
3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	518.392	4.759
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	282.245	2.591
5	Hipertensión arterial	205.723	1.889
6	Diabetes mellitus, tipo 2	140.355	1.288
7	Gingivitis y enfermedades periodontales	87.421	803
8	Conjuntivitis	45.488	418
9	Otitis media aguda	43.002	395
10	Neumonías y bronconeumonías	40.940	376
Total 10 principales causas (92.9%)		4.039.339	37.081
OTRAS		220.103	2.854
Total		4.259.442	39.334

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

* por 100,000 habitantes

Principales causas de mortalidad en el período 2000-2012.

Cuadro 7. Diez principales causas de enfermedad en el grupo de 60 años y más en el hombre. México, 2012

N°	Causas	Total	Tasa*
1	Infecciones respiratorias agudas	786,629	15,555
2	Infecciones de vías urinarias	221,016	4,370
3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	196,772	3,891
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	112,703	2,229
5	Hipertensión arterial	86,214	1,705
6	Diabetes mellitus	60,619	1,199
7	Gingivitis y enfermedades periodontales	39,772	786
8	Conjuntivitis	19,802	392
9	Neumonías y bronconeumonías	19,292	381
10	Otitis media aguda	19,059	377
	Total 10 principales causas (92.06%)	1,561,878	30,884
	OTRAS	134,570	2,661
Total		1,696,448	33,545

Fuente: SUIVE/DGE/ Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos 2011
* por 100,000 habitantes.

Cuadro 8. Diez principales causas de enfermedad en el grupo de 60 años y más en la mujer. México, 2012

N°	Causas	Total	Tasa*
1	Infecciones respiratorias agudas	1,238,416	21,219
2	Infecciones de vías urinarias	429,711	7,363
3	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	321,620	5,511
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	169,542	2,905
5	Diabetes mellitus	79,736	1,366
6	Gingivitis y enfermedades periodontales	47,649	816
7	Hipertensión arterial	42,509	728
8	Conjuntivitis	25,686	440
9	Otitis media aguda	23,943	410
10	Neumonías y bronconeumonías	21,648	371
Total 10 principales causas (76.9%)		2,040,461	41,130
OTRAS		253,305	4,340
Total		2,653,766	45,470

Fuente: SUIVE/DGE/ Secretaría de Salud/Estados Unidos Mexicanos 2011
* por 100,000 habitantes

Con relación a la morbilidad, es importante destacar que al analizar la tabla general con las 10 primeras causas por sexo, éstas se comportan igual quedando como dato de importancia que el total de las 10 principales causas equivalen al 92.06% y 76.9% del total de todas las causas atendidas. (Cuadros 7 y 8)

El aumento en el número de comorbilidades, al parecer es directamente proporcional a la edad del individuo según algunos estudios multicéntricos, con un incremento en la utilización de los servicios de salud hasta tres veces más en las personas mayores de 70 años.

Hay dos grupos de padecimientos que se presentan en este grupo etario: 1) las enfermedades dependientes de la edad y 2) las enfermedades relacionadas con la edad (Tabla 1). Mientras que las primeras son aquellas cuya patogénesis está relacionada directamente con el envejecimiento del huésped, el segundo grupo se refiere a aquellos procesos que pueden aparecer a cualquier edad, pero son más comunes en las personas adultas mayores.³⁴⁻³⁷

Tabla 1. Enfermedades dependientes y relacionadas con la edad

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

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

Fuente: OPS/OMS

Con relación a las causas de hospitalización, se encontró que en los hombres los padecimientos más frecuentes fueron la enfermedad isquémica del corazón, hiperplasia de próstata y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, mientras que en las mujeres fueron diabetes mellitus, enfermedad isquémica del corazón y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.³⁸⁻⁴¹

La cognición durante la vejez es un tema importante de abordar que se debe estudiar en diversas áreas médicas complementarias, desde la realización del diseño de pruebas de tamizaje y baterías neuropsiquiátricas en los distintos dominios cognoscitivos como la memoria, el cálculo y la atención, hasta la realización e interpretación de la imagenología de las regiones cerebrales involucradas en memoria y otras funciones mentales superiores.^{42,43}

En Estados Unidos, el área de neurociencias y neuropsicología del Programa del Envejecimiento, es uno de los cuatro programas extramuros del Instituto Nacional del Envejecimiento y consume aproximadamente 50% de todo el presupuesto de esa institución.^{42,43}

Un estudio llevado a cabo por el Centro de Economía y Salud en 1996¹⁰, clasificó las necesidades prioritarias en salud en diferentes categorías independientemente del sexo y basadas en el grado de discapacidad. Aquí comentamos dos de las que consideramos las más importantes. La primera, llamada de “alta discapacidad”, incluye entidades como el síndrome de caídas, las demencias, artritis reumatoide, osteoporosis, osteoartritis; y la segunda, “muerte prematura”, que incluye padecimientos como la enfermedad cerebrovascular, nefritis, nefrosis y la cardiopatía hipertensiva.

Ahora bien, en el caso de la osteoporosis en México, en 2010 se registraron 2.5 millones de pacientes con osteoporosis y se prevé que para 2015 aumentará a 3 millones de casos y 3.5 millones en 2020. Una medida alta o baja de masa corporal puede ser un factor de riesgo para algunas enfermedades como la diabetes y la osteoporosis. Respecto a las fracturas por fragilidad, éstas generan un costo económico elevado para el país, y también generan grandes costos sociales, como el deterioro en la calidad de vida y la disminución de años de vida saludable.⁴⁴

En cuanto al síndrome demencial como generador de alta discapacidad e independientemente de su etiología, la verdad es que no se ha llegado al grado de detección y atención que requiere esta problemática. Como bien se aclara en este mismo estudio, las demencias son un grave problema de discapacidad en México más que de mortalidad y deben ser atendidas en forma integral. A este respecto, en 1994 las afecciones demenciales ya eran la quinta causa de discapacidad en mujeres mexicanas adultas mayores. Para los hombres, las demencias ocupaban el séptimo lugar.⁴⁵⁻⁴⁷

El CONAPO en el año 2005, destaca que la discapacidad del aparato músculo-esquelético afecta al 5.6% de los varones adultos mayores y 6.2% de las mujeres de este país. El segundo lugar lo ocupa la discapacidad visual con 3.2% en hombres y 3.35% en mujeres, mientras que el tercer lugar lo ocupa la discapacidad auditiva con 2.7% para varones y 1.9% para mujeres. Los datos anteriores, nos llevan a la reflexión de que México cada día se acerca más a ser una sociedad envejecida, que lamentablemente, no se encuentra libre de discapacidad.²⁶

Actualmente, los reportes generados por los sistemas oficiales de información en salud, en específico los referentes a morbilidad, no proporcionan información por quinquenio para este grupo de edad, debido a que su diseño no permite conocer los casos confirmados de las enfermedades de mayor afectación para el grupo de 60 años y más. Sin embargo, las nuevas necesidades surgidas por la transición epidemiológica, dan como resultado replantear una adecuación al sistema de información en la persona adulta mayor.³⁰⁻³³

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

Las diez principales causas de morbilidad del sector durante el 2010 fueron: 1) infecciones respiratorias agudas; 2) infecciones de vías urinarias; 3) infecciones intestinales por otros organismos y mal definidas; 4) úlceras, gastritis y duodenitis; 5) hipertensión arterial sistémica; 6) diabetes mellitus; 7) gingivitis y enfermedades periodontales; 8) conjuntivitis; 9) otitis media aguda y, 10) amibiasis intestinal. En el caso de la osteoporosis, no es observable dentro de las primeras 10 causas debido a que en el sistema de información no se reporta, sin embargo son enfermedades asociadas con el envejecimiento, se espera que su incidencia crezca de manera acorde.

Como puede observarse en los datos anteriores, México presenta tanto enfermedades contagiosas como crónicas no transmisibles lo que hace que se hable de una transición epidemiológica, en específico de este grupo de edad. Los niveles de enfermedad infecciosa que se observan, son más altos de los que se esperaría debido a los niveles observados de enfermedades crónicas.

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

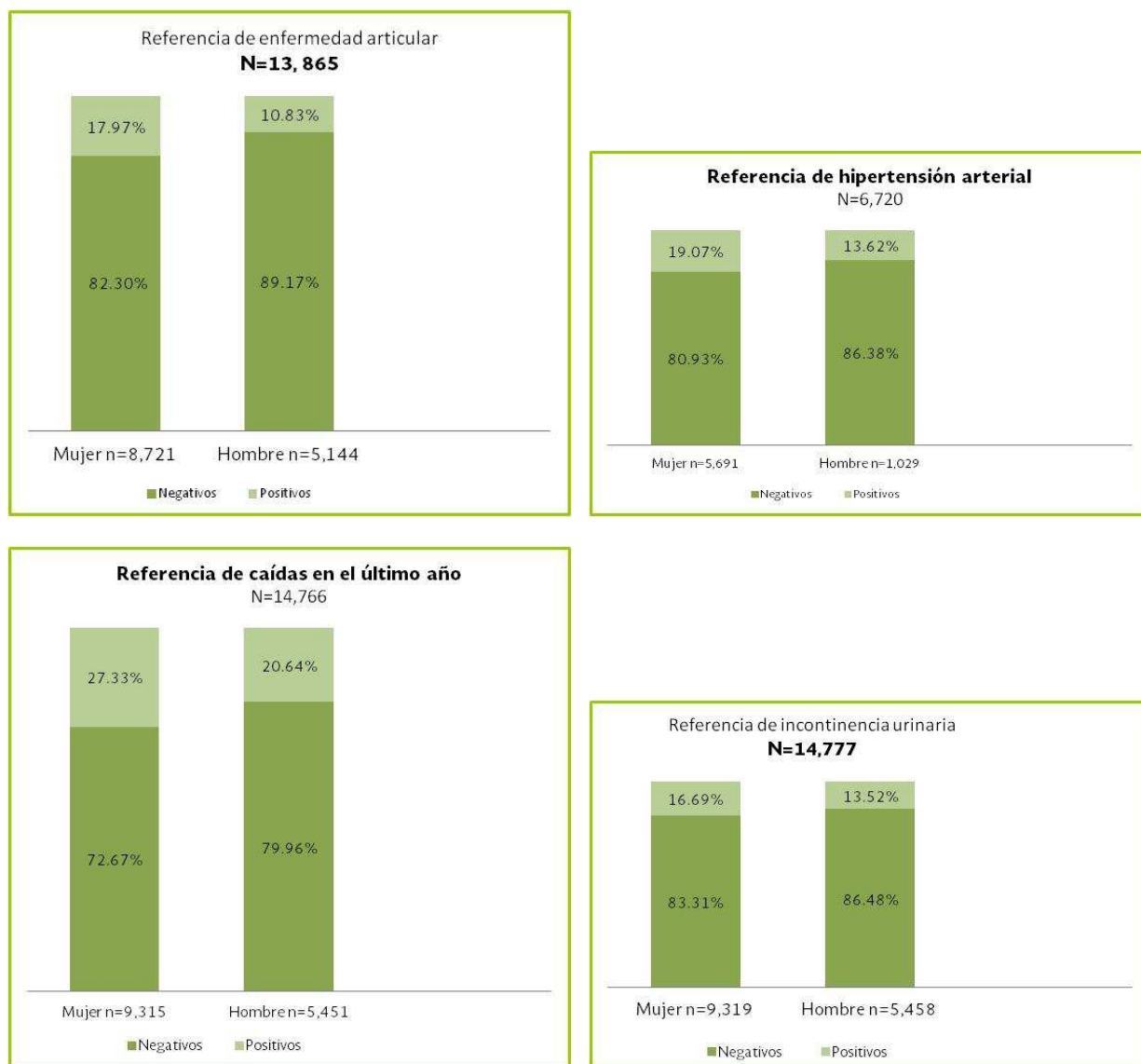
Para registrar los casos de notificación epidemiológica, el SUIVE se divide en dos grupos: los de 60 a 64 años de edad y el conformado por aquellos de 65 y más, por lo que resulta imposible realizar un análisis por quinquenio.

Al comparar estos dos grupos de edad, observamos que en la décima causa de morbilidad, se ubican las neumonías y bronconeumonías con 30,114 casos y una tasa de 380.41; conjuntivitis con 29,867 casos y una tasa de 377.29 por cada 100,000 habitantes; ambas corresponden a la undécima y duodécima causa de morbilidad respectivamente.

El Programa de Atención al Envejecimiento adscrito al Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE) en coordinación con los Servicios Estatales de Salud y las Universidades participantes realizaron desde el 2005 a la fecha, los proyectos de investigación de Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE). En 2012, se analizaron algunas de las morbilidades por sexo en las 12 entidades federativas estudiadas (Durango, Campeche, Estado de México, Guanajuato, Morelos, Michoacán, Querétaro, San Luis Potosí, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán). Se aplicaron 14,808 cuestionarios, donde 63% fueron del sexo mujer y 37% del sexo hombre.⁵⁰⁻⁶⁰

En este estudio, resalta la existencia de padecimientos ligados a la mujer tales como enfermedad articular, caídas, incontinencia urinaria, hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus. (Gráfica 6)

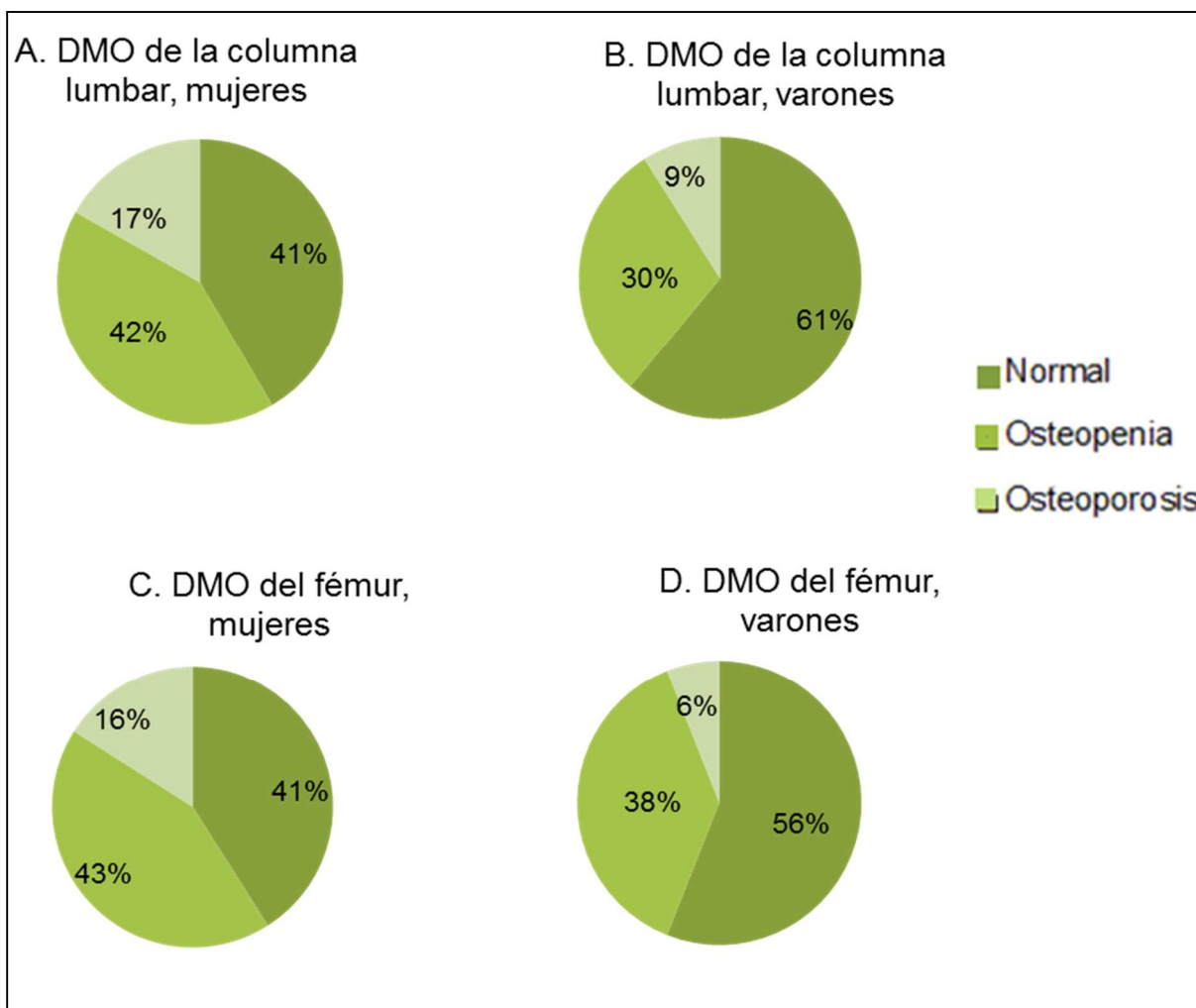
Gráfica 6. Patologías ligadas a la mujer



Fuente: Estudios SABE
Gráfica que muestra una mayor carga de enfermedad en la mujer.

En el caso de la osteoporosis y masa ósea baja en México, el estudio de LAVOS (*Latin American Vertebral Osteoporosis Study*, por sus siglas en inglés) demuestra que la prevalencia de estos padecimientos es más recurrente en mujeres que en hombres, en las siguientes proporciones.⁶⁶ (Gráfica 7)

Grafico 7. Prevalencia de osteoporosis en México.



Prevalencia de la Osteoporosis y masa ósea baja en México.

Fuente: P. Clark, Carlos F. *Epidemiology, costs and burden of osteoporosis in Mexico.* En: *Archives of Osteoporosis*, 2010, 5, p 9-17.

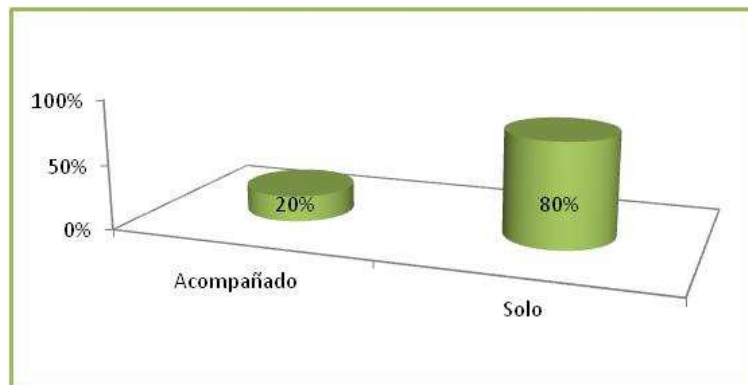
De acuerdo con SABE, en el 58.33% de las entidades estudiadas, se observó que la mujer presentaba mayor analfabetismo. Sin embargo, cuando éstas accedieron a estudiar, lograron grados académicos más elevados que el hombre. (Gráfica 8)

Gráfica 8. Capacidad de lectoescritura



Con relación a la vida en compañía de la persona adulta mayor, podemos observar que el 80% de este grupo etario vive solo, sin importar el sexo ni la entidad federativa a la que pertenezcan. (Gráfica 9)⁵⁰⁻⁶⁰

Gráfica 9. Compañía en la vivienda



Fuente: Estudio Salud Bienestar y Envejecimiento

Gráfica que muestra que el mayor porcentaje de personas adultas mayores viven solas.

De acuerdo con la OMS, el Índice de Masa Corporal (IMC) se ha considerado desde su creación como un indicador confiable de adiposidad en los individuos.⁶⁷ Sin embargo, la experiencia clínica y epidemiológica ha demostrado paulatinamente que sus valores no pueden ser idénticos en la persona adulta mayor con respecto a la población general ya que es un grupo con características físicas y

sociales diferentes. Para tener una imagen sobre el IMC de la población adulta mayor que habita en la comunidad, se calculó el índice de masa corporal tomando para tal motivo variables antropométricas obtenidas a partir de la base de datos del Proyecto-SABE México.⁵⁰⁻⁶⁰

Tabla 2. IMC para las personas adultas mayores

Nutrición														
Índice de Masa Corporal														
Cálculo de IMC=Peso entre estatura elevada al cuadrado														
Clasificación	Desnutrición		Peso bajo		Normal		Sobrepeso		Obesidad I		Obesidad II		Obesidad III	
IMC	13.7	18.4	18.5	22.9	23.0	27.9	28.0	29.9	30.0	34.9	35.0	39.9	40.0	50.0
Estatura/ Peso	MIN	MAX	MIN	MAX	MIN	MAX	MIN	MAX	MIN	MAX	MIN	MAX	MIN	MAX
1.28	22.4	30.1	30.3	37.5	37.7	45.7	45.9	49.0	49.2	57.2	57.3	65.4	65.5	81.9
1.30	23.2	31.1	31.3	38.7	38.9	47.2	47.3	50.5	50.7	59.0	59.2	67.4	67.6	84.5
1.32	23.9	32.1	32.2	39.9	40.1	48.6	48.8	52.1	52.3	60.8	61.0	69.5	69.7	87.1
1.34	24.6	33.0	33.2	41.1	41.3	50.1	50.3	53.7	53.9	62.7	62.8	71.6	71.8	89.8
1.36	25.3	34.0	34.2	42.4	42.5	51.6	51.8	55.3	55.5	64.6	64.7	73.8	74.0	92.5
1.38	26.1	35.0	35.2	43.6	43.8	53.1	53.3	56.9	57.1	66.5	66.7	76.0	76.2	95.2
1.40	26.9	36.1	36.3	44.9	45.1	54.7	54.9	58.6	58.8	68.4	68.6	78.2	78.4	98.0
1.42	27.6	37.1	37.3	46.2	46.4	56.3	56.5	60.3	60.5	70.4	70.6	80.5	80.7	100.8
1.44	28.4	38.2	38.4	47.5	47.7	57.9	58.1	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7	82.9	103.7
1.46	29.2	39.2	39.4	48.8	49.0	59.5	59.7	63.7	63.9	74.4	74.6	85.1	85.3	106.6
1.48	30.0	40.3	40.5	50.2	50.4	61.1	61.3	65.5	65.7	76.4	76.7	87.4	87.6	109.5
1.50	30.8	41.4	41.6	51.5	51.8	62.8	63.0	67.3	67.5	78.5	78.8	89.8	90.0	112.5
1.52	31.7	42.5	42.7	52.9	53.1	64.5	64.7	69.1	69.3	80.6	80.9	92.2	92.4	115.5
1.54	32.5	43.6	43.9	54.3	54.5	66.2	66.4	70.9	71.1	82.8	83.0	94.6	94.9	118.6
1.56	33.3	44.8	45.0	55.7	56.0	67.9	68.1	72.8	73.0	84.9	85.2	97.1	97.3	121.7
1.58	34.2	45.9	46.2	57.2	57.4	69.6	69.9	74.6	74.9	87.1	87.4	99.6	99.9	124.8
1.60	35.1	47.1	47.4	58.6	58.9	71.4	71.7	76.5	76.8	89.3	89.6	102.1	102.4	128.0
1.62	36.0	48.3	48.6	60.1	60.4	73.2	73.5	78.5	78.7	91.6	91.9	104.7	105.0	131.2
1.64	36.8	49.5	49.8	61.6	61.9	75.0	75.3	80.4	80.7	93.9	94.1	107.3	107.6	134.5
1.66	37.8	50.7	51.0	63.1	63.4	76.9	77.2	82.4	82.7	96.2	96.4	109.9	110.2	137.8
1.68	38.7	51.9	52.2	64.6	64.9	78.7	79.0	84.4	84.7	98.5	98.8	112.6	112.9	141.1
1.70	39.6	53.2	53.5	66.2	66.5	80.6	80.9	86.4	86.7	100.9	101.2	115.3	115.6	144.5
1.72	40.5	54.4	54.7	67.7	68.0	82.5	82.8	88.5	88.8	103.2	103.5	118.0	118.3	147.9
1.74	41.5	55.7	56.0	69.3	69.6	84.5	84.8	90.5	90.8	105.7	106.0	120.8	121.1	151.4
1.76	42.4	57.0	57.3	70.9	71.2	86.4	86.7	92.6	92.9	108.1	108.4	123.6	123.9	154.9
1.78	43.4	58.3	58.6	72.6	72.9	88.4	88.7	94.7	95.1	110.6	110.9	126.4	126.7	158.4
1.80	44.4	59.6	59.9	74.2	74.5	90.4	90.7	96.9	97.2	113.1	113.4	129.3	129.6	162.0
1.82	45.4	60.9	61.3	75.9	76.2	92.4	92.7	99.0	99.4	115.6	115.9	132.2	132.5	165.6
1.84	46.4	62.3	62.6	77.5	77.9	94.5	94.8	101.2	101.6	118.2	118.5	135.1	135.4	169.3
1.86	47.4	63.7	64.0	79.2	79.6	96.5	96.9	103.4	103.8	120.7	121.1	138.0	138.4	173.0
1.88	48.4	65.0	65.4	80.9	81.3	98.6	99.0	105.7	106.0	123.4	123.7	141.0	141.4	176.7
1.90	49.5	66.4	66.8	82.7	83.0	100.7	101.1	107.9	108.3	126.0	126.4	144.0	144.4	180.5

Fuente: Bases de datos del Proyecto-Encuesta SABE México.

La representatividad de los datos aportados por SABE México, en lo referente a los valores del IMC en población adulta mayor mexicana que habita en la comunidad, coinciden con lo aportado por la literatura internacional en este tópic.

Como resultados más relevantes se encontró que los conceptos de IMC “normal”, “sobrepeso” y “obesidad I” en SABE, son mayores que los aportados por las actuales tablas estandarizadas de la OMS, no así en lo relativo a obesidad grados II y III donde las cifras son similares.

Tabla 3. Valores comparativos OMS-OPS/SABE

Clasificación	Desnutrición	Peso bajo	Normal	Sobrepeso	Obesidad I	Obesidad II	Obesidad III
IMC OPS	No aparece	No aparece	18.5-24.9	25-29.9	29.9-34.9-	35-39.9	?40
IMC SABE	13.7-18.4	18.5-22.9	23-27.9	28-29.9	30-34.9	35-39.9	40-50

Con evidencia de estudios multicéntricos en población mexicana, se tendrá que valorar enérgicamente en los próximos años, reajustar dichos valores en las cartillas nacionales de salud de la persona adulta mayor, así como en las acciones y programas en la materia, con la finalidad de recomendar a la población blanco y sus familiares el IMC para este grupo etario y con ello evitar daños a la salud de manera innecesaria. Es importante mencionar que un IMC debajo de lo normal, es un factor de riesgo para el desarrollo de osteoporosis.

III.3 Avances 2006-2012

El Programa durante este periodo, alcanzó los siguientes avances sobresalientes:

- Consolidación del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN), así como de los Comités Estatales de Atención al Envejecimiento de las Entidades Federativas (COESAEN). Para 2012, se tiene un total de 30 COESAEN en donde participan el Sector Salud, Federal y Estatal, además de Instituciones de Educación Superior (IES) y de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC).
- En 2006, se refuerzan los indicadores de envejecimiento en el Boletín “Caminando a la Excelencia”, mismos que han servido como punto de referencia del Programa.
- Se consolida la Política Pública Nacional de Vacunación para la persona adulta mayor” con el esquema básico consistente en: vacuna antiinfluenza antineumococo y toxoide tetánico-diftérico.
- Se participó dentro de la Política Nacional en materia de promoción y prevención a la población en general, a través de la Estrategia de Línea de Vida.
- Se realizaron actividades en pro de un envejecimiento activo y saludable, de manera coordinada con el Sector Salud en todo el país. Destacan las Semanas de

Salud para Gente Grande (SSGG), las cuales se integraron a la Agenda de Salud.

- Obtención de información a través de la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento en 14 entidades federativas participantes.
- Capacitación de manera coordinada entre la OPS/OMS y la SSA, para cuidadores primarios para las personas adultas mayores, los cuales forman parte prioritaria en la atención integral de la persona adulta mayor.
- Promoción de una cultura del envejecimiento, dirigida hacia los jóvenes de IES, a través de concursos de ensayos y carteles, con la temática de un envejecimiento libre de discapacidad.
- Elaboración, reproducción y distribución de las guías de consulta para el médico de primer nivel de atención, así como las novelas gráficas para la población en general.

Se cumplieron los siguientes compromisos:

- Reducción del 0.5% de la mortalidad por neumonías en la población adulta mayor, con respecto a la tendencia observada entre 1995-2006.
- Cobertura anual del 85% de vacunación antiinfluenza en la población ≥ 60 años.
- Cobertura anual de detección de depresión, en 20% de la población ≥ 60 años.
- Cobertura anual de detección de alteraciones de memoria, en 20% de la población ≥ 60 años.
- Operar 24 COESAEN.
- SSGG con periodicidad anual en cada entidad federativa.
- 16 diagnósticos situacionales de envejecimiento poblacional, obtenidos a través del estudio al final del periodo.

III.4 Retos 2013-2018

El desafío que representa el crecimiento del envejecimiento poblacional en nuestro país, requiere del diseño y establecimiento de medidas innovadoras de prevención y control que permitan atender, con esquemas de manejo integrado las enfermedades de mayor prevalencia en este grupo de edad, así como sus complicaciones.⁶⁰⁻⁶²

El envejecimiento puede llegar a ser un problema serio, si no se plantean políticas públicas que den respuesta a las demandas de este grupo poblacional; por lo mismo, es indispensable generar la infraestructura necesaria y especializada, para brindar una atención oportuna y de calidad a nuestras personas adultas mayores. Por otro lado, se requiere de personal sensibilizado y debidamente capacitado en los tres niveles de atención, que responda a las demandas cada vez mayores de un México que camina hacia el envejecimiento poblacional.^{61, 62}

Para ello, es indispensable contar con una nueva estructura de organización, con un modelo integrado de acciones sectoriales e institucionales, para alcanzar una mayor eficacia en la atención al envejecimiento.

Dentro de estos retos y desafíos deben ser priorizados:

1. Realizar estudios de investigación clínico epidemiológica, sectoriales e interinstitucionales, orientados hacia la asignación de políticas y programas en pro de un “Envejecimiento Activo y Saludable”.

La información obtenida por este estudio, permitirá tener el conocimiento confiable de las necesidades reales y sentidas de las personas adultas mayores con representación nacional, lo que a su vez, coadyuve y haga frente a la desigualdad social e inequidad. Lo anterior fundamenta las bases para la realización de un “Nuevo Modelo de Atención al Envejecimiento Activo y Saludable”, así como un programa de capacitación sobre el proceso del envejecimiento normal, el patológico, así como la importancia en su diferenciación.

2. Implementar modelos geronto-geriátricos, aplicables a las unidades de primer nivel de atención, con los elementos mínimos e indispensables para la atención de las personas con diversas patologías.
3. Implementar un sistema de referencia y contra-referencia con el segundo y tercer nivel de atención.

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

4. Impulsar campañas de comunicación social permanentes, para generar una nueva cultura sobre el envejecimiento poblacional.

Estas campañas estarán dirigidas a la población general, ya que lo que se pretende lograr, son cambios conductuales en favor de un envejecimiento activo y saludable.

5. Capacitar al equipo de salud interinstitucional e intersectorial en la promoción, prevención, tratamiento y limitación del daño, para la persona adulta mayor.

Estas acciones están encaminadas a mejorar los conocimientos del equipo de salud, además de los cuidados asistenciales en domicilio, que deben proveer los cuidadores primarios a las personas adultas mayores con discapacidad física o mental.^{48, 49}

6. Integrar apartados específicos para la persona adulta mayor en las Normas Oficiales Mexicanas.

En la actualidad, todavía se considera la atención clínica de estos pacientes igual a la de los grupos etarios más jóvenes, ocasionando una atención inadecuada que puede llevar al deterioro en la salud y funcionalidad en la persona adulta mayor.

7. Operar CONAEN y COESAEN, a través de la coordinación interinstitucional e intersectorial.
8. Consolidar la rectoría en el Sistema Nacional de Salud (SNS), para garantizar un envejecimiento activo y saludable en la persona adulta mayor.
9. Fortalecer el Sistema de Información en Salud (SIS), para la detección y control de padecimientos más relevantes en este grupo de edad.

Ejemplo de lo anterior, son el tamizaje en búsqueda de depresión y trastornos de la memoria, cuya utilidad ha sido comprobada en el mundo. El objetivo principal de hacerlo, es un tamizaje en búsqueda de deterioro cognoscitivo e iniciar un tratamiento etiológico, que retarde el deterioro funcional así como la fatiga de sus cuidadores.⁵⁰⁻⁶²

10. Promover estilos de vida saludable, orientados a obtener un envejecimiento activo y saludable.

Implementar dentro del Programa, estilos de vida saludables con énfasis en la orientación alimentaria, cese del hábito de fumar y práctica de actividad física programada y adecuada, en búsqueda de un envejecimiento activo y saludable.

11. Vigilar la aplicación del esquema básico de vacunación.
12. Supervisar y asesorar el cumplimiento de las actividades, para garantizar el derecho a la salud.
13. Implementar gradualmente a corto plazo, acciones encaminadas a la sensibilización del equipo de salud y la población en general, sobre la importancia de la osteoporosis como un problema de salud pública; a mediano plazo la detección, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de esta patología, permitirá la implementación del registro de estas acciones dentro del SIS.
14. Estructurar un modelo que genere ahorro potencial a largo plazo por atención oportuna, de padecimientos incapacitantes en la persona adulta mayor.



IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV. ALINEACIÓN CON LAS METAS NACIONALES

IV.1 Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

El PND es el resultado del amplio ejercicio democrático que permitirá orientar las políticas y programas del Gobierno de la República y, es la hoja de ruta que la sociedad y gobierno delinearán para caminar juntos hacia la nueva etapa del país. Lograr la verdadera transformación de México, para llevarlo a su máximo potencial, requiere contar con bases realistas y responsables, con la finalidad de llevar al país hacia un desarrollo económico y social sustentable. Se pretende contar con el acceso universal de los servicios de salud, con criterios de calidad y oportunidad, a través de la integración funcional y programática en las instituciones públicas, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.⁶³

El objetivo general de este plan, es “Llevar a México a su máximo potencial” a través de las cinco Metas Nacionales, dentro de las cuales se incluye la correspondiente a México Incluyente donde se inserta el Programa de Acción Específico de Atención al Envejecimiento 2013-2018, donde se garantiza el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos.⁶³

Cuadro 9. Alineación con el PND 2013-2018

Meta Nacional	Objetivo de la Meta Nacional	Estrategias del Objetivo de la Meta Nacional	Objetivo del PAE
2. México Incluyente	2.2. Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente.	2.2.2. Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población.	1. Establecer una cultura de vida saludable, con perspectiva de género, en las personas adultas mayores y en aquellas con patologías de mayor relevancia.
	2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud.	2.3.1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal.	
	2.4. Ampliar el acceso a la seguridad social.	2.4.2. Promover la cobertura universal de servicios de seguridad social en la población.	

IV.2 Alineación con el Programa Sectorial de Salud 2013-2018

En concordancia con el PND, el PROSESA establece seis objetivos asociados, los que identifican claramente los retos actuales en temas prioritarios, los objetivos son:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectora de la Secretaría de Salud de lo anterior, se han definido estrategias y líneas de acción.

Dentro de éstos, el primero y el sexto son las prioritarias para este Programa.

Cuadro 10. Alineación con el PROSESA 2013-2018

Objetivos del PROSESA	Estrategias del PROSESA	Líneas de acción del PROSESA	Objetivo del PAE
<p>1. Consolidar acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.</p>	<p>1.1. Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario.</p>	<p>1.1.1. Impulsar la participación de los sectores público, social y privado para incidir en los determinantes sociales de la salud.</p>	<p>1. Establecer una cultura de vida saludable, con perspectiva de género, en las personas adultas mayores y en aquellas con patologías de mayor relevancia.</p>
		<p>1.1.3. Impulsar la comunicación personalizada para el mejor uso de la información para mejorar la toma de decisiones en salud.</p>	
	<p>1.7. Promover el envejecimiento activo, saludable con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores.</p>	<p>1.7.1. Implementar acciones para el cuidado y la atención oportuna de personas adultas mayores en coordinación con otros programas sociales.</p>	
		<p>1.7.4. Ampliar la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento oportuno en materia de salud mental.</p>	
<p>6. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.</p>	<p>6.2. Fortalecer la regulación en materia de salubridad general.</p>	<p>6.2.5. Fortalecer la vinculación con las entidades federativas para el seguimiento de las políticas públicas y programas nacionales de salud.</p>	
		<p>6.2.6. Fortalecer los mecanismos para integrar la información del Sistema Nacional de Salud al Sistema Nacional de Información en Salud.</p>	
	<p>6.5. Situar a la bioética como política de gestión y de desarrollo del sistema nacional de salud universal.</p>	<p>6.5.1. Fomentar el respeto a la dignidad la autonomía y los derechos humanos en la prestación de servicios de salud.</p>	
		<p>6.5.2. Fomentar que la investigación atienda a criterios éticos, de pertinencia e integridad científica y protección de los derechos humanos.</p>	



V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V. ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

V.I Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción

Objetivo:

1. Establecer una cultura de vida saludable, con perspectiva de género, en las personas adultas mayores y en aquellas con patologías de mayor relevancia.

Objetivo 1. Establecer una cultura de vida saludable, con perspectiva de género, en las personas adultas mayores y en aquellas con patologías de mayor relevancia.

De acuerdo con la dinámica poblacional, se espera que para el 2050 haya una persona adulta mayor por cada cuatro personas. Esto conlleva a la necesidad de preparar a los profesionales de la salud y a la población en general, en los retos y desafíos que presentan las personas adultas mayores; es de gran relevancia, lograr la generación de una cultura de vida saludable, tanto para las personas adultas mayores como sus familiares, además de sumar nuevas estrategias y la consolidación de las acciones educativas y de capacitación.

Estrategia 1.1. Fortalecer mecanismos rectores para atender las patologías de mayor relevancia con perspectiva de género.

Línea de acción:

- 1.1.1. Realizar asesoría, supervisión y evaluación con sustento documental, para la homologación de los mecanismos rectores.

Estrategia 1.2. Desarrollar acciones de capacitación al personal de salud, en temas relevantes para la atención de las personas adultas mayores.

Líneas de acción:

- 1.2.1. Impulsar acciones educativas, con perspectiva de género, para el personal de salud en patologías de mayor relevancia.

Estrategia 1.3. Promover la realización de investigaciones sobre enfermedades crónicas en la población blanco, su análisis y difusión de resultados.

Línea de acción:

- 1.3.1. Fortalecer la implementación y seguimiento de investigaciones sobre enfermedades crónicas.

Estrategia 1.4. Gestionar modelos de atención gerontogeriatricos con atención multidisciplinaria, en unidades de primer nivel de atención.

Línea de acción:

- 1.4.1. Fortalecer la implementación y seguimiento de investigaciones sobre enfermedades crónicas.

Estrategia 1.5. Fomentar la atención integral de las enfermedades de mayor prevalencia, para la persona adulta mayor.

Líneas de acción:

- 1.5.1. Fomentar acciones de prevención, detección y control de manera permanente y en campaña.

Estrategia 1.6. Analizar y evaluar los datos provenientes de los sistemas de información en salud.

Línea de acción:

- 1.6.1. Supervisar y asesorar sobre la normatividad a nivel nacional, estatal y jurisdiccional con respecto a la concordancia de la información.

V.2 Estrategias Transversales

El Programa contribuye al cumplimiento de la Estrategia Transversal Perspectiva de Género del PND específicamente en la línea de acción: “Diseñar, aplicar y promover políticas y servicios de apoyo a la familia, incluyendo servicios asequibles, accesibles y de calidad, para el cuidado de infantes y otros familiares que requieren atención.

El Programa de Atención al Envejecimiento, enfoca sus acciones en hombres y mujeres adultas mayores reconociendo las diferencias por género, mediante una atención integral e individualizada.



VI. INDICADORES Y METAS

VI. INDICADORES Y METAS

El propósito de este capítulo, es brindar las herramientas necesarias para medir el avance anual de los esfuerzos, para el manejo del envejecimiento patológico en el ámbito nacional, estatal y jurisdiccional. De acuerdo con el objetivo establecido en el Programa, el avance se medirá con el indicador de impacto mortalidad por neumonía y con los indicadores de proceso cobertura de salud mental, en la detección de depresión y Comités Nacional y Estatales de Atención al Envejecimiento; la

evaluación del Programa se complementará con otros indicadores de proceso: Semana de Salud para Gente Grande, detección de alteraciones de memoria, caídas e incontinencia urinaria, (Anexo 1) Comité Nacional de Atención al Envejecimiento y Comité Nacional de Atención al Envejecimiento.

Elemento	Características				
Indicador 1	Mortalidad por neumonías.				
Objetivo del PAE	Establecer una cultura de vida saludable, con perspectiva de género, en las personas adultas mayores y en aquellas con patologías de mayor relevancia.				
Descripción general	Se expresa con la reducción en el número de muertes en las personas adultas mayores por neumonía a nivel nacional. Este indicador se desglosará por institución.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador, Número de defunciones por neumonías en población de 65 y más años por institución / Denominador: Población de 65 y más años por 100,000.				
Periodicidad	Reducción anual del 1%.				
Fuente	INEGI/SEED				
Referencias adicionales	CENAPRECE				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	Reducción del 1%	Reducción del 1%	Reducción del 1%	Reducción del 1%	Reducción del 1%
Línea base 2013			Meta 2018		
286.4			Reducción del 6%		

Elemento	Características				
Indicador 2	Cobertura de salud mental en la detección de depresión.				
Objetivo del PAE	Establecer una cultura de vida saludable, con perspectiva de género, en las personas adultas mayores y en aquellas con patologías de mayor relevancia.				
Descripción general	Porcentaje de la población no asegurada y asegurada 60 y más años a los que se les aplicó los cuestionarios Geriatric Depression Scale (GDS).				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Total de detecciones realizadas a través del cuestionario GDS / Denominador: Población de 60 y más años por 100.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	Numerador: SIS Denominador: Estimaciones del CONAPO.				
Referencias adicionales	CENAPRECE				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	30%	30%	30%	30%	30%
Línea base 2013			Meta 2018		
30%			30%		

Elemento	Características				
Indicador 3	Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN).				
Objetivo del PAE	Establecer una cultura de vida saludable, con perspectiva de género, en las personas adultas mayores y en aquellas con patologías de mayor relevancia.				
Descripción general	El indicador pretende medir el funcionamiento y desempeño del Comité XXXX mediante la evaluación de la constitución, el funcionamiento y el seguimiento de los acuerdos del COESAEN.				
Observaciones	<p>El indicador final se construye con la suma de los puntos anteriores.</p> <p>Comité constituido con acta y conforme a lineamientos del DOF, se le otorgan 10%</p> <p>Comité sesionando bimestralmente, se le otorgan 3%.</p> <p>Comité que dé seguimiento y cumplimiento a los acuerdos establecidos, se le otorgan 60%</p>				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	Actas constitutivas de formación del comité; minutas de reuniones e informes de seguimiento de acuerdos adjuntos a la minuta de reunión.				
Referencias adicionales	CENAPRECE				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Línea base 2013			Meta 2018		
100 %			100 %		



VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

VII. MATRIZ DE CORRESPONSABILIDAD

El propósito de este capítulo, es brindar las herramientas necesarias para medir el avance anual de los esfuerzos para el manejo del envejecimiento patológico en el ámbito nacional, en las instituciones que integran el Sector Salud, así como las que conforman a las diferentes Direcciones Generales de la Secretaría de Salud. Se presenta a continuación la matriz de corresponsabilidad externa. En el Anexo 2 se encuentra la matriz de corresponsabilidad interna.

Matriz de Corresponsabilidad Externa

Objetivo 1	Establecer una cultura de vida saludable, con perspectiva de género, en las personas adultas mayores y en aquellas con patologías de mayor relevancia.							
Indicador 1	Mortalidad por neumonías.	Meta 1	Reducción del 6%					
Indicador 2	Cobertura de salud mental en la detección de depresión.	Meta 2	30%					
Indicador 3	Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN).	Meta 3	100 puntos anuales					
Indicador 4	Campaña en Semana de Salud para Gente Grande (SSGG).	Meta 4	60%					
Indicador 5	Cobertura de salud mental en la detección de alteraciones de memoria.	Meta 5	30%					
Indicador 6	Detección de síndromes geriátricos: Caídas.	Meta 6	20%					
Indicador 7	Detección de síndromes geriátricos: Incontinencia urinaria.	Meta 7	20%					
Línea de acción		SSA	SESA	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	PEMEX, SEDENA, SEMAR	Observaciones
No.	Descripción							
1.1.1.	Realizar asesoría, supervisión y evaluación con sustento documental, para la homologación de los mecanismos rectores.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
1.2.1.	Impulsar acciones educativas, con perspectiva de género, para el personal de salud en patologías de mayor relevancia.		✓		✓			
1.3.1.	Fortalecer la implementación y seguimiento de investigaciones sobre enfermedades crónicas.		✓					
1.4.1.	Orientar a las entidades federativas para la gestión e implementación de un centro de día.							
1.5.1.	Fomentar acciones de prevención, detección y control de manera permanente y en campaña.		✓		✓			
1.6.1.	Supervisar y asesorar sobre la normatividad a nivel nacional, estatal y jurisdiccional con respecto a la concordancia de la información.		✓					



VIII. TRANSPARENCIA

VIII. TRASPARENCIA

El monitoreo y evaluación de los Programas contribuye a la gobernabilidad mediante el fortalecimiento de rendición de cuentas y de transparencia en la gestión. Asimismo, impulsa el desarrollo de la cultura del desempeño en la administración pública capaz de sustentar una mejor formulación de políticas y una más eficiente toma de decisiones presupuestarias. En las últimas décadas nuestro país ha tenido una transición progresiva de la sociedad civil que han participado e intervenido para que esto suceda como agentes de cambio; no obstante aún quedan retos por resolver.

Para dar cumplimiento al acceso a la sociedad civil sobre el logro de metas, existen diversas fuentes de información de libre acceso disponibles en la página de la Secretaría de Salud: www.salud.gob.mx, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud: www.spps.gob.mx, del CENAPRECE: www.cenaprece.salud.gob.mx y a través del enlace de contacto en el sitio web.

BIBLIOGRAFÍA

1. Consejo Nacional de Población. Envejecimiento de la población de México. Reto del siglo XXI. 1ª Reimpresión, Mayo, 2005, México. p. 48-92.
2. OPS. Resumen del análisis de situación y tendencias de salud. [Serial on line] [cited 2008 enero 30]; available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf
3. CEPAL. El envejecimiento y las personas de edad. [Serial on line] [cited 2013, noviembre 19]; available from: http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/35915/P35915.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_env.xslt
4. Miller Ra. Miller Ra. Ageing and Life cycle. Active aging: a policy framework En: Hazzard, WR ed. The Biology of aging and longevity, 2009.
5. Hazzard, WR. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology; fifth International Edition. EEUU, Mc Graw Hill, 2005; p. 3-15.
6. Laforest, J. El arte de envejecer. En La forest J. y cols., Introducción a la Gerontología. Barcelona (España), 1991. p. 172-185.
7. Organización Mundial de la Salud. Grupo Orgánico de Enfermedades no transmisibles y Salud Mental, EUA: PAHO 2008.
8. Departamento de Prevención de Enfermedades no transmisibles y Promoción de la Salud. Revista Española Geriatria Gerontología, 2002;37(S2):74-102.
9. Departamento de Prevención de Enfermedades no transmisibles y Promoción de la Salud. Revista Española Geriatria Gerontología, 2002;37(S2):74-102.
10. Lefrancois, R. y cols. Sociologie du Vieillissement En: arcand M., Hébert R. Précis Pratique de Gériatrie. Ed. Edicsemlnc, Québec (Canadá), 1997, p. 47-57.
11. Organización Mundial de la Salud. Grupo Orgánico de Enfermedades no transmisibles y Salud Mental. EUA: PAHO 2008.
12. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, México Diario Oficial de la Federación. [on line] Disponible desde: <<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>> [Acceso enero2014].
13. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. México, Diario Oficial de la Federación [on line] Disponible desde: <<http://www.ordenjuridico.gob.mx/fichaOrdenamiento.php?idArchivo=88785&ambito=FEDERAL>> [Acceso enero 2014].
14. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, México, Diario Oficial de la Federación [on line] Disponible desde: <<http://www.ordenjuridico.gob.mx/fichaOrdenamiento.php?idArchivo=88536&ambito=FEDERAL>> [Acceso enero 2014].
15. Reglamento de Insumos para la Salud, México, Diario Oficial de la Federación. [on line] Disponible desde: <<http://www.ordenjuridico.gob.mx/fichaOrdenamiento.php?idArchivo=88318&ambito=FEDERAL>> [Acceso enero de 2014].
16. Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud México, Diario Oficial de la Federación [on line] Disponible desde: <<http://www.ordenjuridico.gob.mx/fichaOrdenamiento.php?idArchivo=88536&ambito=FEDERAL>> [Acceso enero 2014].
17. NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores, en situación de riesgo y vulnerabilidad. México, Diario Oficial de la Federación. [on line] Disponible desde: <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5267965&fecha=13/09/2012> [Acceso 8 de enero de

- 2014].
18. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. México. Diario Oficial de la Federación. [on line] Disponible desde: < http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012 > [Acceso 8 de enero de 2014].
19. NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad, México, Diario Oficial de la Federación. [on line] Disponible desde: < http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268226&fecha=14/09/2012 > [Acceso 8 de enero de 2014].
20. NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, México, Diario Oficial de la Federación. [on line] Disponible desde: < http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010 > [Acceso 8 de enero de 2014].
21. NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. México Diario Oficial de la Federación. [on line] Disponible desde: < http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5259329&fecha=13/07/2012 > [Acceso 8 de enero de 2014].
22. NOM-017-SSA-2012, Para la vigilancia epidemiológica, México, Diario Oficial de la Federación. [on line] Disponible desde: < http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5288225&fecha=19/02/2013 > [Acceso 8 de enero de 2014].
23. NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica, México, Diario Oficial de la Federación. [on line] Disponible desde: < http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5144642 > [Acceso 8 de enero de 2014].
24. NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento control de las dislipidemias, México, Diario Oficial de la Federación. [on line] Disponible desde: < http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5259329&fecha=13/07/2012 > [Acceso 8 de enero de 2014].
25. NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud, promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación, México Diario Oficial de la Federación. [on line] Disponible desde: < http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013 > [Acceso 8 de enero de 2014].
26. CONAPO. Situación Demográfica de México.[Serial on line] octubre 2007 [cited 2008 enero 30]; available from: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/inicios/001.htm>
27. World Health Organization. Non communicable diseases prevention and control. World Health Organization.Genova, Suiza. 2006.
28. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad en México: muertes registradas en el año 2000. Salud Pública de México 2002; 44: 266–83.
29. Murray CJL, Lopez, D: Mortality by cause for eight regions of the world: Global burden of disease study. Lancet 1997; 349: 1269-1276.
30. Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad. Sistema Nacional de Información en salud. 2005[Serial on line]; [cited septiembre 2005] Disponible desde: <<http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/> Secretaría de Salud/>
31. Estadísticas de mortalidad en México, muertes registradas en el año 2003. Salud Pública de México 2005; 47 p. 171-180.
32. Dirección General de Información en Salud. Sistema Dinámico de Información Estadística en Salud. [Serial on line] abril 2007 [cited enero 2008] Disponible desde:<http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>. SEED.SSA>
33. Dirección General de Información en Salud. Sistema Dinámico de Información Estadística en Salud 2005. [serial on line] abril 2007 [cited enero 2008] Disponible desde: <<http://sinais.salud.gob.mx/cubos/>>
34. Secretaría de Salud. Sistema de Información en Salud. [Serial on line] abril 2007 [cited enero 2008]. Disponible desde:< <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>>
35. Berbés, A. Los expertos abogan por la vacunación en el adulto para la prevención de numerosas enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles. [Serial on line] 2007 [cited 2008 enero 29] Disponible desde:< http://accesomedia.com/display_release.html?id=21486>

36. Sistema Único de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). [Serial on line] junio 1994 [cited enero 2008] Disponible desde: <<http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/index.html>>
37. Secretaría de Salud. Anuario Estadístico de Morbilidad. 2006. DGE. Secretaría de Salud, 2007.
38. Secretaría de Salud. Morbilidad 1984-2002 en México. Versión CD.
39. Lancet. Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of ramipril on cardiovascular and micro-vascular outcomes in people with diabetes mellitus: results of the HOPE study and MicRO-HOPE substudy. Lancet 2000; 355: 253-259.
40. The CDC Diabetes cost-effectiveness Group. cost-effectiveness of intensive glycemic control, intensified hypertension control, and serum cholesterol reduction for type 2 diabetes. Jama 2002;287:2542-2551.
41. Gaede P, Vedel P, Larsen n, Jensen G, Parving H, Pedersen Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. NEngl J Med 2003;348:383-393.
42. Padwal R, Laupacis a. antihypertensive therapy and incidence of type 2 diabetes: a systematic review. Diabetes care, 2004; 27: 247- 255.
43. Becerra M, Sosa AL, Lozano ME, Trujillo Z, Lara a, Berthely L y cols. SSA CONAEN. Guía de Consulta para el Médico General, Depresión en la persona adulta mayor SSA, México, 2005. p.1-6.
44. F., Fernando Carlos, Patricia Clark, Rosa María Galindo-Suárez y Laura Chico-Barba. Health care cost of osteopenia, osteoporosis, and fragility fractures in Mexico. En: Archives of Osteoporosis, 8,p 125-133.
45. Becerra M, Sosa AL, Lozano ME, Trujillo Z, Lara a, Berthely L y cols. SSA CONAEN. Guía de consulta para el Médico General, Alteraciones de la Memoria en la persona adulta mayor. SSA, México, 2005. p. 1-6.
46. Secretaría de Salud Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Secretaría de Salud, 2007. p. 1-10.
47. Secretaría de Salud. Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. La salud, la tarea de todos. DGPS, SSA. México, Febrero, 2007. p. 5-38.
48. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Guía Clínica para la Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Washington D.C. EUA. 3 ed. 2003. p. 1-400.
49. Palloni A, Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Protocolo del Estudio Multicéntrico Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Washington D.C. (EUA), abril 1999. p. 1-47.
50. Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico de Atención al Envejecimiento, CONAEN. Resultados de la Encuesta, Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE Durango. [Serial on line] 2014 [cited enero 2014] Disponible desde: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/envejecimiento/proyectoencuestaSABE_modeloinvestigacion.html>
51. Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico de Atención al Envejecimiento, CONAEN. Resultados de la Encuesta, Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE Campeche. . [Serial on line] 2014 [cited enero 2014] Disponible desde: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/envejecimiento/proyectoencuestaSABE_modeloinvestigacion.html>
52. Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico de Atención al Envejecimiento, CONAEN. Resultados de la Encuesta, Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE Estado de México. . [Serial on line] 2014 [cited enero 2014] Disponible desde: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/envejecimiento/proyectoencuestaSABE_modeloinvestigacion.html>
53. Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico de Atención al Envejecimiento, CONAEN. Resultados de la Encuesta, Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE Guanajuato. . [Serial on line] 2014 [cited enero 2014] Disponible desde: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/envejecimiento/proyectoencuestaSABE_modeloinvestigacion.html>
54. Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico de Atención al Envejecimiento, CONAEN. Resultados de la Encuesta, Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE Morelos. . [Serial on line] 2014 [cited enero 2014] Disponible desde:

- <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/envejecimiento/proyectoencuestaSABE_modeloinvestigacion.html>
55. Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico de Atención al Envejecimiento, CONAEN. Resultados de la Encuesta, Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE Michoacán. . [Serial on line] 2014 [cited enero 2014] Disponible desde: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/envejecimiento/proyectoencuestaSABE_modeloinvestigacion.html>
 56. Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico de Atención al Envejecimiento, CONAEN. Resultados de la Encuesta, Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE Querétaro. . [Serial on line] 2014 [cited enero 2014] Disponible desde: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/envejecimiento/proyectoencuestaSABE_modeloinvestigacion.html>
 57. Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico de Atención al Envejecimiento, CONAEN. Resultados de la Encuesta, Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE San Luis Potosí. . [Serial on line] 2014 [cited enero 2014] Disponible desde: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/envejecimiento/proyectoencuestaSABE_modeloinvestigacion.html>
 58. Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico de Atención al Envejecimiento, CONAEN. Resultados de la Encuesta, Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE Tamaulipas. . [Serial on line] 2014 [cited enero 2014] Disponible desde: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/envejecimiento/proyectoencuestaSABE_modeloinvestigacion.html>
 59. Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico de Atención al Envejecimiento, CONAEN. Resultados de la Encuesta, Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE Tlaxcala. . [Serial on line] 2014 [cited enero 2014] Disponible desde: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/envejecimiento/proyectoencuestaSABE_modeloinvestigacion.html>
 60. Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico de Atención al Envejecimiento, CONAEN. Resultados de la Encuesta, Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE Veracruz. . [Serial on line] 2014 [cited enero 2014] Disponible desde: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/envejecimiento/proyectoencuestaSABE_modeloinvestigacion.html>
 61. Rabow MW, Pantilat S, y Cols. Care at the end of life. En Tierney LM, McPhee S, Papadakis Ma, y cols. Current medical diagnosis and treatment, 2006, p 67-85.
 62. Johnston B, Harper M, Landefeld S. Geriatric Medicine. En Tierney LM, McPhee S, Papadakis Ma, y cols.
 63. Current medical diagnosis and treatment, 2006, p 939-946. Secretaría de Salud.
 64. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. [Serial on line] 2013, septiembre [cited 2013 septiembre 23] Disponible desde:< <http://pnd.gob.mx/>>
 65. NOM-035-SSA2-2012, Para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar atención médica. [on line] Disponible desde: < http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284235&fecha=07/01/2013> [Acceso 13 de julio de 2014].
 66. The prevalence of vertebral fractures in Latin American countries: The Latin-American Vertebral Osteoporosis Study (LAVOS). Osteoporosis Int 20:275-282.
 67. Apropiado índice de masa corporal para las poblaciones de Asia y sus implicaciones para las estrategias de política y de intervención. Consulta de Expertos de la OMS. Lancet. 2004 Ene 10; 363 (9403): 157-63. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14726171>.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

CENAPRECE	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
COESAEN	Comité Estatal de Atención al Envejecimiento
CONAEN	Comité Nacional de Atención al Envejecimiento
CONAPO	Consejo Nacional de Población.
DGE	Dirección General de Epidemiología
ECNT	Enfermedades Crónicas no Trasmisibles
IMC	Índice de Masa Corporal
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Programa de Acción Específico
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
SABE	Salud Bienestar y Envejecimiento
SEED	Sistema Epidemiológico Estadístico de las Defunciones
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SIS	Sistema de Información en Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SP	Seguro Popular
SUIVE	Sistema Único de Información en Vigilancia Epidemiológica

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Alteraciones de la memoria. Implica la alteración en la habilidad para aprender nueva información o para recuperar la ya aprendida.

Calidad de la atención en salud. Atención que el sistema de salud otorga y que cumple con seis dimensiones: efectiva (mejora en resultados de salud individual y comunitaria, basada en sus necesidades), eficiente (con el mejor uso de los recursos), accesible (oportuna, geográficamente razonable y con los recursos y competencias apropiadas a las necesidades en salud), aceptable/centrada en el paciente (con base en las preferencias y expectativas de los usuarios y la cultura de las comunidades), equitativa (homogénea por sexo, etnicidad, localización geográfica o nivel socioeconómico) y segura (con los mínimos riesgos y daño a los usuarios).

Centro de Día Gerontogerítrico. Es el servicio médico-social y de apoyo familiar que ofrece durante el día, atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socio-culturales de personas mayores afectadas por diferentes grados de dependencia, para promover su autonomía y, la permanencia en entorno habitual.

Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. (CONAEN): Es el órgano colegiado federal, integrado por Instituciones del Sector Salud, Instituciones de Educación Superior y organizaciones públicas y privadas.

Comité Estatal de Atención al Envejecimiento. (COESAEN): Es el órgano colegiado homólogo al CONAEN, integrado por el Sector Salud, organizaciones públicas y privadas de representatividad estatal.

Cultura del envejecimiento. Hace referencia al modo de vida de la población adulta mayor. Ésta contempla a las personas adultas mayores de una forma integral en la sociedad de la que forman parte. Implica, además, una relación con el nivel y calidad de vida, tratando de lograr en esta etapa del ciclo vital comodidad, seguridad, bienestar y, en definitiva, un envejecimiento saludable.

Depresión. Trastorno del estado del ánimo según la clasificación del DSM IV-TR, caracterizado por un humor o afecto abatido, con o sin presencia de ansiedad. El síndrome se caracteriza por trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia), trastorno del apetito (anorexia o hiperfagia), ansiedad, retardo o agitación psicomotora, pérdida del interés (apatía), pérdida de la voluntad (abulia), disminución de la energía (anergia), pérdida de la capacidad de disfrute (anhedonia), tristeza, dificultad para tomar decisiones (indecisión) y alteración del funcionamiento cognoscitivo (particularmente atención y memoria). Ésta sigue un curso progresivo y crónico a menos que se proporcione el tratamiento oportuno, adecuado y supervisado.

Detección. Es la acción que se realiza a un individuo que presenta factores de riesgo para el desarrollo de un padecimiento específico, con el motivo de realizar una búsqueda intencionada de enfermedad, a través de instrumentos o pruebas realizadas con la finalidad de realizar un tamizaje. Entre éstos, se cuentan: cuestionarios, toma de muestras, exámenes o signos que permitan su identificación temprana.

Discapacidad. Es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que a largo plazo afectan la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad.

Enfermedad. Es la disfunción fisiológica, psicológica o social, que presenta un individuo, la cual puede ser identificada y clasificada de acuerdo con signos, síntomas o estudios auxiliares de diagnóstico.

Enfermedad crónica degenerativa. Son padecimientos que se caracterizan por ser de larga duración, progresión lenta, pueden estar presentes mucho tiempo antes de rebasar el horizonte clínico y conducen hacia el deterioro del individuo.

Enfermedades emergentes. Son enfermedades recién identificadas y anteriormente desconocidas que ocasionan brotes, constituyendo un problema de salud pública por el impacto que pueden tener tanto en la salud (enfermedad o muerte) como en la economía mundial.

Envejecimiento. Es un proceso natural que consiste en un deterioro progresivo del individuo, como el resultado de la interacción de los factores genéticos, las influencias extrínsecas del medio ambiente y la adaptabilidad de un organismo a medida que pasa el tiempo.

Envejecimiento activo. Es el proceso de optimización de las oportunidades para obtener bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el fin de extender la esperanza de vida saludable, la productividad y la buena calidad de vida en la vejez.

Envejecimiento saludable. Envejecimiento donde los factores extrínsecos contrarrestan los factores intrínsecos del envejecimiento, evitando que haya poca o ninguna pérdida funcional. Existen otras tres características claves del envejecimiento saludable: riesgo bajo de sufrir enfermedades o tener alguna discapacidad causada por alguna enfermedad, alto rendimiento de las funciones físicas y mentales, compromiso activo con la vida.

Factor de riesgo. Es atributo o exposición de una persona, una población o el medio, que están asociados a una probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o de evolución específicamente desfavorable de este proceso.

Género. Se refiere al conjunto de características sociales y culturales asignadas a las personas en función de su sexo. Dichas características son socialmente construidas, por lo que cada cultura, según la época y grupo social, le da un sentido diferente a lo que significa ser hombre y ser mujer.

Indicador. Función de una o más variables, las cuales “miden” conjuntamente una característica o atributo del sujeto u objeto de estudio.

Índice de Masa Corporal (IMC). Es un valor que brinda un parámetro para establecer una relación de adiposidad en el ser humano, que se puede determinar a partir de dividir el peso corporal total, entre la estatura elevada al cuadrado.

Memoria. Es la capacidad de almacenar, fijar y recuperar información. Su buen funcionamiento es una condición esencial para una vida de relación independiente y productiva. Está estrechamente relacionada con la percepción, la atención, la orientación, el lenguaje, entre otras funciones mentales superiores.

Osteoporosis. Enfermedad esquelética generalizada, caracterizada por masa ósea disminuida y deterioro de la microarquitectura del tejido óseo, con aumento subsecuente en la fragilidad del hueso y susceptibilidad al riesgo de fractura. El diagnóstico se hace por medición de la densidad mineral ósea en columna y/o cadera, con valor por debajo de 2.5 desviaciones estándar del promedio de la densidad mineral ósea de la población joven (Score T).

Persona adulta mayor. Es la persona con una edad igual o mayor de 60 años.

Perspectiva de género en el campo de la salud. Concepto que ayuda a escuchar y comprender las diferentes necesidades y expectativas de hombres y mujeres, frente al cuidado de la salud y la enfermedad al acudir a un centro de salud; además, condicionan la respuesta al tratamiento y el apego a la terapéutica. Es una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y las experiencias de las mujeres y los hombres, sean un elemento integrante de la elaboración, instrumentación, supervisión y evaluación de políticas y programas a fin de que ambos se beneficien por igual y se impida que la desigualdad se perpetúe.

Prevención de la salud en la persona adulta mayor. La prevención de las enfermedades incluye la prevención y el tratamiento de las patologías que son especialmente frecuentes a medida que las personas envejecen: las enfermedades no transmisibles y las lesiones. La prevención es “primaria”, “secundaria” y “terciaria”. Todo esto contribuye a reducir el riesgo de discapacidades.

Primer nivel de atención. Son las unidades de primer contacto del paciente con los servicios de salud, que llevan a cabo las acciones dirigidas al cuidado del individuo, la familia, la comunidad y su ambiente; sus servicios están enfocados básicamente a la promoción de la salud, a la detección y al tratamiento temprano de las enfermedades.

Promoción de la salud. Es el proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y la conservación de un adecuado estado de salud individual y colectiva, mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud.

Rectoría. Función del sistema de salud que incluye el diseño de políticas; la coordinación intra e intersectorial; la planeación estratégica; el diseño y monitoreo de las reglas para todos los actores del sistema (regulación sanitaria y de atención a la salud); la generación y coordinación normativa de la información; la evaluación del desempeño y la representación internacional.

Rehabilitación. Es el conjunto de medidas encaminadas a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma, actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico, por medio de terapia física, ocupacional, órtesis, prótesis, ayudas técnicas, cirugía reconstructiva o cualquier otro procedimiento que le permita a la persona integrarse a la sociedad.

Riesgo. La probabilidad de ocurrencia para una enfermedad, un accidente o un evento dañino.

Salud pública. La combinación de ciencias y técnicas que está dirigida al mantenimiento y mejoramiento de la salud de toda la población a través de acciones colectivas o sociales.

Sector Salud. Son todas aquellas instituciones de salud encaminadas a la prevención, promoción y atención en sus diferentes unidades.

Sexo. Determinado por las características biológicas y fisiológicas, divide las personas en dos grupos: mujeres y hombres.

Sistema Nacional de Salud (SNS). Es el conjunto constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos establecidos para la coordinación de acciones. Tiene por objeto dar cumplimiento al derecho de la protección a la salud.

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). Es un sistema que genera información útil para la orientación de los programas, las intervenciones que se requieren en la atención a los padecimientos, situaciones de riesgo que afectan a la comunidad en forma grave y frecuente.

Sistema Epidemiológico Estadístico de las Defunciones (SEED). Es el sistema de información estadístico de consulta sobre las defunciones registradas en el país.

Sistema de Información en Salud (SIS). Es un sistema que brinda servicios de consulta dinámica de información, que permite que el usuario invierta su tiempo en determinar “qué información desea y no cómo la puede obtener”.

Transición demográfica. Teoría demográfica que estudia la relación entre población, crecimiento demográfico y desarrollo económico en el tiempo. En el campo de la salud, se refiere al análisis de los cambios demográficos desde una alta mortalidad y natalidad a una baja significativa de ambos eventos que definen, junto con la migración, el proceso de crecimiento y envejecimiento poblacional y su impacto para el sistema de salud.

Transición epidemiológica. Teoría demográfica que estudia la relación entre las enfermedades, la salud y la mortalidad, de acuerdo con las variaciones en el crecimiento, la densidad y la estructura de la población así como el desarrollo socioeconómico y el avance científico-tecnológico en el tiempo. En el campo de la salud se refiere al análisis de los cambios en el tipo de enfermedades que generan discapacidad o muerte y su impacto para el sistema de salud.

Vacuna. Suspensión de microorganismos vivos atenuados, inactivados o sus fracciones, que son aplicados a individuos con el objeto de inducir inmunidad pasiva protectora contra la enfermedad infecciosa correspondiente.

Vacunación. Es la aplicación de un producto inmunizante, con objeto de proteger al receptor contra el riesgo de una enfermedad infecciosa determinada.

ANEXOS

Anexo 1.

Elemento	Características				
Indicador 4	Campaña en Semana de Salud para Gente Grande (SSGG).				
Objetivo del PAE	Establecer una cultura de vida saludable, con perspectiva de género, en las personas adultas mayores y en aquellas con patologías de mayor relevancia.				
Descripción general	Porcentaje de personas adultas mayores de 60 años y más a los que se les realizaron al menos 3 acciones de detección y control durante la SSGG.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Total de acciones de detecciones y de control realizadas durante la SSGG / Denominador: Población adulta mayor de 60 años y más igual o > 60 o más años por 100.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	Numerador, informe estatal de actividades de la SSGG Denominador: Estimaciones del CONAPO				
Referencias adicionales	CENAPRECE				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	60%	60%	60%	60%	60%
Línea base 2013			Meta 2018		
60%			60%		

Elemento	Características				
Indicador 5	Cobertura de salud mental en la detección de alteraciones de memoria.				
Objetivo del PAE	Establecer una cultura de vida saludable, con perspectiva de género, en las personas adultas mayores y en aquellas con patologías de mayor relevancia.				
Descripción general	Porcentaje de la población no asegurada y asegurada 60 y más años a los que se les aplicó los cuestionarios de Minimental.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador, Total de detecciones realizadas a través del cuestionario Minimental / Denominador, Población de 60 y más años por 100.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	Numerador: Sistema de Información en Salud (SIS) Denominador: Estimaciones del CONAPO				
Referencias adicionales	CENAPRECE				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	30%	30%	30%	30%	30%
Línea base 2013			Meta 2018		
30%			30%		

Elemento	Características				
Indicador 6	Detección de síndromes geriátricos: Caídas.				
Objetivo del PAE	Establecer una cultura de vida saludable, con perspectiva de género, en las personas adultas mayores y en aquellas con patologías de mayor relevancia.				
Descripción general	Porcentaje de la población no asegurada de 60 y más años a los que se les aplicó los cuestionarios de síndromes geriátricos: Caídas.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador, Total de detecciones realizadas a través de cuestionario de caídas / Denominador: Población de 60 y más años por 100.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	Numerador: SIS Denominador: Estimaciones del CONAPO				
Referencias adicionales	CENAPRECE				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	20%	20%	20%	20%	20%
Línea base 2013			Meta 2018		
20%			20%		

Elemento	Características				
Indicador 7	Detección de síndromes geriátricos: Incontinencia urinaria.				
Objetivo del PAE	Establecer una cultura de vida saludable, con perspectiva de género, en las personas adultas mayores y en aquellas con patologías de mayor relevancia.				
Descripción general	Porcentaje de la población no asegurada de 60 años y más a los que se les aplicó los cuestionarios de síndromes geriátricos: Incontinencia urinaria.				
Observaciones	Método de cálculo: Numerador, Total de detecciones realizadas a través de cuestionario de Incontinencia urinaria / Denominador: Población de 60 y más años por 100.				
Periodicidad	Anual.				
Fuente	Numerador: SIS Denominador: Estimaciones del CONAPO				
Referencias adicionales	CENAPRECE				
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018
	20%	20%	20%	20%	20%
Línea base 2013			Meta 2018		
20%			20%		

Elemento	Características					
Indicador 8	Detección de riesgo absoluto de fractura en la población de 50 años y más.					
Objetivo del PAE	Establecer una cultura de vida saludable, con perspectiva de género, en las personas adultas mayores y en aquellas con patologías de mayor relevancia.					
Descripción general	Estimar el porcentaje de población de 50 años y más que obtuvieron riesgo alto de fractura, mediante la aplicación del cuestionario FRAX®.					
Observaciones	Método de cálculo: Numerador: Número de personas con riesgo alto de fractura mediante la aplicación de la herramienta FRAX® elaborada por la OMS / Denominador: Población de 50 años y más usuaria de los servicios de salud por 100.					
Periodicidad	Anual.					
Fuente	Líneas de corte basadas en la recomendación de la IOF.					
Referencias adicionales	CENAPRECE					
Metas intermedias	2014	2015	2016	2017	2018	
	0%	0%	5%	8%	10%	
Línea base 2013			Meta 2018			
0%			10% de la población de 50 años y más de edad.			

Anexo 2. Matriz de Corresponsabilidad Interna

Objetivo 1	Establecer una cultura de vida saludable, con perspectiva de género, en las personas adultas mayores y en aquellas con patologías de mayor relevancia.			
Indicador 1	Mortalidad por neumonías.	Meta 1	Reducción del 6%	
Indicador 2	Cobertura de salud mental en la detección de depresión.	Meta 2	30%	
Indicador 3	Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN).	Meta 3	100 puntos anuales.	
Indicador 4	Campaña en Semana de Salud para Gente Grande (SSGG).	Meta 4	60%	
Indicador 5	Cobertura de salud mental en la detección de alteraciones de memoria.	Meta 5	30%	
Indicador 6	Detección de síndromes geriátricos: Caídas.	Meta 6	20%	
Indicador 7	Detección de síndromes geriátricos: Incontinencia urinaria.	Meta 7	20%	
Línea de acción		CENAPRECE	SESA	Observaciones
No.	Descripción			
1.1.1.	Realizar asesoría, supervisión y evaluación con sustento documental, para la homologación de los mecanismos rectores.	✓	✓	
1.2.1.	Impulsar acciones educativas, con perspectiva de género, para el personal de salud en patologías de mayor relevancia.	✓		
1.3.1.	Fortalecer la implementación y seguimiento de investigaciones sobre enfermedades crónicas.	✓		
1.4.1.	Fortalecer la implementación y seguimiento de investigaciones sobre enfermedades crónicas.	✓		
1.5.1.	Fomentar acciones de prevención, detección y control de manera permanente y en campaña.	✓		
1.6.1.	Supervisar y asesorar sobre la normatividad a nivel nacional, estatal y jurisdiccional con respecto a la concordancia de la información.	✓	✓	



ATENCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO

PROGRAMA SECTORIAL
DE SALUD 2013-2018

Primera edición, xxx 2014

D.R. Secretaría de Salud
Lieja 7, Col. Juárez
06696, México, D.F.