



Programa de Acción: Atención al Envejecimiento



SECRETARÍA DE
SALUD

SSA

SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN
Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

Programa de Acción
Atención al Envejecimiento



Programa de Acción: **Atención al Envejecimiento**

Primera Edición, 2001

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

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 970-721-003-6



Secretaría de Salud

Dr. Julio Frenk Mora

Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Roberto Tapia Conyer

Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud

Dr. Roberto Castañón Romo

Subsecretario de Relaciones Institucionales

Lic. María Eugenia de León-May

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Guido Belsasso

Comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones

Dr. Misael Uribe Esquivel

Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud

Dr. Eduardo González Pier

Coordinador General de Planeación Estratégica

Mtro. Gonzalo Moctezuma Barragán

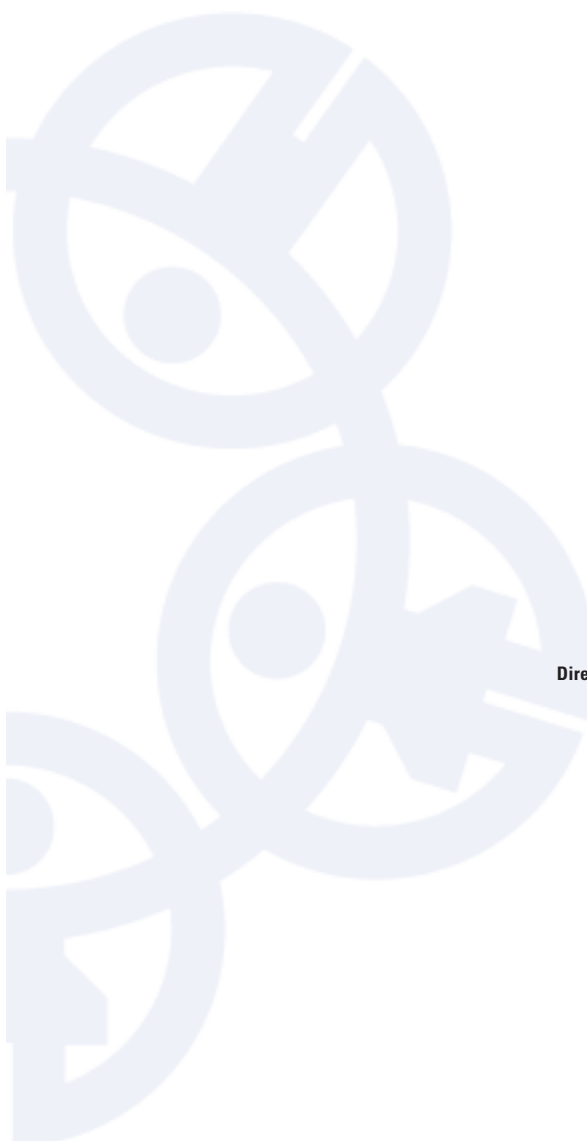
Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Gustavo Lomelín Cornejo

Director General de Comunicación Social

Dr. Oscar Velázquez Monroy

Director General del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica



**Agradecemos a las siguientes personas que colaboraron
de diversas maneras en la elaboración del programa**

Agustín Lara Esqueda
Adriana Gómez Montero
Fernando Tapia Olarte
Martha Yolanda Martínez Marroquín
Virginia Molina Cuevas
Carlos Alberto Mendoza Ehrenzweig
Yudit Lamorena Padrón
Emilio Guerra Macías
Aguiles García Amador



Índice

Introducción	7
I. Diagnóstico	11
Antecedentes	13
Justificación	19
Situación actual del envejecimiento	19
II. Objetivos	29
Objetivo general	31
Objetivos específicos	31
Estrategias	31
Metas	34
Vinculación con otros programas	35
III. Sistema previsto de evaluación y seguimiento	37
Evaluación	39
Vigilancia Epidemiológica	40
IV. Bibliografía	41

Introducción



Introducción

En cumplimiento al mandato constitucional que otorga a la población residente en la República Mexicana el derecho a la protección de la salud y en concordancia con el Programa Nacional de Salud 2001-2006, se establece la necesidad de democratizar la atención de la salud, en beneficio de las mexicanas y los mexicanos, para lo cual se deberá:

- Asegurar la accesibilidad universal a los servicios de salud.
- Estimular la participación ciudadana para asumir la responsabilidad del autocuidado de la salud.
- Desarrollar un sistema que responda con calidad a las necesidades de la ciudadanía y ofrezca, a los prestadores de servicios, remuneraciones justas y oportunidades de desarrollo personal.

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se establecen tres retos: la equidad, la calidad y la protección financiera, en el marco de los cuales deben desarrollarse proyectos específicos.

El Programa de Acción para la Atención al Envejecimiento 2001-2006 se integra al Programa Nacional de Salud en la estrategia: Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades.

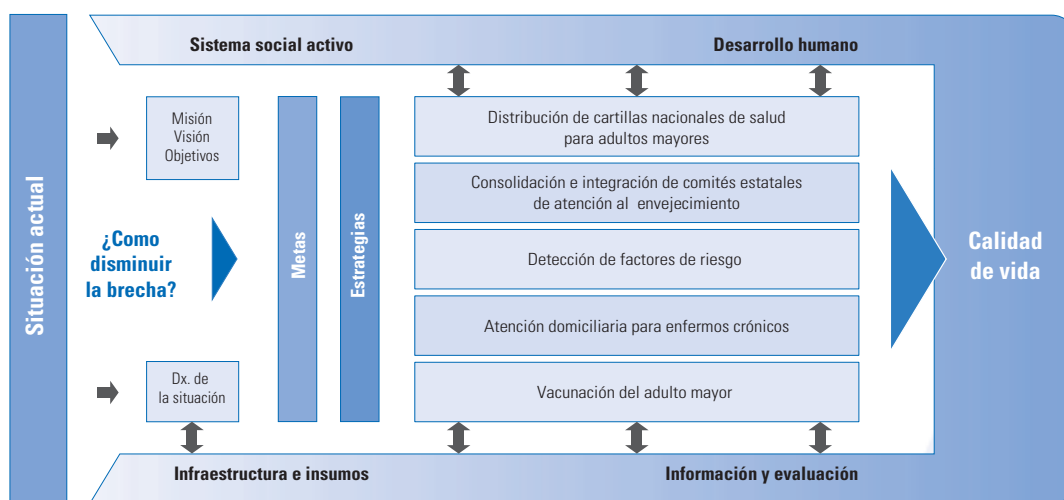
Los retos del Programa Nacional de salud son la equidad, la calidad y la protección financiera.

Cuadro 1
Marco del Programa de Acción



El Programa de Acción para la Atención al Envejecimiento que a continuación se presenta, pretende ser una guía y un compromiso de trabajo de las instituciones de los sectores público, social y privado para afrontar de manera integral los problemas que afectan a la población adulta mayor y alcanzar una cultura en favor del envejecimiento.

Cuadro 2
Programa de Acción para la Atención al Envejecimiento



El Programa de Acción para la Atención al Envejecimiento 2001-2006, está dividido en tres capítulos:

- **Diagnóstico:** que plantea el sistema de salud que reciben los adultos mayores con el propósito de prevenir y proteger su salud.
- **Objetivos:** el planteamiento de los objetivos, las estrategias y las líneas de acción, y
- **Sistema previsto de evaluación y seguimiento:** las acciones de evaluación del programa, las cuales estarán dirigidas a aumentar la esperanza de vida de la población al cumplir los 60 años de edad, así como mejorar la calidad de vida.

El sector salud instrumenta este programa de acción con base a las necesidades de la transición demográfica y epidemiológica que enfrenta el país y las necesidades sentidas expresadas en los foros de consulta popular.

I. Diagnóstico



I. Diagnóstico

Antecedentes

Desde el principio de la civilización, las diferentes culturas que han poblado la tierra se han visto atraídas por el fenómeno del envejecimiento. Por un lado, el reconocimiento de la sabiduría y experiencia que adquiere el ser humano con el transcurso de los años, hace que muchos pueblos hayan dado al anciano un papel indiscutible de liderazgo dentro de la sociedad. Por otro, también han sido reconocidos los cambios fisiológicos del envejecimiento, que llevan a que este grupo de edad, tenga una mayor propensión a desarrollar ciertas enfermedades y pierda en forma gradual algunas de sus facultades de la juventud, como consecuencia final, un mayor riesgo de morir o una inadecuada calidad de vida.

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos de mayor impacto del siglo XX, y seguramente, crucial en la construcción de la historia del siglo XXI. En términos estrictamente demográficos, alude al aumento de la importancia relativa de las personas de 60 y más años de edad y a un incremento cada vez mayor de la esperanza de vida al nacimiento.

El proceso de envejecimiento repercute sensiblemente sobre varios factores del desarrollo y el funcionamiento de las sociedades, y también sobre el bienestar relativo no sólo de los adultos mayores sino de los grupos más jóvenes. De estos factores, los más importantes son los sistemas de pensión y jubilación; la composición de la población activa y las modalidades de participación en la misma; los arreglos en cuanto a familia y hogar; las transferencias intrafamiliares de una generación a otra; y las condiciones de salud de los adultos mayores.

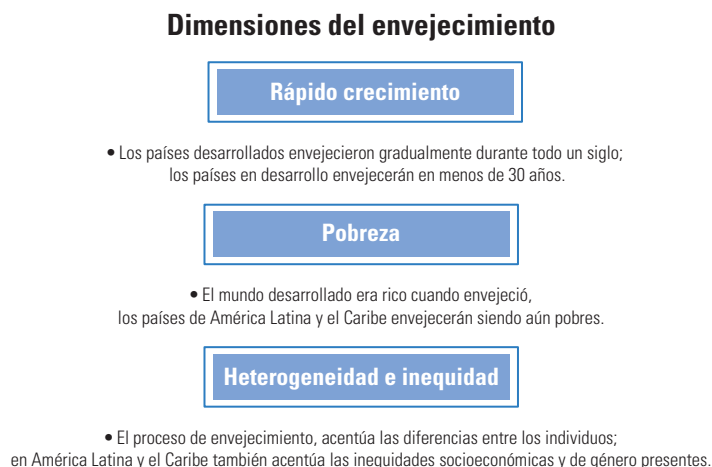
El envejecimiento está determinado por el comportamiento de la fecundidad, esperanza de vida al nacimiento, la mortalidad y la migración. De acuerdo con los criterios de las Naciones Unidas, una población puede considerarse envejecida, si más del 5% de sus miembros tienen más de 65 años, o si más del 10% tiene 60 años o más.

En la actualidad, existen en el mundo más de 416 millones de ancianos. Para el año 2025, los mayores de 60 años serán el 12% de los habitantes del planeta. De éste total de ancianos, el 72% vivirá en los países en desarrollo. Se espera que la esperanza de vida al nacimiento en Latinoamérica, se incremente de los 64.1 años que se tuvieron durante 1985, a 71.8 años para el año 2025.

A pesar de la diferencia en el proceso de evolutivo de la población, el grupo de 60 años y más, ha tenido incrementos importantes con relación a otros grupos de edad.

De acuerdo con los criterios de las Naciones Unidas, una población puede considerarse envejecida, si más del 5% de sus miembros tienen más de 65 años, o si más del 10% tiene 60 años o más.

Figura 1



Un dato de suma importancia en la demografía del envejecimiento, es que las mujeres ocupan el mayor porcentaje en las poblaciones envejecidas. En países desarrollados, las mujeres pueden llegar a tener una esperanza de vida al nacimiento hasta siete años mayor que los varones. Las adultas mayores viven solas y pobres, además de que, aún en países ricos, la gran mayoría vivirán esos años adicionales, dependiendo de alguien y además necesitarán servicios de salud de largo plazo.

En el pasado, en la actualidad o en el futuro, bien sea rápido o lentamente, todas las naciones del mundo lo han enfrentado, enfrentan o enfrentarán de manera ineludible el envejecimiento demográfico.

La creencia de que este fenómeno y sus consecuencias son preocupación exclusiva de los países desarrollados se opone a las realidades y previsiones sobre la escala, características y heterogeneidad que asume este proceso en los países en desarrollo.

Las sociedades envejecidas están apareciendo gradualmente por todos los rincones del mundo (Figura 2).

La transición que experimenta México en materia de salud se caracteriza por dos desafíos: el rezago en salud y los riesgos emergentes.

El rezago en salud que afecta a los pobres está caracterizado por enfermedades infecciosas, de la nutrición y reproducción, constituyéndose en una carga inaceptable para un país como el nuestro. En este rubro, la falta de esquemas preventivos en las etapas previas al envejecimiento, los ubica como personas con riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas cuando son adultos mayores.

México se encuentra en una fase de rápido cambio en los perfiles de salud. La característica general de este proceso consiste en la disminución de los padecimientos propios del subdesarrollo y del incremento de las enfermedades que prevalecen en los países industrializados. Esto es ocasionado, entre otros, por el rápido crecimiento de los núcleos urbanos, mayores niveles educativos, saneamiento básico, mejor control de las enfermedades infecciosas, cambios en las condiciones y estilos de vida de

Faltan esquemas preventivos en las etapas previas al envejecimiento.

las sociedades actuales. Aun cuando la frecuencia no es la misma en todos los países, se pueden establecer las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en los ancianos. El análisis de 34 países de la región de las Américas permite determinar que entre las causas de mortalidad más frecuentes en las personas de más de 65 años están las atribuidas a las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes, los accidentes y la cirrosis.

Pirámides poblacionales

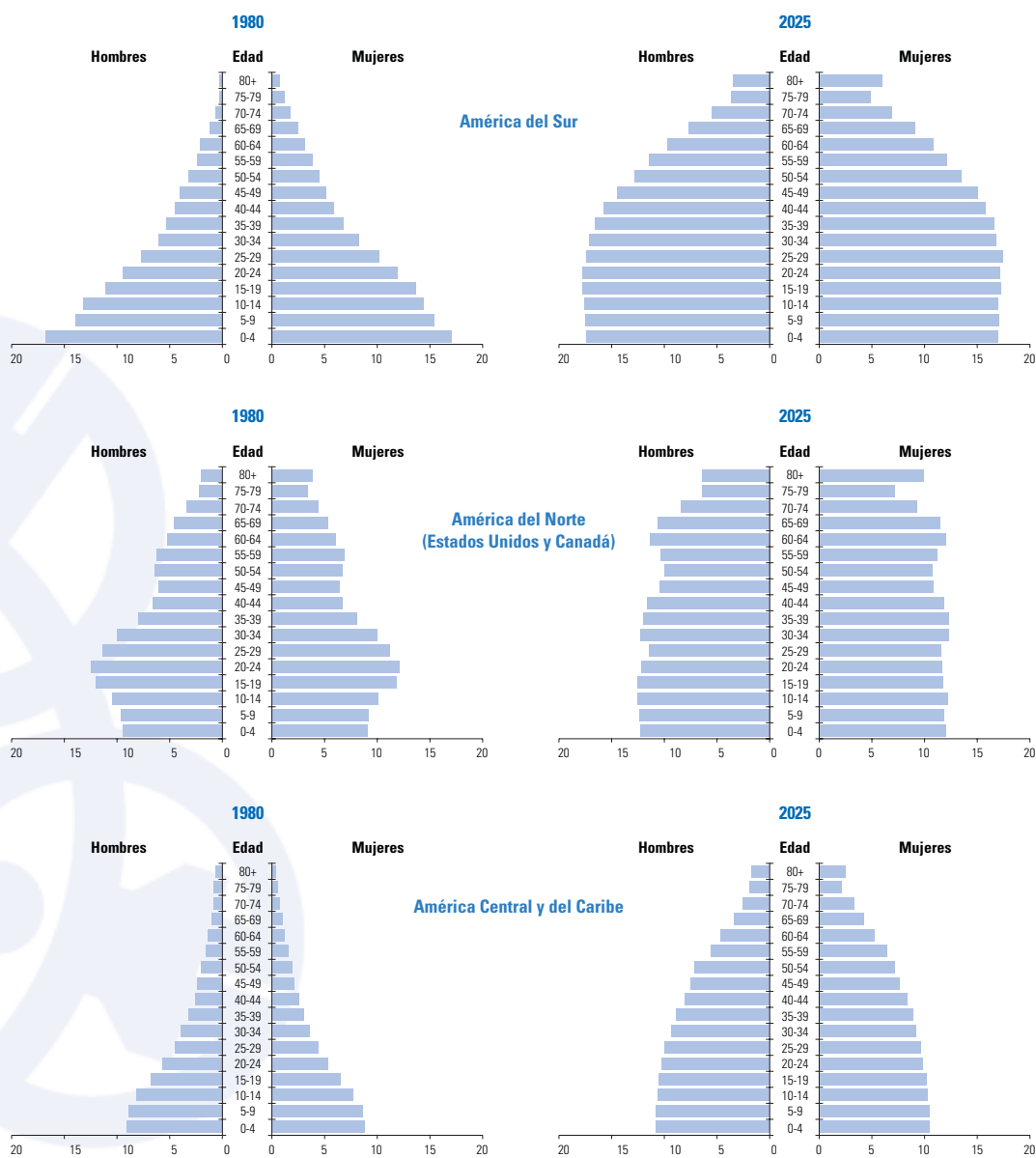
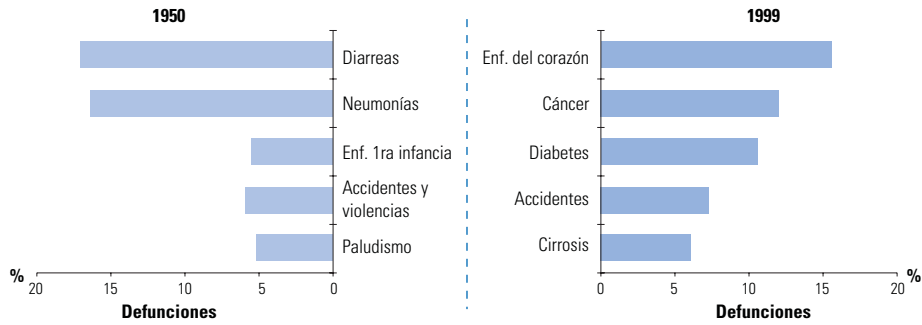


Figura 2

Fuente: Envejecimiento en las Américas, proyecciones para el siglo XXI (2) / CNVE / SSA.

Figura 3

Transición epidemiológica de las cinco principales causas de muerte en México

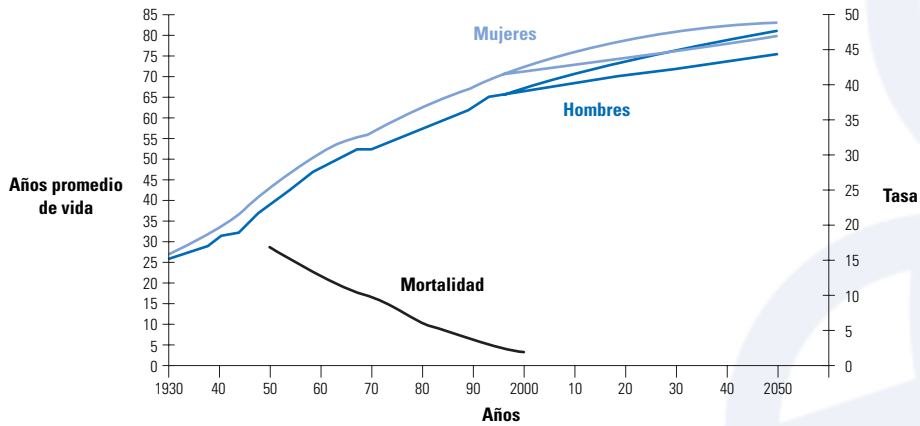


Fuente: INEGI / DEGEI-DG / EPID / CNVE / SSA.

La transición demográfica y epidemiológica en la cual está inmerso nuestro país (figura 5 y 3), ha contribuido a que la esperanza de vida al nacimiento se incremente, de 44 años en la década de los cuarenta, a más de 75 años en el 2000. Este importante alargamiento de la supervivencia, ha propiciado un paulatino proceso de envejecimiento en la población, el cual se agudizará en años venideros, con lo que se espera que para el año 2050 uno de cada 4 mexicanos sea mayor de 60 años.

Figura 4

Esperanza de vida a los 65 años de edad por sexo según dos hipótesis futuras para la mortalidad, México 1930-2050



Fuente: CONAPO. Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas. México, 1999.

Actualmente, alrededor del 7% de la sociedad mexicana tiene 60 años o más. En otros países de América Latina, la proporción de adultos mayores crecerán significativamente en las próximas décadas. Por este motivo a medida que el número de adultos mayores aumente, se incrementarán también los problemas con gran impacto en nuestra estructura social y ambiente económico, como es la frecuencia de las enfermedades crónico-degenerativas, entre las cuales, las más importantes son: la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial y el cáncer; además de tres problemas en la

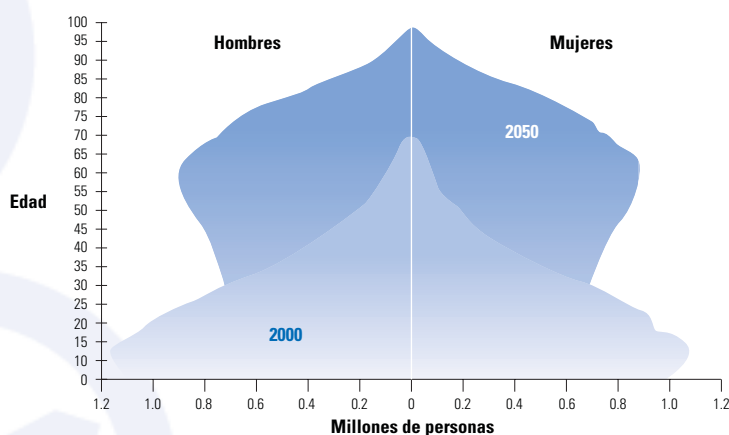
esfera de salud mental que son prioritarios: la depresión, demencias y los relacionados con el exceso de ingesta de alcohol y uso de medicamentos.

De suma importancia es distinguir las condiciones de salud del adulto mayor, por ejemplo: entre un adulto mayor enfermo, y el paciente geriátrico; el primero, es un individuo de más de 60 años de edad con algún problema de salud que no afecta su funcionalidad o que en él no se produce discapacidad o aumento de riesgos; estos pacientes son y serán vistos por todos los médicos independientemente de su orientación profesional (familiares, ginecólogos, ortopedistas, reumatólogos, etc.), todos los trabajadores de la salud seguirán atendiendo adultos mayores. En tanto el paciente geriátrico es aquel que exhibe una gran fragilidad, con la presencia de numerosas patologías, riesgos y dependencia de otros, consumiendo una gran cantidad de recursos económicos, sociales y morales. Es éste paciente, el que corresponde sólo al geriatra que habrá de atenderlo en forma interdisciplinaria y con un enfoque funcional.

El Banco Mundial ha sugerido que la seguridad financiera para los adultos mayores y el crecimiento económico de los países, se finquen en tres sistemas: un sistema obligatorio de participación manejado por el sector público, en el cual se incluya el objetivo de reducir la pobreza de los adultos mayores, un sistema obligatorio de ahorro manejado por el sector privado y un sistema voluntario de ahorro. Los retos para los gobiernos se encuentran agrupados en cuatro áreas: las pensiones, la edad de retiro, los servicios para los adultos mayores y revisión de políticas públicas.

Los retos para los gobiernos se encuentran agrupados en cuatro áreas: las pensiones, la edad de retiro, los servicios para los adultos mayores y revisión de políticas públicas.

Pirámides poblacionales de México, 2000 y 2050



Fuente: CONAPO. Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas. México, 1999.

Figura 5

El estado de salud de los adultos mayores es el resultado complejo de tres factores: las condiciones de salud de la infancia (perinatal, crecimiento y desarrollo durante los primeros cinco años); los perfiles de riesgos conductuales (el tabaquismo, alcoholismo, régimen alimentario, actividad física) y el uso y acceso a los servicios de salud (reflejados en el nivel de educación y participación en el mercado laboral).

El comportamiento de la población de adultos mayores en las instituciones del sector salud son las siguientes: proyecciones del CONAPO estiman que la población nacional de los mayores de 60 años

para el año 2001 será de 7 172 256 que representa el 7 por ciento de la población total. De esta población la Secretaría de Salud será responsable de la atención de poco más del 22.66 por ciento, el Instituto Mexicano del Seguro Social del 64.82 y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado del 11.72 y para el resto de las instituciones de salud corresponderá el 0.8 por ciento.

Uno de los grandes problemas de diseñar atención al envejecimiento para mejorarlo resulta de que éste es un proceso universal (todo envejece), pero absolutamente individual y el grupo de los adultos mayores, ofrece una diversidad amplísima por lo que los proyectos que se diseñen deben tener como característica central una gran flexibilidad y deberán enfocarse a la funcionalidad, que se traduce en la capacidad de independencia y en la calidad de vida. La gerontología y su derivado de la salud: la geriatría siempre privilegiarán la calidad de vida, la prevención y el autocuidado, permeando en todos los ámbitos humanos y sociales sin excepción, sin perder de vista que nosotros envejecemos a cada momento y que todas las bondades que demuestren estos proyectos en última instancia beneficiarán a los adultos mayores del mañana, o sea los jóvenes y adultos de hoy.

La calidad de vida a la que pueden aspirar los adultos mayores depende de factores sociales y emocionales. Los adultos mayores que tienen recursos económicos suficientes tienen acceso a múltiples servicios tanto de salud como recreativos; y los adultos mayores con un nivel económico bajo, tienen que pasar por una serie de necesidades que, de no encontrarles solución en el núcleo familiar extendido, no se pueden satisfacer. Pero los adultos mayores con recursos o sin ellos, requieren de relaciones familiares de calidad que les permitan pasar sus años de menor autonomía, rodeados de la comunicación y relación emocional que sólo proporcionan los seres queridos. Asimismo, la vida social y las reuniones con amigos que al igual que ellos, han sobrevivido a edades mayores, se convierten en una fuente de satisfacción y conectividad con el mundo actual.

Otro aspecto relevante es la capacitación sobre el autocuidado a las personas de edad y a los cuidadores (proceso que está asociado a discapacidad más que a mortalidad y por lo tanto a un grave impacto en la economía y dinámica familiar). La influencia de la educación, permitirá a una sociedad en su conjunto, aceptar prepararse para atender con calidad a las personas de este grupo de edad.

Hay que admitir que a pesar de los esfuerzos que se han desarrollado en servicios de atención a este grupo de personas, continúa siendo, en general limitado y los programas y actividades para atenderlos necesitan de mayor apoyo. Es fundamental profundizar en cuanto a las diversas técnicas y métodos para el estudio del envejecimiento así como identificar los temas de investigación, en forma multidisciplinaria. Según la encuesta SABE, aproximadamente el 10% de los ancianos viven en soledad y cada día disponen de menos recursos propios para su supervivencia. El alto grado de deterioro funcional que caracteriza a un porcentaje de esta población condiciona también al aislamiento.

Por lo que dada la complejidad de los procesos de envejecimiento, las respuestas deben también ser multidisciplinarias e interinstitucionales, en las que deben participar el gobierno y sociedad.

Una situación poco estudiada desde el punto de vista psicosocial, es el proceso por el que pasan los adultos mayores hacia estadios de envejecimiento y sus necesidades de servicios de salud, acceso al trabajo y el bienestar.

La influencia de la educación, permitirá a una sociedad en su conjunto, aceptar prepararse para atender con calidad a las personas de este grupo de edad.

Justificación

México ocupa el séptimo lugar entre los países en envejecimiento acelerado, con un 7 por ciento de la población de 60 años y más. Lo que significa que enfrenta además de los problemas de los jóvenes, la pobreza y las consecuencias del envejecimiento (INEGI 2000).

Diversas investigaciones arrojan información referente a que los adultos mayores consumen más del 30 por ciento de los presupuestos de la seguridad social, en pensiones y jubilaciones que todos reconocemos son insuficientes. También se consumen alrededor del 30 por ciento del presupuesto de salud, y ocupan hasta el 60 por ciento de las camas de hospital (Evaluación y Perspectiva de Seguridad Social. CONAPO, 1999).

La morbilidad de la población envejecida representa una mayor complejidad respecto a otros grupos de edad, principalmente porque el estado de salud es un reflejo de su estilo de vida y en él se acumulan la presencia de factores de riesgo.

Por lo que el Programa de Acción para la Atención al Envejecimiento, se integra al Programa Nacional de Salud 2001-2006 y considera necesario desarrollar una cultura para lograr un envejecimiento adecuado.

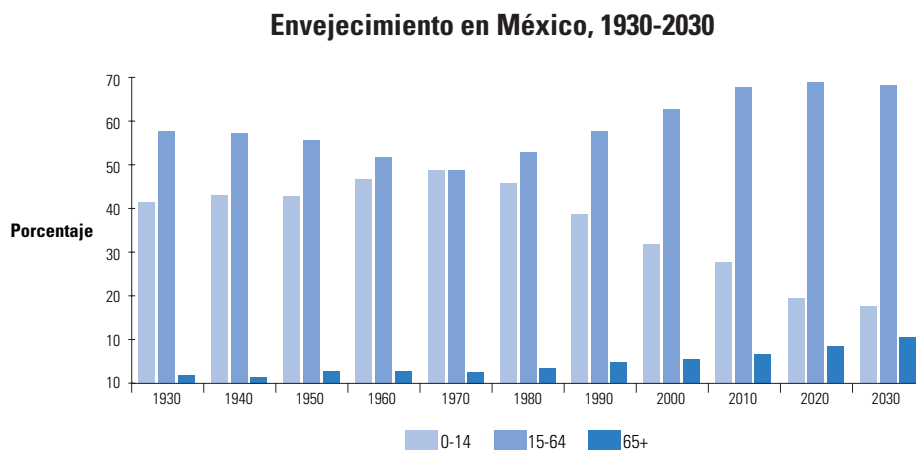
Situación actual del envejecimiento

La Organización Mundial de la Salud realizó, a finales de 1998, en Kobe, Japón, un simposio sobre el envejecimiento y la salud, en donde se discutieron diversos puntos de vista, la situación actual del envejecimiento de la población no sólo en los países desarrollados, sino en gran medida y con tasas muy altas de crecimiento, en los países subdesarrollados.

En casi todos los países, se promulga y garantiza el acceso a los servicios de salud como un derecho básico del individuo de cualquier edad. Los adultos mayores se agregarán a la demanda en los servicios primarios de salud familiar y comunitaria, pues es, en este nivel de atención donde se atenderá y responderá a sus necesidades.

Conforme las poblaciones vayan envejeciendo, será un reto contar con personal de salud capacitado para atender problemas de adultos mayores. Se tendrán que diseñar servicios comunitarios de rehabilitación y atención de largo plazo para los adultos mayores, redoblando esfuerzos para que los ancianos permanezcan en sus hogares, situación que cada vez ampliará más la responsabilidad de los sistemas primarios de salud para atender problemas de tipo secundario y terciario. Los nuevos sistemas de atención en el hogar, requerirán de profesionales de la salud capacitados en geriatría.

Figura 6



Fuente: CONAPO. Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas. México, 1999.

El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México

En tiempos pasados, las muertes de los miembros de una familia eran eventos frecuentes y súbitos, generalmente por enfermedades transmisibles. En la actualidad se ha dado un cambio paulatino en el que han disminuido o no existen las enfermedades infecciosas y parasitarias pero han emergido las enfermedades crónico degenerativas, lo que ha dado lugar a un conjunto de eventos que con frecuencia implican una pérdida gradual de las capacidades físicas y sociales que terminan finalmente con la muerte en edades avanzadas.

Este fenómeno es diferente según las regiones y entidades del país, pero en general se observa un modelo de transición polarizado donde coexisten enfermedades de etiología infectocontagiosa y cronicodegenerativas. Los estratos de población con mayor nivel de bienestar se encuentran en una fase avanzada de la transición, mientras los grupos más pobres se encuentran rezagados en este proceso.

Las principales causas de morbilidad hospitalaria, son las neumonías y las complicaciones de la arteriosclerosis, en particular las cardiopatías, y las enfermedades cerebrovasculares.

Poco se sabe de la magnitud de otras afecciones al parecer comunes en este grupo de edad, como los traumatismos, la desnutrición, la demencia, la depresión y otros padecimientos que no son causa de muerte pero sí de discapacidad, debido a deficiencias en el diagnóstico y la falta de un sistema de registro adecuado.

Por otro lado, el estudio comparativo de la mortalidad general en el adulto mayor, por sexo en el año 1999, permite visualizar que cinco padecimientos crónico degenerativos coinciden, aunque con diferentes pesos relativos. En el mismo año, las muestras en personas mayores representaron el 43 por ciento de la mortalidad hospitalaria.

Las principales causas de morbilidad hospitalaria, son las neumonías y las complicaciones de la arteriosclerosis, en particular las cardiopatías, y las enfermedades cerebrovasculares.

Principales causas de muerte según sexo en el adulto mayor en México, 1999

Hombres	Mujeres
1. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (49.6%)*	1. Enfermedades cerebro vasculares (40.8%)*
2. Enfermedades del corazón (34.4%)*	2. Enfermedades del corazón (39.0%)*
3. Tumores malignos (29.0%)*	3. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (37.4%)*
4. Diabetes mellitus (24.5%)*	4. Diabetes mellitus (34.3%)
5. Enfermedades cerebro vasculares (12.7%)*	5. Tumores malignos (25.7%)*

*Peso relativo de cada causa específica en relación al total de defunciones registradas en cada sexo.

Fuente: Mortalidad 1999, SSA / México.

Un estudio llevado a cabo por el Centro de Economía y Salud, en 1996, clasificó las necesidades prioritarias de los adultos mayores mexicanos en tres categorías, independientemente del género, basadas en el grado de discapacidad. La primera categoría, de alta discapacidad, incluye las caídas, las demencias, la artritis reumatoide y la osteoartritis; la segunda categoría incluye las pérdidas entre muertes prematuras y discapacidad, como la enfermedad cerebrovascular, la nefritis y la nefrosis y la cardiopatía hipertensiva. La tercera categoría está constituida por las necesidades que se generan cuando las pérdidas son fundamentalmente por una muerte prematura, la cardiopatía isquémica, la diabetes mellitus, el cáncer y neumonías. Se aclara en este estudio, las demencias son un grave problema de discapacidad y deben ser atendidas en forma integral. A este respecto, en 1994 las afecciones demenciales ya eran la quinta causa de discapacidad en las mujeres mexicanas de la tercera edad, y para los hombres, ocupaban el séptimo lugar.

Encuesta SABE

En México, no existe en la actualidad información de la población de adultos mayores que nos permita conocer con precisión cual es el entorno en que viven, sus problemas de salud, así como las formas en que enfrentan dichos problemas en su medio familiar.

La Secretaría de Salud de México participó en 1999 en un proyecto denominado "Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento" (SABE), realizado en América Latina y el Caribe, cuyo objetivo fue evaluar el estado de salud y las condiciones de vida actuales de esta población.

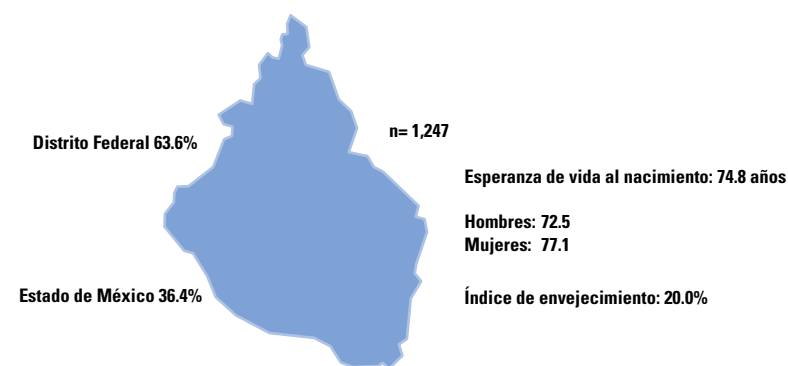
Esta encuesta fue aplicada en la ciudad de México y el área metropolitana, por lo que los resultados no nos permiten conocer la situación de esta población en el país, sin embargo es un primer acercamiento de lo que sucede en la población de adultos mayores.

Los factores que influyen en el comportamiento y en la salud de los individuos son muy diversos como el género, la edad, la escolaridad, la ocupación, el medio ambiente, estilos de vida, situación de la pareja, nivel socioeconómico, creencias personales, expectativas de vida, entre otros.

Según resultados de la encuesta SABE y analizando la población de 60 años y más, la distribución porcentual por género fue de 40.7% del sexo masculino y 59.23% del femenino, las mujeres muestran una estructura más envejecida que los hombres, posiblemente como resultado de una mayor esperanza de vida. La media de la edad de los entrevistados fue de 69.8 años, con rango de 60 a 98 años.

Figura 7

Características generales de la población en estudio SABE



Fuente: Encuesta SABE, 1999-2000 / CNVE / SSA.

Esta encuesta confirma lo que se sabe sobre la longevidad de las mujeres frente a los hombres, pero también indica las diferencias en estados de salud y calidad de vida de las mujeres. Aun en los países desarrollados las mujeres participan poco en la fuerza laboral pagada, pero la realidad es que la mayoría de ellas continúan trabajando sin recibir paga hasta que mueren.

Un resultado que arroja la encuesta SABE y que se puede analizar desde la perspectiva de género es que un porcentaje marcadamente mayor de los hombres viven con pareja: 37% de hombres de 70-79 años *versus* 15% de mujeres de la misma edad y 31% de hombres *versus* 8% de mujeres mayores de 80 años. El 17% de las mujeres mayores de 80 años viven solas comparado con 13% de los hombres. A favor de las mujeres se puede decir que son los hijos quienes las protegen, como es el caso del 15.3% de mujeres de 70-79 años comparado con el 6.5% de los hombres y el 17.2% de mujeres mayores de 80 años *versus* el 5.8% de los hombres de la misma edad que viven con sus hijos.

Otro dato importante es el de la nupcialidad, donde se nota un porcentaje siempre mayor y creciente conforme avanza la edad, de hombres casados, 69.6% de los hombres de 70-79 *versus* 29.4% de mujeres y 61.6% de hombres comparado con 12.6% de las mujeres.

En el ámbito laboral, casi la totalidad de los hombres trabajó alguna vez durante su vida (99.6%). El 75% de las mujeres estuvo incorporada a la vida laboral, observándose una diferencia de casi diez puntos porcentuales entre el grupo de 60 a 69 comparado con el de 80 y más. La edad media para el inicio del trabajo fue de 13.5 años para el hombre y 18.6 para la mujer. En el momento de la entrevista, el 50% de los hombres trabajaba y sólo el 25% de las mujeres lo hacía. Es importante resaltar que el 20% de los varones de 80 años y más trabajan y de las mujeres, el 10%.

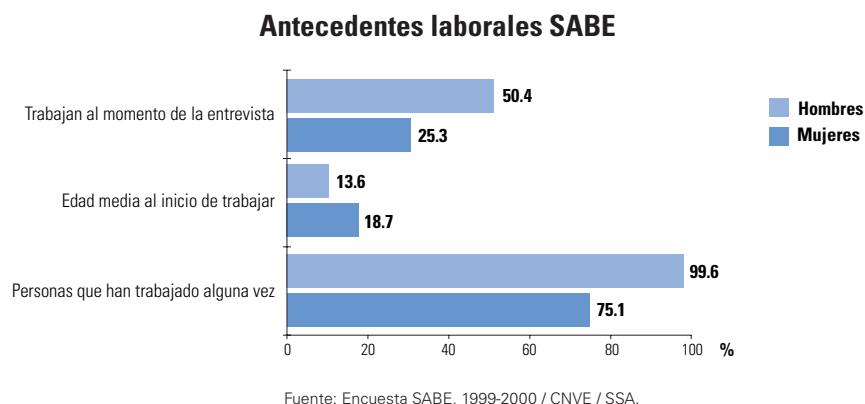


Figura 8

Por lo que respecta a los resultados de las pruebas de valoración cognitiva, los porcentajes de deterioro mental son siempre más altos en las mujeres: en el grupo de 60-69 años, es de 9.9 comparado con 5.5 de los hombres; en el de 70-79, es 11.4 en las mujeres y de 8.8 en los hombres; en los mayores de 80, 37.2 en mujeres y 27.9 en hombres. La escolaridad aparece fuertemente asociada al deterioro mental, pero se requiere revisar la prueba, ya que los resultados pueden estar afectados más con la dificultad de resolver el cuestionario que del deterioro mental. En la prueba de *PFEFFER*, que explora el grado de funcionalidad de la persona a través de su capacidad para desempeñar diversas tareas de la vida cotidiana, las tres cuartas partes de los encuestados la pasaron, pero después de los 80 años, el deterioro en las mujeres es mucho mayor que el de los hombres, al igual que el grado de deterioro funcional.

La percepción que tienen de su salud es la siguiente: el 20% considera que es mala, el 50% regular y el 30% restante la refiere como buena, muy buena o excelente. Los cinco principales padecimientos que declararon haber tenido son los siguientes: hipertensión arterial 42.7%, problemas articulares 38.2%, reumatismo 24.5%, diabetes 21.5% y problemas nerviosos 10.8%.

Principales enfermedades SABE

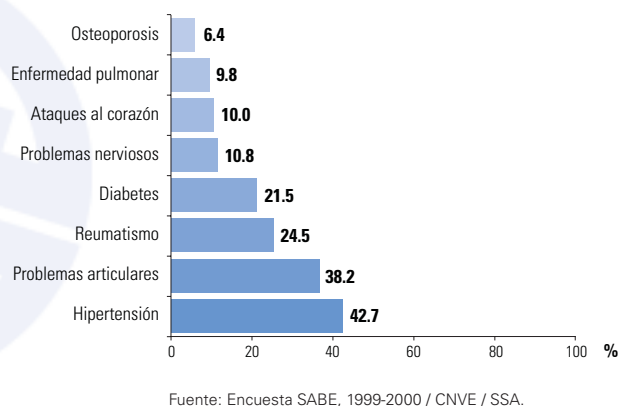


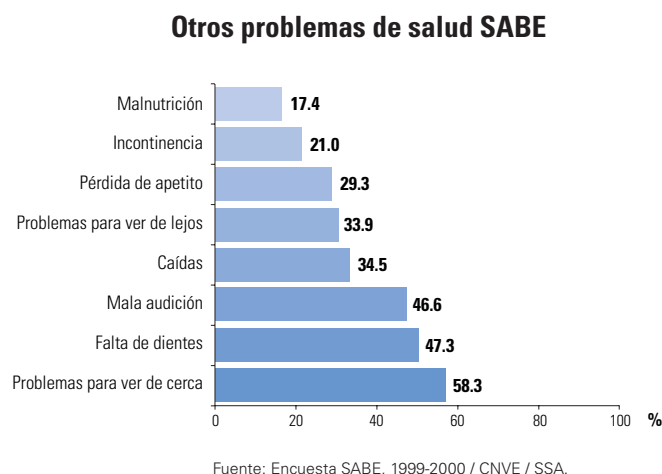
Figura 9

Con relación a hipertensión arterial el 43% de la población refirió que en alguna ocasión un personal de salud le dijo ser hipertenso, el 77% de ellos dijo estar tomando algún fármaco contra la presión arterial, de ellos, el 65% no ha seguido un régimen alimenticio para el control de peso con la finalidad de coadyuvar a bajar su presión arterial, sin embargo el 82.6% percibe que su presión generalmente está controlada.

Para diabetes, el 22% refirió que el personal de salud le dijo tener la enfermedad, de estos, el 84% toma hipoglucemiantes orales, el 10% se controla con insulina, el 46% ha bajado de peso o sigue una dieta especial.

Un porcentaje importante refirió otros problemas que se expresan en disfunción o discapacidad como son: los problemas visuales, auditivos, de la masticación, caídas y de la nutrición.

Figura 10



Se da un fenómeno entre los varones mayores que alcanzan y pasan los 75 años. En el grupo de 75 a 80 años hay un deterioro en la salud muy importante, donde se agregan padecimientos pulmonares, cardiacos, de incontinencia urinaria y depresión. Los que sobreviven esta etapa y pasan los 80, parece que disminuyen algunos padecimientos comparados con otros grupos de edad. En el caso de las mujeres, los padecimientos más comunes son hipertensión, artritis y diabetes, y su frecuencia, excepto por lo que respecta a embolias y problemas de audición, es siempre más alta que en los hombres. Según la encuesta SABE, la mayoría de las mujeres mayores de 60 años no acude al médico a revisión de senos (53%) y prueba de Papanicolau (46%). En el caso de los hombres, el examen de la próstata se lo realizan sólo un 25 por ciento.

En el caso del tabaquismo, los hombres persisten más en el hábito que las mujeres, por ejemplo, 35.4% de hombres de 60-69 siguen fumando, comparado con el 10.7% de mujeres. En los grupos de 70-79, 24.3% de hombres y 4.9% de mujeres fuman. Los hombres hacen más ejercicio que las mujeres, en una proporción que es casi del doble.

Desde la perspectiva de género, es mayor la esperanza de vida al nacimiento de las mujeres, pero su salud está más deteriorada que la del hombre por muchas razones. Por ejemplo, una nutrición deficiente, poca atención en su salud reproductiva, violencia doméstica y condiciones de vida difíciles, todo lo cual se exacerba después de la menopausia, donde hay mayores riesgos de tener cáncer de mama y cervical, así como osteoporosis. A la condición de mujer anciana se agrega la pobreza, la soledad y el abandono.

Considerando que la salud de la mujer joven es la base de su salud en la edad avanzada, es esencial considerar la salud de las mujeres mayores en el marco de un curso de vida y establecer las estrategias de prevención primaria y secundaria.

Las personas adultas y jóvenes de hoy formarán parte del grupo de los adultos mayores durante la primera mitad del siglo XXI.

Las personas adultas y jóvenes de hoy formarán parte del grupo de los adultos mayores durante la primera mitad del siglo XXI.

Servicios de salud en México

El Sistema Nacional de Salud está integrado por las dependencias y entidades de Servicios de Asistencia Social, de Seguridad Social, Servicios Privados y Beneficencias las cuales tienen como características fundamentales la forma de integrar sus recursos financieros, el tipo de servicios que prestan y el tipo de población que acude a ellos.

Cabe destacar que en 1999, la Secretaría de Salud, integró el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN) como un mecanismo interinstitucional para abordar de una manera integral y con criterios comunes la problemática de los adultos mayores en todo el país.

Los servicios de asistencia social se encuentran integrados por servicios federales y estatales, su financiamiento es en su gran mayoría por recursos federales y estatales.

Estos servicios están disponibles para toda la población en general, aunque la mayoría de su clientela son aquellos que no cuentan con ningún otro tipo de servicios médicos, por lo que están dirigidos a la población de escasos recursos, que se encuentran laborando en la economía informal del país.

La atención que se brinda es de primero, segundo y tercer nivel. Estos servicios en su mayoría se encuentran ubicados en los lugares de concentración poblacional.

En el sector salud habrá que adoptar cambios a los enfoques tradicionales de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, ya que estos elementos deberán integrarse con otros muchos componentes, como parte de una promoción integral de la salud. Los adultos mayores y sus necesidades de servicios, probablemente lograrán que los sistemas de salud centren ya su atención en la búsqueda de soluciones a un problema global.

En 1999, la Secretaría de Salud, integró el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN) como un mecanismo interinstitucional para abordar de una manera integral y con criterios comunes la problemática de los adultos mayores en todo el país.

Para promover el concepto de "envejecer saludablemente" o el de "envejecimiento exitoso", los servicios de salud deberán contemplar las necesidades de atención para los adultos mayores. Sin descuidar los servicios para la población en general, se tendrá que pensar en cómo integrar los servicios a los adultos mayores; cómo crear los ambientes sociales y físicos adecuados; cómo promover los estilos de vida saludables, así como contar con médicos y paramédicos especializados en una gama de cuidados para la atención al envejecimiento.

Cuanto más se incrementa la edad de los individuos, más se incrementan los episodios de cuidados intensivos en los hospitales, lo que implica una alta ocupación por día de camas hospitalarias. La eficiencia de los hospitales y el acortamiento de estancias hospitalarias seguirán siendo, por mucho tiempo, una prioridad, fenómeno que podrá ser resuelto tanto por la aparición de nuevas tecnologías, como por los altos costos de la hospitalización.

Los servicios de rehabilitación para los adultos mayores son necesarios después de una embolia, fracturas, problemas de corazón, recuperación de cirugías, etc.; sin embargo, estos servicios no están preparados para atender a los adultos mayores. Uno de los retos para los sistemas de salud será desarrollar modelos interdisciplinarios de rehabilitación en todos los niveles, adaptables al hogar del paciente, a la comunidad y a otras instituciones.

La sociedad tiene que aceptar y comprender las necesidades de los adultos mayores, de otra manera, difícilmente podrá haber equidad en el acceso a los servicios de salud. La ética es importante, pues sabemos que existe discriminación hacia los adultos mayores, especialmente cuando requieren de cuidados que pueden ser costosos y de largo tiempo. Otras agravantes se presentan porque la mayoría de los adultos mayores son mujeres, y su bajo nivel económico, especialmente en países pobres, será siempre una barrera para acceder a los servicios de salud.

La pobreza es la causa más importante de una mala salud, en cualquier edad, y aunque el combate a la pobreza no es función específica del sector salud, su persistencia seguirá afectando negativamente a todas las intervenciones de salud. El apoyo social debe comprender los beneficios de pensiones y algunas otras formas de facilitar la autonomía de los ancianos y su atención continua a través de sus familias.

El "Envejecimiento Exitoso" que incluye el buen funcionamiento de habilidades físicas y mentales, proviene de hábitos saludables en la alimentación, el sueño y la actividad física, así como de evitar el consumo de tabaco y alcohol en exceso. Los programas de salud, en el primer nivel de atención, deberán incluir grupos o clubes para ayudar a los adultos mayores a lograr estilos de vida saludables, valorando individualmente a las personas. La educación en el autocuidado de la salud es un elemento clave para lograr un mayor bienestar de los adultos mayores y para reducir, en parte, la carga de los servicios de salud.

Otro aspecto que se deberá de contemplar es que en la formación de los alumnos en las escuelas de medicina y enfermería, tendrán que adoptar cambios importantes en su currícula, además se necesitarán más especialistas en geriatría, rehabilitación y atención de enfermos terminales, así como subespecialidades en cirugía, psicología y oncología geriátricas. Para la profesión de enfermería se presentarán nuevos retos y áreas de especialización, como la fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia, y conocer los sistemas de seguridad social y bienestar de los adultos mayores.



Figura 11

Los costos de los programas para atención de los adultos mayores pueden ser muy elevados, debido a la falta de planeación y control de calidad de los servicios, así como por la falta de educación para la cultura de la prevención y el logro de un envejecimiento saludable.

Las modalidades de capacitación son muy variadas, pero habrán de distinguirse las fundamentales: la especialidad en geriatría, con un entrenamiento hospitalario, de investigación y con una visión general, este tipo de profesionales serán los que se conviertan en maestros, líderes del equipo de salud, diseñadores de modelos de atención y también investigadores en el proceso de envejecimiento y sus consecuencias. Un segundo grupo de médicos corresponde a los que son capacitados en la llamada gerontología médica, pueden ser médicos generales, familiares o de otras disciplinas que atiendan a este grupo de edad y que deseen ampliar sus conocimientos sobre el envejecimiento para poder reconocer los riesgos y ser los que puedan hacer una labor de tamizaje para la atención geriátrica, también son los profesionales que pueden detectar las necesidades y problemática de la población anciana como herramienta para diseñar una atención adecuada a todos niveles.

También es deseable que en todas las especialidades haya una temática de sensibilización sobre envejecimiento. Ya se ha instituido la materia de geriatría en pregrado y es deseable que se enseñe gerontología en cualquier carrera profesional, ya que a todos compete el envejecimiento y sus consecuencias. En el caso de enfermería ocurre algo similar con un curso postécnico o de posgrado de especialización en gerontología. También hay instancias similares para técnicos en rehabilitación y trabajadoras sociales. Existe una preparación técnica llamada gericultismo que corresponde a un afortunado híbrido entre enfermera, rehabilitador y cuidador especializado. Por último, es fundamental la educación sobre el proceso de envejecimiento al público en general, más a los que están cerca de la vejez y en ella, esto reditúa en una cultura sobre el buen envejecimiento y en la mejor gerontoprofilaxis.

El problema social de la vejez, no sólo se origina en el número creciente de individuos que alcanzan esta etapa de la vida, sino en la falta de planeación de los sistemas de salud y seguridad social, derivados a

su vez, de las graves y recurrentes crisis económicas que pudiera haber sufrido un país en los últimos 25 años. Las instituciones se ven muy limitadas para dar respuesta a las necesidades y demandas de este grupo de edad en rápido crecimiento.

Las diferentes dimensiones de la desigualdad como son la clase social, la etnicidad y el género se entrecruzan y refuerzan mutuamente en la vejez, dejando a los adultos mayores en gran desventaja.

En la actualidad, en la mayoría de los países, existe poca información sobre el estado de salud de los adultos mayores, sus necesidades de servicios y sobre los costos y eficiencia de los diferentes esquemas de diagnóstico y tratamiento. Es necesario contar con información para planear y hacer seguimiento de los servicios, para establecer metas y estrategias desde la perspectiva biológica, psicológica y social.



II. Objetivos



Objetivos

Objetivo general

- Proteger la salud, prevenir, controlar o retardar la aparición de las enfermedades o discapacidades de mayor importancia y elevar la calidad de vida de los adultos mayores.

Objetivos específicos

- Consensuar documentos técnico-normativos para la atención al envejecimiento.
- Disponer de esquemas preventivos que permitan a la población llegar a la vejez en un buen estado de salud físico y mental.
- Detectar las enfermedades crónicas y discapacidades que afectan a la población adulta mayor.
- Establecer modelos de atención diferenciados según las condiciones del adulto mayor.
- Ampliar coberturas del "Plan para la reducción de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular".
- Promover la participación activa de los sectores público, social y privado en los ámbitos nacional, estatal y local, en favor del envejecimiento.
- Promover la formación y participación del cuidador "formal" (personal de salud) e "informal" (familia y amigos), para lograr la atención integral del padecimiento.
- Participar en la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud.

Estrategias

1. Promoción de la salud y comunicación Social

La Promoción de la Salud juega un papel fundamental ya que es a través de esta estrategia que los adultos mayores, sanos o enfermos, sus familiares y los integrantes de la comunidad pueden trabajar en forma conjunta y coordinada para lograr una mejor calidad de vida, el logro de lo anterior, requiere de acciones multisectoriales mediante actividades de prevención primaria como promoción de un estilo de vida, y vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo.

2. Detección y diagnóstico oportuno de enfermedades crónico degenerativas

Mediante estrategias como la de detección integrada, detección de factores de riesgo nutricionales y detección de enfermedad prostática entre otras, se pretende realizar intervenciones en los adultos mayores con riesgo de desarrollar enfermedades crónico degenerativas, a fin de prevenir la aparición de estas enfermedades, identificar a los sujetos no diagnosticados y establecer el tratamiento adecuado.

3. Tratamiento y control de enfermedades

El tratamiento oportuno se constituye en un factor primordial para prevenir las complicaciones, las discapacidades derivadas de ellas y el aplazamiento de la edad promedio de la muerte causada por algunas enfermedades crónico degenerativas que afectan a los adultos mayores.

4. Modelo integrado de atención a la salud

Se trata de un modelo comunitario de atención integral basado en compromisos, donde se promueve o fomenta el autocuidado de la salud y se articula con el cuidado profesional.

Acciones estratégicas

- Elaborar la Norma Oficial Mexicana para la Atención del Envejecimiento con la participación de líderes de opinión en la materia.
- Realizar una campaña permanente para favorecer la cultura y lograr una vejez activa y sana.
- Promover la utilización de la Cartilla Nacional de Salud para instrumentar el esquema básico de prevención y control de enfermedades frecuentes en el adulto mayor.
- Desarrollar con periodicidad anual, la "Semana Nacional para Gente Grande".
- Promover la aplicación de vacunas para prevenir la neumonías y otras enfermedades de importancia epidemiológica (tétanos, difteria y hepatitis).
- Crear mecanismos de apoyo para la atención y el cuidado familiar al adulto mayor.
- Establecer en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, el Programa de Atención Domiciliaria para enfermos crónicos.
- Aplicar la encuesta de factores de riesgo de diabetes, hipertensión y obesidad, así como la detección de factores de riesgo nutricionales en la población mayor de 60 años de edad.
- Incorporar a los adultos mayores con hipertensión, mediante el control de su presión arterial, en las actividades consideradas en el plan para la reducción de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular.
- Asegurar la participación del adulto mayor, independientemente de su estado de salud a los grupos de ayuda mutua.

- Coordinar acciones del Programa entre las Instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, el Instituto Nacional de la Plenitud, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, así como con organismos no gubernamentales.
- Participar en la formación de profesionales en la materia y promover su integración al Sistema Nacional de Salud.
- Capacitar al personal del Sistema Nacional de Salud, así como a los cuidadores informales (familia y amigos), responsables de la atención de los adultos mayores.

Con la finalidad de promover la participación activa de los diferentes sectores y aumentar la accesibilidad al conocimiento sobre el envejecimiento y al mismo tiempo desarrollar una cultura del cuidado de los adultos mayores, la Secretaría de Salud de México, integró el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN) cuya función principal es elaborar y vigilar el desarrollo del Programa de Acción de Atención al Envejecimiento. Los miembros del CONAEN representan los diversos sectores e instituciones responsables de la atención de los adultos mayores. El CONAEN está dividido en subcomités permanentes y transitorios.

Las funciones principales del CONAEN son:

1. Establecer el Programa Nacional de Atención al Envejecimiento.
2. Vigilar el cumplimiento adecuado de las normas, procedimientos y el funcionamiento del Programa.
3. Participar con el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica en la prevención y control de las enfermedades del envejecimiento.
4. Promover la capacitación de recursos humanos para la salud del adulto mayor.
5. Difundir y establecer campañas de educación permanente en la comunidad para la prevención y detección temprana de las enfermedades de los adultos mayores.
6. Determinar y desarrollar estrategias operacionales para el control de las enfermedades en la población de 60 años y más.
7. Establecer modelos y líneas de investigación para el avance en materia de la ciencia y tecnología, para favorecer la salud de los adultos mayores.
8. Fomentar el financiamiento de fuentes nacionales e internacionales.
9. Desarrollar la participación de la comunidad y la familia en la atención del envejecimiento.
10. Coordinar las acciones con las instituciones y las instancias de los diferentes sectores de la sociedad relacionados con programas de trabajo acerca del envejecimiento para un mejor y más amplio aprovechamiento en bien de los adultos mayores.
11. Establecer un órgano informativo para la difusión de las actividades y programas del Comité.
12. Participar en la formación de Comités Estatales de Atención al Envejecimiento en la República Mexicana.

Metas

En la actualidad, la investigación está mayormente dirigida a otorgar años con mejor calidad de vida para los adultos mayores. Una vez que todas las piezas de este rompecabezas estén armadas para lograr un envejecimiento saludable y se difundan al personal de salud, a los adultos mayores y a la población en general; permitirá hacer más eficiente las estrategias para la atención al envejecimiento. Por lo que reafirmamos nuestro compromiso, para el período 2001-2006 en el que se va a:

- Consolidar la integración de Comités Estatales de Atención al Envejecimiento en las 32 entidades federativas.
- Distribuir 7.1 millones de Cartillas Nacionales de Salud para los adultos en plenitud, entre el 2002 al 2006.
- Incorporar en el 100% de los Centros Estatales de Capacitación (CECAP's), un plan educativo en materia de gerontología básica.
- Realizar detección de hipertensión arterial en el 80% de la población de 60 años y más en todas las Unidades Médicas del país.
- Incorporar, al 80% de los adultos mayores con hipertensión al "Plan para la reducción de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular".
- Lograr en el ámbito nacional para este grupo de población, la aplicación de 5.6 millones de encuestas para la detección de factores de riesgo (diabetes, hipertensión, obesidad y riesgo nutricional).
- Realizar detección de diabetes mellitus en el 80% de la población de 60 años y más en todas las unidades médicas del país.
- Aplicar cuestionarios de la "Encuesta de Hiperplasia Prostática Benigna" en el 100 por ciento de la población masculina de 60 años y más en todas las unidades médicas del país.
- Efectuar promoción de la salud bucal en el 100 por ciento de la población de 60 años y más en todas las unidades médicas del país.
- Aplicar el esquema de vacunación considerado para esta población alcanzando un total de 9 millones de dosis en el período 2001-2006.
- Promover la actividad física para la población de 60 años y más en el 100 por ciento de la unidades médicas del país.
- Distribuir material de promoción de la salud para la población de 60 años y más en el 100 por ciento de la unidades médicas del país.
- Efectuar anualmente la "Semana Nacional de Salud par Gente Grande" para reforzar las actividades del programa.
- Establecer el programa de atención domiciliaria para enfermos crónicos en las 32 entidades federativas.

Vinculación con otros programas

Programa de "Educación Saludable"

Sustenta que la educación es el recurso más poderoso para alcanzar mejores niveles de salud y promover el desarrollo humano. Todas las personas desde el comienzo de su vida y en el transcurso total de la misma, tienen el derecho y el deber de conocer, tener acceso, y a poner en práctica, cuanto haga posible una educación de estilos y condiciones de existencia física, psicológica y socio cultural saludables. Ello significa prever situaciones de cambio inherentes a la vida (laborales, familiares, sociales y en general), el mantener en lo posible el control sobre la propia vida, así como procurar activamente el mantenimiento y el mejoramiento de la calidad de la misma, para tener la posibilidad de vivir la vejez en condiciones de bienestar, evitando concepciones prejuiciadas de la vida, de los cambios del envejecimiento y de la senectud.

Este programa considera a las escuelas como privilegiadas para proporcionar a los niños y jóvenes los conocimientos y habilidades necesarios para la promoción y el cuidado de su salud en las diferentes etapas de la vida, desde la niñez hasta la senectud. Por lo anterior, los programas escolares, incluyendo los libros de texto considerarán en sus contenidos, actividades e información que promueva la adopción de estilos de vida sanos y eviten conductas de riesgo como es el consumo de tabaco, bebidas alcohólicas y el uso de otras sustancias adictivas.



Fuente: CNVE / SSA.

Figura 12

Programa de Arranque Parejo en la Vida y el Programa de Salud y Nutrición

El arranque parejo en la vida persigue que todo mexicano cuente, desde el principio de su vida, con las condiciones básicas en materia de salud; que le garantice la igualdad de oportunidades. Es de interés para el programa, fomentar desde la niñez una alimentación saludable, ya que una inadecuada nutrición repercute negativamente en la salud del individuo, en todas las etapas de la vida y primordialmente es factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónico degenerativas, que se presentan en mayor frecuencia en los adultos mayores.

III. Sistema previsto de evaluación y seguimiento



III. Sistema previsto de evaluación y seguimiento

La descentralización de servicios hacia los estados y de estos hacia los municipios, significa establecer formas de evaluación, control y servicios de apoyo con mejores coberturas. La mayor competencia entraña la necesidad de regular los servicios vigilando los costos, la efectividad y la calidad en la prestación de los mismos. Cuando un modelo mantiene una participación importante del estado en sistemas de subsidios o de prestación directa de servicios, es importante el conocimiento de costos de las actividades médicas que permitan calcular tarifas y valores del aseguramiento. Para tomar las decisiones anteriores, es necesario poseer información sobre necesidades, costos, elección de los usuarios, patologías prevalentes, eficiencia de diferentes esquemas de prestación, etc.

A través del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento se especificará la coordinación con las instituciones que lo integran, así como los organismos no gubernamentales, mismos que son señalados en el decreto de creación y en el reglamento interno de dicho comité.

Evaluación

La evaluación del programa implica la medición periódica de indicadores seleccionados y estandarizados, por ende, el programa se evaluará a través de los siguientes indicadores:

- Cobertura de detecciones integradas de diabetes, hipertensión arterial, obesidad, enfermedad prostática y riesgo nutricional para este grupo de edad.
- Cobertura de la "Cartilla Nacional de Salud para el Adulto en Plenitud".
- Cobertura de Centros Estatales de Capacitación, con planes educativos en materia de gerontología básica.
- Porcentaje de adultos mayores con hipertensión participando en el "Plan para la reducción de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular".
- Cobertura del Programa de Atención Domiciliaria para enfermos crónicos implementados en las entidades federativas y el Distrito Federal.

La evaluación del programa requiere de un sistema de información oportuno, exhaustivo, confiable y sustentable. Para el logro de tal fin se recurrirá a la coordinación interinstitucional e intersectorial, donde se definirán las bases para el registro de la información, de tal forma que está sea homogénea y permita un análisis comparativo, para una mejor evaluación el desarrollo del programa.

La evaluación del Programa se llevará a cabo en los niveles nacional y estatal y será realizada por los comités de atención al envejecimiento en ambos niveles.

Vigilancia Epidemiológica

La coordinación institucional entre los programas de acción, así como la interinstitucional, permitirá al Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles y no Transmisibles, priorizar los riesgos asociados y padecimientos que afectan a los adultos y adultos mayores, para considerarlos en los sistemas de información y vigilancia epidemiológica vigentes en el Sistema Nacional de Salud en México.



IV. Bibliografía



Bibliografía

1. Borges-Yáñez S.A., Gómez-Dantés H., Gutiérrez-Robledo L.M., Fabián-San Miguel G., Rodríguez R. (1996). Utilización de los servicios hospitalarios por la población anciana de la ciudad de México. *Salud Pública de México*. 38: 475-485.
2. Castro V., Gómez-Dantés H., Negrete-Sánchez J., Tapia-Conyer R. (1996). Las enfermedades crónicas de las personas 60-69 años. *Salud Pública de Méx.* 38: 438-447. Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud de México.
3. Lozano-Ascencio R., Frenk-Mora J., y González-Block M.A. (1996). El peso de la enfermedad en adultos mayores, México 1994. *Salud Pública de Méx.* 38: 419-429.
4. Morrison-Bogorad M. (1998). *Neuroscience and neuropsychology of aging: from basic science to clinical research*. *Neurosc. Newlett.* 29:10.
5. Omran A.R. (1971). *The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change*. *Milbank Mem. Fund. Q.*
6. Tapia-Conyer R., Cravioto P., Borges-Yáñez S.A., y De la Rosa B. (1996). Consumo de drogas médicas en población de 60 a 65 años en México. Encuesta Nacional de Adicciones 1993. *Salud Pública de México*. 38:458-465.
7. Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC). Secretaría de Salud. México. 1993.
8. Pelaez, Martha. Introducción. *Manual Básico de Geriátría y Gerontología*. OPS, Fundación Novartis.
9. Davies, A.M. "Ageing and health in the 21st century: an overview. *Proceedings of a WHO Symposium*. Kobe, 10-13 November, 1998.
10. La información sobre el panorama global del envejecimiento y la salud fue tomada de Davies, A.M. "Ageing and health in the 21st century: an overview" *Position Paper. Ageing and health, a global challenge for the twenty-first century. Proceedings of a WHO Symposium*. Kobe, 10-13 November, 1998.
11. Tuirán, Rodolfo. Envejecimiento Demográfico de México: Retos y perspectivas. Consejo Nacional de Población. México, julio, 1999. P. 17-18.
12. INEGI, Estadísticas sociodemográficas por grandes grupos de edad, según entidad federativa, 1997.
13. Roberto Ham Chanden. Conceptos y significados del envejecimiento en las políticas de población. "El envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas. CONAPO. México. Julio, 1999.
14. Murray y López, 1996, citado por Roberto Ham Chanden, *op. cit.* P. 51.
15. Carlos Rodríguez Ajenjo. El papel de las instituciones públicas en la atención de la tercera edad. *op. cit.* P. 62 y siguientes.
16. Verónica Montes de Oca. Relaciones familiares y redes sociales. *op. cit.* P. 99 y 100.

Programa de Acción: **Atención al Envejecimiento**

Primera edición: 1000 ejemplares

Se terminó de imprimir en diciembre de 2001



Programa Nacional de Salud 2001-2006

Estrategia

3 Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades



www.ssa.gob.mx