

Serie
Cuadernillos de salud pública

Propuesta para un
plan de acción en
envejecimiento y salud

Serie Cuadernillos de salud pública

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

Primera edición, México, 2013

© 2013, Instituto Nacional de Geriátría

ISBN 978 607 460 300 2

Coordinadores

Luis Miguel Gutiérrez Robledo
Miguel Ángel Lezana Fernández

Edición

Victoria Eugenia Arango Lopera

Cuidado editorial

Sandra Luna Pérez

Diseño

Héctor Efrén Lara Dávila

Instituto Nacional de Geriátría

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

www.geriatria.salud.gob.mx

contacto.geriatria@salud.gob.mx

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

Favor de citar de la siguiente manera:

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

Impreso y hecho en México

Serie

Cuadernillos de salud pública

Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud

Coordinadores

Luis Miguel Gutiérrez Robledo

Miguel Ángel Lezana Fernández

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD

Mercedes Juan López
Secretaria de Salud

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

INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

Luis Miguel Gutiérrez Robledo
Director General

Jesús Héctor Gutiérrez Ávila
Director de Investigación

Flor María Ávila Fematt
Directora de Enseñanza y Divulgación

CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE
ENFERMEDADES

Miguel Ángel Lezana Fernández
Director General

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

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

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

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

Resultados del Foro

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

IV. CONTEXTO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES MEXICANAS

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

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

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

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

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

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

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

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

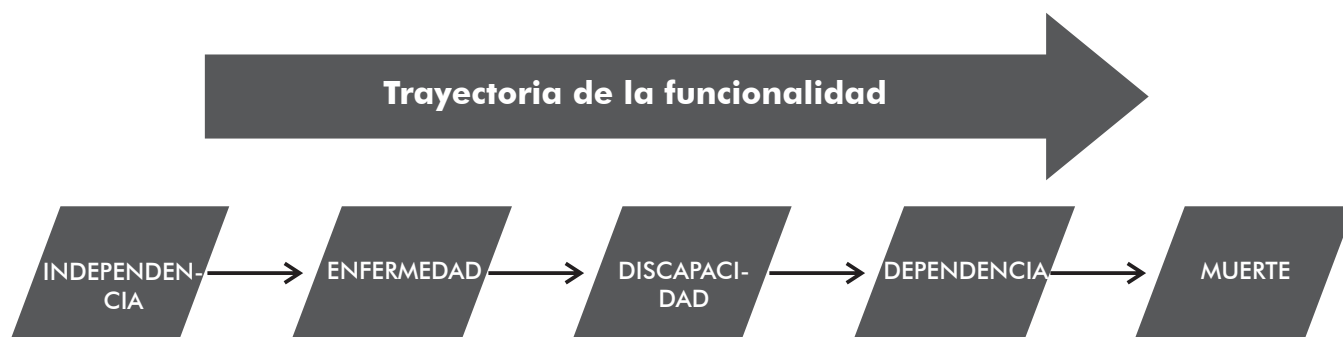


Figura 2. Trayectoria de la funcionalidad y categorización en el adulto mayor (elaboración propia).

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

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

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

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

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

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

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

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

El estado actual de la salud al envejecer

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

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

Puntos clave

1. El estado de salud

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

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

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

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

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

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

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

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

2. El desempeño del sistema

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

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

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

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

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

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

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

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

La dependencia funcional: Hallazgo y reto fundamental

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

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

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

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

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

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

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



*Si tiene complicaciones o está asociada a otra enfermedad.

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

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

El tiraje fue de 1000 ejemplares.