SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Programa de Acción Específico

Atención al Envejecimiento

2020-2024

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NÚMERO DE REFERENCIA	ETO2021.12.17
TIPO DE DOCUMENTO	PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO
EN CASO DE OTRO ESPECIFICAR	No aplica
TÍTULO	PROGRAMA DE ACCIÓN EN ATENCIÓN AL ENVEJECIMIENTO 2020-2024
REFERENCIA TEMÁTICA	Persona Adulta Mayor
OBJETO DEL DOCUMENTO	Mejorar el acceso y la calidad de la atención a las personas mayores en el Sistema de Salud, así como disminuir la discriminación y el maltrato contra las personas mayores y desarrollar un sistema de cuidado de largo plazo para las personas mayores con dependencia funcional.
FECHA DE PUBLICACIÓN	2021.12.17 VIGENCIA DICIEMBRE 2024
VERSIÓN	DIGITAL
RESUMEN	El programa plantea mejorar la capacidad resolutiva en atención a la salud para satisfacer la demanda creciente de los servicios médicos de las personas mayores, incorporando la estratificación por tipo de riesgo en este grupo etario para brindarle una mejor atención de salud; a través de capacitar al personal de salud con base a las acciones del programa para mejorar los servicios, fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia para garantizar la retroalimentación a los siguientes niveles de atención así como el sistema de indicadores específicos sobre las acciones del programa. También se plantea promover el respeto de los derechos de las personas mayores para prevenir la discriminación y el maltrato, así como la implementación de modelos de cuidados de largo plazo para esta población con necesidad de cuidados.
FORMATO DE DIFUSIÓN	Sitio web: https://www.gob.mx/salud/cenaprece
POBLACIÓN OBJETIVO	Personas de 60 años y más
EN CASO DE OTRO ESPECIFICAR	Personas de 50 años y más para Riesgo de Fractura por Osteoporosis
ELABORÓ	Secretaría de Salud CENAPRECE Dra. Ma. Esther Lozano Dávila, INGER Dr. Luis Miguel Francisco Gutiérrez Robledo, IMSS Dr. Humberto Medina Chávez, ISSSTE Mtra. Judith Edith García de Alba Verduzco
REVISÓ	Dr. Ruy López Ridaura
AUTORIZÓ	Dr. Hugo López-Gatell Ramírez
FUNDAMENTO JURÍDICO	Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012. Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores, en situación de riesgo y vulnerabilidad. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012. Para la atención integral a personas con discapacidad. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012. Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias, publicada el 13-07- 2012. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014. Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través cuidados paliativos Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017. Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

DATOS DE CONTACTO:

NOMBRE	Ruy López Ridaura		
CARGO	Director General del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades		
CORREO	ruy.lopez@salud.gob.mx	TELÉFONO	55.506.21600 ext. 54628

Autorizó	Revisó	Elaboró
Hugo López-Gatell Ramírez	Ruy López Ridaura	María Esther Lozano Dávila

Directorio de la Secretaría de Salud

Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela
Secretario de Salud
Dr. Hugo López-Gatell Ramírez
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud
Mtra. Maricela Lecuona González
Abogada General de la Secretaría de Salud
Dr. Pedro Flores Jiménez
Titular de la Unidad de Administración y Finanzas
Dr. Alejandro Ernesto Svarch Pérez
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
Dr. José Ignacio Santos Preciado
Secretario del Consejo de Salubridad General
Dr. Juan Antonio Ferrer Aguilar
Director General del Instituto de Salud para el Bienestar
Dr. Alejandro Manuel Vargas García
Encargado del despacho de la Subsecretaria de Integración
y Desarrollo del Sector Salud
Dr. Gustavo Reyes Terán
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos los Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad
Dr. Gady Zabicky Sirot
Comisionado Nacional Contra las Adicciones
Lic. Mónica Alicia Mieres Hermosillo
Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social
Dr. Onofre Muñoz Hernández
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico
Mtro. Edén González Roldán
Encargado del Despacho de la Comisión Nacional de Bioética
Lic. Ángel Rodríguez Alba
Titular del Órgano Interno de Control
Dra. María Eugenia Lozano Torres
Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud
Dr. Marcos Cantero Cortés
Titular de la Unidad de Análisis Económico

Directorio del Sistema Nacional de Salud

Dr. Jorge Alcocer Varela
Secretario de Salud

Lic. Zoé Alejandro Robledo Aburto
Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

Mtro. Luis Antonio Ramírez Pineda
Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales
de los Trabajadores del Estado

Lic. María del Rocío García Pérez
Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Ing. Octavio Romero Oropeza
Director General de Petróleos Mexicanos

General Luis Cresencio Sandoval González
Secretaría de la Defensa Nacional

Almirante José Rafael Ojeda Durán
Secretaría de Marina

Índice

	Siglas y Acrónimos	9
I.	Introducción	10
II.	Fundamento normativo de la elaboración del programa	11
III.	Origen de los recursos para la instrumentación del programa	13
IV.	Análisis del estado actual	13
	i. Antecedentes	
	ii. Justificación	
	iii. Planteamiento del problema	
	iv. Principios Rectores del PND en el PAE	
	v. Contribución del PAE al nuevo modelo de desarrollo	
	vi. Proyectos o programas prioritarios vinculados al PAE	
	vii. Cambios esperados	
V.	Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y Programa Sectorial de Salud 2020-2024	19
VI.	Objetivo general	22
VII.	Esquema Objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales	22
VIII.	Objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales	23
IX.	Indicadores, metas para el bienestar y parámetros	33
X.	Mapa de procesos	67
XI.	Territorialización	67
XII.	Innovación en Salud	69
XIII.	Transversalidad	70
XIV.	Epílogo: visión de largo plazo	70
	Lista de Dependencias y Entidades participantes	72
	Bibliografía	73
	Glosario de términos	75

Siglas y Acrónimos

ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad
AVDs	Años Vividos con Discapacidad
AVPs	Años de Vida Perdidos
CONAPO	Consejo Nacional de Población
ENADIS	Encuesta Nacional sobre Discriminación
ENASEM	Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México
ENDIREH	Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares.
ENT	Enfermedades no transmisibles.
GBD	Global Burden Disease
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado

I. Introducción

En materia de planeación la Ley de Planeación establece en los artículos 16, fracción III y 21, corresponde a las dependencias de la Administración Pública Federal elaborar los programas sectoriales con base en lo establecido en el PND, mismo que precisará los objetivos nacionales, la estrategia y las prioridades del desarrollo integral, equitativo, incluyente, sustentable y sostenible del país.

La elaboración del Programa Sectorial de Salud parte de la necesidad de disponer de un sistema único, público, gratuito y equitativo de salud que garantice el acceso efectivo de toda la población a servicios de salud de calidad, en consonancia con lo señalado en el Plan Nacional de Desarrollo 2019 - 2024: "el gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia el 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos, por lo que en materia de envejecimiento el PAE (Programa de Acción Específico) 2019-2024, establece las acciones prioritarias para dar cumplimiento a lo establecido por el PND.

II. Fundamento Normativo

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

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

Instrumentos Vinculantes de carácter internacional

- *Co*nvención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, ratificada por México 23-03-1981.
- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Organización de Estados Americanos, 1994.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo De San Salvador". Publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF), el 01-09-1998.
- Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002.
- Convención sobre la Eliminación de todas formas de Discriminación contra la Mujer, Organización de las Naciones Unidas, 2011.

Leyes

Ley General de Salud, publicada el 7 de febrero de 1984 con la última reforma en el DOF realizada al 12-07-2018. 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 mayores, publicada en el DOF 25-06-2002 la cual fue reformada el 12-07-2018.

Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, publicada en el DOF 02-08-2006 con la última reforma al 14-06-2018.

Ley de Asistencia Social, publicada en el DOF 02-09-2014, última reforma publicada el 24-04-2018

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, publicada en el DOF 11-06-203, última reforma publicada 21-06-2018.

Ley del Seguro Social, publicada en el DOF 21-12-1995, última reforma publicada el 02-07-2019.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, publicada en el DOF 31-03-2007, última reforma 04-06-2019

Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, publicada en el DOF 09-07-203, última reforma 07-05-2019

Reglamentos

- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado el 19-01-2004 y actualizado el 07-02-2018.
- 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.

Acuerdos

- Acuerdo del Consejo de Salubridad General por el que se establecen las acciones para el diseño e implementación de la política pública en salud para el otorgamiento de cuidados a largo plazo por las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, publicado en el DOF 28-08-2018.

Normas Oficiales Mexicanas

- **NOM-030-SSA2-2009.** Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica, publicada el 31-05-2010.
- **NOM-015-SSA2-2010,** Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, publicada el 23-11-2010
- **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.

- **NOM-004-SSA3-2012.** Del expediente clínico, publicada el 15-10-2012.
- **NOM-015-SSA3-2012.** Para la atención integral a personas con discapacidad, publicada el 14-09-2012.
- **NOM-017-SSA2-2012.** Para la vigilancia epidemiológica, publicada el 19 de febrero 2013.
- **NOM-037-SSA2-2012.** Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias, publicada el 13-07- 2012.
- **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
- **NOM-030-SSA3-2013,** que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud. Publicada el 12-09-2013
- **NOM-011-SSA3-2014.** Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través cuidados paliativos
- **NOM-008-SSA3-2017.** Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, publicada el 18-05-2018.

III. Origen de los recursos para la instrumentación del programa

La totalidad de las acciones que se consideran en este programa, incluyendo aquellas correspondientes a sus Objetivos prioritarios, Estrategias prioritarias y Acciones puntuales, así como las labores de coordinación interinstitucional para la instrumentación u operación de dichas acciones, y el seguimiento y reporte de las mismas, se realizarán con cargo al presupuesto autorizado de los ejecutores de gasto participantes en el programa, mientras éste tenga vigencia.” (p. 19, Guía, 2019)

IV. Análisis del estado actual

i. Antecedentes

Para el diseño de políticas públicas se debe de hacer diferentes análisis ya que el comportamiento de la población por edad tiene implicaciones importantes sobre las demandas y ofertas económicas y sociales, en las distintas etapas del ciclo de vida. (Huenchuan, S)

En el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud 2015 de la OMS (Organización Mundial de la Salud), se refiere que por primera vez en la historia, la mayoría de las personas puede aspirar a vivir más allá de los 60 años. De acuerdo con el nivel de

ingresos de los países, se pueden establecer las diferentes causas: en los países de ingresos bajos y medianos, se debe principalmente a la reducción de la mortalidad en las primeras etapas de la vida (la infancia y el nacimiento), también a la reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas. En los países de ingresos altos, se debe al aumento sostenido de la esperanza de vida, situación que se debe, sobre todo al descenso de la mortalidad entre las personas mayores (OMS). En 2019, la esperanza de vida al nacer en México era de 75.1 años, siendo mayor entre las mujeres. Para 2050 se espera que sea de 79.6 años.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) refiere que el año 2037 marcará un hito en la región, ya que registrará una proporción creciente de personas mayores que superará a la de los menores de 15 años, etapa a partir de la cual el proceso de envejecimiento se convertirá en el fenómeno demográfico preponderante.

Es importante considerar que los efectos del envejecimiento se extienden prácticamente a todas las esferas de la vida. La Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE 1999-2000), brindó importantes datos sobre las condiciones de salud y las limitaciones funcionales de las personas de 60 años o más. (Peláez, M)

ii. Justificación

En México, en 2016, se documentó sobre la autopercepción de la salud, ya que se considera que es un indicador útil para medir el nivel de salud de la población, dado que contiene elementos sociales y culturales que influyen en las condiciones físicas y mentales de las personas mayores; se reportó que cuatro de cada diez hombres y tres de cada diez mujeres de 60 años o más, refirieron tener un estado de salud bueno/muy bueno/excelente. En 2012, 18.9% de las mujeres y 13.4% de los hombres consideraron que su estado de salud era malo. Con lo anterior, se demostró que existe una relación entre la mala salud y las condiciones sociales y de salud. (4)

La realidad actual del cambio demográfico implicará que quien hoy cumple 60 años en México, espera vivir, en promedio, 21.3 años más. En 2019, la población de 60 años y más, representó el 11.0% de la población total, acentuándose más para 2050, ya que será de 22.5%.

iii. Planteamiento del problema

Con relación a la salud de las personas mayores (PM), aún encontramos la coexistencia de enfermedades infectocontagiosas, con crónico degenerativas. También se reporta que las enfermedades crónicas, los síndromes geriátricos tales como las caídas, la polifarmacia y los déficits neurosensoriales, son altamente prevalentes en las PM.

De acuerdo con la ENSANUT 2018-19, los padecimientos crónicos más prevalentes en las PM fueron hipertensión arterial (42.4%), hipercolesterolemia (25.5%), diabetes (25.1%) e hipertrigliceridemia (21.4%). Al mismo tiempo, la obesidad abdominal fue 87.7%, y 16.7% de baja masa muscular en este grupo etario.

Las limitaciones en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se incrementan conforme aumenta la edad. Además de las enfermedades crónicas que causan discapacidad, los síndromes geriátricos son la representación más frecuente de las enfermedades en la PM, las cuales se deben a situaciones multifactoriales propias de la PM y son causa de la disfuncionalidad de este grupo poblacional.

Dentro de los Síndromes geriátricos, se encuentran los siguientes:

- Depresión, es el trastorno del estado del ánimo más común en la PM. Sus manifestaciones clínicas y complicaciones potenciales van más allá de la esfera de la salud mental, impactando en la salud general, la funcionalidad, el desempeño familiar y social. La prevalencia de depresión en mayores de 65 años y pacientes hospitalizados es alrededor del 40%; en residencias del 30% y, del 8-15% en quienes viven en la comunidad. Se considera que entre el 8 y 16% de las PM, en algún momento de la vida presentan sintomatología depresiva clínicamente significativa, y de acuerdo con la OMS, representa un 5.7% de los años vividos con una discapacidad de las PM, por lo tanto, este tipo de padecimiento requiere una atención integral centrada en la PM.
- Deterioro cognitivo: se manifiesta como una creciente falta de memoria, atención y capacidad para resolver problemas. Aunque no se conoce la causa exacta, puede estar relacionado con el envejecimiento del cerebro, con patologías físicas (p. ej., enfermedad de Alzheimer o enfermedades cardiovasculares como hipertensión y accidente cerebrovascular), o incluso con factores ambientales como el sedentarismo, el aislamiento social y el nivel de escolaridad bajo. El deterioro cognitivo se convierte en un problema especialmente importante cuando afecta la capacidad de la persona de desenvolverse con normalidad en su entorno, muchas personas mayores llegan a un punto en que ya no pueden realizar las tareas básicas necesarias para la vida diaria sin la ayuda de otros.
- Caídas: en México se considera que el 65% de las PM que viven en comunidad sufren caídas, además de ser el motivo de institucionalización en un 39%; los accidentes dentro y fuera del domicilio son la sexta causa de morbilidad en mayores de 65 años y la quinta causa de muerte en las PM.
- Incontinencia urinaria: es la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, que es objetivamente demostrable y cuya cantidad o frecuencia constituye un

problema higiénico, social y de salud. Es un síndrome común en la etapa de la vejez, su etiología obedece a múltiples factores que coinciden en las PM, sin embargo, a pesar de ser común en este grupo etario, no debe ser tomada como una situación normal ya que es causa de aislamiento, depresión e incluso alteraciones de memoria.

- Osteoporosis (OP): es la disminución de la densidad de masa ósea, volviendo porosos los huesos, lo que aumenta el número y el tamaño de las cavidades o celdillas que existen en su interior, convirtiéndolos en frágiles, sin resistencia a los golpes y con mayor facilidad para romperse. Una importante asociación en el envejecimiento, es el aumento de la incidencia de OP y las fracturas, ya que a partir de los 30 a 40 años de edad, se inicia una disminución gradual de la masa ósea.

De acuerdo con la ENSANUT 2018-19, la prevalencia de fragilidad observada es 10.6%, cifra que es menor a las que han sido reportadas en otros estudios que han utilizado el enfoque de acumulación de déficits. Respecto a los síntomas depresivos, la prevalencia observada en este estudio muestra un ligero incremento de 5% con respecto a la ENSANUT 2012.

En relación con la multimorbilidad, estudios con PM en México han reportado prevalencias que van de 34.5 a 59.4%, por lo que el porcentaje observado en este estudio (55.6%) confirma que uno de cada dos PM padece multimorbilidad. Asimismo, según la ENSANUT 2018-19, las PM de más edad, mujeres y residentes de áreas rurales presentaron las mayores proporciones de individuos frágiles, con síntomas depresivos, multimorbilidad y limitaciones funcionales.

Todos estos padecimientos requieren de una atención centrada en la persona, al mismo tiempo que integral, para las personas mayores. Por otro lado, cuando las PM presentan algún tipo de disfuncionalidad y/o discapacidad, requieren para poder realizar sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, el apoyo de una cuidadora o cuidador primario, mismo que requiere de capacitación y actualización periódica. Para brindar la atención integral, centrada en la persona, se requiere capacitar a los cuidadores, los cuales en su mayoría son mujeres y no tienen los conocimientos para la atención de este grupo poblacional, motivo por el cual es necesario dar atención a los cuidadores primarios. Una de cada cuatro personas mayores necesita algún tipo apoyo o una serie de cuidados dentro del hogar. Se reporta que por cada 10 PM que necesitan cuidados, sólo 4 los reciben.

Otro de los grandes problemas para las PM es la discriminación por motivo de edad “Edadísmo”, la cual puede ser realizada por cualquier persona de la sociedad, e incluso por los propios familiares. Para combatir la discriminación por edad, se debe difundir cuáles son los derechos de las PM a la población en general, al equipo de salud, a los funcionarios y a las mismas PM.

Prevalece el estereotipo de las personas mayores como sujetos con pobre capacidad física y mental, fácilmente irritables, pueriles e improductivos. En América Latina y el Caribe, sólo el 40% de las personas mayores cuenta con una pensión, existiendo una diferencia significativa entre género, ya que el 11% de los hombres y el 25% de las mujeres mayores no tienen ingresos propios. Se reporta también que el nivel de escolaridad es inferior que el de la población general, y las tasas de analfabetismo son muy altas. (Peláez, M)

En México, de acuerdo con la ENSANUT 2018-19, el 45.6% de PM no tuvo educación formal o tiene primaria incompleta, 58.9% es casado/a o vive en unión libre y 25.2% es viudo/a. El 8.4% se considera indígena, y 31.3% tiene un empleo remunerado; aunque 53.5% no cuenta con una pensión, sólo 13.3% no tiene cobertura de seguro médico, y 12.9% vive solo.

iv. Principios Rectores del PND en el PAE

Para dar atención a toda la problemática descrita, y que puede llegar a tener la PM, se tiene una fragmentada respuesta del sistema de salud y una insuficiente infraestructura. Una de cada cinco hospitalizaciones de personas entre los 60 y 74 años es potencialmente evitable mediante acciones preventivas y de atención primaria. Del total de egresos hospitalarios en el ISSSTE, el 29.9% (110,847) corresponde a población de 60 años y más y en el IMSS, corresponde al 21.7 % (412,288) siendo las instituciones con mayor demanda para este grupo etario, motivo por el cual es necesario hacer partícipes a las demás instituciones para la coordinación de las acciones y una Atención Primaria a la Salud Integrada (APS-I).

Por lo descrito anteriormente el panorama demográfico de los países en todo el mundo se ha visto alterado, lo que lleva a replantear las acciones de salud pública bajo las nuevas circunstancias: ¿de qué manera se va a financiar la atención de las personas mayores?, ¿cómo se brindará la atención? y también, ¿cuál será nuestra actitud ante el envejecimiento?

John Beard, director del Departamento de Envejecimiento y ciclo de vida de la OMS, señala que “Queremos prolongar la vida en su tramo medio, no solo al final. Y eso significa mantener a las personas sanas durante el mayor tiempo posible, y darles la oportunidad de hacer las cosas que deseen hacer y que la sociedad necesita." (OMS)

Es importante aclarar que los objetivos y estrategias de este PAE (Programa de Acción Específico en Atención del Envejecimiento, 2019-2024) están diseñados para la población en general (personas mayores) y que no se tiene contemplada una desagregación específica según sexo, ruralidad, nivel socioeconómico u otros, para las estrategias y acciones. Sin embargo, debido a la ubicación geográfica de las unidades de salud (rural y urbana), y al tipo de población que demanda (hombres y mujeres), sabemos que estas acciones se ofrecen de manera equitativa. A manera de

comentario, efectivamente, nuestro enfoque en el diseño del PAE contempla a la población de AM en general.

Dentro de este Programa de Acción Específico en Atención del Envejecimiento (2019-2024) se incluyen los siguientes principios rectores del Plan Nacional de Desarrollo (2019-2024):

Principio rector 2: *No al gobierno rico con pueblo pobre*.

- A través del compromiso de emplear los recursos otorgados al programa de acción específico para cumplir con las obligaciones que como instituciones del Estado hemos adquirido ante las personas mayores que residen en México.

Principio rector 6: *Por el bien de todos, primero los pobres*.

- A través del compromiso de garantizar el alcance y cobertura dentro de la puesta en marcha del plan de acción específico de las necesidades de las personas mayores en situación de pobreza.

Principio rector 7: *No dejar a nadie atrás, no dejar a nadie fuera*.

- A través del compromiso de contribuir a la salvaguarda de la dignidad de las personas mayores; rechazando cualquier forma de discriminación por edad, y teniendo en cuenta el respeto de este grupo poblacional independientemente del género, características físicas, étnicas, posición social, escolaridad, religión, idioma, cultura, lugar de origen, migrante, preferencia política e ideológica, identidad de género, orientación y preferencia sexual.

v. Contribución del PAE al nuevo modelo de desarrollo

Además, este programa específico contribuirá al nuevo modelo de desarrollo basado en el bienestar de las personas que plantea la presente administración, a través de los subtemas contenidos en el Eje 2 “Política Social”:

Salud para toda la población y el *Instituto Nacional de Salud para el Bienestar*. A través del compromiso de contribuir con las acciones necesarias para que hacia 2024 todas las personas mayores de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos; así como cuidados de largo plazo adecuados para quienes lo necesiten.

vi. Proyectos o programas prioritarios vinculados al PAE

El programa prioritario que se encuentra vinculado con el Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento (2019-2024) es:

1. **El Programa para el Bienestar de las Personas Mayores** da un apoyo universal a mujeres y hombres de más de 68 años en todo el país. La mayor parte de ellos se encuentra en pobreza y sin acceso a un sistema de protección social que les garantice una vejez digna y plena. Según datos oficiales solo 23 por ciento de las mujeres y 40 por ciento de los hombres tienen acceso a una pensión contributiva. Sin embargo, lo más grave es que 26 por ciento de las personas mayores no tienen ni pensión contributiva ni apoyo de programas sociales. El apoyo económico se entrega de manera directa sin intermediarios- mediante el uso de una tarjeta bancaria. En las comunidades indígenas del país, la edad mínima para inscribirse en el programa es de 65 años. Lo mismo ocurre en el caso de personas mayores de 65 años que se hayan inscrito en el Padrón de derechohabientes del programa Pensión para Adultos Mayores activos a diciembre de 2018. Para 2019 el monto del apoyo económico es de mil 275 pesos mensuales y se entrega en forma bimestral mediante depósito directo en tarjeta bancaria.

vi. Cambios esperados

Con la puesta en marcha del Programa se contribuirá a mejorar el bienestar de las personas mayores a través de la implementación de una atención integral centrada en la persona, lo que propiciará un aumento de su calidad de vida. Para ello, se tomará como punto de partida el respeto a los derechos de las personas mayores como miembros de la sociedad y se elaborarán planes de atención en salud individualizados, que contemplen no sólo las necesidades específicas de cada persona mayor; sino que estas necesidades pueden ser cambiantes, fundamentalmente en el caso de las personas mayores que estén en situación de fragilidad, dependencia funcional o algún grado de deterioro cognitivo.

V. Alineación con el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y Programa Sectorial de Salud 2020-2024

De igual manera, este programa de acción específico en atención al envejecimiento se vincula a cuatro de los cinco objetivos prioritarios propuestos en el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2019-2024:

Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento (PAE), 2019-2024

Programa Sectorial de Salud (PROSESA), 2019-2024

Tabla 1. Vinculación entre un programa específico a cargo de una entidad sectorizada y el correspondiente programa sectorial

Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento (PAE), 2019-2024	Programa Sectorial de Salud (PROSESA), 2019-2024
Objetivo prioritario 1. Mejorar el acceso y la calidad de la atención a las personas mayores en el Sistema de Salud.	Objetivo prioritario 1. Garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito a los servicios de salud, para las personas no afiliadas al IMSS o al ISSSTE, en especial a grupos en situación de vulnerabilidad marginación o discriminación. Objetivo prioritario 2. Mejorar la organización y los procesos de sistema nacional de salud para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que priorice a los grupos históricamente discriminados, en desventaja en el ejercicio de sus derechos o en territorios con alta marginación.
Objetivo prioritario 2. Disminuir la discriminación y el maltrato contra las personas mayores.	Objetivo prioritario 3. Garantizar a la población servicios de salud y asistencia social con capacidad técnica, habilidad profesional y calidad médica bajo los principios de pertinencia cultural y trato no discriminatorio.
Objetivo prioritario 3. Mejorar el bienestar de las personas mayores a través de un sistema de cuidados de largo plazo para las personas mayores con dependencia funcional.	Objetivo prioritario 5. Fomentar condiciones que procuren la calidad de vida de la población bajo un enfoque integral, a partir de la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud, así como el tratamiento y control de las enfermedades, especialmente los de mayor impacto en la población.

Contribución del Programa de Acción Específico en Atención al Envejecimiento al bienestar de las personas mayores.

Se propone mejorar la capacidad técnico-médica geriátrica, optimizando el equipamiento de las unidades médicas, lo cual incrementará la capacidad resolutiva en la atención de primer nivel de las personas mayores. De igual manera, se garantizará la accesibilidad de las personas mayores a las áreas asistenciales, promoviendo el acceso físico a ellas, ampliando la cobertura y adecuando los servicios que se ofrecen según las necesidades específicas de este segmento de la población. También se crearán equipos multidisciplinarios que brindarán atención integral a las personas mayores.

De igual manera, la incorporación de estratos por tipo de riesgo de las personas mayores permitirá ofrecer una mejor atención médica en cada uno de los tres niveles. Para ello se establecerá una herramienta única de tamizaje geriátrico; la implementación de vías clínicas y protocolos de atención para homologar los procedimientos en la atención a las personas mayores y se realizará una evaluación geriátrica integral que conduzca a un adecuado y efectivo plan de cuidados de acuerdo al nivel de riesgo.

También, la mejora en la atención a las personas mayores se logrará a través de la capacitación basada en el desarrollo de estándares de competencia que se brindará al personal de salud en todas las instituciones del Sector Salud y en el Social.

Para lograr dicho objetivo, se realizarán procesos de evaluación y certificación del personal profesional y se les capacitará respecto a la optimización del tratamiento farmacológico en áreas médicas de las instituciones del Sector Salud y en el Social; también enfocados en la población en general.

Con este programa de acción específico también se trabajará por el logro de la optimización del sistema de referencia y contrarreferencia para garantizar la retroalimentación entre los tres niveles de atención; lo cual será posible mediante el desarrollo de criterios de referencia y contrarreferencia homologados en el Sector Salud que contengan datos clínicos mínimos uniformes aplicables a las personas mayores.

Vinculado a lo anterior, con la implementación de este programa, se desarrollará un sistema de información para las personas mayores que permita obtener datos específicos sobre el estado de su salud. Para ello se definirán, generarán y actualizarán indicadores específicos para el diagnóstico y monitoreo de los problemas de salud y se desarrollará un mecanismo para la evaluación y seguimiento.

Este sistema de información será mejorado a partir de encuestas, expedientes clínicos y sistemas de información sectoriales que incluyan la información sensible y relevante para implementar un instrumento único de registro de actividades sobre el estado de salud de las personas mayores en México.

Por otro lado, este programa de acción específico se propone generar bienestar a este grupo poblacional mediante la disminución de la discriminación y el maltrato hacia ellos. Se fortalecerán las campañas de comunicación contra éstos problemas, las cuales serán sectoriales para sensibilizar a la población general en cuanto a los estereotipos, los prejuicios y la discriminación. De igual manera, se instituirán establecimientos amigables con las personas mayores. La implementación del programa ayudará a la inclusión de los adultos mayores en las actividades sociales y laborales que buscan potencializar su calidad de vida y funcionalidad.

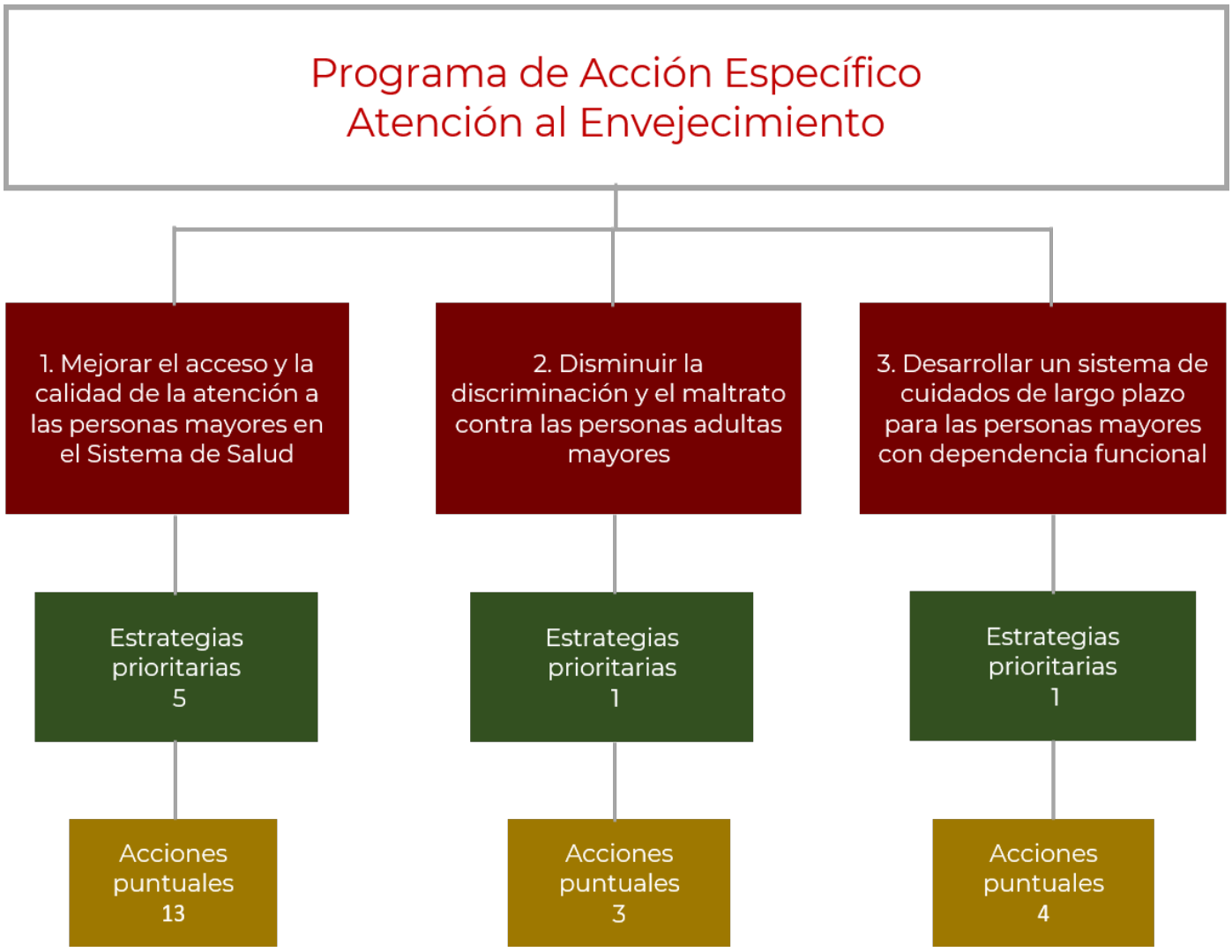
Por último, se propone un sistema de cuidados de largo plazo para las personas mayores con dependencia funcional y programas de prevención. Para ello, se tomará como punto de partida el desarrollo de una estrategia para la creación del marco legal regulatorio y estándares de calidad por los cuales deberá guiarse un Sistema Nacional de Cuidados de Largo Plazo. Asimismo, se establecerán los procesos de formación de cuidadores formales e informales para brindar cuidados.

A continuación se presenta una breve descripción de la situación actual de las tres problemáticas más relevantes que atiende el presente Plan de Acción Específico en Atención al Envejecimiento.

VI. Objetivo general

Mejorar el acceso y la calidad en la atención a las personas mayores en el Sistema de Salud, disminuir la discriminación y el maltrato, así como mejorar el bienestar a través de un sistema de cuidados de largo plazo para las personas mayores con dependencia funcional

VII. Esquema Objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales



VIII. Objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntual

Objetivo Prioritario 1: Acceso y calidad en la atención en salud

Mejorar el acceso y la calidad en la atención a las personas mayores en el Sistema de Salud.

Relevancia del Objetivo Prioritario 1

En México, una de las respuestas institucionales a la transición demográfica está relacionada al incremento de la cobertura de los servicios de salud a través de las instituciones que prestan estos servicios. Sin embargo, factores como el crecimiento de la esperanza de vida y la significativa prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles hacen que aumente la demanda de los servicios de salud, fundamentalmente en las personas mayores. Estos elementos traen a relieve dos cuestiones importantes: el nivel de cobertura de los servicios de salud y la tendencia creciente en la utilización de estos servicios.

Según la ENASEM 2015, del total de personas mayores mexicanas, el 90.1% está afiliada a algún tipo de institución de salud y seguridad social. De ellos, el 43.7% son hombres y el 56.3% son mujeres. Del porcentaje que no tiene ninguna afiliación, el 91.8% son hombres, y el 8.2% restante son mujeres. Al hacer el análisis por tipo de institución, se puede apreciar que el 42.2% de las personas mayores está afiliada al IMSS; el 36.7% tiene afiliación al Seguro Popular; el 14.4% está afiliada al ISSSTE; el 3.3% está afiliado a una institución privada; el 2.3% está afiliado a PEMEX, Defensa o Marina; mientras que hay un 1.1% de personas mayores afiliadas a otro tipo de seguro. En ese sentido, se puede afirmar que uno de los esfuerzos dentro de la política pública en salud de México es la ampliación de la cobertura en salud y seguridad social, para reducir el porcentaje de personas mayores que no cuentan con ella.

También es importante destacar que la atención a la salud de las personas mayores demandará mayor cantidad de servicios en el primer nivel de atención para prevenir riesgos y reducir la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales no solamente son la primera causa de muerte sino que también son las principales responsables de la discapacidad en este grupo poblacional.

Como se mencionó anteriormente, existe la necesidad de capacitar al personal de salud en tópicos relativos a geriatría y gerontología; así como elevar la cantidad de profesionales formados en estas especialidades y otras afines. A pesar de que el crecimiento del número de personas mayores, y el incremento de la esperanza de vida, son dos fenómenos que impactan a la mayoría de los países, principalmente a aquellos

en desarrollo, todavía falta mucho por hacer en materia de formación de personal capacitado en temas de envejecimiento y calidad de vida de las personas mayores.

En el caso de México, en el año 2019, según el Consejo Mexicano de Geriatría, solamente hay 615 geriatras certificados en el país; lo cual representa una relación de 14,205 personas mayores por geriatra. Esta relación es insuficiente para atender la creciente demanda.

Por otro lado, la tasa de utilización de los servicios de salud de las personas mayores mexicanas es del 11.4%; esta es la más alta de todos los grupos de edad del país. Igualmente, en este grupo de edad se destaca que son las mujeres las que tienen una tasa de utilización de los servicios en salud mayor que los hombres (60% y 40%, respectivamente).

Como se mencionó en el Análisis del Estado Actual, uno de los factores a considerar dentro de la utilización de los servicios de salud de las personas mayores es la de atención hospitalaria.

Otro de los elementos que eleva la necesidad de utilizar los servicios médicos es el deterioro del estado de salud de las personas mayores, caracterizado por la coexistencia de enfermedades no transmisibles y transmisibles, así como la desnutrición. La diabetes mellitus fue responsable del 12,5% de la carga total de la enfermedad, con casi dos tercios asociados a los años de vida perdidos (AVP) y el resto correspondiente a discapacidad (AVD). De las 10 causas principales de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) en la población mayor de México, 7 afecciones están relacionadas con la edad: diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad renal crónica, enfermedades de los órganos sensoriales, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, enfermedades cerebrovasculares y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Parra-Rodríguez, 2019).

El principal peso de la carga de morbilidad en las personas mayores en México se debe a la mortalidad prematura, lo que implica un número considerable de muertes evitables y subraya la necesidad de un mejor desempeño del sistema de salud en términos de prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento efectivo y rehabilitación en enfermedades no transmisibles (ENT). Sin embargo, también existe una carga importante de las causas no letales de discapacidad, que requieren el desarrollo de un sistema de atención a largo plazo eficaz y sostenible junto con las medidas preventivas apropiadas para reducir tal carga en las futuras generaciones de personas mayores.

Por otro lado, al analizar el acceso a los servicios de salud se aprecia que existen marcadas diferencias por tipo de territorio. En las zonas rurales el 66.2% de las personas mayores usuarias de los servicios de salud no tienen afiliación a alguna institución de seguridad social; mientras que, en las zonas urbanas, el 30.4% las personas mayores usuaria de los servicios de salud no cuentan con ninguna afiliación (Góméz-Dantés, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk J., 2018). Estos resultados evidencian la

necesidad de reducir la brecha entre accesibilidad a los servicios de salud entre las zonas urbanas y las rurales.

De igual manera comentado con anterioridad, uno de los elementos que limitan el acceso de las personas mayores a los servicios de salud es el gasto de bolsillo. Este tipo de gasto es uno de los más importantes componen el monto de los gastos en salud y representa, a nivel nacional, un gasto anual de $34 891, 041, 017.00 pesos mexicanos. Este gasto es asumido por las personas mayores o su familia, aun cuando la persona esté afiliada a alguna institución de salud y seguridad social.

En cuanto a la información sobre el estado de salud de las personas mayores en México es necesario y urgente contar con información relativa a la capacidad funcional; las discapacidades; la dependencia funcional; la carga de la enfermedad; la multimorbilidad; entre otros. Contar con un instrumento único de registro del estado de salud de las personas mayores permitirá la creación de diagnósticos compartidos entre las instituciones, tanto del sector salud, como del sector bienestar, que permitan respuestas efectivas a los problemas de salud de las mismas. También propiciará mejorías en la cooperación interinstitucional, tanto en el plano nacional como en el internacional.

Los principales cambios esperados con el logro de este objetivo se verán materializados en la mejora de:

- La capacidad resolutiva en atención a la salud de las personas mayores.
- La atención en cada nivel a través de la estratificación por tipo de riesgo de la población adulta mayor.
- Los servicios médicos a las personas mayoras a través del incremento de personas capacitadas con estándares de competencia.
- La retroalimentación entre los tres niveles de atención a través del uso óptimo del sistema de referencia y contrarreferencia.

Un sistema de información con datos específicos sobre el estado de salud de las personas mayores.

Descripción del Problema Público 1

Tema: Los servicios de atención en salud para las personas mayores mexicanas.

Problema público o área de oportunidad: Acceso insuficiente y baja calidad en la atención a las personas mayores en el Sistema de Salud.

Causas:

1. Existe una baja capacidad técnico-médica y recursos humanos insuficientes.
2. Existe una insuficiente comunicación y retroalimentación entre los tres niveles de atención.

3. Inapropiada prescripción de medicamentos en cuanto a cantidad, tipo y combinaciones.
4. Ausencia de vías clínicas para una valoración geriátrica oportuna y efectiva.
5. Ausencia de indicadores específicos sobre problemas de salud de las personas mayores.

Efectos:

1. Baja capacidad resolutiva de la atención primaria.
2. Deficiente sistema de referencia y contrarreferencia entre los tres niveles de atención.
3. Prescripción farmacológica inapropiada, que resulta en efectos adversos e interacciones potencialmente peligrosas para la salud de las personas mayores.
4. Valoración clínica convencional que resulta inapropiada ante las necesidades de la persona mayor, consume un exceso de tiempo y genera saturación de los servicios de salud.
5. Dificultades para tener información sobre el estado de salud de las personas mayores en México desagregado por grupo de edad, sexo, tipo de localidad, enfermedades, entre otros.

Estrategias prioritarias y acciones puntuales

Las acciones puntuales para este objetivo prioritario se han programado de manera anual, y están planeadas hasta el año 2024.

1.1 Capacidad resolutiva en atención a la salud

Mejorar la capacidad resolutiva en atención a la salud para satisfacer la demanda creciente de los servicios médicos de las personas mayores.

1.1.1 Elevar la calidad técnico-médica geriátrica a través de la educación médica continua.

1.1.2 Optimizar la utilización de los recursos físicos y técnicos por tipo de unidad de salud para incrementar la capacidad resolutiva en atención a la salud de las personas mayores.

1.1.3 Garantizar la accesibilidad de las personas mayores a las áreas asistenciales mediante el acceso físico efectivo, la cobertura universal y la adecuación de los servicios a las necesidades de este grupo poblacional.

1.1.4 Otorgar atención integral a las personas mayores a través de la integración y operación de equipos multidisciplinarios

1.2 Estratificación por tipo de riesgo.

Incorporar la estratificación por tipo de riesgo en la población de personas mayores para brindarles una mejor atención de salud en el nivel correspondiente.

1.2.1 Establecer una herramienta única de tamizaje geriátrico en el primer punto de contacto.

1.2.2 Realizar una evaluación geriátrica integral concreta que conduzca a un plan de cuidados de acuerdo al nivel de atención.

2.1 Estándares de competencia.

Capacitar al personal de salud con estándares de competencia para mejorar los servicios médicos a las personas mayores en cada nivel de atención.

1.3.1 Fomentar el uso de estándares de competencia en todas las instituciones del Sector Salud y en el Social.

1.3.2 Desarrollar estándares de competencia, procesos de evaluación y certificación del personal en los sectores Salud y Social, enfocados a profesionales y población general.

1.3.3 Capacitar al personal de dichos sectores sobre la optimización del tratamiento farmacológico en áreas médicas.

1.4 Sistema de referencia y contrarreferencia.

Optimizar el sistema de referencia y contrarreferencia para garantizar la retroalimentación entre los tres niveles de atención.

1.4.1 Desarrollar criterios de referencia y contrarreferencia homologados en el Sector Salud que contengan datos clínicos mínimos uniformes aplicables a las personas mayores.

1.5 Sistema de información para personas mayores

Desarrollar un sistema de información para las personas mayores que permita obtener datos específicos sobre el estado de su salud.

1.5.1 Definir, generar y actualizar indicadores específicos para el diagnóstico y monitoreo de los problemas de salud.

1.5.2 Desarrollar un mecanismo para la evaluación y seguimiento de los problemas de salud.

1.5.3 Mejorar los sistemas de información a partir de encuestas, expedientes clínicos, y sistemas de información sectoriales.

1.5.4 Implementar un instrumento único de registro de actividades sobre el estado actual de salud.

1.5.5 Establecer acuerdos de colaboración interinstitucional e intersectorial para la generación de información sobre el estado de salud.

Relevancia del Objetivo Prioritario 2

En México la discriminación por motivos de edad es un problema que sigue presente a pesar de algunos avances en política pública que ha tenido el país.

La Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS, 2017) encontró que 16.1% de la población mayor percibió haber sido discriminada en el último año, 24.8% considera que en los últimos cinco años se le negó injustificadamente algún derecho, principalmente, el de recibir apoyos de programas sociales y la atención médica o medicamentos; 44.9% considera que sus derechos se respetan poco o nada.

Los dos principales problemas que tienen las personas mayores son: pensión insuficiente para cubrir necesidades básicas (28.5%) y falta de oportunidades para encontrar trabajo (22.5%). En este sentido, se encontró que 37.0% de las personas mayores dependen económicamente de sus hijos e hijas.

En cuanto al maltrato de personas mayores los dos estudios realizados en la Ciudad de México en el año 2006 (Giraldo-Rodríguez y Rosas-Carrasco, 2013) y 2018, encontraron que la prevalencia del maltrato de personas mayores pasó de 10.3% a 19.6% en este periodo. Todos los tipos de maltrato presentaron incrementos a excepción del abuso sexual. Un estudio realizado a nivel nacional mostró que la cifra de maltrato se eleva hasta 32% en las personas mayores que tienen dependencia física permanente (Giraldo-Rodríguez, Rosas-Carrasco y Mino-León, 2015).

A nivel nacional la prevalencia del maltrato de mujeres mayores es de 17.3% (sin incluir la negligencia ni el abuso sexual). Siendo el más prevalente el maltrato psicológico (15.2%), seguido del económico o patrimonial (6.3%) y el físico (1.2%) (ENDIREH, 2016).

El incremento del maltrato de personas mayores en México tiene que ver con el envejecimiento poblacional, ya que la población de 60 y más años pasó de 920, 022 personas en 2006 a 1, 359, 211 personas en 2018 (CONAPO, 2018). Sin embargo, este incremento está asociado principalmente a la ausencia de políticas públicas, la falta de estrategias de divulgación de información y concientización sobre el tema, la escasa creación de servicios de apoyo para atender los casos de maltrato y abandono de personas mayores y en general a la falta de atención a las necesidades de la población adulta mayor, en donde el tema del maltrato y de la discriminación ha sido ignorado en las agendas de gobierno.

Los resultados esperados son una marcada reducción de la discriminación y el maltrato a las personas mayores; a través de la concientización y sensibilización sobre las necesidades de este grupo de la población y a través de las acciones de prevención. Lo anterior impactará positivamente en la calidad de vida de las personas mayores, al tener un entorno inclusivo para desarrollar sus actividades sociales, y en el que, a su vez, se respete y garantice la satisfacción de sus necesidades individuales.

Descripción del Problema Público

Tema: Discriminación y maltrato en las personas mayores.

Problema público o área de oportunidad: La discriminación y el maltrato hacia las personas mayores desde la perspectiva de salud y bienestar.

Causas

1. Falta de sensibilización y conocimiento sobre los problemas de salud que afectan a las personas mayores.
2. Estereotipos, normalización y tabúes en torno al envejecimiento y la vejez en los tres niveles de atención.

Efectos

1. Praxis inadecuada en la atención a los problemas de salud de las personas mayores.
2. Subvaloración y falta de atención a las necesidades de las personas mayores.
3.

Objetivo Prioritario 2: Discriminación y maltrato hacia las personas mayores.

Disminuir la discriminación y el maltrato contra las personas mayores.

Estrategias prioritarias y acciones puntuales

Las acciones puntuales para este objetivo prioritario se han programado de manera anual, y están planeadas hasta el año 2024.

2.1 Campañas de comunicación contra la discriminación por edad.

Fortalecer las campañas de comunicación contra la discriminación y maltrato por edad para prevenirlos.

2.1.1 Desarrollar campañas de concientización dirigidas al personal de salud para proporcionar atención sin discriminación por edad.
2.1.2 Emprender campañas sectoriales de comunicación para sensibilizar a la población general en cuanto a los estereotipos, prejuicios y discriminación que afectan a las personas mayores.
2.1.3 Instituir establecimientos de salud amigables con las personas mayores.

Metas y Parámetros del Objetivo Prioritario 2

no corresponde al programa

Relevancia del Objetivo Prioritario 3.

Un sector de la población de personas mayores en México presenta dificultades para realizar algunas de las actividades básicas de la vida diaria[1] (ABVD) y algunas de las actividades instrumentales de la vida diaria[2] (AIVD). Estas personas pueden presentar situación de dependencia funcional y necesitar cuidados de largo plazo.
Las personas mayores con dependencia funcional representan el 14.3% del total de ese grupo poblacional. De ellos, el 50.1% tiene dependencia funcional leve y el restante 49.9% tiene dependencia funcional grave. En la medida en que se incrementa la edad, se incrementa el porcentaje de individuos con dependencia grave, siendo las mujeres, en los grupos de edad más avanzados, las de mayor dependencia. En el caso de los hombres, hay un decremento importante en el grupo de 90+ asociado a la sobrevivencia de personas en mejores condiciones de salud. (ENASEM, 2015)

En el caso de las personas mayores mexicanas con dependencia funcional leve, solamente el 29.5% recibe cuidados; mientras que, en el caso de las personas mayores con dependencia funcional grave solamente el 52.3% recibe cuidados. La demanda de cuidados aumenta con la edad y se acentúa en mayor medida si se tiene dependencia grave.

Es importante señalar que las personas mayores con dependencia funcional y sus familias incurren en diversos gastos en salud, según el tipo de servicio médico o alternativo que utilicen para satisfacer sus necesidades de atención. El monto más elevado es el de las medicinas -elemento asociado a la polifarmacia, entre otros factores- lo cual representa el 71.3% del gasto en salud de las personas mayores con dependencia funcional.

A nivel nacional, este gasto asciende a $24, 888, 682, 007.00 de pesos mexicanos anuales. Le siguen los gastos por hospitalizaciones, los cuales son del orden de los $6, 376, 989, 645.00 de pesos mexicanos anuales y representa el 18.3% del gasto en salud de las personas mayores con dependencia funcional. En el caso de las visitas médicas, éstas generan un costo de $2, 495,

[1] En ENASEM, las ABVD se representan en la capacidad para: caminar de un lado a otro de una habitación, bañarse, comer, acostarse/levantarse de la cama, y usar el excusado.
[2] En la ENASEM, las AIVD se representan en la capacidad para: preparar comida, hacer compras, tomar medicamentos y manejar su propio dinero.

683, 967.00 de pesos mexicanos anuales. Además, la presencia de multimorbillidad se asocia con un incremento en promedio del 13% en el gasto de bolsillo en salud. (Rivera, 2019)
Dado este contexto, es importante considerar la atención a las personas que tienen dependencia funcional mediante el otorgamiento de cuidados de largo plazo como parte de la agenda de gobierno. Además, se debe tomar en cuenta el papel de la familia en el cuidado y sus consecuencias, como la imposibilidad de algunos miembros del hogar de incorporarse al mercado laboral y/u otras actividades. Desde un punto de vista económico esto representa un costo de oportunidad tanto por la vía del ingreso de las familias, como por la vía del mercado laboral. Esto genera una reducción tanto por la vía del consumo como por la vía de la producción.

El desarrollar y promover una estrategia para la implementación de los cuidados de largo plazo para las personas mayores no sólo constituye un reto desde el punto de vista del marco legal regulatorio, estructuras de funcionamiento, fuentes de financiamiento y personal capacitado, sino que también implica un cambio necesario de paradigma.

Este cambio coloca al Sistema de Salud y Seguridad Social mexicanos en una posición proactiva, es decir, a trabajar para crear una solución al problema de la demanda creciente de cuidados de largo plazo para personas mayores.

Al implementar un sistema nacional de cuidados de largo plazo, las personas mayores experimentarán una mejora en el mantenimiento de su autonomía en ciertos aspectos y tendrán la posibilidad de continuar vinculados a su comunidad y las redes sociales comunitarias. También, el sistema impactará de manera positiva en la calidad de vida de las personas que hoy brindan cuidados informales debido al reconocimiento social de este tipo de actividad.

Descripción del Problema Público

Tema: Las personas mayores con necesidad de cuidados de largo plazo.

Problema público o área de oportunidad: Ausencia de un sistema nacional de cuidados de largo plazo para las personas mayores dependientes con necesidad de cuidados.

Causas

1. Incremento de la esperanza de vida y concomitancia de enfermedades crónicas no transmisibles.
2. Falta de vinculación del sector salud y el sector social.
3. Falta de capacitación tanto del personal de salud como de las personas que fungen como cuidadores formales e informales.

4. Considerar que el cuidado de las personas mayores es solo un problema de las familias y no un problema público.

Efectos

1. Incremento del número de personas con dependencia funcional que necesitan cuidados de largo plazo.
2. Inexistencia de un modelo de bienestar sistémico, coordinado y universal para otorgar cuidados de largo plazo a las personas mayores dependientes con necesidad de cuidados.
3. Inadecuada atención a las necesidades de las personas mayores dependientes por parte de profesionales y cuidadores formales e informales.
4. Familias rebasadas por los efectos adversos que generan la falta de conocimientos, capacitación, recursos y uso del tiempo; cuando se otorgan cuidados de largo plazo de manera inapropiada.

Objetivo Prioritario 3: Sistema de cuidados de largo plazo.

Mejorar el bienestar a través de un sistema de cuidados de largo plazo para las personas mayores con dependencia funcional.

Estrategias prioritarias y acciones puntuales

Las acciones puntuales para este objetivo prioritario se han programado de manera anual, y están planeadas hasta el año 2024.

3.1 Sistema de cuidados de largo plazo.

Diseñar y promover la implementación de un sistema de cuidados de largo plazo para las personas mayores con necesidad de cuidados.

3.1.1 Desarrollar la estrategia de un Sistema Nacional de Cuidados de Largo Plazo.

3.1.2 Desarrollar el marco legal regulatorio y estándares de calidad de un sistema nacional de cuidados de largo plazo.

3.1.3 Generar programas de prevención de la dependencia funcional que incluyan a todas las personas mayores en los diferentes modelos de atención.

3.1.4 Establecer los mecanismos de formación de cuidadores formales e informales para brindar atención.

IX. Indicadores, metas para el bienestar y parámetros Metas y Parámetros de los Objetivos Prioritarios 1. 2 y, 3, que se atenderán en el primer nivel de atención

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO.					
Nombre.	**1.1.1. Número de personal capacitados a nivel gerencial o directivo en las entidades federativas en atención a la persona mayor.**				
Objetivo prioritario.	1. Mejorar el acceso y la calidad de la atención a las personas mayores en el Sistema de Salud				
Definición o descripción.	Medir el número de personal capacitados a nivel gerencial o directivo en las entidades federativas en atención a la persona mayor.				
Nivel de desagregación.	• Entidad federativa: 32 entidades federativas, jurisdicciones y personal de gerontología.	Periodicidad o frecuencia de medición.	Anual.		
Tipo.	Estratégica.	Acumulado o periódico.	Acumulado.		
Unidad de medida.	Porcentaje.	Periodo de recolección de los datos.	Enero - Diciembre.		
Dimensión.	• Eficacia: mide el grado de cumplimiento de los Objetivos prioritarios.	Disponibilidad de la información.	Diciembre de cada año.		
Tendencia esperada.	Ascendente.	Unidad responsable de reportar el avance.	Programa de Atención al Envejecimiento-CENENTRA.		
Método de cálculo.	**Numerador:** Número de personal capacitados a nivel gerencial o directivo en las entidades federativas en atención a la persona mayor / **Denominador**: Total de personal de nivel gerencial o directivo programado para capacitar en las entidades federativas en atención a la persona mayor por 100.				
Observaciones.					
100.0					
Nombre variable 1.	Número de personal capacitados a nivel gerencial o directivo en las entidades federativas en atención a la persona mayor.	**Valor variable 1.**		**Fuente de información variable 1.**	Registrar la fuente de información: Reportes estatales enviados al Programa de Atención al Envejecimiento-CENENTRA.
Nombre variable 2.	Número de participantes programados.	**Valor variable 2.**		**Fuente de información variable 2.**	Programa de Atención al

					Envejecimiento estatal.
Sustitución en método de cálculo.	62.58				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS.						
Línea base.			**Nota sobre la línea base.**			
Valor.	N/D		En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la línea base.			
Año.	N/D					
Meta 2024.			Nota sobre la meta 2024.			
100%			En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la meta 2024.			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO Se deberán registrar los valores acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO.			
Nombre.	**1.1.2. Número de oficios de gestión que contribuyen a la gestión de equipamiento por tipo unidad en atención a las personas mayores**		
Objetivo prioritario.	1. Mejorar el acceso y la calidad de la atención a las personas mayores en el Sistema de Salud		
Definición o descripción.	Medir el número de oficios de gestión que contribuyen a la gestión de equipamiento por tipo unidad en atención a las personas mayores		
Nivel de desagregación.	• Entidad federativa: 32 entidades federativas, jurisdicciones y personal de gerontología.	Periodicidad o frecuencia de medición.	Anual
Tipo.	Estratégica.	Acumulado o periódico.	Acumulado.
Unidad de medida.	Porcentaje.	Periodo de recolección de los datos.	• Enero - Diciembre.
Dimensión.	• Eficacia: mide el grado de cumplimiento de los Objetivos prioritarios.	Disponibilidad de la información.	Diciembre de cada año.
Tendencia esperada.	Ascendente.	Unidad responsable de reportar el avance.	Programa de Atención al Envejecimiento-CENENTRA.
Método de cálculo.	**Numerador:** Número de oficios realizados que contribuyen a la gestión de equipamiento por tipo unidad en atención a las personas mayores / **Denominador**: Número de oficios de gestión programados que contribuyen a la gestión de equipamiento por tipo unidad en atención a las personas mayores; por 100.		
Observaciones.			
100.0			

Nombre variable 1.	Número de oficios de gestión que contribuyen a la gestión de equipamiento por tipo unidad en atención a las personas mayores	Valor variable 1.		Fuente de información variable 1.	Registrar la fuente de información: Reportes estatales enviados al Programa de Atención al Envejecimiento -CENENTRA.
Nombre variable 2.	Número de oficios programados	Valor variable 2.		Fuente de información variable 2.	Programa de Atención al Envejecimiento estatal.
Sustitución en método de cálculo.	62.58				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS.		
Línea base.		**Nota sobre la línea base.**
Valor.	N/D	En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la línea base.
Año.	N/D	
Meta 2024.		Nota sobre la meta 2024.
100%		En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la meta 2024.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO
Se deberán registrar los valores acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro.
Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO.			
Nombre.	**1.1.3 Índice de detección de riesgo de caídas en mujeres y hombres de 60 años y más.**		
Objetivo prioritario.	1. Mejorar el acceso y la calidad de la atención a las personas mayores en el Sistema de Salud		
Definición o descripción	Medir el porcentaje de mujeres y hombres de 60 años y más, a quienes se les realiza el detección de riesgo de caídas.		
Nivel de desagregación.	Mujeres y hombres de 60 años y más Niveles de desagregación: • Geográfica: Nacional, • Entidad federativa: 32 entidades federativas. • Sexo: Mujeres, Hombres • Identificación etnica: Indígena,	Periodicidad o frecuencia de medición.	Trimestral.
Tipo.	Estratégica.	Acumulado o periódico.	Periódica.

Unidad de medida.	Porcentaje.	Periodo de recolección de los datos.	• Marzo • Junio • Septiembre • Diciembre
Dimensión.	• Eficacia: mide el grado de cumplimiento de los Objetivos prioritarios.	Disponibilidad de la información.	Trimestral.
Tendencia esperada.	Ascendente.	Unidad responsable de reportar el avance.	Programa de Atención al Envejecimiento-CENENTRA.
Método de cálculo.	**Numerador:** Número de personas mayores que se les realiza detección para riesgo de caídas / **Denominador**: Población de 60 y más años sin derechohabiencia; por 100.		
Observaciones.			

30.0

Nombre variable 1.	Número de personas mayores a quienes se les realiza el detección para riesgo de caídas en el primer nivel de atención.	Valor variable 1.		Fuente de información variable 1.	Registrar la fuente de información: SINBA-SIS.
Nombre variable 2.	Número de personas mayores que acuden de primera vez a unidades de primer nivel de atención.	Valor variable 2.		Fuente de información variable 2.	Registrar la fuente de información: SINBA-SIS.
Sustitución en método de cálculo.	62.58				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS.		
Línea base.		**Nota sobre la línea base.**
Valor.	20%	En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la línea base.
Año.	2018	
Meta 2024.		Nota sobre la meta 2024.
≥30%		En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la meta 2024.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO
Se deberán registrar los valores acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro.
Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO.					
Nombre.	**1.1.4 Número de actividades de atención e intervención gerontológica a personas mayores.**				
Objetivo prioritario.	1. Mejorar el acceso y la calidad de la atención a las personas mayores en el Sistema de Salud				
Definición o descripción.	Medir las actividades de atención gerontológica o consultas a las personas adultas mayores y las intervenciones no farmacológicas realizadas por el licenciado en gerontología como son las pláticas de educación y promoción para la salud y talleres personalizados y grupales				
Nivel de desagregación	Personas mayores de las entidades federativas. Niveles de desagregación: • Geográfica: Nacional • Entidad federativa: 32 entidades federativas. • Sexo: Mujeres, Hombres • Identificación etnica: Indígena		Periodicidad o frecuencia de medición.	Trimestral.	
Tipo.	Estratégica.		Acumulado o periódico.	Acmulado.	
Unidad de medida.	Porcentaje.		Periodo de recolección de los datos.	• Marzo • Junio • Septiembre • Diciembre	
Dimensión.	• Eficacia: mide el grado de cumplimiento de los Objetivos prioritarios.		Disponibilidad de la información.	Marzo del próximo año	
Tendencia esperada.	Ascendente.		Unidad responsable de reportar el avance.	Programa de Atención al Envejecimiento-CENENTRA.	
Método de cálculo.	**Numerador:** Total de actividades de atención e intervención gerontológica / **Denominador**: Población de 60 y más años sin derechohabiencia sujeta a programa; por 50.				
Observaciones.					
100.0					
Nombre variable 1.	Número actividades realizadas en la atención e intervención gerontológica a personas mayores.	**Valor variable 1.**	5 Actividades por persona, que incluyen consulta de primera vez y subsecuente más 3 intervenciones gerontológicas	**Fuente de información variable 1.**	Reporte de las entidades federativas.
Nombre variable 2.	Personas sujetas a programa	**Valor variable 2.**	Población de 60 años y más	**Fuente de información variable 2.**	Reporte de las entidades federativas.
Sustitución en método de cálculo.					

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS.						
Línea base.				**Nota sobre la línea base.**		
Valor.	N/D			En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la línea base.		
Año.	N/D					
Meta 2024.				Nota sobre la meta 2024.		
90%				En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la meta 2024.		
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO Se deberán registrar los valores acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO.			
Nombre.	**1.2.1 Número de personas adultas mayores no asegurados con detecciones de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)**		
Objetivo prioritario.	1. Mejorar el acceso y la calidad de la atención a las personas mayores en el Sistema de Salud		
Definición o descripción.	Medir el número de personas adultas mayores no asegurados con detecciones de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)		
Nivel de desagregación	Mujeres y hombres de 60 años y más Niveles de desagregación: • Geográfica: Nacional • Entidad federativa: 32 entidades federativas. • Sexo: Mujeres, Hombres • Identificación etnica: Indígena	Periodicidad o frecuencia de medición.	Trimestral.
Tipo.	Estratégica.	Acumulado o periódico.	Periódica.
Unidad de medida.	Porcentaje.	Periodo de recolección de los datos.	• Marzo • Junio • Septiembre • Diciembre
Dimensión.	• Eficacia: mide el grado de cumplimiento de los Objetivos prioritarios.	Disponibilidad de la información.	Trimestral
Tendencia esperada.	Ascendente.	Unidad responsable de reportar el avance.	SECTORIAL.
Método de cálculo.	**Numerador:** Total de detecciones realizadas de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD / **Denominador**: Número de personas mayores que acuden de primera vez en el período en primer nivel de atención positivas al tamizaje; por 100.		

Observaciones.					
5.0					
Nombre variable 1.	Número total de detecciones realizadas de AIVD y de ABVD.	**Valor variable 1.**	Reporte	**Fuente de información variable 1.**	Reporta SINBA SIS-de consultas de primera vez de Adultos Mayores.
Nombre variable 2.	Número de personas mayores que acuden de primera vez en el periodo en primer nivel de atención.	**Valor variable 2.**	Reporte	**Fuente de información variable 2.**	Reporta SINBA SIS-de consultas de primera vez de Adultos Mayores.
Sustitución en método de cálculo.	62.58				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS.		
Línea base.		**Nota sobre la línea base.**
Valor.	N/D	En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la línea base.
Año.	N/D	
Meta 2024.		Nota sobre la meta 2024.
≥5%		En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la meta 2024.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO
Se deberán registrar los valores acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO.			
Nombre.	**1.2.2. Índice de tratamiento no farmacológico de alteraciones de la memoria de mujeres y hombres de 60 años y más.**		
Objetivo prioritario.	1. Mejorar el acceso y la calidad de la atención a las personas mayores en el Sistema de Salud		
Definición o descripción.	Medir el tratamiento no farmacológico de alteraciones de la memoria de mujeres y hombres de 60 años y más.		
Nivel de desagregación	Personas mayores de las entidades federativas. Niveles de desagregación: • Geográfica: Nacional • Entidad federativa: 32 entidades federativas. • Sexo: Mujeres, Hombres Identificación etnica: Indígena	Periodicidad o frecuencia de medición.	**Trimestral.**
Tipo.	Estratégica.	Acumulado o periódico.	**Acumulado.**

Unidad de medida.	Porcentaje.	Periodo de recolección de los datos.	• **Marzo** • **Junio** • **Septiembre** • **Diciembre**
Dimensión.	• Eficacia: mide el grado de cumplimiento de los Objetivos prioritarios.	Disponibilidad de la información.	**Marzo del próximo año**
Tendencia esperada.	Ascendente.	Unidad responsable de reportar el avance.	**SECTORIAL.**
Método de cálculo.	**Numerador:** Total de personas de 60 años y más a quienes se les da tratamiento no farmacológico de alteraciones de la memoria en primer nivel de atención / **Denominador**: Total de detecciones positivas de alteraciones de la memoria; por 100.		
Observaciones.			
5.0			

Nombre variable 1.	Número de personas mayores que se les da tratamiento no farmacológico para alteraciones de memoria en el primer nivel de atención.	**Valor variable 1.**	Reporte de Intervenciones gerontológicas	**Fuente de información variable 1.**	Reporte de las entidades federativas.
Nombre variable 2.	Número de personas mayores con detección positiva de alteraciones de memoria	**Valor variable 2.**	Reporte de positividad	**Fuente de información variable 2.**	Reporte de las entidades federativas.
Sustitución en método de cálculo.					

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS.		
Línea base.		**Nota sobre la línea base.**
Valor.	N/D	En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la línea base.
Año.	N/D	
Meta 2024.		Nota sobre la meta 2024.
40%		En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la meta 2024.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO
Se deberán registrar los valores acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro.
Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO.					
Nombre.	**1.3.1. Porcentaje de entidades federativas que realizan acciones de supervisión establecidas por el programa en la entidad federativa a traves de reuniomes y seguimiento de acuerdos.**				
Objetivo prioritario.	1. Mejorar el acceso y la calidad de la atención a las personas mayores en el Sistema de Salud				
Definición o descripción.	Número de supervisiones realizadas por la entidad federativa sobre el avance de las acciones establecidas en minuta por el programa a través de reuniones y seguimiento de acuerdos				
Nivel de desagregación	Entidades federativas. Niveles de desagregación: • Geográfica: Nacional • Entidad federativa: 32 entidades federativas.		Periodicidad o frecuencia de medición.	Anual	
Tipo.	Estratégica.		Acumulado o periódico.	Acumulado.	
Unidad de medida.	Supervisión		Periodo de recolección de los datos.	• Diciembre	
Dimensión.	• Eficacia: mide el grado de cumplimiento de los Objetivos prioritarios.		Disponibilidad de la información.	Marzo del año próximo.	
Tendencia esperada.	Ascendente.		Unidad responsable de reportar el avance.	Sectorial.	
Método de cálculo.	**Numerador:** Número de supervisiones realizadas por la entidad federativa sobre el avance de las acciones establecidas en minuta por el programa a través de 6 reuniones y seguimiento de acuerdos. **Denominador:** Número de supervisiones programadas por la entidad federativa sobre el avance de las acciones establecidas en minuta por el programa a través de 6 reuniones y seguimiento de acuerdos. Por 100				
Observaciones.					
90 %					
Nombre variable 1.	Numero de supervisiones en entidades federativas que cuenten con minutas y seguimiento de acuerdos	**Valor variable 1.**	90%	**Fuente de información variable 1.**	Minutas emitidas por las entidades federativas y el seguimiento de acuerdos.
Nombre variable 2.	número de supervisiones programadas en las entidades federativas.	**Valor variable 2.**	No de supervisiones programadas	**Fuente de información variable 2.**	Metas establecidas para el Programa Nacional.

Sustitución en método de cálculo	90%

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS.		
Línea base.		**Nota sobre la línea base.**
Valor.	N/A	
Año.	N/A	N/A
Meta 2024.		Nota sobre la meta 2024.
90%		N/A

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO
Se deberán registrar los valores acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO.			
Nombre.	**1.3.2. Índice detecciones de incontinencia urinaria en mujeres y hombres de 60 años y más.**		
Objetivo prioritario.	1. Mejorar el acceso y la calidad de la atención a las personas mayores en el Sistema de Salud		
Definición o descripción.	Es el porcentaje de mujeres y hombres de 60 años y más, a quienes se les detecta incontinencia urinaria.		
Nivel de desagregación	Mujeres y hombres de 60 años y más con diagnóstico de incontinencia urinaria. Niveles de desagregación: • Geográfica: Nacional • Entidad federativa: 32 entidades federativas. • Sexo: Mujeres, Hombres • Identificación etnica: Indígena	Periodicidad o frecuencia de medición.	Trimestral.
Tipo.	Estratégica.	Acumulado o periódico.	Periódica.
Unidad de medida.	Detección	Periodo de recolección de los datos.	• Marzo • Junio • Septiembre • Diciembre
Dimensión.	• Eficacia: mide el grado de cumplimiento de los Objetivos prioritarios.	Disponibilidad de la información.	Marzo del año próximo.

Tendencia esperada.	Ascendente.		Unidad responsable de reportar el avance.	Sectorial.	
Método de cálculo.	**Numerador:** Total de personas mayores que se les realiza la detección de incontinencia urinaria / **Denominador**: Población de 60 y más años sin derechohabiencia; por 100.				
Observaciones.					
30 %					
Nombre variable 1.	Número de detecciones con incotinencia urinaria realiazadas en personas mayores, en el primer nivel de atención.	Valor variable 1.	Reporte	**Fuente de información variable 1.**	Registrar la fuente de información: SINBA-SIS.
Nombre variable 2.	Personas mayores en unidades de primer nivel de atención.	Valor variable 2.	Reporte	**Fuente de información variable 2.**	Registrar la fuente de información: SINBA-SIS.
Sustitución en método de cálculo.	30%				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS.		
Línea base.		**Nota sobre la línea base.**
Valor.	N/A	N/A
Año.		
Meta 2024.		Nota sobre la meta 2024.
30%		N/A

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO
Se deberán registrar los valores acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro.
Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N/D	20%	20%	20%	20%	20%	20%

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO.			
Nombre.	**1.3.3. Número de personal multidisciplinario de salud capacitado en en primer nivel de atención en las entidades federativas en atención a la persona mayor.**		
Objetivo prioritario.	1. Mejorar el acceso y la calidad de la atención a las personas mayores en el Sistema de Salud		
Definición o descripción.	Medir el número de personal multidisciplinario de salud capacitado en en primer nivel de atención en las entidades federativas en atención a la persona mayor.		
Nivel de desagregación.	• Entidad federativa: unidades del primer nivel de atención de las 32 entidades federativas.	Periodicidad o frecuencia de medición.	Anual
Tipo.	Estratégica.	Acumulado o periódico.	Acumulado.
Unidad de medida.	Porcentaje.	Periodo de recolección de los datos.	• Enero - Diciembre.
Dimensión.	• Eficacia: mide el grado de cumplimiento de los Objetivos prioritarios.	Disponibilidad de la información.	Diciembre de cada año.
Tendencia esperada.	Ascendente.	Unidad responsable de reportar el avance.	Programa de Atención al Envejecimiento estatal.
Método de cálculo.	Numerador: Total de personal multidisciplinario de salud capacitado en primer nivel de atención en las entidades federativas en atención a la persona mayor / Denominador: Número de participantes programados; por 100.		
Observaciones.			
10.0			
Nombre variable 1.	Número de personal operativo de salud capacitado en en primer nivel de atención en las entidades federativas en atención a la persona mayor.	**Valor variable 1.**	**Fuente de información variable 1.** Registrar la fuente de información: Reportes estatales enviados al Programa de Atención al Envejecimiento-CENENTRA.
Nombre variable 2.	Número de participantes programados.	**Valor variable 2.**	**Fuente de información variable 2.** Programa de Atención al Envejecimiento estatal.
Sustitución en método de cálculo.	62.58		

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS.		
Línea base.		**Nota sobre la línea base.**
Valor.	N/D	En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la línea base.
Año.	N/D	
Meta 2024.		Nota sobre la meta 2024.
40%		En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la meta 2024.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO
Se deberán registrar los valores acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO.			
Nombre.	**1.4.1 Número de personal de salud directivo que realizo curso de la OPS sobre el sistema de referencia y contrarreferencia, homologando los datos clínicos que se incluyen en la nota aplicables a las personas mayores en el primer nivel de atención.**		
Objetivo prioritario.	1. Mejorar el acceso y la calidad de la atención a las personas mayores en el Sistema de Salud		
Definición o descripción.	Curso de capacitación de referencia y contrareferencia personal gerencial (anual)		
Nivel de desagregación.	Entidad federativa: 32 entidades federativas, jurisdicciones y personal de gerontología.	Periodicidad o frecuencia de medición.	Anual.
Tipo.	Estratégica.	Acumulado o periódico.	Acumulado.
Unidad de medida.	Porcentaje.	Periodo de recolección de los datos.	• Enero - Diciembre.
Dimensión.	• Eficacia: mide el grado de cumplimiento de los Objetivos prioritarios.	Disponibilidad de la información.	Diciembre de cada año.
Tendencia esperada.	Ascendente.	Unidad responsable de reportar el avance.	Programa de Atención al Envejecimiento-CENENTRA.

Método de cálculo.	**Numerador:** Total de personal de salud directivo que realizó el curso de la OPS sobre el sistema de referencia y contrarreferencia / **Denominador**: Número de participantes programados; por 100.				
Observaciones.					
100.0					
Nombre variable 1.	Número de personal capacitados a nivel gerencial o directivo en las entidades federativas en el proceso de refencia y contrareferencia de la persona mayor.	**Valor variable 1.**	Reporte	**Nombre variable 1.**	Número de personal capacitados a nivel gerencial o directivo en las entidades federativas en el proceso de refencia y contrareferencia de la persona mayor
Nombre variable 2.	Número de participantes programados.	**Valor variable 2.**	Reporte	**Nombre variable 2.**	Número de participantes programados.
Sustitución en método de cálculo.	62.58				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS.		
Línea base.		**Nota sobre la línea base.**
Valor.	N/D	En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la línea base.
Año.	N/D	
Meta 2024.		Nota sobre la meta 2024.
100%		En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la meta 2024.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO
Se deberán registrar los valores acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO.					
Nombre.	**1.5.1. Índice detecciones de los casos de depresión de mujeres y hombres de 60 años y más.**				
Objetivo prioritario.	1. Mejorar el acceso y la calidad de la atención a las personas mayores en el Sistema de Salud				
Definición o descripción.	Medir el porcentaje de mujeres y hombres de 60 años y más, a quienes se les realiza la detección de depresión				
Nivel de desagregación	Mujeres y hombres de 60 años y más con diagnóstico de depresión. Niveles de desagregación: • Geográfica: Nacional • Entidad federativa: 32 entidades federativas. • Sexo: Mujeres, Hombres • Identificación etnica: Indígena,	Periodicidad o frecuencia de medición.	Trimestral.		
Tipo.	Estratégica.	Acumulado o periódico.	Periódica.		
Unidad de medida.	Porcentaje.	Periodo de recolección de los datos.	• Enero • Abril • Septiembre • Diciembre		
Dimensión.	• Eficacia: mide el grado de cumplimiento de los Objetivos prioritarios.	Disponibilidad de la información.	Marzo del año próximo.		
Tendencia esperada.	Ascendente.	Unidad responsable de reportar el avance.	SECTORIAL.		
Método de cálculo.	**Numerador:** Total de adultos mayores con detecciones realizadas de depresión / **Denominador**: Población de 60 y más años sin derechohabiencia; por 100.				
Observaciones.					
40.0					
Nombre variable 1.	Número de personas mayores con detección de depresión, en el primer nivel de atención.	**Valor variable 1.**	Reporte	**Fuente de información variable 1.**	Registrar la fuente de información: SINBA-SIS.
Nombre variable 2.	Número de personas mayores en unidades de primer nivel de atención.	**Valor variable 2.**	Reporte	**Fuente de información variable 2.**	Registrar la fuente de información: SINBA-SIS.

Sustitución en método de cálculo.	62.58

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS.						
Línea base.			**Nota sobre la línea base.**			
Valor.	30%		En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la línea base.			
Año.	2018					
Meta 2024.			Nota sobre la meta 2024.			
≥40%			En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la meta 2024.			
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO Se deberán registrar los valores acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N/D	30%*	30%*	30%*	30%*	30%*	40%*

- Población no derechohabiente de 60 años y más hombres y mujeres

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO.			
Nombre.	**1.5.2. Porcentaje de Población de personas mayores con aplicación de esquema básico de vacunación.**		
Objetivo prioritario.	1. Mejorar el acceso y la calidad de la atención a las personas mayores en el Sistema de Salud		
Definición o descripción.	Aplicar el esquema básico de vacunación con anti-influenza en la persona mayor		
Nivel de desagregación	Mujeres y hombres de 60 años y más con aplicación de vacuna antiinfluenza. Niveles de desagregación: • Geográfica: Nacional • Entidad federativa: 32 entidades federativas. • Sexo: Mujeres, Hombres • Identificación etnica: Indígena	Periodicidad o frecuencia de medición.	Anual.
Tipo.	Estratégica.	Acumulado o periódico.	Periódica.
Unidad de medida.	Porcentaje.	Periodo de recolección de los datos.	• Octubre-Marzo

Dimensión.	• Eficacia: mide el grado de cumplimiento de los Objetivos prioritarios.		Disponibilidad de la información.	Marzo del año próximo.	
Tendencia esperada.	Ascendente.		Unidad responsable de reportar el avance.	SECTORIAL.	
Método de cálculo.	**Numerador:** Total de personas mayores con aplicación de vacuna anti-influenza / **Denominador**: Población de 60 y más años sin derechohabiencia; por 100.				
Observaciones.					
90.0					
Nombre variable 1.	Número de personas mayores a quienes se le aplica vacuna anti-influenza.	**Valor variable 1.**	Reporte	**Fuente de información variable 1.**	Registrar la fuente de información: SINBA-SIS.
Nombre variable 2.	Número de personas mayores en unidades de primer nivel de atención.	**Valor variable 2.**	Reporte	**Fuente de información variable 2.**	Registrar la fuente de información: SINBA-SIS.
Sustitución en método de cálculo.	70				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS.		
Línea base.		**Nota sobre la línea base.**
Valor.	90% del biológico programado por CENSIA de acuerdo a su presupuesto	En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la línea base.
Año.	2018	
Meta 2024.		Nota sobre la meta 2024.
>90%		En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la meta 2024.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO
Se deberán registrar los valores acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
90	90	90	90	90	90	90

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO.					
Nombre.	**2.1. Difusión de cartel para prevenir la discriminación y el maltrato hacia las personas mayores.**				
Objetivo prioritario.	2. Disminuir la discriminación y el maltrato contra las personas mayores.				
Definición o descripción.	Medir el número de unidades de primer nivel de atención que cuenten con el cartel para prevenir la discriminación y el maltrato hacia las personas mayores.				
Nivel de desagregación.	• Entidad federativa: 32 entidades federativas, jurisdicciones, unidades de primer nivel de atención.		Periodicidad o frecuencia de medición.	Anual.	
Tipo.	Estratégica.		Acumulado o periódico.	Acumulado.	
Unidad de medida.	Porcentaje.		Periodo de recolección de los datos.	• Diciembre.	
Dimensión.	• Eficacia: mide el grado de cumplimiento de los Objetivos prioritarios.		Disponibilidad de la información.	Diciembre del año próximo.	
Tendencia esperada.	Ascendente.		Unidad responsable de reportar el avance.	Programa de Atención al Envejecimiento-CENENTRA.	
Método de cálculo.	**Numerador:** Total de unidades de primer nivel de atención que cuentan con el cartel para prevenir la discriminación y el maltrato hacia las personas mayores / **Denominador**: Número de unidades de primer nivel con programación de la difusión del cartel; por 100.				
Observaciones.					
40.0					
Nombre variable 1.	Número de unidades de primer nivel de atención que cuentan con el cartel para prevenir la discriminación y el maltrato hacia las personas mayores.	**Valor variable 1.**		**Fuente de información variable 1.**	Registrar la fuente de información: SINBA-SIS.
Nombre variable 2.	Número de unidades de primer nivel de atención.	**Valor variable 2.**		**Fuente de información variable 2.**	Oficio por entidad federativa.
Sustitución en método de cálculo.	62.58				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS.						
Línea base.				**Nota sobre la línea base.**		
Valor.	N/A			No hay información disponible. Indicador de nueva creación.		
Año.	N/A					
Meta 2024.				Nota sobre la meta 2024.		
≥40%				En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la meta 2024.		
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO Se deberán registrar los valores acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO.			
Nombre.	**2.1.2. Índice de detección de riesgo de fracturas por osteoporosis en mujeres y hombres de 50 años y más.**		
Objetivo prioritario.	2. Disminuir la discriminación y el maltrato contra las personas mayores.		
Definición o descripción	Medir el porcentaje de mujeres y hombres de 60 años y más, a quienes se les realiza la detección de riesgo de fractura por osteoporosis.		
Nivel de desagregación.	Mujeres y hombres de 50 años y más Niveles de desagregación: • Geográfica: Nacional, • Entidad federativa: 32 entidades federativas. • Sexo: Mujeres, Hombres • Identificación etnica: indigenas	Periodicidad o frecuencia de medición.	Trimestral.
Tipo.	Estratégica.	Acumulado o periódico.	Periódica.
Unidad de medida.	Porcentaje.	Periodo de recolección de los datos.	• Enero • Abril • Septiembre • Diciembre
Dimensión.	• Eficacia: mide el grado de cumplimiento de los Objetivos prioritarios.	Disponibilidad de la información.	Marzo.
Tendencia esperada.	Ascendente.	Unidad responsable de reportar el avance.	Programa de Atención al Envejecimiento-CENENTRA.

Método de cálculo.	**Numerador:** Total de mujeres y hombres de 50 años y más que se les realiza la detección para riesgo de fracturas por osteoporosis / **Denominador**: Población de 50 y más años sin derechohabiencia; por 100.				
Observaciones.					
20.0					
Nombre variable 1.	Número de personas de 50 años y más a quienes se les realiza el tamizaje para riesgo de fractura por osteoporosis en el primer nivel de atención.	**Valor variable 1.**		**Fuente de información variable 1.**	Registrar la fuente de información: SINBA-SIS.
Nombre variable 2.	Número de personas de 50 años y más que acuden de primera vez a unidades de primer nivel de atención.	**Valor variable 2.**		**Fuente de información variable 2.**	Registrar la fuente de información: SINBA-SIS.
Sustitución en método de cálculo.	62.58				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS.		
Línea base.		**Nota sobre la línea base.**
Valor.	20% de población no derechahabiente hombres y mujeres de 40 años y mas	En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la línea base.
Año.	2018	
Meta 2024.		Nota sobre la meta 2024.
>20%		En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la meta 2024.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO
Se deberán registrar los valores acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro.
Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
20%	20%	20%	20%	20%	20%	20%

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO.			
Nombre.	**2.1.3. Encuesta de satisfacción con el servicio de atención a las personas mayores en el primer nivel de atención.**		
Objetivo prioritario.	2. Disminuir la discriminación y el maltrato contra las personas mayores.		
Definición o descripción.	Medir el grado de satisfacción del servicio de atención a las personas mayores en el primer nivel de atención.		
Nivel de desagregación.	• Entidad federativa: 32 entidades federativas, jurisdicciones, unidades de primer nivel de atención.	Periodicidad o frecuencia de medición.	Anual.
Tipo.	Estratégica.	Acumulado o periódico.	Acumulado.
Unidad de medida.	Porcentaje.	Periodo de recolección de los datos.	• Diciembre.
Dimensión.	• Eficacia: mide el grado de cumplimiento de los Objetivos prioritarios.	Disponibilidad de la información.	Diciembre.
Tendencia esperada.	Ascendente.	Unidad responsable de reportar el avance.	Programa de Atención al Envejecimiento-CENENTRA.
Método de cálculo.	**Numerador:** Total de personas mayores encuestadas con el servicio otorgado en el primer atención / **Denominador** Total de personas mayores programadas; por 100.		
Observaciones.			

20					
Nombre variable 1.	Número de personas satisfechas y no satisfechas con el servicio de atención a las personas mayores en el primer nivel de atención	**Valor variable 1.**		**Fuente de información variable 1.**	Registrar la fuente de información: Encuesta.
Nombre variable 2	Número de personas entrevistadas en el primer nivel de atención.	**Valor variable 2.**		**Fuente de información variable 2.**	Registrar la fuente de información: Encuesta.
Sustitución en método de cálculo.	62.58				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS.						
Línea base.				**Nota sobre la línea base.**		
Valor.	N/A			No hay información disponible. Indicador de nueva creación		
Año.	N/A					
Meta 2024.				Nota sobre la meta 2024.		
≥40%				En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la meta 2024.		
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO Se deberán registrar los valores acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.						
2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO.			
Nombre.	**3.1.1. Número de personal de salud directivo que realizo curso de la OPS sobre el desarrollar la estrategia de Cuidados de Largo Plazo.**		
Objetivo prioritario.	3. Desarrollar un sistema de cuidados de largo plazo para las personas mayores con dependencia funcional.		
Definición o descripción.	Número de personal de salud directivo que realizo curso de la OPS sobre el desarrollo de la estrategia de Cuidados de Largo Plazo.		
Nivel de desagregación.	• Entidad federativa: 32 entidades federativas, jurisdicciones y personal de gerontología.	Periodicidad o frecuencia de medición.	Anual.
Tipo.	Estratégica.	Acumulado o periódico.	Acumulado.
Unidad de medida.	Porcentaje.	Periodo de recolección de los datos.	• Enero - Diciembre.
Dimensión.	• Eficacia: mide el grado de cumplimiento de los Objetivos prioritarios.	Disponibilidad de la información.	Diciembre de cada año.
Tendencia esperada.	Ascendente.	Unidad responsable de reportar el avance.	Programa de Atención al Envejecimiento-CENENTRA.
Método de cálculo.	**Numerador:** Total de personal de salud directivo que realizó el curso de la OPS sobre el desarrollo de la estrategia de cuidados de Largo plazo / **Denominador**: Número de participantes programados; por 100.		

Observaciones.					
100.0					
Nombre variable 1.	Número de personal capacitados a nivel gerencial o directivo en las entidades federativas sobre el desarrollo de la estrategia de Cuidados de Largo Plazo.	**Valor variable 1.**	Reporte	**Nombre variable 1.**	Número de personal capacitados a nivel gerencial o directivo en las entidades federativas sobre el desarrollo de la estrategia de Cuidados de Largo Plazo.
Nombre variable 2.	Número de participantes programados.	**Valor variable 2.**	Reporte	**Nombre variable 2.**	Número de participantes programados.
Sustitución en método de cálculo.	62.58				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS.

Línea base.		**Nota sobre la línea base.**
Valor.	N/A	No hay información disponible. Indicador de nueva creación.
Año.	N/A	
Meta 2024.		Nota sobre la meta 2024.
100%		En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la meta 2024.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO
Se deberán registrar los valores acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO.					
Nombre.	**3.1.2. Índice de tratamiento no farmacológico para síndrome de caídas de mujeres y hombres de 60 años y más.**				
Objetivo prioritario.	3. Desarrollar un sistema de cuidados de largo plazo para las personas mayores con dependencia funcional.				
Definición o descripción.	Medir el porcentaje de mujeres y hombres de 60 años y más, a quienes se les da tratamiento no farmacológico para síndrome de caídas.				
Nivel de desagregación	Personas mayores de las entidades federativas. Niveles de desagregación: • Geográfica: Nacional • Entidad federativa: 32 entidades federativas. • Sexo: Mujeres, Hombres	Periodicidad o frecuencia de medición.	Trimestral.		
Tipo.	Estratégica.	Acumulado o periódico.	Acmulado.		
Unidad de medida.	Porcentaje.	Periodo de recolección de los datos.	• Marzo • Junio • Septiembre • Diciembre		
Dimensión.	• Eficacia: mide el grado de cumplimiento de los Objetivos prioritarios.	Disponibilidad de la información.	Marzo del próximo año		
Tendencia esperada.	Ascendente.	Unidad responsable de reportar el avance.	SECTORIAL.		
Método de cálculo.	**Numerador:** Total de personas de 60 años y más a quienes se les da tratamiento no farmacológico para síndrome de caídas en primer nivel de atención / **Denominador:** Total de detecciones positivas de síndrome de caídas; por 100.				
Observaciones.					
5.0					
Nombre variable 1.	Número de personas mayores que se les da tratamiento no farmacológico para síndrome de caídas en el primer nivel de atención	**Valor variable 1.**	Reporte de Intervenciones gerontológicas	**Fuente de información variable 1.**	Reporte de las entidades federativas.
Nombre variable 2.	Número de personas mayores con detección positiva de síndrome de caídas	**Valor variable 2.**	SIMBA-SIS	**Fuente de información variable 2.**	SIMBA-SIS.

Sustitución en método de cálculo.	

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS.		
Línea base.		**Nota sobre la línea base.**
Valor.	N/D	No hay información disponible. Indicador de nueva creación.
Año.	N/D	
Meta 2024.		Nota sobre la meta 2024.
40%		En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la meta 2024.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO
Se deberán registrar los valores acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D

ELEMENTOS DE META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO.			
Nombre.	**3.1.3. Índice de detección de alteraciones de la memoria de mujeres y hombres de 60 años y más.**		
Objetivo prioritario.	3. Desarrollar un sistema de cuidados de largo plazo para las personas mayores con dependencia funcional.		
Definición o descripción.	Medir el porcentaje de mujeres y hombres de 60 años y más, a quienes se les detecto alteraciones de la memoria de mujeres y hombres.		
Nivel de desagregación	Mujeres y hombres de 60 años y más Niveles de desagregación: • Geográfica: Nacional, • Entidad federativa: 32 entidades federativas. • Sexo: Mujeres, Hombres • Identificación etnica: indigenas	Periodicidad o frecuencia de medición.	Trimestral.
Tipo.	Estratégica.	Acumulado o periódico.	Acmulado.
Unidad de medida.	Porcentaje.	Periodo de recolección de los datos.	• Marzo • Junio • Septiembre • Diciembre
Dimensión.	• Eficacia: mide el grado de cumplimiento de los Objetivos prioritarios.	Disponibilidad de la información.	Marzo del próximo año

Tendencia esperada.	Ascendente.	Unidad responsable de reportar el avance.	SECTORIAL.		
Método de cálculo.	**Numerador:** Total de adultos mayores hombres y mujeres con detecciones realizadas de alteraciones de la memoria Población de 60 y más años sin derechohabiencia / **Denominador:** Total de adultos mayores con detecciones programadas de alteraciones de la memoria en la Población de 60 y más años sin derechohabiencia; por 100.				
Observaciones.					
40.0					
Nombre variable 1.	Número de personas mayores que se que se les realiza detedcción para alteraciones de memoria	**Valor variable 1.**	Reporte de detección para alteraciones de memoria	**Fuente de información variable 1.**	SIMBA-SIS
Nombre variable 2.	número de personas mayores que acuden de primera vez en el periodo en primer nivel de atención	**Valor variable 2.**	Estimaciones de Población sin derechohabiencia del Consejo Naciona de Población	**Fuente de información variable 2.**	SIMBA-SIS
Sustitución en método de cálculo.					

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS.		
Línea base.		**Nota sobre la línea base.**
Valor.	40% de la población no derechohabientes, hombres y mujeres de 60 años y más.	En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la línea base.
Año.	N/D	
Meta 2024.		Nota sobre la meta 2024.
40%		En caso de considerarlo, se podrá establecer alguna nota correspondiente a la meta 2024.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO
Se deberán registrar los valores acorde a la frecuencia de medición de la Meta para el bienestar o Parámetro. Pude registrar NA (No aplica) y ND (No disponible) cuando corresponda.

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%

Metas y Parámetros de los Objetivos Prioritarios 1, 2 y, 3, que se atenderán por el Instituto Nacional de Geriatría

META 1 PARA EL BIENESTAR			
Nombre	Cobertura en la detección de enfermedades relevantes en las personas mayores (CoDERPAM)		
Objetivo prioritario I	I: Mejorar el acceso y la calidad de la atención a las personas mayores en el Sistema de Salud		
Definición o descripción	Número de detenciones efectuadas en el programa para el cuidado de la salud basado en la evidencia científica para la atención de las personas mayores que viven con múltiples padecimientos crónicos.		
Nivel de desagregación	Personas de 60 años o más a nivel nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Trimestral y Anual
Tipo	Absoluto	Acumulado o periódico	Acumulado
Unidad de medida	Detecciones	Periodo de recolección de los datos	Enero - Diciembre
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Febrero
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	
Método de cálculo	Número de detenciones realizadas ante la presencia de enfermedades de mayor relevancia en las personas mayores entre el número de personas mayores sujeta a Programa.		
Observaciones			

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE					
Nombre variable 1	Enfermedades relevantes en las personas mayores (diabetes, hipertensión, etc.).	**Valor de la variable 1**	Diabetes: 627,476 Hipertensión: 362,624	**Fuente de información variable 1**	Sistema de Información en Salud (SIS-SINBA)
Nombre variable 2	Número de personas mayores sujeta a programa	**Valor de la variable 2**	Diabetes: 4,321,184 Hipertensión: 4,427,504	**Fuente de información variable 2**	Sistema de Información en Salud (SIS-SINBA)
Sustitución en método de cálculo	(627,476 / 4,321,184)*100 =14.5%				

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS	
Línea base	Nota sobre la línea base
Valor: **Diabetes: 14.5% ; Hipertensión: 8.2%**	
Año: **2019**	
Meta 2024	Nota sobre la meta 2024
Diabetes: 16%; Hipertensión: 8.2%	

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ND	ND	ND	ND	Diabetes: 1,435,515 Hipertensión: 818 487	Diabetes: 1, 499,655 Hipertensión: 802 044	Diabetes:1,435,231 Hipertensión: 768 661

METAS

2020	2021	2022	2023	2024

Diabetes: 14.6% Hipertensión: 8.6%	Diabetes: 15% Hipertensión: 9%	Diabetes: 15.4% Hipertensión: 9.4%	Diabetes: 15.7% Hipertensión: 9.7%	Diabetes: 16% Hipertensión: 10%

PARÁMETRO 1 DE LA META 1 PARA EL BIENESTAR			
Nombre	Hospitalizaciones evitables de personas de 60 años y más		
Objetivo prioritario	Mejorar el acceso y la calidad de la atención a las personas mayores en el Sistema de Salud		
Definición o descripción	Hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles de atención ambulatoria.		
Nivel de desagregación	Personas de 60 años o más a nivel nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Trimestral y Anual
Tipo	Porcentaje	Acumulado o periódico	Acumulado
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Enero - Diciembre
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Secretaría de Salud-DGIS. Subsistema automatizado de Egresos Hospitalarios.
Tendencia esperada	Descendente	Unidad responsable de reportar el avance	
Método de cálculo	Numerador: Egresos hospitalarios prevenibles de personas de 60 años y más Denominador: Egresos hospitalarios de personas de 60 años y más		
Observaciones			

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE

Nombre variable 1	Egresos hospitalarios prevenibles de personas de 60 años y más	**Valor de la variable 1**	-	**Fuente de información variable 1**	SIS-SINBA
Nombre variable 2	Egresos hospitalarios de personas de 60 años y más	**Valor de la variable 2**	340,369	**Fuente de información variable 2**	SIS-SINBA
Nombre variable 3		**Valor de la variable 3**		**Fuente de información variable 3**	
Nombre variable 4		**Valor de la variable 4**		**Fuente de información variable 4**	
Sustitución en método de cálculo					

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS

Línea base		Nota sobre la línea base
Valor		
Año		
Meta 2024		Nota sobre la meta 2024
10%		

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
		15.6%	14.5%	ND	ND	ND

PARÁMETRO 2 DE LA META 1 PARA EL BIENESTAR						
Nombre	Mortalidad evitable de la población de 60 años y más.					
Objetivo prioritario	Mejorar el acceso y la calidad de la atención a las personas mayores en el Sistema de Salud					
Definición o descripción	Mortalidad sensible al tratamiento médico y a la prevención primaria.					
Nivel de desagregación	Personas de 60 años o más a nivel nacional		Periodicidad o frecuencia de medición	Anual		
Tipo	Porcentaje		Acumulado o periódico	Acumulado		
Unidad de medida	Porcentaje		Periodo de recolección de los datos			
Dimensión	Eficacia		Disponibilidad de la información	SIS-SINBA /INEGI/CONAPO CONAPO.		
Tendencia esperada	Descendente		Unidad responsable de reportar el avance			
Método de cálculo	Número de defunciones evitables de personas de 60 años y más entre Población de 60 años y más					
Observaciones						
APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE						
Nombre variable 1	Defunciones por causas prevenibles personas de 65 y más años	**Valor de la variable 1**	276,142	**Fuente de información variable 1**	SIS-SINBA	
Nombre variable 2	Población de 60 años y más	**Valor de la variable 2**	8,734,415	**Fuente de información variable 2**	INEGI-Secretaría de Salud. Estadísticas Vitales. Mortalidad CONAPO. Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050	
Nombre variable 3		**Valor de la variable 3**		**Fuente de información variable 3**		
Nombre variable 4		**Valor de la variable 4**		**Fuente de información variable 4**		
Sustitución en método de cálculo	(276,142 / 8,734,415)*100 = 3.2%					
VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS						
Línea base			Nota sobre la línea base			
Valor	**3.2%**					
Año	**2017**					
Meta 2024			Nota sobre la meta 2024			
2.9%						
SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2012	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
3.1%	3.2%	3.2%	3.2%	3.2%	3.2%	

META 2 PARA EL BIENESTAR			
Nombre	Establecimientos de salud amigables con las personas mayores		
Objetivo prioritario	Disminuir la discriminación y el maltrato contra las personas mayores		
Definición o descripción	Porcentaje de personas mayores que considera que los derechos de las personas mayores no se respetan		
Nivel de desagregación	Personas de 60 años o más a nivel nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Trienal
Tipo	Porcentaje	Acumulado o periódico	Periódico
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	año 2020, año 2023
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Diciembre
Tendencia esperada	Descendente	Unidad responsable de reportar el avance	
Método de cálculo	(Personas mayores que consideran que los derechos de las personas mayores se respetan: "Nada" en la ENADIS/ Número total de personas mayores encuestadas en la ENADIS) * 100		
Observaciones	La Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) se aplica cada 3 años		

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE					
Nombre variable 1	Personas mayores que consideran que los derechos de las personas mayores se respetan: "Nada	**Valor de la variable 1**		**Fuente de información variable 1**	ENADIS
Nombre variable 2	Número total de personas mayores encuestadas	**Valor de la variable 2**		**Fuente de información variable 2**	ENADIS
Sustitución en método de cálculo					

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS			
Línea base		Nota sobre la línea base	
Valor	**11.5**	**ENADIS 2017**	
Año	**2017**		
Meta 2024		Nota sobre la meta 2024	
8			

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
34.8	34.8	34.8	34.8	34.8	34.8	10.5

METAS

2020	2021	2022	2023	2024
10.5	10.5	10.5	8	8

PARÁMETRO 1 META 2 PARA EL BIENESTAR			
Nombre	Campañas a población general contra la discriminación por edad		
Objetivo prioritario	Disminuir la discriminación por edad en México para prevenir el maltrato		
Definición o descripción	Número de campañas realizadas por el sector salud contra la discriminación por edad y el maltrato a adultos mayores		
Nivel de desagregación	Campañas de sector salud a nivel nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual
Tipo	Gestión	Acumulado o periódico	Periódico
Unidad de medida	Número	Periodo de recolección de los datos	Enero - Diciembre
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Febrero
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	
Método de cálculo	Número de campañas realizadas por el sector salud contra la discriminación por edad y el maltrato a adultos mayores		
Observaciones			

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE					
Nombre variable 1	Número de campañas realizadas por el sector salud contra la discriminación por edad y el maltrato a adultos mayores	**Valor de la variable** 1		**Fuente de información variable 1**	Instituciones públicas de Salud en México
Sustitución en método de cálculo					

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS			
Línea base		Nota sobre la línea base	
Valor			
Año			
Meta 2024		Nota sobre la meta 2024	

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO						
2012	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**

META 3 PARA EL BIENESTAR	
Nombre	Incrementar la formación de capacidades y recursos humanos en la atención a personas mayores con dependencia funcional y necesidad de cuidados de largo plazo.

Objetivo prioritario	Mejorar el bienestar de las personas mayores a través de un sistema de cuidados de largo plazo para las personas mayores con dependencia funcional.		
Definición o descripción	Número de profesionales capacitados humanos en la atención a personas mayores con dependencia funcional y necesidad de cuidados de largo plazo.		
Nivel de desagregación	Personas de 60 años o más a nivel nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Trienal
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Octubre-Diciembre
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Junio 2020, junio 2023
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	
Método de cálculo	Cuantificar el número de profesionales en la atención a la salud y a la seguridad capacitados para brindar servicios a las personas mayores con dependencia funcional y necesidad de cuidados de largo plazo.		
Observaciones			

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE

Nombre variable 1		**Valor de la variable 1**		**Fuente de información variable 1**	Instituciones públicas de Salud en México
Sustitución en método de cálculo					

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS

Línea base		Nota sobre la línea base
Valor		
Año		
Meta 2024		Nota sobre la meta 2024
		La meta se logrará en la medida en que se observe un incremento del número total de profesionales en la atención a la salud y a la seguridad capacitados para brindar servicios a las personas mayores con dependencia funcional y necesidad de cuidados de largo plazo.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
39.0%						

PARÁMETRO 1 DE LA META 3 PARA EL BIENESTAR	
Nombre	Número de cuidadores formales e informales capacitados para otorgar cuidados de largo plazo
Objetivo prioritario	Mejorar el bienestar de las personas mayores a través de un sistema de cuidados de largo plazo para las personas mayores con dependencia funcional.

Definición o descripción	Todas aquellas personas que, de manera formal o informal, otorgan cuidados de largo plazo a personas mayores.		
Nivel de desagregación	Población mayor de 18 años	Periodicidad o frecuencia de medición	Anual
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico
Unidad de medida	Cantidad de personas capacitadas para otorgar cuidados de largo plazo	Periodo de recolección de los datos	Diciembre -Enero
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Febrero
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	
Método de cálculo	Cuantificar el número de cuidadores formales e informales capacitados para otorgar cuidados de largo plazo a personas mayores		
Observaciones			

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE

Nombre variable 1	Número de cuidadores formales e informales capacitados para otorgar cuidados de largo plazo	**Valor de la variable 1**	-	**Fuente de información variable 1**	Instituciones públicas de Salud en México
Sustitución en método de cálculo					

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS

Línea base		Nota sobre la línea base
Valor	-	**Se comenzará a registrar el valor de la variable a partir del 2019**
Año	-	
Meta 2024		Nota sobre la meta 2024
-		La meta se logrará en la medida en que se observe un incremento del número total de cuidadores formales e informales que tomen los diferentes cursos o programas nacionales para el otorgamiento de cuidados de largo plazo.

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
-	-	-	-	-	-	-

PARÁMETRO 2 DE LA META 3 PARA EL BIENESTAR	
Nombre	Número de personas mayores con dependencia funcional que están recibiendo cuidados largo plazo.
Objetivo prioritario	Mejorar el bienestar de las personas mayores a través de un sistema de cuidados de largo plazo para las personas mayores con dependencia funcional.

Definición o descripción	Mide la proporción de la población total de adultos mayores de 60 años de edad con dificultades para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria (acostarse/levantarse, caminar, comer, bañarse y usar el excusado) que cuentan con personas que les ayuden a realizar dichas actividades.		
Nivel de desagregación	Personas de 60 años o más a nivel nacional	Periodicidad o frecuencia de medición	Trienal
Tipo	Estratégico	Acumulado o periódico	Periódico
Unidad de medida	Porcentaje	Periodo de recolección de los datos	Octubre-Diciembre
Dimensión	Eficacia	Disponibilidad de la información	Junio 2020, junio 2023
Tendencia esperada	Ascendente	Unidad responsable de reportar el avance	
Método de cálculo	(Número de adultos mayores con dependencia que reciben cuidados/Número total de adultos mayores con dependencia)*100		
Observaciones			

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE CÁLCULO PARA LA OBTENCIÓN DE LA LÍNEA BASE

Nombre variable 1	Adultos mayores con dependencia funcional	**Valor de la variable 1**	2,382,171	**Fuente de información variable 1**	Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2015
Nombre variable 2	Adultos mayores con dependencia funcional que reciben cuidados	**Valor de la variable 2**	1,039,299	**Fuente de información variable 2**	Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2015
Sustitución en método de cálculo					

VALOR DE LÍNEA BASE Y METAS

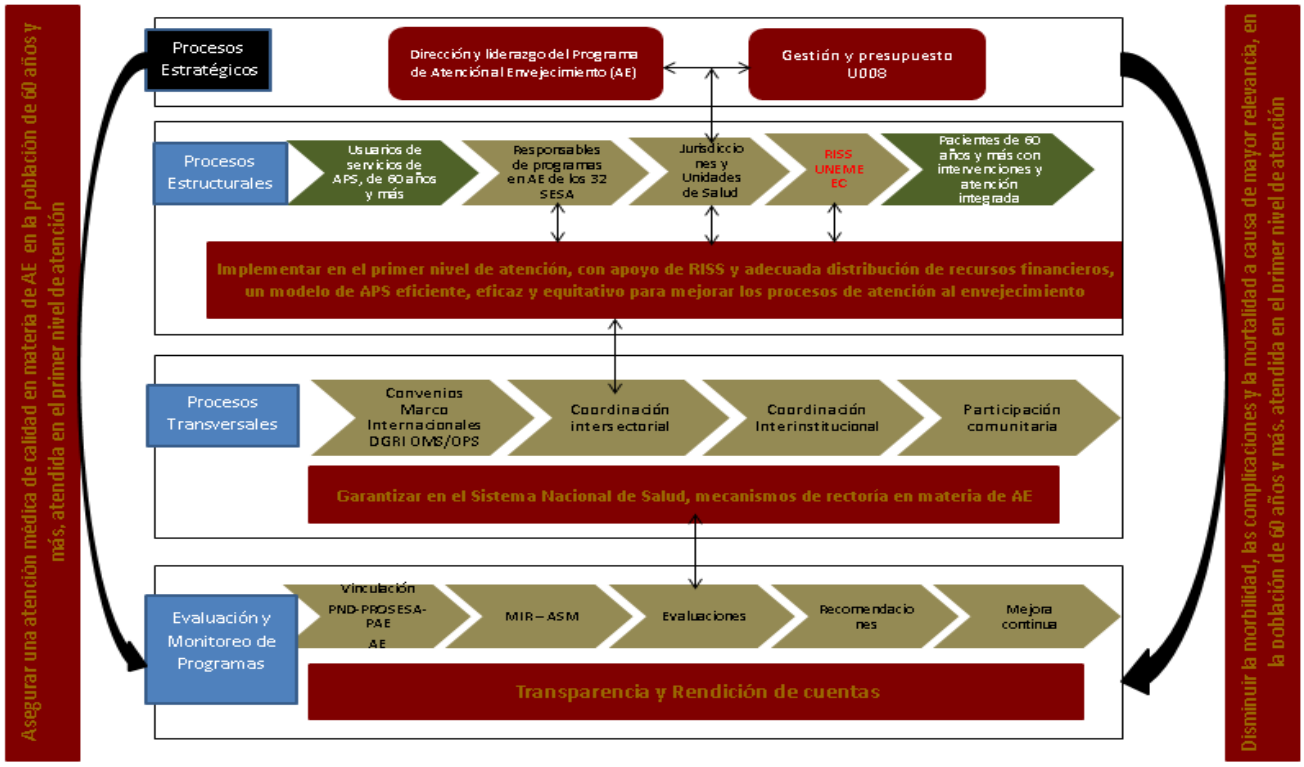
Línea base		Nota sobre la línea base
Valor	**43.6%**	
Año	**2015**	
Meta 2024		Nota sobre la meta 2024
50%		

SERIE HISTÓRICA DE LA META PARA EL BIENESTAR O PARÁMETRO

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
39.0%			43.6%			

X Mapa de procesos

El siguiente mapa muestra los procesos estratégicos, estructurales, transversales y de evaluación y monitoreo que se llevarán a cabo bajo la Dirección y liderazgo del Programa de Atención al Envejecimiento para cumplir con el Objetivo general, así como con los objetivos prioritarios, estrategias prioritarias y acciones puntuales establecidas en el presente PAE de Atención al Envejecimiento 2019-2024.



Fuente: Elaboración propia, Programa Atención al Envejecimiento, 2020. Fuente de financiamiento U008.

X. Territorialización

Reconociendo los problemas de salud como multifactoriales y con el propósito de contribuir en el desarrollo de políticas públicas diferenciadas, integrales y multisectoriales, para el desarrollo de este Programa se implementó una metodología de Territorialización, orientada a identificar el estado actual de las condiciones en las que la población mexicana vive el proceso de salud-enfermedad, así como las brechas de desigualdad, rezagos o afectaciones desproporcionadas y muchas veces ocultas entre personas, comunidades o territorios.

Con este propósito, se utilizó el método basado en el reconocimiento de patrones con la técnica geográfica llamada Autocorrelación Espacial (AE), como ejercicio complementario a otras metodologías empleadas. A partir de la AE se obtuvieron los Indicadores Locales de Asociación Espacial (LISA) para cada uno de los municipios del país, con lo cual, se evalúa la variabilidad de la carga de la problemática en salud en el territorio, para comprobar la dependencia espacial entre municipios vecinos por valores similares, tomando como base el trienio 2017-2019.

El análisis de autocorrelación espacial aplicado al Programa de Acción Específico de Atención al Envejecimiento, permitió llegar a las siguientes consideraciones generales:
Se identifican los municipios en donde las problemáticas de las limitaciones físicas y psicológicas en población de 60 años y más se encuentra más presente.
Específicamente, se identifica que en las agrupaciones de municipios de la región norte, la población es un poco más envejecida que en las agrupaciones de las otras tres regiones; en el sureste, el porcentaje de población con ingresos inferiores a la línea de bienestar en casi 20 puntos porcentuales más alto que en las otras tres regiones, pero el rezago educativo no tienen grandes diferencias con las demás regiones.

Respecto a la población indígena, se observa que tanto el sureste (27.8%) como en el centro (12%) el porcentaje es alto, siendo en este último principalmente municipios de Hidalgo; pero entre estas dos regiones hay gran diferencia en la densidad de población, ya que en el centro es de 1,745 personas por km2, y en el sureste de 63.2. Para esta cifra, el municipio de Cuauhtémoc hace que el promedio se incremente, sin embargo, aun sin este municipio la densidad poblacional es del doble que en el sureste. En las otras tres regiones también se trata de municipios con población dispersa, alrededor de 60 personas por km2.

Respecto a la accesibilidad geográfica, los municipios de las agrupaciones del norte se encontrarían en mayor desventaja en cuanto a lejanía de las unidades médicas de primer nivel (44% de la población a más de 1 km de distancia) y segundo nivel (36.9% de población a más de una hora de un hospital). Pero en el sureste, el 46% de la población tiene baja o muy baja accesibilidad a carreteras pavimentadas, seguida por el norte con 35%. Posteriormente, el occidente y centro con alrededor de 23.5%, y con mucho más acceso geográfico a unidades de primer y segundo nivel que el norte y el sureste.

En cuanto a oportunidades de atención, la razón de médicos generales tanto en las agrupaciones del norte como del sureste (5.1 y 7.7, respectivamente) son muy similares que las otras dos regiones. Lo referente a oportunidades de atención tiene que considerarse siempre a la luz de la accesibilidad geográfica para llegar a ellos y aprovechar los recursos, ya que si no existe esta condición es difícil asegurar una atención oportuna para cualquier padecimiento.
Si bien para este indicador se encontró una importante autocorrelación entre municipios, es importante tomar en cuenta que para los indicadores de osteoporosis, incontinencia urinaria y caídas no se encontró esta cualidad. Asimismo, la tendencia de distribución territorial de consultas por dichas causas en población de 60 años y más fue muy similar, al igual que los estados con muy bajas o nulas tasas. Lo anterior podría estar representando persistencia de subregistro, por lo que poner mayor atención en los estados donde está ocurriendo el posible subregistro podría ser primordial, de tal

forma que la información que se registre representando a la realidad y puedan realizarse ejercicios estadísticos para una mejor planeación de las políticas en beneficio de este grupo de población.

Lo descrito en estas páginas tiene el fin de identificar qué es lo que hay dentro de las agrupaciones de municipios prioritarios. Tomarlo en cuenta puede contribuir en enfocar acertadamente las acciones del programa, con énfasis en las agrupaciones con tasas altas de mortalidad.
La Territorialización, bajo la metodología de AE y en coordinación con otras herramientas, proporciona un punto de partida para abordar las problemáticas de manera transversal (ámbito federal y local). Asimismo, dado su carácter procesual y dinámico, en conjunto con los avances en la transversalidad sectorial e intersectorial, las acciones territoriales podrán evolucionar en función de la transición epidemiológica, la generación de mejores indicadores y de sistemas de información, para cada área geográfica definida como prioritaria.

XI. Innovación en Salud

Para los usuarios de servicios de salud. Las tecnologías de la información y comunicación (TIC) para las personas mayores suelen ser muy útiles y de uso variado debido a que pueden cumplir diferentes objetivos que ayudan a la continuidad de la atención. Existen desde las tecnologías que les ayudan a medir su presión arterial, niveles de glucosa, hasta aquellas que a través del celular les permiten conocer las horas realizadas de ejercicio, las calorías consumidas, el índice de masa corporal, entre otros aspectos médicos. También les pueden servir como recordatorio de toma de mediciones y ayudarles a llevar mejor el control de su padecimiento, además de tener acceso a cursos de capacitación para el cuidado de las PM y el propio autocuidado.

Para profesionales de la salud. Las TIC, incluida la telemedicina suele ser una herramienta muy útil para los profesionales de la salud que necesitan atender a los personas mayores. El contar con las Guías Clínicas en cualquier dispositivo permitirá realizar mejor y recordar el seguimiento que se debe dar al paciente. En cuanto a la capacitación, las TIC pueden servir para la capacitación en línea, actualización de información, investigación y la capacidad de tomar decisiones informadas.

Para los sistemas de información en salud, plataformas tecnológicas. Las TIC suelen ser fundamentales para la captación, recopilación y publicación de la información correspondiente al Programa de Atención al Envejecimiento. La Secretaría de salud a través de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) ha implementado diferentes Sistemas de Información como el SIS-SIMBA, estadísticas vitales de mortalidad, cubos dinámicos, etc.

Para los usuarios de información. Las TIC son muy útiles para brindar información a usuarios, investigadores, estudiantes, académicos que deseen analizar y explotar las bases de datos sobre variables concernientes a Envejecimiento en personas mayores. Con ello los tomadores de decisiones podrán implementar estrategias basadas en resultados y generar acciones en beneficio de toda la población.

XII. Transversalidad

Libertad e igualdad. El presente Programa contribuye al cumplimiento de la Estrategia Transversal de Libertad e igualdad del PND 2019-2024 al enfocar las acciones de atención médica, garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito de la población a los servicios de salud, la asistencia social y los medicamentos, impulsando la igualdad como principio rector: la igualdad efectiva de derechos entre mujeres y hombres, entre indígenas y mestizos, entre jóvenes y adultos, y se comprometerá en la erradicación de las prácticas discriminatorias que han perpetuado la opresión de sectores poblacionales enteros.

XIII. Epílogo visión a largo plazo

Escenario que considera la situación ideal.

A partir de la implementación del programa de acción específico en atención al envejecimiento 2019-2024 se espera que en el 2024, todas las personas mayores, (sin importar su sexo, origen socioeconómico, lugar de residencia, si forman parte de un pueblo indígena o la comunidad afromexicana, si presentan alguna discapacidad o dependencia funcional), sean beneficiarias de las acciones puntuales que se plantean y que han sido elaboradas a partir de un minucioso diagnóstico de la situación actual en términos de acceso a los servicios de salud, discriminación por edad, perfil del estado de salud, y necesidad de cuidados de largo plazo.

En este escenario a 2024 se apreciará:

Una mejora en el acceso y la calidad de la atención a las personas mayores en el Sistema de Salud. Lo anterior se evidenciará en el incremento en la detección de enfermedades relevantes como la diabetes mellitus tipo 2, la cual pasará a un porcentaje de detección del 16%, respecto al número de esta población sujeta a programa; mientras que la hipertensión pasará a un 10% de detecciones respecto al número de personas sujeta a programa.

De igual manera se observará un descenso de hospitalizaciones evitables de personas de 60 años y más. En el 2024 se prevé que las hospitalizaciones prevenibles solamente representen el 10% de las causas de egresos. De igual manera, se reducirá al 2.9% la mortalidad evitable de la población de 60 años y más.

Respecto a la discriminación y el maltrato contra las personas mayores se observará una reducción del porcentaje de individuos que consideran que los derechos de las personas mayores no se respetan. Este porcentaje se reducirá hasta el 8% en el 2024. De igual manera se incrementará el número de campañas de comunicación realizadas por el sector salud contra estos problemas.

Mejorar el bienestar a través de un sistema de cuidados de largo plazo para las personas mayores con dependencia funcional se logrará a través del incremento del número de profesionales capacitados en el tema.

De la misma manera, se apreciará en el 2024 un incremento del número de cuidadores formales e informales orientados en cuidados de largo plazo. El número de personas mayores con dependencia funcional que recibirán cuidados de largo plazo será el 50% de la población referida en este texto, con dependencia funcional y necesidades de cuidados.

El envejecimiento se ha ligado a la Agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Agenda 2030, la cual tiene un enfoque basado en los derechos, resaltando el derecho a la salud, especialmente el Objetivo 3. Salud y Bienestar, con el compromiso básico de que nadie se quede atrás, y que los esfuerzos lleguen a los más desfavorecidos, lo que nos asegura la inclusión de los PM de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Dada la importancia de estos objetivos, es posible que se les dé seguimiento hasta el 2040.

Lista de Dependencias y Entidades participantes

- Instituto Mexicano del Seguro Social
- Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado
- Servicios médicos de Petróleos Mexicanos
- Secretaría de la Defensa Nacional
- Secretaría de Marina

- Secretaría de Salud
- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades
- Instituto Nacional de Geriatría

Bibliografía

Consejo Nacional de Población (CONAPO). Indicadores demográficos 1950-2050. Disponible en: https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050

Consejo Nacional de Población (CONAPO), 2018. Disponible en: https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050

Cubos de la Dirección General de Información en Salud, 2017.

Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS), 2017. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/programas/enadis/2017

Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), 2016. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016

Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), 2015. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/programas/enasem/2015/default.html

Giraldo-Rodrıguez, L., Rosas-Carrasco, O. (2013). Development and psychometric properties of the Geriatric Mistreatment Scaleggi_894 466.474. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/225306142

Giraldo-Rodrıguez, L., Rosas-Carrasco, O., Mino-León, D. (2015). Abuse in Mexican Older Adults with Long-Term Disability: National Prevalence and Associated Factors. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication281140397

Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. (2011) Sistema de salud de México. Salud Pública Mex 2011; 53 supl 2:S220-S232. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf

Gutiérrez-Robledo, L. y cols. Hechos y desafíos para un envejecimiento saludable en México. Instituto Nacional de Geriatría, 2016. México. Disponible en: www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/hechos-desafios.pdf

Huenchuan, S. Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago, 2018.

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

Organización Mundial de la Salud. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Vol. 90, No. 2, febrero 2012. pp 77-156. Disponible en: https://www.who.int/bulletin/volumes/90/2/12-020212/es/

Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Luxemburgo, 2015. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=1FE1C4FC173A23D591ECA29F72BDBABA?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud. Atención integrada para las personas mayores (ICOPE): Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Washington. D.C.; 2020. Licencia: CC BY-NCSA 3.0 IGO. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/atencion-integrada-para-personas-mayores-icope-guia-sobre-evaluacion-esquemas-atencion

Organización Panamericana de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Washington, D.C.: 2017. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071

Parra-Rodríguez, L.; González-Meljem, JM.; Gómez-Dantés, H.; Gutiérrez-Robledo, LM.; López-Ortega, M.; García-Peña, C.; Medina-Campos, R.H. (2019). The Burden of Disease in Mexican Older Adults: Premature Mortality Challenging a Limited-Resource Health System, Journal of Aging and Health, 2019, 1-21. Disponible en: https://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/sistemas-informacion-salud/sis-publicaciones.htm

Peláez, M.; Palloni, A; Albala, C.; Alfonso, J.; Ham-Chande, R; Hennis, A.; et. al. SABE - Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento en América Latina y el Caribe, 2000.

Rivera-Almaraz et al. Longitudinal associations of multimorbidity, disability and out-ofpocket health expenditures in households with older adults in Mexico: The study on global AGEing and adult health (SAGE). Disability and Health Journal. Volume 12, Issue 4, October 2019, Pages 665-672

Glosario de términos

Actividad física. Al movimiento corporal producido por la contracción esquelética que incrementa el gasto de energía por encima del nivel basal.

Adherencia terapéutica. A la observación estricta de las indicaciones médicas, por parte del paciente para la prevención y control de su enfermedad.

Alimentación. Al conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena (Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios Básicos de Salud. Promoción y Educación para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para Brindar Orientación).

Alimentación correcta. A los hábitos alimentarios que de acuerdo con los conocimientos aceptados en la materia, cumplen con las necesidades específicas en las diferentes etapas de la vida, promueve en los niños y las niñas el crecimiento y desarrollo adecuados y en los adultos permite conservar o alcanzar el peso esperado para la talla y previene el desarrollo de enfermedades.

Atención médica. Al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Atención primaria a la salud. A los servicios que se otorgan al individuo, la familia y la comunidad para preservar la salud y atender las enfermedades en sus etapas iniciales de evolución.

Capacitación. A la adquisición de conocimientos técnicos, teóricos y prácticos que van a contribuir al desarrollo del individuo en el desempeño de una actividad.

Detección o tamizaje. A la búsqueda activa de personas con hipertensión arterial no diagnosticada, o bien en alto riesgo de desarrollarla.

Diabetes. A la enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Diabetes Mellitus Tipo 2. Al tipo de diabetes en la que se presenta resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa. Los pacientes suelen ser mayores de 30 años cuando se hace el diagnóstico, son obesos y presentan relativamente pocos síntomas clásicos.

Diagnóstico. Al análisis que se realiza para determinar cualquier situación y cuáles son

las tendencias. Esta determinación se realiza sobre la base de datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente, que permiten juzgar mejor qué es lo que está pasando.
Dieta. Al conjunto de alimentos que se consumen al día.
Dislipidemias. A la alteración de la concentración normal de los lípidos en la sangre.
Educación para la salud. Al proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual, familiar o colectiva.
Ejercicio. Es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objeto relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física.
Enfermedades Crónicas No Transmisibles. A las enfermedades de etiología incierta, habitualmente multicausales, con largos períodos de incubación o latencia; largos períodos subclínicos, con prolongado curso clínico, con frecuencia episódica; sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo.
Entorno laboral. Al ambiente formado por diversas condiciones, tanto físicas como sociales, culturales y económicas que inciden en la actividad dentro de una oficina, fábrica, empresa, clínica, etc.
Entorno saludable. A los grupos de poblaciones en espacios específicos transitando hacia la conquista de la equidad en salud.
Estilo de vida. Forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.
Estilo de vida saludable. Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas
para alcanzar el bienestar y la vida.
Estrategia. Deriva del latín strategĭa, que a su vez procede de dos términos griegos: stratos (“ejército”) y agein (“conductor”, “guía”). Por lo tanto, el significado primario de estrategia es el arte de dirigir las operaciones militares, también es el proceso seleccionado a través del cual se prevé alcanzar un cierto estado futuro.
Evaluación. Proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia y eficiencia, con que han sido empleados los recursos destinados a alcanzar los objetivos previstos, posibilitando la determinación de las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento adecuado de las metas presupuestadas.

Factor de riesgo. Al tributo o exposición de una persona, una población o el medio que está asociado a una probabilidad.

Grupos de Ayuda Mutua. A la organización en grupo de los propios pacientes, para facilitar su educación y autocuidado de la Salud en las unidades del Sistema Nacional de Salud.

Hábitos alimentarios. Al conjunto de conductas adquiridas por un individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos. Los hábitos alimentarios se relacionan principalmente con las características sociales, económicas y culturales de una población o región determinada. Los hábitos generalizados de una comunidad suelen llamarse costumbres.

Hipertensión arterial sistémica. Al padecimiento multifactorial caracterizado por aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes >140/90 mm Hg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes > 130/80 mm Hg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gramos e insuficiencia renal > 125/75 mm Hg.

Hipertensión arterial secundaria. A la elevación sostenida de la presión arterial, por alguna entidad nosológica: >140 mm Hg (sistólica) o > 90 mm de Hg (diastólica).

Índice de masa corporal o índice de Quetelet. Al peso corporal dividido entre la estatura elevada al cuadrado (kg/m^2).

Ingresos a tratamiento. A los casos nuevos de HAS que se incorporan a tratamiento en una unidad médica del Sistema Nacional de Salud.

Lineamientos. Al conjunto de acciones específicas que determinan la forma, lugar y modo para llevar a cabo la política en materia de obra y servicios relacionados con la misma.

Manejo integral del paciente. Al establecimiento de metas del tratamiento, manejo no farmacológico y farmacológico, educación del paciente, seguimiento médico y vigilancia de complicaciones.

Meta. A los procesos que deben seguir y terminar para poder llegar al objetivo.

Microalbuminuria. A la excreción urinaria de albúmina entre 20 y 450 mg durante 24 horas, o bien de 15 a 300 g/min más de una ocasión, en un paciente en ausencia de traumatismo o infección renal.

Obesidad. A la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un índice de masa corporal igual o mayor a 30 kg/m^2 y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m^2. En menores de 19 años, la obesidad se determina cuando el índice de masa corporal se encuentra desde la percentil 95 en adelante, de las tablas de IMC

para edad y sexo de la OMS. Peso corporal, de acuerdo con el IMC se clasifica de la siguiente manera: IMC >18 y <25 peso recomendable, IMC >25 y <27 sobrepeso e IMC >27 obesidad.

Orientación alimentaria. Al conjunto de acciones que proporcionan información básica, científicamente validada y sistematizada, tendiente a desarrollar habilidades, actitudes y prácticas relacionadas con los alimentos y la alimentación para favorecer la adopción de una dieta correcta en el ámbito individual, familiar o colectivo, tomando en cuenta las condiciones económicas, geográficas, culturales y sociales.

Participación Social. Al proceso que permite involucrar a la población, autoridades locales, instituciones públicas y los sectores social y privado en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

Población. Grupo de personas que viven en un área o espacio geográfico.

Primer nivel de atención. A 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. Al 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.

Presión arterial. A la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo, y diámetro del lecho arterial.

Prevención. A la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias negativas tanto físicas, psicológicas y sociales.

Primer nivel de atención. A las unidades de atención que constituyen la entrada a los servicios de salud; están orientadas primordialmente a la promoción de la salud, prevención, detección y tratamiento temprano de las enfermedades de mayor prevalencia.

Síndrome metabólico. A las diversas manifestaciones y entidades con una característica común: resistencia a la insulina. Dentro de estas entidades se encuentran: hipertensión, obesidad, dislipidemias, hiperuricemia, diabetes o

intolerancia a la glucosa, elevación de fibrinógeno, microalbuminuria, elevación del factor de von Willebrand, elevación de ferritina y aumento del PAI-1.

Sobrepeso. Al estado caracterizado por la existencia de un IMC igual o mayor a 25 kg/m² y menor a 29.9 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja, igual o mayor a 23 kg/m² y menor a 25 kg/m². En menores de 19 años, el sobrepeso se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 85 y por debajo de la 95, de las tablas de edad y sexo de la OMS.

Tratamiento integral. Al conjunto de acciones que se realizan a partir del estudio completo e individualizado del paciente con sobrepeso u obesidad. Incluye el tratamiento médico, nutricio, psicológico, régimen de actividad física y ejercicio; en su caso, quirúrgico, orientado a lograr un cambio en el estilo de vida y a disminuir o erradicar los riesgos para la salud, corregir la comorbilidad y mejorar la calidad de vida del paciente.

GOBIERNO DE
MÉXICO