



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

CAMPO DEL CONOCIMIENTO DE LAS CIENCIAS
SOCIOMÉDICAS
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

“USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN ADULTOS MAYORES Y SU
ASOCIACIÓN CON EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE.”

T E S I S
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN CIENCIAS

P R E S E N T A:
LEILA DJAMILA KARA ECHÁNOVE

DIRECTOR DE TESIS:
DRA. MARÍA DEL CARMEN GARCÍA PEÑA
INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA

COMITÉ TUTORAL:

DR. SERGIO SÁNCHEZ GARCÍA
DR. RICARDO RAMÍREZ ALDANA

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., Octubre 2020.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE:

< PORTADA	1
1. RESUMEN:	3
2. INTRODUCCIÓN:	4
3. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO Y DEMOGRÁFICO:	5
3.1 DEMOGRAFÍA:	5
3.2 EPIDEMIOLOGÍA:	6
4. MARCO CONCEPTUAL:	7
4.1. ENVEJECIMIENTO:	7
4.2 EVOLUCIÓN DE MODELOS DEL ENVEJECIMIENTO EXITOSO:	10
4.3 MODELOS EUROPEOS Y LA CONTRIBUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:	11
4.4 ENVEJECIMIENTO SALUDABLE:	12
4.5 FACTORES RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE:	14
4.6 USOS DE SERVICIOS DE SALUD EN EL ENVEJECIMIENTO:	14
4.7 EL MODELO DE CONDUCTA DEL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD:	18
6. CONCLUSIONES:	20
7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	21
8. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:	22
9. HIPÓTESIS:	22
10. OBJETIVOS:	22
9.1 GENERALES:	22
9.2 ESPECÍFICOS:	22
11. METODOLOGÍA:	23
11.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO:	23
11.2 PERIODO Y CONTEXTO DEL ESTUDIO:	23
11.3 DISEÑO DE ESTUDIO:	23
11.4 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO:	23
11.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES:	24
11.6 INSTRUMENTO:	26
11.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO:	27
12. RESULTADOS:	28
13. DISCUSIÓN:	42
14. CONCLUSIONES:	45
15. LIMITACIONES DEL ESTUDIO:	45
16. UTILIZACIÓN DE RESULTADOS:	45
17. FORTALEZAS:	46
18. RECOMENDACIONES:	46
19. CONSIDERACIONES ÉTICAS:	46
20. ANEXOS:	47
20.1 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:	47
20.2 TABLA DE VARIABLES:	48
20.3 REGISTRO	49
21. REFERENCIAS:	50

1. RESUMEN:

La mayoría de los estudios que hablan sobre los servicios de salud se ha basado en la satisfacción del usuario, dejando de lado la utilidad del uso de los servicios de salud. Este problema se convierte en uno de los retos principales, ya que no se cuenta con ningún diagnóstico de la situación real en adultos mayores, resultando necesario ya que incrementa año con año; por lo que esta información pudiera ser de utilidad para la creación de políticas que ofrezcan una solución para el sistema de salud.

En esta tesis, se presenta un estudio enfocado en la identificación del uso de servicios de salud preventivos y curativos en la población envejecida y es que la demanda de los servicios de salud es creciente relacionándose con la elevada prevalencia de enfermedades crónicas; por lo que es necesario conocer si existe alguna asociación entre el uso de los servicios y el envejecimiento, identificando el tipo de envejecimiento.

Objetivo: Mostrar la asociación que tiene el uso de servicios de salud en adultos mayores con Envejecimiento Saludable, analizado desde la Encuesta Nacional de Salud y envejecimiento 2015.

Material y métodos: Análisis secundario de datos de la ENASEM 2015, con una muestra de 14 203 mayores de 50 años de los cuales se clasificaron con envejecimiento saludable y no saludable. La utilización de los servicios de salud se clasificó como preventivo o curativo. Realizándose una regresión logística para conocer si existía una asociación entre los servicios de salud y el envejecimiento saludable. **Resultados:** Se identificó una población con envejecimiento saludable del 26.75%(n=3, 046) de los cuales se encontró que usan servicios de tipo preventivo y curativo; mostrando ciertas particularidades en los usos de servicios. **Conclusiones:** El estudio demuestra la necesidad de realizar más estudios enfocados a los programas preventivos y curativos en salud para conocer su utilidad.

Palabras clave: Uso de servicios, Envejecimiento saludable, Envejecimiento, transición demográfica, Servicios de Salud.

2. INTRODUCCIÓN:

La transición epidemiológica y demográfica que se vive a nivel mundial es cada día más evidente en países en desarrollo. La población envejecida va en aumento, mostrando con ello, un incremento en la presencia de enfermedades crónica-degenerativas, lo que aumenta la demanda de servicios, sobre todo los servicios de tercer nivel, lo que significa grandes desafíos para los sistemas de salud. Los cambios demográficos, caracterizados por un descenso importante de la mortalidad y de la natalidad ha determinado el volumen y la estructura por edad de la población mexicana, la cual pasó de aproximadamente 16.5 millones de habitantes en los años treinta a alrededor de 119.7 millones para el 2014. (Gobierno de la República, 2013)

En México, las proyecciones realizadas muestran un crecimiento acelerado de la población de entre 60 y más años, estimando que existirán 28.7 millones de habitantes en este rango de edad para el 2050. De esta forma, se ha venido presentado un incremento en la esperanza de vida, misma que se duplicó entre 1930 y 2014, con una ganancia de 43 años en las mujeres y 39 años en los hombres. (Gobierno de la República, 2013).

Es fundamental comprender que los cambios en salud y el patrón de enfermedades se relacionan fuertemente con la transición demográfica y económica que forman parte de la compleja modernización. (Omran, 2005)

La dinámica entre todos estos factores determina al envejecimiento que se presenta en la población y las repercusiones que puede tener en sus diferentes dimensiones, por lo que, fue de utilidad realizar este estudio el cual habla sobre el uso de servicios, con el fin de contribuir con información que permita generar líneas de investigación para generar herramientas que faciliten guiar a las generaciones futuras a un envejecimiento saludable, un camino podría ser el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.

3. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO y DEMOGRÁFICO:

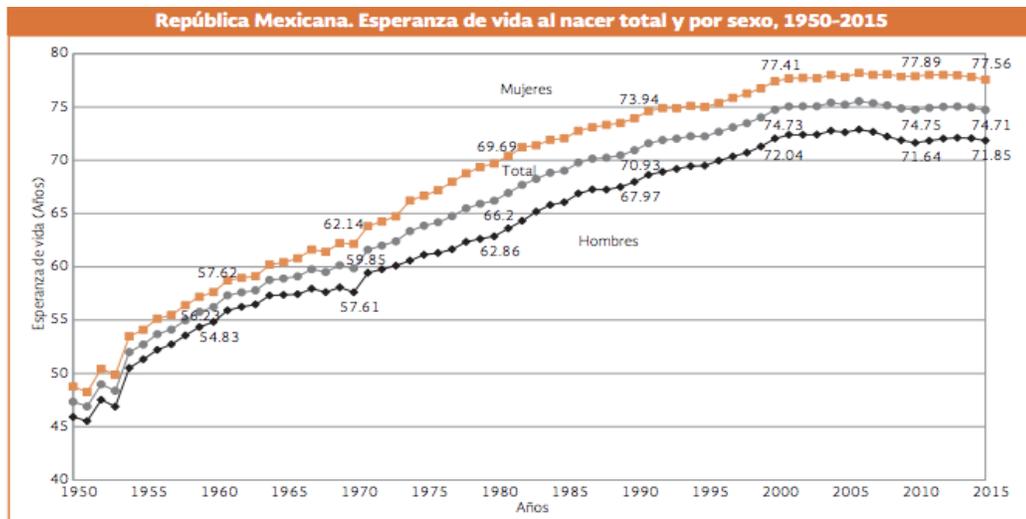
3.1 DEMOGRAFÍA:

Desde hace algunos años la pirámide de población se ha ido invirtiendo. Desde la década de los setentas empezó este cambio que está proyectado que termine en el 2050, visualizándose así que el fenómeno del envejecimiento en México muestra un incremento acelerado, que se ha sostenido desde hace 25 años (Gráfica1), con ello se observa una población con características heterogéneas, que en su mayoría determinan el curso de este proceso.

El envejecimiento en la población mexicana se ha explicado a través de los cambios en la tasa de fecundidad, mortalidad y morbilidad. El índice de envejecimiento nos habla de la relación existente entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes, el cual fue para 1950 de 6.72, con la proyección realizada en CONAPO se indica que para el 2050 el índice de envejecimiento será de 93.71, lo cual nos indica que la población joven será escasa. A nivel mundial las proyecciones nos permiten observar como el número de personas mayores a 60 años aumentará de 600 millones a casi 2000 millones, y se prevé que este incrementó será mayor y más rápido en los países en desarrollo, donde se prevé que se multiplique por cuatro en los próximos cincuenta años. (OMS, 2002)

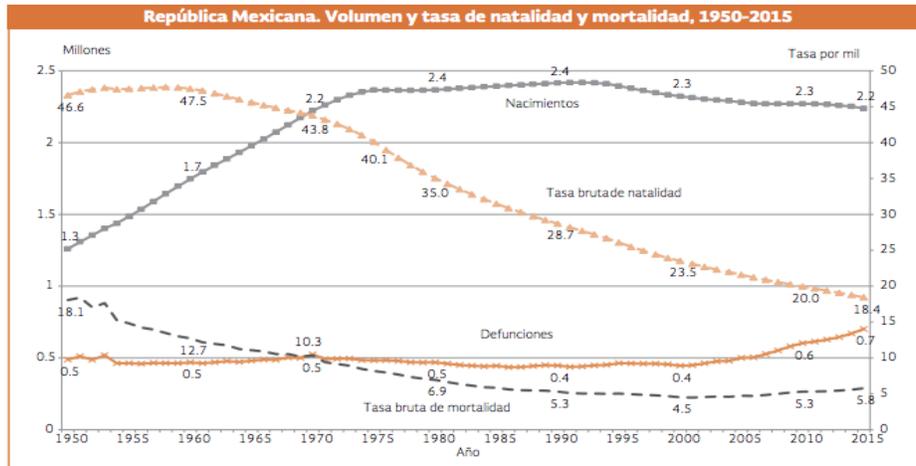
El cambio de la estructura por edades es una de las tres causas de la transición demográfica la cual muestra los cambios y los efectos sobre el envejecimiento; las poblaciones pasan de una situación de niveles elevados y sin control de mortalidad y fecundidad a niveles bajos y controlados, dando como resultado una alteración en la estructura de la población, iniciando desde 1960 en los países desarrollados. El "bono demográfico" el cual nos habla de un periodo donde la estructura por edades sufre cambios importantes, como: la reducción en la población infantil, el aumento de la población adulta y de las personas de edades mayores a los 65 años y más, con ello se observa una reducción en la población de edad productiva. (CONAPO, 2013)

Al incrementar la longevidad las personas viven más años; lo que incrementa la esperanza de vida al nacimiento, la cual es el promedio de cuanto se espera que viva una persona dependiendo de ciertas condiciones de vida, tales como el sexo, nivel educativo y socioeconómico y factores sanitarios. Actualmente en México los hombres tienen una esperanza de vida de 72.24 años y las mujeres de 77.98 años, lo que refleja los avances en el desarrollo económico y social del país (Gráfica 1). Lo anterior nos hace pensar en la capacidad de adaptabilidad del ser humano. (Beard et al., 2016) (Gráfica 2).



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Conciliación Demográfica, 1950-2015.

Gráfica 1 Esperanza de vida al Nacer total y por sexo, 1959-2025.
Fuentes Estimaciones de la CONAPO (Téllez & Muradás, 2017)



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en la Conciliación Demográfica, 1950-2015.

Gráfica 2. Población y tasas de crecimiento total y natural, 1990-2050
(Téllez & Muradás, 2017)

La reducción en la mortalidad es otra causa que permite explicar este fenómeno y es que se hace referencia a la disminución de las tasas, a los avances médicos y a las mejoras en los servicios médicos como conjunto que tiene este efecto, dando efectos drásticos en la dinámica poblacional. Por ello es importante revisar los efectos económicos, sociales y culturales, así como los cambios en las condiciones de salud, surgiendo herramientas que permitan el análisis, una de ellas es la autopercepción en salud, que es un indicador útil para medir el nivel de salud de la población, dado que contempla desde elementos sociales hasta condiciones físicas y mentales (CONAPO, 2013), ya que representa importantes consecuencias en salud.

3.2 EPIDEMIOLOGÍA:

El efecto de las modificaciones generales de vida y el mayor acceso a los servicios médicos ha invertido el comportamiento de las enfermedades, descendido la tasa de mortalidad de las enfermedades infecciosas, pero incrementando la tasa de enfermedades crónicas como las causas de muerte (Tabla 1).

Rango	Total	Hombres	Mujeres
1	Enfermedades del corazón 141 619	Enfermedades del corazón 75 256	Enfermedades del corazón 66 337
2	Diabetes Mellitus 106 525	Diabetes Mellitus 52 309	Diabetes Mellitus 54 216
3	Tumores malignos 84 142	Tumores malignos 41 088	Tumores malignos 43 053
4	Enfermedades del Hígado 38 833	Agresiones 28 522	Enfermedades cerebrovasculares 17 881
5	Accidentes 36 215	Enfermedades del Hígado 28 400	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 11 140

Tabla 1. Cinco causas de defunción en 2017. Fuente Comunicado de prensa 525/18. Características de las defunciones registradas 2017, INEGI. (CONAPO, 2013)

En general se ha observado que las mujeres son las que tienen una mayor frecuencia de presentar comorbilidades. Los datos que proporciona el INEGI permiten conocer las principales causas de mortalidad (Tabla 2), entre ellas se encuentran la Diabetes Mellitus, enfermedades del corazón, presencia de tumoraciones, etc. A los adultos mayores de 65 años se sabe que d35 de cada 100 personas mayores presentan, al menos dos condiciones sincrónicas hablando de enfermedades crónicas por individuo, de los cuales su tratamiento utiliza el 75% de todos los gastos de salud. (Gutiérrez Robledo et al., 2016)

Tabla 2. Diez principales causas de muerte por grupos de edad. INEGI 2018

Rangos	45-54	55-64	65 y más años
1	Diabetes Mellitus 11,960	Diabetes Mellitus 23,963	Enfermedades del corazón 107,046
2	Tumores malignos 10,471	Enfermedades del corazón 17,091	Diabetes Mellitus 65,605
3	Enfermedades del corazón 9,271	Tumores malignos 16,767	Tumores malignos 45,958
4	Enfermedades del Hígado 8,071	Enfermedades del Hígado 9,559	Enfermedades cerebrovasculares 26,497
5	Accidentes 4,306	Enfermedades cerebrovasculares 4,268	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 20,739
6	Agresiones(homicidios) 3,732	Accidentes 3,579	Enfermedades del hígado 14,713
7	Enfermedades cerebrovasculares 2,403	Influenza y neumonía 2,268	Influenza y neumonía 14,200
8	Influenza y neumonía 1,613	Insuficiencia renal 1,972	Accidentes 8,041
9	Insuficiencia renal 1,284	Agresiones (homicidio) 1,665	Insuficiencia renal 7,817
10	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana 927	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas 1,545	Desnutrición y otras deficiencias nutricionales 5,698

Por lo anterior, es necesario buscar estrategias que ayuden al Sistema de Salud para extender los cuidados con el fin de responder a las necesidades en los servicios de salud, ya que a medida que aumenta la frecuencia de estas enfermedades crónicas el cuidado debe ser más oportuno. Lo anterior con el propósito de evitar una saturación en el sistema de salud ya que estos números son crecientes; aunque la supervivencia de enfermedades crónicas ha mejorado no existe evidencia de que la incidencia disminuya. El Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2012 mostró que la detección de enfermedades crónicas ha ido incrementando, por tal motivo se han instaurado programas de prevención, como parte de una intervención ante esta situación, y es que se han reportado que los adultos mayores residentes de áreas urbanas reportaron un mayor uso de servicios de salud, mientras que los de bajo nivel socioeconómico tenían menor acceso (Wong & Díaz, 2007). Es importante mencionar que el crecimiento de la mortalidad puede llevar a un mayor riesgo de discapacidad y con ello dependencia tanto funcional como económica.

4. MARCO CONCEPTUAL:

4.1. ENVEJECIMIENTO:

Proceso que se encuentra caracterizado por la disminución en la totalidad de las funciones, desde nivel multisistémico hasta el nivel molecular, encontrando una disminución en la fertilidad y un aumento en la mortalidad; siendo un proceso heterogéneo vinculado a un mayor riesgo de mortalidad. Sin embargo, no existe una definición única de envejecimiento hasta el momento, dentro de las definiciones propuestas se encuentran:

- **Folkis:** "Proceso biológico multifactorial, que comienza mucho tiempo antes que la vejez, y que evoluciona de forma continua, siguiendo un curso determinado por las propias características intrínsecas." (Gil Gregorio, 1993) (Paul E. Segall, 1980)
- **Bourliere:** El envejecimiento incluye "Todas las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos." (Gil Gregorio, 1993)
- **Rowe:** "El envejecimiento humano se muestra como un proceso que se extiende a lo largo de la vida que se cristaliza en un determinado momento. Es inevitable, ya que no puede detenerse salvo en la muerte" (Rowe & Kahn, 1987).
- **Ollar:** "Es un proceso natural de duración variable, homogéneo para cada especie, sobre el que influyen numerosos factores condicionantes, algunos propios del individuo (genéticos) y otros ambientales o circunstanciales. Este proceso es dependiente del tiempo y consiste en un progresivo incremento de la vulnerabilidad y la disminución de la viabilidad del organismo, asociados con una creciente dificultad en las posibilidades de adaptación y una mayor susceptibilidad de contraer enfermedades, lo que eventualmente conduce a la muerte." (Ollar J, 1997).

Observando que el envejecimiento, es un proceso dinámico y multifactorial, inherente a todos los seres humanos, se considera que el envejecimiento hace referencia a todas las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de las exposiciones a lo largo del tiempo. Hasta la fecha no se ha logrado un consenso en el concepto de envejecimiento; sin embargo, para poder comprender al envejecimiento es necesario tener un panorama donde se vea al individuo como un ser dinámico, en el cual se involucren todos los aspectos, en el cual se disminuyen las capacidades físicas y mentales, dando como resultado una disminución de la autonomía y la adaptabilidad siendo un proceso determinado por múltiples factores.

El proceso ha sido estudiado, partiendo de diferentes teorías que tratan de explicar el envejecimiento; sin embargo, ninguna de ellas logra explicar en su totalidad este complejo proceso:

La teoría del soma desechable: Considera que al terminar el periodo reproductivo el objetivo de preservación ha concluido. En este periodo se destinan todos los recursos a la reproducción (Kirkwood & Austad, 2000).

La teoría del incremento en la mortalidad extrínseca: Explica la presencia de los factores propios del organismo, como enfermedades degenerativas, mutaciones, alteraciones psicológicas; conociéndose como la mortalidad intrínseca y la mortalidad extrínseca: se refiere a los factores ambientales o externos al individuo. Esta teoría plantea que conforme aumenta la mortalidad extrínseca, ocurre una disminución en la presión de selección natural debido a que los organismos mueren jóvenes y su periodo de reproducción es temprano; por lo tanto, cualquier gen que prolongue la vida del organismo tiene una reducida probabilidad. Si la mortalidad extrínseca se reduce, las posibilidades de heredar genes longevos se incrementan (Kirkwood & Austad, 2000).

Teoría de la pleiotropía antagonista: Hace referencia a la definición de los genes pleiotrópicos (es cuando se produce dos efectos distintos y no relacionados entre sí). El pleitropismo es antagonista cuando uno de los efectos es dañino para el organismo; los genes no se eliminan de la especie si no que producen efectos negativos antes del cese de la capacidad reproductiva (Kirkwood & Austad, 2000).

Dando con ello una visión amplia de este proceso, permitiendo ver la interacción con el medio y los diferentes factores que lo pueden determinar, desde factores intrínsecos como extrínsecos

(escolaridad, sexo, residencia, funcionalidad, apoyo familiar, cobertura de servicios o bienestar económico). (Gavrilov & Gavrilova, 2002).

El envejecimiento es un fenómeno global actualmente, y no un fenómeno aislado en ciertos países, por lo que su estudio es relevante. El "Measuring population ageing: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017" (Chang, Skirbekk, Tyrovolas, 2019) captura con mayor precisión el estado de salud de las diferentes poblaciones a nivel mundial reflejando con ello la heterogeneidad en la forma en que las personas envejecen y enferman.

Este proceso se combina con otros determinantes que continuamente interactúan entre sí, como lo explican en el artículo "Adultos mayores mexicanos en el contexto socioeconómico amplio: Salud y envejecimiento (Amjad et al, 2018), el cual habla de los múltiples factores tanto externos como internos (desde escolaridad, sexo, residencia, salud, funcionalidad, apoyo familiar, cobertura de servicios y bienestar económico) y su dinámica con el proceso de envejecimiento, por lo que resulta interesante conocer esta relación para su estudio.

En la visión biomédica se clasifica:

- ⌘ **Envejecimiento fisiológico:** es aquel que cumple una serie de parámetros aceptados en función de la edad de los individuos y, sobre todo, le permiten una buena adaptación física, psíquica y social al medio que le rodea.
- ⌘ **Envejecimiento patológico:** cuando hay frecuencia en la presencia de enfermedad, alterando los diversos parámetros que impiden o dificultan la adaptación. Es decir que producen un empeoramiento de la capacidad funcional orgánica en el proceso de envejecimiento fisiológico.

Dentro del estudio del envejecimiento han surgido otras definiciones; que nacieron con el objetivo de promover orientaciones políticas, algunos organismos internacionales han promovido su propia definición:

- **Envejecimiento competente:** Su antecedente inmediato es el envejecimiento exitoso. Se plantea el reto de disminuir las probabilidades de enfermedades y sus discapacidades asociadas, un alto funcionamiento cognitivo y funcional, con un alto compromiso con la vida (Fernández-Ballesteros et al., 2010).
- **Envejecimiento satisfactorio:** Considerado un nuevo paradigma de la gerontología, fue propuesto por Baltes, PB y Baltes, MM (1990). y busca promover cambios en la conducta y el aprendizaje de comportamientos saludables y adaptativos, que, en su sentido más amplio, permite a las personas de edad satisfacer sus expectativas personales y cubrir las exigencias que le impone el medio donde viven. Para que se produzca se necesita:

- ⌘ Estilos de vida satisfactorios.
- ⌘ Mantenimiento de las reservas funcionales y corporales.
- ⌘ Prevención de las enfermedades y discapacidades.
- ⌘ Una sociedad más amigable con esta población.

- **Envejecimiento exitoso:** La primera definición y **teoría de la actividad** Havighurst (1961) describe el envejecimiento exitoso en términos de felicidad y satisfacción vital, haciendo hincapié en el desarrollo de las condiciones para promover el máximo nivel de satisfacción y felicidad. A su vez interpreta el concepto de envejecimiento activo como la cooperación continua a las actividades, con el fin de mantener un sentido positivo. Havighurst, defiende que las personas que presentan un envejecimiento exitoso están satisfechas, son activas, independientes, autosuficientes, haciendo un contraste con la visión tradicional del deterioro.

La teoría de la desvinculación Aldridge (1962) hace referencia a la necesidad de reducir la participación en diversos tipos de actividades a medida que aumenta la

edad. La tarea central del envejecimiento se convierte así, en ir abandonando gradualmente y de la mejor manera posible, las actividades.

Por otro lado, en la **teoría de la Adaptación a la jubilación Welford (1963)** se definió al envejecimiento exitoso como la capacidad de adaptación a la jubilación. Identifican 3 tipos de adaptación adecuada:

- Tipo mature (maduro): basan su vida en el compromiso, de ello depende su propia satisfacción.
- Tipo docking chair (mecedora): anticipa la oportunidad de una vida libre de trabajo y otras actividades con un estilo de vida pasivo.
- Tipo armored (blindado): basan su vida en el compromiso, de ello depende su propia satisfacción.

Entre los tres grupos se muestra una adaptación reducida, los que son infelices en las etapas finales de la vida y los que se sienten culpables de su propia infelicidad.

Teoría de la personalidad Neugarten (1972): analiza el papel de la personalidad en el envejecimiento con éxito. Los estilos de afrontamiento, la capacidad de adaptarse y las expectativas, así como el nivel de ingreso económico, la salud, las interacciones sociales y los límites impuestos por el medio ambiente, se consideraron como factores relacionados con la personalidad, jugando una dinámica compleja en el envejecimiento exitoso. Además, introduce las características sociales y de salud del modelo de Reichard, el cual se centró solo en la personalidad, reconociendo la multidimensionalidad del envejecimiento exitoso.

En el Modelo de Envejecimiento exitoso Rowe & Kahn (1987) se define el término de envejecimiento exitoso como un término multidimensional el cual consta de tres componentes:

1. Baja probabilidad de enfermar o de presentar discapacidad.
2. Alto funcionamiento cognitivo y físico
3. Alto compromiso con la vida.

Estos tres componentes se encuentran vinculados entre sí, en forma jerárquica. En otras palabras, el envejecimiento exitoso es más que la ausencia de enfermedad y es más que el mantenimiento de la capacidad funcional (Petretto et al., 2016). Ambos elementos son importantes, pero uno no es dependiente del otro, y su combinación con la participación en la vida construye a este concepto.

Ryff (1989), propone un nuevo conjunto de criterios que no sólo describen la satisfacción con respecto a la propia vida, sino que se refiere al crecimiento y al progreso en las edades más avanzadas. La definición de este autor incluye 6 dimensiones del funcionamiento positivo: aceptación, autonomía, crecimiento personal, propósito en la vida, relaciones positivas con otros y dominio del entorno. El autor destaca que el envejecimiento es un proceso de desarrollo en el que el crecimiento es posible.

4.2 EVOLUCIÓN DE MODELOS DEL ENVEJECIMIENTO EXITOSO:

El desarrollo de múltiples modelos para su estudio son parte de la evolución de este concepto; partiendo desde el Modelo de selección, optimización y compensación (SOC), (Petretto et al., 2016). Este analiza las estrategias a través de las cuales pueden ser manejadas las dificultades asociadas con el envejecimiento que se pueden encontrar en el intento de alcanzar los objetivos personales y prioritarios para la propia vida. Conceptualizando así al envejecimiento como un equilibrio entre las pérdidas y las ganancias. Hay una tendencia a compensar las pérdidas y mantener un alto nivel de satisfacción en sus vidas. El modelo afronta con éxito los cambios negativos. Este modelo destaca la importancia de crear un

ambiente personal en el que el éxito es posible, eligiendo entre los diferentes dominios de la vida y definiendo una jerarquía de objetivos.

El modelo que completa el modelo propuesto por Rowe y Kahn es el de Structural lag de Riley Riley MW, Riley JW. (1994) el cual toma en cuenta los factores sociales y estructurales que influyen en el envejecimiento. Basándose en la distinción entre persona y rol, y en el enlace entre comportamientos, actitudes y oportunidades sociales de acceder a roles, Riley señala que las oportunidades de rol se modifican lentamente con respecto a las modificaciones de patrones comportamentales entre diversas cohortes de ancianos. (Riley MW, Riley JW, 1994).

El coping (o afrontamiento) proactivo es el modelo que responde a los límites del modelo de Rowe y Kahn. Este modelo reconoce que las personas mayores, que se enfrentan a eventos estresantes, pérdidas, lutos y a una reducida adaptación ambiental, pueden mantener un buen nivel de calidad de vida si consiguen crear estrategias internas de afrontamiento y recursos sociales externos. Estas estrategias se pueden traducir en adaptaciones comportamentales proactivas, es decir, adaptaciones puestas en marcha antes de que aparezcan los eventos estresantes y que implican la promoción de la salud, llevándose a cabo a través de la integración del apoyo, la modificación de los roles y del ambiente.

El *coping proactivo* se define como el conjunto de estrategias que las personas llevan a cabo para prevenir actos estresantes futuros con el fin de minimizar sus efectos. El *coping proactivo* es, por lo tanto, un proceso psicológico que según los autores está compuesto por 5 fases:

- 1: Disponibilidad de recursos que pueden acumularse a lo largo de la vida para construir la resistencia y para estar lo más preparados posible.
- 2: Verifica el análisis del ambiente en búsqueda de amenazas.
- 3: Análisis del ambiente en busca de estímulos que indiquen la presencia de factores estresantes potenciales que requieren una intervención.
- 4: Prevé la activación de esfuerzos de adaptación que incluyen acciones comportamentales, como buscar información sobre los factores estresantes, y acciones cognitivas, como la planificación con el fin de prevenir o minimizar dichos factores estresantes.
- 5: Fase final que da información sobre el desarrollo de los potenciales factores estresantes y los resultados de los esfuerzos de adaptación. Dicha adaptación proactiva puede ayudar a reducir los efectos de los eventos estresantes sobre la calidad de vida, el bienestar psicológico, el significado de la vida y de mantenerse activo.

Kahana y Kahana describen y analizan el rol de las estrategias preventivas en el envejecimiento activo, junto con las reacciones y los cambios estresantes.

4.3 MODELOS EUROPEOS Y LA CONTRIBUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD:

Envejecimiento activo surge como un intento para unir ámbitos políticos y de salud, donde la OMS describe seis tipos de determinantes, desde el marco político. Definiéndolo como "el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen" OMS (2002). Con ello se muestra la relevancia de actuar en diferentes ámbitos con el propósito de ver a las personas mayores como un recurso para sus familias, comunidades y economías, ya que en los determinantes que analiza incluye diversos aspectos tales como (Petretto et al., 2016):

1. Determinantes relacionados con los servicios sociales y sanitarios: promoción de la salud y prevención de la enfermedad, servicios curativos, asistencia de larga duración y servicios de salud mental.

2. Determinantes conductuales: tabaquismo, actividad física, alimentación sana, alcohol, medicamentos y cumplimiento terapéutico.
3. Determinantes relacionados con factores personales: factores psicológicos, genéticos y biológicos.
4. Determinantes relacionados con el entorno físico: seguridad en la vivienda, caídas y ausencia de contaminación.
5. Determinantes relacionados con el entorno social: apoyo social, violencia y abuso, educación y alfabetización.
6. Determinantes económicos: ingresos, protección social y trabajo.

Los factores clave de este modelo del envejecimiento activo son:

- 1) Autonomía, percibida como la habilidad de controlar, adaptarse y poder tomar decisiones personales sobre la propia vida.
- 2) Independencia, habilidad de continuar autónomamente las actividades de la vida cotidiana, capacidad de vivir de forma independiente en la comunidad o sin ayuda de otras personas.
- 3) Calidad de vida, es un concepto amplio que integra la salud física de la persona, con el estado psicológico y las relaciones con características destacables del ambiente. Cuando las personas envejecen, su calidad de vida está fuertemente determinada por su habilidad para mantener la autonomía y la independencia, y por la esperanza de vida sana, es decir, la esperanza de vida sin enfermedad.

A su vez propone cuatro políticas que resultan fundamentales para la respuesta de los sistemas de salud: prevenir y reducir la carga del exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura; reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores que protegen la salud durante el curso de la vida; desarrollar una continuidad de servicios sociales y de salud que sean asequibles, accesibles, de gran calidad y respetuosos con la edad, y que tengan en cuenta las necesidades y los derechos de las mujeres y los hombres a medida que envejecen; proporcionar formación y educación a los cuidadores (OMS, 2015).

4.4 ENVEJECIMIENTO SALUDABLE:

Una década después, en 1998, la OMS propone el término de envejecimiento saludable, término que se emplea desde círculos académicos y políticos; insistiendo en el desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables, y en la prevención temprana de ciertas enfermedades y discapacidades. Siendo este apoyado por la propuesta del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) que busca promover la capacidad emprendedora del envejecimiento reconociendo la contribución económica de los mayores, sobre todo en países pobres y fomentando con ello la inversión institucional en créditos para proyectos productivos y promoviendo que el adulto mayor no sea segregado de las actividades productivas ((Engler, 2005).

La Organización Mundial de la Salud lo define como un proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Describe los elementos centrales del modelo que son: la satisfacción de necesidades básicas, aprender, crecer y tomar decisiones; tener movilidad; establecer y mantener relaciones, y contribuir a la sociedad. Otros elementos son tener la posibilidad de vivir en entornos que apoyan y mantienen la capacidad intrínseca y la capacidad funcional que es fundamental para el envejecimiento saludable teniendo como antecedente el concepto de envejecimiento activo y exitoso (OMS, 2015). En el cual esta estructurado de la siguiente

forma: Elevado nivel cognoscitivo+ funcionamiento físico+bajo riesgo de presentar enfermedades + participación.

La mayoría de los modelos empleados solían tener un enfoque biomédico alejado de los aspectos psicosociales, cuestión que se han ido complementando al ser estudiado como se puede ver; identificando numerosos factores que se relacionan con el desarrollo de este proceso. Con la finalidad de comprender este proceso (Cosco, Prina, Perales, et al., 2013) realizó una revisión, en la literatura mostrando las diferentes perspectivas del envejecimiento exitoso (SA), estudiándolo desde un marco meta-etnográfico lo que ha permitido una mayor comprensión del proceso y la dinámica con los factores que lo rodean. La evolución de este concepto se describe en el estudio "A Meta-Analysis of the Correlates of Successful Aging in Older Adults" (Kim & Park., 2017), el cual cambia el enfoque en el cual se pregunta: "¿cuánto tiempo?" a "¿qué tan bien?" o "¿qué tan saludable?" para vivir como un adulto mayor; incluyendo la calidad de vida, tema esencial para promover el mantenimiento de la salud y la vitalidad.

La primera de estas teorías fue desarrollada por Peel, McClure, & Bartlett (2005), quienes centraron el concepto de envejecimiento saludable partiendo de los estudios que han analizado la forma longitudinal los determinantes comportamentales, o variables vinculadas con el estilo de vida, al tipo de alimentación; entre otros, para lograr una mejor comprensión de este término (Petretto et al., 2016).

El envejecimiento saludable busca la optimización de las oportunidades para mejorar y preservar el bienestar físico, social, mental, la independencia y la calidad de vida. Por ello la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el primer Informe mundial sobre el Envejecimiento y la salud, revisando los antecedentes y las deficiencias que hasta entonces existían, proporcionando un marco de acción, basándose en 19 documentos. El informe realiza una redefinición del concepto de envejecimiento saludable, centrándose en la capacidad funcional de la persona: representa el potencial para llevar a cabo las actividades que consideren relevantes en su vida, lo que asegura su bienestar, interactuando continuamente con la capacidad intrínseca. (OMS, 2015).

Capacidad intrínseca: es el reflejo del estado de salud, ya que son las características personales las cuales abarcan desde características genéticas, psicológicas y cuyo punto central procura mantener la funcionalidad, que puede estar influida por la presencia de enfermedades o de rasgos asociados al envejecimiento y tienen cierta interacción con el entorno y que pueden interferir con la capacidad funcional (OMS, 2015).

Entorno: comprende factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona y van desde el aspecto micro hasta el macro, incluyendo las actitudes, relaciones, valores, políticas de salud y sociales, los sistemas que las sustentan y los servicios que brindan. (OMS, 2015).

Bienestar: término que aplica al estado de la persona que cursa con buen estado de salud o control de su enfermedad, dándole un sentido de satisfacción y tranquilidad a la persona, consideran la felicidad, y la plena realización. (OMS, 2015).

Su integración da como resultado la descripción de un proceso dinámico entre la capacidad funcional e intrínseca; no era suficiente saber que es un proceso de acumulación gradual de daños moleculares y celulares, que traen consigo una disminución en las reservas fisiológicas, si lo vemos como se ha descrito desde el aspecto biológico. Para su estudio al igual que en el envejecimiento exitoso surgieron diferentes modelos. (Fernández Ballesteros et al., 2010), lo definió como un proceso multidimensional que comprende y trasciende respecto al buen estado de salud, compuesto por una amplia gama de factores biopsicosociales. Las condiciones de salud, funcionamiento físico óptimo, alto funcionamiento cognitivo, afecto positivo y participación social son los criterios generalmente aceptados. (Fernández-Ballesteros et al., 2010).

Gutiérrez Robledo & Gutiérrez Ávila (2010) describe la incursión de hábitos que conduzcan a mejores estilos de vida con el uso de estrategias de autocuidado; permitiéndole un bienestar en la capacidad funcional, la cual habla de tener movilidad, mantener y crear relaciones, la satisfacción de necesidades básicas, aprender, crecer y la toma de decisiones.

4.5 FACTORES RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE:

El envejecimiento saludable es un proceso dinámico que, al no contar con un consenso del concepto, surgen numerosas construcciones para su medición y estudio. Algunos de los estudios realizados se han centrado en diferentes factores, englobando:

- Factores demográficos
- Salud
- Comportamentales y psicológicos:
 - Tabaquismo.
 - Consumo de alcohol.
 - Actividad física.
 - Alimentación.

Los factores que se han estudiado en conceptos como el envejecimiento exitoso resultan una base para la medición del envejecimiento saludable, entre ellos (Tabla 3):

Tabla 3. Factores relacionados con el Envejecimiento

<i>Factores relacionados</i>	<i>Autor y año</i>
Tabaquismo	<i>Haveman-Nie, (2003)</i>
Actividad física	<i>Haveman-Nies (2003)</i>
Consumo de alcohol	<i>Vaillant (2001)</i>
Estabilidad conyugal	<i>George E. (2001)</i>
Peso	<i>Strawbridge (2002)</i>
IMC	<i>Strawbridge, Wallhagen,</i>
Tipo de dieta	<i>& Cohen(2002)</i>
Cantidad de comidas	
Horas de sueño	

Lo que refleja la interacción permanente entre las personas y ciertos factores con los que interactúan; esto se traduce en trayectorias de capacidad intrínseca y funcional.

Presentándose así numerosos obstáculos, entre ellos el analfabetismo, la legislación que impide la participación en determinadas actividades fundamentales, como el imponer edades para la jubilación obligatoria o excluir a un sexo del ejercicio de funciones clave. (OMS, 2015)

4.6 USOS DE SERVICIOS DE SALUD EN EL ENVEJECIMIENTO:

La salud y los servicios médicos adquieren mayor importancia en el envejecimiento; como proceso social y actual con los diversos elementos que los integran. La salud ha estado presente a lo largo de la historia del hombre estando presente de diferentes formas en cada acción que se toma y en cada decisión; y es que la salud se ha ido adaptando a condiciones, creencias, costumbre y normas. Siendo reconocido como un derecho social a través de la declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU donde se enuncia en el artículo 25 que: "Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a un nivel

de vida adecuado que le asegure, así como a su familia la salud y el bienestar...". (ONU, 1993)

En México, la Declaración de Derechos Humanos y de la obligación de contar con derechos sociales, es que se incluye como parte de la política pública, modificando el artículo 4º de la constitución donde se considera: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley define las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, estableciendo la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de Salubridad General, conforme a lo que dispone la fracción XVII del art. 73 de la Constitución Mexicana". (Constitución Política, 2014)

Por lo que los sistemas de salud se convierten en el medio para establecer el contacto con la población y la satisfacción de las necesidades de atención médica, la cual tiene ciertas cualidades que debes estar en la prestación de servicios uno de ellos es el ser equitativo, así como el poseer cierto grado de calidad. Hablándose de una condición en la cual no exista distinciones para satisfacer estas atenciones médicas mencionadas y es que al estudiarlas resulta complicado su abordaje ya que si bien es necesario cumplir con la disponibilidad del sistema; existen otros elementos que se deben estudiar; ya que el ofrecer un servicio médico no es sinónimo de que la persona realmente haga uso de el. En la accesibilidad a los servicios de salud interactúan condiciones como la distancia, los horarios, las dotaciones y cualidades individuales para demandar servicios. Siendo afectada por las políticas e instituciones, el capital humano, nivel tecnológico de la sociedad, la reducción de la pobreza, lo que genera una mejor salud. (Sánchez-Torres, 2015)

Siendo abordada la accesibilidad desde tres vertientes:

- a) Como parte del proceso de implementación de la política pública.
- b) Como un componente de la política pública integral de salud propuesta por la OMS.
- c) Como el eslabón que une los procesos de oferta y demanda.

El acceso por definición es el "poder de disponer de los recursos del servicio de salud". Para Dixon-Woods et al (2006), la forma más fácil de entender el acceso es a través del concepto de candidatura, o "candidacy", que describe la elegibilidad de las personas para la asistencia sanitaria, determinada por ellas mismas y por los servicios de salud.

Los desarrollos teóricos señalan dos aspectos que se deben considerar, una de ellas es el acceso a los servicios de salud de acuerdo a las características de la población, en donde se analiza el ingreso familiar, cobertura del seguro, la actitud hacia la atención médica y el desempeño del sistema de salud: El acceso puede ser evaluado a través de indicadores de resultado del paso de los individuos en el sistema, como se puede ver en las tasas de utilización o el índice de satisfacción.

El acceso a los servicios de atención a la salud puede ser conceptualizado a partir del objetivo de la política pública de salud, por lo que considera las características del sistema de atención y el riesgo de la población a enfermarse, así como la satisfacción del consumidor y es que ha sido un tema analizado desde la segunda mitad del siglo XX, donde se propone un marco para su análisis, en el cual se planteaban la importancia de visualizar el acceso a partir de la necesidad de salud de los individuos y la forma en la que llegaban al sistema; resaltando la importancia de las características de la población, siendo que estas pueden o no facilitar su utilización, así como la relevancia que se tiene de la percepción del estado de salud, con ello se plantea el contexto, el cual considera que va más allá del propio sistema de Salud. (Fajardo-Dolci, 2015).

De acuerdo con la OMS, el acceso a los servicios de salud se puede medir a través de la utilización de los servicios de salud, como ya se menciona por parte de los individuos, siendo

determinado por la estructura del sistema OMS (2000). El uso de servicios se describe como una dimensión dentro del concepto de acceso a los servicios de salud.

Para ello se han desarrollado múltiples modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud como:

1. Epidemiológico: Este modelo se basa en las necesidades de salud (daños a la salud) de la población que requieren servicios y recursos. Dependiendo de la exposición a factores de riesgo asociados a la probabilidad de desarrollar enfermedad es el uso de los servicios. (Arredondo, A., & Melendez, 1991)
2. Psicosocial: Modelo propuesto por Irwon M. Rosenstock basado en el concepto de la actividad que realiza una persona para estar sana previniendo con ello la probabilidad de enfermar; este modelo no da una explicación detallada, solo intenta hablar de las variables que sean más significativas para entender el comportamiento de los actores en el área. de salud. (Arredondo, A., & Melendez, 1991)
3. Económico: Existen múltiples modelos que explican la utilización de los servicios; basándose algunos en ecuaciones de demanda derivados de la función de utilidad esta depende del presupuesto y otros modelos propuestos por otros autores incorporando el argumento de Becker, sobre la existencia de costos de tiempo asociados con las actividades de consumo. (Arredondo, A., & Melendez, 1991)
4. Sociológico: Existen varios modelos sociológicos los cuales explican el uso de los servicios, explicando las probables relaciones del sistema desde un nivel macro, permitiendo comprender el uso de los servicios. De esta manera se propuso que para ver el acceso de los servicios hay que considerar varios aspectos; uno de ellos la política de salud, ya que esta determina las características de los servicios y por ende la utilización de estos, así como las características de la población y satisfacción de los usuarios (Arredondo, A., & Melendez, 1991).

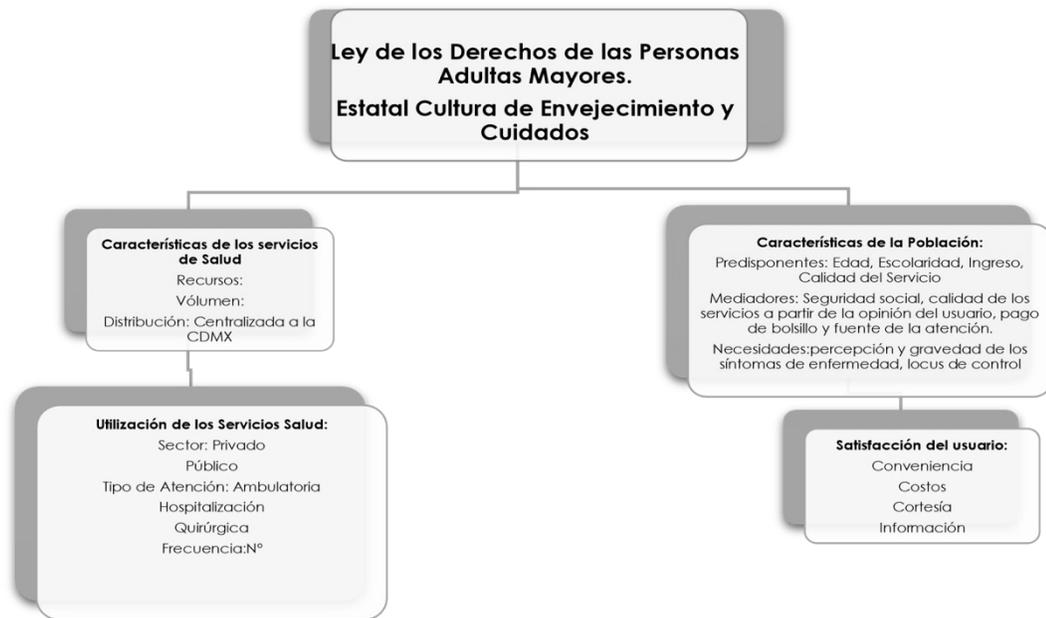


Imagen 1. Modelo de utilización de los servicios
Tomado de Andersen (2008)

El **Modelo de utilización de los servicios** establece que la utilización de los servicios de salud es resultado de la interacción de tres factores principales:

-Factores predisponentes: son aquellos factores que están presentes antes de un proceso patológico y que son independientes a la persona, y por lo tanto se consideran constantes por cambios en las políticas de salud y se les denomina variables exógenas del modelo. Se encuentran variables como: edad, escolaridad, ingreso y calidad de los servicios.

-Factores mediadores: son aquellos factores que facilitan u obstaculizan el acceso a los servicios de salud y que son susceptibles de modificación mediante las políticas de salud, como seguridad social, calidad de los servicios a partir de la opinión del usuario, pago de bolsillo y fuente de la atención.

-Factores de necesidad: incluyen la percepción y gravedad de los síntomas de enfermedad.

El modelo considera que la utilización de los servicios de salud (Imagen 1) es una función de la necesidad, siendo analizada desde dos puntos de vista:

- I. Necesidad percibida por el paciente, estado general, percepción, etc.
- II. Necesidad evaluada por el personal de salud en función a sus conocimientos.

Factores predisponentes: en su mayoría variables sociodemográficas, asociadas a creencias y composición familiar.

Factores capacitantes: Condición socioeconómica dividida en:

- a. Recursos familiares: seguros y ahorros.
- b. Recursos comunitarios: servicios disponibles y fuerza de trabajo en salud.

La aportación de este modelo permite la distinción del servicio curativo (necesidades) y del preventivo (factores predisponentes y capacitantes.)

Aday y Andersen seis años después desarrollan el modelo de utilización de los servicios, dentro del marco de accesibilidad, donde se describen las relaciones del sistema permitiendo con ello la comprensión del uso de los servicios. (Arredondo, A., & Melendez, 1991)

Por lo anterior, este modelo comprende dos dimensiones:

- 1. Variables de proceso: política, características poblacionales y de los servicios.
- 2. Variables de resultado: utilización de los servicios y la satisfacción.

Partiendo de este modelo en México se observa que, al ser sistema segmentado, el uso de los servicios de salud se asocia a la afiliación o derechohabencia a alguna de las instituciones de salud.

En el periodo 2008 a 2016, la carencia por el uso de los servicios de salud (medida únicamente como afiliación) se redujo 22.9%, al pasar de 38.4% en 2008 a 15.5 % en 2016, es decir, 19 millones de personas reportaron no contar con acceso a servicios médicos (CONEVAL, 2018). La disminución de este indicador se debió ante todo al avance en la afiliación al Seguro Popular.

4.7 EL MODELO DE CONDUCTA DEL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD:

El modelo de comportamiento ha evolucionado a través del tiempo, dando respuesta a problemas emergentes en la política de salud y en la prestación de servicios de salud. Se describen 5 fases de la evolución de este modelo las cuales son:

- Fase 1 (1960): Esfuerzo inicial, con la finalidad de ayudar a la comprensión del por qué las familias usan los servicios de salud, para definir y medir el acceso equitativo a la atención de salud, y para ayudar a desarrollar políticas para promover el acceso equitativo (Aday, L. A., & Andersen, R. 1974)
- Uno de los objetivos principales del Modelo de comportamiento original fue ayudar a definir y medir las múltiples dimensiones del acceso a la atención. El acceso se define como la presencia de recursos habilitadores. El acceso realizado es el uso de los servicios.
- Fase 2 (1970): Lu Ann Aday y otros colaboradores en el Centro de Estudios de Administración de la Salud en la Universidad de Chicago dicen que el sistema de atención médica hace hincapié en la importancia de la política nacional de salud, de los recursos y la organización del sistema de atención de salud para determinar el uso de los servicios de salud de la población. Agregándose así la satisfacción del consumidor como un resultado explícito de la utilización de los servicios de salud. (Aday, L. A., & Andersen, R., 1974)
- Fase 3 (1980-1990): Evolucionó en los años ochenta. Aunque se mantuvo principalmente como un modelo de utilización de servicios de salud, reconoció un tipo adicional de comportamiento de salud (prácticas de salud personales como la dieta y el ejercicio) que interactúan con el uso de los servicios de salud para influir en los resultados de salud. Se agregó a la satisfacción como resultado del modelo. El acceso se establece cuando los estudios de utilización muestran que el uso mejora el estado de salud o la satisfacción del consumidor. El acceso eficiente se muestra cuando el nivel de estado de salud o la satisfacción aumenta en relación con la cantidad de servicios de atención médica consumidos. (Aday, L. A., & Andersen, R., 1974)
- Fase 4 (1990): Consiste en la naturaleza dinámica y recursiva de un modelo de uso de los servicios de salud que incluye resultados del estado de salud. Ilustra los múltiples determinantes del uso de los servicios de salud. La implementación de esta fase del modelo requiere una conceptualización más creativa y desafiante, diseños de estudios longitudinales

y experimentales y tipos de análisis estadísticos innovadores. Sin embargo, la recompensa potencial es una mejor comprensión del uso de los servicios de salud e información sobre políticas de salud importantes. (Aday, L. A., & Andersen, R., 1974)

- Fase 5 (años 2000): Enfatiza la comprensión del uso de los servicios de salud que se logra mejorar al centrarse en los determinantes contextuales e individuales. Estas miden en un nivel agregado, en lugar de individual, e incluyen la organización de la salud y los factores relacionados con el proveedor y la comunidad. (Andersen, 2008)

Se agrega en esta fase un tipo de comportamiento de salud (además del uso de servicios de salud y prácticas personales de salud), el proceso de atención médica. Este es el comportamiento de los proveedores que interactúan con los pacientes en la prestación de atención médica (Imagen 2).

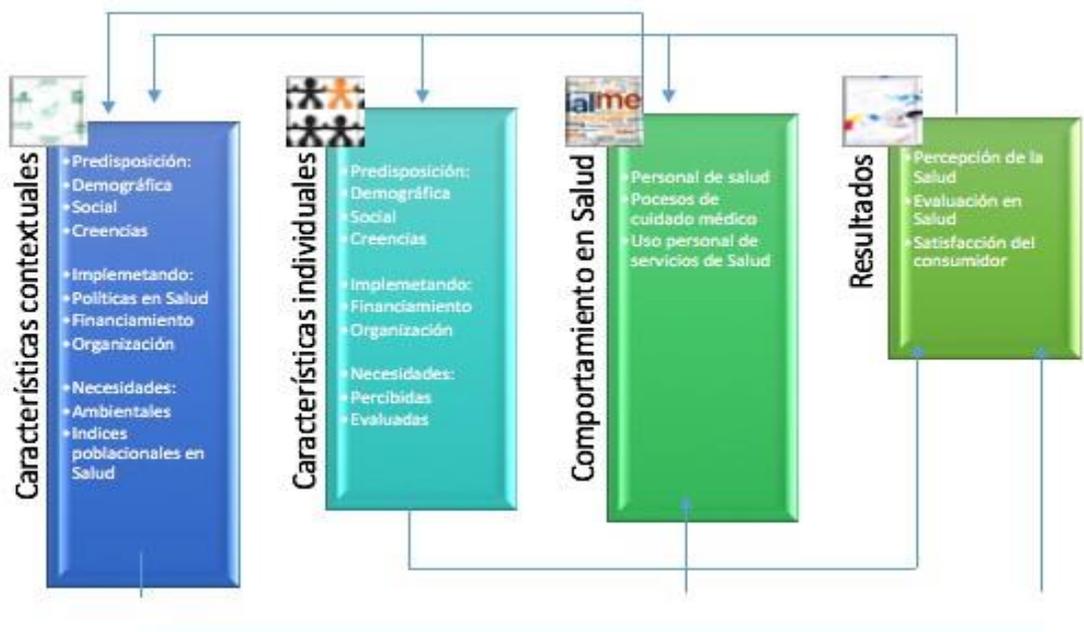


Imagen 2. Modelo de comportamiento del uso de servicios de Salud incluido el contexto y las características individuales. Tomado de Andersen (2008)

5. ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

Se han realizado estudios sobre este tema; uno de ellos es: **“Uso de los servicios de Salud por población 60 años y más en México.”** (Borges-Yáñez & Gómez-Dantés, 1998). En este estudio se demuestra la necesidad de fortalecer los programas tanto de apoyo como los preventivos en esta población creciente; ya que esta población solo hace uso de los servicios de salud cuando tiene alguna afección que no pudo resolver por sí mismo. A su vez nos ilustra la situación en cuanto al uso de los servicios de salud por esta población como una de los usuarios más frecuentes con datos de la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA-II) de donde se tomó para el análisis de datos donde se vio que la mayoría de los usuarios eran personas retiradas de una vida activa laboralmente y que en su mayoría son mujeres, reportando una tasa de utilización del 59% en seis meses y de 80% en un año por la parte Privada se encontró un 38%, siendo un estudio interesante el cual permite el acercamiento con el modelo sociológico que propone Andersen sobre los determinantes de uso de los servicios médicos. (Borges-Yáñez & Gómez-Dantés, 1998).

La relevancia del uso de los servicios se deja apreciar en este estudio **“Utilización de la atención de salud entre mexicanos mayores: desigualdades socioeconómicas y de salud.”** (Wong & Díaz, 2007), en el cual se asocia el uso de los servicios de salud y las condiciones de salud y donde evidencia que a mayor edad incrementa el uso de servicios, exponiendo así como son las mujeres las que usan más estos servicios y las dificultades que presentan a su vez. Este estudio nos muestra también el poco uso de este sector en los cuidados preventivos y el aumento en los de subespecialidad, concluyendo que no sólo es responsabilidad de uno solo, sino de lograr una cultura de salud ya que la vejez debe ser disfrutada con años de calidad y no de enfermedad, por lo que es importante observar el gran reto que esto significa en todos los ámbitos (Wong & Díaz, 2007).

Así mismo, el estudio de **“Utilización de la atención médica y calidad relacionada con la salud de percepción de la vida en adultos mayores: un estudio del Instituto Mexicano”** (Gallegos-Carrillo et al, 2008) nos permite conocer la asociación positiva que se tiene entre el uso de servicios tanto preventivos como curativos con la calidad de vida relacionada con la salud desde la percepción de los adultos mayores.

6. CONCLUSIONES:

La revisión de la literatura permite conocer el marco en el que se da y se construye el término de envejecimiento saludable, permitiéndonos realizar con ello un análisis de sus componentes. El ignorar el proceso de envejecimiento puede conducir de forma gradual a muchos problemas los cuales se pueden traducir en necesidades crecientes que requieran de la realización de intervenciones oportunas con la finalidad de ofrecer mejores oportunidades para la vejez.

La creación de políticas públicas es sumamente importante ya que este puede ser la llave para la implementación y desarrollo de estrategias de acción para el envejecimiento saludable. En este marco de salud pública para un envejecimiento saludable tiene el objetivo de impulsar y maximizar la capacidad funcional, la cual se puede lograr de dos formas:

- La creación y el mantenimiento de la capacidad intrínseca.

El estudio de la población de adultos mayores en México nos permite visualizar su contexto actual y la importancia de conocer más sobre el envejecimiento y su asociación con el uso de los servicios. La mayoría de los estudios se han centrado en analizar los factores que llevan al declive funcional, y un menor número de trabajos se ha centrado en las personas que envejecen bien y la asociación de factores positivos que permiten un buen desarrollo, entre ellos se encuentran factores psicosociales, funcionales y de salud por lo cual esta relación de factores podría considerarse para su medición. En resumen, se podría estudiar el envejecimiento saludable conforme al esquema ilustrado en la (Imagen 3).

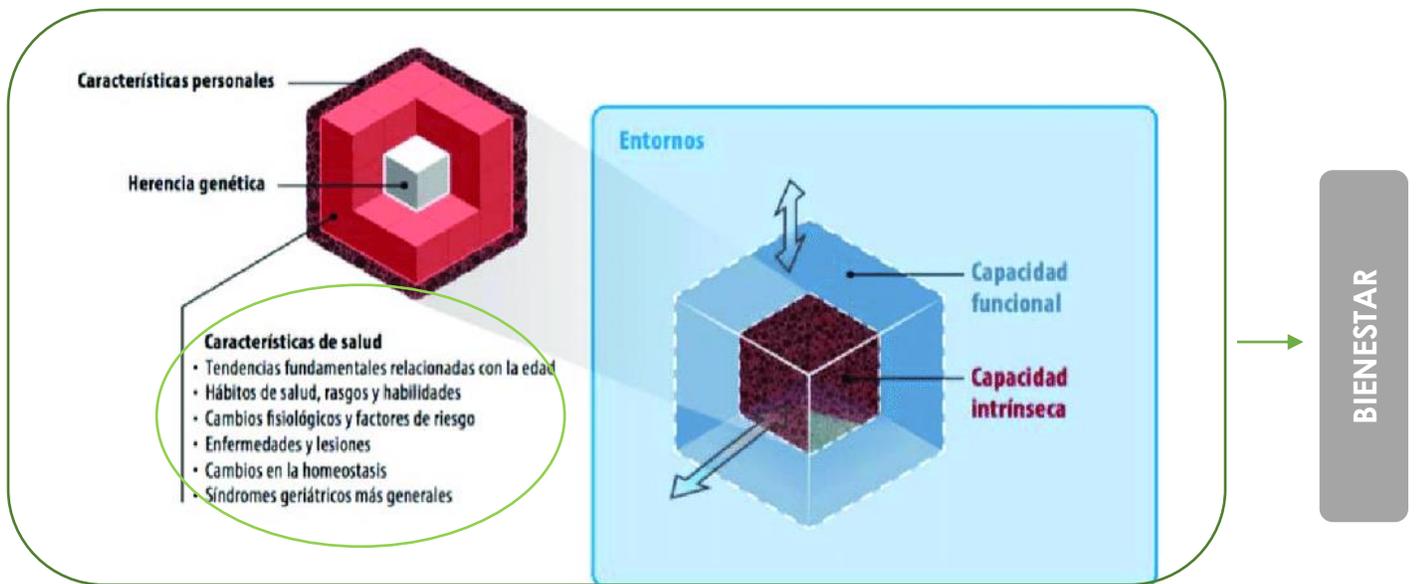


Imagen 3. Componentes para la medición del Envejecimiento Saludable. (Tomado de la OMS, 2015)

- 1) Funcionalidad: Evaluado mediante el índice de Barthel.
- 2) Participación: Uso de servicios:
 - a) La participación de algún servicio médico preventivo en el último año. (usos de pruebas preventivas)
 - b) La participación de algún servicio médico curativo (consulta médica) en el último año.
- 3) Salud: Evaluado mediante:
 - a) Adecuado estado físico (visión, audición, fuerza y equilibrio)
 - b) Ausencia de deterioro cognitivo.
 - c) Ausencia de depresión.
 - d) Presencia de Locus de control interno.

Los predictores que derivan de forma predominante en la literatura hacen referencia a las enfermedades y las deficiencias, resultando necesarios para conocer sobre el envejecimiento saludable y sus componentes, además de que pueden contribuir como factores para su medición.

Si bien, el envejecimiento es un proceso que lleva a la pérdida o deterioro de la capacidad funcional, afectando en la última etapa de la vida ya que se expresan todas las exposiciones que se tuvieron en la juventud lo que determina la evolución del envejecimiento, por lo que es relevante conocer si el uso de servicios médicos preventivos y curativos son de utilidad; tomando en cuenta el modelo sociológico propuesto por Aday y Andersen, el cual habla desde el marco de accesibilidad sobre el uso de servicios lo que permite su evaluación para comprender el uso de ellos.

7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El incremento en la tasa de envejecimiento es uno de los grandes retos en temas de salud, ya que este proceso por lo general va acompañado de enfermedades crónico-degenerativas y discapacidad, motivo por el cual es importante conocer las necesidades en salud de esta población. Como se ha descrito es uno de los sectores de la población que usa con mayor frecuencia los servicios médicos, desconociéndose si el uso de ellos es de forma preventiva o para darle seguimiento a alguna enfermedad. Aunado a esto, el tener información respecto al uso de servicios por parte de este sector poblacional nos permitirá conocer si esto incide con el estado de salud de los adultos mayores.

Es decir, no conocemos que asociación puede existir con el uso de servicios de salud, tanto preventivos (Análisis de sangre para el colesterol, prueba para la tuberculosis, prueba para la diabetes, prueba para la hipertensión o presión alta, vacuna contra la influenza, vacuna contra la neumonía, autoexploración mamaria, Papanicolaou, mastografía), como curativos, con la presencia o no del envejecimiento saludable en la población de adultos mayores. Podemos suponer que el uso de servicios preventivos pudiera relacionarse favorablemente con el envejecimiento saludable, ya que al promover este concepto como lo propone la OMS favorece mantener la capacidad intrínseca o facilitar que las personas que tienen la capacidad funcional disminuida hagan las cosas que son relevantes para ellas. sin embargo, aún no existe una evidencia como tal, lo que podría ser una herramienta útil que para mejorar el envejecimiento ya que al conocer las necesidades de esta población se podrían implementar servicios preventivos o curativos que permitan encaminar acciones para mejorar el curso del envejecimiento.

Por ello es fundamental entender el estado del envejecimiento actualmente, ya que es un proceso heterogéneo e irreversible, el cual puede o no cursarse de forma saludable, lo que implica una visión multidimensional que se encuentra compuesta por aspectos biopsicosociales, que al interactuar con otros aspectos como los servicios de salud que se ofrecen permitiría conocer cuáles son los factores que podrían favorecer su obtención.

Por lo antes expuesto resulta de interés conocer esta relación con el fin de saber si es un factor contribuyente o no. Lo anterior me llevo a la siguiente pregunta de investigación.

8. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Existe asociación entre el uso de los servicios de salud con el envejecimiento saludable en la población de la ENASEM?

9. HIPÓTESIS:

El uso de los servicios de salud se asocia favorablemente con el envejecimiento saludable.

10. OBJETIVOS:

9.1 GENERALES:

- Identificar si existe una asociación entre el uso de los servicios de salud y el envejecimiento saludable.

9.2 ESPECÍFICOS:

- Determinar la frecuencia de uso de los servicios: preventivos y ambulatorios de salud por parte de la población de 50 años y más.
- Determinar la prevalencia de envejecimiento saludable en la población estudiada y analizarla con relación a características sociodemográficas y de salud.
- Identificar algunas características de la población como posibles variables que pudieran tener un efecto entre el uso de los servicios de salud y el envejecimiento saludable.

11. METODOLOGÍA:

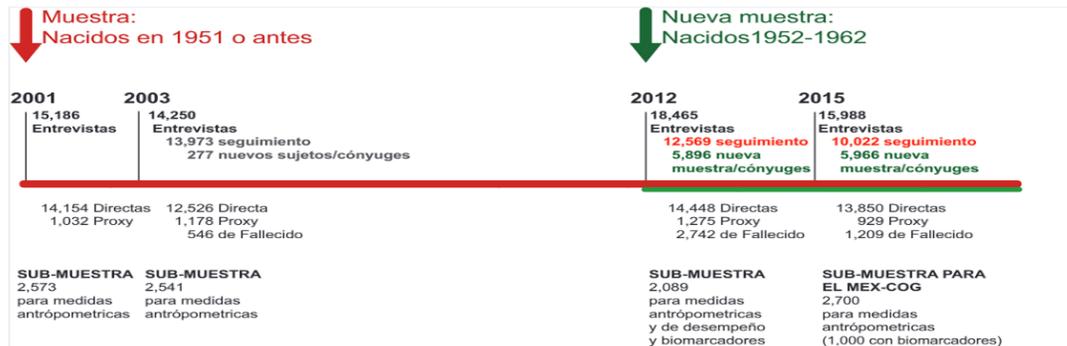
11.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Para el análisis de las variables se utilizó a la población de 50 años y más encuestada en el Estudio Nacional de Envejecimiento y Salud en México. (Mexican Health and Aging Study-MHAS, 2015)

La ENASEM es un estudio longitudinal, realizado con población mexicana de 50 y más años, realizando la encuesta en los 32 estados del país, seleccionando población de áreas rurales y urbanas.

El primer levantamiento fue en 2001 precedidos de levantamientos en los años 2003, 2012, 2015 (Figura 1) y 2018, programando una ronda adicional para 2021.

Imagen 4. Línea de tiempo de las rondas levantadas en el ENASEM. (Tomada del ENASEM)



11.2 PERIODO Y CONTEXTO DEL ESTUDIO:

El periodo seleccionado para este estudio es la cuarta ronda que fue realizada en el 2015, entrevistando a 15,988 participantes. La aplicación de la encuesta fue directa, así como con los informantes, con una duración aproximada de entre sesenta y ochenta minutos; englobando variables que incluye desde las características sociodemográficas, condiciones de salud, red de apoyo familiar, usos de servicios, migración, auto reporte de enfermedades, depresión, locus de control, cognición, datos económicos, entre otros.

11.3 DISEÑO DE ESTUDIO:

Se trata de un estudio con diseño transversal, basado en datos secundarios obtenidos de la ENASEM 2015.

11.4 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Criterios de Selección:

- Inclusión: Adultos mayores que en el levantamiento del 2015 contaban con 50 y más años.
- Adultos y adultos mayores con información completa que hayan concluido las secciones de: Aprendizaje verbal, aprendizaje verbal evocación, copia de figura, copia de figura evocación y escaneo visual, locus de control, funcionalidad, cognición, visión, audición, fuerza y equilibrio, Uso de servicios, salud.
- Exclusión: Haber estado hospitalizado en los últimos 12 meses.

11.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES:

∞ Variable dependiente:

Envejecimiento Saludable: Se define como una adecuada funcionalidad el cual se valora con el índice de barthel, un adecuado sistema Somatosensorial (evalúa visión, audición, fuerza y equilibrio), adecuada cognición (valorada con el aprendizaje verbal, copia de figura, evocación del aprendizaje verbal, evocación de figura, escaneo visual, ausencia de síntomas depresivos y de un adecuado locus de control interno).

Tabla 4. Conformación del concepto de Envejecimiento saludable:

Funcionalidad	Índice de Barthel	Actividades de la vida diaria Actividades Instrumentales de la vida diaria	Funcional o no funcional
Somatosensorial	Visión	¿Normalmente usted usa lentes?. ¿Cómo es su visión?	Visión buena y suficiente Buena audición y mala audición Fuerte y débil Equilibrado y no equilibrado
	Audición	¿Normalmente usa usted audifono o aparato auditivo?, ¿Cómo es su alcance de audición?	
	Fuerza		
	Equilibrio		
Cognición	Aprendizaje verbal	Consiste en repetir tres veces una lista de palabras, la persona debe repetir las palabras.	Puntaje 0= mínimo 8= máximo
	Copia de figura	El entrevistado debe copiar la figura que se le indica.	Puntaje: 0= mínimo 6= máximo
	Evocación de aprendizaje verbal	El entrevistado debe recordar las palabras de la lista que se le dijeron en aprendizaje verbal.	Puntaje: 0= mínimo 8= máximo
	Evocación de figura	Consiste en pedirle al entrevistado que repita la figura que copio en la primera fase de los ejercicios.	Puntaje 0= mínimo 6= máximo
	Escaneo visual	Consiste en remarcar la figura estímulo que se le muestra.	Puntaje 0= mínimo 60= máximo
Psicológicas	Síntomas depresivos	Estas preguntas se refieren a como se ha sentido usted durante la semana pasada. Para cada pregunta, por favor dígame si la mayor parte del tiempo Se ha sentido deprimido Ha sentido que todo lo que hacía era un esfuerzo Ha sentido que su sueño era intranquilo Se ha sentido feliz Se ha sentido solo Ha sentido que disfrutaba la vida Se ha sentido triste Se ha sentido cansado Ha sentido que tenía mucha energía	Punto de corte $\geq 5/9$ puntos es equivalente a la presencia de síntomas depresivos
	Locus de control interno	Le voy a leer cosas que la gente dice a veces, para cada una de las expresiones dígame si está de acuerdo o en desacuerdo. Uno es responsable de sus propios éxitos Uno puede hacer casi cualquier cosa que se proponga. Las desgracias que le ocurren a uno son resultado de sus errores. Uno es responsable de sus propias fallas.	Con control interno y sin control interno

∞ Variable independiente:

Uso de Servicios: La utilización de servicios se definió como la frecuencia del uso, en la asistencia de la población estudiada a servicios de salud preventivos o curativos en los últimos 12 meses. Para su evaluación se usó la sección C. Salud y D. Control y servicios de salud.

Estado de Salud: Se definió con el apartado en el cual por medio del auto-reporte de presencia de enfermedad, donde se tomaron en cuenta las siguientes patologías: diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar, ataque al corazón, embolia cerebral, artritis y otras enfermedades, en las que se consideró la presencia o ausencia de la enfermedad y se categorizó. Las preguntas referentes, son auto-reportes en los cuales el encuestado responde si alguna vez ha sido diagnosticado con alguna de las patologías mencionadas.

Tabla 5. Evaluación del uso de Servicios Médicos:

	<p>Preventivo en toda la población: Análisis de sangre para el colesterol Prueba para la diabetes Prueba para la hipertensión o presión alta Vacuna contra la influenza Vacuna contra la neumonía</p>	Realiza la prueba o no
Uso de Servicios Médicos	<p>Preventivo Mujeres: ¿Se examina los senos cada mes para detectar nudos o bultos? ¿Le han hecho una mamografía o una radiografía de los senos para detectar cáncer? ¿Le han hecho una prueba Papanicolaou para cáncer de la matriz?</p>	Realiza la prueba o no
	<p>Curativo: ...ha visitado o consultado con un doctor o personal médico?</p>	Realiza la prueba o no

∞ Variables modificadoras de Efecto:

Las características sociodemográficas: sexo, edad, educación, ubicación, estado socioeconómico, ocupación, exposición al tabaco o alcoholismo y satisfacción con la vida. Sexo es una variable que responde el encuestador. La variable edad se responde preguntándole al entrevistado la edad en años cumplidos al momento de la entrevista.

En el caso de nivel educativo se tomaron en cuenta los años de escolaridad, el entrevistador pregunta entrevistado el último año o grado que aprobó en la escuela (tabla 4). Para categorizar el nivel educativo se tomaron en cuenta los grupos: 0 años de escolaridad, 1 a 4 años, 5 a 9 años y 10 o más años de escolaridad.

La exposición a tabaco y alcoholismo es un conjunto de preguntas encaminadas a conocer la verdadera exposición, logrando así su categorización si hay o no la presencia de este factor.

Satisfacción es una sección de 5 preguntas, tomando de este apartado solo una, categorizándola (Tabla 6).

Tabla 6. Variables Modificadoras de efecto:

Sexo	Entrevistador registra si el informante es:	Hombre Mujer
Edad	Edad en años cumplidos	
Localidad	Habitantes por población	Rural Urbano
Años de escolaridad	¿Cuál es el último año o grado que usted aprobó en la escuela? Ninguno Primaria Secundaria Carrera técnica o comercial Preparatoria o Bachillerato Normal básica Profesional Posgrado	0 años de escolaridad 1 a 4 años de escolaridad 5 a 9 años de escolaridad 10 o más años de escolaridad
Percepción de situación económica	¿Diría usted que su situación económica es...?	Mala percepción económica- regular y mala Buena percepción económica – excelente, muy buena, buena.
Exposición	Tabaquismo: ¿Alguna vez ha fumado cigarros?, ¿Cuántos años tenía cuando empezó a fumar?, ¿Fumó usted cigarros en los últimos dos meses...? Alcoholismo: ¿Actualmente toma bebidas alcohólicas...?	Si/No
Sentimientos de satisfacción con la vida	Se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede o no estar de acuerdo. Por favor dígame lo que piensa en cada caso. En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de lo ideal. Se tomará la D.33b Estoy satisfecho con mi vida	Satisfecho ○ No satisfecho

11.6 INSTRUMENTO:

Se utilizó el cuestionario básico de la cuarta ronda del ENASEM, el cual consta de diferentes levantamientos, como ya se indicó, conformada por diferentes secciones, describiendo:

1. Sociodemográficos: Nos aporta datos para persona nueva como para los de seguimiento, se encuentran preguntas sobre datos generales como edad, sexo, religión, lugar de nacimiento, infancia, ocupación, etc.
2. Salud: Nos brinda datos del estado general de salud y sobre probables patologías, cuidados preventivos, visión, audición, fuerza, equilibrio, exposición al tabaco o a alcohol, síntomas depresivos, otros síntomas, peso y altura.
3. Control de servicios de salud: Permite conocer el acceso y el uso de los servicios de salud, tipo de servicio de salud, así como los gastos médicos, creencias en cuanto a los servicios de salud, redes de apoyo, personalidad, locus de control, satisfacción con la vida, uso del tiempo.

4. Ejercicios cognoscitivos: Preguntas de autopercepción, memoria, ejercicios basados en el Cross-Cultural Cognitive Examination diseñado por Glosser et al., en 1993, este se compone de cinco pruebas 1) prueba de aprendizaje de palabras, 2) prueba de recuerdo de palabras, 3) prueba de recuerdo de figura, 4) prueba de detección visual y 5) prueba de copia de figura. De cada prueba se obtiene una puntuación independiente y de la sumatoria de todas las pruebas se obtiene una puntuación global.
5. Padres y ayuda a padres: Da a conocer si los padres viven y que tipo de apoyo proporciona.
6. Ayuda e Hijos: Deja ver el tipo de ayuda que recibe el entrevistado.
7. Funcionalidad y ayuda: Permite conocer la funcionalidad en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
8. Empleo: Se ve el historial.
9. Vivienda: Aporta datos acerca del tipo de vivienda en la que vive el entrevistado, si es propia, en qué estado vive el entrevistado, como obtuvo la vivienda, así como algunos gastos que provienen de su vivienda.
10. Pensión, ingreso y bienes: Nos permite conocer si el entrevistado tiene algún negocio, si recibe una pensión y el tipo de bienes que cuenta.

En este estudio para la conformación de las variables se usaron las secciones uno a la cuatro y la siete.

11.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se realizaron análisis descriptivos de la muestra para obtener los porcentajes de distribución de las variables de estudio.

Para la construcción de las variables de Envejecimiento Saludable: se incluyo funcionalidad valorada con el índice de Barthel, el sistema Somatosensorial (conformado por la evaluación de la visión, audición, fuerza y equilibrio), la cognición (valorada con el aprendizaje verbal, copia de figura, evocación del aprendizaje verbal, evocación de figura, escaneo visual), la ausencia de síntomas depresivos y la presencia de locus de control interno. En cuanto al uso de servicios se crearon dos categorías la de servicios preventivos que incluye: Análisis de sangre para el colesterol, prueba para la diabetes, prueba para la hipertensión o presión alta, vacuna contra la influenza, vacuna contra la neumonía, en las mujeres se analizaron las pruebas de auto-exploración mamaria, mastografía y el papanicolaou.

La categoría del servicio curativo definiéndose como la frecuencia del uso de la visita médica en los últimos 12 meses; usando para el análisis de esta variable el estado de salud el cual se tomo el auto-reporte de diagnóstico de enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, cáncer, ataque cardíaco, embolia, enfermedad pulmonar, artritis, infecciones en el hígado, infecciones en los riñones, tuberculosis, neumonía, herpes).

Posteriormente se realizó el análisis bivariado de la población envejecida saludablemente y no con cada una de las variables, la variable de uso de servicio y estado de salud se conjuntaron para su análisis.

Posteriormente se corrieron dos modelos de regresión logística binarias, separando el uso de servicios preventivos y curativos, analizando las mismas variables tanto las explicativas como las de control.

12. RESULTADOS:

La ENASEM 2015 contiene información de 14,203 individuos; la selección de la muestra fue tomada de la población mayor de 50 años obteniendo una muestra inicial de $n=12,203$, de estos 817 se excluyeron por no contar con el cuestionario completo quedando una muestra final de $n=11,386$, de los cuales se encontró que el 26.75% ($n=3,046$) de participantes cursan con un envejecimiento saludable y observando que 11.85% ($n=1,350$) usan servicios preventivos y el 80.53% ($n=9,170$) de la población usan un servicio médico curativo (Figura 5).

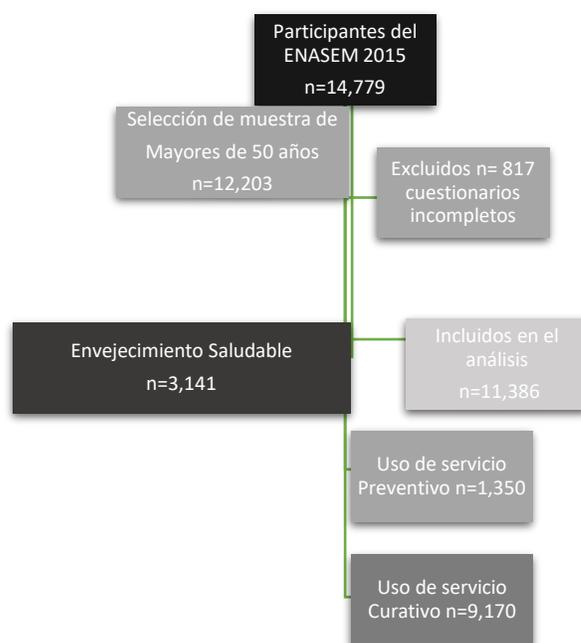


Figura 5. Flujo de selección de Muestra

Fuente: Elaboración propia con base en el ENASEM 2015

12.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA:

Del total de adultos mayores incluidos ($n=11,386$) el 58.08% ($n=6,614$) fueron mujeres y el 41.91% ($n=4,472$) hombres de 50 y más años; observando un 37.70% ($n=4,293$) de 60 a 69 años, siendo el grupo más grande en la categoría de edad.

Se observó que el 67.24% ($n=7,656$) está en pareja, seguido del grupo de viudos con un 18.30% ($n=2,084$). En escolaridad se encuentra que el 30.04% ($n=3,420$) de la población reportó un nivel educativo trunco a nivel primaria. En nivel económico, el 65.08% ($n=7,410$) de esta población autorreportó un estatus económico regular. Considerando la variable tipo de localidad, se encontró que el 57.78% ($n=6,579$) de la población estudiada habita localidades cuya población es menor a 2,500 habitantes. (Tabla 7).

Respecto a la derechohabiencia encontramos que el 37.88% ($n=4,313$) de la población cuenta con IMSS, el 10.71% ($n=1,219$) con ISSSTE, el 27.28% ($n=3,106$) Seguro Popular, solo el 1.48% cuenta con servicio privado, y el 8.37% ($n=953$) de población refiere tener dos o más Derechohabiencia (Tabla 7).

Tabla 7. Características Sociodemográficas de la población estudiada:

	Mujeres n=6,614 (58.08%)	%	Hombres n=4,772 (41.91%)	%	Total, n=11,386	%
Edad						
Más de 80	557	8.42%	473	9.91%	1,030	9.04%
70-79	1,576	23.82%	1,359	28.48%	2,935	25.77%
60-69	2,492	37.67%	1,801	37.74%	4,293	37.70%
50-59	1,989	30.07%	1,139	23.87%	3,128	27.47%
Estado civil						
Soltero	343	5.18%	127	2.66%	470	4.12%
En pareja	3,792	57.33%	3,864	80.97%	7,656	67.24%
Separados	846	12.79%	330	6.91%	1,176	10.32%
Viudos	1,633	24.69%	451	9.45%	2,084	18.30%
Escolaridad						
Sin educación	1,113	16.83	677	14.19	1,790	15.72
Primaria trunca	2,031	30.71	1,389	29.11	3,420	30.04
Primaria completa	1,793	27.11	1,236	25.90	3,029	26.60
Secundaria completa	1,030	15.57	652	13.66	1,682	14.77
Preparatoria y más estudios	647	9.78	818	17.14	1,465	12.87
Nivel socioeconómico						
Malo	634	9.59%	552	11.57%	1,236	10.86%
Regular	4,359	65.91%	3,051	63.94%	7,410	65.08%
Bueno	1,427	21.58%	1,043	21.86%	2,470	21.69%
Muy bueno	88	1.33%	71	1.49%	159	1.40%
Excelente	56	0.85%	55	1.15%	111	0.97%
Derechohabiencia						
IMSS	2,520	38.10%	1,793	37.57%	4,313	37.88%
ISSSTE	715	10.81%	504	10.56%	1,219	10.71%
PEMEX, Armada	96	1.45%	79	1.66%	175	1.54%
Seguro Popular	1,826	27.61%	1,280	26.82%	3,106	27.28%
Privado	96	1.45%	73	1.53%	169	1.48%
Otro	895	13.53%	556	11.65%	1,451	12.74%
Más de un servicio	466	7.05%	487	10.21%	953	8.37%

Fuente: Elaboración propia con base en el ENASEM 2015.

El rubro del uso de servicios por auto-reporte se conformó de ocho pruebas preventivas, siendo tres de ellas exclusivas para mujeres, encontrando que la realización de pruebas por sí solas tienen una frecuencia entre el 80-90% en su realización, siendo la prueba de detección de hipertensión arterial la más realizada en esta población con un 78,25%(n=8,909); en vacunación se observa que el 60.44% (n=6,882) se aplica vacuna contra la influenza sin embargo; cuando se habla de la vacuna de la neumonía el porcentaje de aplicación baja hasta el 25.31% (n=2,882) en la población estudiada. Al analizar el uso de todas las pruebas encontramos que solo el 11.85% (n=1,350) se la realizan.

El análisis de las pruebas preventivas en la población femenina se observa que entre el 55% al 60% de estas mujeres se realiza pruebas preventivas desde la autoexploración mamaria, pasando por la mastografía, hasta el Papanicolaou (Tabla 8).

Tabla 8. Conformación del concepto del uso de servicios preventivos:

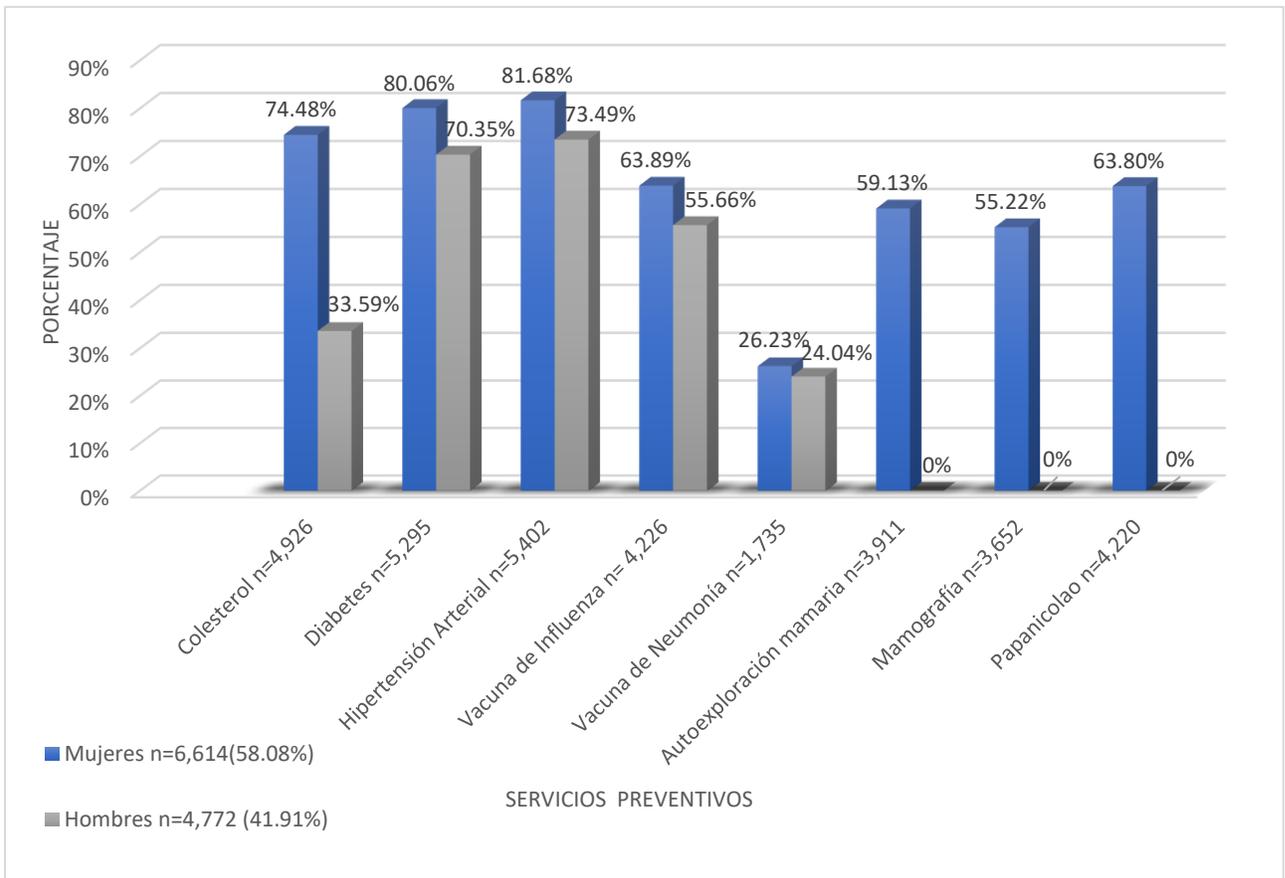
Auto-reporte	Mujeres n=6,614(58.08%)	%	Hombres n=4,772 (41.91%)	%	Total N=11,386	%
Detección de Colesterol	4,926	74.48%	1,603	33.59%	8,095	71.09%
Detección de Diabetes	5,295	80.06%	3,357	70.35%	8,652	75.99%
Detección de Hipertensión Arterial	5,402	81.68%	3,507	73.49%	8,909	78.25%
Vacuna de Influenza	4,226	63.89%	2,656	55.66%	6,882	60.44%
Vacuna de Neumonía	1,735	26.23%	1,147	24.04%	2,882	25.31%
Autoexploración mamaria	3,911	59.13%	0	0%	3,911	34.35%
Mamografía	3,652	55.22%	0	0%	3,652	32.07%
Papanicolaou	4,220	63.80%	0	0%	4,220	37.06%
Uso de Servicios médicos Preventivos						
No se realizan todas las pruebas preventivas	6,043	91.37%	3,993	83.68%	10,036	88.14%
Se realizan todas las pruebas preventivas	571	8.63%	779	16.32%	1,350	11.85%
Uso de servicios Preventivos y presencia o ausencia de enfermedad						
Auto-reporte negativo del uso de servicios + presencia de enfermedad	4,392	4.392%	2,315	48.51%	6,707	58.91%
Auto-reporte negativo del uso de servicios + ausencia de enfermedad	1,651	24.96%	1,678	35.16%	3,329	29.24%
Auto-reporte positivo del uso de servicios + presencia de enfermedad	477	7.21%	574	12.03%	1,051	9.23%
Auto-reporte del uso de servicios + ausencia de enfermedad	94	1.42%	205	4.30%	299	2.63%
Uso de Servicios Curativos						
No usan el servicio médico Curativo	988	14.94 %	1,228	25.735	2,216	19.46%
Sí usan servicio médico Curativo	5,626	85.06%	3,544	74.27%	9,170	80.54%
Uso de servicios Curativos y presencia o ausencia de enfermedad						
Auto-reporte negativo del uso de servicios + presencia de enfermedad	485	7.33 %	438	9.18%	923	8.11%
Auto-reporte negativo del uso de servicios + ausencia de enfermedad	503	7.61%	790	16.55%	1,293	11.36%
Auto-reporte positivo del uso de servicios + presencia de enfermedad	4,384	66.28%	2,451	51.36%	6,835	60.03%
Auto-reporte positivo del uso de servicios + ausencia de enfermedad	1,242	18.78%	1,093	22.90%	2,335	20.51%

Fuente: Elaboración propia con base en el ENASEM 2015.

En la distribución del uso de los servicios preventivos que se muestra en la (gráfica 3), se observó que las mujeres son las que se realizan pruebas preventivas con mayor frecuencia, comparado con la población masculina; sin embargo, llama la atención que para las pruebas que solo son destinadas a las mujeres solo el 63.80% de la población se las realiza, cuando son pruebas necesarias para este género.

El uso de los servicios preventivos y el estado de salud podemos observar que el 58.91% (n=6,707) de la población no usaba los servicios preventivos y se encontraban enfermos, mientras que el 9.23% (n=1,051) de los participantes que si usaban los servicios preventivos se encontraban enfermos y solo el 2.63% (n=299) usan los servicios preventivos y no se encuentran enfermos.

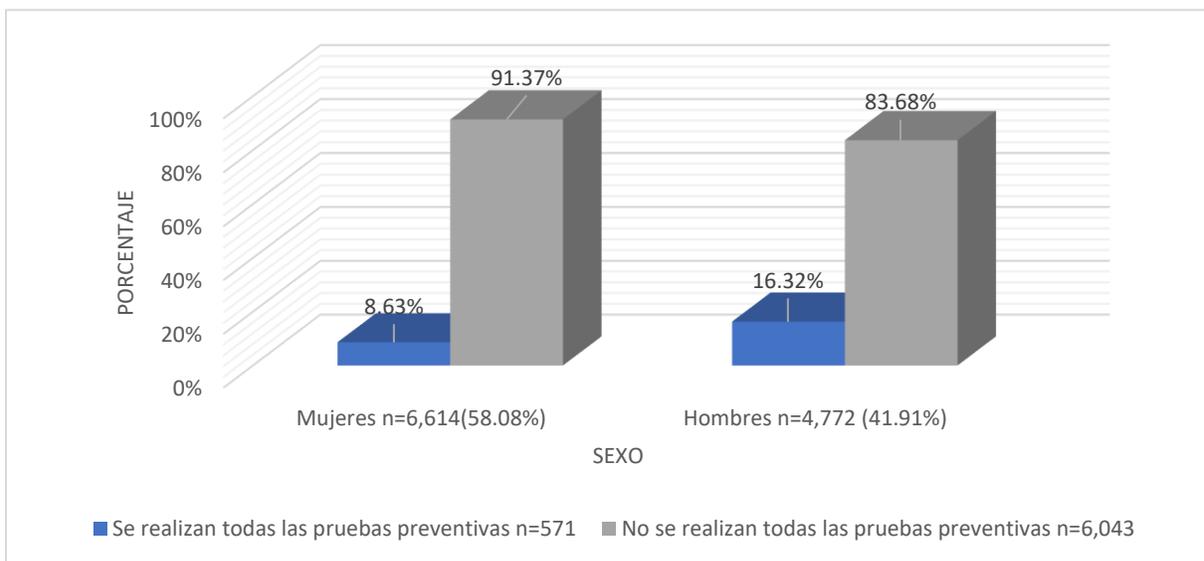
Mientras que en el uso de servicios curativos (visita médica), podemos ver como el 80.54% (n=9,170) de la población busca servicios curativos (Tabla 8). Al ver como se encuentra el uso del servicio curativo relacionado con la presencia o ausencia de enfermedad tenemos que el 60.03% (n=6,835) que usa los servicios curativos se encuentra con alguna enfermedad.



Gráfica 3. Distribución del Uso de Servicios preventivos

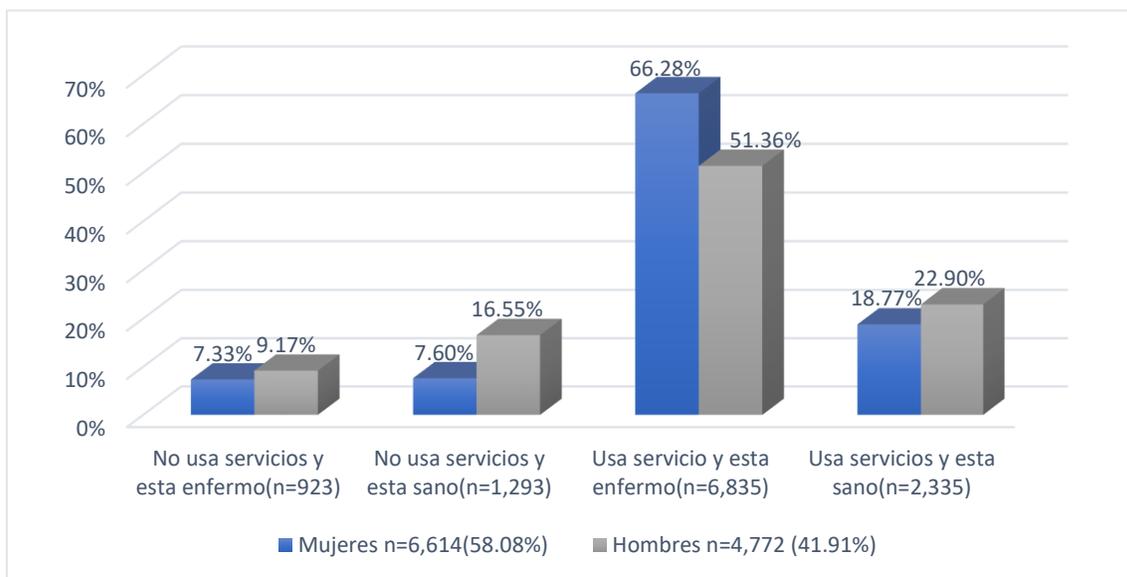
Fuente: Elaboración propia con base en el ENASEM 2015.

La distribución del uso de servicios preventivos destaco en su análisis, mostrando que el uso de todas las pruebas tiene una mayor frecuencia en los hombres con un 16.32% (n=779), mientras que en las mujeres solo se encuentra un 8.63% (571), en esta población estudiada.



Gráfica 4. Distribución del Uso de Servicios preventivos por sexo:

Fuente: Elaboración propia con base en el ENASEM 2015.



Gráfica 5. Distribución del uso de servicios curativos por sexo

Fuente: Elaboración propia con base en el ENASEM 2015.

Dentro de las variables incluidas para la construcción del concepto de envejecimiento saludable encontramos que la población de la ENASEM por dimensión tiene una frecuencia elevada de no presentar limitaciones, alrededor del 70 % de la población. Pero al analizar ya la construcción de la definición de envejecimiento saludable podemos observar que solo el 26.75% (n=3,026) de la población cursa con un envejecimiento saludable, mientras que el 73.24% (n=8,340) cursa con un envejecimiento no saludable (Tabla 9).

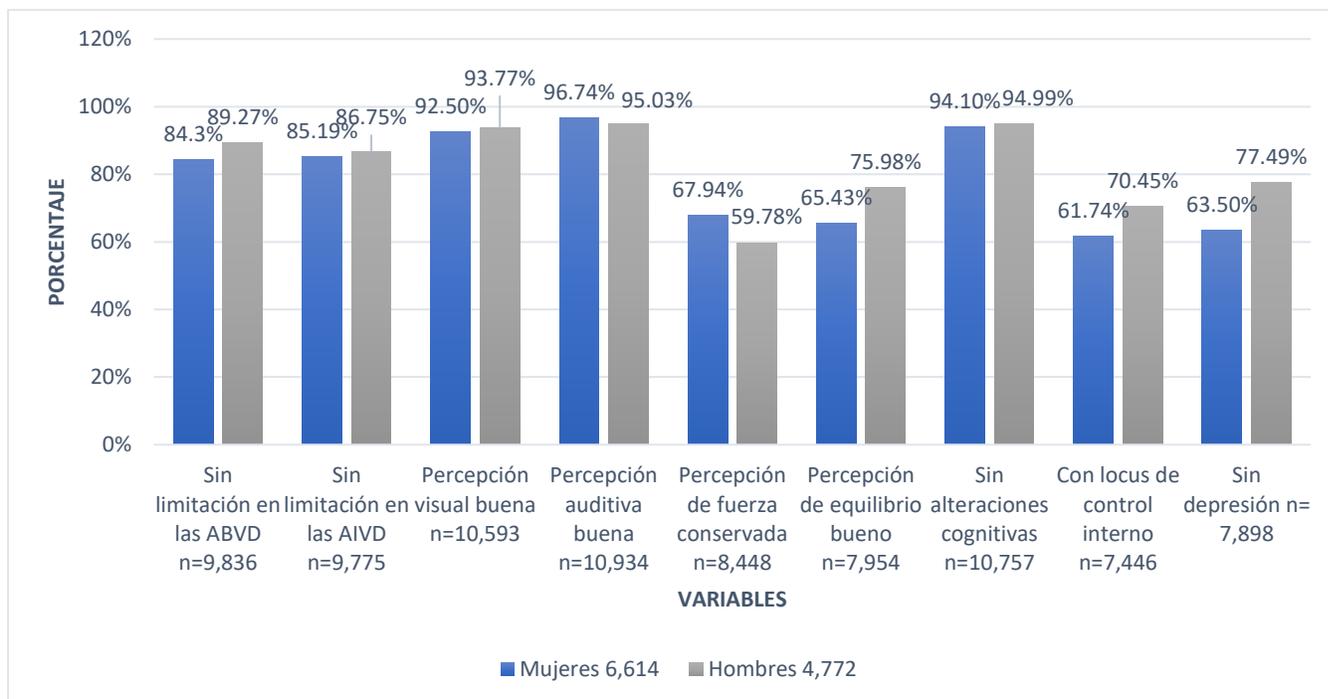
Tabla 9. Variables que construyen el concepto de Envejecimiento Saludable:

Variables	Mujeres N=6,614 (58.08%)	%	Hombres n=4,772 (41.91%)	%	Total N=11,386	%
Sin limitación en las ABVD	5,576	84.30%	4,260	89.27%	9,836	86.38%
Sin limitación en las AIVD	5,635	85.19%	4,140	86.75%	9,775	85.85%
Percepción visual buena	6,118	92.50%	4,475	93.77%	10,593	93.03%
Percepción auditiva buena	6,399	96.74%	4,535	95.03%	10,934	96.03%
Percepción de fuerza conservada	4,494	67.94%	3,954	59.78%	8,448	74.19%
Percepción de equilibrio bueno	4,328	65.43%	3,626	75.98%	7,954	69.85%
Sin alteraciones cognitivas	6,224	94.10%	4,533	94.99%	10,757	94.47%
Con locus de control interno	4,084	61.74%	3,362	70.45%	7,446	65.39%
Sin depresión	4,200	63.50%	3,698	77.49%	7,898	69.36%
Envejecimiento Saludable						
Personas que presentan las variables que conforman el concepto de Envejecimiento Saludable	1,379	20.84%	1,667	34.93%	3,046	26.75%
Personas que No presentan las variables que conforman el concepto de Envejecimiento Saludable	5,235	79.15%	3,105	65.06%	8,340	73.24%

Fuente: Elaboración propia con base en el ENASEM 2015.

Se puede observar el comportamiento de cada una de las variables que integra el concepto del envejecimiento saludable, resaltando una distribución superior al 60% en cada variable, mostrándonos las múltiples dimensiones de este concepto con datos positivos en cuanto a la capacidad funcional (Gráfica 6).

El comportamiento que tienen estas variables en cuanto a su distribución por sexo podemos observar que son muy similares, pero en general los hombres tuvieron un porcentaje más elevado, destacando una mejor condición en las variables que conforman este concepto.



Gráfica 6. Distribución de variables que construyen el concepto de Envejecimiento Saludable en la población estudiada por sexo

Fuente: Elaboración propia con base en el ENASEM 2015.

12.2. ANÁLISIS BIVARIADO:

En las características de la población envejecida saludablemente y no saludablemente se encontró que en el grupo de 70-79 años es el más frecuente donde el 40.87% (n=1,245) de población tiene un envejecimiento saludable. Se encontró que de los envejecidos sanos, el sexo masculino representó un 54.73% (n=1,667) contra un 45.27% (n=1,379) de las mujeres (p=0.000). El estado civil la población que se encontraba con pareja tuvo el 74.49% (n=2,269) de la población envejecida saludablemente, seguido de la población viuda en la cual se encontró el 11.59% (n=353). En nivel escolar de este grupo de envejecimiento sano, se cuenta con el 28% (n=853) con primaria completa; sin embargo, mientras más grado académico se tiene la población envejecida saludablemente no supera el 20% también podemos observar que el 9.06% (n=276) de los envejecidos saludablemente son analfabetas, y que el 15.72% (n=1,790) de la muestra de la ENASEM son analfabetas (Tabla 10).

Por localidad encontramos, que en la población de 100,000 y más hay un 62.02% (n=1,889) de la población envejecida saludablemente, también encontramos que en la población <2,500 hay el 16.71% (n=509) con envejecimiento saludable. Al continuar con el análisis encontramos que en la percepción del nivel económico la mayoría de la población con envejecimiento saludable se encuentra con una percepción regular representada con un 61.95% (n=1887), al igual que con con la población no saludable en la que se encuentra la mayoría de la población con una percepción económica regular.

La condición de derechohabiente mostró que en el IMSS además de tener a la mayoría de la población envejecida también tiene la mayor cantidad de población envejecida saludablemente encontrando el 38.67% (n=1,178), seguido del Seguro popular con un 23.70% (n=722) y con menor población los participantes con doble uso de servicios representado con un 9.26% (n=282).

Tabla 10. Análisis bivariado de las características Sociodemográficas y el Envejecimiento saludable y no saludable:

VARIABLES	Envejecimiento No Saludable n= N=8,340	%	Envejecimiento Saludable n=3,046	%	Total n=11,386	%	Prueba Chi2	P
Edad								
50-59	2,076	24.89	1052	34.54	3,128	27.47		
60-69	3,048	36.55	1,245	40.87	4,293	37.70		
70-79	2,298	27.55	637	20.91	2,935	25.78		
Más de 80	918	11.01	112	3.68	1,030	9.05	257.32	0.000
Sexo								
Femenino	5,235	62.77	1,379	45.27	6,614	58.09		
Masculino	3,105	37.23	1,667	54.73	4,772	41.91	280.57	0.000
Estado civil								
Soltero	338	4.05	132	4.33	470	4.13		
En pareja	5,387	64.59	2,269	74.49	7,656	67.24		
Separados	884	10.60	292	9.59	683	10.33		
Viudos	1,731	20.76	353	11.59	2,084	18.30	137.58	0.000
Escolaridad								
Sin educación	1,514	18.15	276	9.06	1,790	15.72		
Primaria trunca	2,686	32.21	734	24.10	3,420	30.04		
Primaria completa	2,176	26.09	853	28	3,029	26.60		
Secundaria completa	1,091	13.08	591	19.40	1,682	14.77		
Preparatoria y más estudios	873	10.47	592	19.44	1,465	12.87	369.03	0.000
Localidad								
Población=100,000+	4,690	56.24	1,889	62.02	6,579	57.78		
Población= 15,000-99,000	1,121	13.44	387	12.71	1,508	13.24		
Población= 2,500-14.9	829	9.94	261	8.57	1,090	9.57		
Población<2,500	1,700	20.38	509	16.71	2,209	19.40	33.71	0.000
Nivel económico								
Excelente	62	0.74	49	1.61	111	0.97		
Muy bueno	98	1.18	61	2.00	159	1.40		
Bueno	1,589	19.05	881	28.92	2,470	21.69		
Regular	5,523	66.22	1,887	61.95	7,410	65.08		
Malo	1,068	12.81	168	5.52	1,236	10.86	243.77	0.000
Derechohabencia								
IMSS	3,135	37.59	1,178	38.67	4,313	37.88		
ISSSTE	860	10.31	359	11.79	1,219	10.71		
PEMEX, Armada	115	1.38	60	1.97	175	1.54		
Seguro Popular	2,384	28.59	722	23.70	3,106	27.28		
Privado	117	1.42	52	1.66	169	1.48		
Otro	1,058	12.69	393	12.90	1,451	12.74		
Más de un servicio	671	8.05	282	9.26	953	8.37	35.17	0.000

Fuente: Elaboración propia con base en el ENASEM 2015.

En el análisis de factores de riesgo y comorbilidades se observa que pese a la presencia de estos factores existe población que cursa con envejecimiento saludable, tal es el caso del tabaco en con el 45.67% (n=1,391) es fumadora, mientras que sin consumo de tabaco se encuentra el 54.33% (n=1,655) de esta población. En consumo de alcohol tenemos que el 69.96%(n=2,131) de los individuos con envejecimiento saludable no consume alcohol y el 30.04% (n=915) restante consume alcohol .

Al hablar de la satisfacción ante la vida, podemos observar que es un factor relevante para el envejecimiento saludable presentando un 93.12% (n=2,925) de los individuos sanos este factor.

En el auto reporte de presencia de enfermedad encontramos que el 56.53% (1,722) de los individuos con envejecimiento sano tiene alguna enfermedad mientras que el 43.47% (n=1,324) restante son participantes sin reporte de alguna enfermedad.

Entre las enfermedades crónicas auto reportadas tenemos que el 39.63%(n=1,207) cursa con hipertensión y un envejecimiento saludable, observando un patrón similar en las doce enfermedades crónicas cuestionadas. Esto es, pese a que se auto reportaron con alguna enfermedad se pueden encontrar participantes que cursan con un envejecimiento saludable.

Tabla 11. Análisis bivariado de factores de riesgo y comorbilidad en el Envejecimiento saludable y no saludable:

	Envejecimiento No Saludable n=8,340	%	Envejecimiento Saludable n=3,046	%	Total, n=11,386	%	Prueba Chi2	P
Auto reporte de consumo de Tabaco								
Sin consumo	5,162	61.89%	1,655	54.33%	6,817	59.87%		
Consumidor	3,178	38.11%	1,391	45.67%	4,569	40.13%		
							53.08	0.000
Auto reporte de consumo de Alcohol								
Sin consumos	6,581	78.91%	2,131	69.96%	8,712	76.52%		
Consumidor	1,749	21.09%	915	30.04%	2,674	23.48%		
							99.41	0.000
Auto reporte de Satisfacción con la Vida								
Satisfecho	6,854	83.13%	2,925	93.12%	9,779	85.89%		
Insatisfecho	1,395	16.73%	212	6.96%	1,607	14.11%		
							175.56	0.000
Auto reporte de enfermedades								
Enfermos	6,036	72.37%	1,722	56.53%	7,758	68.14%		
Sanos	2,304	27.63%	1,324	43.47%	3,628	31.86%		
							257.87	0.000

Fuente: Elaboración propia con base en el ENASEM 2015.

Auto reporte de enfermedades								
Hipertensión								
	Envejecimiento No Saludable n=8,340	%	Envejecimiento Saludable n=3,046	%	Total, n=11,386	%	Prueba Chi2	P
Ausencia de enfermedad	4,01	48.17%	1,839	60.37%	5,856	51.43%		
Presencia de enfermedad	4,32	51.83%	1,207	39.63%	5,53	48.57%		
							133.13	0.000
Diabéticos								
Ausencia de enfermedad	6,083	72.94%	2,423	79.55%	8,506	74.71%		
Presencia de enfermedad	2,257	27.06%	623	20.45%	2,88	25.29%		
							51.57	0.000
Cáncer								
Ausencia de enfermedad	8,124	97.41%	2,993	98.26%	11,117	97.64%		
Presencia de enfermedad	216	2.59%	53	1.74	269	2.36%		
							6.98	0.008
Enfermedad Pulmonar								
Ausencia de enfermedad	7,730	92.69%	2,948	96.78%	10,678	93.78%		
Presencia de enfermedad	610	7.31%	98	3.22%	708	6.22%		
							64.21	0.000
Ataque al Corazón								
Ausencia de enfermedad	7,982	95.71%	2,977	97.73%	10,959	96.25%		
Presencia de enfermedad	358	4.29%	69	2.27%	427	3.75%		
							25.40	0.000
Embolia								
Ausencia de enfermedad	8,151	97.73%	3,021	99.18%	11,172	98.12%		
Presencia de enfermedad	189	2.27%	25	0.82%	214	1.88%		
							25.27	0.000
Artritis								
Ausencia de enfermedad	6,827	81.86%	2,818	92.51%	9,645	84.71%		
Presencia de enfermedad	1,513	18.14%	228	7.49%	1,741	15.29%		
							195.60	0.000
Infecciones del Hígado								
Ausencia de enfermedad	8,129	97.47%	3,015	98.98%	11,144	97.97%		
Presencia de enfermedad	211	2.53%	31	1.02%	242	2.13%		
							24.52	0.000
Infección del Riñón								
Ausencia de enfermedad	7,436	89.16%	2,877	94.45%	10,313	90.58%		
Presencia de enfermedad	904	10.84%	169	5.55%	1,073	9.42%		
							73.17	0.000
Tuberculosis								
Ausencia de enfermedad	8,297	99.48%	3,042	99.87%	11,339	99.59%		
Presencia de enfermedad	43	0.52%	4	0.13	47	0.41%		
							8.01	0.005
Neumonía								
Ausencia de enfermedad	8,144	97.65%	3,023	99.24%	11,167	98.08%		
Presencia de enfermedad	196	2.35%	23	0.76%	219	1.92%		
							0.09	0.000
Herpes/Herpes zoster								
Ausencia de enfermedad	8,094	97.05%	2,997	98.39%	11,091	97.41%		
Presencia de enfermedad	246	2.95%	49	1.61	295	2.59%		
							15.89	0.000

Fuente: Elaboración propia con base en el ENASEM 2015.

Al analizar el uso de los servicios preventivos con el envejecimiento saludable y no saludable, podemos observar que el 48.03% (n=1,463) de los individuos que cursan con envejecimiento saludable no usa los servicios preventivos y tienen alguna enfermedad, mientras que los individuos con envejecimiento saludable que usan el servicio y que no presentan ninguna enfermedad solo representa el 3.78% (n=115), superándolos los que usan servicios preventivos y tienen alguna de las doce enfermedades auto reportadas representados con el 8.50% (n=259) que cursan con un envejecimiento saludable.

En el uso de servicios curativos se puede observar que quienes usan el servicio curativo y se encuentran con alguna enfermedad representa el 48.62% (n=1,481) de esta población con envejecimiento sano, contrastándose con el 25.71% (n=783) que usó el servicio curativo y que no presenta ninguna de las enfermedades ya mencionadas; sin embargo, también llama la atención que el 7.9% (n=241) de esta población no usa servicios médicos curativos y no tiene ninguna enfermedad crónica.

Tabla 12. Análisis bivariado del Auto reporte del Uso de Servicios en el Envejecimiento Saludable y no saludable:

	Envejecimiento No Saludable N=8,340	%	Envejecimiento Saludable N=3,046	%	Total N=11,386	%	Prueba Chi2	P
Uso de servicios Preventivo								
Auto reporte Negativo del uso servicios + presencia de Enfermedad	5,244	62.88%	1,463	48.03%	6,707	58.91%		
Auto reporte negativo del uso de servicios + Ausencia de enfermedad	2,120	25.42%	1,209	39.69%	3,329	29.24%		
Auto reporte positivo del uso de servicios + Presencia de enfermedad	792	9.50%	259	8.50%	1,051	9.23%		
Auto reporte positivo del uso de servicios + Ausencia de enfermedad	184	2.21%	115	3.78%	299	2.63%		
							262.23	0.000
Uso de Servicios Curativos								
Auto reporte Negativo del uso servicios + presencia de enfermedad	682	8.18%	241	7.91%	923	8.11%		
Auto reporte negativo del uso de servicios + ausencia de enfermedad	752	9.02%	541	17.76%	1,293	11.36%		
Auto reporte positivo del uso de servicios + presencia de enfermedad	5,354	64.20%	1,481	48.62%	6,835	60.03%		
Auto reporte positivo del uso de servicios + ausencia de enfermedad	1,552	18.61%	783	25.71	2,335	20.51%		
							295.37	0.000

Fuente: Elaboración propia con base en el ENASEM 2015.

12.3. ANÁLISIS MULTIVARIADO. REGRESIÓN LOGÍSTICA:

En el análisis de regresión logística la variable dependiente fue el uso de los servicios médicos tanto preventivos como curativos. Y las variables independientes fueron resultado de la construcción de las variables ya descritas.

Se ajustaron dos modelos por separado, uno incluyendo a la variable explicativa uso de servicios preventivos más ausencia o no de enfermedad y otro asociado a la variable de servicios curativos más ausencia o no de enfermedad. Excluyéndose variables que estuvieran asociadas entre sí para evitar la presencia de colinealidad. Así, las variables asociadas a comorbilidades no se incluyen dentro de los modelos porque forman parte de las variables explicativas asociadas a la combinación de uso de servicios más presencia o ausencia de enfermedades.

En el modelo asociado a servicios preventivos se observa como la razón de momios incrementa significativamente conforme el grupo de edad corresponde a un grupo de edad de menos años tomando como referencia el grupo de edad 80 y más, por lo que la edad tiene una asociación relevante con el concepto de envejecimiento saludable. En la variable de educación se observa nuevamente como incrementa significativamente la razón de momios asociada a envejecimiento sano mientras más grado educativo tenga la persona; Otra variable significativa que se puede apreciar en la tabla es el nivel económico en la cual se puede observar cómo se incrementa la razón de momios de envejecimiento sano al presentar una mejor autopercepción de su estado económico.

Dentro el uso de servicios podemos observar que la razón de momios asociada a envejecimiento saludable es de 1.64 en participantes que usan el servicio preventivo y están sanas; mientras que en los participantes que no usan su servicio de salud y no están enfermos se asocia también a un envejecimiento saludable. En ambos casos, se considera como referencia a la categoría correspondiente a no usar servicios y presencia de enfermedad.

Finalmente, la satisfacción con la vida es también una variable importante para el desarrollo del envejecimiento saludable, incrementando el momio de envejecimiento sano 2.46 veces más en participantes satisfechos con su vida (Tabla 13).

Dentro de este modelo de regresión utilizamos variables que creíamos que podrían ser relevantes para este estudio encontrando poca relevancia en la derechohabiencia, la localidad donde habitaban o el estado civil.

Tabla 13. Modelo de Regresión logística del Envejecimiento saludable, servicios de salud preventivos y variables estudiadas:

Envejecimiento Saludable	Razón de Momios	Error estándar	z	P>z	Intervalo de confianza 95%	
Edad						
Categoría de referencia: 80/89						
70/79	2.07	0.23	6.38	0.000	1.65	2.59
60/69	2.85	0.32	9.32	0.000	2.28	3.55
50/59	3.19	0.37	9.87	0.000	2.53	4.01
Sexo						
Hombres	1.82	0.09	11.15	0.000	1.64	2.03
Estado civil						
Categoría de referencia: Soltero						
Con pareja	0.99	0.11	-0.04	0.964	0.79	1.24
Separados	0.92	0.12	-0.58	0.563	0.71	1.19
Viudos	0.83	0.10	-1.39	0.165	0.65	1.07
Localidad						
Categoría de referencia: Población <2.500						
Población 2,500-14,999	1.04	0.09	0.50	0.618	0.87	1.25
Población 15,000-99,999	1.13	0.09	1.51	0.130	0.96	1.34
Población=100,000+	1.18	0.08	2.48	0.013	1.03	1.35
Nivel Educativo						
Categoría de referencia: Analfabeta						
Primaria trunca	1.35	0.11	3.74	0.000	1.15	1.58
Primaria completa	1.74	0.14	6.68	0.000	1.48	2.05
Secundaria completa	2.12	0.19	8.04	0.000	1.76	2.54
Prepa y más	2.14	0.21	7.65	0.000	1.76	2.60
Derechohabiencia						
Categoría de referencia: IMSS						
ISSSTE	0.94	0.07	-0.66	0.510	0.81	1.10
PEMEX, ARMADA	1.25	0.21	1.28	0.199	0.88	1.76
Seguro Popular	1.02	0.06	0.38	0.706	0.90	1.16
Privado	0.81	0.14	-1.15	0.249	0.56	1.15
Otro	1.04	0.07	0.61	0.542	0.90	1.20
Más de un servicio	1.09	0.09	1.01	0.311	0.92	1.29
Nivel Socioeconómico						
Categoría de referencia: Malo						
Regular	1.81	0.16	6.48	0.000	1.51	2.17
Bueno	2.81	0.16	6.48	0.000	1.51	2.17
Muy bueno	2.38	0.23	8.63	0.000	1.95	2.90
Excelente	3.61	0.81	5.71	0.000	2.32	5.61
Uso de Servicios Preventivos						
Categoría de referencia: Auto reporte Negativo del uso servicios + presencia de enfermedad						
Auto reporte negativo del uso de servicios + ausencia de enfermedad	1.68	0.08	10.43	0.000	1.52	1.85
Auto reporte positivo del uso de servicios + presencia de enfermedad	1.02	0.08	0.35	0.725	0.87	1.20
Auto reporte positivo del uso de servicios + ausencia de enfermedad	1.64	0.21	3.84	0.000	1.27	2.11
Factores de riesgo y comorbilidades						
Ausencia de Tabaquismo	0.98	0.04	-0.35	0.726	0.89	1.08
Ausencia de Alcoholismo	0.97	0.05	-0.44	0.658	0.87	1.08
Satisfacción en la vida	2.46	0.19	11.21	0.000	2.10	2.88

Fuente: Elaboración propia con base en el ENASEM 2015.

Ajustando el modelo asociado a servicios curativos obtenemos que las mismas variables son significativas y se tienen similares interpretaciones. Para la variable del uso de servicios curativos podemos identificar como la presencia simultánea del uso de los servicios curativos y la presencia de enfermedad es un factor protector para el desarrollo del envejecimiento saludable (Tabla 14). Se observa nuevamente en la categoría de no enfermos y no uso de servicios de salud se tiene una razón de momios que se asocia con el envejecimiento saludable, dentro de la categoría del uso de servicios y ausencia de enfermedad también hay una asociación significativa con el desarrollo del envejecimiento saludable.

Así mismo, se encontró que las variables que pueden tener un efecto en el desarrollo del envejecimiento saludable son la edad, el nivel educativo, el económico y la satisfacción ante la vida en ambos modelos.

Tabla 14. Modelo de Regresión logística del Envejecimiento saludable, servicios de salud curativos y variables estudiadas:

Envejecimiento Saludable	Razón de Momios	Error estándar	z	P>z	Intervalo de confianza 95%	
Edad						
Categoría de referencia: 80/89						
70/79	2.07	0.23	6.39	0.000	1.65	2.59
60/69	2.85	0.32	9.31	0.000	2.28	3.55
50/59	3.17	0.37	9.83	0.000	2.52	3.99
Sexo						
Hombres	1.79	0.09	10.81	0.000	1.61	1.99
Estado civil						
Categoría de referencia: Soltero						
Con pareja	1.00	0.11	0.04	0.970	0.80	1.25
Separados	0.92	0.12	-0.56	0.574	0.71	1.20
Viudos	0.84	0.10	-1.35	0.177	0.65	1.08
Localidad						
Categoría de referencia: Población <2.500						
Población 2,500-14,999	1.04	0.09	0.44	0.658	0.86	1.25
Población 15,000-99,999	1.13	0.09	1.51	0.131	0.96	1.34
Población=100,000+	1.18	0.08	2.49	0.013	1.03	1.35
Nivel Educativo						
Categoría de referencia: Sin escolaridad						
Primaria trunca	1.35	0.11	3.72	0.000	1.15	1.58
Primaria completa	1.74	0.14	6.65	0.000	1.47	2.05
Secundaria completa	2.12	0.19	8.07	0.000	1.77	2.55
Prepa y más	2.15	0.21	7.67	0.000	1.76	2.61
Derechohabiencia						
Categoría de referencia: IMSS						
ISSSTE	0.95	0.07	-0.64	0.521	0.81	1.10
PEMEX, ARMADA	1.25	0.22	1.32	0.188	0.89	1.77
Seguro Popular	1.01	0.06	0.19	0.853	0.89	1.14
Privado	0.81	0.14	-1.10	0.272	0.57	1.16
Otro	1.05	0.07	0.73	0.466	0.91	1.21
Más de un servicio	1.03	0.09	0.40	0.689	0.87	1.22
Nivel Socioeconómico						
Categoría de referencia: Malo						
Regular	1.81	0.16	6.45	0.000	1.51	2.17
Bueno	2.38	0.24	8.63	0.000	1.95	2.90
Muy bueno	2.52	0.49	4.73	0.000	1.72	3.70
Excelente	3.61	0.81	5.72	0.000	2.32	5.62
Uso de Servicios Curativos						
Categoría de referencia: Auto reporte Negativo del uso servicios + presencia de enfermedad						
Auto reporte negativo del uso de servicios + ausencia de enfermedad	1.76	0.17	5.73	0.000	1.45	2.13

Auto reporte positivo del uso de servicios + presencia de enfermedad	0.83	0.07	-2.08	0.038	0.70	0.98
Auto reporte positivo del uso de servicios + ausencia de enfermedad	1.28	0.11	2.70	0.007	1.07	1.53
Factores de riesgo y comorbilidades						
Ausencia de Tabaquismo	0.97	0.04	-0.43	0.671	0.88	1.08
Ausencia de Alcoholismo	0.97	0.05	-0.38	0.704	0.88	1.08
Satisfacción en la vida	2.46	0.19	11.17	0.000	2.10	2.88

Fuente: Elaboración propia con base en el ENASEM 2015.

13. DISCUSIÓN:

13.1 DISCUSIÓN METODOLÓGICA:

Los resultados derivados de esta investigación, donde se utilizaron los datos de la ENASEM 2015, nos permiten identificar la asociación del uso de los servicios con el envejecimiento saludable encontrando ciertos factores que favorecen este proceso. Uno de estos factores fue la edad, de 50 años a 59 años se observa con mayor frecuencia la presencia de envejecimiento saludable, así como en el nivel educativo, para el cual mientras más grado escolar se tiene mayor población con envejecimiento saludable representado por una OR (odd ratio) de 2.23 dando así 2.23 veces más riesgo de que la población envejezca de forma saludable ($p < 0.000$ IC 95% 1.84- 2.71).

Se puede observar como el nivel económico también tiene una fuerte asociación con el envejecimiento saludable. Los participantes con una autopercepción económica buena tienen hasta 2.60 veces más riesgo de tener un envejecimiento sano que los que tienen una autopercepción de su nivel económico malo ($p < 0.000$ IC 95% 2.33-5.56). Siendo así esta una de las variables relevantes, ya que tiene una asociación relevante con la presencia del envejecimiento saludable, apegándose a lo descrito en la literatura.

Dentro de los servicios médicos podemos ver que hay una asociación entre el servicio preventivo y el envejecimiento saludable en ciertos casos, ligándose con el estado de salud, así por ejemplo los individuos que no están enfermos y que asisten a los servicios preventivos tienen un 64% más riesgo de un envejecimiento saludable que aquellos individuos enfermos que no usan los servicios.

Mientras que en los servicios curativos encontramos que los individuos que usan los servicios y no poseen ninguna enfermedad tienen el 28% más el riesgo de presentar un envejecimiento saludable que aquellos que no lo usan y están enfermos. Se puede observar como los individuos que no usan servicios de salud y están sanos tienen 76% más riesgo de tener un envejecimiento saludable que aquellos individuos que no usan servicios y están enfermos. De esta manera vemos como el usar servicios puede proteger en cierta medida a individuos sanos, pero en realidad el estado de salud pareciera ser un determinante más importante.

Otra variable importante es la satisfacción ante la vida podemos ver que es una variable importante para el desarrollo del envejecimiento saludable ya que en personas satisfechas aumenta en 2.46 veces más los momios de envejecimiento sano en comparación de las personas insatisfechas ($p < 0.001$ IC 95% 2.10-2.88.)

En este análisis se apreció que la pregunta de investigación fue contestada parcialmente ya que se tuvo que aplicar dos modelos logísticos uno para cada tipo de servicio, además combinando el uso de servicio con si la persona estaba sana o no, esto debido a que se sospechaban asociaciones bidireccionales en el uso de distintos servicios médicos y envejecimiento saludable. Además, como se realizó un análisis transversal con datos del 2015, no podemos ver si el uso de servicios en el pasado impacta en el presente, un análisis longitudinal de este tipo podría dar respuesta a esta interrogante, pero corresponde a trabajo futuro.

Por otra parte, las variables construidas para medir el uso de distintos tipos de servicios están correlacionadas fuertemente, por lo cual un análisis con ambas variables al mismo tiempo no fue recomendable dado que induciría multicolinealidad.

Se escogió este tipo de diseño con la intención de examinar ciertas condiciones en la población del ENASEM, y saber sobre la existencia de población envejecida saludablemente.

13.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN:

Este estudio permite confirmar ciertos datos que se encuentran en la literatura. Dentro de ellos se encuentra la asociación de ciertas variables que favorecen o limitan el desarrollo del envejecimiento saludable como el nivel académico, económico, psicológico como la satisfacción ante la vida, por dar algunos ejemplos.

Entre las actividades de prevención que mayor impacto y beneficio, pueden tener en la población envejecida y que se mencionan (Borges-Yáñez & Gómez-Dantés, 1998), están: la inmunización contra la influenza y neumonía pneumocócica, prevención de accidentes, detección temprana y el tratamiento oportuno de enfermedades como la tuberculosis, hipertensión, cáncer de mama y cáncer colorrectal. También, detectar deficiencias en los órganos de los sentidos, incontinencia, problemas dentales, niveles de actividad física, estado nutricional y los problemas de funcionalidad. Estas variables se tomaron en cuenta en el estudio realizado para la construcción de ciertas variables observando con los resultados como la población realiza pocos cuidados preventivos, siendo una probable intervención que estando dirigida a las necesidades de esta población desde etapas tempranas puede generar un incremento en la población envejecida saludablemente.

Por ello fue necesario el abordaje desde los modelos sociológicos los cuales permiten la comprensión del uso de los servicios, explicando la probable asociación de estas variables desde un nivel macro. Tomando como referencia el modelo de Anderson ya que considera varios aspectos; desde el aspecto político, cultural, económico que se tenga; ya que esta determina las características de los servicios y por ende la utilización de estos, así como las características de la población y satisfacción de los usuarios, siendo elementos importantes.

El modelo conductual, propone que la utilización de los servicios de salud es una función de necesidad de atención donde se incluyen todos los factores asociados al proceso salud-enfermedad, motivo por el cual el uso de servicios se subdividió en servicios preventivos y curativo para este estudio; otra función fueron los factores predisponentes en los cuales se incluyeron aspectos sociodemográficos como edad, sexo, estado civil, etc., los factores capacitantes permitió englobar todos los aspectos relacionados con la economía, recursos y servicios, considerando en este modelo también la satisfacción del paciente que resulta primordial para su desarrollo.

Años posteriores Aday y Andersen (Aday, Andersen, 1974) proponen considerar aspectos desde la política, así como la satisfacción del usuario siendo necesarios para poder tener una mejor visión de lo que pasa en la población envejecida y es que pese a tener muchos factores en contra aún así este análisis nos permite ver como aún con la presencia de factores que se considerarían negativos encontramos que la población cursa con un envejecimiento saludable, por lo que es importante realizar más estudios, ya que hay intervenciones que se podrían utilizar para tener un mayor impacto en la salud de la población.

Se ha visto en otros estudios como existe una asociación positiva entre el uso de los servicios de salud en su mayoría los preventivos con una mejor percepción de la calidad de vida relacionada a la salud. Cuando se comparan los resultados de la frecuencia del uso de los servicios preventivos con otros resultados podemos encontrar que la frecuencia es baja en descritos por Wong y Díaz (2007), Gallegos-Carrillo et al. (2008). Estos resultados son sumamente importantes ya que podría ser una intervención efectiva la medicina preventiva.

En cuanto a los servicios curativos observamos que coincide con las frecuencias de utilización reportadas en el análisis NHS-2000 de la población asegurada por el IMSS relacionado con la consulta o visita médicas, encontrando en este análisis un papel protector con el envejecimiento saludable.

Existen muchos estudios en los cuales no se hace la discriminación entre el uso de servicios médicos preventivos y curativos. Este análisis construyó el concepto del envejecimiento saludable apagado a

la propuesta de la OMS, 2015 que se encuentra en el Informe Mundial sobre el envejecimiento. Destacando aspectos importantes de la salud y el bienestar psicosocial que podrían aumentarse.

Los determinantes sociales modificables del envejecimiento bien podrían guiar las políticas sociales y de salud para maximizar el bienestar en esta población. Y es que no es solo la generación de más servicios, sino que se requiere de la creación de una cultura en salud con el propósito de que los servicios sean aprovechados al máximo y sean útiles para la población.

En la literatura se muestran múltiples referencias en cuanto a la evaluación del envejecimiento saludable, este es un proceso complicado de medir, en su mayoría se llega a limitar su estudio con solo población sana, en este análisis se pudo visualizar como no está ligado a esta condición, ya que el más del 80% de la población envejecida tiene por lo menos una afección crónica: si bien es cierto la población sana llega a un envejecimiento saludable con mayor frecuencia. Mientras que los enfermos dependen de otras condiciones una de ellas pudiera ser el uso de servicios curativos en los cuales se lleva el control de sus enfermedades, aspecto que no ha sido revisado.

Por lo que la evaluación del envejecimiento saludable fue desde cierto punto estricta en este estudio, en cuanto a los criterios operacionales, lo que probablemente lo hizo más sensible ya que las propuestas de medición que se muestran en la literatura como la de (McLaughlin et al., 2012), destaca que en la mayoría de las definiciones operacionales las probabilidades de un envejecimiento saludable es menor su frecuencia cuando la edad es más avanzada; ((Petretto et al., 2016), o tienen un nivel educativo bajo, así como el nivel económico, también se destaca un ligero incremento en la población masculina ya que ellos poseen mayor frecuencia en el envejecimiento saludable que las mujeres, siendo probable que interfiera en las mujeres su propia fisiología. Por lo que las diferencias en género son menos consistentes, lo que nos da una idea de que otros aspectos son los que influyen y es que estas son sensibles a las estrategias de medición y análisis utilizadas viéndolo tanto en este estudio como en otros.

Si bien es cierto la definición operativa del envejecimiento saludable no es como la de otras definiciones propuestas en la literatura, lo que hace que sea más difícil comparar los resultados en otros estudios realizados, encontrándose aún así con ciertas similitudes mostrando resultados consistentes, en los cuales se puede ver que niveles altos de enfermedad, limitación funcional, edad avanzada, niveles bajos de educación y condición económica deficiente, muestran las desventajas que existen en salud. (Wong & Díaz, 2007).

Resultando necesario conocer las necesidades de esta población creciente, y pese a que sea un gran reto se requiere información para la creación de políticas públicas que permitan intervenciones oportunas, la urgencia actual de este tema puede impactar a la población envejecida con la finalidad de que reciban atención adecuada, accesible y oportuna desde edades tempranas. (Huenchuan, 2015).

Surgiendo con ello la necesidad de cimientos sólidos para la construcción de una política pública de autocuidado. Se dice en numerosas publicaciones que el estado tiene la obligación de brindar un buen servicio de salud, pero también es fundamental que la población cumpla con sus obligaciones como ciudadano. Por lo que una cultura por el autocuidado surja como herramienta útil entre estos dos personajes.

Desde la perspectiva de los derechos humanos el garantizar los servicios de salud es una prioridad, que puede ser un derecho subjetivo. Pero que se observa que la demanda de estos servicios está incrementando, ya que este sector como se ha descrito pierde ciertas capacidades que depende de la exposición a ciertos factores de riesgo que tuvieron en su vida los puede llevar a presentar una disminución de estas capacidades, presentando alguna discapacidad y con ello dependencia, perdiendo con ello su autonomía e independencia, siendo un riesgo para el sistema de salud.

Fomentar políticas que guíen al Envejecimiento Saludable podría ser la pieza que falte en el rompecabezas, pero para ello la creación de más líneas de investigación son necesarias con la finalidad de conocer las necesidades para poder hacer intervenciones dirigidas. evitando con ello una saturación del sistema de salud que ya se encuentra sobrecargado y no solo ese sector sino

también el familiar como lo dejan claro en el "Diagnóstico desde la perspectiva de género sobre cuidadoras principales y secundarias de personas adultas mayores de la Delegación Tlalpan en el Distrito Federal", realizado en 2014 por la Organización Ciudadanía en Movimiento en Camino a la Igualdad de Género, permitiéndonos ver como otro sector se afecta.

Siendo la educación un punto clave para construir una estrategia que nos permita llegar a una cultura del envejecimiento y el autocuidado, llevando a las generaciones futuras a un Envejecimiento Saludable de calidad. Esperando que este sea una herramienta útil para poder enfrentar las necesidades de esta población por su acelerado , estudiando aun más sobre el uso de los servicios y las necesidades que se tienen para poder dirigir adecuadamente las intervenciones para este sector de la población y que nos facilite su desarrollo, motivo por el cual falta la creación de más líneas de trabajo que esten dirigidas a evitar dependencia y perdida de autonomía.

14. CONCLUSIONES:

- ✎ Sería pertinente realizar un estudio que no sea análisis secundario de datos con la finalidad de poder indagar más sobre el uso de los servicios médicos en el ámbito curativo.
- ✎ Existe una tendencia de los adultos mayores de utilizar con mayor frecuencia los servicios curativos, debido a las múltiples enfermedades crónicas.
- ✎ El uso de servicios preventivos en la población envejecida es escaso, en realidad.
- ✎ De acuerdo con la definición en este estudio de envejecimiento saludable se puede observar como pese que hay presencia de enfermedad en los individuos, aún así cursan con un envejecimiento saludable en un 43.47% (N=1,324) de los individuos.
- ✎ Se puede observar como la presencia de enfermedades crónico-degenerativas no son determinantes del envejecimiento no saludable.
- ✎ Los aspectos económicos, culturales, psicológicos y políticos influyen fuertemente en el desarrollo del envejecimiento saludable.

15. LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

Se tuvieron varias limitaciones en esta investigación por la misma naturaleza del estudio ya que es un análisis secundario de datos.

Se trabajo con las medidas disponibles para establecer nuestras propias definiciones operativas de envejecimiento saludable, lo que hace que no sean ideales.

Limitación en la información ya que la base de datos no contiene información suficiente para responder a todos los objetivos de un análisis secundario, a pesar de que hayan sido suficientemente útiles para responder los objetivos.

Datos limitados ya que algunas medidas fueron de auto-reporte con una gama limitada de opciones de respuesta, como en el caso de enfermedades ya que se pregunta si en los últimos 12 meses el médico que ha diagnosticada alguna de las 12 enfermedades cuestionadas.

16. UTILIZACIÓN DE RESULTADOS:

La presente investigación pretende colaborar con las evidencias científicas que existe sobre el uso de los servicios preventivos y curativos que brinda nuestro sistema de salud con el fin de saber si la medicina preventiva podría ser una intervención oportuna para generaciones de menor edad para lograr llevar a la población a un envejecimiento saludable y compara si el servicio curativo es un factor protector para el envejecimiento saludable.

Es importante entender que este concepto es complejo y que tiene ciertas áreas de oportunidad para trabajar con ellas, involucrando otras dimensiones las cuales podrán generar cambios a través de la creación de políticas en salud que permitan la modificación de factores económicos, culturales

y psicológicos dándonos así una guía para mejorar estas áreas, construyendo mejores bases para las generaciones futuras, basados en la evidencia científica.

17. FORTALEZAS:

Se generó información con el propósito de fomentar nuevas líneas de investigación en cuanto al uso de servicios tanto preventivos como ambulatorios con el fin de conocer si existe una relación con la población estudiada.

La utilización de estos datos permitió conocer las variables que se relacionan con el envejecimiento saludable.

18. RECOMENDACIONES:

Realizar más estudios dirigidos al uso de los servicios médicos tanto preventivos como curativos para poder encontrar áreas de oportunidad para mejorar el desarrollo del envejecimiento saludable desde etapas tempranas.

19. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El estudio propuesto se adaptó a los principios éticos y científicos de las investigaciones médicas de acuerdo con la Declaración Helsinki. Al ser un análisis de datos secundarios de dominio público, no implicó consideraciones relacionadas con la bioseguridad. La seguridad y confidencialidad de los datos personales de los sujetos entrevistados fue garantizada por las instituciones que llevaron a cabo la recolección de la información. Las bases de datos que se utilizaron en el trabajo son públicas. Los investigadores no tuvieron acceso a los datos personales de los sujetos incluidos en el estudio.

Por su parte, el protocolo del ENASEM y sus instrumentos fueron aprobados por el consejo de revisión institucional y el Comité de Ética de la University of Texas Medical Branch, el INEGI y el INSP. La presente investigación fue registrada ante el Instituto Nacional de Geriatría.

20. ANEXOS:

20.1 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:



ENCUESTA NACIONAL SOBRE SALUD Y ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO 2015



20/10/2015

CUESTIONARIO BÁSICO

<p>1. NÚMERO DE FOLIO PRIMERA ENTREVISTA</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">CUNICAH</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">SUBHOGAR</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NP</td> </tr> </table> <p>2. NOMBRE COMPLETO DEL SUJETO DE ESTUDIO PRIMERA ENTREVISTA</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>3. TIPO DE PERSONA PRIMERA ENTREVISTA</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 80%;">1 SEGUIMIENTO</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>2 NUEVA PERSONA</td> </tr> </table> <p>4. RESULTADO DE LA PRIMERA ENTREVISTA</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">01 ENTREVISTA COMPLETA</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">DÍA</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">MES</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">02 ENTREVISTA INCOMPLETA</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>5. ÚLTIMA SECCIÓN COMPLETA PRIMERA ENTREVISTA</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>6. DOMICILIO</p> <p>INDIQUE SI EL LUGAR DE LA ENTREVISTA ES EL MISMO DOMICILIO REGISTRADO EN EL DIRECTORIO</p> <p>1 MISMO DOMICILIO <input type="checkbox"/> REALICE LA ENTREVISTA 2 DISTINTO DOMICILIO <input type="checkbox"/> ACTUALICE DOMICILIO</p> <p style="text-align: center;">CALLE, AVENIDA, CALLEJÓN, CARRETERA, CAMINO</p> <p style="text-align: center;">NÚMERO EXTERIOR, NÚMERO INTERIOR, COLONIA, FRACCIONAMIENTO, BARRIO, UNIDAD HABITACIONAL</p> <p>ENTRE CALLE (NOMBRE) _____</p> <p>Y CALLE (NOMBRE) _____</p> <p>CALLE POSTERIOR _____ CÓDIGO POSTAL _____</p> <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; border: 1px solid black;"> <p>ENTIDAD FEDERATIVA _____</p> <p>MUNICIPIO O DELEGACIÓN _____</p> <p>LOCALIDAD _____</p> <p>AGEB _____ MANZANA _____</p> </div>	CUNICAH	SUBHOGAR	NP	<input type="checkbox"/>	1 SEGUIMIENTO	<input type="checkbox"/>	2 NUEVA PERSONA	01 ENTREVISTA COMPLETA	DÍA	MES	02 ENTREVISTA INCOMPLETA			<p>1. NÚMERO DE FOLIO SEGUNDA ENTREVISTA</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">CUNICAH</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">SUBHOGAR</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">NP</td> </tr> </table> <p>2. NOMBRE COMPLETO DEL SUJETO DE ESTUDIO SEGUNDA ENTREVISTA</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>3. TIPO DE PERSONA SEGUNDA ENTREVISTA</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 80%;">1 SEGUIMIENTO</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>2 NUEVA PERSONA</td> </tr> </table> <p>4. RESULTADO DE LA SEGUNDA ENTREVISTA</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">01 ENTREVISTA COMPLETA</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">DÍA</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">MES</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">02 ENTREVISTA INCOMPLETA</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>5. ÚLTIMA SECCIÓN COMPLETA SEGUNDA ENTREVISTA</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	CUNICAH	SUBHOGAR	NP	<input type="checkbox"/>	1 SEGUIMIENTO	<input type="checkbox"/>	2 NUEVA PERSONA	01 ENTREVISTA COMPLETA	DÍA	MES	02 ENTREVISTA INCOMPLETA		
CUNICAH	SUBHOGAR	NP																									
<input type="checkbox"/>	1 SEGUIMIENTO																										
<input type="checkbox"/>	2 NUEVA PERSONA																										
01 ENTREVISTA COMPLETA	DÍA	MES																									
02 ENTREVISTA INCOMPLETA																											
CUNICAH	SUBHOGAR	NP																									
<input type="checkbox"/>	1 SEGUIMIENTO																										
<input type="checkbox"/>	2 NUEVA PERSONA																										
01 ENTREVISTA COMPLETA	DÍA	MES																									
02 ENTREVISTA INCOMPLETA																											
<p>7. RESPONSABLES</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">ENTREVISTADOR (A)</td> <td style="width: 20%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">CLAVE</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">JEFE DE ENTREVISTADORES (AS)</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">CLAVE</td> </tr> </table> <p>CONFIDENCIALIDAD</p> <p>Conforme a las disposiciones del Artículo 37, párrafo primero, de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica en vigor: "Los datos que proporcionen para fines estadísticos los informantes del Sistema a las Unidades en términos de la presente Ley, serán estrictamente confidenciales y bajo ninguna circunstancia podrán utilizarse para otro fin que no sea el estadístico."</p>	ENTREVISTADOR (A)	CLAVE	JEFE DE ENTREVISTADORES (AS)	CLAVE	<p>8. CONTROL DE PAQUETE</p> <p>FOLIO DEL PAQUETE..... <input type="checkbox"/> J.E. <input type="checkbox"/> CONSECUTIVO</p> <p>CONSECUTIVO EN EL PAQUETE..... <input type="checkbox"/></p> <p>OBLIGATORIEDAD</p> <p>De acuerdo con el Artículo 45, párrafo primero, de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica en vigor: "Los Informantes del Sistema estarán obligados a proporcionar, con veracidad y oportunidad, los datos e informes que les soliciten las autoridades competentes para fines estadísticos, censales y geográficos, y prestarán apoyo a las mismas."</p>																						
ENTREVISTADOR (A)	CLAVE																										
JEFE DE ENTREVISTADORES (AS)	CLAVE																										

20.2 TABLA DE VARIABLES:

Variables		
Envejecimiento Saludable	Construcción	Pregunta en ENASEM
Funcionalidad	ABVD, AIDV	Funcionalidad: (AVD)Sección H
Somatosensorial	Visión, Audición, Fuerza, Equilibrio	Audición: Sección C (C.41 a C.42), Visión: Sección C (C.43 a C.44)
Cognición	Cognición	Cognición: Sección E (E.1 a E15)
Locus de Control Interno		Locus de control Interno: Sección D (D.25)
Psicológico	Depresión	Psicología: Sección C (C.49)
Uso de servicios		
Preventivos	Actividades de prevención (colesterol, prueba de diabetes, hipertensión, vacunación y autoexploración, mamografía, papanicolaou)	Cuidado Preventivo C (c.48b-g y m:C48h-C.48j)
Curativos	Visitas al médico	Uso de Servicios D (D.8_4)
Características Sociodemográficas		
Edad	En años	Edad y Sexo: Sección A (A.1, A.2)
Sexo	Femenino/masculino	Edad y Sexo: Sección A (A.1, A.2)
Nivel Socio-económico	Bajo, Medio bajo, medio, medio alto, alto	Nivel Socioeconómico: Pregunta 14
Ubicación	Cantidad de población	Ubicación: (Rural, Urbano)
Escolaridad	Primaria, secundaria, media, superior, universitaria, posgrado	Escolaridad: Sección F (F1) y pregunta 12
Ocupación	Trabajador, campo, empleado	Ocupación: Sección I (I.5, I.6) sección K (K.61 a K83)
Morbilidad	Enfermo/ no enfermo	
Exposición	Expuesto no Expuesto	Exposición: Tabaquismo: Sección C (C.51 a C.58), Alcohol: Sección C (C.59 a C63)



Dirección de Investigación
Subdirección de Investigación Epidemiológica Clínica
Departamento de Investigación en Epidemiología Clínica

Ciudad de México, 23 de septiembre de 2019
Oficio-INGER-DG-DI-SIEG-JDEC-032-19
Asunto: Dictamen final del Protocolo de Investigación

Dra. María del Carmen García Peña
Investigadora Responsable
Presente

Informo a usted que el protocolo de investigación con No. de solicitud de revisión SIRES-DI-015-19 titulado: "USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN ADULTOS MAYORES Y SU RELACIÓN CON EL ENVEJECIMIENTO SALUDABLE" cumple con los requerimientos de las normas vigentes y se ha emitido el dictamen final: AUTORIZADO, con número de registro:

DI-PI-014/2019

De acuerdo a los procedimientos vigentes deberá informar a esta Secretaría en los meses de julio y enero de cada año acerca de desarrollo del proyecto a su cargo.

Todo lo relacionado al proyecto deberá ser referido con el número de registro asignado a este oficio.

Le solicito que a partir de ahora mantenga actualizada la información del proyecto de acuerdo a la calendarización de los reportes semestrales dirigidos al Departamento de Investigación en Epidemiología Clínica.

Sin otro particular, reciba saludos.

Atentamente
Secretaría Técnica de los Comités de Investigación,
Ética en Investigación y Bioseguridad


Dra. Pamela Tella Vega

C.c.p **Dr. Raúl Hernán Medina Campos**, Subdirector de Investigación Epidemiológica Geriátrica

175 / 8



21. REFERENCIAS:

1. Aldridge, G. J. (1962). Growing Old: The Process of Disengagement. By Elaine Cumming and William E. Henry. New York: Basic Books, 1961. 293 pp. *Social Work*, 7(3), 122-122. <https://doi.org/10.1093/sw/7.3.122>
2. Amjad, H., Wong, S. K., Roth, D. L., Huang, J., Willink, A., Black, B. S., ... Samus, Q. M. (2018). Health Services Utilization in Older Adults with Dementia Receiving Care Coordination: The MIND at Home Trial. *Health Services Research*, 53(1), 556-579. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12647>
3. Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health services research*, 9(3), 208-220.
4. Andersen R. M. (2008). National health surveys and the behavioral model of health services use. *Medical care*, 46(7), 647-653. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31817a835>
5. Arredondo Armando, M. (1991). Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública de México*, 34(1), 36-48. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5469/5803>
6. Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (Eds.). (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684>
7. Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J.-P., Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, 387(10033), 2145-2154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
8. Borges-Yáñez, S. A., & Gómez-Dantés, H. (1998). Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Pública de México*, 40(1). <https://doi.org/10.1590/S0036-36341998000100003>
9. Chang, A. Y., Skirbekk, V. F., Tyrovolas, S., Kassebaum, N. J., & Dieleman, J. L. (2019). Measuring population ageing: An analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet Public Health*, 4(3), e159-e167. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667\(19\)30019-2.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667(19)30019-2.pdf)
10. CONAPO (2013), Proyecciones de Población 2010-2050, México, en: <http://www.conapo.gob.mx>
11. CONEVAL. (2018). Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018. Recuperado 11 de septiembre de 2019, de https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf
12. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/>. Revisada el 12 de junio del 2014
13. Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C. M., & Brayne, C. (2013). Lay perspectives of successful ageing: A systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*, 3(6), e002710. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002710>
14. Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, Annandale E, Arthur A, Harvey J et ál. Conducting a Critical Interpretive Synthesis of the Literature on Access to Healthcare by Vulnerable Groups. *bmc Med Res Methodol*. 2006; 6 (35).
15. Engler, T. (2005). El empoderamiento de adultos mayores organizados en la búsqueda de un nuevo contrato social: Experiencias del Banco Interamericano de Desarrollo y la Red Tiempos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17, 438-443. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892005000500016>

16. Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J. P., & García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: Operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 57(2), 180. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i2.7415>
17. Fernández-Ballesteros, R., García, L. F., Abarca, D., Blanc, E., Efklides, A., Moraitou, D.... Patricia, S. (2010). The concept of 'ageing well' in ten Latin American and European countries. *Ageing and Society*, 30(1), 41-56. <https://doi.org/10.1017/S0144686X09008587>
18. Gavrilov, L. A., & Gavrilova, N. S. (2002). Evolutionary Theories of Aging and Longevity. *The Scientific World JOURNAL*, 2, 339-356. <https://doi.org/10.1100/tsw.2002.96>
19. Gallegos-Carrillo K, García-Peña C, Durán-Muñoz C, Mudgal J, Durán-Arenas L, Salmerón-Castro(2008). Health care utilization and health-related quality of life perception in older adults: a study of the Mexican Social Security Institute. *Salud Publica Mex* 2008; 50:207-217.
20. Gobierno de la República. (2013, 2018). Plan Nacional de Desarrollo PND-2013-2018-PDF.pdf. Recuperado 20 de agosto de 2019, de <https://itcampeche.edu.mx/wp-content/uploads/2016/06/Plan-Nacional-de-Desarrollo-PND-2013-2018-PDF.pdf>
21. Gregorio, P. G. (1993). Fisiología del envejecimiento y su influencia ante la cirugía. *Complutense de Madrid*, 15.
22. Gutiérrez Robledo, L. M., Agudelo Botero, M., Giraldo Rodríguez, L., & Medina Campos, R. H. (2016). *Hechos y Desafíos para un envejecimiento saludable en México*. Instituto Nacional de Geriátria. <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/hechos-desafios.pdf>
23. 6Gutiérrez Robledo, L. M., & Gutiérrez Ávila, J. H. (2010). *Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria*.
24. Haveman-Nies, A. (2003). Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: The SENECA study. *Age and Ageing*, 32(4), 427-434. <https://doi.org/10.1093/ageing/32.4.427>
25. Havighurst, R. J. (1961). Successful Aging. *The Gerontologist*, 1(1), 8-13. <https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>
26. Huenchuan Navarro .et al.,. Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México, CEPAL, (2015).CEPAL https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38879/1/S1500754_es.pdf
27. Kahana, E., & Kahana, B. (2001). Successful aging among people with HIV/AIDS. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(12), S53-S56. [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(01\)00447-4](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(01)00447-4)
28. Kim, S.-H., & Park, S. (2017). A Meta-Analysis of the Correlates of Successful Aging in Older Adults. *Research on Aging*, 39(5), 657-677. <https://doi.org/10.1177/0164027516656040>
29. Kirkwood, T. B. L., & Austad, S. N. (2000). Why do we age? *Nature*, 408(6809), 233-238. <https://doi.org/10.1038/35041682>
30. Methodological Document 2015, Mexican Health and Aging Study. [Internet]. 2015. Available from: www.MHASweb.org
31. Neugarten, B. L. (1972). Personality and the Aging Process1. *The Gerontologist*, 12(1_Part_1), 9-15. https://doi.org/10.1093/geront/12.1_Part_1.9
32. Ollar J. (1997). Envejecimiento y función cognitiva. De la declinación al deterioro. 1997, (Mangone CA, Allegri R. Demencia: enfoque multidisciplinario. Buenos Aires: Sagitario Editores), 71-97.
33. Omran, A. R. (2005). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 731-757. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x>

34. OMS (2002). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. [Acceso 9 de noviembre de 2012.] Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/CONF.197/9>. pp. 85.
35. OMS. (2015). *Informe Mundial el Envejecimiento y la Salud*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=B192A28977EFA01AA68B163EE411A1DA?sequence=1
36. Organización de las Naciones Unidas. Human Rights: a Basic Handbook for UN Staff. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y la Escuela Superior del Personal de las Naciones Unidas, 1999:3.
37. Paul E. Segall. (1980). Aging of the Central Nervous System. Interdisciplinary Topics in Gerontology, Volume 16. Vladimir V. Frolkis Vladislav V. Bezrukov H. P. von Hahn. *The Quarterly Review of Biology*, 55(4), 460. Recuperado de <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/412062>.
38. Peel, N. M., McClure, R. J., & Bartlett, H. P. (2005). Behavioral determinants of healthy aging1. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3), 298-304. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.12.002>
39. Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos López, C., & Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: Una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(4), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>
40. Riley MW, Riley JW. (1994). Structural lag: Past and future. En: Riley MW, Kahn RL, Foner A (Eds.). *Age and structural lag*. New York: Wiley, 15-36.
41. Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 143. Recuperado de edsgov.
42. Ryff, C.D. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, (Vol.57, N°6), 1069-1081.
43. Sánchez-Torres, D. A. (2015). Accesibilidad a los servicios de salud: Debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud*. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82-89.
44. Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful Aging and Well-Being: Self-Rated Compared With Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 7.
45. Téllez, Y., & Muradás, M. de la C. (2017). *La situación demográfica de México 2017*. CONAPO. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/344406/SDM-2017_completo_web2.pdf
46. Vaillant George E., M. K. G. E. (2001, junio). *Successful Aging factrores.pdf*. Recuperado de <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.158.6.839>
47. Welford, A. T. (1963). A Review of: "Ageing and Personality; A Study of 87 Older Men". By SUZANNE REICHARD, FLORINE LIVSON and PAUL G. PETERSEN. (New York: John Wiley and Sons, 1962.) [Pp. XV + 237]. *Ergonomics*, 6(2), 233-234. <https://doi.org/10.1080/00140136308930697>
48. Wong, R., & Díaz, J. J. (2007). Health care utilization among older mexicans: Health and socioeconomic inequalities. *Salud Pública de México*, 49. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342007001000010>