

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Tomar el pulso a la capacidad de respuesta del sistema de salud para satisfacer las necesidades de las personas mayores

**MÉXICO SE ENCUENTRA EN UN PROCESO DE TRANSICIÓN
Y LAS PERSONAS MAYORES REQUIEREN APOYO PARA QUE LA
LONGEVIDAD SEA ALCANZABLE PARA TODOS**

Introducción

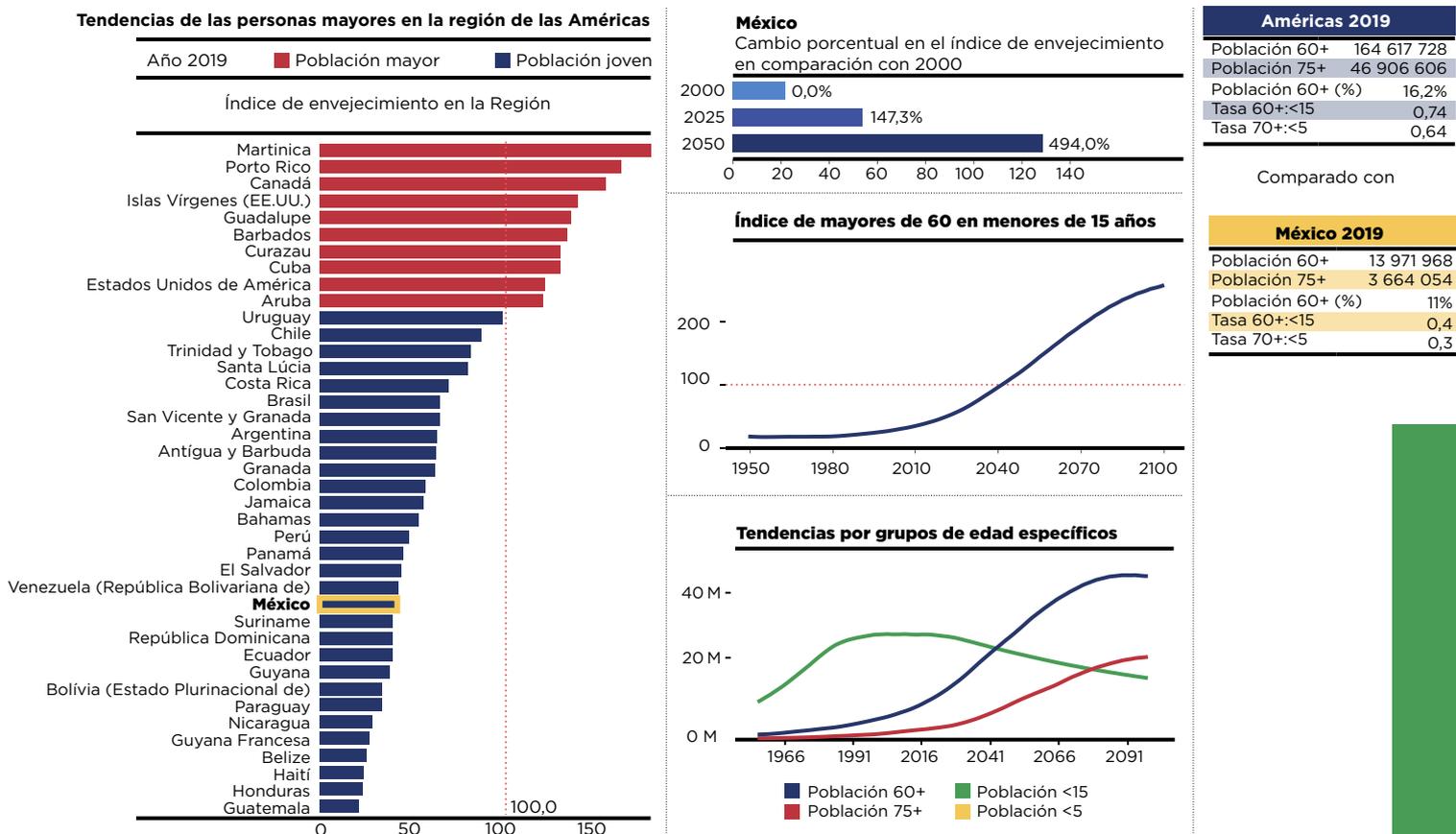
El presente análisis de la situación es un resumen de la capacidad de respuesta del sistema de salud de México a las necesidades de la población que está envejeciendo. En esta evaluación se analiza la eficacia del sistema de salud del país con el propósito de facilitar un diálogo abierto acerca de una evaluación más exhaustiva, la toma de decisiones y la formulación de un plan de acción que incluya la implementación de políticas costo-efectivas. El documento primero presenta la situación demográfica y epidemiológica actual, seguida del resumen de la capacidad de respuesta del sistema de salud, incluida una evaluación de cada área de acción.

Con el cambio demográfico aumenta el número de personas que llegan a la vejez

Según el Censo de Vivienda y Población 2020 de México, la población total era de 126 millones. De este total, el 12% tenía 60 años o más. Para el 2050, esta cohorte de mayor edad representará el 25% de la población total (1). Por primera vez, en el 2015, había más personas mayores de 60 años que niños de 0 a 4 años. Sin embargo, el proceso de envejecimiento está avanzando de diferentes maneras en los estados del país. Las personas de 60 años en adelante representan el 16% de la población total en la Ciudad de México y el estado de Veracruz, mientras que en los estados de Baja California Sur, Chiapas y Quintana Roo, las personas mayores representan el 10% (1).

Además, México está atravesando una transición epidemiológica y las enfermedades no transmisibles son la forma más prevalente de morbilidad (2). Entre las personas de 60 años o más, el 27% de las mujeres y el 22% de los hombres informaron haber recibido un diagnóstico de diabetes, siendo la discapacidad visual la complicación mencionada con más frecuencia. Una proporción significativa de mujeres mayores (20,9%) y el 15,3% de los hombres mayores informaron haber recibido un diagnóstico de hipertensión (3). Además, los resultados de las medidas antropométricas tomadas durante la encuesta muestran que el 40,2% de las mujeres y el 30,5% de los hombres eran obesos, mientras que el 36,6% de las mujeres y el 42% de los hombres tenían sobrepeso (4).

Figura 1. Patrones del envejecimiento en México y la Región de las Américas (2019)

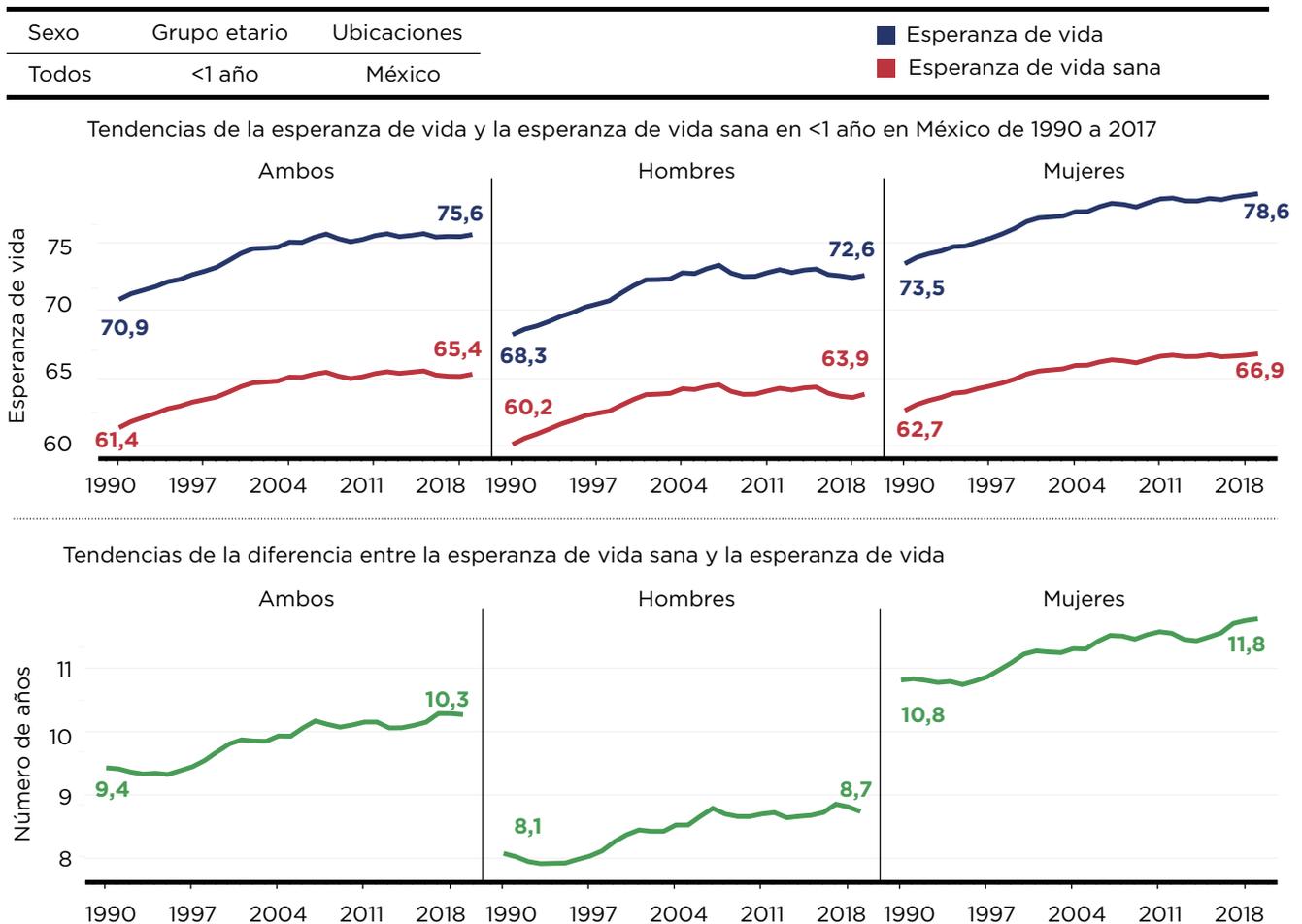


Fuente: Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Prospectos de la Población Mundial 2019. Nueva York: UNDESA; 2019. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/Publications/>.

Una mayor esperanza de vida de los habitantes de México no significa necesariamente un aumento de los años vividos con buena salud

La esperanza de vida promedio al nacer en el 2020 era de 75 años. La esperanza de vida promedio a los 60 años se estimaba entre 21,8 y 22,9 años para las mujeres y 20,9 años para los hombres. Si bien la esperanza de vida ha aumentado, este no ha sido el caso para la esperanza de vida saludable. Para muchas personas, esos años de vida ganados se pasan con alguna discapacidad o terminan en una muerte prematura. Las estimaciones para el 2019 (figura 2) muestran que de los 21,8 años adicionales que se espera que una persona viva a los 60 años, solo 16 se viven con buena salud (15,3 años para los hombres y 16,8 años para las mujeres) (5).

Figura 2. ¿Están aumentando las brechas entre la esperanza de vida y la esperanza de vida sana con el tiempo? El caso de México



Fuente: Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle, Estados Unidos: Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde (IHME), 2019. Disponible em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Otra manera de evaluar la carga de las enfermedades crónicas en las personas mayores en México es la de calcular los años de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD), estimados como la suma de los años de vida perdidos (AVP) debido a la mortalidad prematura y los años perdidos por discapacidad (APD) ocasionada por casos prevalentes de enfermedades crónicas específicas.

En el 2016, los AVAD en personas mayores oscilaron entre el 19,0% y el 36,0% entre los estados de México y la carga de enfermedad se componía principalmente de AVP (68%). La diabetes mellitus, la cardiopatía isquémica y la enfermedad renal crónica fueron las principales causas de los AVAD. Por otro lado, la discapacidad visual y auditiva, el dolor lumbar y de cuello y la depresión contribuyeron a la mayor carga de años perdidos por discapacidad (APD), tanto en hombres como en mujeres. La carga de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias aparecen como la novena causa de discapacidad en el grupo

etario de 70 a 79 años. La demencia se convierte en la tercera causa principal de discapacidad en el grupo etario de 80 a 89 años y es la segunda afección discapacitante principal para las personas de 90 años o más (6).

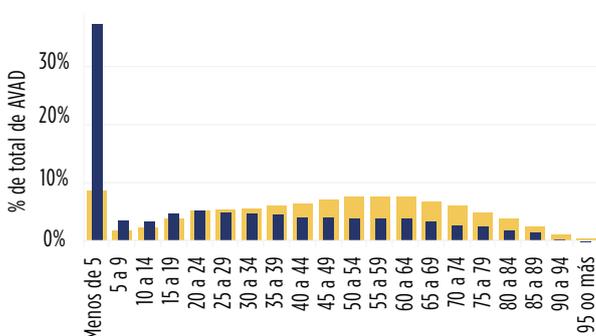
Carga elevada y resultados negativos del aumento de las enfermedades crónicas que no se diagnostican ni tratan de manera óptima

Cada vez es más común que las enfermedades crónicas que no se tratan y manejan adecuadamente afecten la vida cotidiana de las personas. Según datos del Censo Nacional de Población, en el 2020, el 16,5% de la población tenía alguna limitación para ejecutar las actividades cotidianas, una discapacidad o un trastorno cognitivo limitante autonotificado. Entre aquellos con limitaciones, el 45% son personas de 60 años o más (7). En el período 2001-2015 (figura 3), la discapacidad funcional grave, medida como limitaciones para ejecutar tres o más actividades de la vida cotidiana aumentó del 3,4% al 5,6% en las personas mayores (8) (figura 3).

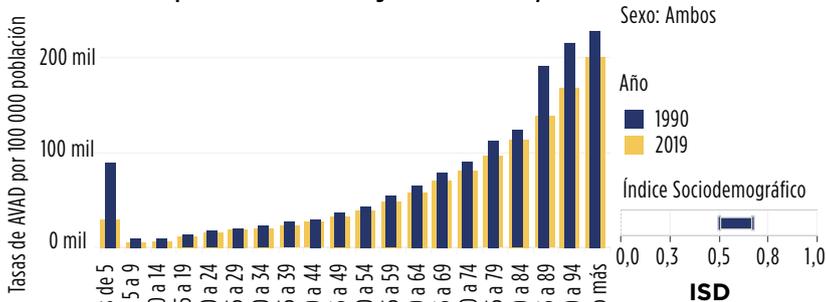
Figura 3. Carga de enfermedad a lo largo del curso de vida en la Región de las Américas, 1990-2019

México

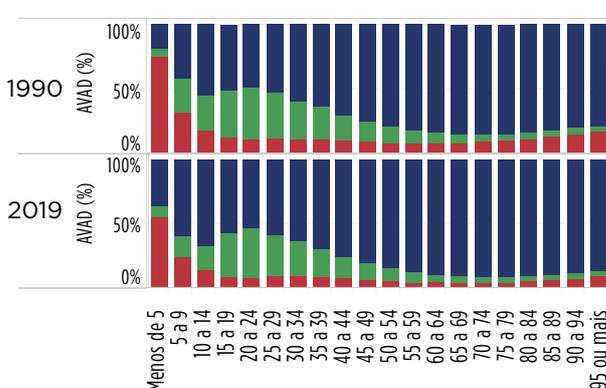
Porcentaje de AVAD por todas las causas según la edad en 1990 y 2019



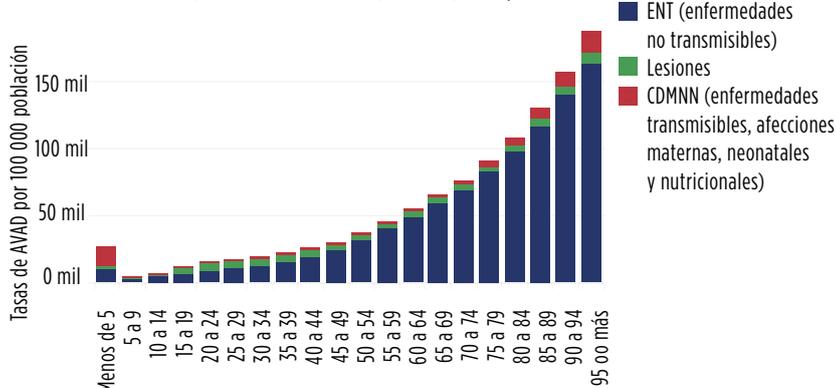
Tasas de AVAD por 100 000 habitantes según la edad en 1990 y 2019



Porcentaje del total de AVAD por edad y causa en 1990 y 2019



Tasas de AVAD por 100 000 habitantes por edad y causa, 2019



Fuente: Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle, Estados Unidos: Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde (IHME), 2020. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Resumen de la respuesta del sistema de salud a las necesidades de las personas mayores

I. Capacidad de los servicios para brindar atención centrada en las personas mayores y sus comunidades

En cuanto al acceso a los servicios de salud y la respuesta del sistema, uno de los principales problemas es la ausencia de un sistema nacional de salud universal. En lugar de un sistema único, México tiene tres subsistemas de seguro de salud y prestación de servicios. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) está al alcance de los trabajadores del sector privado, mientras que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) atiende a los empleados del sector público nacional o estatal. Además, la Secretaría de Salud presta servicios de salud a las personas empleadas en el sector informal o que no acumularon suficiente tiempo en el empleo formal para poder optar a los servicios por conducto del IMSS o el ISSSTE.

México y otros países de la Región aún no han instituido plenamente la atención integrada centrada en la persona para las personas mayores. La única estrategia de atención integrada conocida es un proyecto piloto iniciado en la Ciudad de México en el 2020, que incluye la atención integrada para las personas mayores (ICOPE, por su sigla en inglés) de la OMS (8) dentro de los servicios de atención primaria y cuyos resultados se están evaluando para aplicarlos a nivel nacional en el mediano plazo (8).

Los resultados de la atención de salud para personas mayores son dispares. En el 2020, el 51,7% de las personas mayores informaron que contaban con una Cartilla Nacional de Salud del adulto mayor, un documento oficial para las personas mayores de México que les permite acceder a la atención de salud preventiva, diagnóstica y de seguimiento gratuita en todas las unidades médicas del sistema nacional de salud. La prevalencia nacional de vacunación fue del 56,5% ($\pm 0,97$) para la gripe, del 44,3% ($\pm 0,98$) para neumococo y del 61,8% ($\pm 0,96$) para tétanos (9).

Sin contar con un proceso de evaluación y detección integral, el manejo de las enfermedades crónicas y de sus consecuencias es inadecuado. Por lo tanto, es necesaria una evaluación funcional que permita el seguimiento y el cumplimiento del tratamiento. La multimorbilidad está presente en el 30% de las personas mayores y el 20% de ellas son obesas (4). Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018, el 75,2% tenían hipertensión. De este total, solo el 47,3% conocía previamente su estado, mientras que el resto de las personas se identificaron como hipertensas en el momento de la encuesta (10). Entre las personas diagnosticadas con diabetes, solo el 19% informó haberse sometido a una prueba de hemoglobina glicosilada y el 12% a una

prueba de microalbuminuria en los últimos 12 meses. Estas son dos de las principales pruebas para evaluar y controlar la diabetes. El porcentaje tan bajo de personas que se hacen estas pruebas indica que la atención es subóptima (4). En términos de acceso a los servicios de atención de salud, el 72% de las personas entrevistadas de 60 años o más dijeron haber acudido al menos a una consulta médica en el último año. En promedio, acuden a ocho consultas por año (17).

II. Impacto del financiamiento de la salud sobre los pagos directos de bolsillo para las personas mayores y sus familias

Aun cuando la mayoría de las personas mayores informan tener algún tipo de seguro de salud, México tiene uno de los gastos directos de bolsillo en la Región y de las asignaciones nacionales más altos para la atención de salud en la Región de las Américas.

La porción del PIB asignada al gasto en salud en México es baja ya que representaba apenas el 6,2% del gasto total en 2020. El gasto total per cápita sobre todos los servicios de atención de salud es de alrededor de 1 000 paridades del poder adquisitivo (PPA) (US\$ 2 017), que es bajo en comparación con otros países(12). Los servicios de atención de salud ofrecidos en el sector privado son considerables y la mayor parte de la atención de salud privada la paga el usuario de su bolsillo. El seguro privado constituye un pequeño segmento del mercado (cerca del 4% del gasto total en salud), mientras que el gasto de bolsillo en salud (pagado directamente por los pacientes) en el 2017 alcanzó el 40,4% del gasto total (13).

En el 2018, el 73,5% de las personas mayores de 60 años estaban aseguradas en alguno de los tres sistemas (IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud) (cifra superior a la del 64,6% en el 2010) y, como resultado, el 74% son atendidos en instituciones de salud pública (alrededor del 47% en instituciones de la seguridad social y el 25% en los establecimientos de la Secretaría de Salud) (17).

Las estimaciones para el 2020 muestran que el 19% de las personas mayores carecían de seguro de salud y experimentaban falta de acceso a los servicios y mayores gastos directos (14). Además, se estima que en los hogares con personas mayores, el gasto en salud es el 36% más alto y el gasto catastrófico en salud aumenta a más del doble, en comparación con otros hogares del país, siendo los gastos particularmente altos en el último año de vida (16).

Este gasto tan elevado y el riesgo de gastos catastróficos en salud es particularmente pertinente dada la pobreza prevalente entre las personas mayores. Un estudio del Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social en México, mostró que, en promedio, el 41% de las personas de 65 años y más

estaban en situación de pobreza en el 2018, cifra que variaba entre el 23% en la Ciudad de México al 72% en el estado de Chiapas y al 65% en Oaxaca (17).

III. Impacto del liderazgo y la gobernanza de la salud sobre el cuidado de las personas mayores

Derechos de las personas mayores, legislación y medidas aplicadas

La ley principal que protege a las personas mayores en México es la Ley de Derechos de las Personas Mayores, promulgada en el 2002. Aunque la legislación garantiza los derechos de las personas mayores, en la práctica, estas protecciones no se logran plenamente. México ha establecido una institución dentro del gobierno federal dedicada al envejecimiento de la población, que tiene a cargo la elaboración de todas las políticas públicas sobre el envejecimiento y las personas mayores, además de aplicar métodos para ejecutar estas políticas.

Esta institución, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, ha venido funcionando por varias décadas. En el transcurso de su gestión, solo ha logrado establecer seis centros de cuidados diarios y seis residencias permanentes para personas mayores en la Ciudad de México. Según datos del último censo, hay alrededor de 1,5 millones de personas mayores que viven en la Ciudad de México (7). Sin embargo, hay varios convenios con empresas privadas e instituciones públicas para permitir que las personas mayores tengan acceso a servicios preferenciales o con descuento (alimentos, transporte público, servicios legales, servicios de salud, subsidios mensuales para la electricidad y el agua).

Falta de atención especializada y baja satisfacción general con la atención prestada

La satisfacción con los servicios de salud en México es baja. En el 2013, el 60% de las personas mayores informaron no estar muy satisfechas (18), mientras que en el 2018, el 31% consideraban que los servicios de salud que habían recibido eran deficientes o malos (4).

En el 2018 se calculaba que el país contaba con un geriatra certificado por cada 25.000 personas mayores, mientras que solo 13 instituciones educativas públicas y privadas incluían la geriatría en sus programas académicos de posgrado o especialización. En conjunto, 22 de las 89 universidades ofrecen el título en gerontología o gerontología social (24,7%), en comparación con el número de universidades que ofrecen títulos en pediatría, que se sitúa en 36.º lugar de 89 (40,4%) (19). El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es la institución especializada del país con 170 médicos geriatras en los hospitales y 80 enfermeras geriátricas (20).

IV. Eficacia de la respuesta intersectorial respecto de los determinantes de la salud en personas mayores

Los determinantes sociales de la salud no reflejan un envejecimiento favorable o saludable

A pesar de la legislación específica, las condiciones sociales adversas obstaculizan la salud y el bienestar en general. Las personas mayores de México viven principalmente en zonas urbanas, están casados o tienen pareja, y el 12% de las personas mayores viven solas (7). En el 2020, el 18,1% de las personas mayores informaron no tener escolaridad formal, 47,8% habían terminado la escuela primaria y alrededor del 25% son analfabetas (27). Según datos del censo, el 26% de los hogares mexicanos informaron que al menos un miembro del hogar tenía 60 años o más (22).

Un estudio sobre la privación social muestra que el 37,5% de las personas mayores viven en la pobreza (ingresos por debajo del umbral de pobreza) y el 76,5% había experimentado al menos uno de cada seis indicadores de privación social (acceso inadecuado a los servicios de salud, acceso a las prestaciones de la seguridad social, tipo y calidad de la vivienda inadecuados, educación inadecuada, acceso adecuado a los servicios en el hogar, y acceso a la alimentación). La educación inadecuada fue la situación más prevalente y afecta al 54,5% de este grupo etario, lo que ocasiona otros efectos adversos a lo largo de la vida, ya que repercute en el empleo, los ingresos y las oportunidades de seguridad social (17).

En el 2018, el 40,9% de la población de 65 años y más tenía como principal fuente de ingresos las transferencias de efectivo, en particular, en la forma de pensiones, programas sociales y apoyo de otras familias. Para el 2020, cerca del 33% de las personas mayores recibían una pensión contributiva (que exige contribuciones de los empleados) y el 53% recibía una pensión no contributiva (no necesita contribuciones de los empleados). Hay una marcada diferencia en las cantidades recibidas en cada caso (23).

En el 2019, solo el 7% de las personas de 55 años o más tenía un teléfono celular y el 35% eran usuarios de Internet, en comparación con el 75% y el 70% de la población de seis años o más, respectivamente, lo que muestra un retraso en el uso y el acceso a diversos servicios de telecomunicaciones (22).

V. Cuidado a largo plazo en México

En México, las estrategias para las personas dependientes o con discapacidad prácticamente no existen. El país no cuenta con un sistema de cuidados a largo plazo financiado con fondos públicos, ni con servicios públicos específicos que

ofrezcan cuidados para las personas con pérdida de la capacidad funcional o con alguna discapacidad. Como resultado, los cuidadores familiares no remunerados se encargan de los cuidados a largo plazo en el hogar (24).

Por otro lado, las necesidades de cuidados están aumentando y la oferta de servicios financiados con fondos públicos para las personas mayores prácticamente no existe. En la actualidad, el 16% de las personas mayores tienen dificultades con algunas actividades básicas de la vida cotidiana (como caminar, bañarse, comer, acostarse, usar el baño) y el 14% con algunas actividades instrumentales de la vida diaria (preparar alimentos calientes, comprar comestibles, tomar sus medicamentos, administrar su dinero) (17). En el censo del 2020 se identificaron 1 504 hogares de cuidado para personas mayores, de los cuales solo 10 estaban financiados con fondos públicos, y en general, se disponía de recursos subóptimos. Solo el 1% del personal que trabaja en los hogares de cuidado tenía habilidades para el cuidado de las personas mayores (22).

El gasto en salud de México representaba el 5,7% del PIB total en 2018. De este total, el 4,1% representa la producción total de bienes y servicios del sector de la salud y 1,6% representa el trabajo no remunerado destinado a los cuidados de salud, es decir, todos los cuidados relacionados con la salud que tienen lugar en el hogar para quienes están enfermos o discapacitados (25).

Cuando el gasto total se desglosa por bienes o servicios prestados, los cuidados de salud no remunerados representan el 29,1% del PIB total del sector de la salud, mientras que la producción de bienes y servicios dentro del sector equivale al restante 70,9%. Según las últimas estimaciones (2018), los cuidados de salud no remunerados representan una mayor proporción de la prestación de servicios de salud, en comparación con todos los servicios hospitalarios (20,3%) y los servicios ambulatorios o de atención primaria (17,0%) (25). Se calcula que alrededor del 40% del total de los cuidados no remunerados prestados en el hogar son para personas mayores y, en el 2015, tenían un valor económico de 73.679 millones de pesos mexicanos (alrededor de US\$ 4.604.937) (26).

Hay solo dos programas que ofrecen cuidados a domicilio para adultos y personas mayores que tienen alguna afección crónica: el programa de Atención de Enfermos Crónicos, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y el programa Salud en tu casa (conocido anteriormente como Médico en tu casa) de los Servicios de Salud de la Ciudad de México. Las principales afecciones tratadas son las enfermedades degenerativas crónicas y sus secuelas, como las de tipo cerebrovascular, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia renal crónica, la enfermedad de Alzheimer y las relacionadas con cáncer terminal. Sin embargo, su alcance y extensión han sido limitados y se han basado en enfermedades crónicas y no específicamente en las necesidades de las personas mayores ni en las afecciones relacionadas

con el proceso de envejecimiento que podrían exigir ciertos cuidados, como la fragilidad (27).

A cargo de la administración actual, el programa de la Ciudad de México está dirigido a personas de 68 años o más que se consideran “en riesgo” y que ya no pueden desplazarse en persona para recibir servicios de salud, y a quienes necesitan cuidados paliativos (28). Sin embargo, no hay información al alcance del público acerca de cómo funciona el programa, su población destinataria ni su desempeño.

Conclusión

En respuesta a los desafíos generados por las aceleradas transiciones demográficas y epidemiológicas, es necesario que los niveles federal, estatal y local le asignen prioridad a la población, al envejecimiento y a las políticas de salud pertinentes. Es indispensable adoptar medidas concretas a corto plazo.

Si bien hay varias estrategias para apoyar a las personas mayores, estas se han centrado principalmente en suministrar ingresos mínimos por medio de programas de apoyo y pensiones no contributivas. La fragmentación de los servicios sociales y de salud da lugar a una atención subóptima, al manejo y tratamiento inadecuados de las enfermedades crónicas y a resultados adversos para la salud.

Por lo tanto, al igual que sucede en muchos países de la Región, México necesita poner en práctica la atención integrada y centrada en la persona a nivel nacional para todas las personas mayores, que sea eficaz para responder a las necesidades individuales y poblacionales, además de asegurar una atención óptima y oportuna.

En cuanto a los cuidados a largo plazo, la ausencia de normas y regulaciones nacionales es una grave dificultad. La adopción de normas de cuidado, de seguridad y de sistemas de evaluación, además de un registro nacional de instituciones públicas, privadas y sin fines de lucro que atienden a las personas mayores y a las personas con discapacidad son medidas que deben ejecutarse de inmediato.

En el transcurso de la pandemia de COVID-19, fue evidente que, además de las normas óptimas de cuidados, las instituciones de atención a largo plazo necesitan pautas de atención para las situaciones de crisis, como por ejemplo, una pandemia, un terremoto, un huracán u otro desastre natural frecuente. También se necesitan urgentemente sistemas de información adecuados que exijan que los centros de cuidado recopilen y notifiquen información específica.

Hay una gran necesidad de reconocer y aplicar estrategias de apoyo para los grupos especialmente vulnerables en estas situaciones de crisis, como los cuidadores familiares no remunerados, las personas que viven con demencia y las personas con discapacidad.

Por último, la evidente presión sobre el sistema de atención de salud en situaciones de crisis pone de relieve la necesidad urgente de contar con un sistema de atención de salud universal que priorice la atención integrada y centrada en la persona, que esté financiado y equipado debidamente en cuanto a la infraestructura y los recursos humanos.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Censo de Población y Vivienda 2020, consulta de la información censal en línea [consultado el 14 de marzo del 2022]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>.
2. Stevens G DR, Thomas KJA, Rivera J, Carvalho N, Carvalho N, Barquera S, et al. Correction: Characterizing the epidemiological transition in Mexico: National and subnational burden of diseases, injuries, and risk factors. PLOS Medicine. 2008;5(7):e163. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050163>.
3. Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Romero-Martínez M, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2020.
4. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Informe de Resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. México; 2018 [consultado el 22 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/informes.php>.
5. Organización Mundial de la Salud. Década del envejecimiento saludable: Informe de referencia. Ginebra: OMS; 2020 [consultado el 21 de abril del 2022]. Publicación completa disponible en inglés en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>. Resumen en español disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350938>.
6. Parra-Rodríguez L, González-Meljem JM, Gómez-Dantés H, Gutiérrez-Robledo LM, López-Ortega M, García-Peña C, et al. The burden of disease in Mexican older adults: Premature mortality challenging a limited-resource health system. J Aging Health. 2020 Aug;32(7-8):543-53.
7. González-González C, Cafagna G, Hernández Ruiz M, Ibararán P, Stampini M. Dependencia funcional y apoyo para personas mayores de México, 2001-2026. Rev Panam Salud Publica. 2021;45(e71) [consultado el 13 de enero del 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.71>.
8. Organización Panamericana de la Salud. Atención integrada para las personas mayores (ICOPE): Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Manual. Washington, D.C.: OPS; 2019 (actualizado el 10 de junio del 2020). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51973>.
9. Trejo-Valdivia B, Mendoza-Alvarado L, Palma-Coca O, Hernández-Ávila M, Téllez-Rojo Solís M. Encuesta Nacional de Cobertura de Vacunación (influenza, neumococo y tétanos) en Adultos Mayores de 60 años en México. Salud Pública México. 54(1):39-46.

10. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Flores-Coria A, Gómez-Álvarez E, Barquera S. Prevalencia, diagnóstico y control de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad. Resultados de la ENSANUT 100k. Salud Publica Mex. 2019;61(6):888-97.
11. Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM). Ciudad de México: ENASEM; 2018. Disponible en: https://www.mhasweb.org/Home/Index_Esp.aspx.
12. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Health spending (indicator). París: OCDE; 2022 [consultado el 6 de abril del 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/8643de7e-en>.
13. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016. París: OCDE; 2016 [consultado el 8 de marzo del 2022]. Disponible en: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-mexico-2016_9789264230491-en#page1.
14. Wirtz V, Santa-Ana-Tellez Y, Servan-Mori E, Avila-Burgos L. Heterogeneous effects of health insurance on out-of-pocket expenditure on medicines in Mexico. Value Health. 2012 Aug;15(5):593-603.
15. Zaragoza-Contreras LG, Galindo-Enciso T. Protección que el Estado mexicano debe brindar al adulto mayor respecto de su patrimonio: una opinión de los juzgadores del Estado de México. Papeles Poblac. 2019 May 25;25(99):143-60.
16. Salinas-Escudero G, Carrillo-Vega MF, Pérez-Zepeda MU, García-Peña C. Gasto de bolsillo en salud durante el último año de vida de adultos mayores mexicanos: análisis del ENASEM. Salud Publica Mex. 2019;61(4):504-13.
17. CONEVAL. Pobreza y personas mayores en México. Ciudad de México; 2020 [consultado el 4 de mayo del 2022]. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_Personas_Mayores.aspx.
18. Hamui Sutton L, Fuentes García R, Aguirre Hernández R, Ramírez de la Roche OF. Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica. Formas e Imágenes, S A de C V, 22. 2013 [consultado el 24 de marzo del 2022]. Disponible en: https://www.s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/ss/li/SS2013_Li_Hamui.pdf.
19. CONACEM. Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas. Nov 2018 [consultado el 23 de abril del 2022]. Disponible en: <https://www.conacem.org.mx/index.php/consejos-de-especialidades-medicas-y-subespecialidades/listado-de-especialidades-medicas-y-capitulos>.

20. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El IMSS cuenta con el mayor número de profesionales en la atención geriátrica. Boletín de Prensa N.o 308/2019. 27 de agosto del 2019 [consultado el 17 de febrero del 2022]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201908/308>.
21. Kánter Coronel I. Las personas mayores a través de los datos censales de 2020. Mirada Legislativa N.o 204. México: Senado de la República; 2020 [consultado el 23 de febrero del 2022]. Disponible en: <https://www.bibliodigitalibd.senado.gob.mx/handle/123456789/5295>.
22. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad (Datos Nacionales). México: Comunicado de Prensa núm. 713/21; 2021 [consultado el 15 de marzo del 2022]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_PersDiscap21.pdf.
23. García I. Tipos de pensiones. Economía Simple. 2018 [consultado el 5 de octubre del 2022]. Disponible en: <https://www.economiasimple.net/tipos-de-pensiones>.
24. López-Ortega M, Aranco N. Envejecimiento y atención a la dependencia en México. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y Eurosocial; 2019 [consultado el 13 de mayo del 2022]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-en-mexico>.
25. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Cuenta Satélite del Sector Salud de México, 2018. México: Comunicado de Prensa núm. 690/19; 2019 [consultado el 3 de abril del 2022]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/.../boletines/2019/StmaCntaNal/CSSS2018.pdf>.
26. López Ortega M. Cuidados de salud de los adultos mayores. TODAS. Instituto Nacional de las Mujeres. México: Grupo Milenio; 2018 [consultado el 25 de mayo del 2022]. Disponible en: https://issuu.com/todas_milenio/docs/todas_jul2018.
27. Espinel-Bermúdez M, Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, García-González J, Viveros-Pérez Á, García-Peña C. Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios. Salud Pública México. 2011 Jan;53(1):17-25.
28. Gobierno de la Ciudad de México. Secretaría de Salud. Salud en tu Casa. 2018. [consultado el 6 de marzo del 2022]. Disponible en: https://www.salud.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/salud-en-tu-casa_docs/ss/li/SS2013_Li_Hamui.pdf.

OPAS/FPL/HL/22-0050

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2023. Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença CC BY-NC-SA 3.0 IGO.