Plan Mayor Bienestar

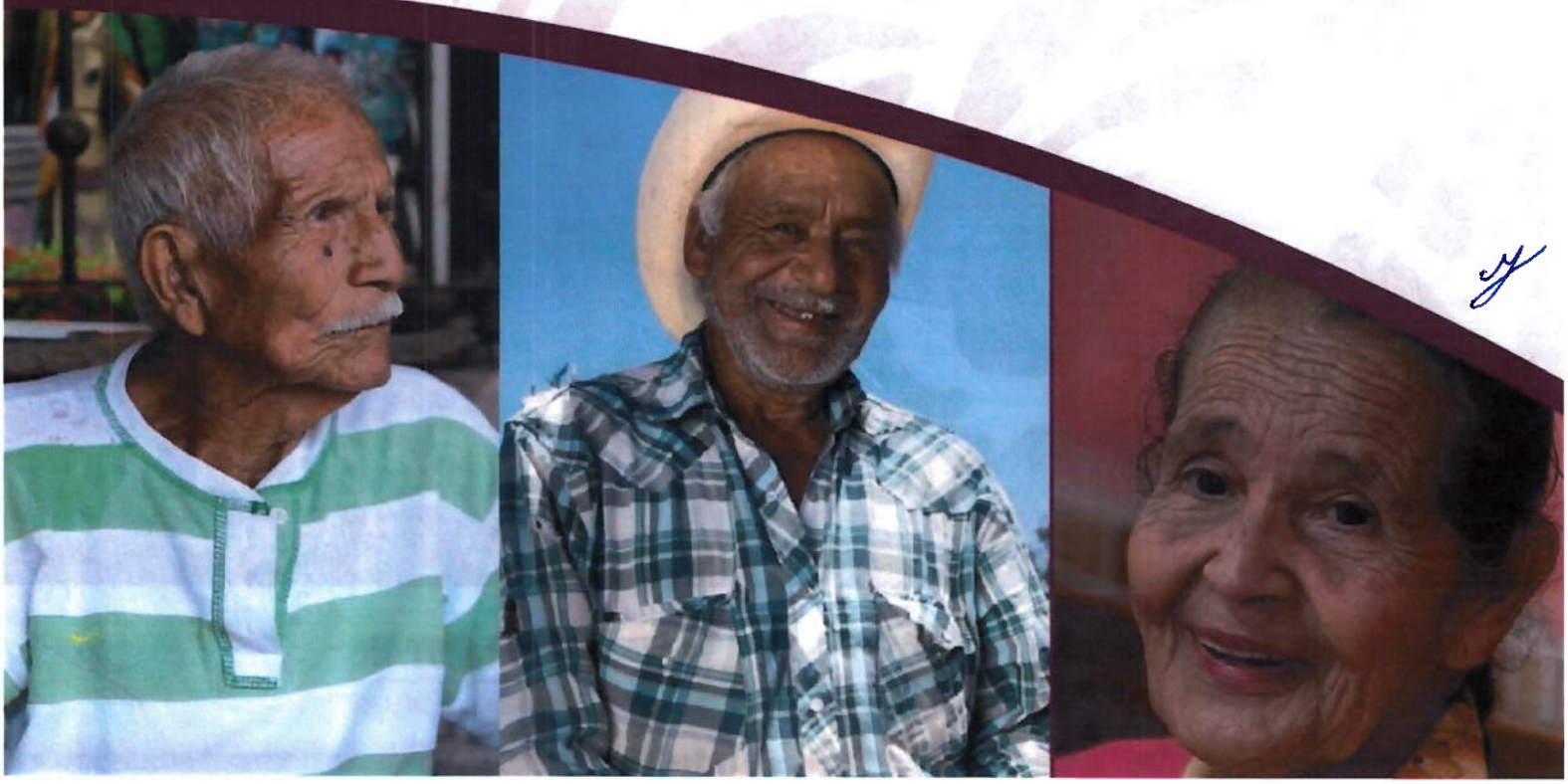
2025-2030

Gobierno de México

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Plan Mayor Bienestar

2025-2030



DIRECTORIO

Dr. Alejandro Ernesto Svarch Pérez
Dirección General

Dr. José Alejandro Avalos Bracho
Titular de la Unidad de Atención a la Salud

Nemer Alexander Naime Sánchez-Henkel
Titular de la Coordinación de Programas Preventivos

Dr. José Misael Hernández Carrillo
Titular de la Coordinación de Epidemiología

Dra. Luz Arlette Saavedra Romero
Titular de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel

Dra. Alethse de la Torre Rosas
Titular de la Coordinación de Unidades de Segundo Nivel

Dr. Eduardo Antonio Rodríguez Becerril
Titular de la Coordinación de Hospitales de Alta Especialidad y Programas Especiales

Dra. Miriam Adriana Peña Eslava
Titular de la Coordinación de Enfermería

Dr. Arturo González Ledezma
Titular de la Coordinación de Supervisión

Dr. Luis Ernesto Caballero Torres
Titular de la Coordinación de Educación e Investigación

Dr. Gabriel Padrón Segura
Titular de la Coordinación de Normatividad y Planeación Médica

Coordinación

Nemer Alexander Naime S-Henkel
Titular
Coordinación de Programas Preventivos

Jovan Zahid Guadarrama Corrugedo
Jefe de Área Médica
División de Curso de Vida

José Javier Mendoza Velásquez
Líder de Proyecto Médico
División de Curso de Vida
Coordinación de Programas Preventivos

Autoría y colaboración:

Linda Yaretzi Notario Montufar
Supervisora de Procesos de Departamento de Personas Mayores
División de Curso de Vida
Coordinación de Programas Preventivos

Flor Angélica Reyna Castañeda
Supervisora de Procesos
División de Justicia Social en Salud/
División de Curso de Vida
Coordinación de Programas Preventivos

Miguel Ángel García Luna
Supervisor de Procesos
División de Justicia Social en Salud
Coordinación de Programas Preventivos

Teresa Susana Rascón Córdova
Enlace Administrativo de Departamento de Personas Mayores
División de Curso de Vida
Coordinación de Programas Preventivos

Luz Adriana Gutiérrez Velázquez
Supervisora de Procesos
División de Salud de las Mujeres
Coordinación de Programas Preventivos

Valeria Aureoles García
Supervisora de Procesos
División de Salud de las Mujeres
Coordinación de Programas Preventivos

José Alfredo Méndez Díaz
Supervisor de Procesos
División de Supervisión del Componente Comunitario
Acción Comunitaria

Valeria Maribel Tejeida Aguilar
Supervisor de Procesos
División Curso de Vida

Revisión normativa:

Dr. Gabriel Padrón Segura
Titular de la Coordinación de Normatividad y Planeación Médica

Mtro. Mauro Jesús Villegas Sánchez
Titular de la División de Normatividad Médica

Contenido

1. Presentación 7
2. Antecedentes 8
3. Justificación 9
4. Diagnóstico situacional 11
5. Objetivos específicos y estrategias 27
6. Referencias 45
7. Anexos 52

Siglas

APS	Atención Primaria en Salud.
CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
CENAPRECE	Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA.
CONAPO	Consejo Nacional de Población.
ENT	Enfermedades No Transmisibles
ICOPE	Atención Integrada para las Personas Mayores (por sus siglas en inglés Integrated Care for Older People).
INAPAM	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
INGER	Instituto Nacional de Geriatría.
LGBTTTIQ+	Lesbiana, Gay, Bisexual, Transgénero, Transexual, Travesti, Intersexual, Queer y más.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PM	Persona Mayor
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SINBA	Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud.
SIS	Subsistema de Información en Salud.
SNA	Segundo Nivel de Atención
TNA	Tercer Nivel de Atención
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

1. Presentación

El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos demográficos mundiales más significativos del Siglo XXI, y México no es la excepción. Este proceso, resultado de avances en salud pública, mayor acceso a servicios y mejores condiciones de vida ha generado un crecimiento sostenido en la proporción de personas mayores con respecto a la población general. Este cambio demográfico constituye una oportunidad para fortalecer las políticas públicas de salud, que contribuyan a establecer las bases de un envejecimiento saludable.

El Gobierno de México, a través del IMSS-BIENESTAR y el *Plan Mayor Bienestar*, ha asumido la responsabilidad de impulsar la *atención integrada centrada en las Personas Mayores,* que no solo se enfoca en la prevención, diagnóstico y atención de enfermedades, sino también en el abordaje del envejecimiento como un proceso multifacético que requiere incidir desde distintas aristas, a través de nuestros ámbitos y niveles de competencia, con especial énfasis en la Atención Primaria en Salud (APS) para mejorar la calidad de vida del grupo de 60 años y más.

Esta *atención centrada en las Personas Mayores* utiliza una perspectiva *interseccional* que comprende todos los determinantes sociales de la salud (sexo, género, cultura, contexto económico, social, religioso, territorial y comunitario) y promueve estrategias diferenciadas y pertinentes que respondan a la diversidad de las vejeces, favoreciendo a aquellas pertenecientes a grupos históricamente vulnerados.

El *Plan Mayor Bienestar,* se enmarca en el compromiso nacional de acercar los servicios de salud a todos y todas, proponiendo una respuesta que impulsa el derecho a la protección de la salud de las personas mayores y promueve su autonomía, funcionalidad y participación, en todas las etapas del curso de vida.

Este documento contiene las directrices que se llevarán a cabo tanto en los establecimientos de salud IMSS-BIENESTAR como en el entorno comunitario de nuestra competencia, alineado con las prioridades nacionales, las políticas internacionales sobre envejecimiento saludable, y las demandas de la sociedad mexicana.

Así, el *Plan Mayor Bienestar* reafirma la convicción institucional de construir una sociedad más justa, inclusiva y solidaria, donde envejecer con dignidad y plenitud sea una garantía para todas las personas.

2. Antecedentes

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), en su informe *Perspectivas de población mundial 2024*, señala una disminución generalizada de la fertilidad en casi todas las regiones del mundo. Entre 2010 y 2015, 83 países (que representan el 46 % de la población mundial) registraron tasas de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo generacional (2.1 hijos por mujer). Al mismo tiempo, la esperanza de vida aumentó: entre 2000-2005 y 2010-2015 pasó de 65 a 69 años en hombres y de 69 a 73 en mujeres. Esta combinación de menor fecundidad y mayor longevidad ha desacelerado el crecimiento poblacional y ha envejecido a la población global.

Se estima que para finales de 2070 habrá 2,200 millones de personas mayores de 65 años, superando a las menores de 18; y para mediados de 2030, habrá 265 millones de personas mayores de 80 años, más que niñas y niños. Incluso en países con rápido crecimiento demográfico, se espera un aumento de la población mayor en los próximos 30 años.

En respuesta a esta realidad, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó el 2021–2030 como la *Década del Envejecimiento Saludable*, liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que busca mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y comunidades, mediante acciones concertadas en cuatro áreas clave:

1. Cambiar la forma en que pensamos, sentimos y actuamos sobre el envejecimiento.
2. Asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores, adaptando entornos físicos, sociales y económicos.
3. Ofrecer atención integrada y centrada en la persona, fortaleciendo la APS.
4. Proporcionar acceso a la atención a largo plazo.

En México, el 25 de octubre de 2022, la Secretaría de Salud emitió el Modelo de Atención a la Salud para el BIENESTAR (MAS-BIENESTAR), un esquema que articula cuidados y estrategias para atender a toda la población, con un enfoque de salud poblacional con participación comunitaria, donde las personas mayores son agentes clave en la transformación de sus entornos.

Así, el *Plan Mayor Bienestar 2025–2030* se alinea con la *Década del Envejecimiento Saludable* y el *MAS-BIENESTAR*, con el objetivo de garantizar un enfoque *centrado en las Personas Mayores*, llevando consigo los principios de atención, justicia y territorio.

En esta misma línea, la articulación interinstitucional con el Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades (CENAPRECE), el Instituto Nacional de Geriatría (INGER) y la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), ha sido clave en este documento para el diseño de estrategias pertinentes que promuevan una atención gerontogeriátrica efectiva para todas nuestras personas mayores.

3. Justificación

México atraviesa una acelerada transición demográfica, con un crecimiento sostenido de la población de personas mayores. Según el INEGI, mientras que en 2022 el 14% de la población tenía 60 años o más, se proyecta que esta cifra alcanzará el 23% en 2050.

Por otro lado, estudios del INGER muestran que 2 de cada 10 personas mayores no tienen acceso efectivo al sistema de salud, y si bien la esperanza de vida se ha incrementado, una persona de 60 años podría vivir en promedio 11 años con algún grado de dependencia. Los servicios de salud no están lo suficientemente preparados para atender las necesidades de salud de las personas mayores; además, existen brechas en el acceso a los servicios de salud relacionadas con la diversidad de las vejeces y la interseccionalidad, puesto que aquellas personas pertenecientes a grupos históricamente vulnerados tienen mayores barreras que impiden la garantía de los derechos universales.

En este contexto, es urgente transformar el sistema de salud para responder de manera efectiva a las necesidades de una población que envejece. Este enfoque de *atención centrada en la persona* garantiza que las acciones estén orientadas a eliminar la discriminación, reducir las desigualdades y promover la autonomía, la participación y el acceso efectivo a servicios de salud de calidad; de manera que no sólo mejore la atención, sino contribuya a una sociedad que valore y respete a las personas mayores como sujetos plenos de derechos y parte fundamental del tejido comunitario.

En este sentido, el *Plan Mayor Bienestar* toma en cuenta el curso de vida de las personas, entendiendo que las condiciones de salud y bienestar en la vejez son resultado de experiencias acumuladas desde etapas tempranas; por lo que promueve acciones preventivas, educativas, asistenciales y comunitarias que contribuyen a fortalecer los factores protectores y mitigar los factores de riesgo en cada etapa de la vida. Asimismo, reconoce la pluralidad de formas de envejecer y el valor de los saberes comunitarios en los procesos de cuidado, así como las desigualdades que enfrentan las personas mayores en el acceso a servicios.

Aunado a lo anterior, el *Plan Mayor Bienestar,* responde al objetivo 2.7 del *Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030* que establece como prioridad la transformación estructural del sistema de salud hacia un modelo universal, equitativo, gratuito y con enfoque preventivo, *centrado en las personas* y las comunidades. Por lo que este plan brindará las directrices que contribuyan a materializar los ejes de bienestar, inclusión y derechos humanos planteados en el PND, priorizando la atención integrada, centrada, interseccional y con enfoque de derechos para quienes más lo necesitan.

Diagnóstico situacional

¿Dónde estamos?

4. Diagnóstico situacional

El envejecimiento de la población, impulsado por la disminución de la tasa de fecundidad, la reducción de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida es un fenómeno demográfico que se ha acelerado en los últimos años y continuará haciéndolo.

Según el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, en su informe "*Perspectivas de la población mundial: revisión de 2017*", se espera que el número de personas de 60 años o más aumente a más del doble para 2050 y a más del triple para 2100, pasando de 962 millones a nivel mundial en 2017 a 2,100 millones en 2050 y 3,100 millones en 2100.

Aunque el ritmo de envejecimiento de la población en diversos países es mayor que en el pasado, los determinantes y variables de cada país han marcado el tiempo de envejecimiento de su población. Por ejemplo, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) a través de su documento "*Vejez y pensiones en México*", menciona que mientras que en Francia la población de 60 años o más se duplicó de 7% a 14% en un periodo de 114 años, en países como México este proceso se llevará a cabo en menos de 30 años pasando del 10.4% en 2015 al 20% en 2040 (Figura 1).

Figura 1. Periodo requerido o previsto para que el porcentaje de la población de 60 años o más aumente de 10% al 20%.

Fuente: ONU. (2017). World population ageing 2017.

En México, según datos del INEGI, la población de personas mayores representaba el 5.9% del total en 1990. Para 2005, esta proporción aumentó al 8.8% (8,338,835 personas de un total de 103,263,388) y en 2020 alcanzó el 12.02%. Las proyecciones indican que para 2050 podría llegar al 15% (Tabla 1).

Este cambio demográfico está estrechamente relacionado con la disminución de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida. Mientras que en 1950 el promedio de hijos por mujer era de 6.29, para el año 2000 se redujo a 2.85 y se estima que en 2050 sea de 1.57. En cuanto a la esperanza de vida al nacer, en 1950 era de 47.72 años para las mujeres y 44.9 para los hombres; en 2020 aumentó a 72.52 y 64.85 años respectivamente, y se prevé que para 2050 se incremente aproximadamente una década más para cada sexo.

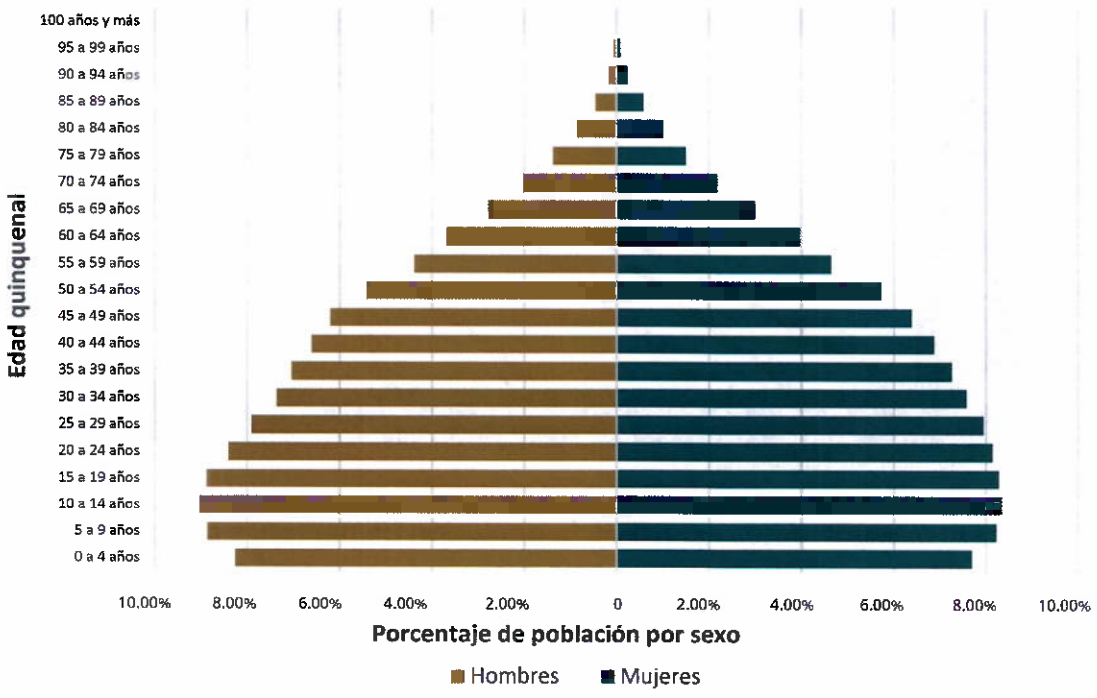
Tabla 1. Tasa de Fecundidad y Esperanza de Vida al Nacer por sexo

Año	Tasa de fecundidad	Esperanza de vida al nacer Mujeres	Esperanza de vida al nacer Hombres
1950	6.29	47.72	44.9
1960	6.63	57.49	54.73
1970	6.51	62.32	58.37
1980	4.84	69.73	63.32
1990	3.66	73.91	68.28
2000	2.85	76.52	71.59
2020	1.99	73.52	64.85
2030	1.76	80.01	73.46
2050	1.57	83.47	77.07

Fuente: SG-CONAPO (2024). Mapa interactivo de indicadores de población en México con base en la Conciliación demográfica de México 1950-2019 y Proyecciones de la Población de México y las Entidades Federativas 2020-2070.

Como muestra la pirámide poblacional (Gráfica 1), la proporción de personas mayores respecto al resto de la población continúa en aumento, con un crecimiento notable del grupo de personas octogenarias, nonagenarias y centenarias.

Gráfica 1. Pirámide poblacional, México 2020.



Elaboración propia a partir de datos del Censo de Población y Vivienda, 2020.

Tabla 2. Índice de Envejecimiento en México 1990-2020

Año	Índice de envejecimiento*
1990	16.02
1995	18.5
2000	21.32
2005	26.35
2010	30.92
2015	37.97
2020	47.69

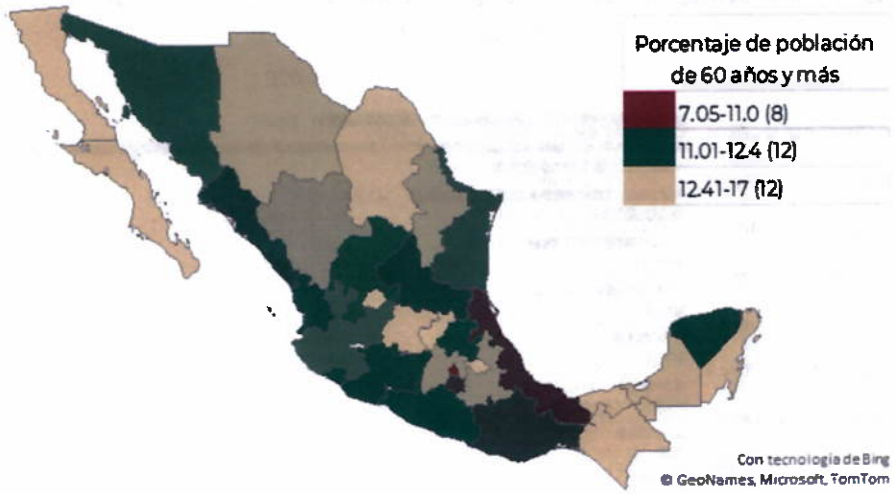
* Número de personas mayores (60 y más años de edad) por cada cien niños y jóvenes (0 a 14 años de edad).

Aunado a esto, el índice de envejecimiento también está en aumento. Los datos más recientes indican que en 2020 había 47.7 personas de 60 años y más por cada 100 niños y jóvenes, cifra que casi se ha triplicado en los últimos 30 años (Tabla 2).

De acuerdo con datos del CONAPO las entidades que presentan un mayor porcentaje de personas de 60 años y más son la Ciudad de México (16.2%), Veracruz (14.3%), Morelos (13.9%), Oaxaca (13.3%) y Sinaloa (13.0%), cifra que se espera se duplique para el 2050. Los estados con menos del 10% de población de personas de 60 años y más son: Quintana Roo (7.1%), Chiapas (9.2%) y Baja California (9.5%) (Mapa 1).

En cuanto a la distribución por decenio de edad en México, el 55.9% de la población adulta mayor tiene entre 60 y 69 años, el 29.5% tiene entre 70 y 79 años y el resto de la población tiene 90 años y más. Cabe destacar que el porcentaje de población de personas de 100 años y más es del 0.12% de la población de mayor (véase anexo 1).

Mapa 1. Porcentaje de personas de 60 años y más por Entidad, México 2020.



Elaboración propia a partir de datos del Censo de Población y Vivienda, 2020.

Actualmente, el 80.2% de las personas mayores reportan estar afiliadas a algún tipo de seguridad social. De estas, el 52.6% está afiliado al IMSS, el 15% al ISSSTE, y el 2% a Pemex, Defensa o la Marina Nacional, el 2% a otros servicios de salud, y el 29% se

encuentra sin seguridad social. Esta última sería la población objetivo por parte de los Servicios Públicos de Salud IMSS-BIENESTAR (ver Gráfica 2).

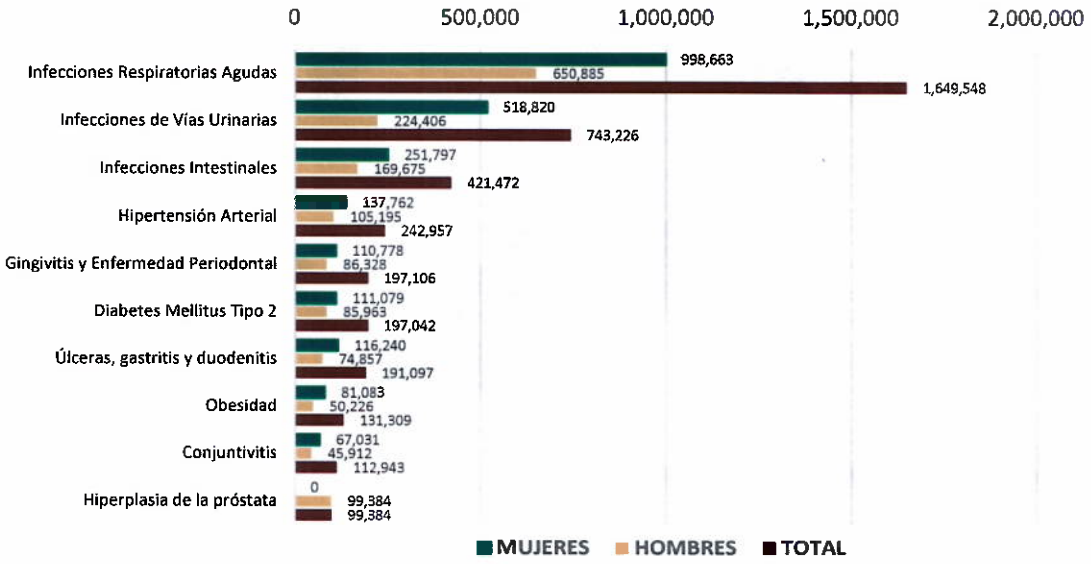
Gráfica 2. Distribución de PM por tipo de seguridad social, México 2024.

Elaboración propia apartir de datos de INEGI: "Población con afiliación a servicios de salud por entidad federativa según institución".

Morbilidad de las Personas Mayores

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el "Anuario de Morbilidad 1984-2023" las diez primeras causas de morbilidad en el grupo de 60 años y más para el 2023 fueron: Infecciones Respiratorias Agudas; Infecciones de Vías Urinarias; Infecciones Intestinales; Hipertensión Arterial; Gingivitis y Enfermedad Periodontal; Diabetes Mellitus Tipo 2; Úlceras, Gastritis y Duodenitis; Obesidad; Conjuntivitis e Hiperplasia Prostática (Gráfica 3).

Gráfica 3. Primeras 10 causas de morbilidad en personas mayores, México: 2023.



Elaboración propia a partir de datos de INEGI: "Anuario de Morbilidad 1984 – 2023".

Le siguen la Insuficiencia Venosa Periférica, Covid-19, Otitis Media Aguda, Neumonías, Enfermedad Isquémica del Corazón, Enfermedad Cerebrovascular, Depresión, Intoxicación por Picadura de Alacrán, Vulvovaginitis y Faringitis.

El estado de nutrición es determinante de la salud y bienestar en todas las etapas de vida, en este sentido, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2018-19 específicamente se observan altos porcentajes de sobrepeso y obesidad donde se muestran diferencias entre hombres y mujeres, y en población rural y urbana, anemia por deficiencia de hierro, baja masa muscular, especialmente en mujeres y en zona rural, lo cual subraya la necesidad de una estrategia de intervención diferenciada para este grupo de edad e incluso por territorio (Tabla 3).
Para el 2022, la prevalencia de sobrepeso en personas mayores de 60 años fue de 42.5%, de obesidad fue de 32.7%, y la adiposidad abdominal de 88.4%.

Tabla 3. Estado de nutrición de personas mayores de 65 años por sexo y lugar de residencia, en México 2018-19

Característica	Nacional (%)	Sexo		Dominio	
		Hombre (%)	Mujer (%)	Urbano (%)	Rural (%)
Bajo peso	1.1	1.0	1.1	0.9	1.8
Normal	24.5	28.9	21.2	22.0	34.9
Sobrepeso	40.5	44.0	37.9	41.6	36.1
Obesidad	34.0	26.1	39.8	35.6	27.2
Obesidad abdominal	87.7	80.2	93.4	90.1	78.1
Baja masa muscular	16.7	12.5	19.8	15.0	23.7
Anemia por deficiencia de hierro	28.8	28.1	29.3	29.2	27.1

Fuente: Adaptado de Salinas-Rodríguez A, De la Cruz-Góngora V, Manrique-Espinoza B. Health conditions, geriatric syndromes and nutritional status of older adults in Mexico. Salud Publica Mex. 2020; 62:777-785. https://doi.org/10.21149/11840.

Por otra parte, las personas mayores sin seguridad social en México enfrentan desafíos significativos debido a la prevalencia de enfermedades crónicas y la falta de acceso a servicios de atención especializada. Las complicaciones derivadas de estas enfermedades, así como las caídas y las infecciones, son causas comunes de hospitalización. La atención geriátrica integral es crucial para mejorar la calidad de vida de este grupo.

El envejecimiento de la población en México, combinado con la falta de acceso a sistemas de seguridad social para un segmento significativo de personas mayores, plantea un reto para el sistema de salud. La alta prevalencia de enfermedades crónicas y las complicaciones asociadas, como infecciones y caídas, subrayan la urgencia de una atención integral e integrada, que no solo aborde los síntomas inmediatos, sino que

también promueva la prevención y el manejo adecuado de las enfermedades y el envejecimiento saludable (Tabla 4).

Tabla 4. Principales causas de consulta a personas mayores sin seguridad social en primer y segundo nivel en México durante 2023.

Causas de consulta Personas Mayores	1 nivel	2 nivel
Consulta atención integrada de línea de vida	5,286,980	204,633
Hipertensión Arterial Sistémica	3,215,909	80,897
Dislipidemia	1,357,921	35,414
Obesidad	1,293,134	35,214
Síndrome metabólico	1,230,604	33,803
Diabetes Mellitus	735,045	20,215
EPOC	9,269	217
Asma	5,100	111
Síndrome de caídas	1,748	8
Alteración de la memoria	1,577	0
Motricidad	1,528	0
Sintomatología depresión	1,330	2
Actividades Instrumentales de la Vida Diaria y Actividades Básicas de la Vida Diaria	1,065	0
Incontinencia urinaria	641	14
Asesoría nutricional	580	0

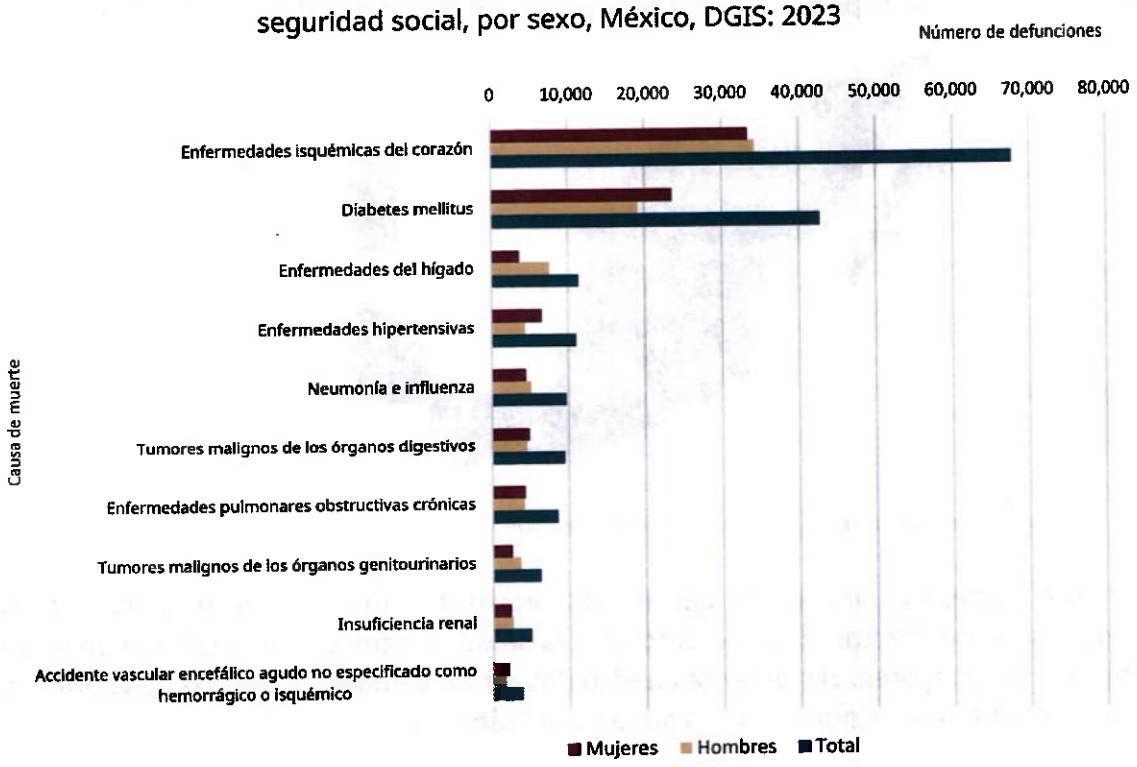
Fuente: Dirección General de Información en Salud, SINBA-SINAIS, Cubos dinámicos, Subsistema de prestación de servicios, año 2023.

El acceso a servicios médicos de buena calidad para las personas mayores no solo es una cuestión de justicia social, sino también de eficiencia en el sistema de salud. La inversión en la atención primaria y preventiva para esta población puede resultar en una reducción significativa de costos a largo plazo, al disminuir la necesidad de hospitalizaciones frecuentes y la gestión de complicaciones graves. Implementar programas de atención integral y accesible contribuirá a aliviar la carga sobre los servicios de emergencia y hospitalarios, mejorando la sostenibilidad del sistema de salud en su conjunto. Fortalecer los mecanismos de atención para este grupo vulnerable no solo mejora su calidad de vida, sino que también refleja un compromiso con la equidad y el bienestar de todos los ciudadanos.

Mortalidad de las Personas Mayores

De acuerdo con los datos de los registros de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) sobre defunciones; en 2023 se registraron 779,239 muertes en la población en general de las cuales el 65.7% (511,744) correspondieron a personas mayores; de estas el 50.9% fueron personas mayores sin seguridad social. De las muertes en personas mayores sin seguridad social, las primeras 10 causas (Gráfica 4) representan el 67.6% del total de las muertes.

Gráfica 4. Primeras 10 causas de mortalidad en personas mayores sin seguridad social, por sexo, México, DGIS: 2023



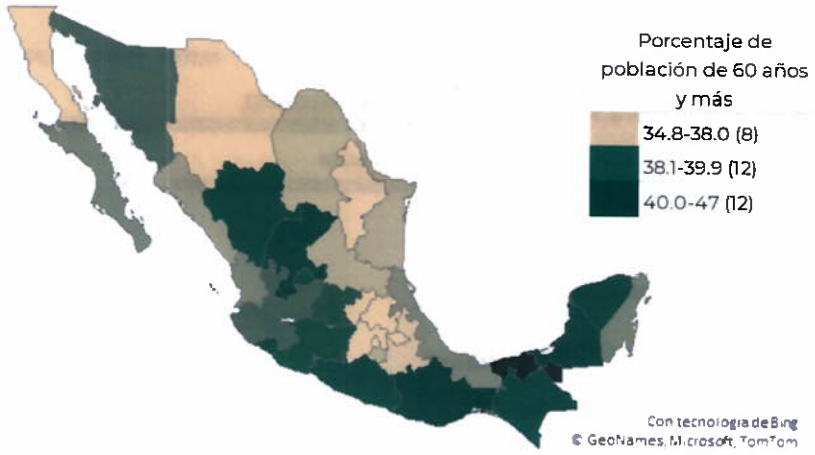
Elaboración propia a partir de datos de la DGIS.

Discapacidad y limitaciones

La OMS define a la discapacidad como "restricción o impedimento en la capacidad de una persona para realizar actividades debido a una condición física, mental, intelectual o sensorial que, en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás". La discapacidad abarca deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Las deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales, mientras que las limitaciones en la actividad son dificultades que encuentra una persona al realizar tareas o acciones.

De acuerdo con datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el 2020 los estados que presentan mayor porcentaje de personas mayores con discapacidad son Tabasco (46.4%) y Campeche (42.6%). De las Personas Mayores que presentan discapacidad, el 58.3% presenta al menos una y el 41.7 presenta más de una discapacidad (Mapa 2).

Mapa 2. Porcentaje de personas de 60 años y más con discapacidad por Entidad, México: 2020



Elaboración propia a partir de datos del Censo de Población y Vivienda, 2020.

Por otra parte, los síndromes geriátricos representan un conjunto de condiciones complejas y multifactoriales que afectan a la salud, funcionalidad y calidad de vida de las personas mayores. El siguiente cuadro detalla los principales síndromes geriátricos y características asociadas a la funcionalidad (Tabla 5).

Tabla 5. Síndromes geriátricos y estado funcional en PM de 60 años por sexo y lugar de residencia, México 2018-19.

Característica	Nacional (%)	Sexo		Dominio	
		Hombre (%)	Mujer (%)	Urbano (%)	Rural (%)
Fragilidad					
Robusto	66.4	69.3	64.2	68.4	59.2
Prefrágil	23.0	23.6	22.6	21.1	30.0
Frágil	10.6	7.1	13.2	10.5	10.8
Síntomas depresivos	40.6	32.8	46.5	38.5	48.2
Caídas (lesiones relacionadas)	3.9	1.9	5.4	4.1	3.2
Multimorbilidad	55.6	47.3	61.9	57.2	49.7
Deterioro visual	13.1	12.5	13.5	12.2	16.5
Deterioro auditivo	6.9	8.3	5.8	6.7	7.5
Pérdida de peso no intencional	9.3	7.8	10.4	8.8	11.0
Funcionalidad					
Dificultad para caminar	19.6	17.7	21.1	19.2	21.0
Dificultad para moverse	6.7	5.6	7.5	6.2	8.5
Dificultad para aprender o concentrarse	5.6	5.7	5.5	5.3	6.6
Dificultad para el autocuidado	4.2	3.4	4.8	4.4	3.5
Dificultad para comunicarse	1.7	2.4	1.2	1.7	1.5
Dificultad para realizar sus actividades diarias	2.2	1.8	2.5	2.4	1.7

Fuente: Adaptado de Salinas-Rodríguez A, De la Cruz-Góngora V, Manrique-Espinoza B. Health conditions, geriatric syndromes and nutritional status of older adults in Mexico. Salud Publica Mex. 2020:62:777-785. https://doi.org/10.21149/11840.

Se puede observar que las mujeres representan mayores de tasas fragilidad y síntomas depresivos en comparación con los hombres; las zonas rurales tienen mayor porcentaje de personas con características prefrágiles y pérdida de peso no intencional; los hombres presentan mayor deterioro auditivo y las mujeres reportan más multimorbilidad y dificultad para moverse.

Las personas en el ámbito rural refieren presentar más dificultad para moverse, aprender o concentrarse. En ese sentido las mujeres mayores y quienes viven en zonas rurales son las que presentan mayores vulnerabilidades en fragilidad y funcionalidad. La funcionalidad se ve más afectada en la movilidad, lo cual puede incrementar el riesgo de dependencia y caída. Asimismo, se resalta la importancia de abordar de manera múltiple las causas de morbilidad y síntomas depresivos en la atención a la salud de las personas mayores.

Determinantes sociales de la salud

Personas mayores indígenas, afromexicanas o racializadas

Las personas mayores han sido un grupo históricamente vulnerado, ya que los estereotipos y prejuicios en torno a la vejez, les describe como una carga social y familiar, enfermas, frágiles, tercas y desobedientes, se menosprecia su vida considerándola menos importante que la de las personas jóvenes y se les relega de los servicios de salud. La intricación de otras interseccionalidades, dan un resultado aún más adverso, pues las personas mayores pertenecientes a otros grupos marginados sufren mayor discriminación.

Un ejemplo claro son las personas mayores pertenecientes a comunidades indígenas, quienes no han estado al margen del proceso de crecimiento de la población en edad avanzada. Con base en los resultados de la Encuesta Intercensal 2015, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) contabiliza 12 millones 25 mil 947 indígenas de los cuales, la población de 60 años o más representa el 10.4%, que significa un incremento de casi 3%, con respecto al valor registrado en el año 2000 de 7.3%. La situación de las personas mayores en los pueblos indígenas se dificulta porque en su mayoría viven en regiones de pobreza y alta marginación, con dificultades para acceder a los servicios que les permitan cubrir sus necesidades como la atención a la salud, o el acceso a fuentes de empleo o ingresos. Con relación al tema educativo, la mitad de las personas mayores son analfabetas, porcentaje que se incrementa a 60% entre las mujeres y disminuye a 38% entre los hombres.

Estas inequidades están también atravesadas por dos particularidades; la violencia epistémica, que se refiere a la negación sistemática de otros conocimientos, ocultando las aportaciones de ciertos grupos sociales al conocimiento científico, en este caso, la contribución de los pueblos originarios a la medicina tradicional; y la diglosia médica que define al fenómeno de encuentro y convivencia de dos lenguas donde una tiene un estatus de privilegio y relega a la otra en las situaciones de oralidad y vida cotidiana.

En México, el 8.22% de las personas mayores habla una lengua indígena, y el 2.12% se identifica como afromexicana o afrodescendiente. Los estados con mayor proporción de población mayor que habla una lengua indígena son Yucatán (46.3%) y Oaxaca (43.7%), seguidos por Quintana Roo (25.67%), Chiapas (22.96%), Campeche (22.28%) e Hidalgo (20.30%) (Tabla 6).

Tabla 6. Veinte principales entidades con población hablante de lengua indígena

Entidad federativa	Hablante de lengua indígena	Autoadscripción afromexicana o afrodescendien
Yucatán	46.31	2.81
Oaxaca	43.70	4.43
Quintana Roo	25.67	3.00
Chiapas	22.96	1.13
Campeche	22.28	2.32
Hidalgo	20.30	1.59
Puebla	16.14	1.75
Guerrero	14.44	8.86
San Luis Potosí	12.65	1.86
Veracruz	12.35	2.94
Tlaxcala	5.75	1.62
Tabasco	5.64	1.81
México	5.15	1.77
Sonora	4.26	1.46
Michoacán	3.99	1.52
Nayarit	3.36	0.83
Morelos	3.10	1.92
Chihuahua	2.51	1.62
Querétaro	2.00	1.66
Ciudad de México	1.81	2.04

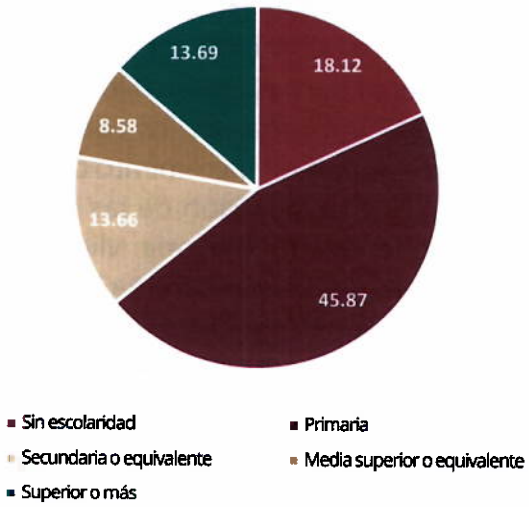
Elaboración propia a partir de: INEGI, 2020.

Educación en personas mayores

Los resultados de CONAPO 2020 destacan el alto porcentaje de analfabetismo en la población adulta mayor, siendo Chiapas, Oaxaca y Guerrero los estados con más del 30% de su población mayor en condición de analfabetismo (véase anexo 2).

En cuanto al nivel de escolaridad, el 18.12% de las personas mayores no tiene ningún grado de escolaridad, el 45.8% tiene solo escolaridad primaria, el 13.6% completó la secundaria, el 8.5% tiene educación media superior, y el 13.69% cuenta con estudios superiores o más (Gráfica 5).

Gráfica 5. Porcentaje escolaridad en personas de 60 años y más, México: 2020.



Elaboración propia a partir de datos del Censo de Población y Vivienda, 2020.

Diversidad sexogenérica en personas mayores

Otro grupo blanco de las inequidades en el acceso a la salud, son las personas mayores que forman parte de la diversidad sexogenérica. Cuando hablamos de personas mayores, poco nos detenemos a pensar en quiénes conforman este sector de la población, sin embargo el INEGI en la Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG) 2021, estimó que de 97.2 millones de personas de 15 años y más pertenecientes a la comunidad LGBTTTIQ+, el 17.7% son personas mayores (Tabla 7), y se caracterizan por ser la población más vulnerable, ya sea por abandono social, falta de atención médica y medicamentos o carencia afectiva; sufriendo una múltiple discriminación: por edad, género, preferencia sexual y clase social, entre otras.

Tabla 7. Población de 15 años y más perteneciente a la comunidad LGBTTIQ+

Grupo de edad	Porcentaje
15-17 años	6.60%
18-29 años	24.20%
30-44 años	27.50%
45-59 años	23.50%
60 y más años	17.70%

Elaboración propia a partir de Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género (ENDISEG) 2021.

La situación empeora cuando hablamos de las personas mayores que viven con VIH/SIDA. Según datos del Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH-SIDA (CENSIDA), en México 6 de cada 100 personas con VIH/SIDA son personas mayores y viven sin seguridad social, en total suman 7,852 personas.

La primera barrera de salud es probablemente su reconocimiento como una de las poblaciones de atención, ya que requiere un enfoque particular, dados los cambios inmunológicos asociados al envejecimiento que los hace más susceptibles a infecciones oportunistas y complicaciones. El estigma sigue siendo una barrera importante para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del VIH, lo que afecta a personas de todas las edades. Sin embargo, las personas mayores pueden enfrentar desafíos únicos debido a las percepciones y estereotipos sociales que rodean al VIH, así como la falta del reconocimiento y atención a su salud sexual y su derecho al placer.

Discriminación por edadismo

La piedra angular de la discriminación en salud a la persona mayor es el edadismo, una práctica definida por la OMS como: "forma de pensar (estereotipos), sentir (prejuicios) y actuar (discriminación) con respecto a los demás o a nosotros mismos por razón de la edad".

Según el último informe de las Naciones Unidas presentado en 2021 sobre el edadismo, se calcula que una de cada dos personas en el mundo tiene actitudes edadistas, lo que empobrece la salud física y mental de las personas mayores, además de reducir su calidad de vida, y cuesta cada año miles de millones a la sociedad.

Las conductas edadistas tienen consecuencias graves y amplias para la salud y el bienestar de las personas. Entre las personas mayores, el edadismo se asocia con una peor salud física y mental, un mayor aislamiento social y soledad, una mayor inseguridad financiera, una menor calidad de vida y unas mayores tasas de muertes prematuras. La OMS calcula que 6,3 millones de casos de depresión en todo el mundo son atribuibles al edadismo.

El edadismo hacia las personas mayores, mejor conocido como "viejismo" está visible cuando: se le habla con lenguaje condescendiente e infantilizado, se les evita e ignora, se les habla con un lenguaje inaccesible, no se les realizan preguntas sobre su comportamiento sexual, etc. Tienen menos probabilidad de recibir tratamientos, tienen acceso limitado a órganos para trasplante debido a la edad, se cree que la ideación suicida es normal en esa edad, reciben menos atención en un Paro Cardiorrespiratorio y otras omisiones que serían vistas como negligencias en pacientes jóvenes.

El edadismo se filtra en muchas instituciones y sectores de la sociedad, incluidos los que brindan atención sanitaria y social, es por eso que, el *Plan Mayor Bienestar* busca instaurar la atención a la persona mayor a través de prácticas libres de edadismo y discriminación por raza, género, diversidad sexual, religión, cultura, estado socioeconómico, civil, escolar, laboral y de cualquier otra índole.

Situación económica de las Personas Mayores

Uno de los efectos del edadismo se refleja en la fuerza laboral. En México, el 59.5% de las personas mayores no están económicamente activas, siendo las mujeres las que representan una mayor proporción, con un 73.1%. Dentro de este grupo no económicamente activo, el 44.9% se dedica a labores del hogar, mientras que el 32.4% está jubilado/a o pensionado/a (véase Anexo 3 y 4).

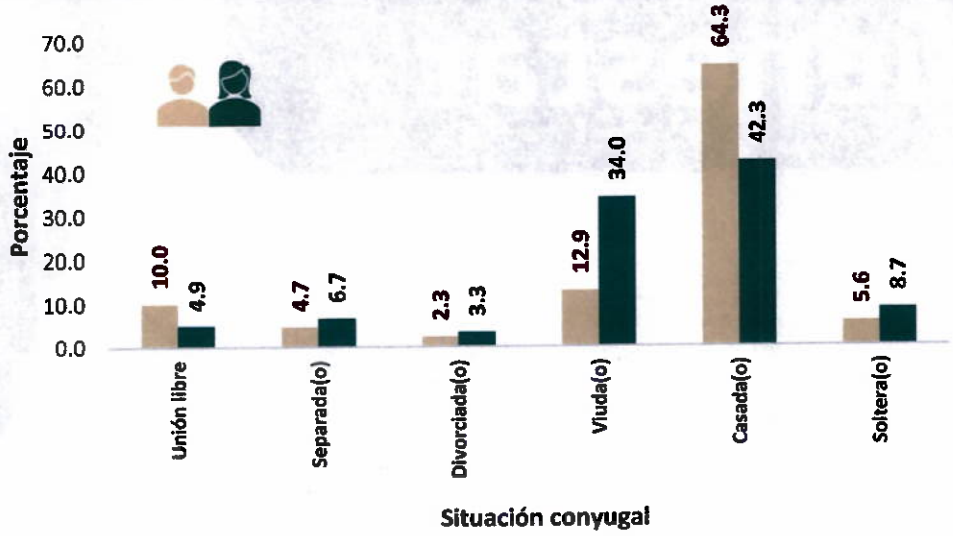
Desigualdad económica

La desigualdad económica en México persiste como uno de los principales desafíos sociales y de desarrollo. Según datos de 2022, los estados con mayor concentración de ingreso —reflejado en su coeficiente de Gini— fueron Chiapas (0.467), Ciudad de México (0.463), Guerrero (0.450), Oaxaca (0.446) y Campeche (0.442). Estos valores señalan brechas profundas en el reparto del ingreso que, a su vez, limitan el acceso equitativo a servicios de salud, educación y oportunidades laborales, incrementando la vulnerabilidad de las personas mayores en dichas entidades.

Situación conyugal de las Personas Mayores

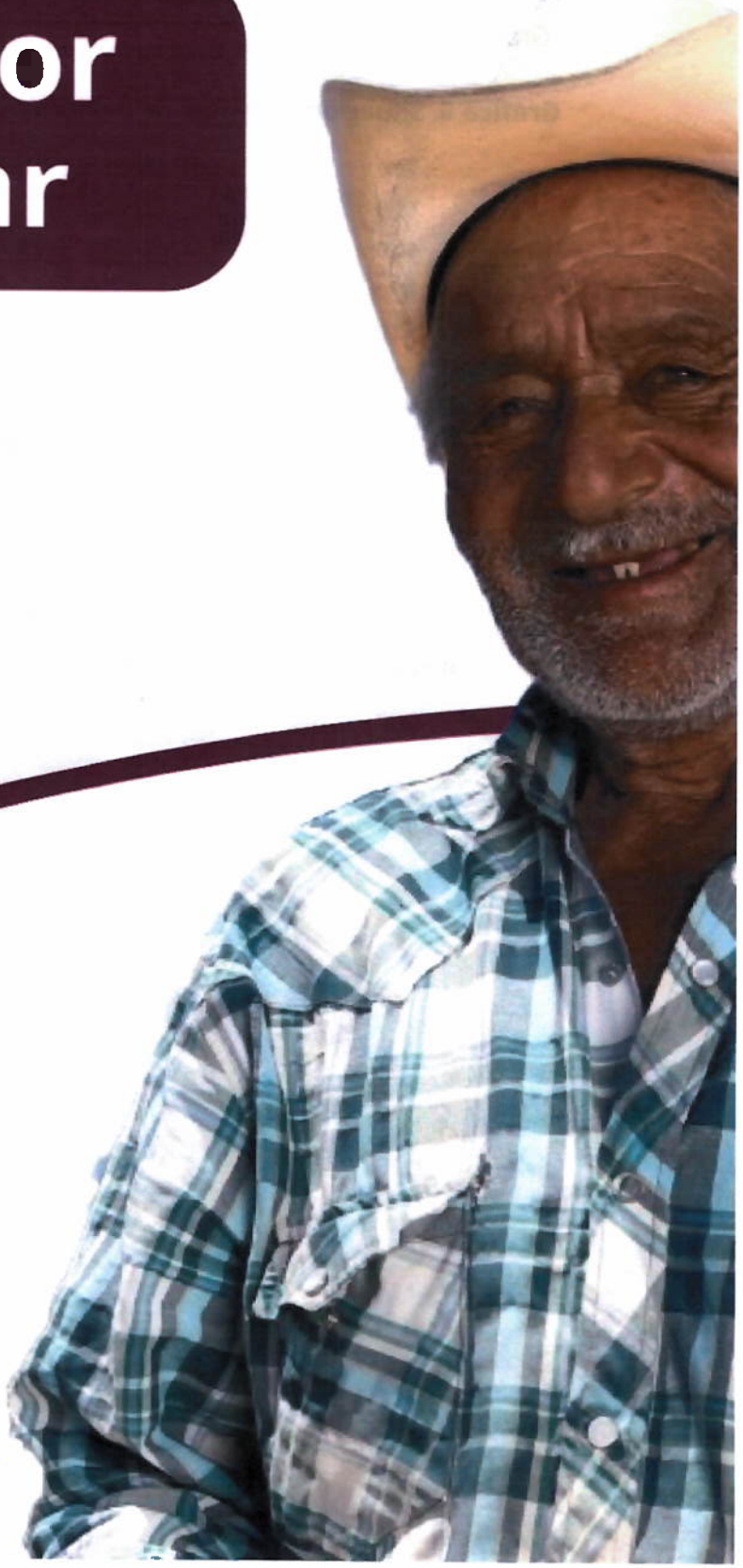
En cuanto a la situación conyugal de las personas mayores, el 42.3% de las mujeres y el 64.3% de los hombres indicaron estar casados. Por otro lado, el 34.0% de las mujeres y el 12.9% de los hombres informaron ser viudos. Esta información es relevante, ya que se ha encontrado una relación entre el estado conyugal y la salud de las personas (Gráfica 6).

Gráfica 6. Situación conyugal de personas de 60 años y más por sexo, México 2020.



Elaboración propia a partir de datos del Censo de Población y Vivienda, 2020.

Plan Mayor Bienestar



¿A dónde vamos?

Misión y visión

Misión

Impulsar la atención integral e integrada centrada en las personas mayores en IMSS-BIENESTAR a través de servicios de salud de alta calidad, proactivos y con perspectiva de curso de vida; que contribuyan a un envejecimiento saludable y digno. Esta atención será co-construida con las personas mayores, en reconocimiento de sus derechos humanos y la diversidad de vejeces, al tiempo que será brindada no solo en los establecimientos de salud sino también en espacios comunitarios, domiciliarios o de esparcimiento, bajo nuestras competencias; asegurando el acceso equitativo, oportuno y culturalmente pertinente desde un enfoque interseccional y de derechos humanos.

Visión

Consolidar al IMSS-BIENESTAR como referente nacional e internacional en la atención integral, integrada y centrada en las personas mayores, que reconozca y valore la diversidad de las vejeces. Aspiramos a una sociedad en donde todas las personas mayores, en sus distintas trayectorias y contextos, accedan a servicios de salud dignos, participen activamente en la construcción de su salud y vivan un envejecimiento con respeto, autonomía y bienestar.

Objetivos

Objetivo general

Establecer las directrices institucionales orientadas a la promoción y atención del envejecimiento saludable a lo largo del curso de vida que contribuyan a garantizar el acceso a una atención integral, integrada y centrada en las personas mayores, mediante el Modelo de Atención a la Salud para el BIENESTAR.

Objetivos específicos

1. Promover acciones que fortalezcan el *envejecimiento saludable* a lo largo del curso de vida, para mantener la capacidad funcional de las personas mayores.
2. Desarrollar acciones que contribuyan a la *prevención de enfermedades* transmisibles, no transmisibles y otras afecciones a la salud de las personas mayores.
3. Asegurar la *atención integral e integrada* de las personas mayores a través de la coordinación entre profesionales, servicios, instituciones y sectores que incidan en la salud de las personas mayores.
4. Fortalecer las *competencias* del personal de salud IMSS-BIENESTAR *en atención gerontológica y geriátrica*, promoviendo una formación continua y *centrada* en las personas mayores.
5. Prevenir el maltrato, la discriminación por edad (*edadismo*) y todas las formas de *violencia* hacia las personas mayores, promoviendo una cultura institucional y comunitaria de respeto, cuidado y dignidad en todos los entornos.
6. Proveer atención integral, humanizada y centrada en la persona mayor con enfermedades graves, avanzadas o terminales, a través de *atención paliativa* que promueva el alivio del dolor y el sufrimiento, el respeto a su autonomía y valores, así como el soporte emocional y familiar, garantizando una muerte digna.

5. Objetivos específicos y estrategias

Objetivo Específico 1. *Promover acciones que fortalezcan el envejecimiento saludable a lo largo del curso de vida, para mantener y fortalecer la capacidad funcional de las personas mayores.*

Estrategia 1.1: Educación para la salud: hábitos y estilos de vida saludables.

Acción 1.1.1 Diseñar materiales educativos y talleres que aborden el envejecimiento saludable, destinados a población de todas las edades, en establecimientos de salud IMSS-BIENESTAR, la comunidad, escuelas y zonas de nuestra incidencia.

Acción 1.1.2 Coordinar campañas de difusión en medios de comunicación masiva como redes sociales institucionales, radio, televisión, u algún otro medio de comunicación al alcance de cada establecimiento de salud, sobre hábitos y estilos de vida saludables en personas mayores.

Acción 1.1.3 Promover en las personas mayores y sus familias, el apego al tratamiento y seguimiento de chequeos periódicos, mediante acciones educativas sobre los beneficios del autocuidado, ya sea en campañas o dentro de la atención a la salud.

Acción 1.1.4 Fomentar el uso oportuno de los servicios de salud en los establecimientos de salud IMSS-BIENESTAR para: detectar factores de riesgo que mermen la capacidad funcional, prevenir enfermedades; y promover la salud integral desde edades tempranas de la vida.

Estrategia 1.2 Fortalecimiento de la atención nutricional y promoción de hábitos alimentarios saludables.

Acción 1.2.1 Gestionar la valoración nutricional rutinaria de primer contacto a la persona mayor, para abordaje clínico, detección de alteraciones nutricionales y referencia a otros niveles en caso necesario.

Acción 1.2.2 Gestionar e implementar talleres, pláticas y capacitaciones a personas mayores, personas cuidadoras y familiares sobre las recomendaciones nutricionales de las personas mayores de acuerdo con su estado actual de salud, su contexto sociocultural y los recursos disponibles en su localidad.

Acción 1.2.3 Coordinar la elaboración, implementación y difusión de una guía de abordaje nutricional de las personas mayores con enfoque intercultural y de género (considerando las acciones de la estrategia de capacitación).

Acción 1.2.4 Desarrollar, a nivel estatal, regional y local un diagnóstico de inseguridad alimentaria y disponibilidad de alimentos en municipios prioritarios de atención o aquellos que cuenten con planes de justicia.

Acción 1.2.5 Promover la vinculación de los Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia a nivel estatal en conjunto con los comités de salud, a fin de facilitar el ingreso al padrón de beneficiaros de personas mayores que cumplen con las características de la población objetivo del Programa de Atención Alimentaria en Situación de Vulnerabilidad de la EIASADC.

Acción 1.2.6 Promover huertos en los establecimientos de salud que cuenten con las condiciones apropiadas en donde la participación de las personas mayores sea prioritaria más no exclusiva.

Estrategia 1.3 Fomento de la salud bucodental.

Acción 1.3.1 Promover que se otorgue atención bucodental rutinaria en la atención de primer contacto a la persona mayor.

Acción 1.3.2 Fomentar la implementación de la valoración de salud oral geriátrica a través del índice Gohai.

Acción 1.3.3 Gestionar que se brinde educación sobre higiene bucodental y cuidado de prótesis en los establecimientos de salud IMSS-BIENESTAR y en la comunidad.

Acción 1.3.4 Realizar revisión bucodental continua con énfasis en personas mayores con padecimientos crónico-degenerativos o aquellas que predispongan a enfermedades bucodentales.

Acción 1.3.5 Establecer los criterios de referencia de las personas mayores con enfermedades bucodentales, al segundo o tercer nivel de atención.

Estrategia 1.4 Promoción de la actividad física multicomponente.

Acción 1.4.1 Impulsar programas de promoción del ejercicio físico multicomponente en las personas mayores, adaptados a diferentes grupos de edad y capacidades, enfocándose en actividades que fortalezcan la salud ósea y mejoren el equilibrio.

Acción 1.4.2 Promover en medios de difusión oficiales la actividad física en las personas mayores y los estilos de vida saludables.

Acción 1.4.3 Gestionar la prescripción de planes individualizados de ejercicio acorde a la edad y estado de salud, que trabajen el equilibrio, la fuerza, la resistencia muscular, flexibilidad, marcha y otras capacidades.

Acción 1.4.4 Colaborar en la creación de grupos de personas mayores en donde se realice actividad física multicomponente dentro de los establecimientos de salud.

Estrategia 1.5 Promoción de la salud sexual.

Acción 1.5.1 Otorgar información a la sociedad en general y a las personas mayores sobre la etapa de la vejez y el derecho a una vida sexual activa, libre, placentera, segura e informada.

Acción 1.5.2 Desarrollar estrategias de sensibilización sobre los cambios corporales y mentales, alternativas y hábitos pueden mejorar el ejercicio seguro y placentero de su sexualidad, así como los mitos y realidades alrededor de la sexualidad en esa etapa.

Acción 1.5.3 Gestionar talleres de salud sexual en las personas mayores (ITS, prevención, prácticas sexuales seguras, enfoque de salud sexual positiva) para fomentar el placer sexual y el pleno desarrollo de la sexualidad.

Acción 1.5.4 Abordar la atención de la sexualidad en los Servicios Públicos de Salud IMSS-BIENESTAR desde la heterogeneidad, interseccionalidad y diversidad de las vejeces.

Acción 1.5.5 Fomentar el acceso a servicios integrales de salud física, mental y sexual para personas mayores que forman parte de la diversidad sexogenérica, que ejercen el trabajo sexual o que presentan prácticas sexuales de riesgo, con el fin de promover su bienestar integral y reducir situaciones de estigma, exclusión o vulnerabilidad en la atención sanitaria.

Objetivo Específico 2. *Desarrollar acciones que contribuyan a la prevención de enfermedades transmisibles, no transmisibles y otras afecciones a la salud de las personas mayores.*

Estrategia 2.1 Prevención de enfermedades transmisibles, no transmisibles y lesiones de causa externa.

Acción 2.1.1 Fomentar y promover el uso sistemático de la Cartilla Nacional de Salud, así como todas las actividades que esta incluye, en los establecimientos de salud del IMSS-BIENESTAR.

Acción 2.1.2 Impulsar la vigilancia de inmunizaciones y detecciones de enfermedades a través de la promoción de la Cartilla Nacional de Salud, que favorezca el seguimiento y control del estado de salud de todas las personas durante el curso de vida.

Acción 2.1.3 Promover la aplicación de biológicos según corresponda para completar el esquema de vacunación de acuerdo con la edad e indicaciones específicas, para prevenir neumonía por neumococo, influenza A y B, COVID e infección por tétanos y difteria.

Acción 2.1.4 Coordinar la aplicación de las detecciones oportunas y quimioprofilaxis para tuberculosis en personas mayores.

Acción 2.1.5 Promover la aplicación de detecciones de infecciones por VIH, hepatitis, sífilis y otras ITS.

Acción 2.1.6 Promover y difundir la vigilancia epidemiológica de VIH en personas mayores, el acceso a tratamiento y estrategias de prevención combinada con PrEP-PEP.

Acción 2.1.7 Promover la detección rutinaria de enfermedades neoplásicas en las personas mayores: cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de colon, entre otras.

Acción 2.1.8 Promover la detección rutinaria de enfermedades cardiometabólicas: diabetes, hipertensión, dislipidemias, síndrome metabólico y obesidad.

Acción 2.1.9 Promover la valoración rutinaria de factores de riesgo de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas y varones de más de 50 años.

Acción 2.1.10 Facilitar el acceso a pruebas de densitometría ósea para personas usuarias identificadas con alto riesgo de osteoporosis.

Acción 2.1.11 Coordinar pláticas sobre los efectos de las caídas y medidas de prevención en el hogar, en la vía pública y otros entornos para las personas mayores, sus personas cuidadoras y personal de salud.

Acción 2.1.12 Incorporar acciones de farmacovigilancia para la atención segura a personas mayores, incluyendo guías para prevenir polifarmacia, iatrogenia y automedicación.

Acción 2.1.13 Promover la detección oportuna de trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en personas mayores, con base en la Guía mhGAP de la OMS, priorizando la identificación de síntomas de depresión, ansiedad, violencia, comportamiento suicida y deterioro cognitivo; y con especial énfasis en la detección del consumo de alcohol, sedantes y benzodiacepinas sin prescripción médica, considerando su alta prevalencia y riesgo de complicaciones en este grupo etario.

Acción 2.1.14 Gestionar estrategias como grupos de ayuda para prevención de tabaquismo, alcoholismo u otras adicciones en personas mayores.

Acción 2.1.15 Colaborar con líderes comunitarios e instancias locales para organizar ferias de salud con actividades de vacunación, detecciones, otorgamiento de vitaminas y medicamentos, promoción de la salud, entre otras actividades.

Estrategia 2.2 Atención y manejo del climaterio

Acción 2.2.1 Implementar en las consultas de primer nivel de atención el uso rutinario de preguntas específicas para evaluar los signos y síntomas del climaterio en mujeres mayores de 60 años.

Acción 2.2.2 Gestionar talleres y pláticas informativas sobre el climaterio, sus signos, síntomas y las estrategias para su manejo.

Acción 2.2.3 Promover el ejercicio físico multicomponente adaptado a las necesidades de las mujeres en climaterio, enfocándose en actividades que mejores la salud cardiovascular, fuerza muscular y flexibilidad.

Acción 2.2.4 Promover la suplementación adecuada de micronutrientes como el calcio y la vitamina D para prevenir la osteoporosis.

Acción 2.2.5 Promover la formación y capacitación continua al personal de salud sobre el manejo integral del climaterio, basado en evidencia científica y centrada en los derechos de las mujeres.

Objetivo Específico 3. *Asegurar la atención integral e integrada de las personas mayores a través de la coordinación entre profesionales, servicios, instituciones y sectores que incidan en la salud de las personas mayores.*

Estrategia 3.1 Implementar el Modelo de Atención Integrada para Personas Mayores (ICOPE) en la atención gerontogeriátrica en IMSS-BIENESTAR.

Acción 3.1.1 Capacitar al personal de salud en ACAPEM o ICOPE para la atención integrada de las personas mayores, en coordinación con otras instancias técnicas.

Acción 3.1.2 Promover la aplicación del tamizaje ICOPE en los establecimientos de salud, unidades médicas móviles, jornadas de salud y en la comunidad por personal previamente capacitado; y otorgar las indicaciones pertinentes, adecuadas y centradas en la persona, al menos cada 6 meses.

Acción 3.1.3 Capacitar al personal de salud y a la población en general para la detección oportuna de alteraciones de la capacidad intrínseca (visual, auditiva, cognitiva, entre otras) así

como en la disminución de prejuicios y estereotipos que retrasen la atención en los servicios de salud.

Acción 3.1.4 Implementar actividades de estimulación y rehabilitación cognitiva a personas mayores y sus personas cuidadoras con un enfoque centrado en la persona.

Acción 3.1.5 Implementar protocolos de atención y seguimiento a personas mayores con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, con especial énfasis en depresión, ansiedad, adicciones, violencia y riesgo de suicidio; desde la comunidad y los tres niveles de atención.

Acción 3.1.6 Capacitar al personal de salud para la evaluación rutinaria de la audición a través de las pruebas HearWHO y PEEK ACUITY disponibles en versión digital.

Acción 3.1.7 Implementar acciones de prevención y atención a síndromes geriátricos, trastornos sensoriales y salud mental (ansiedad, depresión, deterioro cognitivo).

Acción 3.1.8 Promover la detección oportuna del síndrome de caídas, fragilidad, polifarmacia, incontinencia urinaria y otros síndromes geriátricos en todas las visitas de la persona mayor al establecimiento de salud.

Acción 3.1.9 Implementar intervenciones para personas mayores con incontinencia urinaria como ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico, entrenamiento de vejiga, terapia farmacológica, y en caso necesario, envío a otros niveles de atención.

Acción 3.1.10 Capacitar al personal de salud, promotores comunitarios y equipos interdisciplinarios en la aplicación, interpretación y uso de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, para detección temprana de sobrecarga en personas cuidadoras de personas mayores y asegurar su referencia oportuna a la red de salud mental y apoyo psicosocial.

Estrategia 3.2 Promover la atención integral de la persona mayor usuaria de los Servicios Públicos de Salud IMSS-BIENESTAR.

Acción 3.2.1 Realizar evaluaciones centradas en la persona y planes integrales personalizados, que incluyan la participación de la persona, el profesional, la familia, amigos y/o comunidad.

Acción 3.2.2 Avanzar en la adaptación de los espacios de atención a personas adultas mayores (eliminación de barreras arquitectónicas, adecuación de espacios físicos para la atención directa y sensibilización de los recursos humanos).

Acción 3.2.3 Abordar de manera integral las enfermedades, desde la curación, rehabilitación, hasta la atención paliativa y cuidados al final de la vida.

Acción 3.2.4 Gestionar espacios y actividades en los establecimientos de salud IMSS-BIENESTAR que fomenten las relaciones entre personas mayores, como Grupos de Apoyo Mutuo, sesiones de ejercicio físico, gimnasia cerebral, actividades lúdicas, entre otras.

Acción 3.2.5 Gestionar la vinculación de las personas mayores a instancias u organizaciones generadoras de actividades recreativas, artísticas y deportivas.

Estrategia 3.3 Fortalecer la coordinación y colaboración entre niveles de atención, actores comunitarios y otras instituciones de salud; para garantizar la continuidad y calidad de la atención integrada a personas mayores.

Acción 3.3.1 Promover la mejora de la coordinación y envío de las personas mayores a los distintos servicios de salud: medicina interna, trabajo social, psicología, odontología, rehabilitación, nutrición y enfermería, entre otras especialidades.

Acción 3.3.2 Estandarizar los procedimientos de comunicación, referencia y contrarreferencia entre la comunidad y los distintos niveles de atención para asegurar un abordaje integral, continuo y con seguimiento postegreso a nivel domiciliario o comunitario.

Acción 3.3.3 Capacitar al personal de salud en la identificación de casos que requieran atención especializada y en los criterios de derivación oportuna, abordaje funcional y uso efectivo de las Redes Integradas de Servicios de Salud, asegurando una atención proactiva y continua para las personas mayores.

Acción 3.3.4 Implementar un sistema eficiente de gestión y abastecimiento de medicamentos e insumos especializados para la atención geriátrica, asegurando la disponibilidad continua y oportuna en todos los establecimientos de salud IMSS-BIENESTAR, con especial atención en las zonas rurales y de difícil acceso.

Acción 3.3.5 Adaptar y optimizar los establecimientos de salud, unidades médicas móviles, áreas y pabellones hospitalarios existentes para la atención integral de personas mayores, garantizando la accesibilidad para personas con discapacidades o déficits sensoriales, cognitivos o motores.

Acción 3.3.6 Impulsar la formación de nuevos profesionales en geriatría, gerontología y disciplinas afines, priorizando estados con déficit de personal especializado, mediante la vinculación o gestión con las instancias pertinentes.

Acción 3.3.7 Identificar las necesidades de equipamiento básico en las áreas geronto-geriátricas, incluyendo dispositivos de diagnóstico, equipos de rehabilitación, y tecnología de monitoreo remoto, para garantizar una atención de buena calidad.

Acción 3.3.8 Impulsar la propuesta financiera para la adquisición, equipamiento y operación de unidades móviles gerontológicas, así como la creación de módulos gerontológicos o servicios de envejecimiento saludable en unidades de primer nivel.

Acción 3.3.9 Impulsar la propuesta financiera para la contratación y basificación de personal médico y de enfermería especializado en geriatría, así como personal de gerontología y los perfiles necesarios para la conformación de equipos interdisciplinares.

Acción 3.3.10 Promover la consolidación de unidades geriátricas en hospitales de segundo y tercer nivel, utilizando la infraestructura actual, integrando las subespecialidades necesarias, y brindando una atención con perspectiva de género, interseccionalidad, pertinencia cultural y enfoque de derechos humanos.

Acción 3.3.11 Gestionar e implementar rutas de derivación a servicios sociales y comunitarios como albergues, casas de día, centros diurnos, comedores comunitarios, entre otros.

Estrategia 3.4 Ampliar la red de atención gerontológica a través de atención médica proactiva, domiciliaria y jornadas de salud para personas mayores con limitaciones de la funcionalidad, movilidad o en contextos de difícil acceso.

Acción 3.4.1 Realizar la vinculación con el programa casa por casa a través de la gestión con la Secretaría del Bienestar con el fin de asegurar la continuidad en la atención de las personas mayores, así como referencia y contrarreferencia en los casos necesarios.

Acción 3.4.2 Conformar un equipo multidisciplinario de salud en las unidades médicas móviles para la atención domiciliaria-comunitaria, que brinde una atención integral e integrada centrada en las personas mayores, con prioridad a aquellas en situación de vulnerabilidad.

Acción 3.4.3 Planificar y ejecutar jornadas médicas regulares en comunidades de difícil acceso, con un enfoque especial en la atención a personas mayores asegurando que las intervenciones realizadas tengan el seguimiento adecuado con referencias a otros niveles de atención y contrarreferencia al nivel que envió y a la comunidad, a fin de garantizar la continuidad en los servicios de salud.

Acción 3.4.4 Identificar las comunidades con mayor concentración de envejecimiento poblacional, rezago social, y aquellas que presenten mayores vulnerabilidades, para la implementación prioritaria de servicios de atención a personas mayores.

Acción 3.4.5 Contribuir a la implementación de un sistema de telemedicina para ofrecer consultas especializadas en los establecimientos de salud y hospitales IMSS-BIENESTAR, especialmente en zonas rurales o de difícil acceso.

Acción 3.4.6 Implementar protocolos para la articulación con promotoras tradicionales, personas curanderas y líderes reconocidos por las comunidades, para mejorar la participación de las personas mayores en acciones, jornadas y programas de salud.

Acción 3.4.7 Gestionar que se asegure la atención en lengua indígena a las personas usuarias que no hablan español, preferentemente mediante personal bilingüe o mediante intérpretes-traductores con funciones específicas.

Acción 3.4.8 Contribuir en la creación, gestión e implementación del Sistema Nacional y Progresivo de Cuidados, desde una perspectiva de derechos humanos, género, interseccional e intercultural.

Acción 3.4.9 Desarrollar, implementar y coordinar acciones de atención y apoyo para personas cuidadoras en los servicios públicos de salud del IMSS-BIENESTAR con perspectiva de género, interseccionalidad, pertinencia cultural y enfoque de derechos humanos.

Objetivo Específico 4. *Fortalecer las competencias del personal de salud IMSS-BIENESTAR en atención gerontológica y geriátrica, promoviendo una formación continua y centrada en las personas mayores.*

Estrategia 4.1 Capacitación del personal de salud en la atención de las personas mayores.

Acción 4.1.1 Generar una oferta de capacitación continua en la plataforma de SiESABI, accesible, actualizada y con materiales incluyentes y culturalmente pertinentes.

Acción 4.1.2 Incorporar contenidos sobre envejecimiento saludable, ICOPE, diversidad sexogenérica, interculturalidad y curso de vida en los programas de capacitación del personal de salud de todos los niveles de atención.

Acción 4.1.3 Incorporar en el contenido de las capacitaciones perspectiva de género, derechos humanos, interseccionalidad, atención culturalmente pertinente para personas indígenas, afrodescendientes, de la diversidad sexogenérica, en situación de movilidad o migrantes, en situación de calle entre otras situaciones de vulnerabilidad, entre otras.

Acción 4.1.4 Promover la capacitación del personal de salud a través de cursos, talleres y diplomados presenciales y virtuales sobre atención integrada a personas mayores, diferenciados por nivel de atención y perfil profesional.

Acción 4.1.5 Promover procesos de certificación continua de competencias en geriatría y gerontología a través de organismos especializados nacionales (INGER) y aliados internacionales (OPS, JICA).

Estrategia 4.2 Fortalecimiento de redes de aprendizaje y formación profesional especializada.

Acción 4.2.1 Organizar seminarios, encuentros y congresos sobre envejecimiento y atención gerontogeriátrica, en coordinación con instituciones académicas, colegios, organizaciones de la sociedad civil y asociaciones para fomentar el intercambio de conocimientos y prácticas.

Acción 4.2.2 Promover prácticas colaborativas interprofesionales y rotaciones clínicas en los establecimientos de salud IMSS-BIENESTAR, fortaleciendo la atención integral y centrada en la persona.

Acción 4.2.3 Mantener y fortalecer los espacios en la Plataforma SieSABI en el Seminario de Envejecimiento Saludable para compartir recursos educativos, fomentar el aprendizaje continuo y promover la actualización regular del personal de salud en temas de geriatría y gerontología.

Acción 4.2.4 Impulsar convenios de colaboración con universidades e instituciones competentes para que los hospitales del IMSS-BIENESTAR sean sedes de formación práctica para residentes en geriatría, facilitando su especialización y aumentando la disponibilidad de geriatras en las regiones atendidas.

Acción 4.2.5 Visibilizar buenas prácticas de atención a personas mayores y replicarlas mediante comunidades de aprendizaje y mentorías regionales, así como participación tanto de personas mayores como de personal docente y evaluador.

Estrategia 4.3 Fortalecimiento de capacidades del personal de salud sobre la atención del estado de nutrición en las personas mayores.

Acción 4.3.1 Diseño y desarrollo de un curso sobre evaluación antropométrica considerando limitaciones físicas y de movilidad que incluya métodos alternativos en la medición de circunferencias y perímetros para valorar el estado nutricional.

Acción 4.3.2 Capacitar al personal sobre el proceso de atención nutricia en personas mayores, con perspectiva de interseccionalidad (contexto social, económico, comunitario, cultural, entre otros).

Acción 4.3.3 Capacitación sobre el uso adecuado de herramientas de tamizaje nutricional para detectar riesgos de desnutrición, sobrepeso, obesidad, sarcopenia u alguna otra alteración nutricional.

Acción 4.3.4 Capacitación sobre la adecuada alimentación e hidratación en personas mayores con perspectiva de interseccionalidad y centrado en la persona.

Acción 4.3.5 Capacitación sobre orientación alimentaria en personas que viven con alguna enfermedad crónica u otra que requiera cambios dietéticos.

Objetivo Específico 5. *Prevenir el maltrato, la discriminación por edad (edadismo) y todas las formas de violencia hacia las personas mayores, promoviendo una cultura institucional y comunitaria de respeto, cuidado y dignidad en todos los entornos.*

Estrategia 5.1 Sensibilización comunitaria e institucional para la prevención del maltrato y el edadismo.

Acción 5.1.1 Desarrollar e implementar campañas educativas accesibles y con perspectiva de interseccionalidad; dirigidas a la comunidad y al personal de salud sobre la dignidad, derechos y diversidad de las personas mayores.

Acción 5.1.2 Diseñar protocolos de detección, intervención, rehabilitación y seguimiento en casos de maltrato, negligencia, violencia o discriminación asegurando su implementación efectiva en todos los niveles de atención.

Acción 5.1.3 Fortalecer la articulación con redes de apoyo comunitario, sistemas de justicia y organismos de derechos humanos para brindar atención integral a personas mayores víctimas de violencia.

Acción 5.1.4 Capacitar al personal de salud y a personas cuidadoras en la identificación de señales de maltrato y mecanismos de respuesta oportuna.

Acción 5.1.5 Contribuir a la capacitación del personal de salud en materia de derechos humanos y diversidad, lenguaje incluyente para erradicar prácticas sexistas, machistas, discriminatorias y de viejismo

Acción 5.1.6 Impulsar campañas de comunicación institucional con lenguaje no edadista y representaciones positivas de las personas mayores como sujetas activas, diversas y valiosas.

Acción 5.1.7 Incorporar lineamientos de accesibilidad universal obligatorios en todos los establecimientos de salud a fin de asegurar una atención a las personas mayores: digna, de calidad, libre de prejuicios, estigmas y de cualquier tipo de discurso sexista, machista, racista, homofóbico, transfóbico, gordofóbico, xenófobo, capacitista, edadista o cualquier otro discurso deshumanizante, condescendiente y de odio.

Acción 5.1.8 Promover la política de Prevención de la Discriminación en Personas Indígenas y Afromexicanas en el IMSS-BIENESTAR y la política para incorporar la perspectiva de género en los servicios públicos de salud IMSS-BIENESTAR.

Acción 5.1.9 Gestionar espacios y actividades tanto en la comunidad como en los establecimientos de salud que fomenten la integración social, el crecimiento personal y el bienestar de las personas mayores.

Acción 5.1.10 Implementar encuentros generacionales y trabajo con juventudes para la prevención del edadismo (tanto en niñas, niños y adolescentes como en las personas mayores).

Estrategia 5.2 Protección activa de los derechos de las personas mayores en servicios de salud.

Acción 5.2.1 Elaborar y difundir materiales educativos sobre los derechos de las personas mayores, autocuidado y rutas de atención ante violencias, dirigidos a personas mayores y sus familias.

Acción 5.2.2 Acompañar a las unidades en la implementación de códigos de conducta y principios de trato digno hacia personas mayores desde una perspectiva intercultural, interseccional y de derechos humanos.

Acción 5.2.3 Transversalizar la perspectiva de género y de derechos humanos y sexuales de las personas de la diversidad sexogenérica en los establecimientos de salud del IMSS-BIENESTAR a fin de garantizar una atención sin discriminación y trato igualitario, digno y de buena calidad.

Acción 5.2.4 Promover y aplicar entre la población y el personal de salud la Ley de los Derechos de las Personas mayores, así como la Convención Interamericana de los Derechos de las Personas Mayores.

Acción 5.2.5 Formular e implementar una política de respeto a la autodeterminación en todas las fases del envejecimiento.

Objetivo Específico 6. *Proveer atención integral, humanizada y centrada en la persona mayor con enfermedades graves, avanzadas o terminales, a través de atención paliativa, que promueva el alivio del dolor y el sufrimiento, el respeto a su autonomía y valores, así como el soporte emocional y familiar, garantizando una muerte digna.*

Estrategia 6.1 Fortalecimiento de las competencias del personal de salud del IMSS-BIENESTAR en atención paliativa.

Acción 6.1.1 Reconocer la atención paliativa como una estrategia integral orientada a mejorar la calidad de vida de personas que enfrentan enfermedades graves, avanzadas o terminales, así como la de sus familias y redes de apoyo.

Acción 6.1.2 Identificar las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales que impactan a las personas con enfermedades graves, avanzadas o terminales; así como a sus familias, y comprender la relevancia de garantizar una atención continua desde el momento del diagnóstico.

Acción 6.1.3 Promover una atención centrada en la persona, entendiendo sus necesidades, inquietudes, objetivos, valores, creencias, tradiciones y contexto cultural.

Acción 6.1.4 Brindar apoyo a la persona en el proceso de tomar decisiones sobre la cantidad de información que desean conocer y aquella que desean comunicar a sus familiares.

Acción 6.1.5 Ofrecer orientación y formación a la persona con enfermedad grave, avanzada o terminal, así como a su familia y personas cuidadoras, proporcionando información clara y precisa, en un ambiente de respeto hacia sus valores, tradiciones culturales, sociales y familiares.

Estrategia 6.2 Brindar a la persona mayor con condiciones limitantes para la vida/terminal un plan individualizado de atención paliativa que incluya participación multidisciplinaria.

Acción 6.2.1 Efectuar una evaluación integral de la persona, identificando el impacto de los síntomas en el curso de su enfermedad, con el propósito de formular un plan de atención individualizado.

Acción 6.2.2 Asegurar que la persona con enfermedad grave, avanzada o terminal reciba atención paliativa bajo un enfoque inter y multidisciplinario, en el que se haga parte a personas cuidadoras y familia para una mejor implementación del plan de cuidados.

Acción 6.2.3 Identificar y aplicar tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para manejo de los síntomas, además de utilizar los medicamentos esenciales recomendados por la OMS.

Acción 6.2.4 Identificar y emplear las principales prácticas terapéuticas, tanto farmacológicas como no farmacológicas, para aliviar el dolor y otros síntomas, satisfaciendo las necesidades de confort y bienestar de la persona y su familia.

Acción 6.2.5 Informar a personas cuidadoras y familiares sobre las técnicas de nutrición e hidratación al final de la vida, la importancia de los cuidados de fisioterapia y movilización, así como los cuidados generales para la persona encamada.

Estrategia 6.3 Abordar la salud mental de la persona en condición limitante para la vida, así como la de sus personas cuidadoras y familiares; como parte fundamental de la atención paliativa.

Acción 6.3.1 Dar soporte psicológico (individual o grupal) o facilitar el acceso, para manejar ansiedad, depresión, culpa, toma de decisiones y prevenir duelos patológicos.

Acción 6.3.2 Informar a los cuidadoras y familiares sobre el proceso de duelo y dotarles de mecanismos de afrontamiento, con el seguimiento adecuado.

Acción 6.3.3 Dar cabida a prácticas culturales y acompañamiento espiritual, respetando creencias de la persona y su entorno; como visita de líderes espirituales cuando sea pertinente.

Acción 6.3.4 Ofrecer información a personas cuidadoras y familiares, acerca del autocuidado, manejo del estrés, reconocimiento del síndrome de sobrecarga del cuidador y búsqueda de apoyo profesional.

Acción 6.3.5 Guiar a la familia en decisiones sobre planificación, voluntades anticipadas, preferencias del final de la vida y muerte digna, promoviendo la autonomía de la persona mayor.

Monitoreo y Evaluación

INDICADORES PLAN MAYOR BIENESTAR
1. Índice de detección de riesgo de caídas en mujeres y hombres de 60 años y más 2. Índice de detecciones de incontinencia urinaria en mujeres y hombres de 60 años y más 3. Índice de detecciones de dependencia en ABVD y AIVD en mujeres y hombres de 60 años y mas 4. Índice de detecciones de depresión en mujeres y hombres de 60 años y más 5. Índice de detección de riesgo de fracturas por osteoporosis en mujeres y hombres de 50 años y más 6. Porcentaje de consultas otorgadas a mujeres asociadas a la atención en salud en peri-postmenopausia 7. Índice de detección de alteraciones de la memoria de mujeres y hombres de 60 años y más. 8. Índice de detecciones de ansiedad en mujeres y hombres de 60 años y más 9. Riesgo de caídas en mujeres y hombres de 60 años y más 10. Detecciones de incontinencia urinaria en mujeres y hombres de 60 años y más 11. Detecciones de depresión en mujeres y hombres de 60 años y más 12. Detecciones de riesgo alto de fracturas por osteoporosis en mujeres y hombres de 50 años y más 13. Detección de alteraciones de la memoria de mujeres y hombres de 60 años y más 14. Detecciones de ansiedad en mujeres y hombres de 60 años y más

INDICADORES PLAN MAYOR BIENESTAR

Indicador estratégico	Descripción	Unidad de Medida	Fórmula	Variables	Observaciones	Línea base	Meta
Porcentaje de detección de riesgo de caídas en mujeres y hombres de 60 y más años	Medir la relación de mujeres y hombres de 60 años y más, a quienes se les realiza la detección de riesgo de caídas respecto al total de mujeres y hombres mayores de 60 años que acuden a consulta por primera vez.	Porcentaje	(n/p) x 100	n= Número de personas mayores a quienes se les realiza la detección para riesgo de caídas en el primer nivel de atención p= Número de personas mayores que acuden por primera vez a unidades de primer nivel de atención.	SINBA-SIS (Apartado 056 Detecciones; Caídas 60 y más años Positivo/Negativo mujer/hombre) Apartado 001 Consultas; consultas de primera vez mujeres y hombres: CON10 y CON30	9.8	8.2
Porcentaje de detecciones de incontinencia urinaria en mujeres y hombres de 60 y más años	Relación de mujeres y hombres de 60 años y más, a quienes se les detecta incontinencia urinaria respecto a mujeres y hombres mayores de 60 años que acuden a los servicios de salud por primera vez.	Porcentaje	(n/p) x 100	n= Número de detecciones con incontinencia urinaria realizadas en personas mayores, en el primer nivel de atención. p= Número de personas mayores que acuden por primera vez a unidades de primer nivel de atención.	SINBA-SIS Apartado 056: Detecciones, tamiz incontinencia urinaria 60 y más años mujer/hombre afirmativo/ negativo; Apartado 001 consultas; primera vez mujeres/hombres de 60 y más.	9.6	8.0
Porcentaje de personas mayores sin derechohabiencia con detección de Dependencia en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	Medir el número de personas adultas mayores no derechohabientes con detecciones de Dependencia en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	Porcentaje	(n/p) x 100	n= Total de detecciones realizadas de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD p= Población de 60 años y más sin derechohabiencia	SINBA-SIS Apartado 056: Detecciones, tamiz actividades básicas/instrumentales vida diaria 60 y más años mujer/hombre afirmativo/ negativo estimaciones de población sin seguridad social publicadas en DGIS	42.5	62.4
Índice de detecciones de depresión en mujeres y hombres de 60 y más años	Relación de mujeres y hombres de 60 años y más, a quienes se les realiza la detección de síntomas depresivos al número de consultas de primera vez.	Porcentaje	(n/p) x 100	n= Total de adultos mayores con detecciones realizadas de depresión p= Número de personas mayores que acuden por primera vez a unidades de primer nivel de atención.	SINBA-SIS (Apartado 056 Detecciones, tamiz depresión 60 y más años hombre/mujer, afirmativo/negativo) / SINBA-SIS (Apartado 001 Consultas; Primera vez mujeres de 60 y más años, Primera vez hombres de 60 y más)	11.9	6.6
Índice de detección de riesgo de fracturas por osteoporosis en mujeres y hombres de 50 años y más	Medir del total de personas de 50 años y más sin derechohabiencia la proporción a quienes se les realiza detección	Porcentaje	(n/p) x 100	n= Total de mujeres y hombres de 50 años y más que se les realiza la detección para riesgo de fracturas por osteoporosis	SINBA-SIS (Apartado 056 Detecciones; Riesgo de fractura por osteoporosis 50 años y más mujer/hombre; bajo/mediano/ alto riesgo	SD	SD

	de riesgo de fracturas por osteoporosis			p= Población de 50 y más años sin derechohabiencia	SINBA-SIS (Apartado 001 Consultas; Primera vez mujeres de 50-59 años /60 y más años, Primera vez hombres de 50-59 años/ 60 y más años)		
Índice de detección de alteraciones de la memoria de mujeres y hombres de 60 y más años	Medir del total de personas mayores que acuden de primera vez a unidades del PNA la proporción a quienes se les realiza detección de alteraciones de la memoria	Porcentaje	(n/p) x 100	n= Total de personas mayores hombres y mujeres con detecciones realizadas de alteraciones de la memoria Población de 60 y más años sin derechohabiencia p= Número de personas mayores que acuden de primera vez a unidades de primer nivel de atención	SINBA-SIS (Apartado 056 Detecciones; Alteración de memoria 60 y más años mujer/hombre; Positivo/Negativo) (Apartado 001 Consultas; Primera vez mujeres de 60 y más años; Primera vez hombres de 60 y más años)	SD	SD
Índice de detecciones de ansiedad en mujeres y hombres de 60 y más años	Medir del total de personas mayores que acuden de primera vez a unidades del PNA la proporción a quienes se les realiza detección de ansiedad	Porcentaje	(n/p) x 100	n= Total de personas mayores con detecciones de ansiedad realizadas p= Número de personas mayores que acuden de primavera vez a unidades de primer nivel de atención) x 100	SINBA-SIS (Apartado 056 Detecciones; Ansiedad; 60 y más años mujer/hombre; Positivo/ Negativo) (Apartado 001 Consultas; Primera vez mujeres de 60 años y más; Primera vez hombres DE 60 años y más	SD	SD
Riesgo de caídas en mujeres y hombres de 60 y más años	Medir del total de personas que se les realiza detección de riesgo de caídas la proporción que presentan riesgo de caída positivo	Porcentaje	(n/p) x 100	n= Número de personas con riesgo de caídas positiva p= Total de personas que se le les realiza detección de riesgo de caída	SINBA-SIS (Apartado 056 Detecciones; Caídas 60 y más años Positivo mujer/ hombre) SINBA-SIS (Apartado 056 Detecciones; Caída 60 años y más mujer/hombre, Positivo/ Negativo)	SD	SD
Detecciones de incontinencia urinaria en mujeres y hombres de 60 y más años	Medir del total de personas que se les realiza detección de riesgo de incontinencia urinaria la proporción que presentan riesgo de incontinencia urinaria positivo	Porcentaje	(n/p) x 100	n= Número de personas con detección de incontinencia urinaria positiva p= total de personas que se les realiza detección de incontinencia urinaria	SINBA-SIS (Apartado 056 Detecciones; Incontinencia urinaria 60 años y más positiva mujer/ hombre) SINBA-SIS (Apartado 056 Detecciones; Incontinencia urinaria 60 años y más mujer/hombre, Positivo/ Negativo)	SD	SD

Detecciones de depresión en mujeres y hombres de 60 y más años	Medir del total de personas que se les realiza detección de depresión la proporción que presentan depresión positiva	Porcentaje	(n/p) x 100	n= Número de personas con detecciones de depresión positivas p= Total de personas mayores con detecciones de depresión realizadas	SINBA-SIS (Apartado 056 Detecciones; Depresión 60 años y más Positivo mujer/hombre) SINBA-SIS (Apartado 056 Detecciones; Depresión 60 años y más mujer/hombre; Positivo/ Negativo)	SD	SD
Detecciones de riesgo alto de fracturas por osteoporosis en mujeres y hombres de 50 años y más	Medir del total de personas que se les realiza detección de riesgo de fracturas por osteoporosis la proporción de personas que presentan riesgo mediano y alto de fracturas por osteoporosis	Porcentaje	(n/p) x 100	n= Número de detecciones con resultado de riesgo mediano y alto de fracturas por osteoporosis en mujeres y hombres de 50 años y más p= Total de mujeres y hombres de 50 años y más que se les realiza la detección para riesgo de fracturas por osteoporosis	SINBA-SIS (Apartado 056 Detecciones; Riesgo de fractura por osteoporosis 50 años y más mujer/hombre alto riesgo SINBA-SIS (Apartado 056 Detecciones; Riesgo de fractura por osteoporosis 50 años y más mujer/hombre bajo/mediando/alto	SD	SD
Detección de alteraciones de la memoria de mujeres y hombres de 60 y más años	Medir del total de personas mayores que se les realiza la detección de alteraciones de la memoria, la proporción que presenta detección positiva	Porcentaje	(n/p) x 100	n= Número de detecciones positivas para alteraciones de la memoria en población de 60 años y más p= Total de detecciones de alteraciones de la memoria realizadas en población de 60 años y más	SINBA-SIS (Apartado 056 Detecciones; Alteración de la memoria 60 y más años Positivo mujer/hombre) SINBA-SIS (Apartado 056 Detecciones; Alteración de la memoria 60 años y más mujer/hombre; Positivo/ negativo)	SD	SD
Detecciones de ansiedad en mujeres y hombres de 60 y más años	Medir del total de personas mayores que se les realiza la detección de ansiedad la proporción que presenta detección positiva	Porcentaje	(n/p) x 100	n= Número de personas mayores con detección positiva de ansiedad p= total de personas mayores que se les realizó detección de ansiedad	SINBA-SIS (Apartado 056 Detecciones; Ansiedad 60 años y más POSITIVO mujer/hombre) SINBA-SIS (Apartado 056 Detecciones; Ansiedad 60 años y más mujer/ hombre; Positivo/negativo)	SD	SD

6. Referencias

Abizanda Soler P, Alfonso Silguero S. A y Navarro López J L. (2015). *Tratado de medicina geriátrica: valoración funcional en el anciano.*

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades, & Secretaría de Salud. (2021). *Plan de Acción Específico para el Envejecimiento 2021-2024.* Secretaría de Salud.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2004, marzo). *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.* Disponible en: https:// www.cepal.org/es/publicaciones/2786-estrategia-regional-implementacion-america-latina-caribe-plan-accion

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2018). *Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación.* Disponible en: http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/foll-Ley-Federal.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). *¿Qué funciona y qué no en cuidados de largo plazo para personas adultas mayores? Guías prácticas para mejorar la Política Pública.* Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/ESEPS/Paginas/Guias_mejorar_politica_publica.aspx

Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2017, diciembre 18). Vejez y pensiones en México. Disponible en: https://www.gob.mx/conapo/documentos/vejez-y-pensiones-en-mexico

Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2022). Situación sociodemográfica de la población de 60 años y más con base en el Censo de Población y Vivienda 2020. Gobierno de México. https://www.gob.mx/conapo/documentos/situacion-sociodemografica-de-la-poblacion-de-60-anos-y-mas-con-base-en-el-censo-de-poblacion-y-vivienda-2020

Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población (2024). Perspectivas de población mundial 2024: Resumen de resultados (UN DESA/POP/2024/TR/NO. 9).

Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población (2024). Perspectivas de población mundial: Revisión de 2017. Working Paper No. ESA/P/WP/248.

Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (FIAPAM) (2014). Consenso de Montevideo, Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe. Disponible en: https://fiapam.org/acuerdos-del-consenso-de-montevideo-en-tor-no-al envejecimiento-y-los-adultos-mayores/

García-Peña, et al. (2024). *Gaceta Médica de México.* Personas mayores olvidadas: deuda del sistema de salud 160(3). Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.gacetamedicademexico.com/portadas/gmm-es_24_160_3.pdf

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

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2010). *Plan Geriátrico Institucional GERIATRIMSS.* Instituto Mexicano del Seguro Social.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). *Encuesta Intercensal* [Conjunto de datos]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/ .

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021). Censo de Población y Vivienda 2020. inegi.org. https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/

Instituto Nacional de Geriatría (INGER). (2022). ICOPE: Guía de Instrumentos de Evaluación de la Capacidad Funcional. Secretaría de Salud. Gobierno de México. Disponible aquí.

Instituto Nacional de Geriatría (INGER). (2022). Manual de entrenamiento en atención primaria a la salud de las personas mayores. Secretaría de Salud. Gobierno de México.

Instituto Nacional de Geriatría (INGER). (2024). Adaptar la atención primaria al envejecimiento de la población Mexicana. Secretaria de Salud. Gobierno de México. Disponible aquí

Instituto Nacional de Geriatría (INGER). (2013). *Propuesta para un Plan de acción en envejecimiento y salud.* Disponible en: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Prop_Plan_Accion_Envejecimiento_Salud.pdf.

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). (2019). *Diversidad sexual en personas adultas mayores (prensa).* Disponible en: https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/diversidad-sexual-en-personas-adultas-mayores?idiom=es,

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). (2018, 28 junio). *Prevenir el maltrato, responsabilidad de todos (prensa).* Disponible en: https://www.gob.mx/inapam/prensa/prevenir-el-maltrato-responsabilidad-de-to- dos-inapam?idiom=es.

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Medio Camino* (ENSANUT MC) [Conjunto de datos]. Disponible en: https://ensanut.insp.mx/.

Medina-Chávez, J. H. (2015). Envejecimiento de la población y necesidad de la intervención interdisciplinaria. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, *23*(1), 1-2.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2017). *World population ageing 2017.*

Organización de Estados Americanos (OEA). (1969, Noviembre). *Convención americana sobre derechos humanos (Pacto de San José).* Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/tratados_b32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002, Abril). *Active Ageing: A Policy Framework.* Disponible en: https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF).* España: IMSERSO. https://bit.ly/2m4nmcq

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.* Estados Unidos: OMS. https://bit.ly/2SJPbFC

Organización Mundial de la salud (OMS). (2021). Década del envejecimiento saludable: informe de referencia Resumen. Organización Mundial de la salud Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350938/9789240039759-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022a), "Portal de Indicadores Básicos", Washington, D.C. [en línea] https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). Atención integrada para las personas mayores (ICOPE): Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Washington. D.C.; 2020. Licencia: CC BY-NCSA 3.0 IGO.

Salinas-Rodríguez, A., De la Cruz-Góngora, V., & Manrique-Espinoza, B. (2020). Condiciones de salud, síndromes geriátricos y estado nutricional de los adultos mayores en México. *Salud pública de México, 62*(6), 777–785. https://doi.org/10.21149/11840

Secretaría de Salud - DGE. (2023). *Morbilidad por grupo edad.* https://epidemiologia.salud.gob.mx/. https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/morbilidad_grupo.html

SECRETARÍA DE SALUD - DGPLADES. (2024). *Lineamientos Interculturales para el diseño y operación de los Servicios y Programas de Salud.* https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/942582/LINEAMIENTOS_INTERCULTURALES_ago_2024.pdf

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF). (2025). *Estrategia Integral de Asistencia Social, Alimentación y Desarrollo Comunitario 2025.* https://www.dof.gob.mx/2025/DIF/ESTRATEGIA2025.pdf

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF). (2025). *Estrategia Integral de Asistencia Social, Alimentación y Desarrollo Comunitario 2025.* https://www.dof.gob.mx/2025/DIF/ESTRATEGIA2025.pdf

9. Glosario

Atención integrada: servicios gestionados y prestados de manera que se asegura que las personas reciban servicios ininterrumpidos de promoción de la salud; prevención de enfermedades, lesiones y discapacidades; diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades, rehabilitación, cuidados paliativos y atención al final de la vida en diferentes niveles y lugares dentro del sistema de salud, y que este proceso se ajuste a sus necesidades a lo largo de la vida.

Atención integral: se refiere a la provisión de servicios de salud de manera completa y coordinada, abordando todas las necesidades de una persona mayor, no solo desde el punto de vista médico, sino también en lo social, psicológico y funcional. Este enfoque asegura que cada aspecto relevante para la salud y el bienestar de la persona sea considerado y tratado de manera conjunta por diversos profesionales, evitando la fragmentación del cuidado.

Bienestar: se considera en el sentido más amplio y abarca cuestiones como la felicidad, la satisfacción y la plena realización.

Capacidad intrínseca: la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona, incluidas las psicológicas.

Capacidad funcional: la suma de capacidades que permite a una persona ser y hacer lo que es importante para ella misma; es el resultado de las interacciones entre la capacidad intrínseca y el entorno

Consejería Comunitaria en Salud: espacios de comunicación y convergencia intercultural pensados para compartir información desde la perspectiva de orientación y promoción a la salud, fomentar el desarrollo de capacidades y enfrentar en forma participativa, solidaria y organizada, los distintos desafíos en salud.

Curso de vida: perspectiva integrada para estudiar las causas y las consecuencias de los eventos y las transiciones a lo largo del desarrollo de vida, y para comprender la forma en que los eventos de la vida y las transiciones de roles que representan influyen en el desarrollo de los resultados de interés a lo largo de las etapas del ciclo vital.

Década del envejecimiento saludable: se define como la estrategia propuesta por la Organización de las Naciones Unidas y liderada por la Organización Mundial de la Salud de 10 años de colaboración concretada y sostenida, para lograr y apoyar las acciones destinadas a construir una sociedad para todas las edades.

Demencia: es un síndrome crónico y progresivo que se produce por alteraciones en el cerebro. Da lugar a un grupo de trastornos caracterizados por una disminución del nivel cognitivo anteriormente alcanzado, que afecta a las actividades de la vida cotidiana y al funcionamiento social.

Deterioro cognitivo: condición en la que se observa una disminución notable en las capacidades cognitivas, como memoria y pensamiento, más allá de lo esperado para la edad.

Dependencia funcional: es el estado en el que una persona requiere asistencia o ayuda de otra para realizar las actividades de la vida diaria debido a una alteración, limitante o restricción en su funcionamiento psíquico, biológico y/o social.

Edadismo: discriminación y estereotipos basados en la edad, que pueden afectar a cualquier grupo etario. Se refiere a la forma en que pensamos, sentimos y actuamos hacia otras personas o nosotros mismos por razones de edad, limitando oportunidades y bienestar, especialmente de las personas mayores

Ejercicio físico multicomponente programas que combinan diferentes tipos de ejercicios, como aeróbico, de fuerza, flexibilidad y equilibrio, en una sola rutina. Estos ejercicios están diseñados para mejorar múltiples aspectos de la condición física y la salud, y son especialmente efectivos para mejorar el desempeño físico y mantener la funcionalidad en personas mayores.

Enfermedades No Transmisibles: Grupo de enfermedades crónicas no contagiosas, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, entre otras. Son de larga duración, progresan lentamente y son una causa principal de morbilidad, discapacidad y mortalidad a nivel mundial

Envejecimiento: Proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psicosociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas permanentes entre la persona y su medio.

Envejecimiento saludable: el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez.

Entorno: Son los factores ambientales y culturales que forman parte del contexto de vida de una persona. Entre ellos se encuentran el hogar, la comunidad y la sociedad en general; las relaciones interpersonales, las actitudes y los valores, el ambiente construido, el transporte, las redes sociales, las políticas de salud y sociales, la accesibilidad a los servicios y tecnologías, los cuales pueden funcionar como factores facilitadores o barreras.

Equipo multidisciplinario: es un grupo de profesionales de diversas áreas de la salud que colaboran para brindar una atención integrada a las personas mayores. Esto incluye personal de medicina, enfermería, geriatría, psicología, gerontología, odontología, rehabilitación, terapia ocupacional y trabajo social que colaboran para abordar las necesidades biopsicosociales de las personas mayores usuarias de los servicios de salud IMSS-BIENESTAR.

Evaluación integral: es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado de aplicación de escalas e instrumentos que dan como resultado un contexto biopsicosocial de la persona mayor.

Facilitador Intercultural: persona profesional que se desempeña como guía o mediador cultural y lingüístico a fin de que los individuos, las familias y la comunidad tengan mayor accesibilidad y calidad respecto a los servicios otorgados en un Establecimiento de Salud; quien se conduce mediante el diálogo y el respeto mutuo, para favorecer el bien común y la

protección de los derechos humanos de las y los usuarios de los servicios de salud, con base a sus características contextuales.

Fragilidad: estado clínicamente reconocible de vulnerabilidad incrementada que resulta de la reducción de la reserva fisiológica asociada al envejecimiento en múltiples sistemas, que compromete la capacidad del organismo para enfrentar los estresores del entorno y aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad.

Geriatría: Es una rama de la medicina que se centra en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico, la rehabilitación, y cuidados de las condiciones y los problemas de salud de las personas mayores.

Gerontología: estudio de los fenómenos que rodean al envejecimiento y las vejeces desde una perspectiva biopsicosocial cultural.

Grupos históricamente vulnerados: (i) mujeres; (ii) indígenas, afromexicanas y personas racializadas; (iii) migrantes; (iv) personas con discapacidades físicas, motoras y psicosociales; (v) personas de la diversidad sexo genérica; (vi) personas privadas de la libertad y (vii) personas y colectivos víctimas de violencia colectiva (madres buscadoras, víctimas de guerra sucia, víctimas de desastres ambientales, protección a periodistas, individuos en situación de calle).

Igualdad de Género: situación en la cual mujeres y hombres acceden con las mismas posibilidades y oportunidades al uso, control y beneficio de bienes, servicios y recursos de la sociedad, así como a la toma de decisiones en todos los ámbitos de la vida social, económica, política, saludable, cultural y familiar.

Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR): Es el esquema de cuidados integrales que conjunta los recursos, herramientas, las estrategias, procesos y procedimientos, que deben realizar las instituciones públicas de salud para otorgar servicios de salud a toda la población del país, con énfasis en las personas sin seguridad social, bajo los principios de gratuidad, cobertura universal, accesibilidad, oportunidad, continuidad y calidad e incluye los servicios personales y los de la salud colectiva.

Persona cuidadora: persona que, pudiendo ser familiar o no de alguien con discapacidad o dependencia, brinda asistencia para la realización de sus actividades de la vida diaria. Su actividad puede ser remunerada o no.

Persona mayor: Persona en quien tienen efecto todas las modificaciones de la edad. La ONU establece la edad de 60 años para considerar que una persona es mayor.

Personal de Salud: Conjunto de personas constituido por profesionales, técnicos y auxiliares, que interactúan o no, entre sí y con las personas que acuden a las unidades médicas, con el propósito de generar acciones de promoción, prevención y protección a la salud.

Polifarmacia: uso simultáneo de múltiples medicamentos por una persona, generalmente referida a quienes toman cinco o más fármacos a la vez. Es común en personas mayores y

puede aumentar el riesgo de interacciones medicamentosas adversas y efectos secundarios perjudiciales.

Primer Nivel de Atención: provisión de servicios integrados, accesibles por parte de personal de salud en el contexto de la familia y la comunidad, con la intención de resolver la mayoría de las necesidades de salud de los individuos y con el establecimiento de una relación sostenida con las personas que reciben esos servicios.

Programas preventivos: es un conjunto coherente de acciones encadenadas y construidas a partir de una evaluación de necesidades, buscando la creación o adaptación de actividades dirigidas al cumplimiento de los objetivos realistas trazados como metas del programa a implementar. Se desarrollan en áreas o dominios donde se trabajan los factores de riesgo y de protección. En ellos encontramos el dominio individual, el del grupo de pares, el familiar, el escolar y laboral, el comunitario y el socioambiental.

Promoción de la salud: proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y la conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar o colectivo mediante actividades de Participación Social, Comunicación Educativa y Educación para la Salud.

Sarcopenia: condición caracterizada por la disminución progresiva y generalizada del volumen, la fuerza y la función de los músculos esqueléticos, sobre todo en personas mayores. Aumenta el riesgo de discapacidad, caídas, fracturas y reducción de la calidad de vida.

Segundo Nivel de Atención: Las unidades médicas hospitalarias del Segundo Nivel de Atención (SNA) dan continuidad a la atención de las personas que demandan atención médica y los referidos por los otros niveles de atención, otorgando atención a la salud con un enfoque preventivo, diagnóstico, terapéutico, de rehabilitación y cuidados paliativos, de acuerdo con la complejidad de sus padecimientos y en el marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), en forma integral, de calidad, segura y con sentido humanista a las personas usuarias.

Síndromes Geriátricos: condiciones de salud altamente prevalentes en personas mayores, de origen multifactorial y con fisiopatología diversa, que no corresponden con una enfermedad específica, sino que representan la manifestación atípica de la enfermedad en personas mayores.

Tamizaje: es la aplicación de una prueba en una población presumiblemente asintomática y su objetivo es detectar indicadores de anormalidad o riesgo.

Tercer Nivel de Atención (TNA): Está constituido por los hospitales de alta especialidad que se caracterizan por su máxima capacidad resolutiva diagnóstica, terapéutica y de rehabilitación en la atención de personas con patologías de alta complejidad y baja frecuencia, por equipos de profesionales de diversas disciplinas con conocimientos y habilidades en campos específicos de la medicina que se desarrollan en un ambiente de innovación, avance tecnológico y científico propicio para generar un vínculo más cercano con la persona y la comunidad.

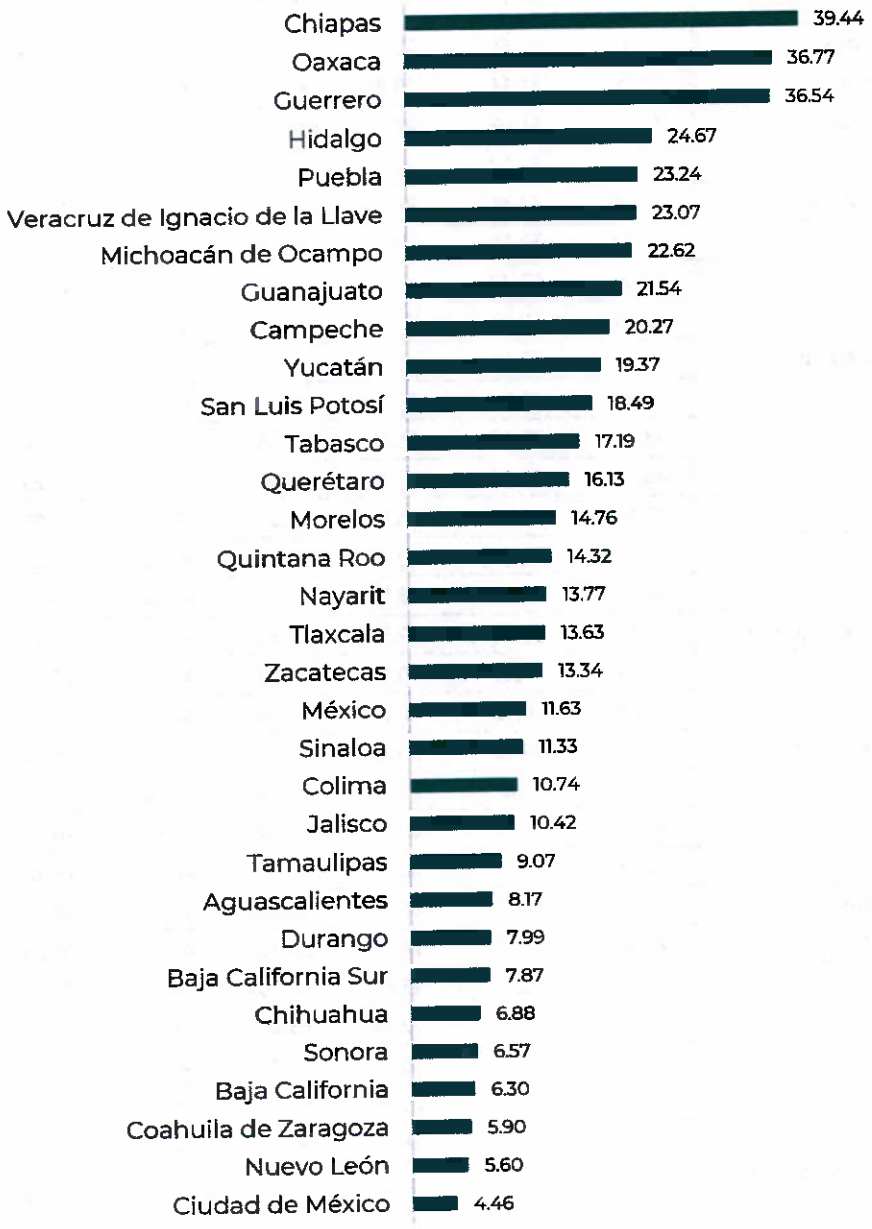
7. Anexos

Anexo 1. Distribución porcentual de la población de 60 años y más por entidad federativa y municipio de residencia según grupo decenal de edad, México 2020

Entidad federativa	Porcentaje por grupos de edad				
	60-69	70-79	80-89	90-99	100 y más
Estados Unidos Mexicanos	**55.91**	**29.47**	**12.12**	**2.39**	**0.12**
Aguascalientes	57.87	29.01	10.84	2.21	0.08
Baja California	60.30	28.02	9.93	1.68	0.07
Baja California Sur	61.33	27.39	9.53	1.68	0.07
Campeche	57.08	28.72	11.64	2.41	0.15
Coahuila de Zaragoza	58.35	29.12	10.72	1.76	0.06
Colima	56.65	29.37	11.45	2.37	0.16
Chiapas	56.03	29.35	11.83	2.50	0.29
Chihuahua	57.60	29.60	11.11	1.63	0.06
Ciudad de México	55.36	29.70	12.32	2.54	0.09
Durango	55.50	29.91	12.44	2.07	0.07
Guanajuato	55.21	29.26	12.64	2.79	0.10
Guerrero	52.07	30.55	14.15	2.96	0.27
Hidalgo	55.24	29.57	12.36	2.67	0.17
Jalisco	55.41	30.26	11.81	2.41	0.11
México	59.21	28.31	10.51	1.89	0.08
Michoacán de Ocampo	52.99	30.13	13.65	3.07	0.16
Morelos	54.81	29.59	12.86	2.62	0.12
Nayarit	54.37	30.30	12.79	2.39	0.15
Nuevo León	56.82	29.53	11.52	2.06	0.06
Oaxaca	51.40	30.30	14.92	3.18	0.20
Puebla	54.63	29.50	12.99	2.74	0.14
Querétaro	57.68	28.47	11.36	2.38	0.10
Quintana Roo	63.73	26.22	8.54	1.42	0.08
San Luis Potosí	52.51	30.18	14.15	3.03	0.13
Sinaloa	55.57	30.42	11.89	2.01	0.10
Sonora	58.40	28.85	10.98	1.72	0.05
Tabasco	58.13	27.71	11.65	2.34	0.18
Tamaulipas	56.36	29.24	12.11	2.21	0.08
Tlaxcala	55.15	28.70	12.97	3.05	0.14
Veracruz de Ignacio de la Llave	54.16	30.13	12.92	2.60	0.19
Yucatán	55.04	30.74	12.01	2.15	0.07
Zacatecas	51.44	30.76	14.53	3.15	0.12

Elaboración propia a partir de datos del Censo de Población y Vivienda, 2020.

Anexo 2. Porcentaje de PM mexicanas con analfabetismo por entidad, México: 2020.



Elaboración propia a partir de datos del Censo de Población y Vivienda, 2020.

Anexo 3. Distribución porcentual de la población de 60 años y más por entidad federativa y sexo según condición de actividad económica, México: 2020

Entidad federativa	Condición de actividad económica						
	Económicamente activa			No económicamente activa			
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	No especificado
Estados Unidos Mexicanos	**39.76**	**55.32**	**26.36**	**59.54**	**43.75**	**73.13**	**0.70**
Aguascalientes	36.38	51.66	23.43	63.25	47.80	76.34	0.37
Baja California	37.88	51.36	25.86	61.50	47.83	73.69	0.62
Baja California Sur	41.12	55.03	27.81	58.39	44.37	71.78	0.50
Campeche	43.56	59.52	28.21	55.83	39.72	71.31	0.62
Coahuila de Zaragoza	32.34	44.86	21.04	67.37	54.81	78.72	0.29
Colima	39.67	52.99	27.61	59.74	46.24	71.96	0.59
Chiapas	49.05	67.78	30.72	49.62	30.55	68.30	1.32
Chihuahua	34.90	50.22	21.61	64.63	49.19	78.03	0.47
Ciudad de México	38.78	52.61	28.43	60.89	46.99	71.29	0.33
Durango	34.67	49.99	20.70	64.72	49.15	78.92	0.61
Guanajuato	38.66	55.07	24.51	60.39	43.64	74.84	0.95
Guerrero	45.17	60.24	32.04	53.84	38.46	67.24	0.99
Hidalgo	42.84	59.41	28.30	56.27	39.42	71.05	0.89
Jalisco	37.53	52.30	24.94	61.73	46.66	74.57	0.74
México	40.82	55.41	28.55	58.60	43.88	70.97	0.58
Michoacán de Ocampo	42.17	58.96	27.38	56.63	39.33	71.88	1.20
Morelos	41.51	54.81	30.10	57.82	44.32	69.41	0.67
Nayarit	40.89	56.48	26.31	58.35	42.43	73.23	0.76
Nuevo León	31.29	43.73	20.55	68.28	55.78	79.07	0.43
Oaxaca	41.23	57.62	27.14	57.75	41.02	72.13	1.02
Puebla	43.06	60.30	29.00	56.11	38.60	70.39	0.83
Querétaro	38.13	52.31	26.19	61.21	46.84	73.32	0.66
Quintana Roo	46.70	63.60	30.54	52.66	35.60	68.97	0.64
San Luis Potosí	40.33	57.86	24.56	58.89	41.10	74.89	0.78
Sinaloa	37.15	53.22	22.60	62.20	45.82	77.03	0.65
Sonora	36.13	51.26	22.44	63.46	48.17	77.30	0.41
Tabasco	47.66	64.22	32.09	51.40	34.58	67.19	0.95
Tamaulipas	37.22	52.56	23.90	62.27	46.77	75.73	0.51
Tlaxcala	43.17	60.22	28.42	56.09	38.83	71.03	0.74
Veracruz de Ignacio de la Llave	41.59	59.70	25.87	57.63	39.28	73.56	0.78
Yucatán	37.62	53.78	23.16	61.77	45.44	76.38	0.61
Zacatecas	36.29	55.07	18.85	62.67	43.38	80.58	1.04

Elaboración propia a partir de datos del Censo de Población y Vivienda, 2020.

Anexo 4. Distribución porcentual de la población de 60 años y más no económicamente activa por entidad federativa y sexo según tipo de actividad, México: 2020

Entidad federativa	No económicamente activa				
	Es estudiante	Es jubilada(o) o pensionada(o)	Se dedica a los quehaceres de su hogar	Tiene alguna limitación física o mental que le impide trabajar	Otras actividades
Estados Unidos Mexicanos	**0.06**	**32.24**	**44.91**	**9.89**	**12.89**
Aguascalientes	0.07	39.44	42.81	7.36	10.33
Baja California	0.07	45.84	35.68	5.33	13.08
Baja California Sur	0.07	43.17	38.08	8.15	10.53
Campeche	0.06	31.27	42.13	14.17	12.37
Coahuila de Zaragoza	0.06	47.23	38.69	4.28	9.74
Colima	0.04	38.07	39.85	10.55	11.48
Chiapas	0.04	12.86	53.17	18.80	15.13
Chihuahua	0.05	41.32	39.38	6.25	13.00
Ciudad de México	0.10	45.91	38.02	4.97	11.00
Durango	0.05	33.99	43.81	10.15	12.00
Guanajuato	0.06	25.30	49.16	11.08	14.40
Guerrero	0.06	17.94	46.99	17.71	17.31
Hidalgo	0.04	21.23	49.63	14.71	14.40
Jalisco	0.07	33.31	44.38	8.65	13.60
México	0.10	33.84	47.56	7.06	11.43
Michoacán de Ocampo	0.04	19.23	49.15	16.00	15.58
Morelos	0.08	32.62	41.30	12.09	13.91
Nayarit	0.05	31.26	43.39	11.16	14.15
Nuevo León	0.06	46.09	40.78	3.96	9.11
Oaxaca	0.04	12.29	49.68	18.20	19.79
Puebla	0.04	22.02	50.16	12.85	14.94
Querétaro	0.07	35.84	42.82	8.57	12.70
Quintana Roo	0.08	31.86	44.39	8.90	14.77
San Luis Potosí	0.06	27.15	47.57	12.40	12.83
Sinaloa	0.06	38.67	42.59	7.74	10.93
Sonora	0.04	43.10	39.84	5.79	11.23
Tabasco	0.05	19.56	48.13	19.00	13.26
Tamaulipas	0.05	36.86	42.54	8.43	12.12
Tlaxcala	0.06	21.30	52.58	10.43	15.63
Veracruz de Ignacio de la Llave	0.04	25.48	48.86	12.86	12.77
Yucatán	0.04	37.51	41.57	10.59	10.28
Zacatecas	0.04	18.14	51.69	14.80	15.33

Elaboración propia a partir de datos del Censo de Población y Vivienda, 2020.

FIRMAS PARA LA APROBACIÓN DE LA GUÍA DEL PLAN MAYOR BIENESTAR

Aprobó

Dr. José Alejandro Avalos Bracho
Titular de la Unidad de Atención a la Salud

Coordinación Responsable

Nemer Alexander Naime S Henkel
Titular de la Coordinación de Programas Preventivos

Revisión Normativa

Dr. Gabriel Pulido Segura
Titular de la Coordinación de Normatividad y Planeación Médica

18 de agosto de 2025