



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL

TESIS

Envejecimiento y mortalidad por diabetes en hombres y mujeres de 60 años y más, el caso de los estados de Baja California y México

**Para obtener el título de
Licenciada en Trabajo Social**

Presenta
Melody Carina Amador Delgadillo

Director de tesis:
Dr. Asael Ortiz Lazcano

Comité Tutorial
Dra. Yolanda de Jesús Hernández Delgado
Dra. Eva Alonso Elizalde
Dr. Raúl García García

Pachuca de Soto, Hidalgo, 22 de octubre del 2024



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades

School of Social Sciences and Humanities

Área Académica de Trabajo Social

Department of Social Work

Oficio/UAEH/ICSHu/LTS/689/2024

Asunto: El que se indica

MTRA. OJUKY DEL ROCÍO ISLAS MALDONADO
DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR DE LA UAEH.
PRESENTE.

Sirva este medio para saludarle y al mismo tiempo, nos permitimos comunicarle que una vez leído y analizado el trabajo de tesis "Envejecimiento y mortalidad por diabetes en hombres y mujeres de 60 años y más, el caso de los estados de Baja California y México" que, para obtener el título de Licenciada en Trabajo Social, presenta la P.D.L.T.S. Melody Carina Amador Delgadillo con número de cuenta 325642, consideramos que reúne las características e incluye los elementos necesarios de un trabajo de tesis. Por tal motivo, en nuestra calidad de sinodales designados como jurado para el examen de grado, nos permitimos manifestar nuestra aprobación a dicho trabajo.

Por lo anterior, hacemos de su conocimiento que, a Melody Carina Amador Delgadillo, le otorgamos nuestra autorización para entregar en formato digital el trabajo de tesis, así como continuar con los trámites correspondientes para sustentar su Examen Profesional y obtener el título de Licenciada.

ATENTAMENTE
"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"
PACHUCA DE SOTO, HGO; 22 DE OCTUBRE 2024



MTRA. IVONNE JUÁREZ RAMÍREZ
DIRECTORA

DRA. EVA ALONSO ELIZALDE
PRESIDENTA

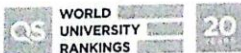
DRA. YOLANDA DE JESÚS HERNÁNDEZ
DELGADO

DR. ASael ORTIZ LAZCANO
VOCAL

SECRETARIA
DR. RAÚL GACÍA GARCÍA
SUPLENTE



Carretera Pachuca-Actopan Km. 4 s/n, Colonia San Cayetano, Pachuca de Soto, Hidalgo, México; C.P. 42084
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 41037
jeat@icshu@uaeh.edu.mx



uaeh.edu.mx

Índice

Índice de Mapas	5
Índice de Figuras	5
Índice de Tablas	7
Agradecimientos.....	9
Resumen	10
Summary.....	11
Introducción	12
Capitulo I. Construcción del Problema de Investigación	14
1.1 Estado de la Cuestión.....	14
1.2 Planteamiento del Problema.....	25
1.3 Justificación.....	29
1.4 Pregunta de investigación	31
1.5 Objetivo general	31
1.6 Objetivos específicos	31
1.7 Hipótesis	32
1.8 Enfoque y Método de Investigación.....	33
1.9 Muestra Representativa.....	33
1.10 Variables	33
1.11 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	34

1.12 Técnicas de Recolección de Datos	34
1.13 Operacionalización de las Variables.....	36
Capítulo 2. Marco Teórico.....	41
2.1 Situación demográfica en México	41
2.2 Situación demográfica en el estado de México	53
2.3 Situación demográfica en el estado de Baja California Sur.....	60
2.4 Entendiendo el Envejecimiento.....	68
2.5 Envejecimiento en el Mundo	77
2.6 Envejecimiento en México.....	83
2.7 Condiciones de Salud en la Población Mayor en México	86
2.8 Diabetes.....	88
2.9 Factores de Riesgo de la Población Mayor y la Diabetes tipo 2	91
2.10 La Seguridad Social como Determinante de la Salud	93
2.11 Papel de Trabajo Social en la Prevención y Atención a las Personas Mayores con Diabetes	99
Capítulo 3. Envejecimiento y Mortalidad por Diabetes en Hombres y Mujeres de 60 años y más, el caso de los Estados de Baja California Sur y México.....	105
3.1 Condiciones de salud y derechohabiencia de las personas de 60 años y más que viven en los estados de México y Baja California Sur	105
3.2 Condiciones de salud y atención de la población de 60 años y más con diabetes mellitus en los estados de México y Baja California Sur.....	115

3.3 Condiciones de derechohabiencia de la población de 60 años y más con diabetes en los estados de México y Baja California Sur	119
Conclusiones	127

Índice de Mapas

<i>Mapa 1 Mapa de los Estados Unidos Mexicanos.</i>	41
<i>Mapa 2 Mapa del estado de México</i>	53
<i>Mapa 3 Mapa del estado de Baja California Sur</i>	60

Índice de Figuras

<i>Figura 1 Pirámide Poblacional 2020</i>	42
<i>Figura 2 Hablantes de Lengua Indígena en México</i>	43
<i>Figura 3 Causa de la migración de personas de 5 a 85 y más en el periodo 2015-2020</i>	45
<i>Figura 4 Población económicamente activa 2010-2020</i>	46
<i>Figura 5 Población de actividad no económica 2020</i>	47
<i>Figura 6 Derechohabiencia de personas mayores de 60 años y más, 2020</i>	49
<i>Figura 7 Porcentaje de derechohabiencia en los periodos 2010- 2020</i>	50
<i>Figura 8 Condición de derechohabiencia a servicios de salud periodo 2020</i>	51
<i>Figura 9 Envejecimiento del estado de México periodo 2010</i>	54
<i>Figura 10 Población envejecida del estado de México periodo 2020</i>	55

<i>Figura 11 Tasa media del estado de México periodo 2010-2020</i>	56
<i>Figura 12 Tasa de mortalidad por diabetes periodos 2010-2020</i>	58
<i>Figura 13 Tasa de mortalidad por Diabetes en Mujeres periodos 2010-2020</i>	59
<i>Figura 14 Población envejecida periodo 2010.....</i>	61
<i>Figura 15 Población envejecida periodo 2020</i>	62
<i>Figura 16 Tasa logarítmica de la población envejecida 2010-2020.....</i>	63
<i>Figura 17 Población media absoluta para Baja California Sur, 2010- 2020.....</i>	64
<i>Figura 18 Tasa de Mortalidad por Diabetes en Baja California Sur periodo 2010-2020.....</i>	66
<i>Figura 19 Tasa de Mortalidad por Diabetes en Mujeres periodos 2010-2020-2022</i>	67
<i>Figura 20 Proyección de personas de 60 años y más a nivel mundial</i>	77
<i>Figura 21 Mortalidad de personas de 65 y más Europa.....</i>	78
<i>Figura 22 Países envejecidos del Continente Europeo 2001-2023</i>	79
<i>Figura 23 Tasa de mortalidad en Hombres de 65 años y más</i>	81
<i>Figura 24 Tasas de mortalidad en Mujeres de 65 años y más</i>	81
<i>Figura 25 Envejecimiento en México.....</i>	83
<i>Figura 26 Nivel de dependencia</i>	85
<i>Figura 27 Elementos para una Teoría de la Transición en Salud.....</i>	94

Índice de Tablas

<i>Tabla 1 Controles de diabetes</i>	27
<i>Tabla: 2 Definición conceptual de las variables</i>	35
<i>Tabla 3 Operacionalización de las variables</i>	36
<i>Tabla 4 Resumen de las principales teorías del envejecimiento humano</i>	70
<i>Tabla 5 Diabetes a Nivel mundial</i>	88
<i>Tabla 6 Complicaciones por diabetes</i>	90
<i>Tabla 7 Factores de Riesgo en la Prevalencia de Diabetes Mellitus 2 en Adultos Mayores</i>	91
<i>Tabla 8 Funciones Principales de Trabajo Social Gerontológico</i>	100
<i>Tabla 9 Edad</i>	105
<i>Tabla 10 Entidad</i>	106
<i>Tabla 11 Distribución de personas mayores por Sexo* Entidad * Edad</i>	107
<i>Tabla 12 ¿A qué tipo de centro o unidad médica fue a buscar atención? (general)</i>	108
<i>Tabla: 13 ¿A qué institución pertenece la persona que le atendió?</i>	109
<i>Tabla: 14 ¿A qué tipo de centro o unidad médica fue a buscar atención? * Entidad</i>	110
<i>Tabla: 15 ¿Qué persona lo(a) atendió? * Entidad</i>	111
<i>Tabla: 16 ¿Por qué motivos se atendió en este lugar? Tiene afiliación * Entidad</i>	112

<i>Tabla: 17 ¿Por qué motivos se atendió en este lugar? Esta cerca * Entidad.....</i>	113
<i>Tabla: 18 ¿Por qué motivos se atendió en este lugar? Es barato/no cuesta* Entidad</i>	114
<i>Tabla 19 ¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes (o alta el azúcar en la sangre)? * Entidad.....</i>	115
<i>Tabla 20 ¿Actualmente toma pastillas o le aplican insulina para controlar su azúcar? * Entidad</i>	116
<i>Tabla 21 En los últimos 12 meses, ¿ A cuántas veces y con qué frecuencia acudio al médico para controlar su diabetes (o azúcar alta en la sangre)? * Entidad.....</i>	117
<i>Tabla: 22 ¿Debido a la diabetes ha tenido úlceras en piernas o pies? * Entidad</i>	118
<i>Tabla: 23 ¿Debido a la diabetes le han amputado alguna parte del cuerpo? * Entidad</i>	118
<i>Tabla: 24 (En donde se atiende, usualmente, ¿para controlar su diabetes (o azúcar alta en la sangre)? * Entidad</i>	120

Agradecimientos

Le agradezco muy profundamente a la Dra. Yolanda de Jesús Hernández Delgado y el Dr. Asael Ortiz Lazcano, por su dedicación y paciencia, sin su guía y correcciones precisas, no hubiese podido lograr llegar a esta instancia tan anhelada.

Resumen

El acelerado proceso de envejecimiento que vive México, aunado a las condiciones socioeconómicas, acceso a servicios de salud y estilos de vida más sedentarios, trae consigo un incremento en las enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes mellitus tipo 2. Situación que demanda una atención no solamente a nivel de atención y control de la salud, sino en materia preventiva, donde el trabajo social juega un papel importante.

Esta investigación está centrada en el envejecimiento y la mortalidad por diabetes, el caso de los estados de Baja California Sur y México. Es un estudio descriptivo comparativo, en el que se utilizó la encuesta ENSANUT 2018, de su apartado diabetes y el cuestionario de utilizadores de servicios de la salud, en donde las variables son, sexo, edad, derechohabiencia, envejecimiento y diabetes, en donde se identifica que las mujeres mayores de 60 años y más presentan la tasa más alta de diabetes, en comparación con los hombres.

El estudio compara ambos estados en cuanto a los servicios de salud, la población de adultos mayores de 60 años y más y la contextualización de cada estado, bajo la propuesta teórica de la transición en salud por Julio Frenk, en donde el contexto psicosocial, económico y ambiental juegan un papel importante en cómo se desarrolla y se vive la enfermedad en este grupo etario.

Palabras clave: Envejecimiento, diabetes, derechohabiencia.

Summary

The accelerated Mexico's accelerated aging process, coupled with socioeconomic conditions, access to health services and more sedentary lifestyles are leading to an increase in chronic degenerative chronic degenerative diseases such as type 2 diabetes mellitus. This situation demands attention not only at the level of health care and control, but also in terms of health health care and control, but also in preventive matters, where social work plays an important role.

This research is focused on aging and mortality due to diabetes, between the state of Mexico and Baja California Sur, it is a comparative descriptive study, in which the ENSANUT 2018 survey was used, in its diabetes section and the questionnaire of users of health services, where the variables are, sex, age, entitlement, aging and diabetes, where it is identified that women over 60 years and older have the highest rate of diabetes, compared to

The study compares both states in terms of health services, the population of older adults aged 60 years and over and the contextualization of each state, under the theoretical proposal of the health transition by Julio Frenk, where the psychosocial, economic and environmental context play an important role in how the disease develops and is experienced in this age group.

Keywords: Aging, diabetes, social security affiliation.

Introducción

El envejecimiento de la población es un fenómeno global que ha traído consigo una serie de desafíos en el ámbito social, especialmente en lo que respecta a enfermedades crónicas como la diabetes, la cual es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en México, afectando desproporcionalmente a los adultos mayores de 60 años y más. Debido a la interacción de factores biológicos, sociales e incluso económicos que afectan la prevalencia y el manejo de la enfermedad, por este motivo, este grupo etario se encuentra en vulnerabilidad.

Siguiendo esta línea de estudio, es fundamental analizar las diferencias en la mortalidad por diabetes entre hombres y mujeres en dos diferentes estados, el estado de México y Baja California Sur; mientras que el primero tiene una alta densidad poblacional y condiciones socioeconómicas complejas, enfrenta retos significativos en la atención de la salud y el segundo, aunque es menos poblado, presenta características propias que pueden influir en el comportamiento de la enfermedad.

El presente documento se divide en tres capítulos de los cuales en el primer capítulo se aborda, el estado de la cuestión que tiene un compilatorio de diversos artículos de interés sobre el tema de investigación, el planteamiento del problema, en donde se habla del porque abordar el tema de investigación, la justificación en donde se redacta él porque es importante abordar el tema, el objetivo de este estudio es describir y comparar las condiciones de derechohabiencia y acceso a la salud entre la población de 60 años y más con diabetes mellitus entre los estados de Baja California Sur y México, destacando la diferencia de género, considerando las particularidades de cada estado, así como, tres hipótesis para la

comprobación de los objetivos y la metodología en donde se encuentra el enfoque y método de la investigación, así como también la operacionalización de las variables.

Dentro del capítulo dos, se centra el marco teórico, en donde se da un panorama acerca de la contextualización sociodemográfica de México en forma general y de los estados de Baja California Sur y México de manera específica, el envejecimiento, diabetes mellitus 2, las condiciones de riesgo de la población mayor con diabetes tipo 2, los factores de riesgo de la población mayor con diabetes, el papel de Trabajo Social en la prevención y atención de las personas mayores con diabetes y la teoría de Julio Frenk y la seguridad social como determinante de la salud.

Dentro del capítulo tres, se encuentran los resultados y análisis sobre la encuesta ENSANUT 2018, con su cuestionario de salud de adultos de 20 años o más, en su apartado tres referentes a la Diabetes Mellitus y el cuestionario de utilizadores de servicios de salud, así mismo se habla de la discusión entre los resultados obtenidos y los diversos artículos que hablan sobre el tema, en donde hay partes en que se está de acuerdo con la perspectiva de otros autores y en las que se difiere, y finalizando con la conclusión de la investigación en la que se dan diversas sugerencias para mejorar la vida de los adultos mayores con diabetes.

Capítulo I. Construcción del Problema de Investigación

1.1 Estado de la Cuestión

El estado del arte de esta investigación presentó una revisión de los referentes empíricos que fundamentaron el proceso de esta investigación. A través de una revisión exhaustiva de la literatura existente, se analizaron los enfoques, técnicas e instrumentos de investigaciones que ponen de manifiesto la proporción de personas mayores con diabetes mellitus, así como sus implicaciones con la derechohabencia.

La investigación incluyó la consulta de fuentes documentales como tesis, artículos científicos, páginas web y artículos tanto en inglés como en español. La información se recopiló de documentos publicados entre 2001 y 2023, utilizando bases de datos como Google Académico, Scopus, SciELO, Redalyc y Dialnet, lo que permitió integrar perspectivas de autores de diferentes países interesados en este tema.

Para la búsqueda en las diversas bases de datos se usan como palabras claves: diabetes, envejecimiento y derechohabencia, utilizando los boléanos de AND y OR (diabetes and envejecimiento; derechohabencia and envejecimiento).

Respecto a la presencia de la diabetes mellitus, se encontraron los siguientes trabajos:

Sotolongo Arró (2022), describe un estudio transversal, observacional en pacientes adultos mayores con diagnóstico de diabetes tipo 2 en la comunidad de punta brava, en donde el mayor número de integrantes fue del género masculino, en donde el 68.4% se encuentra casado, su nivel escolar fue del 32.7% y entre ellos solo el 60.1% son adultos mayores jubilados, en el caso de las mujeres los riesgos más significativos fueron los hábitos alimenticios, son sedentarias, problemas de sobrepeso, dentro de las comorbilidades se encuentra la obesidad, hipertensión y cardiopatías isquémicas, estos factores son importantes

ya que predispone a diversas complicaciones medicas en caso de que no se tenga un control, así mismo, las adicciones como el alcoholismo y el tabaco pueden llegar a causar complicaciones cardiovasculares de importancia en donde en el peor de los casos los adultos mayores mueran por estos antecedentes.

Carmona-Denis, Moreno-Peña, Mendez-Feitas, Escalona-Robaina & Ortega-Peñate (2018), realizaron un estudio observacional descriptivo con corte transversal que incluyo una muestra de 141 adultos mayores de 60 años con diagnostico en diabetes, del hospital Ceiba Mocha, en el periodo octubre 2013-diciembre 2014; con la finalidad de determinar cuál es la relación entre diabetes y la discapacidad que muestran los adultos mayores, así como el tiempo de la evolución, enfermedades asociadas y la alteración en su entrono psicoafectivo; por lo que la mitad de la muestra evidenciaron problemas de funcionalidad, presentaron comorbilidades como lo es la hipertensión y la obesidad, así mismo se identificó que hay mayor alteración de la funcionalidad en los adultos mayores que han tenido de 10 a 15 años viviendo con diabetes, así como también se mostraron signos significativos en cuanto a padecer depresión y deterioro cognitivo, por lo que se dedujo que al no diagnosticarse adecuadamente la diabetes y no llevar un control de esta puede causar un deterioro significativo en otras condiciones del cuerpo en el adulto mayor.

Sender-Palacios, Vernet-M, Larrosa-Sáez, Tor-Figueroa & Foz-Sola (2002), realizaron un estudio descriptivo transversal en donde ocupan variables sociodemográficas y clínicas, por medio de una encuesta individualizada y revisión de historias clínicas en pacientes diagnosticados con diabetes, en donde la muestra fue de 1,495 pacientes en donde el 56% fueron mujeres, con una media de edad de 66 años, en donde la mayoría no tiene estudios primarios concluidos, así mismo se detectaron diferentes comorbilidades entre las que están la hipertensión, retinopatía, obesidad, neuropatías, alcoholismo y tabaquismo, por

lo que se concluyó que el bajo nivel cultural de los pacientes no influye en cómo se vive la enfermedad, en donde se recomienda seguir con la divulgación de la enfermedad para su detección temprana y no tengan o desarrollen complicaciones crónicas.

Ferrer, Forminga, Padros & Badia (2015), realizaron el estudio Octabaix el cual es un estudio de cohortes prospectivo descriptivo, el cual se complementó con el diagnóstico de historia de diabetes y se complementó por analítica, en lo que destacan que la diabetes mellitus aumenta con la edad, siendo la mayoría de los adultos mayores de 60 años y más, por lo que es de vital importancia el conocer las características clínicas y fisiopatológicas diferenciales de la diabetes, por lo que el 85% de los pacientes de los 328 fueron diagnosticados y tenían diabetes, destacan que la duración media de edad de la diabetes son 5.8 años, es por lo tanto que en las personas adultas mayores se desarrolle la diabetes mellitus, así mismo el adecuado control de esta alargara la vida de los pacientes ya que puede que no desarrollen comorbilidades que compliquen el diagnóstico.

Ruso, Grande, Burgos, Molaro & Bonella (2023), efectuaron un estudio de corte transversal en donde se incluyó a todos los adultos afiliados a la prepaga del hospital Italiano de Buenos Aires Argentina, en el periodo 2019, en donde se estimó la prevalencia de diabetes en atención ambulatoria en las que se describieron sus características epidemiológicas, comorbilidades y algunas de las complicaciones relacionadas, se filtró por grupos etarios en donde el que tenía mayor impacto fue el de 65-80 años, la mediana de edad que presentaron tener diabetes fue de 70 años, en donde el 52% de la población desarrollo comorbilidades como la obesidad, hipertensión y dislipidemia, con lo que se concluyó que la diabetes presenta un problema relevante incluso en los pacientes ancianos que es en donde esta enfermedad es recurrente e incluso en algunos casos mortal.

Formiga, Gómez-Huegas & Mañas (2015), precisan que hay que hacer nuevos estudios más amplios y aleatorios, centrados específicamente en la población anciana que sufre de diabetes, en diferentes ámbitos sociales y nivel económico, en donde ellos realizan la revisión de los documentos disponibles sobre este tema y rango de edad, en donde la diabetes mellitus 2 en los adultos mayores de 60 años representan un grave problema de la salud pública, en donde es recomendable realizar valoraciones integrales con ayuda de distintos equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios, con esto para llevar un adecuado control de la enfermedad.

Moreno-Altamirano, García-García, Soto-Estrada, Capado & Limón-Cruz (2014), abordan la diabetes y la obesidad como problemas de la seguridad pública en donde las características de la población toman un papel importante en el control de los índices de estas afecciones, así mismo recomiendan modificaciones en las políticas de salud, así como también en las estructuras sociales y económicas, considerando diversas alternativas para la mejora se encuentran los hábitos alimenticios en donde la dieta tradicional es mejor que una a base de productos industrializados ya que este es un indicador con el que se asocian las dos enfermedades, en donde el aumento de la obesidad y diabetes agregaran mayores condiciones de riesgo en la población adulta y a mediano y largo plazo generara costos mayores por su atención y mayormente los que se generan por las comorbilidades relacionadas con la enfermedad.

Palomo & Denman (2019), utilizaron la encuesta ENSANUT 2016 de su cuestionario de nutrición y actividad física y sedentarismo realizado a personas de 20 a 69 años, en donde intentan describir y comparar los comportamientos de la actividad física la población general con y sin diabetes en México y los cambios asociados a las variables sociodemográficas y las de salud, en lo que se analiza que las personas más inactivas son la que presentan diabetes y

la edad también juega un papel importante ya que entre más avance la edad son más propensos a no realizar actividad física, en donde se identificó que la población con diabetes presenta comportamientos asociados a una menor actividad física y no precisamente por la edad.

Vargas-Uricoechea & Casas-Figueroa (2016), describieron en su artículo, como la diabetes mellitus es un problema de características epidémicas, para el cual ocuparon datos de la encuesta ENSANUT 2016, en donde al visibilizar la diabetes en diferentes países, presentan las mismas características de acuerdo con su rango de edad, así mismo se estima que la inactividad física origina el 27% de los casos de diabetes, considerándolas comorbilidades en donde las enfermedades cardio metabólicas y la obesidad, representa un problema latente, es por ello que la diabetes es un problema con características epidémicas en Sudamérica y algunos factores pueden determinar su crecimiento en los adultos mayores, entre ellos destacan el crecimiento poblacional, el envejecimiento poblacional, nivel de estudios, índice de urbanización, dietas hipercalóricas e incluso el sedentarismo.

Pérez-Rodríguez & Berenguer (2015), refieren que la diabetes mellitus es una afección causada por diferentes determinantes sociales y los estratos económicos. Ante el notable incremento de la afección, ha sido catalogado como epidémico, en donde la estimación es de 366 millones para el 2030. Así mismo, algunos de los determinantes se basan en los niveles de ingreso, educación, ocupación, accesibilidad a los servicios médicos, la inactividad física son elementos de importancia, ya que con estos antecedentes es probable que puedan desarrollar una comorbilidad que afecte más su vida.

Cuevas-Muñiz & Cabello-Garza (2023), realizaron un estudio de investigación cualitativo el cual les permitió analizar los datos de 12 adultas mayores de 60 años, por medio de entrevistas semi estructuradas, para conocer la perspectiva del adulto mayor sobre sus

cuidados y controles desde que les diagnosticaron diabetes, así mismo hay que mencionar que todas se encontraban afiliadas a un sistema de salud, se mencionaron algunos riesgos y síntomas de la enfermedad lo que permitió que las mujeres adquirieran nuevos conocimientos sobre su enfermedad, así como el dar medidas preventivas para mejorarla condición en los que se refieren la actividad física y la dieta saludable, esto solo fue posible con el apoyo del equipo multidisciplinario y la participación activa del trabajador social.

Según un estudio realizado por Montoya-Hernández, Mancilla, Lozano-Mendoza, & Ponce-Sánchez (2024), entre enero y febrero de 2024, se evaluó la calidad de vida de 301 pacientes mayores de 60 años diagnosticados con diabetes tipo 2, utilizando un enfoque cuantitativo, observacional, analítico, transversal y prospectivo. Para la recopilación de datos, se utilizó el cuestionario D-39, especializado en pacientes con diabetes, y los resultados fueron analizados a través de la prueba chi cuadrada de Pearson. Los resultados mostraron que la calidad de vida fue percibida como más baja en mujeres (51.5%) en comparación con los hombres (48.5%), siendo la edad promedio de 70 años. Los hallazgos revelan que la diabetes tipo 2 tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, afectando principalmente su salud física, mental, la aceptación de la enfermedad y su capacidad de adaptación.

En otro estudio realizado en Bogotá por Morros-González, Borda, Reyes-Ortiz, Chavarro-Carvajal, & Cano-Gutiérrez (2017), se exploró el autoreporte de diabetes en la población de adultos mayores, mediante un estudio observacional y poblacional de corte transversal, que incluyó datos del estudio SABE Bogotá. Con una muestra de 1,999 personas mayores de 60 años, se observó que la edad promedio era de 71.2 años, siendo el 62% mujeres. El 17.5% de los participantes auto reportaron haber sido diagnosticados con diabetes. Además, la diabetes se asoció con hipertensión, cataratas y un aumento del

perímetro abdominal, así como con una menor fuerza de agarre, especialmente en personas mayores de 85 años.

Otro estudio descriptivo y transversal realizado por Padrón-González, Crespo-Fernández, Breijo-Hipólito, Gil-Figueroa & Sandrino-Sánchez (2013), en un centro de atención ambulatoria universitario incluyó a 75 pacientes mayores de 60 años diagnosticados con diabetes. Los datos recogidos abarcaron variables sociodemográficas, nutricionales y clínicas. El estudio reveló que el 56% de la muestra fue femenina, con un inicio de la diabetes, mayormente en personas de entre 30 y 59 años. La hipertensión fue la enfermedad asociada más frecuente, y se observó un mayor porcentaje de pacientes con peso normal y no fumadores. La polineuropatía se destacó como la complicación más prevalente entre estos pacientes.

En una institución hospitalaria, Gomes de Melo, Jácome dos Santos, Murciélagosta filho, Leite Sousa, Santana de Vasconcelos, Camarotti de Lima, Costa Macedo & Lopes Costa (2019), realizaron un estudio cuantitativo y transversal con una muestra de 168 ancianos, con el objetivo de caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes diabéticos. Se encontró una prevalencia de tres veces mayor en mujeres (72%), siendo la mayoría de los participantes adultos mayores entre 60 y 69 años (67.9%). Además, el 43.5% de los participantes reportaron haber sido diagnosticados con diabetes desde hacía más de 10 años. La neuropatía diabética fue la complicación más común, afectando al 58.1% de los pacientes.

En un consultorio médico, se llevó a cabo una investigación-acción por parte de Izquierdo-Martínez, Díaz-Pita, Bustinzuriaga-Martó, & Leal-Flores (2023) en 190 pacientes de 60 años o más, de los cuales se seleccionó una muestra no probabilística de 48 adultos mayores con diabetes mellitus. Los resultados mostraron que predominaban los adultos entre

70 y 74 años (33.3%) y que la mayoría eran mujeres (60.1%). Además, el 87.5% fue diagnosticado con diabetes tipo 2, y el 50% tenía menos de cinco años con el diagnóstico. La mayoría de los pacientes eran independientes en sus actividades diarias y el 58.3% presentó adherencia completa al tratamiento. Entre las complicaciones más frecuentes se encontraron las lesiones en pies y piernas (47.9%). Tras implementar acciones de salud, se lograron modificar factores de riesgo como el tabaquismo, sedentarismo y malos hábitos alimenticios.

Un estudio cualitativo realizado por Montiel-Carbajal & Domínguez-Guedea (2011), exploró las razones por las cuales los adultos mayores con diabetes tipo 2 presentan dificultades para controlar su enfermedad y evitar complicaciones. El estudio incluyó un grupo focal con participantes de tres centros comunitarios de salud. La exploración se basó en el Modelo de Creencias en Salud, considerando la susceptibilidad y severidad percibida, las barreras, los beneficios, las señales para la acción y la autoeficacia, así como el apoyo social percibido. Los resultados revelaron que los pacientes atribuyen los síntomas y complicaciones a la vejez más que a la diabetes. Aunque reconocen los efectos negativos de romper la dieta o no hacer ejercicio, consideran el medicamento como el principal tratamiento. Ajustan su consumo de medicamentos según la disponibilidad, tolerancia a la glucosa y percepción de enfermedad, identificando barreras económicas y de apoyo social.

Vargas (2023) describió en su artículo las barreras en el acceso a medicamentos para tratar la diabetes en Chile. Se indica que el 12.3% de la población padece diabetes, de los cuales el 80.9% se atienden en el sistema público de salud (FONASA). Los usuarios del FONASA acceden a fármacos gratuitos a través de políticas públicas como las Garantías Explícitas en Salud (GES) y el Fondo de Farmacia (FOFAR). Sin embargo, los afiliados a ISAPRE prefieren comprar medicamentos en farmacias privadas. Aunque no se encontraron barreras significativas para los fármacos de la canasta GES, sí existen dificultades para

acceder a otros medicamentos no cubiertos. También se identificaron limitaciones como la dependencia de importaciones, falta de bioequivalentes, y problemas de accesibilidad geográfica.

De la Paz Castillo, Proenza-Fernández, Gallardo-Sánchez, Fernández-Pérez & Mompié-Lastre (2012), realizaron un estudio descriptivo retrospectivo de 50 adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus en Manzanillo de abril 2008 a enero 2010, para describir los factores de riesgo en donde se muestra que la población más afectada por la condición de diabetes mellitus 2 son las mujeres mayores de edad, sus comorbilidades asociadas fueron la hipertensión con el riesgo de eventos cardiovasculares, dentro de sus hábitos tóxicos se encuentra el alcoholismo y el tabaquismo, con respecto a la dieta se identificó que solo el 56.9% realiza más de tres comidas al día, así mismo el 56% muestra inactividad física lo que genera un problema en cuanto al padecimiento.

Mejía-Álvarez, Aveiga-Hidalgo & Villa-Shagñay. (2021), realizaron un estudio para desarrollar una serie de recomendaciones para prevenir complicaciones sobre la diabetes mellitus 2, con una muestra de 16 adultos mayores de 60 años y más, con diagnóstico de diabetes tipo 2. Entre sus resultados, el 37% refiere no conocer la medicación adecuada para el tratamiento de la afección, y sobre las comorbilidades que se relacionan con ella. Con el desarrollo de estas recomendaciones, la población de enfoque se reeducó en cuanto a su enfermedad, con lo que las personas mayores tendrían una mejor calidad de vida y menos afecciones secundarias de la enfermedad.

Huerta-Fabela (2015), realizó un estudio con regresión logística binaria en el cual destaca que para que los adultos mayores de 60 años tengan derechohabencia es necesario que se encuentren casados o vivan en unión libre, vivir en una zona urbana, tenga un ingreso económico, sepan leer y escribir, con lo cual se analizaron, los factores que son asociados a

la derechohabiencia, ya que la demanda de los servicios de salud incrementará significativamente con el paso del tiempo, en donde destaca que hay 28 municipios plenamente envejecidos y 17 en proceso de envejecimiento, mientras que 79 municipios se encuentran en el proceso avanzado y medio envejecidos.

A partir del análisis de estos trabajos se puede observar que, en la mayoría de los estudios, se destaca que las personas mayores que tienen diabetes suelen tener otras condiciones como hipertensión, obesidad y enfermedades cardiovasculares. Esto es algo que se observa tanto en investigaciones en México como en otros países.

Además, hay un impacto del tiempo de evolución de la diabetes, pues se ha encontrado que: a mayor tiempo viviendo con diabetes, las complicaciones funcionales aumentan. Esto lo podemos ver en los trabajos de Carmona-Denis et al. (2018) y Ferrer et al. (2015), donde se muestra que el manejo de la enfermedad y la necesidad de atención médica especializada se vuelven más urgentes.

De igual manera, en varios estudios, como el de Sender-Palacios et al. (2002), se menciona que un bajo nivel educativo no siempre impide el buen manejo de la diabetes. Aunque, es importante seguir promoviendo la educación sobre la enfermedad para evitar complicaciones a largo plazo. Por otro lado, los estudios coinciden en que la diabetes, especialmente en personas mayores, representa un gran reto para los sistemas de salud pública. Su prevalencia y las complicaciones asociadas la convierten en una prioridad para las políticas de salud, como señalan Moreno-Altamirano et al. (2014) y Pérez-Rodríguez & Berenguer (2015).

Aunque los estudios revisados mencionan el acceso a servicios médicos de manera general, pocos son los que profundizan en las diferencias entre los distintos sistemas de salud (público y privado). Sería importante incluir estudios que comparen la cobertura de salud en

contextos específicos, que permitan entender mejor cómo afectan estos sistemas a las personas adultas mayores.

Además, es necesario identificar de manera detallada las barreras institucionales, geográficas o económicas que dificultan el acceso a los servicios de salud. Lo cual es fundamental para mi investigación, ya que la distribución de los sistemas de salud puede variar considerablemente entre las regiones.

1.2 Planteamiento del Problema

En este mundo globalizado, donde los avances científicos y tecnológicos se encuentran a la orden del día, la población tiende a dividirse de acuerdo con los determinantes estructurales de cada país, en donde el nivel económico toma un rol importante en la sociedad. Es por ello por lo que los derechos humanos son de vital importancia para el adecuado desarrollo de la sociedad.

El envejecimiento demográfico es uno de los mayores fenómenos sociales del siglo XXI, ya que toma relevancia por los cambios estructurales de la conformación de la sociedad y las adecuaciones necesarias de los derechos sociales a las condiciones de vida de la población mayor. La Organización Internacional del Trabajo (OIT), describe a la seguridad social como “un derecho humano que responde a una necesidad universal de protección contra ciertos riesgos de la vida y necesidades sociales” (OIT, 2023). Además, incluye el acceso a los servicios de salud, lo cual también está reconocido como un derecho de las y los mexicanos; su sustento legal se encuentra en el Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como también en la Ley General de Salud, Ley de los Derechos de las Personas Mayores, Ley de Asistencia Social y Ley del Seguro Social.

El derecho a la seguridad social y la salud están normados (2023), no obstante, en la actualidad existen algunas inequidades en el acceso a la salud entre la población, siendo el estrato social una categoría importante en el acceso y calidad de estos derechos. La ENIGH 2022 muestra una disminución en el gasto de bolsillo en salud en comparación con 2020 para todos los deciles de ingreso, lo cual está alineado con la reducción de los impactos de la pandemia. No obstante, el decil I sigue teniendo el mayor gasto de bolsillo en salud como

porcentaje de su ingreso trimestral, con un 4.2%, lo que refleja la falta de cobertura de servicios de salud en la población más vulnerable. Además, el gasto de bolsillo en salud para todos los deciles de ingreso es el más alto que el observado en 2016 y 2018.

Además, es importante considerar que la diabetes es una enfermedad metabólica que provoca un aumento significativo de las tasas de mortalidad causadas por niveles elevados de glucosa en el torrente sanguíneo; el informe de INEGI (2021), correspondiente a 2021, reveló que la diabetes cobró la vida de 151,019 personas en México. La enfermedad fue la tercera causa de muerte en el país, con 52% de hombres y 48% en mujeres, solo superado por COVID-19 y afecciones cardíacas.

México presenta un proceso de envejecimiento poblacional, Datos del Censo de Población y Vivienda 2020, indican que existen 15 millones de personas de 60 años y más, lo que representa el 15% de la población total. Uno de los mayores retos del proceso de envejecimiento poblacional son las enfermedades crónicas degenerativas, entre ellas se encuentra la Diabetes Mellitus tipo 2, aunado a esto, los factores determinantes se basan en el estatus social de las personas mayores de edad, que incluyen aspectos culturales, políticos, económicos y sociales.

Hernández Teixido (2024), determina que existen dos tipos de control en la diabetes, los modificables y los no modificables, que influyen en la calidad de vida de las personas adultas mayores, los cuales se abordan en la siguiente tabla 1.

Tabla 1 Controles de diabetes

Modificables	No modificables
<p>Nivel socioeconómico: la condición económica es uno de los estándares de salud más altos que puede tener una persona o familia, la desigualdad perjudica a las clases sociales más pobres.</p>	<p>Sexo femenino: El estrés psicosocial que afecta a las mujeres, junto con sus efectos en el ámbito social, las hace un grupo vulnerable, incluso entre aquellas con una alta cualificación profesional; los roles que se les imponen a menudo están relacionados con un aumento en las tasas de problemas de salud, que incluyen el deterioro del metabolismo glucémico, el aumento de peso y una mayor incidencia de diabetes tipo 2.</p>
<p>Educación: El nivel de educación se considera un elemento crucial en la obtención de empleo formal y este se ve reflejado en los ingresos de un individuo o de una familia que incluye miembros dependientes, lo que podría ayudar a entender la relación existente entre la educación y la salud. No obstante, la educación influye en la habilidad para mantener una calidad de vida saludable, así como la identificación de síntomas asociados con la diabetes y la elección del tratamiento más apropiado, con lo que obtendrá una vida saludable.</p>	<p>Vecindario: La situación geográfica de una vivienda afecta de manera considerable los determinantes de salud de un individuo; la accesibilidad a alimentos saludables y a atención médica puede aumentar la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas, igualmente, la exposición a la contaminación del aire, al ruido y a otros factores ambientales se asocia con el incremento de enfermedades como la diabetes y la obesidad.</p>
<p>Soledad, Viudedad y Aislamiento Social: Aunque tradicionalmente la soledad alcanza su punto más alto en personas mayores de 85 años, también afecta a otros grupos de edad. Es razonable considerar que la soledad y el aislamiento pueden provocar síntomas de depresión o insomnio, los cuales impactan directamente en los niveles de insulina, sumando a estas características el sedentarismo y los hábitos poco saludables.</p>	<p>Etnia y migración: Las desigualdades sociales que se relacionan con las condiciones étnico-raciales, como las personas latinas, americano-asiáticas y los habitantes de las islas del Pacífico, están asociadas a una mayor prevalencia de diabetes. En conjunto, los factores genéticos, la migración y la discriminación que pueden experimentar en el país receptor, limitan las oportunidades legales y económicas, así como al acceso a la atención sanitaria y a los servicios sociales, los cuales influyen en el control de enfermedades crónicas como la diabetes.</p>

Fuente: Creación propia, con base en los datos obtenidos del artículo Vulnerabilidad Social en personas con diabetes (2024)

La tabla anterior proporciona un panorama más amplio de como estos controles de diabetes pueden generar un cambio considerable en la vida de las personas que padecen la afección es por ello que al examinar sobre la diabetes tipo 2, se deben considera varios elementos clave, incluidos los determinantes socioculturales y de salud; su análisis incluye diversos indicadores como la dinámica familiar, el género, la migración, los ingresos, el nivel educativo, la ocupación, la accesibilidad a los servicios de salud, las practicas alimentarias perjudiciales, la carencia de ejercicio e incluso el entorno geográfico, causa ruido en la población.

Es por ello que se retoma este hecho social como parte central para analizar el impacto del envejecimiento de hombres y mujeres de 60 años y más con diabetes, el caso de los estados de Baja California Sur y México, esta propuesta fue factible por que se sustentó con la Teoría dela transición en salud de Julio Frenk, así como también tuvo una base legal la cual se sustentó con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así mismo se utilizó la base de datos de INEGI de su encuesta ENSANUT 2018 los Censos de población y vivienda de los periodos 2010-2020, tablas de mortalidad extraídas de INEGI, con el que se realizó el análisis de datos, en donde las variables que se utilizaron fueron; sexo, edad, mortalidad, derechohabiencia, diabetes mellitus 2 y envejecimiento, con lo cual se pudo conocer la importancia del envejecimiento demográfico y su relación con la diabetes.

1.3 Justificación

Las diferencias entre los estratos sociales a lo largo y ancho de la historia de la sociedad han estado presentes de tal manera que han surgido diversos estudios acerca de estas problemáticas; los motivos por los cuales se seleccionó este tema son porque en la actualidad el envejecimiento demográfico, es un tema de trascendencia mundial, en donde las personas envejecidas han aumentado considerablemente respecto a las personas menores de 15 años. Es por ello por lo que se les cataloga dentro de los grupos en vulnerabilidad, por lo que existen diferentes organismos que hablan de este indicador con el fin de hacer proyecciones e incluso proporcionar recomendaciones.

La CEPAL refiere que la proporción de personas de 60 años y más aumentará considerablemente. En la actualidad existen 88,6 millones que se encuentran en este grupo etario, razón por la cual su estimación es:

Se prevé que en el 2060 la población de 60 años y más será de 220 millones de personas en América Latina y el Caribe y se aproximará a los 248 millones en Europa, así mismo se estima que en el 2100 la población de personas mayores será superior a la de Europa (CEPAL, 2023).

El envejecimiento en México, de acuerdo con las proyecciones de población en 2070, el 35% será población envejecida y aumentará la dependencia senil, así como la proporción de personas diabéticas en estas edades. El envejecimiento en los estados de México y Baja California Sur, muestran dos panoramas diferentes. En el primero existe una población adulta mayor alta, en comparación con el segundo estado y es por ello por lo que la mortalidad y morbilidad por diabetes ha ido en incremento. Los datos proporcionados por la Federación

Internacional de Diabetes (FID) mencionan que “537 millones de adultos de 20 a 79 años viven con diabetes” (FID, 2022).

Dentro de las enfermedades crónico-degenerativas (2021), se encuentra la diabetes, lo que convierte a la obesidad en su principal comorbilidad, ya que se relaciona con índices altos de insulina, las personas que desarrollan algún tipo de diabetes son más propensas a desarrollar otra serie de enfermedades y con esto se puede complicar el tratamiento de este. Las afecciones más recurrentes son hipertensión, pérdida de la visión, comas diabéticos, cardiopatías, e incluso úlceras o el peor de los casos la amputación de algún miembro.

Carmona, Moreno, Mendez, Escalona, & Ortega (2018), refieren que no se pueden alterar aspectos como la edad, el género, el origen étnico, la genética e incluso los antecedentes familiares, estos son indicadores muy relevantes para el desarrollo de la diabetes tipo 2 y cómo este grupo etario afronta su enfermedad. Hay otros que, sí se pueden modificar, entre los que se encuentran los hábitos alimenticios y realizar actividad física, por mencionar algunos.

Estos grupos en su mayoría sufren de disparidades, las cuales van desde el empleo, la derechohabencia, las transferencias y las pensiones. Esto se debe en parte a las inequidades en salud y las desigualdades sociales, así mismo, del hecho de que se vuelven personas dependientes, ya sea de su descendencia o de los apoyos gubernamentales. Hay que mencionar además que la cobertura universal de salud aparece como el tercer objetivo de la agenda 2030, en el cual se menciona el acceso a los servicios de salud, acceso de medicamentos de calidad. Así mismo su objetivo diez se refiere a la reducción de las desigualdades, en donde puntualiza el apoyo a los grupos marginados, en la que se debe evitar la desigualdad por sexo, edad, ingresos, entre otros.

1.4 Pregunta de investigación

Con base en lo anterior, se plantea la siguiente pregunta:

- ¿Cuáles son las diferencias entre las condiciones de derechohabiencia y acceso a la salud de la población de 60 años y más con diabetes mellitus entre los estados de México y Baja California Sur?

1.5 Objetivo general

Por lo tanto, se plantea el siguiente objetivo:

- Describir y comparar las condiciones de derechohabiencia y acceso a la salud entre la población de 60 años y más con diabetes mellitus entre los estados de México y Baja California Sur.

1.6 Objetivos específicos

- Identificar las condiciones de salud y derechohabiencia de las personas de 60 años y más que viven en los estados de México y Baja California Sur.
- Identificar las condiciones de salud y atención de las personas de 60 años y más con diabetes mellitus según su lugar de residencia, ya sea en los estados de México o Baja California Sur.
- Identificar las condiciones de derechohabiencia de la población de 60 años y más con diabetes mellitus en los estados de México y Baja California Sur.

1.7 Hipótesis

Para dar respuesta a la pregunta de investigación se dedujo lo siguiente:

- A mayor derechohabiencia en las personas adultas mayores, se tendrá una menor tasa en diabetes.
- Los residentes del estado de México, que son mayores de 60 años, presentan mayores tasas de diabetes, que sus homólogos en el estado de Baja California Sur.
- Los hombres mayores de 60 años tienen mayor propensión de sufrir de diabetes que su contraparte de mujeres de 60 años.

1.8 Enfoque y Método de Investigación

Investigación tipo: Cuantitativa, es la investigación ordenada de los fenómenos de interés, la cual se obtiene recopilando datos cuantificables y utilizando métodos estadísticos, matemáticos o computacionales.

Diseño de la investigación: No experimental de tipo transversal, la investigación no manipulará variables, sino que analizará los datos recogidos en la ENSANUT 2018, que es una encuesta transversal, lo que significa que se obtienen datos en un solo punto en el tiempo.

Estudio: Descriptivo y comparativo; descripción de las características de la población de interés (personas de 60 años y más con diabetes) y comparación entre las entidades de los estados de México y Baja California Sur.

1.9 Muestra Representativa

- **Baja California Sur:** fue de 1,547 hogares que representaron a 1,883,194 personas.
- **Estado de México:** fue de 5,120 hogares que representaron a 17,949,899 personas.

1.10 Variables

- **Independientes:** Sexo, Edad, Derechohabiencia, Mortalidad por diabetes.
- **Dependiente:** Envejecimiento, Diabetes Mellitus 2.

1.11 Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión: Personas de 60 años y más, residentes en los estados de México y Baja California Sur, con diagnóstico de diabetes mellitus confirmado en la ENSANUT 2018.

Criterios de Exclusión: Personas menores de 60 años, personas con datos incompletos o que no reportan diagnóstico de diabetes.

1.12 Técnicas de Recolección de Datos

Uso de datos secundarios a partir de la descarga de la base de datos de la ENSANUT 2018, a través del sitio web del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el filtrado de la población objetivo y las variables relevantes. En general, la ENSANUT proporciona información importante sobre la prevalencia de la diabetes y los resultados que se obtienen al comparar los efectos de la enfermedad en diferentes periodos de tiempo; sirve como catalizador para alentar a los gobiernos y organizaciones a tomar medidas más rápidas y efectivas para implementar intervenciones tempranas, detección mejorada y control oportuno para reducir los efectos de la diabetes.

Se utilizaron los censos de población y vivienda 2010-2020 y tablas de mortalidad descargadas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Se realizó un filtro para la población de 60 años y más, seleccionando aquellos individuos que hayan sido diagnosticados con diabetes mellitus.

Análisis de Datos: Se utilizó el programa SPSS y Excel para realizar el análisis, y se calcularon frecuencias y porcentajes para describir las características de la población mayor con diabetes en ambas entidades.

Tabla: 2 Definición conceptual de las variables

Variable	Definición conceptual
Sexo	La RAE lo define como “la condición orgánica, masculina o femenina” (RAE, 2023)
Edad	La RAE lo refiere como “el tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales” (RAE, 2023)
Mortalidad	Para INEGI (2023) se refiere a los datos relativos al número de defunciones documentadas en el país, junto con ciertas características demográficas como la edad y el sexo del fallecido, así como las causas más comunes que provocan estos decesos
Envejecimiento	Es el “aumento progresivo de la proporción de personas de 60 años y más con respecto a la población total” (CEPAL, 2024)
Diabetes Mellitus 2	Esta se caracteriza por la incapacidad de producir suficiente insulina o no se utiliza de la forma correcta, para la OPS es “el resultado del uso ineficaz de la insulina por parte del cuerpo (OPS, 2022) este tipo es el más recurrente ya que afecta a la población sin distinción de edad
Derechohabiente	El IMSS refiere que son las personas que cuentan con un seguro, ya sean pacientes, beneficiarios o pensionados, que, a través de un acuerdo contractual, pueden acceder a derechos en el ámbito de la salud, así como a beneficios económicos, sociales y culturales. (IMSS, 2024)

1.13 Operacionalización de las Variables

A continuación, se hace el desglose de la operacionalización de las variables.

Tabla 3 Operacionalización de las variables

Variable	Dimensión	Indicador	Ítems	Nivel de Medición
Diabetes	Dx de diabetes	Control de diabetes	<p>¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes (o alta el azúcar en la sangre)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • Si, durante el embarazo (solo mujeres, diabetes gestacional) • No 	Escala
Diabetes	Edad del dx	Control de diabetes	<p>¿Qué edad tenía usted cuando el médico le dijo que tenía diabetes?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • NS/NR 	Escala
Diabetes	Atención médica en los últimos 12 meses	Control de diabetes	<p>En los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces y con qué frecuencia acudió al médico para controlar su diabetes?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguna 2. Diario 3. Semanal 4. Mensual 5. Anual 	1 Nomina

Diabetes	Adultos mayores de 60 años	Control de diabetes	¿Actualmente toma pastillas o le aplican insulina para controlar su azúcar? 1. Si, solo insulina 2. Si, solo pastillas 3. Si, ambas 4. Ninguno	Escala
Diabetes	Adultos mayores de 60 años	Control de diabetes	¿hace cuánto tiempo inicio el tratamiento con insulina? 1. Menos de un mes 2. NS/NR	Escala
Diabetes	Adultos mayores de 60 años	Control de diabetes	En los últimos seis meses ¿ha suspendido algún(os) de los medicamentos más de una vez a la semana? 1. Si 2. No 3. No sabe	Escala
Diabetes	Adultos mayores de 60 años	Control de diabetes	¿Debido a la diabetes ... a) Ha tenido úlceras en piernas o pies b) Le han amputado alguna parte del cuerpo c) Le ha disminuido la visión d) Ha perdido la vista e) Le han hecho diálisis f) Ha sufrido de un infarto en el corazón g) Ha tenido un infarto cerebral h) Ha tenido pie diabético i) Sufrió de un coma diabético	1 Nomina

			j) Se le ha bajado el azúcar hasta el punto de tener un episodio de aparición súbita de sudoración, confusión o pérdida de conocimiento, que requirió ayuda de una tercera persona para su resolución.	
Derechohabiente	Adultos mayores de 60 años	Afiliación	<p>En las últimas dos semanas ¿usted solicitó ser atendido por algún profesional de la salud o centro sanitario debido a un problema de salud, enfermedad, control de esta, lesión o accidente?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Escala
Derechohabiente	Adultos mayores de 60 años	Afiliación	<p>¿a qué tipo de centro o unidad fue a buscar atención?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hospital 2. Consultorio o centro de salud 3. Consultorios dependientes de farmacias 4. Consultorio, clínica u hospital privado 	Escala
Derechohabiente	Adultos mayores de 60 años	Afiliación	<p>¿Por qué motivos acudió a ese lugar?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tiene afiliación 2. Está cerca 3. Es barato/no cuesta 4. Conoce al médico/yerbero/curandera/partera 5. Le gusta como lo atienden 	Escala

			6. Le atienden rápido ¿a qué institución pertenece la persona que lo atendió? 1. IMSS 2. ISSSTE 3. ISSSTE Estatal 4. Pemex 5. Defensa 6. Marina 7. Centro de Salud de la SSA 8. IMSS Prospera 9. Consultorios dependientes de farmacias 10. Consultorio clínico u hospital privado 11. Otro lugar 12. No sabe	
derechohabien- cia	Adultos mayores de 60 años	Afiliación		1 Nomina
Derechohabien- cia	Adultos mayores de 60 años	Afiliación	Aproximadamente, ¿Cuánto tiempo tardó en llegar al lugar donde lo atendieron? • Horas • Minutos • No sabe /no recuerda	1 Nomina
Derechohabien- cia	Adultos mayores de 60 años	Afiliación	después de su última atención que recibió ¿considera que su estado de salud 1. Mejoro mucho 2. Mejoro 3. No cambio 4. Empeoro	Escala

			5. Empeoro mucho 6. No sabe*	
Derechohabien- biencia	Adultos mayores de 60 años	Afiliación	¿la persona que le dio consulta le dijo claramente cuál era su enfermedad? 1. Si 2. No 3. No sabe/no recuerda	Escala

Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2018.

Capítulo 2. Marco Teórico

2.1 Situación demográfica en México

México es un país que tiene diversas características sociodemográficas y es sumamente rico en cuanto a diversidad ambiental, de flora y fauna y social. Conocer algunos de los indicadores que lo componen es fundamental para entender cómo se integra. México es un país con una “superficie continental de 1,960,189 km²” (INEGI, 2020), el cual se conforma por 31 estados y una Ciudad de México (ver mapa 1), y se divide en tres poderes: ejecutivo, legislativo y judicial.

Mapa 1 Mapa de los Estados Unidos Mexicanos.

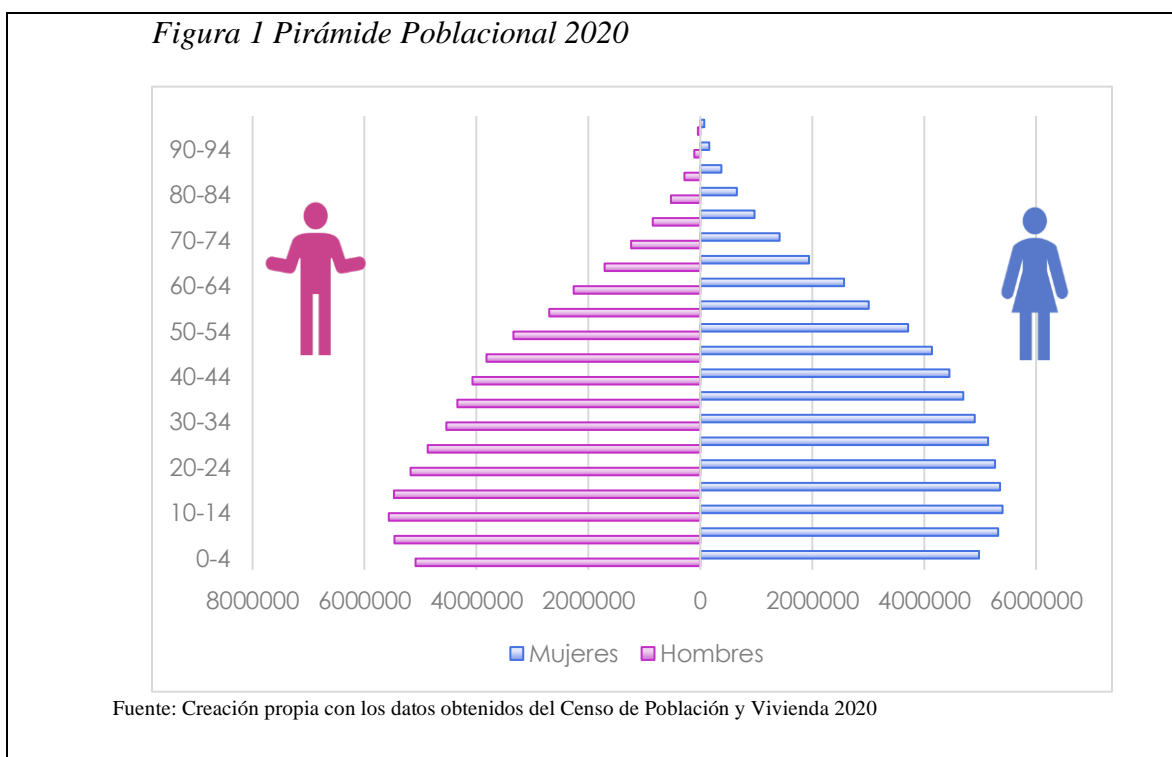


Fuente: Recuperado de INEGI 2024, Mapa Digital de México

En cuanto a la población total, esta va incrementando con respecto al tiempo. El Censo de Población y Vivienda del 2020 indica que hay 126,014,024 personas, esta cantidad se divide respectivamente por sexo, en hombres con un total de 61,473,390 y mujeres con un

total de 64,540,634. Estas cifras, muestran un mayor número de mujeres (INEGI, 2023). Además, hay un claro indicativo del incremento en la esperanza de vida, que “se sitúa en 78 años para las mujeres y 72 años para los hombres” (INEGI, 2023).

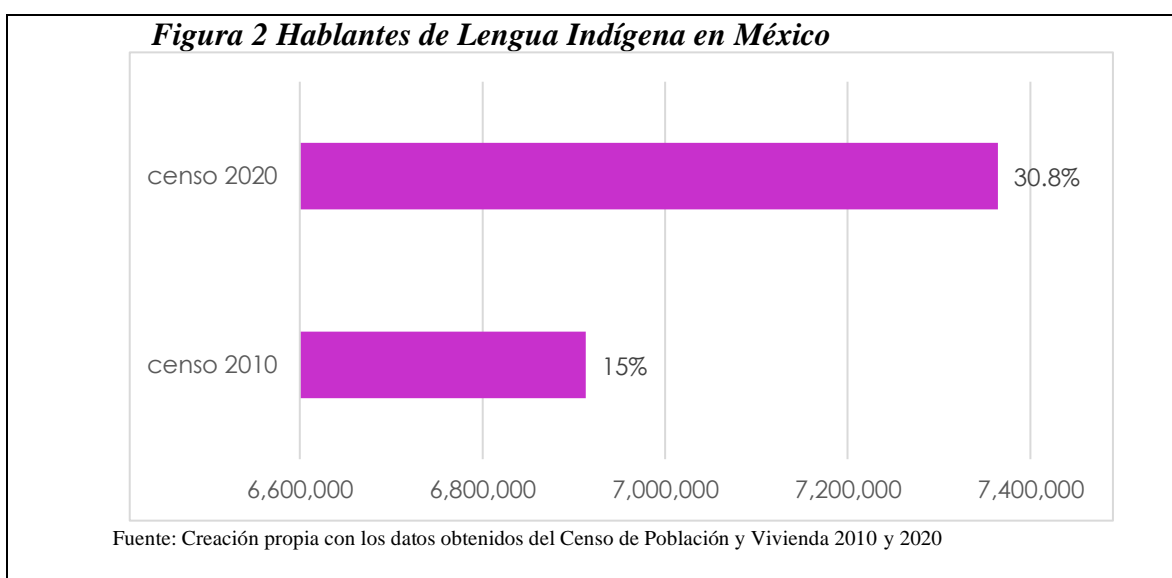
México experimenta un proceso de envejecimiento que se pone de manifiesto en los cambios estructurales de la pirámide poblacional, que presenta un engrosamiento en la parte superior donde se ubican las personas de mayor edad, mientras que la base comienza a estrecharse, como se muestra en la figura 1.



Se calcula que en ese año 34,022,947 personas tenían una edad de 15 años y menos, en comparación a los adultos mayores de 60 años y más, que arroja la cifra de 15,175,865 personas. Por otra parte, respecto a las tasas de fecundidad, destaca que en el año 2020 se registraron un total de 1,816,921 nacimientos vivos.

En lo que respecta a la mortalidad, esta se calcula por medio de tasas de mortalidad en general la cual se obtuvo de los datos de INEGI en el periodo del 2020, la cual dio un resultado de 1,086,743 defunciones registradas en total, de las cuales 29,869 fueron muertes de niños y jóvenes de 15 años y menos, en relación con esta cifra, las muertes de personas de 60 años y más sumaron un total de 668,687 defunciones. Durante los años 2020 y 2021 se observaron las tasas de mortalidad más elevadas en las últimas dos décadas.

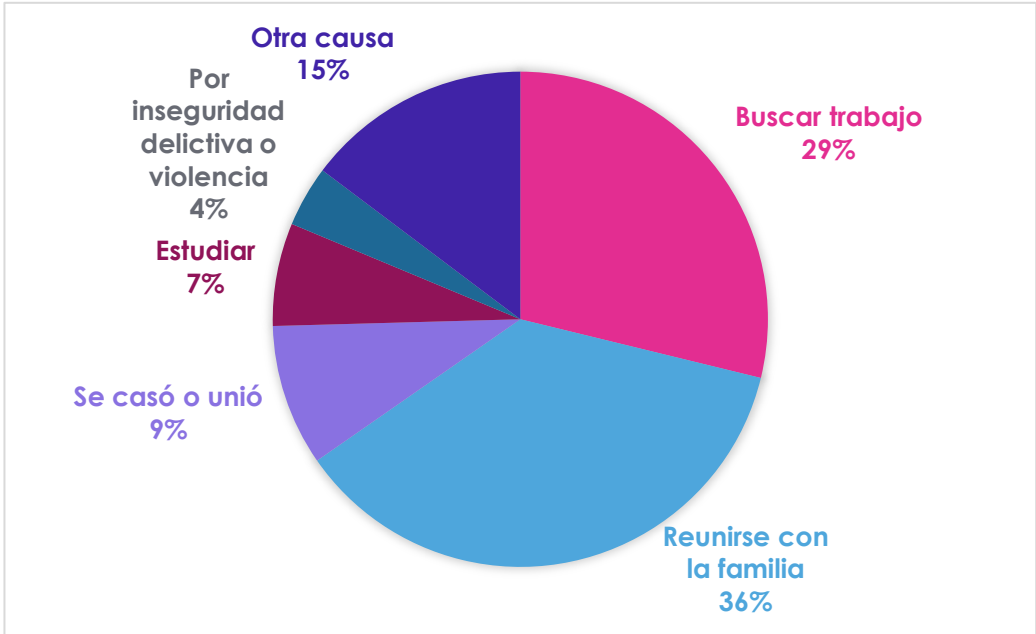
Como se mencionó al inicio, México es rico en cuanto a diversidad y un ejemplo de ello es la etnicidad, la cual se encuentra a lo largo y ancho del país. Una característica de ello es la cantidad de personas que hablan alguna lengua indígena, a partir de los datos del Censo de Población y Vivienda correspondientes a 2010 y 2020, se recopiló información sobre el número de personas de 3 años y más que hablan alguna lengua indígena. En la figura 2, se presenta esta información, mostrando un aumento en la cantidad de hablantes, que llegó a un total de 451,283 en comparación con los datos de 2020.



Si bien es cierto, que los indicadores anteriores son importantes, el hablar de migración genera dos vertientes y estas van en torno a la economía y en algunos casos el abandono de niños o personas envejecidas. Es por esta razón que se tiene que distinguir si estos son procesos de emigración o inmigración, para entender estos conceptos, se abordará el término migración, que la Real Academia Española (RAE, 2023), lo describe como el “traslado geográfico de individuos o grupos, generalmente impulsado por razones económicas o sociales”. Este fenómeno puede ocurrir tanto dentro del país de origen como hacia otros países; el emigrar se refiere al desplazamiento que ocurre dentro del país de origen de una localidad a otra o incluso a un estado diferente, inmigrar se entiende como el ingreso voluntario de un país a otro ya sea para su permanencia o de forma temporal.

Con base en los datos del Censo de Población y Vivienda 2020 en México, la migración por entidad federativa alcanzó la cifra de los 6,888,490 personas de 5 años a 85 y más. En lo que respecta a las razones de su desplazamiento se encuentra la búsqueda de empleo, el reunirse con la familia, estudios, por inseguridad, entre otros. El porcentaje de estas causas se encuentra en la figura 3. Así mismo, en el tópico de otros, se integra el indicador de desastres naturales, deportación y razones inconclusas.

Figura 3 Causa de la migración de personas de 5 a 85 y más en el periodo 2015-2020

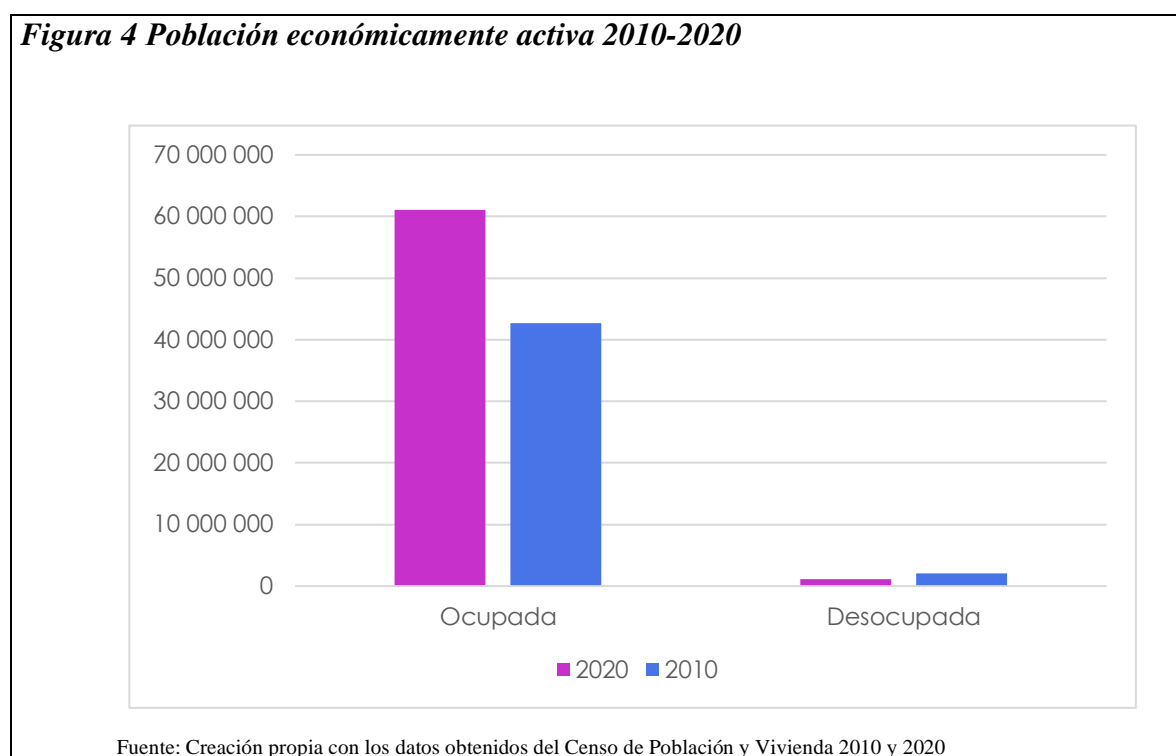


Fuente: Creación propia con los datos obtenidos del Censo de Población y Vivienda 2010 y 2020

En lo que se refiere a las características económicas, se debe tener en cuenta algunos términos como la población económicamente activa y de este término la ocupada y desocupada, así mismo, la población no económicamente activa. El primer término se entiende a toda persona mayor de 12 años que realiza alguna actividad económica o tenga empleo y tenga algún tipo de pago, ya sea en efectivo o especie, dentro de esta se encuentran las ocupadas que son las que ya tienen alguna actividad o trabajo a diferencia de las

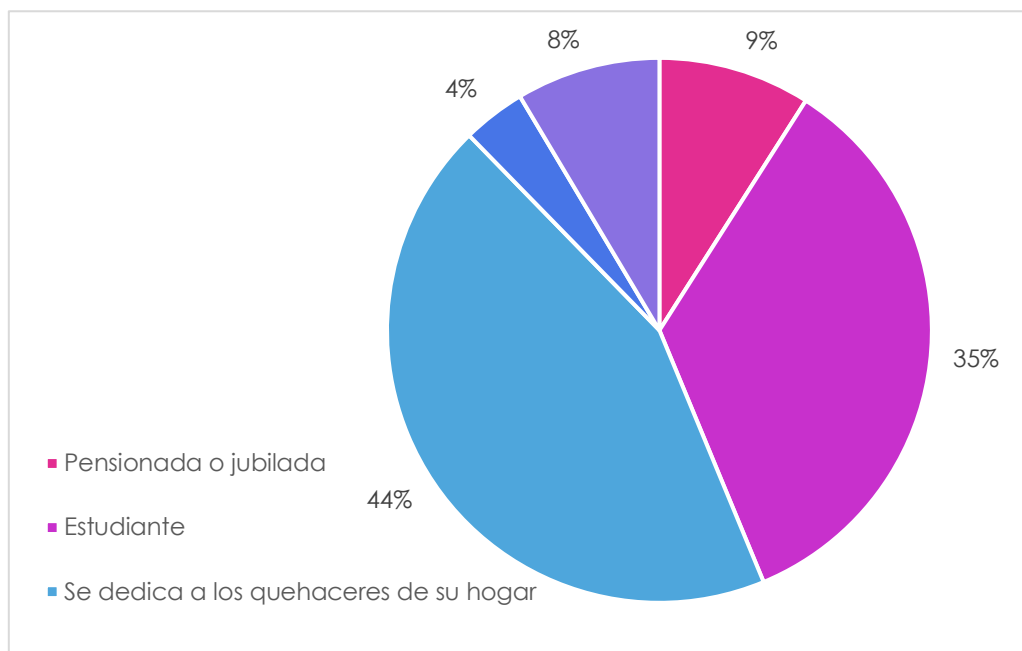
desocupadas que, si bien, cuentan con la edad adecuada, estas se encuentran en búsqueda de empleo.

Datos del Censo de Población y Vivienda de los periodos 2010 y 2020 arrojan un aumento en la cifra de personas ocupadas de 18,451,649 y una disminución de personas desocupadas de 871,059 en comparación con las cifras arrojadas en el periodo 2010, las cuales se reflejan en la figura 4.



Con lo antes mencionado, el término de población no económicamente activa se refiere a personas que dedican su tiempo a actividades que no generan bienes, de los cuales el 44% de la población se dedica a los quehaceres de su hogar y el 35% son estudiantes como se muestra en la figura 5.

Figura 5 Población de actividad no económica 2020



Fuente: Creación propia con los datos obtenidos del Censo de Población y Vivienda 2020

Lo mencionado con anterioridad se vincula principalmente con el tipo de empleo que se tiene, a lo largo de la historia, la humanidad ha luchado y trabajado para su bienestar, por lo que al hablar de empleo el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2024), se refiere a la actividad remunerada de una acción que requiera un esfuerzo ya sea mental o físico, para incrementar el bienestar de las personas y sus familias, coexisten diferentes tipos de empleo entre los cuales se encuentra el formal y el informal, dentro de este último se integra el autoempleo, subempleo, entre otros; sin embargo solo uno de ellos cuenta con mayor reconocimiento este es el empleo formal el cual reúne ciertas prestaciones y derechos que amparan al trabajador.

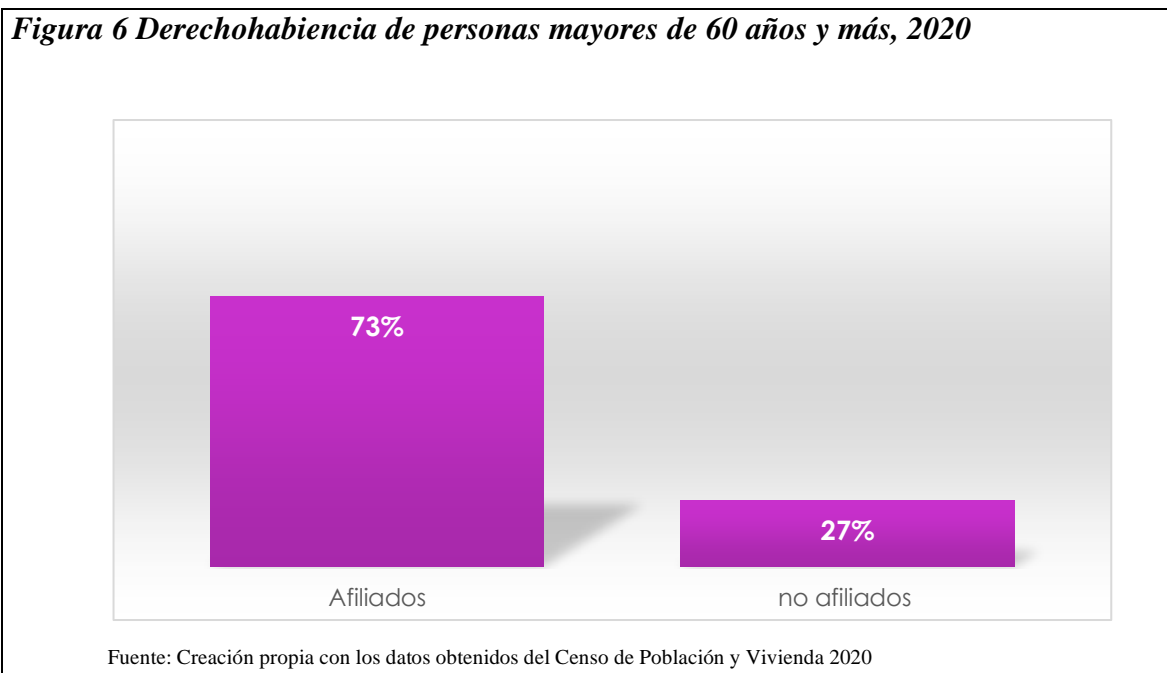
La Organización Internacional del Trabajo (2019), menciona que el empleo informal se refiere a todo trabajo que no está registrado y protegido por los marcos legales y estos

trabajadores no cuentan con empleos seguros o algún tipo de prestaciones sociales. En México, la fuente principal en materia del mercado laboral es la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (2024), la cual se encarga de brindar datos en materia de fuerza de trabajo, ocupación, informalidad laboral, la subocupación y la desocupación. En su comunicado de prensa número 133/24 (INEGI, 2024), refiere que, durante el cuarto trimestre de 2023, las tasas más altas de informalidad laboral por entidad federativa se reportaron en Oaxaca (81.1%), Chiapas (73.2%) e Hidalgo (71.8%); lo cual nos da un panorama más amplio de la disparidad en los diferentes estratos sociales.

Montes de Oca (1999), establece una conexión entre el empleo y la edad, considerándolos elementos esenciales en los contextos económicos, donde la acumulación de la población inactiva y el desempleo desempeñan un papel crucial en la estructura social. Actualmente, el tener un trabajo formal se ha convertido en sinónimo de una calidad de vida mejor, ya que el ingreso económico y las prestaciones que estos generan no solo se utilizan en beneficio del empleado sino también de los integrantes de su familia. Sin embargo, en algunos casos, la incertidumbre por la permanencia en el empleo, genera una precariedad en cuanto a este. Usualmente para obtener estos empleos se requieren de un nivel de educación superior y colocan un rango de edad específico el cual tiene disparidades ya que no todos los estratos sociales tienen acceso a este, lo que limita a la población tanto joven como envejecida al acceso a uno.

Considerando lo anterior, el empleo informal se ha convertido en la principal fuente de ingreso para la mayoría de los mexicanos, ya que las condiciones o requisitos para acceder a este son menores y se ven beneficiadas en su mayoría las personas en vulnerabilidad. Teniendo en cuenta lo anterior, las personas envejecidas se encuentran dentro de los grupos vulnerables, ya que se hallan en situaciones socioeconómicas limitantes, que repercuten en

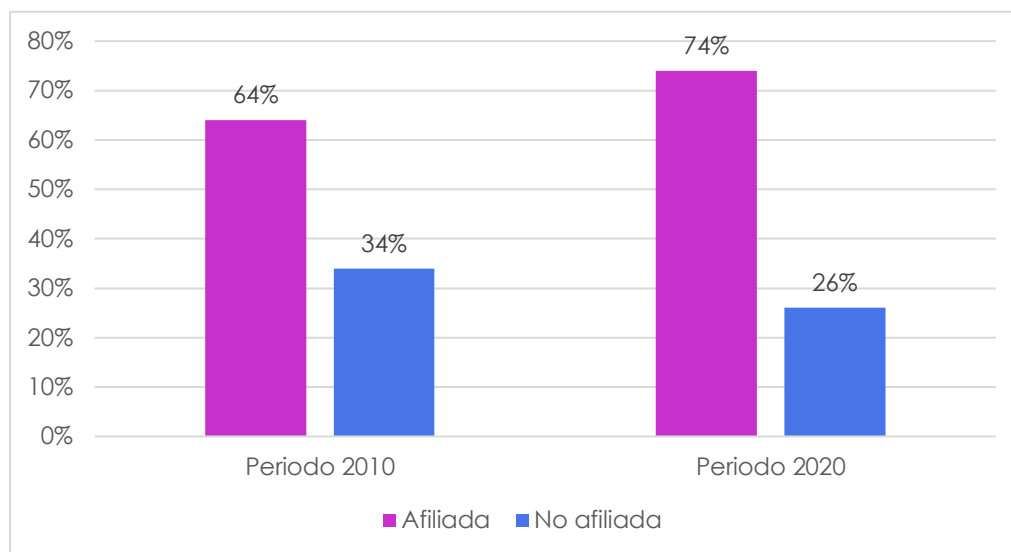
su día a día (Salgado de Snyder, González, Bojorquez, & Infante, 2007). Lo anteriormente mencionado va de la mano con las prestaciones que se obtengan por él un ejemplo de ello es la derechohabiencia, datos del Censo de Población y Vivienda 2020, muestran un claro ejemplo de esta vulnerabilidad, ver figura 6 en la que se refleja que aún existen personas mayores de 65 años y más, no afiliadas a algún tipo de servicios de salud.



En México la seguridad social inicia con las latentes problemáticas de las personas en vulnerabilidad, las cuales buscaban una mejora para su bienestar es por ello por lo que, la seguridad social en palabras de Ortiz Rodolfo (2020), se configura en una institución pública ya que busca la integridad de los servicios en aras de lograr la justicia social, es por ello que hay que distinguir los servicios de atención a la salud, de los servicios de la seguridad social ya que ambas se interrelacionan entre si con el objetivo del bienestar social de todas las personas. una de estas se relaciona con la afiliación a los servicios de salud o comúnmente

llamado derechohabencia, las diferencias en el acceso a los servicios de salud son significativas en términos de morbilidad y tratamiento de enfermedades; la información proporcionada por los Censos de Población y Vivienda de 2010 y 2020, permite obtener una perspectiva más amplia sobre el aumento en la afiliación a sistemas de salud, ver figura 7, en este se ve un incremento del 10% de población afiliada que representa a 20,068,299 personas y como se redujo la cifra de 34% a 26% de las que no están afiliadas.

Figura 7 Porcentaje de derechohabencia en los periodos 2010- 2020



Fuente: creación propia con los datos obtenidos del censo de población y vivienda 2010-2020

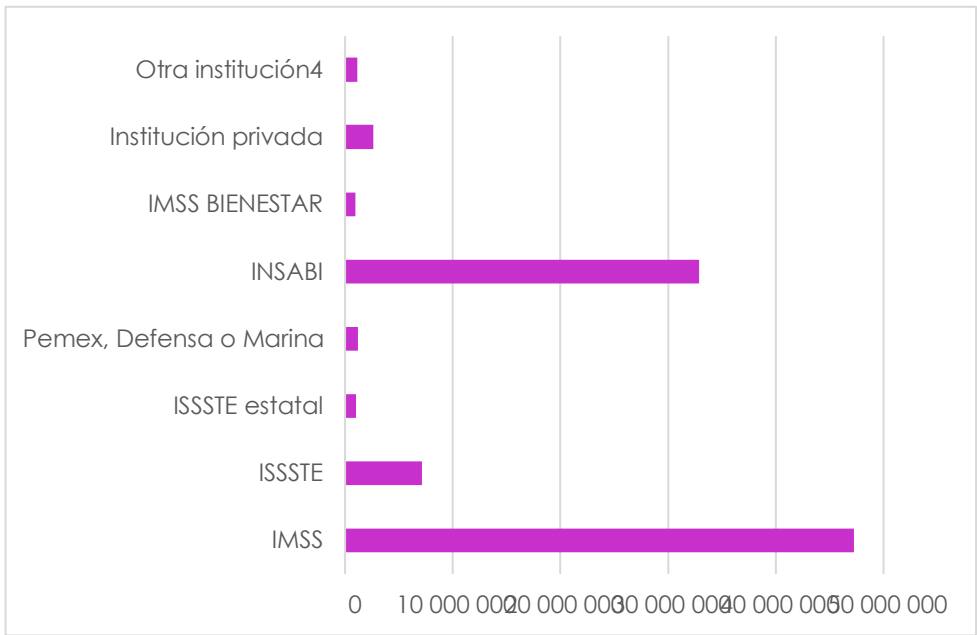
Hay que tener en cuenta que de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda (2020), aumentó la afiliación por el modelo del Seguro popular, pero este solo cubre 200 enfermedades, mientras que el IMSS cubre más de 2000 sin costo alguno, siempre y cuando se esté afiliado.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es la Carta Magna que nos rige hasta nuestros días, se encuentran los derechos y obligaciones de los mexicanos, en

donde su título sexto “Del Trabajo y de la Provisión Social,” en su artículo 123, sienta las bases de lo que cubre la seguridad social en el país a través de diferentes instancias que brindan este servicio, las cuales son: “Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Seguridad Social (SS), Petróleos Mexicanos, Secretaria de Defensa Nacional y Secretaria de Marina.

Para identificar las condiciones de afiliación de la población en general, revisar la figura 8, en donde el Censo de Población y Vivienda, refiere el número de personas con acceso a algunas de estas instancias de salud; siendo el IMSS el que tiene una mayor afluencia con la cifra de 42,245,909 personas afiliadas, seguida del INSABI con una población de 32,842,765. En comparación, el IMSS del bienestar, con una población de 958,787 personas, presenta una menor afluencia (INEGI, 2020).

Figura 8 Condición de derechohabiencia a servicios de salud periodo 2020



Fuente: Creación propia con los datos obtenidos del Censo de Población y Vivienda 2020

Con lo antes mencionado la seguridad social se puede resumir en un sistema de prestaciones sociales, que pretende reducir las disparidades sociales en el mundo, en donde los puntos de relevancia serán el empleo, la derechohabiencia, las transferencias y las pensiones, indicadores de suma importancia, sin embargo, para fines de este trabajo solo se retomara el tópico de derechohabiencia, la Población derechohabiente se puede definir en:

Se refiere a la población que por ley tiene derecho a recibir prestaciones en especie o en dinero por parte de las instituciones de la seguridad social. este grupo comprende a los asegurados directos o cotizantes, pensionados y a los familiares o beneficiarios de ambos (INEGI, 2021).

2.2 Situación demográfica en el estado de México

El estado de México tiene la clave de identidad número 15, y cuenta con 125 municipios, lo que lo hace uno de los estados con más municipios. Este tiene una superficie territorial de 22,351.8 km² (INEGI, 2020) ver mapa 2.

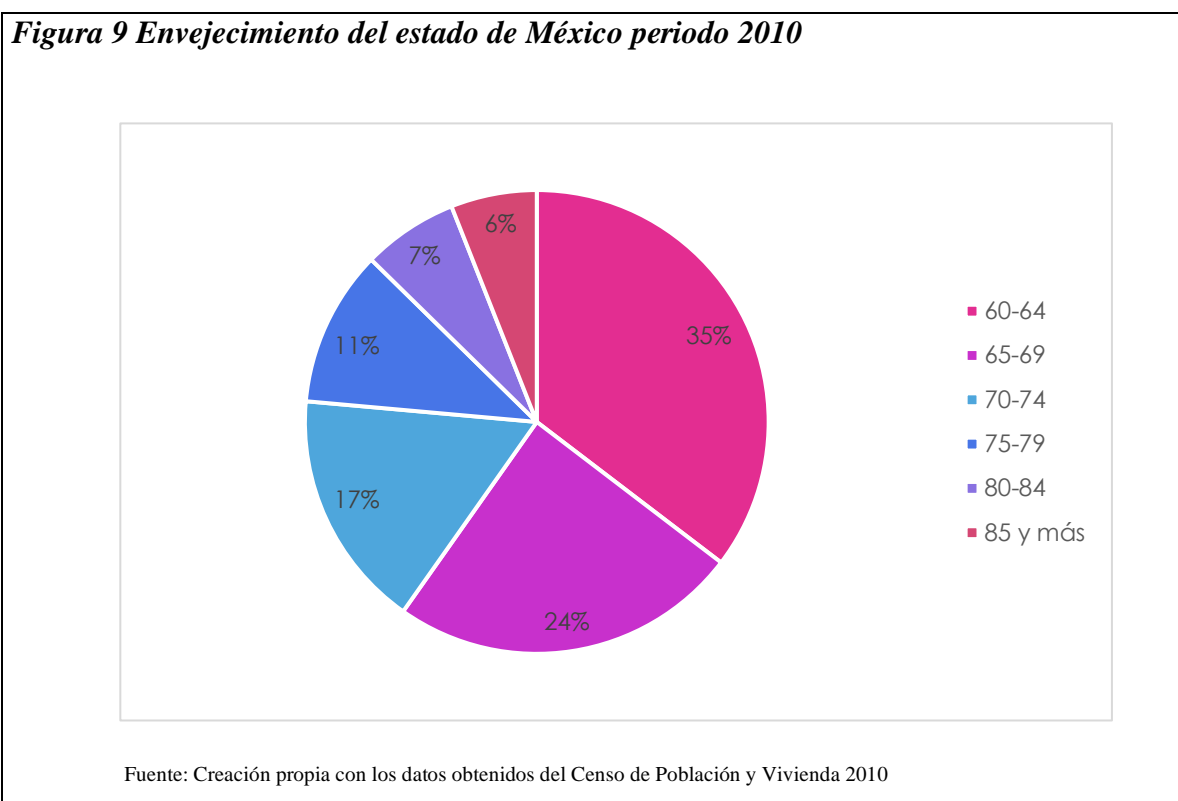
Mapa 2 Mapa del estado de México



En lo referente a su población, esta cambia constantemente, sin embargo, datos del Censo de Población y Vivienda 2020, indican que hay 16,992,418 personas, lo que da como resultado que haya 94 hombres por cada 100 mujeres (INEGI, 2020), aunado a esto hay un claro indicativo en el aumento de la esperanza de vida, que se sitúa en “72 años para los

hombres y 78 para las mujeres, así mismo, la edad mediana de la población ronda los 30 años” (INEGI, 2020).

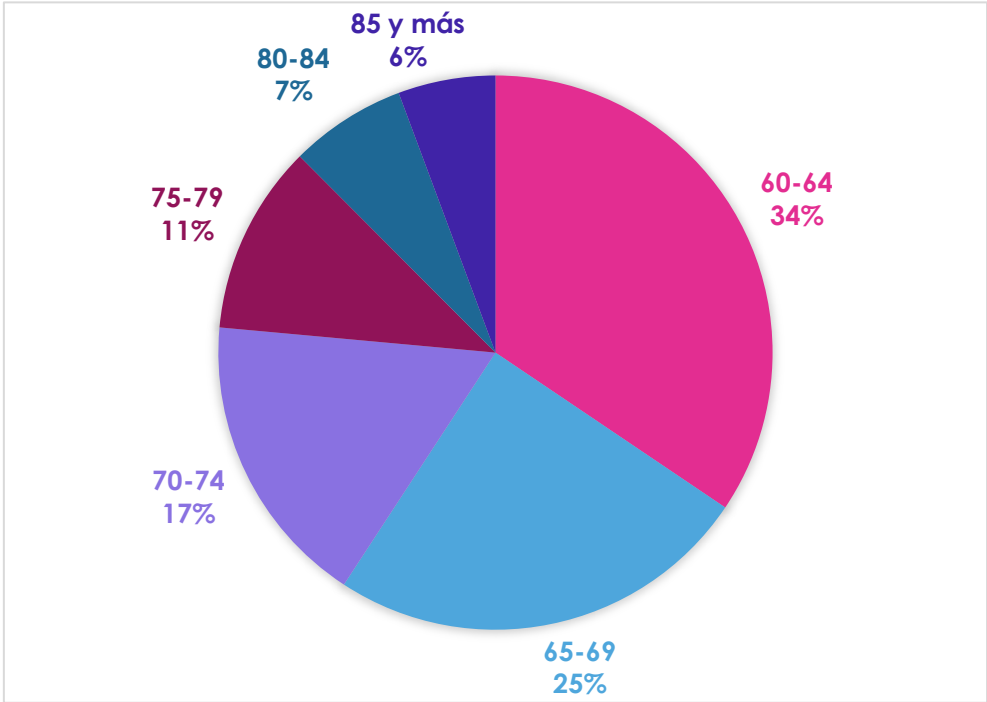
El estado de México experimenta un proceso de envejecimiento que pone en manifiesto los cambios estructurales en la pirámide de la población, en donde en el 2010 tenía una población envejecida de 1,151,783, y su porcentaje más alto se encuentra en el grupo quinquenal de 60-64 años, mientras que el más bajo se encuentra con solo el 6% en el rango de 85 y más, ver figura 9.



Considerando los valores antes mencionados, estos se pueden comparar con el censo de población y vivienda 2020, el cual arrojó la cantidad de 1,920,383 personas mayores de 60 años y más, siendo nuevamente el rango quinquenal de 60-64 mayor con un 34%. Si bien

es cierto que los porcentajes no cambian mucho, hay que considerar el hecho de el aumento de la población por género en donde más adelante se desglosa (ver figura 10).

Figura 10 Población envejecida del estado de México periodo 2020

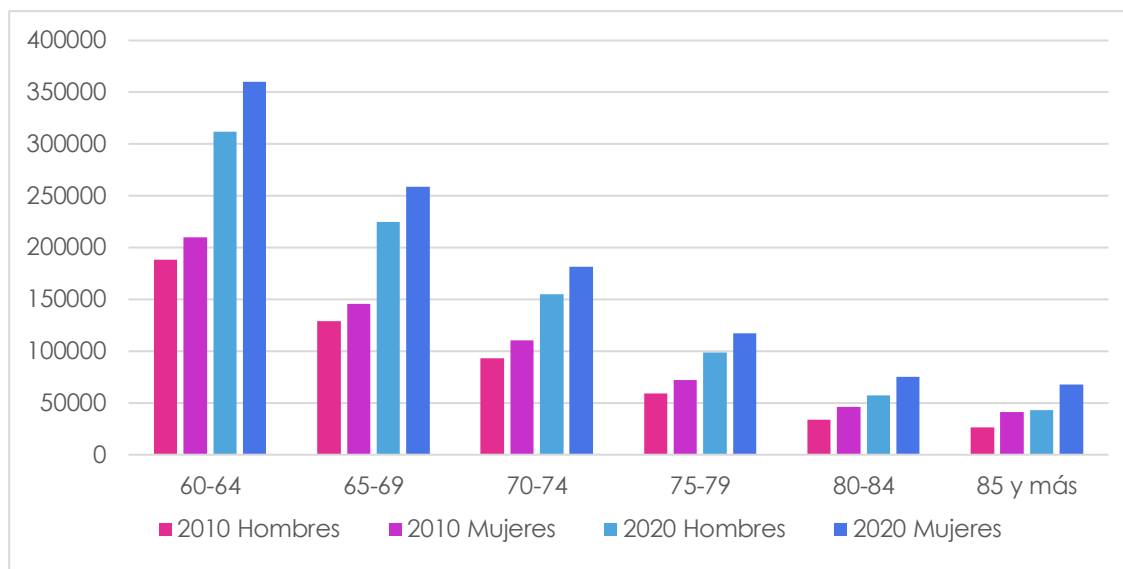


Fuente: Creación propia con los datos obtenidos del Censo de Población y Vivienda 2020

Mientras que para el estado de México (ver figura 11), la población femenil de 65-69 presenta el nivel más alto en comparación con el menor que va del rango 75-79 en mujeres, así mismo hay que considerar que la población masculina tiene su menor índice en el rango quinquenal de 85 y más.

Por otra parte, referente al crecimiento de la población (ver figura 11), el incremento más significativo se vio en el periodo 2020 con respecto a las mujeres en sus diferentes rangos de edad, así mismo, es importante mencionar que con la esperanza de vida las personas adultas mayores de 85 años y más alcanzan estas cifras.

Figura 11 Tasa media del estado de México periodo 2010-2020



Fuente: Creación propia con los datos obtenidos del Censo de Población y Vivienda 2020

En el estado de México, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda (2020), tiene una población hablante de lengua indígena del 2.57%, siendo las más frecuentes con un 32.2% la Mazahua y la Otomí con 25.8%. Así mismo, es importante el señalar que el 1.30% de los hablantes de lengua indígena no hablan español, por lo que se consideran grupos vulnerables.

Otro indicador importante se refiere a la migración, la cual genera dos vertientes y van en torno a la economía y en algunos casos el abandono de niños o personas adultas mayores. El Censo de Población y Vivienda (2020), refiere que entre las diferentes causas de la migración se encuentra el trabajo con un 18.7% de la población, el 4.7% refiere que es por inseguridad y el 49.6% menciona que es por cuestión familiar que tienen que emigrar.

En lo que se refiere a las características económicas, se debe tener en cuenta algunos términos como lo son la Población Económicamente Activa (PEA) y la Población No

Económicamente Activa (PNEA), datos del Censo de Población y Vivienda (2020), indica que el 62.2% de la población total en el estado de México es Económicamente Activa y se divide respectivamente por género en donde las mujeres alcanzan el 41.5% y los hombres el 58.5%; en lo que respecta a la PNEA el 43.3% son personas que se dedican a los quehaceres del hogar, el 38.3% son estudiantes, el 8.6% son adultos mayores que se encuentran jubilados o pensionados y el 2.7% son personas que sufren de alguna limitación ya sea mental o física que les impide trabajar.

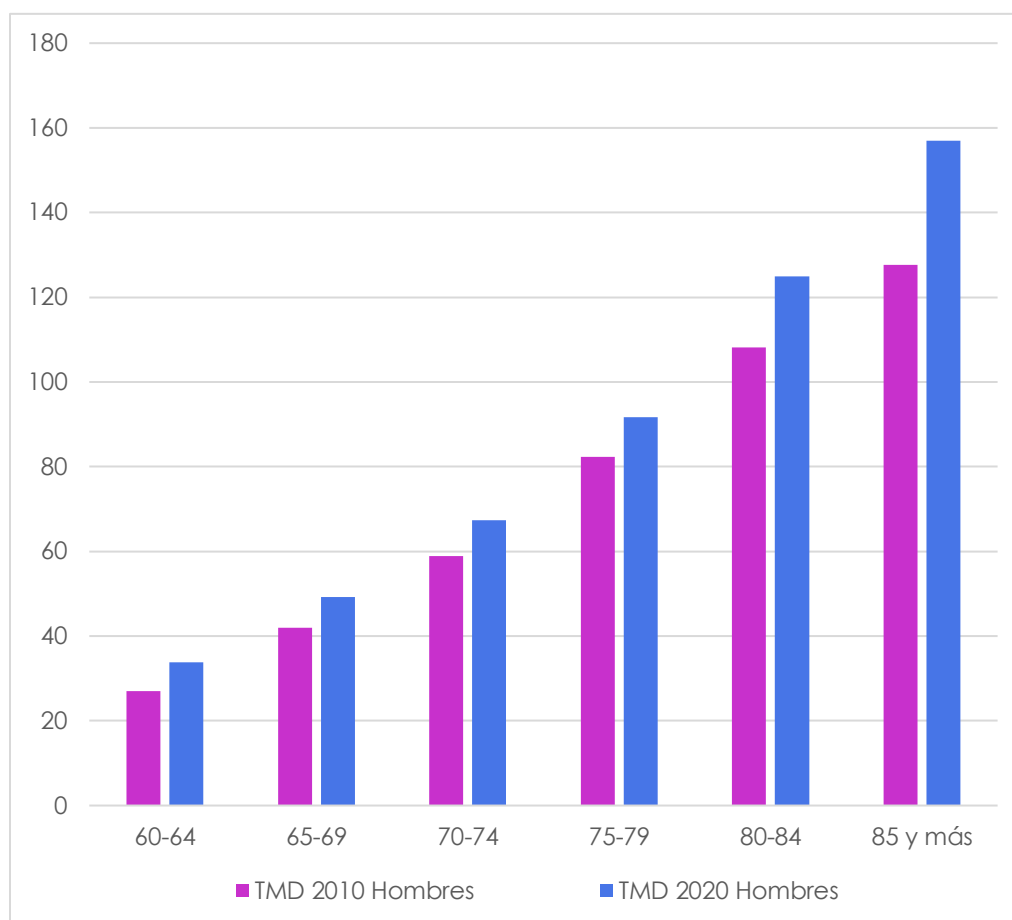
Lo mencionado con anterioridad se relaciona con el tipo de empleo que se obtenga, ya sea formal que conlleva diversos beneficios a favor del trabajador y su familia o, por otra parte, el trabajo informal que tiene diversas limitaciones, como lo son las jornadas largas laborales, la inexistencia de prestaciones laborales y en algunos casos el salario menor al promedio.

En lo que respecta a la población afiliada a algún servicio de salud, el Censo de Población y Vivienda (2020), refiere que el 53.1% de la población se encuentra afiliada al Instituto Mexicano del Seguro Social, el 30.6% pertenece al INSABI, el 10.5% al ISSTE, el 2.4% acude a instituciones privadas, el 1.3% se encuentra afiliado a PEMEX, Defensa Nacional o Marina y el 0.6% acude al IMSS Bienestar, lo que da como resultado que más de la mitad de toda la población del estado de México recibe atención médica por parte del IMSS. Con estos datos se podría intuir que presenta una afluencia mayor en comparación con las otras instituciones.

En lo referente a las tasas de mortalidad por diabetes (2022), estas arrojan datos interesantes. Al dividirlos por género y por diferentes periodos, ver figura 12, se puede identificar que en el 2020, se registraron las tasas más altas de muertes por diabetes en

hombres, sin embargo, el rango más afectado fueron los adultos mayores de 85 y más con un total de 157 fallecidos por esta enfermedad.

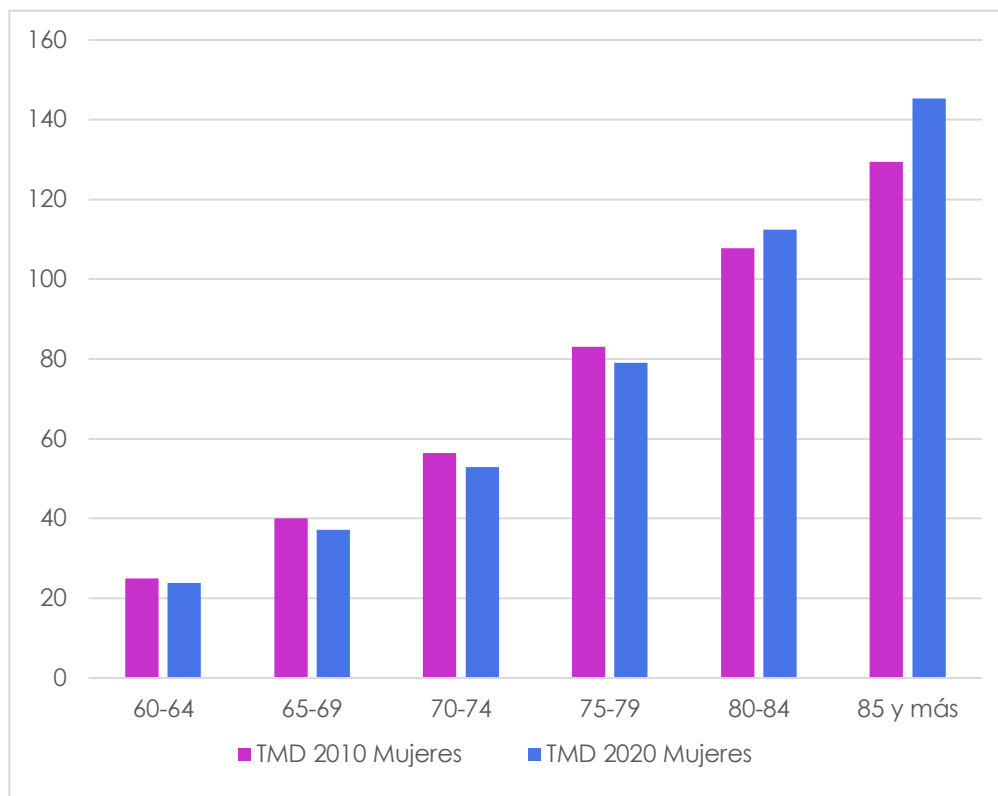
Figura 12 Tasa de mortalidad por diabetes periodos 2010-2020



Fuente: Creación propia con los datos obtenidos de las tasas de mortalidad de INEGI

En lo que respecta a las tasas de mortalidad por diabetes (2022), en mujeres, se puede identificar que los índices más altos en el rango de edad de 85 y más subieron significativamente, alcanzando en 2020 la cifra de 145 defunciones, en comparación con el periodo 2010 que mantenía 129 defunciones en este mismo rango de edad (ver figura 13).

Figura 13 Tasa de mortalidad por Diabetes en Mujeres periodos 2010-2020

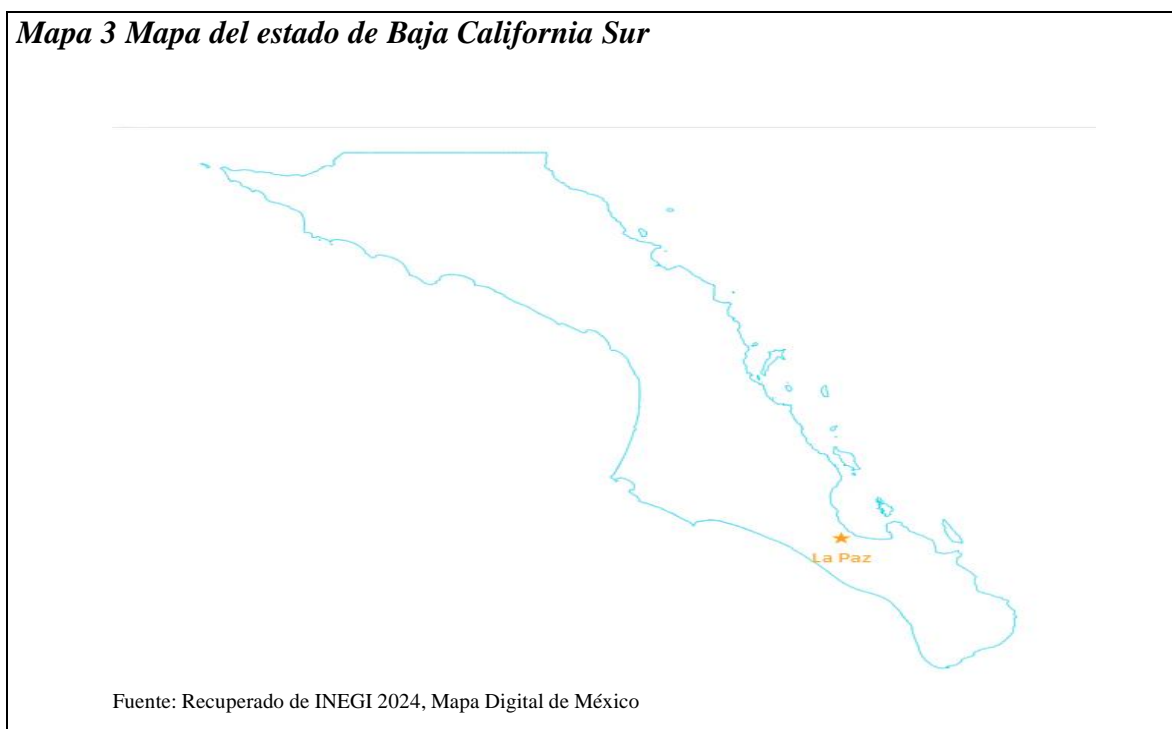


Fuente: Creación propia con los datos obtenidos de las tasas de mortalidad de INEGI

2.3 Situación demográfica en el estado de Baja California Sur

El estado de Baja California Sur tiene la clave de identidad número 03 y cuenta con 05 municipios, lo que lo hace uno de los estados con menores municipios. Este tiene una superficie territorial de 73,909.4 km² (2020); ver mapa 3.

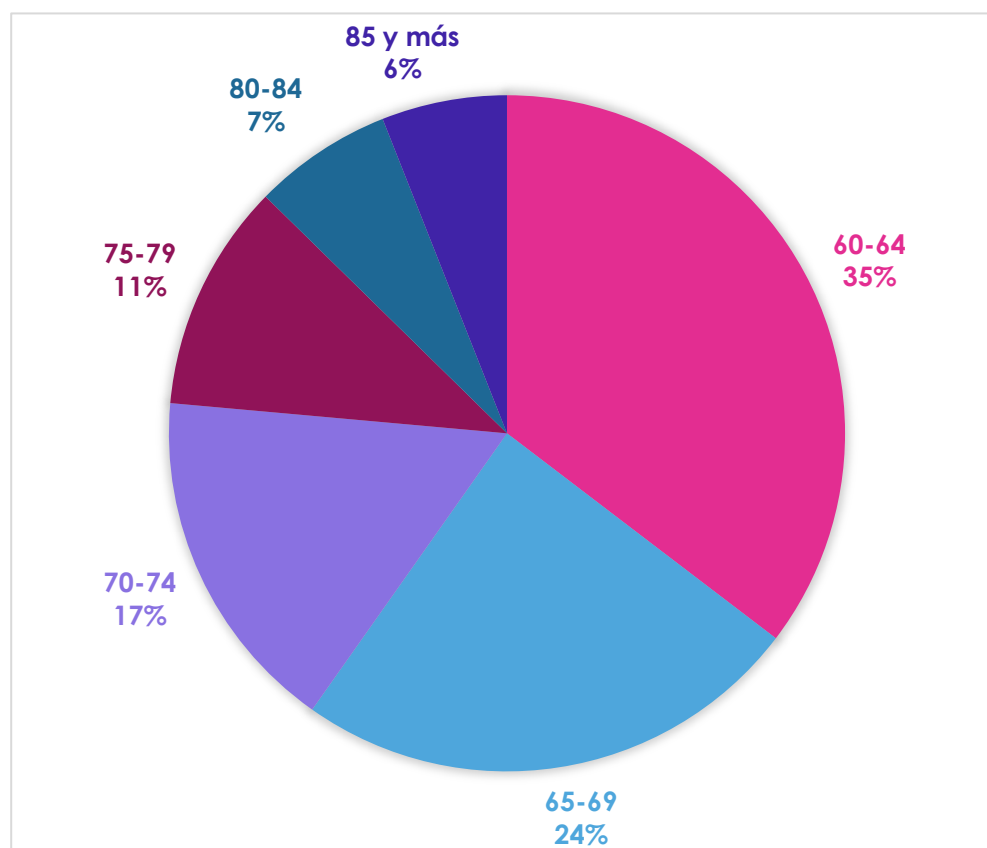
Mapa 3 *Mapa del estado de Baja California Sur*



En lo referente a su población, esta cambia constantemente, sin embargo, datos del Censo de Población y Vivienda 2020 indican que hay 798,447 personas, lo que da como resultado que haya 103 hombres por cada 100 mujeres (2020). Aunado a esto, hay un claro indicativo en el aumento de la esperanza de vida, que se sitúa en “72 años para los hombres y 78 para las mujeres, así mismo, la edad mediana de la población ronda los 29 años”.

Para el estado de Baja California Sur en el año 2010, el porcentaje más alto de personas mayores correspondió al grupo quinquenal de 60-64 años, mientras que el menor fue el rango de 85 y más con el 6%, ver figura 14.

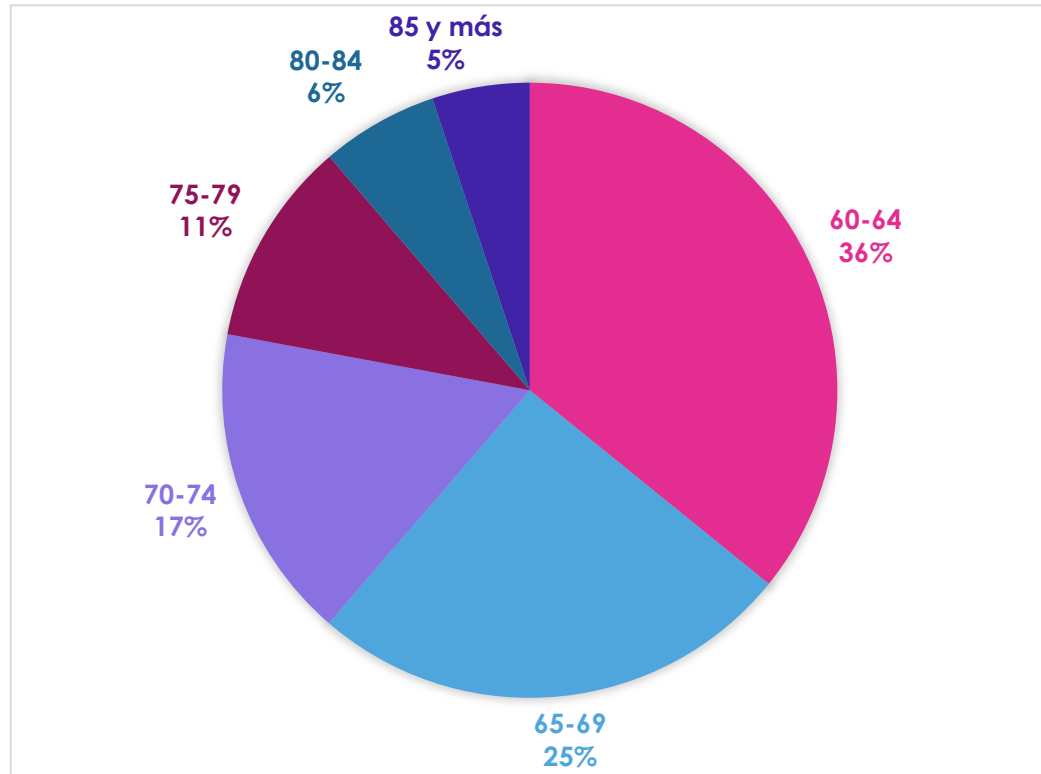
Figura 14 Población envejecida periodo 2010



Fuente: Creación propia con los datos obtenidos del Censo de Población y Vivienda 2010

Así mismo en el Censo de Población y Vivienda 2020, no se ven cambios significativos en cuanto a los porcentajes de la población, en donde bajó el 1% de la población quinquenal de 80-84 y de 85 y más, mientras que los rangos de edad de 70-74 y 75-79 se mantuvieron sin cambio aparente en donde los únicos que aumentaron 1% fueron la edad de 60-64 y de 65-69, este último alcanzando un total de 36% de la población envejecida, ver figura 15.

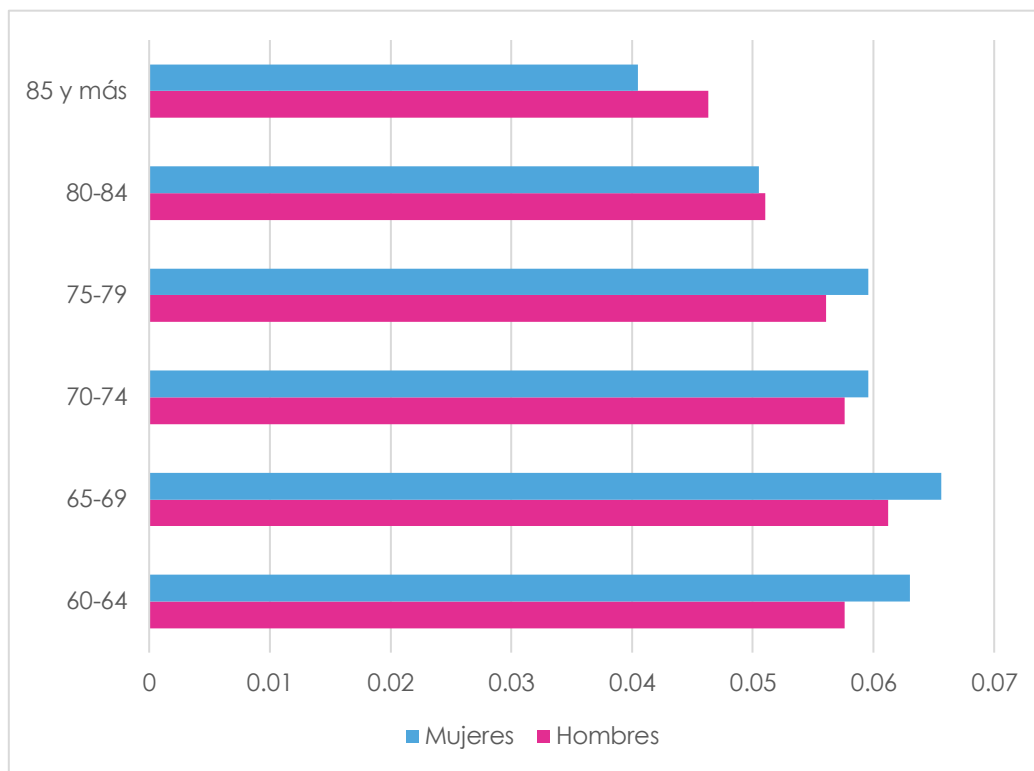
Figura 15 Población envejecida periodo 2020



Fuente: Creación propia con los datos obtenidos del Censo de Población y Vivienda 2010

Las tasas de crecimiento permiten identificar el aumento o disminución de la población ver figura 16, en este caso se clasifico por rangos quinquenales y por género, en donde la población de mujeres de 65-69 años muestra el mayor incremento y el menor se centra en las mujeres de 85 y más.

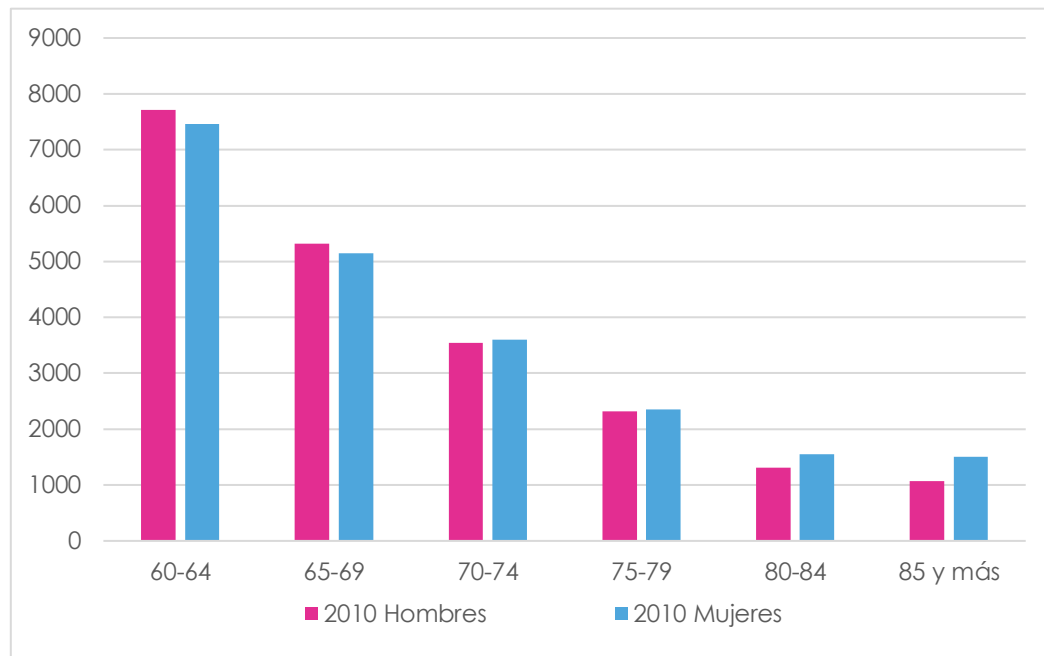
Figura 16 Tasa logarítmica de la población envejecida 2010-2020



Fuente: Creación propia con los datos obtenidos del Censo de Población y Vivienda 2020

Para visualizar el impacto que tiene el envejecimiento ver figura 17, en donde se hace una comparación en dos diferentes periodos 2010 y 2020 y se diferencia por género. Se observa que, por rango de edad de 60-64 años, hay cambios significativos en el segundo periodo aumentando a casi el doble en comparación con cifras del 2010. Así mismo se ve un aumento en el rango de edad de 85 y más en los hombres; sin embargo, el valor más alto en este rango de edad lo tienen las mujeres, siendo el resultado del incremento de la esperanza de vida en este género.

Figura 17 Población media absoluta para Baja California Sur, 2010- 2020



Fuente: Creación propia con los datos obtenidos del Censo de Población y Vivienda 2020

Así mismo, se puede visualizar un incremento considerable en el año 2022 respecto a los hombres de 60-64 años, en donde se refleja que con el aumento de la esperanza de vida en los hombres estos lleguen a vivir más de 85 años.

En Baja California Sur, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda (2020), el 1.79% de la población habla lengua indígena, entre las más frecuentes se encuentra el Náhuatl con el 29.6% y el Mixteco con 23.6%. Así mismo, hay que tener en cuenta que el 1.19% de la población que habla lengua indígena no domina el español, por lo cual se convierten en un grupo en vulnerabilidad.

En lo que respecta al tema de migración, datos del Censo de Población y Vivienda (2020), refieren que solo el 11.7% de la población ha migrado, siendo el 50.1% por actividad laboral, el 37% por cuestiones familiares, el 3% por inseguridad en el estado, el 4.8% son

estudiantes y el 5.2% refiere otras causas, considerando lo anterior, se puede deducir que el estado de Baja California Sur es de los estados con menor migración.

Al hablar de las características económicas se tiene que tener en cuenta a la Población Económicamente Activa (PEA) y a la Población No Económicamente Activa (PNEA) el Censo de Población y Vivienda (2020), refiere que las primeras en este estado alcanzan un 67% de la población total, siendo un 59.2% en hombres y un 40.8% en mujeres, las segunda está conformada por el 32.6% de la población, entre estas se destacan los estudiantes siendo un 40.4%, seguidas por las personas dedicadas a los quehaceres del hogar con un 37.2%, mientras que los valores más bajos lo obtienen las personas con otra actividad no económica con un 8.3% y las personas con alguna limitación física o mental que les impide trabajar con un 3% de la PNEA, lo que convierte a este último en un grupo vulnerable .

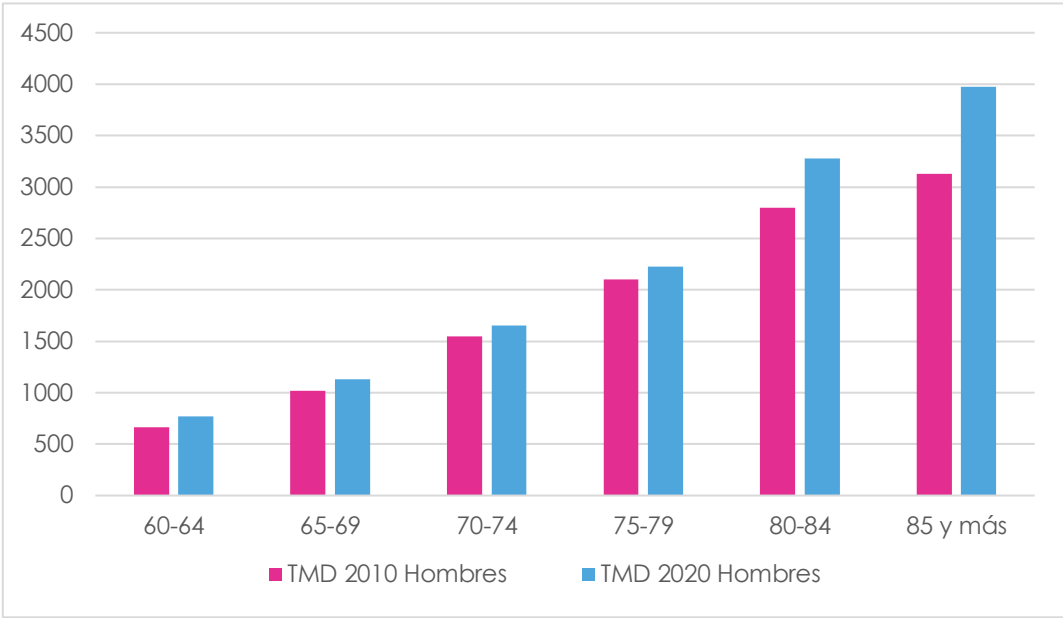
Lo señalado anteriormente se refiere al tipo de empleo que se pueda obtener, ya sea un empleo formal que conlleva diversos beneficios para el trabajador y su familia o un trabajo informal que presenta múltiples limitaciones, tales como largas jornadas laborales, la falta de prestaciones laborales y en ciertos casos un salario que no alcanza el promedio.

En lo referente a la afiliación de servicios de salud, el estado de Baja California Sur cuenta con un total de personas afiliadas a servicios de salud de 83.2% de la población total. Datos del Censo de Población y Vivienda (2020), refiere que el 51.6% de la población se encuentra afiliada al IMSS, el 21.5% al INSABI, el 15.7% al ISSSTE, el 1.9% se encuentra afiliada a una institución privada y el 0.5% pertenece al IMSS Bienestar, con lo cual la dependencia que atiende a la mayoría de la población es el IMSS.

En lo referente a las tasas de mortalidad por diabetes (2022), estas arrojan datos interesantes. Al dividirlos por género y por diferentes periodos, ver figura 18, se puede identificar que en el 2020 se registraron las tasas más altas de muertes por diabetes en

hombres, sin embargo, el rango más afectado fueron los adultos mayores de 85 y más con un total de 3,972 fallecidos por esta enfermedad.

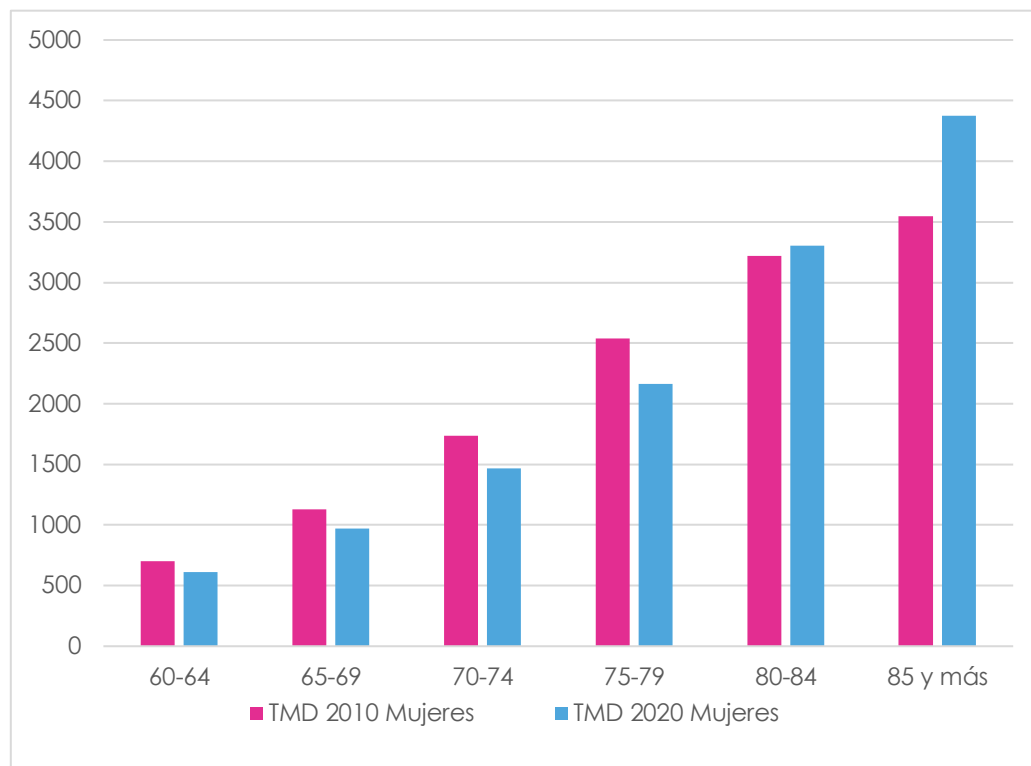
Figura 18 Tasa de Mortalidad por Diabetes en Baja California Sur periodo 2010- 2020



Fuente: Creación propia con los datos obtenidos de las tasas de mortalidad de INEGI

En lo que respecta a las tasas de mortalidad por diabetes (2022) en mujeres ver figura 19, se puede identificar que los índices más altos en el rango de edad de 85 y más subieron significativamente, alcanzando en 2020 la cifra de 4,373 defunciones, en comparación con el periodo 2010 que mantenía 3,547 defunciones en este mismo rango de edad.

Figura 19 Tasa de Mortalidad por Diabetes en Mujeres periodos 2010-2020-2022



Fuente: Creación propia con los datos obtenidos de las tasas de mortalidad de INEGI

2.4 Entendiendo el Envejecimiento

A lo largo de la historia de la humanidad la esperanza de vida ha ido en aumento y esto se debe en su gran mayoría a los avances científicos y tecnológicos y como estos han repercutido en la calidad de vida de la población mundial, como resultado de esto las personas menores de 15 años y las envejecidas con 60 años y más se convierten en dos variables de importancia, este último tiene una heterogeneidad en cuanto al ingreso económico y tamaño de la población de acuerdo al país del que se hable, esto en relación a los países jóvenes o a los envejecidos.

Hay que tener en cuenta cuales son las ciencias que estudian el envejecimiento, entre ellas se encuentran la gerontología, la geriatría y la demografía. La primera considera la vejez, el envejecimiento y a las personas mayores desde un enfoque biopsicosocial, mientras que la geriatría se centra en las cuestiones médicas y la demografía se centra en los cambios demográficos que van acompañados de la disminución de la interdependencia social, debido a las altas tasas de mortalidad y la disminución de la fecundidad a lo largo de los años.

Las diversas ciencias se componen de un equipo multidisciplinario que aporta diferentes enfoques o campos de acción sobre el envejecimiento. Considerando lo antes mencionado, el Trabajo Social se vuelve una disciplina de importancia en la atención e investigación de las condiciones sociales del proceso de envejecimiento, considerando que uno de sus objetivos es el bienestar social y su intervención con personas en condiciones de vulnerabilidad, el cual genera cambios en la realidad social de los involucrados, con su formación teórica y metodológica que se puede aplicar en sus diferentes niveles de intervención (caso, grupo y comunidad).

El envejecimiento humano es un proceso por el cual todas las personas atraviesan a lo largo de la vida, es un proceso con varias directrices estas pueden ser tanto físicas, psíquicas, sociales e incluso económicas, sin distinción de sexo, educación, religión, etnia o discapacidad; por lo que se convierte en un fenómeno de trascendencia mundial, generaciones pasadas consideraban que las personas mayores eran las personas más sabias y por lo mismo se encontraban en cargos importantes dentro de la sociedad, dentro de su vertiente física se encuentra el desgaste del cuerpo y sus procesos biológicos, que se ven reflejados en las actividades que realizan de una forma más lenta.

Algunas de las teorías que sustentan la aseveración anterior se visualizan en la tabla 4, la cual se divide en cuatro bloques de teorías distintas que van desde las teorías y modelos psicológicos, teorías gerontológicas, teorías sociológicas y teorías biológicas de las cuales se proporciona una breve descripción para su mayor comprensión.

Tabla 4 Resumen de las principales teorías del envejecimiento humano

Teoría general	Características principales	Subdivisiones	Teorías que las conforman	Rasgos distintivos
Teorías biológicas	Estas teorías están caracterizadas por una serie de cambios en la composición química de cuerpo, que son progresivos y degenerativos, así como la reducción en la capacidad adaptativa,	Teorías Estocásticas Afirman que el proceso de envejecimiento sería el resultado de la suma de alteraciones que ocurren de forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo	Teoría de los Radicales libres de 1956 Dedham Harman,	El envejecimiento es el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos radicales libres
			Teoría del error catastrófico de 1963 Argel	Con el tiempo se produce acumulación de errores en la síntesis proteica, y generan daño en la función celular
			Teoría del entrecruzamiento	Enlaces o entrecruzamientos entre proteínas y macromoléculas celulares, determinan el envejecimiento y el desarrollo de enfermedades
			Teoría del desgaste	El organismo está compuesto de partes irremplazables, la acumulación de daño lleva a la vejez y a la muerte
			Teoría del Marcapasos	Los sistemas inmune y neuroendocrino son marcadores del envejecimiento, Su

	el incremento de la vulnerabilidad a un número importante de enfermedades o el incremento en la mortalidad	El envejecimiento esta predeterminado, y es la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación. La vejez es la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma.		involución está genéticamente determinada para ocurrir en la vida.
			Teoría Genética	El factor genético es determinante del proceso de la velocidad del envejecimiento
			Hipótesis de la Telomerasa	Los telómeros son el reloj que determina la pérdida de la capacidad proliferativa de las células.
	Estas teorías pretenden dar sentido a como envejecemos dentro de un marco social. Buscan explicar cómo los ancianos se	Primera generación, las teorías adaptativas: Conciben al envejecimiento como una forma de ruptura social, como una pérdida progresiva de funciones sociales	Teoría de la desvinculación (Cumming y Henery)	La estabilidad de una sociedad requiere que las personas que en un futuro inmediato van a ser incapaces de realizar sus tareas, son remplazadas por otras más jóvenes.
			Teoría de la subcultura (Rose)	Las personas ancianas forman un grupo social distinto por sus características comunes y su aislamiento.
			Teoría del grupo minoritario	Las personas mayores se ven forzadas a formar una minoría de personas discriminadas por compartir ciertas características relacionadas con la edad, falta de movilidad, pobreza, segregación, baja autoestima e impotencia.
			Teoría de la Actividad	Dependiendo de la personalidad, algunas personas

Teorías Sociológicas	adaptan durante la última etapa de su vida a las condiciones que les ofrece la sociedad, la forma en que buscan respuestas a los problemas que se les presentan y como asumen las pérdidas y frustraciones que estos le generan	Teorías que están en contra de la primera generación de teorías adaptativas	(Havighurst y Carstensen)	serán más felices retirándose de la vida de la comunidad, y otras siendo activas y estando integradas en la misma.
			Teoría de la continuidad (Atchley)	Según esta teoría la mejor manera de predecir el comportamiento en la vejez es considerando su conducta a lo largo de toda su vida.
			Teoría del medio social (Gubrium)	Considera que el nivel de actividad de una persona mayor depende de tres factores: la salud, el dinero y los apoyos sociales
		Segunda generación, las teorías estructurales	Pérdida de estatus (Cowgill y Holmes)	Las personas de edad avanzada pierden su estatus ante el desfase de la modernización, la tecnología sanitaria, el desarrollo y la eficacia de la tecnología económica, la urbanización y los procesos de instrucción.
				Dependencia estructurada (Townsend)
			La Teoría de la tercera edad (Lanslett)	Divide a la vida en etapas, la primera es de dependencia, socialización, inmadurez y educación. La segunda es de

		<p>Tercera generación, la economía moral: intenta fusionar las posturas individualistas con las estructurales, dando lugar a la economía moral que se caracteriza por el énfasis en el cambio y las oportunidades.</p>		independencia, la madurez y la responsabilidad, de generar y ahorrar. La tercera es una época de realización personal; los 60 años. La cuarta, de 80 años, de dependencia final, decrepitud y muerte
			Las teorías del curso vital	Se ha construido una sociología de la edad. El envejecimiento es un proceso social, las personas y sus funciones se diferencian de acuerdo con la edad
			Teoría de la Selectividad Socioemocional	Considera que los cambios en el contacto social tienen lugar en el envejecimiento.
		<p>Individualistas: Explican la adaptación o no adaptación del adulto mayor a su declive, asociado al rol que juega, las normas, los grupos de referencia, el contexto no importa.</p>	Teoría de la desvinculación	El hombre al envejecer se separa de la sociedad, de desliga de esta.
			Teoría del envejecimiento programado	Todos envejecemos de forma programada, pero diferencial en cómo se presentan los problemas de la vejez.
			Teoría del envejecimiento exitoso y productivo	Cada organismo envejece de forma diferencial, algunos estarán sanos y con alta capacidad, otros más se encontrarán enfermos y sin capacidades.

Teorías gerontológicas	Buscan adecuar el ocurrir de otros escenarios a un ambiente eminentemente social. El hombre vive en sociedad, por ello se dice que ha adecuado su vida social, y de ello depende su articulación y exclusión.	Estructuralistas: Describen la forma en como envejecen las personas, asociado a la organización social, la agenda política y la posición de los individuos en jerarquías sociales.	Teoría de la modernización	Al aumentar el grado de modernización de las sociedades, disminuye la valoración social de la vejez.
		Vinculantes entre el individualismo y el estructuralismo: Se privilegia el estudio de la historia estadística, y se exploran los patrones de inequidad y las trayectorias del curso vital	Teoría de la estratificación atarea	Las estructuras sociales juegan un papel determinante en el proceso individual del envejecimiento y la estratificación estaría en la sociedad
			Teorías del ciclo vital	Encuentra que el envejecimiento es desigual según género y estrato social. También hay diferencias en las sociedades industriales, los tipos de cultura y modelos de desarrollo económico
			Teoría del construccionismo social	Afirma que el envejecimiento y los problemas de las personas adultas mayores se construyen socialmente
			Enfoque demográfico	Busca entender los procesos diferenciales del envejecimiento intergeneracional de la estructura por edad en su conjunto
		Teorías clásicas del desarrollo	El desarrollo del adulto es un proceso caracterizado por el crecimiento y el cambio, en el que	

Teorías y modelos psicológicos	El contexto social y la cultura determinan el desarrollo a lo largo de la vida, aspecto que puede influir en su satisfacción vital y por tanto en su bienestar.		las personas son guiadas por sus metas para el futuro, así como por sus experiencias pasadas
		Teoría del desarrollo del ego	Los estadios de desarrollo están presentes genéticamente, la experiencia única de cada persona y el procesamiento de sus experiencias se traducen el resultado único para cada individuo. Esta teoría enfatiza el papel de los factores socioculturales e históricos.
		Modelos ecológicos	Incluye indicadores de estilos y condiciones de vida en términos de espacios donde se desarrolla la actividad humana.
		Teoría de la estructura de la vida	La estructura de la vida de una persona está compuesta de áreas de elección y obligaciones que representan la forma en la que el individuo ha optado relacionarse con la sociedad y que tienen gran importancia. Otras elecciones principales son: la ideología religiosa, la identificación étnica, y los movimientos sociales.
		Perspectiva teórica del ciclo vital	Representa un intento para superar la dicotomía crecimiento, declinación, reconociendo que en cualquier momento de la vida hay pérdidas y ganancias.

Fuente: Recuperado de Vejez, envejecimiento y adultos mayores (2022).

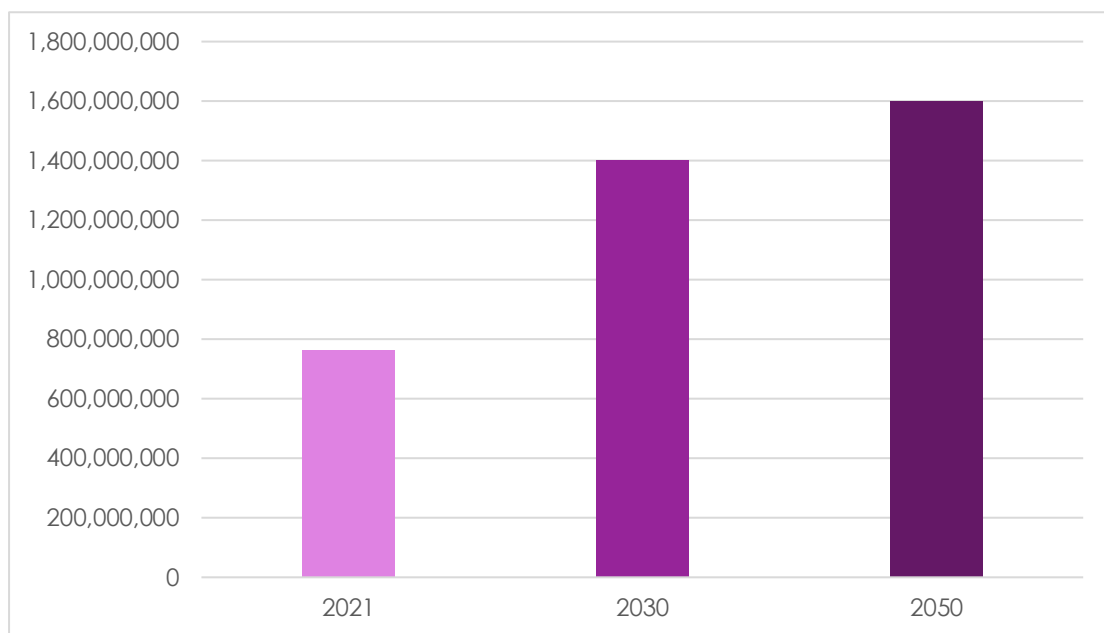
Por otro lado, el envejecimiento poblacional es definido según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), “como el aumento progresivo de la proporción de personas de 60 años y más con respecto a la población total” (CEPAL, 2024). La población de interés para este trabajo son las personas de 60 años y más, considerando que la Ley Federal de los Derechos de las Personas Mayores estipula para el caso de México, que esta es la edad que marca el inicio de la vejez (2002), lo que también está recomendado para los países en desarrollo de acuerdo con las Naciones Unidas.

Este grupo etario se encuentra dentro de los grupos vulnerables, ya que se encuentran en diferentes escenarios socioeconómicos, los cuales van desde que se vuelven dependientes de sus descendientes, tienen el beneficio de gozar de alguna pensión o jubilación o, por el contrario, acceden a algún tipo de programa social. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la seguridad social no cubre a toda la población y es por ello por lo que aún existen personas envejecidas en pobreza extrema o que aún en la vejez tengan que trabajar para sobrevivir.

2.5 Envejecimiento en el Mundo

El envejecimiento es un proceso biológico y natural que se da en todos los seres humanos y es de vital importancia el sensibilizar a la sociedad en cuanto a éste, así mismo es importante que todos los países inviertan en políticas de protección social que den seguridad y atención a la salud en la vejez, el aumento demográfico y los avances científicos y tecnológicos en materia de salud van de la mano lo que da como resultado que la esperanza de vida de las personas incremente, datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que en 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más, lo cual incrementa la población envejecida a 1400 millones, así mismo, la proyección al 2050 alcanzara un aproximado de 1600 millones de personas envejecidas en comparación con las cifras del 2021 (Ver figura 20).

Figura 20 Proyección de personas de 60 años y más a nivel mundial

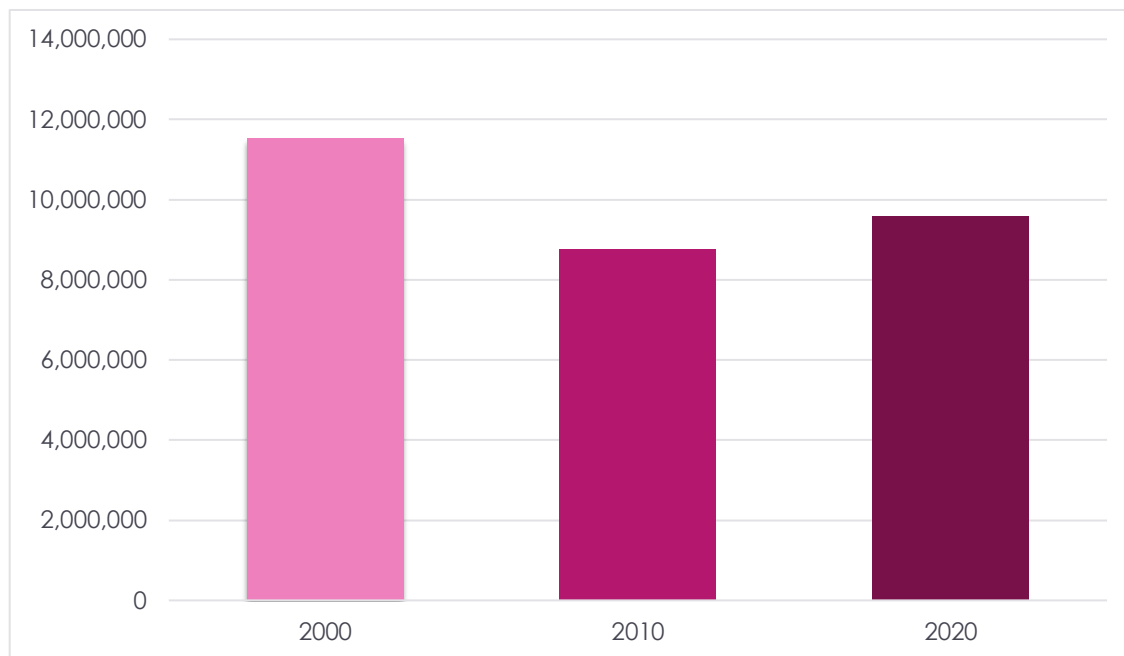


Fuente: Elaboración propia con base en los datos de Las Naciones Unidas, 2023

Alrededor del mundo hay continentes que se desarrollaron más rápido que otros y esto va de la mano con el impacto de la revolución industrial. Un ejemplo de países envejecidos se encuentra en el Continente Europeo, en donde el aumento de la esperanza de vida y el bajo nivel de natalidad ha incrementado el número de personas que se encuentran envejecidas.

Datos del Instituto Nacional de Estadística de España (INE, 2024), refiere que, con el incremento de la esperanza de vida de las personas envejecidas, este ha aumentado en un total de 20,354,342 personas en el año 2020 en comparación con el año 2000 que fue un total de 18,736,215 personas de 65 años y más. Así mismo hay que considerar que la mortalidad en estos periodos presentó cambios notables (ver figura 21), los cuales se ven influenciados por diversos factores como lo son el incremento de la esperanza de vida, la calidad de vida y la seguridad social de los países que conforman este continente.

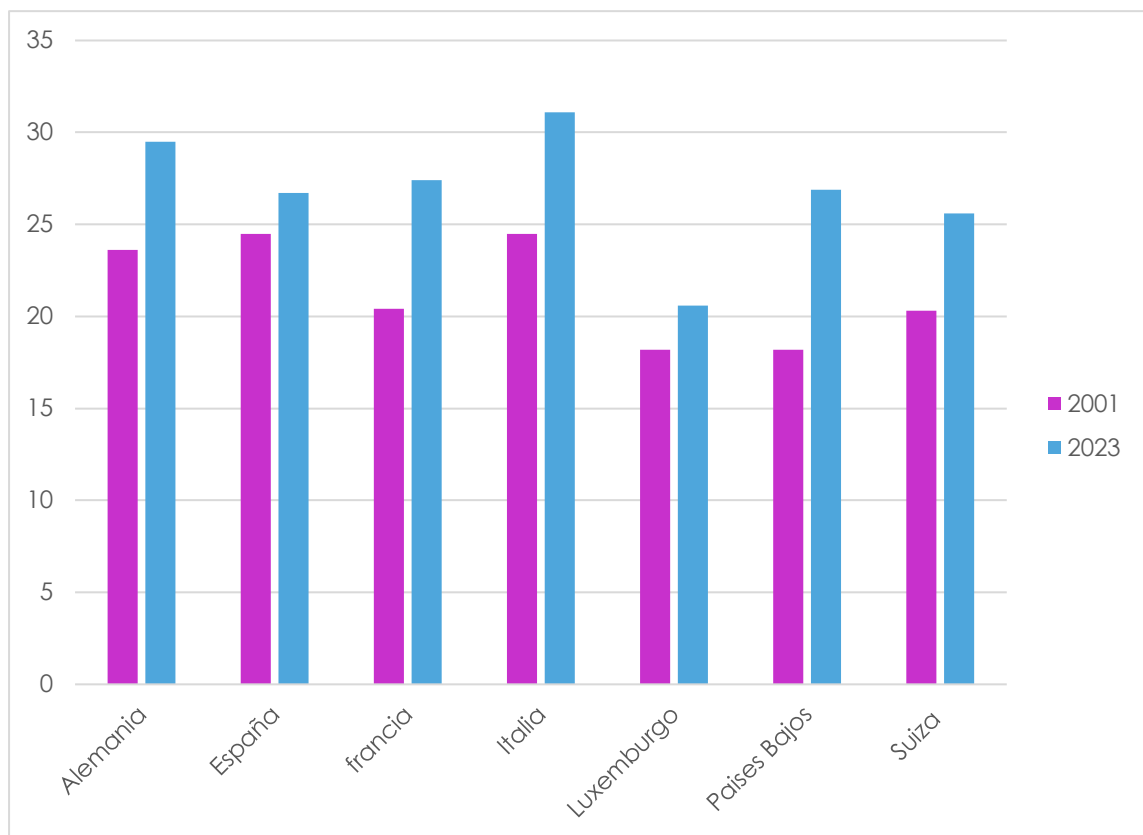
Figura 21 Mortalidad de personas de 65 y más Europa



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Instituto Nacional de Estadística de España (INE), 2024

Es por ello que las características socioeconómicas influyen en el desarrollo de la población de cada país, estos cambios son significativos al compararlos entre sí, uno de los aspectos a tener en cuenta es el grupo de personas mayores de 60 años, los cuales con el incremento de esperanza de vida han aumentado considerablemente, dentro de los Países Europeos envejecidos (ver figura 22), se encuentran Italia el cual en 2011 tenía una población del 26.8% y esta aumento en 2023 a 31.1% de la población total, Alemania aumento de 26.4% a 29.5% y Francia de 23.1% a 27.4% , entre los países con menor cambio se encuentra Luxemburgo el cual en 2011 era de un 19% a un 20.6% en 2023.

Figura 22 Países envejecidos del Continente Europeo 2001-2023



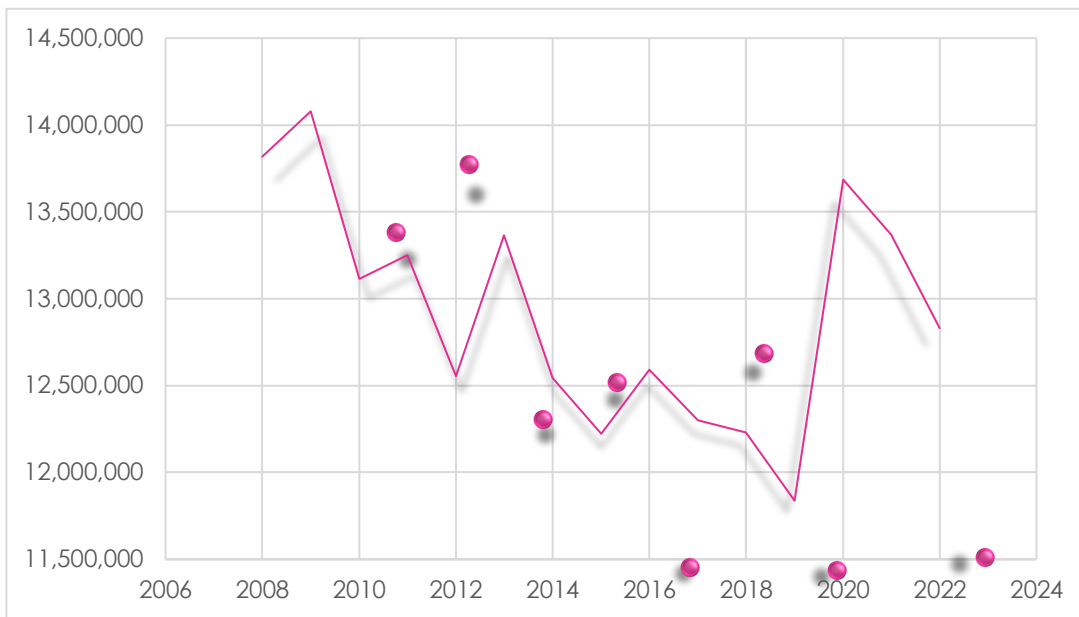
Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Instituto Nacional de Estadística de España (INE), 2024

Existen datos que muestran que Francia fue uno de los países más envejecidos del Continente Europeo (Francois, 2018), este acontecimiento ocurre como resultado de la revolución industrial la cual exacerbó diferentes problemáticas que cambiaron la dinámica del país, ya que al ser industrializado necesitaba de mano de obra joven, por lo tanto, las tasas de natalidad se vieron incrementadas, con lo cual la dinámica familiar sufrió cambios notables, así mismo hay que considerar que este proceso se llevó a cabo en aproximadamente 200 años, con el paso del tiempo en algunos países de Europa se establecieron políticas de protección para las personas mayores, lo que resultó en un aumento significativo tanto en la esperanza de vida como en la calidad de vida.

Siguiendo con los datos referentes al contexto europeo, de acuerdo con el INE (2022), la tasa de mortalidad de las personas de 65 años y más fue del 9,09% en comparación con la tasa de esperanza de vida que es de 21,11%; así mismo hay que considerar las tasas de mortalidad por género (ver figura 23 y 24) con el objetivo de identificar los periodos con la mayor reducción de la población y representar de manera más clara el aumento de la esperanza de vida en distintos intervalos.

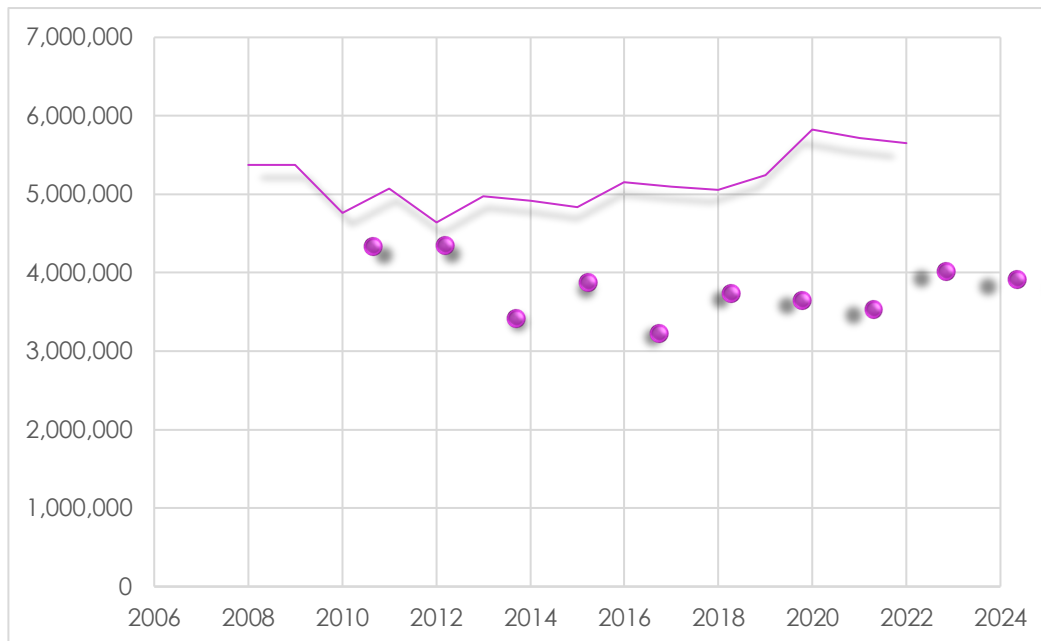
La figura 24 muestra la mortalidad en hombres de 65 años y más, en donde desde el 2012 las tasas han presentado un cambio constante; sin embargo, a partir del 2018, se vio un incremento inusual en la mortalidad presentado su tasa más alta, en los últimos 10 años, en comparación con la figura 25 que representa a las mujeres de 65 años y más, en el cual se vislumbra un cambio constante sin ningún periodo significativo, con lo cual, se estima que la esperanza de vida en las mujeres aumenta por periodos.

Figura 23 Tasa de mortalidad en Hombres de 65 años y más



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Instituto Nacional de Estadística de España (INE), 2024

Figura 24 Tasas de mortalidad en Mujeres de 65 años y más



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Instituto Nacional de Estadística de España (INE), 2024

Teniendo en cuenta lo anterior, es crucial enfatizar que los años 2019, 2020 y 2021 estuvieron definidos por el impacto de la pandemia de COVID-19, lo que llevo a una discrepancia considerable en las tasas de mortalidad entre los hombres y las mujeres.

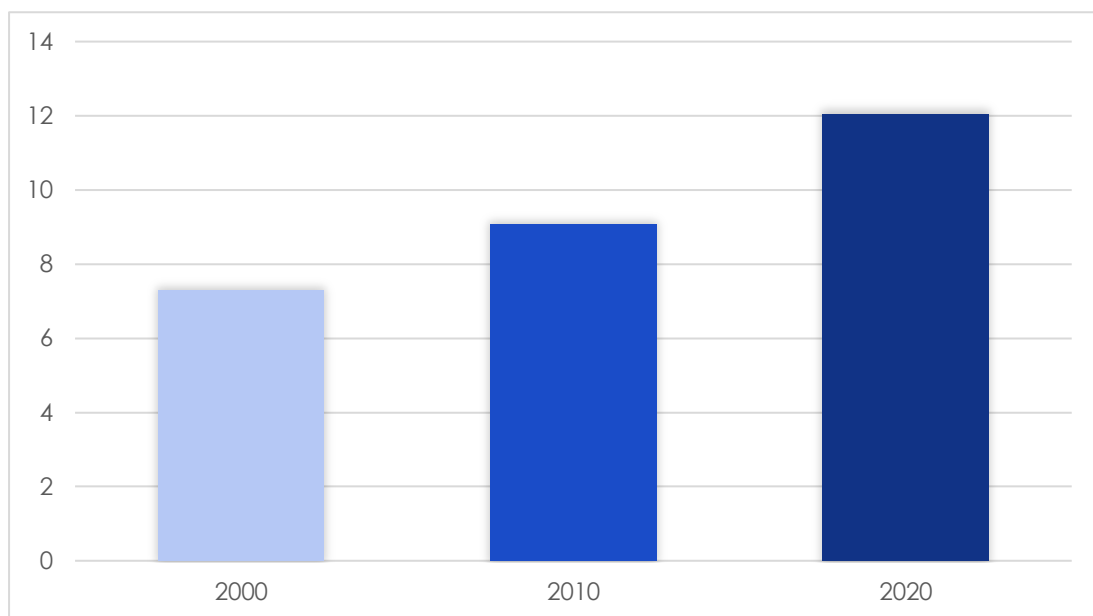
Por otra parte, para América Latina y el Caribe la estructura demográfica ha cambiado significativamente, para la CEPAL “el envejecimiento se traduce en el pasaje de sociedades jóvenes a sociedades envejecidas” (CEPAL, 2023). El envejecimiento demográfico en Argentina no ocurre de manera homogénea en toda la población, lo cual se atribuye a la transición demográfica. Tisnès y Salazar también señalan que se anticipa un elevado porcentaje de adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad, las cuales pueden ser de carácter social, económico, cultural, de género y relacionadas con la edad (2016).

Otro ejemplo de esto lo encontramos en países como Chile y Uruguay, los cuales están atravesando un envejecimiento demográfico más rápido. En Chile durante los últimos 40 años, se ha experimentado un proceso de envejecimiento sin precedentes, resultado tanto de la notable y continua reducción de la fecundidad como de la disminución de la mortalidad general y el incremento en la esperanza de vida (Olivi, Fada, & Pizzi, 2015).

2.6 Envejecimiento en México

Datos de la Comisión Económica para América Latina y Caribe (2023), refiere que México está atravesando por la etapa de envejecimiento moderadamente alto, el nivel en los índices de envejecimiento en México han ido en aumento considerablemente es por ello que el conocer sobre este indicador es importante ya que otorga un panorama más amplio en cuanto al porcentaje de adultos mayores de 60 años y más en la figura 25, se visualiza el crecimiento de este grupo etario en diferentes periodos para su comparación, en el año 2000 se tenía un 7.2% de adultos mayores, el cual aumento a 9% en 2010 y alcanzo sus valores más altos en 2020 con un 12%, así mismo hay que considerar que para la obtención de este indicador se tiene en cuenta el número total de la población la cual fue aumentando con el paso del tiempo.

Figura 25 Envejecimiento en México



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Instituto Nacional de Estadística de España (INE), 2024

Con los datos obtenidos de la Encuesta Intercensal (2015), en México el 55.3% de las personas se encuentran en el rango de edad de 60 a 69 años, el 30.1% corresponde al rango de edad de 70 a 79 años y el 14.6% lo tienen las personas adultas mayores de 80 años y más.

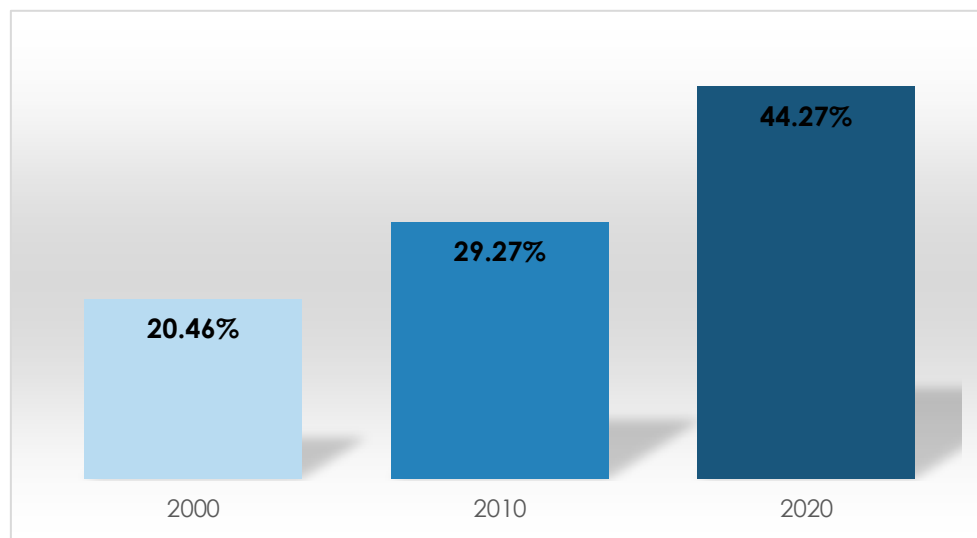
Con respecto a su indicador de derechohabiencia refiere que, el 13.9% de los adultos mayores no tienen derecho a ningún servicio de salud, mientras que el 35.2% tiene derecho al seguro popular, que es la institución de salud con las mayores deficiencias; esto da como resultado que una de cada dos personas mayores sufren de una desprotección significativa.

En lo que respecta a su indicador de etnias o grupos indígenas, la Encuesta Intercensal (2015), dio como resultado que el 25% de las personas adultas mayores se identifican como miembros de un grupo indígena. En cuanto a los índices de educación, el 19.7% de las personas adultas mayores de edad, en México carecen de habilidades de escritura y lectura, que les impide comunicarse, lo que resulta en niveles educativos muy bajos para este grupo etario, en donde se refleja que el 22.7% no tiene educación y un 49.4% solo tiene algún año de primaria.

Lo mencionado con anterioridad brinda un panorama contrastante en cuanto a la situación económica y de ingresos de las personas mayores en México. La encuesta Intercensal (2015), refiere que el 25.9% de la población trabaja de manera asalariada, el 22% se auto emplea, el 33.5% se dedica a las tareas del hogar, el 18.2% es jubilado o pensionado, el 7.1% tiene alguna limitación física o mental que le impide trabajar y el 13.1% no se encuentra en el mercado laboral.

Aunado a esto, el nivel de dependencia de este grupo etario ha aumentado dado que las características que conforman a esta población cambian constantemente de acuerdo con el contexto en el que se desarrolla y se ve influenciado por la calidad de vida a la que tiene acceso, ver figura 26.

Figura 26 Nivel de dependencia



Fuente: creación propia con base en el censo de población y vivienda 2000,2010 y 2020

Así mismo, la figura anterior permite notar un aumento significativo en cuanto a este indicador que va desde el 20.4% en el año 2000 a 29.2 % en el 2010. Sin embargo, hubo un repunte significativo en el periodo del 2020 con un total de dependencia de 44.27%, el cual incrementó a el doble en comparación con las cifras de los últimos 20 años.

2.7 Condiciones de Salud en la Población Mayor en México

La Encuesta sobre Salud y Envejecimiento en México ENASEM (2023), se encarga de actualizar la información estadística sobre las personas adultas mayores de 50 años y más en México, con el fin de evaluar el envejecimiento, las enfermedades y la mortalidad.

Datos de INEGI (2023), refiere que hay 25.9 millones de adultos mayores de 53 años y más y esta a su vez se divide por género en donde el 54.4% de la población es de mujeres y el 45.6% son hombres. En cuanto a su situación conyugal, hay que considerar que en 2021 el 56.3% de las mujeres se encontraban casadas en comparación con el 78.6% de los hombres, sin embargo, se encuentra un dato de importancia en cuanto a la viudez dado que el 25.7% de las mujeres son viudas en comparación con el 9.4% en los hombres, lo que hace creer que, con el incremento de la esperanza de vida, la mayoría de las mujeres casadas, llegan a la vejez viudas.

Con respecto a la actividad económica, la ENASEM (2023), arrojó datos importantes en cuanto al tipo de ingreso que reciben en donde el 62.2% de los hombres aún trabajan en comparación con las mujeres que es del 26.4%. Así mismo, otro dato importante a considerar es que solo el 29.8% de la población tiene una pensión, es jubilado, sufre de alguna incapacidad o no trabaja.

De los adultos mayores de 53 años y más el 67.7% de la población reportó el asistir a una consulta médica en los últimos 12 meses, por lo cual se identifica que las mujeres acuden más a estas revisiones, siendo un total del 73.9% en comparación con el 60.3% en los hombres; en lo que respecta a las enfermedades crónico degenerativas, las que tienen mayor frecuencia son la hipertensión con el 4.3% de la población total, el 10.7% para la artritis y el 25.6% con diabetes, de

la cual se divide por género. Las mujeres adultas mayores de 53 años y más presentan el índice más alto con el 28.1% en comparación con el 22.5% en hombres.

Los estilos de vida influyen en la salud del adulto mayor. Datos de la ENASEM (2023), reportó que el 42.7% de los hombres realizan más actividad física que las mujeres, siendo este solo el 22.2%. En lo referente a los hábitos de sueño, el 15.3% de las mujeres indican que la mayoría de las veces tardan en conciliar el sueño en comparación con los hombres, que casi es la media en mujeres con el 7.8%.

La encuesta ENASEM (2023), tiene un apartado respecto al uso del tiempo de los adultos mayores de 53 años y más, en donde hay incrementó el ver la televisión de un 84.8% en 2018 a 87.3% en 2021. En el uso de teléfono e internet también hubo un incremento con respecto a cifras del 2018 en donde solo el 78.9% lo ocupaba, en comparación con el 2021 que es del 84%. También hay que considerar que algunos indicadores bajaron con respecto a las cifras del 2018 una de ellas se centró en el cuidado de los menores de 12 años en donde en 2021 fue del 25% a diferencia del 2018 con el 26%.

En lo que respecta a las frases de satisfacción de la vida la ENASEM (2023), refiere que el 88.3% de la población porcentual se siente satisfecho con su vida. Seguida por el 84.4% que menciona que ha conseguido cosas que son importantes en su vida y el porcentaje más bajo fue del 70% en lo que respecta a que las condiciones de su vida son excelentes, hay que tener presente que, aunque este último sea el más bajo los porcentajes no descienden por debajo del 50%.

Los indicadores anteriores nos contextualizan en cuanto a cómo son las condiciones de vida, salud y envejecimiento de las personas adultas mayores de 65 años y más en México, dado que las características sociodemográficas indicadas al inicio de este documento complementan estos indicadores y el cómo los estudios longitudinales dan un panorama más amplio respecto a los cambios ocurridos en diferentes periodos, pero de las mismas personas.

2.8 Diabetes

A lo largo del mundo, el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas va dejando un impacto considerable en la población. La Federación Internacional de Diabetes (2022), hace una proyección para 2045, en donde refiere que 1 de cada 8 adultos vivirá con la enfermedad. Si bien es cierto, los factores, económicos, demográficos, genéticos y ambientales influyen en el padecimiento, la falta de actividad física y el aumento de peso son de los principales factores que son atribuidos al aumento de diabetes.

Las cifras mundiales del Atlas de Diabetes 2021 ver tabla 5 hace su listado de los países que presentan mayor incremento de diabetes. Entre los más altos se encuentra México con 16,900 casos, seguido por Egipto con 10,900, China con 10,600, Estados Unidos con 10,700, India con 9,600 y Japón con 6,600 casos.

Tabla 5 Diabetes a Nivel mundial

País	N. Absolutos de DM	Tasa de intensidad en DM
China	149,648,680.00	10,600
India	133,491,589.15	9,600
Estados Unidos	35,621,912.81	10,700
México	22,014,315.18	16,900
Japón	8,319,352.47	6,600
Egipto	1,1364,157.64	10,900

Fuente: Creación propia con base en los datos del Atlas de diabetes (FID, 2021)

La diabetes es considerada una enfermedad crónico-degenerativa que en pleno siglo XXI se ha convertido en la tercera causa de muerte en México.

La diabetes para la Asociación Americana de Diabetes (ADA) (2022), se “como una de las enfermedades metabólicas en cuestión se definen por la hiperglucemia, que es el resultado de problemas en la insulina. En términos sencillos, esto se refiere a la situación en la que el páncreas produce insulina de manera inadecuada, lo que afecta la forma en que se procesan los carbohidratos que se ingieren a lo largo del día”.

La diabetes es una enfermedad que ha estado presente a lo largo de toda la historia de la humanidad, es una enfermedad metabólica, que se origina por tener altos niveles de glucosa en la sangre, en México datos del INEGI en 2018 arrojaron que 1,086,743 personas han fallecido de los cuales 151,019 murieron por diabetes mellitus, por lo tanto, en la actualidad, esta enfermedad es la tercera causa de muerte, solo superada por el COVID-19 y las afecciones cardíacas.

La Diabetes Mellitus tiene diferentes categorías las cuales son; Diabetes Gestacional, Diabetes Mellitus 1 y Diabetes Mellitus 2, sin embargo, para fines de esta investigación se centrará solo en la última la cual se describe como:

- **Diabetes Mellitus 2** esta se caracteriza por la incapacidad de producir suficiente insulina o no se utiliza de la forma correcta, para la OPS es “el resultado del uso ineficaz de la insulina por parte del cuerpo (OPS, 2022) este tipo es el más recurrente ya que afecta a la población sin distinción de edad.

Las personas que desarrollan algún tipo de diabetes son más propensas a desarrollar otra serie de enfermedades y con esto se puede complicar el tratamiento de este, las afecciones más recurrentes son ver tabla 6.

Tabla 6 Complicaciones por diabetes

Órganos afectados	Complicaciones
El cerebro y su circulación	Enfermedad cerebro vascular
Los ojos	Retinopatía
El corazón	Cardiopatía coronaria
Los riñones	Nefropatía
El sistema nervioso periférico	Neuropatía
Las extremidades inferiores	Enfermedad vascular periférica
El pie	Ulceración

Fuente: creación propia con los datos obtenidos de la FID (2022)

2.9 Factores de Riesgo de la Población Mayor y la Diabetes tipo 2

Las enfermedades crónico-degenerativas han aumentado considerablemente, uno de los factores para tener en cuenta es el aumento de la esperanza de vida en México. Las personas adultas mayores se convierten en un indicador importante, ya que es común que se manifiesten síntomas o diagnósticos de diversas enfermedades, que, aunque no son necesariamente fatales tienen un impacto significativo en su calidad de vida y en los diferentes aspectos de su vida

Si bien es cierto que Carmona, Moreno, Mendez, Escalona, & Ortega (2018), refieren que no se pueden alterar aspectos como la edad, el género, el origen étnico, la genética e incluso los antecedentes familiares, son indicadores muy relevantes para el desarrollo de la diabetes tipo 2 y como este grupo etario afronta su enfermedad.

Es por ese motivo que Hernández Teixido (2024), determina que existen dos tipos de control en la diabetes los modificables y los no modificables, que influyen en la calidad de vida de las personas adultas mayores los cuales se abordan en la siguiente tabla 7.

Tabla 7 Factores de Riesgo en la Prevalencia de Diabetes Mellitus 2 en Adultos Mayores

Modificables	No modificables
Actividad Física: las personas con diabetes mellitus tipo 2 pueden reducir su peso corporal, mejorar su sensibilidad a la insulina y mejorar su control metabólico al hacer ejercicio.	Raza o etnia: las personas latinas, americano-asiaticas y los habitantes de las islas del pacífico, están asociadas a una mayor prevalencia de diabetes, en conjunto los factores genéticos

<p>La obesidad o sobrepeso: esta se relaciona con el exceso de grasa visceral y el aumento en cintura y es una de las principales comorbilidades que acuñen a la diabetes.</p>	<p>Sexo y edad: aunque aumenta el riesgo de DM2 a medida que se envejece se ha visto una disminución en la edad de aparición de adultos jóvenes y adolescentes en los últimos años.</p>
<p>Hipertensión arterial: Los pacientes diagnosticados con hipertensión tienen un mayor riesgo en padecer diabetes tipo 2, debido a una mayor resistencia a la insulina.</p>	<p>Antecedentes de parentesco: si uno de los padres o hermanos tiene diabetes tipo 2, aumenta el riesgo de padecerla.</p>
<p>Hábitos alimenticios: se refieren a las prácticas de alimentación familiar y social que se caracteriza por una dieta rica en cereales, azúcares y grasas saturadas, en lugar de verduras, frutas y proteínas de animales.</p>	
<p>Fuente: creación propia con base en la información de (Factores Modificables y Riesgo de Diabetes Mellitus Tipo 2, 2020)</p>	

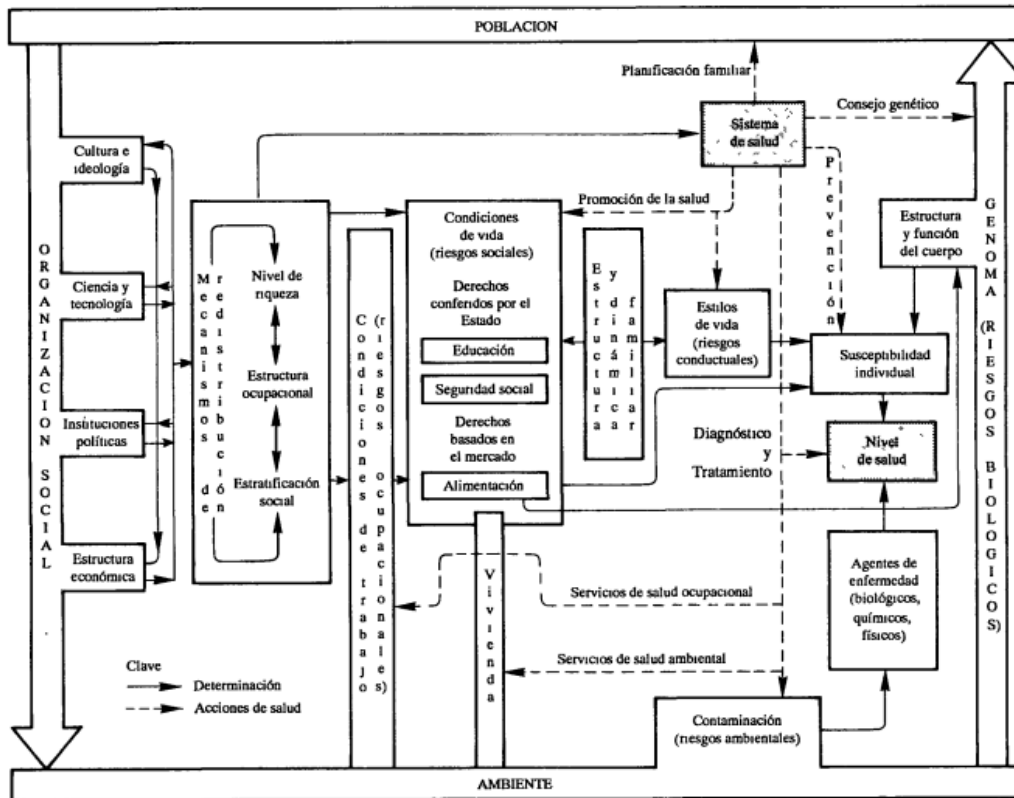
En el cuadro anterior se clasifican los factores de riesgo modificables y no modificables de la población mayor con diabetes mellitus 2, así mismo hay que considerar que estos términos no son aplicables para toda la población ya que se centra en un grupo etario en específico.

2.10 La Seguridad Social como Determinante de la Salud

Si bien es cierto que cuando las personas envejecen sufren cambios tanto psicosociales como físicos, es en esta etapa de la vida en donde el deterioro por la buena a mala calidad de vida de las personas se ve reflejada, esta última usualmente tiende direccionarse el acceso a la salud, debido a las enfermedades que requieren mayor cuidado y tratamiento, estas pueden ser del tipo infecciosas o crónico degenerativas que los acompañara por el resto de sus vidas.

Frenk, Bobadilla, Stern & Freika (1991), refiere que las naciones están viviendo una transformación en el ámbito el ámbito de la salud que es de gran importancia en donde las naciones de ingresos medios, se enfrentan a transformaciones particularmente complejas, en donde la evolución económica ha provocado una división social que ha generado una variedad de condiciones de vida; como resultado, la transición en salud ocurre en un contexto epidémico, donde la disminución de la mortalidad está relacionada con diferentes orígenes, lo que aumenta tanto la cantidad como la gravedad de las enfermedades no infecciosas, es por ello que la teoría de la transición en salud se vuelve importante ya que intervienen diferentes indicadores que son de importancia para entender el impacto en la sociedad ver figura 27

Figura 27 Elementos para una Teoría de la Transición en Salud



Fuente: obtenido del artículo Elementos para una Teoría de la Transición en salud (Frenk, Bobadilla, Stern, & Freika, 1991)

El esquema anterior reúne cuatro indicadores que se interrelacionan entre sí y son de gran importancia; entre ellos el genoma que son los riesgos biológicos que sufren las personas en relación a las funciones de su cuerpo e incluso el nivel de salud, el segundo se centra en la población en donde los contextos sociales y familiares toman un papel importante en el proceso de salud y enfermedad, el tercer indicador tiene que ver con el ambiente, ya sean los riesgos ambientales o el contexto geográfico en el que se desenvuelve la persona y por último la organización social es la que se encarga de los mecanismos de redistribución, como lo puede ser el nivel económico, su ocupación, la educación e incluso la seguridad social.

En relación con el punto anterior la seguridad social se vuelve indispensable, para comprender mejor que es, se iniciara con lo que son los derechos humanos, como ya se sabe estos son universales y son inherentes a todos los seres humanos sin distinción alguna así mismo, son inalienables que incluyen tanto derechos como obligaciones y se rigen por la universalidad, indivisibilidad, progresividad e interdependencia; la declaración universal de los derechos humanos contiene 30 derechos y libertades, estos se clasifican por generaciones siendo tres en total en las que se incluyen derechos civiles, sociales, culturales, económicos y ambientales.

Considerando lo antes expuesto Frenk, Bobadilla, Stern & Freika (1991), hacen hincapié en los derechos de intercambio que generalmente una persona puede adquirir a cambio de un recurso o bienes y servicios por medio de trasferencias de diferente índole, las cuales generalmente son emitidas por el estado, sin embargo hay que tener en cuenta el derecho a la seguridad social el cual “implica que el estado debe realizar las acciones pertinentes para proporcionar servicios médicos, protección económica por enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo, desempleo, invalidez o vejez” (CNDH, 2018-2023).

Lo anteriormente expuesto brinda un panorama más amplio y general de lo que es la seguridad social, sin embargo, el acceso a este derecho aún tiene sus limitantes dado que cada país tiene un desarrollo diferente de acuerdo a sus estratos sociales y sus determinantes estructurales, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), refiere que “sólo el 47% de la población mundial está efectivamente cubierta por al menos una prestación de seguridad social, mientras que el 53% de la población no se beneficia de ninguna seguridad del ingreso” (OIT, 2021), es por esto que en el contexto actual todavía se observan diferencias en el acceso a esta a nivel mundial.

En este mismo contexto el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ECOSOC), emitió una declaración de los niveles mínimos de la protección social en donde establece garantías básicas para la misma en donde refiere que “Estas garantías pueden

materializarse a través de transferencias de dinero y en especie, prestaciones de apoyo a los ingresos combinadas con garantías en materia de empleo, un sistema universal de pensiones, servicios básicos, educación y atención de salud esencial” (Consejo Económico y Social, 2015). Sin embargo, a nivel mundial esta declaración da mucho que desear, en donde parece que el nivel económico de un país toma un papel de mayor importancia para la creación de políticas de protección social que integren los puntos anteriores para su cobertura.

La seguridad social es un tema de trascendencia ya que el acceso a esta se limita alrededor del mundo, un ejemplo claro se encuentra en el continente Europeo, donde la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), señala que, “la cobertura de seguridad social en la región es considerablemente alta con un 83.9% de la población beneficiándose de al menos una prestación, en comparación con el 46.9% a nivel mundial” (ISSA, 2022). Esta prestación tiene que ver en su mayoría con el tipo de empleo que la población tenga, entre estos se encuentra el trabajo formal, informal y para los trabajadores domésticos, en donde el trabajo formal tiene mayores prestaciones en relación con el acceso a los servicios de salud, seguros de desempleo y pensiones en la vejez.

Otro caso relevante se presenta en América Latina y el Caribe, donde Argentina, Chile, Cuba y Uruguay se consideran países pioneros al haber legislado la creación de seguros destinados a la vejez y fallecimiento (CEPAL, 2009), en donde a lo largo del tiempo se han incluido nuevos programas de protección social que incluyen más prestaciones para la población. En México la seguridad social inicia con las latentes problemáticas de las personas en vulnerabilidad, las cuales buscaban una mejora para su bienestar es por ello por lo que, la seguridad social se “configura en una institución pública ya que busca la integridad de los servicios en aras de lograr la justicia social” (Ortiz, R., 2020), es por ello que hay que distinguir los servicios de atención a la salud, de

los servicios de la seguridad social ya que ambas se interrelacionan entre si con el objetivo del bienestar social de todas las personas.

Es por ello que los sistemas de servicios de salud (2006), tienen tres objetivos principales: mejorarlos servicios de salud y la calidad de trato, así como asegurar una distribución justa de los recursos, los determinantes de la salud son elementos importantes en la existencia humana porque predisponen a las personas a experimentar enfermedades o a gozar de un estado de salud optimo; con lo antes expuesto la promoción de la salud, se enfoca en mejorar la calidad y condiciones de las personas en sus diferentes contextos.

El objetivo principal de la seguridad social, según la Ley del Seguro Social (2024), es garantizar el derecho a la salud, brindar atención médica, proteger los medios de subsistencia, proporcionar servicios sociales, culturales, seguros para la vejez e incluso el acceder a una pensión o jubilación que contribuyan al bienestar de las personas y de la sociedad; es importante el recordar que los beneficios pueden variar dependiendo de la edad del beneficiario.

Adicionalmente complementando lo que se dice de la seguridad social Frenk refiere en Elementos para una Teoría de la Transición en Salud que

Los servicios de seguridad social se refieren a las prestaciones que aseguran los niveles mínimos de bienestar económico y social. Se incluyen dentro de ella los servicios de seguro social, entendidos como prestaciones económicas y sociales otorgadas a trabajadores que pagan cuotas obligatoriamente, así como los servicios de asistencia social, dirigidos a personas vulnerables a quien no se les exige cotización (Frenk, Bobadilla, Stern, & Freika, 1991).

Es por ello que la seguridad social se puede resumir en un sistema de prestaciones sociales, que pretende reducir las disparidades sociales en el mundo, en donde los puntos de relevancia serán el empleo, la derechohabiencia, las transferencias y las pensiones De acuerdo con esta perspectiva

cabe señalar que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, es la carta magna que nos rige hasta nuestros días, en donde se encuentran los derechos y obligaciones de los mexicanos, en donde su título sexto Del Trabajo y de la Provisión Social, en su artículo 123 refiere que “Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; se fomentara la generación de empleo y la estructuración social del trabajo de acuerdo con la normativa vigente” (CPEUM, 2024).

En este apartado se sienta las bases de lo que cubre la seguridad social en el país, así mismo es fundamental reconocer la existencia de múltiples organismos que proporcionan este servicio. Siendo algunos de los más relevantes el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Seguridad Social (SS), Petróleos Mexicanos, secretaria de Defensa Nacional y secretaria de Marina; considerando estos servicios de salud y la calidad del servicio prestado se presentan cambios en la cantidad, distribución, organización y el aumento en la afiliación a estas instituciones lo que ha contribuido a la transición demográfica y con ello la reducción de enfermedades tanto transmitibles como no transmitibles.

2.11 Papel de Trabajo Social en la Prevención y Atención a las Personas Mayores con Diabetes

Trabajo Social es una disciplina que contribuye al conocimiento y transformación de procesos sociales, por lo que se puede desarrollar en diferentes áreas como lo son salud, empresarial, penitenciario, asistencia social, educación y el área emergente, generando procesos de cambio en las realidades de la población pese a su estrato social.

El papel que realizan las y los Trabajadores Sociales (TS) dentro de los equipos multidisciplinarios son de gran importancia, ya que se convierten en el intermediario entre el paciente identificado, con su familia y la misma institución a la que se le brinde su servicio. La profesión de Trabajo Social (IFSW, 2024), se caracteriza por ser una disciplina practica que busca promover el cambio social, el desarrollo comunitario, la cohesión social y el empoderamiento de los individuos. Se basa en principios fundamentales como la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad, lo que la convierte en un actor de importancia, relevante en diversos ámbitos sociales y sin distinción de sexo, edad o estrato social, entre los cuales se destaca el envejecimiento y el cumplimiento de los derechos sociales.

Es por ello que el Trabajo Social Gerontológico, se especializa en el análisis del cambio, el desarrollo y la cohesión social, con el objetivo de actuar para promover el bienestar de las personas, los grupos y la sociedad, este trabajo se centra en las personas mayores y se basa en un conjunto de principios básicos que definen la práctica profesional, entre estos se encuentra la integridad, promoción de la autonomía, bienestar subjetivo, privacidad social e inclusión por mencionar algunos, así mismo Cristina Bilardo (2011), refiere que hay dos funciones principales que son las directas y las indirectas ver tabla 8.

Tabla 8 Funciones Principales de Trabajo Social Gerontológico

Funciones de atención directa	Funciones de atención indirecta
Función preventiva: detección de los problemas sociales de la persona mayor.	Coordinación: planificación de las alternativas de intervención.
Función promocional: fomentar la participación para prevenir las problemáticas sociales.	Trabajo comunitario: resolución y prevención de las problemáticas sociales.
Función asistencial: Promoción de recursos para atenuar la problemática social.	Gestión: con los centros de adultos mayores.
Función rehabilitadora: reinserción social a los adultos mayores que han sufrido algún tipo de problemática.	Documentación: diseño y aplicación de diferentes instrumentos de Trabajo Social.
Función informativa: asesoramiento de recursos sociales.	Planificación y evaluación: programación, diseño de planes y políticas sociales.

Fuente: Creación propia con base en los datos de (Filardo Llamas, 2011)

Todas las funciones tanto directas como indirectas se desarrollan en la intervención social orientada a movilizar recursos económicos para dar respuesta a las necesidades y demandas de las personas mayores que les impiden mejorar su calidad de vida y bienestar social, así mismo, las y los trabajadores sociales realizan una serie de actividades para la prevención y atención de las problemáticas y necesidades de las personas adultas mayores entre las cuales están:

- La evaluación completa (Manuera, 2002): en donde se examinan minuciosamente la salud física, el bienestar emocional, las relaciones sociales y la situación financiera de las personas a adultas mayores.
- La detección de riesgos (Agullo & Martin, 2020): en donde se identifican los factores que podrían complicar la enfermedad crónico-degenerativa, la falta de interacción social, la falta de apoyo familiar e incluso los problemas de carácter económico.

Para la Fundación Universidad Pablo de Olavide (UPO, 2024), refiere que hay sesiones formativas y recursos educativos los cuales se centran en:

- Sesiones Formativas: en donde se gestionan encuentros educativos sobre la diabetes y el envejecimiento, abordando temas como el control de la enfermedad, la alimentación saludable y la relevancia de la actividad física.
- Recursos educativos: en donde se distribuyen folletos y recursos informativos para facilitar la comprensión sobre la enfermedad y su control, así como también del envejecimiento saludable.

En lo que respecta a Nucii, Crosetto, Bilavcik,; Miani, (2018), refieren cuatro actividades de interés las cuales son:

- Orientación en las instituciones de salud: para auxiliar a los pacientes en la comprensión y acceso a servicios médicos, incluyendo citas, tratamientos y seguimiento.
- Asesoramiento Personalizado: en donde se brindan sesiones de asesoría para abordar la ansiedad, la depresión, el proceso de envejecimiento y otras dificultades emocionales que

puedan surgir a raíz de las enfermedades crónico-degenerativas que afecten a las personas adultas mayores.

- Protección de Derechos: Trabajo social interviene para asegurarse de que las personas adultas mayores reciban la atención y los servicios médicos que les corresponden.
- Promoción de Políticas Públicas: los Trabajadores Sociales participan con el equipo interdisciplinario en la elaboración de políticas que favorezcan a las personas mayores, con un enfoque en los programas de prevención y atención médica.

Así mismo, la Federación Internacional de Trabajo Social (2016), puntualiza a los programas de asistencia, para enlazar a las personas adultas mayores con programas de asistencia financiera para adquirir fármacos, materiales médicos e incluso económicos.

Aunado a esto Delgado Reguera (2018), refiere que el Trabajador Social en el ámbito de salud realiza las siguientes actividades:

- Grupos de apoyo: en donde las personas adultas mayores puedan compartir sus experiencias y técnicas de control de la diabetes.
- Formación Familiar: en donde se enseña a los familiares sobre cómo brindar apoyo a sus seres queridos en el manejo de la diabetes, el envejecimiento y en la adquisición de hábitos saludables para la mejora de su calidad de vida.
- Planificación en Familia: en donde trabajen juntos para crear un plan de cuidados que involucre a todos los miembros de la familia y fomente un entorno de apoyo emocional a las personas adultas mayores.

- Fortalecimiento del Paciente: en donde el Trabajador Social sensibiliza a los adultos mayores a tomar decisiones fundamentadas sobre su tratamiento y autocuidado, lo que les da una sensación de mayor control sobre su bienestar.
- Capacitación: para Impartir habilidades prácticas como administrar medicamentos (insulina), preparar alimentos saludables y planes de actividad física.
- Seguimiento periódico: en donde se colabora con el equipo interdisciplinario para desarrollar un plan de seguimiento de la salud que incluya revisiones regulares y monitoreo de los niveles de glucosa.
- Educar sobre los síntomas: para que prendan los adultos mayores a identificar señales de complicaciones para buscar atención médica de inmediato.

Considerando lo antes mencionado se puede concluir que el trabajador social desempeña un papel crucial en la prevención y atención de personas mayores con diabetes, un problema de salud pública en constante crecimiento; su intervención no solo abarca el ámbito clínico, sino también el social y comunitario, lo que permite abordar la enfermedad desde una perspectiva integral, desde el ámbito de la prevención, el trabajador social promueve la educación sobre hábitos saludables, tales como la alimentación equilibrada y la actividad física regular, a través de talleres y programas comunitarios, se busca aumentar la concienciación sobre los factores de riesgo relacionados con la diabetes y fomentar cambios en el estilo de vida que pueden prevenir su aparición o complicaciones.

En lo que respecta a la atención a personas mayores diagnosticadas con diabetes, el trabajador social actúa como un enlace entre los pacientes, sus familias y los servicios sanitarios, este profesional evalúa las necesidades individuales, proporciona apoyo emocional y facilita el

acceso a recursos médicos y sociales necesarios para un manejo efectivo de la enfermedad asimismo también trabaja en colaboración con otros profesionales de la salud para asegurar un enfoque multidisciplinario en el cuidado del paciente.

Sin olvidar que, el trabajador social es fundamental en la identificación de problemas psicosociales que pueden afectar la salud del paciente, como el aislamiento social y la falta de soporte familiar ya que proporciona herramientas y estrategias de afrontamiento, ayudando a los pacientes a manejar no solo los aspectos físicos de la diabetes, sino también el impacto emocional que conlleva vivir con esta condición.

Capítulo 3. Envejecimiento y Mortalidad por Diabetes en Hombres y Mujeres de 60 años y más, el caso de los Estados de Baja California Sur y México

3.1 Condiciones de salud y derechohabiencia de las personas de 60 años y más que viven en los estados de México y Baja California Sur

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a través del análisis de los datos de la ENSANUT 2018 en su apartado de salud de adultos con 20 años o más, sección 3 diabetes mellitus, entre la población de 60 años y más que participó en la ENSANUT 2018 de los estados de México y Baja California se identifican diferentes rangos de edades, en donde se puede observar que el 12.9% de la muestra corresponde al rango de edad de 60-69, el 6.6% corresponde al rango de 70-79 y el 2.5% al rango de 80-110 años, lo que sumados darían el 22% de la población participante, que corresponden a 28,030 personas mayores como se muestra en la tabla 9

Tabla 9 Edad

		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menor de 15	22.0	22.0	22.0
	15-59	55.9	55.9	78.0
	60-69	12.9	12.9	90.9
	70-79	6.6	6.6	97.5
	80-110	2.5	2.5	100.0
	Total	100.0	100.0	

Fuente: Creación propia con base en los datos de la encuesta ENSANUT 201

En lo que respecta al género, del total de la muestra, 44.4% son hombres y el 55.6% en mujeres. En la tabla de 10 de entidad se puede observar la muestra de personas de 60 años y más para cada estado seleccionado, siendo el 51.5% referente al estado de Baja California Sur (28,030 personas mayores) y el 48.5% al estado de México (10,397 personas mayores).

Tabla 10 Entidad

		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Baja California Sur	51.5	51.5	51.5
	Estado de México	48.5	48.5	100.0
	Total	100.0	100.0	

Fuente: Creación propia con base en los datos de la encuesta ENSANUT 2018

En lo que se refiere a la segregación por sexo, entidad y edad, en la tabla 11 se puede observar que en el estado de Baja California Sur el rango de edad con mayor porcentaje de adultos mayores es el de 80-100 con un 25.7% en mujeres, en comparación con los hombres que tienen el 19.4% en el mismo rango de edad, el porcentaje menor lo tiene el rango de edad de 70-79 en el cual las mujeres solo alcanzan el 14.6% en comparación con los hombres que es de 16.1%, la edad que se mantiene en promedio en comparación con los anteriores es el de 60-69 años en donde los hombres representan el 20.6% a diferencia de sus contra parte mujeres con el 18.1%.

En lo que respecta al estado de México el porcentaje menor lo tienen los hombres de 60-69 años con el 20.8% a diferencia del casi doble en mujeres con el 40.9%, el rango de edad en el que casi no se vislumbra un cambio notable en el porcentaje es la edad de 70-79 y 80-100 en donde el

primero los hombres alcanzan el 34.4% y las mujeres representa el 34.9% en el segundo rango las mujeres representan el 27.4% y los hombres el 27.5%.

Tabla 11 Distribución de personas mayores por Sexo* Entidad * Edad

				Entidad		Total
				Baja California Sur	Estado de México	
Edad						
15-59	Sexo	Hombre	Recuento	18828	19969	38797
			% del total	23.9%	25.3%	49.2%
	Mujer	Recuento	17101	22973	40074	
		% del total	21.7%	29.1%	50.8%	
	Total	Recuento	35929	42942	78871	
		% del total	45.6%	54.4%	100.0%	
60-69	Sexo	Hombre	Recuento	3175	3164	6339
			% del total	20.6%	20.5%	41.0%
	Mujer	Recuento	2791	6315	9106	
		% del total	18.1%	40.9%	59.0%	
	Total	Recuento	5966	9479	15445	
		% del total	38.6%	61.4%	100.0%	
70-79	Sexo	Hombre	Recuento	1389	2970	4359
			% del total	16.1%	34.4%	50.5%
	Mujer	Recuento	1257	3009	4266	
		% del total	14.6%	34.9%	49.5%	
	Total	Recuento	2646	5979	8625	
		% del total	30.7%	69.3%	100.0%	
80-+	Sexo	Hombre	Recuento	768	1088	1856
			% del total	19.4%	27.5%	46.9%
	Mujer	Recuento	1017	1087	2104	
		% del total	25.7%	27.4%	53.1%	
	Total	Recuento	1785	2175	3960	
		% del total	45.1%	54.9%	100.0%	

Fuente: Creación propia con base en los datos de la encuesta ENSANUT 2018

Con estos datos se puede confirmar que nuevamente hay más Adultos Mayores de 60 años y más en el estado de México, que en el estado de Baja California Sur.

En lo que respecta a la pregunta (tabla 12), ¿A qué tipo de centro o unidad médica fue a buscar atención? el 43.5% acudió a un hospital, el 18.9% acudió a algún consultorio, clínica u hospital privado, el 17.4% acudió a consultorios dependientes de farmacias, el 16% acudió a Consultorios y centros de salud y el 3.3% refirió otro lugar.

Tabla 12 ¿A qué tipo de centro o unidad médica fue a buscar atención? (general)

		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hospital	39.9	43.5	43.5
	Consultorio o centro de salud	15.4	16.8	60.4
	Consultorios dependientes de farmacias	16.0	17.4	77.8
	Consultorio, clínica u hospital privado	17.4	18.9	96.7
	Otro lugar (especifica)	3.0	3.3	100.0

Fuente: Creación propia con base en los datos de la encuesta ENSANUT 2018

En lo que respecta a la pregunta (tabla 13), ¿A qué institución pertenece la persona que le atendió?, el 28.9% refieren que los atendió personal del ISSTE, el 17.4% indico que los atendió personal del centro de salud y del hospital SSA y entre los de menor porcentaje se encuentra Marina con un .3%, el .6% se encuentra en 3 diferentes lugares como lo es IMSS Prospera, otra institución y no recuerdan.

Tabla: 13 ¿A qué institución pertenece la persona que le atendió?

	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Seguro Social (IMSS)	8.3	8.3	8.3
ISSSTE	28.9	28.9	37.2
ISSSTE Estatal	8.5	8.5	45.7
Defensa Marina	1.7	1.7	47.4
Centro de salud u Hospital de la SSA	.3	.3	47.7
IMSS PROSPERA (antes Oportunidades)	.8	.8	48.5
Consultorios dependientes de farmacias	17.4	17.4	65.8
Consultorio, clínica u hospital privado	.6	.6	66.4
Otro lugar	16.0	16.0	82.4
No sabe	16.5	16.5	98.9
	.6	.6	99.4

Fuente: Creación propia con base en los datos de la encuesta ENSANUT 2018

Para comprender la importancia de la tabla anterior se tiene que comparar con la pregunta que dice si se tiene afiliación, en lo que respecta a esta el 54.4% si se encuentra afiliada a esa institución, mientras que el 45.6% no se encuentra afiliada a este, sin embargo, hay que considerar la pregunta más a profundidad misma que se explicara más adelante.

Para dar respuesta al contexto de (tabla 14), ¿A qué tipo de centro o unidad médica fue a buscar atención? Es indispensable el dividir la información por estado en donde Baja California sur cuenta con el 25.8% que acude a hospitales, en comparación con el estado de México que representa el 17.7% de la misma institución. Sin embargo, uno de los porcentajes mayores lo tiene México con el 10.5% que acude a Consultorios dependientes de farmacias a diferencia del 6.9% que representa a Baja California Sur.

Tabla: 14 ¿A qué tipo de centro o unidad médica fue a buscar atención? * Entidad

				Entidad		
				Baja California Sur	Estado de México	Total
¿A qué tipo de centro o unidad médica fue a buscar atención?	Hospital	Recuento	% del total	86	59	145
				25.8%	17.7%	43.5%
	Consultorio o centro de salud	Recuento	% del total	33	23	56
				9.9%	6.9%	16.8%
	Consultorios dependientes de farmacias	Recuento	% del total	23	35	58
				6.9%	10.5%	17.4%
	Consultorio, clínica u hospital privado	Recuento	% del total	30	33	63
			9.0%	9.9%	18.9%	
	Otro lugar (especifica)	Recuento	% del total	3	8	11
				.9%	2.4%	3.3%
Total		Recuento	% del total	175	158	333
				52.6%	47.4%	100.0%

Fuente: Creación propia con base en los datos de la encuesta ENSANUT 2018

Para responder a la pregunta (tabla 15), ¿Qué persona lo atendió?, el porcentaje puede variar significativamente, pero en este caso las dos entidades refirieron en cuanto al médico general fue mayor el 38.6% fue para Baja California Sur mientras que el 33.6% lo obtuvo el estado de México,

en lo que respecta a los médicos especialistas este fue mayor en Baja California Sur con el 9.1% en comparación con México que obtuvo el 6.6%

Tabla: 15 ¿Qué persona lo(a) atendió? * Entidad

			Entidad		
			Baja California Sur	Estado de México	Total
¿Qué persona lo(a) atendió?	Medico	Recuento	0	2	2
	homeópata	% del total	.0%	.6%	.6%
	Médico general	Recuento	139	122	261
		% del total	38.3%	33.6%	71.9%
	Médico especialista	Recuento	33	24	57
		% del total	9.1%	6.6%	15.7%
	Dentista	Recuento	2	3	5
		% del total	.6%	.8%	1.4%
	Enfermera	Recuento	0	3	3
		% del total	.0%	.8%	.8%
	Otro (especifica)	Recuento	1	4	5
		% del total	.3%	1.1%	1.4%
		Recuento	12	18	30
		% del total	3.3%	5.0%	8.3%
Total	Recuento	187	176	363	
	% del total	51.5%	48.5%	100.0%	

Fuente: Creación propia con base en los datos de la encuesta ENSANUT 2018

En lo que se refiere a la pregunta (tabla 16), ¿Por qué motivo se atendió en este lugar? Tiene afiliación. Baja California Sur tiene el 31.8% de afiliados a alguna institución de salud en comparación con su 20.7% que no se encuentra afiliado, en el caso del estado de México el 22.5% se encuentra afiliado a algún sector de salud a diferencia del 24.9% que representa a la población no afiliada.

Tabla: 16 ¿Por qué motivos se atendió en este lugar? Tiene afiliación * Entidad

	Entidad		Total
	Baja California Sur	Estado de México	
¿Por qué motivos se atendió en este lugar?	69	83	152
No se declara en opción afirmativa	20.7%	24.9%	45.6%
Tiene afiliación	106	75	181
	31.8%	22.5%	54.4%
Total	175	158	333
	52.6%	47.4%	100.0%

Fuente: Creación propia con base en los datos de la encuesta ENSANUT 2018

Siguiendo con la pregunta (tabla 17), ¿Por qué motivos se atendió en este lugar? Esta cerca. En ambos estados se visualiza que la institución a la que fueron no se encontraba cerca en Baja California Sur el 46.2% refirió que no y en el estado de México el 36.6% lo negó, en cuanto a la población que le queda cerca la institución representa el 6.3% en Baja California, mientras que en El estado de México representa el 10.8%

Tabla: 17 ¿Por qué motivos se atendió en este lugar? Esta cerca * Entidad

	Entidad		Total
	Baja California Sur	Estado de México	
¿Por qué motivos se atendió en este lugar? Esta cerca	154	122	276
No se declara opción afirmativa	46.2%	36.6%	82.9%
Si	21	36	57
Recuento % del total	6.3%	10.8%	17.1%
Total	175	158	333
Recuento % del total	52.6%	47.4%	100.0%

Fuente: Creación propia con base en los datos de la encuesta ENSANUT 2018

Para saber si la institución les generó algún tipo de pago esto se contesta con la pregunta (tabla 18), si es barato/no cuesta en la que en el estado de México al 37.8% no se les generó ningún tipo de pago, en comparación con el 9.6% al que si le generaron algún tipo de pago. En el caso de Baja California Sur, solo al 2.4% se le genero un cobro en comparación con las que no pagaron siendo este 50.2% de la población.

Tabla: 18 ¿Por qué motivos se atendió en este lugar? Es barato/no cuesta* Entidad

	Entidad		Total
	Baja California Sur	Estado de México	
¿Por qué motivos se atendió en este lugar? Es barato/no cuesta	167	126	293
No se declara opción afirmativa	50.2%	37.8%	88.0%
Si	8	32	40
Recuento % del total	2.4%	9.6%	12.0%
Total	175	158	333
Recuento % del total	52.6%	47.4%	100.0%

Fuente: Creación propia con base en los datos de la encuesta ENSANUT 2018

Para dar respuesta a la pregunta de ¿A que institución pertenece la persona que le atendió?, es importante el separar los datos para abordarlos por estado, en el estado de México la institución con más afluencia fue el Instituto Mexicano del Seguro Social con un 14%, el segundo lo tiene los consultorios dependientes de farmacias con el 9.6%, el siguiente lo ocupan las instituciones privadas con el 8.5%, hay que tener en cuenta que estas dos instituciones genera un pago por el servicio y los medicamentos. En el caso de Baja California Sur el IMSS es quien tiene mayor afluencia con el 14.9%, seguida por el Centro de salud u hospital de la SSA con el 10.5% y el tercero son Consultorios, clínicas y hospitales privados con el 8.0%, las instituciones privadas generan un cargo económico por la atención brindada.

3.2 Condiciones de salud y atención de la población de 60 años y más con diabetes mellitus en los estados de México y Baja California Sur

De acuerdo con la pregunta ¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes (o alta el azúcar en la sangre) ?, el 49.6% dijo que no en el estado de México, en comparación con el 7.1% a quien, si se la detectó un doctor, por el contrario, en Baja California Sur 38.9% refirió que no y solo el 4.4% indicó lo contrario. Un dato importante es el hecho de que solo el .1% en mujeres refirió si presentar diabetes gestacional y esto ocurrió en el estado de México. (Ver tabla 19)

Tabla 19 ¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes (o alta el azúcar en la sangre)? * Entidad

	Entidad		Total
	Baja California Sur	Estado de México	
¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes (o alta el azúcar en la sangre)?	Recuento 4706 % del total 4.4%	7549 7.1%	12255 11.5%
Si- dicho que tiene diabetes (o alta el azúcar en la sangre)?	Recuento 40 % del total .0%	56 .1%	96 .1%
No	Recuento 41580 % del total 38.9%	52970 49.6%	94550 88.4%
Total	Recuento 46326 % del total 43.3%	60575 56.7%	106901 100.0%

Fuente: Creación propia con base en los datos de la encuesta ENSANUT 2018

Por otra parte, al identificar el tipo de tratamiento que se tiene para el control de la diabetes se hace una comparativa con respecto a ambas Entidades. El estado de Baja California Sur tiene el 25.7%, en el que solo toman pastillas para su control, seguido por el 5% el cual solo se aplica insulina y el 4.7% en el que ocupan ambas, en comparación con el estado de México en donde el 6.6% ocupa ambos, el 40.8% refiere ocupar solo pastillas y el 5.3% insulina.

Es importante el considerar que en ambos estados hay personas que no ocupan ningún medio de control de diabetes siendo el estado de México el que tiene un 8.9% en comparación con el 3% de Baja California Sur (Tabla 20).

**Tabla 20 ¿Actualmente toma pastillas o le aplican insulina para controlar su azúcar? *
Entidad**

				Entidad		
				Baja California Sur	Estado de México	Total
¿Actualmente toma pastillas o le aplican insulina para controlar su azúcar?	Si-, solo	Recuento	% del total	616	653	1269
	insulina			5.0%	5.3%	10.3%
	aplican	total				
	para	Recuento	% del total	3179	5037	8216
	su			25.7%	40.8%	66.5%
	pastillas	total				
	Si-, ambas	Recuento	% del total	583	811	1394
				4.7%	6.6%	11.3%
	Ninguno	Recuento	% del total	368	1104	1472
				3.0%	8.9%	11.9%
Total		Recuento	% del total	4746	7605	12351
				38.4%	61.6%	100.0%

Fuente: Creación propia con base en los datos de la encuesta ENSANUT 2018

Para determinar el control de Diabetes en ambos estados se revisó la pregunta (tabla 21) en los últimos 12 meses, a ¿cuántas veces y con qué frecuencia acudió al médico para controlar su

diabetes (o azúcar alta en la sangre)?, en la cual en el estado de México el 10.2% indico que no ha tenido ningún control, el 1% lleva un control semanal el 24.8% refirió un control anual y el 25.7% refirió uno mensual, por otra parte el estado de Baja California Sur refiere que el 7.3% no tiene ningún tipo de control, el 9.1% tienen un seguimiento anual y el 22% menciona llevar una control mensual respecto a su enfermedad.

Tabla 21 En los últimos 12 meses, a ¿cuántas veces y con qué frecuencia acudió al médico para controlar su diabetes (o azúcar alta en la sangre)? * Entidad

			Entidad		Total
			Baja California Sur	Estado de México	
En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces y con qué frecuencia acudio al médico para controlar su diabetes (o azúcar alta en la sangre)?	Ninguna	Recuento	907	1255	2162
		% del total	7.3%	10.2%	17.5%
	Semanal	Recuento	0	118	118
		% del total	.0%	1.0%	1.0%
	Mensual	Recuento	2719	3173	5892
		% del total	22.0%	25.7%	47.7%
	Anual	Recuento	1120	3059	4179
		% del total	9.1%	24.8%	33.8%
	Total	Recuento	4746	7605	12351
		% del total	38.4%	61.6%	100.0%

Fuente: Creación propia con base en los datos de la encuesta ENSANUT 2018

Una de las principales consecuencias de no tener un control de la diabetes (tabla 22) es las úlceras, al respecto para el estado de México el 57.3% refiere no haber tenido alguna, sin embargo, se encuentra su contraparte con el 4.2%, en el caso de Baja California Sur se identifica que el 2.1% ha tenido alguna y el 36.3 % no ha presentado cambios.

Tabla: 22 ¿Debido a la diabetes ha tenido úlceras en piernas o pies? * Entidad

		Entidad		Total
		Baja California Sur	Estado de México	
¿Debido a la diabetes ha tenido úlceras en piernas o pies?	Si- total	Recuento 262 2.1%	523 4.2%	785 6.4%
	No total	Recuento 4484 36.3%	7082 57.3%	11566 93.6%
Total		Recuento 4746 38.4%	7605 61.6%	12351 100.0%

Fuente: Creación propia con base en los datos de la encuesta ENSANUT 2018

En esta misma línea de consecuencias por la diabetes se identificó que al 1.8% de la población mayor con diabetes le amputaron una extremidad por diabetes (tabla 23).

Tabla: 23 ¿Debido a la diabetes le han amputado alguna parte del cuerpo? * Entidad

		Entidad		Total
		Baja California Sur	Estado de México	
¿Debido a la diabetes le han amputado alguna parte del cuerpo?	Si- total	Recuento 83 .7%	136 1.1%	219 1.8%
	No total	Recuento 4663 37.8%	7469 60.5%	12132 98.2%
Total		Recuento 4746 38.4%	7605 61.6%	12351 100.0%

Fuente: Creación propia con base en los datos de la encuesta ENSANUT 2018

3.3 Condiciones de derechohabiencia de la población de 60 años y más con diabetes en los estados de México y Baja California Sur

Para identificar en que institución de salud se atienden su padecimiento respecto a la diabetes (Tabla 24) se tomaran datos porcentuales en el Estado de Baja California Sur el 1.4% refiere acudir al Instituto Mexicano del Seguro Social, el .7% indica que acude a la Secretaria de Salud, el .9% al ISSSTE, mientras que los registros más bajos se presentan en el IMSS Prospera con el .1% y el .3% acude a consultorios dependientes de farmacias.

En lo que respecta al estado de México la dependencia con mayor afluencia es el IMSS con un 2.9%, dos dependencias tienen el .9% y son la secretaria de salud y el seguro popular, en comparación con el IMSS prospera que solo tiene el .1%

Tabla: 24 (En donde se atiende, usualmente, ¿para controlar su diabetes (o azúcar alta en la sangre)?) * Entidad

			Entidad		Total
			Baja California Sur	Estado de México	
¿En dónde se atiende, usualmente, para controlar su diabetes (o azúcar alta en la sangre)?	IMSS	Recuento	123	129	252
	Prospera	% del total	.1%	.1%	.2%
	IMSS	Recuento	1524	3085	4609
		% del total	1.4%	2.9%	4.3%
	Secretaria de Salud	Recuento	742	934	1676
	la Seguro Popular (SSA)	% del total	.7%	.9%	1.6%
		Recuento	574	936	1510
		% del total	.5%	.9%	1.4%
	ISSSTE	Recuento	924	334	1258
		% del total	.9%	.3%	1.2%
	ISSSTE	Recuento	0	255	255
	Estatad	% del total	.0%	.2%	.2%
	Marina, Defensa, Pemex	Recuento	0	44	44
		% del total	.0%	.0%	.0%
	Consultorio, clínica u hospital privado	Recuento	443	770	1213
		% del total	.4%	.7%	1.1%
	Consultorios dependientes de farmacias	Recuento	282	701	983
	% del total	.3%	.7%	.9%	
Ninguna	Recuento	134	417	551	
	% del total	.1%	.4%	.5%	
	Recuento	41580	52970	94550	
	% del total	38.9%	49.6%	88.4%	
Total	Recuento	46326	60575	106901	
	% del total	43.3%	56.7%	100.0%	

Fuente: Creación propia con base en los datos de la encuesta ENSANUT 2018

La diabetes es una de las condiciones de salud más prevalentes entre los adultos mayores, representando un desafío significativo para el sistema de salud global a medida que la población

envejece, el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 aumenta, debido a factores como la resistencia a la insulina o la disminución de la actividad solo por mencionar algunos.

El 12.9% de los adultos mayores encuestados en la ENSANUT (2018) se encuentran en el rango de edad de 60-69 años, el 6.6% en el rango de 70-79 años y el 2.5% en el rango de 80-110 años. En Baja California Sur, el rango de 80-110 años representa el 25.7% de las mujeres, mientras que el 19.4% de los hombres se encuentran en este mismo rango. Datos del Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2020) refiere que, en el estado de México, la mayor proporción de personas mayores está en el rango de 60-69 años, con el 40.9% de mujeres y el 20.8% de hombres; en cuanto a la distribución por género y estado, se observa que el 44.4% de la población mayor de 60 años en ambos estados son hombres, mientras que el 55.6% son mujeres.

En lo que respecta a los centros de atención médica la encuesta Ensanut (INEGI, 2018), refiere que el 43.5% de la población total encuestada del estado de México y Baja California Sur, acudió a hospitales públicos, el 17.4% a consultorios dependientes de farmacias, y el 18.9% a clínicas u hospitales privados, lo que da como resultado que en Baja California Sur, el 25.8% de las personas mayores asistieron a hospitales, mientras que en el estado de México lo hizo el 17.7%.

Respecto a la afiliación a instituciones de salud el Censo de Población y Vivienda (2020), refiere que el 54.4% de la muestra indicó que estaba afiliada a alguna institución, mientras que el 45.6% no lo estaba. En Baja California Sur, el 31.8% de las personas mayores estaban afiliadas, en comparación con el 22.5% en el estado de México.

Finalmente, datos del INEGI (2015), menciona que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue la institución con mayor afluencia en ambos estados. En Baja California Sur, el 14.9% de las personas mayores acudieron al IMSS, mientras que en el estado de México fue el 14%. Las

instituciones privadas tuvieron mayor afluencia en el estado de México (8.5%) en comparación con Baja California Sur (8%).

En el caso de los datos del ENSANUT (2018), ante la pregunta sobre el diagnóstico médico de diabetes se encontró que un porcentaje significativo de las personas en el estado de México (49.6%) no han sido diagnosticadas, mientras que en Baja California Sur tiene un porcentaje más bajo de personas sin diagnóstico (38.9%).

Costos Asociados a la Atención Médica: Los costos de atención médica son una preocupación significativa, especialmente para los adultos mayores con enfermedades crónicas. La encuesta ENSANUT (2018), indica que, en el estado de México, el 37.8% de la población no tuvo que pagar por la atención, pero un 9.6% sí enfrentó costos. En contraste, Baja California Sur muestra una menor proporción de personas que reportaron costos (2.4%). Esto podría estar relacionado con la estructura del sistema de salud y el tipo de atención que reciben en cada región, en esta línea Russo, Burgos, Molaro, & Bonella (2023), refieren que la población con prepaga del hospital Italiano de Buenos Aires, el rango de edad que más gasto representa es el rango de 65 a 80 años, por diabetes y sus complicaciones, con esto en cuenta el envejecimiento y diabetes representan uno de los costos mayores en lo referente a la atención médica. Con lo cual se puede deducir que la elevada proporción de personas que enfrentan costos en algunas áreas, junto con el hecho de que los adultos mayores, especialmente aquellos con diabetes y sus complicaciones, son los que más gastos generan, subraya la necesidad de una atención más integral y accesible, esto no solo es crucial para mejorar la calidad de vida de estos pacientes, sino también para optimizar la sostenibilidad del sistema de salud en su conjunto por lo tanto la atención a la salud de los adultos mayores debe ser prioritaria, considerando su creciente población y la carga que representa para los sistemas de atención médica.

Tratamiento y Control de la Diabetes: El control de la diabetes es esencial para prevenir complicaciones, y los datos de ENSANUT (2018), indican que, en el estado de México, un 40.8% de la población mayor de 60 años toma solo pastillas, mientras que, en Baja California Sur, este porcentaje es similar (25.7%). La cantidad de personas que no utilizan ningún medio de control es preocupante, especialmente en el estado de México (8.9%). Este hallazgo subraya la necesidad de intervenciones que fomenten la adherencia a los tratamientos y la educación sobre la diabetes, así mismo Mejía, Aveiga, & Villa (2021), desarrollaron medidas preventivas para el control y adherencia al tratamiento, informando sobre los diversos tipos de insulina existentes logrando que los pacientes entendieran la importancia de este control para evitar comorbilidades que afecten su calidad de vida, considerando lo antes mencionado el fomentar la comprensión y el compromiso hacia el tratamiento no solo puede reducir las comorbilidades asociadas, sino también mejorar significativamente la calidad de vida de quienes viven con diabetes.

Consecuencias de la Diabetes: La incidencia de complicaciones, como úlceras y amputaciones, destaca la gravedad de la diabetes no controlada. La encuesta ENSANUT (2018), registra que la mayoría de la población en ambas regiones reporta no haber tenido úlceras, la presencia de amputaciones (1.8% en el estado de México) sugiere que algunas personas enfrentan consecuencias severas de la enfermedad, lo que podría estar relacionado con el acceso limitado a cuidados adecuados. Es por ello por lo que es esencial abordar estas brechas en el sistema de salud para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes con la implementación de estrategias que faciliten el acceso a atención médica oportuna y educación sobre el manejo de la enfermedad esto es crucial para reducir la incidencia de estas graves consecuencias.

Envejecimiento y Mortalidad por Diabetes: El envejecimiento es un factor de riesgo significativo para el desarrollo de diabetes y sus complicaciones la tasa de mortalidad por diabetes (2022), indica que la población mayor de 60 años, especialmente en el estado de México, presenta

tasas de mortalidad por diabetes más altas, lo que refleja no solo la prevalencia de la enfermedad, sino también el impacto de comorbilidades y la falta de un adecuado seguimiento médico. Esta situación es preocupante, ya que la diabetes es una de las principales causas de mortalidad en esta franja etaria. Las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la mortalidad por diabetes sugieren que hay factores biológicos y sociales en juego. Es por ello por lo que Sotolongo (2022), indica que la obesidad es uno de los factores de mayor riesgo ya que conlleva a complicaciones vasculares crónicas, así mismo el consumir alcohol y tabaco inciden en la enfermedad mientras que Sander P, Vernet, LarrosaS, & FozS (2002), identifica como enfermedades asociadas a la diabetes la retinopatía, obesidad, hipertensión, tabaquismo, enfermedades vasculares e incluso cardiacas. siguiendo esta misma línea de enfoque es necesario implementar estrategias de prevención y tratamiento que consideren estos factores, promoviendo un enfoque integral para mejorar la salud y calidad de vida de los adultos mayores.

Condiciones de Salud y Acceso a Atención Médica: la encuesta ENSANUT (2018), indica que un 43.5% de los encuestados acude a hospitales para recibir atención médica, lo que resalta la dependencia de las instituciones de salud pública. Sin embargo, el uso de consultorios privados y farmacias sugiere que muchos adultos mayores optan por alternativas que pueden no ser las más adecuadas para el manejo de la diabetes. En cuanto a quién atiende a estos pacientes, se observa una mayor proporción de atención por médicos generales en Baja California Sur (38.6%) en comparación con el estado de México (33.6%). Este hallazgo sugiere que, aunque hay acceso a médicos generales, la atención especializada sigue siendo limitada, lo que puede afectar la calidad del tratamiento para la diabetes. Aunado a esto es de vital importancia el mejorar el acceso a atención especializada y promover un enfoque más integral que garantice un manejo adecuado de la enfermedad, asegurando así una mejor calidad de vida para los pacientes.

Los datos de la ENSANUT (2018), muestran que un porcentaje significativo de personas en ambas entidades no cuenta con afiliación a alguna institución de salud. En el estado de México, el 45.6% de los encuestados no está afiliado, mientras que, en Baja California Sur, esta cifra es más baja (31.8%). Huerta- Fabela (2015), refiere que esta falta de afiliación puede ser un obstáculo importante para el acceso a tratamientos adecuados y oportunos para la diabetes, lo que potencialmente contribuye a peores resultados de salud en la población de adultos mayores en donde tanto los hombres como las mujeres tienen diferencias en cuanto a la derechohabencia en donde es más probable que los hombres gocen de este beneficio cuando envejecen que las mujeres y esto se debe porque cuando las mujeres enviudan los hijos se encargan de darles atención médica.

La atención médica recibida refleja también la estructura del sistema de salud. En el estado de México, el ISSSTE y los centros de salud son las principales fuentes de atención, mientras que en Baja California Sur se observa un mayor uso de hospitales. Sin embargo, el alto porcentaje de personas que acuden a consultorios de farmacias en el estado de México (10.5%), Así mismo Huerta (2015) sugiere que muchos adultos mayores optan por alternativas que podrían no ser las más adecuadas, posiblemente debido a la falta de confianza o de acceso a servicios públicos de salud.

En lo referente a los determinantes sociales y de salud Perez & Berenguer (2015), consideran algunos indicadores que intervienen en el proceso como lo son el nivel de ingreso, la educación, la ocupación, la accesibilidad a los servicios de salud, la inactividad física y el género, mientras que De la Paz, Proenza, Gallardo, Fernandez, & Mompie (2012), los cataloga en hábitos tóxicos entre los cuales están el tabaquismo, el alcoholismo y las dietas que no suplen las necesidades calóricas, por el contrario Moreno, Soto, Caprano, & Limon (2014), difieren en algunos determinantes como lo son la inactividad física, la alimentación y la distribución del ingreso; lo anterior mencionado representa a los determinantes que influyen en el desarrollo del

adulto mayor con diabetes, en donde los servicios de salud ambiental, planificación familiar, servicios de salud ocupacional, la promoción de la salud, las acciones preventivas y los servicios de diagnóstico y tratamiento, alargan la esperanza de vida de este grupo atareo.

Conclusiones

El envejecimiento y la mortalidad por diabetes en hombres y mujeres de 60 años y más en el estado de México y Baja California Sur subraya la necesidad de estrategias de salud pública que consideren las especificidades regionales y de género. Abordar estas disparidades es fundamental para mejorar la atención y los resultados de salud en una población envejecida, promoviendo un enfoque integral y equitativo en la lucha contra la diabetes en México.

Para abordar las desigualdades y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en ambas regiones, es fundamental adoptar un enfoque multidimensional que incluya la atención médica, la educación en salud y el acceso a recursos. Solo a través de un entendimiento profundo de estos factores se podrán desarrollar estrategias efectivas para reducir la mortalidad y mejorar el manejo de la diabetes en la población envejecida de México.

Los objetivos específicos que guiaron la investigación se validaron completamente en lo que respecta a identificar las condiciones de salud y derechohabiencia de las personas de 60 años y más que viven en el estado de México y Baja California Sur, que el 22% de la población de ambas entidades se encuentra integrado por adultos mayores y de estos el 44.4% son hombres y el 55.6% son mujeres, con lo que se concluye que existen más mujeres adultas mayores que sus homólogos, en ambos estados, en lo que concierne al estado con la población mayor de adultos mayores de 60 años y más se encuentra el estado de México, sin embargo la tasa de mortalidad por diabetes mellitus 2 convierte a Baja California Sur, en el estado con mayor decesos por esta afección. El 43.5% de la población acudió a hospitales del ISSSTE, seguidos del ISSSTE Estatal y el IMSS lo que las convierte en las instituciones con más afiliados de la muestra, así mismo hay que considerar que, aunque sean pacientes derechohabientes, las instituciones que les brindan atención en salud se encuentran a largas distancias de su domicilio.

El siguiente que habla de identificar las condiciones de salud y atención de las personas de 60 años y más con diabetes mellitus según su lugar de residencia ya sea el estado de México o Baja California Sur, el 11.5% de adultos mayores en ambas entidades, tienen diabetes mellitus 2, la cual fue detectada por un doctor, así mismo para llevar su control de la enfermedad el 66.5% solo la controla con pastillas, el 10.3% con insulina y el 11.9% no tiene ningún tratamiento de control, aunado a esto solo el 47.7% de los adultos mayores de 60 años y más, tienen un control mensual por parte de su doctor y su compromiso para atender la enfermedad.

El último específico que aborda el identificar las condiciones de derechohabiencia de la población de 60 años y más con diabetes mellitus en el estado de México y Baja California Sur, arroja que solo el 4.3% en los dos estados tienen afiliación por parte del IMSS, el 1.6% a la Secretaría de salud, el 1.2% al ISSSTE y el 1.4% al Seguro Popular, en lo que respecta a este último, tengamos en cuenta que solo cubre alrededor de 266 enfermedades, en comparación con el resto que tiene un catálogo más amplio en cuanto al diagnóstico de las enfermedades y su tratamiento.

La combinación de los tres objetivos mencionados con anterioridad, complementan en su totalidad al objetivo general que aborda el describir y comparar las condiciones de derechohabiencia y acceso a la salud entre la población de 60 años y más con diabetes mellitus entre el estado de México y Baja California Sur, en donde la comparación de las características sociodemográficas de personas de 60 años y más con diabetes mellitus e ambos estados, resalta disparidades significativas que deben ser atendidas, la atención debe enfocarse en mejorar la accesibilidad a diagnósticos y tratamientos, así también en la educación sobre el manejo de la diabetes, especialmente entre las mujeres y los grupos de edad más vulnerables.

En lo que respecta a las hipótesis, se puede concluir que a mayor derechohabiencia en las personas adultas mayores, se tendrá una menor tasa en diabetes la cual es válida dado que al, estar

afiliado a un sistema de salud puede facilitar la detección temprana, el tratamiento adecuado y la prevención de enfermedades como la diabetes. La segunda hipótesis referente a los residentes del estado de México, que son mayores de 60 años, presenta mayores tasas de diabetes, que sus homólogos en el estado de Baja California sur, la cual es válida ya que es determinante la densidad poblacional y la disponibilidad y acceso a servicios de salud pueden variar, afectando la prevención y tratamiento de enfermedades. La tercera hipótesis se refuta ya que habla acerca de que los hombres mayores de 60 años tienen mayor propensión de sufrir de diabetes que su contraparte de mujeres de 60 años, lo cual es incorrecto ya que, al haber más mujeres adultas mayores, por la esperanza de vida mayor tienen una mayor probabilidad de padecer diabetes y con ello desarrollar alguna comorbilidad que afecte su calidad de vida.

Por lo que abordar estas cuestiones es fundamental para reducir la carga de la diabetes en esta población y mejorar su calidad de vida lo que pone de manifiesto la necesidad de políticas de salud que aborden las desigualdades en el acceso a atención médica. Aumentar la afiliación a instituciones de salud, mejorar la infraestructura y garantizar el acceso a tratamientos adecuados son pasos esenciales para mejorar la calidad de vida de esta población vulnerable. Además, es crucial implementar programas de educación en salud que promuevan la prevención y el control de la diabetes, así como el manejo de sus complicaciones

En el caso de Trabajo Social y desde el marco de la teoría de la transición en salud que indica que es de vital importancia el mejorar las instituciones de salud para que sean adecuadas al tratamiento de las enfermedades y su prevención, y ante el proceso de envejecimiento que vive el mundo, es necesario una inversión en infraestructura y personal de salud capacitado.

Ante ello, es necesario profundizar la participación de las trabajadoras sociales en la toma de conciencia de las personas mayores y sus familias en las acciones de prevención y adhesión al tratamiento con el fin de reducir las tasas de mortalidad por diabetes, así como los efectos de esta

en la vida de las personas, así mismo, las trabajadoras sociales facilitan el acceso a servicios de salud, programas de asistencia social, apoyo legal y recursos comunitarios, asegurando que los adultos mayores reciban la atención que necesitan.

El trabajo social (TS), juega un papel fundamental en promover la autonomía de los adultos mayores, a medida que las personas envejecen, pueden enfrentar diversas limitaciones físicas, sociales y emocionales que afectan su capacidad para vivir de manera independiente, es por ello que TS es fundamental para la formulación y ejecución de políticas públicas que respondan a las necesidades de la sociedad, la colaboración entre trabajadores sociales y los responsables de hacer políticas puede conducir a un cambio significativo y sostenible en las condiciones de vida de las personas adultas mayores.

Así mismo hay que fomentar la colaboración entre trabajadores sociales, médicos, psicólogos y otros profesionales de la salud para abordar de manera integral las necesidades de los adultos mayores con enfermedades crónicas e involucrar a las comunidades en la investigación, permitiendo que los propios adultos mayores y sus cuidadores compartan sus experiencias y necesidades, con lo que se puede proporcionar una perspectiva más rica y contextualizada. Los TS podrían generar un catálogo de redes de colaboración entre instituciones académicas, organizaciones comunitarias y gubernamentales para compartir recursos y conocimientos sobre el envejecimiento y enfermedades crónicas.

Algunas de las limitaciones de la investigación fue el acceso a los datos, ya que algunos datos sociodemográficos no son considerados para las personas mayores o la ENSANUT no los ha considerado, tampoco se pueden observar desagregaciones por pertenencia étnica. Finalmente, una de las mayores limitaciones fue el tiempo en que se realizó la sistematización de resultados y su proceso de análisis.

Se recomienda indagar desde un enfoque cualitativo para entender la perspectiva que tienen los adultos mayores respecto a la diabetes, sus comorbilidades, como se desenvuelve en su entorno, la adhesión al tratamiento, el apoyo familiar, la atención médica e incluso el entorno sociodemográfico que los caracterizan solo por mencionar algunos e incluso priorizar el estudio de grupos que a menudo son pasados por alto, como las personas mayores de bajos ingresos, aquellas en zonas rurales o con discapacidad, y aquellos que enfrentan barreras lingüísticas o culturales.

Es de importancia el fomentar la creación de estudios sociales de envejecimiento y enfermedades crónicas degenerativas desde trabajo social, con lo que ampliaría el panorama en cuanto a la concepción de grupos vulnerables.

El aumento de la diabetes y el envejecimiento de la población están estrechamente relacionados, lo que presenta desafíos significativos, pero también oportunidades para mejorar la salud y el bienestar de las personas mayores. Se podría reducir la mortalidad asociada con la diabetes y permitir un envejecimiento más saludable y activo en las generaciones futuras al dirigirnos hacia la educación, facilitar el acceso a cuidados médicos y fomentar hábitos de vida saludables, para abordar completamente estas dificultades, será esencial que los gobiernos, las comunidades y el sector médico trabajen juntos, el futuro en la lucha contra la diabetes dependerá de nuestra capacidad para afrontar estos desafíos mediante un enfoque proactivo en educación, tecnología y salud pública.

A pesar de la preocupante situación actual, existen recursos y enfoques innovadores que podrían reducir el impacto de la diabetes en las próximas generaciones, los avances en medicina, tecnología y la promoción de estilos de vida saludables esbozan un camino hacia un envejecimiento activo y gratificante, aunque se anticipa una carga significativa en los sistemas de salud y el bienestar social. El reto será adaptar las políticas públicas y asignar fondos para atender a estas demandas emergentes es por ello, por lo que el envejecimiento y la diabetes son dos realidades

ineludibles que, al cruzarse, plantean desafíos significativos para la salud pública y el bienestar individual a medida que la población mundial envejece, la incidencia de diabetes y sus complicaciones aumentará, exigiendo un enfoque proactivo en la prevención y el manejo de esta enfermedad. Es esencial que tanto los individuos como las instituciones de salud adopten estilos de vida saludables y fomenten la educación sobre la diabetes para mitigar estos efectos, en última instancia, la colaboración entre gobiernos, profesionales de la salud, profesionales de las ciencias sociales y la comunidad puede trazar un camino hacia un futuro donde el envejecimiento y la diabetes se manejen de manera efectiva, promoviendo una vida más plena y saludable para todos.

Bibliografía

ADA. (Octubre de 2022). *American Diabetes Association*. Obtenido de <https://diabetes.org/diagnostico>

Agullo, P., & Martin, E. (2020). Intervención del Trabajo Social sanitario ante los determinantes de la salud. *Documentos de Trabajo Social*, 130-149. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7931015.pdf>

Bohorquez, C., Barreto, M., Muvdi, Y., Rodríguez, A., Martínez, A., & Mendoza, X. (13 de Octubre de 2020). Factores Modificables y Riesgo de Diabetes Mellitus Tipo 2. *Ciencia y Enfermería*, 26(14). Obtenido de <https://dx.doi.org/10.29393/ce26-7fmc70007>

Carmona D, Y., Moreno P, L., Méndez F, L., Escalona R, C., & Ortega P, J. (2018). Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes ancianos diabéticos con discapacidad funcional. *Revista Médica Electrónica*, 40(4), 1032-1044. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400011&lng=es&tlng=es

Carmona, Y., Moreno, L., Méndez, L., Escalona, C., & Ortega, J. (2018). Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes ancianos diabéticos con discapacidad funcional. *Revista Médica Electrónica*, 40(4), 1032-1044. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400011&lng=es&tlng=e

CEPAL. (Mayo de 2009). *Repositorio.cepal.org*. Obtenido de <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/af5ce7bb-d097-4550-9576-2a6824fb1514/content>

CEPAL. (10 de Enero de 2023). *cepal.org*. Obtenido de <https://www.cepal.org/es/enfoques/panorama-envejecimiento-tendencias-demograficas-america-latina-caribe>

CEPAL. (10 de Enero de 2023). *Comisión Económica para América Latina y el Caribe*. Obtenido de Panorama del envejecimiento y tendencias demográficas en América latina y el caribe: <https://www.cepal.org/es/enfoques/panorama-envejecimiento-tendencias-demograficas-america-latina-caribe#:~:text=En%202100%20la%20proporci%C3%B3n%20de,t%C3%A9rminos%20absolutos%20a%20nivel%20regional>.

CEPAL. (19 de Junio de 2024). *Comisión Económica para América Latina y el Caribe*. Obtenido de Envejecimiento: <https://www.cepal.org/es/subtemas/envejecimiento#>

CNDH. (2018-2023). *CNDH México*. Recuperado el 13 de 12 de 2023, de <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/cuales-son-los-derechos-humanos>

Comez, M., Jacome, S., C, Batista, F., Leite, S., Santana, V., . . . M. (2019). Perfil sociodemográfico de las personas mayores con diabetes. *Revista Enferm UFPE*, 13(3), 14-707. Obtenido de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236991>

Consejo Económico y Social. (15 de Abril de 2015). *Naciones Unidas*. Obtenido de <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmlBEDzFEovLCuW1AVC1NkPsgUedPIF1vfPMJvHEXEU4Khj3y6yINSyq8uIc4yr1KIHehQVVNZgAgEWyqbR1XXMVnhsxtwGsWPCA1Pm4%2ByDXFcGm23MpKe%2BqXJ>

CPEUM. (24 de Enero de 2024). *Diputados. gob.mx*. Obtenido de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>

Cuevas, M., & Cabello, G. (2023). Diabetes mellitus y envejecimiento, implicaciones del autocuidado para la salud en mujeres adultas mayores. *Itinerarios de trabajo social* (3), 40-48.
doi: <https://doi.org/10.1344/its.i3.40736>

de la Paz, C., Proenza, F., Gallardo, s., Fernández, P., & Mompié, L. (2012). Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. *Medisan*, 16(4), 489-497. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012000400001&lng=es&tlng=es.

Delgado, R. (2018). *El trabajo social en el ámbito de la salud: su posición dentro del paradigma biopsicosocial*. Obtenido de Biblioteca Complutense: <https://docta.ucm.es/entities/publication/5d2b8226-fa79-4553-842d-069acc3b7380>

Diario Oficial de la Federación. (7 de Junio de 2024). *Ley del Seguro Social*. Obtenido de IMSS.gob.mx: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/leyes/LSS.pdf>

Ferrer, A., Forminga, F., Padros, G., & Badia, T. (2015). Diabetes mellitus a los 85 años en la comunidad. *Atención Primaria*, 47(5), 9-318. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6985608/>

FID. (2021). *Atlas de Diabetes*. Obtenido de Federación Internacional de Diabetes: <https://diabetesatlas.org/data/en/world/>

FID. (Octubre de 2022). *Federación Internacional de Diabetes*. Obtenido de <https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes/facts-figures.html>

Filardo Llamas, C. (2011). Trabajo para la Tercera Edad. *Documentos de Trabajo Social* (49), 204-219.

FITS. (2016). *La función del trabajo social en los sistemas de protección social*. Obtenido de https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/ifsw-cdn/assets/ifsw_13427-7.pdf

Forminga, F., Gómez, H., & Mañas, L. (2015). Características diferenciales de la diabetes mellitus tipo 2 en el paciente anciano. papel de los inhibidores del dipéptido peptidasa. *Española de Geriatria y Gerontológica*, 51(1), 44-51. doi: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.04.002>

François, G. (2018). El envejecimiento en el mundo, consecuencias geopolíticas. *Vanguardia Dossier*, 69, 35-39. Obtenido de <https://shs.hal.science/halshs-01832357/>

Frenk, J., Bobadilla, J., Stern, C., & Freika, T. y. (1991). Elementos para una teoría de la transición en salud. *Salud Publica de Mexico*, 33(5), 448-462. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10633503>

Hernández, C. (Febrero de 2024). Vulnerabilidad social en personas con diabetes. *Diabetes* (85), 26-30. Obtenido de <https://www.revistadiabetes.org/wp-content/uploads/Vulnerabilidad-social-en-personas-con-diabetes.pdf>

Huerta, F. (2015). Situación de derechohabiencia de los adultos mayores en municipios con alto grado de envejecimiento del Estado de México. *Papeles de población*, 21(85), 109-139. Obtenido de Realizaron un estudio descriptivo retrospectivo de 50 adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus en Manzanillo de abril 2008 a enero 2010.

IFSW. (2024). *Definición Global del Trabajo Social*. Obtenido de International Federation of Social Workers: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/>

IMSS. (2024). *imssdigital*. Obtenido de Gobierno de México: <https://www.imss.gob.mx/imssdigital>

INE. (21 de Mayo de 2024). *Instituto Nacional de Estadística*. Obtenido de <https://www.ine.es/consul/serie.do?d=true&s=TM1664&c=2&>

INEGI. (2015). *Encuesta Intercensal*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Geografía:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825078966.pdf

INEGI. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Geografía: <https://www.inegi.org.mx/programas/ensanut/2018/>

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

INEGI. (2020). *Distribución de la población en México*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Geografía:
<https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/hgo/poblacion/distribucion.aspx?tema=me&e=13>

INEGI. (2020). *Distribución territorial Baja California Sur*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Geografía:
<https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/tableros/panorama/>

INEGI. (Abril de 2020). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Obtenido de Cuéntame INEGI: <https://cuentame.inegi.org.mx/territorio/extension/default.aspx?tema=T>

INEGI. (Panorama Sociodemográfico de México 2020 de 2020). *Panorama Sociodemográfico de México 2020*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Geografía:
<https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/tableros/panorama/>

INEGI. (2020). *Panorama sociodemográfico de Baja California Sur*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Geografía:
https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197742.pdf

INEGI. (12 de Noviembre de 2021). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*.

Obtenido de ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL DE LA DIABETES:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Diabetes2021.pdf

INEGI. (2021). *Población derechohabiente*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Geografía:

https://www.inegi.org.mx/app/cuadroentidad/CDMX/2021/05/5_2#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20derechohabiente%20se%20refiere,familiares%20o%20beneficiarios%20de%20ambos.

INEGI. (2022). *Mortalidad*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Geografía:

<https://www.inegi.org.mx/temas/mortalidad/#tabulados>

INEGI. (2023). *Encuesta sobre Salud y Envejecimiento en Mexico*. Obtenido de ENASEM:

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf

INEGI. (2023). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Obtenido de Demografía y Sociedad: <https://www.inegi.org.mx/temas/mortalidad/>

INEGI. (04 de Enero de 2023). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Obtenido de cuentame.inegi.org.mx: <https://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>

INEGI. (26 de Febrero de 2024). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)*. Obtenido de

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENOE/ENOE2024_02.pdf

INEGI. (26 de Febrero de 2024). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, población de 15 años y más de edad*. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/>

INEGI. (Julio de 2024). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Obtenido de Empleo y Ocupación: <https://www.inegi.org.mx/temas/empleo/>

ISSA. (2 de Mayo de 2022). *issa EXCELENCIA EN LA SEGURIDAD SOCIAL*. Obtenido de <https://www.issa.int/es/news/priorities-social-security-europe-new-issa-report>

Izquierdo, M., Diaz, P., Bustinzuriaga, M., & Leal, F. (2023). Calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus. *Salud, Ciencia y Tecnología- Serie de conferencias*. 2, pág. 501. Scopus. doi: <https://doi.org/10.56294/sctconf2023501>

López, R., Agis, J., Zaleta, A., Alonso, A., & Galindo, L. (2022). *Vejez, Envejecimiento y Adultos Mayores*. Pachuca: Fondo editorial UAEH. doi: <https://doi.org/10.29057/books.81>

Manuera, G. (2002). *Universidad Complutense Madrid*. Obtenido de <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/47593686-1d21-4697-836b-3ff757717c49/content>

Mejía, A., Aveiga, H., & Villa, S. (2021). Resultados de una investigación en personas adultas mayores con diabetes mellitus tipo II en el centro del diabético en la Ciudad de Tena. *Dilemas Contemporáneos; Educación, Política y Valores*, 9(1). doi: <https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i1.2901>

Mexico como vamos. (26 de Julio de 2023). *ENIGH 2022*. Obtenido de <https://mexicocomovamos.mx/publicaciones/2023/07/enigh-2022-como-vamos-con-los-ingresos-y-gastos-de-los-hogares/#:~:text=La%20ENIGH%202022%20presenta%20una,ingreso%20trimestral%2C%20con%204.2%25>.

Montes de Oca, V. (8 de Julio de 1999). *Envejecimiento. Sociales. unam*. Obtenido de http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/montes_de_oca.pdf

Montiel, C., & Domínguez, G. (2011). Aproximación cualitativa al estudio de la adhesión al tratamiento en adultos mayores con DMT2. *Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(2), 7-18. Obtenido de <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/19242>

Montoya, H., Mancilla, B., Lozano, M., & Ponce, S. (2024). Calidad de vida en pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de diabetes tipo 2. *Ciencia Latina Revista Científico Multidisciplinar*, 8(1), 11227-11241. doi: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.10427

Moreno, A., Soto, E., Caprano, S., & Limon, C. (2014). Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 77(3), 114-123. doi:<https://doi.org/10.1016/j.hgmx.2014.07.002>

Morros, G., Borda, M., Reyes, O., Chavarro, C., & Cano, G. (2017). Anciano con diabetes y factores asociados: Estudio SABE-Bogotá Colombia. *Acta Medica Colombiana*, 42(4), 230-236. doi: <https://doi.org/10.36104/amc.2017.942>

Nucii, N., Crosetto, R., Bilavcik, C., & Miani, A. (2018). La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública. *Conciencia Social*, 2(1). Obtenido de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/19938>

OIT. (2019). *Organización Internacional del Trabajo*. Obtenido de <https://www.oitcinterfor.org/taxonomy/term/3366?page=1>

OIT. (1 de Septiembre de 2021). *Informe Mundial sobre la Protección Social 2020-2022*. Obtenido de https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_817717/lang--es/index.htm#:~:text=En%20la%20actualidad%2C%20s%C3%B3lo%2047,sistema%20de%20protecci%C3%B3n%20social%20nacional.

OIT. (15 de Diciembre de 2023). *ilo.org*. Obtenido de Organización Internacional del Trabajo: <https://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/social-security/lang--es/index.htm>

Olivi, A., Fada, G., & Pizzi, M. (Junio de 2015). Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. *Papeles de población*, 21(84). Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252015000200009

OPS. (Octubre de 2022). *Organización Panamericana de Salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/diabetes#:~:text=La%20diabetes%20es%20una%20enfermedad,los%20ri%C3%B1ones%20y%20los%20nervios>.

Ortiz, R. (2020). La seguridad social en México y en el mundo. En M. M. Rivera, & F. J. Soberanes, *Temas y tópicos jurídicos a propósito de Serafín Ortiz Ortiz* (págs. 471- 486). Coyoacán, Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México. Obtenido de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/13/6028/36.pdf>

Padrón, G., Crespo, F., Breijo, H., Gil, F., & Sandrino, S. (2013). Características epidemiológicas y clínicas de los ancianos con diabetes mellitus. *Ciencias Médicas de Pinar del Rio*, 17(4), 2-10. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000400002&lng=es&tlng=es.

Palomo, C., & Denman, C. (2019). Actividad física en los adultos con y sin diabetes en México. *De Ciencias Activas y el Deporte*, 8(3), 13-28. doi: <https://doi.org/10.24310/riccafd.2019.v8i3.5789>

Pérez, R., & Berenguer, G. (2015). Algunos determinantes sociales y su asociación con diabetes mellitus tipo 2. *Medisan*, 19(10), 1268-1271. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192015001000012&lng=es&tlng=es.

RAE. (2023). *Real Academia Española*. Obtenido de Diccionario de la lengua española: <https://dle.rae.es/sexo>

RAE. (2023). *Real Academia Española*. Obtenido de Diccionario de la lengua española: <https://dle.rae.es/edad>

RAE. (Octubre de 2023). *Real Academia Española*. Obtenido de <https://dle.rae.es/migraci%C3%B3n>

Rodríguez, R., Celada, R., Romero, A., & Tárraga, L. (2021). Análisis de la relación entre la diabetes mellitus 2 y la obesidad con los factores de riesgo cardiovascular. *Journal of Negative and no positive results*, 6(2), 411-433. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2021000200012

Russo, M., Burgos, M., Molaro, A., & Bonella, M. (2023). Prevalencia de la diabetes, características y complicaciones. *Archivos de Cardiología de México*, 93(1), 30-36. doi: <https://doi.org/10.24875/ACM.21000410>

Salgado de Snyder, N., González, T., Bojorquez, L., & Infante, C. (2007). Vulnerabilidad social, salud y migración México. *Salud Pública de México*, 49, 8-10.

Sander P, M., Vernet, M., Larrosa, P., & Foz, M. (2002). Características sociodemográficas y clínicas de una población de pacientes con diabetes mellitus. *Atención Primaria*, 29(8), 478-80. doi:10.1016/s0212-6567(02)70616-1.

Sotolongo, A. (2022). Caracterización de los gerontes diabéticos tipo, según variables clínico-epidemiológicas punta brava 2020. *Habanera de Ciencias Médicas*, 21(3). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2022000300005&lng=es&tlng=es

Tapia, J. (2006). Objetivos del sistema de salud en México: importancia para la población y sus determinantes. *Salud Publica*, 48(2), 113-126. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000200005&lng=es&tlng=es

Tisnès, A., & Salazar Acosta, L. (Junio de 2016). Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social. *Papeles de población*, 22(88), 209-236. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252016000200209

UPO. (2024). *Fundación Universidad Pablo de Olavide*. Obtenido de Universidad Pablo de Olavide: <https://www.upo.es/formacionpermanente/trabajo-social-en-el-ambito-sanitario-apoyo-integral-para-la-salud/>

Varga, U., & Casas, F. (2016). Epidemiología de la diabetes mellitus en Sudamérica, la experiencia de Colombia. *Clínica e Investigación en arteriosclerosis*, 28(5), 246-256. doi: <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2015.12.002>

Vargas, C. (2023). Barreras en el acceso a medicamentos para tratamiento de la diabetes mellitus en Chile. *De la sociedad Argentina de Diabetes*, 57, 4-5. Obtenido de <https://revistasad.com/index.php/diabetes/article/view/640>