

Envejecimiento en México: perspectiva del Instituto Mexicano del Seguro Social

Carlos Durán-Muñoz,¹ Carmen García-Peña,¹
Katia Gallegos-Carrillo,¹ Ricardo Pérez-Cuevas,²
Héctor Gómez-Dantes,³ Luis Durán-Arenas²

El envejecimiento de la población es un proceso influenciado exitosamente por las políticas de salud pública instrumentadas durante el siglo XX. En los países desarrollados, la población de ancianos se ha incrementado gradualmente como resultado de una temprana y paulatina disminución de la fertilidad, acompañada de adecuadas condiciones de vida bajo el marco de un desarrollo social, político y económico. Los avances tecnológicos en el campo de la medicina, tales como la aplicación de nuevas técnicas diagnóstico-terapéuticas y de prevención, contribuyeron mucho tiempo después.

En los países en desarrollo, el envejecimiento poblacional es un proceso tan inevitable como ineludible que ocurre aceleradamente debido a la rápida disminución en la fecundidad y al incremento en la esperanza de vida. Esto se da como resultado de la implementación de intervenciones en salud basadas en los avances científico-tecnológicos que se convirtieron en medidas efectivas para prevenir y tratar muchas enfermedades que provocaban la muerte prematura de las personas antes de que llegasen a ser ancianos. Una característica del envejecimiento en los países en desarrollo es el incremento en la esperanza de vida sin que exista un cambio de las condiciones generales de vida. A diferencia de lo que sucedió en los países industrializados, el envejecimiento se genera en paralelo a los problemas sociales tales como la pobreza y las distintas expresiones de discriminación social.

A inicios del siglo XX la población mexicana apenas aglutinaba a 13.6 millones de habitantes. Entre 1900 y 1930, la tasa de crecimiento fue de 0.7%, mientras que durante las dos décadas siguientes llegó a ser de 2.2% con lo cual, hacia mediados del siglo anterior, la población ascendió a 25.8 millones. En 1970 la población

¹ Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Área envejecimiento. Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

² Coordinación de Asesores- Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS

³ División Técnica de Información Estadística en Salud, IMSS

mexicana alcanzó 48.2 millones de habitantes, casi el doble de la existente en 1950. El ritmo de crecimiento de la población durante dicho periodo aumentó a 3%, favorecido por la disminución sostenida de la mortalidad y el aumento en la fecundidad que se observó hasta mediados de los 60. Los resultados del XII Censo de Población y Vivienda 2000, mostraron que la población mexicana ascendió a 97.4 millones de habitantes a finales del siglo. La población existente en 1970 tardó más de 30 años en duplicarse, lo que también se refleja en una disminución de la tasa de crecimiento. Como resultado del notable descenso de la fecundidad y la pérdida de la población por migración, el crecimiento bajó a 2.6% de 1970 – 1990, y a 1.8% durante la última década del siglo pasado.

El descenso de la mortalidad también refleja los avances en políticas públicas en salud que México alcanzó durante el siglo anterior. Los niveles de mortalidad disminuyeron en forma constante desde los años 30, y ese descenso se reflejó en la estructura por edad de la población y en su ritmo de crecimiento. El análisis de la mortalidad por causas presenta un cambio importante en el patrón epidemiológico nacional ya que se pasó de un patrón de mortalidad dominado por las enfermedades infecto-contagiosas, a otro donde destacan las enfermedades crónico-degenerativas, mismas que se aglutinan en los grupos en edades avanzadas. Así, en 1930 la mitad de las defunciones registradas eran originadas por enfermedades infecciosas y parasitarias (47%), y a medida que se intensificaron los programas sanitarios y las campañas de vacunación, la presencia de estas enfermedades disminuyó; en 1999, sólo 4.4% de los decesos fueron causados por este tipo de enfermedades. Por otro lado, los tumores pasaron de 0.7% en 1930 a 12.7% en 1999; de manera similar las defunciones por accidentes y violencias se triplicaron durante ese periodo, al representar 12.3% en 2001.

La esperanza de vida al nacer es uno de los indicadores más importantes que demuestra las condiciones de salud en las que vive la población. Entre 1930 y el año 2000, este indicador pasó de 34 a 75 años; con una ganancia de 40 años para los hombres y 43 años para las mujeres en el periodo. Debido al incremento en la esperanza de vida y a las características propias de la patología emergente, aspectos tales como la morbilidad y las consecuencias no letales de la enfermedad deberán ser los elementos centrales en el estudio del envejecimiento.

El importante descenso de la fecundidad y de la mortalidad transformó el volumen y el ritmo de crecimiento de la población, favoreciendo los cambios de la estructura poblacional por grupos de edad. Lo anterior se observa en la reducción de la población menor de 15 años y se traduce en un aumento del volumen y porcentaje de población que supera los 60 años de edad. Estos cambios evidenciaron que la población mexicana, a pesar de presentar una estructura joven, había comenzado un proceso de envejecimiento.

En México, tradicionalmente se han propuesto las edades de 65 a 74 años y de 75 años y más, para establecer las diferencias entre los grupos de tercera y cuarta edad, respectivamente. El grupo de 65 a 74 años representa a las edades avanzadas pero aún con oportunidades para una vida en condiciones aceptables de funcionalidad y salud. El límite de inicio a los 65 años de edad se determina en mucho por los parámetros de la seguridad social, los cuales definen este momento como la edad normal de la jubilación. Dentro del grupo de 75 años y más, la gran mayoría de la población sufre pérdidas en su capacidad para realizar actividades de la vida diaria, frecuentemente derivadas de problemas físicos serios y de enfermedades crónico-degenerativas. Esto ocasiona una creciente dependencia del resto de los integrantes de la familia para el sostén y el cuidado de sus necesidades más básicas.

En la Asamblea Mundial del Envejecimiento de la Organización de las Naciones Unidas celebrada en Viena, Austria en 1982, se decidió adoptar la edad de 60 años como inicio de la vejez, basándose en tres criterios:

- La edad promedio de expectativa de vida en el ámbito mundial
- La edad promedio de jubilación mundial
- La edad promedio de aparición de padecimientos geriátricos

En México, el grupo de ancianos (60 años y más) es el que ha crecido más rápidamente desde hace 15 años. Representan un total de 7.5 millones de personas y, abarcan 7.3% del total de la población. Su crecimiento anual es de 3.75%, lo que significa que duplicará su tamaño actual cada 18.7 años. Esto se debe a que el incremento poblacional se ha concentrado en las personas en edad de trabajar cuyo monto asciende actualmente a 63.2 millones de individuos, el equivalente a casi dos terceras partes (62.6%) de la población. Las personas que integran este grupo, continuarán aumentando su número en las próximas décadas y con ello también lo hará el potencial productivo y de creación de riqueza de nuestro país.

De esta forma, con la disminución de la fecundidad se establece una relación cada vez más favorable entre la población en edades dependientes y la población en edades laborales, ha generado el llamado *bono o dividendo demográfico*. Esta disminución en la razón de dependencia general ocurrirá durante las siguientes tres décadas, no obstante que el aumento de la población de la tercera edad será considerable. Ello abre una ventana de oportunidad transitoria que el país podría aprovechar para estimular el ahorro interno, efectuar inversiones en salud, educación y capacitación laboral, promover la creación de puestos de trabajo productivos y adecuadamente remunerados, y prepararse tanto para aprovechar las oportunidades creadas por la nueva realidad demográfica, como para enfrentar

los desafíos demográficos futuros. Esta ventana permanecerá abierta hasta que la dinámica de crecimiento de la población de adultos mayores incida sobre la razón de dependencia.

La razón de dependencia refleja los cambios en la estructura por edad de la población. Este indicador puede descomponerse en dos: la dependencia juvenil y la de los ancianos, que en el primer caso se obtiene del cociente que resulta al dividir la población menor de 15 años entre la población en edades laborales, y en el segundo, a la población de 60 años ó más entre la que se encuentra en edad de trabajar. La razón de dependencia total deriva de la suma de ambos indicadores.

La razón de dependencia juvenil, que ascendía en 1950 a 75.8 menores de 15 años por cada 100 personas en edad laboral, mantuvo un crecimiento continuo hasta 1970, cuando alcanzó su nivel máximo (98.9 por 100). En las tres siguientes décadas, como resultado del descenso pronunciado de la fecundidad, la dependencia juvenil se redujo significativamente hasta registrar un valor de 53.5 en el año 2000. La proyección de esta razón hacia los años 2025 y 2050 es de 34.3 y 31.1, respectivamente. Por su parte, la razón de dependencia de los ancianos se mantuvo en niveles relativamente bajos, al pasar de 7.3 en 1950 a 8.2 en el año 2000. Sin embargo, de mantenerse su aumento, se estima que la razón será de 13.8 en 2025 y se elevará a 30.0 para el 2050. Como resultado de la trayectoria seguida por ambos indicadores, la razón total de dependencia aumentó de 83 dependientes por cada 100 en edad productiva en 1950 a casi 108 en 1970. Con el descenso en la fecundidad, la razón de dependencia invirtió su tendencia y disminuyó de manera significativa a 96.2 en 1980 y a 61.3 en 2000. Las proyecciones indican que el bono demográfico se agotará entre 2025 y 2050, al pasar la razón de dependencia general de 48.1 a 61.1, respectivamente.

Una vez culminado el periodo del *bono demográfico*, el envejecimiento de la población provocará en el largo plazo un creciente desbalance entre la población trabajadora y la de edades avanzadas, lo que impondrá fuertes presiones a los sistemas de jubilación e implicará una cuantiosa reasignación de recursos hacia los servicios de salud y de seguridad social. De manera paralela, demandará importantes transformaciones en la organización y estructura interna de las familias, ya que muchos de los problemas que acompañan al envejecimiento serán trasladados a este ámbito como única salida para su solución.

Este proceso de cambio demográfico también se reflejará en la composición del electorado, con lo cual la agenda del gobierno y de las plataformas de las organizaciones y partidos políticos se verá profundamente modificada. Todos estos aspectos sugieren la necesidad de explorar las consecuencias e implicaciones del envejecimiento demográfico, reconocer los costos y beneficios sociales que le acompañan y preparar propuestas legislativas, así como planes y programas institucio-

nales para hacerle frente a sus manifestaciones y atenuar sus consecuencias a corto, mediano y largo plazos. Esto es más relevante aún, si tomamos en cuenta que las proyecciones sugieren que al país y a la mayoría de las entidades federativas les tomará la mitad del tiempo alcanzar una estructura demográfica similar a la que tienen hoy en día los países más envejecidos.

La dinámica del envejecimiento demográfico tendrá profundas consecuencias económicas, sociales, políticas y culturales e incidirán en la formación de un amplio espectro de comportamientos, demandas y necesidades que giran en torno a la segmentación por edades de la población. Los Sistemas de Salud deberán adaptarse tomando en cuenta estas transformaciones. Esta acumulación colectiva de deterioros de salud asociados a la vejez, tendrá manifestaciones y características propias. Estos cambios tenderán a cuestionar la organización actual de muchas de nuestras instituciones, dando pie a nuevas pautas de necesidades y demandas que favorezcan su reorganización. Por ejemplo, en el ámbito económico, la población activa deberá mantener, a través de mecanismos diversos de transferencia de recursos, a un número creciente de adultos mayores dependientes y suministrarles los satisfactores básicos para que tengan una vida digna. En los servicios se requerirán menos guarderías, menos maestros y escuelas de educación básica, menos servicios obstétricos y pediátricos y, en contraparte, seguramente más geriatras, gerontólogos y especialistas en la atención de enfermedades crónico-degenerativas, más casas de día y servicios de recreación para ancianos.

La transformación de la estructura etárea de nuestra población de un problema demográfico a uno social no sólo surge al incrementarse el número de ancianos, sino al rebasarse la respuesta social organizada para dar respuestas a nuevas necesidades y demandas. Más aún, el envejecimiento se agudiza como problema social cuando se acompaña de pobreza, enfermedad, discapacidad y aislamiento social acompañado por la intersección de distintas expresiones de la desigualdad tales como la clase social, la etnicidad y el género. Así nos encontramos con un escenario que lleva a plantear innumerables objetivos de interés para la adecuación de políticas sociales, de salud y de población.

Las consideraciones que transforman al envejecimiento en un problema, se dan cuando en las últimas etapas del curso de una vida se incrementan ciertos riesgos, tales como:

- Disminución en capacidad física y mental
- Disminución de la autonomía y la adaptabilidad
- Menoscabo de roles familiares y sociales
- Retiro del trabajo
- Pérdida de capacidad económica

- Cese de otras actividades
- Deterioro en la salud de consecuencias incurables y progresivas

Es claro que no todas las personas ancianas llegan a desarrollar dependencia de sus familias y del entorno social. Incluso algunas guardan un alto grado de funcionalidad e independencia, cuya actividad aporta a la sociedad. De hecho, si todas las personas mantuvieran esta condición, el envejecimiento no se enfrentaría como un problema. El objetivo es minimizar los riesgos que acompañan a la vejez, aminorar sus consecuencias y aumentar las posibilidades para una vejez en el máximo bienestar, no sólo para el anciano, sino para todo el entorno familiar, social y económico que lo rodea.

Entre los determinantes del perfil epidemiológico de los ancianos, tenemos:

- i) la mayor expectativa de vida;
- ii) los cambios biológicos asociados con la edad;
- iii) el capital genético heredado y moldeado en el transcurso de la vida;
- iv) la acumulación de riesgos, en particular los asociados con los estilos de vida y los ocupacionales;
- v) la oportunidad de expresión de los periodos de latencia de las enfermedades;
- vi) el contexto ecológico y las características socioeconómicas; y
- vii) el acceso y uso de los servicios de salud.

Aun cuando el envejecimiento es un proceso que afecta por igual a todos los organismos vivos, en el caso de las poblaciones humanas, no todos los individuos envejecen homogéneamente en razón de la distribución de los factores enunciados anteriormente. El estudio de dichas diferencias nos permitirá conocer aquellos patrones de envejecimiento exitoso al que debiéramos aspirar como sociedad.

El Buen envejecimiento propuesto por Rohan y Kant en 1997, incluye:

- Minimizar las incidencias y prevalencias de enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes
- Mantener altas tasas de funcionalidad física y mental
- Disponer de recursos materiales con independencia en su disposición y manejo
- Desarrollar una sociedad y estructura familiar que permitan contactos e intercambios de ayuda material y apoyo emocional
- Realizar actividades productivas y satisfactorias, no necesariamente remuneradas

México se ha sumado a los esfuerzos internacionales para lograr bienestar a la población de ancianos, ha participado en diversas reuniones y foros internacionales sobre el tema, y ha signado compromisos internacionales. En 1982 asistió a la *Asamblea Mundial sobre Envejecimiento* en Viena, en 1994 participó en la Cumbre de Población de El Cairo y en 1995 en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social en Copenhague, en las cuales se comprometió a desarrollar instrumentos jurídicos, económicos, sociales y culturales que favorezcan el desarrollo de las personas de edad avanzada. Desde 1991, la Organización de las Naciones Unidas aprobó la resolución 46/91 sobre los *Principios en favor de las personas de edad*, exhortando a los gobiernos a que los incorporasen en sus programas nacionales en la medida de sus posibilidades, a fin de dar más vida a los años que se han agregado a la vida. Igualmente, la Asamblea General de la ONU, en sus Resoluciones 46/91, 46/94 y 45/106, recomendó que se definiera un conjunto de objetivos mundiales relativos al envejecimiento para el año 2001, que sirvieran de orientación paradigmática a las metas amplias del *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento*; también recomendó que se acelerara la ejecución de dicho plan. La finalidad fundamental de los objetivos mundiales es apoyar la labor que despliegan los países en relación con el envejecimiento de las poblaciones, así como crear un entorno en el que el talento de las personas de edad avanzada encuentre plena expresión y queden cubiertas sus necesidades de atención.

El envejecimiento y la enfermedad son dos procesos del mismo individuo que no necesariamente resultan sinónimos; ya que existen ancianos que no están enfermos y muchos enfermos crónicos que no son ancianos. Es evidente la relación estrecha entre estas dos características, y que la probabilidad de presentar enfermedades crónicas se incrementa con la edad, independientemente de otros factores; sin embargo, también sabemos que es posible “comprimir el periodo de enfermedad” hasta los últimos años de la vida. Este último fenómeno requiere que los sistemas de salud instrumenten políticas adaptando el objetivo propuesto por organismos internacionales donde se vislumbra al envejecimiento como saludable, activo y productivo.

Para lograr este tipo de envejecimiento, la Organización Mundial de la Salud ha propuesto utilizar la perspectiva del *ciclo de vida*, donde se plantea que las acciones de prevención y promoción de la salud deben instrumentarse en etapas tempranas de la vida, de tal forma que, a través de múltiples etapas, el objetivo fuera mejorar las condiciones de vida y salud para los ancianos del futuro. Idea congruente con el beneficio que otorga el llamado “bono demográfico”, antes enunciado.

Ahora, la atención de la salud de los ancianos no debería reducir un problema complejo hacia acciones puntuales dirigidas a un problema de salud, aislado de su entorno, ya que en consecuencia, se dificultará el mejoramiento de las condiciones

de salud en este grupo de población. Atender la salud de los ancianos implica instrumentar acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria que permitan evitar o restringir todos los daños posibles a la salud potenciados durante el proceso fisiológico del envejecimiento. Así los programas de salud, dirigidos a los ancianos, deberían incluir la vigilancia y corrección de las pérdidas sensoriales, de la salud oral, de la incontinencia y de la capacidad física y mental. Debe incluir acciones para la prevención y el control de problemas crónicos de salud producidos por la carga genética y los factores ambientales a los que el individuo ha estado expuesto. Es necesario analizar cuáles son las mejores formas de tratamiento de los problemas agudos de salud más comunes entre los ancianos, como son las diarreas y las infecciones respiratorias, ya que aún en el plano internacional existe controversia acerca de su presentación y de sus formas de tratamiento. Se debe hacer un análisis y manejo cuidadoso de los medicamentos que se suministran a los ancianos, dadas las características fisiológicas del envejecimiento, a fin de establecer guías que permitan un adecuado manejo farmacológico de la patología común del anciano. De esta forma, la intervención del Sistema de Salud, a través de la prestación de servicios de salud, se involucra ante la población anciana con una visión horizontal, dando satisfacción a las necesidades y demandas en materia de salud, brindando atención a lo largo de la historia natural de las enfermedades propias de los ancianos (prevención, diagnóstico, tratamiento, control, rehabilitación y paliación), sin descuidar los ambientes modificables que influyen positiva o negativamente el proceso salud enfermedad. Con este motivo, las acciones enunciadas se deberán apoyar en la exploración de recursos externos al Sistema de Salud, a fin de orientar esfuerzos y potencializar el efecto de las intervenciones; entre los recursos mencionados resultan importantes los recursos familiares, financiero-económicos, redes de apoyo sociales e interinstitucionales.

El IMSS, a través de la Unidad de Investigación sobre Envejecimiento, ha planteado un proyecto de investigación, con objetivos encaminados a proporcionar el conocimiento necesario para implantar ese tipo de políticas en la institución; así, se propone determinar las necesidades sociales y de salud de los derechohabientes mayores de 60 años, y establecer el perfil de utilización de servicios de salud por parte de éstos.

En el IMSS la proporción de afiliados mayores de 60 años es muy superior al promedio de la población mexicana. La explicación la encontramos en las características propias de la seguridad social y en el tiempo de evolución que ésta tiene en nuestro país. Las cohortes de trabajadores asegurados paulatinamente han envejecido; por otra parte, se trata de un problema económico, es decir, el costo de la atención médica que requiere un individuo de este grupo de edad, que padece de uno o más problemas crónicos, hace que la población busque y aproveche las mejores alternativas posibles para adquirir cobertura por la seguridad social en el IMSS, al

identificarla como una alternativa “barata” (para el individuo y su familia) y geográficamente accesible.

El análisis demográfico está basado en la población derechohabiente adscrita a médico familiar, es decir, las cifras absolutas notificadas son menores a las de la población afiliada. Se decidió utilizar esta base poblacional porque representa aquella demandante de servicios, sobre la que se deberán definir las futuras estrategias de atención y las respectivas políticas de salud.

El cuadro I señala la población en números absolutos y por grupos de edad por quinquenios hasta 2010 para el caso de la población del IMSS y hasta 2050 para la población notificada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). La proporción de la población asegurada con respecto al total de la población nacional notificada se incrementó de 25.19% en 1995 a 31.24% en 2000 y se prevé que para 2010 este incremento será del 38.9%. La población del IMSS tuvo un incremento de 30.31% entre 1991 y 2000. Para el año 2010 se espera un incremento de 82.91%.

Distribución de la población de ancianos

El incremento en la proporción de población anciana es profundo y como es fácil predecir, tendrá serias implicaciones en la organización de los servicios de salud. La población nacional notificó 6.3% de ancianos mayores de 60 años en 1995, el incremento para el 2050 será de 31.48%, es decir, el ritmo de envejecimiento será más acelerado que en otros países y se alcanzarán proporciones similares a las de los países desarrollados en un número menor de años. En el caso del IMSS, habrá 13.91% de ancianos en 2010 pero esa cifra superará la que el país alcanzará en 2020 que será de 12.83%. Si se analiza el cambio por grupos de edad, es de llamar la atención que el grupo de 80 y más crecerá aceleradamente.

La figura 1 presenta la comparación en la distribución poblacional por grupo de edad y sexo, entre la población nacional y la del IMSS. A diferencia del panorama nacional, que replica la situación de otros países y donde la razón de hombres por 100 mujeres se mantiene por debajo de 100 y disminuye aún más en los mayores de 80 años, el IMSS presenta razones de sexo invertidas que se incrementan en el grupo de 80 años y más.

Índice de envejecimiento

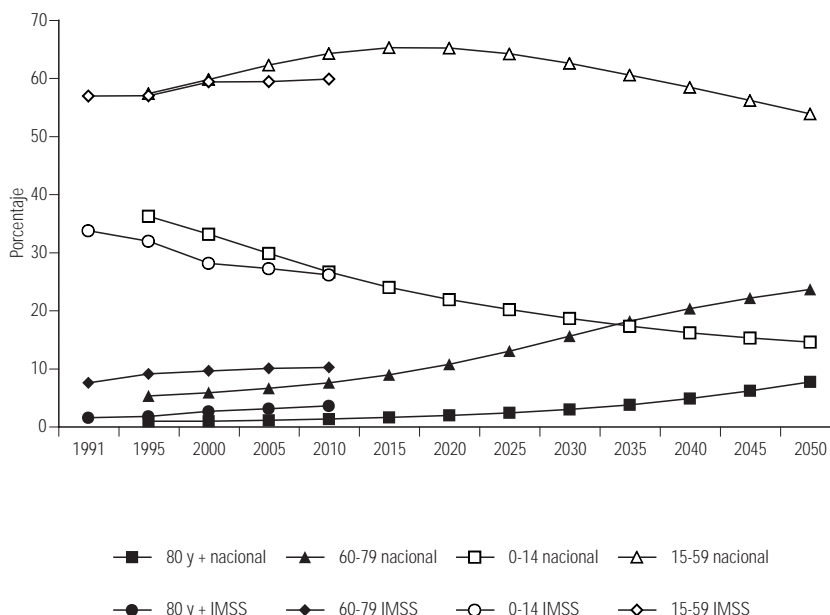
En los últimos 25 años el índice de envejecimiento, entendido como la razón de personas de 60 y más sobre los niños menores de 15 años se ha incrementado de 12.2 a 20.9. Si se analiza la población notificada por el INEGI, el índice se incrementará a 215.27 para 2050, es decir habrá dos ancianos por cada menor de 15 años. En

Cuadro I
Evolución de la población general en México (1995-2050)
y de la adscrita a médico familiar en el IMSS (1991-2010)

Indicador	Edad	Población adscrita a médico familiar en el IMSS					Población general en México										
		1991	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2050				
Población total		23 876 361	23 179 760	31 113 793	37 105 367	43 674 577	91 992 164	99 582 251	106 306 438	112 230 723	117 494 347	122 106 672	125 956 996	128 926 906	131 000 099	132 392 222	131 576 077
0-14		8 072 059	7 417 012	8 773 558	10 120 746	11 438 798	33 373 604	33 057 526	31 761 867	29 953 471	28 238 374	26 786 777	25 466 738	24 105 350	22 722 090	21 430 973	20 286 691
15-59		13 604 535	13 217 316	18 491 727	22 060 002	26 157 992	52 802 087	59 604 672	66 238 240	72 172 321	76 736 093	79 653 674	80 903 039	80 732 197	79 384 655	77 307 252	74 430 643
60-64		636 637	727 294	986 071	1 174 067	1 355 173	1 818 675	2 149 095	2 540 766	3 106 969	3 918 607	4 910 671	6 033 462	7 064 005	7 906 700	8 278 912	8 687 447
65-69		531 800	611 061	853 006	1 073 649	1 286 153	1 400 452	1 678 469	1 999 499	2 379 600	2 928 871	3 714 211	4 674 130	5 758 088	6 759 130	7 582 206	8 353 161
70-74		374 295	478 144	677 412	847 152	1 025 733	1 022 495	1 239 024	1 501 275	1 804 511	2 166 428	2 687 123	3 327 459	4 332 575	5 355 980	6 308 957	7 095 773
75-79		274 000	300 814	493 500	652 260	876 750	676 845	848 549	1 043 794	1 280 540	1 557 908	1 890 283	2 364 173	3 034 670	3 857 565	4 791 987	5 667 184
80-84		195 426	218 688	297 038	396 840	507 890	468 218	509 885	652 793	817 153	1 019 638	1 258 841	1 545 004	1 950 055	2 523 371	3 231 637	4 037 345
85 y +		187 609	209 431	541 481	780 651	1 086 088	429 788	495 031	568 204	716 158	928 428	1 205 092	1 542 991	1 949 986	2 490 608	3 246 669	4 235 540
Hombres total		11 508 910	10 998 633	15 433 591	18 220 644	21 642 183	45 600 353	49 357 321	49 357 321	55 576 517	58 156 275	60 416 342	62 301 467	63 750 548	64 754 821	65 316 150	65 400 639
0-14		4 074 463	3 740 136	4 470 280	5 160 905	5 836 285	16 926 747	16 778 584	16 778 584	15 218 060	14 352 759	13 619 864	12 952 471	12 262 767	11 561 056	10 905 723	10 324 790
15-59		6 398 363	6 064 129	8 790 500	10 619 393	12 762 580	25 962 939	29 340 975	29 340 975	35 611 667	37 918 665	39 431 468	40 116 307	40 101 465	39 491 270	38 502 982	37 107 959
60-64		292 415	330 985	460 397	551 792	641 894	872 442	1 030 521	1 030 521	1 490 027	1 816 000	2 348 402	2 908 221	3 418 571	3 851 074	4 054 981	4 269 932
65-69		253 549	284 658	412 737	523 088	632 271	663 367	798 260	798 260	1 133 129	1 395 261	1 767 573	2 223 430	2 761 273	3 255 272	3 675 806	3 877 397
70-74		176 748	232 661	335 553	416 113	503 993	475 818	580 192	580 192	849 068	1 021 760	1 268 652	1 617 462	2 044 795	2 548 929	3 016 322	3 416 030
75-79		132 026	145 656	256 211	336 846	424 113	307 487	389 087	389 087	594 027	723 727	880 079	1 102 344	1 414 940	1 799 590	2 254 822	2 679 652
80-84		94 212	104 145	147 510	211 536	276 992	207 413	227 459	227 459	370 176	464 273	574 083	706 270	892 924	1 155 658	1 481 245	1 866 945
85 y +		87 134	96 763	273 908	400 971	564 055	184 140	212 243	212 243	309 833	403 830	526 221	674 762	853 813	1 091 972	1 424 269	1 858 630
Mujeres total		12 367 451	12 181 127	16 346 793	18 884 723	22 032 394	46 391 811	50 224 930	53 637 692	56 654 206	59 338 072	61 690 330	63 655 529	65 176 358	66 245 278	66 862 443	66 997 373
0-14		3 997 596	3 676 876	4 303 278	4 959 841	5 602 513	16 446 857	16 278 942	15 632 494	14 735 411	13 885 615	13 166 913	12 514 267	11 842 583	11 161 034	10 525 250	9 962 029
15-59		7 206 172	7 152 887	9 701 227	11 440 609	13 395 412	26 839 148	30 263 697	33 594 810	36 560 644	38 817 428	40 222 206	40 786 532	39 893 385	38 804 270	37 322 684	35 530 803
60-64		344 222	397 109	525 674	622 275	713 279	946 233	1 118 574	1 321 928	1 616 942	2 042 607	2 562 269	3 125 411	3 645 434	4 055 626	4 223 931	4 416 539
65-69		278 251	326 403	440 269	550 561	653 882	737 085	880 209	1 048 382	1 246 471	1 533 610	1 946 638	2 450 700	2 996 795	3 503 858	3 906 400	4 075 050
70-74		197 547	245 483	341 859	431 039	521 740	546 677	658 832	795 061	954 903	1 144 668	1 418 471	1 809 997	2 287 780	2 807 051	3 292 635	3 680 239
75-79		141 974	155 158	237 289	315 414	392 673	369 358	459 462	562 034	686 513	834 181	1 010 204	1 261 829	1 619 730	2 057 975	2 537 165	2 987 532
80-84		101 214	114 543	149 528	185 304	230 898	260 805	282 426	358 981	446 977	555 365	684 758	838 734	1 057 131	1 367 713	1 750 392	2 170 400
85 y +		100 475	112 668	267 573	379 680	522 033	245 648	282 788	324 002	406 325	524 598	678 871	868 229	1 096 173	1 398 636	1 822 400	2 376 910

Fuentes: 1) Sistema único de información, subsistema 14, IMSS. 2) XI Censo Nacional de Población y Vivienda. INEGI. 3) Proyecciones poblacionales, CONAPO.

Figura 1
Comparación de la distribución por grandes grupos de edad, de la población adscrita a médico familiar, respecto a la población nacional

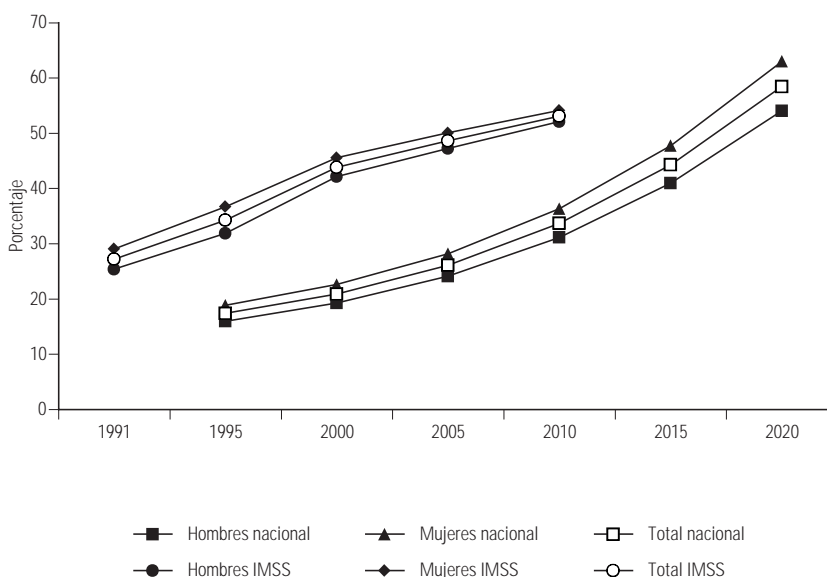


el caso de la población del IMSS, los índices de envejecimiento son siempre superiores a los de la población nacional. Por ejemplo, en el año 2000 el índice en el IMSS fue de 43.86, una cifra similar (44.34) será alcanzada por la población nacional hasta el año 2015 (figura 2). Estos índices sin embargo, son menores a los de Europa que permanecerán como los más altos, ya que para el año 2050 el índice será de 263.

Razón de dependencia

Esta medición frecuentemente se usa como una medida para determinar las necesidades potenciales de apoyo social. Se basa fundamentalmente en la idea de que los menores de 15 años y los mayores de 65 dependen de aquellos en edades de 15 a 64 años. Habrá que considerar que esta medida es un acercamiento muy general, ya que no todos los menores de edad o los ancianos requieren de apoyo, y a la inversa, no todos los adultos están en posibilidad de proveerlo.

Figura 2
Comparación de la evolución del índice de envejecimiento
en la población adscrita a médico familiar, respecto
a la población general en México, 1991-2020

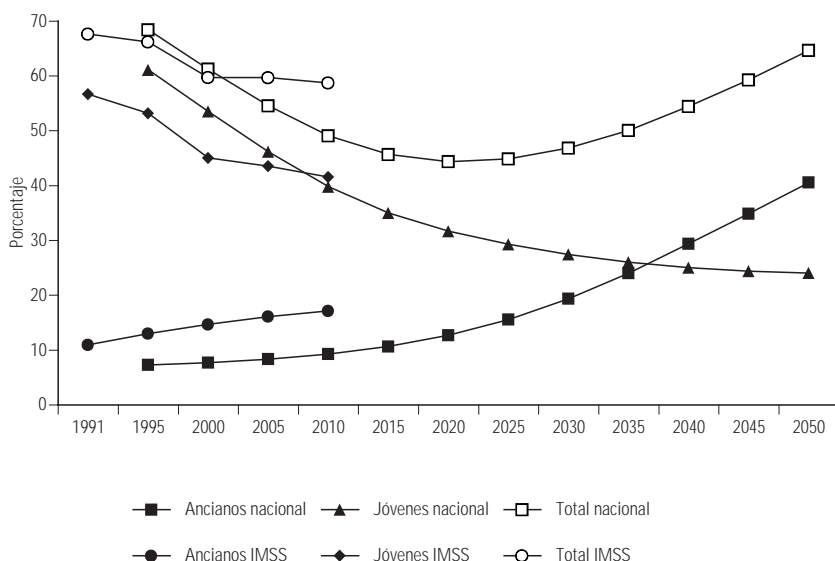


La razón de dependencia para el IMSS sigue un comportamiento similar al panorama nacional, pero a partir de 2005 la razón total y la juvenil se elevan por arriba de la nacional. La razón de dependencia de ancianos se mantiene con cifras por arriba de la nacional y la cifra que se proyecta para el IMSS en el año 2010 (17.16) se alcanza para la nacional hasta el 2030 (figura 3).

Razón de soporte potencial

La razón de soporte potencial es una alternativa para expresar la relación entre la población en edad laboral de 15 a 64 años por cada persona de 65 años y más y da una imagen complementaria a la razón de dependencia. Se esperan importantes descensos de las cifras, no sólo en los países menos desarrollados, sino también en las regiones desarrolladas. En Europa por ejemplo, para 2050 se espera que sea de 2.2 personas en edad laboral por cada persona de 65 años y más (un decremento superior a 56% comparado con el año 2000).

Figura 3
Comparación de la proyección de las tasas de dependencia en la población adscrita a médico familiar en el IMSS, respecto a la población general en México, 1991-2050

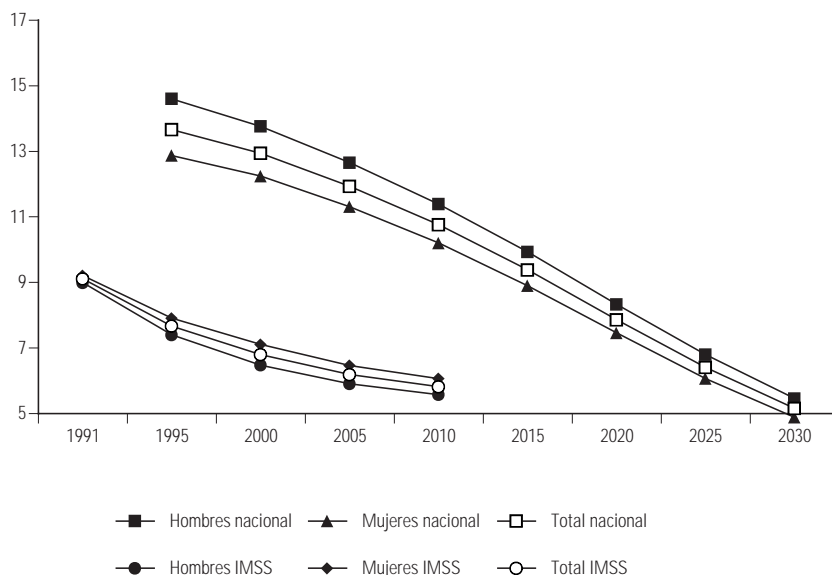


En 1995, la razón de soporte de la población nacional era de 13.66 comparada con 9.11 en el IMSS. Para ambas poblaciones las proyecciones auguran un importante descenso, aunque para el IMSS el decremento será aún más serio. La razón alcanzada en 2010 será de 5.82 y la población nacional alcanzará esa cifra (5.16) hasta 2030. Es importante señalar, por las implicaciones de apoyo social y económico, que la razón de soporte se mantiene ligeramente mayor en el caso de las mujeres ancianas (figura 4).

Razón de soporte de los padres

La razón de soporte de los padres es una medida relacionada con el apoyo que debe dar la familia a los miembros más ancianos. Es la relación de las personas de 85 años y más por cada 100 personas de 50 a 64 años. Ya que las personas en el numerador y denominador no necesariamente se encuentran relacionadas, esta razón debe ser tomada sólo como un indicador general de los cambios en el sistema

Figura 4
Comparación de la proyección del soporte potencial
en la población adscrita a médico familiar en el IMSS, respecto
a la población general en México, 1991-2030

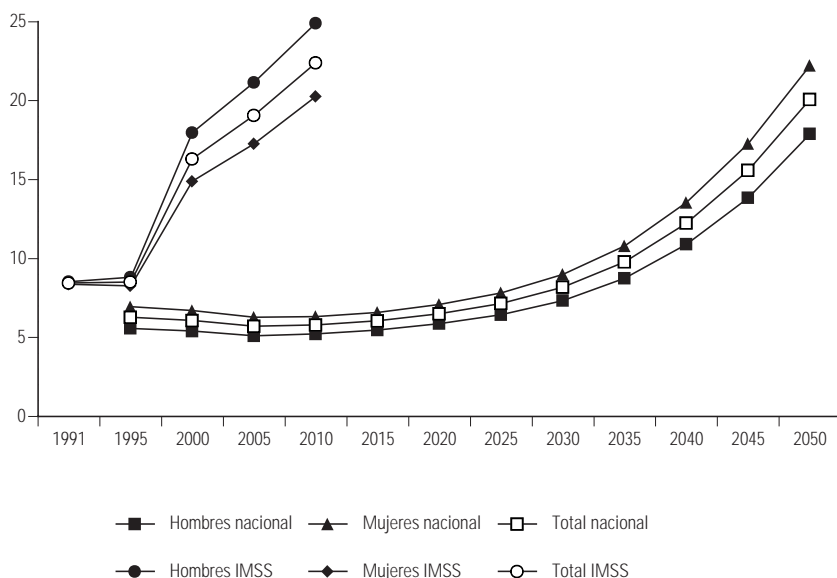


de apoyo familiar que se requiere para aquellos más ancianos, dado que el número de personas de 85 y más se incrementará de manera acelerada en las próximas décadas.

Las cifras para el nivel nacional se mantienen relativamente constantes hasta 2035, cuando se incrementan a 9.79, pero las cifras de la población adscrita al IMSS se asemejan a las de países desarrollados, para el año 2000 la razón de soporte de los padres fue de 16.31 y en 2010 alcanzará una cifra de 22.44. Italia, por ejemplo, tendrá una cifra de 15.4 y España de 13.3 en 2025. Igual que la razón de soporte potencial, los ancianos mayores de 85 años tendrán, posiblemente, menos posibilidad de apoyo que las mujeres, dado que las razones son mayores (figura 5).

Ante este escenario, el IMSS se ha dado a la tarea de abordar la problemática que representa el envejecimiento de su población asegurada con el propósito de ofrecer una respuesta estructurada y ordenada ante las nuevas necesidades y demandas de atención que se han generado como consecuencia de la transición demográfica de la población derechohabiente; destacando la problemática en salud de este grupo de edad, así como la necesidad de instrumentar intervenciones con el propósito de comprimir la morbilidad y de reorientar las políticas y programas

Figura 5
Comparación de la proyección del soporte de los padres en la población adscrita al médico familiar en el IMSS, respecto a la población general en México, 1991-2050



institucionales para satisfacer la demanda actual y la futura, tanto en el mediano como en el largo plazo. En este sentido, gran parte de las políticas institucionales en salud se sustentan en el conocimiento del entorno de la institución y de las –condiciones económicas y demográficas– de la población a la que atiende, asimismo incorporan la evidencia de los resultados de la investigación en salud en el diseño de planes y programas institucionales.

Así, las Direcciones de Prestaciones Médicas y de Prestaciones Económicas y Sociales del IMSS participan conjuntamente en la definición de políticas, reformas y estrategias que contribuirán a mejorar la actual capacidad institucional de protección económica, social y de la salud de las personas mayores aseguradas.

Conclusiones

De la información presentada se desprenden dos conclusiones mayores. Primero, el problema del envejecimiento ciertamente es uno de los retos que el sistema de

salud en su conjunto debe atender con una política sectorial, mediante estrategias y programas que enfrenten las nuevas necesidades de atención de este grupo poblacional.

Segundo, en el momento actual en el IMSS existe ya una presión importante sobre el financiamiento de los servicios de salud y los programas de seguridad social, que demandan una respuesta no sólo de los aspectos médicos, sino de la atención social y económica de los problemas del envejecimiento.

Las iniciativas que el instituto está poniendo en marcha para responder a esta problemática incluyen los programas integrados de salud (PREVENIMSS), cuyo propósito es contener el crecimiento de los problemas crónico degenerativos y de discapacidad que afectarán en el mediano y largo plazo a la población derechohabiente. Asimismo se encuentra en desarrollo el plan gerontológico para el IMSS, que considera la amalgama entre el tratamiento médico, los enfoques preventivos y la atención social de los problemas del adulto mayor, para que sirva como plataforma para los nuevos programas de salud dirigidos a esta población.

Esta realidad demográfica pondrá a prueba al sector salud ante el que es seguramente el mayor reto que enfrentará durante el siglo XXI.

Bibliografía

1. Consejo Nacional de Población. El envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas. México, DF: CONAPO, 1999.
2. Consejo Nacional de Población. La población de México en el nuevo siglo. México, DF: CONAPO, 2001.
3. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. United Nations: World population ageing 1950 – 2050. United Nations Publication, 2002.
4. International Labour Organization. Looking beyond the burden. Ageing Development 1998;2: 4.
5. Reyes S. Necesidades de salud y utilización de servicios por los derechohabientes del IMSS mayores de sesenta años. En: García-Peña C, Reyes-Morales H, Viniegra L, ed. Las múltiples facetas de la investigación en Salud: Proyectos Estratégicos del Instituto Mexicano del Seguro Social. México, DF: IMSS, 2001:277–92.
6. Reyes S. Population ageing in the Mexican Institute of Social Security; health policy and economic implications. México, DF: IMSS - FUNSALUD, 2001. Disponible en: <http://www.funsalud.org.mx/quehacer/publicaciones/popageing/popageing.htm>
7. World Bank. World population projections. Estimates and projections with related demographic statistics. 1994-1995. Washington, DC: The John Hopkins University Press, 1994: 1-521.
8. World Health Organization. Population Ageing - A Public Health Challenge. Fact Sheet No. 135, 1990 septiembre. Disponible en: <http://www.who.org/inf-fs/en/fact135.html>.