

# La salud de los adultos mayores en el Instituto Mexicano del Seguro Social

Héctor Gómez Dantés,<sup>1</sup>  
José Luis Vázquez,<sup>1</sup> Sonia Fernández Cantón<sup>1</sup>

## Reflexiones iniciales

No obstante que desde hace muchos años se preveía el giro en la estructura de la población y sus repercusiones sobre la vida cotidiana y el perfil de salud de la población mexicana, el envejecimiento es un fenómeno demográfico reciente y una nueva experiencia para las familias, la sociedad y las instituciones de seguridad social y de salud, tanto públicas como privadas. Hoy estamos acompañados de nuestros padres y abuelos durante más tiempo que en décadas pasadas y el grueso de los integrantes de las familias son jóvenes y adultos en lugar de niños. Este fenómeno de remplazo demográfico tiene múltiples significados para las familias pues mientras se disfruta de una mayor seguridad e integridad familiar, el incremento en la esperanza de vida de los adultos mayores impone demandas de cuidado y/o atención médica que impactan sobre diversos aspectos de la dinámica familiar, como son su organización, sus necesidades, las responsabilidades, grados de dependencia económica y asistencial. Por otro lado, la gran mayoría de las instituciones públicas de carácter social y económico fueron fundadas bajo principios y objetivos que ya no son vigentes, por ejemplo, que el número de niños y adolescentes es significativamente mayor que el de los adultos mayores,<sup>1</sup> por lo que las políticas públicas y, en particular, la orientación de los servicios de salud requiere de una adecuación para afrontar este inevitable proceso de transición demográfica.

Para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el envejecimiento de la población representa un desafío mayúsculo para la esencia de su misión como institución de seguridad social y de atención médica. Los principios de universalidad, suficiencia, uniformidad y solidaridad deben cubrir y otorgarle un mínimo de beneficios y prestaciones que le permita a esta creciente población, satisfacer sus necesidades fundamentales.<sup>2</sup> En los años por venir, las mayores preocupaciones

---

<sup>1</sup> División Técnica de Información Estadística en Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social.

generadas por el envejecimiento están ligadas al impacto sobre las finanzas institucionales, que hoy se reflejan en el pago de pensiones y jubilaciones para una amplia generación de mexicanos que abandona el escenario productivo, y a la cobertura de la amplia diversidad de servicios preventivos, asistenciales, curativos y de rehabilitación necesarios para la atención médica de las personas en edad avanzada.<sup>3</sup> En cuanto a la demanda de servicios de salud, la institución hoy se ve saturada por el número creciente de consultas y los egresos de adultos mayores con diabetes mellitus, tumores malignos, enfermedades cardiovasculares y, en general, por padecimientos de carácter crónico degenerativo que inciden sobre las finanzas del Instituto por el elevado costo de las intervenciones y el continuo gasto otorgados para su atención. Por otro lado, la comorbilidad asociada con la vejez y la discapacidad derivada de un largo proceso de deterioro físico y mental, repercuten sobre las diferentes prestaciones otorgadas, así como sobre la demanda de un nuevo tipo de servicios de salud para apoyar a los adultos mayores.

Este contexto nos obliga a reflexionar sobre las condiciones de salud de la población, ya que hoy absorben una enorme cantidad de recursos y, en un breve plazo, concentrarán la mayor carga de enfermedad y gasto en salud de la institución. Adicional al diagnóstico, deseamos mencionar algunas de las estrategias y programas que intentan paliar, contener e inclusive prevenir los problemas de salud que afectan a los adultos mayores derechohabientes del IMSS.

### Algunas cifras sobre el envejecimiento

La población mayor de 65 años en México aumenta su volumen a un ritmo muy acelerado. A los 4.1 millones existentes en 1996 se agregaron cerca de 800 mil en 2001. Su rápido crecimiento implica que entre 1996 y 2014 se duplicará su tamaño, prácticamente se habrá quintuplicado en 2035 y se habrá multiplicado hasta casi ocho veces para el año 2050, cuando su monto supere los 32 millones de habitantes. La proporción de la población anciana en México pasará de 4.8% en 2000 a 24.6% en 2050. Como consecuencia directa de ese envejecimiento, la edad media de la población aumentará de 26.7 años en 2000 a 45.1 años en 2050. La esperanza de vida en los próximos años habrá aumentado de 73.9 años en la mujer (1990) a 79.9 en 2010, mientras que en los hombres pasará de 67.7 años a 73.8.<sup>4</sup> En el IMSS, la población mayor de 60 años adscrita a médico familiar pasó de 2.5 millones en 1990 a 3.8 millones en 2000, es decir de 6.4 a 12.4% del total de la población en la institución, lo cual significa una proporción mayor a la notificada en el ámbito nacional.<sup>5</sup> En 2003, los 4.2 millones de adultos mayores ya significaban 13% de la población adscrita a médico familiar. El fenómeno del envejecimiento representa un doble desafío para el IMSS, ya que la población bajo su responsabilidad aspira

a una vida más prolongada y la proporción de adultos mayores será muy superior a la atendida por el resto de las instituciones de salud. Las tendencias del envejecimiento en el IMSS se presentan de forma más precisa en este mismo volumen.<sup>6</sup>

### ¿Quiénes son los adultos mayores del IMSS?

Las características sociodemográficas de los adultos mayores en el IMSS difieren un poco del resto de la población nacional (no IMSS o no derechohabiente). De acuerdo con la información desprendida de la ENSA 2000<sup>7</sup> (cuadro I), podemos constatar que los adultos mayores derechohabientes del IMSS cuentan con menores índices de analfabetismo y tienen mejores niveles de escolaridad media e intermedia que los no derechohabientes. En cuanto a su educación superior, ambos grupos son muy parecidos. En lo relativo a su estado destaca que en ambos grupos hay más mujeres viudas y que los hombres están casados en mayor proporción que las mujeres, indistintamente de su condición de derechohabencia. En cuanto a su actividad laboral, la población no derechohabiente permanece trabajando más tiempo que los adultos mayores del IMSS, por lo mismo existen más jubilados en el IMSS que en los no derechohabientes.

En cuanto a la utilización de servicios de salud, los adultos mayores derechohabientes acuden con mayor frecuencia a los institucionales, aunque una proporción considerable de hombres (10%) y mujeres (13%) recibe atención en los servicios médicos privados. Esto contrasta con el resto de la población ya que pocos tienen acceso a otras instituciones de seguridad social y una proporción mayor acude a los servicios médicos privados, 36 y 39%, respectivamente. La percepción de su estado de salud apenas alcanza a distinguir ciertas diferencias ya que los derechohabientes refieren una mejor percepción de su estado de salud en contraste con la mala o muy mala percepción que refieren los no derechohabientes.

### ¿De qué se enferman los adultos mayores del IMSS?

El envejecimiento en un individuo corresponde a un deterioro fisiológico generalizado que se ve acelerado por la aparición de diversas enfermedades. La fragilidad ante la salud, tan característica de la vejez, toma modalidades muy heterogéneas ya que sus manifestaciones se alejan de las enfermedades agudas e infecciosas, para ser sustituidas por las condiciones crónicas, degenerativas y discapacitantes. Para la población envejecida, estos estados mórbidos y sus consecuencias no letales son más graves debido a que sus inicios no están marcados por eventos precisos y aislados, sino por un proceso gradual y difuso de deterioro de la salud física y mental que caracteriza al envejecimiento. Se trata de la conjunción de diversas condi-

**Cuadro I**  
**Características sociodemográficas de la población adulta mayor.**  
**por sexo y derechohabiencia. ENSA 2000**

	IMSS		Resto de la población	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Escolaridad	968 188	1 084 432	1 227 351	1 232 514
Ninguna	5.3	6.2	7.7	10.2
Preescolar	0.4	0.4	0.5	0.5
Primaria	70.1	72.9	72.8	74.3
Media	13.0	7.6	8.2	5.5
Normal o técnica	5.3	10.8	4.7	7.2
Superior	5.9	2.1	6.2	2.2
Total	100	100	100	100
Estado conyugal	1 180 760	1 368 004	1 858 233	1 986 251
Unión libre	6.6	3.0	13.1	6.1
Separado / divorciado	2.3	5.5	3.3	7.2
Viudo	12.5	39.9	12.8	41.2
Casado	76.2	46.2	65.4	38.1
Soltero	2.5	5.4	5.4	7.4
Total	100	100	100	100
Condición de actividad	1 181 728	1 370 281	1 858 347	1 994 557
Trabajó	37.5	7.5	58.2	10.8
No trabaja	21.3	10.1	28.7	12.7
Hogar	1.1	72.0	1.9	71.9
Jubilado	37.9	9.3	7.9	3.0
Incapacitado	2.2	1.0	3.3	1.6
Total	100	100	100	100
Preferencia de servicios de salud	1 167 497	1 360 674	1 822 912	1 954 335
IMSS	82.6	77.6	1.1	1.2
SSA	3.2	4.6	37.6	34.6
Privado	10.3	13.5	36.1	39.0
No se atiende	1.4	0.9	5.4	4.0
Otros	2.5	3.3	19.8	21.3
Total	100	100	100	100
Percepción del estado de salud	1 178 305	1 370 543	1 841 677	1 983 987
Buena y muy buena	41.4	34.8	39.5	33.0
Regular	44.3	46.9	44.0	46.3
Mala y muy mala	14.3	18.2	16.4	20.8
Total	100	100	100	100

ciones (comorbilidad) cuya naturaleza progresiva va modelando la magnitud y la forma de los daños que ocasionan tanto sufrimiento personal y familiar, incrementan los costos de la atención y generan nuevas necesidades de apoyo, tanto comunitarias como institucionales.<sup>8,9</sup>

## Servicios de salud ambulatorios

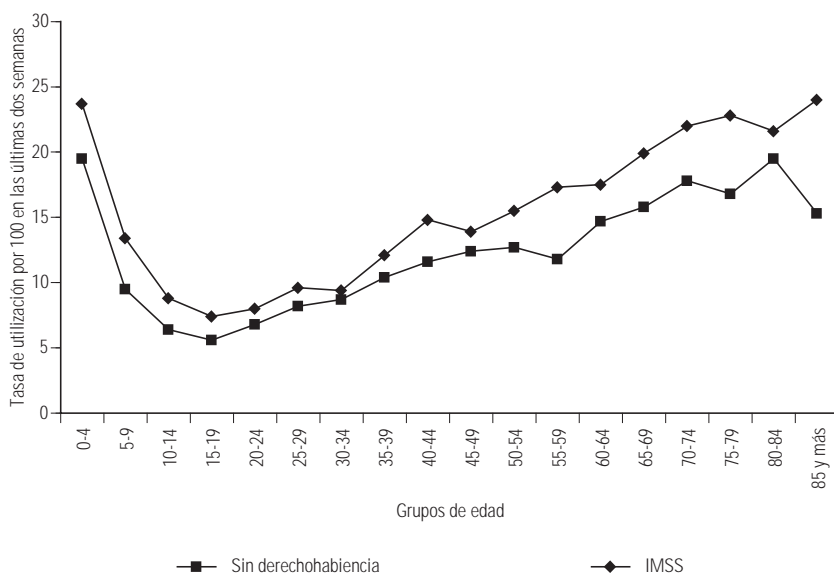
No obstante que la población adulta mayor representa una proporción menor del total de la población bajo responsabilidad del IMSS, su nivel de demanda de servicios de salud es cada vez más importante y sólo rebasada por los grupos infantiles. De acuerdo con la ENSA-2000, entre 20 y 25% de los adultos mayores solicitaron atención en las últimas dos semanas previas a la encuesta por motivos que requirieron atención ambulatoria. Este nivel de demanda estuvo cinco puntos porcentuales en promedio por arriba de la demanda de la población abierta (figura 1).

Una conclusión muy clara en cuanto al uso de servicios de salud ambulatorios es que la tendencia de utilización se incrementa en la medida que lo hace la edad, por lo que ese patrón de utilización sólo puede intensificarse en el corto y mediano plazo. Por la magnitud de la demanda durante 2002, una de cada cinco consultas (22%) en Medicina Familiar se otorgó a población adulta mayor, comparado con 17% de los hombres de 20 a 59 años, 15% de los niños de 0 a 9 años de edad y 7% de los adolescentes. Sólo las mujeres de 20 a 59 años (38%) rebasaron el nivel de demanda de la población envejecida debido a las consultas derivadas por razones obstétricas. Por ocasión de servicio y de 1991 a 2002, la población adulta mayor mantuvo un nivel de demanda de 10% del total de las consultas de primera vez, pero duplicó la demanda de consultas subsecuentes de 10 a 20% en el mismo periodo.

Para conocer las causas de demanda en Medicina Familiar se analizaron los 10 principales motivos, excluyendo la atención del embarazo. En esta lista se incluyeron problemas tan diversos como las infecciones respiratorias agudas (35%), la enfermedad hipertensiva (23%), la diabetes mellitus (19%), la cistitis (6%), las dorsalgias (4%), los problemas articulares de cadera y rodilla (4%), la cérvico-vaginitis (3%), la gastritis (3%), traumatismos de mano (2%) y tuberculosis pulmonar (1%) (cuadro II).

Esta gama de motivos fue responsable de 48% del total de consultas otorgadas durante 2002; 30% de los 32.2 millones de consultas otorgadas durante ese año fueron solicitadas por los adultos mayores, aunque para ellos estos motivos significaron 65% del total de las consultas otorgadas a dicho grupo de edad. Dependiendo del motivo de consulta, la contribución de los adultos mayores varió en importancia. Por ejemplo, 35% de las consultas por diabetes mellitus, 59% de la enfermedad cardíaca hipertensiva y 43% de las osteoartrosis de cadera y rodilla fueron solicitadas

**Figura 1**  
**Tasa de utilización (%) de servicios ambulatorios por grupos de edad**  
**según derechohabiencia, ENSA 2000**



por los adultos mayores de 65 años.<sup>10</sup> Este perfil de demanda coincide con las evidencias informadas en el ámbito internacional que ubican a la tuberculosis pulmonar y a las infecciones respiratorias como las enfermedades transmisibles que más afectan la salud y la calidad de vida en la vejez, mientras que las mayores cargas de las patologías no transmisibles provienen de los problemas neuropsiquiátricos, la diabetes mellitus, las condiciones cardíacas y los padecimientos músculo-esqueléticos.<sup>11</sup> En México, la Encuesta Nacional de Salud II (1998) y la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) también coinciden en señalar que las enfermedades crónicas notificadas con mayor frecuencia por las personas mayores de 60 años fueron la hipertensión arterial (9.9%), la diabetes mellitus (9.0%), las cardiopatías (3.3%), y la discapacidad provocada por la ceguera, la sordera o la parálisis (2.8%).<sup>12,13</sup>

**Cuadro II**  
**Principales diagnósticos y demandas de atención en Medicina Familiar del IMSS,**  
**por grupos de edad, 2002**

	Total de consultas otorgadas	Total primera vez	Total subsecuente	Niños 0 a 9 años	Adoles- centes 10 a 19	Hombres 20 a 59	Mujeres 20 a 59	Adultos 60 y más	% del total
IRAs	11 398 743	9 398 388	2 000 355	4 945 483	1 463 470	1 404 985	2 667 457	917 348	35
Hipertensión arterial	7 353 990	140 040	7 213 950	2 790	13 058	870 502	2 335 055	4 132 585	23
Diabetes mellitus	6 181 374	93 824	6 087 550	3 093	17 590	1 070 395	1 961 534	3 128 762	19
Tuberculosis pulmonar	27 598	3 662	23 936	627	1 268	11 688	7 269	6 746	0
Gastritis y duodenitis	1 028 899	584 923	443 976	32 148	72 711	233 832	441 427	248 781	3
Cérvico-vaginitis	855 610	592 833	262 777	21 827	40 073	0	747 099	46 611	3
Cistitis	1 834 180	1 284 555	549 625	170 223	127 097	273 972	951 718	311 170	6
Dorsalgias	1 435 271	804 917	630 354	6 639	61 208	534 153	628 750	204 521	4
Gonartrosis de cadera/rodilla	1 389 170	341 472	1 047 698	5 150	12 076	170 791	422 260	778 893	4
Traumatismos de la mano	743 892	292 061	451 831	26 259	78 953	429 026	162 935	46 719	2
Total	32 248 727	13 536 675	18 712 052	5 214 239	1 887 504	4 999 344	10 325 504	9 822 136	100
% del total	100	42	58	16	6	16	32	30	
Total de consultas en MF	67 413 834	30 679 351	36 734 483	10 172 019	4 948 741	11 577 116	25 563 149	15 152 809	
Principales motivos	32 248 727	13 536 675	18 712 052	5 214 239	1 887 504	4 999 344	10 325 504	9 822 136	
% del total	47.8	44.1	50.9	51.3	38.1	43.2	40.4	64.8	

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000)

## Utilización de servicios hospitalarios

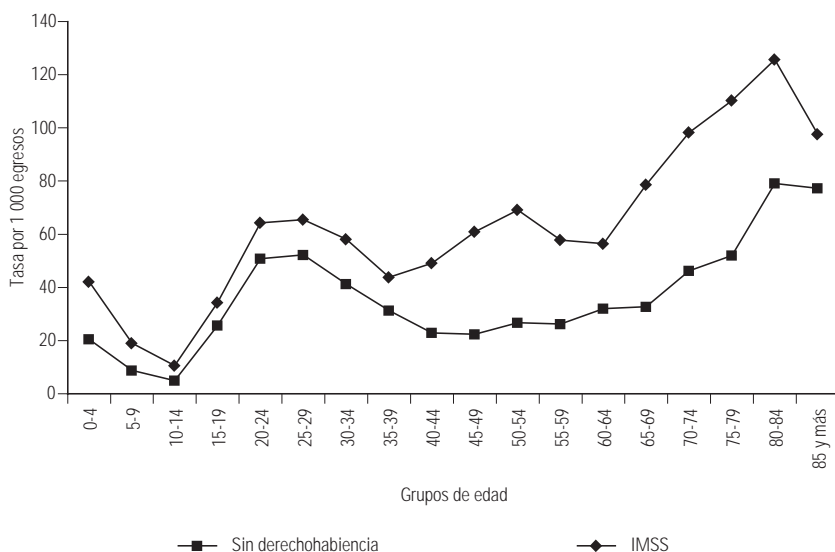
Históricamente, las necesidades de salud de los adultos mayores se han contemplado desde la perspectiva de la atención del daño como si invariablemente el adulto mayor no pudiera mantenerse sano y en buenas condiciones físicas y mentales. Esta visión ha provocado que las respuestas institucionales hacia el anciano giren en torno a la curación de sus problemas de salud y casi siempre desde la perspectiva hospitalaria.<sup>14</sup> La atención de la población adulta mayor en el segundo y tercer nivel recae sustantivamente sobre la infraestructura y personal del IMSS, ya que la tasa de utilización de los servicios hospitalarios es mucho mayor en el IMSS que en el resto de las instituciones de salud; esa demanda se triplica de los 40 a los 60 años y se duplica de los 65 a los 80 años de edad (figura 2). Esto significa que el IMSS hoy en día atiende la mayor carga de enfermedad que afecta a esta población y su perfil de morbilidad demanda más servicios especializados, cuya operación y mantenimiento son cada vez más costosos. El peso de la atención de la población adulta mayor es básicamente una responsabilidad del IMSS.

Por sexo, las dos mayores instituciones proveedoras de servicios de salud, el IMSS y la SSA, enfrentan diferentes retos en cuanto al volumen y tipo de demanda de los servicios hospitalarios. En el caso de las mujeres existe un pico en la tasa de utilización entre los 15 y 30 años de edad en ambas instituciones, aunque ese pico sucede a edades mayores en las mujeres derechohabientes (20 y 35 años) y es discretamente más bajo ( $350 \times 1\,000\,000$ ) que el notificado por la Secretaría de Salud (SSA) ( $400 \times 100\,000$ ). Esta diferencia obedece a la mayor proporción de eventos obstétricos atendidos por la SSA (64%) que por el IMSS (40%). Sin embargo, la tasa de utilización de los 45 a los 65 años de edad es tres veces mayor por parte de las mujeres derechohabientes y casi del doble a partir de los 70 años de edad. En el caso de los hombres, la tasa de utilización hasta los 35 años de edad se mantiene alrededor de 50 por 100 000 en ambas instituciones y a partir de los 40 años de edad se inicia una mayor utilización por los hombres derechohabientes, que llega a ser hasta tres veces mayor a los 65 años ( $150$  vs.  $49 \times 100\,000$ ) y desciende paulatinamente hasta los 85 años de edad.<sup>15</sup>

Los problemas de salud que afectan a los adultos mayores fueron responsables de 12 a 17% de la demanda hospitalaria institucional de 1990 a 2000 (cuadro III). Los principales diagnósticos de egreso hospitalario concentraron alrededor de 30% del total de la demanda por este grupo. Existen patologías que los afectan casi de manera exclusiva, mientras que otras sólo los afectan tangencialmente. Por ejemplo, durante 2000, 74% de los egresos por enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC), 70.6% de las hiperplasias de próstata y 64% de las cataratas y las enfermedades cerebrovasculares, ocurrieron en este grupo. Por otro lado, la mitad



**Figura 2**  
**Tasa de egresos hospitalarios por grupos de edad**  
**y según derechohabiencia, ENSA 2000**



de los egresos por enfermedades cardiovasculares, las fracturas de fémur e hipertensión arterial suceden en la población en cuestión. Las neumonías, las hernias y las colelitiasis son importantes en magnitud, pero son padecimientos que afectan más a otros grupos de edad.

Los principales motivos de egresos hospitalarios ilustran un complejo perfil de morbilidad, pues incluye patologías con diferentes impactos en el bienestar del adulto mayor. En algunas existen posibilidades de prevención, sobre todo en las patologías vinculadas al consumo del tabaco como son las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, EPOC, etc. En otras existen garantías de curación, como la extracción de cataratas y las hernias, mientras que hay otras que definen necesidades muy específicas de tratamiento (fracturas, colelitiasis, hernias) y/o rehabilitación (enfermedad cerebrovascular). Este espectro de daños nos obliga a pensar en un abanico de servicios de detección oportuna, intervenciones preventivas eficaces, tratamientos precoces y servicios de rehabilitación y apoyo en diferentes esferas de acción.

**Cuadro III**  
**Principales causas de egresos hospitalarios en los mayores de 65 años de edad, IMSS, 1990-2000**

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Total de egresos*	1 274 582	1 225 393	1 342 665	1 522 123	1 670 844	1 854 264	1 923 028	1 966 411	1 949 919	1 999 151	1 955 498
Egresos en > 65 años	153 299	164 350	184 745	212 308	234 021	271 184	293 524	305 323	202 735	324 327	335 083
% del total de egresos	12.0	13.4	13.8	13.9	14.0	14.6	15.3	15.5	10.4	16.2	17.1
Enf. cardiovasculares	8 606	8 672	9 427	10 508	10 741	10 166	14 599	15 527	18 312	19 500	20 575
% **	50.4	50.9	50.8	50.7	50.4	49.4	51.7	52.7	52.1	53.3	53.9
Insuficiencia renal crónica	6 727	7 659	10 036	11 992	15 060	17 296	17 612	18 467	17 961	17 511	19 472
% **	16.8	18.4	20.3	21.1	22.0	23.3	23.1	23.7	24.8	24.9	29.0
Cataratas	6 662	6 750	7 668	8 742	10 717	12 239	14 760	15 777	17 422	18 643	19 333
% **	59.5	64.5	64.9	65.3	65.5	66.9	60.8	61.2	62.1	62.6	63.8
EPOC	5 200	5 764	6 261	7 255	7 300	8 295	9 514	9 864	10 211	10 850	10 117
% **	71.0	70.6	71.8	72.1	72.7	72.6	74.4	74.7	74.2	74.7	74.1
Hiperplasia de próstata	6 298	6 845	6 965	7 764	8 382	9 921	10 805	10 321	10 075	9 731	8 829
% **	67.6	68.4	68.5	68.6	66.2	68.0	67.7	69.4	69.8	69.8	70.6
Fractura de fémur	4 136	4 186	4 584	4 876	5 295	6 161	6 806	7 237	8 357	8 575	8 647
% **	67.1	68.1	69.0	69.8	67.5	69.5	72.1	71.6	56.0	56.6	56.4
Coleditiasis	2 827	1 735	2 009	2 457	2 545	3 027	5 524	5 997	6 382	6 734	7 000
% **	11.9	12.0	12.1	13.0	13.0	13.6	14.3	14.5	14.9	14.8	15.0
Hernia Inguinal	2 243	3 743	4 056	4 520	4 942	5 750	6 597	6 810	7 099	7 043	6 791
% **	10.5	16.9	17.2	18.0	17.9	19.1	19.5	19.8	19.9	19.7	19.3
Neumonía no esp.	1 015	1 052	1 174	1 518	1 877	2 304	2 943	3 160	6 393	6 868	6 381
% **	22.7	25.3	26.5	28.4	30.3	31.2	32.9	33.3	21.8	19.3	21.4
Enf. cerebrovasculares	1 089	1 228	1 436	1 655	1 938	2 633	4 162	4 100	5 117	5 502	5 738
% **	62.6	64.3	62.5	60.9	61.7	63.4	59.2	60.1	62.1	64.7	64.4
Hipertensión esencial	1 467	1 681	2 172	2 758	3 766	4 192	4 816	4 846	4 593	5 075	5 419
% **	31.9	33.4	34.9	35.8	36.9	38.6	40.0	41.6	40.8	43.2	44.5

Fuente: Sistema Único de Información, Subsistema 13 Egresos hospitalarios del Instituto Mexicano del Seguro Social

\* se excluyen partos

% \*\* se refiere al porcentaje de los egresos por esa causa que ocurrieron en los adultos mayores de 65 años

## La discapacidad en los derechohabientes

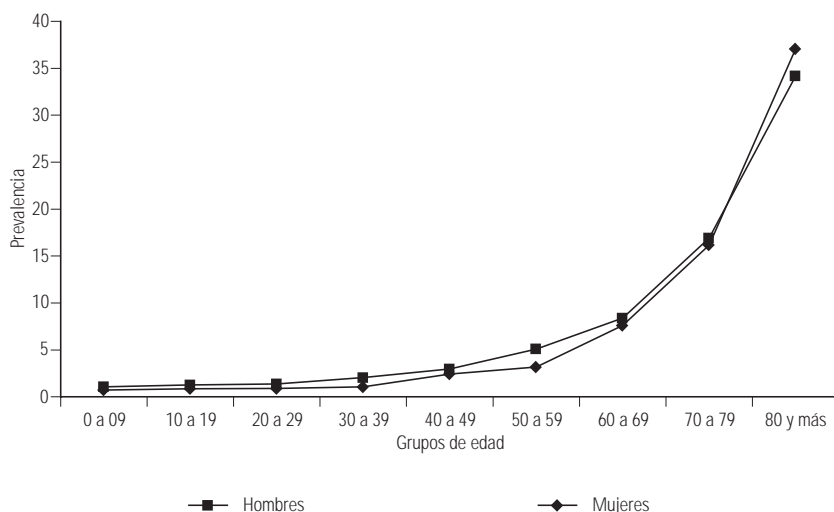
Un evento que no sólo mide el daño a la salud, sino la calidad de vida que se tiene a razón de vivir más tiempo y expuesto a mayores riesgos, nos lo ilustra la discapacidad. Este indicador de bienestar interpreta más claramente el impacto a largo plazo de los problemas de salud y sus consecuencias en la definición de una mayor esperanza de vida. Es decir, la misma enfermedad o lesión tiene efectos diferentes sobre un joven que sobre un viejo, y la recuperación de la función es mucho más expedita y completa en los primeros que en los últimos. Es por eso que la discapacidad asociada a la enfermedad, a los accidentes o a la misma edad avanzada, es mucho más severa en los adultos mayores que en el resto de la población. Los datos vertidos por la ENSA 2000 nos dicen que la prevalencia de cualquier tipo de discapacidad se mantiene por debajo de 5% en la población menor de 60 años y se incrementa hasta 35% en el grupo mayor de 80 años de edad (figura 3).

El tipo de discapacidad más frecuente fue la motriz (18%) y la pérdida de alguno de los sentidos (13%). En este rubro destaca la similitud en la magnitud del daño entre los sexos, ya que entre ellos existen diferencias en los motivos y la edad de aparición de la discapacidad. Este efecto también está señalado por los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento en México (1994) en donde se identificaron prevalencias de incapacidad de 10.4% en los hombres y 18.7% en las mujeres de 60 años, que se incrementaron hasta 38.7 y 48.2% en los hombres y mujeres de 80 años, para elevarse hasta 60 y 66%, respectivamente, en el grupo de 90 años.<sup>16</sup> El impacto de la discapacidad en el perfil de salud de los adultos mayores no puede pasar desapercibido. La tendencia nos habla de un número ascendente de adultos mayores; la transición nos indica que habrá más adultos mayores dependientes de cada vez menos jóvenes, mientras que el perfil epidemiológico nos señala que la discapacidad asociada con la edad avanzada será uno de los principales motivos de atención de la población bajo responsabilidad del IMSS. Esto impone serios desafíos a la capacidad de adaptación institucional, pues demanda nuevas estrategias de atención y programas preventivos para resolver y enfrentar las nuevas necesidades de atención que se aproximan.

## La mortalidad en el IMSS

El IMSS pierde anualmente alrededor de 160,000 derechohabientes por causas de muerte de diversa naturaleza. Si algunas de ellas son prevenibles por ser prematuras, en el caso de los adultos mayores pareciera que son inevitables. El patrón de la mortalidad en la población derechohabiente se concentra, de manera natural, en las edades avanzadas. Si en 1976 apenas 20% de las defunciones ocurrían

**Figura 3**  
**Prevalencia de la discapacidad en población derechohabiente del IMSS por grupos de edad y sexo, ENSA 2000**



en los mayores de 65 años de edad, en 2002 esa proporción se incrementó a 50% (figura 4).

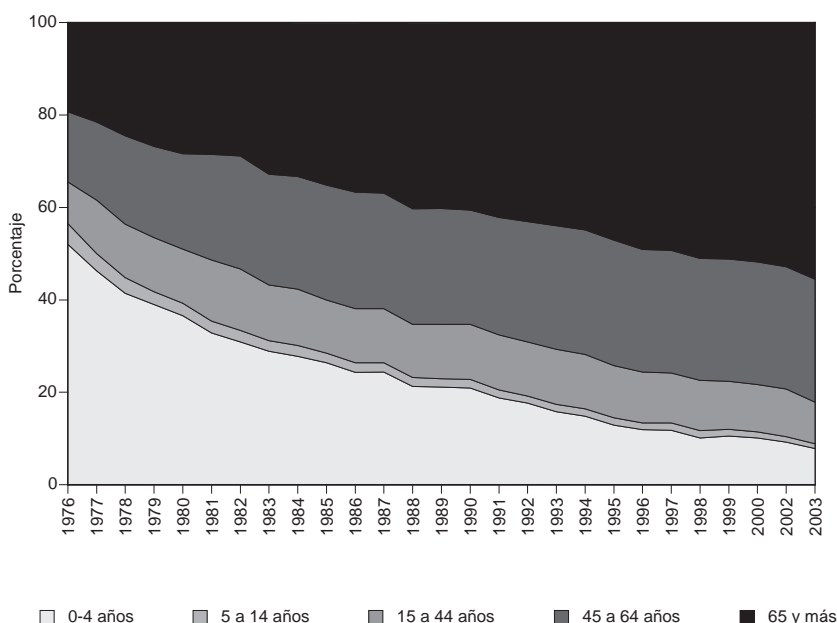
Para 2003 esa proporción ya había aumentado a 55.5% Sistema de Mortalidad del IMSS (SISMOR). Las condiciones de desarrollo económico que vive el país también se expresan en diferencias en el patrón de mortalidad. Por ejemplo, 72% de las defunciones en población derechohabiente en el Distrito Federal ocurren en los adultos mayores a diferencia de Quintana Roo, donde sólo 48% de las defunciones suceden en este grupo. Sin duda esto puede deberse a diferencias en la estructura de la población y a los patrones de aseguramiento de grupos más jóvenes en Quintana Roo, comparados con los del Distrito Federal, pero también nos señala que las razones de muerte cambian de una región a otra.

Esta transición en el patrón de la mortalidad está más asociada al impacto sobre la mortalidad infantil y escolar que a lo que se hace para prevenir las muertes prematuras en las etapas productivas y posproductivas de la vida. Esto significa que la institución no puede mantenerse indiferente frente a esta realidad que parece ineludible, porque si observamos las causas de muerte con mayor detalle, podemos identificar espacios y acciones que nos permitirán reducir las muertes prematuras

y los años con discapacidad, además de contribuir a mejorar la esperanza y la calidad de vida de los adultos mayores. Por ejemplo, entre las principales causas de defunción en los adultos mayores en 2003 encontramos enfermedades vinculadas al consumo de tabaco, como son las enfermedades del corazón, algunos tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y el enfisema (cuadro IV).

Por otro lado, destacan algunos padecimientos vinculados al sobrepeso, la obesidad y malos hábitos alimenticios, como la diabetes mellitus, la colelitiasis, las úlceras, las gastritis, la desnutrición y la pancreatitis. Por último, tenemos otras muy asociadas al consumo del alcohol (enfermedades del hígado) y una menor proporción asociadas a problemas infecciosos prevenibles (tuberculosis, influenza y neumonía). Sin lugar a dudas, al interior de cada uno de estos grupos de padecimientos se pueden desplegar acciones que permitan extender los años de vida y reducir los años con discapacidad. El enfoque preventivo sobre el cual se basan los

**Figura 4**  
**Contribución de los grupos de edad a la mortalidad en el IMSS,**  
**1976-2002**



**Cuadro IV**  
**Principales causas de mortalidad de los adultos mayores**  
**(65 años y más), IMSS, 2003**

<b>Causas de mortalidad</b>	<b>Número</b>	<b>Tasa x 100 000</b>	<b>%</b>
Total	54 453	1718.8	100.00
Enfermedades del corazón	10 707	338.0	19.66
Enfermedades isquémicas del corazón	6 751	213.1	12.40
Diabetes mellitus	10 676	337.0	19.61
Tumores malignos	7 807	246.4	14.34
de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	1 115	35.2	2.05
de la próstata	866	27.3	1.59
del hígado, de las vías biliares intrahepáticas	605	19.1	1.11
Enfermedades cerebrovasculares	5 293	167.1	9.72
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	3 321	104.8	6.10
Enfermedades del hígado	2 676	84.5	4.91
Influenza y neumonía	1 809	57.1	3.32
Insuficiencia renal	1 331	42.0	2.44
Accidentes	1 257	39.7	2.31
Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	541	17.1	0.99
Úlcera gástrica y duodenal	502	15.8	0.92
Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	446	14.1	0.82
Ileo paralítico y obstrucción intestinal sin hernia	318	10.0	0.58
Colelitiasis y colecistitis	283	8.9	0.52
Enfermedades infecciosas intestinales	260	8.2	0.48
Septicemia	213	6.7	0.39
Infecciones respiratorias agudas	212	6.7	0.39
Pancreatitis aguda y otras enfermedades del páncreas	192	6.1	0.35
Tuberculosis respiratoria	179	5.7	0.33
Gastritis y duodenitis	178	5.6	0.33
Paro cardíaco	0	0.0	0.00
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	278	8.8	0.51
Las demás causas	5 974	188.6	10.97
Habitantes ambos sexos    Población: 3 168 086			

Fuente: Sistema de Mortalidad del IMSS (SISMOR), 2003

programas de atención integrada PREVENIMSS, busca detener el incremento de estas patologías pero a partir de las edades jóvenes, con esto se espera reducir las muertes prematuras, la discapacidad temprana y mejorar la calidad de vida de los derechohabientes adultos mayores.

## Reflexiones finales

La población mexicana hoy tiene la esperanza de vivir por arriba de los 75 años, pero padece la incertidumbre de no saber en qué condiciones vivirá los últimos años de su vida. Aquí radica la función esencial del IMSS como institución de seguridad social y protectora de la salud de la población derechohabiente. A diferencia del resto de las instituciones públicas y de salud, el IMSS está obligado a responder por las necesidades de la población bajo su responsabilidad y no sólo resolver sus demandas puntuales de atención médica. El amplio espectro de servicios y prestaciones sociales a los que está obligado el IMSS, requiere que su organización y funcionamiento estén acordes a la realidad que hoy viven sus derechohabientes. Adaptarse a esa realidad demanda que se prepare para hacer frente a lo que hoy en día parece ser su mayor desafío: el envejecimiento de la población derechohabiente.

La dinámica demográfica nos demostró que los cambios son inevitables y muy acelerados, y estas características los vuelven ineludibles. De ahí que la institución deba orientar sus esfuerzos para garantizar que los servicios que hoy provee no se vean rebasados en el futuro. El IMSS ya sabe que los adultos mayores conforman un grupo poblacional de enorme presión a los servicios de salud y a los estados financieros de la institución. El impacto de su demanda de servicios de salud en el nivel ambulatorio y hospitalario está claramente ilustrado en el perfil epidemiológico descrito en este capítulo. Si bien no es nuestra intención analizar cuáles fueron las razones por las que el IMSS enfrenta este desafío; sí haremos un esfuerzo por describir las herramientas implementadas para detener y diluir su efecto sobre la salud de la población derechohabiente.

El desarrollo institucional se caracterizó por su enfoque curativo y especializado de la atención médica y ello motivó un enorme empuje a la infraestructura hospitalaria y una diversificación y especialización de los servicios de salud. A diferencia de lo que hizo el IMSS en el pasado, la estrategia en la que hoy fundamenta su función esencial como institución de seguridad social es la prevención, y los programas implantados para convertirla en realidad se encuentran cimentados en el primer nivel de atención. Los servicios de medicina familiar se ven fortalecidos a través de su programa de mejora continua, el sistema de información nominal (SIAIS y expediente electrónico) y los Programas de Atención Integrada PREVE-

NIMSS. Las acciones están encaminadas a intensificar las acciones de detección oportuna, diagnóstico precoz, prevención, tratamiento eficaz y rehabilitación de los principales problemas de salud de toda la población derechohabiente. Estos componentes de atención están reforzados por acciones educativas y de promoción de la salud, así como por la implantación de grupos de autoayuda y apoyo para mejorar el impacto de las intervenciones.

Como estrategia paralela existen proyectos enfocados a la atención de los principales problemas que aquejan a los adultos mayores, entre los que destacan el Plan Gerontológico Institucional 2004-2024, los lineamientos para la atención integrada de la obesidad, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial y el proyecto para la evaluación de las necesidades y demandas de atención social a la salud de los adultos mayores. Todas estas iniciativas señalan la prioridad otorgada a la salud de este grupo en el IMSS y su impacto se podrá evaluar gracias al sistema de información nominal. El gran desafío será diversificar sus servicios para englobar las complejas necesidades de los adultos mayores. En primer lugar tendrá que fortalecer su capacidad humana, incorporando los servicios de geriatría a las unidades médicas, y capacitando a su personal para motivar una atención integral y de calidad. Un componente importante para la atención de este grupo será promover los servicios de atención domiciliaria, así como la creación de unidades geriátricas en las unidades de tercer nivel.

En paralelo al fortalecimiento de los servicios de atención médica viene un compromiso adicional e igualmente complejo, como lo es el otorgamiento de prestaciones sociales adecuadas a las necesidades de los adultos mayores. En este rubro, el IMSS, como ninguna otra institución de salud, tiene la responsabilidad de otorgar un amplio espectro de acciones complementarias a las médicas que dignifican y benefician la salud de la población bajo su responsabilidad. En el caso de los adultos mayores, el IMSS tendrá que movilizar sus recursos para organizar centros de día asistenciales, estancias diurnas, temporales, alojamientos y residencias donde se ofrezcan actividades y servicios que protejan y promuevan la salud, además de alentar la integración grupal. El desafío para los próximos años pondrá a prueba la fortaleza e integridad de la institución, los resultados hablarán por ella.

## Referencias

1. Tuirán R. Desafíos del envejecimiento demográfico en México. En: Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas. México, DF: CONAPO, 1999:19-22.
2. Kroepfly SM. El envejecimiento demográfico y los sistemas de pensiones. En: La población de México, situación actual y desafíos futuros. México, DF: CONAPO, 2000: 373-384.



3. Lozano R, Frenk J, González Block MA. El peso de la enfermedad en adultos mayores, México. 1994. *Salud Publica Mex* 1996; 38 (6): 419-437.
4. [www.conapo.gob.mx/indsociodemo/](http://www.conapo.gob.mx/indsociodemo/) Proyecciones de población en México. Censo de población 1995.
5. García-Peña MC, Thorogood M, Armstrong B, et al. Evaluación de la efectividad de esquemas de prevención primaria en el manejo de la hipertensión en ancianos. En: Muñoz O, Durán L, ed. *Retos de la seguridad social en salud en el siglo XXI. Evaluación y gestión tecnológica*. México, DF: 2002: 51-62.
6. Durán-Muñoz C, García-Peña MC, Gallegos-Carrillo K, Pérez-Cuevas R, Gómez-Dantés H, Durán-Arenas L. Envejecimiento en México: perspectivas del Instituto Mexicano del Seguro Social. En: Muñoz O, García-Peña C, Durán-Arenas L, ed. *La salud del adulto mayor*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004: 87-102.
7. Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Salud (ENSA-2000)*, México, DF: INSP-SSA, 2000.
8. Puentes-Markides C, Castellanos J. Informe final. Reunión de Consulta sobre Políticas de Salud para los Ancianos de América Latina y el Caribe. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1992.
9. Ors Montenegro A, Laguna Pérez A. Reflexiones sobre el envejecimiento y la calidad de vida. Alicante: Universidad de Alicante, 2000.
10. División Técnica de Información Estadística en Salud. Tendencias y distribución de los principales motivos de consulta en medicina familiar, por edad, sexo y delegación, 1991-2002. *Rev Med IMSS* 2003;41 (Supl):131-152.
11. Murray C, López AD. *The Global Burden of Disease*. Cambridge: Harvard School of Public Health, 1996.
12. Borges YA, Gómez-Dantés H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA II). *Salud Publica Mex* 1998; 40:13-23.
13. Castro V, Gómez-Dantés H, Negrete J, Tapia CR. Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. *Salud Publica Mex* 1996;38:438-447.
14. Borges-Yáñez SA, Gómez-Dantés H. Uso de los Servicios de Salud por la Población de 60 años y más en México. *Salud Publica Mex* 1998; 1:13-23.
15. Datos y Género: Egresos hospitalarios del IMSS y la SSA durante 2001. En *Género y Salud en Cifras*, Vol.1 No. 2, 2003: 28-30.
16. Ham-Chande R. Envejecimiento y esperanza de vida activa. En: *La población de México, situación actual y desafíos futuros*. México, DF: CONAPO, 2000: 359-370.

