



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Lara, María de los Angeles; Benítez, Ma. Guadalupe; Fernández, Irma Hortencia; Zárate, Angel
Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social
Salud Pública de México, vol. 38, núm. 6, noviembre-diciembre, 1996, pp. 448-457
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10638607>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL ADULTO MAYOR EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

MARÍA DE LOS ANGELES LARA-RODRÍGUEZ, M.C., M.S.P.,⁽¹⁾

MA. GUADALUPE BENÍTEZ-MARTÍNEZ, M.C., M.S.P.,⁽²⁾

IRMA HORTENCIA FERNÁNDEZ-GÁRATE, M.C., M.S.P.,⁽³⁾ ANGEL ZÁRATE-AGUILAR, M.C.⁽⁴⁾

Lara-Rodríguez MA, Benítez-Martínez MG, Fernández-Gárate IH, Zárate-Aguilar A. Aspectos epidemiológicos del adulto mayor en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Publica Mex* 1996;38:448-457.

RESUMEN

Objetivo. Presentar la estructura demográfica de la población derechohabiente mayor de 65 años y el análisis de morbilidad y mortalidad durante los últimos 6 y 10 años respectivamente, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). **Material y métodos.** A partir de los datos de los Boletines Epidemiológicos de 1990 a 1995 y de 1985 a 1994, se calcularon las tasas de morbilidad y mortalidad, respectivamente, correspondientes a la población mexicana de 65 años y más derechohabiente del IMSS; como medida de ocurrencia se tomó la incidencia de padecimientos y como medida de efecto se calculó la razón de tasas de morbilidad y mortalidad. **Resultados.** Existe un panorama de transición demográfica y epidemiológica, con tendencia al envejecimiento de la población derechohabiente, así como un perfil de morbilidad en el que coexisten enfermedades infecciosas y crónicas, y de mortalidad donde predominan las crónico-degenerativas. **Conclusiones.** La atención de este grupo poblacional representa un desafío para los servicios de

Lara-Rodríguez MA, Benítez-Martínez MG, Fernández-Gárate IH, Zárate-Aguilar A. Epidemiologic aspects of older adult in the Mexican Institute of Social Security *Salud Publica Mex* 1996;38:448-457.

ABSTRACT

Objective. The objective of this study is to present dynamic changes within the population over 65 years of age who are covered by the Mexican Institute of Social Security (MISS), through morbidity and mortality analysis, during the last 6 and 10 years respectively. **Material and methods.** Based on data from the Epidemiologic Bulletins from 1990 to 1995 and from 1985 to 1994, the morbidity and mortality rates, respectively, were calculated for the Mexican population over 65 who are covered by the MISS. Incidence of diseases was used as a measure of occurrence and the ratio of morbidity and mortality rates was calculated as the measure of effect. **Results.** An epidemiological transition exists, with a tendency towards aging among this population. In terms of morbidity, infectious and chronic diseases coexist; as for mortality, chronic-degenerative diseases predominate. **Conclusions.** This represents a challenge for health care within institutional services, as this population group begins to compete with other priority groups and emergency needs.

(1) Coordinador Médico de Programas, Coordinación de Salud Comunitaria, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

(2) Jefa del Área de Vigilancia Epidemiológica de Riesgos y Daños a la Salud, Coordinación de Salud Comunitaria, IMSS.

(3) Jefa de la División de Epidemiología, Coordinación de Salud Comunitaria, IMSS.

(4) Titular de la Coordinación de Salud Comunitaria, IMSS.

Fecha de recibido: 18 de julio de 1996

Fecha de aprobado: 31 de octubre de 1996

salud institucionales, pues empieza a competir con otros grupos prioritarios y diversas necesidades emergentes. Por ello se resalta la importancia de la investigación epidemiológica en tanto brinda información para apoyar la toma de decisiones.

Palabras clave: anciano; morbilidad; mortalidad; IMSS (MX)

Epidemiological surveillance and research is essential to support decision-making.

Key words: elderly; morbidity; mortality; IMSS (MX)

Solicitud de sobretiros: Mtra. María de los Angeles Lara Rodríguez. Coordinación de Salud Comunitaria. División de Epidemiología, Instituto Mexicano del Seguro Social. Av. Insurgentes Sur 253, colonia Roma, Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, D.F.

EL ENVEJECIMIENTO DE la población en el mundo está bien documentado en países desarrollados y avanza con rapidez en los países en desarrollo, con incremento en las cifras absolutas y relativas de personas mayores de 65 años. El estudio de las características y condiciones de salud de este grupo poblacional adquiere cada vez mayor importancia, lo que ha impulsado a diferentes organismos a analizar el tema y elaborar planes y programas para dar respuestas oportunas, adecuadas y económicamente factibles a los efectos de dicho envejecimiento.¹ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde 1994 ajustó la edad y señala como adulto mayor a la persona de 65 o más años de edad,² término que se adoptó para los fines de este estudio.

La epidemiología ha estado continuamente en evolución, de tal manera que en la segunda mitad del siglo XX se han aplicado los métodos epidemiológicos con especial énfasis en el estudio de la morbilidad por enfermedades crónicas, la identificación de su origen o causas posibles —como los factores genéticos y ambientales—; pero su avance más sustantivo ha radicado en el interés sobre los problemas del envejecimiento, lo que conlleva al enlace de la epidemiología y la gerontología como ciencias multidisciplinarias. Así, el trabajo de la salud pública se enriquece al conocer la distribución de los condicionantes asociados a la patología y el estado funcional de los adultos mayores lo que permite la precisión en la ubicación de recursos y planes institucionales en materia de cuidados médicos y servicios preventivos.

Los estudios epidemiológicos en los Estados Unidos de América (EUA) y en otros países en torno al adulto mayor, no sólo se enfocan en la frecuencia de las enfermedades, sino que, mediante cuestionarios autoaplicables permiten estimar las características físicas, sociales,

funcionales y mentales, con la oportunidad de usar estándares y técnicas epidemiológicas que puedan explicar los factores de riesgo que intervienen en los cambios fisiopatológicos que se suman a la enfermedad.³

A su vez, la información epidemiológica oportuna y sistemática que brindan los diferentes sistemas de información, aun con sus limitaciones, permitirá conocer los principales riesgos y daños a la salud con el fin de establecer las necesidades y demandas de esta población y planear la infraestructura de los servicios de salud, o en su caso, proponer medios alternativos que beneficien al adulto mayor —ofreciendo mejor calidad de vida para ellos y sus familias— y que representen un menor costo para los servicios institucionales.

En México, el proceso de envejecimiento se hace más evidente a partir de la década de 1970; para 1990 el porcentaje de adultos mayores representó el 6.14% de la población total con cerca de 5 millones de personas.⁴ Diferentes estudios han señalado que el perfil de morbilidad y mortalidad plantea una situación compleja; además de la enfermedad y muerte atribuidas a causas infecciosas, los trastornos crónico-degenerativos se ubican en pocos años dentro de los primeros lugares. Otros autores señalan cambios cualitativos y cuantitativos en algunas de las 10 principales causas de muerte entre la década de 1970 y 1980.^{5,6}

De esta manera y como consecuencia del incremento en la sobrevivencia de la población es probable que se presenten dos patrones de salud-enfermedad en el adulto mayor. El primero implicaría que, a pesar de este aumento de sobrevivencia no necesariamente disminuirán en la misma proporción la morbilidad e incapacidades; así, en lugar de mejorar, las condiciones de salud podrían empeorar, pues el lugar que ocupa una enfermedad sería

ocupado por otra. El segundo presupone que la calidad de vida de los adultos mayores mejorará al modificar factores de riesgo que se relacionan con una o más enfermedades, por ejemplo, el consumo de alcohol en la etiología de la cirrosis hepática y los accidentes.⁷

Se asume que la información relativa a la salud del anciano puede estar fragmentada o tener subregistro, por lo que se hace necesario mejorar los sistemas de captación y sistematización de la información en salud que se genera en todas las instituciones, entre otros problemas, por las dificultades que presenta el análisis de las diferentes fuentes de información, la calidad de las técnicas diagnósticas y el registro de las causas de defunción.⁸

La población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) forma parte del más grande e importante programa de seguridad social en México; de acuerdo con la Ley del Seguro Social y su regulación, la afiliación es obligatoria para una parte importante de empleados de compañías privadas, del sector obrero, de la administración pública de la federación (no comprendidos en otro régimen de seguridad social), ciertos grupos del sector comercio y algunos trabajadores del sector rural, quienes inscriben a sus familiares incluidos los adultos mayores. Esta fuerza laboral cubierta por el Instituto está compuesta de población principalmente urbana, con una posición socioeconómica media y media baja, por lo que tiene características propias en relación con factores de riesgo.*

Con base en lo anterior, es indiscutible que cualquier programa debe sustentarse en un diagnóstico actualizado de la situación de salud que identifique los principales problemas y su comportamiento, de tal manera que dicha información permita programar la atención de acuerdo con las necesidades y demandas potenciales de esta población. El propósito de este artículo es presentar un panorama sobre ciertas características demográficas y algunos aspectos epidemiológicos del adulto mayor derechohabiente del IMSS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizó la información referente a los padecimientos que más afectan al adulto mayor derechohabiente, median-

te la recolección y revisión de información epidemiológica. Los datos de morbilidad se obtuvieron del Boletín Epidemiológico Anual de 1990 a 1994, que editó la Subdirección General Médica del IMSS, y de 1995 editado por la Dirección de Prestaciones Médicas. La información de mortalidad se obtuvo de los Boletines Anuales de Mortalidad para el periodo de 1985 a 1994, y la correspondiente a morbilidad hospitalaria de 1994 del Sistema Único de Información de Egresos Hospitalarios del Instituto. Los datos utilizados correspondieron a la población mexicana de 65 años y más. ***

Los boletines mencionados son producto del sistema de notificación institucional; en cuanto a morbilidad, la fuente principal es el informe semanal de casos nuevos de enfermedades transmisibles y no transmisibles que se produce en cada unidad médica, con base en los diagnósticos que formula el médico de pacientes ambulatorios y hospitalizados; para mortalidad, los diagnósticos que se registran en los certificados de defunción, los cuales son codificados de acuerdo con las normas contenidas en la IX Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Cabe aclarar que pudieran ocurrir defunciones sin control de los registros institucionales, como usualmente ocurre con las muertes producidas por accidentes y violencias, de las que al seguir su trámite legal, no se recibe la retroinformación correspondiente. Asimismo, existen diferencias proporcionales en los resultados finales de las estadísticas de mortalidad en las diferentes instituciones, como ha sido documentado entre la Dirección General de Estadística e Informática y los sistemas de información del IMSS.

La tasa de morbilidad para cada padecimiento se obtuvo de dividir el total de casos incidentes entre el total de la población derechohabiente de 65 años y más, adscrita a médico familiar, al mes de junio de cada año. Para obtener la tasa de mortalidad se dividió el número de defunciones ocurridas entre el número total de población de 65 años y más, usuarios de los servicios, al mes de

* Ham-Chande R. The elderly in Mexico: Another challenge for a middle-income country. Colegio de la Frontera Norte, Instituto Nacional de Salud Pública, 1995:48-58. Documento no publicado.

* Boletín Epidemiológico Anual. Jefatura de Servicios de Salud Pública 1990-1994, Subdirección General Médica, 1995 Coordinación de Salud Comunitaria. Instituto Mexicano del Seguro Social. Documento no publicado.

** Boletín Anual de Mortalidad. Jefatura de Medicina Preventiva. 1984-1988. Jefatura de Servicios de Atención Primaria 1989-1990. Jefatura de Servicios de Salud Pública. 1991-1994. Subdirección General Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social. Documento no publicado.

junio de cada año. La información de egresos hospitalarios abarca el número de éstos según las diez causas más frecuentes en población de 65 años y más y la proporción que representa en relación con los otros grupos de edad.

Con el fin de observar el comportamiento secular de los padecimientos, se graficó el año de observación en el eje horizontal y la tasa de mortalidad en el eje vertical.

Para el análisis de información se obtuvieron frecuencias simples; como medida de ocurrencia se tomó la incidencia de padecimientos y como medida de efecto se calculó la razón de tasas de morbilidad y mortalidad.

RESULTADOS

La población derechohabiente adscrita a médico familiar, en el grupo de 65 y más años, se incrementó de 2 409 059 en 1990 a 2 762 613 en 1995, en el ámbito nacional; tales cifras representan un aumento del 6.41 al 8% de la población total. Se espera que para el año 2000 esta proporción será del 10%.

Del total de derechohabientes de 65 años y más para 1995, 1 307 237 (47%) son hombres y 1 455 376 (53%) son mujeres; por grupo de edad, en orden de frecuencia, se observa la siguiente proporción: 65-69 (34%), 70-74 (26%), 75-79 (17%), 80-84 (12%), 85 y más (11%); situación congruente con la disminución de la sobrevivencia conforme aumenta la edad. La mayor proporción de la población derechohabiente adulta mayor se localiza en los estados con mayor grado de industrialización, donde se asienta la planta productiva; el 23% en la región norte —que comprende los estados de Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas—, y solamente el 4% en la región Oriente —Campeche, Quintana Roo y Yucatán.

En el cuadro I se presentan la morbilidad por enfermedades transmisibles y no transmisibles, en sus 20 causas más frecuentes, así como otras de interés epidemiológico correspondientes al periodo de 1990 a 1995. Como puede apreciarse, las infecciones respiratorias agudas e intestinales ocupan los primeros lugares en el último año; de las enfermedades crónicas, destacan la hipertensión, la isquemia del corazón y las enfermedades cerebrovasculares. Mención especial merecen la cirrosis hepática, cuya incidencia aumenta en más de 200% y el tumor maligno del cuello uterino, que aparece dentro de las veinte principales causas con un incremento del 34%.

En un rubro especial de otros padecimientos de interés epidemiológico se aprecia la persistencia de lepra y teta-

nos, con una tendencia ascendente, así como SIDA y cólera; este último, con aumento importante en la tasa para 1995, tiene relevancia por su letalidad en edad avanzada (cuadro I).

En el cuadro II se presenta la razón de tasas de morbilidad por causas de enfermedad, comparando 1990 con 1995, donde se observa que todas tienen incremento, a excepción de la diabetes mellitus cuya razón de tasas es menor a 1.0 (menor morbilidad en el último año en comparación con el primero). Las enfermedades cerebrovasculares, la enfermedad isquémica del corazón, la neumonía y las tiñas muestran un comportamiento ascendente franco.

La revisión de la mortalidad por causas agrupadas se presenta en la figura 1. En el último año, se identifica en los primeros lugares a las enfermedades crónicas, con incrementos importantes en la morbilidad por diabetes y por tumores malignos, a diferencia de las demás que muestran un comportamiento estable; cabe destacar el descenso considerable de las infecciones intestinales y la tuberculosis, con disminución del 50% en la última década, de tal manera que en los últimos cinco años desaparecen dentro de las 10 principales causas de defunción.

En el cuadro III se presenta la razón de tasas de mortalidad por causas agrupadas, comparando 1985 con 1994, y se observa que cinco causas muestran una razón de tasas menor a 1.0, lo cual quiere decir que hay menor mortalidad en 1994 en comparación con 1985; otras causas muestran una razón de tasas mayor a 1.0, de las cuales resaltan las enfermedades del corazón con un incremento del 90%, la diabetes mellitus donde la mortalidad actual es casi un 22% mayor, los tumores malignos con 12% y úlcera gástrica duodenal con casi 30% más que 10 años atrás.

La información sobre las principales causas de egreso hospitalario para el año de 1994 permite apreciar, en su conjunto, la coexistencia de entidades clínicas con enfermedades de resolución quirúrgica, pero sobre todo, un predominio de las enfermedades crónicas y degenerativas (cuadro IV).

Las diferencias entre la causalidad de la mortalidad y los egresos hospitalarios se deben, en el primer caso, a que se presentan por causas agrupadas, conforme a criterios establecidos, y en el segundo, de acuerdo con los diagnósticos más frecuentes de egreso hospitalario; de esta manera, padecimientos que no son motivo de ingreso al hospital, no aparecen en esta lista —enfermedades demenciales, nutricionales y otras discapacitantes.

CUADRO I
Morbilidad por enfermedades transmisibles y no transmisibles en población adulta mayor.
Instituto Mexicano del Seguro Social, 1990-1995

Diagnóstico/año	Tasas*					
	1990	1991	1992	1993	1994	1995
1. Infecciones respiratorias agudas	8 830	8 896	8 982	10 641	11 336	13 322
2. Infecciones intestinales	2 678	2 778	3 003	3 513	3 634	4 635
3. Enfermedades hipertensivas	1 123	1 178	1 469	1 291	1 445	1 328
4. Diabetes mellitus	773	845	1 057	806	877	739
5. Amibiasis	735	707	698	737	690	753
6. Conjuntivitis	473	572	491	479	451	516
7. Tiñas	431	464	542	626	748	877
8. Enfermedad isquémica del corazón	332	371	461	553	716	886
9. Sarna	207	172	161	140	115	121
10. Neumonía	152	168	192	246	273	352
11. Enfermedades cerebrovasculares	138	179	330	467	639	834
12. Salmonelosis	93	109	106	105	132	137
13. Erisipela	81	85	97	113	129	158
14. Intoxicación alimentaria bacteriana	76	83	102	113	105	44
15. Ascariasis	66	52	50	46	39	39
16. Intoxicación alimentaria no bacteriana	61	60	64	59	50	80
17. Tumor maligno del cuello uterino	44	48	54	45	57	59
18. Cirrosis hepática	42	49	72	76	108	134
19. TB del aparato respiratorio	34	30	32	28	29	26
20. Oxiuriasis	30	25	26	25	23	23
Otras de interés epidemiológico						
1. Lepra	1.45	0.44	0.46	0.34	0.45	0.54
2. Tétanos	1.29	0.48	0.42	0.27	0.59	0.22
3. SIDA	1.29	1.76	0.61	0.53	0.71	0.58
4. Cólera	0	9	17	13	3.83	25

Fuente: Boletín Epidemiológico Anual, Instituto Mexicano del Seguro Social 1990-1995

*Tasa por 100 000 derechohabientes de 65 años y más

DISCUSIÓN

El Pronunciamiento de Consenso sobre Políticas de Atención a los Ancianos en América Latina, señaladas por la OPS, destaca la necesidad de mejorar cuantitativa y cualitativamente la información relevante al tema del proceso de envejecimiento, asegurar su difusión adecua-

da y oportuna y estimular su análisis, pero sobre todo, su utilización en la toma de decisiones.¹

La intersección de la epidemiología y la gerontología ha conducido a producir resultados científicos y clínicos. Así, las investigaciones epidemiológicas en poblaciones de países desarrollados resaltan el papel de las enfermedades crónicas y las discapacidades funcionales. Entre las primeras

CUADRO II
Razón de tasas de morbilidad por causas de enfermedad
en orden de frecuencia, en población adulta mayor,
comparando 1990 con 1995.
Instituto Mexicano del Seguro Social

Enfermedades más frecuentes	Tasa* 1990	Tasa* 1995	Razón tasas
Infecciones respiratorias agudas	8 830	13 322	1.51
Infecciones intestinales	2 678	4 635	1.73
Enfermedades hipertensivas	1 123	1 328	1.18
Enfermedad isquémica del corazón	332	886	2.67
Tiñas	431	877	2.03
Enfermedades cerebrovasculares	138	834	6.04
Amibiasis	735	753	1.02
Diabetes mellitus	773	739	0.96
Conjuntivitis	473	877	1.85
Neumonía	152	352	2.32

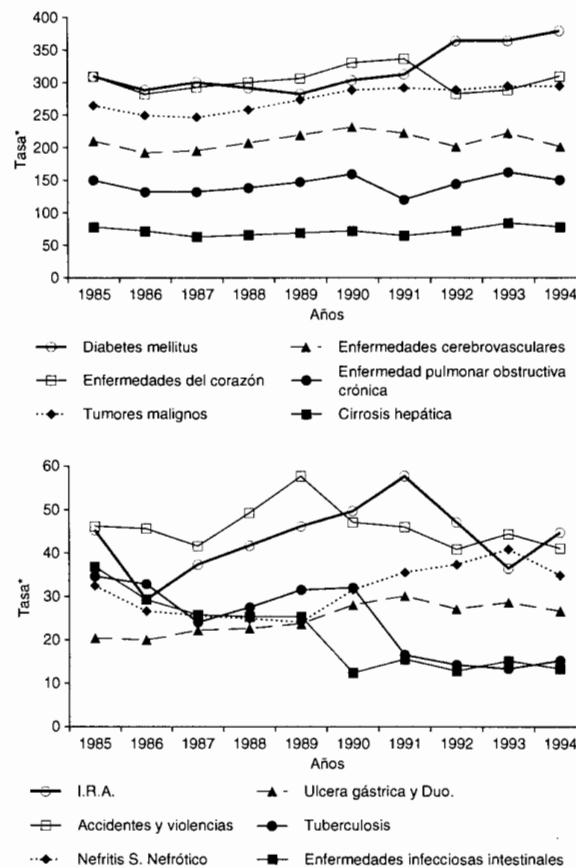
Fuente: Boletín Epidemiológico Anual, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1990 - 1995

*Tasa por 100 000 derechohabientes de 65 años y más

se encuentran el cáncer, la diabetes, las enfermedades cerebrovasculares, la artritis, la hipertensión arterial, el sobrepeso y la osteoporosis, así como problemas de espalda, enfermedades neurológicas, y las limitaciones funcionales que de ellas se derivan. De estas últimas destacan las limitaciones para las actividades de la vida diaria, afecciones respiratorias agudas, traumatismos, deficiencias visuales y de la nutrición. No se encuentra en la literatura internacional sobre el tema un papel importante de las enfermedades intestinales ni de la tuberculosis.^{3,9,10}

Es un hecho que la morbilidad y las causas de muerte en los ancianos varía en forma considerable entre los países y regiones. Por ejemplo, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares relacionadas con la arterioesclerosis ha disminuido en países desarrollados como EUA y Finlandia, gracias a que se han efectuado programas eficaces de nutrición antiarterioesclerosis, y a que se ha adquirido mayor toma de conciencia de la causalidad, de la discapacidad y de la necesidad de una acción preventiva en el ámbito comunitario.¹¹

La información disponible en América Latina y el Caribe refiere que las enfermedades cardiovasculares son



*Tasa por 100 000 derechohabientes usuarios de 65 años y más
Fuente: Boletín Estadístico de Mortalidad. IMSS, 1985-1994

FIGURA 1. Mortalidad por causas agrupadas en adultos mayores. Instituto Mexicano del Seguro Social, 1985-1994

la principal causa de muerte, seguida por tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares, los accidentes y los homicidios. En otros países de la región, las principales causas de muerte son el cáncer y las enfermedades cerebrovasculares, pero se carece de datos fidedignos de morbilidad.⁸

Estudios recientes en México señalan que en 1990 las principales causas de mortalidad fueron las enfermedades del corazón, los tumores malignos y la diabetes mellitus. Las causas de egresos hospitalarios más sobresalientes en 1992 fueron diabetes mellitus, fracturas y enfermedades respiratorias.⁷

De acuerdo con las características de las diferentes etapas de la transición epidemiológica que se reflejan en

CUADRO III Razón de tasas de mortalidad por causas agrupadas, en población adulta mayor, comparando 1985 con 1994. Instituto Mexicano del Seguro Social			
Causa de muerte	Tasa 1985*	Tasa 1994*	Razón tasas
Enfermedades del corazón	310.9	310.5	1.90
Diabetes mellitus	310.8	379.2	1.22
Tumores malignos	265.3	297.1	1.12
Enfermedades cerebrovasculares	210.9	202.3	0.96
Enfermedad pulmonar obstructiva, crónica	149.9	151.7	1.01
Cirrosis hepática	78.0	78.7	1.01
Accidentes y violencias	46.4	41.1	0.89
Infecciones respiratorias agudas	45.4	44.6	0.98
Enfermedad infecciosa intestinal	37.0	13.3	0.36
Tuberculosis	34.9	15.4	0.44
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	32.7	35.0	1.07
Úlcera gástrica y duodenal	20.6	26.5	1.29

Fuente: Boletín Epidemiológico Anual, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1985 - 1994

*Tasa por 100 000 derechohabientes usuarios de 65 años y más

las causas de enfermedad y muerte, y como consecuencia de variables sociales y económicas, es necesario valorar los promedios encontrados en las estadísticas nacionales e institucionales, ya que pierden su sentido de realidad y relevancia cuando se hacen interpretaciones regionales y, sobre todo, en la aplicación práctica de las políticas sobre salud y bienestar en el ámbito local; por lo anterior, en estudios futuros será necesario presentar panoramas epidemiológicos y estadísticas que reflejen características regionales y por clases sociales; de tal manera que los indicadores de enfermedad y muerte sean más significativos y por consecuencia de más utilidad.*

* Ham-Chande R. The elderly in Mexico: Another challenge for a middle-income country. Colegio de la Frontera Norte, Instituto Nacional de Salud Pública, 1995:48-58. Documento no publicado.

CUADRO IV Diez principales causas de egreso hospitalario en población adulta mayor. Instituto Mexicano del Seguro Social, 1994		
Diagnóstico	No.	%*
1. Diabetes mellitus	19 268	35
2. Insuficiencia renal crónica	15 060	22
3. Catarata	11 218	59
4. Hernia inguinal	5 140	18
5. Colelitiasis	4 593	14
6. Otra hernia de cavidad abdominal	3 330	13
7. Prolapso genital	2 085	14
8. Infección intestinal mal definida	1 780	7
9. Fractura de radio y cúbito	1 315	10
10. Asma	1 240	6
Otros diagnósticos	168 992	15
Total del sistema	234 021	10

* Porcentaje en relación con los demás grupos de edad

Fuente: SUI EHAG 1 321 Dirección de Prestaciones Médicas, Dirección de Finanzas y Sistemas. Instituto Mexicano del Seguro Social

La información aquí presentada evidencia el proceso de transición demográfica y epidemiológica en México, señalado ya por otros autores,^{8,12} con una clara tendencia al envejecimiento de la población derechohabiente, donde la población mayor de 65 años crece y continuará creciendo. Esta situación refleja el incremento y la sobrevivencia de esta población; las cifras informadas superan el promedio nacional de 6.1 en 1990 y el esperado de 7.2% para el año 2000;⁷ y es comparable con el nivel alcanzado en algunas regiones de países desarrollados.

Cabe resaltar que de la población asegurada de adultos mayores, 430 625 corresponden al grupo de jubilados y pensionados y representan el 16%; esta proporción aumenta más rápidamente que la población ocupada: de una tasa de 6.4% en 1994, alcanza 7.5% en 1995, con el consiguiente aumento en los años de otorgamiento de las pensiones, que también se incrementarán hasta 18.6 años en promedio, así como el tiempo en que se otorga atención médica, precisamente en el periodo de edad en que resulta más costosa. Este grupo es importante pues-

to que es objeto de programas y acciones específicas de promoción y fomento de salud, y ciertamente los hace una población diferente en cuanto a los factores de riesgo.*¹³

Con base en lo anterior, se cumple uno de los aspectos más importantes de la seguridad social —la solidaridad intergeneracional y de consenso—, es decir, que los trabajadores activos contribuyen al financiamiento de las pensiones de los extrabajadores.

El panorama epidemiológico en la población derechohabiente estudiada coincide con el del ámbito nacional,⁶ donde se aprecia una clara transición epidemiológica, con predominio en la ocurrencia de los padecimientos infecciosos (respiratorios e intestinales), seguidos por las enfermedades hipertensivas y la diabetes mellitus. Específicamente, la hipertensión arterial es considerada como problema de salud pública en el adulto mayor.^{14,15}

Llaman la atención las enfermedades infecciosas localizadas en piel, particularmente la tendencia ascendente de las tiñas y la erisipela. Se puede decir que se observa el vínculo de la fragilidad homeostática y la susceptibilidad a la enfermedad, en cuanto ocurre la pérdida de adaptación del individuo; estos factores biológicos junto con los de índole socioeconómica, pueden traducir el insuficiente apoyo social para el cuidado y la higiene personal, sobre todo, de educación para la salud en el adulto mayor en su entorno inmediato.²

Respecto al análisis de la mortalidad, es cierto que en México los sistemas de estadísticas vitales presentan fallas, que tienen que ver con el desarrollo de los sistemas de información en salud desde las fuentes primarias y secundarias, con diferencias en los resultados finales de las estadísticas de mortalidad.¹⁶ En el caso del IMSS, se ha informado de un subregistro de los certificados capturados, entre otros motivos, por la falta de envío de certificados de defunción por causas violentas; asimismo, porque en una parte del certificado, el familiar del fallecido informa si pertenecía o no al IMSS (situación no corroborada en el momento de la defunción), registrándose como derechohabiente en los resultados de la estadística sobre mortalidad en México.

Es necesario aceptar la existencia de subregistro que se acentúa en ciertos grupos de edad, o en padecimientos

como neoplasias, cuando los enfermos en estadios finales mueren en su domicilio sin recurrir a las instituciones de salud.

Si bien es cierto que las estadísticas de mortalidad hasta el momento han sido la fuente de datos más confiable, tanto para el conocimiento de los daños a la salud como para la planeación de servicios de salud, éstas se ven limitadas, por lo que para un mejor aprovechamiento del análisis de mortalidad es mejor conocer la razón estandarizada de mortalidad el índice de años de vida perdidos y las causas múltiples de muerte.¹⁷

El panorama de mortalidad aquí presentado se aprecia diferente en comparación con el nacional en este grupo de población, donde se informa que en 1990 los primeros lugares correspondían a las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes mellitus;^{6,9} en nuestra serie, la diabetes ocupa el primer lugar como causa de muerte. La mortalidad es causada por el incremento de patología crónico-degenerativa con secuelas importantes y algunas invalidantes; muchas de ellas se encuentran ligadas al estilo de vida, pero también es cierto que algunas son susceptibles de control cuando son posibles la detección precoz y un tratamiento eficaz, especialmente la identificación oportuna de factores de riesgo.¹³

Por lo que se refiere a egresos hospitalarios, diferentes estudios en el ámbito internacional revelan que los padecimientos quirúrgicos en adultos mayores varían entre los diferentes países. En Inglaterra y Gales cerca del 60% corresponde a cirugía general y a varias especialidades quirúrgicas, como oftalmología, urología, traumatología, ginecología, etcétera. En EUA 35% de egresos corresponde a adultos mayores que habían recibido tratamiento quirúrgico. En Canadá, en un servicio de cirugía general, 60-70% de los usuarios fueron ancianos; en América Latina, y en particular en Costa Rica, 41% de ancianos consultó clínicas de cirugía general; en Argentina, 36% de egresos corresponde a servicios quirúrgicos y en Cuba 80%.¹⁸

En México, los informes sobre la frecuencia de padecimientos quirúrgicos varían desde los registros de 5.6% a nivel nacional,⁷ hasta 30% en instituciones como el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán² y los servicios médicos de Petróleos Mexicanos; éstos corresponden a un tercer nivel de atención lo cual puede explicar tales diferencias. En nuestra serie 11% del total correspondió a padecimientos de resolución quirúrgica; es conveniente realizar estudios específicos al respecto,

* Instituto Mexicano del Seguro Social, Seguridad y Solidaridad Social. Diagnóstico. México, D.F.: IMSS, 1995:9. Documento no publicado.

sobre todo en cuanto a las diferencias por niveles de atención. Igualmente, se destaca que una parte importante de los egresos hospitalarios la ocupan los padecimientos crónicos; de éstos, la diabetes mellitus también en primer lugar, resulta un problema de salud relevante en este estudio, y posible causa de la insuficiencia renal crónica y la catarata, entre otros.

Los padecimientos quirúrgicos pudieran reflejarse como parte del proceso de envejecimiento, de manera especial, la disminución del colágeno y del tejido elástico y de sostén del organismo, como el caso de las hernias. Particularmente, la presencia de cataratas se acompaña de una disminución de la agudeza visual que se torna más frecuente con la edad, de acuerdo con cifras esperadas es posible encontrarlas en 90% de los mayores de 65 años.¹⁹ Conviene hacer estudios para revisar la frecuencia de cataratas debidas a trastornos metabólicos, de cualquier forma, esto nos indica que es un problema de salud pública en la población adulta mayor derechohabiente.

La magnitud y trascendencia de los padecimientos crónicos y quirúrgicos estriba en que originan una mayor demanda de atención en consulta externa y hospitalización, por lo que es necesario estar preparados para poder enfrentar este reto como institución de salud.

La falta de información sobre enfermedades que no necesariamente son motivo de hospitalización constituye una limitación del presente estudio, por ejemplo, las enfermedades demenciales, nutricionales, odontológicas y otras discapacitantes; es indispensable buscar estrategias para completar este diagnóstico y obtener una evaluación integral del proceso salud-enfermedad en el adulto mayor y conocer mejor sus necesidades prioritarias.²⁰ Es aquí donde los estudios epidemiológicos y su vínculo con la gerontología son excelente alternativa para enriquecer el conocimiento científico.

Actualmente, la atención se ha enfocado a la restauración del daño y se ha subestimado la importancia de la identificación oportuna de factores de riesgo, a pesar de que esta estrategia ha mostrado beneficios en la población al disminuir la morbilidad por padecimientos propios del adulto mayor y lograr el impacto en el costo económico y social. Por citar algunos ejemplos, se mencionan para las enfermedades infecciosas, factores tales como la falta de higiene personal, de la vivienda y de saneamiento

ambiental; y para las enfermedades crónicas, el sobrepeso, la obesidad y los hábitos nocivos a la salud. Las mejores medidas de prevención y control de estos padecimientos resultan de una buena higiene personal, alimentación adecuada, ejercicio, manejo del estrés y, sobre todo, de la modificación de ciertos estilos de vida.^{13,21}

Es muy importante privilegiar el enfoque de riesgo, de prevención, promoción y fomento de la salud con la participación de los adultos mayores, grupos voluntarios, asociaciones gremiales y sociedad en general; impulsar programas con estrategias educativas y de promoción de la salud en favor de esta población para que sea capaz de explotar al máximo su potencial genético de longevidad en ausencia de incapacidad.

Conviene fortalecer y estrechar la coordinación intra y extrainstitucional con el fin de intercambiar información epidemiológica y proponer programas y acciones de capacitación multidisciplinaria en materia de geriatría y gerontología.

Este análisis de la información deja ver que aún existen insuficientes fuentes de datos, así como la falta de evaluación y seguimiento, por lo que es muy importante establecer los lineamientos para un sistema de vigilancia epidemiológica que permita contar con información confiable, completa, oportuna y sistemática.

Es importante establecer indicadores que ayuden a medir las necesidades de salud y permitan evaluar la efectividad de las intervenciones, por ejemplo, contar con el indicador de los años de vida saludables (AVISA) perdidos por muerte o discapacidad,¹² además de realizar estudios de investigación epidemiológica^{22,23} que apoyen en la toma de decisiones para la atención integral de la población adulta mayor.

El reto es establecer planes de acción integral con la posibilidad de aplicar medidas de intervención en el grupo de jóvenes, con el fin de prevenir los riesgos y disminuir los grados de invalidez en la población en general.

Se debe mantener actualizada la caracterización epidemiológica, para contar en la comunidad con un mayor número de adultos mayores que gocen de una óptima calidad de vida el mayor tiempo posible. Mientras tanto, se requiere garantizar la accesibilidad a los servicios de salud para atender sus demandas médico-sociales.^{15,24}

 REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Centro Latinoamericano de Demografía. Centro Internacional del Envejecimiento. Pronunciamiento de consenso sobre políticas de atención a los ancianos en América Latina; 1992 noviembre 2-6; Santiago de Chile. 1-12.
2. Fajardo-Ortiz G. El adulto mayor en América Latina. Sus necesidades y sus problemas médico sociales. México, D.F.: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social/Organización Panamericana de la Salud/Oficina Sanitaria Panamericana/Organización Mundial de la Salud, 1995:13-26.
3. Wallace BR. Epidemiology and aging: How gerontology has changed now communicable disease epidemiology in the United States of America. *Rapp Trimest Stat Sanit Mond* 1992;45:75-79.
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. La tercera edad en México. XI Censo General de Población y Vivienda 1990. 2a. edición. México, D.F.: INEGI, 1993.
5. Alcántara-Vázquez A, Amancio-Chassin O, González-Chávez A, Hernández-González M, Carrillo-Villa H. Mortalidad en pacientes geriátricos del Hospital General de México. *Salud Publica Mex* 1993;35:368-375.
6. Kumate-Rodríguez J, Sepúlveda-Amor J, Wolpert-Barraza E, Juan-López M, Fonseca-Alvarez G. La salud de la población en edad avanzada. Un reto más para el futuro. *Población y Salud*. México, D.F.: Cuaderno de Salud, Secretaría de Salud, 1994;(1).
7. Borges-Yáñez A. Situación epidemiológica de la población anciana en México. *Bol DGE/SNVE* 1996;vol. 13(7).
8. Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Medicina. Antología, la atención integral al anciano. México, D.F.: Dirección General de Asuntos de Personal Académico (IN505191), UNAM, FM, 1993:2-37.
9. Boulton Ch, Kane R, Louis JA, Boulton L, McCaffrey D. Chronic conditions that lead to functional limitation in the elderly. *J Gerontol* 1994;49-1:M28 M36.
10. Ham R. Indicator of poor nutritional status in older Americans. *Am Fam Physician* 1992;45(1):219-228.
11. San Martín H, Pastor V. Epidemiología de la vejez. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana, 1990:100-126.
12. Frenk J, Lozano-Asencio R, González-Block MA *et al*. Economía y salud: propuestas para el avance del Sistema Nacional de Salud en México. Informe final. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 1994:100-154.
13. Chávez-Samperio J. El máximo consumo de oxígeno (VO₂Mx). Composición corporal y factores de riesgo como indicadores positivos de salud en jubilados y pensionados. *Rev Med IMSS Mex* 1995;33:271-277.
14. Bennet EN. Hypertension in the elderly. *Lancet* 1994;344:447-449.
15. Cornejo-Arias E, Medina-Lois E, Kaempffer-Ramírez A, Hernández-Araya E. Condiciones de salud de la población de 60 años y más, Santiago de Chile, 1993. *Salud Publica Mex* 1995;37:417-423.
16. Crevenna-Horney P, Real Mata-Latoni. Análisis de la mortalidad en México. *Salud Publica Mex* 1989;32(5):591-593.
17. Bustamante-Montes P, Lezana-Fernández MA, Villa-Romero AR, Borja-Aburto VH. El análisis de la mortalidad por causa múltiple, un nuevo enfoque. *Salud Publica Mex* 1990;32(3):309-318.
18. Salas R. Evaluación preoperatoria del paciente anciano. En: Anzola-Pérez E, Morales MF, ed. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 1994:289-290.
19. Elwein LB, Kupfer C. Aspectos estratégicos de la prevención de la ceguera por cataratas en países en desarrollo. *Bol Oficina Sanit Panam* 1996;120(6):491-503.
20. Alvarez-Gutiérrez R, Brown MA. Encuesta de las necesidades de los ancianos en México. *Salud Publica Mex* 1983;25:21-75.
21. Larson EB. Geriatric medicine. *JAMA* 1991;265(23):3125-3126.
22. Kelsey JL, O'Brien LA, Grisso JA, Hoffman S. Issues in carrying out epidemiologic research in the elderly. *Am J Epidemiol* 1989;130:857.
23. Vincent M, Wilcox V, Rakowski W. Functional transition among the elderly. Patterns, predictors, and related hospital use. *Am J Public Health* 1994;84:1274-1279.
24. Gutiérrez-Robledo LM. Perspectivas para el desarrollo de la geriatría en México. *Salud Publica Mex* 1990;32:693-701.