

# La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento

*Luis Miguel Gutiérrez Robledo*

Las reflexiones que a continuación se exponen parten de un hecho constatable: lo esencial de la información epidemiológica relativa a la salud del adulto mayor en México no se ha tomado aún en consideración para la planeación de políticas y servicios específicos.

El objetivo principal de este texto es dar al lector una nueva perspectiva frente al reto que representa el envejecimiento de la población mexicana para nuestro sistema de salud, mediante una evaluación crítica de la información disponible y de una rápida aproximación a las fuentes de información recientemente generadas, y poco difundidas en nuestro país.

La relevancia del tema de la salud del adulto mayor en la actualidad es insoslayable. Ello se desprende de su presencia en los medios de comunicación, en el discurso político y, más importante aún, en las estadísticas de los indicadores de salud y de la utilización de servicios. De ahí la necesidad de una aproximación sistemática, basada en la evidencia y sólidamente fundamentada para su adecuado análisis y eventual resolución a través de la generación de programas de acción orientados a necesidades específicas detectadas, y susceptibles de evaluación, por medio de la medición de indicadores específicos y fidedignos.

Hasta la fecha el estudio epidemiológico del envejecimiento se ha abordado de una manera más bien convencional, utilizando, en primer término, la información de mortalidad y, en parte también, la de morbilidad hospitalaria pero con un enfoque limitado a un ámbito de conocimiento relativamente reducido y que no permite obtener una idea clara e integral de las necesidades de salud de las personas mayores.

Las limitaciones del enfoque son de diversa índole. Por ejemplo, el reporte oficial de la ENSA 2000 (Sepúlveda, 2000) no se refiere sino colateralmente a la po-

blación de mayor edad y con particular énfasis a tan sólo algunas afecciones crónico-degenerativas como diabetes, hipertensión arterial e hipercolesterolemia. El sector de la población está presente en el análisis, pero su problemática es vista tan sólo desde la perspectiva de la morbi-mortalidad y excluye el aspecto de la repercusión funcional de la enfermedad, el cual constituye uno de los elementos clave para la estimación de los costos asistenciales. La encuesta incluye información acerca del estado funcional pero es limitada y no ha sido analizada.

En otros casos, las insuficiencias provienen de limitaciones en el diseño muestral de las encuestas. Por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud Mental, donde los datos se limitan a las personas menores de 65 años de edad y la Encuesta Nacional de Nutrición (Rivera, 1999). Otro caso son las encuestas efectuadas por entidades del sector salud, en particular el IMSS, que proveen de información a la población derecho-habiente pero no consideran a los sujetos que no son beneficiarios de sus servicios.

Al aproximarse al estudio de los estados de salud del anciano, debe considerarse que éstos se entienden mejor en términos de la repercusión funcional de la enfermedad. Para entender la epidemiología del envejecimiento y apreciar mejor las consecuencias de la transición epidemiológica en la planificación y el peso de la enfermedad en esta etapa de la vida, no basta con enumerar las patologías de las que es víctima la población anciana o aquéllas por las cuales ocurre una mortalidad precoz. Es necesario también tener la medida de la repercusión que un cúmulo de afecciones tiene sobre un sujeto en particular, y es necesario saber de qué manera esto influye en la utilización de servicios, qué costos genera y en qué niveles. Es así que resulta necesario introducir nuevos conceptos para la observación epidemiológica de la población adulta mayor: la obser-

vación del estado funcional y del fenómeno de la dependencia y la consideración de las causas de morbilidad actualmente "ocultas" por ser peculiares de este grupo de edad, y que hasta ahora han merecido sólo una modesta e insuficiente atención (Gutiérrez Robledo, 1990).

En los últimos diez años se ha generado en nuestro país una gran cantidad de información relativa al tema del envejecimiento. Por razones diversas, estas fuentes de información han permanecido al margen de la corriente principal del análisis estadístico de la epidemiología nacional, debido, por una parte, a una mala difusión e insuficiencias metodológicas y, por la otra, a que algunas no tienen una representatividad nacional o no han sido suficientemente publicitadas ni explotadas. Esto último obedece en buena medida a la carencia de recursos suficientes para ese propósito. Influye también la falta de epidemiólogos especializados en envejecimiento y la ausencia de un organismo que pudiera concentrar y analizar este tipo de información: un observatorio nacional de la epidemiología del envejecimiento. En consecuencia, por una variedad de razones, dicha información no ha sido tomada en cuenta para la planificación de los servicios de salud.

En suma, existen fuentes de información asequibles, insuficientemente explotadas y susceptibles de un más profundo análisis. Dichas fuentes que contienen datos acerca de la funcionalidad y la dependencia, la morbilidad específica de los adultos mayores y la utilización de servicios de salud brindan una serie de datos esenciales para una adecuada planeación. Su consideración abre una ventana de oportunidad.

Estos últimos años se han caracterizado por la emergencia de un gran número de esfuerzos de investigación epidemiológica dirigidos al esclarecimiento del fenómeno del envejecimiento poblacional y sus consecuencias sobre la salud. A continuación, se expone una breve enumeración en orden cronológico de algunos de los más significativos, sus principales productos y las fuentes donde pueden ser consultados.

### **Encuesta Nacional Sociodemográfica sobre el Envejecimiento (ENSE 94)**

En 1994 el Consejo Nacional de Población llevo a cabo una primera encuesta nacional sobre el envejecimiento sociodemográfico en México. La encuesta comprende una muestra de 5 mil individuos con representatividad nacional. Por primera vez incluye datos que han sido publicados (Hernández, 1998) y que permiten una estimación de la capacidad funcional de la población de adultos mayores (Gutiérrez Robledo, 1998). La base de datos también ha sido explotada en cuanto a la información social y demográfica que contiene.

### ***Cross-cultural Research on Nutrition of Older Subjects* (CRONOS)**

Como parte de un estudio de colaboración multinacional, en 1995 se efectuó una encuesta transversal sobre el estado nutricional de personas mayores en comparación con un grupo de individuos de edad media en tres comunidades: urbana, suburbana y rural. La información está centrada en el estado nutricional y sus relaciones con la salud en general, el estado funcional y la situación socioeconómica. Los resultados han sido publicados parcialmente en relación con la incidencia de diabetes, obesidad y factores de riesgo coronarios en tres poblaciones diversas (Lerman, 1998, Aguilar, 2001). El protocolo (Solomons, 1997) puede consultarse en el sitio: [www.unu.edu/unupress/food/V183e/ch11.htm](http://www.unu.edu/unupress/food/V183e/ch11.htm)

### **Encuesta sobre la Salud y el Bienestar en el Envejecimiento (SABE)**

La encuesta SABE realizada por un grupo conducido por la Organización Panamericana de la Salud representa el mayor esfuerzo conjunto efectuado en el ámbito de la epidemiología del envejecimiento en la región. Abarca siete zonas urbanas de siete países latinoamericanos. La encuesta servirá sobre todo para la descripción de los estados de salud y la funcionalidad de los ancianos. Comprende un total de más de ocho mil individuos y la información puede consultarse en el sitio de la Organización Panamericana de la Salud [www.paho.org](http://www.paho.org) o [www.ssc.wisc.edu/sabe/](http://www.ssc.wisc.edu/sabe/). Sus objetivos son describir los estados de salud, evaluar los nive-

les de limitación funcional y evaluar el uso y accesibilidad de los servicios de salud. El reporte nacional se encuentra en prensa (Ham, 2004).

### Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM)

Es un estudio prospectivo de panel sobre salud y envejecimiento en México. ENASEM está apoyado por una beca de investigación del Instituto Nacional de Envejecimiento / Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos de América. El estudio se realiza con la colaboración de las universidades de Pennsylvania, Maryland y Wisconsin en Estados Unidos, y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en México. La salud en las personas de edades media y avanzada en México se encuentra afectada por una interacción poco usual entre enfermedades crónicas actuales y los efectos residuales de enfermedades infecciosas durante la niñez. La encuesta inicial abarca una muestra a nivel nacional de la población mexicana de 50 y más años y sus cónyuges o compañeros sin importar su edad. Se realizó una entrevista directa a nivel individual y se obtuvieron entrevistas por sustituto por motivos de salud o ausencia temporal que no permitieron una entrevista directa.

El ENASEM es representativo a nivel nacional de los trece millones de mexicanos nacidos antes de 1951, así como de dos estratos de residencia: urbano y rural. Los informantes ENASEM fueron identificados a partir de la Encuesta Nacional de Empleo (ENE). Se llevaron a cabo entrevistas en-persona por entrevistadores de tiempo completo, con duración promedio de 82 minutos. Los cónyuges o compañeros de los informantes elegibles fueron entrevistados también, aun cuando el cónyuge hubiese nacido después de 1951. Se sobre-muestrearon seis entidades de las que provienen aproximadamente 40 por ciento de los migrantes a Estados Unidos, con una tasa de un poco menos de 2.1. Se efectuaron re-entrevistas en el año 2003 con los informantes sobrevivientes, así como entrevistas a familiares de los informantes fallecidos. La encuesta incluye:

- ◆ *Medidas de salud:* auto-reportes de condiciones, síntomas, estado funcional, comportamientos de salud (historia de tabaquismo y consumo de alco-

hol), uso/proveedor/gastos de servicios de salud, depresión, dolor y desempeño cognoscitivo y de lectura.

- ◆ *Antecedentes:* salud y condiciones de vida en la niñez, educación, alfabetismo, historia migratoria, historia marital.
- ◆ *Familia:* listados de todos los hijos (incluyendo los ya fallecidos). Para cada uno: sus atributos demográficos, indicadores resumen de salud actual y en la niñez, educación, actividad económica actual y migración. Experiencias migratorias de los padres y hermanos.
- ◆ *Transferencias:* ayuda financiera y de tiempo proporcionada a, y recibida por, el informante de sus hijos, indexado a cada hijo; ayuda financiera y de tiempo a los padres.
- ◆ *Económico:* fuentes y cantidades de ingreso, incluyendo salarios, pensiones y ayudas del gobierno; tipo y valor de bienes. Se aplicaron preguntas de rescate para reducir la no-respuesta en todas las variables sobre cantidades.
- ◆ *Ambiente de la vivienda:* tipo, ubicación, materiales de construcción, otros indicadores de calidad de la vivienda y disponibilidad de bienes de consumo duradero.
- ◆ *Antropometría:* en casi 20 por ciento de la muestra se midieron peso, estatura, cintura, cadera y pantorrilla, altura de la rodilla, y balance sobre una pierna. La información es asequible en el sitio [www.ssc.upenn.edu/mhas/espanol/inicio.htm](http://www.ssc.upenn.edu/mhas/espanol/inicio.htm)

### Envejecimiento Poblacional en el Instituto Mexicano del Seguro Social

En 1995 fue efectuada en la ciudad de México una encuesta a 5 500 individuos derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social con una estructura y finalidad semejante a la de la ENASEM y el SABE y cuyos resultados han sido publicados en conjunto con la Fundación Mexicana para la Salud (Reyes, 2001).

### Encuesta sobre Envejecimiento Cognoscitivo en la Ciudad de México (ESEC 1999)

Con un diseño metodológico equiparable al Estudio Canadiense de Salud y Envejecimiento en su primera

vuelta. Esta encuesta sobre 4 047 individuos en comunidad residentes de la ciudad de México describe la epidemiología del deterioro cognoscitivo, la depresión y sus implicaciones funcionales (Gutiérrez Robledo, 2001). Ha sido publicada parcialmente en forma de resúmenes (Gutiérrez Robledo, 2003) y enviada a publicación. La información que provee es invaluable pues contiene datos que permiten detallar la naturaleza de los padecimientos demenciales, sus implicaciones funcionales y su relación con el estado de salud y algunos factores sociodemográficos.

### **Evaluación de la calidad de vida en las instituciones de albergue para las personas de edad avanzada en el Distrito Federal**

En 1995, bajo el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud (OMS), se efectuó en la ciudad de México una primera observación acerca de la calidad de la atención brindada en las instituciones de cuidados prolongados para ancianos (Gutiérrez Robledo, 1996). En aquella época se evidenció la existencia de importantes carencias en algunas áreas de este importante sector de servicios. Quizás las carencias más agudas fueron manifiestas en algunas instituciones gubernamentales y, muy particularmente, en el ámbito de las instituciones que prestan sus servicios con fines lucrativos. En general, se observó una ausencia de correlación entre los servicios ofrecidos y las necesidades de los residentes. Por lo regular la oferta quedó por debajo de las necesidades expresadas por el nivel de dependencia de la población albergada.

El segundo estudio fue diseñado con base en la experiencia obtenida del previo, y constituye un nuevo esfuerzo por mejorar nuestra comprensión del fenómeno a través de la aportación de información sustantiva, basada en la observación sistemática y objetiva de una muestra aleatoria de las instituciones de albergue para adultos mayores en el Distrito Federal, así como de sus moradores. La metodología adoptada para este propósito fue modificada a partir del método propuesto por el grupo de estudio y de investigación sobre la invalidez en la edad avanzada de la Fundación Nacional de Gerontología francesa (Dupont, 1990). El método permite analizar la política institucional efectiva y los medios

y recursos puestos en juego por la institución, además de ponderarlos. Identifica las fortalezas y las debilidades y abre vías de investigación para la mejora de las instituciones. Los resultados están disponibles bajo la forma de un reporte para el Gobierno del Distrito Federal (Gutiérrez Robledo, 2000).

## **La transición epidemiológica como proceso de cambio**

El rápido envejecimiento de la población, sumado al cambio epidemiológico en el que crecientemente prevalecerán las enfermedades crónico-degenerativas, se traducirá en el futuro inmediato en un aumento y un cambio sustancial del perfil de la demanda de servicios.

La transición epidemiológica obedece, por una parte, a los cambios en la estructura por edad de la población como resultado de la transición demográfica y, por otra, al proceso de envejecimiento de la población que determina cambios en el perfil epidemiológico. Los rasgos más notorios son la disminución de las enfermedades infecto-contagiosas y el aumento de las defunciones consecutivas a padecimientos crónico-degenerativos.

En México, entre 1950 y 2020, la población de más de 60 años habrá pasado de dos a 15 millones. Aparejada al cambio demográfico va la modificación del perfil epidemiológico. Se observa ya en la actualidad una relación inversa entre la proporción de enfermedades infecciosas y la esperanza de vida al nacer, una drástica disminución de las defunciones atribuidas a diarreas y enfermedades del aparato respiratorio y un aumento de la morbi-mortalidad por afecciones no previsible.

En la región, esta transición se ha dado en condiciones distintas a los países post-industriales: en un lapso más corto, superponiéndose la patología de la pobreza con las afecciones crónico-degenerativas, y además en paralelo a un proceso de concentración urbana y desigualdad social que determinan una profunda heterogeneidad del panorama de la salud dentro del mismo país.

## El contexto de la salud en México

Durante sus 50 años de vida, el actual sistema de salud ha logrado en México avances significativos. Algunos progresos recientes merecen un comentario a fin de contextualizar la discusión que sigue.

La esperanza de vida al nacer aumentó 30 años entre 1940 y 1990. La esperanza de vida aumentó en todos los estados de la república y en promedio el país ganó más de cuatro años desde 1980 para llegar en 1992 a 76 años para las mujeres y 68 para los hombres (Consejo Nacional de Población, 1992). La mortalidad infantil disminuyó más de 40 por ciento en los últimos diez años y en ese mismo periodo la mortalidad por diarrea y neumonía descendió más de 65 por ciento. Desde 1990 no se registra ningún caso de polio y desde 1993 ninguno de difteria. La mortalidad materna disminuyó 44 por ciento de 1980 a 1992.

En sólo dos años, de 1990 a 1992, la cobertura de vacunación pasó de 46 a 92 por ciento en los menores de cinco años y en los últimos diez años el número de unidades de atención médica del Sistema Nacional de Salud se incrementó en 75 por ciento. Ya para 1992 la seguridad social cubría a 55 por ciento de la población. El desarrollo institucional prosigue ahora con un marco jurídico integral y una mejor coordinación entre las diferentes instancias del sistema. La descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada es una virtual realidad. Además, la calidad de la información estadística generada ha mejorado. En los últimos diez años se han llevado a cabo catorce encuestas nacionales, incluyendo una específicamente orientada a la situación médico social de la ancianidad. Además, la calidad y productividad de la información científica ha mejorado gracias al fortalecimiento de los Institutos Nacionales de Salud, el reconocimiento de la carrera de investigador y la modernización del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. También existe una mejor coordinación con las instituciones educativas para el desarrollo equilibrado de los recursos humanos. El caso de la gerontología es particularmente actual y hay todo un movimiento de promoción de la formación de personal en el área.

A pesar de los logros enunciados, el sistema de salud se enfrenta hoy a fuertes dificultades. En primer lugar, el perfil de las enfermedades se ha vuelto más complejo que nunca. La muestra es el cambio dramático que se ha producido desde 1940 en dos elementos básicos de la salud: la composición de la población y su perfil epidemiológico. Ahí puede constatarse el aumento de las enfermedades no transmisibles y de las lesiones, cuya prevención y tratamiento requieren de ingentes recursos. El problema estriba en que, a pesar de su descenso, las enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción siguen representando una carga desproporcionada para un país que lucha por modernizarse. México enfrenta entonces un doble reto: terminar con el rezago que prevalece y enfrentar los problemas emergentes inherentes al desarrollo.

Aunado a la complejidad epidemiológica, el país atraviesa por una serie de cambios que apuntan a un descomunal aumento de la demanda de servicios de salud en las próximas décadas (Frenk, 1994): el envejecimiento de la población, sumado a una rápida y desordenada urbanización, a la vez que generan riesgos para la salud acercan a la población a los proveedores del sector salud. Para 1995, en el Instituto Mexicano del Seguro Social una de cada cinco consultas fue otorgada a una persona de edad (IMSS, 1995); asimismo, corresponde a ellos 20 por ciento de los egresos hospitalarios (Secretaría de Salud, 1996). Por otra parte, influye el notable incremento de la escolaridad que mejora las prácticas saludables, pero aumenta también la demanda de servicios y la ampliación de los espacios de participación social y el consecuente reclamo de la atención a la salud como un derecho social, así como la profunda transformación estructural del sector económico que sienta las bases para una mejoría del ingreso y aumentará también la demanda.

Además, el sector salud enfrenta aún varios obstáculos para su buen desempeño: persiste la inequidad, hay insuficiencia, ineficiencia y una inadecuada calidad, que se manifiestan en una insatisfacción del usuario (FUNSALUD, 1995) y estamos expuestos a los peligros de la inflación y la inseguridad en el ámbito económico.

## El estado de salud de los ancianos mexicanos

### Estado de salud global

La salud en general está íntimamente ligada a la calidad de vida. El interrogatorio acerca de la satisfacción vital nos da una noción respecto a la calidad de vida y el bienestar global del individuo en un momento dado. Por otra parte, la autopercepción del estado de salud ha demostrado su valor a través de los años como indicador fiable de la misma. La evaluación de estas variables nos proporciona una estimación del nivel de salud de los adultos mayores en nuestro medio. Por otra parte, en general, quienes están satisfechos de la vida gozan de una mejor salud y de una mejor calidad de vida que los demás. Tienen además una ventaja neta cuando se trata de sobreponerse a eventos difíciles o pérdidas significativas, o bien de hacer frente al estrés o de cultivar las actividades sociales.

En México nos aproximamos a explorar esta problemática a través de la Encuesta Sociodemográfica del Envejecimiento de 1994. La satisfacción vital en nuestro caso (Cutiérrez Robledo, 1998) la definimos como la percepción global de bienestar que tiene el individuo y es también un reflejo de la salud global. Los reactivos utilizados para explorarla han sido ampliamente utilizados (Neugarten, 1961) con fines epidemiológicos en la vejez. La mayor parte de los ancianos encuestados se dijo satisfecha de la vida (más del 75%). El resto (23.2%) se declaró insatisfecho o muy insatisfecho. En este rubro, las mujeres tienden a expresar un menor grado de satisfacción. Entre ellas, sin embargo, a mayor edad, es notoriamente mayor el grado de insatisfacción. Este fenómeno no se observa en igual medida entre los hombres. Las preocupaciones que prevalecen entre los entrevistados como causas de insatisfacción son: en primer lugar, las económicas (38%), seguidas por las relativas a la salud (33.8%) y a la familia (8.5%). Entre los más ancianos (mayores de 80 años), las preocupaciones de salud ocupan el primer plano y las económicas pasan a un segundo lugar como un reflejo del deterioro progresivo del estado de salud al avanzar en edad.

En cuanto a la autopercepción del estado de salud, al ser auto-reportados, estos datos sirven a propósitos di-

ferentes que aquellos que se obtienen por examen médico, sin embargo, su cuidadoso análisis sirve de indicador general para las necesidades asociadas con la salud. Del total de la población, apenas un tercio de los individuos consideran su salud como buena o muy buena. Prevalece el optimismo al preguntárseles cómo se consideran respecto a sus contemporáneos, ya que 34.7 por ciento se consideran en mejor, y 6.4 por ciento incluso en mucho mejor estado que sus pares. Las diferencias por género, aunque modestas son interesantes ya que las mujeres tienden a considerar como mala su salud en una mayor proporción en todas las edades. Es muy claro, además, cómo al atravesar el umbral de los 80 años la percepción de la salud como mala o muy mala se incrementa significativamente (hasta en un 50%) en ambos sexos. Estos hallazgos confirman cómo al rebasar los 80 años se modifica sustancialmente la panorámica de la salud y cómo en general son las mujeres las que más sufren por acumulación de enfermedades un deterioro global de su estado de salud. Asimismo, las mujeres tienden a manifestar un mayor grado de insatisfacción que se asocia con un mayor compromiso funcional y deterioro de la calidad de vida, que, nuevamente es más marcado después de los 80 años.

Tanto en los países en vías de desarrollo como en los desarrollados, las enfermedades crónicas son una costosa e importante causa de discapacidad y de una calidad de vida inferior. Por ejemplo, en la actualidad hay claridad acerca de la relevancia que tienen afecciones como la *diabetes mellitus* y la hipertensión arterial como causas de morbi-mortalidad entre los adultos mayores. No se discute la necesidad de programas e intervenciones específicas a este respecto. En cambio, siguiendo la misma línea de pensamiento, poca atención se ha prestado a otras enfermedades con prevalencia equiparable y repercusión funcional igual o mayor sobre la autonomía.

### Patologías particularmente prevalentes

En cuanto a morbilidad específica, la encuesta Nacional de Salud 1987 (Sistema Nacional de Encuestas de Salud, 1987) reporta que las causas más frecuentes de morbilidad crónica son la hipertensión arterial y la diabetes, seguidas por cardiopatías, neumopatías y enfermedades neoplásicas. La desnutrición alcanza su más elevada prevalencia en este grupo de edad al igual que

las deficiencias sensoriales. La misma fuente señala cómo la prevalencia lápsica de accidentes y violencias por grupos de edad y sexo alcanza su mayor prevalencia entre los mayores de 55 años, luego del pico observado en el sexo masculino alrededor de los 25 años. La causa más frecuente es la caída y la región más frecuentemente afectada, los miembros inferiores, particularmente el cuello femoral.

### Salud mental

Carecemos de información epidemiológica completa referente a la frecuencia de las enfermedades demenciales en nuestro país. En la actualidad se cuenta con un estudio epidemiológico a nivel comunitario en la ciudad de México cuyos resultados han estado disponibles desde 2000 (Gutiérrez Robledo, 1997). Respecto a la depresión los estudios de prevalencia actualmente disponibles (Wagner, 1999) señalan un 7.8 por ciento para episodios depresivos mayores en población adulta en México, con evidencia indirecta de una probabilidad de cifras más elevadas entre los ancianos. En el ámbito hospitalario, en el Instituto Nacional de la Nutrición la frecuencia de falla cerebral por padecimientos demenciales en la consulta de geriatría rebasa el 20 por ciento y de síntomas depresivos el 30 por ciento (Gutiérrez Robledo, 1990).

Más recientemente, en el caso de la salud mental, por ejemplo, la depresión de acuerdo al informe SABE tiene una prevalencia mayor al 20 por ciento en los mayores de 65 años y el deterioro cognoscitivo tiene, según la misma fuente de información, prevalencias cercanas al doce por ciento en los individuos de la misma edad. La ESEC confirma y amplía esta información caracterizando además los tipos de demencia más frecuentes. No existe, sin embargo, a pesar de esta información un programa específico de salud mental del anciano en la actual estructura de la Secretaría de Salud. El programa destinado a abordar esta problemática sanitaria, el programa prioritario sobre padecimientos demenciales desapareció al cambiar recientemente (marzo 2004) la estructura de los Servicios de Salud Mental de la Secretaría de Salud.

### Diabetes y factores de riesgo coronario

La prevalencia de la diabetes en la población de mayores de 60 ha sido explorada recientemente en un estudio de tres comunidades mexicanas en ámbitos urbano y rural. Es de notar la diferencia en la prevalencia del padecimiento en los diferentes ámbitos y cómo en este grupo de edad la prevalencia es doble con respecto a los adultos jóvenes en nuestro país (Lerman, 1998).

En este grupo de edad también son frecuentes las alteraciones del metabolismo de los lípidos como factor de riesgo de enfermedad coronaria. A este respecto, es de señalarse que la población anciana rural muestra valores inferiores de CT, C-LDL y Apo B, así como una menor prevalencia de dislipidemias (Aguilar, 2001). Su régimen alimentario tiene un mayor contenido en fibra e hidratos de carbono complejos, así como un menor contenido de lípidos que en el ámbito urbano. La frecuencia de hipercolesterolemia en las mujeres de mayor edad es casi doble que la de las mujeres jóvenes y en los hombres ancianos alcanza el 25 por ciento.

### Alteraciones del estado nutricional

La obesidad es un problema de salud particularmente prevalente entre las personas de edad en nuestro país. Las cifras alcanzan a más de 40 por ciento de las mujeres, en particular en las áreas urbanas marginales (Lerman, 1999). Sin embargo, su prevención y tratamiento no recibe la importancia que merece a pesar de que constituye un importante factor predisponente a dislipidemias y diabetes.

La prevalencia global de la desnutrición es de 4.2 por ciento en nuestra población de ancianos. Es cinco veces más frecuente en el medio rural que en el urbano y dos veces más frecuente en áreas urbanas marginales que en la clase media. La prevalencia de hipalbuminemia es más común en la clase urbana pobre. La prevalencia de la desnutrición tiene una relación directa con el nivel socioeconómico y la escolaridad. (Gutiérrez Robledo, 1998).

Con respecto a estas afecciones es interesante subrayar las diferencias de prevalencia. En general es menor la prevalencia de obesidad, diabetes, dislipidemia y factores de riesgo coronario en el medio rural y tales diferencias están determinadas particularmente por la dieta y el nivel de actividad física, así como por otros factores socioeconómicos.

### Incapacidades e invalidez

La incapacidad es el déficit funcional resultante de la acción de la enfermedad en un órgano, aparato o sistema. La invalidez es el resultado de la interacción de las incapacidades del individuo con el medio que le circunda. La prevalencia de las incapacidades es difícil de estimar en nuestro país, pues no existe un sistema de información que las registre en forma periódica. Sin embargo, la Encuesta Nacional de Invalidez, efectuada por el DIF en 1982 (Rosales, 1982) muestra que la prevalencia de las incapacidades se incrementa en función de la edad. También en relación con la invalidez, la Encuesta de Necesidades de los Ancianos en la Comunidad de 1980 (ENAC) (Álvarez, 1983) mostró que seis por ciento de los mayores de 60 años son parcialmente, y dos por ciento totalmente, dependientes para las actividades de la vida cotidiana. Entre los octogenarios y nonagenarios, 40 por ciento tenía al menos una incapacidad, por lo general en el área motora. La Encuesta Sociodemográfica del Envejecimiento del Consejo Nacional de Población de 1994 (Gutiérrez Robledo, 1998), muestra de nuevo claramente que la frecuencia de la incapacidad se incrementa particularmente por encima de los 80 años y en mayor grado en el sexo femenino. Hasta 25 por ciento de las octogenarias se encuentra confinado a su domicilio y tres por ciento no puede siquiera salir de la cama sin ayuda.

La creciente invalidez y consecutiva dependencia en la edad avanzada aumentan la carga que debe soportar el entorno y propicia una baja del umbral de tolerancia familiar, conduciendo al deterioro de los lazos de apoyo y solidaridad familiar.

### Estado funcional

De la población mexicana estudiada en la ENSE 94 y reportada por nosotros (Gutiérrez Robledo, 1998), en cuanto a movilidad, es evidente que a mayor edad, mayor limitación funcional. Por ejemplo, 90 por ciento de los individuos de la franja de edad de 60 a 64 años puede salir de casa sin ayuda, en cambio, sólo 33 por ciento de los que tienen más de 90 años puede hacerlo. Asimismo, si sólo 0.41 por ciento de los más jóvenes (60-64 años) está paralizado en cama, esto es diez veces más frecuente (4.65%) entre los nonagenarios.

El grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria estimado en función de la necesidad de ayuda para bañarse, vestirse o desvestirse, llegar al inodoro, alimentarse o permanecer solo en la noche se ve con frecuencia comprometido. En cuanto a estas actividades básicas del diario vivir, por ejemplo, 0.68 por ciento de los casos no puede de ninguna manera salir de la cama y es, por ende, totalmente dependiente de una tercera persona para sobrevivir. Otro 6.13 por ciento puede moverse en su habitación, pero necesita ayuda para bañarse y vestirse lo cual todavía permite considerarlo como altamente dependiente. En promedio, 7.06 por ciento de los mayores tiene necesidad de ayuda en al menos una de las actividades básicas de la vida diaria y depende en consecuencia de una tercera persona para subsistir.

Las actividades instrumentales requieren de habilidades de mayor complejidad para su ejecución. Desde este punto de vista las incapacidades son, en consecuencia, más frecuentes. Algunas actividades instrumentales como cortarse las uñas de los pies son particularmente difíciles pues ya a los 60-64 años un 18 por ciento necesita auxilio para lograrlo. Para tomar sus medicamentos y manejar dinero las frecuencias de incapacidad por edad son semejantes, casi la totalidad de los jóvenes viejos las realizan, en tanto que sólo la mitad de los más ancianos aún son capaces de hacerlo. El ejecutar tareas domésticas, tanto ligeras (lavar trastos y barrer) como pesadas (lavar ventanas, trapear el piso o hacer la limpieza general), reviste un mayor grado de complejidad. La necesidad de ayuda para llevarlas a cabo se incrementa de forma considerable con la edad. Es así que aproximadamente 40 por ciento de



los octogenarios y 66 por ciento de los nonagenarios está incapacitado para realizar aún las tareas domésticas más ligeras. Es muy claro que la dependencia, tanto para la ejecución de las actividades básicas como para las instrumentales, es cada vez más frecuente a mayor edad y afecta más frecuentemente en todos los casos al sexo femenino.

El deterioro del estado funcional, la salud mental, el estado nutricional, los trastornos de la marcha y las caídas, las alteraciones del afecto y de la cognición, la fragilidad y la accesibilidad y utilización de servicios por los ancianos en México son áreas poco conocidas y por ello no se les da la relevancia que merecen en la planeación. Tal es el caso en particular de la depresión, los padecimientos demenciales, la osteoporosis, los accidentes, las artropatías, la incontinencia urinaria y el deterioro sensorial, afecciones todas que merman considerablemente la calidad de vida y que tienen en común una repercusión desfavorable sobre la funcionalidad. Tanto la encuesta SABE como la ENASEM aportan información sustantiva a este respecto en cuanto a prevalencia auto-reportada de afecciones geriátricas.

## Grupos en desventaja funcional

Sobre la base de la incapacidad para la movilidad y para la ejecución de las actividades básicas de la vida cotidiana arriba descritas podemos segmentar a la población. Para este fin, cuatro grupos en "desventaja funcional" o "dependencia" han sido definidos (Colvez, 1990) (véase cuadro 1) como útiles para la planificación. Nuestros resultados se ilustran conforme a sus criterios en el cuadro 2.

Los datos anotados muestran la prevalencia de la discapacidad en las actividades individuales. La necesidad de ayuda se incrementa con la edad y suele ser más prevalente entre las mujeres. Vista aisladamente, la proporción de personas de edad avanzada que tienen un cierto grado de deterioro funcional, traducido por la incapacidad o impedimento para la realización de las actividades de la vida cotidiana, parecería muy grande (a nivel instrumental hasta 27% de los mayores de 60 años). En cambio, los estados graves son mucho menos frecuentes. Es así que la proporción de personas

**Cuadro 1. Grupos de desventaja funcional según Colvez, 1990**

- 1 Confinados a la cama o el sillón.
- 2 No confinados a cama o sillón pero con necesidad de ayuda para bañarse y/o vestirse.
- 3 Sin las características previas, pero que no pueden salir de casa sin la ayuda de una tercera persona.
- 4 Los demás.

Fuente: Colvez A. 1990.

**Cuadro 2. Porcentaje en grupos de desventaja funcional en ancianos mexicanos por edad y sexo**

GRUPO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	60-80	>80	60-80	>80	60-80	>80
A	0.49	0.85	0.47	2.58	0.48	1.80
B	3.45	14.50	4.37	21.59	3.94	18.40
C	6.60	22.80	15.64	36.38	11.44	30.24
D	89.40	61.80	79.50	39.43	84.12	49.54

Fuente: Gutiérrez Robledo, 1998.

que están confinadas en la cama y que, por ende, son totalmente dependientes de la ayuda de una tercera persona para la ejecución de las actividades de la vida diaria (grupo A), es inferior en todos los grupos de edad y sexo a tres por ciento (0.49% a 2.58%). El grupo B está integrado por individuos que son dependientes para la mayoría de las actividades de la vida diaria y, si bien sólo representa 6.13 por ciento del total, existen amplias variaciones entre los grupos de edad. Entre los mayores de 80 años, 21.5 por ciento de las mujeres están en este caso. En el grupo C (quienes no pueden salir de su domicilio sin ayuda) el porcentaje de la población total de ancianos es de 14.29 por ciento, pero la cifra entre los mayores de 80 años alcanza 30 por ciento.

## La transición a la alta dependencia funcional

La prevalencia de la condición de alta dependencia funcional conceptualizada de acuerdo con Chamie (1994) como el deterioro en al menos dos funciones básicas o con tres o más incapacidades y con una autopercepción negativa del estado de salud varía en las distintas edades y se incrementa al envejecer nuestra población. La prevalencia del deterioro que condiciona la alta dependencia funcional en el total de los mayores de 60 años en México se estima en 17.5 por ciento. Sin embargo, la proporción de miembros de este grupo poblacional que ha experimentado la transición a la etapa final del curso de la vida varía en los distintos grupos de edades como se muestra en el cua-

**Cuadro 3. Porcentajes de mayores de 60 años con alta dependencia funcional, por grupos de edades y sexo, México, 1994**

GRUPOS DE EDADES	HOMBRES	MUJERES
60-64	11.2	10.4
65-69	11.2	12.7
70-74	9.1	18.1
75-79	20.0	24.9
80-84	29.4	35.4
85-89	24.6	49.6
90 Y MÁS	59.3	68.4

Fuente: Solís P. 1998.

dro 3, de cuyo análisis resalta la relativamente baja proporción de personas con deterioro por debajo de la franja de edad 70-75 años y su rápido incremento por encima de la misma. Si bien estos datos provienen de una encuesta transversal (Solís, 1998), si asimilamos estos porcentajes al comportamiento de una cohorte ficticia, podemos concluir que las probabilidades de entrar en una situación de alta dependencia funcional antes de los 76 años son bajas, y que a partir de entonces una creciente proporción de los sobrevivientes experimenta tal deterioro. Esta situación es predominante después de los 90 años. En lo que respecta a las diferencias por género, la mayor proporción de mujeres afectadas tiene su origen no únicamente en la estructura de la población, sino en que efectivamente muestra una mayor y más precoz prevalencia de deterioro funcional grave. Las diferencias por lugar de residencia son virtualmente inexistentes, en cambio es posible demostrar que se suscita un más rápido y precoz deterioro en quienes no tienen acceso a los servicios de salud con respecto a quienes sí lo tienen.

Por otra parte, los datos disponibles (Solís, 1998) demuestran que aún en nuestro medio se da un incremento en la frecuencia de apoyo y en la cantidad de personas que lo brindan cuando sobreviene la situación de dependencia. El peso de este apoyo recae fundamentalmente en personas del sexo femenino y contribuye a profundizar las desigualdades de género. Por otra parte, destaca el hecho de que uno de cada once ancianos que recibe apoyo lo recibe de alguien que no tiene con él ningún parentesco. Además, la ayuda prestada al anciano se da con mayor frecuencia bajo la forma de un intercambio (por ejemplo, ayuda física por apoyo económico o tiempo dedicado a actividades en el hogar) y se da con mayor frecuencia por personas de edad promedio de 38 años y con mayor frecuencia del sexo femenino, si bien esto varía en función de la ayuda aportada pues el apoyo económico es brindado en un 80 por ciento por individuos de sexo masculino. En su mayoría son las mujeres (esposa e hijas) quienes ayudan a la población envejecida en actividades de cuidado personal, domésticas y de provisión de comida, mientras que los varones (esposo e hijos) lo hacen en general con dinero. Sin embargo, esta población envejecida ayuda principalmente a los varones en actividades domésticas y tiende a ayudar con dinero a las mujeres. Tal información es significativa pues muestra

que la población anciana “dependiente” en realidad participa en una compleja malla de interdependencia dentro de la familia (Montes de Oca, 1998).

## **Deterioro funcional: implicaciones para la planeación**

La transición a una situación de dependencia funcional implica cambios en las condiciones de salud y funcionalidad de la persona de edad, y una redefinición de sus necesidades que apunta al aumento de sus requerimientos de apoyo cotidiano en las actividades de la vida diaria. El creciente número de personas que en las próximas décadas entrará en esta situación representa un gran reto tanto para el diseño de políticas de seguridad social, como para la implantación de programas que permitan prevenir los problemas de salud de este grupo poblacional y brinden apoyo a las familias que tendrán un anciano en casa. La puesta en práctica de soluciones efectivas es difícil dado que a los rezagos acumulados en materia de seguridad social se suman la crisis de legitimidad de dicho sistema y, por si ello no bastara, el evidente decremento en el tamaño medio de las familias que probablemente traerá consigo un debilitamiento de la institución que de manera tradicional y hasta la fecha se ha hecho cargo de los ancianos situados en una condición de deterioro funcional.

El deterioro funcional representa con frecuencia una limitación para el desplazamiento fuera del domicilio. En la encuesta SABE, 85 por ciento de los mayores de 65 años tiene limitaciones en su movilidad y sufre de dificultades de adaptación para desplazarse en el entorno urbano y para acceder a los servicios de salud. No existen facilidades para compensar estas deficiencias. Además, algunos de los cambios funcionales, como es el caso del deterioro de la movilidad y particularmente el enlentecimiento de la velocidad de la marcha, medido en forma cronometrada, se ha reconocido como uno de los más fiables marcadores de incipiente fragilidad (Fried, 1998) y puede servir para la identificación de sujetos en riesgo de ulterior deterioro funcional y muerte.

Es fundamental centrar la atención en el fenómeno de la dependencia y el impacto funcional de la enferme-

dad. El deterioro funcional tiene implicaciones para la planeación. El análisis de los datos derivados de la ESEC nos permite, a nivel de la ciudad de México, estimar estas proyecciones con el método de Sullivan. La misma información a nivel nacional se ha derivado del análisis de la ENASEM (Ham, 2003). Sin embargo, las discapacidades relacionadas con el envejecimiento pueden evitarse o retrasarse. Por ejemplo, en los últimos 20 años han disminuido de manera significativa las tasas de discapacidad asociadas con el envejecimiento en Estados Unidos, Inglaterra, Suecia y otros países desarrollados. La promoción de la salud y el fortalecimiento de la atención primaria deben en el mediano plazo permitirnos reducir o diferir el deterioro funcional, como ya ocurre en los países post-industriales (Freedman, 2002). Dado que la población vive más tiempo, se necesitan urgentemente políticas y programas que ayuden a evitar y a reducir la carga de la discapacidad en la vejez en nuestro país; entre tanto, de no ser así, experimentaremos una expansión de la morbilidad y sus consecuencias funcionales.

Existe un imperativo inmediato que nace de la elevada prevalencia del deterioro funcional y de las previsiones que permiten anticipar su incremento, en especial entre los más ancianos y particularmente en los del sexo femenino, que hace patente la necesidad de desarrollar la atención domiciliaria y los servicios comunitarios. Aunado a ello, es evidente la necesidad de desarrollar un sistema de vigilancia epidemiológica para el monitoreo de afecciones geriátricas e indicadores funcionales, y de trabajar en el desarrollo de una normatividad y un sistema de información, por ahora inexistentes, respecto a este tema. Una ventana de oportunidad se abre ahora con la introducción de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), (OMS, 2000), la cual permitirá en el mediano plazo adecuar la información relativa a la repercusión funcional de la enfermedad.

Por otro lado, habría que enfrentar ya la resolución de las necesidades de los casos actuales por medio de un mejor empleo y optimización de la infraestructura existente, promoviendo el mantenimiento a domicilio y considerando no sólo las necesidades observadas, sino también las resentidas por la población objeto de esta atención para una adecuación de los servicios.

Es prioritario incluir indicadores funcionales en la vigilancia epidemiológica y de salud mental, estado nutricional y movilidad y generar más información a este respecto a través de la investigación y de la exhaustiva explotación de las fuentes de información ya existentes.

## El peso de las enfermedades en México

El doble reto de la salud en México se evidencia más al medir el peso de la enfermedad con el indicador desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial: los años de vida saludable (AVISA) perdidos. En comparación con los indicadores convencionales, éste ofrece una imagen más integral ya que combina las pérdidas de salud debidas a muerte prematura y a discapacidad.

En relación con el peso de la enfermedad de los adultos mayores, en 1994 se perdieron en México alrededor de 1.8 millones de AVISA, lo cual equivale a 13.8 por ciento del total para ese año. Al comparar la dimensión de las pérdidas con otras regiones del mundo se observa que en los países más desarrollados la proporción es mayor y México queda en una situación intermedia, próxima al promedio mundial. Sin embargo, al comparar la razón de AVISA *per capita*, los países menos desarrollados son los que presentan mayor peso de la enfermedad (Lozano, 1996). La composición de los AVISA perdidos fue la siguiente: 59 por ciento relacionados con años perdidos por muerte prematura (APMP) y 41 por ciento por años vividos en discapacidad (AVD). 41 por ciento de las pérdidas se da en el ámbito rural y 59 por ciento en el urbano; 52 por ciento entre las mujeres y 48 por ciento entre los hombres.

La composición de los AVISA perdidos por cualquier causa es peculiar en este grupo de edad con respecto a poblaciones más jóvenes: 84 por ciento corresponde a enfermedades no transmisibles, ocho por ciento a enfermedades transmisibles, de la reproducción y de la nutrición, y ocho por ciento a lesiones accidentales e intencionales.

La distribución de los AVISA perdidos por entidad federativa sigue un patrón heterogéneo. Al comparar los estados encontramos importantes diferencias: el riesgo de perder un año de vida saludable es mayor 1.3 veces en Colima y Sinaloa que en Querétaro y Guanajuato, que son las entidades que se encuentran en los extremos, estos hallazgos no correlacionan con variables socioeconómicas. Sin embargo, al analizar por separado los diferentes grupos de causas, encontramos que para las enfermedades transmisibles sí existe un patrón diferencial en términos geográficos y socioeconómicos. Los estados del sur presentan un riesgo 2.9 veces mayor que los del norte. El índice de marginación explica además 63 por ciento de la variación en los estados de las patologías transmisibles.

Sin lugar a dudas, la principal causa de AVISA perdidos son las enfermedades crónico-degenerativas y, dentro de ellas, las más importantes son: cardiopatía isquémica, diabetes *mellitus*, enfermedad cerebrovascular y demencias.

Quizá uno de los elementos más interesantes de estos datos es que si se considerara sólo la tasa de mortalidad para ordenar las necesidades prioritarias de salud de los adultos mayores, se obtendría un orden distinto. En el caso femenino aparecerían dentro de las primeras doce causas la desnutrición, la diarrea aguda, el cáncer cérvico-uterino y el de estómago en vez de las caídas, las demencias, la artritis reumatoide y la osteoartritis. En el caso de los hombres figurarían la desnutrición y el cáncer de estómago en vez de las caídas y las demencias.

Es de señalarse que en particular las patologías que no aparecerían en la lista de necesidades prioritarias basadas en la mortalidad, son aquellas que contribuyen a incrementar los años vividos con discapacidad.

Respecto de las necesidades prioritarias de salud de las personas de edad en México, parecen encontrarse ubicadas en particular en dos grupos de patologías: a) las que tradicionalmente ocurren con elevada frecuencia en estas edades como la diabetes, la cardiopatía isquémica y las enfermedades cerebrovasculares, y b) las enfermedades más discapacitantes como las demencias, las artropatías y las consecuencias de las caídas. La mezcla de ambas obliga a prestar especial atención a los

padecimientos que no conducen a la muerte de una manera inmediata pero que son generadores de incapacidad y de un elevado consumo de recursos asistenciales.

Para los años por venir, el mejoramiento de la tecnología y los cambios en los estilos de vida pueden afectar la edad de aparición de las enfermedades crónicas y, simplemente, posponer la edad de aparición de la discapacidad y de la muerte. Por otra parte, aunque la duración máxima de la vida no parece tender a aumentar, sí observamos una tendencia regular al incremento de la esperanza de vida al nacer; ambos elementos terminarán por modificar el peso de la enfermedad en este grupo de edad.

## Morbilidad y utilización de servicios

A partir de la información disponible de la Encuesta Nacional de Salud II de 1994 (Wong, 1999) el análisis comparativo de la situación de salud entre los adultos de 15 a 59 años y los mayores de 60 muestra que el grupo de mayor edad reporta tener un peor estado de salud, mayor proporción de enfermedades agudas y crónicas y mayor grado de incapacidad. En general, la utilización de servicios de salud es muy baja y similar entre ambos grupos, aunque los determinantes de su uso son distintos en ambos grupos, y también según sea la afección aguda o crónica. En todos los casos, la utilización de servicios por la población mexicana responde sobre todo a la gravedad de la enfermedad y al costo relativo de los servicios. Si bien en sujetos más jóvenes otras determinantes como la estructura familiar, el tamaño del hogar, o el tipo de afección juegan un papel en la búsqueda del servicio. Esto no parece ocurrir con los más viejos. Independientemente de los recursos disponibles, pareciera que la búsqueda de atención no se da a menos que la afección sea grave y el costo relativo bajo, lo cual explica que de una población con afecciones crónicas solamente 20 por ciento de los mayores utilice los servicios de salud. Paralelamente, esto da cabida a importantes acciones en el ámbito de la educación para la salud y obliga a la sistemática búsqueda de casos pues sabemos que, por ejemplo, hasta 30 por ciento de los diabéticos de edad madura no saben que lo son (Secretaría de Salud, 1993).

## Demanda asistencial

En nuestro medio sólo existen datos preliminares acerca de la utilización de servicios por parte de los adultos mayores (Borges, 1996). Al hospitalizarse, el tiempo de estancia promedio alcanza los 23 días, predominan los ingresos del sexo femenino (68%), la mayoría ingresa por urgencias (60.8%) y hasta 20 por ciento reingresan al hospital en los seis meses que siguen a su primera hospitalización. Hasta 30 por ciento de las camas de hospitalización en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" (INNSZ) son ocupadas por mayores de 60 años, con un promedio de estancia que alcanza los 21 días. De cada tres camas en el ISSSTE, una es ocupada por personas mayores de 60 años. En la consulta externa, 21 por ciento de las consultas son dadas a mayores de 60 años en el INNSZ. La atención de enfermería del anciano en hospital requiere 20 por ciento más de horas/enfermera.

En 1995, en el seguro social aunque los pobladores de 60 años y más no eran sino el seis por ciento de la población total, produjeron más egresos hospitalarios (11.8%) y demandaron más consultas médicas (13%) que cualquier otro grupo de población. Además la estancia hospitalaria promedio fue mucho más prolongada que el promedio nacional (OPS, 1990).

Sin duda esto significa un reto para la seguridad social de la vejez, a nivel institucional y también a nivel familiar y comunitario. Es clara la necesidad de buscar modelos alternativos para la atención y asistencia del anciano. Por otra parte, en este grupo etario se dio la mayor proporción de egresos hospitalarios según el Sistema Nacional de Información en Salud (17.4% en 2001) por traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas. Las fracturas vertebrales y de cadera representan una fracción significativa de estos egresos y son consecuencia de la osteoporosis y de la propensión a las caídas que sobrevienen al avanzar en edad. Cabe resaltar que aún no existe un solo programa específico de prevención de accidentes, de detección y tratamiento oportuno de la osteoporosis ni de re-acondicionamiento físico para la prevención de caídas.

## Institucionalización

En nuestro país, y particularmente en la ciudad de México, la tasa de institucionalización de los mayores de 65 años es inferior a 0.5 por ciento (Gutiérrez Robledo 1996). Las características de los servicios otorgados en instituciones de cuidados prolongados han sido evaluadas con resultados inquietantes. La calidad de la atención que se brinda en ellas es con frecuencia inapropiada, en particular en las instituciones con fines lucrativos. La insuficiencia de la normatividad vigente y la carencia de normas específicas así lo propician. Es clara, además, la inadecuación de los servicios ofrecidos con respecto a las necesidades de los beneficiarios en razón de insuficiencias metodológicas en la selección de los ingresos y la evaluación de sus necesidades al ingreso y a lo largo de su estancia (Gutiérrez Robledo, 1989).

En las instituciones de cuidados prolongados en nuestro país residen en su mayoría ancianos, ya sea con incapacidad, o bien en necesidad de asistencia social. En este ámbito, 52 por ciento de las personas requiere ayuda parcial o total para las actividades básicas de la vida cotidiana. Es más común que las mujeres sean totalmente dependientes y más raro que sean independientes, a diferencia de lo que ocurre en el sexo masculino. Llama la atención que, si bien hay una tendencia a un mayor deterioro funcional a mayor edad, la proporción de los mayores de 80 años que son totalmente dependientes no es tan superior a la del grupo de menor edad como sucede en la comunidad.

En lo que concierne al origen del deterioro funcional, es frecuente la presencia de padecimientos demenciales (16.8%) de los cuales más de dos terceras partes son de sexo femenino y 58 por ciento tiene más de 80 años. La presencia del síndrome de deterioro intelectual suele ser devastadora desde el punto de vista funcional y determina una total dependencia hasta para las más elementales actividades de supervivencia. Es común que los ancianos que viven en institución se encuentren paralizados en cama. Esto ocurre en 21.7 por ciento de los casos. Nuevamente, entre los afectados predominan los de sexo femenino (82%) y los de mayor edad (65%). En general, se trata de una población con una elevada prevalencia de deterioro funcional, que vive

en instituciones con insuficientes recursos para cubrir las necesidades de los beneficiarios y con grandes carencias en cuanto a capacitación y disponibilidad de personal especializado.

Todo está por hacer en cuanto se refiere a la organización de los cuidados a largo plazo. La información disponible pone en evidencia la pobre calidad de los servicios existentes y la insuficiencia de la normatividad al respecto. No obstante, los datos a nuestro alcance permiten ya el diseño de una estrategia para el desarrollo de este sector.

## Costos y consecuencias financieras del cambio epidemiológico y el envejecimiento poblacional

Como el perfil epidemiológico mexicano tiende hacia una composición mixta, los distintos tipos de padecimientos compiten por el presupuesto asignado (infecciosos *versus* crónico-degenerativos). A la par, la demanda asistencial crece y se diversifica con el consecuente incremento en los costos. Las experiencias de otros países han mostrado que esto no depende tan sólo de los cambios del perfil epidemiológico, sino de una intrincada y amplísima red de interacciones que van desde las percepciones y actitudes, hasta la estructura de la oferta y tipo de servicios y la influencia de industrias como la químico farmacéutica. A esto debe añadirse el reconocimiento de que en México el sector salud no se encuentra a la cabeza de las prioridades del gasto público.

En un ejercicio prospectivo (Arredondo, 1999) efectuado de 1983 a 1993, inclusive, en el estado de Morelos se seleccionaron cuatro padecimientos como "trazadores": diabetes, hipertensión arterial, diarreas agudas y neumonías. Las cifras se obtuvieron a partir de datos históricos y se efectuó una proyección a través de un modelo lineal multiplicador. Los resultados obtenidos se calcularon con base en casos ficticios con un costo estándar y con tal metodología se demostró un incremento global en los costos de la atención con un impacto tres veces superior en las enfermedades crónico-

degenerativas y sin decremento real en el costo de las infecto-contagiosas en un lapso de once años. Esto resulta tanto del cambio en el perfil epidemiológico, como del costo inflacionario y del incremento en el número de casos. El caso es particular y aunque la situación de salud del estado de Morelos es cercana a la media nacional no puede fácilmente extrapolarse al nivel nacional. Es claro que se requieren nuevos y más completos esfuerzos prospectivos que presten una cuidadosa atención a la circunstancia específica de cada región y sector pues ciertamente la población de derechohabientes de la seguridad social difiere sustancialmente de las características de la población que no tiene derecho a estos servicios.

A pesar de todo es posible anticipar que de no actuar en el sentido de la prevención y la promoción de la salud para el caso de las enfermedades en cuestión, las consecuencias financieras de los cambios epidemiológicos esperados tendrán implicaciones serias para el uso eficiente de los recursos. Los costos crecientes son imposibles de absorber en el contexto actual, desafortunadamente es de temerse que, de no actuar con oportunidad, los saldos aparezcan en los resultados negativos. Para abordar el problema se requiere de un enfoque intersectorial en donde participen por igual los tomadores de decisiones con responsabilidad en la asignación presupuestal. ¿Cómo explicar a los responsables de asignar el gasto que la inversión en política social sigue una lógica diferente de la inversión productiva? ¿Cómo desarrollar alternativas imaginativas y creativas aún desconocidas para la atención eficiente y de bajo costo? Éstas son algunas interrogantes sobre las cuales se reflexiona en la actualidad en el seno del sector salud mexicano.

## Necesidades de salud prioritarias

A pesar de los avances realizados en los últimos 40 años para mejorar el alcance y el uso de los servicios de salud en México, el gasto público en salud se ha estancado o incluso ha retrocedido en algunos rubros ampliando la brecha entre la capacidad de los sistemas y las necesidades de salud. Los cambios que hemos descrito en el perfil epidemiológico y en el financiamiento y organización de nuestro sistema de salud han

aumentado la necesidad de establecer prioridades en la materia. Estas no pueden determinarse sino en consonancia con los valores y principios de la sociedad respecto de la salud, la vida, el bienestar y la igualdad de oportunidades. La política nacional debe reflejar estos valores. Las intervenciones prioritarias deben cumplir por lo menos tres criterios técnicos (Bobadilla, 1997): deben servir para reducir considerablemente la carga de morbilidad, ser razonablemente eficaces en función del costo y atender las preferencias de la población. Para ser viables, además, las intervenciones deben llevarse a cabo con un grado razonable de calidad, deben tener carácter universal y deben contar con aceptación política. Las prioridades de salud resultantes de este proceso deben ser comparadas con las vigentes para determinar los desfases y formular recomendaciones a fin de añadir o suprimir prioridades.

En la actualidad, en nuestro país tenemos ya una aproximación a la medición de la situación de salud en lo que respecta a la salud del anciano. A partir de la información disponible podemos categorizar las necesidades prioritarias de salud de las personas de edad en México en tres grupos: a) las de alta discapacidad, como caídas, demencias y artropatías; b) las que dividen las pérdidas entre muertes prematuras y discapacidad, como es el caso de la enfermedad vascular cerebral, las nefritis y nefrosis y la cardiopatía hipertensiva y; c) las necesidades que se generan cuando las pérdidas son fundamentalmente por muerte prematura, como cardiopatía isquémica, diabetes *mellitus*, todo tipo de neoplasias, influenza y neumonías. Por otra parte, hay algunas experiencias de análisis de la eficiencia de las intervenciones en función del costo. Sigue ahora integrar los criterios para determinar prioridades y llevar a cabo estudios regionales para una mejor aproximación a la gran heterogeneidad de la situación de salud nacional.

Se necesita investigación para determinar cómo conciliar los dos elementos de la eficacia en función del costo y el alcance universal de los servicios de salud en un país donde existen comunidades muy dispersas y aisladas. Para estimar correctamente la relevancia de las enfermedades crónicas al determinar las prioridades hay que realizar investigaciones acerca de la proyección de la carga de la morbilidad, considerando la prevalencia actualmente conocida de los factores de riesgo.

## Una mirada al futuro: la nueva epidemiología del envejecimiento y la perspectiva de ciclo vital

La insuficiente disponibilidad de información conduce al desperdicio de recursos, inadecuación de servicios y, en consecuencia, a desenlaces desfavorables. El acercamiento a las fuentes de información enumeradas abre una nueva perspectiva respecto a las consecuencias del envejecimiento poblacional en la salud de los adultos mayores. Por otra parte, un acercamiento al fenómeno del envejecimiento que considere el ciclo vital reconoce que la diversidad individual tiende a aumentar con la edad y que las personas mayores no son un grupo homogéneo. Las intervenciones que diseñen ambientes de ayuda para las personas y que fomenten la toma de decisiones saludables son importantes en todas las etapas de la vida. La perspectiva del ciclo vital enfatiza las actividades de los primeros años de la vida orientadas a mejorar el crecimiento y el desarrollo, evitar las enfermedades y garantizar el mejor rendimiento posible. En la vida adulta las medidas tienen que estimular un funcionamiento óptimo y prevenir o retrasar el comienzo de la enfermedad. En los años posteriores, las actividades deben centrarse en conservar la autonomía, evitar y retrasar la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas mayores que vivan con algún grado de enfermedad o discapacidad.

En los años por venir, serán necesarias nuevas investigaciones que consideren los determinantes precoces de la calidad de vida y de las enfermedades al envejecer. Tal enfoque permitirá un abordaje más racional de la problemática, al diseñar estrategias de intervención temprana para la promoción de la salud en la ancianidad (WHO, 2002).

## Bibliografía

- Aguilar-Salinas C., Villa A. et al. Lipids, protein B and associated coronary risk factors in urban and rural older mexican populations. *Metabolism* 2001, 50(3):311-318.
- Álvarez R. y Brown M. (1983). *Encuesta de las Necesidades de los Ancianos en México*. Salud Pública de México. 25(1):21-75.
- Arredondo A. (1999). Costos y consecuencias financieras del cambio en el perfil epidemiológico en México. En: Hill K., Morelos R. y Wong R. *Las consecuencias de las transiciones demográfica y epidemiológica en América Latina*. El Colegio de México, México, 1999.
- Bobadilla J. L. (1997). Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud. En: Frenk J. Ed. *Observatorio de la salud*, Fundación Mexicana para la Salud, México, pp 255-274.
- Borges A., Gutiérrez Robledo L. M. et al. (1996). *Utilización de Servicios Hospitalarios por Ancianos en la Ciudad de México*, Salud Pública de México, 38:475-486.
- Chamie M. (1994). Overview of trends in morbidity and disability in aging research: evidence from censuses and surveys. En: Mertens W. *Health and mortality trends among elderly populations: determinants and implications*, IUSSP, Bélgica.
- Colvez A. Panorama de la dépendance en France, (1990) *Revue Française des Affaires Sociales*, 44(1):15-22.
- Consejo Nacional de Población (1992) *Esperanzas de vida al nacimiento, 1980-2000*, México.
- Dupont A. , Hervy M. P. , Lyon N. *Evaluation de la qualité de vie dans les structures d'hébergement pour personnes âgées*, 2e. édition, Fondation Nationale de Gérontologie, Groupe d'étude et de recherche sur les handicaps de la sénescence, Publicado por la FNG, Paris, 1990.
- Freedman V. A. , Aykan H. and Martin L. *Another Look at Aggregate Changes in Severe Cognitive Impairment: Further Investigation Into the Cumulative Effects of Three Survey Design Issues 2002*, Journal of Gerontology, Series B: Psychol Sci. 57:S126-S131.
- Frenk J. (1994). *Economía y Salud, propuestas para el avance del sistema de salud en México*, Fundación Mexicana para la Salud, México.



- Fried L. P., Kronmal L. A. et al. *Risk factors for 5 year mortality in older adults*. The Cardiovascular Health study. *JAMA* 1998, 279:585-592.
- FUNSALUD (Fundación Mexicana para la Salud) (1995). *Encuesta de satisfacción con los servicios de salud en México*, FUNSAUD, México.
- Gutiérrez Robledo L. (1989). Diagnóstico funcional en el anciano institucionalizado: adecuando los recursos a las necesidades. En: *Rev Soc Mex Ger* 1(2):30-41.
- (1990) *Perspectivas para el desarrollo de la Geriátrica en México*, Salud Pública México, 32(6):693-701.
- , Reyes G. et al. Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el D. F. Una visión crítica. En: *Sal Púb Méx*, 1996, 38(6):487-495.
- , García Ramos G. y Ostrosky F. (1997). Epidemiología de los padecimientos demenciales en la Ciudad de México. Desarrollo del protocolo de investigación. En: *Memorias de la reunión de la Academia Mexicana de Neurología y Psiquiatría*, México.
- (1998). Relación entre el deterioro funcional, el grado de dependencia y las necesidades asistenciales de la población envejecida en México. En: Hernández Bringas H. y Menkes C. *La Población de México al final del siglo XX*, V Reunión de Investigación Demográfica en México, UNAM-CRIM, México, pp. 431-448.
- y Vázquez A. (1999). Nutritional status in elderly mexicans in urban and rural communities. Aceptado para publicación en *Age & Nutrition*.
- (2001). *Prevalence of dementia and mild cognitive impairment in subjects 65 years and older in Mexico city*. In The XVII World Congress of the International Association of Gerontology. Vancouver July 1-6, 2001.
- (2003). *Active and cognitive impairment free life expectancies: results from an epidemiological survey in 65+ in Mexico City*. The XV annual meeting of the international network on health expectancy REVES 2003, Guadalajara, México, mayo 2003.
- Ham R. (2003). *Active and functional impairment free life expectancies: results from an epidemiological survey in 65+ in Mexico* (ENASEM). The XV annual meeting of the international network on health expectancy REVES 2003, Guadalajara, México, mayo 2003.
- y Gutiérrez Robledo L. (2004). *Salud y bienestar en el envejecimiento en México* (SABE) Organización Panamericana de la Salud, WDC 2004 (en prensa).
- Hernández H. y Menkes C. eds. *La población Mexicana a finales del siglo XX*, SOMEDE, UNAM-CRIM, México, 1998.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (1995). *Anuario Estadístico*. IMSS, México.
- Lerman I., Villa A. y Gutiérrez Robledo L. (1998). Epidemiology of diabetes and coronary risk factors in urban and rural elderly mexicans. En: *Journal Am Ger Soc*.
- Id.*, Llaça C. y Gutiérrez Robledo L. (1999). *Obesity Research*.
- Lozano-Ascencio R., Frenk J. y González Bloch M. A. (1996). El peso de la enfermedad en adultos mayores. En: *Salud Púb Méx*, México, 1994, 38:419-429.
- Lozano Ascencio R., Murray C. y Frenk J. (1999). El peso de las enfermedades en México. En: Hill K., Morelos J. y Wong R. *Las consecuencias de las transiciones demográfica y epidemiológica en América Latina*, El Colegio de México, México, pp. 121-146.
- Montes de Oca V. (1998). Intercambio y diferencias de género en el sistema de apoyo a la población envejecida en México. En: Hernández H. y Menkes C. *La Población de México al final del siglo*, SOMEDE, UNAM-CRIM, México.
- Neugarten B.L. et al. (1961). The measurement of Life Satisfaction. En *Journal Gerontol.*, 16:134,143.
- Organización Mundial de la salud. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF), OMS, Ginebra, 2000.
- Organización Panamericana de la Salud (1990). *Las condiciones de Salud en las Américas*, Publicación científica, No. 524, Washington.
- Reyes Frausto S. *Population Ageing in the Mexican Institute of Social Security, Health Policy and Economic Implications*, Co-editado por: Instituto Mexicano del Seguro Social y Fundación Mexicana para la Salud, México, 2001.
- Rivera-Dommarco J. *Encuesta Nacional de Nutrición 1999*, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, Cuernavaca, México.
- Rosales L., Galvan S. y Martin A. (1982). *Encuesta Nacional de Invalidez*. Sistema Nacional DIF, México. Secretaría de Salud, Sistema Nacional de Encuestas de Salud (1988) *Encuesta Nacional de Salud*, México.

- Secretaría de Salud (1993). Dirección General de Epidemiología, *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas*, SSA, México.
- Secretaría de Salud (1996). Daños a la salud. *Boletín de Información Estadística*, Núm. 16, México.
- Sepúlveda J. *Encuesta Nacional de Salud 2000*, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, Cuernavaca, México.
- Solís, P. La transición a la alta dependencia funcional. En: *La población mexicana a finales del siglo XX*, Hernández H. y Menkes C. eds. SOMEDE, UNAM-CRIM, 1998, pp. 449-466.
- Solomons N., Martínez I., Gutiérrez-Robledo et al. The development of a protocol to study the interactions of nutrition, ageing and urbanization in developing countries: CRONOS. Analysis of the reconnaissance project: The individual. *Food and Nutrition Bulletin* 18(3):248-255, 1997.
- Wagner F. A., Gallo J. y Delva J. (1999). Depression in late life: A hidden public health problem for Mexico, *Sal Pub Mex*, 41:189-202.
- WHO (2002) *Active Ageing: a policy framework*. WHO/NMH/NPH02.8, Geneva, 2002.
- Wong R. (1998). Morbilidad y utilización de servicios en la población de edad avanzada: análisis comparativo. En: Hernández H. y Menkes C. *La población de México al final del siglo XX*. SOMEDE, UNAM-CRIM, México, 1998.