



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Montes de Oca, Verónica; Hebrero, Mirna
Los servicios y la seguridad social, experiencia institucional en la vejez
Salud Pública de México, vol. 49, 2007, pp. 353-356
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10649138>

- 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

Los servicios y la seguridad social, experiencia institucional en la vejez

Verónica Montes de Oca,⁽¹⁾ Mima Hebrero⁽²⁾

La información disponible entre entidades federativas permite el acercamiento a los aspectos más importantes en el diseño de políticas públicas en el tema de salud en la vejez. Una manera de aproximarse es por medio de las causas de muerte, morbilidad y registro de derechohabientes. La idea principal de esta ponencia es esbozar el reto de las entidades federativas en materia de salud de la población adulta mayor.

Causas de muerte y morbilidad en la vejez por entidades federativas

En 2005, entre las principales causas de muerte se presentaron las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y las neoplasias malignas (Sistema Nacional de Información en Salud, 2006). Estas dos primeras causas de muerte son resultado de procesos patológicos largos en los que las personas experimentaron periodos de hipertensión y cuidados especiales en la alimentación.

Entre las principales causas de muerte de las entidades federativas de Campeche, Chiapas, Colima, Durango, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Querétaro y Veracruz* se observa una presencia muy importante de padecimientos crónico-degenerativos. De estas nueve, entre las primeras tres causas de muerte al menos una es por enfermedad transmisible. En la mayoría de las entidades del territorio nacional las enfermedades relacionadas con la pobreza se ubican en las primeras cinco causas de muerte. Llama la atención también la presencia de heridas intencionadas o accidentales entre estas causas de fallecimiento.

En los primeros tres lugares de las principales 10 enfermedades en la población con 60 años y más

se encuentran las afecciones respiratorias, las infecciones de vías urinarias e infecciones por otros organismos. En el cuarto lugar se encuentran úlceras, gastritis y duodenitis y en el quinto y sexto lugares se ubican las enfermedades crónicas, dentro de las que destacan la hipertensión y la diabetes mellitus tipo II, principales causas de muerte de este segmento de la población.[‡]

El registro de hipertensión entre las entidades federativas muestra que existen grandes diferencias en los casos que presentan este padecimiento. Por ejemplo, Baja California tiene una prevalencia de hipertensión arterial entre su población mayor de 65.2%, donde el mayor grupo poblacional hipertenso es el de 60 a 69 años y aporta alrededor de 40.68 puntos porcentuales a la prevalencia total; conforme avanza la edad, el aporte tiende a disminuir por efecto de la estructura por edad. No obstante, entre los adultos mayores más jóvenes se requiere mayor inversión y planeación del gasto en salud para atender las necesidades derivadas de dicho padecimiento, que junto con otros como la diabetes son las principales causas de muerte.

En Sonora la prevalencia de hipertensión alcanza 62%, al igual que en Hidalgo; en Coahuila es de 60%, en Chihuahua de 59% y en Zacatecas, 60%. Se puede observar que en los casos de Zacatecas, Nuevo León y el Distrito Federal el grupo de octogenarios tiene una llamativa contribución a la prevalencia de todo el segmento en la vejez, como resultado del envejecimiento de la estructura etaria de estas entidades. Es importante mencionar la necesidad de instrumentar programas en salud y nutrición que tengan un enfoque preventivo para evitar que el resto de las entidades siga la tendencia de las ante-

* Sistema Nacional de Información en Salud, 2006.

[‡] Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, 2006.

(1) Instituto de Investigaciones Sociales

(2) Instituto Mexicano del Seguro Social

riores. Otro dato que es evidente es la baja prevalencia de hipertensión en el estado de Tlaxcala y en los grupos de edad diferente.

La Encuesta Nacional de Salud (2000) muestra un resultado interesante por grupos de edad y sexo: en el caso de los varones en el grupo de 60 a 69 años, con el aumento en la edad, la prevalencia de hipertensión disminuye de 47.9 en éste a 42.7% en el grupo de 80 y más. En el caso de las mujeres no sólo se presenta una más alta prevalencia de este padecimiento sino que aumenta conforme avanza la edad, de 57.2% en el grupo de 60 a 69 a 59.7% en el de 70 a 79 y a 60.5% en el de ochenta y más años.

Otro de los principales padecimientos de las personas en la vejez es la diabetes mellitus, que junto con la hipertensión restan años en la esperanza de vida saludable. De acuerdo con la ENSA (2000), la diabetes mellitus tiene una presencia muy heterogénea entre las entidades federativas, mientras Baja California Sur muestra una prevalencia de casi 40% con altas contribuciones de los diferentes grupos de edad. Las entidades con una menor prevalencia son Chiapas y Oaxaca, donde es probable que por ser de las entidades más pobres el perfil epidemiológico refleje la mortalidad temprana de la población, que se caracteriza por sus bajas esperanzas de vida.

Entre las entidades federativas en que la prevalencia de diabetes es significativa en los grupos octogenarios se encuentran Yucatán, Nuevo León, Estado de México y Baja California Sur.

La multimorbilidad es muy frecuente en la vejez, y la concurrencia de hipertensión y diabetes es probable en los adultos mayores. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (2000), de los adultos mayores participantes, 13.70% se diagnosticó con hipertensión y diabetes, de quienes la mayoría se concentró en el grupo de 60 a 69 años (8.2%); 39% sólo padecía hipertensión, 7.5% sólo diabetes y al 40% restante no se le diagnosticó ninguna de ambas enfermedades crónicas.

Registro de derechohabientes en la población adulta mayor

A partir de las condiciones de salud y enfermedad que experimenta la población con 60 años y más es muy importante analizar el papel de las instituciones encargadas de proporcionar servicios médicos tanto al conjunto de la población como a la

población adulta mayor. La evidencia de derechohabientes muestra que para 2005 la población con 60 años y más está cubierta en 56.3%, lo cual representa un aumento de 7% con respecto a la cobertura captada para el 2000.[§] Se calcula que el Instituto Mexicano del Seguro Social cubre poco más de 60% del total de la población derechohabiente con 60 años y más, 16% lo cubre el ISSSTE y 11.4% el seguro popular[£] y otras instituciones de seguridad social.

De acuerdo con la información oficial, el seguro popular se convierte en una tercera opción de importancia en México para la población que no contaba con seguro social o similar y en especial para la vejez. Los datos muestran que el seguro popular para las personas con 60 años y más se distribuye sin cambios significativos entre hombres y mujeres, aunque entre grupos de edad sí existe una ligera inclinación a favor de las mujeres mayores; por ejemplo, para el grupo de entre 60 y 69 años los hombres con seguro popular representan 46.5 y las mujeres 53.5%. En los grupos siguientes la tendencia es la misma y se observa un ligero aumento en los de 80 años y más. Cabe señalar que no hay cambios significativos entre hombres y mujeres por tamaño de localidad ni entre grupos de edad (INEGI, 2005).

Lo que sí muestra la información es que el seguro popular tiene una distribución diferente entre las entidades federativas: se beneficia a 34% de los adultos mayores en Tabasco, 24.5% en Colima, 18.4% en Nayarit, 16% en Campeche, 15% en Aguascalientes, 14% en Guanajuato y Tamaulipas. Los estados con un menor número de afiliados son el Distrito Federal, Coahuila y Guerrero (ENSANUT, 2006).

La distribución de los servicios médicos en población derechohabiente es desigual en el país, sobre todo si se toma en cuenta el tamaño del territorio de cada una de las entidades federativas. Los datos disponibles constatan que los menores porcentajes de población derechohabiente se ubican en las áreas rurales con menos de 2 500 habitantes y le siguen en importancia aquellas

[§] Zúñiga y Vega, 2004

[£] El seguro popular es la modalidad de protección a la salud instrumentada por el gobierno de Vicente Fox para población mexicana que anteriormente no tenía derecho a los servicios médicos. Se puso en marcha a partir de la publicación en el Diario Oficial de la Federación el 15 de marzo del 2002.

demarcaciones entre 2 500 y 14 999 habitantes. Sobresalen por el bajo registro de derechohabientes los estados de Chiapas, Oaxaca y Guerrero, lo cual indica que la deficiente cobertura en materia de salud es uno de las condicionantes para el alto nivel de marginación calculado en dichas entidades. Otro aspecto que llama la atención es que algunas entidades tienen porcentajes muy semejantes de registro de derechohabientes entre la población mayor por tipo de localidad, como Aguascalientes, Baja California, Colima, Nayarit, Nuevo León, Sinaloa, Sonora y Tabasco.

La desprotección social en materia de salud en la población adulta mayor en las entidades federativas evidencia la necesidad de emprender estrategias federales de refuerzo a la inversión, seguimiento y supervisión en materia de infraestructura en salud, con el fin de ampliar la capacidad física, mejorar los niveles de atención y la profesionalización de los recursos humanos en cada una de las entidades federativas. Es cierto que las Secretarías de Salud estatales son las de mayor extensión en el país; sin embargo, todavía hay rezagos que ameritan mayor esfuerzo en virtud del cambio demográfico y la transición epidemiológica, sobre todo con la

intención de alcanzar cada vez mayor cobertura en poblaciones con menos de 15 mil habitantes.

Conclusión

La condición de salud de la población adulta mayor muestra desafíos importantes. Como una segunda área prioritaria para políticas públicas de vejez es necesario mostrar las semejanzas entre las causas de muerte comunes que se deben prevenir y postergar a fin de lograr una mejor calidad de vida en la vejez. Como efecto de la transición epidemiológica, la presencia de hipertensión y diabetes diagnosticada en la población adulta mayor representa un reto por demás relevante para las instituciones de salud en el plano federal y estatal. En este sentido es urgente la coordinación de medidas preventivas con acciones municipales que incluyan una filosofía de envejecimiento activo o saludable; de lo contrario, el costo emocional del deterioro en la calidad de vida recaerá en los individuos y en las familias de los próximos adultos mayores, que en la actualidad se encuentran en etapa de madurez. La prevención de la discapacidad relacionada con el deterioro funcional desde

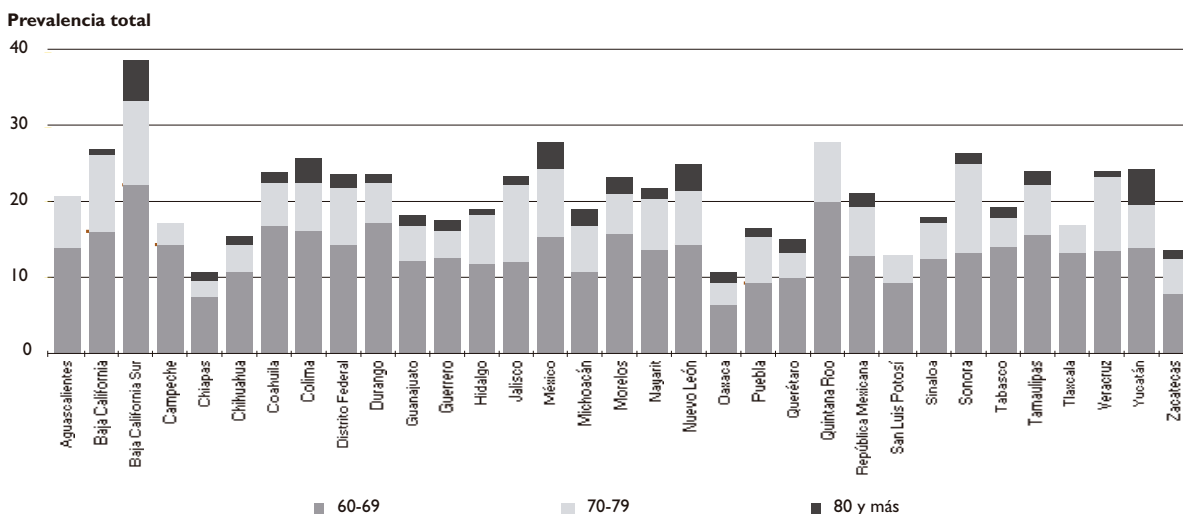


Figura 1. Prevalencia total de diabetes mellitus por diagnóstico y hallazgo entre la población con 60 años y más por entidad federativa y aportación en puntos porcentuales por cada grupo de edad, 2000.*

Fuente: Cálculos propios con base en la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000)

* En la encuesta no se tomó muestra de sangre capilar a 6.1% de los adultos entrevistados; por lo tanto no fueron incluidos en el análisis.

Para considerar como hallazgo de diabetes mellitus se consideró toma de sangre casual ≥ 200 mg/dl o ayunas ≥ 126 mg/dl (ENSA, 2002).

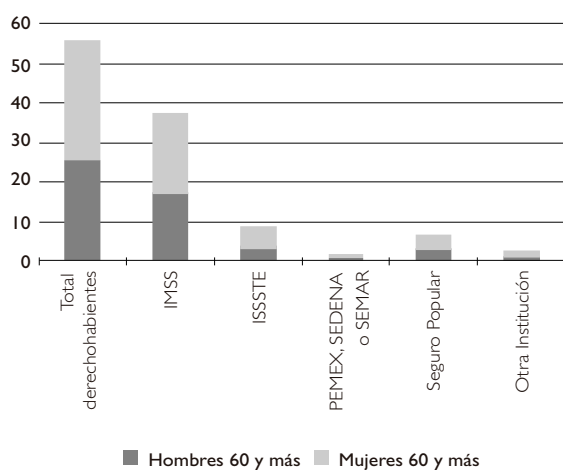


Figura 2. Proporción de población derechohabiente con 60 años y más por alguna institución de protección social y sexo, 2005.

Fuente: Cálculos propios con datos del II Censo Nacional de Población y Vivienda, 2005

etapas previas a la vejez es fundamental para aminsonar los efectos adversos en la calidad de vida en pleno proceso de envejecimiento.

La información también muestra que el registro de derechohabientes debe reforzarse en la población adulta mayor en áreas rurales y en grupos étnicos con la finalidad de alcanzar una mejor cobertura. Las desigualdades dentro de las entidades y entre las regiones del país pueden ser un elemento de debate en las instituciones encargadas de la atención a la salud con la intención de generar indicadores de seguimiento a la inversión en salud. De igual manera se debe ampliar la capacidad física, mejorar la atención, sensibilizar la capacidad de los recursos humanos disponibles y la puesta en marcha de programas dirigidos al cuidado de la salud con un enfoque de trayectoria de vida.