
ARTÍCULO ORIGINAL

Estado de salud y bienestar en adultos mayores derechohabientes usuarios del ISSSTE e IMSS del suroeste de la Ciudad de México

Sergio Sánchez-García,* Teresa Juárez-Cedillo,*
Claudia Espinel-Bermudez,** Ángel Cárdenas-Bahena,* Carmen García-Peña*

*Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Área de Envejecimiento, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

**Unidad de Investigación Clínica, IMSS, Guadalajara.

Health status and wellness among older adult beneficiaries of the ISSSTE and IMSS in Southwest Mexico City

ABSTRACT

Objective. To explore the conditions of health and wellness in older adults beneficiaries to ISSSTE and IMSS of the Southwest Mexico City. **Material and methods.** Cross-sectional study samples of users to health services in primary care ISSSTE ($n = 161$) and IMSS ($n = 176$) in Southwest Mexico City. Were determined chronic health conditions, cognitive function, depressive symptoms, use of health services, nutritional status, functioning and disability and quality of life related to health. **Results.** It is observed that there is a difference between samples ISSSTE vs. IMSS in comorbidity conditions (ISSSTE 53.4% vs. IMSS 57.9%), nutritional status (malnutrition risk ISSSTE 25.8% vs. IMSS 36.4%; overweight ISSSTE 23.3% vs. IMSS 11.6%) ($p < 0.05$). There were no differences between samples IMSS vs. ISSSTE in cognitive function, depression, use of health services, abdominal obesity, functioning and disability, and quality of life related to health. **Conclusions.** The conditions of health and wellness in older adults beneficiaries to ISSSTE and IMSS users are similar, with meaning in comorbidity conditions, nutritional status.

Key words. Health services for the aged. Quality of life. Disability evaluation. Health status. Nutritional status.

RESUMEN

Objetivo. Explorar las condiciones del estado de salud y bienestar en adultos mayores derechohabientes usuarios del ISSSTE e IMSS del suroeste de la Ciudad de México. **Material y métodos.** Estudio transversal en muestras de usuarios de servicios de salud del primer nivel de atención del ISSSTE ($n = 161$) e IMSS ($n = 176$) del suroeste de la Ciudad de México. Se determinaron las condiciones de salud crónica, función cognitiva, síntomas depresivos, utilización de los servicios de salud, estado nutricional, funcionamiento y discapacidad, así como la calidad de vida relacionada con la salud. **Resultados.** Se observó diferencia entre las muestras del ISSSTE vs. IMSS en las condiciones de comorbilidad (ISSSTE 53.4% vs. IMSS 57.9%), estado nutricional (riesgo de desnutrición ISSSTE 25.8% vs. IMSS 36.4%; sobre peso ISSSTE 23.3% vs. IMSS 11.6%) ($p < 0.05$). No se observaron diferencias entre las muestras del ISSSTE vs. IMSS en la función cognitiva, depresión, utilización de los servicios de salud, obesidad abdominal, funcionamiento y discapacidad, así como la calidad de vida relacionada con la salud. **Conclusiones.** Las condiciones del estado de salud y bienestar en adultos mayores derechohabientes usuarios del ISSSTE e IMSS son similares, con excepción de las condiciones de comorbilidad y estado nutricional.

Palabras clave. Servicios de salud para ancianos. Calidad de vida. Evaluación de la discapacidad. Estado de salud. Estado nutricional.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es uno de los resultados de la evolución de los componentes del cambio demográfico (fecundidad y mortalidad). Este

cambio incide tanto en el crecimiento de la población como en su composición por edades. En la medida en que avanza la transición demográfica y se producen descensos de la mortalidad, y principalmente de la fecundidad, se asiste a un proceso paulatino de enve-

jecimiento de la población.¹ El envejecimiento de la población representa uno de los mayores desafíos para la sociedad en general y los sistemas de salud en particular,² en un momento en que la persistencia de la pobreza en países que todavía enfrentan los problemas básicos del desarrollo genera mayor presión sobre los sistemas de salud, que ya de por sí están sobre-cargados.³

Al igual que otras naciones, la población mexicana está envejeciendo. Sin embargo, este cambio demográfico en México está sucediendo con rapidez duplicada a diferencia de otros países, tanto en número absoluto y relativo de los adultos mayores en la población.⁴ La población de adultos mayores mexicanos creció sólo 1.4% en los últimos 50 años (1950-2000), pero crecerán 17.7% en los próximos 50 años (2000-2050). En términos absolutos esto significa que en 2050 habrá 166.5 adultos mayores por cada 100 niños. Este proceso de envejecimiento de la población trae consigo serias preocupaciones, conociendo de antemano la crisis por la que atraviesan el sistema de pensiones y los servicios de salud.⁵

México cuenta con un sistema de salud complejo integrado por servicios públicos, entre los que se encuentran las instituciones de seguridad social y el sector privado de salud. El 71.5% de adultos mayores cuenta con alguna de las prestaciones de servicios de salud públicos y/o privados. La Secretaría de Salud otorga servicios a la población no asegurada usualmente pobre, con un empleo informal, subempleada o sin empleo, 28.0%, con el Seguro Popular. Los servicios de seguridad social abarcan a más de la mitad de la población mexicana; el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cubre a 53.3% de trabajadores del sector privado y sus familias y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) da cobertura a los trabajadores de los diferentes niveles de gobierno y a sus familias, contribuyendo con 12.8%. Otras instituciones que cubren esta población son el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), así como otras instituciones gubernamentales que dan servicios médicos a sus propios trabajadores, como es el caso de Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEDEMAR), todos éstos en conjunto tienen una población de 3.9% de los derechohabientes adultos mayores. Los servicios del sector privado incluyen un mercado poco regulado en el que los usuarios pagan honorarios a los prestadores de servicios, a precios de mercado.

En México, los seguros privados de gastos médicos tienen aún una cobertura muy limitada de aproximadamente 2.0%.⁶

Se requiere garantizar que en los años por venir se cubra y se otorgue un mínimo de beneficios y prestaciones que permitan a esta creciente población satisfacer sus necesidades fundamentales.

Una estrategia para afrontar esta situación es implementar programas enfocados en la atención de la salud de los adultos mayores. El ISSSTE con el programa *Envejecimiento exitoso* y el IMSS con los Programas Integrados de Salud, PREVENIMSS, que se avocan a esta problemática en el primer nivel de atención médica.^{7,8} Hasta el momento, no existen datos que puedan ayudar a los tomadores de decisiones a identificar y corregir errores en la implementación de estos programas, que permitan hacer las intervenciones más eficientes y efectivas. Por lo que el objetivo de este estudio fue explorar las condiciones del estado de salud y bienestar en adultos mayores derechohabientes usuarios del ISSSTE e IMSS del suroeste de la Ciudad de México, con la finalidad de que se pueda contar con información útil que permita juzgar el valor o mérito de los programas, para así orientar la toma de decisiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo transversal entre enero a marzo 2010. Se analizó una muestra representativa de la población de adultos mayores derechohabientes usuarios de primer nivel de atención de servicios de salud de una Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE y una Unidad de Medicina Familiar del IMSS del suroeste de la Ciudad de México. Para la selección de estas unidades de primer nivel de atención se consideró que el área geográfica de influencia fuera similar entre ellas. La muestra se calculó bajo el supuesto de que 90% de la población en estudio utilizaba dos o más veces por semestre los servicios del primer nivel de atención médica,⁹ con una variación aceptada de la proporción esperada del fenómeno de $\pm 5\%$. El tamaño mínimo de la muestra fue de 139 adultos mayores por cada institución.

Se seleccionaron 200 derechohabientes de 60 años y más de cada unidad de primer nivel de atención de los servicios de salud. La muestra fue seleccionada aleatoriamente de las bases de datos o listados de adultos mayores usuarios de los servicios de salud entre enero a julio de 2009, registrados en las unidades participantes. Cabe señalar que solamente se incluyó en la muestra a los derechohabientes que tenían un domicilio registrado

completo y/o un número telefónico y que aceptaran participar en el estudio.

Recopilación de datos

Los participantes seleccionados fueron invitados a participar en el estudio por medio de una carta dirigida al domicilio registrado y por vía telefónica. Se les citó en su respectiva unidad para realizar la encuesta y toma de medidas antropométricas, obteniéndose además consentimiento informado por escrito.

Les fue aplicado un cuestionario para conocer las características sociodemográficas (sexo, edad, estado marital, escolaridad, trabajo remunerado, vivir sólo); condiciones de salud crónica, función cognitiva, síntomas depresivos, utilización de los servicios del primer nivel de atención médica en los últimos seis meses, funcionamiento, discapacidad, calidad de vida relacionada con la salud y se realizó la toma de medidas antropométricas (talla, peso, circunferencia de cintura).

Condiciones de salud crónica

A cada participante se le preguntó: “¿Tiene alguna enfermedad que haya sido diagnosticada por un médico?”. En el caso de responder afirmativamente, se interrogó diagnóstico de cáncer, diabetes mellitus, dislipidemias, gota, hipertensión arterial, historia de infarto del miocardio, eventos cerebro-vasculares, enfermedad pulmonar-obstructiva crónica, trastornos mentales, cirrosis hepática, litiasis vesicular, úlcera gástrica o duodenal, insuficiencia renal crónica, litiasis renal, hiperplasia de la próstata, fractura de cadera o fémur, otras fracturas, así como cualquier otra enfermedad con duración mayor a tres meses.

Función cognitiva

Se evaluó mediante la versión española validada del Mini Examen del Estado Mental (MMSE). El MMSE evalúa la memoria, la orientación en el espacio y el tiempo de reconocimiento, cálculo, el lenguaje y la palabra; las calificaciones varían de 0 a 30 puntos, puntuaciones más bajas indican más pobre la capacidad cognitiva. El deterioro cognitivo se determinó con un corte ≤ 23 , ajustado por edad.¹⁰

Síntomas depresivos

La presencia de síntomas depresivos se determinó por medio de la Escala de Depresión Geriátrica

(GDS) de 30 ítems.¹¹ El GDS fue desarrollado específicamente para entrevistar a las personas de edad avanzada, no se basó en los síntomas somáticos, y ha sido ampliamente utilizado en diferentes contextos,¹²⁻¹⁴ incluidos los estudios de la comunidad.¹⁵ El GDS es fácil de administrar y posee sensibilidad y especificidad adecuadas.¹⁶ Se clasificó como normal (sin síntomas de depresión) de 0 a 9 puntos; depresión moderada de 10 a 19 puntos, y depresión severa de 20 a 30 puntos.

Funcionamiento y discapacidad

Para conocer el funcionamiento y discapacidad se utilizó el Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, versión española del *World Health Organization Disability Assessment Schedule II* (WHO-DAS II).¹⁷ La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado el WHO-DAS II, instrumento de medida del funcionamiento y la discapacidad conceptualmente compatible con la revisión reciente de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS en 2001. Se trata de una revisión completa del WHO-DAS (publicado por la OMS en 1988) que refleja el pensamiento actual de la OMS sobre el funcionamiento y la discapacidad. Evalúa el funcionamiento diario en siete áreas de actividad desde una doble perspectiva, cuantitativa y de interferencia de vida: comprensión y comunicación, capacidad para moverse en su alrededor/entorno, cuidado personal, relaciones interpersonales, actividades domésticas, trabajo fuera del hogar y participación en la sociedad. Las siete áreas se agrupan a su vez en dos medidas sumarias: escala global de las personas que realizan un trabajo remunerado (EG-trabajo) y escala global de las personas que no realizan un trabajo remunerado (EG-No Trabajo). EG-trabajo utiliza las siete áreas de actividad. En cambio la EG-No trabajo utiliza sólo seis áreas de actividad con excepción del área de actividad de trabajo fuera del hogar.

Calidad de vida relacionada con la salud

Se utilizó el Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36) de Ware y Sherbourne.¹⁸ El SF-36 evalúa el nivel de calidad de vida relacionada con la salud, conceptualmente basado en un modelo bidimensional de salud física y mental. Se utilizó la versión en español y validada en población

mexicana.¹⁹ Consta de 36 ítems que se agrupan en ocho dimensiones: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y por último salud mental. Las ocho dimensiones se agrupan a su vez en dos medidas sumarias: salud física y salud mental. Las dimensiones que forman la medida sumaria de salud física son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general. Las dimensiones que forman la medida sumaria de salud mental son: vitalidad, función social, rol emocional, salud mental.

Técnicas utilizadas durante la toma de medidas antropométricas

- **Peso.** Se utilizó una báscula portátil con una capacidad máxima de 125 kg y con una precisión de ± 100 g. Se le pidió a la persona que se despojara de sus zapatos, así como de cualquier ropa gruesa, que se subiera a la báscula y se mantuviera de forma erguida y sin moverse.
- **Estatura.** Fue tomada de pie y apoyando contra la pared omóplatos, glúteos y talones, evitando que el cuello estuviera estirado y/o en posición forzada, y con los talones juntos y la punta de los pies formando un ángulo de 45°, con la cabeza erguida con el borde orbitario inferior en el mismo plano horizontal del conducto auditivo externo (plano de Frankfort). La talla se midió en metros y centímetros.
- **Circunferencia de cintura.** Se tomaron con ayuda de una cinta métrica flexible, no elástica, graduada en centímetros y milímetros. La circunferencia de la cintura se toma como el plano entre la cicatriz umbilical y la frontera de la costilla inferior.

Estado nutricional

- **Estado de nutrición por IMC.** A partir del peso y de la estatura se calculó el IMC, dividiendo el peso (kg) entre la altura (m) al cuadrado.²⁰ Se consideró como desnutrición IMC ≤ 19.9 , riesgo de desnutrición IMC de 20.0-24.9, peso normal IMC de 25.0-29.9, sobrepeso IMC de 30.0-34.99, obesidad IMC ≥ 35.0 .²¹
- **Obesidad abdominal.** Se clasificó como indicativo de obesidad abdominal cuando la circunferencia de cintura fue > 80 cm en mujeres y > 90 cm en hombres de acuerdo con los criterios de la *International Diabetes Federation*.²²

El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por la Comisión Nacional de Investigación Científica,

así como por la Comisión de Ética para la Investigación del IMSS (Núm. registro 2005-785-170).

Análisis estadístico

El IBM Statistical Package for Social Science (IBM SPSS), versión 19.0 para Windows, se utilizó para obtener la frecuencia y las distribuciones porcentuales, media y desviación estándar (DE). Así como la comparación entre variables cualitativas mediante la prueba de la χ^2 o con la prueba exacta de Fisher cuando el número de esperados fue < 5 . Las variables cuantitativas se compararon mediante la prueba t de Student para muestras independientes cuando eran dos grupos y para la comparación de más de dos grupos la prueba de ANOVA. El nivel de confianza aceptado fue de 95%.

RESULTADOS

De los 200 adultos mayores seleccionados del ISSSTE, 19.5% ($n = 39$) no participaron en el estudio; para el caso del IMSS, 12.0% ($n = 69$) no participó, por lo que el total de adultos mayores estudiados fue de 337. Las causas por las que no participaron los adultos mayores fueron las siguientes: no quisieron participar, no se pudo localizar en su domicilio o su línea telefónica no estuvo disponible, o fallecieron.

De 337 adultos mayores que conformaron la muestra total, 69.1% ($n = 233$) fueron mujeres con una media (DE) de edad de 71.4 (7.9) años, y 30.9% ($n = 104$) fueron hombres con una media de 71.4 (8.0) años. No se observó diferencia significativa entre las medias de edad por sexo en la muestra total ($p = 0.988$).

El cuadro 1 presenta la frecuencia y distribución de las características de la muestra de adultos mayores derechohabientes usuarios del ISSSTE e IMSS. Para el caso del ISSSTE ($n = 161$), 75.2% ($n = 121$) fueron mujeres, con una media de edad de 71.2 (7.8) años comparado con 70.1 (8.0) años en hombres ($p = 0.453$). La muestra del IMSS fue de 176 adultos mayores, 63.9% ($n = 112$) eran mujeres con una media de edad de 71.6 (7.9) años, y 36.4% ($n = 64$) fueron hombres con una media de edad de 72.2 (7.9) años ($p = 0.618$).

La distribución por sexo entre ambas muestras resultó estadísticamente significativa ($p = 0.025$) al igual que la frecuencia y distribución del estado marital ($p = 0.012$).

En cuanto a la frecuencia y distribución de la edad por quinquenios entre ambas muestras, la esco-

laridad, trabajo remunerado y proporción de personas viviendo solas, no se reportaron diferencias significativas estadísticamente.

En el cuadro 2 se presentan la frecuencia y la distribución de la presencia de condiciones de salud crónica, función cognitiva, depresión, estado nutricional y obesidad abdominal entre el ISSSTE e IMSS. Existe una diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia y distribución de las condiciones de salud crónica ($p = 0.004$ con la prueba de χ^2). Respecto a la función cognitiva, no se observó diferencia estadísticamente significativa en frecuencia y distribución ($p = 0.330$ con la prueba exacta de Fisher), así como con la depresión ($p = 0.521$ con la prueba de χ^2).

En cuanto a la utilización de los servicios del primer nivel de atención médica en los últimos seis meses, se observó que de 337 adultos mayores que conformaron la muestra total, 90.2% (n = 304) utilizaron dos o más veces estos servicios (media = 5.4,

DE = 3.4). Se observó que de 153 adultos mayores que utilizaron los servicios en el ISSSTE (media = 5.6, DE = 4.5), 88.2% (n = 135) los utilizaron dos o más veces. De igual forma, 173 adultos mayores utilizaron los servicios en el IMSS (media = 5.2, DE = 2.0), el 91.3% (n=158) los utilizaron dos o más veces. Once adultos mayores reportaron utilizar los servicios del primer nivel de atención médica tanto del ISSSTE como del IMSS (media = 6.3, DE = 3.0), 100% utilizó dos o más veces estos servicios. No se encontró diferencia significativa entre las medias de la utilización de los servicios de atención ($p = 0.372$).

En el estado de la nutrición se observaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia y en la distribución ($p = 0.046$ con la prueba de χ^2). Sin embargo, no se observaron diferencias en obesidad abdominal ($p = 0.608$ con la prueba exacta de Fisher).

Las medias (DE) de la escala global de las personas que realizan un trabajo (EG-trabajo) y escala

Cuadro 1. Características de la muestra de adultos mayores derechohabientes usuarios del ISSSTE e IMSS.

	Total (n = 337) % (n)	ISSSTE (n = 161) % (n)	IMSS (n = 176) % (n)
Sexo*			
Mujeres	69.1 (233)	75.2 (121)	63.6 (112)
Hombres	30.9 (104)	24.8 (40)	36.4 (64)
Edad (años)**			
60-64	20.5 (69)	19.3 (31)	21.6 (38)
65-69	24.6 (83)	28.0 (45)	21.6 (38)
70-74	22.8 (77)	20.5 (33)	25.0 (44)
75-79	14.8 (50)	16.1 (26)	13.6 (24)
80-84	10.4 (35)	11.8 (19)	9.1 (16)
85 y más	6.8 (23)	4.3 (7)	9.1 (16)
Estado marital*			
Casado	45.1 (152)	36.6 (59)	52.8 (93)
Soltero	54.9 (185)	36.6 (59)	27.3 (48)
Viudo	23.1 (78)	26.7 (43)	19.9 (35)
Escolaridad**			
0 años	5.3 (18)	5.6 (9)	5.1 (9)
1-6 años	27.0 (91)	26.1 (42)	27.8 (49)
7-12 años	38.3 (129)	37.9 (61)	38.6 (68)
13 años y más	29.4 (99)	30.4 (49)	28.4 (50)
Trabajo remunerado**			
Sí	25.2 (85)	20.5 (33)	29.5 (52)
No	35.3 (119)	34.2 (55)	36.4 (64)
Jubilado/Pensionado	39.5 (133)	45.3 (73)	34.1 (60)
Vivir sólo†			
Sí	19.9 (67)	22.4 (36)	17.6 (31)
No	80.1 (270)	75.4 (125)	82.4 (145)

*p < 0.05 con la prueba de χ^2 . **p > 0.05 con la prueba de χ^2 . †p > 0.05 con la prueba exacta de Fisher.

global de las personas que no realizan un trabajo (EG-No Trabajo), así como las áreas de actividad que la componen para funcionamiento y discapacidad (WHO-DAS II), se presentan en el cuadro 3. Al comparar las medias de ambas escalas y sus áreas de actividad entre el ISSSTE e IMSS, se observó que no

existía diferencia que fuera estadísticamente significativa ($p > 0.05$). Con excepción del área de participación en la sociedad en los adultos mayores que realizan un trabajo ($p = 0.021$).

Finalmente, en el cuadro 4 se presenta la media (DE) de las ocho dimensiones evaluadas de la cali-

Cuadro 2. Frecuencia y distribución de presencia de condiciones de salud crónica, función cognitiva, depresión, estado nutricional y obesidad abdominal en muestra de adultos mayores derechohabientes usuarios del ISSSTE e IMSS.

	Total (n = 337) % (n)	ISSSTE (n = 161) % (n)	IMSS (n = 176) % (n)
Condiciones de salud crónica (enfermedades)*			
0	7.1 (24)	9.3 (15)	5.1 (9)
1	37.1 (125)	37.3 (60)	36.9 (65)
2	35.0 (118)	40.4 (65)	30.1 (53)
3 y más	20.8 (70)	13.0 (21)	27.8 (49)
Función cognitiva†			
Deterioro cognitivo	27.3 (92)	29.8 (48)	25.0 (44)
Sin deterioro cognitivo	72.7 (245)	70.2 (113)	75.0 (132)
Síntomas depresivos**			
Normal	70.0 (236)	72.7 (117)	67.6 (119)
Depresión moderada	25.2 (85)	23.6 (38)	26.7 (47)
Depresión severa	4.7 (16)	3.7 (6)	5.7 (10)
Estado nutricional*			
Desnutrición (IMC ≤ 19.9)	3.3 (11)	3.1 (5)	3.5 (6)
Riesgo de desnutrición (IMC 20.0-24.9)	31.3 (105)	25.8 (42)	36.4 (64)
Peso normal (IMC 25.0-29.9)	42.2 (142)	41.5 (67)	42.8 (75)
Sobrepeso (IMC 30.0-34.9)	17.2 (58)	23.3 (38)	11.6 (20)
Obesidad (IMC ≥ 35.0)	6.0 (20)	6.3 (10)	5.8 (10)
Obesidad abdominal†			
Normal	24.0 (80)	22.5 (36)	25.3 (44)
Obeso	76.0 (254)	77.5 (124)	74.7 (130)

* $p < 0.05$ con la prueba de χ^2 . ** $p > 0.05$ con la prueba de χ^2 . † $p > 0.05$ con la prueba exacta de Fisher.

Cuadro 3. Funcionamiento y discapacidad: escala global de las personas que realizan un trabajo remunerado (EG-trabajo) y escala global de las personas que realizan un trabajo remunerado (EG-no trabajo), así como las áreas de actividad que la componen.

	Total Media (DE)	ISSSTE Media (DE)	IMSS Media (DE)
Escala Global-Trabajo	8.9 (11.5)	6.6 (6.8)	10.4 (13.5)
Escala Global-No Trabajo	8.9 (9.4)	8.4 (8.8)	9.5 (10.0)
Comprensión y comunicación	12.2 (14.5)	10.9 (12.6)	13.3 (16.0)
Moverse en su alrededor/entorno	13.1 (18.4)	13.4 (18.9)	12.7 (18.1)
Cuidado personal	1.7 (8.7)	2.0 (9.7)	1.5 (7.6)
Relaciones interpersonales	8.0 (12.7)	7.1 (10.1)	8.9 (14.7)
Actividades domésticas	10.6 (22.5)	10.2 (20.6)	11.0 (24.1)
Trabajo fuera del hogar	4.9 (14.4)	4.6 (13.4)	5.1 (15.3)
Participación en la sociedad*	10.6 (14.3)	8.7 (13.0)	12.4 (15.3)

* $p < 0.05$ con la prueba t de Student en la comparación de las medias del ISSSTE vs. IMSS.

Cuadro 4. Calidad de vida relacionada con la salud de la muestra de adultos mayores derechohabientes usuarios del ISSSTE e IMSS.

	Total (n = 337) Media (DE)	ISSSTE (n = 161) Media (DE)	IMSS (n = 176) Media (DE)
Función física	75.9 (24.1)	76.1 (24.8)	75.8 (23.6)
Rol físico	60.8 (41.3)	59.6 (41.7)	61.8 (41.1)
Dolor corporal	70.5 (24.0)	69.9 (24.2)	71.1 (23.8)
Salud general	55.9 (18.2)	56.0 (18.5)	55.9 (17.9)
Vitalidad	67.3 (20.5)	68.3 (19.9)	66.3 (21.1)
Función social	79.7 (26.6)	79.8 (25.8)	79.5 (27.3)
Rol emocional	72.4 (40.3)	74.9 (39.3)	70.1 (41.1)
Salud mental	72.9 (20.8)	74.1 (20.4)	71.7 (21.1)
Salud física	44.8 (9.3)	44.3 (9.7)	45.2 (8.9)
Salud mental	48.5 (12.1)	49.5 (11.5)	47.7 (12.6)

dad de vida relacionada con la salud (Short-Form, SF-36), así como las dos medidas sumatorias (salud física y salud mental). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las medias de las ocho dimensiones y las dos medidas sumatorias entre el ISSSTE e IMSS al compararlas ($p > 0.05$).

DISCUSIÓN

Ante el incremento sostenido del envejecimiento y la longevidad, un reto fundamental de las políticas en salud recae sobre la decisión de implementar servicios orientados al envejecimiento o redireccionar servicios habituales hacia las necesidades de los adultos mayores como población de alto riesgo para presentar enfermedades crónicas y su atención preventiva de primer contacto,^{23,24} decisión que resulta fundamental especialmente cuando los sistemas de salud de países en desarrollo se enfrentan no sólo a los retos palpables del envejecimiento y la transición epidemiológica, sino también en paralelo problemas básicos y agudos en salud relacionados con la pobreza de un gran sector de la población.³ En este estudio se propuso analizar diferentes condiciones de salud crónica, función cognitiva, síntomas depresivos, estado nutricional, funcionamiento y discapacidad, así como la calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores derechohabientes usuarios del ISSSTE e IMSS, instituciones que cuentan con dos estrategias de atención basadas en primer nivel de atención, una enfocada exclusivamente a adultos mayores y la segunda a la prevención de enfermedades crónicas, de la cual los adultos mayores son los principales usuarios, de tal manera que en paralelo se pudieran establecer variables importantes en el perfil de salud de los usuarios de estos servicios, a fin de aportar a la discusión nuevos elementos acer-

ca de la orientación de los servicios de primer contacto que pueden ser ofertados a la población anciana basados en resultados en salud, siendo México un caso de estudio referente ante la magnitud y la diversidad de población, así como la estructura del sistema de salud.²⁵

Los resultados encontrados han permitido evidenciar que tanto la población anciana usuaria del ISSSTE como del IMSS, tienen características socio-demográficas similares, aspectos que se han relacionado con el inicio histórico de las cohortes de derechohabientes a la seguridad social que han tenido un proceso de transición demográfica influenciado por la edad laboral de incorporación al sistema de salud, similar a otros países.²⁶ En este sentido un aspecto importante a considerar fue la distribución de la población de estudio por género que muestra una mayor proporción de mujeres usuarias de los servicios de salud en relación con los hombres, fue más pronunciada la diferencia para el caso del ISSSTE con 75.1% de participación femenina en relación con el IMSS con 69.1% respectivamente; se ha discutido ampliamente la presencia de la mujer como principal usuaria de los servicios públicos de salud,^{27,28} situación que hace necesario considerar la perspectiva de género en materia de necesidades de atención y seguridad social en términos de protección económica y social para las mujeres. En este sentido cabe mencionar que también se presentaron diferencias significativas según el estado marital con una franca proporción de usuarios solteros para el ISSSTE con 63.4%, en contraste con 47.2% para el IMSS.

Por otra parte, el estado de salud de las dos poblaciones presentó diferencias significativas en dos variables que a consideración de los autores son especialmente relevantes y que quizás muestran de ma-

nera descriptiva y limitada el alcance de las acciones en salud emprendidas por cada institución. En primera instancia, la mayor presencia de enfermedades crónicas en el IMSS (57.9%) en relación con el ISSSTE (53.4%) estaría ligado al objetivo de las acciones preventivas de PREVENIMSS, ya que incluyen la presencia de comorbilidades;²⁹ asimismo, uno de los pilares fundamentales de esta estrategia es la prevención de sobrepeso, obesidad y enfermedades relacionadas, lo cual pudiera impactar además en un menor riesgo de obesidad abdominal (74.7%) en comparación con la población del ISSSTE (77.5%).

VARIABLES COMO EL ESTADO COGNITIVO, SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA, NO PRESENTARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS GRUPOS, LO CUAL ES UN REFERENTE INDIRECTO DE UN MEJOR ESTADO DE SALUD PARA LA POBLACIÓN DEL IMSS A PESAR DE QUE ESTA POBLACIÓN CURSA CON UNA MAYOR PROPORCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN COMPARACIÓN CON LA POBLACIÓN DEL ISSSTE. CABE MENCIONAR QUE ESTE ESTUDIO, AL CENTRARSE EN ATENCIÓN DE PRIMER CONTACTO, MUESTRA UN PERFIL ESPECÍFICO DE PACIENTES FUNCIONALES Y SIN FRAGILIDAD, LO CUAL ESTÁ REFERIDO EN LA LITERATURA COMO EL ELEMENTO PRINCIPAL DE LA ATENCIÓN PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN,³⁰ EN ESTE SENTIDO LOS ADULTOS FUNCIONALES SERÍAN ATENDIDOS POR MÉDICOS FAMILIARES DE PRIMER CONTACTO Y EN LA MEDIDA QUE SE PRESENTAN SÍNDROMES GERIÁTRICOS O FRAGILIDAD LA ATENCIÓN RECAERÍA EN MÉDICOS GERIATRAS, AUNQUE NO SEA EXCLUSIVA LA DECISIÓN DE SU ATENCIÓN.³¹ BAJO ESTA PERSPECTIVA, LLAMA LA ATENCIÓN QUE EN EL ISSSTE, A PESAR DE QUE LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR SEA BRINDADA A PARTIR DE MÓDULOS GERONTOLOGICOS, LOS USUARIOS EVALUADOS NO PRESENTEN GRANDES DIFERENCIAS EN RELACIÓN CON LA POBLACIÓN DEL IMSS.

OTRA VARIABLE QUE VALE LA PENA ANALIZAR ES EL IMPACTO QUE TIENE EL TRABAJO REMUNERADO (60% DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO) EN LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES; ESTÁ DOCUMENTADO QUE ESTA RELACIÓN ES DIRECTAMENTE PROPORCIONAL Y QUE SE CONSIDERA COMO UN INDICADOR INDIRECTO DE UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA.

CABE MENCIONAR QUE A PARTIR DE LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO SE HAN ANALIZADO VARIABLES EXTRAPOLABLES A LA ATENCIÓN A LOS ADULTOS MAYORES EN DOS ESTRATEGIAS DE PRIMER NIVEL, PERO ESTOS RESULTADOS DEBEN SER CONSIDERADOS DESDE LA ÓPTICA DE LOS BENEFICIOS INDIRECTOS QUE TIENEN LOS SERVICIOS SIN SER NECESARIAMENTE SU OBJETIVO PRIMARIO. POR OTRA PARTE, ESTE ESTUDIO AL SER TRANSVERSAL NO PERMITE ESTABLECER DIRECTAMENTE SI LOS RESULTADOS SON ATRIBUIBLES A LARGO PLAZO, POR LO CUAL SE CONSIDERA IMPORTANTE CONTINUAR LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL TEMA A PARTIR DE ESTUDIOS CON SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO Y GRUPOS DE COMPARACIÓN

QUE PERMITAN ESTABLECER LOS ALCANCES DE LAS ESTRATEGIAS ORIENTADAS AL ENVEJECIMIENTO O LA CONTENCIÓN DE SÍNDROMES GERIÁTRICOS A PARTIR DE LA ATENCIÓN MÉDICO-FAMILIAR OPORTUNA, ASÍ COMO EVALUACIONES ECONÓMICAS QUE OFREZCAN AL SECTOR RESULTADOS SUSTENTADOS QUE GUÍEN LA TOMA DE DECISIONES EN TORNO A ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN PARA LA POBLACIÓN ANCIANA. BAJO ESTE TENOR ES IMPORTANTE CONSIDERAR EVALUACIONES BASADAS EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN QUE, ORIENTADA AL ENVEJECIMIENTO, PODRÍA REPRESENTAR LA MAYOR FORTALEZA PARA LOS SISTEMAS DE SALUD.

CONCLUSIONES

LAS CONDICIONES DEL ESTADO DE SALUD Y BIENESTAR EN ADULTOS MAYORES DERECHOHABIENTES USUARIOS DEL ISSSTE E IMSS SON SIMILARES, CON EXCEPCIÓN EN LAS CONDICIONES DE SALUD CRÓNICA, ESTADO NUTRICIONAL. ES NECESARIO REALIZAR EVALUACIONES A MEDIANO Y LARGO PLAZO DE LOS PROGRAMAS ENFOCADOS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES, QUE CONTRIBUYAN AL MEJORAMIENTO Y FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN MÉXICO.

AGRADECIMIENTOS

ESTE ESTUDIO FUE FINANCIADO POR CONACYT CON EL REGISTRO SALUD-2004-C02/020 COMO PARTE DEL PROYECTO *Evaluación del impacto de tres estrategias en la provisión de los servicios de Salud a Ancianos Asegurados por el IMSS*.

REFERENCIAS

1. Chackiel J. La dinámica demográfica en América Latina. Serie Población y desarrollo No 52 (LC/L.2127-P). Santiago de Chile: CEPAL. Publicación de las Naciones Unidas; 2004.
2. Spillman BC, Lubitz J. The effect of longevity on spending for acute and long-term care. *N Engl J Med* 2000; 342: 1409-15.
3. Martin LG, Kinsella K. Research on the demography of aging in developing countries. In: Martin LG, Preston SH. Demography of aging. Washington D.C.: National Academy Press; 1994.
4. World Bank. Policy Research Report. Averting the Old Age Crisis Policies to Project the old and promote growth. Washington DC: Oxford University Press; 1994.
5. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de Población 2000-2050. México, D.F.: CONAPO; 2002.
6. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Censo de Población y Vivienda 2010. 2010. Disponible en: <http://www.censo2010.org.mx/> [Consultado el 29 de mayo de 2012].
7. PrevenIMSS. México: IMSS, c2010. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/programas/prevenimss/> [Consultado el 22 de octubre de 2011].
8. PrevenISSSTE cerca de ti. México: ISSSTE, c2010. Disponible en: <http://www.prevenissste.gob.mx/> [Consultado el 23 de octubre de 2011].

9. Organization for Economic Co-operation and Development: OCDE reviews of Health Care Systems-Mexico. Paris: OECD; 2005.
10. Reyes-Beaman S, Beaman PE, García-Peña C, et al. Validation of a modified versión of the Minimental State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging Neuropsychol Cognition* 2004; 11: 1-11.
11. Yesavage J, Brin T, et al. Development and Validation of a Geriatric Depression Scale: A Preliminary Report. *J Psychiat Res* 1983; 17: 37-49.
12. Sharp L, Lipsky M. Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care settings. *Am Fam Physician* 2002; 66: 1001-08.
13. Rapp S, Parisi S, Walsh D, Wallace C. Detecting depression in elderly medical inpatients. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 509-13.
14. Boult C, Boult L, Morishita L, Dowd B, Kane R, Urdangain C. A randomized clinical trial of outpatient geriatric evaluation and management. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 351-9.
15. McDowell I, Newell C. Depression. In: McDowell I, Newell C (eds.). Measuring Health. A Guide to Rating Scales and Questionnaires. 2nd ed. USA: Oxford University Press; 1996, p. 238-86.
16. Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, García-González JJ, Espinel-Bermúdez C, Gallo JJ, Wagner FA, et al. Usefulness of two instruments in assessing depression among elderly Mexicans. *Sal Pub Mex* 2008; 50: 447-56.
17. Vázquez-Barquero JL, Herrera Castanedo S, Vázquez Bourgón E, Gaite Pindado L. Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, versión española del World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones, 2006.
18. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-83.
19. Zúñiga MA, Carrillo-Jiménez GT, Fox PJ, Gandek B, Medina-Moreno MR. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares. *Sal Pub Mex* 1999; 41: 110-8.
20. Garrow JS, Webster J. Quetelet's index (W/H²) as a measure of fatness. *Int J Obes* 1985; 9: 147-53.
21. Hubbard RE, Lang IA, Llewellyn DJ, Rockwood K. Frailty, body mass index, and abdominal obesity in older people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2010; 65(4): 377-81.
22. International Diabetes Federation. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome, 2006. Disponible en: http://www.idf.org/webdata/docs/MetS_def_update2006.pdf (Consultado el 20 de noviembre de 2011).
23. Mangin D, Sweeney K, Heath I. Preventive health care in elderly people needs rethinking. *BMJ* 2007; 335(7614): 285-7.
24. Rodrigues M, Facchini L, Piccini R, Tomasi E, Thumé E, Silveira D, Vinholes F, et al. Use of primary care services by elderly people with chronic conditions, Brazil. *Rev Saude Publica* 2009; 43: 604-12.
25. García-Peña C, Pérez-Cuevas R, Espinel-Bermúdez C. La Atención Primaria: Equidad, Salud y Protección Social. Brevarios de Seguridad Social. 1a. Ed. México: Editorial Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social; 2009.
26. Alonso-Ortiz J. Social security and retirement across OECD countries. Job Market Paper 2009. Disponible en: <http://www.eco.uc3m.es/temp/agenda/Alonso.pdf> [Consultado el 8 de mayo 2012].
27. Rochon PA, Bronskill SE, Gruneir A, Liu B, Johns A, Lo AT, Bierman AS. Older Women's Health In: Bierman AS (ed.). Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report: Toronto; 2011.
28. Salganicoff A, Cubanski J, Ranji U, Neuman T. Health Coverage and Expenses: Impact on Older Women's Economic Well-Being. *Journal of Women, Politics & Policy* 2009; 30: 222-47.
29. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* 2002; 162(20): 2269-76.
30. Wright B, Lockyer J, Fidler H, Hofmeister M. Roles and responsibilities of family physicians on geriatric health care teams: Health care team members' perspectives. *Can Fam Physician* 2007; 53(11): 1954-5.
31. Dyer CB, Hyer K, Feldt KS, et al. Frail older patient care by interdisciplinary teams: a primer for generalists. *Gerontol Geriatr Educ* 2003; 24: 51-62.

Reimpresos:

Dra. Carmen García Peña

Unidad de Investigación Epidemiológica y en
Servicios de Salud
Área Envejecimiento
Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS
Edificio CORCE, tercer piso
Av. Cuauhtémoc, Núm. 330
Col. Doctores
06725, México, D.F.
Tel.: (+52) (55) 5519-2724
Correo electrónico: carmen.garcia@imss.gob.mx

Recibido el 23 de agosto 2012.
Aceptado el 31 de enero 2013.