



EL COLEGIO DE MEXICO, A.C.

CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS Y DE DESARROLLO URBANO

**EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD COMO UNA DIMENSIÓN DEL BIENESTAR DE
LA POBLACIÓN MEXICANA CON 50 AÑOS Y MÁS, Y ANÁLISIS DE SUS FACTORES
ASOCIADOS.**

Tesis presentada por

MIRNA HEBRERO MARTÍNEZ

Para optar por el grado de

MAESTRO EN DEMOGRAFÍA

Director de Tesis

DRA. VERÓNICA Z. MONTES DE OCA ZAVALA



Por una mejor calidad de vida para las personas con mayor edad en las próximas décadas...

**Agradezco a la Dra. Verónica Montes de Oca por su asesoría invaluable y su entusiasmo para la realización de este trabajo, a la Dra. Edith Pacheco por su apoyo incondicional, a la Dra. Fátima Juárez por las sugerencias tan acertadas, a mis profesoras de seminario de tesis la Dra. Silvia Giorguli y la Dra. Olga Rojas por sus comentarios tan pertinentes.
A El Colegio de México por aceptarme como estudiante y al CONACYT por otorgarme la beca para realizar el posgrado.**

A Rosita, Rigo, Julio, Lety y Camy que siempre me apoyan en todas las decisiones. A José Hebrero por enseñarme que la vida tiene muchas facetas y hay que buscar transitarlas de la mejor manera, a mis amigas (os) de toda la vida por su confianza, al “Trío Maravilla y Zeus” por la compañía y buenos consejos, y a todos aquellos que estuvieron conmigo a lo largo de estos dos años.

Resumen

El proceso de envejecimiento en nuestro país es un fenómeno que ha llamado la atención de pocos especialistas, tal vez por el hecho de que no se vislumbra una problemática urgente en estos momentos para dirigir esfuerzos por avanzar en la construcción de políticas que fortalezcan los servicios dirigidos hacia la población con mayor edad. De la inquietud por aportar elementos que sean útiles para el desarrollo de políticas y programas tanto correctivos como preventivos relacionados con la salud de la población con 50 años y más surge esta investigación.

El tema principal del estudio es explorar la salud física y mental como una dimensión del bienestar de la población con mayor edad. El objetivo principal del trabajo fue evaluar la salud de la población con 50 años y más, desde una perspectiva integral, es decir tomando en cuenta aspectos tanto físicos como mentales, para lo cual fue creado un índice, tomando como referencia la encuesta SF-36 que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud y está avalada por la Organización Mundial de la Salud. Para ello se utilizó la información de Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM 2001). Una vez evaluada la salud se llevó a cabo un análisis descriptivo y se realizaron varios modelos de regresión lineal con la finalidad de encontrar asociaciones entre la salud y diferentes tipos de variables, las cuales fueron divididas en 5 grupos: sociodemográficas, oportunidades, trayectoria de vida, actitudes hacia la salud y las de control relacionadas con la enfermedad y las condiciones de riesgo. Se hizo énfasis en los diferenciales por sexo y grupo de edad.

Los principales hallazgos del trabajo muestran que el estado de salud de las personas con 50 años y más en el 2001, está asociado a eventos del pasado como enfermedades en la niñez y la ocupación principal a lo largo de la vida, variables consideradas dentro del grupo de trayectoria de vida; e influenciado por situaciones del presente como el nivel de gasto, la disponibilidad de servicios de salud, la percepción de transferencias públicas y el nivel de escolaridad, variables del grupo de oportunidades. Dichas relaciones aparecen como relevantes en etapas previas a la vejez.

Evaluación del estado de salud como una dimensión del bienestar de la población mexicana con 50 años y más, y análisis de sus factores asociados.

Índice

Introducción	1
1.- Antecedentes	
1.1 Envejecimiento demográfico en América Latina y el Caribe	6
1.2 Proceso de envejecimiento y transición epidemiológica en México	8
1.3 Aspectos teórico metodológicos	12
2.- Enfoques teóricos para el estudio de la salud de la población adulta mayor.	
2.1 Aproximación al bienestar del adulto mayor	15
2.2 Enfoques teóricos para estudiar la salud	16
2.3 Marco conceptual para estudiar la salud de los adultos mayores	20
2.4 Aspectos técnico metodológicos	28
3.- Evaluación del estado de salud de la población con 50 años y más a partir de la ENASEM 2001	
3.1 Método para el calculo del índice	30
3.2 Análisis de confiabilidad del índice	30
3.3 Análisis descriptivo del índice de salud con las variables independientes	35
3.3.1 Variables sociodemográficas	35
3.3.2 Variables del grupo de oportunidades	38
3.3.3 Variables del grupo de trayectoria de vida del individuo	44
3.3.4 Variables del grupo de actitudes hacia la salud	47
3.3.5 Variables de control	49
4.- Factores asociados al estado de salud de la población con 50 años y más a partir de la ENASEM 2001	
4.1 Variables independientes seleccionadas para el análisis	51
4.2 Factores asociados al estado de salud física y mental de la población con 50 años y más	53
4.3 Factores asociados al estado de salud física y mental de la población con edades entre 50 a 69 años, y con 70 años y más	55
4.3.1 Modelo para la población con edades entre 50 y 69 años	56
4.3.2 Modelo para la población con 70 años y más	57

4.3.3 Análisis combinado de los modelos de la población con 50 a 69 años, y con 70 años y más	59
Conclusiones y sugerencias	64
Apéndice 1. Método para la construcción del índice de salud física y mental	73
Anexo 1. Detalle de las preguntas para medir el estado de salud de la encuesta SF-36 y ENASEM 2001, con su respectiva escala de medición	75
Anexo 2. Conceptos observables y operacinalización de las variables que se incluyeron en el estudio	77
Anexo 3. Cuadros estadísticos	78
Bibliografía	95

Índice de figuras, graficas y cuadros

Figuras

Figura 1 : Marco conceptual para el estudio de los elementos clave que afectan el perfil de salud de los mayores	16
Figura 2 : Marco conceptual para el estudio de la salud en edades avanzadas.	21

Gráficas

Gráfica 1. Estructura por edad estimada en 2004 y proyecciones de población año 2050. ..	10
Gráficas 2. Distribución de frecuencias de los aspectos involucrados en el índice de salud física y mental	32
Gráfica 3. Distribución de frecuencias del Índice de Salud Física y Mental de la población con 50 años y más	34
Gráfica 4. Estructura por edad de la población con 50 años y más estimada con datos de la ENASEM (2001)	35
Gráfica 5. Evaluación de la salud física y mental de la población con 50 años y más por sexo	36

Cuadros dentro del texto

Cuadro 1. Niveles bajos y altos de las dimensiones de salud de la encuesta SF-36	19
Cuadro 2. Dirección esperada de las variables independientes que se integrarán a los modelos de regresión	27
Cuadro 3. Análisis de confiabilidad de las dimensiones involucradas en el índice	31
Cuadro 4. Índice de Salud Física y Mental agrupado	34
Cuadro 5. Modelos de regresión lineal para conocer los factores asociados al estado de salud física y mental de la población con 50 años y más, con 50 a 69 años y para los de 70 años y más	63

Cuadros en los anexos

<i>Anexo 1:</i> Detalle de las preguntas para medir el estado de salud de la encuesta SF-36 y ENASEM 2001, con su respectiva escala de medición	75
---	----

Anexo 2: Conceptos observables y operacinalización de las variables que se incluyeron en el estudio 77

Anexo 3:

Cuadro 1a. Índice de masculinidad por grupo de edad y tipo de localidad de la población con 50 años y más. 78

Cuadro 2a. Proporciones por grupos de edad, según sexo y tipo de localidad de la población con 50 años y más. 78

Cuadro 3a. Proporciones del estado civil, según grupo de edad y sexo de la población con 50 años y más. 78

Cuadro 4a. Proporciones del nivel de gasto, según sexo, grupos de edad y tipo de localidad de la población con 50 años y más 79

Cuadro 5a: Proporción de población con 50 años y más por tipo de transferencia pública según sexo, tipo de localidad, grupos de edad y nivel de gasto. 80

Cuadro 6a: Proporciones de población con 50 años y más, con derecho al menos a un servicio de salud y tipo de apoyo, por sexo, tipo de localidad, grupos de edad y nivel de gasto. 81

Cuadro 7a: Proporciones de población con 50 años y más por grupo de años de escolaridad según sexo, tipo de localidad, grupos de edad y nivel de gasto. 82

Cuadro 8a. Proporciones de la primera experiencia migratoria, según sexo, grupo de edad, tipo de localidad y nivel de gasto de la población con 50 años y más. 83

Cuadro 9a. Proporciones del tipo de ocupación principal a lo largo de la vida, según sexo, grupo de edad, tipo de localidad y nivel de gasto de la población con 50 años y más. 84

Cuadro 10a: Proporciones de aspectos relacionados con la salud y la enfermedad de la población con 50 años y más por sexo, tipo de localidad, grupos de edad y nivel de gasto. 85

Cuadro 11a: proporción de población con 50 años y más por sexo por hábitos de riesgo según sexo, tipo de localidad, grupos de edad, nivel de gasto y padecimientos crónico degenerativos. 86

Cuadro 12a: Proporciones de variables sociodemográficas según estado de salud física y mental de la población con 50 años y más. 87

Cuadro 13a: Proporciones de las variables del grupo de oportunidades según estado de salud física y mental de la población con 50 años y más. 89

Cuadro 14a: Proporciones de las variables del grupo de trayectoria de vida según estado de salud física y mental de la población con 50 años y más. 91

Cuadro 15a: Proporciones de las variables del grupo de actitudes hacia la salud, y enfermedad según estado de salud física y mental de la población con 50 años y más. 93

Introducción

En la mayoría de las civilizaciones antiguas los ancianos representaban la sabiduría, la experiencia y eran socialmente respetados. Desafortunadamente en las sociedades modernas poco a poco se ha ido perdiendo la alta valorización que significaba el ser viejo, ya que se tiene la imagen de que las personas con edades avanzadas son dependientes tanto física como económicamente, por la pérdida de la salud y la separación de las actividades laborales. Situación que no se cumple en todos los casos, dado que hay personas que logran vivir una vejez digna, en condiciones de salud, económicas y sociales favorables.

Desde hace varias décadas la población en nuestro país alcanza una mayor esperanza de vida, aunque a diferencia de los países más avanzados en su transición hacia una sociedad de mayor edad, apenas comienza el proceso. El envejecimiento de la población mexicana aun no representa una preocupación en la sociedad, posiblemente porque la proporción de personas con 60 años y más aun es muy pequeña (7.8%) y representa una de las tanta minorías con necesidades específicas poco atendidas. No obstante dentro de aproximadamente 30 años, en los cuales se estima que una de cada cuatro personas tendrá 65 años o más (CONAPO, 2004), la situación será muy distinta, ya que será necesario crear condiciones adecuadas para mejorar la calidad de vida de esta población. Por lo que es un buen momento para voltear la cara hacia ellos, ya que son pocos los especialistas en nuestro país que se han preocupado por el fenómeno del envejecimiento, y todavía no se ha logrado una concientización en la sociedad de lo importante que es aprender a convivir y crear condiciones favorables que permitan en el futuro adquirir y mantener la calidad de vida de la población que hoy es todavía joven y que alcanzará edades avanzadas en las próximas décadas.

Recientemente se han vislumbran algunas problemáticas, sobre todo relacionadas con los fondos de pensiones. Sin embargo, no solo la cuestión económica merece atención, y si bien es cierto que es un medio, hay algunos aspectos como la salud de la población mayor que han sido poco estudiados, tal vez dando por hecho que la edad trae consigo la pérdida de la salud, situación que en la literatura se ha desmentido, ya que aunque hay un desgaste y pérdida de algunas habilidades físicas, la enfermedad no es inherente a los organismos envejecidos, intervienen una multiplicidad de factores dentro de los que podemos destacar la trayectoria de vida del individuo,

actitud hacia la salud, así como las oportunidades con las que se contó a lo largo de su vida. Esto es algo en lo que se espera contribuir en esta investigación. En este sentido pretendo explorar el poder explicativo de los aspectos del pasado y del presente en el análisis de la salud.

El tema principal de la investigación es explorar la salud física y mental como una dimensión del bienestar de la población con 50 años y más. Esto debido a que se considera una parte fundamental a lo largo de la vida de los individuos, y porque cuando se alcanza mayor edad es muy importante mantener una salud favorable. El objetivo principal del trabajo fue evaluar la salud de la población con 50 años y más, desde una perspectiva integral, es decir tomando en cuenta aspectos tanto físicos como mentales, para lo cual fue creado un índice, tomando como referencia la encuesta SF-36 que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud y está avalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Ware, 1993). Para ello se utilizó la información de Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM 2001), ya que es una fuente que provee de información muy rica, es la más reciente y es representativa a nivel nacional. Fue posible evaluar 12,498 casos de un universo 15, 243, que corresponde al tamaño de la muestra. Una vez evaluada la salud se llevó a cabo un análisis descriptivo con la finalidad de encontrar asociaciones entre la salud y diferentes tipos de variables, las cuales fueron divididas en 5 grupos: sociodemográficas, oportunidades, trayectoria de vida, actitudes hacia la salud y las de control relacionadas con la enfermedad y las condiciones de riesgo.

Dentro de las variables sociodemográficas se tomó en cuenta el sexo, la edad, el tipo de localidad y el estado civil. Este grupo de variables fueron básicas en el estudio, ya que se ha demostrado que el sexo y la edad tienen un efecto diferencial en la salud de la población mayor. El caso del tipo de localidad es un tanto ambiguo, debido a que no hay sustento empírico que corrobore su asociación con la salud, a pesar de que en la literatura se recomienda tomarla en cuenta. La decisión de incluir el estado civil fue porque a mayor edad la pérdida de los seres queridos impacta de manera importante la salud mental y emocional de los individuos (Kalish,1996).

El grupo de oportunidades está constituido por el nivel de gasto, las transferencias públicas y privadas, el apoyo no económico de familiares, el derecho a servicios de salud y los años de escolaridad. La importancia de considerar a las oportunidades con las que cuentan los individuos en el análisis se debe a que uno de los enfoques sobre el “bienestar” propuesto por Amartya Sen

(1996) considera que las oportunidades proporcionan ventajas en varios aspectos de la vida. Desde esta perspectiva enfocar la salud con ciertas oportunidades permitirá al individuo mantenerla o mejorarla, ya que el no disponer de ellas representaría una limitación.

El acercamiento a la trayectoria de vida fue a través de la salud en la niñez, la experiencia migratoria y la historia laboral. Estudios recientes (Palloni, Soldo y otros, 2002) sobre la salud de la población mexicana adulta mayor, han encontrado que algunos aspectos de la salud como la pérdida de la función física en la edad adulta se asocia a padecimientos graves en la niñez. No se ha demostrado de manera empírica la asociación que existe entre el tipo de ocupación, la experiencia migratoria, y salud de los individuos. No obstante, la literatura recomienda considerar estos aspectos, por su mayor exposición al riesgo relacionado con algún tipo de ocupación (McCulloch y Kivett, 1998) , y la disponibilidad diferenciada de oportunidades de las cuales dispone el individuo al migrar (Wong, 2001).

La aproximación hacia las actitudes hacia la salud fue por medio de los hábitos de riesgo (fumar y/o tomar bebidas alcohólicas) y preventivos (visitas al medico, ejercitarse o cambiar sus hábitos alimenticios) que practicaron los individuos. Es importante considerar estos aspectos porque se han encontrado asociaciones entre los hábitos de riesgo y algunos padecimientos crónicos, y se identifica a los hábitos preventivos como una ventaja para mejorar o adquirir una mejor salud (Luna,1995). Además de que algunas personas pueden combinar la práctica de hábitos de riesgo y preventivos, sin conocer cuales son los posibles efectos en su salud.

Finalmente las variables de control que se integraron al análisis fueron los padecimientos de alguna enfermedad crónica o degenerativa, así como las condiciones de riesgo, debido a que en la construcción del índice no se tomaron en cuenta preguntas específicas con la enfermedad y limitaciones físicas relacionadas con la visión, la audición y fracturas, es indispensable incluir estas variables en el análisis.

Las hipótesis principales del estudio giran en torno al papel que juegan las oportunidades, la trayectoria de vida, así como los hábitos de riesgo y prevención, como aspectos fundamentales en la vida de los individuos que condicionan su estado de salud física y mental actual. Se consideró al tipo de localidad como un diferencial con impacto significativo en la salud, tomando

en cuenta que el vivir en una localidad de mayor tamaño proporciona ventajas en la disponibilidad y accesibilidad de las oportunidades que pueden beneficiar la salud. También se planteó que posiblemente los efectos diferenciales del sexo y edad pudieran verse disminuidos una vez integrando al análisis los aspectos antes mencionados.

El análisis descriptivo que se llevó a cabo resultó de especial importancia para probar las hipótesis anteriores, ya que proporcionó los elementos básicos para diseñar e interpretar los modelos de regresión que se llevaron a cabo con la finalidad de identificar los factores que condicionan el estado de salud física y mental actual de la población mexicana con 50 años y más, herramienta con la cual se corroboraron los resultados previos.

El trabajo está organizado de la siguiente manera: en un primer capítulo reseño las principales características proceso de envejecimiento en América Latina, para el caso de México se profundiza en su dinámica demográfica y se incluye información sobre la transición epidemiológica. Además se anotan algunos de las principales características relacionadas con aspectos de la salud de la población con 60 años y más que justifican lo relevante del estudio.

El segundo apartado cuenta con el enfoque teórico que se utilizará en el trabajo, el cual está sustentado en un concepto de “bienestar” alternativo que propone Amartya Sen (1996) y en la perspectiva de salud integral de la OMS, las cuales sirvieron como ejes fundamentales para sustentar de forma teórica el marco conceptual para el estudio de la salud en las edades avanzadas propuesto por Wong y Lastra (2001) que se decidió tomar como base para el estudio. Al final del apartado se encuentran las hipótesis generales del trabajo.

En la tercera sección está constituida por las especificaciones de cómo fue creado el índice para evaluar la salud física y mental, así como los resultados del análisis de confiabilidad que se llevó a cabo para verificar la consistencia interna del instrumento. Posteriormente se encuentra el análisis descriptivo de este indicador con cada una de las variables involucradas en el estudio, que se realizó para identificar las asociaciones y tendencias de las variables. Este análisis fue desarrollado para hombres y mujeres.

La última parte está integrada por tres análisis de regresión lineal que se implementaron para identificar los factores condicionantes de la salud física y mental. Todos los modelos tuvieron como variable dependiente el índice de salud calculado en el apartado 3, la diferencia entre ellos es la población involucrada: el primero fue para el total de la población con 50 años y más, el segundo para la población de 50 a 69 años, y el último para aquellos con 70 años y más. La justificación del porqué dividir a la población en dos grandes grupos de acuerdo a la edad se debe a que se encontraron cambios estructurales estadísticamente significativos que sustentan la decisión.

Finalmente se encuentran las conclusiones, donde se retoman los resultados más relevantes del estudio y en algunos casos se hacen algunas sugerencias al respecto que considero útiles tomar en cuenta en futuras investigaciones.

1.- Antecedentes

El envejecimiento de la población es un fenómeno generalmente asociado a la edad cronológica de los individuos que la componen. Sin embargo es posible tomar en cuenta factores biológicos, de salud, psicológicos, sociales, etc., para identificar si una persona puede considerarse envejecida. A nivel colectivo, el proceso de envejecimiento de una población es el resultado principalmente del descenso en los niveles de fecundidad y mortalidad, y en algunos casos cambios drásticos en la migración. Todos ellos fenómenos demográficos que van transformando la estructura por edad de una población.

Desde el punto de vista demográfico generalmente se denomina a una población como envejecida de acuerdo con la proporción relativa de la población de mayor edad, comúnmente 60 años y más, en relación con la población total o los niños y jóvenes menores de 15 años. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) propone dos umbrales del envejecimiento¹ para países desarrollados y en desarrollo: considera a una población como envejecida si más del 7% de sus miembros tiene 65 años y más, o más del 10% tienen 60 años y más respectivamente. Según datos de la ONU (2001) en el año 2000 el 10% de la población mundial tenía más de 60 años y se espera que para el año 2050 represente un 22%.

1.1 Envejecimiento demográfico en América Latina y el Caribe

Del Popolo (2001) menciona que es posible decir que el proceso de envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe comenzó a hacerse visible con posterioridad a 1970, ya que para esas fechas el descenso de la mortalidad identificado a partir de 1950, y el descenso drástico de la fecundidad a mediados de los años 60 y principio de los 70, fueron transformando la estructura etaria de los países de la región, originando la prolongación de la esperanza de vida, y sobre todo el descenso en la proporción de los niños y jóvenes que componen la base de la pirámide; rasgos característicos del envejecimiento de la población. Los países precursores del envejecimiento en la región son Argentina y Uruguay.

¹ En este trabajo se considerará a una persona con 60 años y más como envejecida.

A diferencia de los países desarrollados, donde sus poblaciones fueron envejeciendo paulatinamente durante más de un siglo, y en condiciones económicas relativamente favorables, el proceso de envejecimiento en América Latina y el Caribe tiene características muy peculiares que lo diferencian. Algunas de estas características son el ritmo (velocidad) del proceso, las condiciones económicas de la región, y la heterogeneidad en las etapas de la transición demográfica que se identifican entre países (Villa y Rivadeneira, 2000; Peláez y otros, 2000). De acuerdo con las proyecciones de población del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), a la región latinoamericana le llevará alrededor de 30 años adquirir la estructura etaria de una población envejecida (Peláez y otros, 2000), como resultado del descenso tan acelerado de la mortalidad y sobre todo de la fecundidad.

Respecto a la heterogeneidad en las etapas de la transición demográfica en los países de la región el CELADE (1995, citado en Del Popolo 2001; Villa y Rivadeneira, 2000) definió 4 grupos de acuerdo a las tasas brutas de natalidad y mortalidad que presentaron en los primeros años de la década de los noventa.

Transición incipiente (TI): Tasas relativamente altas de natalidad y mortalidad, se traducen en un crecimiento natural de un poco más del 2% (Haití y Bolivia).

Transición Moderada (TM): Tasas de mortalidad en descenso y natalidad relativamente elevadas, generando tasas de crecimiento natural de un poco más 2.5% (El Salvador, Nicaragua, Guatemala, Honduras y Paraguay).

Plena Transición (PT): Bajos niveles de natalidad y mortalidad, con tasas de crecimiento próximas al 2% (México, Brasil, Colombia, Ecuador, Panamá, Costa Rica, Perú, República Dominicana y Venezuela).

Transición Avanzada (TA): Tasas de natalidad y mortalidad bajas, con crecimiento cercano al 1% (Argentina, Uruguay, Chile y Cuba)

Las dos últimas categorías (PT y TA) agrupan alrededor del 90% de la población de la región de acuerdo a cifras del año 1995. Se estima que el grupo de población de 60 años y más alcance tasas de crecimiento muy elevadas; para los países en TA un 18%, PT 14%, TI y TM con cifras inferiores al 9%. De tal manera que para el total de la región se espera que en el año 2050 el 23% de la población tendrá 60 años y más, y que habrá un adulto mayor por cada menor de 15 años (Villa y Rivadeneira, 2000).

1.2 Proceso de envejecimiento y transición epidemiológica en México

Desde hace varias décadas México ha sufrido cambios en sus patrones demográficos derivados del descenso constante y sostenido de la mortalidad y la fecundidad. Siendo la fecundidad el fenómeno de mayor peso que ha dado forma a la estructura por edad de la población, a consecuencia del descenso tan acelerado que ha presentado en los últimos 25 años. Tales cambios en la dinámica demográfica han originado el inicio del proceso de envejecimiento de nuestra población.

Los cambios en la dinámica demográfica generaron un aumento en la esperanza de vida que pasó de menos de 30 años en 1900 a 74 años en 1999; la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 288.6 a 25 defunciones de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos; la tasa global de fecundidad descendió de casi 8 hijos por mujer a 2.5 en el mismo periodo; y la tasa de crecimiento demográfico cambió de 1.3% anual en 1900 a 3.4% en 1960 y a 1.5 en 1999; destacando que en la década de 1960 se identificó el crecimiento más elevado del siglo XX (Ordorica, 2002). Cabe resaltar el peso del descenso en la mortalidad infantil en la acumulación de años ganados en la esperanza de vida al nacimiento (Aguirre, 1999).

Es importante mencionar que los cambios no se dieron de manera paulatina a lo largo del siglo, sino que fueron principalmente una combinación de medidas institucionales en diferentes etapas encaminadas a afectar el curso de la dinámica demográfica donde a mediados de siglo aun había una relativamente alta mortalidad y fecundidad. Por un lado la fecundidad durante los primeros tres cuartos de siglo casi se mantuvo constante, y fue hasta inicio de la década de los setenta cuando fueron visibles los primeros cambios hacia la disminución en el número de hijos por mujer, lo cual se asocia a la implementación de la Política de Población en 1974 encaminada a ofrecer los servicios de planificación familiar a través del sector salud (Lerner y Quesnel, 1994); a partir de ese periodo la fecundidad inició un descenso acelerado y sostenido alcanzando alrededor de 2.3 hijos en promedio por mujer en el 2001 (INEGI, 2001^a). Los cambios en la fecundidad también están asociados a la mayor educación que han adquirido las mujeres, lo cual ha cambiado sus ideales reproductivos (Castro y Juárez, 1995).

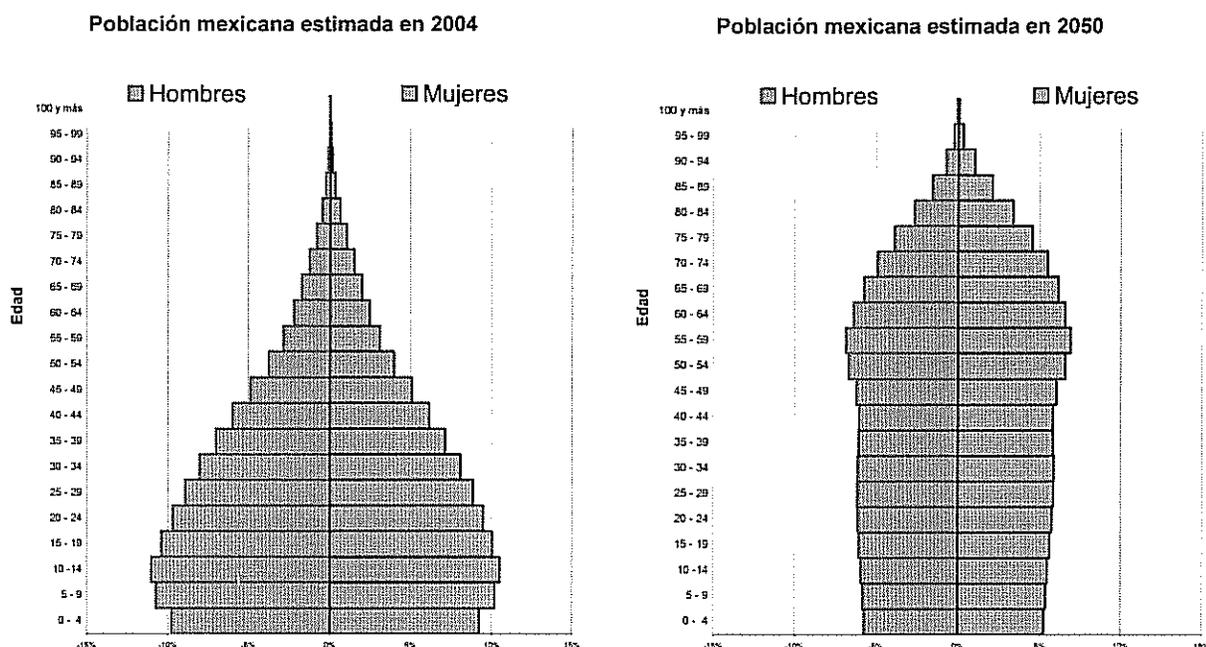
Por otro lado, dado que la mortalidad tuvo un comportamiento más heterogéneo durante el período haré mayor énfasis en el comportamiento que presentó durante el siglo XX. Además es uno de los fenómenos que en muchos estudios se ha retomado como una manera de aproximarse a las condiciones de salud de la población; así como para desarrollar programas de prevención de enfermedades y proyección de costos institucionales.

La mortalidad fue el fenómeno que presentó los primeros cambios en la dinámica demográfica durante el pasado siglo. Camposortega (1997) sugiere que el descenso de la mortalidad en México podría dividirse en 4 etapas: el primer cambio identificado en la mortalidad aunque muy ligero fue entre 1900 y 1920, donde la mortalidad era alta y fluctuante, incrementándose la esperanza de vida al nacer (e^0) de 25.4 a 28.9 años; un descenso más importante se observó de 1920 a 1940 cuando la e^0 alcanzó los 40.5 años, el descenso se asocia a los primeros programas de salud pública y a ligeros cambios en las condiciones de vida. Posteriormente en el período de 1940-1960 se presentó uno de los descensos más acelerados de la historia, incrementándose la e^0 en 17.4 años, alcanzando 50.8 años, la disminución se explica por la implementación de las técnicas médicas de prevención y salud, a los programas de eliminación de agentes patógenos y al proceso económico y social; entre 1960 y 1995 la disminución de la mortalidad se hizo más lenta, ganando únicamente 0.4 años de vida anualmente, y alcanzando una e^0 de 72.3 años, la desaceleración se asocia con el cambio en la proporción de las causas de muerte, donde se han incrementado la proporción de muertes por enfermedades como el cáncer, las relacionadas con el sistema circulatorio y aquellas provocadas por accidentes y violencia. En el año 2000 la esperanza de vida al nacimiento alcanzó los 75.3 años y de acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) se espera que ésta se incremente a 83.7 para el 2050 (Partida, 2001).

En términos generales la población continuará creciendo y se estima que transcurrirán alrededor de 40 años para que la población mexicana adquiriera una estructura por edad envejecida, pero es de especial interés para nuestro estudio la evolución futura de la proporción de adultos y adultos mayores, los cuales se incrementarán como resultado de la inercia demográfica. Los datos del censo del 2000 muestran que la población mexicana con 50 años y más representó el 13.20% del total, la de 60 años y más el 7.13%, y aquella con 65 años y más el 4.8%. De acuerdo con las

proyecciones del CONAPO se espera para el año 2050 que la población de 65 años y más sea un 24.6%, es decir uno de cada cuatro mexicanos será un adulto mayor (Partida, 2001). Es muy importante mencionar que se han elaborado proyecciones de la población con diferentes escenarios y por distintas instituciones como las Naciones Unidas, el CELADE y el CONAPO, y resulta inminente el envejecimiento demográfico de la población del país en los próximos 50 años.

Grafica 1 : Estructura por edad estimada en 2004 y proyecciones de población año 2050.



Fuente: Cálculos propios con base en las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2004).

En relación con los cambios demográficos Wong y Lastra (2001) mencionan que el país, además de encontrarse en transición demográfica, también experimenta una transición epidemiológica, ya que el patrón de causas de muerte actualmente se caracteriza por una interacción entre enfermedades infecciosas y crónico degenerativas. La interacción entre este tipo de enfermedades se conoce como “polarización epidemiológica”. Otros estudios hablan de una “multimorbilidad” que representa la convivencia entre 2 o más enfermedades infecciosas y crónicas (Brofman, 1994; citado en Montes de Oca, 2001; Peláez y otros, 2000).

A principios del siglo XX las enfermedades infecciones y parasitarias como el paludismo, la tos ferina, tuberculosis, etc., que ocasionaban en su mayoría la muerte de infantes, representaban las principales causas de muerte del total de la población; los primeros cambios en las causas de mortalidad se presentaron alrededor de la década de los cuarenta con la implementación de los sistemas de salud (Kumate, 2004). Fue hasta finales de los setenta que la estructura de causas con predominio de padecimientos infectocontagiosos sufrió cambios importantes y las enfermedades crónico degenerativas, así como las muertes violentas pasaron a ocupar los primeros sitios (Martínez, 1990).

Kumate (2004) menciona que actualmente las principales causas de muerte para el total de la población son las cardiopatías, el cáncer, la diabetes mellitus, los accidentes, las apoplejías, la patología perinatal, la cirrosis, las enfermedades obstructivas pulmonar crónicas, la violencia y la insuficiencia renal; de tal manera que las enfermedades infecciosas como la influenza y las neumonías pasaron al 8º lugar después de haber ocupado a principios de siglo el 1º o 2º. Varios autores (Kumate, 2004; Ordorica, 2001; Morelos, 2000; Cárdenas y Fernández-Ham , 1996;) apuntan que el nuevo patrón de causas de muerte está asociado a los cambios en la nutrición, en la implementación de agua potable y drenaje en las viviendas, la higiene personal, así como el acceso a servicios médicos y campañas sanitarias. Sin embargo, a pesar de los avances en la erradicación de enfermedades infecciosas aun están presentes, sus niveles son más altos de los esperados y predominan en los grupos de menor edad; situación que es más visible en algunas entidades federativas del país donde hay una gran concentración de población joven.

Con relación a las principales causas de muerte que predominaron entre la población con 65 años y más, alrededor de 1999 y por orden de importancia son: la diabetes, infarto, enfermedades pulmonares, insuficiencia cardiaca y pulmonía. En conjunto estas causas representaron el 34.8% del total de defunciones en este grupo de edad, destacando que las dos primeras causas son las responsables de casi la cuarta parte (23.5%) de las muertes de este segmento de la población (Ordorica, 2001).

Lo anterior muestra que existe gran heterogeneidad en las tendencias que presenta la mortalidad, que es un fenómeno complejo y que a diferencia de países desarrollados, en nuestro país el proceso ha transcurrido en circunstancias históricas, sociales y económicas distintas (Martínez,

1990), motivos por los cuales merece especial atención tomar en cuenta estos aspectos en los estudios sobre salud de la población, dado que las causas de muerte es la última etapa de un pobre estado de salud, el cual esta estrechamente relacionado con las condiciones de vida.

1.3 Aspectos teórico metodológicos

El apartado anterior expuso las ganancias tan importantes que se han logrado en la esperanza de vida durante el siglo XX, y la compleja transformación en los patrones de causas de muerte, donde predominan los padecimientos no transmisibles. Sin embargo poco se habla de las condiciones de salud de la población que ha logrado sobrevivir a edades maduras y avanzadas² actualmente, la cual ha transitado por los distintos cambios en la dinámica demográfica y epidemiológica. Además la salud a lo largo de toda la vida y especialmente en las edades más avanzadas es un aspecto fundamental del bienestar y la calidad de vida de los individuos.

Resulta relevante el estudio de la salud en las personas de edad madura y avanzada, ya que es en estos grupos de población donde predominan las patologías crónico degenerativas, enfermedades que si bien no son de alta letalidad a principio de los noventa fueron responsables de aproximadamente el 84% de los años de vida saludable perdidos (Avisa³) (Lozano, Frenk y Otros, 1996). Aunado al efecto a nivel global, sobre todo existe un impacto a nivel individual para este grupo de población, ya que al adquirir una o más enfermedades crónico degenerativas hay una tendencia a la pérdida de funcionalidad y hacia la incapacidad, lo cual afecta sus relaciones familiares, sociales y en general con todo su entorno, así como cargas psicológicas. Al respecto con datos de 1994, Ham (2001) estima que la población masculina tenia una esperanza de vida temporaria a los 60 años $E(60)= 20.7$ años, pero también una esperanza de vida con incapacidad a la misma edad $E(60)=5.7$ años, lo cual representa un 27.5% de la $E(60)$, pero la proporción aumenta a 43.6% a los 75 años y es superior a un 50% para los mayores de 80 años.

De acuerdo con datos obtenidos de la Encuesta Nacional Sobre la Sociodemografía del Envejecimiento en México (1994), la prevaecía de enfermedades crónicas como la hipertensión

² Se considerará a las personas en edad madura cuando tengan edades entre 50-59 años, y en edad avanzada cuando tengan 60 años o más.

³ Los avisa representan la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVD) y los años vividos con discapacidad (Lozano y Otros, 1999).

arterial y la artritis entre la población de 60 años y más fue mayor entre las mujeres; en cuanto a la percepción de su salud el 30% de esa población consideraba que tenían buena salud, el 47.1% regular y el resto mala o muy mala. Es importante mencionar que en la percepción de la salud se detectaron diferenciales por sexo y grupo de edad, donde las mujeres presentaron una tendencia a considerar su salud como mala y la misma tendencia se identificó conforme aumenta la edad (Montes de Oca, 2001; Gutierrez, 2000).

Alrededor de 1999 las principales causas de morbilidad de la población con 65 años y más fueron las afecciones cardiovasculares, complicaciones de la diabetes, los traumatismos, las enfermedades cerebro vasculares y las neumonías; alrededor de 2 millones de adultos mayores sufrieron de algún estado de dependencia funcional y afecciones como la demencia, las cuales fueron igualmente prevalentes en el país al igual que en otros más avanzados en la transición epidemiológica (Gutiérrez, 2001). En el estudio anterior nuevamente las mujeres además de ser la mayoría en las edades avanzadas son la que sufren una mayor incidencia de morbilidad y una mayor presencia de incapacidades.

Datos recientes de la Encuesta Nacional Sobre Salud y Envejecimiento en México 2001 (ENASEM 2001) sobre la población de 50 años y más, muestra que un menor porcentaje de mujeres (32%) reporta una auto-evaluación buena o mejor de su salud que los hombres (42%). Las mujeres reportan peor salud en lo que respecta a condiciones crónicas (cáncer, enfermedad pulmonar, ataque al corazón o embolia), diabetes, obesidad, así como problemas de funcionalidad (Wong y Espinoza, 2002).

Además de los diferenciales por sexo y grupos de edad expuestos en párrafos anteriores, los cuales han mantenido la misma tendencia durante la década pasada, algunos autores (Peláez y otros, 2000; Gutiérrez, 2000) destacan también diferenciales por tipo de localidad y estrato socioeconómico relacionados con las condiciones de salud. Gutiérrez (2000) menciona que en general es menor la prevalencia de obesidad, diabetes y factores de riesgo coronario en el medio rural, y que tales diferencias se asocian particularmente a la dieta, al nivel de actividad física y algunos factores socioeconómicos. Otro estudio con los datos de la ENASEM (2001) identificó que la buena salud se encuentra asociada positivamente con el ingreso (Wong y Espinoza, 2002).

Los datos anteriores muestran que los adultos mayores en nuestro país son un grupo que además de su potencial crecimiento, demanda múltiples necesidades, por lo que es pertinente desarrollar planes de acción encaminados a mejorar sus condiciones de vida y preparar el terreno para las próximas décadas. De tal manera que un elemento fundamental para desarrollar programas e implementar políticas encaminadas a mejorar el bienestar de la población en edad adulta y avanzada es conocer sus condiciones de salud. Por tal motivo este trabajo tiene el objetivo de hacer un diagnóstico a nivel agregado del estado de salud de la población con 50 años y más, con la finalidad de proporcionar elementos que permitan desarrollar programas y políticas tanto correctivas como preventivas en beneficio de esta población. Específicamente se buscará confirmar los diferenciales por sexo y grupos de edad que han resultado en estudios anteriores, así como identificar si existen diferenciales por estrato socioeconómico y tipo de localidad; así como conocer que factores demográficos, sociales y económicos están asociados con el estado de salud; así como identificar cuáles de estos tienen un mayor peso.

2. Enfoques teóricos para el estudio de la salud de la población adulta mayor.

2.1 Aproximación al bienestar del adulto mayor

Frecuentemente y de manera coloquial nos referimos al “bienestar”, identificándolo como un estado ideal de vida. Sin embargo, es un concepto complejo usado en economía y filosofía que tiene varias vertientes; las dos más utilizadas son las que identifican al bienestar como un disfrute o estado deseable de la conciencia, y el bienestar como satisfacción de preferencias (Sen,1984; citado en Cohen, 1996). La manera de aproximarse a estas dos propuestas ha sido a través de la posesión de bienes materiales y la satisfacción de los deseos de los individuos, enfoques comúnmente utilizados e igualmente criticados por varios especialistas.

Un enfoque alternativo de bienestar también lo propone Amartya Sen (1996), con base en las “*capacidades*” y los “*funcionamientos*”. Para el autor los *funcionamientos* representan parte del estado de una persona: en particular las cosas que logra hacer o ser al vivir; y la *capacidad* de una persona refleja combinaciones alternativas de los *funcionamientos* que ésta puede lograr, entre las cuales puede elegir una colección. De tal manera que el autor recomienda que la calidad de vida debe evaluarse en términos de la capacidad para lograr *funcionamientos* valiosos. Dentro de los *funcionamientos* que Sen determina como elementales señala: el estar bien nutrido, tener buena salud, vivienda digna, educación, etc., a los cuales da alto valor. No obstante, el autor menciona que cada individuo asigna la ponderación que le da a cada *funcionamiento* por valiosos que puedan ser; que el desarrollo de la capacidad para lograr un determinado tipo de *funcionamientos* dependerá de las oportunidades de cada individuos y de sus decisiones, y que la generación de oportunidades para alcanzar *funcionamientos* elementales corresponden al Estado, mediante el desarrollo e implementación de políticas públicas encaminadas a mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población.

Con base en el enfoque de capacidades el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNDU) propone desde 1990 el Índice de Desarrollo Humano (IDH) como una medida para evaluar el desarrollo desde una perspectiva más integral que tome en cuenta no solamente aspectos económicos. Se evalúan 3 dimensiones: la longevidad (esperanza de vida al nacer), la

educación (alfabetización de los adultos y logros en la educación) y el nivel “digno” de vida (nivel de ingreso de cada país) (PNDU,1999 citado en Del Popolo, 2001).

Análogo al IDH y en vista del envejecimiento que experimentan los países, Del Popolo (2001) propone el Índice de Bienestar para el Adulto Mayor (IBAM), tomando en cuenta los siguientes aspectos y al igual que el IDH toma valores entre 0 y 1:

Longevidad: esperanza de vida a partir de los 60 años

Conocimientos: porcentaje de alfabetización y promedio de años de estudio.

Nivel digno de vida: porcentaje de personas por encima de la línea de pobreza (personas no pobres), cobertura de previsión social y monto promedio de las jubilaciones.

De la evaluación hecha para algunos países de Latinoamérica, México (0.542) está en un nivel medio de bienestar, por debajo de países como Chile, Uruguay, Argentina, Panamá y Costa Rica. El resultado se debe a que en nuestro país a pesar de que existe un nivel alto de longevidad, hay un nivel relativamente medio en educación y un bajo nivel de vida, principalmente por la baja cobertura de previsión social y los bajos montos de las pensiones.

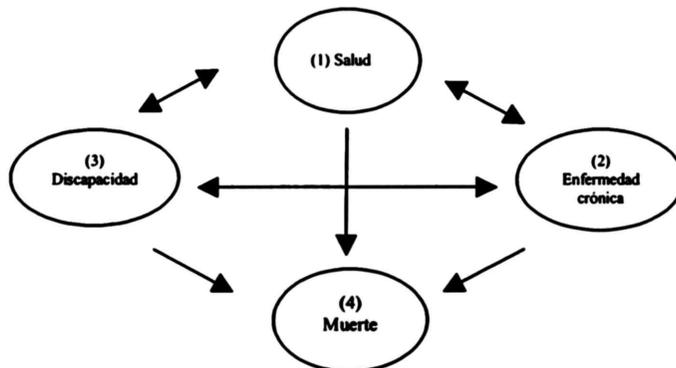
Del Popolo (2001) menciona que un elemento cuestionable del IBAM se relaciona con la longevidad, ya que para los adultos mayores el “vivir una larga vida” debería incluir, al menos “en condiciones de buena salud”. Por lo que la autora sugiere que la creación de un indicador de salud debiera ser el primer paso para mejorar el índice propuesto.

2.2 Enfoques teóricos para estudiar la salud

La salud es considerada una parte fundamental del bienestar de los individuos durante toda la vida; y si bien es cierto que el proceso de envejecimiento individual conlleva un deterioro paulatino físico y mental, existe una multiplicidad de factores ambientales y del estilo de vida que pudieran conllevar a un deterioro del estado de salud. Durante mucho tiempo la salud se definía como la ausencia de enfermedad, pero a finales del siglo XX se integraron una serie de conceptos para aproximarse y tratar de explicarla (Fonseca, 2002). Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como “el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad” (WHO, 2004).

Existen varios enfoques teóricos para estudiar la salud del adulto mayor, uno de ellos lo propone Peláez, Palloni y otros autores (2000), anotando las diferentes transiciones en las que una persona de edad x puede ocupar: saludable (estado 1), con enfermedad crónica (estado 2), o con discapacidad funcional (estado 3). El estado final es la muerte (estado 4).

Figura 1 : Marco conceptual para el estudio de los elementos clave que afectan el perfil de salud de los mayores.



Fuente: Peláez, Palloni y otros autores (2000).

Otros autores como Singer y Manton (citados en Peláez et, al) afirman que al no haber un límite inherente en la esperanza de vida, el perfil de salud de los adultos mayores dependerá del momento en que aparezcan las enfermedades crónicas, de la discapacidad, así como de las tasas de recuperación. Por otro lado Frenk (1993, citado en Montes de Oca, 2001) plantea que el proceso que lleva a la muerte desde un punto de vista biomédico permite identificar 3 etapas: adquirir la susceptibilidad a una enfermedad, enfermarse y morir de esa enfermedad.

Las propuestas anteriores para estudiar la salud giran entorno a la enfermedad y/o la discapacidad. Sin embargo en este trabajo se intenta hacer una aproximación a la salud desde una perspectiva integral tomando en cuenta aspectos físicos y mentales, acorde con la definición de salud que da la OMS. El enfoque que se propone tiene la intención de evaluar el estado de salud como una dimensión de bienestar de la población. La decisión de mirar al fenómeno desde esta perspectiva resulta de la inquietud por tratar de mostrar lo relevante que resulta el tener un buen estado de salud sobre todo en las edades maduras y avanzadas, e identificar el impacto que tienen sobre ésta determinadas características, algunos eventos en la trayectoria de vida, y hábitos de los individuos, así como las oportunidades que se tienen disponibles para mejorarla.

Respecto al estudio de la salud desde una perspectiva integral, Richard Kalish (1996) menciona que aunque hay distinciones válidas entre los conceptos de salud física y mental, cada uno afecta al otro en gran medida, por lo que es necesario analizarlos en constante interacción. El autor apunta que una salud física pobre conduce frecuentemente a la soledad, a la pérdida significativa de capacidad para actuar y realizar tareas normales de la vida diaria, así como a la depresión. Una salud mental pobre, a menudo reduce la actividad, la capacidad funcional y muy probablemente disminuye la resistencia a los problemas físicos.

Es importante aclarar que no existe un acuerdo y legitimidad en la comunidad científica respecto al uso de un método específico para evaluar la salud, pero se han desarrollado una variedad de escalas estándar para tratar de medirla y en muchas ocasiones también se le denomina calidad de vida relacionada con la salud. Algunas escalas miden sólo la dimensión funcional por ejemplo los índices de Karnofsky. Otros más completos como el Nottingham Health Profile (NHP) incorporan 6 dimensiones: dolor, movilidad física, energía, emoción, sueño y contacto social. Otros como el Sickness Impact Profile (SIP) incluyen 12 dimensiones. Un gran número de estos instrumentos utilizan ponderaciones para su cálculo y los datos son obtenidos a través de cuestionarios, donde el número de preguntas depende del método utilizado. Las ponderaciones son asignadas aplicando análisis factorial y en ocasiones de manera arbitraria (Cox, Fitzpatrick, y otros, 1992).

A partir de lo anterior se tomó la decisión de construir un índice que evalúe el estado de salud, tomando como referencia el cuestionario de la encuesta SF-36 (Short Form Health Survey) versión mexicana, autorizada para el proyecto internacional de evaluación de calidad de vida de la OMS (International Quality of Life Assessment (IQOLA)). En la encuesta se valida la salud física y mental, a partir de 8 dimensiones de la salud: 1) la función física, 2) rol físico, 3) dolor corporal, 4) salud general, 5) vitalidad, 6) función social, 7) rol emocional, 8) salud mental; y además se pregunta sobre la percepción de la salud el año anterior “transición de salud notificada” (Zúñiga, Carrillo y otros, 1999). Es importante mencionar que solo 5 de las 8 dimensiones fue posible relacionar con las preguntas de la encuesta ENASEM (2001) seleccionada para este proyecto, y que las escalas en varias de las dimensiones no son las mismas. No obstante las limitaciones de la fuente, se creará una medida para evaluar la salud con

los datos disponibles, tomando en cuenta que la información a nuestro alcance permite evaluar sino todos, varios de los aspectos de la salud física y mental. El detalle de la correspondencia de las preguntas con su respectiva escala de la SF-36 y la ENASEM 2001 están en el anexo I.

La decisión de utilizar la herramienta SF-36 como referencia para la evaluación de la salud en este trabajo, es debido a que se trata de un cuestionario con relativamente pocas preguntas (36), pero que al igual que otras encuestas diseñadas por la OMS al aplicarse en muchos países (40) tanto desarrollados como en desarrollo; población con diferentes edades; y a poblaciones con características particulares como una determinada enfermedad, se ha demostrado que es un instrumento consistente y que refleja de manera adecuada el estado de salud; es decir se trata de una herramienta que incluye medidas genéricas, cumple con las normas de validez y confianza, y forma parte de IQOLA (Ware, 2000). Además la versión para México que se utilizará en este estudio ya ha sido evaluada, y se corroboró que cumple los supuestos de validez y confiabilidad (Zúñiga, Carrillo y otros, 1999).

Cuadro 1. Niveles bajos y altos de las dimensiones de salud de la encuesta SF-36*.

Dimensión/Nivel		Bajo	Alto
Salud Física	Función física.	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin limitantes debido a la salud
	Rol Físico	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física
	Dolor corporal	Dolor muy severo y extremadamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debido a dolor
	Salud general	Evalúa la salud personal como mala y cree que probablemente empeorará	Evalúa la salud personal como excelente
Salud Mental	Vitalidad	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
	Función Social	Interferencias frecuentes y extremas con las actividades normales debido a problemas físicos y emocionales.	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos o emocionales
	Rol emocional	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
	Salud mental	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
Transición de salud notificada (en relación al año anterior)		Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año

Nota: traducción adaptada y modificada de The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36). Fuente: Zúñiga, Carrillo y otros (1999). *Las dimensiones en letras negritas son las que fue posible relacionar con la ENASEM 2001.

2.3 Marco conceptual para estudiar la salud de los adultos mayores

Varios estudios (Peláez y Palloni, 2000) hablan sobre la multiplicidad de factores biológicos, demográficos, sociales, económicos, culturales, etc., que están asociados a los padecimientos de una determinada enfermedad en los adultos mayores, y en general a las deficiencias en el estado

de salud de la población adulta mayor. Sin embargo son pocos los estudios empíricos sobre la población mexicana.

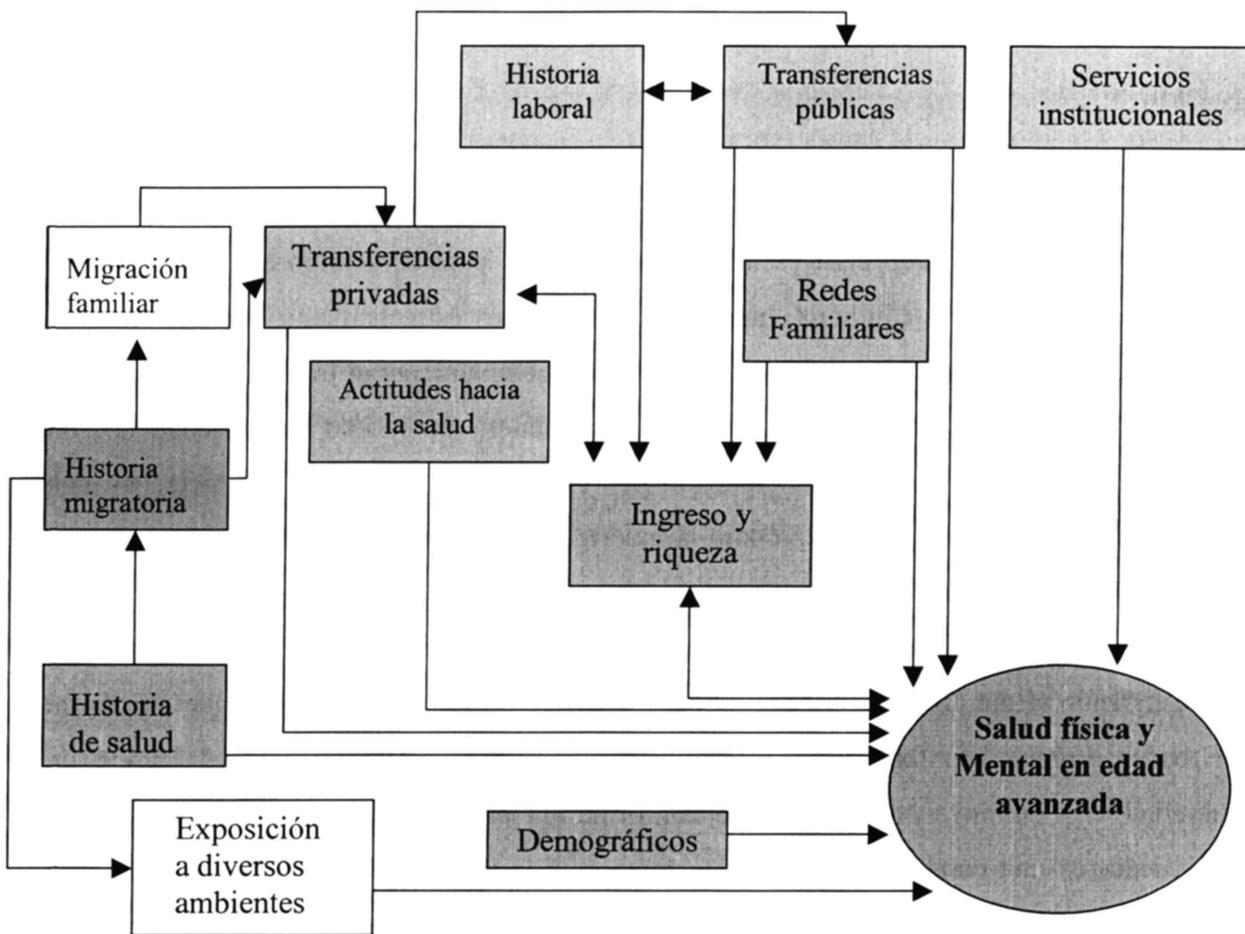
Palloni, Soldo y Wong (2002), analizaron algunos aspectos de la salud de los mexicanos en edad madura y avanzada con datos de la ENASEM (2001), enfocando su estudio en: la funcionalidad (actividades de la vida diaria), el autoreporte de salud, de enfermedades crónicas, y la obesidad.

Algunos de los resultados más relevantes del estudio fueron:

- Se observó una disminución de la funcionalidad conforme aumenta la edad; y no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en la probabilidad de experimentar una disminución en este aspecto.
- Se encontró que el autoreporte de salud es consistente con el mal estado de salud de la población en edades más avanzadas y con la prevalencia de enfermedades crónicas.
- Se identificó una subestimación en el autoreporte de enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes, asociado con los diferenciales en el acceso a los servicios de salud y a la poca frecuencia de asistir al médico.
- La obesidad se presenta con más frecuencia en las mujeres. La diferencia resultó estadísticamente significativa en los grupos de mayor edad. Además se encontró una diferencia del 10% por arriba de la población estadounidense en los grupos de mayor edad.
- Al utilizar un modelo logístico para encontrar algunos de los predictores más importantes de la obesidad y la morbilidad por obesidad resultaron ser el sexo, la edad, la educación y la salud en la niñez.

Al igual que el estudio anterior existen otros que también hacen análisis de algunos aspectos de la salud, pero no hay estudios empíricos que documenten los factores relacionados con la salud de los mexicanos en edad madura y avanzada desde una perspectiva integral como la que se propone evaluar, y la que también sugieren Wong y Lastra (2001). Las autoras diseñaron el siguiente marco conceptual para estudiar la salud en las edades avanzadas (figura 2).

Figura 2: Marco conceptual para el estudio de la salud en edades avanzadas.



Éste marco servirá como base para la construcción de un modelo que permitirá conocer los factores asociados al estado de salud de la población con 50 años y más. Donde la variable dependiente será el índice para evaluar la salud que será construido usando como referencia la encuesta SF-36. En este primer acercamiento se decidió no integrar al estudio los conceptos de migración familiar y exposición a diversos ambientes, debido a la complejidad de los mismos y algunas limitaciones de la encuesta. Pero se agregará el concepto de enfermedades crónicas y degenerativas, condiciones de riesgo y escolaridad que serán justificados más adelante.

Aproximación a los conceptos

Características demográficas: se tomará en cuenta el sexo, la edad, el tipo de localidad, y el estado civil.

Las primeras tres variables ya han sido justificadas, ya que forman parte de los diferenciales que nos interesa analizar. El estado civil es una variable que se considera importante incluir pues muestra aspectos de la vida cotidiana, que están relacionados estrechamente con pérdidas del adulto mayor, como la viudez; situación que impacta emocionalmente al individuo. Al respecto Kalish (1996) menciona que los cambios físicos y mentales que se dan con la edad no son importantes, y que su relevancia se incrementa por el hecho de que con frecuencia hay una pérdida de roles familiares y sociales, como la muerte de algún miembro de la familia o amigo íntimo y por la soledad social que ha aumentado.

Una investigación (Ham, 1993) realizada con datos del censo de 1990 encontró que existía un mayor envejecimiento conforme las comunidades son más pequeñas; que el índice de masculinidad va disminuyendo rápidamente conforme aumenta la edad, lo cual indica que el envejecimiento es una condición mayormente femenina; la viudez aumenta con la edad y la sufren con mayor intensidad las mujeres, fenómeno relacionado con la mayor supervivencia de las mujeres en todas las sociedades. Otra información más reciente con base en el censo del 2000 sobre la población con 60 años y más es que existe un mayor número de mujeres (53.2%) que de hombres (46.8%) y la diferencia se incrementa con la edad. De la población que vive en hogares unipersonales alrededor de un 50% son adultos mayores, porcentaje igual al observado en países en desarrollo (Gomes, 2001). El 3.8 % del total de hogares en México tienen un adulto mayor de 60 años, de los cuales el 28% de estos se ubican en áreas rurales (Hernández, 2002). De acuerdo con Negrete (2001) alrededor de una 56.5% de la población con 65 años y más habita en zonas con menos de 100 mil habitantes; y el índice de masculinidad de la población envejecida presenta una tendencia inversamente proporcional al tamaño de la localidad.

Actitudes hacia la salud: la aproximación de este concepto será a través de los hábitos preventivos para el cuidado de la salud como el reporte de asistencia a revisión médica con algún profesional de la salud en el último año a partir de la fecha de referencia que declaren los adultos

en edad madura y avanzada para el cuidado de su salud. Tomando en cuenta que muchas veces al aumentar la edad las actitudes y percepciones hacia la salud cambian, se reducen la motivación de obtener buena salud como un bien de inversión para el futuro (Wong y Lastra, 2001). También serán considerados los hábitos de riesgos para la salud, el cual se refiere a si la persona es fumador y/o bebedor activo, la intensidad y la frecuencia del hábito; debido a que se consideran como factores de riesgo que afectan el estado de salud, y los cuales están relacionados con algunos padecimientos crónicos, especialmente con las enfermedades pulmonares y la cirrosis hepática (Luna, 1995).

Servicios Institucionales: Se considerará el derecho a los servicios de salud de alguna institución de seguridad social, médico privado u otro. A partir de la afiliación directa por ser trabajador, jubilado o pensionado; o afiliación por parte de los hijos, cónyuge u otro. De acuerdo con los datos del censo del 2000 alrededor de un 49% de la población con 60 años y más tenían derecho a algún sistema de seguridad social; las pensiones y los derechohabientes se concentran en las áreas urbanas y existen grandes lagunas en las zonas rurales (Gomes, 2001).

Transferencias públicas y privadas: se identificarán como aquellas transferencias en dinero u especie, así como regalos; por ejemplo la recepción de remesas; el apoyo de familiares directos, así como subsidios de programas de procampo, solidaridad, etc.; y la recepción de una pensión de alguna institución de seguridad social. Este aspecto tiene especial relevancia para los adultos mayores, debido a que a mayor edad y cuando se carece de un trabajo o pensión, los otros tipos de transferencias son fundamentales para sobrevivir. Los jubilados son una minoría en la población de 60 años y más. En el año 2000 entre un 22-27% de hombre y un 11-14% de las mujeres con 60 años y más recibían una pensión por jubilación; un 14% de hombres y un 7% de mujeres recibían transferencias de PROCAMPO y PROGRESA (Gomes, 2001). Se encuentran diferenciales por sexo y tipo de localidad en la recepción de las pensiones por jubilación, riesgo de trabajo, viudez y ascendencia, siendo los hombres urbanos los más favorecidos, seguidos por las mujeres urbanas; en las zonas rurales los pensionados con 60 años y más van de 9.9%-13.8% dependiendo de la edad en el caso de los hombres y de 3.4%-8.0% para las mujeres (Ham, 2003).

Redes familiares: este concepto está conformado por el apoyo económico y no económico de los familiares, pero tomando en cuenta que la parte de apoyo económico se capta en el apartado

anterior que se refiere a transferencias privadas, nos aproximaremos a este concepto a partir del apoyo no económico que brinde algún familiar directo del entrevistado o su cónyuge, como un hijo, nieto, nuera o yerno. Wong y Lastra (2001) mencionan que contar con apoyo físico y emocional es un factor favorable para la salud mental del individuo en edades avanzadas, y se realice un intercambio de bienes en el interior de la familia. No obstante Montes de Oca (2001) encuentra en su estudio que los adultos mayores también brindan apoyo económico y no económico, pero en ocasiones no hay reciprocidad.

Ingreso y riqueza: Como una aproximación al estrato socioeconómico se decidió utilizar el gasto del hogar, debido a que éste es una manera confiable de aproximarse a la capacidad de consumo de la población, y enfocándonos en los adultos mayores, el gasto tiene especial relevancia, ya que dentro de este segmento la recepción de transferencia informales muchas veces no tienen una regularidad, y el efecto de estas posiblemente puede ser captado a través del gasto. Además de que los datos disponibles de ingreso contienen una gran cantidad de registros sin datos y por lo tanto no se considera confiable utilizarlos. Es importante mencionar que en este apartado existe un problema metodológico, debido a que no se capta cómo está distribuido el gasto del hogar entre sus miembros. No obstante se considera una aproximación más confiable que el ingreso en este caso, desde el punto de vista de calidad de la información, debido a que el ingreso contiene una cantidad superior al 15% de registros sin datos, aun después de la imputación de la base.

Historia de salud: Se identificará si el adulto o adulto mayor padeció alguna enfermedad grave antes de cumplir los 10 años, a través de la declaración de haber padecido una enfermedad seria, o el reporte de haber padecido alguna enfermedad como: polio, fiebre reumática, tuberculosis, fiebre tifoidea, un fuerte golpe en la cabeza que provoco un desmayo. Tomando en cuenta que estas generaciones de adultos y adultos mayores han experimentado patrones epidemiológicos caracterizados por la interacción entre enfermedades infecciosas y crónicas degenerativas. Además resultados de investigaciones en otros países demuestran lo relevante que es tomar en cuenta la historia de salud en la niñez por las asociaciones encontradas con padecimientos crónicos y degenerativos (Palloni, Soldo y otros, 2002).

Historia laboral: nos aproximaremos a través de la ocupación que los entrevistados reportan como la principal ocupación desarrollada a lo largo de su vida laboral. Se considera de especial

importancia la historia laboral de la persona, ya que está estrechamente relacionado con el estilo de vida, el cual tiene un impacto directo en la salud del individuo (Luna, 1995). Se identificará si las actividades son manuales o no y si son agropecuarias⁴ o no, con el objetivo de identificar si el tipo de actividad pudiese tener repercusiones en el estado de salud. Dado que se ha identificado que las actividades agrícolas incrementan la incidencia de algunas enfermedades respiratorias como el asma y obstrucciones de las vías respiratorias, pero un mayor nivel de funcionalidad física y un menor reporte de síntomas de enfermedades mentales (McCulloch y Kivett, 1998).

Historia migratoria: se tomará en cuenta la experiencia migratoria interna e internacional de los adultos y adultos mayores, así como la dirección de la primera migración, para intentar captar las ventajas de haber tenido una determinada experiencia migratoria. Al respecto con datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 1997) Wong (2001) realizó un estudio sobre la historia migratoria de la población mexicana de 46 años y más, encontrando que un 7.7% de la población reporta haber ido a vivir o trabajar alguna vez a Estados Unidos. La autora encontró que un mayor número de años en Estados Unidos se asocia con la disponibilidad de algún ingreso individual y con buenas condiciones de la vivienda, con una menor propensión de los miembros del hogar a vivir en pobreza y con una menor derechohabiencia de servicios médicos. Por otro lado, el tener más años de regreso en México se asocia con la propensión de tener servicios médicos. La autora recomendó tener cuidado a la hora de interpretar los resultados en futuros estudios, ya que los migrantes pueden ser auto-selectos por características no observadas.

Es muy importante mencionar que las *patologías crónico degenerativas* que presentaron los individuos serán integradas como una variable de control a los modelos de determinantes que se van a construir; ya que no es uno de los factores de intervención en la construcción del índice para evaluar la salud. Además también se integrarán algunas *condiciones de riesgo* de los individuos como: problemas visuales, auditivos, fracturas y discapacidades, tomando en cuenta que el 11% de la población con 60 años y más son discapacitados y la propensión a la discapacidad aumenta con la edad (Gomes, 2001); aspecto que tiene un impacto en la salud mental y emocional de los individuos.

⁴ Se consideran como actividades agropecuarias: agrícolas, ganaderas, caza, pesca y silvícola.

Además se incluirá la variable de *escolaridad* como un factor importante de control y que se identifica como una oportunidad, ya que ésta tiene influencia sobre las actitudes hacia la salud y el estilo de vida principalmente. Con datos del 2000 resultó que las mujeres presentan una mayor proporción de analfabetismo, con un 24% de hombres y un 36% de mujeres respectivamente (Hernández, 2001).

Hipótesis generales

De acuerdo con el enfoque de bienestar que se planteó en un apartado anterior relacionado con las oportunidades y funcionamientos, se espera que al disponer de un mayor conjunto de oportunidades identificándolas a través del gasto como una aproximación a la capacidad de consumo, la educación, los servicios de la vivienda, la disponibilidad de servicios de salud, el tener transferencias formales e informales como una pensión, subsidio, etc., sean factores de un peso importante para mantener o adquirir un buen estado de salud en las edades maduras y avanzadas.

Tomando en cuenta que los individuos tienen la libertad de elegir, trataremos de aproximarnos a este concepto de actitudes hacia la salud a partir de los hábitos preventivos, y los hábitos de riesgo que eligen las personas, factores que se esperan también tengan un peso importante en el análisis del estado de salud de la población con 50 años y más.

Por otro lado existen una serie de eventos en la trayectoria de vida del individuo como son la historia de salud en la niñez, la experiencia migratoria y la trayectoria laboral, los cuales se espera cuantificar y analizar su impacto en el estado de salud.

Se espera constatar que el diferencial por tipo de localidad resulte significativo, mostrando la falta de disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud en zonas menos urbanizadas, si se interactúa con variables relacionadas con la regularidad de las visitas al médico, independientemente de la derechohabencia a una institución de seguridad social.

Si bien es cierto que los diferenciales por sexo y grupo de edad han resultado significativos en algunos estudios empíricos de la población con 50 años y más, así como para los de 60 años y

más es posible que éstos factores disminuyan su peso una vez integrados factores como: la disponibilidad de oportunidades, las actitudes hacia la salud y eventos en la trayectoria de vida.

Cuadro 2. Dirección esperada de las variables independientes que se integrarán al modelo de regresión.

Variables agrupadas	Aproximación	Efecto en el estado de salud
Demográficos	Sexo: mujer	-
	Edad: mayor edad	-
	Tipo de localidad: más urbanizada	+
	Estado civil: viudos o solteros	-
Oportunidades	Servicios Institucionales: derechohabiente de alguna institución de seguridad social, servicios medico privados u otra afiliación	+
	Transferencias Privadas: apoyos económicos de familiares	+
	Transferencias Públicas: Recepción de una pensión o un subsidio gubernamental	+
	Redes familiares: apoyo no-económicos de familiares	+
	Estrato socioeconómico: a mayor nivel de gasto	+
	Escolaridad: más años de escolaridad	+
Trayectoria de vida	Historia de salud: enfermedad grave en la niñez	-
	Historia laboral: actividad principal a lo largo de la vida (más ventajosa)	+
	Historia Migratoria: dirección de la primera experiencia migratoria (más ventajosa)	+
Actitudes	Hábitos preventivos: Asistencia al médico, actividad física y cambio de hábitos alimenticios	+
	Hábitos de riesgo: Fumador o bebedor activo, frecuencia e intensidad actual	-
Control	Enfermedades crónicas o degenerativos: Reporte de al menos un padecimiento	-
	Condiciones de riesgo: reporte de al menos una condición	-

2.4 Aspectos técnico metodológicos

Fuente de información y unidad de análisis

La fuente de información más adecuada para el análisis, por su actualidad y disponibilidad de dimensiones que incorpora en el cuestionario es la Encuesta Nacional Sobre Salud y Envejecimiento en México 2001 (ENASEM 2001), la cual, está dividida en 17 secciones y abarca los siguientes temas: datos demográficos, medidas de salud, familia, transferencias, aspectos económicos, ambiente de la vivienda, y medidas antropométricas (INEGI, 2001). La muestra se extrajo de un universo nacional de 13 millones de mexicanos nacidos antes de 1951, es decir a las personas que tenían 50 años y más al momento de hacer la encuesta. En total se realizaron 15, 230 entrevistas a personas seleccionadas o sustitutos⁵ y cónyuges. La muestra es representativa por tipo de localidad menos urbanizada y más urbanizada⁶ (Wong y Espinoza, 2002).

Algunas secciones de la ENASEM 2001 tenían una cantidad considerable de respuestas omitidas, por lo que los responsables del proyecto recientemente publicaron algunas variables con datos imputados de las secciones D (servicios de salud), G (ayuda de y para hijos), J (vivienda) y la K (Pensión, ingresos y bienes), las cuales utilizaremos en este trabajo.

La unidad de análisis en nuestro estudio son los individuos de 50 años y más captados en la encuesta y que cuentan con la información necesaria para poder evaluar el estado de salud. La decisión de estudiar a la población entre 50-59 años, a la cual denominaremos población en edad madura, es por dos razones: la disponibilidad de los datos, y sobre todo por la utilidad que los resultados obtenidos del estudio pueden ofrecer para diseñar e implementar políticas preventivas y en su caso correctivas para mejorar las condiciones de salud de este grupo de población, que de acuerdo con nuestra delimitación cronológica aun no se considera como adulto mayor.

⁵ Sustituto se le denomino a la persona que respondió al cuestionario en los casos en que el adulto mayor que debía ser entrevistado no pudo contestar a las preguntas.

⁶ Se considera a las localidades con menos de 100 mil habitantes como menos urbanizadas y a las de 100 mil y más como las más urbanizadas.

Es importante mencionar que todos los cálculos que se llevaron a cabo, fueron realizados con la base ponderada, ya que había una cantidad considerable de registros sin dato, y al usar el factor de expansión provocaba problemas al hacer el análisis descriptivo.

Metodología

En una primera etapa del trabajo se hará un análisis descriptivo de las características sociodemográfica, socioeconómicas y algunos aspectos relacionados con la salud de la población con 50 años y más. La segunda etapa se refiere a la construcción del índice de salud y su análisis descriptivo. Finalmente a través de la construcción de varios modelos de regresión lineal se espera vincular los resultados con las hipótesis planteadas en el apartado anterior.

Por la complejidad en la medición de la salud no existen acuerdos en la manera de medirla, por ello, con base en la información disponible y tomando como referencia la encuesta SF-36 se construirá un índice que mida el estado de salud de la población con 50 años y más. Este índice será la variable dependiente de los modelos de regresión lineal, con objeto de encontrar los factores asociados al estado de salud de la población. El detalle de la construcción del índice y su análisis de confiabilidad se encuentra en el siguiente capítulo.

Descripción de las variables y su operacionalización

El anexo 2 incluye un cuadro con las variables que serán utilizadas, con una pequeña descripción y su operacionalización. En general las variables son a nivel individual, con excepción de las variables que se refieren al gasto, las transferencias y las redes de apoyo familiar, las cuales fueron captadas a nivel del hogar en la encuesta.

3.- Evaluación del estado de salud de la población con 50 años y más, con datos de la ENASEM 2001

3.1 Método para el cálculo del índice

Como se recordará el índice que se puede calcular con los datos disponibles de la encuesta ENASEM (2001), permite evaluar el estado de salud física y mental de la población con 50 años y más. La evaluación está constituida por 5 de las 8 dimensiones de la salud que incluye la encuesta SF-36, y la pregunta denominada transición de salud notificada. Cada dimensión fue evaluada por separado y fue estimada a partir de la suma de los valores obtenidos en las preguntas involucradas, con base en las respuestas que proporcionó cada individuo. A partir de ello se tomo la decisión de evaluar cada dimensión por separado, debido a que cada una tiene un comportamiento diferente y debía ser analizado a detalle.

El anexo 1 contiene el detalle de las preguntas y los valores que se les asignó a la escala de respuesta. Una vez realizada la suma de los valores obtenidos en las diferentes preguntas que componen cada dimensión, el resultado fue estandarizado de tal manera que el valor mínimo es 0 (peor salud) y el máximo que puede alcanzar es 100 (mejor salud). Una vez evaluada cada dimensión y la pregunta de transición de salud notificada, se les asigna un mismo peso y nuevamente se hace una adición con la finalidad de obtener un valor único. De igual manera que cada dimensión, el índice que mide la Salud Física y Mental puede tomar valores de 0-100 (El **apéndice 1** contiene el detalle del método utilizado).

3.2 Análisis de confiabilidad

De los seis aspectos que fue posible evaluar con datos de la ENASEM 2001, cuatro de ellos fueron sometidos a un análisis de confiabilidad, utilizando el Coeficiente α de Cronbach. Esta herramienta estadística mide la consistencia interna de las preguntas involucradas en cada dimensión, y es un método que se recomienda en los estudios psicométricos cuando se diseñan cuestionarios (Cox, Fitzpatrick, y otros, 1992; Zúñiga, Carrillo y otros, 1999). El coeficiente mide la proporción de varianza en un conjunto de respuestas registradas, con la finalidad de estimar hasta qué punto la dirección de las preguntas en cada dimensión son convergentes. Cada

dimensión por lo menos debe incluir 2 preguntas, por lo que la salud general y la transición de salud notificada al estar constituidas por una sola pregunta no pudieron someterse a esta prueba.

Cuadro 3. Análisis de confiabilidad de las dimensiones involucradas en el índice

Dimensión	α de Cronbach Estandarizada	Media	Desviación Estándar	Numero de Casos
Función física (FF)	.83	85.68	16.20	13523
Dolor corporal (DC)	.78	64.23	34.94	13531
Salud mental (SM)	.78	32.04	21.24	13872
Vitalidad (V)	.52	51.11	30.85	13498
Salud general (SG)		74.31	34.16	13839
Transición de salud notificada (TS)		43.41	19.46	13831
Índice de Salud Física y Mental	.77	58.71	18.18	12947

Fuente: Cálculos propios, ENASEM 2001.

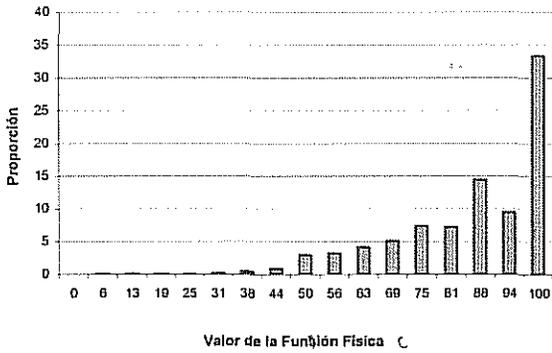
El coeficiente tiene un rango de $0 \leq \alpha \leq 1$. Cuando toma valores de 0 se dice que la varianza no es consistente, y si tiene el valor de 1 la varianza es consistente. El valor del coeficiente mínimo recomendado para efectos comparativos entre poblaciones es 0.70 (Cambell, 1959; citado en Zúñiga, Carrillo y otros, 1999), lo cual representaría una confianza de por lo menos un 70% de que el conjunto de registros son consistentes.

El cuadro anterior muestra que 3 de las dimensiones evaluadas poseen una confianza de alrededor de un 80% de que la varianza del conjunto de registros es consistente, por lo que podemos decir que las respuestas obtenidas en cada dimensión son convergentes. La dimensión de vitalidad fue la excepción con un 52% de confianza, la posible explicación se atribuye a que algunos aspectos culturales intervengan en la manera en que se interpretan las preguntas de esta dimensión.

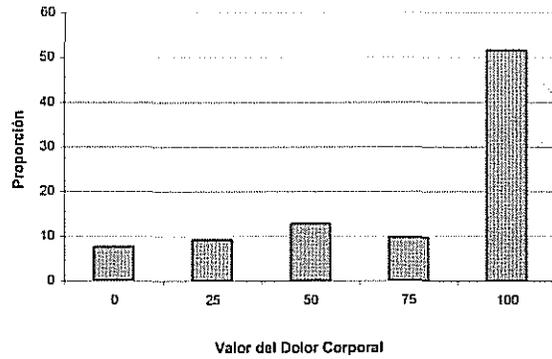
El índice que evalúa la salud física y mental obtuvo un 77% de confianza de que su varianza es consistente, lo cual indica que los valores obtenidos en cada uno de los aspectos involucrados en la evaluación son convergentes a un determinado estado de salud.

Gráficas 2: Distribución de frecuencias de los aspectos involucrados en el índice de salud física y mental.

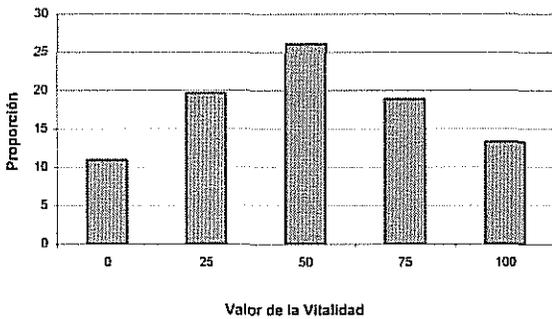
Evaluación de la Función Física de la población con 50 años y más



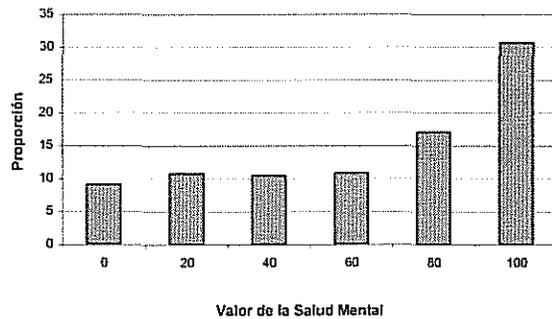
Evaluación del Dolor Corporal de la población con 50 años y más



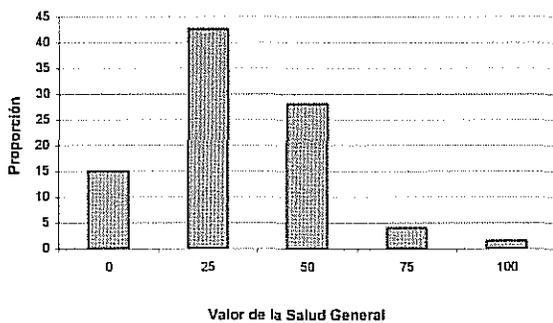
Evaluación de la Vitalidad de la población con 50 años y más



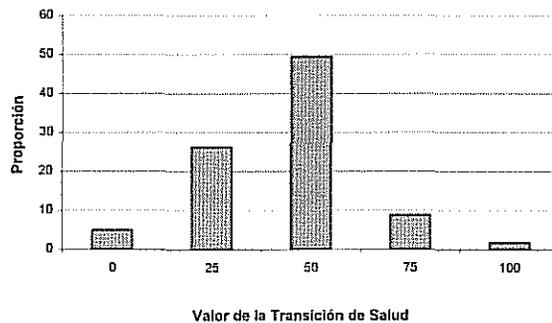
Evaluación de la Salud Mental de la población con 50 años y más



Evaluación de la Salud General de la población con 50 años y más



Evaluación de la Transición de Salud de la población con 50 años y más



La función física, el dolor corporal y la salud mental, presentan una distribución con tendencia a la derecha y concentración en los valores superiores. En su mayoría la población que estudiamos reporta que puede realizar casi todo tipo de actividades físicas, con pocas o nulas limitaciones debido a sus condiciones de salud; poco más de la mitad reporta ausencia de dolor o limitaciones debido a éste y el resto se distribuye de manera casi uniforme en los diferentes niveles de intensidad del dolor y sus limitaciones derivadas. A pesar de que una proporción importante (30%) de la población tiende a reportar una sensación de paz, felicidad y calma, más de la mitad declara tener sensaciones de nerviosismo y/o depresión.

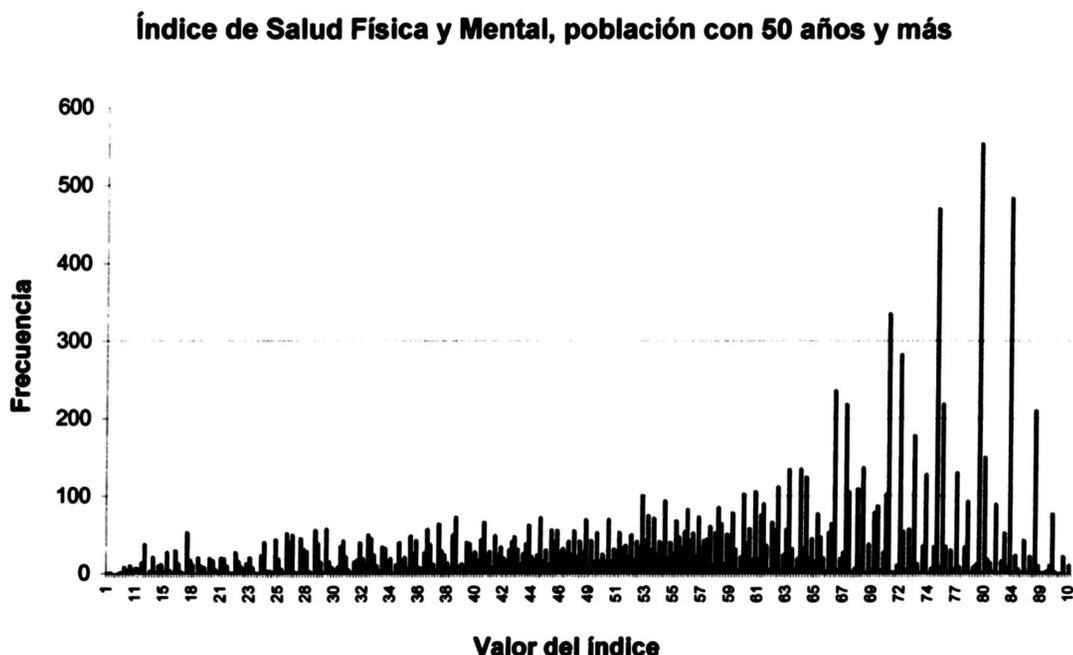
La vitalidad presenta una distribución similar a una normal, ya que casi un 80% de la población se concentra en los valores centrales de la evaluación. De tal manera que la mayoría de las personas reporta tener relativamente bajos y regulares niveles de entusiasmo y energía.

La auto-evaluación de salud que constituye la dimensión de salud general presenta una distribución con tendencia a concentrarse en los valores inferiores, lo cual indica que en su mayoría la población reporta una evaluación de su salud personal de regular a mala, aunque una proporción importante (27%) la reporta como buena.

El reporte de la transición de salud notificada que representa la comparación que hace un individuo de su salud en general en el momento de la encuesta, con la de hace dos años, indica que es muy poca (10%) la población que reporta mejorías en su estado de salud, y la gran mayoría se distribuye en las evaluaciones de igual a mucho peor.

El índice que evalúa la salud física y mental presenta una distribución con tendencia hacia un estado que denominaremos de mejor salud, lo cual evidentemente es el resultado de la combinación de estados de salud favorables en lo que respecta a las dimensiones involucradas en la estimación de los valores del índice.

Grafica 3. Distribución de frecuencias del Índice de Salud Física y Mental de la población con 50 años y más.



Como se observa en la gráfica, muy cerca del valor promedio 58.71 de salud las frecuencias de los valores presentan incrementos importantes, concentrando alrededor del 55% de las evaluaciones. La desviación estándar que presenta el índice es de 18.18 lo cual muestra la presencia de valores extremos. Con la finalidad de facilitar el análisis del índice de salud física y mental con el resto de las variables se formarán cinco grupos. El criterio para conformar cada grupo fue la simple división del valor máximo que es posible alcanzar (en este caso 100) entre 5.

Cuadro 4. Índice de Salud Física y Mental agrupado

Valor agrupado	Categoría	Proporción
0-20	Mucho peor salud	2.86%
20.01-40	Peor salud	14.98%
40.01-60	Salud regular	29.13%
60.01-80	Mejor salud	44.27%
80.01-100	Mucho mejor salud	8.74%
Total		100%

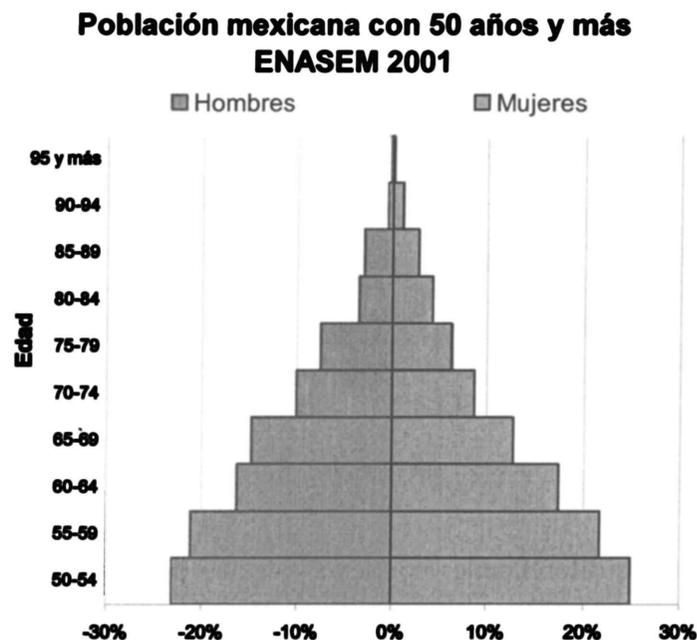
Fuente: cálculos propios, ENASEM 2001.

3.3 Análisis descriptivo del índice de salud con las variables independientes

3.3.1 Variables sociodemográficas

De acuerdo con los datos de la ENASEM (2001) en números absolutos se estima que hay alrededor de 15,188,665 personas con 50 años y más. La población analizada tiene una edad promedio de 62.8 años.

Grafica 4. Estructura por edad de la población con 50 años y más estimada con datos de la ENASEM (2001).



Fuente::cálculos propios, ENASEM 2001.

Sexo y edad

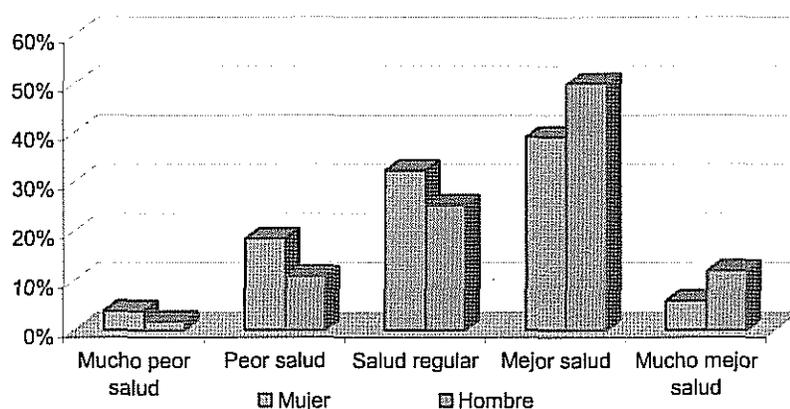
Acorde a las tendencias observadas en todo el mundo se encontró un mayor número de mujeres que de hombres mayores de 50 años (53%). Sin embargo, fue posible identificar un desequilibrio entre la proporción de hombres y mujeres mayores de 50 años por grupos de edad, ya que el índice de masculinidad presentó un comportamiento con oscilaciones no esperadas y contrarias a la tendencia a la baja conforme se incrementa la edad que se esperaría presentará como resultado

de la mayor mortalidad de los varones. Se sugiere que para futuras investigaciones se analice las posibles causas del comportamiento de este índice (Anexo 3, cuadro 1a).

En la evaluación de la salud física y mental las mujeres presentan una salud más desfavorable⁷ comparada con los hombres, ya que más de la mitad de ellas se concentran en los tres primeros niveles de la evaluación (54.8%), cifra muy elevada en comparación con los varones (38%).

Grafica 5. Evaluación de la salud física y mental de la población con 50 años y más por sexo.

Evaluación de salud física y mental de la población con 50 años y más por sexo



Fuente: Cálculos propios, ENASEM 2001.

El tomar en cuenta que los diferenciales por sexo y estado de salud resultaron estadísticamente significativos $p < .01$, así como el nivel tan marcado de las diferencias resultante, consideró conveniente que el análisis de las tendencias relacionadas con la salud de las variables restantes se efectúe para hombres y mujeres. El detalle de las tendencias de las variables independientes y el estado de salud se encuentran en el Anexo 3.

Fue posible identificar una tendencia inversa entre la edad y el estado de salud, ya que en los grupos de edad más avanzada aumenta la proporción de personas con un desfavorable estado de salud, alcanzando una concentración de 63.6% para la población con 80 años y más, cifra muy elevada en comparación con el grupo de 50-59 años con un 41.8%. Es importante mencionar que en ambos sexos se mantiene la tendencia, pero al comparar las proporciones entre hombres y

⁷ La denominación de más desfavorable se referirá a la concentración de población en los tres primeros niveles de la evaluación del estado de salud: mucho peor, peor y regular.

mujeres, ellas presentaron proporciones más elevadas en los estados de salud más desfavorables. La tendencia observada corresponde a la esperada y los diferenciales resultaron estadísticamente significativos $p < .01$ (Cuadro 12a).

Tipo de localidad

La evidencia con datos de ENASEM(2001) muestra que las zonas menos urbanizadas presentan una proporción ligeramente superior de población con 60 años y más, observando la mayor diferencia entre los mayores de 80 años; y en general la población de las zonas más urbanizadas es más joven (Cuadro 2a). Esta información tiene un comportamiento similar al encontrado por Negrete (2001) por tipo de localidad de manera desagregada, la cual menciona que hay una correlación inversa entre el tamaño de la localidad y la edad de la población.

Al evaluar la salud por tipo de localidad se encontró que las proporciones presentan una tendencia hacia una salud más desfavorable en las zonas menos urbanizadas en comparación con las más urbanizadas, ya que la mitad de su población se ubicó en los primeros tres niveles de la evaluación, en comparación con un 43.3% de la población que habita en zonas más urbanizadas. La misma asociación se identificó entre hombres y mujeres por tipo de localidad, siendo ellas las que resultaron con proporciones más desfavorables de salud en comparación con los hombres. Todas las diferencias resultaron estadísticamente significativas $p < .01$ (cuadro 12a).

Los resultados coinciden con la tendencia se había previsto, y la explicación está asociada a que en las zonas menos urbanizadas las actividades económicas requieren de un mayor esfuerzo y desgaste corporal, situación que genera un deterioro en el estado de salud. Los hallazgos son consistente con investigaciones previas (Wong y Figueroa, 1999; Montes de Oca, 2001)

Estado Civil

En su mayoría se trata de población unida (63.4%) y en importancia le sigue la población que se declara como viuda alcanzando casi un 20%. A mayor edad se incrementa el número de viudos alcanzando cifras superiores al 30% a partir de los 70 años y más de un 50% en aquellos con 80 años y más. Se encuentran diferenciales significativos por sexo en las categorías de estado civil, donde las mujeres son más de la cuarta parte que se declaran como viudas, y la mitad de éstas como unidas, fenómeno asociado a la mayor mortalidad de los varones (Cuadro 3a).

La población que se reporta como viuda es la que presenta una salud más desfavorable, concentrando alrededor de un 60% de los individuos en las primeras tres categorías sobre el estado de salud (mucho peor, peor y regular). Contrario a la tendencia esperada aquellos que reportan estar unidos no fueron los que resultaron en la evaluación con un mejor estado de salud que el resto de los estados civiles, lugar que fue ocupado por los que declararon ser solteros. Los diferenciales por estado civil fueron estadísticamente significativos $p < 0.01$ (cuadro 12a).

3.3.2 Variables del grupo de oportunidades

Gasto

El promedio del gasto monetario que declaró la población es de alrededor de 2,656 pesos, pero cuenta con una dispersión muy elevada (23,728.91), lo cual muestra que hay gran heterogeneidad entre las cantidades declaradas y la presencia de valores extremos. Se hicieron cuatro cortes en la distribución de gasto con la finalidad de facilitar el análisis descriptivo, el primero de ellos tomando en cuenta el posible escenario de que solo se recibiera un apoyo precario institucional o por transferencias privadas (0-700 pesos), el segundo considerando una posible pensión o ingresos por trabajo (701- 2000 pesos), el tercero considerando una mezcla de los anteriores (2001-5000 pesos), y el nivel más alto considerando un alto status económico (más de 5000 pesos).

Se encontraron diferencias por sexo, donde las mujeres tienen un nivel ligeramente menor de ingresos comparadas con los varones. Por tipo de localidad se observa una concentración de más

del 75% de población en los dos primeros niveles de gasto en las zonas menos urbanizadas, a diferencia de las zonas más urbanizadas donde la mayor concentración se encuentra en el segundo y tercer nivel del gasto, y una proporción muy pequeña aparece en el nivel más bajo. Este comportamiento por tipo de localidad puede estar fuertemente asociado a que el gasto del hogar captado en la encuesta no considera el autoconsumo, lo cual evidentemente está subestimando el gasto total de los hogares sobre todo en las zonas menos urbanizadas (Cuadro 4a).

El gasto presenta una asociación positiva con el estado de salud, ya que a mayor nivel de gasto la población se ubica en un mejor estado de salud. La misma tendencia se observa por sexo. Sin embargo en el menor nivel del gasto hay una proporción muy elevada de mujeres (64.6%) que reportaron una salud más desfavorable en comparación con los hombres (54.1%) con la misma característica, y los diferenciales son mayores conforme se incrementa el gasto alcanzando cifras de más de 18 puntos porcentuales desfavorable a las mujeres. Las diferencias resultaron estadísticamente significativas $p < 0.01$, y la tendencia fue la esperada (cuadro 13a).

Transferencias públicas

Los resultados muestran que alrededor de un 46.8% de la población con 50 años y más recibe al menos una transferencia pública⁸. Existen diferenciales estadísticamente significativos por sexo ($p < 0.01$), donde una mayor proporción de hombres (32%) en comparación con las mujeres (21.2%) se ven favorecidas con al menos una transferencia, lo cual se explica por una proporción mayor de varones que goza de una pensión por jubilación y subsidios gubernamentales (cuadro 5a). Las personas con 60 años y más son las más favorecidas por las transferencias públicas con más de un 30% de su población en cada grupo de edad que se beneficia de al menos un tipo de transferencias (Cuadro 6a).

A pesar de los resultados diferenciales por sexo en la recepción de transferencias públicas, al evaluar el estado de salud esta característica no resultó estadísticamente significativa entre la población total y entre hombres o mujeres, ya que las proporciones en cada una de las

⁸ Las transferencias públicas se refieren a una pensión formal por parte de alguna institución de seguridad social u otros organismo, por motivos de jubilación, invalidez, viudez, divorcio, etc.; así como algún subsidio en dinero o especie de programas como Procampo, Progresá, INSEN, u otro.

evaluaciones fueron muy similares, y la concentración en los niveles más desfavorables de salud fue de poco menos de la mitad de la población en todos los casos. Los resultados no fueron los esperados, por lo que no podemos asociar hasta estos momentos un favorable estado de salud a las personas que reciben al menos una transferencia pública (cuadro 13a) .

Transferencias privadas

Más de la mitad (52.7%) de la población con 50 años y más reporta haber recibido transferencias privadas⁹ de algún familiar cercano. Una mayor proporción de mujeres (58.3%) declaró haber tenido transferencias en comparación con los hombres(46.4%). También se encontró una asociación positiva conforme aumenta la edad y la proporción de personas que declararon haber recibido este tipo de transferencias, los resultados oscilan entre 43.4% a 68.5%, y el mayor incremento se observa a partir de los 60 años. El 58.5% de la población que recibe este tipo de apoyo padece por lo menos una enfermedad crónica o degenerativa, en comparación con aquellas que no padecen ninguna (46%). Las diferencias resultaron estadísticamente significativas al $p < 0.01$ (cuadro 6a).

Contrario a la tendencia esperada, las personas que reportaron contar con transferencias privadas resultaron tener una salud más desfavorable (53.6%) en comparación con aquellos que no las reciben (40.8%). Situación que se intensifica en el caso de las mujeres con esta característica, ya que casi un 60% de ellas se encuentran en los primeros tres niveles de la evaluación, en comparación con un 45.2% de los varones. Los diferenciales resultaron estadísticamente significativos $p < 0.01$ (cuadro 13a).

Pese a que los resultados no fueron los esperados en primera instancia, son lógicos, tomando en cuenta que es muy probable que en la mayoría de los casos este tipo de transferencias sea otorgada como una especie de reciprocidad hacia las personas mayores, sobre todo en los momentos en los cuales los individuos padecen alguna enfermedad que los limita a realizar actividades cotidianas o productivas que les permiten obtener recursos. Por ello es que se explica

⁹ El concepto de transferencias privadas en este trabajo se refiere a la recepción de ayuda económica en los últimos dos años por parte de algún familiar cercano a la persona seleccionada o su cónyuge, considerando únicamente a los hijos(as), nietos(as), yernos o nueras.

en gran medida el que más mujeres, las cuales presentan un estado de salud más desfavorable reciban este beneficio en comparación con los varones.

Apoyos no económicos

Alrededor de la mitad de la población (48.6%) contó con apoyos no económicos¹⁰ en la fecha de referencia. No se encontraron diferenciales significativos por sexo. Por grupo de edad se encuentra una tendencia a incrementarse la proporción de personas que reciben este tipo de apoyos a partir de los 60 años, los resultados van de 44.1% a 52.6%. El 51% de la población que recibe este tipo de apoyo padece por lo menos una enfermedad crónica o degenerativa, en comparación con aquellas que no padecen ninguna (45.7%). Las diferencias por grupo de edad y enfermedad resultaron estadísticamente significativas $p < 0.01$ (cuadro 6a).

Poco más de la mitad de la población que recibió apoyo no económico se ubicó en los primeros tres niveles de la evaluación de salud, en comparación con un 44.1% que no reciben este tipo de apoyo. Alrededor de un 60% de las mujeres con esta característica de igual manera se ubican en condiciones de salud más desfavorables, en comparación con aquellas que no las reciben (51.1%). Los diferenciales en el caso de los hombres no resultaron significativos $p < 0.01$; sin embargo, en comparación con las mujeres las proporciones en los niveles más desfavorables de salud son más bajas (38%) (cuadro 13a).

La tendencia entre la población que recibe ayuda no-económica resultó contraria a lo esperado. No obstante, al igual que las transferencias privadas, resulta coherente que el apoyo no económico por parte de familiares sea otorgado posiblemente como una especie de reciprocidad a la ayuda y cuidados que en el pasado les fue otorgada por las personas que ahora son mayores, sobre todo en el caso de las mujeres, las cuales poseen en su mayoría un desfavorable estado de salud en las edades más avanzadas.

¹⁰ El concepto de redes familiares que manejaremos en el trabajo se refiere a la ayuda no económico recibida por parte de algún familiar cercano a la persona seleccionada o su cónyuge por lo menos una hora a la semana en los últimos dos años, considerando únicamente a los hijos(as), nietos(as), yernos o nueras.

Servicios de salud

El 53.8% de la población con 50 años y más cuenta con al menos un servicio de salud no público. Hay una mayor proporción de mujeres (55.8%) con esta característica en comparación con los hombres (51.5%), lo cual puede explicarse en parte por la derechohabencia por parte de los hijos principalmente. Por grupo de edad no se observa una tendencia única; no obstante se presenta un descenso drástico en el derecho al menos a un servicio de salud no público para la población de 80 años y más (41%) (cuadro 6a), proporción que comparada con la de otros grupos de edad es menor en más de 10 puntos porcentuales, lo cual puede explicarse por una cuestión estructural que surge de la diferencia en las oportunidades de la población en edades más avanzadas de haber obtenido un trabajo asalariado que le permitiera ser derechohabiente de alguna de las principales instituciones que ofrecen el servicio, dado que éstas fueron formadas a partir de la década de los 40 (Montes de Oca, 2001^a).

Los diferenciales más representativos se identifican por tipo de localidad, ya que sólo un 38% de la población residente en las zona menos urbanizadas tienen derecho al menos a un servicio de salud, en comparación con un 73% en las zonas más urbanizadas. La mayor desventaja se observa en las poblaciones menos urbanizadas, dentro de las cuales evidentemente se encuentran las zonas rurales, lugares donde en estudios previos se ha identificado rezagos en materia de salud (Gomes, 2001). Los diferenciales por sexo, edad y tipo de localidad son estadísticamente significativos al $p < 0.01$ (cuadro 6a).

Acorde con la tendencia esperada se identificó una asociación positiva entre la derechohabencia al menos a un servicio médico y un mejor estado de salud, ya que una mayor proporción de personas (56%) con esta característica se ubicaron en un estado mejor y mucho mejor de salud, en comparación con las que no tienen el beneficio (49%). La misma tendencia se observa por sexo, pero es mucho más favorable en el caso de los varones, ya que la proporción de ellos que cuenta con el beneficio y poseen un mejor y mucho mejor estado de salud, de acuerdo con la evaluación es mucho más elevada (66.8%) que la proporción de mujeres con las mismas características (47.5%). Los diferenciales resultaron estadísticamente significativos $p < 0.01$ (cuadro 13a).

Escolaridad

El promedio de escolaridad de la población con 50 años y más es de 4.1 años, las mujeres presentan más desventajas respecto a los hombres (4.6 años), ya que apenas cuentan con 3.7 años en promedio de escolaridad. Un 30% de la población no cuenta con escolaridad, y la mitad declaró haber cursado de 1 a 6 años de escolaridad, de tal manera que la gran mayoría de la población que estamos analizando cuenta con una muy baja escolaridad, o no asistió a la escuela. Las zonas menos urbanizadas presentan rezagos drásticos por años de escolaridad, dado que 42.2% de su población con 50 años y más, se declaró sin escolaridad; y un 50% haber cursado de 1 a 6 años, es decir casi la totalidad de su población cuenta con menos de la primaria. Las zonas más urbanizadas presentan un mayor nivel de escolaridad en comparación con las menos urbanizadas, ya que una proporción importante 22.4% reportan haber cursado de 7 a 12 años de escolaridad (cuadro 7a).

Como se había previsto, resultó una asociación positiva entre los años de escolaridad y un mejor estado de salud, ya que conforme se incrementa el número de años de escolaridad la proporción de personas que resultaron en la evaluación con una mejor y mucho mejor salud se incrementa, alcanzando un 79% en las personas que declararon tener 13 o más años de escolaridad, en comparación con aquellos que no tienen escolaridad con un 41.5%. La misma tendencia se identifica por sexo, aunque consistentemente con resultados anteriores, los varones tienen más ventajas que las mujeres, ya que en todos los grupos de escolaridad hay una proporción superior de hombres que se ubican en un mejor estado de salud, en comparación con las mujeres (cuadro 13a).

3.3.3 Variables del grupo de trayectoria de vida del individuo

Experiencia migratoria

Alrededor de un 59% de la población reportó haber tenido alguna experiencia migratoria interna o internacional. De ellos la mayoría reportan haber migrado la primera vez hacia zonas rurales o urbanas (85.5%), siendo pequeña la proporción de población que reporta migración internacional, principalmente hacia Estados Unidos, ser residente o poseer la ciudadanía estadounidense. Resultaron diferencias significativas por sexo ($p < 0.01$), dentro de las cuales resalta una menor proporción de mujeres que reportan que su primera experiencia migratoria fuera internacional, pero una mayor proporción de ellas reportan que su primera experiencia fue interna (54.7%) en comparación con los hombres (46.4%) (cuadro, 8a), lo cual es coherente con las investigaciones sobre selectividad en la migración, ya que se ha identificado que la migración femenina en los países en desarrollo en la década de 1960 y 1970 presentaba una tendencia a la migración interna (Ariza, 2000).

Se esperaba identificar una tendencia positiva entre las categorías que se establecieron y un mejor estado de salud, conforme a la idea de que según la dirección migratoria se obtuvieran más ventajas u oportunidades para obtener o mantener un mejor estado de salud. Sin embargo, con base en los resultados no fue posible identificar la tendencia. Los resultados muestran que aquellos que declararon que su experiencia migratoria fue hacia zonas urbanas se ubican en estados de salud más desfavorables (59.6%), en comparación con el resto de las categorías, incluyendo aquellos que nunca han migrado. A pesar de que aquellos que reportaron su primera dirección migratoria a zonas urbanas resultaron con un desfavorable estado de salud, hay diferencias importantes entre hombres y mujeres en el resto de las categorías. Una mayor proporción de mujeres en la categoría de migración hacia Estados Unidos u otro país se ubicaron en un mejor y mucho mejor estado de salud (52.2%). La mayor proporción de varones que reportaron un estado de salud favorable (68%) fueron aquellos que realizaron un movimiento migratorio hacia zonas rurales al interior del país. Es importante resaltar que las proporciones entre hombres y mujeres, en las categorías migratorias y estado de salud, difieren en magnitud, y en algunos casos se encuentran diferencias de más de 15 puntos porcentuales. Los diferenciales son estadísticamente significativos al $p < 0.01$ (cuadro, 14a).

Ocupación principal a lo largo de la vida

Se decidió hacer grupos de acuerdo a la ocupación tomando como referencia las actividades manuales y las no manuales, además cada una de estas diferenciándolas por actividades agropecuarias¹¹ y no agropecuarias, ya que se han identificado algunas enfermedades relacionadas con el tipo de actividad de los individuos en zonas rurales (McCulloch y Kivett, 1998), y con la idea de diferenciarlas de acuerdo en orden ascendente de acuerdo a las mayores ventajas para obtener o mantener un mejor estado de salud.

Un porcentaje muy pequeño de la población (17%) reportó nunca haber trabajado. Dentro de los que declararon haber trabajado, se encontró que la actividad principal a lo largo de su vida fueron las actividades manuales no agropecuarias (36.4%), seguidas en proporciones relativamente similares por las actividades manuales agropecuarias y las no manuales no agropecuarias. Se identifican diferenciales por sexo, sobretodo en la categoría de nunca trabajó, donde casi en su totalidad se trata de mujeres (32.6%), y en la categoría de manual agropecuario donde predominan los hombres (36.4%). Los diferenciales son estadísticamente significativos $p < 0.01$ (cuadro, 9a).

Acorde con la tendencia esperada, para el total de la población se identifica una asociación positiva entre el tipo de ocupación que se denomina con mayores ventajas (no manuales) y un mejor estado de salud; dentro de los cuales la mayor proporción de personas dentro de la categoría de manual no agropecuario (67.5%) se ubicaron en los niveles de mejor y mucho mejor salud, en comparación con los que nunca trabajaron (47.4%) que fueron el nivel más bajo. El comportamiento entre las categorías no mantiene la misma tendencia ni intensidad por sexo, lo cual probablemente se debe a que en algunas categorías el número de observaciones es muy pequeña. Se observa una mayor proporción de mujeres ubicadas en los niveles de mejor y mucho mejor salud (60.7%) que reportaron como ocupación principal las no manuales no agropecuarias, seguidas por las que nunca trabajaron (47.2%). Los varones en la categoría de no manual agropecuario resultaron con la mayor proporción ubicada en un favorable estado de salud

¹¹ Se refiere a las actividades agrícolas, la caza, pesca, ganadería y silvícolas.

(74.7%), seguidos por los manuales no agropecuarios con un 64.5%. Las diferencias son estadísticamente significativas la $p < 0.01$ (cuadro, 14a).

Enfermedad seria en la niñez

Alrededor de un 15.25% de la población reporta haber padecido alguna enfermedad como tuberculosis, fiebre reumática, polio, fiebre tifoidea o un golpe serio en la cabeza de tal manera que se desmayó, antes de haber cumplido los 10 años. No se observan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.01$) por sexo y grupos de edad en el reporte de esta característica y las proporciones oscilan entre 14.5% y 16.5% para hombres y mujeres. El diferencial estadísticamente significativo ($p < 0.01$) resultó ser el tipo de localidad, dado que se identifica una mayor proporción de personas que declararon haber padecido al menos una enfermedad seria en la niñez en zonas menos urbanizadas (17.8%) en comparación con las más urbanizadas (12.4%) (cuadro, 10a). Lo cual puede explicarse por la casi nula cobertura de servicios médicos en las zonas menos urbanizadas en periodos previos a la creación de instituciones de seguridad social y la extensión de cobertura del sector salud alrededor de la década de 1940, época en la cual nuestra población objetivo contaba con menos de 10 años. Además cabe hacer notar que estas personas son sobrevivientes de una serie de padecimientos para los cuales no existían vacunas ni métodos preventivos, es decir estamos analizando a las personas más resistentes.

Los resultados de este análisis aparentemente arrojan una baja incidencia de enfermedades serias en la niñez. Sin embargo es probable que haya una subestimación de esta característica, ya que es posible que las personas desconozcan sus padecimientos en la infancia por haber sido en edades muy tempranas y su madre no se los haya informado o también es posible que las hayan olvidado.

Se encontró una asociación entre el reporte de haber padecido una enfermedad seria en la niñez y un desfavorable estado de salud. De la población con 50 años y más que reportó haber padecido al menos una enfermedad seria en la niñez, el 61.6% se ubicó en los niveles más desfavorables del estado de salud, en comparación con un 44.3% de la población que no padeció ninguna enfermedad seria. Por sexo se mantiene la misma asociación, aunque la intensidad es mayor en el

caso de las mujeres, ya que el 70% de aquellas que padecieron alguna enfermedad se ubican en los niveles más desfavorables de salud, en comparación con los varones (51.7%) que tienen la misma característica. Las diferencias son estadísticamente significativas al $p < 0.01$ (cuadro, 14a).

3.3.4 Variables del grupo de actitudes hacia la salud

Hábitos de riesgo

Una de cada cuatro personas con 50 años y más reportó tener al menos un hábito de riesgo¹² (fumar y/o tomar bebidas alcohólicas), proporción de población que está compuesta en su mayoría por personas que fuman o toman bebidas alcohólicas (beben) con baja intensidad, y por aquellos que solo fuman con intensidad. Se identificaron diferenciales significativos ($p < 0.01$) por sexo, grupo de edad y enfermedades crónico degenerativas. Alrededor de un 42.1% de hombres reporta al menos un hábito de riesgo, en comparación con un 11.3% de las mujeres. Se observa una tendencia a la baja conforme aumenta la edad en el reporte de hábitos de riesgo en todas las categorías, lo cual podría estar relacionado con la prevalencia de padecimientos crónico degenerativos que predominan en las edades más avanzadas, ya que por prescripción médica se recomienda no fumar o tomar bebidas alcohólicas. Explorando la relación entre los hábitos de riesgo y las enfermedades crónico degenerativas, se identificó que una menor proporción (20%) de personas que reportan al menos una enfermedad declaran tener hábitos de riesgo, en comparación con el 33% de aquellos que no reportaron alguna enfermedad, por lo que nuestra inferencia respecto a la edad está sustentada con este diferencial que resultó significativo. Es importante mencionar la posibilidad de que la temporalidad de los hábitos de riesgo en el pasado pueden estar influyendo de manera directa con algunos padecimientos, motivo por el cual la tendencia resultante no es la esperada (cuadro 10a).

A pesar de que hay una relación entre los hábitos de riesgos y el estado de salud, no fue posible identificar una tendencia entre la temporalidad e intensidad del hábito(s) y un desfavorable estado de salud, lo cual posiblemente se debe a la temporalidad e intensidad de los hábitos de riesgo en

¹² Se denominó hábitos de riesgo: al reporte de ser bebedor y/o fumador activo; tomando en cuenta la intensidad y la temporalidad como el número de días (7 y más días) en los últimos 3 meses en los cuales se tomaron más de 4 copas; y que se fumen más de 5 cigarrillos normalmente en un día.

el pasado que pueden estar influyendo de manera directa con algunos padecimientos, motivo por el cual la tendencia resultante no es la esperada (cuadro 15a).

Hábitos preventivos

Casi tres de cada cuatro personas con 50 años y más reportan practicar al menos un hábito preventivo¹³ (72.8%). Una proporción mucho mayor de mujeres (79.5%) los practican en comparación con los hombres (65.2%). De igual manera aquellos que habitan en las zonas más urbanizadas son los que reportan más frecuentemente esta característica (80%) en comparación con un 67% de las zonas menos urbanizadas. Se encontró una asociación entre el padecimiento de por lo menos una enfermedad crónica o degenerativa y la práctica de hábitos preventivos, ya que 84.5% de la población con algún padecimiento reportó su práctica, en comparación con un 59.5% de la población que no reporta ese tipo de padecimientos, lo cual nos muestra que más que hábitos preventivos funcionan hasta cierto punto como catalizadores para evitar un mayor deterioro en la salud (correctivos). Las diferencias son estadísticamente significativas al $p < 0.01$ (cuadro 10a).

Por otro lado, se observa una asociación inversa a la esperada entre el reporte de la práctica de al menos un hábito preventivo y un favorable estado de salud, ya que de la población que cumple con esta característica un 49.5% se ubica en los niveles de mejor y mucho mejor estado de salud, en comparación con aquellos que no los practican (63%). La tendencia se mantiene por sexo, aunque como ha sido consistente a lo largo de todo el análisis, hay diferencias en la intensidad desfavorable a las mujeres. Los diferenciales son estadísticamente significativos al $p < 0.01$ (cuadro 15a). El resultado se explica en parte por la asociación que presenta la práctica de estos hábitos y el padecimiento de alguna enfermedad crónica o degenerativa, situación que se ve intensificada por la mayor proporción de mujeres que los practican y que han presentado desventajas respecto a los varones a lo largo de todo el análisis.

¹³ Se refiere al reporte de asistencia a revisión médica con algún profesional de la salud en el último año a partir de la fecha de referencia (el último año) que declaren los adultos en edad madura y avanzada para el cuidado de su salud

3.3.5 Variables de control

Enfermedad crónica o degenerativa

En general más de la mitad de la población (56.6%) reporta padecer al menos una enfermedad crónica o degenerativa¹⁴, donde las mujeres (64.6%) en comparación con los varones son quienes reportan una mayor incidencia, con una diferencia de más de 17 puntos porcentuales, datos que resultan consistentes con investigaciones previas (Wong, 2002; Palloni,2002). Se identifica una asociación positiva entre los grupos de edad y la característica analizada, donde a mayor edad hay una tendencia a incrementarse la proporción de personas con al menos una enfermedad crónica o degenerativa (cuadro 10a). Todos los diferenciales analizados resultaron estadísticamente significativos $p < 0.01$, a pesar de que se ha identificado un subregistro de padecimientos crónicos y degenerativos, originado por el bajo nivel de cuidados preventivos, por lo que se estima que la proporción de población que cumple esta característica es mayor (Palloni, 2002).

De acuerdo con la tendencia que se esperaba, un desfavorable estado de salud se asocia al padecimiento de por lo menos una enfermedad crónica o degenerativa, ya que alrededor de un 59% de la población con algún padecimiento se ubica en los tres primeros niveles de salud (mucho peor, peor y regular), en comparación con un 32% de aquellos que no reportan esta característica. Por sexo resultó la misma asociación, aunque con diferente intensidad, ya que una mayor proporción de mujeres con algún padecimiento presentan una salud más desfavorable (64.9%), que los varones en las mismas condiciones (49.8%). Los diferenciales son estadísticamente significativos al $p < 0.01$ (cuadro 15a).

Condiciones de riesgo

El 62.4 %la población con 50 años y más reportan por lo menos una condición de riesgo¹⁵, encontrando ligeras diferencias por sexo de 4 puntos porcentuales, desfavorable a los hombres

¹⁴ hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar, enfermedad del corazón, embolia cerebral o artritis.

¹⁵ Falta de alguna extremidad; el reporte de alguna fractura después de los 50 años; una regular o mala audición aun usando aparato auditivo, o legalmente sordo; una regular o mala visión aun usando lentes, o legalmente invidente.

(64%). Por grupo de edad se observa una tendencia a la alza en la proporción de reporte de condiciones crónicas, sobre todo a partir de los 60 años, lo cual podría explicarse por el deterioro asociado a la edad. Sin embargo al explorar si se encuentra alguna asociación entre alguna enfermedad en la niñez, un padecimiento crónico o degenerativo y el reporte de alguna condición de riesgo, se identificaron asociaciones entre estas características. De tal manera que las condiciones de riesgo no solamente pueden estar asociadas a la edad y el desgaste que ello implica, también influyen otros factores relacionados con la enfermedad en diferentes etapas de la vida, aunado a la calidad de vida, oportunidades y riesgos del pasado, factores que en conjunto posiblemente se traducen en este tipo de condiciones o incrementan el riesgo de poseerlas (cuadro 10a).

El análisis entre el estado de salud y condiciones de riesgo, presenta un patrón similar al de la población con enfermedades crónicas o degenerativas, aunque con diferente intensidad. Un resultado relevante se observa entre hombres y mujeres que poseen al menos una condición de riesgo, dado que el 64.5% de ellas se ubican en los primeros tres niveles de la evaluación de salud en comparación con un 47% de los varones (cuadro 15a), a pesar de que esta característica no es estadísticamente significativa por sexo, lo cual puede ser el resultado de las asociaciones que se presentan con enfermedades crónicas y degenerativas.

4.- Factores asociados al estado de salud física y mental de la población con 50 años y más

4.1 Variables independientes seleccionadas para el análisis

Con la finalidad de encontrar los mejores modelos que explicaran el Índice de Salud Física y Mental, el cual en todos los casos fue nuestra variable dependiente, para cada uno de los modelos se hicieron las pruebas necesarias que verifican el que no se estén violando los supuestos más fuertes del modelo de regresión como lo es la multicolinealidad¹⁶ y la homocedasticidad¹⁷, ya que lo más importante en el estudio es que los coeficientes de cada variable sean los mejores estimadores lineales insesgados. En todos los casos fue necesario excluir algunas variables explicativas o independientes, ya que en ocasiones éstas generaban problemas de endogeneidad, multicolinealidad, heterocedasticidad o simplemente no eran variables relevantes para la explicación de nuestra variable dependiente. Respecto al bondad de ajuste en los modelos de regresión, se buscó que el coeficiente de determinación (R cuadrada ajustada) tomara valores cercanos a 0.20, tomando en cuenta que los datos que se manejaron son desagregados (individuales), (Green, 1999). Después de varios ejercicios y pruebas, el modelo principal que resultó fue el Modelo 1 (cuadro 5).

Se puede observar que no todas las variables propuestas en el apartado descriptivo están dentro del modelo: las variables de experiencia migratoria, transferencias privadas, apoyo no-económico, hábitos de riesgo y hábitos preventivos, no se integraron al modelo por motivos de endogeneidad y multicolinealidad, ya que éstas presentaban una dirección contraria a la esperada, lo cual resultó consistente con el análisis descriptivo; en varios casos sus coeficientes no resultaban significativos, y en conjunto provocaban problemas graves de multicolinealidad.

El tipo de localidad en todos los casos no resultó ser una variable explicativa del estado de salud física y mental de la población con 50 años y más, a pesar de que se intentó integrarla por medio de interacciones con otras variables como las visitas al médico independientemente de la derechohabencia, y la afiliación o derecho a un servicio de salud; efecto que nos interesaba

¹⁶ Se analizó a partir del Tolerance (valores críticos <0.5), y el Índice de Condición (valor crítico cuando el acumulado es >20), los cuales se generaron en el análisis de multicolinealidad del programa SPSS.

¹⁷ Se hicieron análisis de residuos por el método gráfico (las gráficas no deben presentar ningún patrón que esté asociado con problemas de heterocedasticidad).

captar para aproximarnos a las posibles desventajas en la disponibilidad de servicios de salud y su impacto sobre la variable dependiente. Sin embargo, los resultados no fueron los esperados y nuestra hipótesis al respecto no fue posible comprobarla. La posible explicación de este resultado se puede asociar a la manera en la cual fue definida y captada la variable, ya que el dividir únicamente en dos grandes categorías (menos de 100 mil, y 100 mil y más habitantes), se pierde la heterogeneidad que muy seguramente existe en localidades de menor tamaño.

La variable que se refiere a la dirección de la primera experiencia migratoria desde el análisis descriptivo no presentó la tendencia esperada, ya que al haberse construido con la idea de que un tipo de migración proporcionaba más ventajas que otra, se esperaba encontrar una tendencia a presentar una mejor salud conforme el tipo de migración fuera más ventajosa, o proporcionara más oportunidades, pero el comportamiento de la variable no presentó una tendencia clara, lo cual originó que al ser integrada la variable al modelo de regresión ésta presentara una tendencia negativa motivo por el cual se tomó la decisión de sacarla del modelo.

Las transferencias privadas y el apoyo no-económico tanto en el análisis descriptivo como en el modelo de regresión presentaron un comportamiento contrario al esperado, por lo que se tomó la decisión de extraerlas del modelo, debido a que generaban un problema de endogeneidad. Dado a que estas dos variables pertenecían al grupo de oportunidades se vislumbraba que las personas que declararan tener ayuda monetaria y/o no monetaria de sus familiares más cercanos podría representar un beneficio para la salud de los individuos con 50 años y más. No obstante, el análisis descriptivo mostró que existe una fuerte asociación entre cada una de estas variables y el padecimiento de por lo menos una enfermedad crónica o degenerativa, es decir los familiares más cercanos a la población con 50 años y más otorgan el apoyo generalmente cuando la persona padece alguna enfermedad seria.

Los hábitos de riesgo y los preventivos son las dos variables que conforman el grupo de actitudes hacia la salud, las cuales presentaron una dirección contraria a la esperada desde el análisis descriptivo y permaneció la misma tendencia en los modelos de regresión, por lo que no hubo suficiente evidencia para aceptar nuestra hipótesis de que los hábitos de riesgo tenían un efecto desfavorable en la salud de los individuos, y los preventivos efectos benéficos. Se esperaba que el declararse como fumador y/o bebedor activo tuviera un efecto negativo en la salud de los

individuos, pero el resultado fue contrario, lo cual se explica en parte porque la variable se refiere a la práctica de un hábito de riesgo en el momento de la encuesta, y no se está captando la práctica de éstos en el pasado, ya que probablemente algunas personas que tuvieron problemas de salud a causa de estos hábitos o por prescripción médica hayan abandonado su práctica en el momento de la encuesta. La práctica de hábitos que consideramos como preventivos presentó una asociación con el padecimiento de alguna enfermedad crónica o degenerativa, es decir la mayoría de las personas que cuidan su salud en términos de visitas con algún profesional de la salud, cambio de sus hábitos alimenticios y se ejercitan, son aquellas que padecen enfermedades serias; es así como de manera consistente con otras investigaciones (Palloni, Soldo y otros, 2002) se corrobora que entre la población mexicana de 50 años y más no hay una cultura de prevención.

4.2 Factores asociados al estado de salud física y mental de la población con 50 años y más

Modelo de regresión lineal principal (modelo 1)

Encontramos en el modelo principal que las variables explicativas del estado de salud física y mental de la población con 50 años más son aquellas relacionadas con la enfermedad, factores demográficos, variables del grupo de oportunidades, y aspectos de la trayectoria de vida del individuo (Cuadro 5). En todos los casos las variables fueron consistentes con el análisis descriptivo, con excepción de las transferencias públicas, las cuales en el descriptivo no resultaron ser un diferencial significativo, pero en el modelo fue un factor explicativo relevante. La inferencia que se desarrollará a continuación para cada una de las variables es bajo el supuesto que el resto de los factores permanecen constantes.

Las enfermedades crónicas o degenerativas, al igual que las condiciones de riesgo fueron los factores más desfavorables en la salud de los individuos. El padecer al menos una de esas enfermedades disminuye en aproximadamente 8.5 puntos la evaluación de la salud de las personas, en relación con aquellos que no las padecen. El poseer al menos una condición de riesgo provoca también un descenso de alrededor de 7.8 puntos en el indicador de salud, en relación con los individuos que no reportan estas condiciones.

Dentro de los factores demográficos el sexo y la edad fueron de especial importancia. El hecho de ser varón da una ventaja cercana a 5 puntos en la evaluación del estado de salud, en relación con las mujeres. El incremento en la edad es un factor desfavorable en la salud, ya que hay una pérdida de alrededor de 1.8 puntos en el indicador por cada diez años de incremento en la edad de los individuos.

Los aspectos relacionados con la trayectoria de vida de los individuos que resultaron significativos fueron el haber padecido al menos una enfermedad seria en la niñez y el tipo de ocupación principal a lo largo de la vida que declararon. La enfermedad en la niñez es un factor desfavorable en la evaluación de la salud actual de los individuos, dado que disminuye en cerca de 5.7 puntos el indicador, en comparación con aquellos que no las reportan. En haberse ocupado en una actividad que denominamos como más ventajosa incrementa en aproximadamente 0.4 puntos entre cada categoría el indicador de salud, de tal manera que aquellos que realizaron principalmente actividades manuales no agropecuarias tienen una ventaja de 0.4 puntos más que aquellos que realizaron actividades manuales agropecuarias, y así sucesivamente entre las otras categorías.

Las variables del grupo de oportunidades resultaron tener un peso favorable en la evaluación de la salud. La variable más relevante de este grupo de oportunidades fue el nivel de gasto, ya que fue la que más ventajas proporcionó al indicador de salud, con un incremento cercano al 2.1 entre cada categoría del gasto, así los individuos que reportaron pertenecer al mayor nivel de gasto con 5000 y más pesos tendrán una ventaja en la evaluación de su salud de alrededor 6.3 puntos en relación con los del más bajo nivel (0-700 pesos). El beneficiarse de por lo menos una transferencia pública, y tener derecho al menos a un servicio de salud son factores que favorecen en aproximadamente 1.4 puntos cada uno, el indicador de salud en relación con aquellos que no se benefician de este tipo de transferencias, y no tienen derecho a ningún tipo de servicio médico que no sea el público. Resalta la variable de escolaridad, la cual fue integrada como una variable de control, ya que no formaba parte del esquema analítico de referencia, pero que resultó tener un peso importante en la explicación de la variable dependiente, agregando por cada año de escolaridad 0.34 puntos al indicador, de tal manera que una persona que declaró tener 6 años de escolaridad, tendrá una ventaja en su evaluación de salud de 2.04 puntos en relación con aquellos que se declararon sin escolaridad.

Los resultados anteriores muestran los múltiples tipos de factores que intervienen en el estado de salud física y mental de la población con 50 años y más, los cuales no están asociados únicamente con las condiciones actuales de los individuos, sino también con eventos del pasado. Si bien es cierto que las variables relacionadas con la enfermedad tienen un peso muy desfavorable en la salud de esta población, los aspectos que forman parte del grupo de oportunidades atenúan de manera importante sus efectos.

Este primer ejercicio ha permitido verificar dos de las principales hipótesis que se plantearon en el trabajo. La primera de ellas relacionada con las oportunidades de los individuos con 50 años y más, a pesar de que no todas las variables propuestas en este grupo resultaron significativas, hay suficiente evidencia para sustentar que las oportunidades como un mejor nivel de gasto, la percepción de al menos una transferencia pública, el derecho a por lo menos a un servicio de salud y un mayor nivel de escolaridad, son factores que benefician la salud de los individuos. La segunda hipótesis se relaciona con la trayectoria de vida de los individuos, donde fue posible comprobar que uno de los factores de mayor relevancia fue el haber padecido enfermedades serias en la niñez, evento que afecta de manera negativa y tiene uno de los efectos más desfavorables en la salud de las personas; en cuanto al tipo de ocupación principal a lo largo de la vida, podemos decir que el haber realizado una actividad más ventajosa tiene un efecto favorable en la salud de los individuos.

4.3 Factores asociados al estado de salud física y mental de la población con edades entre 50 a 69 años, y con 70 años y más.

Derivado de los resultados del modelo principal, y teniendo como antecedente en el análisis descriptivo que había diferencias muy importantes entre hombres y mujeres, se llevó a cabo una prueba estadística de cambio estructural¹⁸ que justificará el hacer un modelo para hombres y otro

¹⁸ La prueba se realizó utilizando el enfoque de variables dicotómicas, el cual consiste en correr una regresión auxiliar en la que se agregan al modelo inicial, las mismas variables multiplicadas por la variable dicotómica que representa la diferencia que se quiere corroborar en este caso el sexo (interacciones). Si el coeficiente de la variable dicotómica de interés y algunos de los coeficientes de las variables de interacción resultan significativos, hay un cambio en la pendiente e intercepto de la recta de regresión y se justifica el hacer dos modelos. Si solamente la variable de interés es significativa las dos líneas posiblemente son paralelas. Cuando la variable de interés no resulta significativa, pero algunos de los coeficientes de interacción lo son, las dos regresiones tienen el mismo intercepto,

para mujeres, con la idea de encontrar diferencias significativas en el peso de las variables involucradas en el modelo. Sin embargo la prueba mostró que no había evidencia suficiente que justificara hacer dos modelos, ya que no había cambios en el intercepto de las rectas, aunque si hubo evidencia de cambios en la pendiente como resultado del impacto diferencial principalmente de las enfermedades crónicas o degenerativas que predominan en las mujeres, es decir las dos rectas fueron concurrentes.

Posteriormente se decidió explorar si había un impacto diferencial de las variables por edad, dado que se ha identificado que entre la población de edades más avanzadas (70 años y más) hay desventajas en el apoyo institucional a consecuencia de factores estructurales del desarrollo del país (Montes de Oca, 2001), y que posiblemente tengan un impacto en la salud física y mental de los individuos. De tal manera que con la finalidad de aportar más elementos a la discusión y verificar su impacto en la salud de la población, se hizo nuevamente una prueba de cambio estructural, donde nuestra variable de interés fue la variable dicotómica con categoría de referencia (0) menores de 70 años, y la comparativa los de 70 años y más (1). La prueba arrojó resultados significativos para la variable de interés y para algunos coeficientes de interacción lo cual nos da indicios de que el intercepto y posiblemente la pendiente de la línea de regresión es diferente, por lo que se justifica hacer un modelo para las personas con edades entre 50 y 69 años, y otro para los que cuentan con 70 años y más (Cuadro 5).

Como referencia para la construcción de los modelos por edad se tomó el modelo principal, y a partir de éste se realizaron varios ejercicios para integrar otras variables, aunque éstas no resultaron explicativas de la variable dependiente, con excepción del estado civil, el cual resultó significativo únicamente para la población con 70 años y más. La dirección de las variables en ambos modelos es la esperada, pero hay cambios importantes en los coeficientes de algunas variables.

es decir son líneas concurrentes. En el caso de que la variable de interés y los coeficientes no son significativos, se trata de dos líneas coincidentes. (Gujarati, 2001)

4.3.1. Modelo para la población entre 50 y 69 años

Al igual que el modelo principal las enfermedades crónicas o degenerativas y las condiciones de riesgo fueron los factores más desfavorables en la salud de los individuos con edades entre 50 y 69 años. El padecer al menos una de esas enfermedades disminuye en aproximadamente 9.11 puntos la evaluación de la salud de las personas, en relación con aquellos que no las padecen. El poseer al menos una condición de riesgo provoca también un descenso de alrededor de 7.48 puntos en el indicador, en relación con los individuos que no reportan estas condiciones.

Dentro del grupo de las variables sociodemográficas únicamente permaneció el sexo como significativa. El ser varón da una ventaja de poco más de 5 puntos en la evaluación del estado de salud, en relación con las mujeres.

Los aspectos relacionados con la trayectoria de vida de los individuos: la enfermedad en la niñez resultó ser un factor desfavorable en la evaluación de la salud actual de los individuos, dado que disminuye en cerca de 5.13 puntos el indicador, en comparación con aquellos que no reportaron padecimientos serios en la niñez. El haber declarado que su ocupación principal a lo largo de la vida fue en una actividad que denominamos como más ventajosa incrementa en aproximadamente 0.34 puntos entre cada categoría¹⁹ el indicador de salud.

Las variables del grupo de oportunidades resultaron tener un peso favorable en la evaluación de la salud. Lo más sobresaliente de este grupo fue que la variable de transferencias públicas no resultó explicativa para este grupo de edad. Sin embargo el nivel de gasto fue la que más ventajas proporcionó al indicador de salud, con un incremento cercano al 2.18 entre cada categoría del gasto, así los individuos que reportaron pertenecer al mayor nivel de gasto con 5000 y más pesos tendrán una ventaja en la evaluación de su salud de alrededor 6.53 puntos en relación con los del más bajo nivel (0-700 pesos). El tener derecho a por lo menos un servicio de salud aporta una ventaja en la evaluación de la salud de alrededor de 1.12 puntos en relación con la población que no tiene este beneficio. Además un mayor número de años de escolaridad resultó ser un factor

¹⁹ Nunca trabajo, manual agropecuaria, manual no agropecuaria, no manual agropecuaria y no manual no agropecuaria. La categoría de referencia es nunca trabajo,

favorable en la salud de este grupo de edad, de tal manera que por cada año más de escolaridad que declaren poseer las personas se agrega 0.29 puntos al indicador.

4.3.2. Modelo para la población con 70 años y más

Nuevamente las enfermedades crónicas o degenerativas y las condiciones de riesgo fueron los factores más desfavorables en la salud de los individuos. El padecer al menos una de esas enfermedades disminuye en aproximadamente 7.08 puntos la evaluación de la salud, en relación con aquellos que no las padecen. El poseer al menos una condición de riesgo provoca un descenso mayor, ya que el indicador disminuye en aproximadamente 9.07 puntos, en relación con los individuos que no reportan tener ninguna condición de riesgo.

Para la población con edades más avanzadas (70 y más años) el grupo de variables sociodemográficas en este modelo además del sexo, el estado civil de la población también resultó ser un factor significativo para la salud. Los hombres tienen una ventaja de 3.6 puntos en la evaluación de su salud, en relación con las mujeres. El estado civil es una variable que fue construida con la idea de captar el efecto desfavorable en la salud emocional y mental de las personas por la pérdida que representa el estar en una condición de unión disuelta por divorcio, separación o viudez, o ser soltero. De tal manera que hay una desventaja de alrededor de 1.27 puntos conforme se avanza entre las categorías²⁰ tomando como referencia la población unida, así que una persona que se declara como viuda tendrá una desventaja en la evaluación de su salud de 3.83 puntos en comparación con aquellos que se declaren unidos.

Los aspectos relacionados con la trayectoria de vida de los individuos: la enfermedad en la niñez al igual que los modelos anteriores resultó ser un factor desfavorable en la evaluación de la salud actual de los individuos con 70 años y más, dado que disminuye en cerca de 6.37 puntos el indicador, en comparación con aquellos que no reportaron padecimientos serios antes de cumplir los 10 años. El haber declarado que su ocupación principal a lo largo de la vida fue en una

²⁰ Unidos, solteros, divorciados/separados y viudos.

actividad que denominamos como más ventajosa incrementa en aproximadamente 0.71 puntos entre cada categoría²¹ el indicador de salud.

Las variables del grupo de oportunidades consistentemente con todo el análisis tienen un peso favorable en la evaluación de la salud. La diferencia más importante está en que para el grupo de edades más avanzadas las transferencias públicas resultaron ser un factor explicativo del estado de salud y tienen un peso muy importante, ya que aporta una ventaja en el indicador de alrededor de 2.4 puntos en relación con aquellos que no reciben este beneficio. El tener derecho a por lo menos un servicio de salud aporta una ventaja en la evaluación de la salud de alrededor de 2.5 puntos en relación con la población que no tiene este beneficio. Resulta muy importante resaltar la ventaja tan importante de los beneficios antes mencionados, ya que en conjunto tienen un mayor peso relativo que el nivel de gasto, tomando en cuenta que se tratará de un individuo con el nivel más alto del gasto. Por cada cambio de categoría más ventajosa en el nivel de gasto habrá un incremento cercano al 1.25, así los individuos que reportaron pertenecer al mayor nivel de gasto con 5000 y más pesos tendrán una ventaja en la evaluación de su salud de alrededor 3.74 puntos en relación con los del más bajo nivel (0-700 pesos). Los años de escolaridad también resultaron aportar una un peso muy importante en la evaluación de la salud de este grupo de edad, dado que por cada año de escolaridad se incrementa en casi 0.6 puntos al indicador.

4.3.3. Análisis combinado de los modelos de la población con 50 a 69 años, y con 70 años y más.

En este apartado se analizará los resultados de ambos modelos de manera conjunta, ya que considero que es importante destacar las diferencias más representativas que hay entre ambos grupos de edad respecto a los factores que condicionan o están asociados con la salud, así como los pesos que aportan cada uno de ellos al indicador.

Respetando la tendencia del modelo principal, en ambos modelos por grandes grupos de edad la variable de sexo muestra una ventaja favorable para los hombres. Sin embargo es posible observar que entre la población mayor de 70 años esta ventaja disminuye de manera importante

²¹ Nunca trabajó, manual agropecuaria, manual no agropecuaria, no manual agropecuaria y no manual no agropecuaria. La categoría de referencia es nunca trabajó.

(3.6 puntos), comparada con la de la población con edades entre 50 y 69 años (5 puntos). La explicación del descenso en la ventaja entre hombres y mujeres probablemente pudiera estar asociado a que los hombres que alcanzan edades más avanzadas presentan una salud más desfavorable o relativamente más cercana a la que presentan las mujeres con la misma edad.

A diferencia de la población entre 50 y 60 años, en la población con 70 años y más el estado civil resultó ser un factor significativo en el estado de salud física y mental de los individuos. El que esta variable sea un factor explicativo para este segmento de la población muestra cómo en las edades más avanzadas el no tener una pareja es un aspecto desfavorable que impacta la salud física y mental de los individuos, sobre todo para aquellos que viven una pérdida.

Dentro de las variables de trayectoria de vida, la desventaja que da el haber padecido al menos alguna enfermedad en la niñez se incrementa entre la población de edades más avanzadas, dado que para aquellos con edades entre 50 y 69 años representa una pérdida de alrededor de 5.13 puntos en el indicador de salud, para los de 70 años y más aumenta a 6.37 puntos en relación con aquellos que no reportan haber padecido ninguna enfermedad seria en la niñez. La ocupación principal a lo largo de la vida proporciona más ventajas entre cada categoría para las personas con edades más avanzadas, ya que entre la población con 70 años y más aporta alrededor de 0.71 puntos entre cada categoría, a diferencia de la población con edades entre 50 y 69 años donde la ventaja es de 0.34 puntos. Es importante mencionar que el nivel de confianza de la variable de ocupación es de las más bajas en comparación con el resto de las variables, pero de cualquier manera resulta ser una variable explicativa del modelo y si no se considera se estaría incurriendo en problemas de especificación de los mismos.

Las variables del grupo de oportunidades mantuvieron la dirección esperada en ambos grupos de edad, pero presentaron cambios muy interesantes en cuanto al peso y significancia. El nivel de gasto en ambos grupos de edad resultó ser una variable explicativa, aunque para el grupo con 70 años y más el nivel de confianza en el indicador es menor. Los beneficios de tener un mejor nivel de gasto son superiores para la población con edades entre 50 y 69 años agregando 2.17 puntos por cada incremento en el nivel de gasto, cifra muy superior a 1.24 puntos que se agrega por los mismos cambios en el gasto entre la población con 70 años y más. Las transferencias públicas no resultaron ser una variable explicativa para la población con edad entre 50 y 69 años, pero

resultaron significativas para la población con 70 años y más siendo un factor favorable para la salud de esta población, ya que aporta cerca de 2.4 puntos al indicador de salud de las personas que cuenta con al menos una de estas transferencias en relación con aquellas que no las tienen; tal vez este resultado explica la relevancia que toma el nivel de gasto entre la población de menor edad, derivado seguramente de que mucha de esa población aun forma parte del mercado de trabajo y aun no se hacen acreedores de una pensión. El derecho a por lo menos un servicio de salud resultó ser un factor más relevante entre la población de 70 años y más, aportando alrededor de 2.5 puntos al indicador de salud, a diferencia de la población con edades entre 50 y 69 años donde se agrega alrededor de 1.12 puntos. El mismo comportamiento presenta la escolaridad, ya que el peso de este factor aporta más ventajas (0.59) para la población con 70 años y más.

Las variables de control que insertamos en el modelo y que están relacionadas con la enfermedad consistentemente con el modelo principal resultaron ser las de mayor peso sobre la salud física y mental de los individuos en ambos modelos, aunque se observan una especie de compensación en el peso entre el padecimiento de al menos una enfermedad crónica o degenerativa y tener por lo menos una condición de riesgo entre ambos modelos. Así para las personas con edades entre 50 y 69 años el padecer al menos una enfermedad crónica o degenerativa es más desfavorable (-9.11) a su salud, que el poseer al menos una condición de riesgo (-7.47); pero el efecto contrario aparece entre la población con 70 años y más, resultando más desfavorable en este grupo de población el tener al menos una condición de riesgo (-9.07) que el padecer al menos una enfermedad crónica o degenerativa (-7.08). Esta especie de efecto compensador posiblemente se explique por la asociación que existe entre las enfermedades crónicas o degenerativas y las condiciones de riesgo, por lo que es posible que este tipo de enfermedades afecten de manera importante a las condiciones de riesgo en las edades más avanzadas y por tal motivo aumente su relevancia.

Las inferencias respecto a los pesos de cada factor en todos los análisis de regresión se hicieron bajo el supuesto de que el resto de ellos se mantienen constante. Por otro lado es muy importante tomar en cuenta los posibles efectos de selectividad que surgen al haber elaborado dos modelos con base en los criterios de la edad, ya que la población que ha sobrevivido 70 años o más tiene características particulares por tener una mayor exposición al riesgo derivado de la edad.

Uno de los resultados obtenidos más sobresalientes y que vale la pena rescatar de estos dos modelos es el peso tan importante que toman las variables del grupo de oportunidades en la población con 70 años y más, y si bien es cierto que en el grupo de población de menor edad (50-69) también tienen poder explicativo, sobre todo el nivel de gasto, en la población con edades más avanzadas el conjunto de oportunidades como: el percibir al menos una transferencia pública, tener derecho por lo menos a un servicio médico, poseer más años de escolaridad y un mejor nivel de gasto, aporta beneficios muy importantes para la salud física y mental de esta población.

Cuadro 5. Modelos de regresión lineal para conocer los factores asociados al estado de salud física y mental de la población con 50 años y más, con 50 a 69 años y para los de 70 años y más.

Grupo	Variables	Modelo 1 (principal)		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
		4 grupos de edad		2 grupos de edad		De 50 a 69 años		70 años y más	
		β	Sig.	β	Sig.	β	Sig.	β	Sig.
Sociodemográficas	Constante	60.258	0.000	59.647	0.000	60.206	0.000	57.775	0.000
	Sexo (mujer)	4.977	0.000	4.947	0.000	5.060	0.000	3.628	0.000
	Edad (50-59 años)	-1.802	0.000	-3.664	0.000				
	Estado Civil (unido)							-1.274	0.000
Trayectoria de vida	Grupo de ocupación (nunca ha trabajado)	0.395	0.002	0.413	0.001	0.344	0.012	0.712	0.020
	Al menos una enfermedad seria en la niñez (ninguna)	-5.708	0.000	-5.647	0.000	-5.133	0.000	-6.379	0.000
	Escolaridad (sin escolaridad)	0.339	0.000	0.348	0.000	0.296	0.000	0.599	0.000
Oportunidades	Niveles de gasto (0-700 pesos)	2.091	0.000	2.123	0.000	2.177	0.000	1.248	0.010
	Al menos una transferencia pública (ninguna)	1.401	0.000	1.249	0.000			2.392	0.002
	Derecho por lo menos a un servicio de salud (ninguno)	1.415	0.000	1.380	0.000	1.126	0.001	2.508	0.001
Control (enfermedad)	Al menos una enfermedad crónica o degenerativa (ninguna)	-8.497	0.000	-8.639	0.000	-9.119	0.000	-7.082	0.000
	Condición de riesgo (ninguna)	-7.809	0.000	-7.873	0.000	-7.476	0.000	-9.074	0.000
		N= 11658 R²=0.241		N= 11658 R²=0.240		N=9151 R²=0.233		N=2509 R²=0.214	

Nota: Entre paréntesis aparecen las categorías de referencia.

Fuente: Cálculos propios, ENASEM 2001. (Base ponderada).

Conclusiones y sugerencias

Como se ha reiterado a lo largo de toda la investigación, la salud es una parte fundamental a lo largo de toda la vida y es una dimensión básica del bienestar de los individuos. Esta cobra mayor relevancia en las edades más avanzadas, debido a la mayor exposición al riesgo que se adquiere con la edad. De tal manera que la inquietud por conocer el estado de salud intenta superar la visión únicamente relacionada con la enfermedad. De acuerdo con la literatura, existen enfoques más integrales que incorporan aspectos de la salud físicos como la mental y la emocional. A partir de ello, para aproximarnos a esta compleja dimensión del bienestar construí un índice de salud que evalúa estos aspectos. Algunos antecedentes se remontan al trabajo realizado por Ware (1993, 2000) con base en la encuesta SF-36. Si bien es cierto que no fue posible relacionar el total de dimensiones que se evalúan en la encuesta de calidad de vida relacionada con la salud (SF-36) avalada por la OMS que se tomó como referencia, con sus respectivas limitaciones, se construyó el indicador y considero que es un buen comienzo para integrar esta perspectiva a futuras investigaciones sobre la salud, sobre todo para la población con mayor edad, ya que es en esta etapa de la vida donde el estado mental, emocional y físico resulta fundamental para vivir una vejez digna.

Los principales hallazgos del trabajo muestran que el estado de salud de las personas con 50 años y más en el 2001, está asociado a eventos del pasado e influenciado por situaciones del presente. Estas relaciones se presentan entre los distintos factores que se integraron al análisis y aparecen como relevantes en etapas previas a la vejez. Se corroboró que los diferenciales por sexo y edad tienen un efecto muy importante, y el estado civil está asociado con la salud de aquellos que tienen mayor edad. Sobresalen las enfermedades en la niñez y la ocupación principal a lo largo de la vida como aproximaciones a la trayectoria de vida de los individuos, con un efecto significativo. Las oportunidades que disponen los individuos como el nivel de gasto, la percepción de una transferencia pública, tener derecho al menos a un servicio médico y los años de escolaridad, son factores que condicionan el estado de salud de la población con 50 años y más, lo cual de manera empírica muestra la relación que existe entre este tipo de aspectos que proporcionan ventajas a los individuos y que forman parte fundamental del enfoque alternativo del “bienestar” que propone Amartya Sen (1996). Igualmente muestran una estrecha relación las

enfermedades crónico degenerativas y las condiciones de riesgo que posee la población bajo estudio.

Dos de las 3 hipótesis principales se comprobaron parcialmente. Específicamente se constató el papel de las variables relacionadas a las oportunidades y a las trayectorias de vida de los individuos, las cuales tienen un efecto significativo en la salud actual de las personas con 50 años y más. Sin embargo no todas las variables relacionadas resultaron significativas. A pesar de ello hay suficiente evidencia para decir que las oportunidades y algunos aspectos de la trayectoria de vida –desde la perspectiva que nos aproximamos- tienen un efecto en la salud actual de los individuos con 50 años y más. La tercera hipótesis principal fue sobre las actitudes hacia la salud, la cual no fue comprobada, al menos en la manera en que nos aproximamos a este aspecto, debido a que las dos variables de este grupo presentaron un comportamiento contrario al esperado, aunque el resultado presenta una lógica que se explicara más adelante.

Las dos hipótesis secundarias corresponden a los diferenciales de sexo, edad y tipo de localidad. La primera de ellas que planteaba la posibilidad de que el sexo y la edad tuvieran un menor peso una vez integrados los aspectos de oportunidades, trayectorias de vida y las actitudes hacia la salud, se rechaza, dado que en el análisis de regresión no se identificaron cambios significativos en tales diferenciales una vez integrados los otros aspectos. Por el contrario contribuyen a la explicación del estado de salud. Respecto al tipo de localidad, tampoco es posible decir que este factor sea condicionante del estado de salud, por lo menos, en la manera en la que se presenta la información disponible, ya que el resultado se atribuye a la manera tan agregada en la cual fueron captadas las variables, cabe señalar sin embargo que esta variables si tiene un efecto diferencial significativo en el análisis descriptivo. Por tal motivo considero que no hay que desechar la hipótesis sobre el efecto del tamaño de localidad en la salud de la población con 50 años y más, y tratar de comprobarla en estudios futuros, con información más desagregada, que desglose a las localidades hasta de 2500 habitantes.

A continuación se hará una breve reflexión de los resultados del trabajo, que explican con más detalle las hipótesis antes mencionadas. En algunos casos se hacen algunas sugerencias con la finalidad de aportar elementos de apoyo para futuras investigaciones.

A lo largo del análisis descriptivo se observaron diferencias entre hombres y mujeres en la intensidad que presentaban las relaciones entre las características de los individuos según su estado de salud física y mental. Específicamente las mujeres presentaron una salud más desfavorable que los varones en todos los casos. En el análisis de regresión se exploró si había cambios estructurales entre hombres y mujeres, con la finalidad de identificar si este diferencial afectaba el resto de las variables integradas al modelo. La prueba no mostró indicios suficientes para hacer dos modelos. Para explicar tal resultado recurriendo a la literatura, podemos atribuir tal comportamiento al igual que otras investigaciones a las diferencias biológicas, lo cual se intensifica probablemente por la diferencia de roles entre hombres y mujeres, situación que no fue explorada pero que se sugiere tomar en cuenta para futuras investigaciones.

La edad resultó ser un factor muy representativo en el análisis de la salud de la población con 50 años y más. El análisis descriptivo mostró que hay una tendencia a poseer una salud más desfavorable conforme se incrementa la edad, aun cuando se relacionaban algunas otras variables, lo cual muestra lo relevante de este aspecto. También se exploró en el análisis de regresión la presencia de cambios estructurales asociado a la edad de los individuos, específicamente entre aquellos con edades entre 50 y 69 años, y con 70 años y más. Estos dos grupos de edad representan dos grandes cohortes con diferentes oportunidades y distintas trayectorias de vida, aunque son similares al interior presentan diferencias entre sí, porque vivieron en contextos económicos e históricos distintos. La prueba resultó significativa y mostró suficientes indicios para optar por desarrollar un modelo para cada grupo edad ya mencionado. Entre ambos modelos se observan diferencias importantes: para el modelo del grupo con 50 a 69 años no fue significativo el estado civil y las transferencias públicas, resultado bastante lógico tomando en cuenta que esas edades muchos aún tienen pareja, e ingresos por trabajo propios o del cónyuge. Para el grupo con 70 años y más las variables antes mencionadas si resultaron significativas, en general las variables del grupo de oportunidades reflejaron un mayor peso como factores favorables a la salud en comparación con el grupo de menor edad. En ambos grupos el resto de las variables demográficas, de trayectorias de vida así como las variables de control relacionadas con la enfermedad tuvieron un efecto significativo, aunque sin cambios muy relevantes. Los resultados diferenciales en los modelos por edad sugieren la necesidad de ampliar la cobertura de transferencias públicas y servicios de salud hacia la población con edades más avanzadas (70 y más), así como apoyar la educación en la población adulta.

Desafortunadamente el tipo de localidad como se tiene disponible en la ENASEM (2001) (menos de 100 y 100 mil y más habitantes), no fue una característica que condicionara el estado de salud física y mental de la población que estudiamos. Este diferencial según los resultados del análisis de regresión, no tiene poder explicativo en el estado de salud de la población objetivo, a pesar de que en el análisis descriptivo éste presentó diferencias significativas. Esto se atribuye a que una vez integrando al análisis las variables del grupo de oportunidades, trayectoria de vida, aspectos sociodemográficos y las relacionadas con la enfermedad y las condicione de riesgo, éstas inhibieron el efecto de la variable de tipo de localidad. Considero que el resultado hasta cierto punto muestra que las dos grandes categorías consideradas en esta variable (zonas más y menos urbanizadas) no logran captar la heterogeneidad que existe en las zonas de menor tamaño, principalmente las zonas con menos de 2500 y menos 15000 habitantes. Por lo que sugiero que en futuras encuestas este hallazgo sea tomado en cuenta y se considere la posibilidad de identificar con mayor detalle otros tipos de localidad.

Dentro de los aspectos relacionados a la trayectoria de vida de los individuos, la variable de enfermedad en la niñez²² resultó ser una factor muy significativo que tiene un impacto desfavorable en el estado de salud actual. Aún considerando la posible subestimación de la información por problemas de memoria entre la población encuestada es posible suponer que su peso debiera ser mayor. Este resultado es fundamental para generar un estado de conciencia sobre la calidad de los cuidados preventivos que tengan los padres para con sus hijos en las primeras etapas de la vida, para lo cual se requiere el apoyo institucional e información constante para la población. Tomando en cuenta que si bien es cierto que la incidencia de enfermedades transmisibles en la niñez ha disminuido, aún en algunas entidades de la república y sobre todo en localidades marginales hay presencia importante tuberculosis, fiebre reumática, fiebre tifoidea, etc., las cuales como se menciono anteriormente son consideradas en este trabajo como enfermedades en la niñez que condicionan un desfavorable estado de salud física y mental en la población con 50 años y más. Aunado a estas recomendaciones considero que es de especial importancia no limitar la calidad de los cuidados preventivos a las edades tempranas, ya que en las distintas etapas de la vida existen cambios en los contextos y la exposición al riesgo de los

²² El reporte de haber padecido alguna enfermedad seria, o haber declarado que padeció alguna enfermedad como: tuberculosis, fiebre reumática, polio, fiebre tifoidea o un golpe serio en la cabeza de tal manera que se desmayo, antes de haber cumplido los 10 años.

individuos como resultado de sus distintas trayectorias de vida, así como de sus oportunidades en un momento determinado, motivo por lo cual es necesario estar pendiente de manera constante del autocuidado de la salud física, mental y emocional.

La ocupación principal a lo largo de la vida, como otra variable del grupo de trayectoria tiene un papel importante, ya que el haber desarrollado una actividad de menor desgaste corporal (no manual) aporta ventajas a la salud física y mental actual en la población con edad madura y avanzada. Situación que atribuyó en parte a que algunos tipos de ocupación como las agropecuarias, industriales y algunas del sector terciario requieren un mayor esfuerzo físico o tienen una mayor exposición al riesgo de accidentes en el lugar de trabajo, derivado del uso de maquinaria industrial, así como la inhalación y contacto directo con sustancias tóxicas. Me parece que este resultado sugiere incorporar a los estudios de envejecimiento la ocupación principal a lo largo de la vida como un factor que además de sus efectos en la salud de los individuos, muy probablemente este asociado a otros fenómenos que se interese explorar.

El tercero de los aspectos de la trayectoria de vida que se incluyó en el análisis fue la historia migratoria, la cual desafortunadamente no presentó la tendencia esperada, al menos por la manera en la que se realizó la aproximación. Lo más sobresaliente fue que la población que declaró que su primera experiencia migratoria fue interna hacia zonas urbanas fue también la que peor salud presentó en comparación con el resto de las categorías²³. Este resultado aporta indicios para futuras investigaciones sobre el tema, que permitan identificar las posibles razones por las cuales se presenta esta desventaja para las personas con estas características. Es importante tomar en cuenta que la manera en la que fue construida la variable no refleja las etapas de adaptabilidad en los contextos de recepción de migrante. En ese sentido es importante conocer y trabajar datos sobre movimientos posteriores a otras zonas, para mejorar la aproximación al fenómeno. La aportación más sencilla que podemos identificar de este resultado es considerar en futuros estudios la relación que existe entre el fenómeno migratorio y el proceso de envejecimiento, tomando en cuenta que nuestro país se caracteriza por tener una tradición migratoria interna e internacional desde hace varias décadas. Considero que analizar en conjunto ambos fenómenos

²³ Nunca migro, migración interna rural, migración internacional, y migrante con una estancia de más de 5 años en EU, residente o ciudadano estadounidense.

seguramente aportara avances en la investigación sobre las características del proceso de envejecimiento en México.

Otro grupo de variables consideradas en el análisis fueron las actitudes hacia la salud, constituida por las variables de hábitos de riesgo y hábitos preventivos. Estas variables permiten aproximarse a las decisiones actuales de los individuos, con respecto al cuidado de su salud, y presentaron un comportamiento sui géneris. Los hábitos de riesgo (fumar y consumir bebidas alcohólicas) en el presente aparentemente no deterioran el estado de salud de la población, lo cual evidentemente no coincide con las múltiples investigaciones y hallazgos en todo el mundo sobre el riesgo que representa estos hábitos. Es importante mencionar que esta variable como fue construida capta la intensidad cotidiana, pero no refleja la duración del hábito de riesgo a lo largo de la vida. Por tal motivo sugiero que para futuras investigaciones se explore los hábitos de riesgo en el pasado, y tal vez el efecto desfavorable en el estado de salud puede ser captado. Por otro lado, los hábitos preventivos como las visitas regulares al médico, el hacer ejercicio físico o cambiar la alimentación, presentaron una asociación con tendencia desfavorable para el estado de salud, lo cual muestra que la población que actualmente los practica posiblemente posee de antemano un deteriorado estado de salud y recurre a la práctica de éstos por prescripción médica, o probablemente pudieran someterse a situaciones de riesgo que deterioran su salud por la práctica de dietas y ejercicios no recomendables. Tal resultado sugiere la necesidad imperante de generar políticas para el cuidado de la salud a lo largo de toda la vida, con la intención de propiciar cambios hacia una cultura de prevención de enfermedades crónico degenerativas.

Respecto al conjunto de variables del grupo de oportunidades a las cuales tuvieron acceso los individuos con 50 años y más, el ejercicio estadístico de haber realizado dos modelos de regresión para dos grandes grupos de edad, mostró que para el grupo de edades más avanzadas (70 y más años) estas variables aportaron mayores ventajas a la salud que en las edades más jóvenes (de 50 a 69 años). No todas las variables que integran este grupo fueron incluidas en el análisis de regresión como las transferencias privadas y el apoyo no económico de familiares, debido a problemas de endogeneidad. Enseguida mencionaremos brevemente el comportamiento de cada una de las variables del grupo de oportunidades.

El nivel de gasto resultó ser un diferencial significativo del estado de salud de la población con 50 años y más, dado que un mayor nivel de gasto proporciona ventajas en la salud. Esta variable presentó un comportamiento diferente en intensidad al realizar el ejercicio estadístico para los dos grandes grupos de edad, ya que en los más jóvenes aporta mayores ventajas en la salud que para los que tienen edades más avanzadas. El resultado se asocia a que en la población menor de 70 años la mayoría de los individuos o sus cónyuges aún forman parte del mercado laboral y es su principal fuente de ingresos. Situación que presenta cambios drásticos para aquellos con 70 años y más, ya que tienen una mayor presencia las transferencias públicas y privadas.

El ser beneficiario de al menos una transferencia pública, así como de un servicio de salud proporciona ventajas. Sobre todo en las edades más avanzadas, de acuerdo con los resultados del análisis de regresión. Este hallazgo muestra la necesidad de procurar que principalmente las personas con 70 años y más cuenten con estos beneficios, dado que casi el total de esta población no recibe otro tipo de ingresos, y no cuenta con derecho a servicio médico.

Una variable que en primera instancia no formaba parte del marco conceptual utilizado y que fue integrada como un factor de control fue los años de escolaridad de los individuos. Se observó que esta variable tiene un peso importante y favorable en la salud, y toma mayor importancia en las edades más avanzadas. Considero que esta variable como aproximación al nivel educativo propicia un cambio en las percepciones y actitudes hacia la salud, además de proporcionar ventajas en la ocupación y mayores beneficios económicos. Por lo que además de ser considerada entre el grupo de oportunidades, también es posible integrarla en el grupo de trayectoria de vida, ya que es un aspecto del pasado.

Las transferencias privadas y de apoyo no económico de familiares fueron dos variables del grupo de oportunidades que no fueron integradas al análisis de regresión, debido a que presentaban problemas de endogeneidad en los modelos. Aunque en el análisis descriptivo éstas mostraron una asociación desfavorable con el estado de salud. De acuerdo con los resultados estos tipos de apoyo se brindan en la mayoría de los casos cuando la persona presenta un deterioro en su salud, principalmente por padecer alguna enfermedad crónica o degenerativa. Este resultado muestra que la solidaridad dentro de las familias está influenciada por la pérdida de la

salud en la mayoría de los casos, lo cual merece especial atención, si es que pensamos propiciar una cultura que favorezca las redes sociales en la vejez.

Las variables de control que se integraron al análisis fueron las enfermedades crónico degenerativas²⁴ y las condiciones de riesgo²⁵, las cuales fueron los factores con mayor peso que representan desventajas en el estado de salud física y mental de los individuos con 50 años y más. No obstante que estos padecimientos y limitaciones se intensifican con la edad hay una presencia importante de personas menores de 60 años que reportan tener al menos una de estas características, lo cual apoya la necesidad de crear una conciencia de cuidados preventivos de la salud a lo largo de toda la vida, y no únicamente una vez que se presentan deterioros serios en la salud.

Hay varios aspectos sobre los que hay que trabajar en políticas públicas, algunos corresponden directamente a la generación de oportunidades del Estado y al hecho de que éstas sean estables y favorables para que se consoliden en las trayectorias laboral, educativa y familiar de los individuos a lo largo de su vida. Otras son los factores que requieren una participación activa de los individuos como el cambio de actitudes hacia la salud y las limitaciones a la exposición al riesgo. Considero que el obtener y mejorar la salud física y mental de la población que actualmente cuenta con 50 años y más, así como de las próximas generaciones que serán considerados como población adulta mayor, es una tarea de Estado, sociedad e individuo y es un buen momento para iniciarlo. Se requiere fortalecer a las instituciones que ofrecen los servicios de salud para que se incremente la cobertura; buscar alternativas que proporcionen transferencias públicas sobre todo para las mujeres que son las menos favorecidas de estos beneficios; ofrecer mayor educación a la población, lo cual servirá de apoyo para propiciar una cultura de prevención y solidaridad entre las generaciones, para evitar que en el futuro nuestra sociedad esté constituida por una gran proporción de viejos en condiciones de vida precarias y que además posean condiciones pésimas de salud física y mental.

Considero que el mayor reto es hacer conciencia de una responsabilidad compartida entre los individuos, las instituciones gubernamentales, así como de la sociedad civil organizada y no

²⁴ hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar, enfermedad del corazón, embolia cerebral o artritis

²⁵ Falta de alguna extremidad; el reporte de alguna fractura después de los 50 años; una regular o mala audición aun usando aparato auditivo, o legalmente sordo; una regular o mala visión aun usando lentes, o legalmente invidente.

organizada. Sin embargo, la sociedad en nuestro país aun no toma la iniciativa, lo cual permite dar mayor énfasis al papel del Estado, situación poco favorable ya que estamos ante un gobierno limitado que ofrece pocas oportunidades y que cada vez más busca trasladar sus responsabilidades a los individuos y a las familias.

APÉNDICE 1

Método para la construcción del índice de salud física y mental

El índice para evaluar la salud física y mental de la población con 50 años y más, es un índice aditivo, ya que se construyó sumando cada uno de los valores que se obtuvieron en las escalas de respuesta de cada dimensión. Las dimensiones fueron evaluadas por separado, y estandarizada, para finalmente hacer la suma de los valores de todas las dimensiones y obtener un valor único que va de 0 a 100.

La *función física* fue calculada con base en 9 preguntas, pero dos de ellas fueron recodificadas y se obtuvo un valor único, por lo que se tomaron en cuenta en la evaluación 8 resultados, los cuales como máximo podían obtener el valor de 2 cada uno. De tal manera que al sumar todas las posibles respuestas el valor máximo fue 16 y el mínimo cero.

El *dolor corporal* fue calculado con base en 3 preguntas, pero al igual que la dimensión anterior, dos de ellas fueron recodificadas y se obtuvo un valor único, por lo que se tomaron en cuenta en la evaluación 2 resultados. Uno de ellos como máximo podían obtener el valor de 1, y el otro el valor de 3. De tal manera que al sumar todas las posibles respuestas el valor máximo fue 4 y el mínimo cero.

La *salud general* únicamente estuvo constituida por una sola pregunta, la cual como valor máximo tenía 4 y como mínimo cero.

La *vitalidad* esta constituida por 4 preguntas, las cuales toman el valor de 1 o cero. Al sumar todas las posibles respuestas el valor máximo fue 4 y el mínimo cero.

La *salud mental* esta constituida por 5 preguntas, las cuales toman el valor de 1 o cero. Al sumar todas las posibles respuestas el valor máximo fue 5 y el mínimo cero.

La *transición de salud notificada* únicamente estuvo constituida por una sola pregunta, la cual como valor máximo puede tomar 4 y como mínimo cero.

Finalmente el índice fue construido sumando los valores obtenidos en cada una de las dimensiones, de tal manera que el valor mínimo fue cero y el máximo posible a obtener sin estandarizar fue 37, y una vez estandarizado fue 600.

Para estandarizar los valores de cada dimensión se multiplico por 100 y se dividió entre el valor máximo posible que se podía alcanzar en cada dimensión. En el caso del índice dado que ya estaban estandarizadas las dimensiones únicamente se dividió entre el número de éstas que es 6 al valor máximo, es decir se les asigno un mismo peso.

ANEXO 1

Detalle de las preguntas para medir el estado de salud de la encuesta SF-36 y ENASEM 2001, con su respectiva escala de medición

SF-36				ENASEM 2001		
Dimensión de la salud	Num	Preguntas	Escala de respuesta	Num	Preguntas	Escala de respuesta
SALUD FISICA	Función física	Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer en un día normal. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así ¿cuánto?	Sí, me limita mucho. Sí, me limita un poco. No, no me limita en absoluto.		Dígame por favor si usted tiene alguna dificultad en hacer cada una de las actividades diarias que le voy a mencionar. No incluya dificultades que cree que duran menos de tres meses.	No puede=0 Si=1. No=2.
		3a) Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos				
		3b) Actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar béisbol o fútbol.		h10	Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad en jalar o empujar objetos grandes como un sillón?	
		3c) Levantar o llevar las compras del mercado		h11	Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad en levantar o transportar objetos que pesan más de 5 kilos, como una bolsa pesada de alimentos?	
		3d) Subir varios pisos por la escalera		h6	Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad para subir varios pisos de escalera sin descansar?	
		3e) Subir un piso por la escalera		h7	Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad para subir un piso de escalera sin descansar?	
		3f) Doblarse, arrodillarse o agacharse		h8	Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad en inclinar su cuerpo, arrodillarse, agacharse o ponerse en cuclillas?	
		3g) Caminar más de 10 cuadras				
		3h) Caminar varias cuadras		h1	Debido a problemas de salud, ¿tiene usted dificultad para caminar varias cuadras?	
		3i) Caminar una cuadra		h3	Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad para caminar una cuadra?	
	3j) Bañarse o vestirse		H16a y h13	Debido a problemas de salud, ¿tiene alguna dificultad para bañarse en tina o regadera? Y ¿tiene usted alguna dificultad para vestirse, incluyendo ponerse los zapatos y los calcetines?		
SALUD FISICA	Rol físico	Durante el último mes, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?	Sí, No			
		4a) Ha reducido el tiempo dedicado al trabajo u otras actividades.				
		4b) Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.				
		4c) Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades.				
	4d) Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, ha requerido de mayor esfuerzo)					
SALUD FISICA	Dolor corporal		Ningún dolor. Muy poco. Poco. Moderado. Severo. Muy severo.	c48	¿Sufre dolor físico a menudo?	Si=0. No=1.
		7) ¿cuánto dolor físico ha tenido usted durante el último mes?		c49	¿Cómo es el dolor físico a menudo?	Ningun dolor=3 Leve=2. Moderado=1. Severo=0
		8) Durante el último mes ¿Cuanto el dolor le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?	Nada. Un poco. Más o menos. Mucho. Demasiado.	c50	¿Este dolor le limita sus actividades normales como las labores del hogar o el trabajo?	Si=0 No=1.

Fuente: Cuestionario SF-36 diseñado para México, Zúñiga y otros (1999); y Cuestionario ENASEM 2001, INEGI (2001).

SF-36				ENASEM 2001			
Dimensión de la salud	Num	Preguntas	Escala de respuesta	Num	Preguntas	Escala de respuesta	
SALUD FÍSICA	Salud general	1 En general, ¿diría que su salud es: ?	Excelente, Muy buena, Buena, Regular, Mala	C1	¿Diría que su salud es...?	Excelente=4 Muy buena=3 Buena=2 Regular=1 Mala=0	
		11 ¿Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?					
		11a a) Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente.					
		11b b) Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco.					
		11c c) Creo que mi salud va a empeorar.					
		11d d) Mi salud es excelente					
		SALUD MENTAL		Vitalidad	Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted en el último mes. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante el último mes:	Siempre. Casi siempre. Muchas veces. Algunas veces. Casi nunca. Nunca.	C52
9a a) Se ha sentido lleno de vida?	c52f		Ha sentido que disfrutaba de la vida		Si=1, No=0		
9e e) Ha tenido mucha energía?	c52i		Ha sentido que tenía mucha energía		Si=1, No=0		
9g g) Se ha sentido agotado?	c52b		Ha sentido que todo lo que hacía era un esfuerzo		Si=0, No=1		
9i i) Se ha sentido cansado?	c52h		Se ha sentido cansado		Si=0, No=1		
Función Social	6 Durante el último mes, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales como la familia, amigos, vecinos o grupos?		Nada. Un poco. Más o menos. Mucho. Demasiado.				
	10 Durante el último mes, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?		Siempre. Casi siempre. Muchas veces. Algunas veces. Casi nunca. Nunca.				
Rol Emocional	5 Durante el último mes, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?		Sí, No				
	5a a) Ha reducido el tiempo dedicado al trabajo u otras actividades.						
	5b b) Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.						
5c c) Ha hecho el trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre.							
Salud mental	Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted en el último mes. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante el último mes:		Siempre. Casi siempre. Muchas veces. Algunas veces. Casi nunca. Nunca.	C52	Estas preguntas se refieren a como se ha sentido usted durante la semana pasada. Para cada pregunta, por favor dígame si la mayor parte del tiempo:		
	9b b) Se ha sentido muy nervioso?			c52e	Se ha sentido solo	Si=0, No=1	
	9c c) Se ha sentido tan decaído que nada podía alentararlo?			c52a	Se ha sentido deprimido	Si=0, No=1	
	9d d) Se ha sentido tranquilo y sosegado?			c52c	Ha sentido que su sueño era intranquilo	Si=0, No=1	
	9f f) Se ha sentido desanimado y triste?			c52g	Se ha sentido triste	Si=0, No=1	
	9h h) Se ha sentido feliz?			c52d	Se ha sentido feliz	Si=1, No=0	
Transición de salud notificada (en relación al año anterior)	Comparando su salud con la de hace un año. ¿cómo la calificaría en general ahora?		Mucho mejor. Algo mejor. Mas o menos igual. Algo peor. Mucho peor	C2	Comparando su salud con la de hace dos años. ¿cómo la calificaría en general ahora?	Mucho mejor=4. Algo mejor=3. Mas o menos igual=2. Algo peor=1. Mucho peor=0	

Fuente: Elaboración propia con datos de: Cuestionario SF-36 diseñado para México, Zúñiga y otros (1999); y Cuestionario ENASEM 2001, INEGI (2001).

ANEXO 2

Conceptos observables y operacinalización de las variables que se incluyeron en el estudio

Concepto no observable	Concepto observable / descripción	Operacionalización de la variable
Sexo	Sexo del entrevistado	0= mujer 1= hombre
Edad	Edad del entrevistado. Se construyeron 4 grandes grupos de edad.	0=50-59 años 1=60-69 años 2=70-79 años 3=80 y más años
Estado Civil	El estado civil que reporta la persona seleccionada	0= Unido 1= Soltero 2= Divorciado o separado 3= Viudo
Tipo de localidad	Tipo de localidad Menos urbanizado = menos de 100 mil habitantes Más urbanizado = 100 mil y más habitantes	0= menos urbanizado 1= más urbanizado
Actitudes hacia la salud	<i>Hábitos preventivos:</i> el reporte de al menos uno de las siguientes cuidados: asistencia a revisión con un profesional de la salud por lo menos una vez al año; el reporte de cuidar su alimentación o realizar alguna actividad física para subir o bajar de peso.	0= Sin hábitos preventivos 1= Al menos un habito preventivo
	<i>Hábitos de riesgo:</i> el reporte de ser bebedor y/o fumador activo. Tomando en cuenta la intensidad y la temporalidad como el número de días (7 y más días) en los últimos 3 meses en los cuales a tomado más de 4 copas; y que se fumen más de 5 cigarrillos normalmente en un día.	0= No fuma ni bebe 1= Solo bebe sin intensidad 2= Solo fuma sin intensidad 3= Bebe y fuma sin intensidad 4= Solo bebe con intensidad 5= Solo fuma con intensidad 6= Bebe y fuma con intensidad.
Servicios de Salud	Tiene derecho a algún servicio medico como, IMSS; ISSTE; Pemex, Defensa o Marina; Seguro medico privado u Otro.	0= Sin servicio medico 1= Algún servicio medico
Historia migratoria	Experiencia migratoria hacia áreas rurales, urbanas, Estados Unidos u otro país, por más de 5 años por cambio de residencia o motivos laborales. <i>Residencia o ciudadanía:</i> para aquellos que tuvieron experiencia migratoria hacia Estados Unidos.	0= Nunca a migrado 1= Migración rural 2= Migración urbana 3= Migración EU u otro país 4= Más de 5 años de estancia, residencia o ciudadanía en EU.
Historia de salud en la niñez	Reporte de haber padecido una enfermedad seria antes de cumplir 10 años, o haber padecido tuberculosis, fiebre reumática, polio, fiebre tifoidea o un golpe serio en la cabeza de tal manera que se desmayo.	1= Al menos un padecimiento 0= Sin padecimientos
Transferencias publicas y privadas	<i>Transferencias publicas::</i> beneficiario de una pensión por: jubilación, viudez, invalidez ó accidente laboral, por divorcio, separación, sobrevivencia u otro tipo; beneficiario de un donativo en dinero o especie de instituciones publicas como Procampo, Progresas, o INSEN.	0= Sin transferencias públicas 1= Al menos una transferencia pública
	<i>Transferencias privadas:</i> recepción en los últimos dos años de ayuda en dinero o especie por cualquiera de sus hijos y/o nietos (y los de su cónyuge).	0= Ninguna transferencia 1= Con transferencias
Historia laboral	Ocupación principal que el entrevistado realizo a lo largo de su vida.	0= Manual agropecuaria 1= Manual no agropecuaria 2= No manual agropecuaria 3= No manual no agropecuaria
Enfermedad crónica o degenerativa	Padecimientos de hipertensión, diabetes, cáncer; enfermedad pulmonar, enfermedad del corazón, embolia cerebral o artritis.	1= Al menos un padecimiento 0= Sin padecimientos
Condiciones de riesgo	Falta de alguna extremidad; el reporte de alguna fractura después de los 50 años; una regular o mala audición aun usando aparato auditivo, o legalmente sordo; una regular o mala visión aun usando lentes, o legalmente invidente.	0 = Sin condiciones de riesgo 1= Al menos una condición de riesgo
Escolaridad	<i>Escolaridad:</i> Años de escolaridad acumulados. La variable va de 0 a 19 años.	0= Sin escolaridad 1= 1-6 años de escolaridad 2= 7-12 años de escolaridad 3= 13 y más años de escolaridad
Estrato socioeconómico	<i>Gasto:</i> gasto mensual del hogar sin considerar autoconsumo.	0=0-700 pesos 1=701-2000 pesos 2=2001-5000 pesos 3=5001 y más pesos

Fuente: Elaboración propia, ENASEM 2001.

ANEXO 3

Cuadro 1a. Índice de masculinidad por grupo de edad y tipo de localidad de la población con 50 años y más.

Grupo de edad	Índice de masculinidad		
	Total	Menos urbanizadas	Más urbanizadas
50-59 años	83.21	85.78	80.59
60-69 años	90.34	100.00	79.02
70-79 años	102.89	115.20	89.18
80 y más años	75.86	86.65	56.67
Total	87.70	94.61	79.91

Fuente: Cálculos propios, ENASEM 2001 (Base ponderada).

*Diferenciales significativos al $p < 0.01$.

Cuadro 2a. Proporciones por grupos de edad, según sexo y tipo de localidad de la población con 50 años y más.

Grupos de edad	Sexo*		Tipo de localidad*	
	Mujer	Hombre	Menos urbanizada	Más urbanizada
50-59 años	46.6%	44.2%	42.4%	49.2%
60-69 años	30.2%	31.1%	31.6%	29.4%
70-79 años	15.0%	17.6%	16.5%	15.8%
80 y más años	8.3%	7.1%	9.6%	5.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Cálculos propios, ENASEM 2001 (Base ponderada).

*Diferenciales significativos al $p < 0.01$.

Cuadro 3a. Proporciones del estado civil, según grupo de edad y sexo de la población con 50 años y más.

Estado Civil	Unido	Soltero	Divorciado o separado	Viudo	Total
Total	66.1%	4.5%	9.6%	19.9%	100.0%
Sexo*					
Mujer	55.4%	5.3%	11.9%	27.5%	100.0%
Hombre	78.8%	3.6%	6.8%	10.8%	100.0%
Grupos de edad*					
50-59 años	75.4%	4.7%	10.0%	9.8%	100%
60-69 años	68.3%	3.6%	9.4%	18.7%	100%
70-79 años	52.5%	5.8%	7.8%	34.0%	100%
80 y más años	31.7%	3.8%	11.3%	53.2%	100%

Fuente: Cálculos propios, ENASEM 2001 (Base ponderada).

*Diferenciales significativos al $p < 0.01$.

Cuadro 4a. Proporciones del nivel de gasto, según sexo, grupos de edad y tipo de localidad de la población con 50 años y más.

Niveles de gasto	0-700 pesos	701-2000 pesos	2001-5000 pesos	5000 y más pesos	Total
Total	18.7%	47.9%	26.7%	6.7%	100%
<u>Sexo*</u>					
Mujer	19.7%	48.0%	26.2%	6.1%	100%
Hombre	17.7%	47.9%	27.2%	7.2%	100%
<u>Grupos de edad*</u>					
50-59 años	13.5%	47.7%	31.4%	7.5%	100%
60-69 años	19.3%	47.4%	27.3%	6.0%	100%
70-79 años	28.2%	48.1%	17.3%	6.4%	100%
80 y más años	29.1%	51.4%	14.5%	5.0%	100%
<u>Tipo de localidad*</u>					
Menos urbanizada	28.6%	52.1%	16.6%	2.8%	100%
Más urbanizada	6.3%	42.8%	39.4%	11.5%	100%

Fuente: Cálculos propios, ENASEM 2001 (Base ponderada).

*Diferenciales significativos al $p < 0.01$.

Cuadro 5a: Proporción de población con 50 años y más por tipo de transferencia pública según sexo, tipo de localidad, grupos de edad y nivel de gasto.

Tipo de transferencia formal	Pensión por jubilación	Pensión por viudez	Pensión por invalidez	Otra pensión	Subsidios gubernamentales	Pensión por Divorcio
Total de la población	10.74%	3.12%	1.08%	0.59%	11.61%	0.39%
Sexo	*	*	*		*	*
Hombres	17.11%	0.02%	1.67%	0.69%	14.00%	0.02%
Mujeres	5.14%	5.83%	0.55%	0.49%	9.51%	0.71%
Grupos de edad	*	*			*	
50-59 años	4.21%	2.00%	1.24%	0.08%	10.08%	0.54%
60-69 años	14.90%	3.31%	1.13%	1.10%	11.75%	0.27%
70-79 años	18.98%	4.86%	0.94%	1.13%	15.86%	0.29%
80 y más	15.42%	5.24%	0.19%	0.39%	11.14%	0.25%
Tipo de localidad	*	*	*		*	*
Menos urbanizada	6.78%	2.01%	0.47%	0.67%	19.43%	0.12%
Más Urbanizada	15.57%	4.46%	1.82%	0.48%	2.10%	0.72%
Gasto	*	*	*	*	*	*
0-700 pesos	3.2%	1.7%	0.5%	0.5%	23.1%	0.2%
701-2000 pesos	9.3%	3.5%	0.9%	0.4%	12.2%	0.3%
2001-5000 pesos	16.5%	3.4%	1.5%	0.7%	5.1%	0.8%
5000 y más pesos	20.4%	4.2%	1.4%	1.6%	1.7%	0.1%
No especificado	10.0%	2.6%	1.4%	0.4%	11.2%	0.2%

Fuente: Cálculos propios, ENASEM 2001 (Base ponderada).

*Diferenciales significativos al $p < 0.01$.

Cuadro 6a: Proporciones de población con 50 años y más, con derecho al menos a un servicio de salud y tipo de apoyo, por sexo, tipo de localidad, grupos de edad y nivel de gasto.

	Al menos un servicio de salud	Apoyo económico		Apoyo no económico (Redes familiares)
		Con transferencias Privadas (familiares)	Al menos una transferencia pública	
Total	53.9%	47.0%	46.8%	48.6%
<u>Sexo</u>		*	*	
Hombres	55.9%	46.5%	32.0%	47.8%
Mujeres	51.6%	58.5%	21.2%	49.2%
<u>Grupos de edad</u>		*	*	*
50-59 años	52.2%	56.5%	17.7%	51.5%
60-69 años	58.6%	42.3%	30.9%	44.1%
70-79 años	56.1%	36.6%	39.6%	46.9%
80 y más	41.1%	30.9%	30.2%	52.6%
<u>Tipo de localidad</u>		*	*	
Menos urbanizada	37.9%	58.2%	28.3%	48.1%
Más Urbanizada	73.4%	46.4%	23.7%	49.1%
<u>Gasto</u>		*		*
0-700 pesos	24.2%	43.4%	28.4%	42.3%
701-2000 pesos	52.1%	41.2%	25.7%	50.4%
2001-5000 pesos	70.8%	54.3%	26.0%	53.3%
5000 y más pesos	78.2%	74.3%	27.8%	41.1%
<u>Enfermedad crónica o degenerativa</u>		*	*	*
Al menos una		58.5%	28.3%	51.0%
Ninguna		46.0%	23.8%	45.7%

Fuente: Cálculos propios, ENASEM 2001 (Base ponderada).

*Diferenciales significativos al $p < 0.01$.

Cuadro 7a: Proporciones de población con 50 años y más por grupo de años de escolaridad según sexo, tipo de localidad, grupos de edad y nivel de gasto.

Diferenciales	Sin escolaridad	1-6 años	7-12 años	13 y más años	Total
Total de la población	31.2%	50.4%	13.1%	5.3%	100%
<u>Sexo*</u>					
Hombres	27.7%	51.8%	13.0%	7.4%	100%
Mujeres	34.2%	49.2%	13.1%	3.5%	100%
<u>Tipo de localidad*</u>					
Menos urbanizada	42.2%	50.2%	5.4%	2.1%	100%
Más Urbanizada	17.8%	50.6%	22.3%	9.2%	100%
<u>Grupos de edad*</u>					
50-59 años	22.9%	52.7%	17.8%	6.5%	100%
60-69 años	31.5%	53.0%	10.5%	5.0%	100%
70-79 años	42.3%	46.1%	8.9%	2.7%	100%
80 y más	55.6%	35.6%	3.7%	5.1%	100%
<u>Gasto*</u>					
0-700 pesos	55.0%	41.9%	2.7%	0.4%	100%
701-2000 pesos	33.3%	55.9%	8.7%	2.2%	100%
2001-5000 pesos	14.7%	54.2%	23.7%	7.4%	100%
5000 y más pesos	9.0%	25.0%	35.1%	30.9%	100%

Fuente: Cálculos propios, ENASEM 2001 (Base ponderada).

*Diferenciales significativos al $p < 0.01$.

Cuadro 8a. Proporciones de la primera experiencia migratoria, según sexo, grupo de edad, tipo de localidad y nivel de gasto de la población con 50 años y más.

Tipo de migración	Nunca ha migrado	Migración rural	Migración urbana	Migración EU u otro país	Más de 5 años, residencia, o ciudadanía en EU	Total
Total	40.8%	34.5%	16.7%	5.7%	2.5%	100%
<u>Sexo*</u>						
Mujer	41.9%	36.2%	18.8%	2.0%	1.1%	100%
Hombre	39.6%	32.5%	14.2%	9.9%	4.1%	100%
<u>Grupos de edad*</u>						
50-59 años	41.7%					
60-69 años	39.6%	35.0%	16.1%	6.7%	2.6%	100%
70-79 años	39.3%	30.7%	18.3%	8.0%	3.8%	100%
80 y más años	43.9%	25.9%	22.3%	5.3%	2.6%	100%
<u>Tipo de localidad*</u>						
Menos urbanizada	52.6%	14.6%	24.3%	6.0%	2.6%	100%
Más urbanizada	26.3%	58.7%	7.3%	5.3%	2.4%	100%
<u>Niveles de gasto*</u>						
0-700 pesos	59.0%	13.2%	22.5%	3.8%	1.6%	100%
701-2000	42.4%	31.4%	17.9%	5.6%	2.4%	100%
2001-5000	30.7%	48.5%	11.6%	5.7%	3.2%	100%
5000 y más	21.9%	57.6%	7.5%	10.1%	2.9%	100%

Fuente: Cálculos propios, ENASEM 2001 (Base ponderada).

*Diferenciales significativos al $p < 0.01$.

Cuadro 9a. Proporciones del tipo de ocupación principal a lo largo de la vida, según sexo, grupo de edad, tipo de localidad y nivel de gasto de la población con 50 años y más.

Tipo de ocupación	Nunca ha trabajado	Manual agropecuario	Manual No agropecuario	No manual agropecuario	No manual No agropecuario	Total
Total	17.8%	22.4%	36.5%	0.9%	22.4%	100%
Sexo*						
Mujer	32.7%	10.2%	35.8%	0.1%	21.2%	100%
Hombre	0.8%	36.4%	37.3%	1.8%	23.7%	100%
Grupos de edad*						
50-59 años	16.5%					
60-69 años	17.6%	22.2%	39.1%	1.0%	20.1%	100%
70-79 años	19.6%	27.6%	34.8%	0.9%	17.2%	100%
80 y más años	22.3%	34.6%	26.6%	1.8%	14.8%	100%
Tipo de localidad*						
Menos urbanizada	21.0%	38.2%	27.3%	1.3%	12.2%	100%
Más urbanizada	13.9%	3.1%	47.7%	0.4%	34.9%	100%
Niveles de gasto*						
0-700 pesos	20.5%	45.6%	27.7%	0.5%	5.7%	100%
701-2000	18.1%	23.3%	41.3%	1.1%	16.2%	100%
2001-5000	15.9%	10.2%	38.5%	1.1%	34.3%	100%
5000 y más	10.9%	4.1%	21.8%	0.5%	62.7%	100%

Fuente: Cálculos propios, ENASEM 2001 (Base ponderada).

*Diferenciales significativos al $p < 0.01$.

Cuadro 10a: Proporciones de aspectos relacionados con la salud y la enfermedad de la población con 50 años y más por sexo, tipo de localidad, grupos de edad y nivel de gasto.

	Al menos una enfermedad en la niñez	Al menos una enfermedad crónica	Al menos una condición de riesgo	Al menos un Hábito preventivo	Sin Hábitos de riesgo
Total	15.25%	56.6%	62.4%	72.8%	25.7%
<u>Sexo</u>		*	*	*	*
Hombres	15.0%	47.3%	63.9%	65.2%	42.1%
Mujeres	15.4%	64.6%	61.0%	79.5%	11.3%
		17.3%			
<u>Tipo de localidad</u>	*	*	*	*	*
Menos urbanizada	17.8%	55.1%	67.9%	67.0%	23.0%
Más Urbanizada	12.4%	58.3%	55.8%	80.0%	28.9%
<u>Grupos de edad</u>		*	*	*	*
50-59 años	15.18%	49.2%	55.6%	72.1%	30.2%
60-69 años	14.53%	61.3%	63.8%	73.9%	24.2%
70-79 años	16.45%	63.8%	71.7%	74.2%	22.2%
80 y más	16.18%	66.9%	78.3%	69.5%	12.3%
<u>Gasto</u>	*	*	*	*	*
0-700 pesos	18.69%	51.6%	68.8%	60.8%	20.7%
701-2000 pesos	14.53%	58.5%	64.9%	71.8%	25.8%
2001-5000 pesos	14.70%	56.8%	54.8%	80.5%	28.9%
5000 y más pesos	16.01%	51.3%	46.8%	86.0%	33.2%
<u>Enfermedad en la niñez</u>		*	*		
Al menos una		56.6%	65.2%		
Ninguna		43.4%	55.8%		
<u>Enfermedad crónica o degenerativa</u>			*	*	*
Al menos una			70.3%	84.5%	80.29%
Ninguna			60.1%	59.5%	67.59%

Fuente: Cálculos propios, ENASEM 2001 (Base ponderada).

*Diferenciales significativos al $p < 0.01$.

Cuadro 11a: Proporción de población con 50 años y más por sexo por hábitos de riesgo según sexo, tipo de localidad, grupos de edad, nivel de gasto y padecimientos crónico degenerativos.

Hábitos de riesgo	No fuma ni bebe	Solo bebe sin intensidad	Solo Fuma sin intensidad	Fuma y bebe sin intensidad	Solo bebe con intensidad	Solo fuma con intensidad	Fuma y bebe con intensidad	Total
Total	74.3%	6.5%	7.2%	2.2%	2.3%	6.8%	0.5%	100.0%
Sexo								
Hombres	57.9%	11.4%	9.5%	4.4%	4.7%	11.0%	1.0%	100.0%
Mujeres	88.7%	2.3%	5.2%	0.3%	0.2%	3.1%	0.0%	100.0%
Tipo de localidad								
Menos urbanizada	77.0%	6.0%	6.2%	2.1%	2.4%	5.9%	0.3%	100.0%
Más Urbanizada	71.1%	7.2%	8.5%	2.4%	2.3%	7.9%	0.6%	100.0%
Grupos de edad								
50-59 años	69.8%	7.8%	7.9%	3.0%	3.2%	7.6%	0.7%	100.0%
60-69 años	75.8%	6.3%	6.6%	1.5%	2.0%	7.2%	0.5%	100.0%
70-79 años	77.8%	5.0%	7.8%	2.0%	1.3%	5.9%	0.1%	100.0%
80 y más	87.7%	3.1%	4.5%	1.3%	0.3%	2.7%	0.3%	100.0%
Gasto								
0-700 pesos	79.3%	5.6%	6.4%	2.0%	1.6%	4.4%	0.6%	100.0%
701-2000 pesos	74.2%	6.6%	7.0%	2.6%	2.3%	7.0%	0.3%	100.0%
2001-5000 pesos	71.1%	6.8%	8.7%	1.7%	2.8%	7.9%	0.9%	100.0%
5000 y más pesos	66.8%	8.9%	6.9%	3.2%	3.3%	10.4%	0.5%	100.0%
No especificado	80.2%	5.4%	6.0%	1.4%	1.2%	5.4%	0.3%	100.0%
Enfermedad crónica o degenerativa								
Al menos una	80.29%	5.29%	5.98%	1.57%	1.69%	4.85%	0.32%	100.0%
Ninguna	67.59%	8.12%	8.85%	3.07%	2.88%	8.87%	0.57%	100.0%

Fuente: Cálculos propios, ENASEM 2001 (Base ponderada).

*Diferenciales significativos al $p < 0.01$.

Cuadro 12a: Proporciones de variables sociodemográficas según estado de salud física y mental de la población con 50 años y más.

Valores del índice	0-20	20.01-40	40.01-60	60.01-80	80.01-100	0-100	0-60
Aspectos Sociodemográficos	Mucho peor salud	Peor salud	Salud regular	Mejor salud	Mucho mejor salud	Total	Más desfavorables
Total	2.9%	15.0%	29.1%	44.3%	8.7%	100.0%	47.0%
Sexo							
Mujer	3.9%	18.5%	32.4%	39.2%	5.9%	100%	54.8%
Hombre	1.7%	10.9%	25.3%	50.1%	12.0%	100%	38.0%
Grupos de edad							
50-59 años	1.8%	11.4%	28.6%	47.4%	10.8%	100%	41.8%
60-69 años	2.4%	15.5%	29.6%	44.4%	8.0%	100%	47.5%
70-79 años	3.7%	20.9%	30.0%	39.9%	5.5%	100%	54.6%
80 y más años	10.8%	24.4%	28.4%	31.3%	5.0%	100%	63.7%
Mujeres							
50-59 años	2.6%	15.2%	32.8%	42.3%	7.2%	100.0%	50.5%
60-69 años	3.2%	19.5%	33.4%	38.7%	5.1%	100.0%	56.2%
70-79 años	5.5%	26.1%	30.2%	34.5%	3.8%	100.0%	61.7%
80 y más años	13.5%	22.4%	30.3%	28.9%	4.9%	100.0%	66.2%
Hombres							
50-59 años	0.8%	6.6%	23.4%	53.8%	15.3%	100.0%	30.8%
60-69 años	1.5%	10.9%	25.2%	51.0%	11.4%	100.0%	37.7%
70-79 años	2.1%	16.1%	29.9%	44.9%	7.0%	100.0%	48.1%
80 y más años	7.9%	26.7%	26.7%	33.8%	5.0%	100.0%	61.3%
Tipo de localidad							
Menos urbanizada	3.4%	17.3%	29.5%	43.2%	6.6%	100%	50.2%
Más urbanizada	2.2%	12.3%	28.8%	45.5%	11.2%	100%	43.3%
Mujeres							
Menos urbanizada	4.5%	21.5%	32.4%	37.7%	3.9%	100.0%	58.4%
Más urbanizada	3.2%	15.5%	32.5%	40.8%	8.0%	100.0%	51.1%
Hombres							
Menos urbanizada	2.3%	13.0%	26.4%	49.1%	9.3%	100.0%	41.6%
Más urbanizada	1.1%	8.3%	24.1%	51.3%	15.2%	100.0%	33.5%

Fuente: Cálculos propios, ENASEM 2001 (base ponderada).

*Diferenciales significativos $p < 0.01$

Valores del índice	0-20	20.01-40	40.01-60	60.01-80	80.01-100	0-100	0-60
Aspectos Sociodemográficos	Mucho peor salud	Peor salud	Salud regular	Mejor salud	Mucho mejor salud	Total	Más desfavorables
Total	2.9%	15.0%	29.1%	44.3%	8.7%	100.0%	47.0%
<u>Estado civil</u>							
Unido	2.6%	12.9%	28.3%	46.4%	9.8%	100%	43.8%
Soltero	1.1%	13.5%	23.1%	52.3%	10.1%	100%	37.7%
Divorciado o separado	1.8%	18.1%	30.2%	42.3%	7.6%	100%	50.1%
Viudo	4.8%	21.8%	33.3%	35.3%	4.8%	100%	59.9%
<u>Mujeres</u>							
Unida	3.8%	17.0%	31.3%	41.6%	6.4%	100.0%	52.0%
Soltera	1.7%	16.1%	24.1%	50.0%	8.0%	100.0%	42.0%
Divorciada o separada	2.3%	16.5%	35.7%	38.9%	6.7%	100.0%	54.4%
Viuda	5.2%	23.5%	35.2%	31.9%	4.2%	100.0%	63.9%
<u>Hombres</u>							
Unido	1.6%	9.5%	25.8%	50.4%	12.7%	100.0%	36.9%
Soltero	0.5%	9.1%	21.1%	56.0%	13.4%	100.0%	30.6%
Divorciado o separado	0.8%	21.3%	19.3%	49.3%	9.5%	100.0%	41.3%
Viudo	3.6%	16.4%	27.5%	45.8%	6.8%	100.0%	47.4%

Fuente: Cálculos propios, ENASEM 2001 (base ponderada).

*Diferenciales significativos $p < 0.01$

Cuadro 13a: Proporciones de las variables del grupo de oportunidades según estado de salud física y mental de la población con 50 años y más.

Valores del índice	0-20	20.01-40	40.01-60	60.01-80	80.01-100	0-100	0-60
Aspectos Sociodemográficos	Mucho peor salud	Peor salud	Salud regular	Mejor salud	Mucho mejor salud	Total	Más desfavorables
Total	2.9%	15.0%	29.1%	44.3%	8.7%	100.0%	47.0%
Gasto							
0-700 pesos	3.4%	22.9%	33.8%	36.8%	3.2%	100%	60.0%
701-2000 pesos	2.5%	14.9%	30.7%	45.3%	6.6%	100%	48.1%
2001-5000 pesos	2.6%	10.5%	27.1%	48.0%	11.8%	100%	40.3%
5000 y más pesos	0.1%	7.9%	19.2%	47.8%	24.9%	100%	27.3%
Mujeres							
0-700 pesos	3.6%	24.9%	36.1%	32.9%	2.5%	100%	64.6%
701-2000 pesos	3.3%	19.6%	34.0%	38.3%	4.7%	100%	57.0%
2001-5000 pesos	4.0%	13.0%	31.2%	43.5%	8.2%	100%	48.3%
5000 y más pesos	0.0%	12.2%	24.6%	47.2%	16.1%	100%	36.8%
Hombres							
0-700 pesos	3.1%	20.2%	30.7%	41.9%	4.1%	100%	54.1%
701-2000 pesos	1.6%	9.6%	27.0%	53.0%	8.8%	100%	38.2%
2001-5000 pesos	1.1%	7.8%	22.8%	52.7%	15.7%	100%	31.7%
5000 y más pesos	0.0%	3.9%	14.2%	48.4%	33.5%	100%	18.1%
Transferencias públicas							
Sin transferencias	2.9%	15.8%	28.8%	44.1%	8.4%	100%	47.5%
Al menos una transferencia	2.9%	12.5%	30.4%	44.7%	9.6%	100%	45.7%
Mujeres							
Sin transferencias	3.8%	18.9%	32.1%	39.4%	5.8%	100%	54.8%
Al menos una transferencia	4.2%	17.2%	34.3%	38.0%	6.3%	100%	55.7%
Hombres							
Sin transferencias	1.7%	11.7%	24.5%	50.4%	11.7%	100%	37.9%
Al menos una transferencia	1.8%	9.0%	27.3%	49.8%	12.0%	100%	38.2%
Transferencias privadas							
Sin transferencias	1.9%	10.7%	28.2%	47.8%	11.4%	100%	40.8%
Con transferencias	3.9%	19.0%	30.7%	40.2%	6.1%	100%	53.6%
Mujeres							
Sin transferencias	2.9%	14.7%	32.2%	43.0%	7.2%	100%	49.8%
Con transferencias	4.7%	21.5%	33.4%	35.7%	4.7%	100%	59.6%
Hombres							
Sin transferencias	0.9%	7.2%	24.6%	52.0%	15.3%	100%	32.7%
Con transferencias	2.7%	15.5%	26.9%	46.7%	8.2%	100%	45.2%

Fuente: Cálculos propios, ENASEM 2001 (base ponderada).

*Diferenciales significativos $p < 0.01$

Valores del índice	0-20	20.01-40	40.01-60	60.01-80	80.01-100	0-100	
Aspectos Sociodemográficos	Mucho peor salud	Peor salud	Salud regular	Mejor salud	Mucho mejor salud	Total	
Total	2.9%	15.0%	29.1%	44.3%	8.7%	100.0%	47.0%
<u>Apoyo no-económico</u>							
Sin apoyo	2.4%	14.0%	28.1%	46.0%	9.4%	100%	44.6%
Con apoyo	3.5%	16.1%	31.2%	41.4%	7.8%	100%	50.8%
<u>Mujeres</u>							
Sin apoyo	3.1%	17.2%	30.8%	42.9%	6.0%	100%	51.1%
Con apoyo	4.9%	20.2%	35.1%	34.3%	5.5%	100%	60.2%
<u>Hombres</u>							
Sin apoyo	1.6%	10.5%	25.0%	49.6%	13.3%	100%	37.1%
Con apoyo	1.8%	11.2%	26.6%	49.8%	10.6%	100%	39.6%
<u>Servicios de salud</u>							
Ninguno	3.6%	17.3%	29.9%	42.5%	6.7%	100%	50.8%
Al menos uno	2.3%	13.1%	28.5%	45.7%	10.4%	100%	43.9%
<u>Mujeres</u>							
Ninguno	5.1%	20.8%	32.0%	37.1%	5.0%	100%	57.9%
Al menos uno	2.9%	16.8%	32.8%	40.8%	6.7%	100%	52.5%
<u>Hombres</u>							
Ninguno	2.0%	13.6%	27.7%	48.2%	8.5%	100%	43.3%
Al menos uno	1.5%	8.5%	23.2%	51.7%	15.1%	100%	33.2%
<u>Escolaridad</u>							
Sin escolaridad	5.4%	21.3%	31.7%	36.9%	4.7%	100%	58.5%
1-6 años	2.3%	14.4%	30.4%	46.6%	6.3%	100%	47.1%
7-12 años	0.6%	7.7%	23.3%	50.8%	17.6%	100%	31.6%
13 y más años	0.3%	4.2%	16.5%	46.5%	32.6%	100%	20.9%
<u>Mujeres</u>							
Sin escolaridad	6.0%	23.5%	33.8%	32.2%	4.5%	100%	63.3%
1-6 años	3.7%	19.2%	33.7%	40.2%	3.3%	100%	56.5%
7-12 años	0.6%	7.8%	26.7%	50.3%	14.7%	100%	35.0%
13 y más años	0.0%	7.0%	23.3%	48.1%	21.7%	100%	30.2%
<u>Hombres</u>							
Sin escolaridad	4.6%	18.3%	28.8%	43.3%	4.9%	100%	51.7%
1-6 años	0.8%	9.2%	26.9%	53.6%	9.5%	100%	36.9%
7-12 años	0.5%	7.7%	19.4%	51.6%	20.8%	100%	27.6%
13 y más años	0.5%	2.5%	12.2%	45.7%	39.1%	100.0%	15.2%

Fuente: Cálculos propios, ENASEM 2001 (base ponderada).

*Diferenciales significativos $p < 0.01$

Cuadro 14a: Proporciones de las variables del grupo de trayectoria de vida según estado de salud física y mental de la población con 50 años y más.

Valores del índice	0-20	20.01-40	40.01-60	60.01-80	80.01-100	0-60	
Variables del grupo de trayectoria de vida	Mucho peor salud	Peor salud	Salud regular	Mejor salud	Mucho mejor salud	Total	Más desfavorable
Total	2.9%	15.0%	29.1%	44.3%	8.7%	100.0%	47.0%
<u>Experiencia migratoria</u>							
Nunca migró	2.4%	14.7%	28.1%	47.4%	7.4%	100%	45.3%
Migración rural	2.5%	14.0%	26.9%	45.6%	11.0%	100%	43.4%
Migración urbana	4.3%	20.6%	34.7%	35.9%	4.5%	100%	59.6%
Migración EU u otro país	3.2%	9.9%	34.4%	39.1%	13.3%	100%	47.6%
Más de 5 años, residencia, o ciudadanía en EU	3.5%	8.3%	27.4%	43.8%	17.0%	100%	39.2%
<u>Mujeres</u>							
Nunca migró	3.4%	18.2%	31.4%	42.6%	4.4%	100%	53.0%
Migración rural	3.4%	17.0%	32.1%	39.8%	7.7%	100%	52.6%
Migración urbana	5.6%	23.3%	35.7%	30.7%	4.7%	100%	64.6%
Migración EU u otro país	2.2%	12.7%	32.8%	38.1%	14.2%	100%	47.8%
Más de 5 años, residencia, o ciudadanía en EU	9.1%	18.2%	25.8%	34.8%	12.1%	100%	53.0%
<u>Hombres</u>							
Nunca migró	1.2%	10.5%	24.0%	53.2%	11.1%	100%	35.7%
Migración rural	1.4%	10.3%	20.4%	52.8%	15.1%	100%	32.0%
Migración urbana	2.4%	16.3%	33.1%	44.0%	4.1%	100%	51.8%
Migración EU u otro país	3.4%	9.3%	34.8%	39.2%	13.3%	100%	47.5%
Más de 5 años, residencia, o ciudadanía en EU	1.8%	5.4%	27.9%	46.4%	18.5%	100%	35.1%
<u>Ocupación principal a lo largo de la vida</u>							
Nunca ha trabajado	3.7%	16.8%	32.1%	41.2%	6.1%	100%	52.6%
Manual agropecuario	3.9%	17.6%	31.6%	42.5%	4.4%	100%	53.0%
Manual No agropecuario	2.7%	16.7%	30.7%	43.4%	6.5%	100%	50.0%
No manual agropecuario	5.9%	6.7%	25.2%	48.7%	13.4%	100%	37.8%
No manual No agropecuario	1.5%	8.7%	22.3%	49.4%	18.1%	100%	32.5%
<u>Mujeres</u>							
Nunca ha trabajado	3.8%	16.9%	32.1%	41.0%	6.1%	100%	52.8%
Manual agropecuario	8.2%	23.8%	34.1%	32.2%	1.6%	100%	66.2%
Manual No agropecuario	4.0%	22.3%	36.5%	34.0%	3.3%	100%	62.8%
No manual agropecuario	0.0%	25.0%	50.0%	25.0%	0.0%	100%	75.0%
No manual No agropecuario	2.0%	11.9%	25.4%	48.9%	11.8%	100%	39.3%

Fuente: Cálculos propios, ENASEM 2001 (base ponderada).

*Diferenciales significativos $p < 0.01$

Valores del índice	0-20	20.01-40	40.01-60	60.01-80	80.01-100	0-60	
Variables del grupo de trayectoria de vida	Mucho peor salud	Peor salud	Salud regular	Mejor salud	Mucho mejor salud	Total	Más desfavorable
Total	2.9%	15.0%	29.1%	44.3%	8.7%	100.0%	47.0%
<u>Ocupación principal a lo largo de la vida</u>							
<u>Hombres</u>							
Nunca ha trabajado	2.5%	15.6%	30.8%	45.8%	5.3%	100%	48.9%
Manual agropecuario	1.3%	10.5%	24.4%	53.8%	10.1%	100%	36.2%
Manual No agropecuario	6.4%	5.5%	23.6%	50.9%	13.6%	100%	35.5%
No manual agropecuario	1.0%	5.3%	19.0%	49.9%	24.8%	100%	25.3%
No manual No agropecuario	1.7%	10.9%	25.4%	50.0%	12.0%	100%	38.1%
<u>Enfermedad en la niñez</u>							
Sin enfermedad	2.6%	13.3%	28.3%	46.2%	9.5%	100%	44.3%
Al menos una	4.4%	23.6%	33.6%	33.8%	4.6%	100%	61.6%
<u>Mujeres</u>							
Sin enfermedad	3.5%	16.6%	31.8%	41.6%	6.4%	100%	52.0%
Al menos una	5.9%	28.8%	35.6%	26.5%	3.3%	100%	70.3%
<u>Hombres</u>							
Sin enfermedad	1.5%	9.6%	24.2%	51.5%	13.1%	100%	35.4%
Al menos una	2.7%	17.7%	31.3%	42.2%	6.1%	100%	51.7%

Fuente: Cálculos propios, ENASEM 2001 (base ponderada).

*Diferenciales significativos $p < 0.01$

Cuadro 15a: Proporciones de las variables del grupo de actitudes hacia la salud, y enfermedad según estado de salud física y mental de la población con 50 años y más.

Valores del índice	0-20	20.01-40	40.01-60	60.01-80	80.01-100		0-60
Variables de actitudes hacia la salud y de control	Mucho peor salud	Peor salud	Salud regular	Mejor salud	Mucho mejor salud	Total	Más desfavorable
Total	2.9%	15.0%	29.1%	44.3%	8.7%	100%	47.0%
<u>Hábitos de riesgo</u>							
No fuma ni bebe	3.4%	17.3%	29.3%	42.7%	7.3%	100%	50.0%
Solo bebe sin intensidad	0.0%	5.7%	28.3%	47.5%	18.6%	100%	34.0%
Solo Fuma sin intensidad	2.7%	10.5%	29.2%	46.0%	11.6%	100%	42.4%
Fuma y bebe sin intensidad	0.0%	5.3%	24.7%	60.4%	9.5%	100%	30.0%
Solo bebe con intensidad	0.3%	8.9%	31.5%	45.7%	13.6%	100%	40.7%
Solo fuma con intensidad	1.8%	9.2%	28.8%	50.6%	9.6%	100%	39.8%
Fuma y bebe con intensidad	1.7%	3.3%	30.0%	48.3%	16.7%	100%	35.0%
<u>Mujeres</u>							
No fuma ni bebe	4.0%	18.8%	32.0%	39.7%	5.4%	100%	54.8%
Solo bebe sin intensidad	0.0%	10.1%	34.2%	38.9%	16.8%	100%	44.3%
Solo Fuma sin intensidad	3.8%	20.3%	30.0%	35.4%	10.5%	100%	54.1%
Fuma y bebe sin intensidad	0.0%	3.6%	60.7%	35.7%	0.0%	100%	64.3%
Solo bebe con intensidad	0.0%	25.0%	33.3%	41.7%	0.0%	100%	58.3%
Solo fuma con intensidad	2.7%	16.1%	42.4%	32.1%	6.7%	100%	61.2%
Fuma y bebe con intensidad	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	100%	100.0%
<u>Hombres</u>							
No fuma ni bebe	2.3%	14.7%	24.4%	47.9%	10.6%	100%	41.5%
Solo bebe sin intensidad	0.0%	4.7%	27.0%	49.3%	18.9%	100%	31.7%
Solo Fuma sin intensidad	1.9%	4.2%	28.7%	52.9%	12.3%	100%	34.9%
<u>Fuma y bebe sin intensidad</u>	0.0%	5.5%	20.7%	63.3%	10.5%	100%	26.2%
Solo bebe con intensidad	0.3%	8.6%	31.3%	45.7%	14.1%	100%	40.2%
Solo fuma con intensidad	1.5%	6.9%	24.3%	56.7%	10.6%	100%	32.7%
Fuma y bebe con intensidad	1.7%	3.4%	28.8%	49.2%	16.9%	100%	33.9%
<u>Hábitos preventivos</u>							
Ninguno	1.8%	10.0%	25.3%	51.4%	11.5%	100%	37.1%
Al menos uno	3.3%	16.8%	30.5%	41.7%	7.7%	100%	50.6%
<u>Mujeres</u>							
Ninguno	3.1%	12.0%	30.9%	45.1%	8.8%	100%	46.1%
Al menos uno	4.1%	20.2%	32.8%	37.8%	5.1%	100%	57.1%
<u>Hombres</u>							
Ninguno	0.9%	8.6%	21.4%	55.7%	13.4%	100%	30.9%
Al menos uno	2.1%	12.1%	27.4%	47.0%	11.3%	100%	41.7%

Fuente: Cálculos propios, ENASEM 2001 (base ponderada).

*Diferenciales significativos $p < 0.01$

<u>Valores del índice</u>	0-20	20.01-40	40.01-60	60.01-80	80.01-100		0-60
<u>Variables de actitudes hacia la salud y de control</u>	Mucho peor salud	Peor salud	Salud regular	Mejor salud	Mucho mejor salud	Total	Más desfavorable
Total	2.9%	15.0%	29.1%	44.3%	8.7%	100%	47.0%
<u>Enfermedad crónica o degenerativa</u>							
Ninguna	1.2%	7.9%	23.2%	54.2%	13.4%	100%	32.4%
Al menos una	4.1%	20.9%	34.1%	35.9%	5.0%	100%	59.1%
<u>Mujeres</u>							
Ninguna	1.5%	8.6%	27.7%	51.6%	10.6%	100%	37.9%
Al menos una	5.1%	24.4%	35.4%	31.8%	3.3%	100%	64.9%
<u>Hombres</u>							
Ninguna	1.0%	7.4%	19.8%	56.3%	15.6%	100%	28.1%
Al menos una	2.5%	15.3%	32.0%	42.5%	7.8%	100%	49.8%
<u>Condiciones de riesgo</u>							
Ninguna	0.9%	7.4%	24.1%	52.5%	15.1%	100%	32.5%
Al menos una	4.1%	20.0%	32.5%	38.7%	4.6%	100%	56.7%
<u>Mujeres</u>							
Ninguna	1.1%	10.3%	29.2%	49.8%	9.5%	100%	40.7%
Al menos una	5.8%	24.1%	34.7%	31.9%	3.6%	100%	64.5%
<u>Hombres</u>							
Ninguna	0.7%	3.9%	17.9%	55.7%	21.8%	100%	22.5%
Al menos una	2.4%	15.4%	30.1%	46.3%	5.8%	100%	47.9%

Fuente: Cálculos propios, ENASEM 2001 (base ponderada).

*Diferenciales significativos $p < 0.01$

Bibliografía

Aguirre, Alejandro (1999), "Las tendencias de la población en América Latina hacia el final de la transición demográfica: un análisis orientado hacia el sector salud", en Hill K., J. Morelos y R. Wong (Coors) "*Las consecuencias de la transición demográfica y epidemiológica en América Latina*", México, El Colegio de México, pp. 571-598

Ariza, Mariana (2000), *Ya no soy la que dejé atrás... Mujeres migrantes en República dominicana*, IISUNAM, México.

Camposortega, Sergio (1997), "Cien años de mortalidad en México", en *Demos: Carta Demográfica sobre México*, Núm 10, pp. 11-13.

Castro, M. Teresa y Fátima Juárez (1995). "La influencia de la educación de la mujer sobre la fecundidad en América Latina: en busca de explicación", en *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, 1995, número especial, The Alan Guttmacher Institute, pp.4- 10.

Cardenas, Rosario y patricia Fernández-Ham (1996), "Reducciones de la mortalidad", en *Demos: Carta Demográfica Sobre México*, núm. 9, pp.11-12.

Cohen, G. A. (1996), "¿Igualdad de qué? Sobre el bienestar, los bienes y las capacidades", en Martha C. Nussbaum y Amartya Sen (comps), *La calidad de vida*, México, Fondo de Cultura Económica, pp. 27-52.

CONAPO (2004), *Sitio Web del Consejo nacional de población*.
http://www.conapo.gob.mx/m_en_cifras/5.htm

Cox, D. R., R. Fitzpatrick , A. E. Fletcher, S. Gore, D. J. Spiegelhalter y D. R. Jones (1992), "Quality-of-Life Assessment: Can We Keep it Simple", *Journal of the Royal Statistic Society*, Vol. 155, num.3,pp.353-393.

Del Popolo, Fabiana (2001), *Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América latina*, CEPAL/CELADE/FNUAP, Santiago de Chile.

ENSE (1994), *Encuesta Nacional Sobre la Sociodemografía del Envejecimiento en México, 1994*, Serie Sociodemografía del envejecimiento en México, México, CONAPO/DIF.

Fonseca, P. Galia Contanza(2002), *Manual de medicina de rehabilitación: calidad de vida más allá de la enfermedad*, Colombia, El manual moderno.

Gomes, da Conceicao Ma. Cristina (2001), "Condiciones socioeconómicas de la tercera edad", en *Demos: Carta Demográfica Sobre México*, núm. 14, pp.13-15.

Green, Wiliam (1999), *Análisis econométrico*, Prentice Hall, Madrid.

Gujarati, Damodar N. (2001), *Econometría*, McGrawHill, Colombia.

Gutiérrez R. , L. Miguel (2000), "La salud del anciano en México", Seminario Técnico, CEPAL, Serie Seminarios y conferencias(2), pp: 195-214.

- _____ (2001), "Morbilidad en la población mayor", en *Demos: Carta demográfica sobre México*, núm. 14, pp.8-9 .
- Ham Chande, Roberto (2003), *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*, El Colegio de la Frontera Norte / Porrúa , México.
- _____ (2001), "Esperanza de vida y expectativas de salud en las edades avanzadas", *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol.16, num. 3, pp. 545-560.
- _____ (1993), *Salud y bienestar frente al proceso de envejecimiento*, Centro de Estudios en Población y salud, Secretaria de Salud, México.
- Hernández, Franco Daniel (2001), "Desigualdad y pobreza de la población mayor", en *Demos: Carta Demográfica Sobre México*, núm. 14, pp. 32-33.
- INEGI (2001), *Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México 2001: Cuestionario básico*, México.
- _____ (2001^a), *Indicadores sociodemográficos de México 1930-2000*, México.
- Koning, Alex J. y Franses, Philip Hans (2003), "Confidence Intervals for Cronbach's Coefficient Alpha Values", *ERIM Report Series*, Reference No. ERS-2003-041-MKT.
<http://ssrn.com/abstract=423658>
- Kumate, Jesús (2004), "La transición epidemiológica del siglo XX: ¿Vino nuevo en odres viejos?", *Revista de la Facultad de Medicina, UNAM*, No 45, Vol. 3.
<http://www.ejournal.unam.mx/revfacmed/no45-3/RFM45303.pdf>
- Lerner Susana y André Quesnel (1994), "Instituciones y reproducción. Hacia una interpretación del papel de las instituciones en la regulación de la fecundidad en México" en Alba, F. Y G. Cabrera (comps.), *La población en el desarrollo contemporáneo de México*, México, El colegio de México, pp.85-117.
- Lozano Ascencio R., Frenk Mora J., y Miguel A. González B. (1996), "El peso de la enfermedad en los adultos mayores, México 1994", *Salud Publica de México*, Vol. 38, num.6, pp. 419-429.
- Luna S., Silvia (1995), "*Mortalidad adulta en la Ciudad de México: una perspectiva desde el acceso a los servicios de salud y el estilo de vida*", El Colegio de México, tesis de doctorado.
- McCulloch, Jan, y Vira R. Kivett (1998), "Older rural women: ageing in historical and current context", en Coward R. T. y Krout J. A. (editors), *Ageing in rural settings: live circumstances and distinctive features*, Springer Publishing Company.
- Martínez, Carolina (1990), "manifestación de las desigualdades sociales", *Demos: Carta Demográfica Sobre México*, núm. 3, pp. 10-12. .
- Montes de Oca, Verónica (2001), *El envejecimiento en México: un análisis sociodemográfico de los apoyos sociales y bienestar de los adultos mayores*, El Colegio de México, tesis de doctorado.
- _____ (2001^a), "Desigualdad estructural entre la población anciana de México. Factores que han condicionado el apoyo institucional entre la población con 60 años y más en México", *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol.16, num. 3, pp. 585-614.

Negrete, Salas María Eugenia (2002), "Distribución geográfica de la población mayor", en *Demos: Carta Demográfica Sobre México*, núm. 14, pp. 18-20.

Ordorica, M. Manuel (2002), "Un viaje en el tiempo por la demografía de México", en Brígida García (coord.) *"Población y sociedad al inicio del siglo XXI"*, México, El colegio de México, pp. 55-74.

_____ (2001), "Grandes causas de muerte de los mayores", *Demos: Carta Demográfica Sobre México*, núm. 14, pp. 10-12.

ONU (2001), *La situación del envejecimiento de la población mundial*, Nueva York, Naciones Unidas.

Palloni, A., Soldo B. y R. Wong (2002), Health Status in a National Sample of Elderly Mexicans, Paper prepared for presentation at the Gerontological Society of America Conference, Boston. <http://www.ssc.upenn.edu/mhas/Papers/5.pdf>

Partida, Bush Virgilio (2001), "Montos y estructura de la población en el año 2000 y perspectivas en el 2050", *Demos: Carta Demográfica Sobre México*, núm. 14, pp.6-7.

Peláez M. , Palloni A. y M. Ferrer (2000), "Perspectivas para un envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe", Seminario Técnico, CEPAL, Serie Seminarios y conferencias(2), pp: 171-194.

Romero L., Cristina B. (2002), "Psicología de la salud en la promoción de la salud como un estado de bienestar Bio-Psico-Social", Tesis de Licenciatura, UNAM/ENEP Iztacala.

Sen, Amartya (1996), "Capacidad y Bienestar", en Martha C. Nussbaum y Amartya Sen (comps), *La calidad de vida*, México, Fondo de Cultura Económica, pp. 54-79.

Villa M. y L. Rivadeneira (2000), "El proceso de envejecimiento en América Latina y el Caribe", Seminario Técnico, CEPAL, Serie Seminarios y conferencias(2), pp: 25-58.

Ware, J. E. (1993), *SF-36 health survey manual and interpretation guide*, Boston, New England Medical Center.

_____ (2000), "SF-36 Health Survey Update" en *Spine*, Vol. 25, No 24, pp. 3130-3139.

WHO (2004), pagina de Internet de la Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/about/definition/en/>

Wong, R. y Espinoza (2002), "Bienestar económico de la población en edad media y avanzada en México: primeros resultados del estudio nacional de salud y envejecimiento en México ", Documento de referencia para la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Adultas Mayores: el Rol del Estado, la Familia y la Comunidad, Santiago de Chile, CEPAL/ CELADE- División de Población. <http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/7/11497/Rwong.pdf>

Wong, Rebeca (2001), "La migración y las condiciones socioeconómicas en edades mayores", en *Demos: Carta Demográfica Sobre México*, núm. 14, pp.16-17.

Wong, Rebeca y Maria Aysa Lastra (2001), "Envejecimiento y salud en México: un enfoque integrado", *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol.16, num. 3, pp. 519-544.

Wong, Rebeca y Ma. Elena Figueroa (1999), "Morbilidad y utilización de servicios de salud entre la población de edad avanzada: un análisis comparativo", *Papeles de Población*, num. 19, pp. 103-124.

Zúñiga, Miguel A., Jenny Carrillo J, Peter J. Fos, Barbara Ganden y Manuel Medina (1999), "Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México", *Salud Publica de México*, Vol. 41, num.2, pp. 110-118.

