

20
zej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAS DE CIENCIAS

EL ESTADO FUNCIONAL DE LA VEJEZ EN MÉXICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ACTUARIO

PRESENTA:

VLADIMIR CANUDAS ROMO



DIRECTOR DE TESIS:

ROBERTO HAM CHANDE

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

M. en C. Virginia Abrín Barule
Jefe de la División de Estudios Profesionales de la
Facultad de Ciencias
P r e s e n t e

Comunicamos a usted que hemos revisado el trabajo de Tesis:

ESTADO FUNCIONAL DE LA VEJEZ EN MEXICO

realizado por VLADIMIR CANUDAS ROMO

con número de cuenta 9377118-8 , pasante de la carrera de ACTUARIA

Dicho trabajo cuenta con nuestro voto aprobatorio.

Atentamente

Director de Tesis	M. en C. Roberto Ham Chande
Propietario	Dr. Réne A. Jiménez Ornelas.
Propietario	M. en D. Alejandro Mina Valdes
Suplente	Dr. Sergio Camposortega Cruz
Suplente	M. en D. Verónica Montes de Oca

Consejo Departamental de Matemáticas

Act. Agustín Román

CONSEJO DEPARTAMENTAL DE

MATEMÁTICAS

En memoria de

ROSA MARIA LOPEZ MARTINEZ

ANTONIO ROMO (EL CHATO)

EDUARDO CANUDAS (GUAYO)

Dedicado a: . . . LA MUJER

ESPERANZA SANDOVAL CALDERA (ABUE)

ROSA MARIA ROMO LOPEZ (MADRE)

CLIO ITZEL CANUDAS ROMO (HERMANA)

MI FAMILIA

MI UNIVERSIDAD

MI PATRIA

“centenario del natalicio de Carlos Pellicer Camara” .

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

METODOLOGÍA

- 1-Definición de las funciones.
- 2-Operacionalización en la obtención del Índice de Barthel.

CAPITULO I EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN.

- I.1-El envejecimiento como fenómeno mundial
- I.2-América Latina y el Caribe en el proceso de envejecimiento
- I.3-México y su proceso de envejecimiento
- I.4-La desigualdad social y el envejecimiento

CAPITULO II LA RELEVANCIA DEL ESTADO FUNCIONAL EN LA VEJEZ.

- II.1-Vejez, edad acumulada o deficiencias de salud
- II.2-Vejez, desigualdad según condiciones socioeconómicas
- II.3-El estudio del estado funcional
- II.4-Justificación del índice de funcionalidad
- II.5-La valoración social del estado funcional

CAPITULO III REFLEXIONES SOBRE EL ESTADO FUNCIONAL.

- III.1-El estado funcional de la vejez en los próximos años
- III.2-Pero, ¿que hacemos con los viejos y sus gastos ?

CONCLUSIÓN

BIBLIOGRAFÍA

GLOSARIO

ANEXO I

**Encuesta Nacional de Sociodemografía del Envejecimiento en México, 1994.
(ENSE'94)**

ANEXO II

Gráficas y Cuadros.

INTRODUCCIÓN.

Actualmente el tema de los cambios en la administración de los recursos destinados a la jubilación, nos ha hecho reflexionar sobre uno de los grupos más abandonados por la sociedad, el de los ancianos, y preguntarnos acerca de la calidad de vida y las necesidades de dicho segmento social. Los estudios demográficos nacionales sobre el futuro de la población, revelan que el número de personas mayores de 65 años aumentará, tanto en números absolutos como en porcentajes. Dichas presiones han alertado sobre la necesidad de realizar investigaciones sobre el grupo de los envejecidos. El presente trabajo se suma a este anhelo, con especial interés en la salud de los miembros de la tercera edad, tomando como base la información contenida en la base de datos de la Encuesta Nacional de Sociodemografía del Envejecimiento realizada por el Consejo Nacional de Población en 1994 (ENSE'94, ver ANEXO I).

El capítulo I encabeza el presente trabajo, con el título "El envejecimiento como fenómeno mundial", que nos va acercando a nuestro caso nacional, revisando las causas y características que han propiciado su ocurrencia. El capítulo II o "La relevancia del estado funcional en la vejez" explica la forma en que se estudió el estado funcional de la población envejecida, finalizando con un cuadro de resultados, mencionando sus principales aspectos. Por último las "reflexiones sobre el estado funcional" o capítulo III menciona los gastos en los que incurrirán los miembros de la tercera edad debido al comportamiento de su salud en los años venideros, e invita a la comunidad actuarial a calcular dichas sumas.

Aunque el ideal de resolver las incógnitas de la salud de los ancianos, esta muy por encima de esta investigación, el presente trabajo se une al esfuerzo de minimizar las carencias de estudios de dicho grupo.

Metodología.

1-Definición de las funciones (por orden de aparición).

Eo: Esperanza de vida al nacimiento. Es el número promedio de años que se espera vivirá cada persona de la primera edad, de acuerdo a la estructura de la mortalidad.

$$Eo = \frac{1}{2} + (\text{suma de los sobrevivientes } Lx, \\ \text{con } x \text{ desde } 1 \text{ hasta } 100)$$

Ind En-Jo: Índice de envejecimiento con respecto a los jóvenes. Es la relación entre el número de jóvenes y de los que tienen 65 y más años, pensados los primeros como conjuntos de 100 elementos y calculando el correspondiente número de ancianos.

$$\text{Ind En-Jo} = \frac{(\text{población de } 65 \text{ y más}) * 100}{(\text{población de } 0-14)}$$

Ind En-Ad: Índice de envejecimiento con respecto a los adultos. Es la relación entre el número de adultos y de los que tienen 65 y más años, pensados los primeros como conjuntos de 100 elementos y calculando el correspondiente número de ancianos.

$$\text{Ind En-Ad} = \frac{(\text{población } 65 \text{ y más}) * 100}{(\text{población de } 15-64)}$$

TBM: Tasa bruta de mortalidad. Es la relación entre el número de defunciones totales, con respecto al total de la población. Este indicador representa la mortalidad para el total del país.

$$\text{TBM} = \frac{\text{número total de muertes}}{\text{población total}}$$

TGF: Tasa global de fecundidad. Es el número promedio de hijos que había tenido una mujer o grupo de mujeres durante su vida reproductiva, si sus años de reproductividad transcurrieran conforme a las tasas de fecundidad por edad en un determinado periodo.

Índice de masculinidad para las edades de 65 y más. Es la relación entre el número de mujeres de la edad señalada y la cantidad de varones de esa misma edad, evaluados en el mismo tiempo y pensándose las primeras en grupos de 100 miembros.

$$\text{Ind. de masc.} = \frac{(\text{número de varones de 65 y +}) * 100}{(\text{número de mujeres de 65 y +})}$$

EL ÍNDICE DE BARTHEL. Este indicador determina la funcionalidad del anciano y es uno de los elementos de la valoración geriátrica. Las actividades básicas de la vida diaria, son las encargadas de hacer esta evaluación, cuestionando al envejecido de que manera lleva acabo las diferentes acciones encuestadas. Es así como se obtiene una puntuación final que es un agregado de las puntuaciones individuales de las variables. A continuación se muestran dichas variables y las razones que acreditan los diferentes posibles valores

Alimentarse (A)

- 10 Sin ayuda. Capaz de comer por si solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- 5 Con ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc..., pero es capaz de comer sólo.
- 0 Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

Bañarse (B)

- 5 Sin ayuda. Capaz de lavarse entero, incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- 0 Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

Vestirse y desvestirse. (V)

- 10 Sin ayuda. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- 5 Con ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- 0 Dependiente.

Llegar al baño a tiempo (L)

- 10 Sin ayuda. Entra y sale solo, y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
- 5 Con ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
- 0 Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

Entrar y salir de la cama. (E)

- 15 Sin ayuda.
- 10 Con ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
- 0 Dependiente. Necesita la ayuda de una persona fuerte o entrenada, o es incapaz de permanecer sentado.

Desplazarse entre las habitaciones (D)

- 15 Sin ayuda. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta) excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
- 10 Con ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física.
- 0 Dependiente.

Caminar en una rampa o escalera. (C)

- 10 Sin ayuda.
- 5 Con ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
- 0 Dependiente.

Dado que se cuentan con los datos de la parte de estado funcional dentro de la sección de salud de la ENSE'94, se les llama A1 al total de miembros que contestaron, que podían *Alimentarse* sin ayuda, A2 aquellos que se alimentaban con ayuda y A3 a los miembros de la tercera edad que eran totalmente dependientes para hacer dicha acción. Análogamente para todas las variables (A, B, V, L, E, D y C). Entonces si quisiéramos evaluar cierto rango de edades X y cierto nivel de urbanización Y (NU), lo único que hacemos es observar al total de miembros que entran en ese NU y esa categoría de edad y se les asigna dentro de alguno de los grupos de respuesta (A1, A2 y A3 para la variable *Alimentarse*), así sucesivamente para cada variable evaluada.

El índice de Barthel correspondiente para el rango de edades X y el nivel de urbanización Y será:

$$\begin{aligned}
\text{SUMA} = & (10 * A1) + (5 * A2) + (0 * A3) \\
& + (5 * B1) + (0 * B2) \\
& + (10 * V1) + (5 * V2) + (0 * V3) \\
& + (10 * L1) + (5 * L2) + (0 * L3) \\
& + (15 * E1) + (10 * E2) + (0 * E3) \\
& + (15 * D1) + (10 * D2) + (0 * D3) \\
& + (10 * C1) + (5 * C2) + (0 * C3)
\end{aligned}$$

$$\text{Ind. de Barthel} = \text{SUMA} * \frac{100}{70}$$

(El ultimo factor 100/70 tiene la finalidad de trabajar con un número que tenga su máximo con el valor 100).

2-Operacionalización en la obtención del Índice de Barthel.

Al trabajar con la base de datos ENSE'94 en el software SPSS, se detectaron ciertos errores en las respuestas en el módulo del estado funcional, correspondiente a las actividades instrumentales de la vida diaria (que es una de las subdivisiones de las actividades de la vida diaria), por lo que se decidió depurar la información, hasta llegar a tener tan sólo las actividades básicas de la vida diaria, éstas se subdividieron, según el nivel de urbanización en el cual reside la persona envejecida y la edad cumplida que reporto que tuviera.

Por último para aplicar el índice de Barthel, se exporto la base de datos ya fraccionada a la paquetería de EXCEL y ahí se realizaron los cálculos correspondientes para obtener los resultados del índice.

CAPITULO I

EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

I.1-El envejecimiento como fenómeno mundial.

La vejez ha perdido desde hace algún tiempo su primitivo valor de rareza. En todas las épocas anteriores de la historia, la edad avanzada era algo especial, pues la mayoría de los humanos morían relativamente jóvenes. Así la delgada capa del grupo de los viejos era honrada y acatada, se miraba con respeto a sus representantes cuyo consejo en los casos difíciles de la vida pública y privada era solicitado y con frecuencia seguido (Heinz Woltereck, 1962). En general, las sociedades tradicionales, tienen reverencia hacia los ancianos. Por ejemplo quienes conservan el Nahuatl saben que "*Tonalli*, una de las 3 almas del hombre, se hacía más fuerte al pasar el tiempo y la gente adquiriría posición social y experiencia" (Vargas, Dr. Luis Alberto).

En el pasado, las necesidades de los miembros de la tercera edad, dado que estos representaban porcentajes muy pequeños del total de la población, eran costeadas y resueltas por el resto de la comunidad. Sin embargo, los porcentajes de viejos en todos los países han crecido y con ello sus problemas y requerimientos alcanzan magnitudes que comienzan a ser inmanejables.

Los conceptos de esperanza y longitud máxima de vida se han utilizado indistintamente aunque deben entenderse de forma diferente: el término de longitud máxima expresa lo más que un individuo podría vivir (longevidad humana), mientras que la esperanza de vida se define como el promedio de años por vivir a partir de una edad señalada y bajo un patrón de mortalidad determinado. La más usual es la esperanza de vida al nacimiento (Eo). Esta última está en relación directa con el grado de desarrollo sanitario y social de los diferentes países y es por ello claramente más elevada en los países desarrollados.

El estado de salud¹ de una población se ha mencionado está en función del grado de desarrollo que ha alcanzado, ya que en general permite

¹ El estado de salud lo entendemos como el grado de adaptación del ser humano a su medio. Aunque la discusión en torno a esta variable categórica sigue en vigencia, pues depende de la cultura, los procesos

mejores condiciones de vida para los grupos que la componen. Por un lado, el nivel de ingreso y los patrones de consumo predeterminan el acceso del individuo y la familia a los bienes de consumo básico, de nutrición balanceada y a servicios de atención a la salud (Rodríguez, 1992). Así la posición del individuo y el lugar en la escala de ingresos de la familia determinan las condiciones de vivienda, estudio, medio ambiente y relación familiar, que constituyen las bases que condicionan el proceso salud - enfermedad.

La comparación entre áreas del mundo confirma la relación expectativa de vida y grado de desarrollo. Los países industrializados, sobresaliendo la vieja Europa, Estado Unidos, Canadá y Japón, éste como líder destacado, están a la cabeza de este índice, tal como muestra el cuadro 1 (F. Guillén Llera, 1994). También se observa la conocida supervivencia mayor, por parte de las mujeres en todas las regiones del mundo, al poseer esperanzas de vida superiores a la masculina.

CUADRO 1
ESPERANZA DE VIDA AL MOMENTO DE NACIMIENTO EN EL MUNDO, 1996

	ESPERANZA		
	GLOBAL	MUJERE	HOMBRES
AFRICA	50.9	52.5	49.3
ASIA DEL SUR	60.3	60.5	60.1
EST. ARABES	62.1	64.1	61.5
MUNDO	63	64.6	61.4
LATINO AMERICA Y CARIBE	68.5	71.2	65.9
ASIA DEL ESTE	68.8	70.8	66.8
EUROPA Y CIS	69.2	74.2	64.2
MEXICO*	73.6	77	70
PAISES INDUSTRIALIZADOS	74.3	78.6	71.2
ESTADOS UNIDOS	76.1	79.4	72.6
CANADA	77.5	80.8	74.3
JAPON	79.6	82.6	76.5

Fuente: "Human development report 1996", UN development programme, Oxford University Press, New York, USA.

* México : declaración de José Gómez de León Secretario de Conapo periódico La Jornada martes 27 de mayo de 1997.

biológicos, psicosociales, etc., en los que se encuentra inmerso el hombre.

A pesar de los años de atraso todavía presentes en muchos países, las diferencias respecto a las esperanzas de vida al nacimiento entre países en desarrollo y los desarrollados se han reducido, “pasando de 25 años en 1950 con 41.1 los países en desarrollo y 65.8 los desarrollados, a 17 años para 1970 con 53.95 años las naciones en desarrollo contra 70.80 años los desarrollados y en 1990 a 14 años con 62.35 años contra 74.5 años respectivamente” (Montes de Oca, 1995).

I.2-América Latina y el Caribe en el proceso de envejecimiento.

Actualmente América Latina y el Caribe es una región con una gran expansión demográfica. Esto se da por muchas causas, pero los fenómenos que más intervienen son el aumento constante de su población a través de una alta tasa de natalidad y un descenso en las muertes de menores. El porcentaje de menores de 15 años es de 35.8% contra el 4.7% de mayores de 65 años. La ONU proyecta que entre los años de 1995 hasta el 2025, en América Latina y el Caribe, habrá un aumento en el número de personas, que en miles será de 482,476 a 701,557. En esos mismos años el número de personas envejecidas (65 y +) se proyecta que pase de 24,606 a 64,543. Esto será un “boom de la vejez”, dado que la población total se incrementara en 145.41% y los miembros de la tercera edad en 262.30%. Este grupo de edad será el 10.8% de la población total (Vargas, Dr Luis Alberto).

En 1956 Naciones Unidas publicó un reporte sobre el envejecimiento de la población y las consecuencias económicas y las implicaciones sociales, en el que las naciones, regiones y continentes fueron clasificados en 3 categorías de acuerdo a la proporción de población con 65 y más años. La población era calificada como “joven si la proporción era menor de 4%, madura si era mayor del 4% pero menor del 7% y envejecida si era mayor igual al 7 %” (Yoichi Okazaki). Dicha clasificación designa a América Latina y al Caribe en tan sólo algunas décadas, continente envejecido. Sin embargo, debe advertirse que dentro de nuestro continente encontramos diferencias notorias entre unos países y otros. Junto con México el cuadro 2, nos muestra tres tipos distintos de países que entran en la clasificación anterior. Nicaragua con la población más joven, Cuba como país netamente envejecido y que presenta la experiencia nacional más adelantada

tanto en función del impacto social y económico del envejecimiento como en los avances médicos y geriátricos y Brasil, quien en términos de dinámica demográfica se parece mucho al nuestro, incluyendo su envejecimiento intermedio. Sus poblaciones totales y los porcentajes de sus miembros en cada una de las etapas de la vida (0-14, 15-64 y 65y+) nos permiten obtener los índices del envejecimiento tanto entre la población joven (0-14) y la población envejecida (65y+), y el Ind. En-Jo, presenta el número de ancianos por cada 100 jóvenes o los cambios que experimentarían los extremos de nuestras pirámides poblacionales y el índice de envejecimiento entre adultos (15-64) y envejecidos, el Ind. En-Ad, que muestra la cantidad de miembros de la tercera edad por 100 adultos, que bien se puede interpretar como la razón de dependencia económica. También es de hacerse notar que dadas las proyecciones de reducción de la fecundidad en todos los países antes mencionados el Ind En-Jo sobre pasa por mucho al Ind En-Ad, esto sucede hasta en Nicaragua, que como ya se mencionó tiene un número porcentual de ancianos muy pequeño.

Cuadro 2:
Población (miles) en algunos países latinoamericanos; distribución porcentual por grupos de edad, índices de envejecimiento, el grupo de los que tienen 65 y más años, en relación a los jóvenes y a los adultos 1965, 1995 y 2025

<i>Pais</i>	<i>Año</i>	<i>Pob. total</i>	<i>0-14</i>	<i>15-64</i>	<i>65 y +</i>	<i>Ind. En-Jo.</i>	<i>Ind. En-Ad.</i>
Nicaragua	1965	1758	48.8	48.6	2.6	5.3	5.3
	1995	4433	45.9	51.0	3.1	6.8	6.1
	2025	9079	30.5	64.5	5.0	16.4	7.8
México	1965	42864	46.3	49.8	3.9	8.4	7.8
	1995	93670	36.0	60.0	4.2	11.1	7.0
	2025	137483	23.3	68.3	8.4	36.1	12.3
Brasil	1965	84292	43.8	53.0	3.2	7.3	6.0
	1995	161382	32.2	62.6	5.2	16.1	8.3
	2025	219673	21.7	67.9	10.4	47.9	15.3
Cuba	1965	7754	35.8	58.8	5.4	15.1	9.2
	1995	11091	23.2	67.8	9.0	38.8	13.3
	2025	12993	19.7	65.4	14.9	75.6	22.8

Fuente: United Nations, 1993. World Populations Prospects, 1992.

I.3-México y su proceso de envejecimiento.

Es así como llegamos a nuestro caso de estudio, el mexicano, en el que múltiples factores han intervenido, para que ya se haya iniciado el proceso de envejecimiento, y sus principales causas han sido la disminución de la mortalidad y descenso de la fecundidad, conocido como la tercera etapa dentro de la teoría de la transición demográfica², con una “Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) de 22 por mil en 1940-44, 15.1 por mil para 1950-54, 10.4 por mil entre 1960-64, en 1970-74 de 8.6 por mil, en 1975-80 de 8.6 por mil y de 5.2 por mil en 1990” (Jiménez Ornelas, 1995) y con una tasa global de fecundidad (TGF) que alcanzó su máximo en 1970 de 6.4 y se ha reducido a 3.4 en 1990 y se proyecta que seguirá bajando a 3.06 en el 2010 y a 2.1 en el 2030 (cuadro 3). Ambos descensos han traído como consecuencia la disminución relativa de la población en edades jóvenes y el crecimiento relativo y absoluto de la población adulta y en edad avanzada. En este caso se observa como la población femenina reporta más probabilidades de sobrevivencia mayor, lo que tiene efecto sobre su mayor esperanza de vida.

Cuadro 3
Tasa global de fecundidad y probabilidades de supervivencia 0-65, por sexo y población de 65 y + en absolutos y porcentajes. México, de 1930 a 2030.

año	T.G.F.	p(0-65)H	p(0-65)M	Pob(65+)	% Pob(65+)
1930	6	0.22	0.27	445	2.6
1950	6.1	0.4	0.48	811	3.1
1970	6.4	0.53	0.65	1,682	3.4
1990	3.4	0.67	0.8	3,142	3.8
2010	3.06	0.72	0.86	6,672	6
2030	2	0.78	0.91	15,231	11.7

Fuente: p(0-65) -José Gómez de León y Virgilio Partida
T.G.F.-1930, 1970, 1990 y 2030: Ham Chande Roberto.
1950: ENSE '94
2010: Camposortega Sergio.
pob(65+) -INEGI, CONAPO

² Las otras dos etapas de la transición demográfica son: en primer lugar una alta natalidad y mortalidad; y la segunda se caracteriza por el descenso de las tasas de mortalidad antes que la tasa de fecundidad generando un crecimiento de la población. (Montes de Oca, 1995)

Una característica de la vejez de hacerse notar es el dato que nos proporciona el cuadro de índices de masculinidad 1990-2030, (número de hombres por 100 mujeres):

Cuadro 3. b1.
Población de 65 y más (en miles), por sexo e índice de masculinidad, 1990-2030
 Años

	1990	2000	2010	2020	2030
Ambos sexos	3124	4590	6672	9833	15231
Mujeres	1747	2581	3749	5511	8499
Hombres	1377	2009	2923	4322	6732
Índ. de Masculinidad	78.8	77.8	78.0	78.4	79.2

Fuente: Proyecciones de CONAPO, 1996.

Por lo que se observa, la vejez como fenómeno demográfico es mayormente experimentado por la población. Su mayor supervivencia y los rápidos cambios que se han presentado en los roles femeninos, permiten suponer que las diferencias observadas en el índice de masculinidad tiendan a disminuir en las próximas décadas. Es decir el número tan alto de muertes por accidentes alcanzado por el grupo en edad joven y adulta en varones, lo compartirán de manera cada vez más equitativa entre ambos sexos, dada la incorporación de la mujer al trabajo (Cuadernos de salud: Población y salud, 1994) y la mayor migración femenina del campo a la ciudad (Cuadernos sobre el envejecimiento, Conapo-DIF, 1994), en cuyo caso ellas disminuirán las ventajas que presentan en forma numérica, sobre todo las cifras de aquellas que pasan los 65 años y más. Esta idea también se puede constatar al observar las proyecciones del índice de masculinidad en las siguientes décadas, pues se presenta en forma creciente a partir del inicio del siguiente siglo, es decir, el número de hombres aumentará mientras que el de sus compañeras disminuirá.

I.4-La desigualdad social y el envejecimiento.

La mortalidad entre la población que tiene 60 a 80 ha disminuido a nivel nacional en los últimos años: de 1940 a 1980 las mujeres disminuyen su riesgo de morir en un 68%, en tanto que los varones reducen su mortalidad en un 54%. Sin embargo, al analizar por entidades federativas estas probabilidades de muerte, encontramos que la mortalidad se comporta de forma similar en los estados de mayor y menor desarrollo, a diferencia del Distrito Federal que registra entre un 60 a 70% de aumento de la probabilidad de muerte de las personas de la tercera edad (Jiménez Ornelas, 1995).

En el estudio del grupo envejecido se debe ser muy cuidadoso, sobre todo al referirse a resultados a nivel nacional que poco dicen de las diferencias abismales existentes en el interior del país. Para el caso mexicano en concreto las disparidades se dan en su mayoría por nivel de urbanización. Dos casos concretos de lugares de México, nos muestran la importancia que se le debe dar a los niveles de urbanización al referirnos a los ancianos del país, pues la heterogeneidad existente nos daría rangos demasiado amplios en los que cabrían los mayores de 65 años. Una de estas situaciones la caracterizaran las grandes ciudades del país (Monterrey y Cd. de México) en comparación con una comunidad indígena de Oaxaca.

En las ciudades los núcleos familiares se han reducido como efecto del descenso en la TGF y el apoyo a los ancianos es menor, así lo señalan los ahora abuelos, que ayudaban a sus padres en sus labores en un 82% y económicamente en un 77%, mientras que ahora los hijos los ayudaban económicamente sólo en un 44% (Alianza en favor de la tercera edad en el D.F., 1996). Los jóvenes tienden más a la migración hacia las ciudades y dejan a sus padres en las áreas rurales de origen, una vez en las ciudades los jóvenes buscan lugares para vivir. Tal es el caso de las personas de la tercera edad en el área metropolitana de Monterrey, que como se observo en la muestra de 1992 aplicada a 461 de estos individuos, los hogares predominantes eran los de tipo “nido vacío” en un 67%, esto es, son hogares integrados por una pareja de ancianos (García Hilda) y lo confirman los miembros de la tercera edad de la Cd. de México, quienes piensan en mayor número (53%), que es preferible vivir solos (Alianza en favor de la tercera edad en el D.F., 1996). Esto ha creado la necesidad de instituciones donde mantengan a los envejecidos. Desafortunadamente en países pobres estos no

son muy frecuentes y los ancianos sufren y son abandonados por la sociedad y familia.

Por otro lado, tenemos el caso de las regiones indígenas; como el caso de “la comunidad Zapoteca del valle de Oaxaca, en donde habitan mil doscientos cuarenta y cinco personas, la gente es pobre, cultivan maíz y son campesinos. Es una comunidad típica de las muchas de las comunidades indígenas del sur de México. Los ancianos viven en hogares de 3-generaciones; la mitad de los hombres y el 90% de las mujeres con 50 años y más, tiene a sus hijos viviendo con ellos. Una muy pequeña cantidad vive sola, pues de no vivir con sus hijos, entonces lo hacen con sus consuegros, o hasta con gente contratada para cultivar sus campos. La mitad de los niños entre 13-17 viven con sus abuelos ya sea porque ellos lo pidieron o porque se les envía a hacerles compañía. Los ancianos están bien informados de los asuntos del pueblo y son una parte muy activa de la sociedad” (Vargas, Dr Luis Alberto).

Las anteriores investigaciones nos muestra que los niveles de urbanización nos aproximan a contextos diferentes que pueden condicionar la situación social del anciano y en esa medida la de su salud. Los casos de la Cd. de México, Monterrey y la comunidad de Oaxaca esquematizan las grandes diferencias entre los extremos grados de urbanización.

CAPITULO II.

LA RELEVANCIA DEL ESTADO FUNCIONAL EN LA VEJEZ.

II.1-Vejez, edad acumulada o deficiencias de salud.

“La vejez no es una simple acumulación de años cronológicamente vividos. La vejez es la pérdida de autonomía física, mental, social y la económica, en la que mucho tiene que ver la edad avanzada” (Ham Chande 1, 1995). La definición de la vejez podría darse entonces en términos económicos (pérdida de trabajo y el retiro), sociales (los cambios de roles) o de salud (enfermedades e incapacidades), es en este último aspecto en el que se enfoca el presente trabajo.

Dentro del grupo de edad avanzada además, las marcas de mayor impacto son los problemas crónicos de salud tanto físicos como mentales, que afectan funcionalidad y autonomía, junto con las incapacidades que restringen y confinan. “Estas últimas condiciones afectan no solo a la persona envejecida, sino también a su familia, la sociedad y los sistemas económicos y de salud” (Ham Chande 1, 1995). Es por esto que los adultos mayores son los principales consumidores de servicios de salud, además del gran número que representan en el total de la población, son ambos factores de preocupación del estado de salud de los miembros de la tercera edad y un reto para México.

Así pues el envejecimiento de una colectividad no debería medirse tanto por el total o la proporción de personas de más de cierta edad, sino por las condiciones económicas sociales y de salud en las que se encuentren. Entre los indicadores de una vejez en términos no de edad sino de funcionalidad, el más significativo es el de las enfermedades crónicas degenerativas e incapacitantes y el envejecimiento general de la población corresponde a los aumentos en este tipo de dolencias. Pero una vejez definida funcionalmente resulta de una complejidad por el momento inmanejable y sin herramientas ni datos disponibles para llevarlo a cabo. Por un largo plazo se tendrá que recurrir a la edad cronológica como aproximación ante la correlación entre la vejez y edad acumulada, además dentro del grupo de estudio, “uno de los signos principales del envejecimiento es la pérdida de la

capacidad para el trabajo y el retiro, de ahí la insistencia de marcar a la población envejecida a partir de los 65 años de edad, pues esa ha sido la edad para el retiro establecida por la mayor parte de los seguros sociales del mundo” (Ham Chande 2). Aunque es obvio que la salud decrece al pasar el tiempo, se pretende encontrar el decremento en el estado funcional de un grupo de edad y otro, por lo que se han adoptado los siguientes grupos de edad: 60-64, 65-74 y 75 y más⁴.

II.2-Vejez y desigualdad según condiciones socioeconómicas.

Para estudiar la salud del grupo de la tercera edad, debemos iniciar con la definición de salud, según la OPS'92 : “es la noción de equilibrio con el medio ambiente físico y social y la capacidad de satisfacer las necesidades y de aspirar a una mejor calidad de vida” (Cuadernos sobre el envejecimiento, Conapo-DIF, 1994). También debemos de conocer el concepto acerca de la investigación de servicios de salud (ISS): “este se expresa como la actividad que permite obtener conocimientos sobre la estructura (mecanismos), los procesos (funciones) o los efectos (resultados) de la presentación de los servicios de salud personales (a individuos y familias)” (Investigación en servicios de salud, Conacyt, 1978).

En la salud-enfermedad, que estamos acostumbrados a ver como un fenómeno puramente biológico, no puede ignorarse “los profundos efectos que en el fondo ejerce la estructura económico-social en los riesgos que enfrenta la población y el perfil de los daños a la salud, que traslucen la naturaleza social del proceso” (Rodríguez, 1992). En referencia a los factores sociales en el proceso salud-enfermedad, lo más importante en los cambios del perfil epidemiológico general es que se están acentuando las diferencias en el perfil patológico predominante en los estratos sociales. “Mientras que en los grupos privilegiados la patología típica se asemeja cada vez más a aquella

⁴ “60-64 como el quinquenio de transición hacia la vejez son las edades en las que existe ambigüedades entre adultez y vejez y donde lo común es que sin poderse calificar como joven se funcione con capacidad y autonomía.

65-74 es el periodo originalmente designado como la tercera edad. Cuando es definitivo que se está en edades de vejez pero aún con oportunidades para una vida en condiciones aceptables de funcionalidad y salud.

75 y + edades de la ancianidad, la cuarta edad, donde la gran generalidad sufre pérdidas de capacidad, lo común son problemas severos de enfermedades y se recae en una dependencia creciente para el sostenimiento y el cuidado”(Ham Chande I, 1995).

que caracteriza a los países de mayor desarrollo, los grupos más pobres siguen padeciendo los efectos de la desnutrición y las infecciones comunes, aunado a los daños derivados de la modernización y de las condiciones laborales en la industria”. Algo similar sucede en el corte espacial: la población rural sigue sufriendo de la patología de la pobreza, en tanto que el medio urbano se enfrenta a niveles crecientes de enfermedades crónicas y traumatismos . Lo dramático es que las diferencias en el perfil patológico de los estratos sociales, en el fondo, se ubican en la evitabilidad de la enfermedad, puesto que gran parte de las enfermedades de la pobreza puede ser evitadas o atacadas con los conocimientos y las técnicas de la medicina actual, pero afecta precisamente a los grupos de población que carecen de recursos para enfrentar esta problemática (Rodríguez, 1992).

Además en México los escasos recursos se dirigen hacia donde pueden tener mayor impacto en términos per capita, debido a economías de escala, lo que significa el descuido de las áreas de población dispersas. En suma, la asignación territorial de los recursos públicos incide en los patrones de desigualdad social y regional. En ese marco, los servicios públicos de salud se localizan siguiendo las tendencias de distribución de los recursos públicos y los patrones de desigualdad social ya conformados, de manera que, lejos de alcanzar una compensación de las diferencias entre las condiciones para la salud, inciden en su polarización. “Los hospitales especializados -el tercer nivel de atención- se ubican solamente en las principales zonas metropolitanas del país y algunas de las ciudades más importantes, lo que implica a primera vista, una excesiva concentración” (Rodríguez, 1992). Más aún, para la población de más de 60 años, solo siete hospitales en todo el país cuentan con servicios de geriatría. Entre los hospitales de la SSA y el INNSZ, el hospital General Gustavo Baz Prada, y el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez dan este tipo de atención; dentro de la seguridad social, el Centro Médico La Raza, el Hospital Magdalena de las Salinas, el Hospital Adolfo López Mateos y el Hospital de Petróleos Mexicanos ofrecen el servicio. Como puede verse, todos ellos están localizados en el área metropolitana de la Ciudad de México (Durán-Arenas Luis, Salud Pública de México, 1996).

Así la hipótesis que confirma Francisco Rodríguez Hernández, acerca de “la mala distribución de los recursos para la atención de la salud, en la medida en que se localizan siguiendo la tendencia general de distribución de los recursos públicos, contribuye con lo suyo a reforzar los patrones de desigualdad social”. También implica que estos servicios se vean limitados en

la tarea de atender a la población que vive en las condiciones más riesgosas para la salud, aquella población que se encuentra en los estratos más bajos de la distribución del ingreso y los beneficios del desarrollo.

En las entidades del sur, centro y sureste continúan en condiciones menos favorables que las del norte y del Valle de México: en aquellas la proporción de PEA ocupada en el sector primario - el menos productivo y peor remunerado - es mayor; son menores las proporciones de viviendas en adecuadas condiciones sanitarias, de unidades con acceso al consumo de diversos bienes y de población cubierta por la seguridad social, y mayor el porcentaje de niños no vacunados y de mujeres que dan a luz sin tener acceso a la atención hospitalaria. Los estados de la frontera norte, así como las entidades que contienen las grandes zonas metropolitanas del país, Nuevo León, Jalisco y Distrito Federal, son los que tienen las mayores proporciones de población asegurada, 77.63, 75.88 y 72.24 respectivamente. Por el contrario, los estados más rurales del centro y sur del país, como Oaxaca, Puebla y Zacatecas, muestran las menores proporciones de dicha población, 25.69, 37.87 y 30.42 respectivamente y por supuesto, mayores porcentajes de población cubierta por los organismos asistenciales (SSA). Esto se vincula con el nivel de desarrollo de las entidades que se ha descrito antes: las zonas de más desarrollo presentan relativamente más población protegida por la seguridad social que aquellas con menor nivel de progreso. "Las entidades con mayor concentración de población y, con frecuencia, más alto grado de desarrollo como las principales zonas metropolitanas y otras ciudades de gran tamaño tienen, es de esperarse, los hospitales con mayor capacidad que aquellos localizados en ciudades medias y pequeñas" (Rodríguez, 1992).

Si a las grandes disparidades existentes entre los distintos niveles de urbanización añadimos las incapacidad que resulta de los problemas en la salud de los envejecidos, tenemos el marco explicativo de las dependencias tan notorias en los miembros de la tercera edad. La Encuesta Nacional de Sociodemografía del Envejecimiento (ENSE'94, ver Anexo 1), realizada en todo el país, a miembros de la tercera edad, encontró que el 9.1 % de los evaluados, dependen de una tercera persona para su supervivencia cotidiana y se encuentran confinados a su domicilio. "Cabe preguntarse ¿como acceden a los servicios de salud?. En realidad, la cifra de aquellos limitados para abandonar su domicilio es aún mayor, si tomamos en cuenta el grupo de desventaja funcional (aquellos dependientes de terceros para salir de casa) el porcentaje se acerca al 25%" (Gutiérrez Robledo Luis Miguel Dr.). Estas cifras ponen de manifiesto la necesidad urgente de mejorar las vías de acceso

a los servicios de salud, reforzando el nivel comunitario y creando servicios de mantenimiento a domicilio, a la vez que se refuerzan los existentes.

Si una persona invierte menos de 30 minutos para llegar a un servicio de salud se puede señalar una buena accesibilidad, en la Encuesta Nacional de Salud de 1986 la Secretaría de salubridad y asistencia detecto esta situación en el 53% de los casos. "El 41.5% de las entrevistas manifestó haberse atendido en un lugar específico por ser derechohabiente. Un aspecto que vale la pena resaltar es que el 22.4% de las entrevistas declaró que se atendió porque tenía confianza en el servicio médico que utilizó, lo cual es importante porque una atención inadecuada puede causar ansiedad o desconfianza en el paciente envejecido y frenar o retrasar su mejoría, solo 9.7% de los casos utilizó servicios de salud por estar cerca de su domicilio" (Cuadernos de Salud: Población y salud, 1994).

Ya sea por que no existe el servicio de salud o por la distancia a la que éste se encuentra, y dada la repartición de ellos según el numero de personas residentes en un lugar determinado, es conveniente diferenciar tres niveles de urbanización, uno primero conformado por las grandes ciudades (Cd. de México, Guadalajara, Monterrey y Puebla-Tlaxcala), otro por las ciudades de tamaño medio (con menos de 999,999 habitantes y más de 15,000) y por ultimo la zona rural (con menos de 14,999). En la ENSE'94 como en este trabajo los identificamos como niveles de urbanización 1, 2 y 3 respectivamente.

El cuadro 4 (ver anexo de cuadros y gráficas) nos muestra cómo se encuentran distribuidos los miembros de la tercera edad en los distintos niveles de urbanización y dentro de éstos, el porcentaje de cada grupo de edad. La similitud entre los porcentajes nos permite corroborar la elección hecha en los NU y en las edades; se observa que en los tres NU se tiene un número mayor de ancianos de 65-74 años (41% del total de ancianos encuestados en la ENSE'94), una cifra media de los que tienen 60-64 (33 %) y los de menor número son aquellos que tienen edades mayores a 75 (26%). Estos porcentajes obtenidos de la ENSE'94, coinciden con los totales nacionales del censo de 1990, que tienen 1,611,317 para los miembros de la tercera edad que tuvieran entre 60-64 años, 2,010,678 para aquellos que se encontraban entre las edades de 65-74 y por último 1,366,163 ancianos de 75 y más, 32, 40 y 27 por ciento respectivamente (INEGI, Censo nacional de población 1990).

II.3-El estudio del estado funcional.

La importancia de las actividades de la vida diaria (AVD) (ver glosario) para medir la capacidad funcional en la vejez, es su relación con la dependencia familiar y social, así el mejor grado en el que se puedan realizar las AVD minimizaran la dependencia y la incrementaran si estas se llevan acabo de manera deficiente.

Se ha observado que si la actividad profesional no se sustituye por algo que continúe exigiendo atención y esfuerzo a nuestra mente viene a suceder con nuestra capacidad intelectual algo parecido al miembro escayolado: la atrofia. Se va perdiendo el interés por los sucesos, cualquier cosa que exige una cierta abstracción o reflexión resulta difícil y penosa, por lo que se elude y tal persona se convierte en un paralítico intelectual. Cuando la abundancia de tiempo libre podría hacer pensar en una circunstancia propicia para aumentar o perfeccionar la formación cultural y humana, la realidad, es que muchas veces, el jubilado mata el tiempo con una vida aburrida, sin interés y sobre todo, sin salidas.

En este sentido hay que reconocer que los que han practicado una profesión intelectual tienen más posibilidades de continuar manteniendo una amplia actividad psíquica después de su jubilación, pues el obrero o campesino al verse limitado físicamente no podrá adaptarse al sedentarismo de alguna incapacidad y dicha deficiencia será acompañada de depresión.

Aquellos, pues, a quienes “las exigencias profesionales no les imponen ya un horario y un trabajo bien definidos tienen que ser ellos mismos quienes se lo impongan” (Gonzalo, Luis María, 1986). En definitiva, sabe apreciar lo que el tiempo vale y lo que significa en su vida de hombre, con los días contados.

La ENSE'94, investiga entre otras cosas, la salud de los ancianos, y dentro de ésta, el estado funcional. Cuando se evalúa la función de un anciano, se analiza, por una parte, la acción y por otra, la posible necesidad de ayuda para realizarla. Así el Estado Funcional fue evaluado a través de la capacidad para desempeñar las actividades básicas de la vida diaria ABVD (B) y las actividades instrumentales de la vida diaria AIVD (Y), mediante las siguientes preguntas y respuestas:

ESTADO FUNCIONAL

89. Desearía saber si USTED puede desempeñar sin ayuda, con ayuda o de ninguna manera las siguientes actividades

¿Puede o podría USTED.....?

	Código
	1 Sin ayuda
	2 Con ayuda
<u>ACTIVIDADES</u>	<u>3 De ninguna manera</u>
Salir fuera de casa	I
Desplazarse entre las habitaciones	B
Caminar en una rampa o escalera	B
Caminar tres cuerdas o 300 metros	I
Cargar un objeto pesado, como bolsa del mercado, por cien metros	I
Llegar al inodoro a tiempo	B
Bañarse	B
Vestirse y desvestirse	B
Entrar y salir de la cama	B
Cortarse las uñas de los pies	I
Tomar sus medicamentos	I
Manejar su dinero	I
Alimentarse	B
Realizar tareas domésticas ligeras (Lavar trastos, barrer, cocinar, etc.)	I
Realizar tareas domésticas pesadas (Lavar ventanas, pisos, etc.)	I
Permanecer solo en la noche	I

Las AVD se dividen en siete actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y nueve actividades instrumentales(AIVD). Dichas labores han sido analizadas tanto por médicos como por gerentólogos. En nuestro estudio proponemos un análisis de las ABVD, dado que no todos los resultados eran producto real del grado del estado de funcionalidad; como es el caso de la pregunta, acerca de si es capaz de realizar las tareas domésticas, donde los varones se declaran incompetentes a pesar de que sean capaces de realizar otras tareas que indican existencia de funcionalidad.

Habría que añadir, como menciona el Dr. José Laguna García, que "lo importante en las investigaciones de servicios de salud, es realizar los estudios o el tipo de estudio más adecuado, que ofrezcan la mayor utilidad para generar los conocimientos indispensables para la solución del problema"(Investigación en servicios de salud, Conacyt, 1978).

II.4-Justificación del índice de funcionalidad

Una de las necesidades básicas de la población es la salud. En nuestro país, si bien es posible encontrar avances en términos de eficiencia (obtener más de la mejor calidad y con menos recursos), no lo es en cuanto a equidad (igualdad de tratamiento de los individuos). Es por eso que no estamos en posesión de un índice estadístico o regla de medición que pueda por sí solo darnos en términos numéricos el nivel de salud de una comunidad.

En tanto que las estadísticas de la salud han tratado varios índices para comparar algunos de los aspectos negativos de la salud física, hasta ahora ningún índice adecuado se ha puesto en práctica para cuantificar el estatus de la salud mental de una comunidad o su estado de bienestar social. Parecerá por lo tanto una conclusión inevitable que “no haya un solo indicador para medir el nivel de la salud pública en un sentido tan amplio como sea posible” (Satya Swaroop, 1964).

Se puede así producir una lista sustancial de índices pero entonces el problema sería seleccionar según qué criterio debería hacerse la selección, es decir, cuál es preferible a otro y de hecho, ¿qué queremos medir?. La respuesta se obtiene al elaborar en conjunto tal índice en un trabajo multidisciplinario en el que los distintos sectores involucrados participarían.

A pesar de lo ya dicho, según la OMS “el estado funcional es el mejor indicador de la repercusión de la enfermedad en el estilo de vida y nivel de independencia del individuo” (Cuadernos sobre el envejecimiento, Conapo-DIF, 1994), y el mejor indicador de las necesidades de la población de edad avanzada, siendo información crítica para la formulación de políticas orientadas a su bienestar.

La importancia de medir estos estados de la vejez, es que el deterioro del estado de salud determina el tipo y grado de incapacidad y por lo consiguiente la funcionalidad en actividades de la vida diaria. El deterioro funcional repercute en la autonomía del individuo. La morbilidad y el estado funcional son determinantes del nivel de bienestar de la persona y de la familia. Esos factores influyen en cambios domiciliarios o institucionales e inciden en las necesidades de apoyo familiar y social.

La mayor parte de los servicios de geriatría utilizan escalas para la valoración y cuantificación de los aspectos funcionales y psicológicos del anciano. “La valoración funcional se debe registrar de una manera

suficientemente, objetiva, que permita apreciar los cambios ocurridos en el tiempo y la velocidad de los mismos” (Ham Richard J., 1995). La propia OMS aconseja “el desarrollo de instrumentos estándar de valoración para la población anciana que midan el nivel de función física y mental y el grado de dependencia económica y social en los diferentes ambientes, culturales y situaciones socioeconómicas” (F. Guillén Llera, 1994).

La información sobre la función de un individuo es esencial para establecer un diagnóstico, un pronóstico y un juicio clínico, en la que se basarán las decisiones sobre el tratamiento y los cuidados geriátricos. En este sentido se ha mostrado el estado funcional, como un indicador sensible y relevante para evaluar necesidades y determinar la adjudicación de recursos a todos los niveles, nacional, regional e individual.

Las escalas que se emplean para evaluar el estado funcional, tienen como propósitos, detectar, describir y cuantificar la discapacidad.

Las variables ya seleccionadas (ABVD), por el mismo hecho de que son básicas, se llevan a cabo en todo el mundo, esto permite el uso del Índice de Barthel (J. Manzarbeitia Arambarri, 1994), utilizado en Europa en un principio, pero trasladable al caso mexicano dada su sencillez tanto de cálculo (ver metodología) como de información resultante

II.5-La valoración social del estado funcional.

Al preguntarnos sobre el factor de la comunidad en la que se encuentran inmersos los ancianos, que más los afecta, así como la dependencia del estado funcional del anciano al grado de desarrollo alcanzado por dicha localidad, encontramos innumerables elementos involucrados: la disponibilidad de servicios médicos, con localidades que presentan dotaciones bajas de personal paramédico y camas (Rodríguez, 1992), tan necesarias en el paciente envejecido; las carencias de servicios sanitarios en las zonas más pobres; la infraestructura urbana, las oportunidades sociales y las económicas; la calidad de vida; etc. Existiendo en todas ellas ventajas aparentes, para los viejos que residen en las grandes ciudades.

La aplicación del índice de Barthel a los resultados de la ENSE'94 tomando en cuenta tanto sexo como nivel de urbanización da lugar al siguiente cuadro 5.

Cuadro 5
Índice de Barthel, según nivel de urbanización y sexo, por edad, 1994.

		Grupos de edades		
		60-64	65-74	75+
	NU.1 HOM.	97.50	97.43	91.36
	NU.1 MUJ.	97.42	94.97	86.67
	NU.1 TOTA.	97.46	96.20	89.01
Niveles de Urbanización	NU.2 HOM.	97.61	97.59	93.20
	NU.2 MUJ.	97.34	95.21	88.09
	NU.2 TOTA.	97.48	96.40	90.65
	NU.3 HOM.	94.48	96.05	91.63
	NU.3 MUJ.	96.14	94.40	84.71
	NU.3 TOTA.	95.31	95.22	88.17

Fuente: ENSE '94.

Los resultados del Cuadro 5 sugieren la importancia del apoyo y la valoración social, es decir, el hecho de que se aumenten los recursos médicos para las zonas de urbanización de tipo 3, no implica que el grupo de envejecidos que residen en estos lugares tengan el mejor estado funcional, pues el grupo de hombres de las ciudades medias (Niveles de Urbanización de tipo 2) se mantienen por arriba de todos los otros niveles de urbanización y sexos y en todas las edades, y en el caso de las mujeres y en los totales de ambos sexos, superan a los otros en las edades de 65-74 y 75y+. Esto nos hace pensar que las ciudades medias (NU 2) sustituyen la falta de servicios de especialización para ancianos, por cuidados familiares y apoyo de la comunidad, que se traducen en una amplia confianza por parte de los envejecidos para responder a actividades de la vida diaria.

Muy importante resulta que en los tres dominios y en todas las edades el índice mantiene a los varones por arriba de la calificación de 90 en la escala de 100, mientras que las mujeres muestran mayor deterioro. Hay que recordar que muchos de estos hombres son los sobrevivientes de generaciones que tuvieron esperanzas de vida bajas, y por lo tanto se les puede ver como viejos fuertes, en el caso de las ABVD, es decir a una mejor capacidad física que la de sus compañeras. Hay que resaltar el hecho de que si cambiara la situación del índice de masculinidad, que favorece a las mujeres en las edades de 65 y +, como se mencionó al final del capítulo anterior, caerían ellas en la misma

situación que sus compañeros, es decir, habría una sobrevivencia mayor por parte de las mas fuertes y por lo tanto el índice de Barthel correspondiente a ellas, se incrementaría.

Los servicios de salud pueden cumplir un papel más relevante en las condiciones de vida de la población, si logran contribuir efectivamente a “reducir las profundas diferencias, entre los extremos de la distribución social y disminuir la extensión de los daños en la salud de los grupos sociales, especialmente de aquellos menos favorecidos” (Rodríguez, 1992), pues sin tomar en cuenta la distinción por sexos, las zonas rurales (tercer nivel de urbanización) obtuvieron los índices más bajos en todas las edades.

Como sucede con muchos otros problemas, la esperanza para el futuro debe provenir en parte de los adelantos que hace la medicina y en parte de las decisiones que toma la gente interesada en la clase de vida que desea llevar y en las medidas que esta dispuesta a tomar. Si se logra aprovechar el potencial cultural de respeto hacia los de la tercera edad de las zonas rurales y el buen estado funcional, de aquellos viejos de las ciudades medias. “Esos 20 o 30 años adicionales que la ciencia nos ha dado a tantos en este siglo pueden ser utilizados para toda clase de empeños” (Magnus Pyke, 1983).

“ Soy el amo de mi vida, soy el capitán de mi alma “

William Henley.

CAPITULO III.

REFLEXIONES SOBRE EL ESTADO FUNCIONAL.

III.1-El estado funcional de la vejez en los próximos años.

Todo estudio de población lleva consigo, la inquietud de como se comportará el fenómeno estudiado, al transcurrir el tiempo. Dichas aproximaciones futuristas, deben sustentarse en firmes experiencias y esos resultados anteriores deben haber tenido tendencias similares (para el aspecto de estado funcional de la vejez en México, solo se tiene la consulta hecha en la ENSE'94). Aunque el rigor matemático exige muchos supuestos al modelar casos demográficos, el mayor número de las veces difieren muy poco los resultados manuales de sus correspondientes en la vida real.

Entusiasma en particular, las reflexiones con respecto al devenir de la salud de la gente; más aún el de un grupo que crece en el uso de servicios hospitalarios, atenciones médicas, fármacos y en el resto de necesidades que surgen derivadas de deficiencias en la salud.

Las proyecciones concernientes a la esperanza de vida en buena salud y la prevalencia de las capacidades entre las personas de edad divergen según hipótesis. Hay quienes apoyan que la esperanza de vida total seguirá creciendo más rápidamente que la esperanza de vida en salud y otros que dado el aumento de esperanza de vida debiera también disminuir progresivamente el número de años vividos en estado de mala salud (Gutiérrez Robledo Luis Miguel).

Sea cual fuera la realidad, la hipótesis de la reducción de años vividos en estado de mala salud, se cumplirá con mayor probabilidad "si avanzamos en la comprensión de los determinantes del deterioro del estado funcional y la génesis de las incapacidades para permitimos el desarrollo de estrategias dirigidas a su prevención" (Gutiérrez Robledo Luis Miguel).

"Es justo que el conocimiento científico se aplique hoy en día a mantener dentro de la comunidad a este grupo tan significativo, puesto su actual tamaño e importancia obedece a la eficacia con que se ha aplicado la ciencia a las enfermedades de los jóvenes" (Magnus Pyke, 1983).

III.2- Pero, ¿qué hacemos con los viejos y sus gastos ?

Ante el planteamiento de una decisión de cuidar o eliminar a los ancianos, las respuestas han sido muy diferentes entre unas y otras tribus o pueblos, pero “la sociedad del progreso industrial ve, su figura central en el porcentaje de hombres capacitados para trabajar” (Heinz Woltereck, 1962).

Hoy día reconocemos que todo individuo tiene derecho a la salud o más bien ya que la salud no puede ser garantizada, el derecho a contar con todos los medios disponibles de protección y restablecimiento de la misma. Este derecho fue proclamado inequívocamente, desde 1848, por S. Neumannz diciendo que “el propósito del estado en ese momento era, como lo declaran las autoridades, proteger la propiedad privada individual, y que la mayoría de la población solo contaba con su fuerza de trabajo, la cual dependía por completo de su salud. En consecuencia, el estado estaba obligado a proteger la salud del pueblo, aunque “La salud del pueblo le concierne al pueblo mismo” (Sigerist Henry).

En México, las características de nuestro sistema social son:

“No cubre a los trabajadores rurales, ni a los trabajadores independientes, ni a los desempleados que son el 50% de la mano de obra. Solo una quinta parte de los mayores de 60 años reciben pagos por pensiones en su mayoría menores que el salario mínimo, las agencias de seguridad social cubren tan solo a empleados urbanos de compañías con capacidad para hacer las contribuciones” (Ham Chande, Roberto 3, 1996).

Aunque es difícil establecer el costo que se requiere para la atención médica, se deben de hacer algunas anotaciones con respecto a los gastos de los servicios de la escasa atención especializada existente en la República, pues operan a un elevado costo por la misma falta de recursos tanto humanos como materiales, y dentro de los costos existe mucha disparidad atención a la población senecta, que se da por la falta de información relacionada a la infraestructura establecida. “El problema se complica cuando se menciona el costo de atención por padecimiento, situación compleja, ya que los ancianos en términos generales, padecen un promedio de 5 enfermedades crónico degenerativas que requieren de atención y esta habitualmente será de por vida, muchas de ellas con diferentes grados de invalidez tanto física como mental” (Pichardo Armando, 1993). Otro gasto que pocas veces es tomado en cuenta es el de transportación, para acudir a la consulta cotidiana.

Cifras impactantes si consideramos que cerca del 57% de la población senecta es dependiente económicamente de los familiares con situaciones precarias, lo que condiciona que muchas veces los ancianos sean abandonados, o no se les atienda oportunamente, lo que “eleva aun más el costo de atención por la gran cantidad de complicaciones que estos presentan” (Pichardo Armando, 1993).

Una idea que surge muy espontáneamente es que frente a la incapacidad de otras instancias, como la estructura económica, la seguridad social y el sistema de salud, los problemas del envejecimiento busquen y tendrán solución en el nivel familiar, que para mantener la calidad de la vida y la preservación de la independencia y dignidad de los individuos (Tetsuo Tsuji), se deberá trabajar para fortalecer a la familia, reforzándola con recursos, con información y educación para que apoyen a sus ancianos (Cuadernos de salud: Población y salud, 1994). Más aun si observamos las propuestas actuales de disminuir recursos a la atención médica de tercer nivel, costosa y de dudoso provecho, en favor de la atención primaria y preventiva, particularmente enfocada a la población joven y de beneficios económicos y evidentes. Pero también existe la transición demográfica de la composición familiar, coexistiendo generaciones envejecidas con menor número de familiares jóvenes, lo que coloca al sector senil en una desventaja aun mayor (Ham Chande 2).

Para concluir se debe mencionar que el presente escrito tiene entre otras de sus finalidades reforzar los datos acerca de los ancianos, pues según “Los objetivos mundiales relativos al envejecimiento para el año 2001” de las Naciones Unidas 1992 (Salud Pública de México, 1996), las áreas a atender son : continuar con la recolección y análisis de datos sobre la mortalidad de los ancianos, investigación biológica sobre el proceso de envejecimiento, buscar una vida independiente, disponibilidad de infraestructura médica que se incremente en razón del crecimiento de la población anciana (Cuadernos sobre el envejecimiento, 1994); y apoyar el desarrollo de la Geriatria, que como señala la OMS, será una de las cuatro especialidades médicas más importantes en el año 2000 (F. Guillén Llera, 1994). Pero para trabajos de esta índole en el futuro es importante reconocer que los viejos, como grupo son heterogéneos; los cambios en la edad son muy variables según el individuo. Esto implica que los reportes representan la variabilidad en cada edad y que es importante comprender que funciones y habilidades se desarrollan con la edad, así como a esas que decrecen (National Research Council 1990).

CONCLUSIÓN.

En la realización de este trabajo, hubo que estudiar previamente la situación a nivel mundial del fenómeno del envejecimiento, para esto se recurrió a las esperanzas de vida de diferentes países, que mucho nos dicen de la longevidad de su gente y muestra la clara relación entre el desarrollo de un país y la salud de su gente. Pasando posteriormente por el caso de América Latina y el Caribe y sus heterogéneas poblaciones, que abarcan desde países mayoritariamente jóvenes, como Nicaragua, revisando los que se encuentran con poblaciones con porcentajes ya significativos de personas envejecidas, como Brasil y México, hasta aquellos que han entrado ya a la clasificación de países envejecidos dado su gran número de ancianos, como Cuba. El Capítulo uno finalizo con nuestro caso particular, mostrando los pasos a la tercera etapa de la transición demográfica, el índice de masculinidad nacional y sus proyecciones del 1990 - 2030, que nos hace constatar la mayor supervivencia femenina, pues en las edades de 65 y más años, no pasa de 80 el número de varones por cada 100 mujeres (en ninguno de los años de 1990 al 2030) y por ultimo las notorias diferencias existentes entre los distintos niveles de urbanización de nuestro país. El final del Capítulo uno, da la pauta para iniciar la reflexión que se hace en el Capítulo dos, respecto a las disparidades existentes en los niveles de urbanización y en las categorías por edades. El Capítulo dos nos muestra por último los resultados a nivel nacional al aplicar el índice de Barthel.

Los resultados de la valoración del estado funcional de los miembros de la tercera edad, señalan una fuerte tendencia a favorecer a los ancianos de las ciudades medias (con menos de 999,999 habitantes y más de 15,000), en posición intermedia se localizan el estado de aquellos que habitan en las grandes ciudades y en el lugar más rezagado de nuestro índice encontramos a los pobladores envejecidos de las zonas rurales. También encontramos diferencias en cuanto a sexo pues en las cifras arrojadas por los varones de todos los niveles de urbanización superan a las de sus compañeras, a pesar de ser las mujeres las que tienen el primer lugar en esperanza de vida.

El trabajo concluye con una revisión en los gastos en los que se ven inmersos los ancianos y es bueno recalcar que los cambios que se llevan a cabo actualmente en el IMSS deben darse también en el área de salud, de tal forma que puedan contribuir a una vejez más saludable.

BIBLIOGRAFÍA

Alianza en favor de la tercera edad en el Distrito Federal.
Coordinador Verónica Montes de Oca.
Comite técnico, Cap. 1 y 2, pag 11-46.
Noviembre 1996, D.F.

CONAPO.
Proyecciones de la población de México 1900 - 2030
México, D.F.
CONAPO, 1996.

Cuadernos de Salud: Población y Salud.
La salud de la población de edad avanzada : un reto hacia el futuro.
México
Secretaría de Salud, México D.F.,
1994.

Cuadernos sobre el envejecimiento.
Encuesta Nacional de Sociodemografía.
del Envejecimiento en México 1994.
CONAPO, DIF.

Durán Arenas Luis.
Revista: Salud Pública de México.
Bimestre de Noviembre y Diciembre de 1996.
Secretaría de Salud, 1996.

F. Guillén Ilera y J. Pérez del Molino Martín.
Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico.
España
ed. Masson, S.A.
1994

García, Hilda.

Sistemas de soporte a la vejez: apoyos formales e informales en el área metropolitana de Monterrey.

Ponencia de la V Reunión Nacional de la SOMEDE.

México

Gonzalo, Luis María

Feliz tercera edad

España

Temas NF, ed. EUNSA Pamplona. 1986.

Gutiérrez Robledo, Luis Miguel.

Relación entre el deterioro funcional, el grado de dependencia y las necesidades asistenciales. de la población envejecida en México.

México

Ham Chande, Roberto.

Envejecimiento: un futuro ineludible. ponencia.

México

El Colegio de la Frontera del Norte, Instituto Nacional de Salud Pública.

1995

Ham Chande, Roberto.

Envejecimiento y desarrollo en Latinoamérica: una relación bidireccional. Conferencia.

Colef. Bogotá, Colombia.

Ham Chande, Roberto.

Social security in Mexico: the need and difficulties of an overhaul.

Colef, Tijuana México. Paper to be presented at population association of America 1996. Annual Meeting, New Orleans, May 9-11, 1996.

Ham Richard J. , Sloane D. Philip.

Atención primaria en geriatría; casos clínicos.

2da edición.

Ed. Mosby, Doyman libros, (pg 64-93).

1995

Heinz Woltereck.
La vejez, segunda vida del hombre.
México
Fondo de Cultura Económica.
1962.

Investigación en servicios de salud (ISS).
México
Conacyt, Secretaria de salubridad y asistencia.
Memorias del seminario de los días 13, 14 y 15 de Julio de 1978,
Mansión Galindo, Querétaro, México.

Jiménez Ornelas, René A.
“La desigualdad de la mortalidad en México: tablas de mortalidad para la
República Mexicana y sus entidades federativas 1990”
México
UNAM, CRIM.1995.

J Manzarbeitia Arambarri y M.T. Guerrero Díaz.
Capítulo 8; Valoración Clínica.
Ed. Masson.
1994.

Magnus, Pyke .
Como disfrutar una larga vida; expectativa para la vejez.
México
Fondo de Cultura Económica, México,
1983.

Montes de Oca, Verónica, Envejecimiento en México. Condición social y
participación económica de la población con 65 años y más en la ciudad de
México.
Tesis de Maestría en Demografía, El Colegio de México,
México, 1995.

National Research Council. Committee on Human Factors,
Research needs for an aging population,
USA
National Academy Press, Washington, D.C., 1990.

Pichardo, Armando.
Hospital General de México, SSA. "Servicios de salud hospitalaria, costos y demandas de la población envejecida."
Seminario sobre envejecimiento demográfico en México.
SOMEDE,
1993.

Rodríguez Hernández, Francisco.
Atención a la salud y desigualdad regional: distribución de los recursos para la atención de la salud en México.
México
Aportes de investigación /55; CRIM,
1992.

Satya, Swaroop
Estadística sanitaria,
México
Fondo de Cultura Económica.
1964

Sigerist, Henry.
Hitos en la historia de la salud pública.
México
Ed. siglo XXI.

Tetsuo, Tsuji
An overview of health and welfare policies.
Responding to the needs of an aging society .
Japan
Reference Reading Series 21; Foreign press center - Japan.

Vargas, Luis Alberto.

Hispanic Aged Mental Health: Diversity of aging experience in latin american and the caribbean.

T.L. Brink, PhD.

USA

Editor. The Haworth Press, N.Y.

Yoichi, Okazaki

"Social Factors behind the aging of society".

Responding to the needs of an aging society.

Japan

Reference Reading Series 21; Foreign Press Center - Japan.

GLOSARIO

Actividad de la vida diaria (AVD). Toda actividad que una persona realiza de manera mecánica y cotidiana se le conoce como

Para evaluar la capacidad de ejecución de las AVD, se les ha dividido en :

“1) **Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)**, denotan tareas propias del autocuidado; alimentarse, asearse, vestirse, continencia de esfínteres, bañarse y deambulación.

2) **Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)**, indican la capacidad de llevar una vida independiente en la comunidad; tareas del hogar, compras, manejo de medicación y de asuntos económicos” (J. Manzarbeitia Arambarri).

EL INDICE DE BARTHEL

Algunas de las razones por las que se le da tanta importancia a las ABVD y se les evalúa a algunas más que a otras, se mencionan a continuación:

El grado máximo de inmovilidad se da con el **confinamiento en cama**. Algunas personas de la tercera edad tienen tendencia ante pequeñas afecciones a permanecer en cama sin percatarse de que la cama contribuye al daño. La cama incrementa notablemente el riesgo de complicaciones respiratorias y circulatorias, los músculos se atrofian con rapidez y sobre todo las articulaciones se anquilosan si el reposo se prolonga. Unos cuantos datos pueden dar mayor peso a estas afirmaciones. “Contrariamente a lo que cabría suponer el corazón trabaja un 30 por ciento más cuando se está acostado que cuando se está sentado. La ventilación pulmonar es menor cuando se está en cama. Esta es una de las causas de las frecuentes bronconeumonías que padecen las personas de edad, encamadas. También aumenta notablemente el riesgo de las embolias. En cuanto a los huesos, al cuarto día de permanecer en la cama ya es evidente la descalcificación del esqueleto que con frecuencia da lugar a la osteoartritis, que es el endurecimiento gradual de las articulaciones hasta que caderas, rodillas, codos y articulaciones de los dedos se engarrotan gradualmente”(Magnus Pyke).

Un proceso que pensaría uno que es muy grave es la **incontinencia**, sin embargo su puntuación en el Índice de Barthel es baja y esto se debe a que el proceso de orinar es básicamente una acción refleja. Sólo posteriormente,

“después de un periodo de educación, aprende a ejercer control de la vejiga. Aquellos que conservan sus facultades intelectuales, o sea la gran mayoría de los ancianos, no tiene que temer de esta forma de incontinencia (este factor es el más común). En el caso de la incontinencia fecal se da por: exceso de comida, confusión mental (generalmente), dosis excesivos de medicamentos y sedantes, infección intestinal (aislando el microorganismo infeccioso se cura), un daño a la medula espinal, o en enfermedades (como la diabetes)”. Así la incontinencia se debe de evaluar más bien por el número de personas con demencia senil, enfermedad que ataca principalmente entre los 70 y 80 años, más común entre las mujeres y abarca una “pérdida progresiva de las células del cerebro.

Dentro de la **deambulación en el hogar y subir y bajar escaleras**, que representan una buena carga de actividad física, habría que hacer énfasis en la importancia de estos, ya que es difícil traducir en números la acción del ejercicio sobre la salud y sobre la prolongación de la vida, pues junto al ejercicio influyen otros factores que no se pueden aislar para estudiar exclusivamente el primero, sin embargo, en términos generales hay algunas observaciones bien comprobadas sobre su efecto beneficioso. Por ejemplo, “entre los que hacen ejercicio, las muertes por enfermedad coronarias son menos frecuentes que entre los sedentarios” (Ham Richard J.) y es por eso mismo que a los ataques cardiacos también se les llama “el pecado mortal de la pereza”, siendo en realidad una falla de abastecimiento de sangre al corazón que puede en gran parte prevenirse si el paciente en potencia lleva una vida correcta, antes y después de llegar a la ancianidad.

Salud, según la OPS'92 : “es la noción de equilibrio con el medio ambiente físico y social y la capacidad de satisfacer las necesidades y de aspirar a una mejor calidad de vida” (Cuadernos sobre el envejecimiento, Conapo-DIF) .

Valoración funcional se ha definido como la capacidad de un individuo para adaptarse a los problemas de todos los días (Ham Richard J.).

Valoración geriátrica es “el proceso estructurado de valoración global, con frecuencia multidisciplinario, en el que se detectan, describen y aclaran los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socioambientales que el paciente anciano presenta; durante este proceso se registran los recursos y posibilidades de la persona, se valora la necesidad de servicios y, finalmente se elabora un plan de cuidados progresivo, continuado y coordinado dirigido

a satisfacer las necesidades del paciente y sus cuidadores puede cambiar con el tiempo después de algunas visitas y se debe efectuar de una manera económica, sin perder tiempo por parte del profesional, del paciente o de su familia”(Ham Richard J.). Constituye la forma más razonable de aproximarse al viejo desde cualquier ámbito de la salud y es esencial para su óptimo cuidado desde enfermería. Hoy en día se considera la piedra angular en la práctica de la geriatría y una de las claves de su eficacia frente a otras especialidades en el cuidado del anciano.

Vejez es la pérdida de autonomía física, mental, social y la económica, en la que mucho tiene que ver la edad avanzada”(Ham Chande, Roberto).

ANEXO I.

ENCUESTA NACIONAL DE SOCIODEMOGRAFÍA DEL ENVEJECIMIENTO, 1994.

Para apoyar la planeación de las acciones orientadas a mejorar el bienestar social de la población anciana en México, El CONAPO, en colaboración con el DIF, Llevó a cabo el proyecto "Sociodemografía del envejecimiento en México". Uno de sus componentes principales fue la "ENSE'94" en la que se analiza la sociodemografía del hogar y del individuo, la participación económica, el ingreso y pensiones, las redes de apoyo familiar e institucional, la salud y la problemática percibida por la población anciana.

La metodología que se utilizó para llevar a cabo la ENSE, en 1994, y que abarco a la población de 60 años y más (P60) que habitaban en viviendas particulares de la República Mexicana, sin incluir a las viviendas de tipo colectivo como: asilos, hospitales, conventos, hoteles, etc. fue la siguiente:

-Una prueba piloto en la Cd. de México y el estado de México e Hidalgo a 205 personas, siendo 62.2% urbanos y 37.4 % rurales, siendo esta aplicación aceptable y funcional, permitió mejorar el cuestionario y redacción de algunas preguntas.

-Diseño muestral de la encuesta:

Se utilizo un muestreo probabilístico no autoponderado; esto es, los elementos de la población tenían probabilidades distintas de ser seleccionados. Para esto hubo que dividir las localidades del país según tamaño de estas.

- 1) Área metropolitana de la Cd de México.
- 2)Grandes Ciudades: Guadalajara, Monterrey y Puebla-Tlaxcala, con un numero de habitantes de 1,000,000 a 9,999,999.
- 3)Ciudades medias: número de habitantes oscila entre 100,000 y 999,999.
- 4)Ciudades pequeñas: número de habitantes oscila entre 15,000 y 99,999.
- 5)Pequeñas localidades: número de habitantes oscila entre 5,000 y 14,999.
- 6)Zonas rurales: menos de 5,000 habitantes.

También se realizó una estratificación de localidades al interior de cada dominio de acuerdo con su distribución geográfica.

- R1- BC, BCS, SON.
- R2- CHH, COA, SIN DUR, NL, TAM.
- R3- VER, TAB, PUE.
- R4- JAL, AGUASC, ZAC, COL, GJ, NAY, SLP.
- R5- HIG, MX, TLX, QUE, MOR.
- R6- GUE, OAX, CHIA, MICH.
- R7- YUC, QR, CAMP.
- R8- DF.

Las exigencias de precisión y confianza, en un esquema de muestreo aleatorio simple sin remplazo, conducen a un tamaño de muestra de 384 casas para cada dominio. Dado que no se conocen encuestas similares en México donde se publique el efecto de diseño introducido a la estimación de variables en personas de edad avanzada, se supuso del orden de 2.25, ello quiere decir que el tamaño de muestra corregido es de $384 * 2.25 = 864$ casos (P60), i.e., 5,184 personas en total, Este se corrigió por la no respuesta esperada a nivel P60, del orden de un 5 % : $864 / .95 = 910$, por cada dominio, lo que da 5, 460. Por el censo de 1990 se sabe que en cada vivienda habitan en promedio 0.31 P60, entonces se debían visitar alrededor de $5,460 / .31 = 17,613$ y suponiendo un 10 por ciento de posible no respuesta a nivel vivienda, la cifra cambia a $17,613 / .90 = 19,570$ viviendas a nivel nacional.

El tamaño de muestra resultante al final del trabajo se de 5,159 personas de 60 años o más.

Por ultimo mencionaremos los elementos con los que la ENSE'94 trató de ubicar la situación de la salud del anciano:

a)Evaluación del bienestar: el nivel de satisfacción de la vida y los factores que acarean preocupación, son determinantes al evaluar el bienestar.

b)Autopercepción del estado de salud: se mide en cuanto a cómo se percibe subjetivamente, en términos comparativos y como grado de impedimento en la realización de la vida diaria.

c)Salud global y su impacto.

d)Afilación y utilización de servicios: es importante conocer cómo se alcanza la atención médica requerida.

e)Evaluación del estado funcional y presencia de incapacidades.

f)Salud mental cognoscitiva: es importante conocer con qué frecuencia se dan estas anomalías y en el caso de la encuesta es especialmente relevante su identificación para asegurara la confiabilidad de los datos proporcionados por el entrevistado

ANEXO II

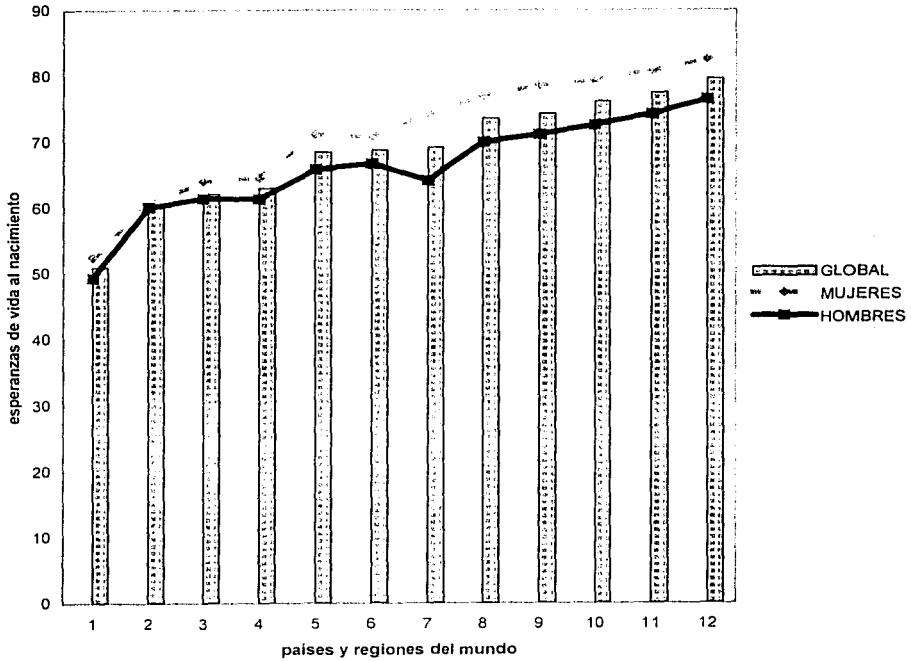
INDICE DE GRÁFICAS

No. de gráfica	Nombre de la gráfica	pagina
1	Esperanza de vida en países del mundo	44
2.a	Porcentajes de mayores de 65 años en Nicaragua, México, Brasil y Cuba, 1965, 1995 y 2025	45
2.b,e	Índices de envejecimiento con respecto a los jóvenes y adultos, en 1965, 1995 y 2025, en Nicaragua y Cuba	46
2.c,d	Índices de envejecimiento con respecto a los jóvenes y adultos, en 1965, 1995 y 2025, en México y Brasil	47
3.a	Tasa global de fecundidad, para México, 1930 - 2030	48
3.b	Porcentaje de mayores de 65 años, para México, 1930 - 2030	49
3.c	Probabilidades de supervivencia de 0-65, en ambos sexos, para México, 1930- 2030	50
3.bis	Número de mayores de 65 años para México, de 1990 - 2030, en ambos sexos	51
4	Cuadro y Gráfica de los niveles de urbanización, para México, en 1994	52
5.a	Índice de Barthel para hombres de los tres tipos de NU, en México	53
5.a	Índice de Barthel para mujeres de los tres tipos de NU, en México	54
5.a	Índice de Barthel para hombres y mujeres del NU 2, en México	55

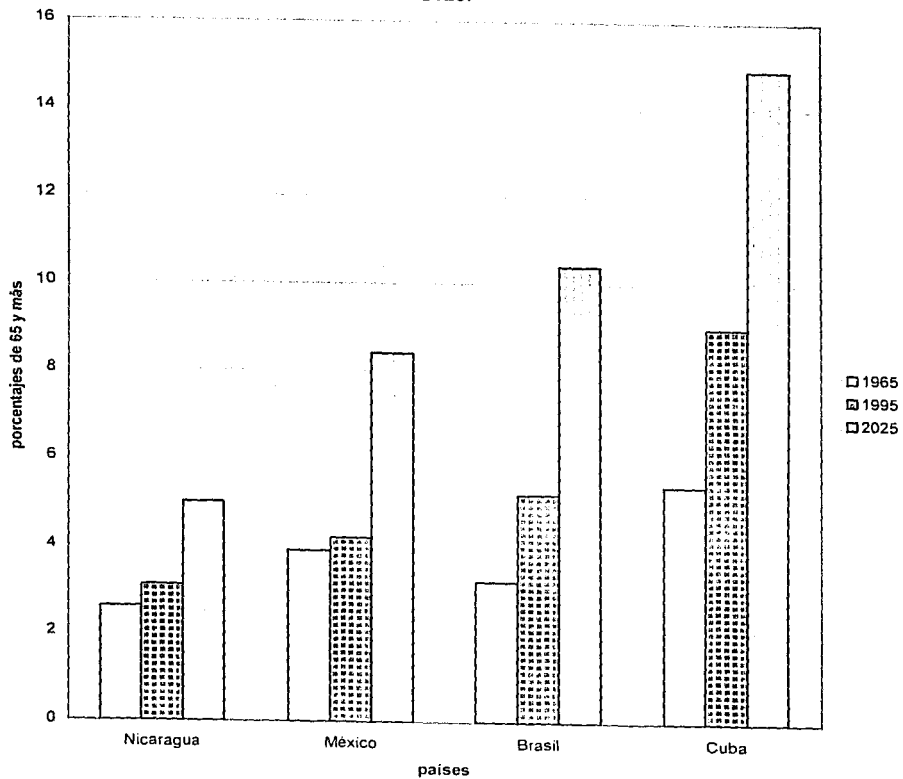
Países y regiones del mundo

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| 1 AFRICA | 7 EUROPA Y CIS |
| 2 ASIA DEL SUR | 8 MEXICO |
| 3 EST. ARABES | 9 PAISES INDUSTRIALIZADOS |
| 4 MUNDO | 10 ESTADOS UNIDOS |
| 5 LATINO AMERICA Y CARIBE | 11 CANADA |
| 6 ASIA DEL ESTE | 12 JAPON |

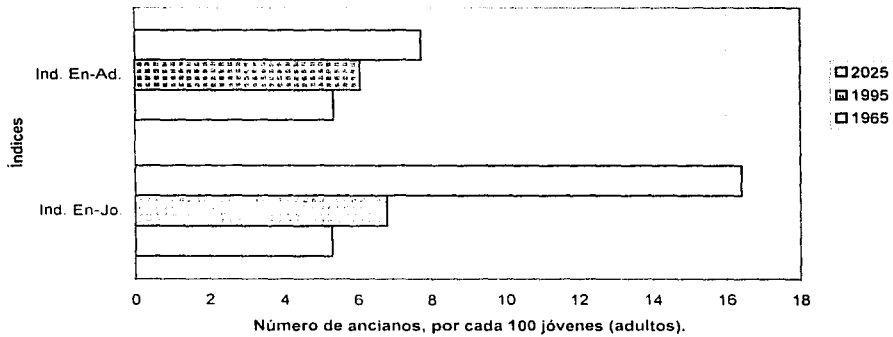
Gráfica 1.
Esperanzas de vida, según país y por sexos



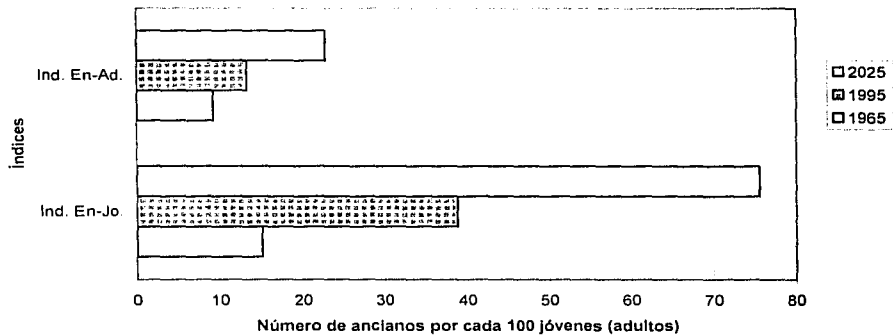
Gráfica 2, a.
Porcentajes de mayores de 65 años, en 1965, 1995 y una proyección del 2025.



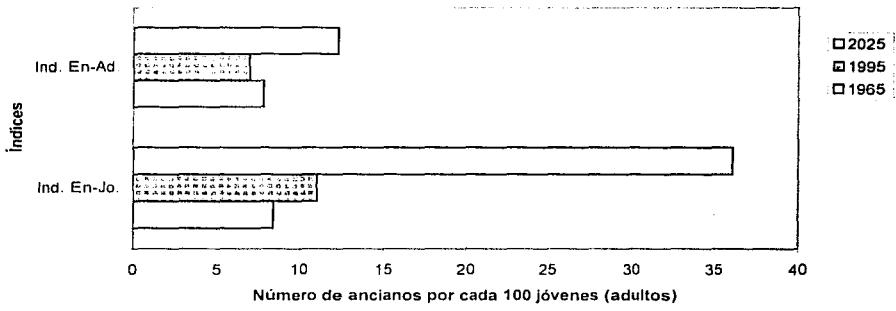
Gráfica 2, b.
Índices de envejecimiento respecto a los jóvenes y adultos, en Nicaragua.



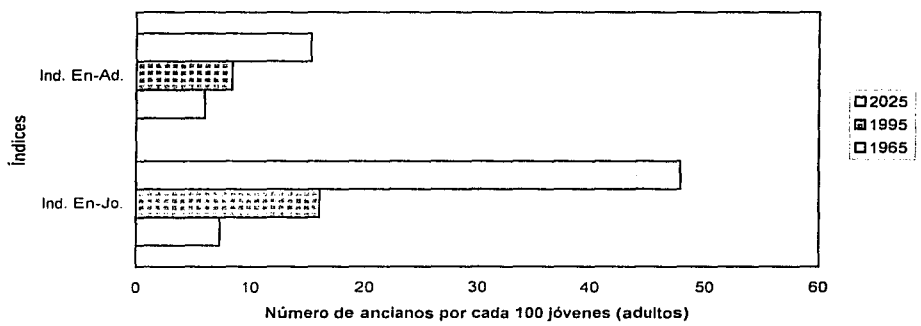
Gráfica 2, e.
Índice de envejecimiento respecto a los jóvenes y adultos, en Cuba.



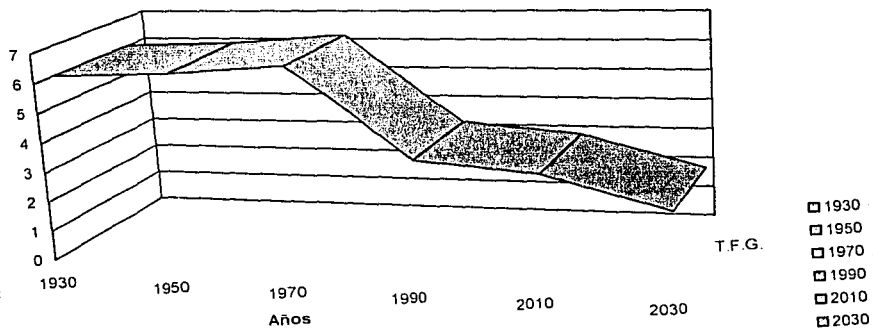
Gráfica 2, c.
Índice de envejecimiento respecto a los jóvenes y adultos, en México.



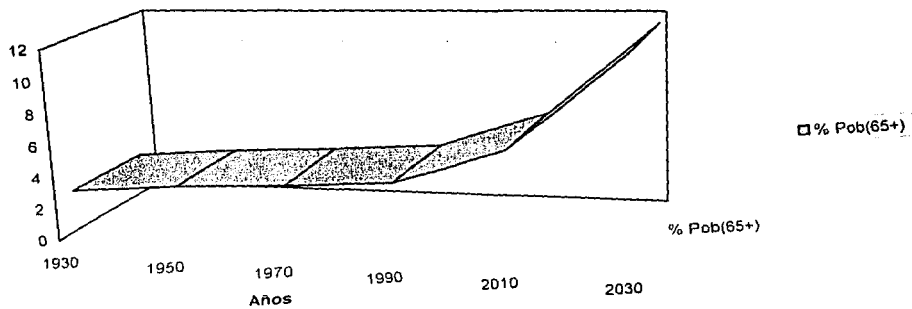
Gráfica 2, d.
Índice de envejecimiento respecto a los jóvenes y adultos, en Brasil.



Gráfica 3, a.
Tasa global de fecundidad 1930-2030, para México.



Gráfica 3, b.
Porcentaje de la población de 65 y más, en la República mexicana.



Gráfica 3, c.
Probabilidades de supervivencia de 0-65, para ambos sexos, de 1930 a 2030, en México

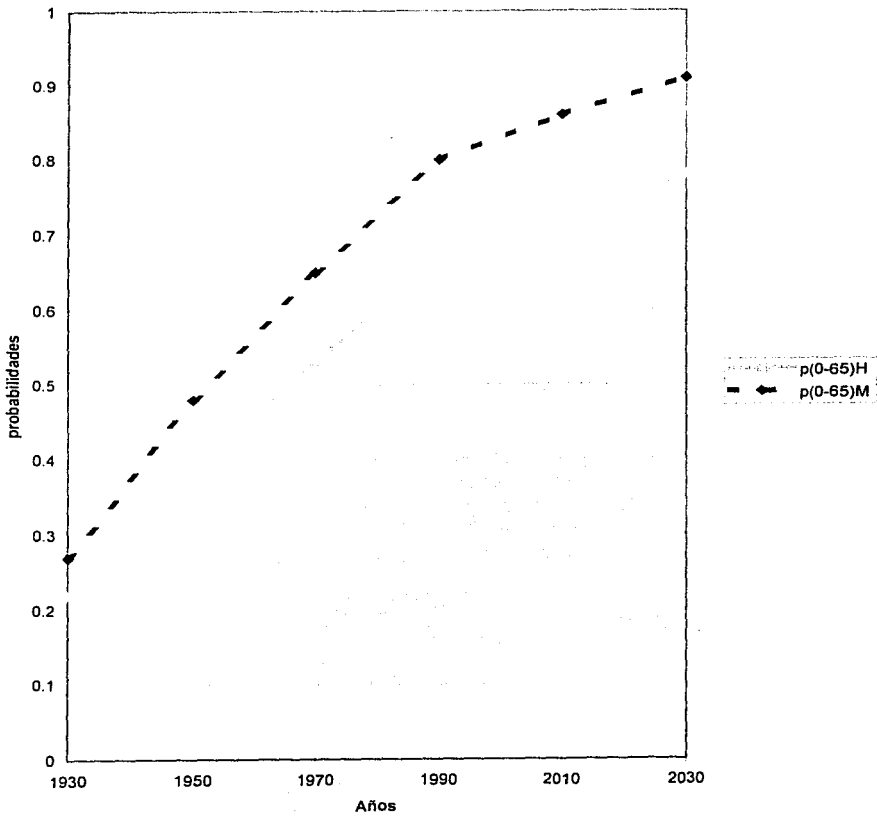
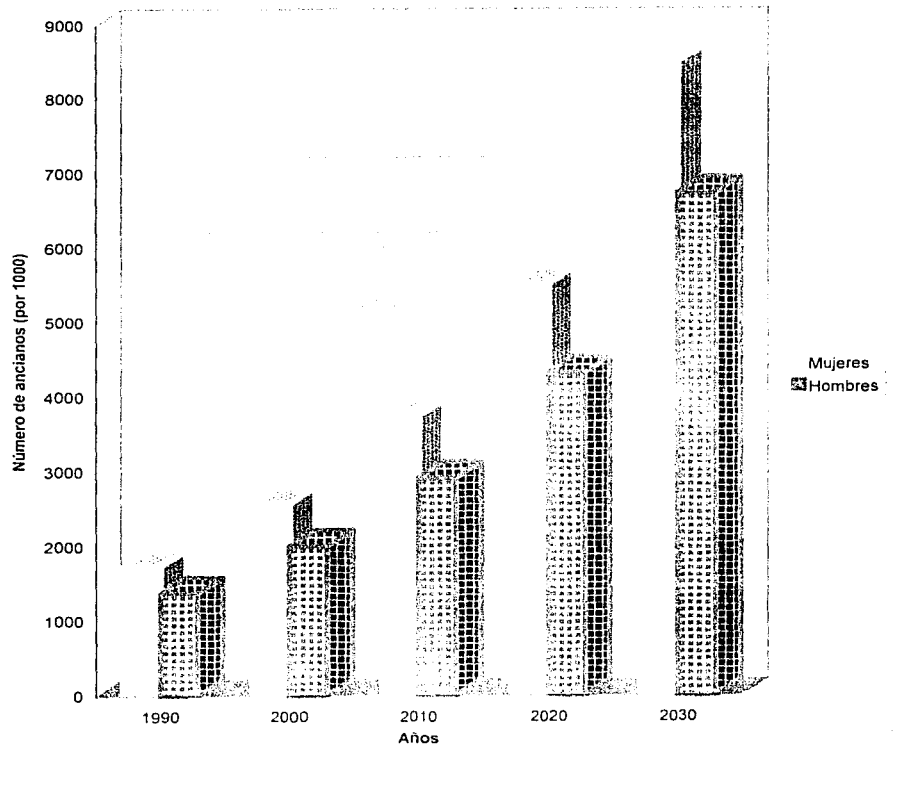


Gráfico 3 bis.
Número de mayores de 65 años, en ambos sexos, de 1990 - 2030



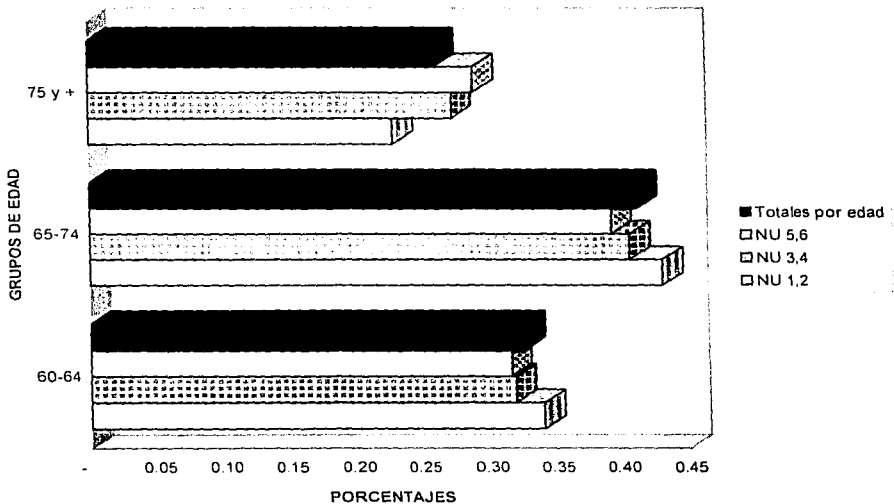
Cuadro 4.

Cuadro de porcentajes de ambos sexos para el grupo de 60 años y más, según niveles de urbanización y por edad.

	Grupos de edades				
	60-64	65-74	75 y +		
Niveles de Urbanización	NU 1,2	0.34	0.43	0.23	1.00
	NU 3,4	0.32	0.41	0.27	1.00
	NU 5,6	0.32	0.39	0.29	1.00
<i>Totales por edad</i>		0.33	0.41	0.26	1.00

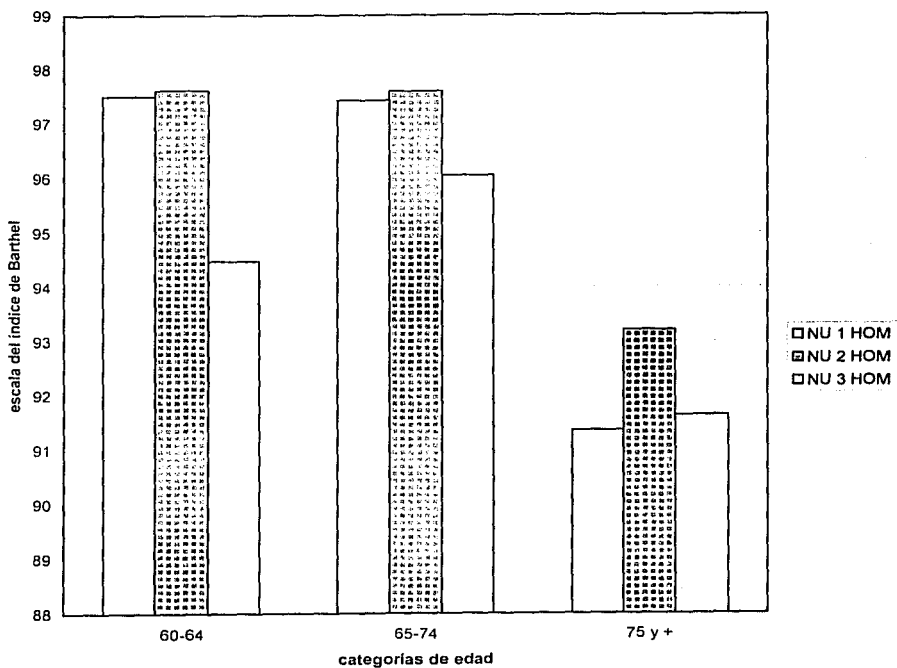
Fuente: ENSE '94

GRAFICA 4.
PROMEDIOS DE ANCIANOS POR NIVEL DE URBANIZACIÓN Y GRUPO DE EDAD



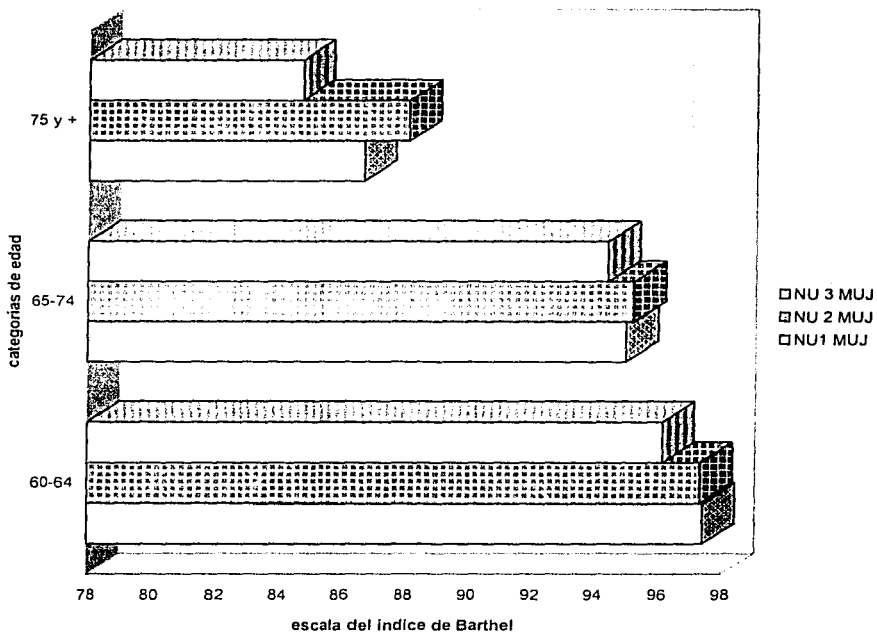
	60-64	65-74	75 y +
NU 1 HOM	97.50	97.43	91.36
NU 2 HOM	97.61	97.59	93.20
NU 3 HOM	94.48	96.05	91.63

Gráfica 5, a.
Índice de Barthel, para hombres por categoría de edad.



	60-64	65-74	75 y +
NU1 MUJ	97.42	94.97	86.67
NU 2 MUJ	97.34	95.21	88.09
NU 3 MUJ	96.14	94.40	84.71

Grafica 5,b.
 Índice de Barthel, para mujeres por categoría de edad



	60-64	65-74	75 y +
NU 2 HOM	97.61	97.59	93.20
NU 2 MUJ	97.34	95.21	88.09
NU 2	97.48	96.40	90.65

Gráfico 5, d.
Índice de Barthel para NU 2, por sexos y categoría de edad

