

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

**FACULTAD DE CIENCIAS**



**“ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES DE  
SALUD DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS  
MAYORES DE 60 AÑOS DEL DISTRITO  
FEDERAL EN BASE A LA “ENCUESTA  
SOBRE SALUD , BIENESTAR Y  
ENVEJECIMIENTO” (SABE - OMS, 1999 )”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**A C T U A R I A**

**P R E S E N T A :**

**FABIOLA LÓPEZ SUÁREZ**



**DIRECTORA DE TESIS:  
DRA. VERÓNICA ZENAIDA MONTES DE OCA ZAVALA**

**ASESORA DE TESIS:  
DRA. EDITH PACHECO GÓMEZ MUÑOZ**



**2004**

**FACULTAD DE CIENCIAS  
SECCION ESCOLAR**



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

**ACT. MAURICIO AGUILAR GONZÁLEZ**  
**Jefe de la División de Estudios Profesionales de la**  
**Facultad de Ciencias**  
**Presente**

Comunicamos a usted que hemos revisado el trabajo escrito: "Análisis de las condiciones de salud de la población de adultos mayores de 60 años del Distrito Federal en base a la "Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento" (SABE-OMS, 1999)"

realizado por Fabiola López Suárez

con número de cuenta 9954591-6 , quien cubrió los créditos de la carrera de: Actuaría

Dicho trabajo cuenta con nuestro voto aprobatorio.

**Atentamente**

Director de Tesis

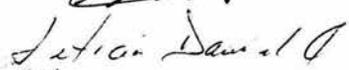
Propietario Dra. Verónica Zenaida Montes de Oca Zavala 

Asesor de Tesis

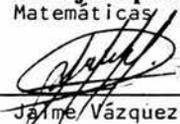
Propietario Dra. Edith Pacheco Gómez Muñoz 

Propietario M. en D. Alejandro Mina Valdés 

Suplente Act. María Aurora Valdés Michell 

Suplente Act. Leticia Daniel Orana 

**Consejo Departamental de**  
**Matemáticas**

  
Act. Jaime Vázquez Alamilla

A Dios Uno y Trino,  
que me ha enseñado lo más hermoso que he conocido en esta vida.

A todos los canes y felinos abandonados y desprotegidos,  
porque el trabajo de estos años y el que está por venir sea en beneficio suyo.

## Agradecimientos

A Mapi y Augusto por haberme cuidado todos estos años. A Pochito por ser mi segundo mejor amigo y consejero. A la Ardilla por ser muy buena hermana.

A todos los felinos y canes que compartieron y comparten su vida conmigo: Chilfn, Cocoliso, Winkie, Chopin, Jacobo, Dunkel, Camila, Rufus, Rex y Joe.

A todos los amigos que he tenido a lo largo de los años.

A mi directora de tesis. A mis sinodales por su comprensión.

A todos los que desinteresadamente me orientaron en la realización de este trabajo.

A mi Universidad y a mi Facultad por todo el aprendizaje y experiencias que me han brindado.

Gracias

## Índice

Introducción	1
Capítulo I. Las transiciones y el contexto demográfico: antecedentes	5
1.1. Transición demográfica	6
1.2. Transición epidemiológica	15
1.3. Proceso de envejecimiento	20
Capítulo II. Condiciones de salud de la población envejecida	31
2.1. El proceso salud-enfermedad en la vejez	32
2.2. Características generales de la salud y enfermedad en la vejez	36
2.3. Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE-OMS, 2000)	43
Capítulo III. Características sociodemográficas y de morbilidad	47
3.1. Estructura sociodemográfica	47
3.2. Autoevaluación de salud	59
3.3. Prevalencia de enfermedades	67
3.4. Enfermedades crónicas y degenerativas	71
Capítulo IV. Acceso a los servicios de salud	106
4.1. Seguro médico	106
4.2. Seguro médico y morbilidad	113
4.3. Asistencia a los servicios de salud	119
Conclusiones	122
Bibliografía	127

## Introducción

El mundo está sufriendo cambios demográficos importantes, uno de ellos es el envejecimiento de la población, que consiste en el aumento en la proporción de personas de edades avanzadas (60 años y más) con respecto a la población total.

Los descensos de la fecundidad y mortalidad han provocado un cambio en las pirámides demográficas, al incrementarse el número de personas de edades avanzadas y disminuir el número de jóvenes y niños.

La mayoría de los países en el mundo han experimentado, o experimentan actualmente, este cambio en su estructura de población. En particular, México se encuentra en pleno proceso de envejecimiento. Este proceso implica profundos cambios no sólo para la estructura de la población, sino también para la economía, la política, la cultura y la salud, entre otros.

Con estas repercusiones, la sociedad deberá reestructurarse por las nuevas exigencias sociales y económicas que tendrá que enfrentar para satisfacer las necesidades de las edades envejecidas.

Esto hace que el estudio de las necesidades y características de los individuos con 60 años y más sea fundamental, pues sólo a través de la comprensión de estas necesidades, se podrán generar soluciones factibles a las demandas que tenga, y tiene ya, este grupo poblacional.

A través de este trabajo se busca conocer en particular las características de morbilidad y el acceso a los servicios de salud de la población envejecida en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM).

Se considerará como Zona Metropolitana de la Ciudad de México a las 16 delegaciones del Distrito Federal y a 22 municipios conurbados del Estado de México.

Se escogió la ZMCM por ser el área urbana más poblada del país y la que cuenta con el mayor número de instituciones prestadoras de servicios de salud.

Así mismo, se considerará como la población envejecida, a los hombres y mujeres con 60 años y más.

Por otra parte, se seleccionó la "Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento" (SABE, 1999-2000), desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud y aplicada entre 1999 y el año 2000, porque fue diseñada exclusivamente para la población adulta mayor de la ZMCM, y porque permite el cruce entre variables sociodemográficas y variables de salud.

El trabajo consta de cuatro capítulos. El capítulo I introduce la temática del envejecimiento. En él, se identifica el contexto demográfico del envejecimiento poblacional de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, tomando como base el envejecimiento en América Latina y México.

En el capítulo II, se describen las características de salud que presenta de manera general la población envejecida; se expone así mismo una visión general de las características de salud de América Latina, México y la ZMCM.

A partir del capítulo III comienza el análisis cuantitativo de la SABE, exponiendo las distinciones entre las condiciones de la población masculina y la población femenina. Este capítulo contiene dos partes, la primera es un análisis de la estructura y las condiciones sociodemográficas de la población de hombres y mujeres con 60 años y más. La segunda parte es un análisis de las características de autopercepción de salud y condiciones de morbilidad de la población estudiada según los datos de la SABE.

Por último, en el capítulo IV, se analizan las características del acceso a los servicios de salud de la población adulta mayor, con base en las variables sociodemográficas y las variables de morbilidad expuestas en el capítulo III.



## CAPÍTULO I

### LAS TRANSICIONES Y EL CONTEXTO DEMOGRÁFICO: ANTECEDENTES

Los individuos de todas las culturas y sociedades siempre se han enfrentado al hecho de envejecer, lo que constituye un proceso natural dentro del ciclo vital. Sin embargo, en la actualidad las sociedades contemporáneas se enfrentan con una situación nueva y que presenta muchos retos: el envejecimiento de la estructura por edades de la población.

En el mundo existen más de 416 millones de ancianos actualmente, y se estima que para el año 2025, los mayores de 60 años serán el 12% de los habitantes del planeta. De éste total de ancianos, el 72% vivirá en los países en desarrollo (Cabrera, 2001).

Las dimensiones del envejecimiento a nivel mundial son muy contrastantes de acuerdo al nivel de desarrollo de las regiones. En cuanto al rápido crecimiento de adultos mayores, los países desarrollados envejecieron gradualmente a lo largo de dos siglos aproximadamente, mientras que los países en desarrollo lo harán en menos de 30 años.

Los niveles de pobreza marcan un diferencial por regiones importante, el mundo desarrollado tenía una economía próspera cuando envejecía, y los países de América Latina y el Caribe por ejemplo, envejecerán siendo pobres (Cabrera, op. cit.).

Por lo tanto, el envejecimiento puede ser considerado como un logro importante, aunque también puede convertirse en un serio problema para las sociedades que no estén preparadas para enfrentar las consecuencias que de él derivan.

El objetivo de este capítulo es contextualizar los orígenes y consecuencias del envejecimiento, partiendo de la situación en América Latina y México, para después

ubicar el escenario que da forma al envejecimiento de la población de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México.

### **1.1. Transición demográfica**

El siglo XVIII fue el inicio de un período de profundos cambios sociales y económicos. La Revolución Industrial, iniciada en la Gran Bretaña, permitió la paulatina renovación y redefinición de los conceptos de producción y urbanización.

Los sistemas de producción se mejoraron e incrementaron con el paso del tiempo gracias a la creciente innovación tecnológica, y las ciudades se fueron constituyendo como nuevos centros de progreso social en donde las condiciones de vida favorecían el acceso a los servicios de salud, educación y bienestar en general.

Como resultado directo de este proceso de modernización, los niveles de mortalidad y fecundidad comenzaron a descender a ritmos diferentes, provocando transformaciones en la composición y estructura de la población a lo largo del tiempo.

Las causas principales del descenso de la fecundidad fueron el desarrollo económico y la posibilidad de controlar la natalidad (como los anticonceptivos en el siglo XX). Entre las causas del descenso de la mortalidad, sobre todo infantil, se encuentran la importante labor de la ingeniería que, a través de la construcción de drenajes, logró separar las aguas negras de las aguas potables, mejorando las condiciones sanitarias de las viviendas y ciudades; así como el descubrimiento de la penicilina (1928) y la aplicación de vacunas.

Por lo tanto, la transición demográfica se puede definir como el paso de un régimen demográfico de equilibrio, constituido por altos niveles de mortalidad y fecundidad, a una nueva fase de equilibrio con baja mortalidad y fecundidad (Chackiel, 2000).

La consumación de la transición demográfica se da a través de un fenómeno nuevo que experimenta actualmente la humanidad: el envejecimiento de la población.

Como su nombre lo indica, la transición demográfica es un proceso. El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), en 1992 definió este proceso a través de cuatro grupos o etapas:

**Grupo I, *Transición incipiente*** (países con natalidad y mortalidad altas, con un crecimiento natural moderado, del orden de 2.5%); **Grupo II, *Transición moderada*** (países con alta natalidad y mortalidad moderada, con crecimiento natural elevado, cercano al 3%); **Grupo III, *En plena transición*** (países con natalidad moderada y mortalidad baja, con un crecimiento natural cercano al 2%); **Grupo IV, *Transición avanzada*** (países con natalidad y mortalidad moderadas o bajas y crecimiento natural del 1%).

La transición demográfica está asociada al nivel de desarrollo de cada país o región, lo que la convierte en un proceso heterogéneo y que presenta variantes muy particulares, determinadas por las condiciones socioeconómicas de cada sociedad (Cabrera, 2001).

Los países desarrollados casi han completado la transición de la fecundidad y mortalidad, y presentan poblaciones sumamente envejecidas. Los países en desarrollo aceleraron el descenso de la mortalidad hacia mediados del siglo XX, y el de la fecundidad hasta 1970, por lo que presentan recientes estructuras rejuvenecidas que inician ya el proceso de envejecimiento.

La situación de los países con bajo desarrollo, por ejemplo los de América Latina, es diferente, ya que fue hasta 1950 aproximadamente, que iniciaron la transición de la

mortalidad, acentuándose el proceso en los últimos treinta años, a la vez que han mantenido una alta fecundidad hasta finales del siglo XX.

La transición demográfica en América Latina y el Caribe inició en la primera mitad del siglo XX, cuando los niveles de mortalidad descendieron como resultado de los logros tecnológicos y sociales, tales como las mejoras en la salud y la educación. Así, la esperanza de vida pasó de aproximadamente 52 años en 1950 a 71 años en el 2000 (CELADE, 2003).

Este descenso estuvo acompañado durante varias décadas por niveles de fecundidad elevados, ocasionando un crecimiento acelerado de la población, de acuerdo cifras de CELADE (2003), para 1950 la Tasa Global de Fecundidad (TGF) fue de 5.91 hijos por mujer y para 1970 fue de 5.06, esto ocasionó que a partir de mediados de los años sesenta, los esfuerzos de las políticas poblacionales se centraran en lograr la disminución de la fecundidad, hasta llegar a una TGF de 2.52 hijos por mujer en el año 2000.

La mayoría de los países de América Latina y el Caribe están en plena transición demográfica, e inclusive, algunos de ellos en etapas avanzadas de la misma (ver Cuadro 1), lo que implica que si durante el siglo pasado, la demografía de la región se caracterizó tanto por el descenso de la mortalidad (en la primera mitad del siglo XX), como por el descenso de la fecundidad (en la segunda mitad del siglo XX), el fenómeno demográfico predominante de la primera mitad del siglo XXI será el envejecimiento poblacional.

Sin embargo, esta transición se ha dado como un proceso muy heterogéneo tanto entre los distintos países como al interior de los mismos, originando contraste regionales y sociales acentuados (Del Popolo, 2001).

El Cuadro 1 muestra la agrupación de los países de la región de acuerdo a las etapas de la transición demográfica en que se encuentran. Como se aprecia en el mismo, la tendencia de la población de América Latina en conjunto es la disminución del porcentaje de niños y el aumento progresivo en el porcentaje de adultos mayores.

**Cuadro 1.** Distribución porcentual de la población de América Latina y el Caribe por grandes grupos de edad en países agrupados según etapas de la transición demográfica.

Países	Años y grupos de edades								
	1950			2000			2050		
	0 - 14	15- 59	60 y +	0 - 14	15- 59	60 y +	0 - 14	15- 59	60 y +
<b>GRUPO I<sup>1</sup></b>									
Bolivia	41.4	53.0	5.6	39.5	54.1	6.4	20.3	63.1	16.7
Haití	36.8	55.0	8.2	40.2	54.1	5.7	21.9	61.9	16.2
<b>GRUPO II</b>									
El Salvador	43.1	52.2	4.8	35.6	57.2	7.2	19.2	60.3	20.5
Guatemala	44.1	51.6	4.3	43.6	51.1	5.3	22.0	63.6	14.4
Honduras	45.1	51.0	3.9	41.6	53.2	5.2	20.6	61.8	17.6
Nicaragua	44.6	51.3	4.1	42.6	52.8	4.6	20.5	63.2	16.3
Paraguay	39.0	52.1	8.9	39.5	55.1	5.3	21.3	62.6	16.1
<b>GRUPO III</b>									
Brasil	41.6	53.6	4.9	28.8	63.4	7.9	17.5	56.9	25.6
Colombia	42.6	52.4	5.0	32.7	60.4	6.9	18.9	59.1	21.9
Costa Rica	38.5	53.9	7.6	31.8	60.7	7.6	16.9	56.7	26.4
Ecuador	39.5	52.4	8.1	33.8	59.2	6.9	18.2	59.2	22.6
México	42.0	50.9	7.1	33.2	59.9	6.9	17.5	57.4	25.1
Panamá	40.2	53.3	6.5	31.9	60.2	7.9	18.8	58.9	22.3
Perú	41.6	52.8	5.7	34.5	58.4	7.1	18.3	59.7	21.9
Rep. Dominicana	44.5	50.3	5.2	33.5	59.9	6.6	18.8	59.2	22.0
Venezuela	43.5	53.1	3.4	34.0	59.4	6.6	18.4	59.5	22.1
<b>GRUPO IV</b>									
Argentina	30.5	62.4	7.0	27.7	59.0	13.3	17.9	57.9	24.2
Chile	36.7	56.4	6.9	28.5	61.4	10.2	18.3	57.6	24.1
Cuba	35.8	56.9	7.3	21.2	65.1	13.7	15.2	51.3	33.6
Uruguay	27.9	60.3	11.8	24.8	58.1	17.2	17.5	57.1	25.4

Fuente: CELADE. Boletín demográfico, América Latina y el Caribe, el envejecimiento de la población 1950-2050, Año XXXVI, No. 72, Julio 2003.

<sup>1</sup> Grupo I, *Transición incipiente*; Grupo II, *Transición moderada*; Grupo III, *En plena transición*; Grupo IV, *Transición avanzada*.

En la actualidad, la población de América Latina en general presenta características de la tercera etapa de la transición demográfica, es decir, una población compuesta principalmente por niños y adultos jóvenes.

Los países del Grupo I tienen una estructura por edades muy joven (con una proporción superior al 40% para el grupo de menores de 15 años) debido a su elevada fecundidad.

Los del Grupo II presentan un rejuvenecimiento de la estructura por edades (que al igual que el primer grupo muestran una proporción superior al 40% para el grupo de menores de 15 años).

En los países del Grupo III la estructura por edades se mantiene relativamente joven (con proporciones que van del 32 al 36% para el grupo 0-15), pues el descenso de la fecundidad es reciente.

Por último, los países del Grupo IV que han tenido fecundidad y mortalidad bajas por un largo periodo, mostrando un crecimiento y una estructura de edades similares a los de países desarrollados (con menos del 30% de su población en el grupo de edades menores).

Con base en la clasificación de CELADE, México se encuentra en el Grupo III, lo que significa que está en plena transición demográfica y reportando una fecundidad moderada y mortalidad baja.

De acuerdo a las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), la transición demográfica en México, que se enfatizó hasta la tercera década del siglo XX, cuando el país comenzó a recuperarse de la devastación social, económica y política que produjo la Revolución, estará concluida para mediados del siglo XXI.

Los niveles de mortalidad comenzaron a descender a partir de la tercer década del siglo XX gracias a los avances en salud, educación, infraestructura sanitaria y alimentación entre otros.

Estas mejoras permitieron que la esperanza de vida de la población mexicana, que en 1950 era de apenas 50.7 años, se incrementara a 62.6 años en 1970, 71.5 años en 1990 y llegara a 74.3 años en el año 2000 (CELADE, 2003).

La disminución de la fecundidad se inició a mediados de la década de los sesenta, cuando comenzaron a difundirse y generalizarse las nuevas políticas de población, orientadas a disminuir los niveles de fecundidad a través de las prácticas de planificación familiar (Tuirán, 2002).

Dichas políticas estaban sustentadas en el desarrollo económico, la urbanización y sobre todo en el cambio cultural experimentado por la población, por lo que del año 1970 a 1980, la tasa global de fecundidad (TGF) disminuyó de 6.52 hijos por mujer en promedio a 4.24 respectivamente, en 1990 fue de 3.12 y en el 2000 de 2.49 hijos en promedio (CELADE, 2003).

Como resultado de los cambios en la mortalidad y la fecundidad, la tasa de crecimiento natural de la población cambió de 1.7% en 1930, a 2.7% en 1950, y a 3.5% en 1965. En los años sesentas los niveles de la fecundidad comenzaron a descender, lo que propició, junto con el continuo descenso de los niveles de la mortalidad, que el crecimiento natural de la población disminuyera de 3.3% en 1970, a 2.6% en 1985, hasta llegar al 1.7% en el año 2000 (Tuirán, 2002).

Pese a que la población de México se aproxima poco a poco a la última etapa de la transición demográfica, es decir, aquella donde las tasas de natalidad y mortalidad son bajas y están muy próximas, y el crecimiento es prácticamente nulo, el proceso de

transición está caracterizado por la heterogeneidad con que se da en las regiones y grupos sociales del país.

Las desigualdades sociales y el contraste de las situaciones económicas de desarrollo convierten a la transición en un proceso “polarizado”.

En este proceso, las regiones o grupos más desarrollados y prósperos han alcanzado las etapas más avanzadas de la transición demográfica (reportando niveles de mortalidad y fecundidad relativamente bajos), mientras que aquellos más marginados y pobres permanecen en etapas muy tempranas de la transición (reportando mortalidad temprana y altos niveles de morbilidad, así como altas tasas de fecundidad) (Tuirán, 2002).

En los estados de la República con mayor rezago, como Chiapas, Oaxaca y Guerrero, la esperanza de vida al nacimiento es de 73 años, y en los estados con mayor prosperidad como Baja California, el Distrito Federal y Nuevo León, la esperanza de vida llega hasta los 77 años (Tuirán, 2002).

Con respecto a los niveles de mortalidad infantil, en los estados más rezagados, las cifras son de 32 fallecimientos por cada 1,000 nacidos vivos, mientras que en los estados más prósperos, las cifras indican menos de 20 muertes por mil (Tuirán, 2002).

Dado que la transición demográfica no es uniforme en el país, se puede agrupar a las entidades federativas, de acuerdo al grado de la misma en el que se encuentran, en tres grandes grupos:

- **Transición moderada.** Son las entidades que registran los niveles de fecundidad más elevados del país: Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Guanajuato, Michoacán, Puebla y San Luis Potosí.

- Transición avanzada. Entidades que registran tasas de fecundidad y mortalidad medias: Durango, Hidalgo, Querétaro, Tabasco y Zacatecas.

En el grupo de Transición avanzada están también Aguascalientes y Jalisco, a pesar de que presentan niveles bajos de mortalidad; y Campeche, Nayarit, Quintana Roo, Sinaloa, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán, que presentan niveles bajos de fecundidad.

- Transición muy avanzada. Son las entidades con los niveles más bajos de fecundidad y mortalidad infantil: Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Chihuahua, Distrito Federal, Estado de México, Morelos, Nuevo León y Sonora.

Aproximadamente tres de cuatro mexicanos habitan en las entidades que se encuentran en etapas avanzadas o muy avanzadas de la transición demográfica, lo que contrasta con la situación de hace treinta años, cuando prácticamente todos los estados se encontraban en etapas tempranas de la transición (Tuirán, 2002).

La Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM), es una región donde la transición demográfica está en etapas muy avanzadas, pues fue una de las regiones que más se benefició de la modernización y de los avances en salud, educación y urbanización logrando una mayor esperanza de vida con respecto al resto del país.

El crecimiento demográfico más alto registrado en la ZMCM se dio en la década de los sesenta, y a partir de ahí, se registró un descenso en la fecundidad.

Dentro de la evolución demográfica de la ZMCM se distinguen dos etapas determinantes. La primera comprende dos décadas, de los años 50 a los 70, cuando la población de la ciudad creció a tasas superiores a los promedios nacionales, como

consecuencia de las altas tasas de crecimiento natural y por la inmigración proveniente de las zonas rurales, convirtiéndose así en una de las más pobladas del mundo.

La segunda etapa comprende las dos décadas siguientes, en las que se produjo una reducción en el crecimiento de la población como resultado de los cambios en la tasa global de fecundidad (TGF) y en los flujos migratorios, que para la década de los 80, consistieron principalmente en la expulsión de población del Distrito Federal (CONAPO, 1998).

En la ZMCM la transición demográfica se encuentran en fases avanzadas, por lo que uno de los principales cambios que presenta la población de la entidad es la creciente tendencia al envejecimiento.

El mayor acceso a los servicios de salud, la urbanización que permite contar con servicios de alcantarillado y drenaje, así como la mayor difusión de hábitos de higiene, han logrado tasas de mortalidad más bajas en comparación a las del resto del país, obteniendo un aumento constante en la esperanza de vida al nacimiento. En el Distrito Federal, la esperanza de vida al nacer ha pasado de 68.6 años en 1980, a 75.7 años en 1990, y a 77.2 años en el 2000.

Con respecto a la fecundidad, el nivel educativo más alto de las mujeres ciudadanas, su creciente participación en la vida económica, y las políticas de planificación familiar representan factores que influyeron en el descenso del número de hijos por mujer. Los niveles de TGF (Tasa Global de Fecundidad) en el Distrito Federal por ejemplo, se redujeron de 5.24 hijos en 1970-1975 a 3.36 en 1980-1985 y a 2.27 en 1990-1995.

Así mismo, la migración, que es uno de los factores importantes que explican la dinámica demográfica de la ZMCM, tuvo su punto máximo en 1970 cuando el flujo

migratorio alcanzó el 38.2 por ciento del total de los movimientos interestatales del país (CONAPO, 1998).

A partir de entonces esta cifra ha ido decreciendo. En 1980, el 28.7 por ciento de la población residente en la ciudad de México era originaria de otro estado, para 1990 éste porcentaje disminuyó a 24.2 por ciento y en el año 2000 fue de 21.2 por ciento.

Los estados que más población han expulsado en los últimos veinte años a la ZMCM son Puebla, Guerrero, Guanajuato, Oaxaca, Veracruz, Michoacán e Hidalgo. Sin embargo, la situación de la migración comenzó a cambiar hacia mediados de la década de los noventa, cuando la capital del país se convirtió también en expulsora de población.

## **1.2. Transición Epidemiológica**

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX, los grandes cambios que hubo en medicina (como el descubrimiento de la penicilina en 1926 y las vacunas), servicios de salud (como la provisión de agua potable), educación y adelantos tecnológicos, permitieron mayor control sobre las epidemias y una reducción en la mortalidad debida a enfermedades infecciosas.

Para describir y sistematizar el cambio en los patrones de salud y enfermedad que ocurrían, Abdle Omran formuló la teoría de la transición epidemiológica en 1971. La teoría de Omran se basa en el postulado de la transición de un patrón de causas de muerte dominado por enfermedades infecciosas con muy alta mortalidad, especialmente en las edades más jóvenes, a un patrón dominado por enfermedades crónicas y degenerativas como las formas más importantes de morbilidad y causa de muerte.

La teoría propone que el fin de la transición epidemiológica puede darse en el momento en el que las tasas de mortalidad se estabilicen después de un pronunciado descenso.

De acuerdo a Omran, los cambios de la salud y del patrón de enfermedades que caracterizan a la transición epidemiológica están íntimamente relacionados con las transiciones demográfica y económica que constituyen la compleja modernización.

En América Latina y el Caribe la transición epidemiológica es un proceso muy heterogéneo, no sólo entre países, sino también dentro de los mismos. La situación general de salud de los países latinoamericanos ha evolucionado de acuerdo al proceso de su transición demográfica, al desarrollo de las condiciones sanitarias básicas, y a la eficiencia y cobertura del sistema de salud (Palloni, 1990).

En las décadas de los años cincuenta y sesenta, la región experimentó una especie de reformas sanitaria con la distribución de vacunas y de antibióticos para combatir las enfermedades infecto-contagiosas (Montes de Oca, 2000).

Sin embargo, las crisis de los ochenta, que afectaron de manera general a los países latinoamericanos, afectaron también el curso de proceso epidemiológico, ya que el presupuesto destinado a los servicios de salud se vieron limitados (Montes de Oca, 2000).

Para aquellos países que pertenecen al Grupo I, la elevada proporción de jóvenes ha provocado que el cuadro epidemiológico esté determinado en gran medida por las enfermedades de los niños menores y los jóvenes. Bolivia por ejemplo, muestra una severa carencia de servicios básicos de salud en las áreas rurales, así como desnutrición infantil, presentando tasas de mortalidad sumamente altas (OPS, 1998).

En los países del Grupo II, que aun se encuentran en etapas tempranas de la transición, las problemáticas sanitarias se deben principalmente a la desigualdad de condiciones socioeconómicas que viven, así como por sistemas de salud de baja calidad.

En Nicaragua por ejemplo, la crisis de los ochenta frenó el desarrollo del país, por lo que algunas enfermedades ya erradicadas volvieron a afectar a la población. En la actualidad se observa una situación de polarización epidemiológica, donde coexisten enfermedades infecciosas con enfermedades crónicas, además de hallarse un fuerte componente de muertes por causas violentas (OPS, 1998).

Dentro los países que pertenecen al Grupo III se dan diferencias muy notables. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (1998), Ecuador avanza en su transición demográfica, pero la situación epidemiológica no es muy favorable, pues la población es todavía relativamente joven, la fecundidad moderadamente alta y la mitad de la población habita en zonas rurales.

Por su parte, en Brasil existen distintas transiciones epidemiológicas coexistiendo. En las regiones Norte y Nordeste, que tienen condiciones de vida peores que el resto del país, la alta proporción de jóvenes demanda necesidades de tendencias materno-infantil; mientras que en las regiones Sur y Sudeste, las enfermedades de edades avanzadas tienen mayor peso. Esta desigualdad regional se agudiza cuando se toma en cuenta la creciente pobreza de muchos sectores de la sociedad (OPS, 1998).

Colombia y Venezuela se encuentran en un proceso de transición epidemiológica ligado a una población madura y de menor crecimiento. En los años cincuenta la mitad de las personas fallecidas eran menores de cinco años, y para los ochenta se registró un fuerte incremento de la proporción de muertes en edades avanzadas. Además, Colombia se caracteriza por una elevadísima proporción de muertes por violencia, situación

particularmente grave para los hombres de edades adultas, y que provoca un cambio en la estructura por edad y sexo de la población (OPS, 1998).

En México, la mejora en las condiciones de vida de una parte de la población, la disminución de la mortalidad general y la transformación del perfil de causas de muerte, han tenido consecuencias sociales profundas en algunas regiones, y más lentas en otras.

Hasta hace unas décadas, las causas de muerte de la población en general eran enfermedades infecciosas y transmisibles, mientras que en la actualidad son las enfermedades crónicas y degenerativas las que propician la pérdida gradual de las capacidades físicas y sociales, terminando finalmente con la muerte en edades avanzadas (Bronfman *et al.*, 1994).

Esto sitúa la salud de la población mexicana en una nueva dirección. Los cambios sanitarios han sido trascendentes en el control de diversas enfermedades infecto-contagiosas. La mortalidad general y la mortalidad infantil muestran una tendencia claramente descendente, al mismo tiempo que aumenta la esperanza de vida al nacer.

En los años cuarenta y cincuenta se introducen y extienden la aplicación de vacunas y antibióticos. Algunos puntos culminantes de este proceso se presentaron en los años cuarenta con la erradicación de la viruela, y en los noventa con la erradicación de la poliomielitis y el notable descenso del sarampión.

En la década de los 50's, las enfermedades infecciosas, en especial las de los aparatos digestivo y respiratorio, prevalecían sobre las crónicas, así mismo, la mortalidad infantil todavía era factor de peso entre las causas de la mortalidad en general.

En la década de los 70's, los accidentes y las causas perinatales cobran fuerza como causas de muerte y se ubican en la tercera y quinta posición respectivamente.

Para la década de los 90's, se muestra evidente la aparición de padecimientos degenerativos como tumores malignos, males cardíacos, la cirrosis hepática y otras enfermedades crónicas del hígado, así como la diabetes mellitus.

Pese a los avances obtenidos con la transición epidemiológica, ésta, al igual que la transición demográfica se presenta de diferente manera según las regiones y entidades del país, creando un contrastado escenario entre las regiones más ricas y las más pobres, razón por la cual, en México se observa un modelo de transición epidemiológica polarizado, donde coexisten enfermedades infectocontagiosas y crónico-degenerativas (Bronfman *et al.*, 1994).

En particular, en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, gracias a la mayor cobertura de servicios de salud, los principales padecimientos de los habitantes son enfermedades crónicas y degenerativas. Sin embargo, la zona vive también una transición epidemiológica avanzada y polarizada, por lo que la presencia de algunas enfermedades transmisibles sigue siendo considerable.

Las principales enfermedades crónicas y degenerativas que cada vez adquieren mayor importancia como causas de muerte en la ZMCM son la diabetes mellitus, la hipertensión y las enfermedades renales entre otras.

Las cinco causas de muerte más frecuentes en la población del Distrito Federal de acuerdo a la Estadísticas Vitales del 2001 (INEGI) fueron: enfermedades del corazón (19%), diabetes mellitus (14.0%), tumores malignos (13.5%), enfermedades cerebrovasculares (6.2%) y enfermedades del hígado (5.8%).

Por último, los países del Grupo IV son los que han mostrado una transición epidemiológica más notable, el envejecimiento de sus poblaciones permite que las

enfermedades y muertes propias de la infancia disminuyan, a la vez que aquellas relacionadas con las edades avanzadas proliferen.

Chile vive actualmente una transición epidemiológica muy avanzada, con un peso relativamente bajo de las muertes por enfermedades infecciosas y uno muy alto por enfermedades crónicas, relacionadas principalmente con el aparato circulatorio y tumores (OPS, 1998).

Uruguay, Cuba y Argentina iniciaron desde las primeras décadas del siglo XX su transición demográfica, por lo que en los años cincuenta ya tenían una población relativamente envejecida y de bajo crecimiento, lo que implicaba una estructura de la mortalidad propia de los adultos mayores, y una situación epidemiológica en la que prevalecían las enfermedades crónicas (OPS, 1998).

### **1.3. Proceso de Envejecimiento**

Cuando la transición demográfica y la transición epidemiológica se combinan, la evolución demográfica de una población eventualmente concluirá con el envejecimiento de la misma.

Al aparecer los factores propios de la modernización, tales como la disminución de la mortalidad infantil, urbanización, aumento en la esperanza de vida y cierto nivel de desarrollo económico, las barreras cronológicas de la edad pueden extenderse, los nacimientos disminuyen y la composición de la población va transformándose hasta presentar un gran porcentaje de personas en edades avanzadas y una disminución del porcentaje de personas en edades jóvenes.

En términos demográficos, y de acuerdo con los criterios de Naciones Unidas, una población puede considerarse como vieja si más del 5% de sus miembros tienen 65 años y más, o más del 10% tienen 60 años y más.

El envejecimiento de la población de un país se define como el proceso consistente en el aumento de la proporción de personas de edad avanzada (60 años y más) con respecto a la población total. Este aumento se percibe como una continua alteración de las estructuras por edades, que gráficamente resultan en pirámides poblacionales con cúspides más anchas que las bases.

El envejecimiento de una población no es un hecho aislado, trae numerosas consecuencias sobre varios factores de desarrollo y funcionamiento de una sociedad. De entre estos factores, los más importantes son la reasignación de los recursos destinados a los servicios de salud y seguridad social de la población envejecida; y los sistemas de pensión y jubilación, ya que el envejecimiento provoca a largo plazo desigualdades entre la población económicamente activa y la de edades avanzadas.

La pobreza y la marginalidad son también factores que influyen notablemente en el envejecimiento, pues agudizan los problemas antes mencionados. En muchos casos los adultos mayores son objeto del abandono por parte del resto de los miembros de la sociedad, viéndose obligados a subsistir con ingresos mínimos, o pierden capacidad adquisitiva, y el costo de su sustento se ve cubierto directamente por familiares en edad laboral.

En otras situaciones, la pobreza extrema y la marginación social y geográfica hacen imposible que los adultos mayores se beneficien de los servicios que brinda la seguridad social, empeorando sus condiciones de vida a medida que envejecen.

Es importante notar que aquellos países en donde la transición se ha presentado de manera acelerada y que están en vías de desarrollo, son los que tienen por delante los mayores retos en cuestión de salud, seguridad social y apoyo financiero a los adultos mayores.

Las políticas sociales y económicas de éstas naciones deben replantearse de tal manera, que consideren como una prioridad el satisfacer las necesidades de la población envejecida, así como satisfacer las futuras exigencias de aquellos que eventualmente llegarán a ser parte de ésta.

En América Latina el envejecimiento puede describirse a través de tres hechos principales que lo caracterizan: está ocurriendo a una velocidad mayor que la experimentada por los países más desarrollados; es un proceso generalizado, es decir, ocurre de manera general en toda América Latina y el Caribe; y por último, el envejecimiento demográfico vienen acompañado de aspectos negativos derivados del contexto social, económico y cultural (Guzmán, 2002; Montes de Oca, 2000).

Mientras que Europa y América del Norte envejecieron a lo largo de más de un siglo, América Latina experimentó cambios en su estructura poblacional que la conducen al envejecimiento demográfico en poco más de tres décadas.

En el año 2000, de acuerdo a datos de CELADE (2003), 7.8% de la población de América Latina y el Caribe tenía 60 años y más (aproximadamente 41 millones de personas), y sus proyecciones indican que ésta cifra ascenderá a 14.1% en el año 2025 y a 23.4% en el año 2050, es decir, para el año 2025 existirán aproximadamente 96 millones de adultos mayores y para el 2050, poco más de 180 millones.

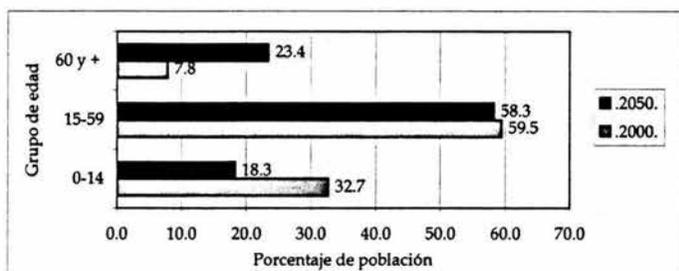
El envejecimiento en América Latina es un proceso generalizado pero con variaciones entre los niveles de envejecimiento de cada país, que a su vez se relacionan

directamente con la etapa de la transición demográfica en la que se encuentran.

El envejecimiento demográfico es más pronunciado en Uruguay, Argentina, Cuba y Chile y en países del Caribe (Trinidad y Tobago y Barbados), donde más de un 10% de la población es mayor de 60 años.

En el otro extremo se ubican países que se encuentran menos adelantados en su transición demográfica (Guatemala, Bolivia, Paraguay, Honduras, Haití, entre otros), donde un porcentaje inferior al 6.5% de la población sobrepasa los 60 años. Por otra parte, los países en plena transición, como Brasil, México, Colombia, Panamá y Costa Rica, experimentarán en las próximas décadas los mayores aumentos en el grupo de mayores de 60 años (Guzmán, op. Cit.).

**Gráfico 1.** Distribución porcentual de la población de América Latina y el Caribe, por grandes grupos de edad, 2000-2050



Fuente: CELADE. Boletín demográfico, América Latina y el Caribe, el envejecimiento de la población 1950-2050, Año XXXVI, No. 72, Julio 2003.

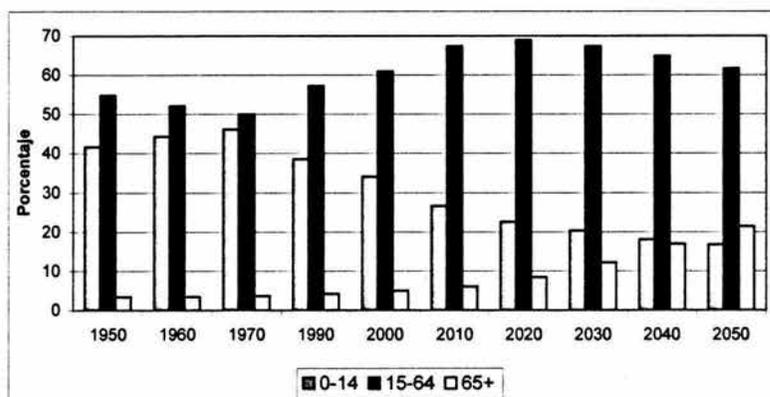
Por último, los impactos negativos que trae consigo el envejecimiento de la población, están determinados por la alta incidencia de la pobreza, la continua desigualdad social, la baja cobertura de la seguridad social y una probable tendencia hacia el deterioro de las estructuras familiares de apoyo a las personas mayores (Guzmán, op. Cit. ; Montes de Oca, 2000).

En México, los cambios que han originado las tendencias de la mortalidad y fecundidad, han determinado cambios en la composición por edad de la población, que inevitablemente repercutirán en el envejecimiento de la población mexicana.

En 1950 la población de 60 años y más representaba en México el 5.6% de la población total, en el año 2000 alcanzó el 6.83%, y para el año 2050 las proyecciones indican que será de 27.95%, es decir, en el año 2000 existían poco más de 6.8 millones de adultos mayores en México y para el año 2050 serán poco más de 36 millones.

El proceso de envejecimiento en México está determinado por características específicas: el aumento en la proporción de edades avanzadas en el medio rural, y la predominancia femenina (Ham Chande, 1996).

**Gráfico 2.** Proceso de Envejecimiento en México: Distribución porcentual de la población por grandes grupos de edad, 1950-2050



Fuente: Para 1950-2000: DGE. VII Censo General de Población, 1950. DGE. VIII Censo General de Población. DGE. IX Censo General de Población, 1970. INEGI. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Para 2010-2050: CONAPO (2002), Proyecciones de población 2000-2050

Así mismo, la transición epidemiológica ha tenido como efecto que en la actualidad las principales causas de morbilidad y mortalidad sean las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes y las enfermedades cerebrovasculares.

Estos padecimientos se presentan habitualmente en edades mayores o avanzadas, y por lo general no provocan muertes rápidas, sino que causan dolencias e incapacidades de larga duración.

Esto provoca que las personas de edades avanzadas sean las que utilicen los servicios de salud con mayor frecuencia, representando un costo alto a los sistemas de seguridad social. Sin embargo, la mayoría de los derechohabientes a la seguridad social se concentran en las áreas urbanas, por lo que las zonas rurales sufren de falta de servicios de salud especializados en el control y tratamiento de dichos padecimientos.

Las condiciones socioeconómicas en que viven las generaciones de edades avanzadas están relacionados con las diferencias de sobrevivencia entre sexos (Gomes da Conceição, 2001).

Las mujeres son las que sobreviven más a las edades avanzadas, lo que provoca altos porcentajes de viudez femenina y desventajas importantes dentro del contexto social, pues son las mujeres de edades avanzadas las que presentan menores grados de escolaridad y tasas altas de analfabetismo.

Por otra parte son las que tienen menor probabilidad de estar protegidas por un sistema de seguridad social y a la vez, las que sufren una mayor incidencia y prevalencia de incapacidades y enfermedades (Montes de Oca, 1996).

Sin embargo los hombres en edades avanzadas se enfrentan también a situaciones de pobreza y marginalidad, por lo que su situación no es extremadamente mejor que la de las mujeres envejecidas.

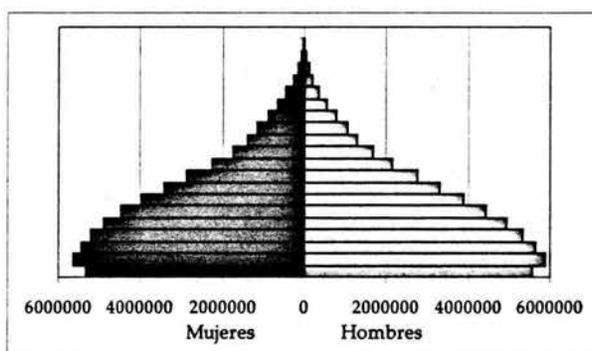
Las estructuras familiares también se han transformado conforme el proceso de envejecimiento avanza. La muerte de uno de los cónyuges y la salida de los hijos de los hogares, hacen que las personas de edades avanzadas constituyan hogares unipersonales al final de sus vidas.

Los adultos mayores que viven en hogares unipersonales representan casi la mitad del total de la población que reside sola, porcentaje igual al observado en países desarrollados (Gomes da Conceição, 2001).

Las proyecciones de población (2000-2050) hechas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2002), indican que dentro del próximo medio siglo, la proporción de adultos mayores seguirá aumentando, y la proporción de jóvenes, disminuyendo (ver Gráficos 3,4 y 5).

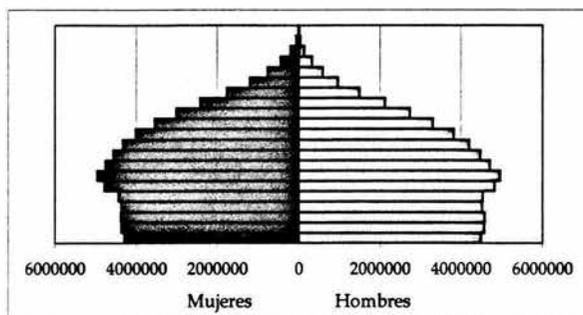
El porcentaje de adultos mayores de 60 años aumentará con el tiempo. En el año 2000, ésta proporción fue de 6.8%, para el 2025 se estima que será de 14.8% y para el 2050, 28.0%.

**Gráfico 3.** Pirámide de población por grupos quinquenales de México, 2000.



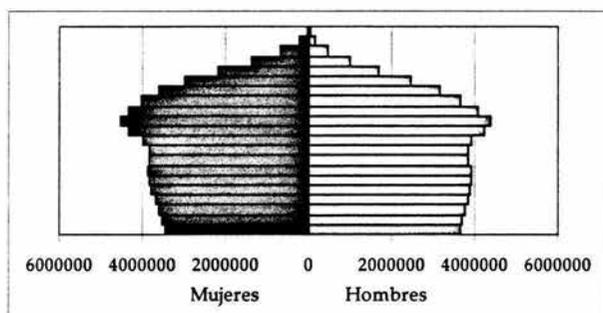
Fuente: Proyecciones de población 2000-2050. CONAPO, 2002

**Gráfico 4.** Pirámide de población por grupos quinquenales de México, 2025



Fuente: Estimaciones y Proyecciones de población 2000-2050. CONAPO, 2002

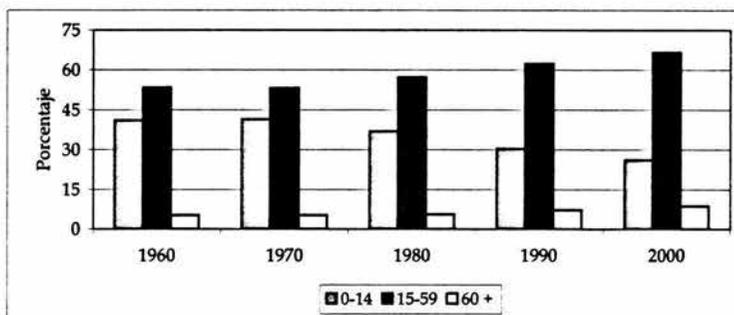
**Gráfico 5.** Pirámide de población por grupos quinquenales de México, 2050



Fuente: Proyecciones de población 2000-2050. CONAPO, 2002

En el año 2000, el Distrito Federal fue la entidad con el menor porcentaje de población en el grupo de edad de 0 a 14 años (26.3 por ciento), muy por debajo del nivel nacional (33.4 por ciento), por lo que se puede considerar a la población capitalina como una población madura en proceso de envejecer, debido a que el 65.2 por ciento de la población tiene entre 15 y 59 años.

**Gráfica 6.** Proceso de envejecimiento en el Distrito Federal: Distribución porcentual de la población por grandes grupos de edad, 1960-2000



Fuente: Para 1960-1990. CONAPO-DIF, 1994. *Compendios de información sociodemográfica 1950-1990 Distrito Federal, México*. Para 2000. INEGI. *Tabulados Básicos por Entidad Federativa. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000*.

Así mismo, en el año 2000, la Zona Metropolitana de la Ciudad de México contaba con un porcentaje considerable de población con 60 años y más (7.9%). En el Distrito Federal, éste porcentaje fue de 8.5% y en los 22 municipios que conforman la zona conurbada de la Ciudad de México, el porcentaje fue de 7%.

En cuanto a la población adulta mayor de hombres y mujeres, el envejecimiento en la ZMCM se caracteriza, al igual que el envejecimiento a nivel nacional, por el predominio de la población femenina en edades avanzadas (ver cuadro 2).

Este predominio se debe en gran medida al cambio en los niveles y causas de mortalidad de la población del Distrito Federal y de los municipios conurbados; además de que las tasa de mortalidad son menores para las mujeres, lo que genera una mayor esperanza de vida femenina.

**Cuadro 2.** Distribución porcentual de los adultos mayores de 60 años de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, por sexo, 2000

<i>Grupos de edad</i>	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	0 - 59	60 y +	0 - 59	60 y +	0 - 59	60 y +
Distrito Federal	92.6	7.4	90.5	9.5	91.5	8.5
Municipios conurbados	93.5	6.5	92.6	7.4	93.0	7
ZMCM	93.0	7.0	91.3	8.7	92.1	7.9

Fuente: Tabulados Básicos del Distrito Federal y Estado de México, XII Censo General de Población y Vivienda 2000. INEGI, 2001

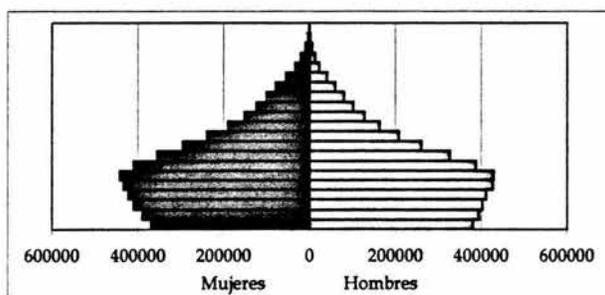
Al interior del Distrito Federal, las 16 delegaciones políticas tienen una estructura por edad específica, variando su grado de envejecimiento. Las delegaciones que tienen mayor proporción de población envejecida (población con 60 años y más) son: Benito Juárez, Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo y Venustiano Carranza; por otra parte, las de menor proporción son Cuajimalpa y Tláhuac.

Las proyecciones de población (1995-2020) hechas para el Distrito Federal por el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 1999) indican que en las próximas dos décadas, la proporción de adultos mayores de 60 años seguirá aumentando (ver Gráficos 7,8 y 9).

El porcentaje de adultos mayores en el Distrito Federal para el 2010 se estima será de 11.53%, y en el 2020 de 16.04%; por su parte, el índice de masculinidad para el 2010 se estimó en 84.71 hombres por cada 100 mujeres, y el del 2020 en 84.66, lo que indica un predominio futuro de las mujeres en edades avanzadas.

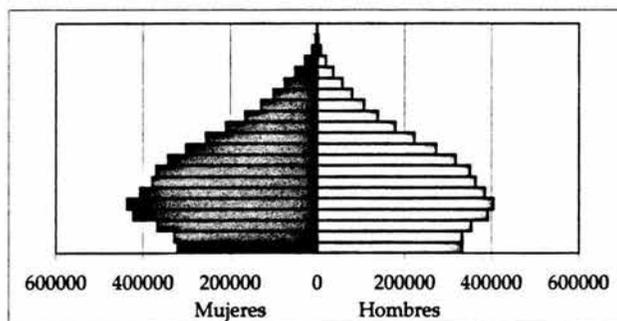
Por lo tanto, la transformación más acentuada de la estructura por edad del Distrito Federal y de la ZMCM, hace urgente la necesidad de iniciar y profundizar la transformación de las instituciones, las políticas públicas, los presupuestos y la legislación para responder al reto del creciente envejecimiento de la población.

**Gráfico 7.** Pirámide de población por grupos quinquenales del Distrito Federal, 2000.



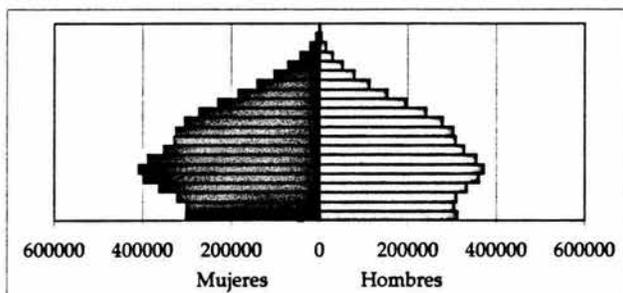
Fuente: Proyecciones de la población de México 1995-2020, Distrito Federal. Serie: Escenarios Prospectivos.  
CONAPO, 1999

**Gráfico 8.** Pirámide de población por grupos quinquenales del Distrito Federal, 2010



Fuente: Proyecciones de la población de México 1995-2020, Distrito Federal. Serie: Escenarios Prospectivos.  
CONAPO, 1999

**Gráfico 9.** Pirámide de población por grupos quinquenales del Distrito Federal, 2020



Fuente: Proyecciones de la población de México 1995-2020, Distrito Federal. Serie: Escenarios Prospectivos.  
CONAPO, 1999

## CAPÍTULO II

### CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN ENVEJECIDA

Del envejecimiento que experimenta un individuo derivan muchas consecuencias de índole social, económica, física y emocional, de entre ellas, quizá la mayor y más impactante sea el cambio en el estado de salud (Ham Chande, 1996).

No puede considerarse un auténtico logro el que un individuo viva muchos años, si su calidad de vida se ve deteriorada como consecuencia de los problemas de salud propios de la vejez (Ham Chande, 1996).

Las enfermedades, sus complicaciones y secuelas, provocan situaciones de fragilidad física y social, que afectan tanto a los individuos que envejecen, como a la sociedad en general.

El incremento de la población envejecida demanda que la cobertura de los servicios de salud, de seguridad y protección social aumente también, lo que a su vez provoca altos costos económicos a nivel gubernamental, social y familiar, por lo que es importante identificar las características de salud de la población envejecida para así poder proponer soluciones factibles a las problemáticas que de ella derivan.

En este capítulo se describe el proceso de salud y enfermedad que caracteriza a la vejez; así mismo, se da un esbozo general de las características de salud predominantes de la población envejecida en América Latina, México y la ZMCM; por último se describe la necesidad de realizar mediciones adecuadas sobre las condiciones de salud de la población adulta mayor, y se introduce bajo este punto a la "Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento" (SABE-OMS, 1999).

## 2.1. El proceso salud-enfermedad en la vejez

En 1946, la Organización Mundial de la Salud estableció el concepto de salud de la siguiente manera: “La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia”.

Esta definición, que permanece vigente hasta la fecha, permitió que el concepto de salud fuera más allá del aspecto físico del individuo, dándole también importancia a los aspectos sociales y mentales, pues la salud no es sólo una condición biológica, sino que varía en relación con el ambiente físico, mental y sociocultural (San Martín, 1992).

Aun así, la definición de la OMS es poco precisa y un tanto idealista, ya que al referirse a la salud como un “estado de *completo* bienestar”, la convierte en algo difícil de obtener aun para los países con mayor grado de desarrollo, pues ni siquiera en las naciones más industrializadas es posible obtener un total bienestar en cuanto a salud (San Martín, 1992).

Además, definir a la salud como un “estado” propicia la idea de una situación estática, cuando la realidad es que la salud cambia con el paso del tiempo, pues evoluciona a la par de una serie de procesos que tienen influencia entre sí a lo largo de toda la vida. Estos procesos son biológicos, como por ejemplo la herencia genética; culturales, como los hábitos de alimentación; y socioeconómicos, como las oportunidades de educación y trabajo.

El deterioro en la salud de una persona se determina a través de estos procesos, pues ellos son los que lo apresuran o retardan, así mismo, son los que provocan condiciones particulares de mortalidad y morbilidad en los individuos de edades avanzadas (Wong y Lastra, 2001).

Por lo tanto, para definir a la salud, debe tomarse en cuenta el momento histórico, así como las condiciones y hábitos de vida de las poblaciones e individuos en particular.

Por otra parte, la definición de la OMS tiende a ser relativa, pues por ejemplo, aquellos individuos que no presentan dolencia o enfermedad aparente, ya sea en signos o síntomas físicos, no son forzosamente individuos sanos.

Un caso particular de esta situación podría ser el cáncer, que en muchas ocasiones se desarrolla en el organismo sin ser detectado, y pese a que la persona que lo padece no presenta síntomas o signos visibles de la enfermedad, no puede considerarse un individuo sano; así mismo, quienes presentan algún padecimiento menor, como por ejemplo, alguna desventaja visual como la miopía, no son forzosamente individuos que deban considerarse como enfermos.

Otra situación que permite ejemplificar lo relativo de esta definición es una persona que recibe una noticia trágica como la muerte de un familiar cercano, este individuo puede entristecerse al grado de dejar de comer, alterándose así su bienestar mental y físico, pero esto no significa que forzosamente esté enferma, sino que está reaccionando psicológica y físicamente dentro de los parámetros considerados normales al impacto emocional que ha recibido.

Por todo lo anterior, así como el envejecimiento a nivel individual no es un proceso homogéneo, sino diferente para cada persona, pues está asociado a factores biológicos, sociales y económicos, así como a factores personales, tales como hábitos de vida, que determinan la forma en que se presenta en cada persona, la salud en la vejez tiene connotaciones similares, pues está determinada por todos estos antecedentes sociales, culturales, etc., de los adultos mayores.

Biológicamente, el deterioro de una persona es inevitable, y por consiguiente las afecciones físicas y la disminución de la capacidad inmunológica contra infecciones lo son también. En este aspecto la morbilidad en la vejez presenta características muy particulares y se vuelve un fenómeno complejo, ya que el deterioro biológico combinado con la aparición o empeoramiento de enfermedades, complica la salud del adulto mayor.

Una de las características de la morbilidad en la población envejecida es la multimorbilidad, que es la presencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo. Esta situación hace que los padecimientos que coexisten en una persona evolucionen y empeoren, haciendo más frágil y vulnerable a quien los sufre.

Además, también está presente el hecho de que muchas de las enfermedades de la vejez se inician en edades tempranas de la vida, provocando que las complicaciones que se presentan al llegar a las edades adultas sean todavía mayores (Bronfman *et al.*, 1994).

Por otra parte, las discapacidades son frecuentes entre los adultos mayores. Como principales causas de la discapacidad están los hábitos de vida, las condiciones desfavorables de la vida laboral y la falta de educación en cuanto a la prevención de enfermedades.

Las discapacidades que sufren los adultos mayores propician que éstos pierdan o vean restringida sus capacidades para realizar actividades que se consideran normales (Bronfman, Mario *et al.*, 1994). Tanto a nivel familiar como social, las discapacidades representan un gasto económico elevado y contribuyen a la disminución de la calidad de vida del adulto mayor.

Los accidentes son también un problema de salud importante para las personas de edades avanzadas, pues pueden ocasionar invalidez e inclusive la muerte.

Muchos accidentes, como las caídas, que son los más frecuentes entre los ancianos, limitan la movilidad de la persona dejándola inactiva en muchas ocasiones, lo que repercute no sólo a nivel físico, sino también emocional (Bronfman, Mario *et al.*, 1994).

Así mismo, la influencia del deterioro biológico, la enfermedad y el medio ambiente tiene como consecuencia particular el deterioro funcional de las personas envejecidas, es decir, el deterioro de la capacidad que tiene la persona de llevar a cabo las actividades cotidianas que le proporcionan bienestar.

La Organización Panamericana de la Salud identifica estas actividades en dos tipos: actividades básicas de la vida diaria (ABVD), tales como bañarse, vestirse, ir al baño, alimentarse, entre otras; y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), como usar un medio de transporte, usar el teléfono, o realizar las tareas domésticas.

El deterioro funcional es otro problema de salud para las edades avanzadas, pues provoca que los individuos se vuelvan frágiles y vulnerables, y su principal consecuencia es la dependencia, que puede ser económica, emocional y física (OPS, 2001).

La cobertura y calidad de servicios destinados a la atención de la salud en la vejez son factores que están muy relacionados con la salud de los adultos mayores y su calidad de vida, pues para las edades avanzadas, la detección y tratamiento oportuno de enfermedades impide la complicación y aparición de las mismas, dando al adulto mayor bienestar físico y emocional.

Generalmente, los adultos mayores acuden menos a los sistemas privados de salud que a los sistemas públicos conforme la edad aumenta (Organización Panamericana de la Salud, 2001), por lo que la atención que proporciona el sector

público a este grupo poblacional debe mantenerse en constante capacitación y reestructuración, con el fin de brindar el servicio adecuado y oportuno que los adultos mayores necesitan.

## **2.2. Características generales de salud en la vejez**

La desigualdad en salud, tanto en las condiciones de vida, como en las oportunidades de acceso y utilización de servicios de salud, es una de las diferencias sociales que vive actualmente América Latina.

La salud y el acceso a los servicios de salud, así como la seguridad social de la población adulta mayor de América Latina y el Caribe, tienen una cobertura muy limitada, pues favorecen principalmente a los habitantes de las ciudades y a los trabajadores asalariados, por lo que los trabajadores rurales, del sector informal y desempleados carecen de la protección de servicios de salud y pensiones.

Para las mujeres la situación es peor, ya que la mayoría de las adultas mayores tuvieron una participación nula dentro del mercado laboral, por lo que carecen de los beneficios de la seguridad social, y dependen enormemente de su cónyuge, hijos o familiares (OPS, 1998).

Debido a la insuficiencia de los sistemas de seguridad social y a que las personas adultas mayores son desplazadas del mercado laboral por las generaciones jóvenes, el principal sostén de los viejos es la familia, principalmente los hijos, quienes deben cuidar a los padres que cada vez sobreviven hasta edades más avanzadas (OPS, 1998).

Así mismo, en algunos países existen programas asistenciales, que tratan de cubrir las deficiencias de la seguridad social, como por ejemplo, los sistemas de pensión no contributiva; las transferencias en especie, en las que los ancianos reciben alimentos o

vivienda; y clubes de reunión social, donde entre otras cosas, obtienen apoyo y motivadores emocionales (OPS, 1998).

En cuanto a la mortalidad y morbilidad, América Latina y el Caribe se distingue por la presencia de enfermedades transmisibles (neumonía e influenza) y enfermedades crónicas y degenerativas (diabetes, tumores, enfermedades cardiovasculares), así como enfermedades mentales como el Alzheimer, lo que provoca discapacidad y desgaste físico progresivo entre las personas adultas mayores, así como costos familiares y sociales elevados.

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, las principales causas de muerte de la población de América Latina a finales del siglo XX son las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades del aparato circulatorio, la diabetes mellitus, y la neumonía e influenza. Como causas principales de morbilidad y de egresos hospitalarios, están las enfermedades del aparato digestivo, las cardiopulmonares y respiratorias, las enfermedades del aparato circulatorio y la diabetes mellitus.

De manera particular, en Argentina y Paraguay los accidentes y traumatismos son causas considerables de egresos hospitalarios de las personas de edad avanzada, y en Paraguay, la anemia es causante de muchos padecimientos. En El Salvador, las hernias abdominales y las cataratas afectan en una buena proporción a la población de 60 años y más, siendo causantes de gran parte de las consultas médicas (OPS, 1998).

Por su parte, en Venezuela, la artritis ocupa un lugar importante dentro de los padecimientos más comunes para la población mayor. En Brasil, el aumento constante del grupo de población de adultos mayores impone al sistema de salud financiar los grandes costos de atención a las enfermedades crónicas y degenerativas, sin embargo, la

mala planeación de los recursos, ha propiciado que parte de la población envejecida no tenga acceso a dichos servicios (OPS, 1998).

En Colombia, en 1996, el 87% de los adultos mayores no eran beneficiarios de la seguridad social y el 42% no contaba con ingresos formales y regulares, mientras que 41% vivían en situaciones de miseria en zonas marginales. En El Salvador, en el mismo año, 45% de las personas mayores de 60 años residían en áreas rurales, el 53% eran analfabetos y el 29% carecía de ingresos. Por otra parte, en Uruguay un problema considerado prioritario por el Ministerio de Salud Pública es el aislamiento social, en particular el de las mujeres mayores que viven solas. (OPS, 1998).

En el caso particular de México, el perfil de salud-enfermedad de la población mexicana envejecida se caracteriza principalmente por la conjunción de enfermedades crónicas como diabetes, cáncer e hipertensión, y enfermedades infecciosas como diarrea e infecciones respiratorias agudas, así como por la multimorbilidad.

Ambos factores implican una carga de síntomas, limitaciones físicas e incapacidades, que en muchos casos se complican por ser padecimientos originados en etapas tempranas de la vida (Wong y Lastra, 2001).

De acuerdo a la Secretaría de Salud, en el año 2000, las enfermedades más comunes entre la población de adultos mayores fueron la hipertensión arterial, que se relaciona directamente con los accidentes vasculares cerebrales, y la diabetes mellitus, siendo las mujeres las más afectadas por ésta última.

La presencia de enfermedades crónicas y degenerativas y enfermedades transmisibles, ocasiona que la demanda de atención a la salud crezca y se diversifique ocasionando grandes gastos en salud. Sin embargo, la cobertura de los servicios institucionales de salud en México es muy escasa para la población en general, ya que

favorece a un grupo reducido de adultos mayores, aquellos que habitan generalmente en zonas urbanas.

En las zonas rurales el atraso en programas preventivos de salud, así como en atención médica y en instalaciones hospitalarias, provoca que las enfermedades infecciosas, así como aquellas relacionadas con problemas y deficiencias de la nutrición y reproducción sean comunes, aumentando el riesgo de que los habitantes de estas zonas sufran enfermedades crónicas y degenerativas mientras envejecen (Lozano, 1999).

En México, existe el reto de incrementar la cobertura de atención médica, así como de la infraestructura hospitalaria y el financiamiento necesario para elevar la calidad de los servicios destinados a este grupo poblacional que crece cada vez más, pues los servicios de salud no son suficientes.

Por otra parte, la alimentación también es un factor importante dentro del perfil de salud de los adultos mayores, ya que una mala o una buena alimentación puede ser un factor de riesgo o de protección respectivamente, del padecimiento de las enfermedades crónico degenerativas (Ruiz Arregui, 1999).

En las últimas tres décadas, los cambios culturales en cuanto a hábitos de alimentación y actividad física, han provocado grandes cambios en la salud de la población adulta mayor mexicana; estos cambios han consistido principalmente en el aumento de personas obesas y mal nutridas, y en el aumento de problemas de salud relativos a esta condiciones.

La obesidad por ejemplo, propicia que las enfermedades crónicas y degenerativas como la arterioesclerosis, la hipertensión, la diabetes mellitus, los infartos y la artritis se compliquen, provocando un incremento en la letalidad por estas causas. Por su parte, la subnutrición propicia muchas enfermedades de la población de edad avanzada, y entre

sus principales causas se encuentran la pobreza, la ignorancia, el aislamiento social y las incapacidades físicas (Ruiz Arregui, 1999).

Otros padecimientos que se han incrementado son los relacionados con la salud mental de los adultos mayores y los accidentes, que son más comunes conforme aumenta la edad. Entre los primeros están la depresión, la demencia y el Alzheimer, que de manera general son causantes de aislamiento y discapacidad para muchos adultos mayores, pues la depresión por ejemplo, provoca sentimientos de tristeza, aburrimiento o apatía, mientras que la demencia causa la pérdida progresiva de las facultades mentales (Sánchez Banda, 1999).

Así mismo, en nuestro país, los recursos humanos destinados para el cuidado de la salud de los adultos mayores son escasos, pues no existen suficientes geriatras ni enfermeras instruidos en la atención al adulto mayor (Narro, 2003).

Ni siquiera en la ZMCM, que es uno de los lugares donde se concentran la mayor capacidad de atención a la salud, y donde se encuentra la Clínica de Evaluación Geriátrica (creada en 1989 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición), no existen suficientes médicos y enfermeras especialistas en geriatría.

Y es que las características de salud de la población adulta mayor de la ZMCM son acordes a la transición epidemiológica polarizada. En cuanto a la morbilidad y mortalidad, pese a que la mayoría de las enfermedades y muertes de las personas de edad avanzada se deben a las enfermedades crónicas y degenerativas, algunas enfermedades transmisibles siguen estando dentro de las principales causas de mortalidad y morbilidad.

En el Distrito Federal por ejemplo, la neumonía todavía es causante de muchos decesos en las edades avanzadas, propiciando también que muchos padecimientos se agraven.

Dentro de las principales enfermedades crónico-degenerativas que afectan a las edades avanzadas de la ZMCM se encuentran: las enfermedades cardiovasculares, como la enfermedad coronaria, la hipertensión cardíaca y la embolia, que generan costos económicos altos cuando no son mortales; la diabetes mellitus y los cánceres malignos, cuya variedad es muy amplia (existen más de 100 tipos distintos de cáncer), que pueden progresar de manera rápida sin oportunidad de tratarlos, como el cáncer de estómago, o pueden durar por décadas, como la leucemia.

Los principales padecimientos crónicos y degenerativos de las mujeres con 60 años y más en el Distrito Federal son las enfermedades cardiovasculares, diabetes y diferentes tipos de cáncer, principalmente cáncer de seno y cerviz. Las mujeres también tienen como principal causa de muerte a la neumonía, que se deriva entre muchos otros factores, por las condiciones ambientales y/o la pobreza.

Los hombres mayores de 60 años por su parte, mueren con mayor frecuencia de cardiopatías isquémicas y de algunos tipos de cáncer, en particular el de tráquea, próstata y estómago.

Así mismo, los trastornos derivados de la nutrición, como la obesidad y desnutrición, empeoran la mayoría de los padecimientos crónico degenerativos, y su incidencia es cada vez mayor entre la población adulta mayor de la ZMCM.

Por otra parte, en cuanto al acceso institucional de servicios de salud existe un diferencial de género importante. Muchas mujeres de edades avanzadas obtiene el derecho a la seguridad social y en particular a los servicios de salud a través de los hijos o el cónyuge, son pocos los casos en los que la mujer obtiene la protección de la seguridad social por derecho propio (Montes de Oca, 1996).

Pese a que más de la mitad de la población adulta mayor de ambos sexos tiene acceso a los servicios de salud institucionalizados, la vulnerabilidad social a la que está expuesta conlleva a que en gran parte de las situaciones relacionadas con su salud, la familia sirva de apoyo y sostén económico.

El Gobierno del Distrito Federal junto con la Secretaría de Salud ha impulsado un programa de salud gratuito que beneficia a las personas con 70 años y más residentes en el Distrito Federal. Este programa tiene como principales objetivos otorgar servicios de salud gratuitos e integrales, así como medicamentos en los centros de Salud del Gobierno del Distrito Federal, y está destinado a las personas residentes en el Distrito Federal que no cuentan con seguridad social, y a los adultos mayores con 70 años y más.

Los servicios médicos que se otorgan a través de este programa de salud gratuito son consultas externas generales y de especialidad, medicamentos, terapia de rehabilitación, estudios de laboratorio, intervenciones quirúrgicas, hospitalización y atención de urgencias entre otros.

El Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), que derivó en el año 2002 en el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), cuenta también con programas de atención y educación para la salud de los adultos mayores.

En ellos promueve la preservación y restauración de la salud de este grupo poblacional, y pone mucho énfasis en la importancia del autocuidado de la salud, enseñando al adulto mayor a cuidar de sí mismo y a evitar o sobrellevar los factores negativos que pudieran afectar o condicionar su bienestar físico y psicológico.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), a través de las Casas Hogar para adultos mayores provee de albergue, alimentación, vestido, asistencia jurídica, actividades socioculturales y recreativas (tales como paseos, visitas culturales,

concursos de baile, talleres de lectura y talleres de terapia ocupacional entre otros), así como atención médica, donde promueve la prevención y detección oportuna de enfermedades. También ofrece consultas médicas, terapias de rehabilitación y seguimiento clínico a los adultos mayores de acuerdo a su historia de enfermedades.

En las Casas Hogar existen también otros programas de atención integral, entre los que se encuentra la "Consulta Externa Gerontológico", que consiste en tratar los problemas de salud de aquellos individuos que carecen de seguridad social, recursos económicos, que sufren de alguna discapacidad, o que simplemente no reciben un tratamiento médico adecuado, basado en un enfoque gerontológico.

### **2.3. "Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento" (SABE)**

Además de la importancia de comprender el concepto de salud, es necesario medirla, o al menos, dar aproximaciones confiables de la misma, por que así, la toma de decisiones y la planificación en torno a ella, estarán sustentadas en situaciones concretas, reales y apegadas a determinado o determinados grupos poblacionales.

Las mediciones de la salud deben comenzar en el nivel más elemental, es decir, a nivel individuo, para después seguir hacia las más complejas, a nivel comunidad (Holland et al. 1982).

Tradicionalmente, las estadísticas de mortalidad han servido como indicadores más o menos confiables, dependiendo de la exactitud con que se manejan, de las condiciones de salud de una población. Los registros de las defunciones servían para dar un panorama de las enfermedades, epidemias y características de salud generales.

En la actualidad, existen una variedad de indicadores, tales como las estadísticas y encuestas de mortalidad, morbilidad, nutrición, discapacidad y estado funcional, entre otros, que proporcionan un panorama más exacto de condiciones particulares de salud de una población, y a partir de las cuales se puede obtener una buena aproximación a las necesidades de salud de la misma.

Sin embargo, debido a lo complejo de las características de salud de la población envejecida, el análisis que se hace de ellas necesita incluir también aspectos sociodemográficos, económicos y laborales de los adultos mayores.

La mayoría de las encuestas realizadas estudian y analizan por separado estos aspectos, lo que provoca que los resultados que se obtienen sean limitados y poco reales sobre las verdaderas necesidades de la población de edad avanzada (Wong y Lastra, 2001). Esta fue una de las razones por las que organizó el proyecto de la encuesta SABE.

La "Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento" (SABE) fue desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para investigar las condiciones de salud de los adultos mayores en algunas zonas urbanas de siete países en América Latina y el Caribe (Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, México y Uruguay).

Estos países fueron seleccionados según la OPS por representar tipos generales de sociedades dada la combinación de contextos socioeconómicos, demográficos y políticos, permitiendo así la comparación de los análisis obtenidos para cada país.

La encuesta SABE es la primera de su tipo en América Latina y tiene como principales objetivos: describir las condiciones de salud de los adultos mayores (enfermedad, discapacidad, estado funcional, deterioro físico y mental, uso y acceso a servicios de salud, entre otros); evaluar qué tanto contribuyen las redes familiares de

apoyo, así como la asistencia pública y los ingresos privados a las necesidades de salud de los adultos mayores; evaluar las relaciones que existen entre la salud y los antecedentes laborales, situación socioeconómica y condiciones de género y cohorte (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

Sin embargo, pese a lo innovador de su concepto, la encuesta tiene como limitaciones el hecho de ser una encuesta transversal, lo que impide que se comparen los resultados a través del tiempo; además de que las muestras obtenidas son muestras urbanas, lo que impide obtener información de la diversidad total de ambientes y localidades de los países seleccionados (Wong y Lastra, 2001).

En México, la Secretaría de Salud accedió a participar en 1999 en el proyecto SABE, ya que no existía información de la población de adultos mayores que permitiera conocer de manera integral, los problemas de salud y la forma en que las edades avanzadas enfrentan dichos problemas; la muestra fue proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

La encuesta SABE fue escogida para ser analizada en este trabajo principalmente porque se adaptó a los objetivos de la investigación, que eran conocer las características de salud y el acceso institucional a los servicios de salud exclusivamente de la población adulta mayor de 60 años y más de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México.

A diferencia de otras encuestas realizadas, como las Estadísticas de Salud de la Secretaría de Salud, o las Encuestas de Enfermedades Crónicas, que analizan estos aspectos por separado y que no se enfocan a este grupo poblacional en particular, la SABE permite el cruce entre variables relacionadas con el acceso institucional de los servicios de salud y variables relacionadas con la morbilidad.

La encuesta SABE fue aplicada entre 1999 y el año 2000, la muestra total fue de 1881 personas mayores de 55 años y residentes en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, para fines de esta investigación, se consideraron únicamente a las personas con 60 años y más.

### CAPÍTULO III

#### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE MORBILIDAD

Este capítulo describe la estructura de la población con 60 años y más residente en el Área Metropolitana de la Ciudad de México con base a los resultados de la “Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento” (SABE-OMS, 2000), para así, a partir de este análisis, describir más ampliamente los resultados obtenidos de las autoevaluaciones sobre salud, los padecimientos crónicos y la multimorbilidad.

Para describir las características del proceso de salud de la población mayor con 60 años del la ZMCM a través de la SABE, se tomarán en cuenta componentes objetivos y subjetivos. Los componentes objetivos corresponden a la presencia de enfermedades crónicas; el componente subjetivo corresponde a la percepción de salud que el individuo tiene de sí mismo.

#### 3.1. Estructura sociodemográfica

Según los resultados obtenidos de la encuesta SABE, la distribución porcentual por sexo de la población de adultos con 60 años y más del área Metropolitana de la Ciudad de México es de 43.7% correspondiente al sexo masculino y 56.3% correspondiente al sexo femenino, lo que indica que las mujeres muestran una estructura más envejecida que los hombres, debido posiblemente a que ellas tienen una mayor esperanza de vida <sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Estos porcentajes coinciden con los obtenidos del censo del año 2000.

La edad media general de la población femenina con 60 años y más es de 70.19 años y la de los hombres es de 68.94 años.

La proporción por grupos decenales de edad, como lo muestra el cuadro 1, indica que la mayor proporción de las poblaciones de ambos sexos está comprendida entre las edades de 60 a 69 años, con 60.1% y el 54.3% para los hombres y mujeres respectivamente, mientras que el grupo decenal de 80 años y más de edad, para ambos sexos también, es el que muestra el porcentaje más pequeño, con 10% para los hombres, y 14.5% para las mujeres; y en el caso del porcentaje del grupo de 70 a 79 años de edad, para ambos sexos, oscila alrededor de los 30 puntos porcentuales.

### Estado Civil

Para las edades avanzadas el estado civil tiene una influencia importante en el bienestar económico y emocional. Por ejemplo, en ocasiones la ausencia de una pareja como resultado de la separación o la viudez tiene efectos negativos en la salud, mientras que la compañía de una pareja, puede dar al adulto mayor la sensación de protección y disminuir su nivel de estrés (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

De acuerdo a los resultados obtenidos de la encuesta SABE, los hombres con 60 años y más están unidos en mayor medida que las mujeres, los porcentajes para ambos sexos correspondientes a las personas casadas o unidas son 76.6% para los hombres y 38.9% para las mujeres.

Al analizar la información por grupos decenales de edad, el porcentaje de adultos mayores unidos de los dos sexos disminuye conforme la edad se incrementa, notándose además un gran contraste entre hombres y mujeres.

En el caso de los hombres, aquellos con 60 a 69 años de edad muestran un valor de 82.8%, mientras que el de las mujeres del mismo grupo es de 51.4%; en cuanto a los individuos con 70 a 79 años de edad los valores con respecto al grupo de edad anterior disminuyen, principalmente en el caso de las mujeres casadas y para los individuos con 80 años y más, los porcentajes llegan hasta un 61.6% para los hombres y 12.6% para las mujeres.

El mayor porcentaje de mujeres viudas se debe entre otros factores a que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres y por lo tanto tienden a enviudar más conforme aumenta la edad; otra explicación para esta situación puede estar en el hecho de que cuando los hombres se separan o quedan viudos, buscan con mayor frecuencia que las mujeres una nueva relación (Montes de Oca, 1996; Palma, 2001).

Esto se confirma al obtener a través de la SABE el porcentaje del número de uniones de hombres y mujeres, ya que mientras el 12.7% de los hombres declaró haber tenido una segunda unión, sólo 5.1% de las mujeres declaró haberse unido o casado por segunda vez.

Cuando se analiza la viudez, la relación de porcentajes se invierte, ya que las mujeres son las que muestran los valores más altos, y en ambos sexos, los porcentajes aumentan conforme aumenta la edad. El 16.1% de la población de hombres y el 42.5% de la población de mujeres con 60 años y más residentes del área metropolitana, dijeron ser viudos al momento de la encuesta.

Lo anterior es significativo, pues implica que más de la mitad de las mujeres más envejecidas carecen del apoyo emocional y económico de una pareja, y dado que muchas de ellas dedicaron su vida a los quehaceres del hogar y al cuidado de la familia,

no cuentan con ingresos propios que les permitan hacer frente a las necesidades del vivir diario, así como a las necesidades de salud, propiciando así situaciones de dependencia social y familiar (Montes de Oca, 1996).

Esta situación de mayor viudez en las mujeres de edades avanzadas, se debe entre otros factores a que la situación cultural de estas generaciones propiciaba el matrimonio de mujeres con hombres mayores que ellas; así como al hecho de que después de los cuarenta años, la probabilidad que tiene una mujer de casarse es baja (Montes de Oca, 1996), siendo los hombres, los que ingresan con mayor frecuencia a un nuevo matrimonio o unión una vez que han enviudado.

Por otra parte, los porcentajes más altos de separación y divorcio, que se consideraron en una misma categoría, corresponden también a las mujeres con un 12.9%, mientras que los hombres sólo presentan un 5.4%. En cuanto a las diferencias por grupos decenales de edad, se tiene que el porcentaje más alto para los hombres, es el del grupo de 70 a 79 años de edad, y para las mujeres, es el del grupo de 60 a 69 años de edad.

Es importante señalar que sólo el 1.2% de los hombres con 80 años y más declaró estar separado o divorciado al momento de la encuesta, lo que va acorde con lo anteriormente dicho respecto a que los hombres permanecen más tiempo "vigentes" dentro del "mercado matrimonial" que las mujeres, es decir, que la probabilidad de que un hombre se case en edades muy avanzadas es mayor que la de una mujer, además del hecho de que los hombres tienden a casarse en más ocasiones que las mujeres.

Respecto a las personas que nunca se unieron, la diferencia entre sexos también es considerable, pues sólo el 1.9% de los hombres con 60 años y más, residentes en la ZMCM al momento de la encuesta eran solteros, frente al 5.8% de las mujeres.

Esta condición de soltería puede que favorezca poco a algunas de las mujeres envejecidas, principalmente a las del grupo de edad de 80 años y más, pues en caso de no poder subsistir por ellas mismas, no cuentan con el apoyo económico y emocional de una pareja o de los hijos.

#### Nivel de escolaridad

El nivel de escolaridad es también muy importante para el bienestar de una persona, particularmente para su salud, ya que un nivel alto de educación se relaciona con las actitudes y conocimiento que tiene una persona sobre su salud, y en la mayoría de los casos, con mayores ingresos económicos, que a su vez condicionan el acceso a los servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

De acuerdo a los resultados de la encuesta SABE, el 58.6% de la población femenina y el 59.5% de la población masculina con 60 años y más que reside en la zona metropolitana de la Ciudad de México cuenta solamente con estudios de educación básica, y el 15.3% de los hombres y el 21.7% de las mujeres no cuentan con educación formal (ver Cuadro 1).

Por lo que se mencionó anteriormente sobre la relación entre el nivel de escolaridad y la salud de la persona, la mayor parte de la población envejecida del área metropolitana debe tener ciertas limitaciones al contar únicamente con una instrucción escolar muy baja para afrontar las condiciones de salud propias de la vejez.

Las diferencias entre los grupos decenales de los hombres que carecen de estudios no son muy grandes, 15% de los hombres con 60 a 69 años y con 70 a 79 años de edad y 17.4% de los hombres con 80 años y más. En cuanto al nivel de educación básica los hombres más envejecidos tienen el porcentaje más alto de los tres grupos (69.9%).

En el caso de las mujeres el porcentaje de las que nunca fueron a la escuela aumenta con la edad, de 19.2% para las mujeres con 60 a 69 años de edad, a 30.9% para las mujeres con 80 años y más. Respecto a las que llegaron al nivel básico, para los dos primeros grupos decenales, el porcentaje es de aproximadamente 59%, y para las mujeres con 80 años y más es de 55%.

En el nivel de educación media (que comprende estudios de secundaria y estudios técnicos con primaria como requisito), el porcentaje del total de mujeres excede ligeramente el porcentaje del total de hombres (9.8% y 9% respectivamente).

Para la población masculina los porcentajes por grupos decenales de edad son irregulares, pues el porcentaje de los hombres con 60 a 69 años de edad, que es de 8.3%, aumenta para el grupo de 70 a 79 años de edad (11.4%) y luego disminuye para los hombres con 80 años y más (5.6%). Para la población femenina los porcentajes disminuyen conforme se incrementa la edad (10.6% de las mujeres con 60 a 69 años, 9.3% de las mujeres con 70 a 79 años y 7.4% de las mujeres con 80 años y más).

En el nivel de educación media superior (que comprende estudios técnicos con secundaria como requisito, estudios de preparatoria y estudios normales), el porcentaje del total de mujeres es también ligeramente mayor que el porcentaje de los hombres (6.5% y 5.2% respectivamente). Y en cuanto a los grupos decenales tanto de hombres como de mujeres, los porcentajes disminuyen a medida que la edad aumenta (ver Cuadro 1).

El que las mujeres presenten valores porcentuales mayores que los hombres en el nivel de educación media superior, e inclusive en el nivel de educación media, puede deberse a que las carreras comerciales y de secretariado, así como las escuelas normales,

a las que se ingresaba después de haber cursado la secundaria, eran las únicas opciones con que contaban muchas mujeres si querían ingresar a niveles educativos más altos.

Para el nivel de educación superior, los porcentajes favorecen a los hombres, pues mientras que 11% de los hombres tuvieron acceso a la educación superior, sólo el 3.4% de las mujeres tuvo la misma oportunidad.

Como se mencionó anteriormente, las carreras comerciales o normales eran en la mayoría de los casos, los niveles educativos más altos a los que podían aspirar las mujeres de estas generaciones, en parte forzadas por la situación familiar o por las escasas oportunidades de llegar hasta niveles escolares tan elevados como los estudios de licenciatura o posgrado.

Tanto los hombres como las mujeres del grupo decenal con 80 años y más son los que se encuentran en la situación más vulnerable, pues tienen los valores más altos en los niveles educativos bajos (nivel básico y sin estudios), y los menores en los niveles educativos más altos (nivel superior), por lo tanto, es más probable que ahora, en sus años de vejez más avanzados, carezcan de buenas oportunidades tanto sociales como económicas, para hacer frente a sus necesidades de todo tipo, incluyendo las relativas a la salud (ver Cuadro 1).

Esta desventaja puede indicar que la mayoría de estos individuos de edades más avanzadas dejaron los estudios antes de la adolescencia, lo que a su vez puede ser explicado por el contexto histórico, social y económico en el que vivieron, ya que cuando estas generaciones asistieron a la escuela primaria, el sistema educativo era precario, y accesible mayormente para las clases sociales altas (Montes de Oca, 1996; Ham Chande, 2002).

Así mismo, es importante mencionar que la educación formal, en las primeras décadas del siglo XX, era impartida principalmente en zonas urbanas, y que por lo tanto, aquellos individuos que migraron del campo a la zona metropolitana de la Ciudad de México, son individuos que en muchos casos carecían de educación (Ham Chande, 2002).

### Arreglos familiares

Según los resultados del análisis de la encuesta SABE, el 8.4% y el 11.5% de los hombres y mujeres respectivamente viven solos (ver Cuadro 1). En el caso de los hombres, el porcentaje se eleva en el grupo de 70 a 79 años de edad (10.8%), y luego disminuye para el siguiente grupo decenal de edad (8.4%), en el caso de las mujeres la situación es similar, aunque la disminución de los porcentajes es menor.

Esta disminución puede deberse a problemas de salud o a necesidades económicas, que a medida que el individuo envejece más, no puede solventar por sí mismo.

En cuanto a los hogares formados por el entrevistado y su cónyuge, el porcentaje de la población de hombres es mayor en casi diez puntos porcentuales que el de las mujeres, 19.5% y 11.1% respectivamente. Además de la sobremortalidad masculina de las edades avanzadas, como se mencionó anteriormente está el hecho de que los hombres buscan con mayor frecuencia nuevas uniones después de una separación o la muerte del cónyuge.

El mayor porcentaje de hombres y de mujeres se encuentra en la categoría de los hogares constituidos por los hijos solteros, 40.3% y 39.6% respectivamente, seguido de la categoría de los hogares constituidos por los hijos no solteros, 23.9% y 30.1% para

hombres y mujeres respectivamente (en ambos casos, se considera también que la pareja viva en el hogar).

Al analizar los porcentajes de estas dos categorías por grupos decenales de edad (ver Cuadro 1), se obtiene que la mayor proporción de hombres y mujeres que viven en hogares con hijos solteros es la del grupo de 60 a 69 años de edad (48% y 47.3% respectivamente).

Esto tiene sentido al pensar que en la actualidad, los hijos tienden a dejar el hogar a edades mayores y que los hombres y mujeres menos envejecidos tienen mayor probabilidad de tener en el hogar hijos jóvenes y solteros que en cierta medida dependan aun de sus padres.

Sin embargo, estos porcentaje disminuye enormemente para el grupo de hombres y el grupo de mujeres con 80 años y más de edad, pues sólo el 16.2% de ellos y el 17.6% de ellas habita con hijos solteros, en este caso, se dan situaciones en las que los hijos permanecen solteros para hacerse cargo de los padres a consecuencia de alguna enfermedad por ejemplo, o en el caso de los hombres, a la paternidad en edades avanzadas que es propiciada por las uniones de los hombres en la vejez con mujeres más jóvenes.

Respecto a los hogares conformados por hijos no solteros la situación es diferente para hombres y mujeres, pese a que ambos tienden a vivir en mayor medida con hijos no solteros conforme la edad se incrementa, los porcentajes de las mujeres de los tres grupos decenales de edad son superiores a los de los grupos decenales de los hombres, ya que mientras que el 37.9% de los hombres con 80 años y más vive en un hogar con hijos casados, divorciados y/o viudos, el 45.8% de las mujeres del mismo grupo de edad se encuentra en esa situación.

Aquí cabe mencionar que en algunos casos no es el adulto mayor el que va a vivir con los hijos en busca de protección y compañía, sino que son los hijos los que regresan al hogar paterno o materno a consecuencia de muchos factores, entre los que pueden estar fracasos en las uniones o matrimonios o inestabilidad económica.

En resumen, la proporción de adultos mayores que viven solos, o con hijos no solteros aumenta con la edad, mientras que la proporción que vive con hijos solteros disminuye.

En la categoría de otros, se incluyeron los arreglos familiares de familias extendidas, en las que habitaban la pareja, hijos, nietos, hermanos, suegros, padres, yernos, y otros familiares o no familiares, los porcentajes para este tipo de hogares son de 7.9% para los hombres y 7.7% para las mujeres.

En el caso de los hombres, los valores son un tanto irregulares por grupos decenales de edad, ya que aumentan en el grupo de 70 a 79 años y después disminuyen en el grupo de 80 años y más, en cambio, los porcentajes de las mujeres aumentan hasta llegar al máximo de 12.1% para el grupo más envejecido.

Esto quizá se deba en algunos casos, a que las condiciones de viudez o separación, así como la inestabilidad económica, orillan a las mujeres más envejecidas a buscar la protección de la familiar y se integran a este tipo de hogares ampliados adquiriendo nuevos roles dentro del mismo (Montes de Oca, 1996).

Respecto a la jefatura del hogar, cerca del 90% de la población de hombres con 60 años y más conserva su rol de jefe de familia, mientras que sólo el 32.6% de las mujeres mantiene el liderazgo en el hogar (ver Cuadro 1).

Conforme la edad se incrementa los hombres pierden en porcentajes pequeños la jefatura del hogar, los adultos mayores de 60 a 69 años de edad son en un 91.3% jefes de

familia, y aquellos con edades de 80 años y más lo son en un 71.3%, aun así es importante notar que individuos de estas edades sigan conservando las responsabilidades sociales y económicas propias de su status.

La situación de las mujeres es diferente, pues los tres grupos decenales de edad mantienen valores porcentuales cercanos al 30%, sin embargo, es notable que las mujeres asuman el papel de jefas de familia en la vejez y adquieran nuevas responsabilidades que pueden propiciar en ocasiones que se incremente su vulnerabilidad socioeconómica (Montes de Oca, 1996), o que permiten el desarrollo individual y de liderazgo que les había sido negado durante la juventud y madurez por ser culturalmente el hombre quien se hacía cargo de la familia.

En resumen, la población de adultos mayores con 60 años de edad y más, residentes en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, de acuerdo a los datos de la "Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento", presenta condiciones de vulnerabilidad social que pueden repercutir en aspectos económicos y de salud de manera importante. Esta situación, aunque se enfatiza ligeramente en la población femenina, muestra deficiencias en el nivel educativo para hombres y mujeres, así como situaciones de desventaja en cuanto al estado civil y a roles de jefatura en el hogar.

**Cuadro 1.** Distribución porcentual de la población de hombre y mujeres con 60 años y más residentes en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México de acuerdo a algunas características sociodemográficas, por sexo y grupos de edad, 2000

Grupos de edad	Hombres				Mujeres			
	60 - 69	70 - 79	80 y +	Todos	60 - 69	70 - 79	80 y +	Todas
<b>Total</b>	60.1	29.9	10.0	43.7	54.3	31.3	14.5	56.3
<b>Estado civil</b>								
Solteros	2.6	0.7	1.4	1.9	4.8	4.6	12.1	5.8
Casados o unidos	82.8	69.4	61.6	76.6	51.4	29.2	12.6	38.9
Separados o divorciados	5.6	6.5	1.2	5.4	14.4	13.1	6.7	12.9
Viudos	<u>9.0</u>	<u>23.4</u>	<u>35.9</u>	<u>16.1</u>	<u>29.4</u>	<u>53.1</u>	<u>68.5</u>	<u>42.5</u>
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>Escolaridad +</b>								
Sin estudios	15.1	15.1	17.4	15.3	19.2	21.9	30.9	21.7
Básico	59.5	56.3	69.9	59.5	59.2	59.1	55.3	58.6
Media	8.3	11.4	5.6	9.0	10.6	9.3	7.4	9.8
Media Superior	5.8	4.3	4.0	5.2	8.1	5.2	3.4	6.5
Superior	<u>11.3</u>	<u>12.9</u>	<u>3.2</u>	<u>11.0</u>	<u>2.8</u>	<u>4.6</u>	<u>3.1</u>	<u>3.4</u>
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>Arreglos familiares</b>								
Condición de Jefatura	91.3	84.6	71.3	87.3	30.3	37.3	32.0	32.6
Solo	7.2	10.8	8.4	8.4	8.4	15.3	14.7	11.5
Solo con la Pareja	18.5	18.5	28.9	19.5	11.8	10.7	9.7	11.1
Con hijo soltero *	48.0	32.9	16.2	40.3	47.3	36.5	17.6	39.6
Con hijo NO soltero **	19.6	27.7	37.9	23.9	25.6	30.7	45.8	30.1
Otros	<u>6.7</u>	<u>10.2</u>	<u>8.6</u>	<u>7.9</u>	<u>7.0</u>	<u>6.8</u>	<u>12.1</u>	<u>7.7</u>
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: "Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento" (SABE-OMS, 2000)

+ Las categorías de la variable Escolaridad están agrupadas de la siguiente manera: Nivel Básico corresponde a estudios de Primaria (sin considerar hasta que año fue cursada); Nivel Medio corresponde a estudios de Secundaria y a estudios Técnicos con primaria como requisito; Nivel Medio Superior corresponde a estudios Técnicos con secundaria como requisito, a estudios de Preparatoria y a estudios Normales; y Nivel Superior corresponde a estudios de Licenciatura y Posgrado.

\* Esta categoría incluye también a la Pareja.

\*\*Esta categoría incluye también a la Pareja y no considera otros familiares habitando en la vivienda.

### 3.2. Autoevaluación de salud

En la actualidad, algunos autores como Luis Miguel Gutiérrez Robledo, jefe del departamento de geriatría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición "Salvador Zubirán", consideran a la autopercepción del estado de salud, a pesar de ser un tanto subjetiva, como un buen indicador de la misma (Gutiérrez Robledo, 1999).

La Organización Panamericana de la Salud considera también que las autoevaluaciones de salud no son percepciones totalmente imaginarias, sino que guardan relación con las verdaderas condiciones de salud de un individuo, ya que por ejemplo, las personas que declaran tener condiciones malas de salud, tienen mayores probabilidades de morir que los individuos que declaran tener una buena salud (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

La encuesta SABE permite identificar cinco autopercepciones de salud: excelente, muy buena, buena, regular y mala. Con el fin de simplificar el análisis de los resultados, las categorías se reducirán a tres: Aceptable (en la que se incluirán a la autopercepciones de salud excelente, muy buena y buena), Regular y Mala.

Los resultados obtenidos con la SABE indican que en general la percepción de la salud de la población de hombres y mujeres con 60 años y más tiende a ser más o menos positiva, pues aproximadamente el 50% de los hombres y el 50% de las mujeres consideraron su salud como "regular".

Estos resultados son similares a los obtenidos por Gutiérrez Robledo a través del análisis de la Encuesta Nacional sobre la Sociodemografía del Envejecimiento en México realizada en 1994.

La proporción del total de hombres que reportan una salud “aceptable” es ligeramente más alta que la proporción del total de mujeres con la misma autopercepción. Mientras que para la autopercepción “mala”, la situación se invierte, es decir, el porcentaje de las mujeres con una percepción negativa de su salud es mayor que el porcentaje de hombres.

Esto supondría pensar que las mujeres adultas mayores tienen una salud más delicada, sin embargo, esta situación puede deberse en parte a que los hombres, culturalmente por su papel de proveedores del hogar y receptores de las mayores responsabilidades familiares, no “deben” o “pueden” enfermarse, por lo que al analizar y autoevaluar su condición de salud, pasan por alto padecimientos menores que pudieran llegar a ser fatales y que las mujeres si consideran.

**Cuadro 2.** Distribución porcentual de hombres y mujeres con 60 años y más de la ZMCM de acuerdo a la autopercepción de su salud, por grupos decenales de edad, 2000

	Aceptable	Regular	Mala	Total
<b>HOMBRES</b>				
<i>Toda población masculina</i>	33.9	49.7	16.4	100.0 (43.7%)
60 - 69	35.1	48.5	16.4	100.0 (60.1%)
70 - 79	31.8	50.4	17.7	100.0 (29.9%)
80 y +	33.1	54.9	12.0	100.0 (10%)
<b>MUJERES</b>				
<i>Toda población femenina</i>	28.0	50.2	21.8	100.0 (56.3%)
60 - 69	28.6	49.9	21.5	100.0 (54.3%)
70 - 79	25.0	51.2	23.8	100.0 (31.3%)
80 y +	32.2	49.0	18.9	100.0 (14.5%)

Fuente: Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento, SABE-OMS, 2000

Respecto a los grupos decenales de edad (ver Cuadro 2), aparentemente conforme se incrementa la edad, la autopercepción de la salud mejora levemente. Las edades más envejecidas, es decir tanto hombres como mujeres con 80 años y más de edad, perciben en menor grado su salud como “mala”.

Esto se puede deber, entre otros factores, a que la carga de responsabilidades disminuye en algunos casos para estas edades, por lo que pueden dedicar más tiempo a sus necesidades de salud. Además de que también en algunos casos, los familiares comienzan a hacerse cargo de estos individuos no sólo por la fragilidad física sino económica en que se encuentran, proporcionándoles cuanto necesitan para mantener una calidad de vida y un nivel de salud aceptables.

Además de los grupos de edad y el sexo, se consideraron también variables sociodemográficas como el haber asistido o no a la escuela, el estado civil, y el tipo de arreglo residencial.

### Escolaridad

En cuanto a la autopercepción de salud de los adultos mayores de acuerdo al hecho de haber asistido a la escuela o no (independientemente del grado escolar al que hubieran llegado), el porcentaje más grande de la población de hombres adultos mayores que sí asistió a la escuela (50.1%) y el porcentaje más grande de la población de mujeres adultas mayores que sí asistió a la escuela (52.3%), declararon una autopercepción de la salud “regular”.

Por su parte, el mayor porcentaje de hombres que no fue a la escuela (48.1%) y el mayor porcentaje de mujeres que no fue a la escuela (41.7%), también corresponde a la autopercepción de salud “regular”.

Para la población de hombres y para la población de mujeres, la autopercepción de salud "aceptable" es mayor en los individuos que asistieron a la escuela que en los que nunca fueron a ella. Inversamente, la autopercepción de "mala" salud es mayor en los hombres y mujeres con 60 años y más que no asistieron a la escuela que en los que sí asistieron.

Esto puede indicar que la educación sí influye en la forma en que un individuo percibe su salud, y en el hecho de que una mejor educación permite un cuidado más integral del bienestar de la persona.

El conocimiento y origen de las enfermedades que un individuo padece, le permite una mayor capacidad para valorar la enfermedad misma y buscar a los profesionistas adecuados, así como los tratamientos y terapias apropiadas, evitando así caer en la charlatanería y en los falsos remedios que en ocasiones en vez de inducir la mejoría de la persona enferma, provocan complicaciones de la enfermedad agravando su condición.

En muchas personas mayores, la ignorancia que producen ciertas creencias las lleva a pensar que sus enfermedades son producto de "fuerzas externas", o confunden por ignorancia síntomas de enfermedades con creencias populares, tales como la brujería.

Otra creencia infundada de muchas personas mayores, es pensar que si son internados en un hospital es porque prácticamente los llevan a morir ahí. La ignorancia que acompaña esta suposición provoca que muchos adultos mayores se nieguen a recibir un tratamiento adecuado a sus enfermedades, agravándolas y en ocasiones poniendo en riesgo su vida.

Cuando una persona tiene educación, puede acceder al dictamen de un médico calificado que le explique las causas y consecuencias de su padecimiento, adquiriendo conciencia de la verdadera dimensión del mismo, pero si la persona carece de educación, no acude al médico y no comprende lo que le pasa, puede exagerar la magnitud de su enfermedad y considerarla más dañina de lo que verdaderamente es, por lo que su percepción de la salud será mucho más negativa.

El entorno familiar también influye mucho en la manera en que un adulto mayor percibe su salud, pues no sólo se trata del nivel de escolaridad que posea la persona envejecida, sino también (en caso de que tenga) del nivel de escolaridad de sus hijos y nietos, pues aunque el adulto mayor carezca de estudios o tenga estudios muy básicos, si su entorno familiar es de individuos preparados e instruidos, es más fácil que le eduquen e informen sobre ciertas cuestiones relativas a sus salud y a sus padecimientos, desmitificando viejas creencias e ignorancias.

La madurez analítica y crítica que tiene una persona, y la capacidad de razonamiento que adquiera en torno a lo relativo a su salud, va de acuerdo con el nivel de escolaridad con que cuente. La detección de síntomas y signos, así como la autoevaluación de los cambios físicos e inclusive mentales que caracterizan a muchas enfermedades va en función de esta capacidad de análisis y crítica.

Los resultados también indican que existen diferencias entre la percepción de hombres y mujeres respecto a su salud, siendo las adultas mayores las que consideran tener una salud un tanto más deteriorada, principalmente aquellas mujeres que carecen de estudios, que son las que perciben su condición de salud de manera más negativa.

## Estado Civil

Los resultados para la población masculina de los cuatro estados civiles (solteros, casados, separados y viudos) indican que los mayores porcentajes (aproximadamente la mitad de cada subpoblación) se encuentran en la percepción de salud "regular".

Sin embargo, en el caso de los hombres sucede algo muy particular, ninguno de los hombres solteros consideró su salud como "aceptable", y su porcentaje en la autopercepción de salud "regular" fue el más alto de todos los estados civiles (78.2%).

Algunos hombres solteros tienden a abusar de su salud a lo largo de su vida. Por lo general sus mayores responsabilidades y preocupaciones son los asuntos laborales, por lo que suelen llevar en ocasiones un estilo de vida cargado de excesos.

Las repercusiones de estos comportamientos afloran en las etapas tardías de la vida, ocasionando la aparición o complicación de enfermedades y por consiguiente una percepción de la salud más negativa.

Así mismo, para los hombres solteros que han dedicado su vida a la actividad laboral, el momento de retiro o jubilación representa un choque emocional que influye en el estado de salud y en la percepción de la misma.

El cambio en la rutina de vida que conduce a un estilo más relajado después de una jubilación, puede permitir al individuo una revaloración de su condición de salud y puede hacer que tome conciencia sobre las verdaderas necesidades de su organismo que había pospuesto durante su juventud por considerarlas secundarias.

Con los hombres casados o con una familia pueden ocurrir dos situaciones diferentes. La primera es que el hombre, al saberse con mayores responsabilidades, tiende por lo general a cuidar un poco más de su salud. La segunda, es que las responsabilidades que tiene pueden llegar a ser tan demandantes que obliguen al

hombre a pasar por altas dolencias que con el paso del tiempo degeneran en padecimientos que afectan severamente su salud.

De cualquier manera, el hombre casado, con pareja o con familia, tiene mayor oportunidad que el hombre soltero (que es más probable que no haya tenido hijos) al llegar a la vejez, de que la pareja o los hijos sigan atentos a sus necesidades, vigilando que tenga una atención médica adecuada cuando así lo requiera.

La situación de las mujeres contrasta con la de los hombres, ya que la población de mujeres adultas mayores solteras es la que cuenta con la percepción de salud más positiva, pues su porcentaje en la percepción de salud "aceptable" (47.3%) es el más alto de todos (tomando en cuenta las cifras de hombres y mujeres).

Por su parte, las mujeres adultas mayores de los estados civiles restantes (viudas, unidas y separadas) muestran porcentajes muy similares, aproximadamente el 50% de la población de estos tres estados civiles declaró una salud "regular", un 25% declaró tener una salud "aceptable", y aproximadamente el 25% restante consideró su salud como "mala".

Las mujeres que un momento dado han tenido una familia, al igual que algunos hombres, por lo general han cuidado más su salud porque comprenden que tienen una mayor responsabilidad. Las mujeres acuden en mayor medida que los hombres al médico, y están más concientes que éstos de que no debe postergarse demasiado o indefinidamente la atención de enfermedades.

Sin embargo, culturalmente las mujeres también tienden a "dejar de lado" sus necesidades (incluidas en muchas ocasiones sus necesidades de salud) por satisfacer las de la pareja o de los hijos. Por esto, puede ser que las mujeres adultas mayores que han permanecido solteras toda su vida presentan una autopercepción de salud más positiva

que las mujeres de los otros estados civiles, pues al no tener la responsabilidad de una pareja o de hijos, no han tenido que poner por encima de su salud la salud de otros.

Así mismo, es más factible que el deterioro físico que sientan las mujeres adultas mayores que dedicaron su vida al cuidado de una familia o una pareja sea más pronunciado, debido a las labores del hogar y/o a las responsabilidades laborales que pudieran tener.

### Arreglo Residencial

Se podría pensar que al vivir dentro de un núcleo familiar, el adulto mayor puede tener a otras personas que le cuiden e instruyan acerca de su condición de salud y le animen a asistir a consultas médicas, así como a continuar tratamientos y terapias, mejorando la situación de sus padecimientos y por consiguiente la percepción de su salud.

Sin embargo, los resultados de la SABE indican que el hecho de que los adultos mayores vivan solos o no, no parece condicionar mucho la autopercepción de ésta.

Tanto los hombres adultos mayores como las mujeres adultas mayores que viven solos y que viven acompañados declararon tener en mayor proporción una salud "regular". Además, los porcentajes de las autopercepciones de salud "aceptable" y "mala" son muy similares para los hombres que viven solos y los que viven acompañados, y para las mujeres que viven solas y las que viven acompañadas.

Esto puede deberse a que cuando una familia se preocupa por sus individuos envejecidos no importa tanto si habitan en la misma vivienda o no. El cuidado y la atención que se le da a los abuelos o a los padres no se da exclusivamente cuando se vive en el mismo lugar que ellos.

### 3.3. Prevalencia de enfermedades crónicas entre la población adulta mayor

Aunque la mayoría de la población de hombres y mujeres adultos mayores percibe su salud de manera “regular”, los resultados de la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas indican que más del 60% de los hombres y aproximadamente el 60% de las mujeres no padece o padece sólo una enfermedad (ver cuadro 3).

De este resultado derivan dos posibles explicaciones, relacionadas con el hecho de que las preguntas sobre morbilidad de la encuesta están basadas en el diagnóstico médico: los adultos mayores tienen muy buenas condiciones de salud de acuerdo al número de enfermedades que padecen, o no han sido diagnosticados con base en una revisión médica adecuada sobre su verdadera condición.

El primer caso es poco probable, pues entonces los resultados anteriores sobre la autopercepción de salud deberían ser más positivos. El segundo caso, más alarmante que el primero, indicaría la falta de asistencia a las consultas médicas y la falta de prevención y control de enfermedades por parte de este grupo poblacional.

A través del cuadro 3 se observa que los porcentajes de la población masculina de adultos mayores tienden a disminuir conforme se incrementa la prevalencia de enfermedades, es decir el mayor porcentaje del total de la población de hombres (37.5%) corresponde a la prevalencia de cero enfermedades, y conforme se incrementa el número de padecimientos, el porcentaje de adultos mayores disminuye.

La situación de las mujeres es diferente, pues la mayor parte de la población de mujeres adultas mayores (40.9%) es la que padece 2 y más enfermedades (multimorbilidad), mientras que el porcentaje de las mujeres que tienen una enfermedad o de las que no padecen ninguna son menores.

Esto podría deberse a que las mujeres envejecidas son más propensas que los hombres a padecer mayor número de enfermedades en las etapas más avanzadas de la vida, pues al vivir más tiempo que los varones, tienden a acumular enfermedades que a su vez pueden complicarse y propiciar la aparición de nuevos padecimientos.

Sin embargo, también es importante recordar que los hombres tienden a acudir en menor grado que las mujeres a consultas médicas, por lo que resultaría lógico que declararan tener menos enfermedades que las que declararon las mujeres por desconocimiento de sus padecimientos reales.

**Cuadro 3.** Distribución porcentual de hombres y mujeres con 60 años y más residentes en la ZMCM de acuerdo a la prevalencia de enfermedades, por grupos decenales de edad, 2000

	0	1	2 y +	Total
<b>HOMBRES</b>				
<i>Toda población masculina</i>	37.5	33.2	29.3	100.0 (43.7%)
60 - 69	39.8	31.1	29.2	100.0 (60.1%)
70 - 79	32.1	41.0	27.0	100.0 (29.9%)
80 y +	39.7	23.4	36.9	100.0 (10%)
<b>MUJERES</b>				
<i>Toda población femenina</i>	26.0	33.0	40.9	100.0 (56.3%)
60 - 69	28.7	34.9	36.4	100.0 (54.3%)
70 - 79	20.4	30.4	49.2	100.0 (31.3%)
80 y +	28.2	31.7	40.1	100.0 (14.5%)

Fuente: "Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento" (SABE-OMS, 2000)

A través del cuadro 3 se observan también las tendencias de la prevalencia de enfermedades de la población masculina y la población femenina de adultos mayores por grupos decenales de edad.

En el caso de los hombres mayores se da una situación particular, los porcentajes de los hombres cuyas edades están entre los 60 y los 69 años, muestran una tendencia decreciente conforme se incrementa el número de padecimientos. Los hombres con 70 a 79 años de edad presentan un incremento abrupto en el porcentaje de la prevalencia de una enfermedad. Y para los hombres del último grupo decenal, es decir lo que tienen 80 años y más, el porcentaje correspondiente a la prevalencia de una enfermedad disminuye drásticamente en comparación al del grupo de 70 a 79 años.

Esto puede ser consecuencia de la actitud cultural de los hombres hacia su salud. Muchos de los hombres cuyas edades oscilan entre los 60 y los 69 años de edad aun son jefes de familia que conservan responsabilidades laborales y siguen bajo regimenes de estrés y tensión, por lo que suelen posponer sus necesidades de salud, como las consultas médicas cuando se sienten enfermos, o las revisiones médicas continuas en caso de haber padecido alguna enfermedad que las requiriera.

Así mismo tienden a minimizar dolencias que podrían derivar en padecimientos más complejos atribuyéndolas a cansancio o simple estrés.

Para cuando llegan a las edades entre los 70 y los 79 años, muchos de ellos experimentan cambios importantes en sus vidas, tales como la jubilación o el retiro, la salida de los hijos del hogar, la disminución de responsabilidades y la posibilidad de dedicarle tiempo a aquellas cosas o necesidades para las que antes no lo tenía, como por ejemplo su salud.

Entonces se dan cuenta de que lo que hace diez años parecía simple cansancio o estrés ha adquirido una connotación más grave, y al asistir a revisiones médicas descubren enfermedades que ignoraban tener. Además, la fragilidad física incrementada con el paso del tiempo contribuye también a la aparición de nuevas enfermedades.

Una posible hipótesis es que esta década (70 a 79 años de edad) constituye una etapa crucial para los hombres, pues podría indicar una especie de criba que sólo atraviesan los hombres que son biológicamente más fuertes.

Es decir, a estas edades las enfermedades aparecen por el deterioro físico que es inevitable, o apenas se descubren (algunas en etapas avanzadas) por descuido e irresponsabilidad del individuo, de cualquier forma, esa fragilidad física puede contribuir para que las enfermedades se agraven y sean mortales, ocasionando que muchos de estos hombres no sobrevivan a ellas, y que los que llegan a edades todavía más avanzadas (80 años y más) , sean los más resistentes o los que padecían menos enfermedades mortales.

Esta situación podría darse nuevamente para el grupo de adultos mayores con 80 años y más de edad, pues se observa también del cuadro 3, que el porcentaje de prevalencia de 2 y más enfermedades (36.9%) es mayor que el porcentaje de prevalencia de una enfermedad (23.4%); es decir, el inevitable deterioro biológico que sufre el organismo a medida que envejece, propicia un incremento mayor de la fragilidad de la persona y una menor capacidad de recuperación a los padecimientos, propiciando así la aparición de nuevas enfermedades.

La situación de las mujeres por su parte es un tanto diferente, ellas muestran en los tres grupos decenales de edad una tendencia de incremento en los valores porcentuales conforme aumenta el número de enfermedades (ver cuadro 3).

Sin embargo, el incremento más significativo se da en el grupo de 70 a 79 años de edad, del porcentaje de mujeres con un padecimiento al porcentaje de mujeres con 2 y más padecimientos.

De igual manera que los hombres, esto puede deberse a que durante estas edades, el deterioro físico contribuye al surgimiento de nuevos padecimientos, o a la complicación de las enfermedades que ya existían originando así nuevas dolencias. Y las mujeres que llegan a vivir hasta los 80 años y más, biológicamente son las más resistentes.

Una diferencia significativa entre la población femenina y la población masculina, es que las mujeres, a diferencia de los hombres, mantienen porcentajes en la prevalencia de cero enfermedades relativamente bajos.

Esto puede indicar que la mujer, en parte por el hecho de ser madre, de criar a los hijos y de mantener por lo regular un contacto más cercano que el hombre con los servicios de salud a lo largo de su vida, es consciente de las enfermedades que padece, lo que puede ayudarla a tratarlas de manera oportuna, mientras que el hombre, desconoce durante gran parte de su juventud y madurez su verdadera condición y espera hasta edades muy avanzadas de su vida para comenzar a tratar sus padecimientos, cuando tal vez éstos ya son incurables.

#### **3.4. Enfermedades crónicas y degenerativas**

Los principales padecimientos crónicos y degenerativos que registra la SABE son: hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar, enfermedad del corazón, embolia y artritis.

Los resultados para la población en general fue que el 42.7% padecía de hipertensión, el 21.6% padecía diabetes, el 1.8% cáncer, el 9.8% enfermedad pulmonar, el 10.1% enfermedad del corazón, el 5.8% embolias y el 24.4% artritis; por lo que se tiene

que el padecimiento con mayor incidencia entre la población de adultos con 60 años y más de la ZMCM es la hipertensión, seguida de la diabetes y la artritis.

Estos resultados contrastan con los principales padecimientos de los adultos mayores a nivel nacional, donde las cardiopatías isquémicas, junto con las enfermedades cardiovasculares y la diabetes ocupan los primeros lugares en incidencia.

Al analizar los diferenciales por sexo (ver Cuadro 4) se observa que el porcentaje de hombres afectados por la hipertensión es de 34.6%, mientras que para las mujeres es de un 49%. Esto coloca a las mujeres en una posición desfavorable, pues la hipertensión es un padecimiento indoloro y pocas veces perceptible, causante de muchas de las muertes en edades avanzadas.

**Cuadro 4.** Distribución porcentual de enfermedades crónicas y degenerativas de los adultos mayores con 60 años y más de la ZMCM, por sexo, 2000

	Hombres			Mujeres		
	Si	No	Total	Si	No	Total
Hipertensión	34.6	65.4	100.0	49.0	51.0	100.0
Diabetes	22.3	77.7	100.0	21.0	79.0	100.0
Cáncer	1.0	99.0	100.0	2.5	97.5	100.0
Enfermedad Pulmonar	8.1	91.9	100.0	11.1	88.9	100.0
Enfermedad del Corazón	10.1	89.9	100.0	10.0	90.0	100.0
Embolia	6.5	93.5	100.0	5.3	94.7	100.0
Artritis	15.8	84.2	100.0	31.1	68.9	100.0

Fuente: "Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento" (SABE-OMS, 2000)

Por otra parte, la incidencia de la diabetes y la artritis tienen inversa importancia para hombres y mujeres. La diabetes ocupa el segundo lugar en la proporción de enfermedades para los hombres y la artritis el tercero con 22.3% y 15.8%

respectivamente, y para las mujeres, la artritis ocupa el segundo lugar con 31.1%, mientras que la diabetes ocupa el tercero con 21%.

Para los hombres, el cuarto padecimiento más frecuente es el relacionado con enfermedades cardíacas (10.1%), y para las mujeres es el relacionado con las enfermedades pulmonares (11.1%). Para ambos sexos, el cáncer ocupa el último lugar en la proporción de población que padece la enfermedad, 1% para la población masculina y 2.5% para la población femenina.

A continuación se hará un breve análisis de cada uno de estos padecimientos.

### **Hipertensión**

A la hipertensión arterial se le conoce como el “asesino silencioso” debido a que por lo general, no presenta ningún síntoma o signo. Como consecuencia de esto, poco a poco va dañando a otros órganos vitales sin que el individuo lo note.

La hipertensión arterial es el aumento de la presión que ejerce la sangre sobre la pared de las arterias, ocasionando que el corazón trabaje más rápido para conseguir que la sangre circule por todo el cuerpo. La hipertensión no tiene síntomas, por lo que la única manera de conocer la presión arterial es midiéndola periódicamente.

Los resultados de la SABE indican que el 34.6% de los hombres y el 49% de las mujeres padecen hipertensión (ver cuadro 5), siendo éste el principal padecimiento de ambos. Pese a que la hipertensión es igual de común entre hombres y mujeres (Gamble Sánchez-Gavito *et al.*, 2000), estas cifras muestran que la prevalencia del padecimiento es mayor entre las mujeres que entre los hombres.

Sin embargo, es necesario recordar que los datos pueden estar subestimados, y que como se mencionó al inicio de la sección correspondiente a morbilidad, dado que la

prevalencia de las enfermedades fue registrada en base a si la persona había sido diagnosticada por un médico o enfermera, la diferencia tan grande en los porcentajes puede deberse a que las mujeres hacen uso de los servicios de salud con mayor frecuencia que los hombres, y que por eso, puede diagnosticárseles en mayor medida el padecimiento.

**Cuadro 5.** Distribución porcentual de los adultos mayores con 60 años y más de la ZMCM según condición de padecer Hipertensión o no, por sexo y grupos decenales, 2000

	Hombres			Mujeres		
	SI	NO	Total	SI	NO	Total
60 - 69	36.4	63.6	100.0	47.8	52.2	100.0
70 - 79	33.7	66.3	100.0	54.8	45.2	100.0
80 y +	26.7	73.3	100.0	41.0	59.0	100.0
Todos	34.6	65.4	100.0	49.0	51.0	100.0

Fuente: "Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento" (SABE-OMS, 2000)

En cuanto a las diferencias por grupos de edad (ver cuadro 5), los hombres muestran valores descendentes conforme aumenta la misma, mientras que los valores de las mujeres crecen en el grupo de 70 a 79 años de edad y luego disminuyen para el grupo de 80 años de edad y más. Así mismo, las mujeres padecen hipertensión en mayor medida que los hombres en todos los grupos de edad.

Los porcentajes de los hombres pueden explicarse a través de los estilos de vida que han tenido las diferentes generaciones, los hombres más envejecidos tuvieron una vida menos estresante que los hombres del grupo de edad de 60 a 69 años, su alimentación y sus hábitos de vida en general eran más saludables.

Además, en este grupo de edad, la mayoría de los hombres siguen siendo jefes de familia, lo que implica una serie de responsabilidades y presiones que generan estrés y tensiones emocionales, que algunos de los hombres más viejos ya no tienen.

En el caso de las mujeres, aún a edades avanzadas, los roles continúan desempeñándose dentro del hogar aunque no sean jefas de familia, por lo que el ser dependientes están sometidas a presiones que no siempre disminuyen, sino que se incrementan conforme envejecen.

Por otra parte, el 73.2% de los hombres y el 79.9% de las mujeres hipertensas toman algún tipo de medicamento oral para mantener su presión arterial en niveles normales, lo que puede indicar que a la mayoría de los adultos mayores, tanto hombres como mujeres, no les bastan los tratamientos no farmacológicos como dietas, ejercicio y la supresión de ciertas sustancias y alimentos para mantener su presión arterial en niveles aceptables.

Y es que dentro de los factores que condicionan la aparición del padecimiento, están aquellos que no pueden ser controlados, como la herencia y la edad (las personas mayores de 40 años son más propensas a sufrir de hipertensión); y aquellos factores que sí son controlables, como el tabaquismo (que daña las arterias, pulmones y corazón), la obesidad (que provoca que el corazón trabaje más y ocasiona daños a las arterias), la sal y las grasas de origen animal, el alcohol, la tensión emocional, el estrés, y la falta de ejercicio (que debilita el corazón y favorece el sobrepeso).

Con respecto al tabaquismo, del total de hombres hipertensos, el 27.1% fuma actualmente, el 41.6% fumaba pero ya no lo hace, y el 31.3% nunca ha fumado.

No se puede saber si la razón por la que los hombres que antes fumaban y que dejaron de hacerlo sea el diagnóstico de la hipertensión y el correcto seguimiento de las indicaciones de dejar dicho hábito, cualquiera que sea la razón, es alentador ver que el 70% de la población masculina adulta mayor de la ZMCM de acuerdo a esta encuesta, no fumaba al momento de la misma, aunque también es lamentable observar que aun

habiendo sido diagnosticados con hipertensión, un porcentaje considerable siga fumando.

Para la categoría de fumadores, los porcentajes descienden con la edad, los hombres más envejecidos son los que fuman en menor proporción, posiblemente porque los hombres fumadores mueren antes de llegar a edades tan avanzadas. Por otra parte, los adultos mayores más envejecidos son los que tienen la mayor proporción en la categoría de jamás haber fumado.

La situación de las mujeres es mucho mejor, ya que únicamente el 7.2% de la población femenina total que padece hipertensión fuma, mientras que el 79.9% nunca ha fumado, y el 12.9% antes fumaba pero ya no lo hace. Por lo tanto, las mujeres tienen en menor grado que los hombres, el riesgo de complicar la situación de su padecimiento a través del tabaquismo.

La SABE permite también conocer la cantidad de alcohol que ingieren los adultos mayores, pues se les preguntó cuántos días en promedio a la semana habían ingerido alcohol en los tres meses previos a la encuesta, siendo el resultado fue bastante positivo, ya que el 71.6% del total de los hombres y el 91.5% del total de las mujeres que padecen de hipertensión no consumieron alcohol en lo absoluto.

El 22.9% de los hombres dijo haber consumido alcohol una vez a la semana en promedio, y para las mujeres, el porcentaje fue de 6.2%. Únicamente el 3.5% de los hombres y el 1.1% de las mujeres declararon haber consumido bebidas alcohólicas entre 4 y más días en promedio a la semana.

Por lo tanto, y pese a que los valores porcentuales de las mujeres indican conductas más favorables hacia el consumo moderado del alcohol, en general, los individuos hipertensos de ambos sexos mantienen una actitud correcta de consumo moderado y apropiado para su condición.

Por otra parte, la dieta y el control del peso pueden ser tratamiento suficiente para mantener controlada la presión alta (Gamble Sánchez-Gavito *et al.*, 2000), por lo que es importante que las personas con este padecimiento estén conscientes de la importancia de mantener un peso adecuado. El 36% de los hombres y el 33.6% de las mujeres con hipertensión declararon haber bajado de peso en los doce meses previos a la entrevista con el fin de bajar la presión arterial.

Estas cifras pueden parecer pequeñas, pero debe tenerse en cuenta que no todos los individuos considerados en la muestra con hipertensión, padecían de sobrepeso. Aun así es notable que estos hombres y mujeres estén dispuestos a seguir ya sea dietas o programas de ejercicios físicos con el fin de mejorar las condiciones de su enfermedad.

Relacionado con la dieta adecuada, está el ejercicio físico que se recomienda ampliamente a quien padece de hipertensión. El 43.4% de los hombres con hipertensión realizó algún tipo de actividad física de manera regular en los doce meses previos a la entrevista, mientras que sólo el 22.1% de las mujeres lo hizo.

A medida que la edad aumenta para ambos sexos, los porcentajes disminuyen enormemente, sólo el 4.2% de las mujeres hipertensas mayores de 80 años realizó algún tipo de actividad física, mientras que los valores para los otros dos grupos fueron de 25.3% para el grupo de 60 a 69 años de edad, y de 23.6% para el grupo de 70 a 79 años; mientras tanto, los valores porcentuales de los hombres fueron de 51.1% para el grupo de 60 a 69 años, 32.9% para el grupo de 70 a 79 años, y 19.6% para los mayores de 80 años de edad.

El ejercicio no ayuda únicamente a la disminución del peso corporal, ni a la regulación de la presión arterial, sino que incrementa la sensación de autonomía y bienestar general de la persona, por lo que de acuerdo a estas cifras, la situación de las

edades más avanzadas, y en especial de las mujeres, es mucho más delicada que las de los otros grupos de edad.

Otro factor importante que debe ser controlado es la tensión emocional, pues el estrés y las tensiones emocionales ayudan a incrementar el nivel de la presión arterial. Del total de mujeres y hombres hipertensos, el 35.2% y el 24.4% respectivamente declararon sentirse preocupados la mayor parte del tiempo en las dos semanas previas a la encuesta.

En el caso de los hombres, conforme la edad se incrementaba, el valor porcentual disminuía, lo cual puede deberse a que el adulto mayor cuya edad oscila entre los 60 y 69 años (28.2%), todavía tiene obligaciones familiares fuertes, y todavía se constituye como sostén principal de la familia, mientras que para los hombres mayores de 80 años (16.1%), las responsabilidades del hogar y la jefatura del mismo disminuyen, pues como se obtuvo anteriormente, mientras que el 91.3% de los hombres con 60 a 69 años de edad son jefes familia, sólo el 71.3% de los hombres con 80 años y más lo son.

Para las mujeres, los valores porcentuales de los tres grupos de edad superan el 30%, lo que indica que las adultas mayores viven en un ambiente ligeramente más estresado que el de los adultos mayores.

La hipertensión arterial también está ligada a otros padecimientos como la diabetes, los infartos, las embolias y los daños renales. De los individuos hipertensos, el 9.8% de los hombres y el 7.9% de las mujeres dijeron haber sufrido alguna vez una embolia.

Los individuos hipertensos que padecen también de diabetes son el 26.2% de los hombres y el 25.3% de las mujeres.

Analizando los resultados por grupos decenales de edad, se observa que en el caso de los hombres, los porcentajes disminuyen conforme la edad aumenta, 30.6% para el grupo de 60 a 69 años de edad, 20.6% para el grupo de 70 a 79 años, y 11.3% para el grupo de 80 años y más; en el caso de las mujeres, los porcentajes permanecen para los tres grupos de edad aproximadamente alrededor de los 25 puntos porcentuales.

El decremento de los porcentajes conforme se incrementa la edad en el caso de los varones puede deberse a que los hombres más envejecidos han tenido vidas más sanas, menos cargadas de estrés y tensiones, y con hábitos alimenticios más naturales que no favorecen la obesidad, mientras que los hombres menos envejecidos han tenido hábitos menos sanos, así como mayor incidencia de sedentarismo, lo que favorece la aparición de la diabetes.

Las personas hipertensas que además declararon haber sufrido de algún problema del corazón, como infarto, angina y enfermedad coronaria, entre otros, son el 16.3% del total de los hombres y el 14.4% del total de las mujeres. Los hombres del grupo de 80 años y más son los que presentan el mayor valor porcentual de todos (47.3%), mientras que las mujeres del mismo grupo, son las que tienen el valor más bajo (9.4%). En general, los infartos en los individuos hipertensos se dieron más entre los adultos mayores del sexo masculino que entre las mujeres.

### **Diabetes Mellitus**

La diabetes mellitus, es una enfermedad que afecta la forma en que el cuerpo aprovecha la glucosa, un tipo de azúcar indispensable para la obtención de energía celular. Para poder proveer de esta energía a las células, se necesita de la insulina, una hormona producida en el páncreas, que se encarga de llevar la glucosa de la sangre a cada una de las células del cuerpo.

Cuando el organismo no es capaz de producir suficiente insulina, la glucosa no se absorbe y sus niveles en la sangre aumentan poniendo en riesgo la salud del individuo.

La diabetes es una enfermedad hereditaria asociada a enfermedades cardiovasculares y a los hábitos alimenticios, así como a la obesidad, el sedentarismo y la edad.

Existen dos tipos de diabéticos, los insulino dependientes, que necesitan de insulina inyectada para sobrevivir, y que suelen ser menores de 30 años; y los insulino no dependientes, que no necesitan de la insulina para sobrevivir y que generalmente son personas de edad avanzada, así como personas obesas (Gamble Sánchez-Gavito *et al.*, 2000).

La encuesta SABE indica que el 22.3% de los hombres y el 21% de las mujeres con 60 años y más en la ZMCM han sido diagnosticados como diabéticos, por lo que no existen diferencias considerables por sexo respecto a este padecimiento.

**Cuadro 6.** Distribución porcentual de los adultos mayores con 60 años y más de la ZMCM según condición de padecer Diabetes o no, por sexo y grupos decenales, 2000

	Hombres			Mujeres		
	SI	NO	Total	SI	NO	Total
60 - 69	22.1	77.9	100.0	21.9	78.1	100.0
70 - 79	23.9	76.1	100.0	20.8	79.2	100.0
80 y +	18.2	81.8	100.0	18.5	81.5	100.0
Todos	22.3	77.7	100.0	21.0	79.0	100.0

Fuente: "Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento" (SABE-OMS, 2000)

Tampoco existen diferencias muy grandes en cuanto a los grupos decenales de edad, pues tanto para hombres como para mujeres, los valores de sus tres grupos respectivos oscilan entre los 18 y los 24 puntos porcentuales, siendo el mínimo valor de prevalencia el del grupo de hombres y mujeres de 80 años y más (ver Cuadro 6).

El tratamiento de la diabetes consiste principalmente en una dieta equilibrada, ejercicio moderado y medicación. Con respecto a ésta última, de acuerdo a los resultados de la encuesta SABE, el 80.7% del total de hombres con diabetes y el 82% del total de las mujeres con el padecimiento toman medicamentos orales para controlar la diabetes.

Los porcentajes de ingesta de medicamento oral para el control de la diabetes por grupos decenales de edad indican que los hombres de mayor edad son los que más toman medicamentos orales (83.1%); mientras que el grupo de mujeres que más consume medicamento oral es el de 70 a 79 años de edad (76.6%).

El 5.2% de los hombres y el 12.7% de las mujeres que padecen diabetes declararon ser insulino dependientes, por lo que la tendencia de las mujeres a necesitar de la insulina es mayor que la de los hombres, además de que la necesidad de usarlo se incrementa con la edad para ambos sexos, pues el 16.7% de los hombres y el 23% de las mujeres de 80 años y más son los que tienen que inyectarse insulina, mientras que los valores para los grupos restantes en el caso de los hombres están por debajo del 5%, y para las mujeres por debajo del 14%. Respecto a estos porcentajes es importante notar el hecho de que las inyecciones de insulina son mucho más costosas que los medicamentos orales.

Por otra parte, la mayoría de los adultos mayores pueden controlar su diabetes únicamente con una dieta adecuada, por lo que ésta constituye una parte importante del tratamiento (Gamble Sánchez-Gavito et al, 2000).

Generalmente, la dieta consiste en la restricción de los azúcares simples y de las grasas animales, además de un incremento en el consumo de fibra vegetal.

De acuerdo a la SABE, sólo el 47.9% del total de los hombres y el 45.7% del total de mujeres que padecen diabetes sigue una dieta especial, esta situación es lamentable, ya que como se mencionó anteriormente, la mayoría de los adultos mayores no tendrían mayores complicaciones con el padecimiento si siguieran una dieta adecuada a su condición. En este sentido, la posibilidad económica podría ser un factor importante, ya que podría en determinado momento limitar las posibilidades alimenticias de los individuos diabéticos.

Respecto a los diferenciales por grupos de edad, los valores porcentuales se incrementan con la edad, siendo los hombres más ancianos los que en mayor proporción, 60.6%, siguen un régimen alimenticio adecuado a su condición, los otros dos grupos tienen valores de 43.1% para el grupo de 60 a 69 años y 53.6% para el grupo de 70 a 79 años. Por su parte, las mujeres tienen valores irregulares, ya que las que siguen en mayor medida una dieta adecuada son las del grupo de 70 a 79 años de edad, con un 51.3%, mientras que las más envejecidas, es decir, las del grupo de 80 años de edad y más, sólo en un 33.6%.

Como otro factor importante del tratamiento de la diabetes está el ejercicio, que favorece el paso de la glucosa a través de las células, mejora su aprovechamiento y disminuye la necesidad de insulina; así mismo, el ejercicio permite el control de factores de riesgo como la hipertensión arterial y la obesidad, además de que da al individuo la sensación de autonomía, incrementando su sensación de bienestar físico y emocional.

Según los resultados de la SABE sólo el 38.5% de los hombres y el 26.8% de las mujeres que padecen diabetes realiza algún tipo de ejercicio físico, en el caso de las

mujeres, a medida que la edad aumenta, el porcentaje se incrementa de 26% para el grupo de 60 a 69 años de edad, a 32.9% para el grupo de 70 a 79 años, y luego disminuye hasta llegar a 15.2% para el de 80 años y más. En cuanto a los hombres, los valores también son irregulares, 42.3% para el grupo de 60 a 69 años, 32.3% para el de 70 a 79 años y 34.6% para el de 80 años de edad y más.

En general, son pocos los adultos mayores que siguen la indicación de realizar ejercicios moderados y de acuerdo a sus posibilidades, lo que puede dificultar la mejoría del individuo, y probablemente ayude a que las complicaciones de la diabetes respecto a otros padecimientos se incrementen.

Y es que deben considerarse también los problemas de salud coexistentes en los pacientes diabéticos. La diabetes se relaciona enormemente con la hipertensión, pues condiciona la construcción de vasos sanguíneos, principalmente en ojos y extremidades.

De acuerdo a la SABE, del total de hombres y mujeres con diabetes, el 40.7% y el 58.9% respectivamente, padece también de Hipertensión. En el caso de los hombres, el porcentaje más alto por grupos de edad, es el de los hombres de 60 a 69 años, con 50.3%, mientras que para las mujeres es de 69.7% en el grupo de 70 a 79 años de edad.

Los valores de los hombres disminuyen conforme aumenta la edad, y los de las mujeres se incrementan en el segundo grupo decenal y luego disminuyen. Es notable que para los dos últimos grupos decenales de edad, los porcentajes de las mujeres son mucho mayores que los de los hombres.

Estos porcentajes indican que posiblemente los hombres de edades menos avanzadas, son las que han tenido un estilo de vida menos sano y más estresante que las generaciones más envejecidas, asociado al sedentarismo y a los malos hábitos alimenticios, en los que abundan las grasas saturadas y los azúcares, o que los hombres

de edades más avanzadas mueren en mayor número a consecuencia de estos padecimientos.

Esto último podría también explicar porqué los porcentajes de mujeres no disminuyen tan abruptamente conforme aumenta la edad, pues quizá la mortalidad por estas causas no sea tan alta para ella como lo es para los hombres.

Así mismo, la diabetes constituye la primera causa de amputaciones por motivos no traumáticos y de ceguera, ya que ocasiona que los vasos pequeños de la retina se dañen, provocando visión disminuida y ceguera.

De acuerdo a los resultados de la SABE, el 11.9% de los hombres con diabetes y el 13.8% de las mujeres con el padecimiento han sido operadas por cataratas.

Las cataratas son la pérdida de transparencia del cristalino, que al volverse totalmente opaco propicia la pérdida de la visión.

En ambos sexos, los porcentajes de individuos que han sido operado por cataratas por grupos decenales se incrementan con la edad. El 7.3% de los hombres con 60 a 69 años, el 16.1% de los hombres con 70 a 79 años y el 29.2% de los hombres con 80 años y más alguna vez requirieron esta operación; los porcentajes para las mujeres corresponden al 9% para las edades de 60 a 69 años, 20.3% para las mujeres con 70 a 79 años y 19% para las mujeres con 80 años y más.

Así mismo, la diabetes mellitus es una enfermedad que propicia la aparición de glaucoma. El glaucoma es una enfermedad de los ojos en la que se pierde la vista por la presión excesiva en el interior del globo ocular a consecuencia de la acumulación anormal de humores en el ojo; de acuerdo a la SABE el 2.9% de los hombres diabéticos y el 6.2% de las mujeres diabéticas declararon haber sido tratados por esta enfermedad.

Pese a que de acuerdo a la encuesta, el glaucoma no es muy común, los adultos mayores deben estar atentos a cualquier cambio en su visión, y consultar periódicamente al oftalmólogo con el fin de detectar a tiempo el padecimiento, pues en sus etapas tardías es totalmente incurable.

### **Artritis**

La artritis es un padecimiento que se caracteriza por la aparición de una inflamación crónica en las articulaciones que puede conducir a la incapacidad funcional de las mismas; afecta principalmente a las mujeres.

La artritis se manifiesta principalmente de dos maneras: la artritis ósea y la artritis reumática.

La primera es más común, y consiste en el desgaste de las articulaciones como consecuencia del sometimiento de las mismas a una tensión anormal. La artritis ósea afecta básicamente a la espalda, caderas y rodillas, y se presenta con dolores, debilidad muscular y deformidades (Gamble Sánchez-Gavito et al., 2000).

La artritis reumática es una enfermedad crónica, que afecta a la mayoría de las articulaciones del cuerpo, como manos, pies, codos, hombros, tobillos y rodillas, provocando dolores, rigidez muscular y cansancio anormal. El dolor que produce la artritis reumática es sumamente agudo, por lo que aquellos individuos que la padecen, suelen sufrir limitaciones severas en cuanto a su movilidad, ocasionando paralelamente depresión y temor al dolor (Gamble Sánchez-Gavito et al., 2000).

La encuesta SABE, pese a que no identifica el tipo de artritis que padecen los adultos mayores, confirma el hecho de que las mujeres padecen de esta enfermedad en mayor medida que los hombres (ver Cuadro 7).

El 15.8% del total los hombres y el 31.1% del total de las mujeres dijeron padecer esta enfermedad.

En los grupos decenales de edad de 60 a 69 años y de 70 a 79 años, los porcentajes de las mujeres duplican aproximadamente los correspondientes de los hombres, y en el grupo de edad más avanzada, es decir en el de 80 años y más, la diferencia es de diez puntos porcentuales.

Además, existe una ligera tendencia al incremento de los valores porcentuales de los hombres conforme la edad aumenta, y en el caso de las mujeres, los valores se elevan para el grupo de 70 a 79 años de edad y luego disminuyen. De esto se observa que las mujeres de 70 a 79 años son las que en mayor grado padecen artritis (37.8%), lo que puede implicar que las limitaciones en cuanto a movilidad e independencia que presentan las mujeres a medida que envejecen, sean mayores que las de los hombres.

**Cuadro 7.** Distribución porcentual de los adultos mayores con 60 años y más de la ZMCM según condición de padecer Artritis o no, por sexo y grupos decenales, 2000

	Hombres			Mujeres		
	SI	NO	Total	SI	NO	TOTAL
60 - 69	13.5	86.5	100.0	26.7	73.3	100.0
70 - 79	18.5	81.5	100.0	37.8	62.2	100.0
80 y +	22.0	78.0	100.0	33.3	66.7	100.0
Todos	15.8	84.2	100.0	31.1	68.9	100.0

Fuente: "Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento" (SABE-OMS, 2000)

Las labores del hogar pueden haber influido en que las mujeres de estas generaciones sean más propensas a sufrir de artritis, ya que cuando estas mujeres eran jóvenes no existían todos los aparatos electrodomésticos que facilitan realizar tareas tales como lavar la ropa, que exige grandes esfuerzos de ciertas partes del cuerpo, principalmente manos y brazos, deformándolos y propiciando la artritis con el tiempo.

De los adultos mayores que padecen artritis, el 62.4% de los hombres y el 76.9% de las mujeres aseguraron sufrir de dolor, rigidez o hinchazón en las articulaciones. En cuanto a las diferencias por grupos decenales de edad, curiosamente los hombres y las mujeres que más se quejaron de sufrir de estos malestares fueron los del grupo de edad de 60 a 69 años (68.9% y 81% hombres y mujeres respectivamente), seguidos del grupo de edad de 70 a 79 años (56.4% y 77% hombres y mujeres respectivamente), mientras que tanto las mujeres como los hombres con 80 años y más fueron los que dijeron sufrir en menor medida de dolores e hinchazón (53.4% para los hombres y 64.7% para las mujeres).

Es notable que los valores obtenidos son muy altos, y que más de la mitad de individuos de cada sexo y de cada grupo decenal, son afectados por dolores causados por la inflamación de las articulaciones. Esto puede tener como consecuencia que las limitaciones a las que se enfrentan los individuos que sufren de artritis sean severas, ya que el dolor por lo general afecta el desarrollo de las actividades cotidianas, como el trabajo o los quehaceres del hogar.

Sin embargo, sólo el 16.4% de los hombres y el 20.2% de las mujeres consideraron su artritis como muy limitante; el 34.8% de los hombres y el 37.5% de las mujeres la consideró como poco limitante; y por último, el 48.8% de los hombres y el 42.3% de las mujeres como nada limitante.

A partir de estos datos se puede suponer que los adultos mayores que padecen de artritis aprenden a vivir con el padecimiento y sus consecuencias, y tratan de seguir una vida normal pese a los dolores y malestares que les provoca.

Por otra parte, el porcentaje de individuos de ambos sexos que consume algún tipo de medicamento para la artritis es de 56.9% para los hombres y 47.5% para las mujeres, en el caso de los hombres esto disminuye con la edad (de 66% para los hombres de 60 a 69 años de edad a 51.2% para los de 70 a 79 años, y a 35.9% para los hombres de 80 años y más), y en el caso de las mujeres los valores del grupo de 60 a 69 años (42.4%) se elevan para el grupo de 70 a 79 años (54%) y luego disminuyen para las mujeres de 80 años y más (46.4%).

Por lo tanto, los hombres menos envejecidos, aunque recurren al medicamento en mayor grado que las mujeres menos envejecidas, con el paso del tiempo disminuyen el consumo de fármacos, mientras que aproximadamente la mitad de la población femenina de cada grupo decenal recurre al medicamento de manera constante.

La artritis no sólo afecta el estado físico de la persona, también su estado emocional, pues limita al individuo en muchas de sus actividades diarias recluyéndolo. De los adultos mayores que padecen artritis, en las dos semanas previas a la entrevista, el 41.7% de los hombres y el 63.3% de las mujeres prefirieron estar en su casa en lugar de salir a la calle.

Ciertamente el padecimiento no puede considerarse como la única causa para este comportamiento, pero de una u otra manera influye en la sensación de autonomía y seguridad que tiene la persona envejecida.

Se pensaría también que la artritis está relacionada con muchas de las caídas que sufren los adultos mayores, pues el padecimiento favorece que las articulaciones se atrofién propiciando en ocasiones la pérdida del equilibrio y coordinación.

Sin embargo, los resultados de la encuesta indican que no es así del todo, pues en los doce meses previos a la entrevista, sólo el 27.1% de los hombres y el 36.2% de las mujeres que padecen artritis sufrieron algún tipo de caída, mientras que los valores

correspondientes a los adultos mayores que dijeron no padecer de artritis son de 27.6% para los hombres y el 41% para las mujeres.

Para las mujeres es necesario relacionar la artritis con la osteoporosis, pues la calidad de vida de una mujer adulta mayor disminuye dramáticamente si además de las limitaciones que le impone la artritis, se le añaden los peligros de la osteoporosis.

El 18.2% del total de las mujeres con artritis padece también de osteoporosis; respecto a los grupos decenales de edad, el 18.5% de las mujeres con 60 a 69 años, el 18.9% de las mujeres con 70 a 79 años y el 15.8% de las mujeres con 80 años y más tienen ambos padecimientos, lo que puede implicar altos niveles de dependencia para estas mujeres, pues sus actividades diarias probablemente estén limitadas por su condición, y necesiten la constante ayuda y atención de otras personas para llevar a cabo determinadas tareas.

### **Enfermedades Cardíacas**

Las enfermedades cardíacas son uno de los principales problemas de salud de los adultos mayores, ya que se encuentran entre las primeras causas de enfermedad y muerte para este grupo de población.

Algunas de ellas como la angina, infarto, insuficiencia cardíaca o la enfermedad coronaria se hacen más frecuentes con la edad avanzada. Además, son causantes de gran parte de los ingresos hospitalarios y de gran parte de las incapacidades que presentan los adultos mayores.

Al envejecer, en el corazón se producen una serie de cambios tanto en su estructura como en su funcionamiento, estos cambios disminuyen la capacidad de reserva del corazón, impidiendo que alcance frecuencias cardíacas tan altas como en la

edad adulta, y provocando que el corazón tenga que adaptarse realizando grandes esfuerzos para intentar mantener un funcionamiento adecuado.

La encuesta SABE indica que el 10% de la población adulta mayor con 60 años y más padece alguna enfermedad del corazón, entre las que se encuentran enfermedad coronaria, angina, infartos u otros problemas similares (ver Cuadro 8).

Los hombres más ancianos, es decir, los del grupo de 80 años y más de edad son los que muestran el porcentaje más alto en cuanto al padecimiento (17.7%), mientras que el valor más bajo lo tienen los del grupo de 70 a 79 años de edad (8.4%).

En el caso de las mujeres, las del grupo de 70 a 79 años de edad son las que tienen el valor porcentual más elevado (15%), mientras que el menor valor corresponde al grupo de 60 a 69 años (7.5%).

**Cuadro 8.** Distribución porcentual de hombres y mujeres con 60 años y más de la ZMCM según condición de padecer o no alguna enfermedad del corazón, por grupos decenales de edad, 2000

	HOMBRES			MUJERES		
	SI	NO	Total	SI	NO	TOTAL
60 - 69	9.7	90.3	100.0	7.5	92.5	100.0
70 - 79	8.4	91.6	100.0	15.0	85.0	100.0
80 y +	17.7	82.3	100.0	8.9	91.1	100.0
Todos	10.1	89.9	100.0	10.0	90.0	100.0

Fuente: Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE-OMS, 2000)

Dentro de los tratamientos más comunes para las enfermedades del corazón se encuentran los fármacos y la cirugía. El 57.8% de los hombres y el 66.7% de las mujeres toman algún tipo de medicamento para su problema del corazón.

Pese a que es más de la mitad de la población de cada sexo la que toma algún medicamento, es considerable la proporción de adultos y adultas mayores que no lo

toman, las razones pueden ir desde imposibilidad económica para adquirir el medicamento, hasta el hecho de no necesitarlo.

Así mismo, las enfermedades del corazón propician en general pérdida de autonomía y representan un alto porcentaje de los ingresos hospitalarios de las personas en edades avanzadas. De acuerdo a la SABE, el 13.1% de los hombres con problemas del corazón y el 14.2% de las mujeres en esta condición estuvieron hospitalizados al menos un día a consecuencia de su problema en el año previo a la encuesta.

En el caso de los hombres, los que más tuvieron que ser hospitalizados fueron los hombres del grupo de edad de 60 a 69 años con 17.1%, mientras que los otros dos grupos tuvieron valores de 7.5% para los hombres con 70 a 79 años y 8% para los hombres con 80 años y más. Esto puede ser interpretado como que los hombres más envejecidos tienen posiblemente una mortalidad mayor por estas causas y que por lo tanto, los que sobreviven hasta estas edades tan avanzadas son los más resistentes y no necesitan tan frecuentemente ser hospitalizados.

Las mujeres presentan valores de 3.2% para el grupo de 60 a 69 años de edad, 23.6% para el grupo de 70 a 79 años y 12.4% para el grupo de 80 años y más. Esto puede indicar que las mujeres menos envejecidas (además de que son las que tienen el menor porcentaje en cuanto a padecer estas enfermedades) siguen con más detenimiento las indicaciones y cuidados necesarios para evitar complicaciones de los padecimientos que pueden terminar enviándolas al hospital.

También puede ser que las mujeres con 70 a 79 años de edad, al ser las que más padecen de enfermedades del corazón, son las que requieren de hospitalización en mayor medida que los otros grupos decenales de edad.

Respecto a qué tan limitante consideran su enfermedad, el mayor porcentaje de los hombres, 57.6%, consideró a su padecimiento como “nada limitante”, el 33.5% lo consideró como “poco limitante” y el 8.9% como “muy limitante”. Por su parte, el 44.4% de las mujeres dijo que su padecimiento era “nada limitante”, el 33.3% “poco limitante” y el 22.3% “muy limitante”. Esto indica que los porcentajes de las mujeres se inclinan hacia una percepción más negativa de las limitaciones que traen consigo este tipo de enfermedades.

Por otra parte, dentro de los factores que condicionan las enfermedades cardiacas se encuentran principalmente la hipertensión, el tabaquismo y la obesidad. La hipertensión guarda una profunda relación con los padecimientos cardiacos, ya que contribuye a una sobrecarga de esfuerzo del corazón. De la población masculina que padece enfermedades del corazón el 55.6% padece también hipertensión, y de la población femenina, el 70.1% padece también hipertensión.

Los porcentajes de la población masculina por grupos decenales de edad que padece hipertensión y que ha sufrido alguna enfermedad cardiaca, tienen una disminución pronunciada en el grupo de 70 a 79 años de edad (38.6%), mientras que para los otros dos, los valores se encuentran en 58% para los hombres con 60 a 69 años y en 71.5% para los hombres con 80 años y más. En cambio, las mujeres con 80 años y más tienen el porcentaje más bajo en cuanto a padecer ambas enfermedades (43.5%), mientras que las mujeres con 70 a 79 años tienen el valor más alto (78.1%).

A partir de estos valores, se observa que la población femenina que padece de alguna enfermedad del corazón y de hipertensión es mayor que la población masculina en la misma situación, por lo que las mujeres están más expuestas a las limitaciones e incapacidades que derivan de la conjunción de estos padecimientos.

El tabaquismo por otra parte, está relacionado con el 25% de las enfermedades del corazón (Gamble Sánchez-Gavito *et al.*, 2000). El 26.3% de los hombres con problemas del corazón fuma, el 58.7% antes fumaba y el 15% nunca ha fumado. El 10.1% de las mujeres fuma, el 16% antes fumaba y el 73.9% nunca ha fumado.

Es preocupante observar como aún con el diagnóstico médico de la enfermedad y con los malestares que acompañan a este tipo de enfermedades, más de un cuarto de la población masculina y la décima parte de la población femenina fumen.

A través de esta información se puede comprender en parte porqué los adultos mayores declaran una autopercepción de la salud tan negativa, pues en este caso por ejemplo, estos hombres y mujeres fumadores que han padecido o padecen alguna enfermedad del corazón, deterioran más su calidad de vida y complican más sus padecimientos por mantener un vicio tan perjudicial a su salud.

### **Enfermedad pulmonar**

La SABE engloba dentro del término "enfermedad pulmonar crónica" al asma, bronquitis y enfisema, pero no permite saber cuál es la enfermedad en específico que declaró el adulto mayor. Primero se dará una breve descripción de cada uno de estos padecimientos, pero al analizar los resultados obtenidos con la encuesta, se hará referencia a las tres indistintamente a través del término "enfermedad pulmonar crónica".

El asma es una enfermedad crónica de las vías respiratorias causada por un trastorno del tracto respiratorio superior que afecta a pulmones y bronquios, se caracteriza por jadeo, tos, sofocación y respiración entrecortada.

Los factores que contribuyen a la aparición del asma son variados, desde una deficiencia del sistema inmunológico, factores genéticos, factores infecciosos y factores ambientales como el tabaquismo. El asma no controlada causa una morbilidad significativa, altera la calidad de vida y produce un deterioro agudo de la misma.

Por su parte, la bronquitis aguda es un proceso inflamatorio agudo que afecta principalmente a la traquea y bronquios y es causada por virus, bacterias, contaminación ambiental y el tabaquismo. La bronquitis consiste en una inflamación de los bronquios y en la mayor producción de mucosidad que el cuerpo no es capaz de expulsar adecuadamente, impidiendo así que entre a los pulmones la cantidad de aire necesaria, lo que a su vez origina las contracciones y la tos para poder expulsar las flemas.

Los síntomas más comunes de la bronquitis son tos, fiebre, obstrucción nasal, dolor al respirar y dolor en la faringe. Cuando se padece bronquitis se debe evitar llevar una vida sedentaria y se debe dejar de fumar, ya que el 80% de las bronquitis crónicas son causadas por el tabaquismo (Gamble Sánchez-Gavito *et al.*, 2000).

Por último, el enfisema es un padecimiento que consiste en la destrucción de las cavidades aéreas de los pulmones y en la dilatación excesiva de sus paredes. Los síntomas principales son la reducción en amplitud de los movimientos respiratorios y la tos, y al igual que en las dos enfermedades anteriores, el tabaco y la contaminación son perjudiciales en extremo.

A través del Cuadro 9 se observa que el 8.1% del total de los hombres y el 11.1% del total de las mujeres padecen de alguna enfermedad pulmonar crónica. Respecto a los grupos decenales de edad, los valores porcentuales de los hombres comienzan en 7.9% para el grupo de 60 a 69 años, se incrementan para el grupo de 70 a 79 años y disminuyen para los hombres con 80 años y más a 6.6%.

En el caso de las mujeres, la tendencia es la misma, a diferencia de que los porcentajes son mayores en los tres grupos de edad.

**Cuadro 9.** Distribución porcentual de los adultos mayores con 60 años y más de la ZMCM según condición de padecer Enfermedad Pulmonar (asma, bronquitis o enfisema) o no, por sexo y grupos decenales de edad, 2000

	HOMBRES			MUJERES		
	SI	NO	Total	SI	NO	TOTAL
60 - 69	7.9	92.1	100.0	8.4	91.6	100.0
70 - 79	9.0	91.0	100.0	14.8	85.2	100.0
80 y +	6.6	93.4	100.0	13.3	86.7	100.0
Todos	8.1	91.9	100.0	11.1	88.9	100.0

Fuente: "Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento" (SABE-OMS, 2000)

Las terapias físicas o respiratorias y los medicamentos son importantes en el tratamiento de las enfermedades pulmonares. El 54.8% del total de los hombres con alguna enfermedad pulmonar y el 42.1% del total de las mujeres con alguna enfermedad pulmonar toman medicamento para controlar los síntomas de la enfermedad pulmonar y tratarla.

En el caso de los hombres, la tendencia a necesitar más de los medicamentos aumenta conforme se incrementa la edad, pues mientras el 47.6% de los hombres con 60 a 69 años declaró tomar algún tipo de medicamento, el 62.5% de los hombres con 70 a 79 años y el 74.4% de los hombres con 80 años y más declararon lo mismo. Las mujeres por su parte mantienen una tendencia del 40% aproximadamente para los tres grupos decenales de edad.

Respecto a las terapias físicas o respiratorias, sólo el 13.2% de los hombres y el 15.2% de las mujeres con padecimientos pulmonares se someten a este tipo de

tratamiento, siendo las edades más envejecidas, las que muestran los porcentajes más altos tanto para hombres como para mujeres con 23.9% para cada sexo.

Esto puede deberse a que los adultos mayores menos envejecidos pueden mantener controlados estos padecimientos o tratarlos de mejor manera simplemente con medicamento y reposo, mientras que la forma en que afectan a los más individuos más envejecidos hace necesario que el tratamiento se complemente con las terapias.

Para una persona mayor, las limitaciones que se derivan de las enfermedades pulmonares son considerables, ya que los ataques de tos o los espasmos producidos por el asma o la bronquitis, además de ser molestos, impiden la realización de muchas actividades y afectan la movilidad y autonomía de quien las padece.

Únicamente el 23.6% del total de los hombres que padecen alguna enfermedad pulmonar consideró a su enfermedad como “muy limitante”, el 35% como “poco limitante” y el 41.4% como “nada limitante”. Los porcentajes de las mujeres fueron 12.4% para las que consideraron su padecimiento “muy limitante”, 28.9% como “poco limitante” y 54.5% como “nada limitante”. Por lo tanto, los hombres perciben los síntomas y complicaciones de estas enfermedades de manera más negativa que las mujeres.

Ya que dentro de las principales causas de la enfermedad pulmonar crónica se encuentra el tabaquismo, resulta lamentable que de acuerdo a los resultados de la SABE, el 38.4% de los hombres con enfermedad pulmonar fuma, el 44.9% antes fumaba pero ya no lo hace y el 16.7% nunca ha fumado; mientras que el 5.7% de las mujeres fuma, el 25% fumaba pero ya no lo hace y el 69.3% nunca ha fumado.

El alto porcentaje de hombres que fuma pese a su condición indica la poca atención y seguimiento a las indicaciones médicas de parte de estos individuos, pues

como tratamiento a la enfermedad las terapias físicas y el medicamento carecen de sentido si se continúa con el hábito del tabaco.

Los hombres que padecen de enfermedad pulmonar crónica del grupo de edad de 60 a 69 años son los que más fuman o declararon fumar al momento de la encuesta (41.7%), y los que en mayor grado declararon haber fumado antes y no hacerlo más (49.7%). Esto indica que éste grupo decenal es en el que probablemente la enfermedad guarda más relación con el tabaquismo. En el otro extremo, los hombres del grupo de 80 años y más, son los que declararon fumar en menor medida (28.2%), y también los que declararon en menor medida haber dejado de fumar (25.6%).

### **Enfermedad cerebrovascular**

Los padecimientos como la embolia, las hemorragias cerebrales, las isquemias y las trombosis son conocidas como accidentes cerebrovasculares. La hemorragia cerebral se produce por la ruptura de una pared vascular. La embolia se produce cuando un coágulo obstruye la circulación sanguínea que va al cerebro. A veces a las neuronas no les llega suficiente sangre y mueren, a esto se le conoce como infarto cerebral, y cuando la obstrucción es temporal, se le conoce como isquemia cerebral.

Este tipo de padecimientos suele tener consecuencias profundas en la salud de la persona, éstas pueden ser desde la muerte y la parálisis, hasta la pérdida de ciertas capacidades motrices. Las personas de edad madura son más propensas a sufrir este tipo de padecimientos que las personas jóvenes.

Dentro de los principales factores de riesgo se encuentran el tabaquismo, las enfermedades cardíacas, la diabetes mellitus (principalmente en los casos en que no está controlada) y la hipertensión arterial (que puede considerarse el factor de mayor riesgo).

De acuerdo a los resultados de la encuesta SABE, el 6.5% de los hombres y el 5.3% de las mujeres han padecido una embolia, hemorragia cerebral o isquemia (ver Cuadro 10). Los porcentajes relativamente pequeños pueden deberse a la alta letalidad que representan estas enfermedades.

**Cuadro 10.** Distribución porcentual de hombres y mujeres con 60 años y más según condición de haber padecido alguna enfermedad cerebral o no, por grupos decenales de edad, 2000

	HOMBRES			MUJERES		
	SI	NO	Total	SI	NO	Total
60 - 69	6.0	94.0	100.0	4.6	95.4	100.0
70 - 79	5.8	94.2	100.0	5.3	94.7	100.0
80 y +	10.8	89.2	100.0	8.0	92.0	100.0
Total	6.5	93.5	100.0	5.3	94.7	100.0

Fuente: Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE-OMS, 2000)

Los valores porcentuales de las mujeres y hombres que han sufrido algún accidente cerebrovascular se incrementan con la edad (ver Cuadro 10), siendo los hombres del grupo de 80 años y más, los que más han padecido de estas enfermedades.

Por otra parte, el 38.9% de los hombres y el 58.1% de las mujeres declararon tener problemas de salud derivados del accidente cerebrovascular que sufrieron.

Las diferencias por grupos decenales de edad sitúan a las mujeres con 80 años y más como la más afectadas por estas enfermedades (74.5%), mientras que las mujeres con 60 a 69 años (54.3%) y con 70 a 79 años (52.5%) mantienen valores más bajos. Resulta factible que las mujeres más envejecidas sean las que más resientan las secuelas de un padecimiento de esta índole, pues su condición biológica es más frágil que la de las mujeres menos envejecidas.

Los hombres por su parte muestran valores de 31.3% para el grupo de 60 a 69 años, de 53.4% para el grupo de 70 a 79 años de edad y de 40.9% para los hombres con 80 años y más. Los porcentajes de los hombres se mantienen más bajos en general que los de las mujeres, pues más de la mitad de la población de mujeres de cada grupo decenal declara problemas a raíz del padecimiento, mientras que los valores de los hombres sólo exceden los 50 puntos porcentuales para el grupo de 70 a 79 años. Por lo tanto, las mujeres tienen mayores secuelas que los hombres, o tienen secuelas o complicaciones más fuertes que las que tienen ellos.

Entre las principales secuelas que declaró la población masculina están: dificultades visuales (64%), debilidad en brazos y piernas (32.9%) y dificultad para hablar o tragar (32%). Las mayores secuelas que reportó la población femenina son: dificultad para pensar (57.9%), dificultades visuales (53%) y debilidad en brazos y piernas (46.7%).

De estos datos se observa que las capacidades motrices y mentales fueron más afectadas en las mujeres que en los hombres, no sólo porque ellas declararon sufrir estas limitaciones en mayores porcentajes que los hombres, sino porque la principal discapacidad que surgió a raíz de la enfermedad para las mujeres fue la dificultad para pensar.

Dadas estas cifras, resulta interesante comprobar que las mujeres perciben su padecimiento de manera más limitante que los hombres, ya que el 26.1% de los hombres y el 28.3% de las mujeres consideró su enfermedad como "muy limitante", el 18.4% de los hombres y el 33% de las mujeres como "poco limitante" y el 55.4% de los hombres y el 37.5% de las mujeres como "nada limitante".

Pese a que los valores porcentuales en la categoría de “muy limitante” no difieren mucho en ambos sexos, en las categorías de “poco limitante” y “muy limitante” sí se nota la tendencia de las mujeres hacia una percepción más negativa que la de los hombres.

Además de las limitaciones que pudieran surgir y de la percepción que los individuos tienen de ella, es importante notar que sólo el 47.8% y el 30.7% de los hombres y mujeres respectivamente recibieron terapia a raíz del padecimiento cardiovascular, esto puede ser porque afortunadamente la mayor parte de los afectados no la requirieron, o porque no contaban con los recursos económicos suficientes o con el seguro médico apropiado para solventarla.

Respecto a la relación que guardan las enfermedades cerebrovasculares con otros padecimientos, los resultados de la SABE indican que el 52.4% de los hombres y el 74.7% de las mujeres que han sufrido algún accidente cerebrovascular padecen también de hipertensión; estas cifras son altas y confirman la estrecha relación entre ambas enfermedades, así como la importancia de seguir atentamente los tratamientos para evitar complicaciones que pueden llegar a ser mortales.

Así mismo, el 14.6% de los hombres y el 16.9% de las mujeres que han sufrido algún accidente cerebrovascular padecen también de hipertensión y padecen también de problemas del corazón, esta multimorbilidad es muy significativa aun en un porcentaje relativamente pequeño de población, pues la calidad de vida de los individuos con estas características puede verse enormemente limitada, no sólo en cuanto a movilidad e independencia física, sino también en cuanto a dependencia económica y social.

Por otra parte, el 19.5% de los hombres y el 35.3% de las mujeres que han sufrido algún accidente cerebrovascular padecen también de diabetes, y aunque de acuerdo a

los datos de la SABE casi el total de estos individuos mantiene controlada la diabetes, es importante recalcar el deterioro en la calidad de vida que puede derivar de las secuelas de estas enfermedades, principalmente porque las más afectadas son las mujeres, quienes poseen el porcentaje más alto de los dos sexos.

En relación al tabaquismo, nuevamente resulta desalentador observar que el 29.2% de los hombres que han padecido enfermedades cerebrovasculares (un porcentaje importante) fuma, el 48% antes fumaba y el 22.7% nunca ha fumado; probablemente la razón de que ese 48% haya dejado de fumar sea la enfermedad misma.

Por su parte, el 7.5% de las mujeres fuma, el 22.6% antes fumaba y el 70% nunca ha fumado, por lo que en este aspecto, las mujeres tienen una gran ventaja frente a los hombres, pues este factor de riesgo no estaba tan presente entre la población femenina como en la masculina.

El tratamiento para los padecimientos cerebrovasculares varía según el individuo y según la afección que sufrió, sin embargo, el tratamiento más efectivo es la prevención, a través del control de los factores de riesgo, con medidas como: control y tratamiento de la presión arterial en ancianos hipertensos, control de la glucemia en diabéticos, control de peso en personas obesas, abandonar el hábito del tabaquismo y hacer ejercicio moderado.

## **Cáncer**

El cáncer es una enfermedad en la que un conjunto de células se reproduce sin control y de manera degenerada, sustituyendo el tejido sano de esa área y consumiéndolo.

El cáncer afecta a los nervios, vasos sanguíneos y tejidos, y aunque cualquier parte del cuerpo es susceptible de invasión cancerosa, ciertos órganos como el estómago, intestinos, pulmones y órganos sexuales, son los más afectados.

Los síntomas por los que comienzan a manifestarse la mayoría de los tumores malignos son muy inespecíficos, lo que propicia que el diagnóstico de la enfermedad se haga en etapas avanzadas de la misma.

Los resultados de la SABE indican que únicamente el 1% del total de los hombres y el 2.5% del total de las mujeres han padecido o padecen cáncer o tumores malignos (ver Cuadro 11). En el caso de los hombres, el porcentaje de hombres con 80 años y más que padece esta enfermedad es mayor que los porcentajes de los otros grupos de edad. Para las mujeres, el mayor porcentaje se encuentra en el grupo de 60 a 69 años de edad.

**Cuadro 11.** Distribución porcentual de los adultos mayores con 60 años y más de la ZMCM según condición de padecer Cáncer o no, por sexo y grupos decenales, 2000

	HOMBRES			MUJERES		
	SI	NO	Total	SI	NO	Total
60 - 69	0.9	99.1	100.0	2.9	97.1	100.0
70 - 79	0.8	99.2	100.0	1.9	98.1	100.0
80 y +	2.6	97.4	100.0	2.1	97.9	100.0
Todos	1.0	99.0	100.0	2.5	97.5	100.0

Fuente: "Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento" (SABE-OMS, 2000)

Respecto a los tipos de cáncer más comunes entre la población (ver Cuadro 12), se encuentran el cáncer de mama y de los órganos genitales para las mujeres (28.6% y 37.6% respectivamente), y el cáncer de los órganos genitales para los hombres (82%).

Para la población masculina los órganos respiratorios son la segunda zona afectada por el cáncer. En este aspecto, el 90% de los cánceres de pulmón están relacionados con el tabaquismo, y aunque no es la nicotina la que causa el cáncer, sino

las demás sustancias que se liberan durante la combustión, si es la causante de la adicción (Gamble Sánchez-Gavito *et al.*, 2000). De acuerdo a la encuesta, todos los hombres diagnosticados con cáncer en los órganos respiratorios dejaron de fumar, probablemente a raíz del diagnóstico del padecimiento.

En el caso de las mujeres los cánceres en sitios mal definidos representan un porcentaje considerable (17.9%), lo que podría representar complicaciones tanto en la prontitud de la detección oportuna del cáncer, como en el tratamiento más adecuado para el mismo.

**Cuadro 12.** Distribución porcentual de hombres y mujeres con 60 años y más que padecen o padecieron cáncer según el órgano en que éste comenzó, 2000

	Hombres	Mujeres
Órganos respiratorios	18.0	–
Mama	–	28.6
Genitales femeninos	–	37.6
Genitales masculinos	82.0	–
Vías urinarias	–	4.1
Tejido linfático	–	6.0
Sitios mal definidos	–	17.9
No sabe	–	5.9
Total	100.0	100.0

Fuente: "Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento" (SABE-OMS, 2000)

Dado que el cáncer en los órganos genitales es el más frecuente entre la población de adultos mayores de la ZMCM de acuerdo a esta encuesta, resulta importante considerar las medidas de prevención que la misma población tiene al respecto.

Del total de la población femenina (ya sea que hayan sido diagnosticadas con cáncer o no), sólo el 14.2% se había realizado una mamografía en los dos años previos a la encuesta; y sólo el 45.8% se había realizado la prueba para detectar el cáncer de cerviz o del cuello del útero (Papanicolaou) en el mismo período.

Por su parte, del total de la población masculina, sólo el 24.2% se había realizado un examen de próstata en los dos años previos a la entrevista, siendo que para prevenir el cáncer de próstata se recomienda una evaluación anual a partir de los 45 años de edad, para la detección oportuna del mismo.

Si bien las cifras de prevalencia de cáncer son muy pequeñas, la poca prevención que demuestra la población total de los dos sexos es preocupante, pues tanto el cáncer de mama como el de cerviz y el de próstata son curables si se detectan a tiempo.

Esta escasa cultura de prevención puede deberse a la falta de instrucción o a la falta de información, pues por ejemplo, en el caso de la mamografía, del total de mujeres que se hicieron una mamografía (ya sean que hayan sido diagnosticadas con cáncer o no), el 87.8% asistió a la escuela; por otra parte, del total de mujeres que no se hicieron la mamografía, el 77.1% fue a la escuela, es decir, fueron más las mujeres que fueron a la escuela y se hicieron la mamografía, que las mujeres que fueron a la escuela y no se hicieron la mamografía.

En el caso del Papanicolaou y el examen de próstata, los resultados son semejantes, observándose un mayor porcentaje de prevención a través de estos exámenes, entre los individuos que asistieron a la escuela.

Ahora bien, si se analiza únicamente a la parte de la población que ha sido diagnosticada con cáncer o tumores malignos, se tiene que el 43% de estas mujeres se realizó una mamografía y el 61.3% un Papanicolaou en los dos años previos a la encuesta; mientras que el 100% de los hombres se había realizado un examen de próstata.

Estas cifras podrían indicar que los adultos mayores recurren a estas pruebas ya no como medidas preventivas, sino de control una vez que han sido diagnosticados con la enfermedad.

No existe un tratamiento único para el cáncer, dentro de los más utilizados están la cirugía, a través de la cual se extirpa el tumor, la radioterapia, la quimioterapia y las hormonas, que en ocasiones sirven para bloquear la reproducción de los tejidos cancerosos.

Los resultados de la encuesta indican que todos los hombres con cáncer han recibido tratamiento para la enfermedad, pero sólo el 55.1% de las mujeres ha tenido la atención y tratamiento médico adecuado. Esta diferencia es sumamente notable, y puede deberse a la falta de recursos o a la falta de seguro médico, así como al hecho de que el cáncer en sitios mal definidos ocupa un porcentaje considerable entre la población femenina, lo que podría dificultar un tratamiento adecuado y oportuno.

En resumen, las condiciones de morbilidad de los hombres y mujeres adultos mayores de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México no son muy positivas. Tanto hombres como mujeres perciben mayormente su salud como *regular*, así mismo, la mayoría de los hombres y las mujeres adultos mayores padecen al menos de una enfermedad crónica o degenerativa, siendo las principales: hipertensión, diabetes y artritis.

Así mismo, un buen porcentaje de la población de hombres y de la población de mujeres muestra actitudes negativas hacia los factores riesgo que influyen en su salud, pues no siguen correctamente las indicaciones médicas sobre conductas tales como el tabaquismo o la falta de ejercicio, así como de prevención.

Esto es muy importante, pues los hábitos y conductas predominantes en el estilo de vida determinan cómo evoluciona la condición de salud a través de la misma; un estilo de vida saludable incrementa la probabilidad de tener un envejecimiento menos afectado por la multimorbilidad, discapacidades y problemas funcionales (Gutiérrez Robledo, 1999; Luna Becerril, 1999).

## CAPÍTULO IV

### ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

El acceso a un servicio de salud es muy importante para la población envejecida, pues las características de morbilidad propias de las edades adultas mayores hacen necesaria la constante atención médica especializada. Las condiciones de multimorbilidad y las consecuencias que de ellas derivan (incapacidades, accidentes, etc.) provocan una demanda constante y especializada de servicios de salud.

En este capítulo se analizará el acceso a los servicios de salud de la población con 60 años y más de la ZMCM, así como el tipo de seguro médico con que cuentan. Así mismo se analizará este acceso con base a las características de morbilidad descritas en el capítulo anterior.

#### **4.1. Seguro médico**

Para la población envejecida, contar con un seguro médico es muy importante. Pese a los avances en la medicina, para muchos adultos mayores el deterioro de la salud, la necesidad de atención médica y los gastos que esto implica, hacen que el seguro de salud sea una necesidad primordial, pues muchos adultos mayores no cuentan con la capacidad económica para solventar todos estos gastos por ellos mismos.

Los resultados obtenidos a través de la encuesta indican que el 77.7% de los hombres y el 72% de las mujeres cuentan con algún tipo de seguro de salud (ver cuadro 1), por lo que el porcentaje de adultos y adultas mayores asegurados es bastante considerable.

**Cuadro 1.** Distribución porcentual de hombres y mujeres con 60 años y más de la ZMCM de acuerdo a condición de aseguramiento, 2000

	Hombres	Mujeres
<b>Tiene seguro</b>	<b>77.7</b>	<b>72.0</b>
<i>Público</i>	76.1	68.9
<i>Privado</i>	1.6	3.1
<b>No tiene</b>	<b>22.3</b>	<b>28.0</b>
<b>Total</b>	100.0	100.0
	(43.7%)	(56.3%)

Fuente: Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE-OMS, 2000)

Es importante considerar también el tipo de seguro con que cuenta el adulto mayor, es decir, si éste es público o privado. Se consideró como seguro público a aquel que es proporcionado por el IMSS, ISSSTE o cualquier otra institución pública como PEMEX, Ejército, Marina, etc., y al hablar de seguro privado, se hace referencia al seguro que es pagado por el asegurado o al que es pagado por la empresa donde éste trabaja.

Respecto al seguro público, a través del cuadro 1 se observa que el 76.1% de la población masculina y el 68.9% de la población femenina está asegurada por alguna institución pública.

Pese a que no existe una diferencia muy grande entre los porcentajes de derechohabencia de la población de hombres y mujeres, los hombres están asegurados en mayor medida que las mujeres por instituciones públicas, esto puede deberse entre otros factores, a que muchas mujeres adultas mayores cuentan con la seguridad social a través del cónyuge o de los hijos (Montes de Oca, 1999), por lo que si éstos carecen de seguridad social, ellas tampoco tendrán acceso a los beneficios de la misma.

Ahora bien, de ese 76.1% de la población masculina asegurada por instituciones públicas, el 56.6% corresponde a derechohabientes del IMSS, el 16.5% a derechohabientes del ISSSTE y el 3% restante de otras instituciones públicas.

A su vez, del 68.9% de la población femenina asegurada, el 53.8% corresponde a derechohabientes del IMSS, el 12.2% del ISSSTE y el 2.9% restante de otras instituciones públicas como PEMEX, Marina, etc.

La SABE desafortunadamente no permite conocer el medio a través del cual los adultos mayores cuentan con el seguro médico, por lo que no es posible saber qué porcentaje de individuos posee seguro de salud a través del cónyuge, de los hijos o por ellos mismos. Sin embargo, es importante considerar que probablemente gran porcentaje de los hombres adultos mayores que tiene seguro de salud público, cuentan también con él a través de los hijos.

Por su parte, los porcentajes de hombres y mujeres asegurados por instituciones privadas es sumamente pequeño, sólo el 1.6% de la población masculina y el 3.1% de la población femenina tiene seguro de salud privado.

Los seguros de salud privados más comunes son los seguros de *Gastos médicos mayores*. Estos seguros son expedidos por la mayoría de las compañías aseguradoras y consisten principalmente en cubrir los gastos médicos que tenga el asegurado por cualquier accidente o enfermedad que estén cubiertos por el seguro.

Algunos de estos gastos son: gastos de hospital, medicamentos, honorarios médicos y de enfermeras, equipo de anestesia, transfusiones, análisis de laboratorio, gastos de ambulancia, prótesis, aparatos ortopédicos, entre otros.

El seguro de Gastos médicos mayores tiene una vigencia de un año, al término del cual debe renovarse. Así mismo, el asegurado titular, es decir, el que firma el contrato y bajo el nombre del cual se expide la póliza, puede integrar al seguro a hijos que sean económicamente dependientes y menores de 25 años, y a padres menores de 80 años.

Al momento que estas edades se cumplen, los asegurados (hijos y/o padres) quedan fuera del contrato de seguro. El asegurado titular sin embargo, puede renovar el seguro anualmente sin importar la edad que tenga.

Dentro de las posibles razones para que los porcentajes de adultos mayores con seguro médico privado sean tan pequeños, se encuentran las primas (pago por el seguro) elevadas que debe cubrir el asegurado; así mismo, en caso de que cuenten con el seguro en calidad de padres del titular, los beneficios del seguro se cancelan al cumplir el adulto mayor los 80 años de edad, por lo que bajo este criterio, las edades más envejecidas quedan automáticamente sin la posibilidad de estar asegurados.

Por su parte, los adultos mayores que carecen de cualquier tipo de seguro médico no se encuentran totalmente desprotegidos en cuanto a servicios de salud. La Secretaría de Salud cuenta con Centros y Clínicas en donde se imparten consultas médicas a toda la población. Estas consultas tienen un costo simbólico, y a partir de ellas, se canaliza a las personas que lo necesiten a los diferentes Institutos y Hospitales de la SSA para ser atendidos. Ahí se les realizan estudios socioeconómicos para determinar lo que deberán pagar por el servicio.

Los Institutos con que cuenta la Secretaría de Salud, y donde se les puede dar atención a los adultos mayores son: Instituto Nacional de Cardiología, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Instituto Nacional de Ciencias médicas y de la Nutrición, Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía e Instituto Nacional de Psiquiatría.

Por su parte, los hospitales con los que la Secretaría de Salud cuenta son: Hospital General de México, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Hospital Juárez, Hospital Homeopático, Hospital de la Mujer, así como con el Centro Nacional de Rehabilitación.

Como otra opción de servicios de salud para aquellos adultos mayores que no cuentan con seguridad social ni con seguro privado, se encuentran los centros asistenciales del DIF llamados “Casas Hogar para Adultos mayores”, en ellas se brindan servicios de atención médica tales como consultas, tratamientos específicos, rehabilitación y seguimiento clínico.

El INSEN también brindaba para el momento en que la SABE fue realizada servicios de salud a las personas adultas mayores; esta institución derivó en el año 2002 en el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), que sigue brindando atención médica especializada a las personas con 60 años de edad en adelante.

La SABE indica también que los hombres adultos mayores poseen en mayor número que las mujeres un seguro de salud a medida que envejecen (ver cuadro 2). Una posible razón para esto es que las mujeres mayores cuando enviudan, puedan pensar que los beneficios del seguro médico quedan cancelados con la muerte del marido.

**Cuadro 2.** Distribución porcentual de hombres y mujeres con 60 años y más de la ZMCM de acuerdo a si tienen seguro de salud, por grupos decenales de edad, 2000

	Hombres			Mujeres		
	60 - 69	70 - 79	80 y +	60 - 69	70 - 79	80 y +
Tiene seguro	80.0	74.2	74.5	74.0	72.7	62.7
No tiene	<u>20.0</u>	<u>25.8</u>	<u>25.5</u>	<u>26.0</u>	<u>27.3</u>	<u>37.3</u>
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(60.1%)	(29.9%)	(10%)	(54.3%)	(31.3%)	(14.5%)

Fuente: Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE-OMS, 2000)

Esta situación, derivada de la ignorancia, es delicada, pues propicia que las mujeres de edades más avanzadas, se encuentren en una situación desfavorable ante los

problemas de salud que se les presenten, porque las mujeres, y principalmente las más envejecidas, son las más afectadas por diversos padecimientos crónicos y degenerativos.

Respecto a las variables sociodemográficas y su relación con el acceso a los servicios de salud, los resultados indican para la variable *estado civil* que en general, para las subpoblaciones de hombres casados, separados y viudos, aproximadamente un 75% de individuos están asegurados y aproximadamente un 25% de adultos mayores no lo están.

Los hombres solteros por su parte muestran una situación alarmante, pues únicamente la cuarta parte de ellos cuenta con seguro de salud (24.7%), mientras que el resto (75.3%) no está asegurado.

Estas cifras podrían sugerir que los hijos sí son importantes en cuanto a integrar a sus padres a los beneficios de la seguridad social, ya que es más probable que los adultos mayores que permanecieron solteros nunca hayan tenido hijos que aquellos hombres que en algún momento de sus vidas estuvieron unidos o casados.

En el caso de las mujeres, las adultas mayores solteras y las separadas tienen porcentajes similares, aproximadamente el 60% cuenta con seguro y el 40% aproximadamente carece de él. A su vez, las mujeres casadas y las mujeres viudas tienen porcentajes similares, aproximadamente el 70% está asegurada y el 30% no tiene seguro.

Por otra parte, para la variable *escolaridad*, se obtuvo que los hombres y las mujeres que fueron a la escuela cuentan en mayor proporción con un seguro médico que los adultos y adultas mayores que no fueron a la escuela.

Es notable el hecho de que independientemente de si cuentan o no con estudios, tanto hombres como mujeres, reportan un elevado porcentaje de aseguramiento.

El 79.9% de los hombres y el 75.2% de las mujeres que asistieron a la escuela cuentan con seguro; mientras que el 65.2% de los hombres y el 60.3% de las mujeres que no fueron a la escuela tienen seguro médico.

Así como se mencionó anteriormente, ya sea para los hombres como para las mujeres, los hijos pueden constituir un acceso a los servicios de salud muy importante para los adultos mayores, por lo que la falta de educación no representaría un impedimento para estos individuos para poder contar con seguro médico.

Para la variable *arreglo residencial*, los resultados indican que los hombres y mujeres que viven acompañados cuentan ligeramente en mayor medida con seguro médico que los hombres y mujeres que viven solos.

El 71.4% de los hombres que viven acompañados están asegurados, mientras que el 68.7% que viven solo cuenta con seguro. Por su parte, de las mujeres que viven acompañadas, el 73.3% tiene seguro médico, y sólo el 61.7% de las mujeres que viven solas cuenta con un seguro de salud.

Esto puede deberse entre otros factores a que al vivir con familiares, el adulto mayor puede ser tomado en cuenta por éstos para ser integrado a la seguridad social o a algún seguro privado (en caso de que no cuente con estos por él mismo), lo que tal vez se dificulte si la convivencia con el adulto mayor es esporádica.

En resumen, un porcentaje bastante considerable de adultos y adultas mayores cuentan con seguro médico, y aquellos individuos que carecen de seguro de salud pueden acceder a ciertas instituciones en las que se les puede dar atención adecuada a sus enfermedades; por lo que la situación en general de la población adulta mayor de la ZMCM en cuanto a acceso a los servicios de salud, no es tan mala.

## 4.2. Seguro médico y morbilidad

Dado que la percepción de la salud puede estar condicionada por diversos factores, el hecho de tener un seguro médico puede ayudar a que el adulto mayor se sienta más protegido y con mayor confianza para enfrentar las posibles enfermedades o accidentes que sufra.

Puede también animarlo a asistir periódicamente a consultas médicas y a atender a tiempo sus padecimientos, impidiendo así que éstos empeoren y que por consiguiente su salud y la percepción que tiene de la misma empeoren también.

A través de la encuesta (ver cuadro 3), se obtuvo que la mayoría de los hombres que cuentan con seguro de salud (48.2%) consideró su salud como *regular*. De manera particular, el mayor porcentaje de hombres que cuenta con seguro público dijo que su salud era *regular* (48.7%), y la mayor parte de los hombres con seguro de salud privado declaró que su salud era *aceptable* (72.8%). Por último, los adultos mayores que carecen de seguro médico declararon en mayor medida que su salud era *regular* (54.5%).

A partir del cuadro 3 se observan dos puntos importantes. En primer lugar, los hombres que cuentan con seguro médico perciben su salud de manera más positiva que aquellos que carecen de él. En segundo lugar, los hombres que tienen seguro privado perciben mejor su salud que los hombres que cuentan con seguro de salud público.

Respecto al primer punto, es probable que los adultos mayores que carecen de seguro médico perciban su salud de manera no tan positiva porque ignoran que existen centros donde se les puede brindar atención médica gratuita (clínicas de la Secretaría de Salud, DIF, etc.).

También podría suceder, que aun sabiendo de la existencia de estas instituciones, no acuden a los servicios médicos porque saben que deberán realizar otro tipo de gastos, como pueden ser la compra de medicinas. Esto puede inducirlos a postergar sus necesidades de salud para evitar gastos, logrando así que su condición se vaya deteriorando.

Con respecto al segundo punto, sucede que en ocasiones los servicios otorgados por dependencias públicas no son los más adecuados para cubrir las necesidades de salud de la población adulta mayor.

Muchas instituciones médicas públicas no cuentan con servicios gerontológicos, por lo que los adultos mayores no son atendidos de manera prioritaria. Existe también una falta de medicinas, camas y equipo adecuado para atender las necesidades de los ancianos, así como trabas administrativas para acceder a una consulta médica (Ortiz de la Huerta, 1999).

Los adultos mayores también experimentan dificultades para trasladarse dentro de los centros de atención médica cuando padecen alguna discapacidad. Por otra parte, deben enfrentarse al trato poco amable del personal que en muchas ocasiones no está calificado para el cuidado de los adultos mayores (Ortiz de la Huerta, 1999).

Estos factores pueden propiciar que los derechohabientes retrasen sus consultas y la asistencia al médico por no tener que experimentar un servicio deficiente o poco útil. En cambio, el adulto mayor que cuenta con un seguro privado, está consciente de que obtendrá un servicio de mayor calidad al acudir a un hospital o consultorio privado que al asistir a una dependencia de salud pública.

**Cuadro 3.** Distribución porcentual de hombres y mujeres con 60 años y más de la ZMCM de acuerdo a la autopercepción de salud declarada, por condición de aseguramiento, 2000

	Aceptable	Regular	Mala	Total
<b>HOMBRES</b>				
Tiene seguro	35.9	48.2	15.8	100.0 (77.7%)
<i>Público</i>	35.1	48.7	16.2	100.0 (76.1%)
<i>Privado</i>	72.8	27.2	–	100.0 (1.6%)
No tiene seguro	27.0	54.5	18.5	100.0 (22.3%)
<b>MUJERES</b>				
Tiene seguro	28.7	51.7	19.6	100.0 (72%)
<i>Público</i>	27.3	52.5	20.1	100.0 (68.9%)
<i>Privado</i>	59.0	32.6	8.4	100.0 (3.1%)
No tiene seguro	26.0	47.1	26.8	100.0 (28%)

Fuente: Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE-OMS, 2000)

Para la población femenina de adultas mayores (ver cuadro 3), el mayor porcentaje de las mujeres que cuentan con seguro de salud declaró que su salud era *regular* (51.7%); en particular, la mayoría de las adultas mayores que cuentan con seguridad social consideró su salud como *regular* (52.5%) y la mayoría de las mujeres que tienen seguro privado dijo tener una salud *aceptable* (59%). Por su parte, el mayor porcentaje de las adultas mayores que carecen de seguro de salud declaró que su salud era *regular* (47.1%).

La situación de las mujeres es similar a la de los hombres, ya que en primer lugar las mujeres que tienen seguro médico perciben su salud mejor que las que no tienen; y en segundo lugar, las mujeres que tienen seguro privado son las que consideraron su salud de la manera más positiva.

Por otra parte, los resultados de la prevalencia de enfermedades indican que tanto los hombres adultos mayores que tienen seguro como los que no tienen seguro, tienen valores porcentuales semejantes en las tres prevalencias de enfermedades.

El 37.3% de los hombres que tiene seguro, padece cero enfermedades, el 24.3% padece una enfermedad y el 38.4% padece 2 y más enfermedades. El 38.8% de los hombres que no cuenta con seguro médico padece cero enfermedades, el 23% padece una enfermedad y el 38.2% padece 2 y más.

En el caso de la población femenina, las mujeres que cuentan con seguro de salud declararon tener más enfermedades que las mujeres que no tienen seguro médico. El 22.9% de las adultas mayores que tiene seguro padece cero enfermedades, el 33.3% padece una enfermedad y el 43.7% padece 2 y más. Por su parte, el 34% de las mujeres sin seguro médico padece cero enfermedades, el 32.3% padece una enfermedad y el 33.8% 2 y más enfermedades.

Como se mencionó en capítulos anteriores, la multimorbilidad en la vejez implica mayor fragilidad y vulnerabilidad física en la persona, además de posibles complicaciones de las enfermedades mismas, que a su vez pueden traer como consecuencia discapacidades y mayor deterioro funcional.

Por lo tanto, los adultos y adultas mayores que carecen de seguro de salud y que padecen 2 y más enfermedades se enfrentan a necesidades costosas como tratamientos, medicinas, terapias y atención especializada, que deben ser solventadas por ellos en muchos casos.

Así mismo, los adultos mayores que dijeron no padecer enfermedades y que carecen de seguro también se encuentran en una posición poco favorable, pues quizá por desconocer las opciones médicas gratuitas a las que podrían acceder (Secretaría de Salud, DIF, etc.) acuden en menor medida a consultas médicas en donde se les podría diagnosticar enfermedades que desconocen padecer.

La mayor frecuencia de enfermedades crónicas en la vejez provoca que la demanda de servicios de salud de la población adulta mayor sea más especializada, costosa y compleja (Borges Yañez y Gómez Dantés, 1998).

Cada padecimiento requiere de tratamientos especializados, además de cuidados especiales cuando se trata de personas de edades avanzadas, por esto, el seguro de salud se vuelve tan importante, pues son pocas las personas capaces de afrontar por ellas mismas el costo del tratamiento para un infarto o una embolia, que puede prolongarse por mucho tiempo.

A través del cuadro 4 se observa que los hombres adultos mayores que padecen de problemas del corazón son los que cuentan en mayor proporción con seguro de salud, y los que padecen artritis son los que tienen el porcentaje más bajo de aseguramiento. Por su parte, las mujeres que padecen del corazón son las que cuentan en mayor proporción con seguro, y las que tienen el porcentaje más bajo de aseguramiento son las que declararon haber padecido o padecer cáncer.

El tratamiento para algunos de estos padecimientos puede ser costoso y prolongarse por mucho tiempo. En el caso del cáncer, pese a que la cirugía es la forma principal de extirpar un tumor, debe complementarse con radioterapias o quimioterapias con el fin de erradicarlo totalmente y evitar una nueva aparición del mismo.

Para los individuos que sufren de una embolia, los tratamientos posteriores al ataque muchas veces requieren la estancia del paciente en el hospital para recibir medicamentos anticoagulantes y evitar una nueva embolia, así mismo, las terapias de rehabilitación de las funciones que se pierden a consecuencia de la lesión cerebral pueden llegar a ser largas.

**Cuadro 4.** Distribución porcentual de hombres y mujeres con 60 años y más según condición de aseguramiento, por padecimientos, 2000

	Tiene seguro	No tiene seguro	Total
<b>HOMBRES</b>			
Hipertensión	81.8	18.2	100.0 (34.6%)
Diabetes	75.8	24.2	100.0 (22.3%)
Cáncer	83.1	16.9	100.0 (1%)
Enfermedad Pulmonar	78.6	21.4	100.0 (8.1%)
Corazón	86.8	13.2	100.0 (10.1%)
Embolia	82.3	17.7	100.0 (6.5%)
Artritis	71.4	28.6	100.0 (15.8%)
			100%
<b>MUJERES</b>			
Hipertensión	78.0	22.0	100.0 (49%)
Diabetes	73.7	26.3	100.0 (21%)
Cáncer	71.8	28.2	100.0 (2.5%)
Enfermedad Pulmonar	77.4	22.6	100.0 (11.1%)
Corazón	81.9	18.1	100.0 (10%)
Embolia	80.3	19.7	100.0 (5.3%)
Artritis	77.4	22.6	100.0 (31.1%)
			100%

Fuente: Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE-OMS, 2000)

Por otra parte, aquellas personas que padecen diabetes, y principalmente aquellas que son insulino dependientes, se ven obligadas a adquirir las costosas inyecciones de insulina para sobrevivir. A todo esto hay que añadir la compra de medicamentos, que ya sea que el adulto mayor cuente o no con seguro de salud, en numerosas ocasiones, este gasto corre por su cuenta.

### 4.3. Asistencia a los servicios de salud

Una vez determinadas las características del acceso a un seguro médico para la población adulta mayor de la ZMCM, resulta apropiado conocer la asistencia que tiene este grupo poblacional a los servicios de salud, pues la población envejecida es una de las poblaciones que más utiliza estos servicios (Borges Yañez y Gómez Dantés, 1998).

Los resultados de la SABE indican que el 74.5% de los hombres y el 83% de las mujeres requirieron de algún servicio de salud en los doce meses previos a la entrevista; el 23.6% de los hombres y el 15% de las mujeres dijeron no haber necesitado de consulta médica; y un porcentaje sumamente pequeño de adultos y adultas mayores (1.8% y 1.9% respectivamente) no hicieron consulta aunque la necesitaron. Esto indica que las adultas mayores utilizan más los servicios médicos.

Los servicios públicos fueron los más requeridos, pues el 51.1% de los hombres y el 53.8% de las mujeres acudió a ellos; mientras que el 21.8% de los hombres y el 26.2% de las mujeres recurrieron a las instituciones privadas para atender sus necesidades de salud. Sólo el 1.6% de los hombres y el 3% de las mujeres acudieron a otro tipo de servicios, como farmacias, curanderos y otros.

Analizando la asistencia a los servicios de salud en base a si los adultos mayores cuentan o no con seguro médico, se obtuvieron los resultados del cuadro 5. Estos indican que la mayor parte de los hombres (60.4%) y mujeres (65.9%) que cuentan con seguro médico acudieron a los servicios de salud públicos para ser atendidos; mientras que la mayor parte de los hombres (44.5%) y mujeres (45.6%) que no tienen seguro médico acudieron a los servicios de salud privados.

Aunque los porcentajes de *no haber asistido a consulta aunque lo necesitaban* son muy pequeños, los hombres y las mujeres que no cuentan con seguro médico muestran valores más altos que los que sí tienen seguro (ver cuadro 5). Esto podría deberse a que los adultos y adultas mayores que no tienen seguro desconocen los lugares a donde pueden acudir a consulta.

Aquellos individuos que no cuentan con seguro médico reportan los valores porcentuales más elevados en cuanto a *no haber necesitado consulta* (30.3% de los hombres y 21.8% de las mujeres). En el caso de la población femenina, un pequeño porcentaje que no tiene seguro recurrió a *otros servicios* para atender sus necesidades de salud (5.3%), lo que puede deberse a que las mujeres son más dadas que los hombres a las curas con hierbas y otro tipo de remedios caseros (ver cuadro 5).

**Cuadro 5.** Distribución porcentual de hombres y mujeres con 60 años y más de acuerdo a condición de aseguramiento, por lugar donde realizaron consulta médica en los 12 meses previos a la entrevista, 2000

	Hombres		Mujeres	
	Tiene seguro	No tiene seguro	Tiene seguro	No tiene seguro
No hizo consulta aunque la necesitó	1.0	4.5	1.1	4.4
No necesitó consulta	21.7	30.3	12.4	21.8
Servicios públicos	60.4	18.9	65.9	22.8
Servicios privados	15.2	44.5	18.7	45.6
Otros <sup>3</sup>	<u>1.6</u>	<u>1.9</u>	<u>2.0</u>	<u>5.3</u>
<b>Total</b>	100.0	100.0	100.0	100.0
	(77.7%)	(22.3%)	(72%)	(28%)

Fuente: Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE-OMS, 2000)

<sup>3</sup> Nota: La categoría de *Otros* engloba a: Farmacia, Curandero y otros.

A través de este capítulo se observa que la población de adultos mayores de la ZMCM no se encuentra tan desprotegida en cuanto a servicios de salud. Los individuos que no cuentan con la protección de la seguridad social o con el seguro de una institución privada, también tienen opciones y oportunidades de atender sus necesidades de salud.

Así mismo, la asistencia a los servicios de salud es considerable, pues sólo un porcentaje mínimo de hombres y mujeres no acudieron a consultas médicas aunque lo necesitaron.

Sin embargo, independientemente del tipo de seguro de salud que tengan, los adultos y adultas mayores utilizan por lo general los servicios de salud de manera más curativa que preventiva (Borges Yañez y Gómez Dantés, 1998), lo que provoca que la atención y tratamientos que se les brindan en las clínicas y hospitales deban ser más largos, costosos y en ocasiones ineficaces por lo avanzado de los padecimientos.

Si a esto se añaden las conductas y hábitos de vida poco favorables para la salud que presenta esta población, la situación empeora. Aunque en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México no existan suficientes servicios geriátricos especializados en las necesidades de salud de las edades avanzadas, la salud de los adultos mayores no debe ser sólo responsabilidad de las instituciones públicas o privadas, sino también de los individuos.

## Conclusiones

México experimenta un rápido ritmo de envejecimiento. Este cambio en la estructura de la población no se ha dado de manera homogénea en el país, sino que se ha rezagado un poco en las zonas de mayores carencias socioeconómicas y se ha acelerado en las regiones más industrializadas.

La Zona Metropolitana de la Ciudad de México es una de las zonas más industrializadas, donde el mayor acceso a los servicios de salud, educación, y la mayor urbanización han permitido la transformación de la estructura de población, originando un crecimiento en la población de personas envejecidas que cada vez logran esperanzas de vida más altas.

El hecho de que la población envejezca, trae consigo consecuencias sociales y económicas para toda la sociedad, relacionadas principalmente con los sistemas de pensión y jubilación y con los servicios de salud y seguridad social destinados a la población envejecida.

De acuerdo a la encuesta SABE, en la ZMCM las mujeres presentan una estructura más envejecida que los hombres; así mismo, la proporción de individuos envejecidos disminuye con la edad.

Las características sociodemográficas indican que los adultos mayores de la ZMCM viven en situaciones de vulnerabilidad social y económica. Los niveles de escolaridad que reportan estos hombres y mujeres son bajos, pues más de la mitad de la población de ambos sexos cuenta sólo con estudios de educación básica.

Algunas adultas mayores tienen también ligeras desventajas frente a los hombres mayores por las situaciones de viudez y roles de jefatura en el hogar, sin embargo, culturalmente, la mujer tiende a contar en mayor medida que el hombre con la protección de los hijos.

Estas condiciones que presenta la población de adultos y adultas con 60 años y más, afectan de manera importante su salud. La mayoría de los hombres y la mayoría de las mujeres tiene una autopercepción de su salud no muy positiva, pues la consideran *regular*, lo que resulta acorde con la incidencia de ciertas enfermedades que reducen la calidad y la percepción de la salud. Pese a esto, la percepción en general de los hombres tiende a ser mejor que la de las mujeres.

Así mismo, la mayoría de los adultos mayores padecen alguna enfermedad crónica o degenerativa que necesita del seguimiento médico constante. Nuevamente las mujeres, y principalmente las más envejecidas, son las que se encuentran en la situación menos favorable, pues padecen en mayor grado que los hombres de multimorbilidad.

Además de que las mujeres, y sobre todo las más envejecidas, se ven más afectadas que los hombres por las discapacidades derivadas de estos padecimientos, por lo que su salud se va deteriorando más con la edad que la de los varones.

Las principales enfermedades que padecen tanto hombres como mujeres de acuerdo a los datos de la SABE son la hipertensión, la diabetes y la artritis.

Dentro del análisis de estos y de los demás padecimientos que registra la encuesta, se observa que tanto hombres como mujeres, aunque principalmente los hombres, presentan conductas poco favorables respecto a los factores de riesgo para la salud, tales como fumar, ingerir bebidas alcohólicas, y realizar poco ejercicio.

Pese a haber sido diagnosticados con enfermedades cuyos tratamientos de recuperación y control consisten en dejar a un lado estos hábitos nocivos, los adultos mayores siguen apegados a ellos, contribuyendo a que su calidad de vida y la calidad de su salud vaya disminuyendo, lo que a su vez podría explicar la percepción poco positiva de su salud.

Por otra parte, la mayoría de los hombres y la mayoría de las mujeres cuentan con un seguro de salud, siendo ligeramente mayor el porcentaje de los hombres. Los asegurados derechohabientes de alguna institución pública (IMSS, ISSSTE u otra pública) conforman la mayor parte del porcentaje de asegurados, y son muy pocos los individuos que están asegurados por instituciones privadas.

Así mismo, no existen diferencias entre la percepción de salud de hombres y mujeres adultos mayores que tenían seguro de salud y los que no lo tenían, pues en ambos casos la percepción de la mayor parte de cada población fue de una salud *regular*.

Respecto a la prevalencia de enfermedades, los hombres más enfermos tienen seguro en la misma proporción que los hombres menos enfermos, mientras que las mujeres más enfermas tienen seguro en mayor proporción que las mujeres menos enfermas.

Por otra parte, los hombres y las mujeres que no tienen seguro de salud no se encuentran tan desprotegidos en cuanto a oportunidad de atender sus necesidades de atención médica, pues cuentan con opciones (Secretaría de Salud, DIF, INAPAM) que les permiten tener un seguimiento y tratamiento a sus padecimientos.

Pese a que los hombres y mujeres con 60 años y más cuentan con acceso a los servicios de salud a través de muchas instituciones (públicas y privadas), la percepción que tienen de su salud no es tan buena como podría serlo.

Esto puede deberse a que la población de adultos mayores en general muestra una actitud más curativa que preventiva frente a las enfermedades que padece y a la salud en general.

Aunque la asistencia a los servicios de salud es grande entre esta población, tengan o no seguro, el uso que hacen de éstos es principalmente para curar enfermedades que ya están presentes e inclusive en un estado avanzado, lo que dificulta la rápida mejoría o el control apropiado del padecimiento, provocando así que las complicaciones de una enfermedad incidan en la aparición de otras nuevas.

Por eso es que la prevención de la salud en la población envejecida es sumamente importante. Esta prevención debe estar encauzada a retrasar el deterioro funcional y a mantener la calidad de vida que merece el adulto mayor.

Así mismo, como muchas enfermedades ya están presentes, es importante evitar las secuelas, recaídas y empeoramiento de las mismas. También es importante detectar las que se encuentran en fases iniciales y que por lo tanto son aun imperceptibles para el individuo.

Las medidas de prevención deben formar parte del seguimiento médico habitual que deben tener los adultos mayores de su salud, pero éstas medidas y las medidas curativas de nada sirven si como se ve, los hábitos y actitudes hacia la salud de los hombres y mujeres mayores son contradictorios, pues aunque cuentan con acceso a los servicios de salud, acuden a ellos y se les indica el tratamiento adecuado a seguir, ellos y ellas permanecen ligados a factores de riesgo arraigados que retrasan su mejoría o la impiden.

Esto vuelve inútil los tratamientos y asistencia a los servicios de salud, pues sin el compromiso de adoptar hábitos de vida adecuados, no puede existir mejoría y por ende, la percepción de la salud no será buena. Independientemente de la edad de una persona, la modificación y corrección del estilo y hábitos de vida, así como el control de los factores de riesgo es fundamental para prevenir y promover la salud.

Es sumamente necesario que se creen programas y políticas enfocadas al beneficio de la población envejecida <sup>4</sup>, así como que todos los adultos mayores cuenten con seguro de salud que les garantice el acceso a servicios de calidad y especializados que engloben los aspectos médicos, funcionales, mentales y sociales que intervienen directamente en la salud de las personas envejecidas.

Sin embargo, también es sumamente necesario educar a la población sobre sus hábitos de salud, pues no se trata sólo de crear más y mejores servicios, sino de inculcar una cultura de salud a través de la información y educación desde etapas tempranas de la vida, modificando estilos y hábitos de vida nocivos para poder alcanzar un envejecimiento saludable en la mayor medida posible.

---

<sup>4</sup> Posteriormente a la SABE se creó el Programa Nacional de Salud 2001-2006, con el que se planteó la visión de conformar un sistema de salud universal, equitativo, eficiente y de alta calidad. Como parte de este programa, se creó también el Programa de Atención al Envejecimiento, cuyos fines eran el de proteger la salud a través de la prevención y control de las enfermedades crónicas y degenerativas de los adultos mayores, así como un modelo de atención integral basado en las necesidades de las edades envejecidas.

## Bibliografía

Aguirre, Alejandro (1998), *Primer Seminario sobre la situación de los Adultos mayores en el Distrito Federal. Elementos conceptuales para un modelo de atención*. Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM, Secretaría de Desarrollo Social y Desarrollo del Gobierno del Distrito Federal.

Barquín Calderón, Manuel *et al.* (1994), *Sociomedicina*. Méndez Editores S.A. de C.V., 4ta edición.

Borges Yañez, Aída y Gómez Dantés, Héctor (1998), *Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México*. Salud Pública de México, vol. 40, no.1, enero-febrero.

Bronfman, Mario *et al.* (1994), *La salud de la población en edad avanzada*. Población y Salud, Cuadernos de Salud. No. 1. México, Secretaría de Salud.

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Boletín demográfico, *América Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población 1950 - 2050*, Año XXXVI, No. 72, Julio 2003.

Cabrera, Gustavo (2001), *El envejecimiento demográfico en el mundo*. Revista Demos, Núm 14.

Chackiel, Juan (2000), *El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿Hacia una relación de dependencia favorable?*. Serie población y desarrollo No. 4, Agosto, CELADE.

CONAPO (1998), *Escenarios demográficos y urbanos de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, 1990-2010*.

CONAPO (1999), *Proyecciones de la población de México 1995-2020, Distrito Federal*. Serie: Escenarios Prospectivos.

CONAPO (2002), *Estimaciones y proyecciones 2000-2050*.

Del Popolo, Fabiana (2001), *Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina*. Serie población y desarrollo No. 19, Noviembre, CELADE.

DIF. Casa Hogar para adultos mayores.

<http://www.dif.gob.mx/grupos/ancianos/index.html>

Fishbein, Morris *et al.* (1967), *Enciclopedia Familiar de la Medicina y la Salud*. H. S. Stuttman Co. Editores, Nueva York.

Gamble Sánchez-Gavito, Ana *et al.* (2000), *Manual de Prevención y Autocuidado para las personas adultas mayores*. Gobierno del Distrito Federal, Secretaría de Desarrollo Social, Dirección General de Equidad y Desarrollo Social.

Garrido Latorre *et al.* (1999), *Epidemiología del envejecimiento en México*. El envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas, Consejo Nacional de Población.

Gomes da Conceição, María Cristina (2001), *Desigualdad social en la vejez*. Revista Demos, Número 14.

Gutiérrez Robledo, Luis Miguel (1999), *Relación entre el deterioro funcional, el grado de dependencia y las necesidades asistenciales de la población envejecida e México*. La situación de los adultos mayores en el Distrito Federal. Elementos conceptuales para un modelo de atención, perfil epidemiológico y sociológico. Secretaría de Desarrollo Social y Gobierno del Distrito Federal.

Gutiérrez Robledo, Luis Miguel (2000), *La Salud del Anciano en México*. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán".

Gutiérrez Robledo, Luis Miguel (2001), *Morbilidad en la Población mayor*. Revista Demos, Número 14.

Guzmán, José Miguel (2002), *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Serie población y desarrollo No. 28, Mayo, CELADE.

Ham Chande, Roberto (1996), *El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México*. Salud Publica Mex., Vol.38 No.6.

Ham Chande, Roberto (2002), *Calidad de vida y Redes de apoyo social de las personas en edades avanzadas en la Ciudad de México*. Reunión de expertos en redes de apoyo social a personas adultas mayores: El Rol del estado, la familia y la comunidad. CELADE, 9-12 diciembre.

Holland, Walter *et al.* (1982), *Mediciones de los niveles de salud*. Salvat Editores S.A., España.

INEGI (2001), Tabulados Básicos, Distrito Federal. XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Laurell, Asa Cristina (2001), Conferencia: *La seguridad económica y médica de los ciudadanos mayores*. Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, México, D.F., septiembre del 2001.

Lozano, Rafael (1999), *Las enfermedades de los adultos mayores pobres en México*. El adulto mayor en el Distrito Federal: por una sociedad integral en el siglo XXI. Secretaría de Desarrollo Social y Gobierno del Distrito Federal.

Luna Becerril, Minerva (1999), *Estilos de vida y envejecimiento*. La situación de los adultos mayores en el Distrito Federal. Elementos conceptuales para un modelo de atención, perfil epidemiológico y sociológico. Secretaría de Desarrollo Social y Gobierno del Distrito Federal.

Monterrubio Gómez, Ma. Isabel y Lozano Ascencio, Rafael (2001), *Salud en la vejez*. Revista Demos, Número 14.

Montes de Oca, Verónica (1995), *Envejecimiento en México. Condición social y participación económica de la población con 65 años y más en la Ciudad de México*. Tesis de Maestría. El Colegio de México, Centro de estudios demográficos y de desarrollo urbano.

Montes de Oca, Verónica (Coord.) (1996), *Alianza a favor de la tercera edad en el Distrito Federal*. Gobierno del Distrito Federal, México.

Montes de Oca, Verónica (2000), *Envejecimiento y Desarrollo: Un nuevo reto para gobiernos y sociedades pobres*. Problemas Contemporáneos de la sociedad mexicana, Consejo Estatal de Población – El Colegio Mexiquense.

Narro, José (2003), *Redefinir el sistema público de salud y mayores recursos, requisitos ineludibles para lograr una cobertura universal*. Conferencia impartida en el Diplomado “Economía de la Salud”. ISSSTE – Colegio Nacional de Economistas.

Organización Mundial de la Salud (2001), *Hombres, envejecimiento y salud. Conservar la salud a lo largo de la vida*. Parte I.

Organización Panamericana de la Salud (1998), *La salud en las Américas*. Volumen I y Volumen II.

Organización Panamericana de la Salud (2001), *Encuesta Multicéntrica: Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe*. Informe preliminar, mayo.

Ortiz de la Huerta, Dolores (1999), *Situación actual del envejecimiento de la población en México y sus retos en la salud*. La situación de los adultos mayores en el Distrito Federal. Elementos conceptuales para un modelo de atención, perfil epidemiológico y sociológico. Secretaría de Desarrollo Social y Gobierno del Distrito Federal.

Palma, Yolanda (2001), *La gran metrópoli y los viejos*. Revista DEMOS, Número 14.

Partida Bush, Virgilio (2001), *Perspectivas del cambio demográfico*. Revista Demos, Núm 14.

Ruiz Arregui, Liliana (1999), *Alimentación y Nutrición en la población de edad avanzada*. La situación de los adultos mayores en el Distrito Federal. Elementos conceptuales para un modelo de atención, perfil epidemiológico y sociológico. Secretaría de Desarrollo Social y Gobierno del Distrito Federal.

San Martín, Hernán y Pastor, Vicente (1990), *Epidemiología de la Vejez*. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill, España.

San Martín, Hernán (1992), *Tratado general de la salud en las sociedades humanas*. Tomo 1, Ediciones científicas, La Prensa Médica.

Sánchez Banda, Ma. Antonia (1999), *Manifestación de enfermedades en la tercera edad*. La situación de los adultos mayores en el Distrito Federal. Elementos conceptuales para un modelo de atención, perfil epidemiológico y sociológico. Secretaría de Desarrollo Social y Gobierno del Distrito Federal.

Tuirán, Rodolfo (2002), *Transición demográfica, trayectoria de vida y desigualdad social en México: lecciones y opciones*. Papeles de Población No. 31, Enero/marzo, UAEMEX.

Wong, Rebeca y Lastra, María Aysa (2001), *Envejecimiento y salud en México: un enfoque integrado*. Revista de Estudios Demográficos y Urbanos 48, vol. 16, núm. 3, Septiembre-diciembre. El Colegio de México.

