

Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México

César A. González, M en C,⁽¹⁾ Roberto Ham-Chande, D en Demogr.⁽¹⁾

González CA, Ham-Chande R.
Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México.
Salud Publica Mex 2007;49 supl 4:S448-S458.

González CA, Ham-Chande R.
Functionality and health: a typology of aging in Mexico.
Salud Publica Mex 2007;49 suppl 4:S448-S458.

Resumen

Objetivo. Analizar la situación actual del envejecimiento en México tomando en cuenta el estado de salud y los factores de riesgo que presenta la población mayor de 50 años. **Material y métodos.** Se establecen cuatro tipos o formas de envejecimiento: ideal, activo, habitual y patológico, a partir de indicadores que incluyen enfermedades crónicas diagnosticadas, deterioro cognitivo, capacidad funcional, autopercepción del estado de salud, consumo de alcohol y tabaco y actividad física. Se utilizó la encuesta del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2001 (ENASEM), que cuenta con información de la población mexicana de 50 años y más. **Resultados.** Los hallazgos corroboran las relaciones del envejecimiento con cada una de las variables utilizadas, pero, asimismo y de mayor relevancia, otorgan una tipología que sintetiza las variables consideradas. **Conclusiones.** La tipología lograda da pautas para delimitar factores que propicien el envejecimiento en buenas condiciones y que de esta manera se intuyan intervenciones y planes de salud y bienestar, aunque también indica que puede presentarse el envejecimiento patológico desde temprana edad. Asimismo, se sugieren nuevos temas de estudio.

Palabras clave: envejecimiento; estado de salud; factores de riesgo; enfermedad crónica; incapacidad; indicadores de salud; México

Abstract

Objective. To analyze present conditions of aging in Mexico within the scope of health status and risk factors. **Materials and Methods.** Four types of aging are depicted: ideal, active, habitual and pathological. Indicators include chronic diseases, cognitive impairments, functional capacity, health self-assessment, consumption of alcohol and tobacco and physical activity. Data come from the survey of the population 50 years and older in the 2001 Mexican Health and Aging Study (MHAS). **Results.** Findings corroborate the relations between aging and each one of the variables studied, but even more importantly, they indicate a typology that combines all variables in a single index. **Conclusions.** The typology that resulted from this study provides guidelines for delimiting the factors that lead to aging under good conditions and, therefore, suggests interventions and plans for good health and wellbeing, although it also indicates that pathological aging can occur at an early age. In addition, new research topics arose.

Key words: aging; health status; risk factors; chronic diseases; group ages; ADL; health indicators; Mexico

(1) El Colegio de la Frontera Norte. Tijuana, Baja California. México.

Fecha de recibido: 22 de septiembre de 2005 • Fecha de aceptado: 31 de enero de 2007

Solicitud de sobretiros: Dr. Roberto Ham-Chande. El Colegio de la Frontera Norte. Km. 18.5 carretera escénica Tijuana-Ensenada, San Antonio del Mar. 22560 Tijuana, Baja California, México.

Correo electrónico: rham@colef.mx

El envejecimiento de la población está directamente ligado a las condiciones de salud y a la transición epidemiológica, y marca rumbos distintos dependiendo de circunstancias diferentes; pero en general se pasa de altas a bajas tasas de fecundidad y mortalidad, junto con la disminución de las enfermedades transmisibles como principales causas de muerte, para ceder preponderancia a las enfermedades crónico degenerativas. De esta manera se da lugar al envejecimiento demográfico y sus consecuencias.¹ Se conciben el envejecimiento y la transición epidemiológica como un proceso en el cual los patrones de salud y enfermedad de una sociedad se van transformando en respuesta a cambios más amplios de índole demográfica, económica, tecnológica, política, cultural y biológica. Dicha perspectiva requiere comprender características, determinantes y consecuencias de estos cambios a través del tiempo,² cuestión que ahora se aborda para el caso de México.

El primer cambio se da en las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas derivados de la reproducción que ceden importancia ante las enfermedades no transmisibles, las lesiones, los padecimientos mentales y las nuevas infecciones como principales causas de muerte. En el segundo cambio, la enfermedad y la muerte se mueven hacia los grupos de mayor edad. La mayor sobrevivencia a edades adultas aumenta el grado de exposición a factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas y las lesiones, y el incremento de la proporción de personas de edad avanzada aumenta la presencia de padecimientos crónicos y degenerativos. Un tercer cambio consiste en el tránsito de una situación de salud dominada por la mortalidad a otra donde la morbilidad es lo demandante. Así se da el incremento relativo de las enfermedades crónicas junto con medidas que permiten posponer la muerte en gran medida. Como resultado, se llega a una percepción diferente del significado social de la enfermedad: pasa de ser un proceso agudo y transitorio que se resuelve, ya sea con la curación o con la muerte, a constituirse en un estatus crónico de consecuencias importantes por la creciente carga psicológica, social y económica.²

Una revisión de la transformación en el tiempo de las causas de muerte en la vejez, con datos que corresponden a la población de 65 años o más en el periodo 1970-2000, separado por hombres y mujeres, indica que en las edades avanzadas la transición epidemiológica tiene sus propias expresiones. En hombres y mujeres las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar como causa de muerte desde 1970. Los tumores malignos, que en 1970 ocupaban el tercer lugar para los hombres, a partir del año de 1980 se colocan como la segunda causa de muerte; en las mujeres ocupan la segunda posición en los años de 1980 y 1990, y en 1970 y 2000, el

tercer lugar. La diabetes mellitus, de ser la octava causa de muerte en los hombres, ha pasado a ser la tercera, y en 30 años ha ganado cinco posiciones, situación significativa y preocupante. En las mujeres ha ganado cuatro posiciones al pasar del sexto al segundo lugar. Por su parte, las infecciones intestinales han perdido los lugares principales como causa de muerte. Tanto en hombres como en mujeres ocupan la posición 13 en 2000, cuando que, en 1970, ocupaban los lugares cuatro y cinco respectivamente. La neumonía e influenza, en 2000, ocupan el séptimo lugar para los hombres y el quinto entre las mujeres, cuando en 1970 ocupaba el segundo lugar para ambos sexos.³

Las estadísticas constatan así que, en las últimas cuatro décadas, ha habido cambios sustanciales en los patrones de enfermedad y muerte de la población envejecida, resaltando cambios en la estructura de la mortalidad por causas como el incremento de las enfermedades crónicas, el descenso de la infecciones, así como la mayor importancia social y económica de la morbilidad y la discapacidad respecto a la mortalidad. Se avanza en el envejecimiento y la transición epidemiológica dentro de una ruta, aún con muchos cambios por venir. Parte sustancial de este proceso estará matizado por la desigualdad social y económica, y se refleja en los niveles de mortalidad y morbilidad.⁴

En el artículo se plantean cuatro formas de envejecimiento, con la premisa de que cada una de ellas tiene condiciones e implicaciones diferentes para los sistemas de salud (la creciente carga de las enfermedades crónicas), la familia (apoyos, estrategias de convivencia) y para cada uno de los individuos (capacidad funcional, enfermedades, hábitos). La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve el *envejecimiento activo* con el objetivo de extender la calidad, productividad y esperanza de vida, y reconoce factores que modifican la forma y el ritmo de envejecer, en los cuales se puede incidir para lograr mejores condiciones de envejecimiento.

Material y métodos

Se consideran cuatro etapas del ciclo de vida: la *primera edad*, relacionada con la infancia y la juventud; la *segunda*, vinculada a la vida activa y reproductiva; la *tercera*, referida a la etapa activa de retiro, y la *cuarta* que alude a la fase de declinación, mayor dependencia y deterioro acelerado.⁵ Estas dos últimas etapas son las que se incluyen dentro de un concepto de *envejecimiento funcional*, que generalmente se representa estadísticamente como la población en edad avanzada, 60, 65 o más años de edad, dependiendo de condiciones de desarrollo y propósitos de la clasificación. En todo caso el elemento relevante es que la pérdida de salud, capacidad y auto-

nomía son riesgos correlacionados con la vejez. En las edades avanzadas se presentan cuadros de patologías múltiples que, aunque no causan la muerte, sí desencadenan una serie de anomalías que genera fragilidad, incapacidad funcional y dependencia, e implica, además, la pérdida de roles sociales y el retiro de la actividad y el trabajo. Para el presente trabajo de investigación se utilizó como guía el estudio sobre envejecimiento en Uruguay de Ana María Damonte,⁶ quien plantea cuatro formas de envejecimiento. Cabe mencionar que las variables y la información con que se dispone en cada uno de los estudios es distinta, por lo que el trabajo de Damonte fue útil por los conceptos que maneja. El interés de este artículo es clasificar la vejez por medio de una tipología del envejecimiento determinada por el estado de salud y las capacidades, así como los factores de riesgo que inciden sobre la salud, para contar con una tipología con mejor significado y utilidad que capture la heterogeneidad de la población de adultos mayores, la diversidad y variedad de situaciones y la identificación de grupos vulnerables, propensos a enfermedades. Es posible que esto permita enfocar esfuerzos hacia planes y políticas públicas de salud.

La fuente de información es la encuesta del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2001 (ENASEM, 2001). Se examina el proceso de envejecimiento y el impacto de las enfermedades y discapacidades, mediante una muestra de personas de 50 años o más que vivían en sus hogares en noviembre del año 2000. Tiene poco más de 15 000 registros y es estadísticamente representativa en el ámbito nacional, y por ámbito urbano (100 000 habitantes o más) y mixto (menos de 100 000 habitantes). La información se refiere a las características demográficas, sociales, de salud, redes familiares, apoyos familiares y financieros, y el estado de actividad y de jubilación de estas personas. También contiene datos que pretenden evaluar los efectos de los comportamientos individuales, las circunstancias de vida durante la infancia, historia migratoria y económica, características de la comunidad, y el sistema de transferencias familiares debido a la salud.

Para el estado de salud existen dos dimensiones: el diagnóstico y la autopercepción. Los factores que componen el diagnóstico son enfermedades crónicas diagnosticadas, la capacidad funcional y el deterioro cognitivo del individuo. Las enfermedades crónicas que se incluyen para establecer el estado de salud son siete: hipertensión, diabetes, artritis, enfermedad pulmonar, ataque al corazón, embolia y cáncer. Se preguntó si algún médico había diagnosticado alguna de ellas. La capacidad funcional se midió a través de la capacidad que tiene un individuo para realizar sin dificultad las

actividades de la vida diaria (AVD) (caminar, bañarse, comer, ir a la cama y usar excusado) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (preparar una comida, ir de compras, manejar dinero, tomar medicamentos). Para determinar la capacidad cognitiva se utilizaron cuatro pruebas: memoria espontánea (repetición de ocho palabras), permanencia de memoria (evocación de las ocho palabras), praxias viso-constructivas (copia de dos figuras) y memoria visual (evocación de las figuras). El factor subjetivo se refiere a la valoración que los individuos tienen de su propio estado de salud. Los factores de riesgo son comportamientos, actitudes y sensaciones que condicionan el estado de salud de los individuos.⁶ En este trabajo se consideran factores de riesgo el consumo de tabaco y alcohol, además de la actividad física o el ejercicio que realiza el individuo en una semana. De esta manera se delimitan cuatro formas de envejecimiento:

- *Envejecimiento ideal*: las personas de este grupo son completamente capaces en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; no se les ha diagnosticado ninguna enfermedad crónica; se perciben en muy buen estado físico; su deterioro cognitivo no está presente, y llevan un estilo de vida positivo, es decir, no consumen alcohol o tabaco y realizan actividad física.
- *Envejecimiento activo*: a estas personas se les ha diagnosticado alguna enfermedad crónica; presentan dificultad en alguna AIVD; consideran su estado de salud bueno; no tienen deterioro cognitivo, y su factor de riesgo es bajo.
- *Envejecimiento habitual*: personas que presentan más de una enfermedad crónica; perciben su estado de salud regular; tienen una ligera incapacidad funcional que no causa dependencia; su deterioro cognitivo puede ser ligero o no estar presente, y tienen factores de riesgo bajo o medio.
- *Envejecimiento patológico*: las personas de este grupo presentan una mala autoevaluación del estado de salud; tienen deterioro cognitivo y se les han diagnosticado enfermedades crónicas. Los factores de riesgo en este tipo de envejecimiento no hacen diferencia, ya que el estado de salud está afectado en varias dimensiones, cualesquiera que sean los hábitos y comportamientos. En este grupo se encuentran esencialmente personas cuya sobrevivencia depende de terceros.

Como parte de los supuestos sobre las diferencias en la forma y el ritmo de envejecimiento se incluyen las variables de edad, sexo y condición urbana o mixta.

Edad

Las condiciones de salud y bienestar en las edades avanzadas varían entre individuos y dependen de muchas circunstancias, de tal manera que no es posible delimitarlas mediante edades fijas y convencionales. Sin embargo, también se sabe que estas condiciones están fuertemente correlacionadas con la edad, así que la fragilidad y el grado de riesgo se incrementan conforme se es mayor. De esta manera, y para fines analíticos, se crearon tres grupos dentro de las edades avanzadas.

- 50 a 64. Este grupo se encuentra en la *transición hacia la vejez*. En su mayor parte se encuentran en buen estado físico, con capacidad y autonomía y en condiciones productivas y activas. Incluir a esta población en la prevejez permite un análisis más completo de las edades avanzadas, con posibilidad de vislumbrar las condiciones de salud que tendrá la población de más de 65 años en un futuro.
- 65 a 74. Se establece como la *tercera edad*. Es cuando se notan las mermas en las condiciones físicas, los papeles sociales y en la actividad económica, pero aún en condiciones aceptables de funcionalidad y salud.
- 75 y más. Este grupo es la *cuarta edad*. La mayoría de la población presenta decremento en salud y funcionalidad, causa dependencia social y familiar, lo que afecta seriamente la vida y el bienestar.

La manera de agrupar las edades también obedece a cuestiones metodológicas y organización estadística que tienen que ver con la base de datos utilizada para realizar los cálculos. En un principio, las opciones de agrupación consideraban que el grupo de 75 años y más debía estar subdividido en población con edades entre 75 y 84 años y 85 años y más, sin embargo este último grupo de edad tiene pocos registros y estadísticamente poco valor.

Sexo

El análisis del envejecimiento diferenciado por sexo es fundamental. Los estudios realizados en todas partes muestran que las mujeres tienen mayor esperanza de vida y que los problemas de salud que padecen hombres y mujeres son diferentes a medida que envejecen. Hay más prevalencia de enfermedades agudas y hospitalización entre hombres, mientras que las mujeres sufren más enfermedades crónicas y discapacidades. De alguna manera, esto explica que las mujeres tienen una peor percepción de su estado de salud.¹ Estas diferencias se corroboran ampliamente en México.⁷

Ambiente urbano y mixto

El envejecimiento y sus consecuencias dependen del nivel socioeconómico y del lugar de residencia. Cuidar la salud, el estilo de vida, la calidad de la nutrición, el ejercicio, la participación en acciones preventivas y la utilización de los servicios de salud responden al nivel educativo, los patrones culturales y la disponibilidad local de recursos.⁷ En este estudio se considera una localidad urbana aquella de 100 000 habitantes o más y mixta la de menos de 100 000 habitantes. Es claro que existe una gran heterogeneidad dentro del grupo de localidades desde uno hasta 99 999 habitantes por las características tan disímiles que presenta la población en cada una de ellas; sin embargo, esta clasificación de lo decididamente urbano y lo no tan urbano permite marcar diferencias.

La combinación de las categorías de estas tres variables (edad, sexo y condición urbana-mixta) genera 12 grupos que permiten un análisis del tipo de envejecimiento en correlación con las condiciones socioeconómicas.

Construcción de la tipología

A continuación se exponen los indicadores y la forma en la que se relacionan para construir una tipología del envejecimiento. La intención es que describan el panorama actual del envejecimiento en México respecto al estado de salud, la incapacidad y los hábitos de salud.

Indicador de estado de salud

El indicador de estado de salud está compuesto por el diagnóstico de enfermedades crónicas, la capacidad funcional, el deterioro cognitivo y la valoración que el individuo hace de su propio estado de salud. Los primeros tres elementos se construyen a través de preguntas que intentan ser concretas y objetivas. El cuarto elemento es una autoevaluación que ha probado ser simple y útil como evaluación y predicción del estado de salud de una población.

Los problemas de salud, concretamente las enfermedades crónicas y discapacidades, son los que mayormente desencadenan malestar y dependencia. El indicador se elaboró a partir de la cantidad de enfermedades diagnosticadas: ninguna, una, de dos a tres y cuatro o más.

El indicador de capacidad funcional se basa en las AVD y las AIVD, ya que al saber en cuántas y en cuáles actividades tiene dificultades la población, se puede construir una variable que especifique los grados de capacidad funcional de los individuos. En este indicador se asignaron cinco categorías de capacidad funcional.

- *Completamente capaces*: personas que se manejan en forma totalmente independiente; es decir, no tienen dificultad para realizar las actividades cotidianas, tanto elementales como instrumentales.
- *Levemente incapaces*: personas que tienen dificultad sólo en las AIVD, sin importar su cantidad.
- *Moderadamente incapaces*: personas que tienen dificultad en alguna de las AVD y además tienen dificultad en ninguna o una AIVD.
- *Severamente incapaces*: personas que declararon tener dificultad en una o más AVD y en más de una de las AIVD, excluyendo a los que tienen dificultad en todas las AVD y las AIVD.
- *Completamente incapaces*: aquellas personas que tienen dificultad en todas las AVD y en todas las AIVD.

El deterioro cognitivo se define como la pérdida de facultades mentales. En el ENASEM hay cuatro pruebas para detectar el deterioro cognitivo. Las puntuaciones para cada prueba son: un punto por cada palabra repetida (un máximo de ocho), un punto por cada palabra recordada (un máximo de ocho), un punto por cada figura copiada (dos puntos como máximo) y un punto por cada figura recordada (dos puntos como máximo). En total, las pruebas suman 20 puntos.

Para eliminar el efecto de la edad, sexo y escolaridad se generó una variable con 32 categorías que combina el sexo: hombre o mujer; la edad en grupos quinquenales: desde 50-54 hasta 85 y más; y el grado de escolaridad: ninguno y primaria incompleta o primaria completa o más. En otra variable se sumaron los resultados de las pruebas; se corrió una frecuencia para cada uno de los grupos, y se tomaron en cuenta los valores máximos y mínimos para establecer el rango de aciertos. Apoyados en una tabla estandarizada que determina cuántos aciertos debe tener una persona, dependiendo de su edad y grado de escolaridad, se estima para cada uno de los 32 grupos basados en el percentil 10 la cantidad de aciertos que separan a los que tienen de los que no tienen deterioro cognitivo. El resultado es una variable dicotómica con valores 0 para los que no tienen deterioro y 1 para los que sí lo presentan. Para la autopercepción que tiene el individuo de su salud, el indicador tiene cinco categorías: excelente, muy bueno, bueno, regular y malo.

La figura 1 muestra de manera esquemática el proceso en la construcción del indicador de estado de salud, con cuatro categorías: muy bueno, bueno, regular y malo. El ejercicio tiene su parte convencional, pero busca representar el estado de salud de la población, tomando en cuenta las cuatro variables: autopercepción, enfermedades crónicas, capacidad funcional y

deterioro cognitivo. Las categorías de este indicador se definen numéricamente por la suma de los códigos de las cuatro variables. El valor mínimo al sumar los códigos es uno y el máximo es 13. Si la suma es menor a tres puntos, se le asigna un estado de salud *muy bueno*; si la suma es entre 3 y 5 puntos, se considera *bueno*; la categoría *regular* incluye la suma de 6 a 9 puntos, y *malo* es aquel donde la suma de códigos es de 10 puntos en adelante.

Indicador de factores de riesgo

La salud en la vejez está estrechamente ligada con los hábitos de vida. De acuerdo con la OMS, un factor de riesgo se refiere a cualquier atributo, característica o exposición de un individuo, que aumenta la probabilidad de que padezca una enfermedad no transmisible. En este trabajo se toman como hábitos de riesgo para la salud el consumo de tabaco y alcohol además del sedentarismo. El exceso de tabaco y alcohol afectan la salud, mientras que el ejercicio físico disminuye el riesgo de dependencia, independientemente de la edad y de otros factores, además de que retarda los efectos de las enfermedades naturales de la edad avanzada.

En el ENASEM 2001 se utilizan tres preguntas sobre el consumo de tabaco: si alguna vez ha fumado, si actualmente fuma y la cantidad que fuma. Éstas nos sirven para generar una variable que estima la intensidad del hábito de fumar en cuatro categorías: *nulo*, si no se fuma; *bajo*, si consume entre 1 y 6 cigarrillos diarios; *moderado*, si la cantidad está entre 7 y 10 cigarrillos diarios; *alto*, si el consumo excede los 10 cigarrillos por día.

El proceso orgánico del envejecimiento intensifica los efectos del alcohol, pues modifica la manera en que es absorbido y desechado, disminuye la tolerancia y tiene mayores efectos y más prolongados.⁸ También se definieron cuatro categorías respecto a la cantidad de alcohol que se consume. Para ello se preguntó si se consumen bebidas alcohólicas, cuántos días por semana se consumen y cuántas bebidas se toma por día. Las categorías definidas son: *nulo*, para quienes no toman alcohol actualmente; *ocasional*, si toma una bebida al día; *moderado*, si consume más de una, pero no más de tres al día, y *alto*, si el consumo es más de tres por día.

En el ENASEM, la pregunta respecto del sedentarismo alude a la realización de actividad o trabajo físico tres o más veces por semana. El indicador aquí está entre quienes realizan o no ejercicio físico. En la figura 1 se muestra el proceso que se siguió para la construcción del indicador de factores de riesgo. Una vez que se tienen las tres variables que se consideran factores de riesgo para el estado de salud de la población, lo siguiente es concentrar en una sola variable el riesgo total por consumo

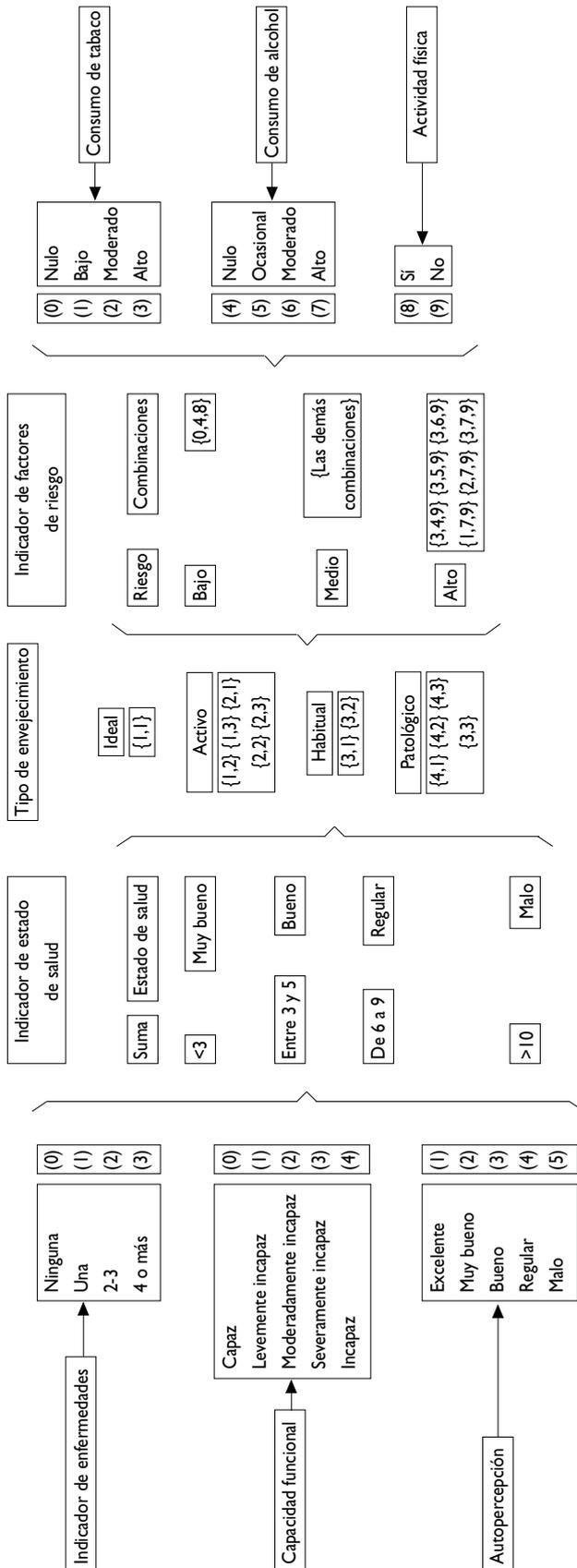


FIGURA 1. CONSTRUCCIÓN DE LOS INDICADORES DE ESTADO DE SALUD, FACTORES DE RIESGO Y TIPO DE ENVEJECIMIENTO

de alcohol, consumo de tabaco e inactividad física. El riesgo es considerado bajo, medio y alto, dependiendo de las combinaciones que se dan entre ellas.

- *Riesgo bajo*: personas que tienen un consumo nulo de tabaco y alcohol, y realizan actividad física.
- *Riesgo alto*: si no realiza actividad física y el consumo de alcohol o tabaco, o de ambos, es alto; o si el consumo de alcohol y tabaco es alto.
- *Riesgo medio*: todas las combinaciones que se excluyen en las otras dos categorías.

Tipo de envejecimiento

En la figura 1 se muestra la definición de las cuatro categorías en la tipología del envejecimiento, por medio de las combinaciones que se dan entre el indicador de estado de salud y el indicador de factores de riesgo.

- *Envejecimiento ideal*: cuando el estado de salud es muy bueno y el factor de riesgo bajo.
- *Envejecimiento activo*: cuando hay un estado de salud muy bueno y un factor de riesgo medio o alto; o cuando hay un estado de salud bueno, cualquiera que sea el factor de riesgo.
- *Envejecimiento habitual*: en un estado de salud regular y un factor de riesgo bajo o medio.
- *Envejecimiento patológico*: se presenta un estado de salud regular y un riesgo alto, o un estado de salud malo sin importar el factor de riesgo.

Resultados

Con la finalidad de caracterizar el tipo de envejecimiento, en el estudio se incluyó a la población que tuviera entrevista completa y se omitieron los registros sin respuesta a las preguntas utilizadas para definir cada uno de los indicadores. De manera que, de poco más de 15 mil registros, la base utilizada queda con 12 125, que estadísticamente representan a 12 804 511 personas de 50 años y más. Los que tienen edades entre 50 y 64 representan 63.5% de la población; los de 65-74, 23.1%, y los de 75 y más, 13.3 por ciento. Por sexo, 45.6% pertenece al sexo masculino y 54.4%, al femenino; 47.2% vive en localidades urbanas y 52.8%, en mixtas.

Estado de salud

Los primeros resultados indican que a 43.2% de la población de 50 años y más no le han diagnosticado una enfermedad crónica; 89.1% no tiene dificultad para realizar tanto las actividades básicas como instrumen-

tales de la vida diaria; 5.6% tiene deterioro cognitivo, y 5.6 % considera que su estado de salud es excelente o muy bueno. Para el indicador de estado de salud, y de acuerdo con los resultados obtenidos, 3.9% tiene un estado de salud muy bueno; 64.1%, bueno; 25.6%, regular, y 6.4%, malo. A las personas de este último grupo se les han diagnosticado enfermedades crónicas, tienen baja capacidad funcional, deterioro cognitivo y perciben su estado de salud como regular o malo.

Existen diferencias por sexo en lo que a salud se refiere. Las cifras indican que 73.2% de los hombres tienen un estado de salud muy bueno o bueno, mientras que sólo 63.0% de las mujeres lo tienen. El grado de urbanización también hace diferencia, ya que 5.8% de la población que vive en áreas urbanas presenta un estado de salud muy bueno, mientras que en áreas mixtas ese porcentaje baja a 2.2%. El estado de salud empieza a mermar conforme avanza la edad; el porcentaje de población del grupo de 50-64 que presenta un estado de salud bueno es 70.3%; el de 65-74 es 58.9%, y menos de la mitad, 43.2%, en el grupo de 75 y más. Como contraparte, los porcentajes de población que tienen un estado de salud regular se incrementan conforme las cohortes de edad son mayores: 21.7% para el grupo de 50-64; 31.0% para el de 65-74, y 34.7% para los de 75 y más.

Al hacer la combinación sexo, edad y condición urbana-mixta, según el cuadro I, el menor porcentaje de población que tiene un estado de salud muy bueno lo tienen los hombres que viven en áreas mixtas y con edades de 75 y más (0.2%). El mayor porcentaje se encuentra en el grupo de hombres urbanos con edades entre 50 y 64 (8.8%). La mayor parte del grupo de hombres que viven en áreas mixtas tiene un estado de salud bueno. Por grupos de edad, los porcentajes oscilan entre 76.7 y 46.8 por ciento. En el estado de salud malo destaca el grupo de 75 y más, con uno de cada cinco individuos con esta característica. Las mujeres que viven en áreas mixtas, en conjunto, tienen el peor estado de salud; 38.2% tiene un estado de salud regular o malo, y sólo 1.2% tiene un estado de salud muy bueno. Se destaca que alrededor de 60% de las mayores de 75 tienen un estado de salud regular y malo.

Del grupo de los hombres urbanos, los porcentajes de población que tienen un estado de salud muy bueno son 8.8% en los que tienen 50-64; 5.6%, en los de 65-74, y 6.9%, en los de 75 y más. Los que tienen estado de salud malo son 2.1% en los de 50-64; 4.9% en los de 65-74, y 16.7% en los de 75 años y más.

De los 12 grupos considerados, quienes tienen el peor estado de salud son las mujeres urbanas de 75 años y más: 0.6% tiene un estado de salud muy bueno; 40.1%, bueno; 41.4%, regular, y 17.9%, malo.

Cuadro I
PORCENTAJE DE POBLACIÓN SEGÚN EL INDICADOR DE ESTADO DE SALUD POR LUGAR DE RESIDENCIA,
SEXO Y EDAD. MÉXICO, 2001

Sexo	Grupos de edad	Indicador del estado de salud			
		Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
Residencia mixta (rural)					
Hombres	50 a 64 años	4.6	76.7	15.3	3.4
	65 a 74 años	2.7	65.4	26.2	5.7
	75 años y más	0.2	46.8	33.0	20.0
	Total	3.4	68.7	21.1	6.8
Mujeres	50 a 64 años	1.3	67.9	25.7	5.1
	65 a 74 años	0.8	53.6	38.7	6.9
	75 años y más	1.2	38.9	35.1	24.8
	Total	1.2	60.6	29.9	8.3
Residencia urbana					
Hombres	50 a 65 años	8.8	72.4	16.6	2.1
	65 a 74 años	5.6	66.1	23.5	4.9
	75 años y más	6.9	47.6	28.8	16.7
	Total	7.8	68.1	19.7	4.4
Mujeres	50 a 64 años	4.2	66.1	26.7	3.0
	65 a 74 años	6.0	51.1	34.6	8.3
	75 años y más	0.6	40.1	41.4	17.9
	Total	4.2	60.2	29.9	5.7

Fuente: Elaboración propia a partir del ENASEM, 2001

Factores de riesgo

De la población estudiada, 91.1% de las mujeres y 73.8% de los hombres de 50 años y más no consumen tabaco. Por lugar de residencia y grupos de edad no existen mayores diferencias, aunque sí se observa que, a mayor edad, mayor es el porcentaje que no fuma. Respecto al alcohol, cerca de 70% no acostumbra bebidas alcohólicas. Los hombres beben más: la diferencia porcentual con las mujeres es casi de 30 por ciento. El porcentaje que consume alcohol es mayor en las áreas urbanas que en las mixtas, y conforme se avanza en edad se consume menos alcohol. El porcentaje de población que realiza actividad física es 32.7 por ciento.

Los indicadores de factores de riesgo tienen grandes diferencias entre hombres y mujeres. El riesgo alto se presenta en 5.0% de los hombres y en 1.1% de las mujeres, mientras que el riesgo bajo se presenta en 16.6 y 17.2%, respectivamente. El lugar donde se vive también hace diferencia. En las áreas urbanas el porcentaje con riesgo

alto es 3.7%, y en las mixtas, 2.1 por ciento. Resulta interesante ver las diferencias entre lo urbano y lo mixto, ya que, a primera vista, resalta que 21.6% de la población que vive en áreas mixtas presenta riesgo bajo; lo que destaca aún más al ver que 11.7% de la población de áreas urbanas tiene esta misma condición. Al analizar por grupos de edad, se tiene que 17.9% del grupo de 50-64 presenta un riesgo bajo; el de 65-74, 16.9%, y el de 75 y más, 12.4 por ciento. Estos porcentajes seguramente están determinados en mayor medida por la inactividad física que se registra conforme se avanza en la edad.

Al analizar el riesgo respecto a los grupos creados con la combinación sexo, edad y condición urbana o mixta, según el cuadro II, los resultados muestran que el porcentaje de población de 75 y más que tiene riesgo bajo es mayor para el grupo de hombres en áreas mixtas. Mientras este grupo tiene 21.5% de su población con riesgo bajo, los hombres urbanos y las mujeres en general tienen porcentajes entre 7.9 y 8.2 por ciento. Considerando el riesgo alto, llama la atención el grupo

Cuadro II
PORCENTAJE DE POBLACIÓN SEGÚN EL INDICADOR DE RIESGO
POR LUGAR DE RESIDENCIA, SEXO Y EDAD. MÉXICO, 2001

Sexo	Grupos de edad	Indicador de riesgo		
		Bajo	Medio	Alto
Residencia mixta (rural)				
Hombres	50 a 64 años	23.7	72.6	3.7
	65 a 74 años	21.7	74.3	4.0
	75 años y más	21.5	76.4	2.1
	Total	22.8	73.7	3.5
Mujeres	50 a 64 años	22.7	76.6	0.7
	65 a 74 años	21.8	76.9	1.3
	75 años y más	8.2	90.6	1.2
	Total	20.5	78.6	0.9
Residencia urbana				
Hombres	50 a 65 años	8.9	82.8	8.3
	65 a 74 años	9.8	86.2	4.0
	75 años y más	8.0	86.8	5.2
	Total	9.0	84.1	6.9
Mujeres	50 a 64 años	15.0	83.4	1.6
	65 a 74 años	12.8	86.7	0.5
	75 años y más	7.9	91.2	0.9
	Total	13.8	84.9	1.3

Fuente: Elaboración propia a partir del ENASEM, 2001

de hombres en áreas urbanas, de los cuales 6.9% tiene esta condición. De este grupo destacan los que tienen edades entre 50 y 64 años con 8.3 por ciento. También destacan las mujeres, pero por tener los porcentajes más bajos: 0.9% para las que viven en áreas mixtas y 1.3% para las urbanas. Al incluir la edad, son las mujeres con edades entre 65 y 74 que viven en áreas urbanas las que tienen el menor porcentaje de población con riesgo alto (0.5%). La mayoría de la población presenta un riesgo medio. El menor porcentaje y corresponde a los hombres en áreas mixtas entre 50 y 64 años (72.6%), y el más alto a las mujeres en localidades urbanas de 75 años y más (91.2%). Asimismo, destaca el grupo de mujeres de 75 años y más que viven en áreas mixtas (90.6%).

Tipo de envejecimiento

La población de 50 años y más que tiene el tipo de envejecimiento ideal es muy bajo (0.6%), y el activo es

el que mayor porcentaje de población alberga (67.3%). Los que tienen un envejecimiento habitual representan la cuarta parte de la población en edades avanzadas, y finalmente, el envejecimiento patológico es el más preocupante (7.1%). Las proporciones de población que tienen envejecimiento ideal son muy pequeñas, con 0.6% que representan 82 307 adultos mayores. Con fines analíticos se agrupan junto con el envejecimiento activo para describir con mayor confiabilidad el tipo de envejecimiento que tiene cada uno de los grupos en edades avanzadas considerados.

Por sexo, el porcentaje de hombres que tiene un envejecimiento ideal o activo es 73.8%, mientras que el de las mujeres es 63 por ciento. Vivir en áreas urbanas o mixtas en este tipo de envejecimiento no representa diferencia significativa. De los que viven en áreas mixtas, 66.6% tiene tipo de envejecimiento ideal o activo, mientras que los que viven en áreas urbanas lo tienen de 69.4%; la diferencia es de 2.8 por ciento. Conforme se avanza en edad, menor es el porcentaje de población que tiene un envejecimiento ideal o activo. Del grupo de 50-64, tres de cada cuatro tienen esta característica; en el de 65-74, el porcentaje es 62.6%, y finalmente, en el de 75 y más, 44.9% tiene envejecimiento ideal o activo.

Al hacer la combinación de sexo, edad y lugar de residencia (cuadro III), se observa que, en el envejecimiento de tipo ideal o activo, los hombres de 50-64 años presentan el porcentaje más alto; los mixtos, 81.3% y los urbanos, 81.2 por ciento. De las mujeres destaca el grupo de 75 años y más por tener el porcentaje más bajo; las que viven en áreas urbanas es de 40.8%, y las de áreas mixtas, 40.1 por ciento. Aquí hay que destacar que los hombres que viven en áreas mixtas y que tienen 75 años y más no presentan población con el tipo de envejecimiento ideal. Aunque es un resultado esperado, se menciona que, conforme se avanza en edad, el porcentaje de población con tipo de envejecimiento activo disminuye. En el tipo de envejecimiento patológico hay que destacar la diferencia a los 75 años y más y vivir en áreas urbanas o mixtas. En las primeras, los porcentajes son menores a 20.0%, mientras que en la segunda son de 26.0% para las mujeres y 20.5% para los hombres. Los porcentajes más bajos con este tipo de envejecimiento se presentan en el grupo de población de 50-64 años de edad en áreas urbanas: 3.4% de las mujeres y 3.8% de los hombres. Para el tipo de envejecimiento habitual, los porcentajes más altos se encuentran en las mujeres de 75 años y más: 40.8% de las urbanas y 33.9% de las mixtas. En los hombres, los porcentajes de población que presentan envejecimiento habitual son menores: el más alto se presenta en la población mixta de 75 años y más (32.5%) y el más bajo en los hombres de áreas mixtas con edades de 50-64 (14.9%).

Cuadro III
PORCENTAJE DE POBLACIÓN SEGÚN TIPO DE ENVEJECIMIENTO POR LUGAR DE RESIDENCIA, SEXO Y EDAD. MÉXICO, 2001

Sexo	Grupos de edad	Tipo de envejecimiento			
		Ideal	Activo	Menos activo	Patológico
Residencia mixta (rural)					
Hombres	50 a 64 años	0.5	80.8	14.9	3.8
	65 a 74 años	0.3	67.9	25.0	6.8
	75 años y más	0.0	47.0	32.5	20.5
	Total	0.4	71.7	20.4	7.4
Mujeres	50 a 64 años	0.6	68.5	25.6	5.3
	65 a 74 años	0.8	53.6	38.6	7.0
	75 años y más	0.7	39.4	33.9	26.0
	Total	0.7	61.1	29.6	8.6
Residencia urbana					
Hombres	50 a 65 años	1.0	80.2	15.1	3.7
	65 a 74 años	1.1	70.6	22.3	6.1
	75 años y más	0.2	54.3	27.8	17.7
	Total	0.6	63.7	29.5	6.1
Mujeres	50 a 64 años	0.8	69.5	26.3	3.4
	65 a 74 años	0.3	56.9	34.4	8.5
	75 años y más	0.2	40.6	40.8	18.4
	Total	0.9	74.9	18.3	5.9

Fuente: Elaboración propia a partir del ENASEM, 2001

Conclusiones

Las transiciones demográfica y epidemiológica tienen entre sus efectos principales el aumento de la población en edades avanzadas. El interés demográfico en la población envejecida proviene del hecho de que se está incrementando tanto en números relativos como en absolutos, y los cambios en la organización social serán grandes. Las instituciones legales, políticas, educativas, de salud, familiares y económicas, deben ir al paso de los cambios que se suscitan en la sociedad en relación con la población envejecida. En este trabajo se ha documentado el proceso de envejecimiento demográfico, además de establecer que su forma y su ritmo se da de manera diferente, dependiendo de características demográficas, sociales y económicas. Las diferencias en el estado de salud de las personas envejecidas en razón de sexo, edad, lugar de residencia y factores de riesgo (consumo de alcohol, uso de tabaco y sedentarismo) respecto a la prevalencia de enfermedades crónicas, capacidad funcional y dete-

rioro cognitivo, han sido ampliamente documentadas en México. Sin embargo, estos antecedentes proporcionan enfoques aislados entre variables, cuando mucho, bajo asociaciones limitadas. En este estudio se propone una conjunción de esas variables en un solo indicador que, en este caso, es una categorización del envejecimiento en ideal, activo, habitual y patológico.

Además de ofrecer esta evaluación del estado de salud de la población envejecida, los resultados sugieren que el progresivo envejecimiento de la población en México demanda mejores conocimientos sobre las edades avanzadas. Por ejemplo, resalta el hecho de que la población de 50-64 años que no es considerada vieja presenta un envejecimiento patológico en 3.5% de los casos. Ante lo irreversible y progresivo de las condiciones adversas, resultan preocupantes las cargas de la enfermedad y la incapacidad para las familias y las instituciones. Por otra parte, los resultados también confirman que en las edades avanzadas es posible mantener un envejecimiento no patológico, lo cual ofrece pistas

para identificar esos factores que, en el caso de México, sean susceptibles de promoverse mediante planes de prevención y políticas públicas. Según recomendaciones de la Organización de las Naciones Unidas, debe procurarse el envejecimiento activo en la población de edades avanzadas; ello implica disminuir los tipos habitual y patológico que implican dependencia por parte de los individuos, situaciones de malestar y una mayor necesidad de recursos tanto humanos como materiales.

Establecer el envejecimiento a través del estado de salud que presenta la población y los factores de riesgo que condicionan la forma en como se envejece es sólo un umbral, una arista que identifica tipos de envejecimiento y permite un elemento más en la tarea de conocer la situación de la población de 50 años en adelante. Es claro que la separación de la población en urbano y mixto no es suficiente; es necesario incluir más categorías que permitan establecer y matizar las diferencias existentes entre las poblaciones según el tamaño de la localidad. Las tareas que siguen son analizar la relación entre el tipo de envejecimiento y algunas variables sociode-

mográficas (educación, condición laboral, situación económica, estado civil, migración, entre otras) para cuantificar el impacto que tienen en la forma y el ritmo de envejecer de la población.

Referencias

1. Casado D, López G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Barcelona: Fundación la Caixa, 2001.
2. Frenk J. La salud de la población: hacia una nueva salud pública. México: Fondo de Cultura Económica, 1994.
3. Ham-Chande R. El envejecimiento en México: El siguiente reto de la transición demográfica. México: El Colegio de la Frontera Norte, 2003.
4. López O, Blanco J. Los retos en la salud para el fin de siglo. La política social 1997:183-206.
5. Laslett P.A fresh map of life. Londres: Mac Millan Press, 1996.
6. Damonte AM. ¿Cómo envejecen los uruguayos? Uruguay: CEPAL, 2000.
7. Gutiérrez LM. El proceso de la transición epidemiológica. Demos (México) 2001;4:8-9.
8. Gamble A. Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores. México: Gobierno del Distrito Federal; 2000.