

CAPÍTULO III.
SALUD Y BIENESTAR EN LA
POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN EL ESTADO DE MÉXICO

Mirna Hebrero Martínez
Centro de Estudios Demográficos, Urbanos
y Ambientales de El Colegio de México

Introducción

UNO DE LOS PRINCIPALES RETOS de las instituciones públicas mexicanas para atender a la población envejecida es procurar aumentar la calidad de vida a partir de mejorar las condiciones de salud y limitar los efectos negativos de las enfermedades crónico-degenerativas, las discapacidades y las limitaciones generadas por la desigual infraestructura en materia de salud. Las entidades federativas atraviesan por diferentes etapas de la transición demográfica, y el envejecimiento demográfico viene acompañado de diversas condiciones como la escasa infraestructura, la ausencia de un sistema de salud integral y la ausencia de políticas sociales que realmente resuelvan las necesidades de la población adulta mayor. México es una sociedad que aún no está lista para convivir con varias generaciones, por ello es pertinente que se hagan estudios para identificar las diferentes dimensiones de la salud de los mayores de 60 años y el papel de las instituciones que tienen por obligación atenderla. Tales esfuerzos a nivel estatal han comenzado en el Distrito Federal, Guanajuato, Yucatán y recientemente en el Estado de México. Desde luego, diseñar políticas públicas orientadas a la atención de la salud de los adultos mayores implica la existencia de un diagnóstico sociodemográfico de esos grupos de población.

Si bien es cierto que en las agendas internacionales y en los diferentes gobiernos nacionales existen diversos programas que establecen normas y lineamientos respecto a la atención de los mayores, como el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002 (ONU, 2002), la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe (Cepal, 2003), la Conferencia Regional Madrid+5 (Cepal, 2007), y la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en México (CDDHCU, 2002), en ocasiones se quedan en discursos políticos y acciones limitadas.

El Estado de México se caracteriza por ser una de las entidades con mayor infraestructura y capacidad económica del país, lo cual es propicio para el desarrollo de una estrategia integral para mejorar la calidad de vida de la

población mayor, y ser considerada, en un futuro, como un ejemplo a seguir para el resto de las entidades federativas. Aunque cada una de estas entidades atraviesa por diferentes etapas en el proceso de envejecimiento y posee diversa disponibilidad de recursos, siempre hay posibilidad de adaptación de estrategias. De acuerdo con las proyecciones disponibles, el Estado de México es la entidad que más población envejecida tendrá en las próximas décadas; de hecho, se estima que en el año 2030, Distrito Federal, Estado de México, Jalisco, Nuevo León, Puebla y Veracruz, tendrán cada uno más de un millón de personas con 60 años y más (Partida, 2004; Partida, 2006).

En este capítulo se muestran datos relevantes sobre las enfermedades que reporta la población, así como la evaluación de su estado de salud en forma integral, relacionando dichos resultados con el acceso a los servicios de salud y hábitos de riesgo, como el consumo de alcohol y tabaco de las personas con 60 años y más en el Estado de México. Para ello se utilizan datos de la Encuesta Sobre Envejecimiento Demográfico en el Estado de México (ESEDEM 2008), al igual que otras fuentes de información del Estado de México, como las estadísticas de mortalidad, las proyecciones de población y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2006). El análisis se realiza con la finalidad de dar información que sirva de apoyo para el diseño y aplicación de programas sociales que atiendan las necesidades de salud específicas de la población mexiquense, la cual está en proceso de envejecimiento. Se parte de la premisa de que la salud y el bienestar de la población que hoy es adulta mayor y la que lo será en las próximas décadas son responsabilidad compartida de todos los niveles de gobierno y la sociedad civil.

3.1 Esperanza de vida

En los años recientes, la ganancia en la esperanza de vida ha sido sustancial y representa un avance de la Humanidad, lo cual ha generado una mayor longevidad. No obstante que se ha alargado la vida de los individuos, las condiciones en las que muchos de los adultos mayores viven esta etapa de su vida incluyen padecimientos crónicos no controlados, deterioro de la funcionalidad, acceso limitado a los servicios de salud y poco adecuados a sus necesidades, disminución de sus redes sociales de apoyo, entre otros aspectos poco favorables que les provocan una percepción de temor y devaluación. Para explorar algunos de estos aspectos se iniciará el análisis anotando algunos datos relacionados con la esperanza de vida al nacer y la esperanza de vida a partir de los 60 años, tanto a nivel nacional como del Estado de México.

A nivel nacional se estimó en 2008 una esperanza de vida al nacer de 75.5

años (Conapo, 2006), es decir, en promedio, la población mexicana vive poco más de 75 años; sin embargo, una vez que las personas alcanzan mayor edad, sus expectativas de vida cambian, y a partir de los 60 años se calcula que les resta por vivir 22.22 años, en promedio (Conapo, 2002). Esta estimación nacional es en realidad un promedio para el país, que varía por entidad federativa como resultado de los diferentes procesos de envejecimiento y dinámicas demográficas distintas. La población del Estado de México tuvo para 2008, según cifras del Conapo (2006), una esperanza de vida al nacer de 75.75 años, 73.26 para los hombres y 78.24 para las mujeres. Para las personas con 60 años de edad, los años estimados que en promedio les resta por vivir fueron cerca de 22 años: 20.79 para hombres y casi 23 años para las mujeres. Estas cifras son muy cercanas a las nacionales (Conapo, 2002).

En el cuadro 3.1 es posible observar que las ganancias en la esperanza de vida al nacer, que se estima tendrá la población del Estado de México, son relativamente marginales en el periodo 2008 a 2030 (de 75.75 a 79.39 años), en relación con las ganancias observadas en las décadas anteriores a nivel nacional, cuando en el país predominaba una mayor mortalidad, llegando a alcanzar una ganancia promedio anual de poco más de cinco meses por cada año calendario (Galindo y López, 2008).

Cuadro 3.1

Esperanza de vida al nacer y esperanza de vida a los 60 años para la población del Estado de México, en 2008, 2015 y 2030

	2008		2015		2030	
	Al nacer	A los 60 años*	Al nacer	A los 60 años*	Al nacer	A los 60 años*
Hombres	73.3	20.8	74.3	21.3	77.1	22.1
Mujeres	78.2	22.9	79.1	23.6	81.7	24.6
Total	75.8	21.9	76.7	22.5	79.4	23.4

Fuente: proyecciones de población México 2006 (Conapo, 2006).

* Indicadores de adultos mayores (Conapo, 2002).

Así, una vez que la mortalidad por causas infecciosas y parasitarias ha disminuido a nivel nacional y en el Estado de México, y las causas que predominan actualmente son las crónico-degenerativas, el incremento en la esperanza de vida al nacer de la población mexiquense, de mantenerse constantes las condiciones de mortalidad, será de aproximadamente 3.6 años en las próximas dos décadas, lo cual constituye una ganancia cercana a dos meses por año calendario.

También es posible ver en el cuadro 3.1 que, para el Estado de México, se estima una leve reducción en la brecha del número de años en la esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres, toda vez que aunque las mujeres viven

en promedio varios años más que los hombres en todos los años estimados, se espera que la diferencia disminuya marginalmente, de 4.9 años en 2008 a 4.6 en 2030. En relación con la esperanza de vida a partir de los 60 años, se espera un incremento en el periodo 2008-2030 de 1.52 años: 1.31 años para hombres, y 1.72 años para mujeres, así como un aumento en la brecha entre hombres y mujeres de 0.41 años.

3.2 Morbilidad y mortalidad de la población adulta mayor

Los datos sobre las causas de mortalidad de la población adulta mayor son uno de los indicadores más sensibles para conocer parte de las condiciones de salud de esta población. En 2005, las tres principales causas de muerte de la población mexicana con 60 años y más fueron: las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y los tumores malignos (Zúñiga y García, 2008). Es importante mencionar que la hipertensión, dentro de las enfermedades cardiovasculares, es una de las principales, con una prevalencia¹ elevada, y una de las que más vidas ha cobrado en años recientes.

Sobre los principales padecimientos en la población nacional con 60 años y más, la Ensanut 2006 (INSP, 2007) obtuvo una prevalencia por diagnóstico médico de 19.2 por ciento de diabetes, es decir, 19.2 por ciento de la población encuestada declaró tener un diagnóstico previo de diabetes al momento de la entrevista, 21.3 por ciento de mujeres y 16.8 por ciento de hombres, y una prevalencia por diagnóstico médico y hallazgo (diagnóstico con base en toma de presión arterial al momento de la entrevista) de hipertensión para la misma población de más de 50 por ciento para los hombres y cerca de 60 por ciento para las mujeres adultas mayores.

En relación con los principales padecimientos antes mencionados, la ESEDEM 2008 muestra, por medio del autorreporte de los entrevistados, que 77.2 por ciento de la población declaró haber sido diagnosticado² con alguna de las 16 enfermedades que le preguntaron (véase el cuadro 3.2), es decir, al menos tres de cada cuatro adultos mayores encuestados dijo tener alguno de dichos padecimientos. Específicamente, 43 por ciento de la población reportó padecer hipertensión arterial; 34 por ciento, pérdida de la vista; 21

¹ La prevalencia de una enfermedad es el número total de los individuos que presentan un atributo o enfermedad en un momento o durante un periodo dividido entre la población en riesgo de tener el atributo o la enfermedad en ese punto en el tiempo o en la mitad del periodo. Cuantifica la proporción de personas en una población que tienen una enfermedad (o cualquier otro suceso) en un determinado momento, y proporciona una estimación de la probabilidad (riesgo) de que un sujeto de esa población tenga la enfermedad en ese momento.

² La aproximación al diagnóstico con datos de la ESEDEM 2008 se logró usando la información de la pregunta ¿Algún médico, enfermera o promotor de la salud, le ha dicho alguna vez que tiene una de las siguientes enfermedades: hipertensión arterial, pérdida de la vista, diabetes mellitus, hipercolesterolemia/ colesterol alto, pérdida auditiva, reumatismo, enfermedades del corazón, depresión, artritis, bronquitis crónica, trastornos de la memoria, ansiedad, gota, asma, cáncer o tuberculosis?

por ciento, diabetes mellitus tipo II, y 17.6 por ciento, hipercolesterolemia o niveles de colesterol alto. Los resultados son los esperados y son consistentes con los datos de la Ensanut 2006 para el Estado de México, respecto a la diabetes y la hipertensión obtenidos en 2006 (INSP, 2007). No obstante, hay que considerar que la población encuestada en la ESEDEM 2008 fue una muestra propositiva y no representativa de la entidad, por lo que hay que considerar los resultados con cautela. Además, la ESEDEM 2008 no considera en sus cifras el posible subregistro que existe para cada enfermedad, ya que muchas personas desconocen que las padecen. En relación con ello, Palloni *et al.* (2002) estimaron con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (Enasem) 2001 un subregistro en el diagnóstico de enfermedades como diabetes mellitus e hipertensión, de aproximadamente 20 por ciento. En tal caso es probable que la proporción de personas que padecen principalmente hipertensión o diabetes sea mayor, y las cifras aquí presentadas muestren sólo las tendencias de las prevalencias reales.

Cuadro 3.2

Prevalencia de distintos padecimientos, proporción de medicación y seguimiento de tratamiento por autorreporte de la población con 60 años y más

<i>Padecimiento</i>	Porcentaje de enfermos	Porcentaje de enfermos que toman medicamento	Porcentaje de enfermos que toman medicamento y siguen tratamiento
Hipertensión arterial	43.3	84.4	94.9
Pérdida de la vista	34.3	32.1	89.1
Diabetes mellitus	21.7	89.6	97.2
Hipercolesterolemia (colesterol alto)	17.6	64.8	86.3
Pérdida auditiva	14.1	28.6	85.7
Reumatismo	13.8	66.3	86.5
Enfermedades del corazón	13.2	71.7	91.3
Depresión	12.5	50.3	84.2
Artritis	10.7	60.5	91.7
Bronquitis crónica	8.3	66.0	81.8
Trastornos de la memoria	6.9	19.9	84.8
Ansiedad	5.3	33.1	88.4
Gota	4.6	64.6	82.2
Asma	3.8	70.7	93.8
Cáncer	1.4	62.5	100.0
Tuberculosis	0.8	75.0	86.7

Fuente: elaboración propia con datos de la ESEDEM 2008.

En cuanto a la administración de medicamentos, se observa que las personas que tienen padecimientos como diabetes mellitus e hipertensión son las que en mayor proporción (más del 80 por ciento) reportan consumirlos, seguidos por aquéllos que padecen enfermedades del corazón, tuberculosis, reumatismo, bronquitis crónica e hipercolesterolemia con proporciones superiores a 60 por ciento. No obstante, resulta preocupante el resto de la población que padece enfermedades como reumatismo, depresión, trastornos de memoria o ansiedad, que probablemente requieren medicación y reportan no estar tomando medicamento, por lo que valdría la pena profundizar en los siguientes estudios sobre las características que tiene esta población y su acceso a los servicios de salud, para diseñar programas específicos de acuerdo con sus necesidades, y propiciar un mayor control sobre su padecimiento, disminuir los factores de riesgo y el número de años de vida no saludables (véase el cuadro 3.2).

Considerando que entre la población adulta mayor se ha identificado la existencia de una proporción elevada de automedicación, en la ESEDEM 2008 se preguntó a la población que reportaba tomar medicamentos si seguía algún tratamiento médico. Con ello se intentó estimar qué proporción de población probablemente toma medicamentos sin vigilancia médica, de tal manera que entre los que padecen alguna enfermedad y toman medicamento para el cáncer, la diabetes y la hipertensión arterial, encontramos que entre 95 y 100 por ciento de éstos declararon estar en tratamiento (véase el cuadro 3.2). Sin embargo, en el resto de los padecimientos la proporción baja hasta casi 82 por ciento, como en el caso de la bronquitis crónica, lo cual indica que hay entre cinco y 18 por ciento de personas que toman medicamentos sin seguimiento, considerando sólo las 16 enfermedades que se preguntaron.

Respecto a las diferencias por sexo, grupos de edad y tipo de localidad (véase el cuadro 3.3) que se observan para los primeros cinco padecimientos con mayor prevalencia captados en la ESEDEM 2008, los resultados indican que con excepción de la pérdida auditiva, los cuatro principales padecimientos presentan una mayor prevalencia para las mujeres encuestadas, con diferencias que resultan estadísticamente significativas en comparación con los hombres.

Las diferencias en el autorreporte de enfermedades por tipo de localidad resultan estadísticamente significativas y desfavorables a las localidades urbanas (2 500 y más habitantes), donde se puede observar diferencias de alrededor de diez puntos porcentuales por arriba en todos los padecimientos, respecto a las localidades rurales (menores a 2 500 habitantes), con excepción de la pérdida auditiva, con una diferencia de cinco puntos porcentuales a favor de las primeras. Sin embargo, considerando que los datos son realizados por personal de salud, tales diferencias podrían explicarse por el hecho de que la población urbana tiene un mayor acceso a los servicios de salud, lo que

le da mayor posibilidad de uso de los servicios y del diagnóstico por algún profesional de salud, a diferencia de la población rural, donde el acceso y uso de los servicios de salud son más limitados por razones de infraestructura, geográficas, económicas y culturales (Abrantes Pego, 2007).

Cuadro 3.3

Prevalencia de distintas patologías observadas por autorreporte, según sexo y tipo de localidad de la población de 60 años o más

	Sexo		Tipo de localidad	
	Hombres	Mujeres	Rural	Urbano
<i>Padecimiento</i>				
Hipertensión arterial *	34.1	50.1	38.8	47.5
Pérdida de la vista**	31.8	36.2	29.0	39.3
Diabetes mellitus**	19.2	23.4	16.3	26.6
Hipercolesterolemia*	15.4	19.2	11.7	23.0
Pérdida auditiva	15.5	13.1	11.3	16.7

Significancia por sexo *P < 0.0001, **P < 0.05, Significancia por tipo de localidad P < 0.0001.

Fuente: elaboración propia con datos de la ESEDEM 2008.

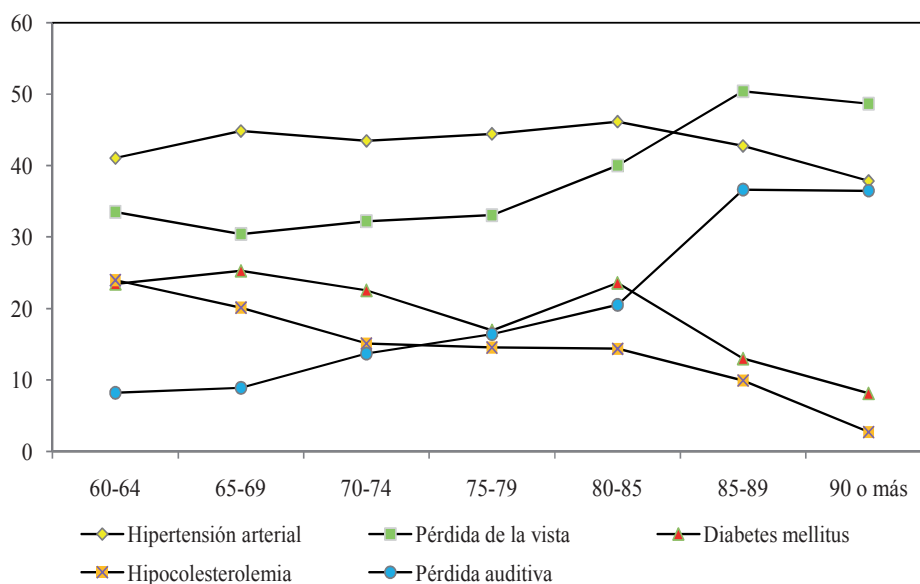
La gráfica 3.1 muestra las diferentes tendencias de las prevalencias de los cinco principales padecimientos que se identificaron en la población encuestada, según los grupos quinquenales. Como puede observarse, la diabetes mellitus, la hipercolesterolemia y, en menor medida, la hipertensión arterial, tienen una tendencia a disminuir conforme aumenta la edad, y de manera más pronunciada a partir de los 80 años, lo cual —lejos de ser un indicador positivo sobre dichos padecimientos— podría explicarse por la mortalidad que se da en las edades más tempranas de las personas que presentan tales enfermedades. En el caso de la pérdida de la vista y auditiva, éstos padecimientos tienen un patrón muy similar, con tendencia a incrementarse a mayor edad y con un aumento acelerado a partir de los 75 años, aunque la pérdida de la vista presenta mayores prevalencias. El comportamiento antes mencionado es comprensible, considerando que estos padecimientos son de baja letalidad y rara vez causan la muerte, pero provocan una situación de discapacidad y disminución de la funcionalidad de las personas que las padecen.

Se ha documentado que la presencia de una enfermedad crónica o degenerativa en muchos casos se ve acompañada de algunas complicaciones, y ello lleva a que la población sea diagnosticada con varios padecimientos, a lo cual se denomina comorbilidad. En cuanto a los principales padecimientos y su principal comorbilidad (véase el cuadro 3.4), destaca la población con autorreporte de diagnóstico de hipertensión y pérdida de la vista, que da indicios de que posiblemente esta población también padezca diabetes,

aunque menos de la mitad lo reporte, ya que la hipertensión por sí sola no se asocia con dicho padecimiento, como en el caso de la diabetes, que tiene una clara complicación denominada retinopatía diabética, causante de la pérdida de la vista.

Gráfica 3.1

Prevalencia de distintos padecimientos por autorreporte, según grupos quinquenales de edad de la población de 60 años o más, Estado de México



Fuente: elaboración propia con datos de la ESEDEM 2008.

Cuadro 3.4

Proporción de población de 60 años o más con autorreporte de diagnóstico de hipertensión y algunos padecimientos seleccionados, Estado de México

	Respecto al total de población	Respecto a los que reportaron hipertensión
<i>Comorbilidad</i>		
Hipertensión y pérdida de la vista	17.4	40.1
Hipertensión y diabetes	13.1	30.2
Hipertensión e hipercolesterolemia	11.8	27.2
Hipertensión y enfermedades del corazón	9.9	22.8
Hipertensión, diabetes y pérdida de la vista	6.1	14.0

Fuente: elaboración propia con datos de la ESEDEM 2008.

Es claro que una proporción importante de la población presenta varios padecimientos en un mismo momento, lo cual se manifiesta en un deterioro de su calidad de vida. En tales circunstancias, tanto la población como los encargados de los servicios de salud deben estar conscientes del fenómeno y, en la medida de lo posible, trabajar en conjunto para llevar a cabo planes encaminados a la prevención de complicaciones evitables y avanzar en un diagnóstico oportuno para disminuir la acumulación de riesgos de desarrollar varias patologías en un mismo momento.

3.3 Hábitos de riesgo

El estilo de vida es un aspecto muy importante, toda vez que afecta de manera directa la salud, y es determinante de algunas enfermedades. Al respecto, la ESEDEM 2008 exploró dos factores de riesgo: el tabaquismo y el consumo de alcohol, de los cuales el tabaquismo se asocia principalmente con padecimientos pulmonares, como el enfisema, otros tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares. El consumo de alcohol está relacionado con accidentes, violencia y hepatopatía crónica, padecimientos que están presentes dentro de las principales causas de muerte.

Según datos de Ensanut 2006 sobre el Estado de México, 24.5 por ciento de la población con 20 años y más fumaba al momento de la encuesta o habían fumado hasta cien cigarrillos en su vida, dicho criterio se usó para considerar a las personas como fumadoras. El Estado de México fue la entidad que ocupó el segundo lugar con mayor proporción de fumadores a nivel nacional, y con un nivel muy por arriba de la estimación del promedio nacional, que fue de 19 por ciento. 10.1 por ciento del total de adultos de 60 años o más fueron considerados como fumadores al momento de la encuesta, pero 17.1 por ciento de los hombres —en comparación con 3.8 por ciento de las mujeres adultas mayores— fueron considerados fumadores.

Los datos de la ESEDEM 2008 muestran que 10.9 por ciento de la población mexiquense de 60 años o más reportó fumar al momento de la entrevista, y se observan diferencias significativas por sexo, ya que 20.57 por ciento de los hombres adultos mayores resultaron fumadores en comparación con 3.98 por ciento de las mujeres mayores, cifras que se aproximan y son consistentes con los resultados de 2006. La población adulta mayor urbana en ESEDEM 2008 reportó en mayor proporción tener el hábito, 12.7 por ciento, en comparación con nueve por ciento de la rural, manteniendo las diferencias significativas por sexo en ambos casos.

En cuanto a la intensidad en el consumo de tabaco entre los adultos mayores fumadores, no existe una diferencia estadísticamente significativa por sexo y tipo de localidad (véase el cuadro 3.5). Sin embargo, poco más de

35 por ciento de los adultos mayores reporta un consumo intenso de tabaco, considerando un consumo intenso cuando se fuman seis o más cigarrillos al día.

Cuadro 3.5

Proporción de población de 60 años o más que reportó fumar al momento de la encuesta, por intensidad en el consumo de tabaco, Estado de México

	Hombres	Mujeres	Rural	Urbano	Total
<i>Consumo diario de cigarrillos</i>					
1-5	64.9	62.5	68.9	61.4	64.4
6-10	20.7	28.6	16.0	26.6	22.4
11 o más	14.4	8.9	15.1	12.0	13.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: elaboración propia con datos de la ESEDEM 2008.

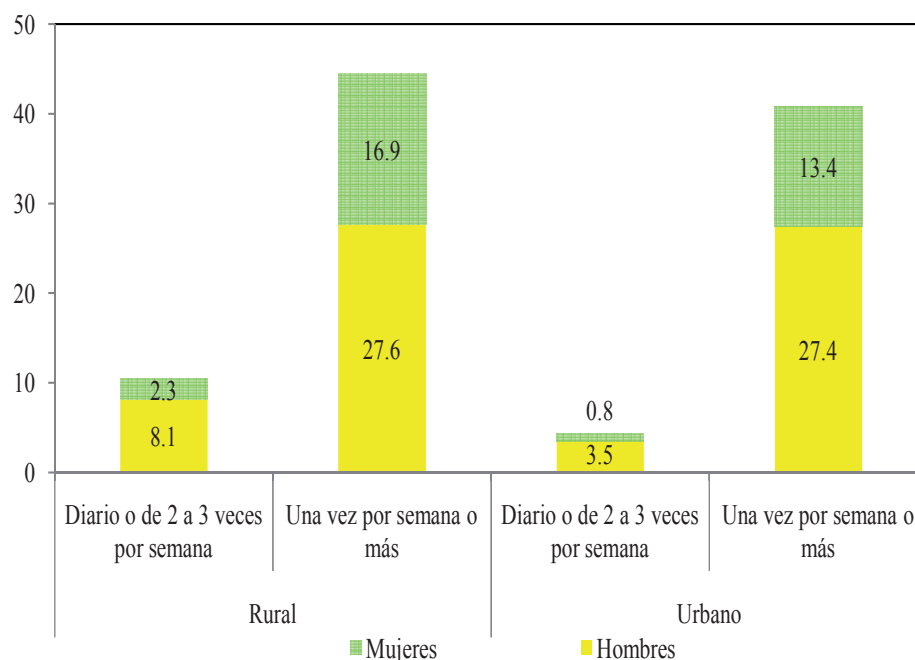
En relación con el consumo de alcohol, la Ensanut 2006 registró que 28.9 por ciento de hombres y 7.8 por ciento de mujeres de 20 años o más del Estado de México reportaron haber consumido cinco copas o más en una sola ocasión, al menos una vez en el mes previo a la encuesta, lo que se definió en dicho estudio como evento de intoxicación por alcohol. Considerando el mismo criterio, en dicho estudio resultó que 17.1 por ciento del total de población de 20 años o más había tenido al menos un evento de intoxicación por alcohol en el periodo; con esta cifra, la entidad se ubicó en el lugar 13, por arriba de la media nacional, que fue de 15.7 por ciento.

En la ESEDEM 2008 resultó que 25 por ciento de los adultos mayores del Estado de México reportó consumir bebidas alcohólicas, específicamente 39.4 por ciento de los hombres y 14.5 por ciento de las mujeres. Entre los adultos mayores que viven en localidades rurales del Estado de México, 28.5 por ciento reportaron consumo de alcohol, lo cual supera el porcentaje para adultos mayores urbanos (21.8 por ciento).

En cuanto a un posible consumo intenso de alcohol que pueda provocar intoxicación, se preguntó la periodicidad del consumo entre los adultos mayores. El 15.6 por ciento de la población adulta mayor rural reportó consumirlo diariamente, específicamente, 18.5 por ciento de los hombres y 10.3 por ciento de las mujeres rurales reportan un consumo diario, y en las localidades urbanas, análogamente, las cifras son de 4.74 por ciento de la población adulta mayor urbana, 6.42 por ciento de hombres y 1.15 por ciento de mujeres urbanas respectivamente reportan consumo diario de alcohol. Además, la gráfica 3.2 nos muestra la aportación porcentual de cada sexo por tipo de localidad, con respecto a la población total que reportó consumir bebidas alcohólicas. La mayor proporción de personas que consumen alcohol, 55 por ciento, pertenecen a localidades rurales, y el mayor aporte porcentual entre aquéllos que consumen alcohol diariamente es de los hombres rurales, con 8.1 por ciento.

Gráfica 3.2

Distribución porcentual del consumo de alcohol de la población de 60 años o más, por intensidad en el consumo y tipo de localidad, según sexo, Estado de México



Fuente: elaboración propia con datos de la ESEDEM 2008.

Las proporciones fueron obtenidas con respecto al total de la población que reportó consumir alcohol al momento de la encuesta, por lo que la suma total de todas las cifras dentro de la gráfica es de 100 por ciento.

El cuadro 3.6 muestra una asociación significativa entre el consumo de alcohol, tabaco y el autorreporte de las personas que dicen padecer alguna enfermedad crónica. Aquellos individuos que no reportan alguna enfermedad declaran, en mayor proporción, fumar y consumir alcohol. No obstante, entre los adultos mayores con alguna enfermedad, 2.8 por ciento reporta un consumo intenso de alcohol y 9.8 por ciento son fumadores.

El consumo de tabaco y alcohol entre la población adulta mayor del Estado de México amerita un programa para el control, seguimiento y prevención de este tipo de adicciones desde edades tempranas, ya que como se documenta en la Ensanut, son hábitos que están presentes desde los 20 años. Para el Estado de México se requiere un programa orientado particularmente a la población masculina de las localidades rurales con el objetivo de disminuir la intensidad del consumo de alcohol y tabaco, así como de propiciar la toma de conciencia de los prejuicios cuando la población ya tiene un padecimiento crónico que puede agravar su situación.

Cuadro 3.6

Proporción de población de 60 años o más por hábito de riesgo e intensidad de consumo de alcohol y tabaco por condición de tener diagnóstico de alguna enfermedad

Hábito de riesgo	Sin enfermedad	Al menos una enfermedad	Total
<i>Alcohol*</i>			75.1
No consume	65.9	77.8	3.7
Diario o de 2 a 3 veces por semana	6.7	2.8	21.2
Una vez por semana o más	27.4	19.4	100.0
Total alcohol	100.0	100.0	
<i>Tabaco*</i>			89.1
No fuma	85.6	90.2	7.0
1-5 cigarros	10.5	6.0	3.9
6 o más cigarros	3.9	3.8	100.0
Total tabaco	100.0	100.0	100.0

* Significancia por condición de enfermedad crónica $P < 0.01$.

Fuente: elaboración propia con datos de la ESEDEM 2008.

3.4 Derechohabiencia y acceso a los servicios de salud

De acuerdo con los datos del Censo de Población 2005, a nivel nacional se estimó que 56.3 por ciento de la población con 60 años y más tenía derecho a recibir atención en alguna institución de salud, principalmente el IMSS (60 por ciento), el ISSSTE (16 por ciento) y el Seguro Popular (11.4 por ciento). Llama la atención que el Estado de México ocupaba entonces el lugar número 15 entre las entidades federativas del país en proporción de población adulta mayor con derechohabiencia, con una cobertura de 56.15 por ciento.

Los datos de la ESEDEM 2008 muestran que 62.9 por ciento de los adultos mayores encuestados reportó ser derechohabiente³ de alguna institución de salud, incluyendo la póliza de gastos médicos o instituciones privadas, y 37.1 por ciento reportó carecer de derechohabiencia a servicios médicos en alguna institución. 28.9 por ciento de los adultos mayores declaró tener derecho a recibir atención médica en el IMSS, 19.7 en el Seguro Popular (SP) y 7.4 por ciento en el ISSSTE o Issemym.

³ En la ESEDEM 2008 se preguntó sobre el derecho a recibir atención médica en: 1, IMSS; 2, ISSSTE; 3, Issemym; 4, Pemex; 5, S. de gastos médicos; 6, Seguro Popular; 7, INAPAM (antes INSEN); 8, Institución privada, y 9, Otro, donde las respuestas no eran excluyentes, es decir, la población podía contestar más de una opción. En tal caso la proporción de derechohabientes a instituciones de salud, calculada en este capítulo, fue bajo el criterio que da prioridad a la derechohabiencia en el siguiente orden: IMSS, ISSSTE e Issemym, Pemex, Seguro Popular y el resto de instituciones bajo la categoría de 'Otros'.

La cobertura del SP se ha extendido de manera acelerada desde 2002, cuando arrancó dicho programa, por lo cual representa ahora la segunda opción más importante para la población adulta mayor mexiquense, donde además se identifican diferencias importantes por sexo, ya que 21.1 por ciento de las mujeres tenían derecho al SP en comparación con 17.8 por ciento de los hombres mayores (véase el cuadro 3.7).

Cuadro 3.7

Proporción de población de 60 años o más por condición de derechohabiencia a una institución de salud, Estado de México

	Sexo		Tipo de localidad*		Total
	Hombre	Mujer	Rural	Urbano	
<i>Condición de derechohabiencia</i>					
Ninguna institución	36.4	37.6	45.5	29.3	37.1
IMSS	31.5	27.1	9.9	46.5	28.9
ISSSTE/Issemym	8.2	6.8	5.1	9.5	7.4
Pemex	0.3	0.3	0.1	0.5	0.4
Seguro Popular	17.8	21.1	34.9	5.8	19.7
Otros	5.8	7.1	4.5	8.4	6.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Significancia por tipo de localidad *P < 0.0001.

Fuente: elaboración propia con datos de la ESEDEM 2008.

La derechohabiencia en las instituciones de salud presenta diferencias estadísticamente significativas de acuerdo con el tipo de localidad, y las desventajas se observan, como ha ocurrido desde hace varias décadas, en las localidades rurales que tienen menos de 2 500 habitantes, donde sólo 55.5 por ciento de las personas declaró ser derechohabiente, en comparación con 71.4 por ciento de las localidades urbanas (2 500 y más habitantes). Y aunque las desventajas para la población rural también se observan a nivel nacional, lo cierto es que la cobertura en servicios de salud es baja en general para todo el país, por lo que sería deseable que la cobertura fuera cercana a 100 por ciento, como en los países desarrollados.

Las diferencias se acentúan más considerando el tipo de derechohabiencia, donde aproximadamente 15 por ciento de los individuos reporta tener derecho a recibir atención en las instituciones de seguridad social establecidas en las localidades rurales. Lo relevante es que estas instituciones tienen la obligación de atender gratuitamente cualquier padecimiento de las personas. Por su parte, el SP tiene una cobertura limitada a un catálogo de padecimientos (CNPSS, 2008) y establece cuotas anuales para los asegurados de acuerdo con su situación económica y diversos pagos por el tratamiento de otros padecimientos que no se consideran en el paquete de servicios (CDHCU,

2009); además, atiende a las personas enfermas en instituciones públicas o privadas más cercana a su domicilio o localidad, por lo que una condición para acceder al programa del SP es la cercanía a una unidad de salud, de tal manera que esto limita la cobertura. Actualmente, 35 por ciento de la población adulta mayor que reporta estar afiliada al SP vive en localidades rurales, lo cual es de esperarse, toda vez que en estas localidades es donde hay menos población con seguridad social, en comparación con las urbanas, donde solamente 5.8 por ciento de los mayores dicen estar afiliados al SP, toda vez que ahí las personas mayores tienen más alternativas de aseguramiento y acceso a los servicios en instituciones de seguridad social, principalmente.

De acuerdo con cifras oficiales de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), a mediados de 2007, 1.3 millones de personas estuvieron afiliadas en el Estado de México, los adultos de 60 años y más representaron 7.1 por ciento del total (92 209 individuos), de los cuales 60 por ciento de las personas mayores afiliadas eran mujeres (CNPSS, 2008).

A continuación se presentan las principales respuestas de la población mexiquense con 60 años y más, sobre las coberturas en salud a las que tienen derecho según datos de ESEDEM 2008. Las respuestas de los mayores denotaron un gran desconocimiento de sus derechos y los servicios a los que pueden acceder como derechohabientes. Este desconocimiento se traduce en un bajo uso de los servicios, aunque se necesiten, al tiempo que muestra una falta de comunicación de las instituciones con sus derechohabientes (véase el cuadro 3.8).

Cuadro 3.8

Proporción de población de 60 años o más derechohabiente de instituciones de salud por cobertura de servicios, Estado de México, 2008

	Todo	Nada	Algo	No sabe	Total
<i>Servicios</i>					
Consulta medicina general	85.5	6.8	2.6	5.1	100.0
Consulta de especialidades	67.1	17.4	4.1	11.4	100.0
Medicamentos	72.9	11.8	9.7	5.5	100.0
Hospitalización	59.0	20.1	3.1	17.8	100.0
Exámenes de laboratorio, rayos X e imagenología	65.9	18.1	5.3	10.8	100.0
Anteojos	12.4	55.5	4.5	27.5	100.0
Prótesis o aparatos de apoyo	13.0	44.1	3.7	39.3	100.0
Servicios de rehabilitación	30.3	32.1	2.8	34.8	100.0
Servicio de odontología	25.8	36.4	12.0	25.8	100.0

Fuente: elaboración propia con datos de la ESEDEM, 2008.

Los servicios que las personas mayores reportaron con mayor frecuencia son: consulta en medicina general, medicamentos, consulta en especialidades, exámenes y hospitalización. Sobre los servicios de rehabilitación y

odontología, que son muy requeridos por la población adulta mayor, sólo 30 por ciento y 25.8 por ciento, respectivamente, declaran tener conocimiento de su derecho a recibirlos. Referente a los servicios odontológicos, 12 por ciento de los entrevistados declaró que sólo tiene derecho parcial, es decir, tienen que pagar alguna cantidad extra para recibir los tratamientos. En cuanto a la provisión de ayudas técnicas, como los servicios de prótesis y anteojos, una proporción muy limitada de la población mayor (menor al 10 por ciento) declaró tener derecho a recibir un apoyo total para adquirirlos.

El cuadro 3.9 permite visualizar las diferencias por institución de salud en cuanto a la proporción de personas que reportan padecer algunas de las 16 enfermedades incluidas en la encuesta. Es importante resaltar la menor proporción que resulta entre la población que reporta no ser derechohabiente de alguna institución (70.8 por ciento) y aquéllos afiliados al SP (73.3 por ciento). Esto en comparación con el resto de las instituciones, lo cual podría tener dos posibles explicaciones: la primera, que efectivamente, la población tiene una menor prevalencia de dichas enfermedades, y la segunda, que desconoce padecerlas (subregistro) porque no le han sido diagnosticadas por personal de salud. Considerando la limitación en acceso a servicios de salud de los individuos no derechohabientes, la explicación del subregistro es más probable. Sin embargo, en el caso de la población afiliada al SP habría que confirmar qué ocurre, y si se trata de un subregistro se debe identificar si es por el hecho de que los diagnósticos no se están llevando a cabo por el personal de salud o si las personas afiliadas están acudiendo a los servicios de salud cuando el padecimiento está en fases avanzadas, lo cual en ambos casos indicaría una grave y costosa falla del sistema de salud en materia de diagnóstico y prevención de enfermedades.

Cuadro 3.9

Proporción de población de 60 años o más por condición de derechohabiencia*, con al menos una de las 16 enfermedades por las que se preguntó, Estado de México

	Sin enfermedad	Al menos una enfermedad	Total
<i>Condición de derechohabiencia</i>			
Ninguna institución	29.2	70.8	100.0
IMSS	14.9	85.1	100.0
ISSSTE/Issemym	17.2	82.8	100.0
Seguro Popular	26.7	73.3	100.0
Otra institución	16.7	83.3	100.0
Total	22.8	77.2	100.0

Significancia por tipo de localidad *P < 0.0001.

Fuente: elaboración propia con datos de la ESEDEM 2008.

En cuanto a los tres padecimientos con mayor prevalencia, la gráfica 3.3 muestra cómo, de manera consistente con el cuadro 3.9, la prevalencia para cada padecimiento es menor en quien reporta no ser derechohabiente de alguna institución y en aquellos afiliados al SP.

3.5 Dimensiones e índice de salud

Los índices de mortalidad y morbilidad son muy valiosos para conocer la situación de salud de los hombres y mujeres adultos mayores. Sin embargo, considerando la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”, es necesario enriquecer la información anterior con otros datos. Resulta muy importante tener una medida integral de la salud, ya que una aproximación al estado de salud basada exclusivamente en el reporte de enfermedad deja de lado muchos aspectos de cómo se está manifestando la enfermedad y su impacto en las personas mayores, así como cuál es la calidad de vida que tiene la población.

Existen varios instrumentos que han sido probados y muestran ser confiables para algunos grupos de población dirigidos a medir la salud, y algunos de ellos, más específicos, a evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (Cox *et al.*, 1992; Ware, 1993; Ware, 2000). En la ESEDEM 2008 se incluyó una versión modificada del cuestionario de la encuesta SF-36 (Short Form Health Survey) versión mexicana (Zúñiga, Carrillo y otros, 1999) autorizada para el proyecto internacional de evaluación de calidad de vida de la OMS (International Quality of Live Assesment (IQOLA) y que previamente fue aplicada en otro cuestionario en el estado de Guanajuato (Gobierno del Estado de Guanajuato, 2005).

El objetivo de esta sección es calcular un índice de salud que nos permita medir el estado de salud de la población adulta mayor mexiquense en forma integral, como una aproximación a la calidad de vida de esta población en aspectos relacionados con la salud. Para ello se calculará un Índice de Salud Física y Mental que considera ocho dimensiones para ser construido: autopercepción de la salud y transición de salud notificada, función física, rol físico, dolor corporal, vitalidad, rol emocional, salud mental y función social. La metodología usada para el cálculo de dicho índice fue retomada de la propuesta por Hebrero (2004).

Gráfica 3.3
 Proporción de población de 60 años o más por condición de derechohabiencia*,
 según prevalencia de enfermedades, Estado de México



Significancia por tipo de localidad *P < 0.0001.
 La suma de las proporciones para cada institución puede ser mayor al 100 por ciento, ya que las enfermedades no son excluyentes y, por lo tanto, una misma persona puede reportar padecer más de una enfermedad.
 Fuente: elaboración propia con datos de la ESEDEM 2008.

La autopercepción de la salud, junto con la función física, el rol físico y dolor corporal, constituyen los componentes para evaluar la salud física; la salud mental, por su parte, considera los componentes de vitalidad, rol emocional, salud mental y función social. Dichas dimensiones, junto con la transición de salud notificada, serán de utilidad para calcular el índice de salud física y mental que nos dará una tendencia del estado de salud integral de la población mayor y la aproximación a su calidad de vida. Cada dimensión está compuesta por una o más preguntas (véase el apéndice I), a partir de las cuales se asigna un valor de cero a cinco, dependiendo del número de respuestas posibles a cada pregunta y el sentido de las mismas. Posteriormente se suman las preguntas con los valores obtenidos, de acuerdo con las respuestas dadas, que componen cada dimensión y se estandarizan a un valor que puede ir de cero (peor) a 100 (mejor) (Hebrero, 2004). A continuación se muestran los resultados de cada dimensión, con el propósito de observar cuál es el resultado en cada una de ellas y cuál de éstas requiere una mayor atención planificada por las instituciones de salud y sociales.

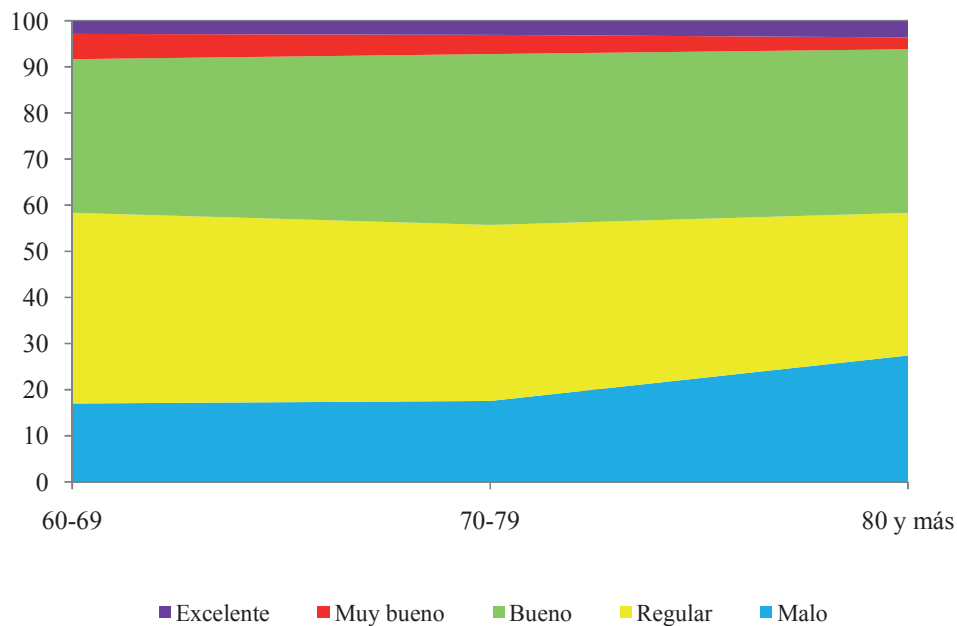
Salud física. Autopercepción de salud y transición de salud notificada

La autopercepción de salud se ha identificado como una respuesta a un proceso subjetivo que brinda mucha información y está asociado con el número de padecimientos, la intensidad de éstos y su efecto en la vida cotidiana, lo cual puede corroborarse clínicamente mediante evaluaciones físicas y mentales. Por ello, es considerada como un parámetro que encierra una percepción integral de las personas sobre su salud y constituye un indicador complementario de otras evaluaciones (Beaman *et al.*, 2004).

Al respecto, 32.7 por ciento de los mayores encuestados en la ESEDEM 2008 tienen una autopercepción de su salud buena; 42 por ciento, regular; 17.5 por ciento mala, y una minoría declara muy buena y excelente. Las proporciones son muy similares entre hombres y mujeres; por otro lado, aunque entre lo rural y lo urbano no hay diferencias estadísticamente significativas, conforme aumenta la edad, la población rural encuestada declara en mayor proporción una percepción de estado de salud malo; mientras que en lo urbano, la mayor diferencia se observa en la población de edades más avanzadas: a partir de los 80 años y más en lo rural alrededor de 27.5 por ciento declaran un estado de salud malo, y en lo urbano, 21.1 por ciento (véanse las gráficas 3.4 y 3.5).

Gráfica 3.4

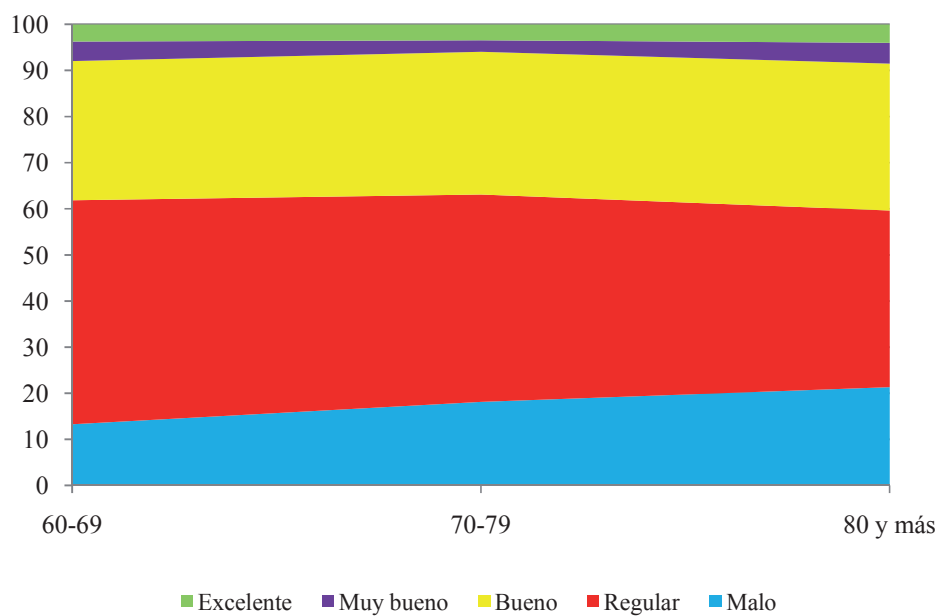
Autopercepción de salud de la población rural de 60 años o más, Estado de México



Fuente: elaboración propia con datos de la ESEDEM 2008.

Gráfica 3.5

Autopercepción de salud de la población urbana de 60 años o más, Estado de México



Fuente: elaboración propia con datos de la ESEDEM 2008.

Un aspecto complementario a la autopercepción del estado de salud es el autorreporte de la transición de salud notificada que nos da como resultado el cambio que ha percibido el adulto mayor en su salud de un año antes y hasta el momento de la encuesta. Como resultado se obtuvo que la mayor proporción de población reporta haberse mantenido igual (46 por ciento), seguida por la que reporta un cambio hacia un estado de salud peor (30.8 por ciento) y 19.3 por ciento declara un estado mejor. Entre hombres y mujeres, así como en localidades rurales y urbanas, no se observan diferencias significativas y se mantiene la misma distribución que en el total de la población encuestada; sin embargo, al igual que la autopercepción de salud, se observa que a mayor edad se incrementa la proporción de población con una percepción hacia estados de salud peor y mucho peor, pasando de 27.8 por ciento en los de 60 a 69 años, hasta 43.6 por ciento entre los de 80 y más (véase el cuadro 3.10).

Cuadro 3.10

Proporción de población de 60 años o más por autopercepción de transición de salud notificada, según grandes grupos de edad, Estado de México

	60-69	70-79	80 y más	Total
<i>Transición de salud notificada</i>				
Mucho mejor	2.2	1.4	2.1	2.0
Mejor	19.5	20.0	17.0	19.3
Igual	50.5	44.2	37.3	46.0
Peor	26.7	32.5	39.3	30.8
Mucho peor	1.1	1.9	4.3	1.9

Fuente: elaboración propia con base en la ESEDEM 2008.

Función física

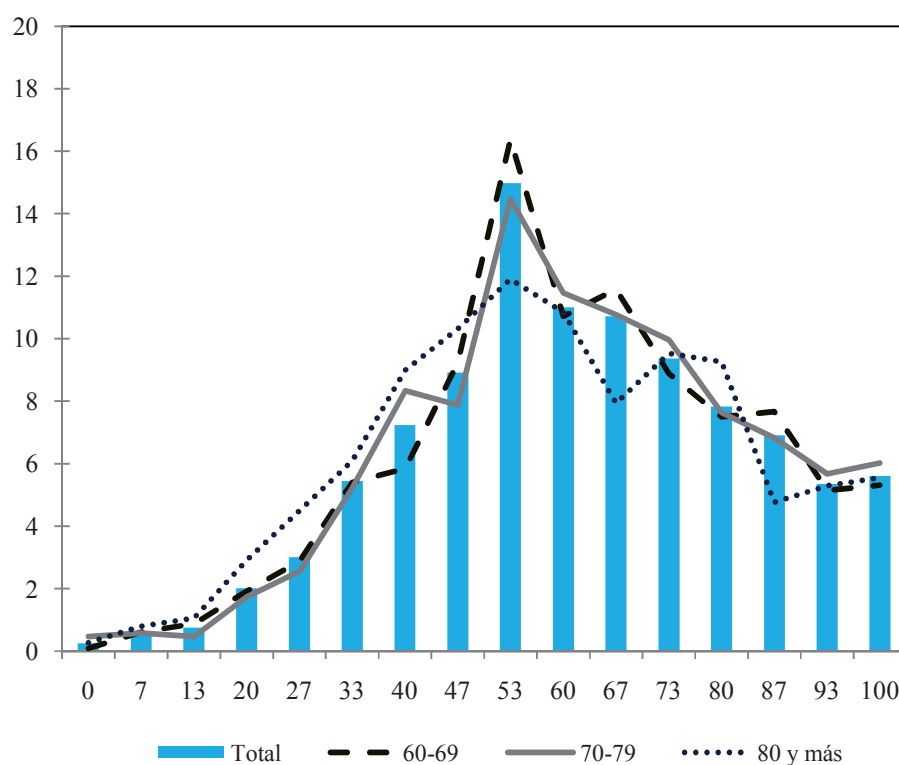
Una de las principales dificultades que se ha observado en la población mayor, conforme aumenta la edad y asociada con algunas enfermedades, es la realización de actividades como cargar objetos pesados, caminar algunas cuadras, lavar, trapear, agacharse, bañarse o vestirse, entre otros. Al respecto, la dimensión denominada función física, que en total incluye diez reactivos para calcularla, concentra información sobre estos aspectos (véase el apéndice 1).

Las distribuciones del indicador de la función física nos muestran un patrón que se concentra en los niveles máximos, ya que alrededor de 78 por ciento de la población tiene valores por arriba de los 50 puntos, lo cual indica que este grupo reporta no tener serias limitaciones y que en su mayoría pueden realizar actividades físicas solos. Se presentan diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, y por grupos de

edad, pero no entre localidades urbanas y rurales. Los hombres pueden realizar mejor sus actividades en comparación con las mujeres y conforme aumenta la edad hay una tendencia a tener más problemas para realizar sus actividades, sobre todo a partir de los 80 años, lo cual se muestra en el descenso drástico en la distribución del indicador en dicho grupo de edad (véase la gráfica 3.6).

Gráfica 3.6

Distribución del indicador de función física de la población de 60 años o más, Estado de México



Fuente: elaboración propia con datos de la ESEDEM 2008.

Rol físico

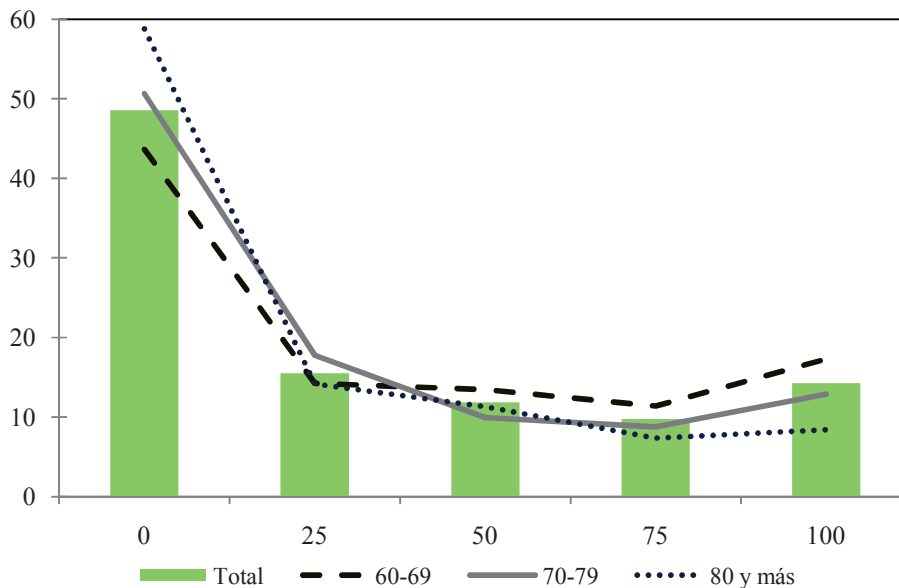
El rol físico es una dimensión conformada por cuatro reactivos relacionados con las dificultades para realizar sus actividades cotidianas como el trabajo y quehaceres del hogar, aspectos muy importantes de la calidad de vida de las personas en todas las edades (véase el apéndice 1).

Las mujeres reportan en mayor proporción tener dificultades para realizar sus actividades cotidianas, toda vez que 78.2 por ciento de la población presenta valores de 50 puntos o menos, en comparación con 72 por ciento de los hombres adultos mayores con ese puntaje. En las localidades rurales también declaran mayores dificultades para realizar sus actividades, pues alrededor de 80 por ciento de la población reportó 50 o menos puntos en el indicador, en comparación con 71 por ciento de la población urbana.

Además, la gráfica 3.7 nos muestra cómo se distribuye el indicador por grupo de edad, donde se puede observar la tendencia a reportar mayores dificultades conforme aumenta la edad, con diferencia de hasta 15 puntos porcentuales en el nivel de dificultad que reportan aquéllos de entre 60 y 69 años, y los de 80 años y más.

Gráfica 3.7

Distribución del indicador de rol físico de la población de 60 años o más, Estado de México



Fuente: elaboración propia con datos de la ESEDEM 2008.

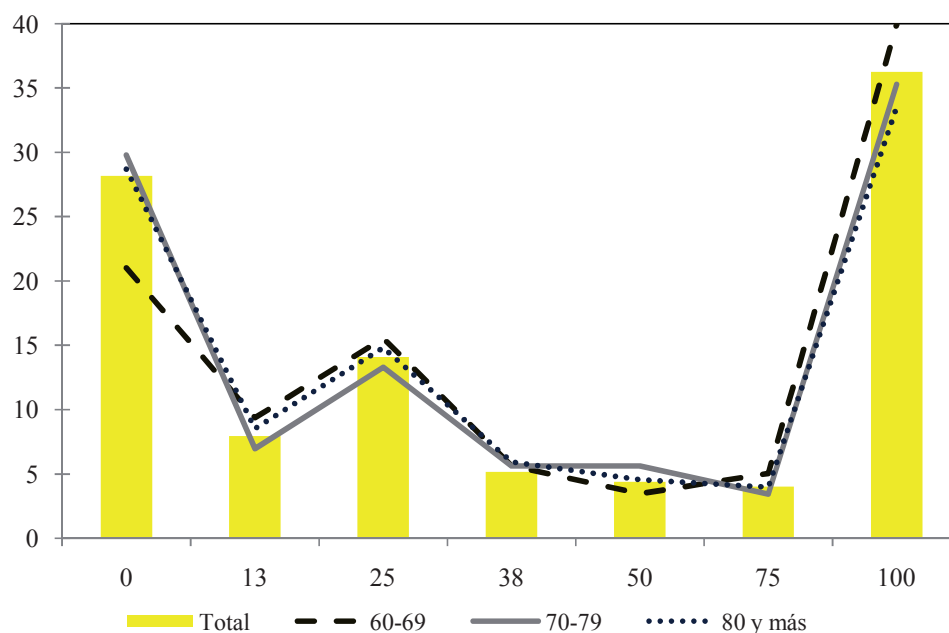
Dolor corporal

El dolor es un aspecto que limita en muchas ocasiones la realización de actividades básicas y cotidianas de los individuos, sobre todo cuando está presente por largos periodos y elevada intensidad. El indicador de dolor corporal que se analizará enseguida concentra la información relacionada con la intensidad del dolor y las limitaciones percibidas por la población relacionada con éste (ver el apéndice 1).

El 63.9 por ciento de la población reporta tener dolor en diferentes intensidades que limitan de alguna manera sus actividades cotidianas, donde cerca del 50 por ciento de aquéllos que lo padecen reportan una intensidad fuerte y muy fuerte. Al respecto, las mujeres declaran mayor intensidad del dolor y limitaciones derivadas (64.2 por ciento en comparación con un 53.5 por ciento de hombres) con un indicador de 50 o menor. Las localidades rurales tienen el mismo patrón, con 62.5 por ciento *versus* 57.2 por ciento de las urbanas, con valores del indicador de 50 o menores. A mayor edad se puede observar una mayor tendencia a padecerlo y a tener mayores limitaciones derivadas, sobre todo a partir de los 70 años (véase la gráfica 3.8).

Gráfica 3.8

Distribución del indicador de dolor corporal de la población de 60 años o más, Estado de México



Fuente: elaboración propia con datos de la ESEDEM 2008.

Las cuatro dimensiones antes mencionadas, que componen la salud física, nos indican que aunque no existen limitaciones serias para realizar las actividades cotidianas en la mayoría, aquéllos que tienen limitaciones las reportan con un impacto importante en sus actividades, tanto laborales como en sus quehaceres del hogar; y en cuanto al dolor corporal, aquéllos que lo padecen lo describen como con fuerte intensidad y en su mayoría viven limitados en sus actividades cotidianas.

Salud Mental

La importancia de la salud mental en la población en general es fundamental a lo largo de la trayectoria de vida de los individuos y se ha identificado que la salud física y la mental deben ser entendidas en constante interacción, ya que una salud mental pobre a menudo reduce la actividad, la capacidad funcional y muy probablemente disminuye la resistencia a los problemas físicos y, a su vez, una salud física deteriorada conduce frecuentemente a la soledad, a la pérdida significativa de capacidad para actuar y realizar tareas normales de la vida diaria, así como a la depresión (Kalish, 1983). La vitalidad, el rol emocional, la salud mental y la función social son las dimensiones que constituyen los componentes para evaluar la salud mental.

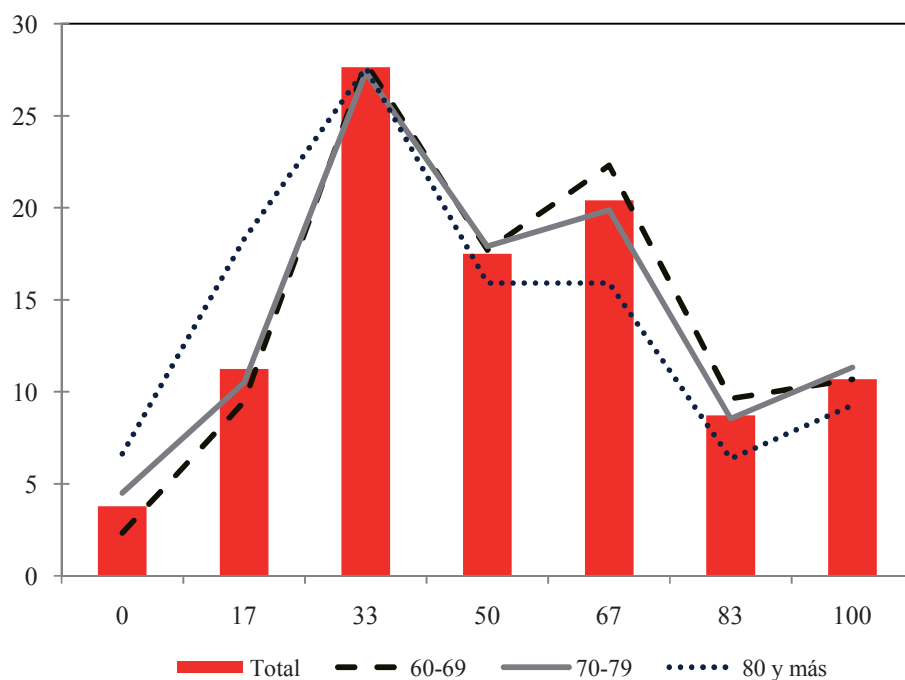
Vitalidad

La dimensión de vitalidad se relaciona con lo que los individuos sienten acerca de si tienen mucha energía o padecen cansancio. Los resultados muestran que las mujeres (63.1 por ciento) tienen menor vitalidad que los hombres (56.1 por ciento), es decir, que tienen niveles de 50 o menores en el indicador, y la población rural, 64.5 por ciento en comparación con la urbana (57.3 por ciento). Las tendencias por edad muestran que a mayor edad la población tiende a percibirse con menores niveles de vitalidad, principalmente a partir de los 80 años (véase la gráfica 3.9).

Rol emocional

Respecto al rol emocional, la población reporta en su mayoría un estado emocional deficiente en relación con el tiempo dedicado al trabajo o quehaceres del hogar, hacer menos de lo que le hubiera gustado o hacerlo con el cuidado de siempre (ver el apéndice 1). Al respecto, 69.3 por ciento reporta un estado emocional pobre, con un nivel en el indicador de 50 o menor, lo cual manifiesta un estado de descontento con lo hecho en el trabajo o los quehaceres del hogar. Entre las mujeres (73.8 por ciento) el descontento es mucho mayor que entre los hombres (62.4 por ciento), y entre la población rural y la urbana no hay diferencias significativas en esta dimensión. Las tendencias por edad del rol emocional hacen evidente que la población con edades más avanzadas declara un mayor descontento y llegan a alcanzar una proporción de 76.7 por ciento en aquéllos con 80 años o más (véase la gráfica 3.10).

Gráfica 3.9
Distribución del indicador de vitalidad de la población de 60 años o más por grandes grupos de edad, Estado de México



Fuente: elaboración propia con datos de la ESEDEM 2008.

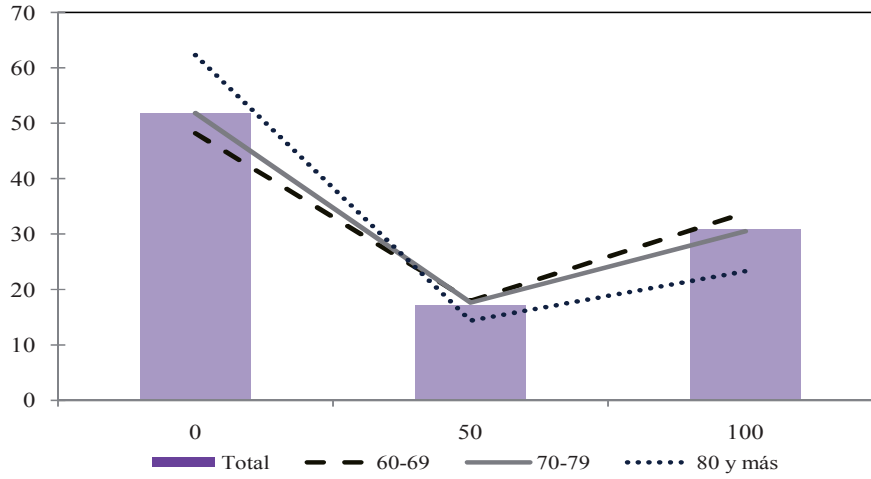
Salud mental

La dimensión de salud mental tiene una distribución donde la mayoría (72 por ciento) de la población reporta estados más frecuentes de tranquilidad, sosiego y felicidad y, en menor medida, nerviosismo, tristeza o depresión, con valores por arriba de 50. Sin embargo, la salud mental de las mujeres está más deteriorada que la de los hombres, ya que una proporción mayor (34.6 por ciento) de ellas reporta estados donde predomina el decaimiento, el nerviosismo, tristeza o depresión, *versus* 19.4 por ciento de los hombres en la misma situación.

Entre lo rural y lo urbano no se observan diferencias significativas y aunque es posible ver una ligera tendencia a que conforme aumenta la edad el estado mental que se reporta sea más deteriorado, las diferencias no resultan significativas entre los distintos grupos de edad (véase gráfica 3.11).

Gráfica 3.10

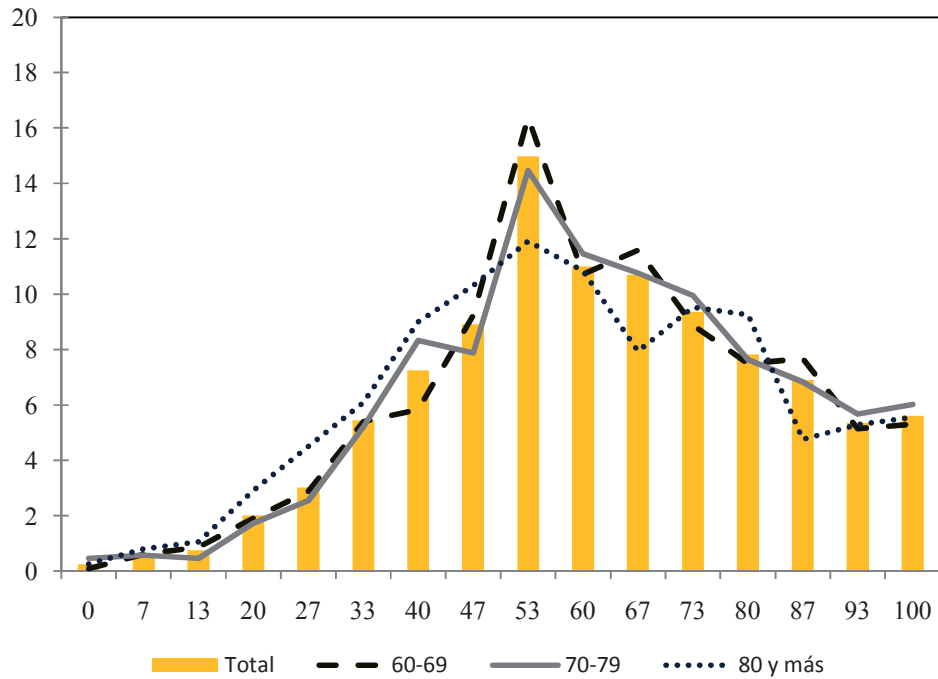
Distribución del indicador de rol emocional de la población de 60 años o más por grandes grupos de edad, Estado de México



Fuente: elaboración propia con datos de la ESEDEM 2008.

Gráfica 3.11

Distribución del indicador de salud mental de la población de 60 años o más por grandes grupos de edad, Estado de México



Fuente: elaboración propia con datos de la ESEDEM 2008.

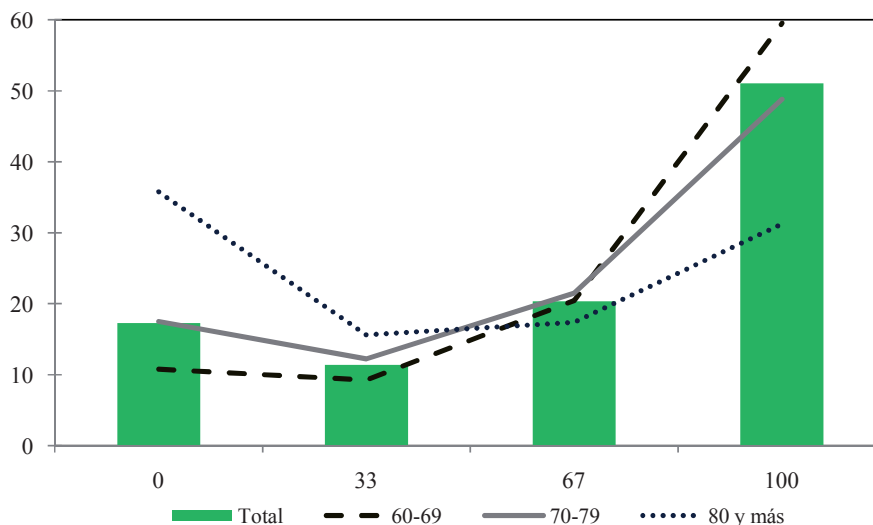
Función social

La dimensión denominada función social es un indicador relacionado con la dificultad de la población mayor para visitar algún pariente, amigo o vecino, como consecuencia de su salud física o problemas emocionales (véase apéndice 1).

Como puede observarse en la gráfica 3.12, poco más de la mitad de los adultos mayores encuestados menciona que no ha tenido problemas para realizar visitas y tiene un valor del indicador de 100; sin embargo, el resto reporta dificultades para hacer visitas o definitivamente no las realiza. Las mujeres (53 por ciento) en mayor medida que los hombres (43.3 por ciento) manifiestan tener dificultades para socializar debido a cuestiones de salud y emocionales. Las diferencias también son significativas en la población rural, donde 46.1 por ciento declara dificultades en comparación al 51.5 por ciento en lo urbano, probablemente por el hecho de que en comunidades más pequeñas las distancias entre los amigos son más cortas y hay mayor convivencia con los vecinos. Por edad es drástico el cambio y se observa conforme aumenta la edad, de tal manera que a partir de los 70 años el descenso en la función social presenta 51 por ciento con un valor de 67 o menor en el indicador, pero a partir de los 80 años es preocupante el grado de posible aislamiento que pudiera darse entre la población de edades más avanzadas, ya que el indicador arroja que 68.7 por ciento de este grupo etario reporta dificultades para hacer visitas o definitivamente no las realiza.

Gráfica 3.12

Distribución del indicador de función social de la población de 60 años o más por grandes grupos de edad, Estado de México



Fuente: elaboración propia con datos de la ESEDEM 2008.

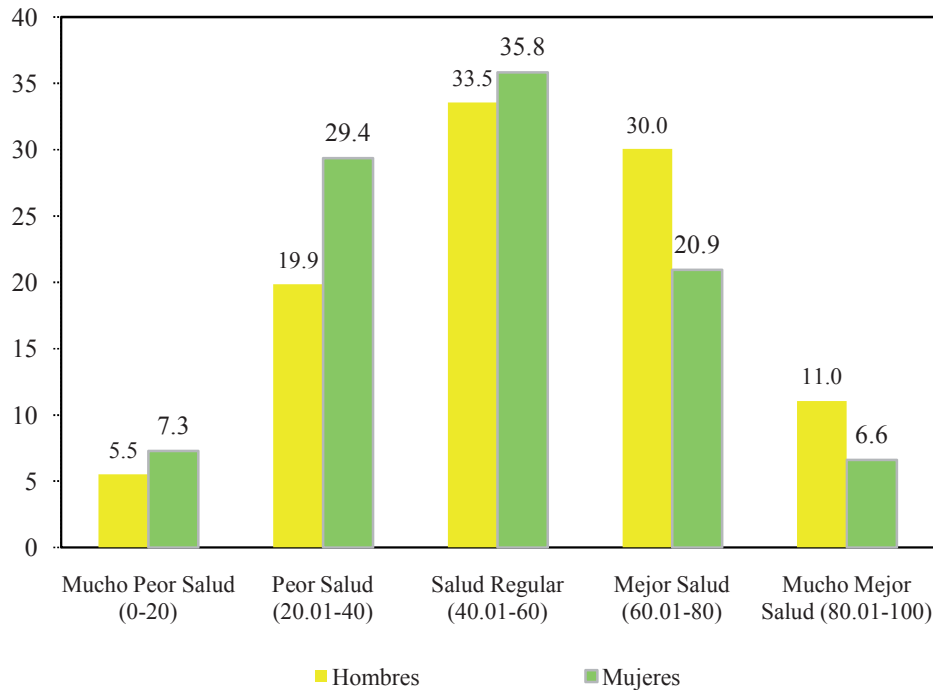
3.6 Índice de salud física y mental

Con los resultados de las dimensiones abordadas previamente y la transición de salud notificada se calculó un índice aditivo que integra tanto aspectos físicos como mentales. El método de cálculo usado fue sumar los valores obtenidos en cada dimensión, y el resultado fue estandarizado de tal manera que el valor mínimo es 0 (peor salud) y el máximo que puede alcanzar es 100 (mejor salud), es decir, a todas las dimensiones se les asigna un mismo peso (Hebrero, 2004).

Para facilitar el análisis de los resultados del indicador, éste se dividió en cinco grupos que van desde los rubros: ‘mucho peor salud’ hasta ‘mucho mejor salud’ (véase la grafica 3.13). Los resultados del índice de salud física y mental muestran que tiene una distribución normalizada, donde la mayoría de los valores se concentran en los valores medios del indicador. El valor promedio obtenido por la población fue de 50.6, con una relativamente elevada variabilidad de los resultados y 19.9 de desviación estándar. Considerando el valor promedio, la mitad de la población (50.4 por ciento) obtuvo valores por debajo de este nivel.

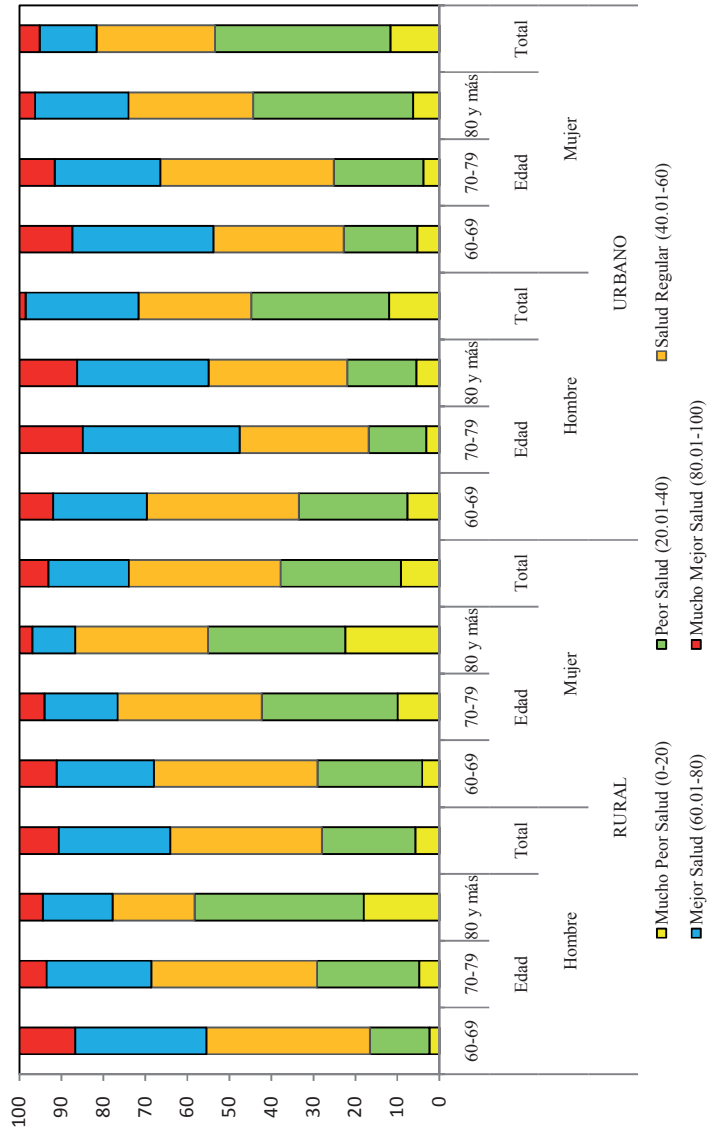
Gráfica 3.13

Distribución del índice de salud física y mental de la población de 60 años o más por sexo, Estado de México



Fuente: elaboración propia con datos de la ESEDEM 2008.

Gráfica 3.14
Distribución del índice de salud física y mental de la población de 60 años o más por grandes grupos de edad, sexo y tipo de localidad, Estado de México



Fuente: elaboración propia con datos de la ESEDEM 2008.

De manera consistente con los resultados de cada dimensión de los apartados anteriores, las mujeres presentan una salud más deteriorada (55.4 por ciento), por debajo del valor promedio en comparación con los hombres (43 por ciento).

La gráfica 3.13 muestra cómo se distribuyen los resultados del índice de salud entre hombres y mujeres, y es posible identificar cómo la mayoría de las mujeres se concentran en los estados de mucho peor, peor y salud regular, situación que es consistente con lo encontrado por otros autores (Ham, 2001; Ham 2003) sobre una mayor esperanza de vida de las mujeres pero un mayor número de años vividos con incapacidad, en comparación con los hombres que alcanzan edades avanzadas.

Como hemos venido encontrando en el análisis, conforme avanza la edad se hace más presente el deterioro de la salud en mayor intensidad en las mujeres y en la población que habita en las localidades rurales. Al respecto, la gráfica 3.14 muestra que los hombres urbanos son los que tienen mejor estado de salud, seguidos por las mujeres urbanas, los hombres rurales y, finalmente, las mujeres rurales. Tales diferencias por tipo de localidad, sexo y edad resultan estadísticamente significativas.

3.7 Estado de salud y relaciones con enfermedades crónicas, derechohabiencia y hábitos de riesgo

Lo anterior nos lleva a tratar de encontrar algunas explicaciones a dicho fenómeno relacionando el estado de salud con el padecimiento de alguna enfermedad crónica o degenerativa, factores de riesgo y padecimientos en la niñez, para identificar algún patrón o característica según el estado de salud. El objetivo de este apartado es explorar las relaciones para, en un trabajo posterior, buscar asociaciones con las variables antes mencionadas y ver la disponibilidad de oportunidades de los adultos mayores como la ocupación principal a lo largo de la vida, la escolaridad, transferencias institucionales, ingresos, por mencionar algunos, que enriquezcan el estudio de la salud de la población adulta mayor mexiquense.

Al respecto, el cuadro 3.11 nos muestra que únicamente resultan significativas las diferencias entre aquéllos que padecen al menos una enfermedad crónica o degenerativa y la condición de consumir tabaco y alcohol. Los que padecen al menos una de las 16 enfermedades presentan una situación de salud más desfavorable, es decir, 37 por ciento de la población de adultos mayores con alguna enfermedad resultan con una evaluación en su estado de salud de peor y mucho peor, en comparación con un 14 por ciento de adultos mayores que no padecen ninguna de dichas enfermedades, pero tienen una evaluación de salud peor o mucho peor.

Cuadro 3.11

Índice de salud física y mental según varias condiciones seleccionadas de la población de 60 años o más, Estado de México

Condición	Mucho	Peor	Salud	Mejor	Mucho	Total
	peor salud	salud	regular	salud	mejor salud	
	(0-20)	(20.01-40)	(40.01-60)	(60.01-80)	(80.01-100)	
<i>Condición de derechohabencia</i>						
Ninguna institución	6.9	26.5	36.0	23.9	6.7	100.0
IMSS	5.6	24.4	33.5	26.7	9.8	100.0
ISSSTE/Issemym	6.4	18.0	39.0	27.3	9.3	100.0
Seguro Popular	6.8	27.1	34.9	22.1	9.1	100.0
Otra institución	8.2	26.5	29.9	25.9	9.5	100.0
Total	6.4	25.4	34.9	24.8	8.5	100.0
<i>Enfermedad crónica o degenerativa*</i>						
Al menos una:	7.7	29.4	35.9	21.5	5.5	100.0
Hipertensión arterial	9.1	34.1	36.0	16.5	4.3	100.0
Pérdida de la vista	8.2	31.6	38.2	18.2	3.8	100.0
Diabetes mellitus	9.0	30.9	35.7	19.2	5.2	100.0
Hipercolesterolemia	6.8	33.0	36.2	19.2	4.8	100.0
Pérdida auditiva	10.5	38.4	31.1	16.8	3.2	100.0
Ninguna	2.6	11.6	31.3	36.1	18.5	100.0
Total	6.4	25.4	34.9	24.8	8.5	100.0
<i>Fumadores *</i>						
No fuman	6.7	26.6	35.3	23.1	8.3	100.0
Fuman	5.2	15.5	31.1	38.2	10.0	100.0
Total	6.4	25.4	34.9	24.8	8.5	100.0
<i>Consumo de alcohol*</i>						
Consumen	4.0	20.1	35.5	29.7	10.7	100.0
No consumen	7.4	27.2	34.6	23.1	7.7	100.0
Total	6.4	25.4	34.9	24.8	8.5	100.0

*Diferencias significativas al $P < 0.0001$.

Fuente: elaboración propia con datos de la ESEDEM 2008.

El deterioro del estado de salud es más evidente en la población que reportó tener diagnóstico de hipertensión, diabetes y pérdida auditiva, que son tres de los cinco padecimientos con mayor prevalencia entre la población encuestada. Vale la pena resaltar que entre los que reportaron hipertensión, 43 por ciento tienen un estado de salud peor y mucho peor, y los que reportaron pérdida auditiva ascienden a 49 por ciento en la misma condición.

Respecto al consumo de alcohol y tabaco, que resultaron estadísticamente significativos, es posible identificar que presentan una tendencia inversa a

la esperada, ya que los que reportan fumar actualmente presentan mejores estados de salud; el mismo patrón se identifica en aquellos que consumen alcohol. La posible explicación que se puede dar al fenómeno es que las personas que actualmente tienen un estado de salud deteriorado dejaron el consumo de alcohol y tabaco para tratar de mejorar su salud o por prescripción médica. Al respecto, es importante que en futuras investigaciones se pregunte a los adultos mayores sobre el consumo de tabaco y alcohol en épocas más tempranas de la vida.

Reflexiones finales

Los resultados más relevantes obtenidos con el análisis que se realizó es que los servicios de salud son insuficientes. Las enfermedades crónicas o degenerativas, por las cuales se preguntó, están presentes (al menos una) en la mayoría de la población encuestada (77.2 por ciento), las padecen más las mujeres de edades más avanzadas. Padecimientos como la hipertensión, la diabetes y la hipercolesterolemia, que figuran entre las principales causas de muerte, permanecen dentro de las enfermedades con mayor prevalencia, además de que las mujeres reportan en mayor medida padecerlas, y los que viven en localidades urbanas también declaran en mayor proporción que conocen el diagnóstico. Al respecto, los antecedentes retomados en el análisis nos sugieren que tales diferencias se deben al subregistro en la detección de enfermedades, sobre todo en localidades rurales derivadas del menor acceso a los servicios de salud. También se pudo confirmar que una parte importante de la población padece más de una enfermedad, lo cual hace más difícil su tratamiento y deteriora en mayor medida su calidad de vida.

En cuanto al consumo de tabaco y alcohol, es relevante la proporción de población rural que reporta tener el hábito, siendo los hombres los que reportan una mayor proporción e intensidad en el consumo. Los hallazgos ameritan que las políticas de salud pública preventivas contra este tipo de adicciones se intensifiquen y sean implementadas desde etapas tempranas de la vida.

En general, la evaluación del estado de salud de la población con 60 años y más, a través del índice de salud física y mental, arrojó un estado de salud regular, las mujeres tienen estados de salud más desfavorables que los hombres, y los adultos mayores que habitan en localidades rurales tienen estados de salud peores que la población mayor urbana. Específicamente, los hallazgos muestran que la peor situación de salud es la de las mujeres adultas mayores rurales, seguida por los hombres rurales; posteriormente, las mujeres urbanas, y con mejores indicadores, los hombres urbanos.

Los datos de la ESEDEM 2008 muestran que los servicios de salud son

insuficientes, considerando la baja cobertura en las localidades rurales, lo cual puede relacionarse con la falta de medicación en algunos padecimientos que necesariamente la requieren, así como en el seguimiento de los mismos y en el desconocimiento de los servicios que proveen las instituciones de salud de las cuales son derechohabientes.

Evidentemente, la situación del acceso a los servicios de salud es una problemática nacional y no solamente del Estado de México, sin embargo, es necesario idear nuevos mecanismos que motiven al autocuidado de la salud desde edades tempranas; extender las campañas de la salud, sobre todo en la zonas rurales, enfocadas a la prevención y detección de padecimientos como hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia en los adultos, y prevenir que en las fases más críticas de la enfermedad sea cuando se trate o que las personas mueran desconociendo sus padecimientos.

Considerando que la Secretaría de Salud del Estado es autónoma y puede tomar decisiones respecto al diseño de nuevos programas de salud con un enfoque no únicamente curativo dirigido hacia la atención de la enfermedad, se sugiere la integración de equipos de atención gerontológica donde por lo menos exista una persona capacitada en gerontología, enfermería y trabajo social, además de la atención del médico, y si es posible, de un especialista en geriatría en la parte clínica, que apoye a las personas y con ello se busque preservar su autonomía; también se propone la activación de redes sociales de los mayores y la calidad de vida, para toda la población, aun cuando no se tengan padecimientos.

Es muy importante considerar que toda política de salud debe ser diseñada y aplicada con perspectiva de género y trayectoria de vida, considerando que entre hombres y mujeres predominan distintos padecimientos y necesidades desde etapas tempranas de la vida. Al respecto, la estrategia que puede ayudar a cuidar la salud de la población es el enfoque de prevención en los servicios de salud y para ello hay que fortalecer como prioridad el primer nivel de atención, es decir, las unidades de salud más cercanas que tienen el primer contacto con la población, y con ello seguramente habrá ahorros, ya que se realizarán menos operaciones de corazón y menores inversiones en tratamientos paliativos y diálisis, lo cual permitirá dirigir los recursos a mejorar la salud de toda la población en todas las etapas de la vida y no solamente tomar acciones en etapas críticas.

Como conclusión general podemos decir que el aumento en los años promedio de vida que se estiman en la población mexiquense no está acompañado, en su mayoría, de buenas condiciones de salud, lo cual se suma al hecho de que el sistema de salud tiene una cobertura limitada y los servicios que se ofrecen no responden en muchos casos a las necesidades de la población.

Apéndice I

Dimensiones del índice de salud física y mental		Preguntas del modulo X de la ESEDEM 2008
Transición de salud notificada		¿Comparando su salud con la del año pasado, ¿su salud ahora es...mucho peor, peor, igual, mejor o mucho mejor?
Salud física	Autopercepción de salud	¿Su estado de salud, diría que es... malo, regular, bueno. muy bueno o excelente?
	Función física	<i>Dígame por favor si en su estado de salud actual</i> ¿Usted puede levantar objetos pesados? ¿Usted puede barrer, trapear o lavar, jalar o empujar un sillón, ir por la leña o sacar a pasear a sus animales? ¿Usted puede levantar o llevar objetos que pesen más de cinco kilos, como una bolsa de alimentos? ¿Usted puede subir varios pisos por la escalera? ¿Usted puede subir un piso por la escalera sin descansar? ¿Usted puede doblarse, arrodillarse o agacharse? ¿Usted puede caminar más de 10 cuadras? ¿Usted puede caminar varias cuadras (menos de diez)? ¿Usted puede caminar una cuadra? ¿Usted puede bañarse o vestirse?
	Rol físico	<i>Últimamente usted ha tenido alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física</i> ¿Siente usted que ha disminuido el tiempo que dedica a su jornada de trabajo o quehaceres del hogar? ¿Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado? ¿Ha tenido problemas para realizar el mismo trabajo? ¿Ha tenido dificultades en realizar el trabajo o quehaceres del hogar?
	Dolor corporal	¿Sufre de dolores físicos a menudo? ¿Qué tan fuerte es su dolor físico? Este dolor físico, ¿cuánto le ha limitado sus actividades normales como el trabajo o los quehaceres del hogar?
Salud mental	Vitalidad	¿Con qué frecuencia siente usted que disfrutaba la vida? ¿Con qué frecuencia ha sentido que tenía mucha energía?
	Rol emocional	<i>Últimamente usted ha tenido alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)</i> ¿Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo o quehaceres del hogar? ¿Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado? ¿Ha hecho el trabajo o quehaceres del hogar con el cuidado de siempre?
	Salud mental	¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso? ¿Con qué frecuencia se ha sentido deprimido? ¿Con qué frecuencia se ha sentido tranquilo? ¿Con qué frecuencia se ha sentido feliz? ¿Con qué frecuencia se ha sentido triste?
	Función social	Últimamente, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado que visite a algún pariente, amigo o vecino?

Bibliografía

ABRANTES, Pego R., 2007, “La naturaleza desigual de la política de salud del Estado en una perspectiva histórica: conformación del problema de acceso y cobertura de los servicios de salud mexicano”, en *Actores sociales, proyectos y la construcción socio-política de la reforma del sector salud en México (1982-2000)*. Tesis de Doctor en Ciencias Sociales presentada en El Colegio de Michoacán, pp. 74-119.

BEAMAN, P., S. REYES, C. GARCÍA-PEÑA, A. R. CORTES y GRUPO NACIONAL SOBRE ENVEJECIMIENTO EN EL IMSS, 2004, “Percepción de salud entre los adultos mayores derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social”, en O. Muñoz, C. García-Peña y Luis Durán (editores), *La salud del adulto mayor*, IMSS, pp 117-138.

COX, D. R., R. FITZPATRICK , A. E. FLETCHER, S. GORE, D. J. SPIEGELHALTER y D. R. JONES, 1992, “ Quality-of-Life Assessment: Can We Keep it Simple”, en *Journal of the Royal Statistic Society*, vol. 155, núm.3, pp.353-393.

CDDHCU, 2006, *Ley de los Derechos de las personas Adultas Mayores: última reforma 26 de enero de 2006*, México, 25 de Junio de 2006.

CDDHCU, 2009, *Ley General de Salud: última reforma 17 Abril 2009*, México, 7 de febrero de 1984.

CEPAL/CELADE, 2003, *La estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento*, Naciones Unidas.

CEPAL/CELADE, 2007, *Segunda conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos*, Brasilia.

CEPAL, 2006, *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, 193 págs.

CNPSS, 2004, *Reglamento de la LGS en materia de prestación de servicios de atención médica*, México.

CNPSS, 2008, Cobertura: Estado de México. http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/descargas/cobertura_mapa/mapa_edomexico.pdf

CONAPO, 2002, *Indicadores demográficos para adultos mayores*, México.

CONAPO, 2006, *Proyecciones de población de México 2006*, México.

- CIEAP, 2008, *Encuesta Sobre Envejecimiento Sociodemográfico en el Estado de México ESEDEM 2008*, Centro de Investigación y Estudios Avanzados de la Población de la Universidad Autónoma del Estado de México.
- GALINDO, C. y F. LÓPEZ, 2008, “¿Qué tanto vivimos los mexicanos?”, en *Situación demográfica de México 2008*, Conapo, pp. 73-91.
- GOBIERNO DEL ESTADO DE GUANAJUATO, 2005, *Programa especial gerontológico para el estado de Guanajuato*, Unidad de Planeación e Inversión Estratégica, Gobierno de Guanajuato, México, 150 págs.
- HAM CHANDE, Roberto, 2001, “Esperanza de vida y expectativas de salud en las edades avanzadas”, en *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol.16, num. 3, pp. 545-560.
- HAM CHANDE, Roberto, 2003, “Enfoques y perspectivas sobre el envejecimiento en México” en Salgado Nelly y Rebeca Wong (Editoras) *Envejecimiento en la Pobreza: género, salud y calidad de vida*, INSP, pp. 81-95.
- HEBRERO, Mirna, 2004, *Evaluación del estado de salud como una dimensión del bienestar de la población mexicana con 50 años y más y análisis de sus factores asociados*, Tesis de maestría en demografía por el Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México, 97 pp.
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, 2007, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Estado de México. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud*. <http://www.insp.mx/ENSANUT/ENSANUT2006.pdf>
- KALISH, Richard ,1983, *La vejez: perspectivas sobre el desarrollo humano*, Madrid (España); Pirámide.
- ONU, 2002, *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, Madrid 8-12 Abril 2002. Nueva York.
- PALLONI, A., B. SOLDÓ y R. WONG, 2002, *Health status in a national sample of elderly mexicans*, Paper prepared for presentation at the Gerontological Society of America Conference, <http://www.ssc.upenn.edu/mhas/Papers/5.pdf>, Boston.
- PARTIDA, B. V., 2004, “La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México”, en *La situación demográfica de México 2004*, Consejo Nacional de Población, México, pp. 23-29.
- PARTIDA, B. V., 2006, “Situación demográfica nacional y estatal”, en *La situación demográfica de México 2006*, Consejo Nacional de Población, México, pp. 11-17.
- WARE, J. E., 1993, *SF-36 health survey manual and interpretation guide*, Boston, New England Medical Center.

WARE, J. E., 2000, "SF-36 Health Survey Update", en *Spine*, vol. 25, núm. 24, pp. 3130-3139.

WHO, 2004, página de internet de la Organización Mundial de la Salud, <http://www.who.int/about/definition/en/>.

ZÚÑIGA, E. y J. Enrique García, 2008, "El envejecimiento demográfico en México: principales tendencias y características", en *Horizontes*, núm. 13, Revista de la Población del COESPO Estado de México, pp 16-29.

ZÚÑIGA, Miguel A., Jenny CARRILLO, J. PETER, J. FOS, B. GANDEN y Manuel MEDINA, 1999, "Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México", en *Salud Pública de México*, vol. 41, núm.2, pp. 110-118.