

**El Colegio  
de la Frontera  
Norte**

**FUNCIONALIDAD Y SALUD: UNA TIPOLOGÍA DEL  
ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO**

Tesis presentada por

**César Alfredo González González**

Para obtener el grado de

**MAESTRO EN DEMOGRAFÍA**

TIJUANA B. C.

2004

## CONSTANCIA DE APROBACION

Director de Tesis: \_\_\_\_\_

Dr. Roberto Ham Chande

Aprobada por el Jurado Examinador:

1.- \_\_\_\_\_  
Dr. Roberto Ham Chande

2.- \_\_\_\_\_  
Dra. Maria Cristina Gomes da Conceição

3.- \_\_\_\_\_  
Dra. Elmyra Ybañez Zepeda

## **Agradecimientos**

Al primero que tengo que agradecer es a Dios por permitirme vivir los dos años que duró la maestría y por todo lo bueno y malo que en este tiempo me pasó.

La segunda a quien quiero agradecer es a Karina mi novia que se convirtió en esposa. A ti gracias por apoyarme, por estar a mi lado, por comprenderme y quererme, por ser mi inspiración y mi motivo para vivir, gracias.

A mi madre por ese cariño y amor sin medida. Por todo lo que me has dado, por todo lo que me has enseñado y claro por ser mi madre.

A la familia de Karina, mis suegros Don Ramón y Señora Velia, a mis cuñados Norma, Sonia y Luis (que conste que los metí en orden cronológico), gracias por hacerme sentir parte de la familia y por cuidar a mi chaparrita cuando no estuve.

A mis hermanos, Marco, Minerva y Gloria.

A Maffud gracias por convencerme de que esta es una gran oportunidad y por presionarme para enviar los papeles. A usted Dr. Humberto quiero agradecerle por ser mi coordinador, mi amigo, gracias por las llamadas y por el interés mostrado para que ingresara a la maestría, por ser tan buen coordinador y tan paciente conmigo durante el tiempo que duró el programa.

También quiero agradecer a mis amigos Balva, Maritza, Norma, Benjamín, Alicia Barreda, Pablito, Ricardo Olivera, Isabel y por supuesto a Claudia Santos mi hermana, amiga, compañera y algunas veces conciencia, a todos ustedes todo mi cariño y todo mi agradecimiento por estar siempre conmigo.

A Juan Polanco, por ser mi amigo, mi compañero, mi hermano, por los consejos, por ser mi padrino y por ir hasta Colima cuando me casé, gracias. Son muchas las cosas que tengo que agradecerle

desafortunadamente este espacio es muy corto, pero espero que sea suficiente para transmitir la gratitud y el aprecio que te tengo.

A Ricardo Becerra, “celebro” quiero agradecerte por ser un excelente amigo, por apoyarme y brindarme ayuda cada vez que la necesité. Por todas las veces que me llevaste al aeropuerto, a la central, a mi casa, al Colef. Por todas esas historias y vivencias, por ir a mi boda, por los viajes y momentos que compartimos, muchas gracias. A la Señora Lourdes por ser mi amiga y compañera en estos dos años, por su hospitalidad y sus buenos deseos hacia mi persona y claro también por asistir a mi boda, gracias.

A la Señora Ramona, al Giovanni y a Betza gracias por ser mis amigos y por compartir conmigo estos dos años, gracias.

También quiero agradecer a mis amigos de la MAIA, en especial a Clemente, Carlos y René.

A la Dra. Maru Anguiano quiero expresar mi cariño y gratitud, por ser una excelente persona a la que afortunadamente encontré en mi camino y que en un momento decisivo me extendió su mano y me brindó su amistad. Dra. Maru como dice la canción “siempre la recordare y la recordare bonito”.

A mi director de tesis el Dr. Roberto Ham, gracias por aceptar dirigir mi tesis, por los comentarios, por los libros que me prestó, por hacerme sentir a gusto y protegido, pero sobre todo por el interés, las ganas y el entusiasmo que siempre mostró en mi trabajo de tesis.

A mis lectoras la Dra. Elmyra Ybañez Zepeda y la Dra. Maria Cristina Gomes da Conceição quiero agradecerles por sus valiosos comentarios, sugerencias y apoyos para esta investigación.

A todos mis profesores por su esfuerzo y dedicación, gracias.

También quiero agradecer a las dos instituciones que hicieron posible que realizara mis estudios de maestría, El Colegio de la Frontera Norte (COLEF) y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), gracias por todos los apoyos otorgados para completar esta etapa de mi vida.

Por último, gracias a todos aquellos que por mi mala memoria no los incluí en párrafos anteriores y que de alguna manera deberían estar mencionados aquí.

César Alfredo González González

Agosto de 2004

Tijuana, México

# Índice

<b>Introducción</b>	1
<b>1. Marco Teórico</b>	
Transición demográfica	8
Proceso de envejecimiento en México	11
Transición epidemiológica	18
Aspectos conceptuales del envejecimiento	21
<b>2. Marco de referencia</b>	
Un mundo que envejece	29
Envejecimiento en América Latina	33
Situación en México	36
<b>3. Metodología</b>	
Fuente de información	41
Niveles de análisis	44
Grupos de edad	44
Sexo	45
Lugar de residencia: urbano-mixto	46
Técnicas de análisis	47
<b>4. Envejecimiento y salud</b>	
Cuatro formas de envejecer	48
Diagnósticos de salud	49
Enfermedades crónicas	49
Capacidad funcional	52
Actividades de la vida diaria	53
Actividades instrumentales de la vida diaria	54
Autopercepción	59
Indicador de estado de salud	60
Factores de riesgo	62
Tabaco	63
Alcohol	65
Actividad física	67
Indicador factores de riesgo	69
Tipo de envejecimiento	71
<b>Conclusiones</b>	74
<b>Anexos</b>	77
<b>Bibliografía</b>	101

## Índice de cuadros.

- Cuadro No. 1 Población total de los Estados Unidos Mexicanos, 1895-2000
- Cuadro No. 2 Distribución porcentual por grandes grupos de edad, México 1910-2050
- Cuadro No. 3 Orden de causas de muerte en hombres. México, 1970-2000
- Cuadro No. 4 Orden de causas de muerte en mujeres. México, 1970-2000
- Cuadro No. 5 Indicadores mundiales de población, 2003-2050
- Cuadro No. 6 Indicadores de población para países seleccionados de América Latina, 2000
- Cuadro No. 7 Indicadores de envejecimiento demográfico. México 1910-2050
- Cuadro No. 8 Porcentaje de población que le han diagnosticado enfermedad
- Cuadro No. 9 Porcentaje de población según la cantidad de enfermedades diagnosticadas por sexo, 2001
- Cuadro No. 10 Porcentaje de población según la cantidad de enfermedades diagnosticadas por condición urbana-mixta, 2001
- Cuadro No. 11 Porcentaje de población según la cantidad de enfermedades diagnosticadas por grupos de edad, 2001
- Cuadro No. 12 Porcentaje de población según el índice de enfermedades diagnosticadas por lugar de residencia, sexo y edad. México, 2001 (combinación)
- Cuadro No. 13 Porcentaje de población que tiene dificultad para realizar actividades. México 2001
- Cuadro No. 14 Porcentaje de población según AVD en que tiene dificultad por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001 (combinación)
- Cuadro No. 15 Porcentaje de población según AIVD en que tiene dificultad por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001 (combinación)
- Cuadro No. 16 Porcentaje de población según tipo de actividades en que tiene dificultad por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001 (combinación)
- Cuadro No. 17 Porcentaje de población según índice de capacidad funcional por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001 (combinación)
- Cuadro No. 18 Porcentaje de población según estado de salud autopercebido por sexo, 2001
- Cuadro No. 19 Porcentaje de población según estado de salud autopercebido por condición urbana-mixta, 2001
- Cuadro No. 20 Porcentaje de población según estado de salud autopercebido por grupos de edad, 2001
- Cuadro No. 21 Porcentaje de población según estado de salud percibido por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001 (combinación)
- Cuadro No. 22 Porcentaje de población según índice de estado de salud por lugar de residencia, sexo y edad. México 2001
- Cuadro No. 23 Porcentaje de población según índice de estado de salud por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001 (combinación)
- Cuadro No. 24 Porcentaje de población según consumo de tabaco por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001
- Cuadro No. 25 Porcentaje de población según consumo de tabaco por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001 (combinación)
- Cuadro No. 26 Porcentaje de población según consumo de alcohol por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001
- Cuadro No. 27 Porcentaje de población según consumo de alcohol por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001 (combinación)
- Cuadro No. 28 Porcentaje de población según si realiza actividad física por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001
- Cuadro No. 29 Porcentaje de población según si realiza actividad física por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001 (combinación)

- Cuadro No. 30 Porcentaje de población según indicador de riesgo por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001
- Cuadro No. 31 Porcentaje de población según indicador de riesgo por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001 (combinación)
- Cuadro No. 32 Porcentaje de población según tipo de envejecimiento por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001
- Cuadro No. 33 Porcentaje de población según tipo de envejecimiento por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001 (combinación)
- Cuadro No. 34 Población según tipo de envejecimiento por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001 (Ponderados)
- Cuadro No. 35 Población según tipo de envejecimiento por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001 (Muestra)

## Introducción

Es ampliamente reconocido que vivimos en un mundo que está envejeciendo. Uno de los mayores éxitos del siglo XX es el incremento de la longevidad y las mejoras de salud en la población de edades avanzadas. El interés por la vejez tiene muchos años, pero el envejecimiento demográfico ha tardado bastante en convertirse en un tema de investigación con la relevancia que tiene actualmente. El marco teórico en que se sustenta se remonta a mediados del siglo pasado, de tal manera que el envejecimiento poblacional podría concebirse como una consecuencia del proceso de transición demográfica.

El envejecimiento demográfico se define como un cambio en la estructura por edades, específicamente en el mayor peso porcentual de las edades avanzadas respecto al resto del conjunto de la población. Una herramienta bastante gráfica y muy utilizada en la demografía es la pirámide poblacional, a través de la que se muestra en las diversas proyecciones de la población de México como se va perdiendo anchura en su base mientras la gana por la cúspide, donde se encuentra la población en edades avanzadas. Este cambio en la pirámide poblacional es producto del descenso de la fecundidad, así como de la mortalidad y el consiguiente aumento en los años de vida, medidos a través de la “esperanza de vida”.

En cuanto a la población envejecida un concepto útil para definirla es aquel que considera que “la vejez corresponde a aquella etapa de la vida en donde comienzan a hacerse manifiestas la pérdida o disminución paulatina de capacidades que permiten al individuo adaptarse a las condiciones cambiantes de su entorno” (Ybáñez, 2002). Generalmente se ha aceptado como medida la edad (60 años para los países en desarrollo y 65 para los países desarrollados) para considerar a una persona vieja. Para el año 2000 se ha estimado que la población de personas mayores de 65 años en el mundo es de 420 millones de personas, aproximadamente un 7 % de la población total (6 mil millones), para el año 2025 se proyecta que sean 800 millones y para el año 2050 alrededor

de un millón y medio, lo que representa triplicar la población de 65 años y más en poco menos de 50 años.

En lo que se refiere a México, “Los habitantes pasarán de casi 100 millones en 2000 a más de 130 millones en 2050 [...] Los adultos mayores presentarán el crecimiento demográfico más dinámico. Su monto se multiplicará casi siete veces al aumentar de 4.8 a 32.4 millones e incrementarán su participación de 4.8 a 24.6 %, es decir, que, dentro de cincuenta años, uno de cuatro mexicanos pertenecerá a la tercera edad” (Partida, 2001).

Sabemos que para cada individuo el “envejecimiento es un proceso de características particulares, lento y gradual, es decir, se manifiesta de manera diferente en cada uno de ellos, por lo que lleva a la consideración de que una edad fija no puede separar a los viejos de los que todavía no lo son, deben considerarse diferentes periodos que tomen en cuenta las distintas cualidades y calidades de la vida en las edades avanzadas” (Ham, 2000). En ese sentido, existen diferentes concepciones de las características y signos que determinan el envejecimiento, las biológicas, de la salud, familiares, sociales y económicas.

Una forma de definir el envejecimiento es a través “de las condiciones de cese de actividades, roles y responsabilidades que en etapas posteriores terminan en una nueva dependencia, todo como resultado directo del avance de la edad” (Ham, 2002). Con este enfoque no es la edad cronológica la que determina al envejecimiento.

Los diversos cambios que se suscitan en la población y en su estructura desatan “las previsiones apocalípticas, las cuales se precipitan cuando la población crece, cuando no crece, cuando la emigración se desata, cuando es la inmigración la que crece, cuando la natalidad disminuye [...] y también como no, está despertando alarmas el envejecimiento poblacional” (Pérez, 2001).

En México como en varios países alrededor del mundo “el incremento en la población de edades avanzadas es tan rápido y tan importante que rebasa las incipientes actividades de investigación, planeación, prevención, otorgamiento de servicios y de organización política y administrativa para este sector de edades” (Ham, 2003); de tal manera que el envejecimiento poblacional plantea un reto, el cual debe ser abordado desde diversos ángulos y disciplinas que permitan emparejar el incremento de población envejecida con las acciones que den solución a las interrogantes y problemas que representa este grupo de la población.

El aspecto del envejecimiento que tendrá las mayores consecuencias en lo económico y en lo social será el relacionado con la salud, la morbilidad y la no letalidad de las enfermedades<sup>1</sup> y, por lo tanto, es el que impondrá los mayores retos a los sistemas de salud. Así “la fragilidad en las condiciones de salud de la población en edades avanzadas, la mayor incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas e incapacidades, imponen la necesidad de modificar los sistemas de salud” (Ham, 2003).

Lo que generalmente define al envejecimiento es la incapacidad, la cual se refleja en carencias económicas, la mala salud y falta de adaptación ante circunstancias personales, familiares y sociales cambiantes. Sin embargo, en el futuro los viejos serán más instruidos y buscarán actividades para ocupar el tiempo libre. En un futuro próximo habrá mayores requerimientos “de servicios especializados de salud, ocupación adecuada y una garantía de ingresos suficientes, los cuales habrán de ser cubiertos mediante diversos tipos de apoyo (ingresos por trabajo, negocios propios, pensiones, transferencias de la familia o del Estado)” (Ybáñez, 2002). De aquí, la necesidad de trabajos que estudien el monto y las condiciones actuales de la población mexicana en edades avanzadas resulta de suma importancia.

---

<sup>1</sup> Las crónico-degenerativas e incapacitantes son las enfermedades que mayormente se presentarán como producto de la transición epidemiológica.

La esperanza de vida se ha incrementado y las condiciones de las personas que alcanzan edades avanzadas son mejores, a pesar de eso se sigue tomando en cuenta la edad de 65 años para considerar a una persona parte de la población envejecida. Cuando se refleja este criterio en la razón de dependencia, la cual involucra a los grandes grupos de edad 0-14, 15-64 y 65 y más años, se asume que toda persona de 65 y más años de edad es dependiente. Pero en la realidad que hoy vivimos este indicador y el criterio que lo sustenta es cuestionable, pues una persona que tenga 65 años o más puede no ser dependiente, “en 1990 después de los 65 años de edad las tasas de participación económica son de 45.9 para hombres y 5.4 para mujeres. En el año 2000 se observa una disminución en la brecha entre los sexos, registrándose menores tasas de participación masculina 40.9 mientras aumentan las tasas de participación femenina a 9.3” (Gomes, 2001).

Para ello se hace necesario definir a la población envejecida con conceptos que incluyan los signos de la vejez, no solo por la edad cronológica de la persona, sino en función de las capacidades que la población de edades avanzadas posee para desarrollar las actividades de la vida cotidiana, su propia valoración del estado de salud, así como los comportamientos y actitudes que condicionan su entrada temprana o tardía al envejecimiento.

En esta tesis se analiza el tipo de envejecimiento de las personas en edades avanzadas en el país. Teniendo como **objetivo principal** “establecer cuál es 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”. Entre los objetivos particulares se tiene el hacer un análisis del estado de salud y el tipo de envejecimiento por sexo, edad y condición urbana y rural; clasificar a los individuos según el número y naturaleza de las actividades (AVD o AIVD) en las que estos precisan ayuda; generar un índice de capacidad funcional de la población mexicana de 50 años y más; clasificar a los individuos según cuántas y cuáles enfermedades crónicas tienen diagnosticadas, así como elaborar un indicador con la cantidad de enfermedades. Además de generar conocimiento y aportar

elementos para la comprensión de algunas consecuencias sociales del envejecimiento demográfico en México.

En este proyecto se pretende establecer la condición de vejez a partir del estado de salud y los factores de riesgo que presenta la población estudiada, medido a través de la funcionalidad que tiene y que autopercebe, así como de los hábitos y conductas que prevalecen en ella, pues hay casos de personas de 65 años y más que son altamente funcionales y por lo tanto independientes y que además mantienen hábitos sociales positivos, y por el contrario hay los que tienen menos de 65 años que pueden considerarse viejos en función de su estado de salud.

En ese sentido las **preguntas de investigación** que se plantearon en esta tesis son: ¿qué tipo de envejecimiento tiene la población en edades avanzadas con relación al estado de salud y los factores de riesgo que presenta? ¿Es cierta la idea que se tiene de la relación que existe entre envejecimiento y funcionalidad? ¿Cuál es la relación que existe entre salud y vejez? ¿Cómo medimos la vejez?

La **principal hipótesis** a comprobar plantea que “el tipo de envejecimiento que presenta la población en edades avanzadas está en función de la edad, el sexo y la condición urbana rural”; una segunda hipótesis propone que “existe una mayor correlación entre la edad y la pérdida de las capacidades y de la autonomía conforme consideramos cohortes de mayor edad”; y la tercera plantea que “En México el envejecimiento patológico se presenta en mayor proporción en las mujeres que en los hombres de las edades avanzadas (50 años o más)”

El trabajo de tesis se dividió en cuatro capítulos, en el primero se abordan los aspectos teóricos del envejecimiento poblacional, en primer lugar se alude a la transición demográfica definida como un proceso de larga duración en el que intervienen principalmente la mortalidad y la fecundidad y como sus niveles expanden, disminuyen o mantienen el volumen de la población y modifican la estructura por edad; la segunda perspectiva que se aborda es la epidemiológica, a

través de ésta, se explica el proceso de morbilidad y mortalidad, se hace referencia a los cambios en las causas de muerte entre la población de edades avanzadas. Por último se abordan aspectos conceptuales como la diferencia entre envejecimiento individual y envejecimiento demográfico, las diversas concepciones de la edad (cronológica, fisiológica, social, económica), el envejecimiento activo promovido por la Organización Mundial de la Salud, la definición de las variables que construyen la tipología del envejecimiento, todas, concepciones que nos permiten definir la vejez y el envejecimiento en las edades avanzadas.

En el segundo capítulo se da un marco de referencia del envejecimiento que se está viviendo en el mundo, América Latina y México. A nivel mundial se analiza el proceso de envejecimiento a través de dos regiones, los países más desarrollados y los menos desarrollados. El análisis se realiza con una serie de indicadores (porcentaje de población en edades avanzadas y esperanza de vida, entre otros), además de hacer un recuento de las acciones que se han establecido para mejorar las condiciones de las personas en edades avanzadas. Para Latinoamérica se describen igualmente una serie de indicadores que nos dejan ver la situación de envejecimiento que se vive en la región. En México el proceso de envejecimiento se aborda de manera más amplia, se alude el presente y el futuro del envejecimiento analizado con indicadores tales como tamaño de la población en edades avanzadas, la tasa y la velocidad de crecimiento, esperanza de vida, el índice de ancianidad, de renovación y la razón de dependencia.

El análisis del envejecimiento en México se realiza a partir de la exploración de la base de datos ENASEM 2001. La descripción y contenido de la fuente de información utilizada, así como las técnicas y niveles de análisis se abordan en el tercer capítulo. Las diferencias por sexo, lugar de residencia y edad hacen que el proceso de envejecimiento sea diferente para cada grupo de población, por ello se propone hacer análisis mediante categorías creadas con la combinación de las siguientes categorías: hombre, mujer, urbano, mixto, 50 a 64 años, 65 a 74 años, 75 años y más.

El Capítulo 4 “Envejecimiento y salud” contiene los cálculos realizados con las variables de ENASEM 2001, el desarrollo de la tipología del envejecimiento propuesto, pasando por las enfermedades crónicas, las actividades básicas e instrumentales del diario vivir, la auto evaluación del estado de salud y los factores de riesgo que incluyen el consumo de alcohol, tabaco y la realización de actividades físicas.

Además de los capítulos descritos se incluye una sección con las principales conclusiones que se obtienen de este trabajo y una sección de anexos con los cuadros generados y utilizados para realizar el trabajo de tesis.

## Capítulo 1

### **Transiciones demográfica y epidemiológica y aspectos conceptuales del envejecimiento.**

#### **Transición demográfica.**

Desde hace dos siglos, viene produciéndose la transformación de los sistemas demográficos. Dichas transformaciones se dan con diferentes ritmos y calendarios en cada región, continente y país. “Los demógrafos que venían observando las consecuencias de los cambios en las variables demográficas, especialmente las del descenso de la fecundidad, articularon un cuadro teórico que ya lo explicaba en los años treinta. En la década de los cuarenta ya se había generalizado su aceptación y era bien conocido como el proceso de la transición demográfica” (Pérez, 1994). Las formulaciones originales de dicha perspectiva fueron expuestas por Landry en 1909, Warren Thompson veinte años después continuó con su desarrollo, pero fue Frank Notestein quien acuñó el término y expuso en forma más acabada la transición demográfica, que hace referencia al proceso por el cual las poblaciones pasan de una situación caracterizada por niveles de mortalidad y fecundidad elevados y sin control a otra de niveles bajos y controlados.

Uno de los elementos que se afecta con la transición demográfica es la estructura por edades de la población; según Chesnais (1990) son tres los factores que explican la evolución de una estructura por edades: la inercia o potencial de crecimiento, el descenso de la mortalidad y los cambios en la fecundidad.

El potencial de crecimiento como primer factor está estrechamente relacionado con la formación de parejas en una población, la edad a la primera unión, la exposición a la probabilidad de tener hijos, la sobrevivencia de ambos cónyuges, son factores asociados con los niveles de

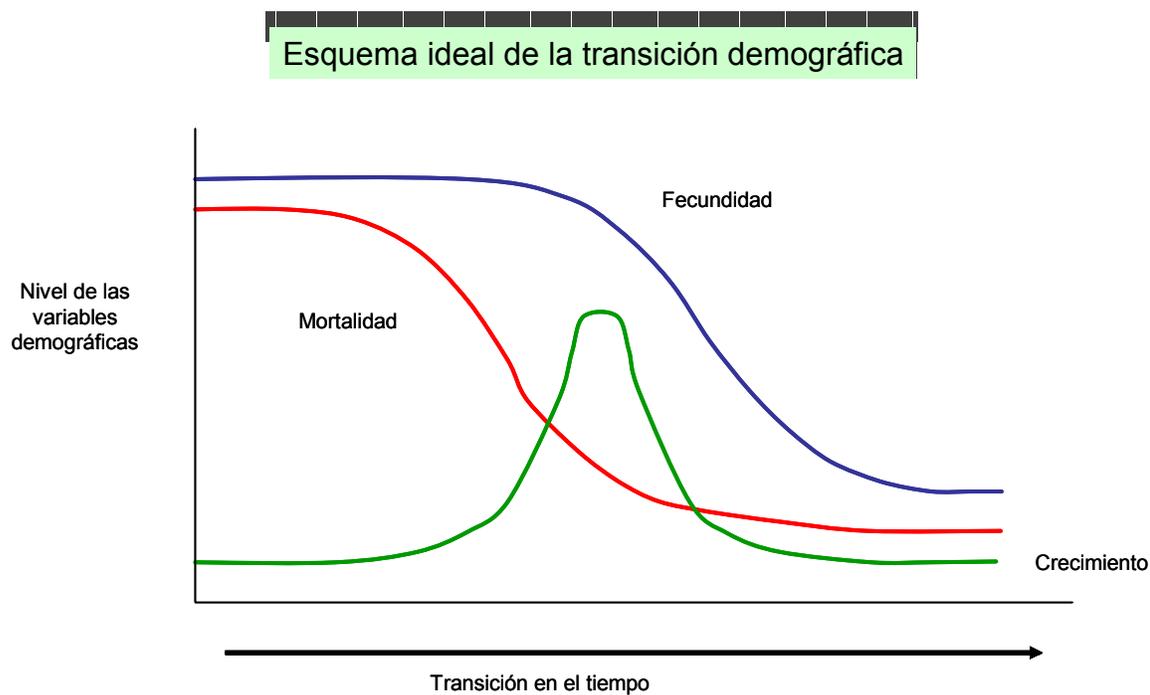
fecundidad presentados. El segundo factor, la baja en la mortalidad distingue tres fases en cuanto a su influencia sobre la estructura por edades. La primera comprende la reducción en forma más importante de la mortalidad en la niñez y en la población infantil que la del resto de las edades lo que lleva a un rejuvenecimiento de la población; la segunda fase se caracteriza por un descenso más equilibrado y afecta de manera parecida a todos los grupos de edad; finalmente cuando se ha eliminado casi del todo la alta mortalidad entre los más jóvenes, la mortalidad que se reduce es la de las personas del grupo en edades avanzadas.

La cantidad de nacimientos necesarios para asegurar que una generación remplace a la anterior cambia cuando la mortalidad disminuye, en la antigüedad se necesitaban de 5 a 6 hijos, en la actualidad la tasa de reemplazo es de 2.05 hijos en promedio por mujer. De aquí se desprende el tercer factor y el más importante: los cambios en la fecundidad, variable demográfica que más afecta a la estructura por edades, pues cuando llega a niveles bajos la alimentación de la pirámide poblacional disminuye en forma importante.

Una vez que se han revisado los factores que afectan la evolución de la estructura por edades, veamos como se llega al proceso de envejecimiento de la población, el cual puede ser explicado a través de las fases de la transición demográfica, dichas fases son producto de las combinaciones que se dan entre los niveles de mortalidad y fecundidad principalmente.

La primera fase llamada también incipiente acontece cuando la mortalidad desciende y la fecundidad se mantiene constante y con niveles altos generando un incremento rápido y sostenido de la población. Generalmente ésta baja en la mortalidad se da en edades tempranas teniendo como consecuencia el rejuvenecimiento de la población. La segunda fase comienza cuando la fecundidad desciende de forma más acelerada que la mortalidad, esto genera una disminución en la cantidad de niños que nacen y se genera un envejecimiento por la base de la pirámide, es decir, la disminución de la proporción de niños con respecto del total. La plena transición se observa al pasar de altas a

bajas tasas de mortalidad y fecundidad, en ésta fase las edades del centro aumentan su participación en el total poblacional consecuencia de las altas tasas de fecundidad registradas en el pasado reciente, aunque comienza a apreciarse el proceso de envejecimiento aún no es un fenómeno que pudiera inquietar. La ultima fase (avanzada) de la transición demográfica y que genera un envejecimiento más notorio es cuando la fecundidad es muy baja y la disminución en la mortalidad se da principalmente en las edades superiores.



## **Proceso de envejecimiento en México.**

El envejecimiento demográfico suele describirse sintéticamente como el incremento sostenido de la proporción de personas en edad avanzada con respecto a la población total, lo que resulta de una progresiva alteración del perfil de la estructura por edades (Chesnais, 1990). La pirámide de población de tener una base amplia y una cúspide angosta con el paso del tiempo se va transformando hasta tener una cúspide más ancha que la base.

El proceso de envejecimiento en México se describirá a través del marco de la transición demográfica, revisando los cambios que se dieron en la fecundidad y la mortalidad a lo largo del siglo XX. Además aprovechando las proyecciones de población generadas para México describiremos las tendencias que se espera seguirán las variables demográficas para estimar el rumbo que este fenómeno del envejecimiento poblacional habrá de tomar en los próximos 50 años.

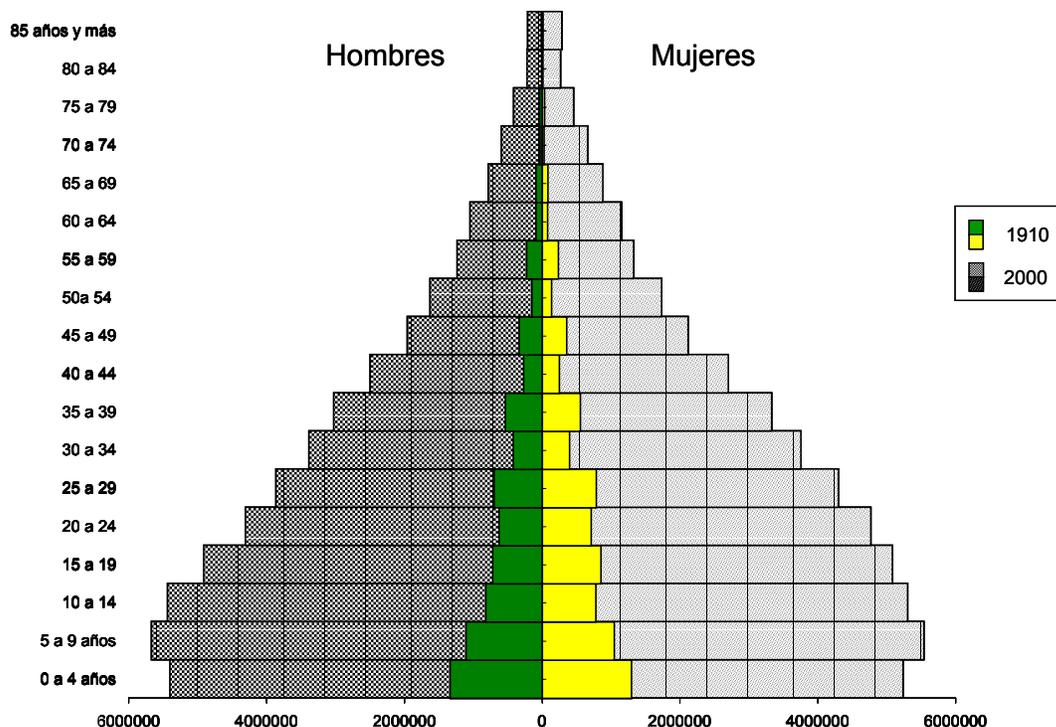
A principios del siglo XX en la república mexicana había 13,607,259 habitantes, esto según las cifras del segundo Censo de Población y Vivienda 1900. Aún cuando ha habido tasas de crecimiento negativas entre censo y censo invariablemente en números absolutos la población se ha incrementado. Sin embargo “el proceso demográfico no ha sido una simple acumulación de población, sino que ha respondido a las profundas transformaciones sociales, políticas y económicas por las que ha transitado la sociedad mexicana durante 100 años” (Ham, 2003). De tal manera que al finalizar el siglo XX según el XII Censo General de Población y Vivienda levantado por el INEGI en el año 2000 el monto poblacional fue de 97,483,412 habitantes. (Ver cuadro 1 y gráfica 1)

La velocidad de crecimiento de la población en el siglo XX podemos medirla a través de las veces en que se ha multiplicado la población en el tiempo. Por razones obvias se toma como base la población de 1900 y tenemos que para la década de los cincuenta la población prácticamente se duplicó al pasar de 13.6 a 25.8 millones de habitantes, en el decenio de los ochentas la población ya

prácticamente se ha multiplicado por cinco con un tamaño de 66.8 millones de habitantes y para el año 2000 el tamaño de la población es de 97.5 millones, casi siete veces la población que se tenía a principios de siglo.

Gráfica No. 1

**Pirámide de población de los Estados Unidos Mexicanos, 1910 y 2000.**



Para que la población en el siglo XX se duplicara por primera vez pasaron poco más de 50 años, la segunda vez que se duplicó sólo se necesitaron alrededor de 20 años entre 1950 y 1970, aún cuando no será en el siglo XX una tercera duplicación de la población, ésta sucederá en los primeros años del siglo XXI. Este es otro indicador que nos permite ver el ritmo de crecimiento de la población.

Durante la primera década del siglo XX, las condiciones sociales del país mejoraron como resultado de la política económica del gobierno, lo que produjo una disminución de los elevados

niveles de mortalidad. La población de México aumentó de 13.6 a 15.1 millones, lo que representó 1.1 % de crecimiento anual (Cabrera, 1994). Para el periodo de 1921 a 1930 la tasa de crecimiento poblacional se elevó a 1.7 % anual, con una población de 16.5 millones de habitantes en el último año.

La década de los treinta marca el principio de la transición demográfica para México, una vez pasada la revolución mexicana los niveles de mortalidad disminuyen de manera rápida y sostenida de tasas de 27.6 por mil, en la década de los años veinte, a tasas de 24.4 por mil para el siguiente decenio, mientras las tasas de natalidad permanecen altas y por encima de 44.0 por mil.

Durante tres décadas la mortalidad continúa disminuyendo, resultado de mejoras en la atención médica, las condiciones sanitarias, la alimentación o en la vivienda hasta alcanzar niveles de 10.1 por mil habitantes en 1960, mientras que la natalidad continua alta con tasas globales de fecundidad de 5.7 en 1940, 5.9 en 1950 y para el año de 1960 se alcanza la máxima tasa global de fecundidad 7.3 hijos por mujer. El descenso de la mortalidad y el incremento constante de la tasa global de fecundidad lógicamente generan la gran expansión demográfica en México, provocando tasas de crecimiento mayores de 3.0 % anual durante los años de 1940 a 1960 y una población de 34.9 millones de habitantes en el año de 1960 casi el doble de habitantes de los que había en 1940.

En esta fase de la transición demográfica y como resultado del crecimiento acelerado de la población, la estructura por edades se rejuvenece y la población de 0 a 14 años gana importancia proporcional, en el año de 1960 representa el 44.4 % del total de habitantes. Por su parte, la población con 65 años o más de edad, también ha incrementado su participación relativa dentro de la población del país al pasar de un 3.0 % en 1930 a un 3.4 % en 1960.

Según Alejandro Cervantes (1999) dos eventos han tenido un efecto particular en la dinámica de la población en México a partir de la década de los sesenta. Primero, un cambio radical de la manera en que el Estado percibe la relación entre crecimiento de la población y desarrollo

socioeconómico que tiene como resultado una política orientada al control más que a la estimulación del crecimiento poblacional. Segundo, una dramática reducción de las tasas globales de fecundidad, acompañada por un incremento significativo de la prevalencia anticonceptiva, que reducen los niveles nacionales del crecimiento poblacional.

Si bien el Estado mexicano en los años treinta pensaba que la fuerza de un gobierno y de una nación residían en el tamaño de su población, y acorde con esa forma de pensar en el año de 1936 fue aprobada la primera Ley General de Población, cuyo objetivo central consistió en procurar el aumento de la población por medio del crecimiento natural, la repatriación y la inmigración. No es sino hacia principios de los años setenta, cuando el gobierno mexicano abandona ésta concepción de “*poblar es gobernar*”, poniendo en práctica acciones que contribuyeron a impulsar el cambio de altos a bajos niveles de la fecundidad en el país. Entre las principales líneas de acción destacan la gradual difusión de las prácticas de planificación familiar, las actividades de docencia y de investigación académica. En el año de 1973 entra en vigor la nueva Ley General de Población, además en el año de 1974 se constituye el Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el recaen todas las fases del proceso de planeación demográfica, desde el diagnóstico, definición de normas, objetivos y subprogramas y diseño de estrategias generales.

Así a partir de 1974, “el sistema político de México llegó al acuerdo de establecer el contexto jurídico de la nueva política de población con el objeto de modificar el alto ritmo de crecimiento de la población, su estructura por edades y su distribución en el territorio, con una visión más realista en relación con la capacidad económica y con los recursos naturales del país, y así facilitar los esfuerzos para satisfacer los rezagos sociales históricos y disminuir las demandas en el futuro” (Cabrera, 1994). En ese sentido se inicia el programa de planificación familiar<sup>2</sup> pilar de las políticas de población para lograr la reducción de la fecundidad, junto con este programa se

---

<sup>2</sup> En México, el artículo cuarto constitucional indica que es derecho de toda persona decidir, de manera libre, responsable e informada el número y espaciamiento de sus hijos.

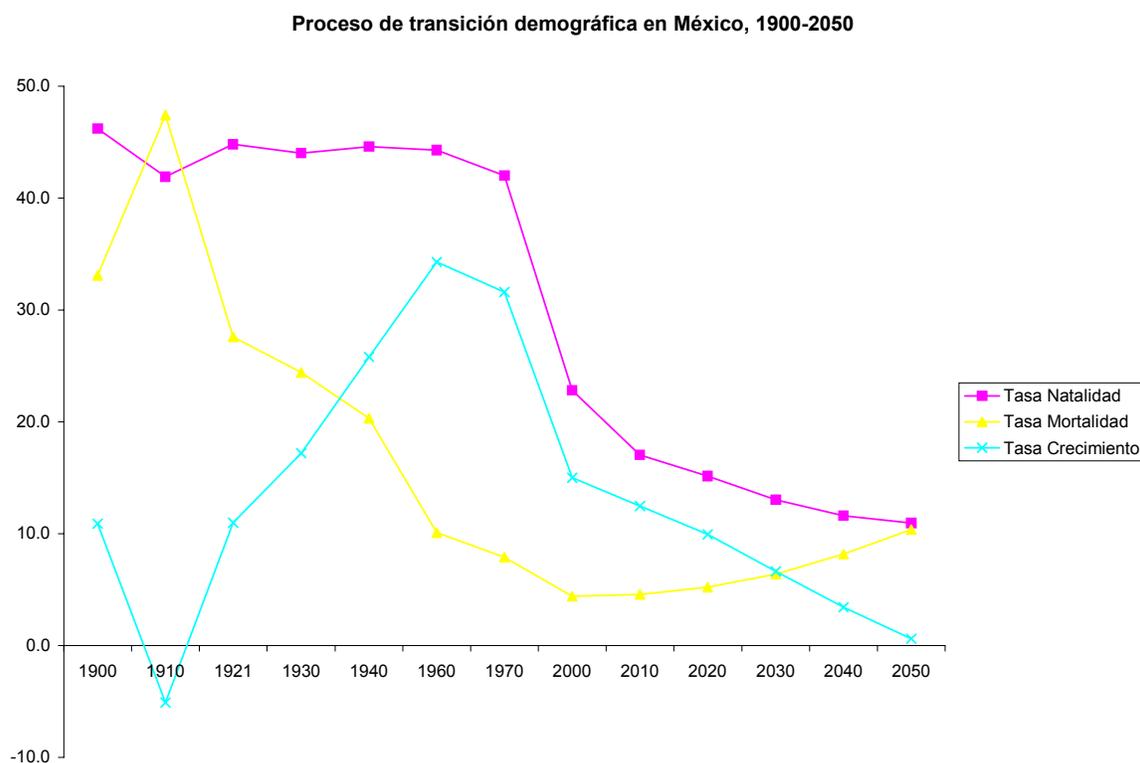
aprueba un código sanitario que deroga el artículo que prohibía la propaganda y venta de anticonceptivos.

La aplicación de estas políticas se ve rápidamente reflejada en la tasa global de fecundidad, ésta se reduce en casi un hijo por mujer al pasar de 7.3 en 1960 a 6.5 en 1970. El total poblacional alcanza los 48.2 millones de habitantes, con tasas de crecimiento de 3.1 por ciento. La estructura por edades continua modificándose, en 1930 el porcentaje de menores de 15 años es de 39.2 % mientras que la población de 65 años y más representaba el 3.0 %, para 1970 los porcentajes son de 46.2 y 3.7 respectivamente. Según las fases de la transición demográfica México se encontraba en la fase moderada.

“La experiencia de otros países, muestra que una vez que la transición de la fecundidad empieza su curso, el ritmo de descenso se acelera rápidamente.” (Tuirán et al, 2002). Para 1990 la tasa global de fecundidad es de 3.3 hijos por mujer apenas la mitad que la registrada en 1970 (6.5), la población ya rebasa los 90 millones de habitantes y las tasas de natalidad y mortalidad continúan descendiendo pero a ritmos más lentos, pues a medida que las variables demográficas disminuyen a niveles cada vez más bajos, las reducciones adicionales son cada vez menores.

Según Juan Chakiel (2000) a finales del siglo XX México se encuentra en la fase de plena transición demográfica que se expresa en un descenso más acelerado de la fecundidad que de la mortalidad, hay un envejecimiento por la base de la pirámide, al ocurrir una disminución en el porcentaje de niños. La población alcanza los 97.5 millones de habitantes con una tasa de crecimiento de 1.85 por ciento promedio anual entre 1990 y 2000, la tasa de natalidad es de 22.8 por mil y la de mortalidad es del orden de 4.4 por mil, con una tasa global de fecundidad de 2.4 hijos en promedio por mujer. La estructura por edad se ha modificado dejando porcentajes de 33.4 para la población de 0 a 14 años, la población de 15 a 64 años representa 62.0 por ciento y la

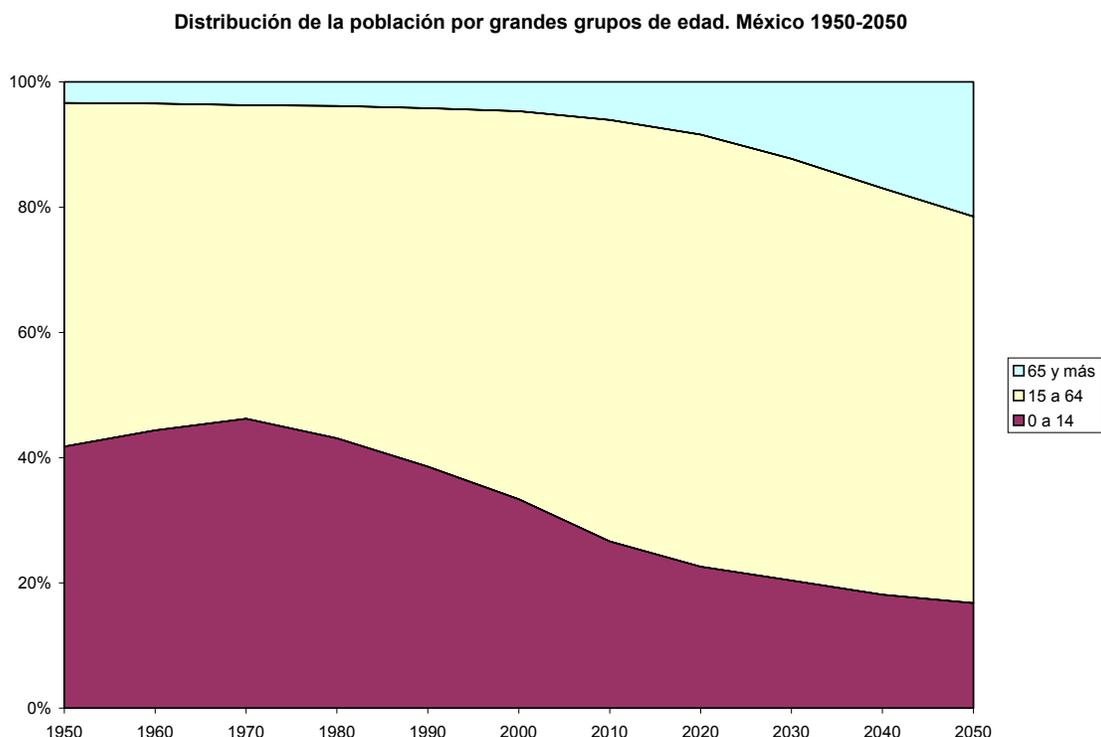
población de 65 años y más continua ganando participación dentro del total poblacional, ahora es de 4.7 %.



Así “uno de los cambios más significativos que se han dado en nuestro país en el curso de la segunda mitad del siglo XX, es el inicio del envejecimiento demográfico como parte del gran proceso de la transición demográfica moderna, que se concluirá, de acuerdo con las estimaciones más recientes, a mediados del siglo XXI” (Canales, 2001)

La población que pasa los 64 años se está incrementando, de hecho las proyecciones indican que “los habitantes en México pasarán de casi 100 millones en 2000 a más de 130 millones en 2050 [...] el proceso de envejecimiento se puede resumir en la duplicación de la edad mediana de la población de nuestro país: de 23.2 años en 2000 a 46.3 años en 2050. El monto de los adultos

mayores pasará de 4.8 a 32.4 millones, y la proporción dentro del total se incrementará de 4.8 a 24.6 %, uno de cada cuatro mexicanos pertenecerá a la tercera edad” (Partida, 2001).



En resumen, “en las primeras décadas del siglo XX la población mayor es poca y sin mayor presencia de personas en edades avanzadas. En el siglo XXI la población tendrá volúmenes sustancialmente mayores y parte de esos efectivos serán de la población envejecida. En 2030 habrá tantas personas en edades de 65 años y más como había total de habitantes un siglo antes, en 1930. La cantidad de población en edades mayores se duplicará en las siguientes dos décadas. Seguramente el tiempo constatará que en México, al igual que en la mayoría de las experiencias demográficas del mundo, el sector de la población envejecida será el que mantenga las mayores tendencias de crecimiento” (Ham, 2003).

## **Transición epidemiológica.**

“La transición demográfica y el envejecimiento de la población están directamente ligados a través de las condiciones de la salud a otra transformación asimismo connotada, la denominada transición epidemiológica” (Ham, 2003).

Ambas, la transición demográfica y la transición epidemiológica han marcado un rumbo distinto en las cuestiones de población en varios países del mundo. “Por el lado demográfico al pasar de altas tasas de fecundidad y mortalidad, a un régimen de bajas tasas de fecundidad y mortalidad controladas, y por la epidemiología la disminución de las enfermedades transmisibles tanto en proporción como principales causas de muerte de la población y el respectivo incremento en las enfermedades crónico degenerativas, posicionándose en los primeros lugares de causas de muerte” (Casado, 2001).

El primero en utilizar el concepto de transición epidemiológica fue A. Omran en 1971. Por su parte Julio Frenk (1994) considera que es necesario concebir la transición epidemiológica como un proceso dinámico 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. Y que entonces dicha teoría debe orientarse a comprender características, determinantes y consecuencias de dicho proceso.

Como todo proceso la transición epidemiológica se comprende de fases, en este caso cuatro fundamentales en el cambio en los patrones de mortalidad, morbilidad e incapacidad que se da en la población. Los cambios se dan en: 1) la composición por causa de la mortalidad, 2) la estructura por edad de la mortalidad, 3) el peso relativo de la morbilidad versus la mortalidad en el panorama epidemiológico y 4) el significado social de la enfermedad.

En primer lugar, la transición epidemiológica implica un cambio de las principales causas de muerte las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas derivados de la reproducción dejan de ser las dominantes cediendo el lugar a las enfermedades no transmisibles, las lesiones, los padecimientos mentales y las nuevas infecciones como principales causas de muerte.

El segundo cambio consiste en que la carga principal de la enfermedad y la muerte se mueve de los grupos más jóvenes hacia los de mayor edad. El descenso inicial de la mortalidad que caracteriza a la transición demográfica se concentra selectivamente en las causas de muerte de tipo infeccioso y tiende a beneficiar a los grupos de edad más jóvenes, en los que las infecciones son más frecuentes y graves. Además, la supervivencia más allá de la infancia aumenta el grado de exposición a factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas y las lesiones propias de la edad adulta. Por su parte, el descenso en la fecundidad que ocurre en las etapas plena y avanzada de la transición demográfica afecta la estructura por edades y repercute sobre el perfil de morbilidad, pues la proporción creciente de personas de edad avanzada aumenta la importancia de los padecimientos crónicos y degenerativos.

El tercer cambio epidemiológico consiste en el tránsito de una situación de salud dominada por la mortalidad, a otra donde la morbilidad es la que domina. Así se da el incremento relativo de las enfermedades crónicas, que por definición tienen una mayor duración que los padecimientos agudos. Además de existir disponibilidad de medidas paliativas que permiten posponer la muerte, a veces por muchos años.

Como resultado de los cambios antes mencionados, la transición epidemiológica conlleva una transformación profunda del significado social de la enfermedad. De ser un proceso agudo y transitorio, que se resuelve ya sea con la curación o con la muerte, la enfermedad pasa a constituirse en un estatus crónico, frecuentemente estigmatizado en el que la carga psicológica, social y económica se acrecienta (Frenk, 1994).

“En las últimas cuatro décadas, se han observado cambios sustanciales en los patrones de enfermedad y muerte de la población mexicana. Entre los más importantes destacan las modificaciones de la estructura de la mortalidad por causas y edades; el incremento de las enfermedades crónicas, los accidentes y las violencias; el desplazamiento de la patología infecciosa y carencial de los primeros lugares del perfil de mortalidad, así como el aumento del peso de la morbilidad y la discapacidad respecto a la mortalidad” (López y Gil, 1996). Estas transformaciones se han dado en nuestro país como resultado del avance de las dos transiciones la demográfica y la epidemiológica.

Es sabido que México avanza en el proceso de la transición epidemiológica, sin embargo ésta aún no se completa. La desigualdad social y la heterogeneidad económica por la que atraviesa el país y que se refleja en las diferencias entre niveles socioeconómicos y lugar de residencia hacen que existan diferencias en los niveles de mortalidad y morbilidad. “En las ultimas dos décadas del siglo XX se redujeron las enfermedades transmisibles en más de 50 por ciento debido a la introducción en las áreas rurales de agua entubada, la construcción de drenaje y el tratamiento de aguas residuales, las campañas masivas de vacunación y el uso de sueros para la rehidratación oral” (López y Gil, 1996).

En las edades avanzadas que es el grupo de población que nos ocupa, la transición epidemiológica se ve reflejada en el cambio en las causas de muerte. Ham Chande (2003) hace una revisión de la transformación en el tiempo de las causas de muerte en la vejez, los datos que utiliza corresponden a las causas de muerte de la población de 65 o más años en el periodo de 1970 al 2000 separado por hombres y mujeres ya que las diferencias que hay en morbilidad y mortalidad por sexo son significativas (ver cuadros 3 y 4).

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 posiciona como la segunda causa de muerte, en las mujeres ha ocupado la segunda posición en los años de 1980 y 1990, y en 1970 y 2000 ocupó el tercer lugar. La diabetes mellitus en los hombres de ser la octava causa de muerte ha pasado a ser la tercera, en 30 años ha ganado 5 posiciones situación que debe preocupar, en las mujeres ha ganado cuatro posiciones al pasar del sexto al segundo lugar como causa de muerte.

Las infecciones intestinales por otra parte han perdido los lugares principales como causa de muerte, tanto en hombres como en mujeres ocupa la posición trece en el 2000, cuando en el año de 1970 ocupaba los lugares cuatro y cinco respectivamente. La neumonía e influenza en el 2000 como causa de muerte ocupa el séptimo lugar para los hombres y el quinto entre las mujeres, en 1970 ocupaba el segundo lugar para ambos sexos.

Así pues, se reconoce que la transición epidemiológica es un proceso de cambio y de grandes contrastes. Por un lado persisten importantes rezagos aún por corregir y por otro, existen nuevos problemas que se deben enfrentar. Sus principales características se ven reflejadas en la transformación cuantitativa y cualitativa de la morbilidad y la mortalidad, en la modificación de la relación entre la mortalidad, la enfermedad y la discapacidad y el mayor peso de la población en edades avanzadas en el conjunto de problemas de salud.

### **Aspectos conceptuales.**

**Existen dos tipos de envejecimiento**, el que se da en los individuos y el que se da en las poblaciones. A nivel de los individuos el envejecimiento se refiere a la prolongación de la vida derivada del incremento en la sobrevivencia. En los individuos el envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen a lo largo de la vida, y que se reconocen como la

consecuencia directa de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios pueden ser bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales.

“El envejecimiento de las poblaciones es concebido como el incremento sostenido de la proporción de personas de 60 y más años con respecto a la población total, lo que resulta de una progresiva alteración del perfil de la estructura por edades” (Chesnais, 1990). Según la ONU, una población envejecida es aquella en la que, del total de sus habitantes, más de un 7 % son personas mayores de 65 años para los países desarrollados y de 60 años para los países en vías de desarrollo.

**La edad** como distintivo del envejecimiento tiene tres variantes: la edad cronológica, la edad fisiológica y la edad social. La edad cronológica se define por el hecho de haber cumplido un determinado número de años; respecto de la vejez se ha convenido hasta el momento, los 60 o 65 años como ya se mencionó. La objetividad de ésta medida no puede negarse, ya que todas las personas nacidas en la misma fecha comparten la misma edad cronológica. Medir el envejecimiento a través de la edad cronológica tiene sus ventajas, sin embargo tiene algunos inconvenientes ya que el impacto del tiempo es diferente para cada persona. Así, la edad constituye un dato importante pero no determina la condición de la persona, pues lo esencial no es el transcurso del tiempo sino la calidad del tiempo transcurrido, los acontecimientos vividos y las condiciones ambientales que lo han rodeado.

El deterioro de órganos y tejidos, que afectan la condición física del individuo es definido como la edad fisiológica. Estos cambios orgánicos se producen de forma gradual, lentos e inapreciables al comienzo del proceso, hasta que llega el momento en que se manifiesta afectando el desarrollo normal de las actividades de la vida diaria o interfiriendo en ellas. Finalmente, la edad social se refiere a las actitudes y conductas, a las percepciones subjetivas (cuán mayor el sujeto se siente) y a la edad atribuida (la edad que los otros atribuyen al sujeto).

Generalmente estas tres edades no coinciden entre sí para considerar a una persona vieja, ello conduce a la no existencia de homogeneidad acerca de las características de ese “estado adscrito” y de la fijación de la edad de su inicio. Estos varían de país a país, de cultura a cultura, y a través del tiempo.

Laslett (1996) menciona la posibilidad de distinguir cuatro etapas del ciclo de vida: la *primera edad*, relacionada con la infancia y la juventud; la *segunda edad*, vinculada a la vida activa y reproductiva; la *tercera edad*, referida a la etapa activa de retiro; y la *cuarta edad* que alude a la fase de declinación, mayor dependencia y deterioro más acelerado. Estas dos últimas etapas son las que se incluyen dentro del concepto *edades avanzadas*, que se definen como la acumulación suficientemente numerosa de años, 60 o 65 dependiendo del país que se trate y de su condición de desarrollo.

Es justamente la población en edades avanzadas la que nos interesa, de tal manera que la tercera y cuarta edad se desarrollan un poco más. “En una persona los inicios de la tercera y cuarta edades son variables individuales y dependen de muchas circunstancias, de tal manera que no es posible delimitarlas mediante edades fijas y convencionales. Sin embargo [...], en el caso de México se proponen las edades 65-74 y 75 y más para delimitar éstas edades. El grupo 65-74 representa el periodo de la tercera edad, indica edades avanzadas que ya no tienen las responsabilidades de los adultos, pero que cuentan con funcionalidad y capacidad suficientes para actuar con autonomía y llevar una vida con significado y calidad, encontrando satisfacción en la actividad y en la búsqueda de nuevas experiencias. Su inicio en los 65 años de edad se determina en mucho por los parámetros de la seguridad social, los cuales definen este momento como la edad normal de la jubilación; asimismo, existen encuestas que indican altos porcentajes de población de esas edades con buen estado de salud. Dentro del grupo de 75 años y más, definido como de la cuarta edad, se caracteriza por una o varias pérdidas de autonomía, física, mental social y/o económica, en lo que mucho tienen

que ver los deterioros de salud y las pérdidas de capacidad social y económica relacionada con las edades avanzadas” (Ham, 1996).

**La condición de envejecimiento** de una persona puede establecerse teniendo en cuenta diversas características que nos permiten fijar umbrales del envejecimiento, entre ellas las más importantes son físicas y biológicas, familiares, sociales y económicas y las de la salud.

Son varios los rasgos físicos que de alguna manera se atribuyen a la vejez: canas, arrugas, pérdida de cabello, entre otras. Por parte de lo biológico las mermas en fortaleza, agilidad y resistencia pueden ser características de la vejez. En las mujeres la menopausia es una distinción importante ya que marca el fin de la vida reproductiva.

Se dice que cuando se llega al fin del ciclo reproductivo se traspasa el umbral y llega a la vejez, asimismo cuando el último hijo deja el hogar, cuando se es abuelo y cuando llega la viudez. “Cabe mencionar que el cruce de los umbrales de la vejez bajo las variables familiares no necesariamente implica pasar a la soledad [...] En la familia el envejecimiento se manifiesta por la pérdida de roles y de autoridad. Esto sucede cuando se pasa de ser proveedor para el sostenimiento de la familia y el líder de las decisiones, a ser dependiente cuando el liderazgo familiar se debilita y desaparece” (Ham; 2000). Retirarse de la actividad económica debido a la vejez es una de las principales características del envejecimiento.

La pérdida de capacidad y autonomía generalmente se asocian a la vejez, las condiciones de salud afectan directamente estas dos características, en las edades avanzadas se presentan cuadros de patologías múltiples que aunque no causan la muerte, si desencadenan una serie de anomalías que generan fragilidad, incapacidad funcional y dependencia. Para este estudio nos interesa establecer un estado de vejez a través de una tipología del envejecimiento, la cual está determinada por el estado de salud y las capacidades de las personas, así como los factores de riesgo que

pudieran alterar el estado de salud, lo cual resultaría más objetivo, con mejor significado y más útil, que simplemente utilizar una edad fija para determinar quien es viejo y quien no.

Empecemos por definir lo que se entiende por salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha definido como “el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo como la ausencia de enfermedades”. Muchos son los investigadores que han criticado ésta concepción de salud, pues más que una meta a alcanzar parece un ideal.

Es sabido que con el avance de la edad se produce un deterioro de la salud, la persona se vuelve frágil, se da un aumento de las enfermedades crónico-degenerativas, se incrementan los riesgos de incapacidad y por lo tanto de dependencia, además de la pérdida de roles sociales y el retiro del trabajo.

En la literatura bastante se ha desarrollado en torno al buen envejecer o envejecimiento activo, para la OMS, el **envejecimiento activo** es el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. El objetivo es extender la calidad, la productividad y esperanza de vida a edades avanzadas. Además de continuar siendo activo físicamente, es importante permanecer activo social y mentalmente, se recomienda participar en actividades recreativas, educativas, culturales y sociales, trabajar o ser voluntario en actividades para la comunidad, así como vivir en familia.

El término envejecimiento activo fue adoptado por la OMS a finales de 1990. El principal objetivo fue buscar un mensaje más amplio que el del “*envejecimiento saludable*” reconociendo el impacto de otros factores y sectores además del sistema sanitario. Intenta expresar la idea de la implicación continua en actividades productivas y trabajo significativo. Así la palabra “*activo*” se refiere a una continua implicación social, económica, espiritual, cultural y cívica y no simplemente a la capacidad de permanecer físicamente activo. Mantener la independencia es el principal objetivo tanto para los individuos como para los políticos. La salud que posibilita la independencia es la

llave o el medio para envejecer activamente. “El enfoque del *envejecimiento activo* está basado en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y los principios de la ONU de independencia, participación, dignidad, cuidado y autorrealización” (ONU, 2002).

La prioridad actual es refinar y definir las estrategias que estimulen un envejecimiento saludable y activo. Las estrategias para un envejecimiento activo conciernen a todo el mundo desde los que diseñan los planes de acción hasta los investigadores de todas las áreas del conocimiento, y por supuesto a la población en sí.

En este trabajo se intenta dar un enfoque del envejecimiento según el estado de salud y los factores de riesgo de la población en cuatro dimensiones: **1) envejecimiento ideal, 2) envejecimiento activo, 3) envejecimiento habitual y 4) envejecimiento patológico**; se trata de establecer el tipo de envejecimiento y las características de salud de la población en edades avanzadas.

Ana María Damonte (2000), en un estudio llamado “Como envejecen los Uruguayos” plantea ésta idea de clasificar a los individuos en cuatro formas de envejecer, misma que retomamos para realizar el estudio con la población mexicana. La información con que se dispone en cada uno de los estudios es diferente, por lo tanto a éste proyecto el trabajo de Damonte sólo le sirve de guía por los conceptos que maneja.

Así se define el **envejecimiento o vejez** como “aquella etapa de la vida en donde comienzan a hacerse manifiestas la pérdida o disminución paulatina de capacidades que permiten al individuo adaptarse a las condiciones cambiantes de su entorno” (Ybañez, 2001). El **estado de salud** se define por la mayor o menor presencia de enfermedades crónicas diagnosticadas o de discapacidades que permiten al individuo disponer de la aptitud física y mental necesaria para desarrollar una vida plena autosuficiente en el núcleo familiar y social.

Para el estado de salud existen dos dimensiones, el diagnóstico y la autopercepción. Dentro de los factores objetivos se encuentran **el diagnóstico de enfermedades crónicas y la capacidad funcional del individuo**. Son siete las enfermedades crónicas que se incluyen para establecer la parte objetiva del estado de salud (hipertensión, diabetes, artritis, enfermedad pulmonar, ataque al corazón, embolia y cáncer). Son de la parte del diagnóstico porque se le preguntó a la población si algún médico le ha diagnosticado alguna de ellas. La capacidad funcional se mide a través de la capacidad que tiene un individuo para realizar sin problemas las actividades de la vida diaria (AVD)<sup>3</sup> y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)<sup>4</sup>. El factor subjetivo se refiere a la valoración que los individuos tienen de sí mismos con relación a su estado de salud.

Se entiende por **factores de riesgo** a los determinados comportamientos, actitudes y sensaciones que condicionan el estado de salud de los individuos (Damonte, 2000). En este trabajo se toman como factores de riesgo el consumo de tabaco y el consumo de alcohol, además de la actividad física que es medida por la cantidad de ejercicio que realiza el individuo en una semana.

De tal manera que se identifican cuatro formas de envejecer determinadas por diferentes estados de salud y factores de riesgo.

- **Envejecimiento ideal:** Estas personas son completamente capaces en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, no perciben enfermedad crónica, hacen una autoevaluación de su estado físico muy buena y llevan un estilo de vida muy positivo, es decir, no tienen vicios sociales y realizan actividad física.
- **Envejecimiento activo:** Integran este grupo las personas que, aunque les han diagnosticado enfermedad crónica, presentan un estado de salud bueno y factores de riesgo bajos.

---

<sup>3</sup> Las AVD en este trabajo comprenden: caminar, bañarse, comer, ir a la cama y usar excusado

<sup>4</sup> Las AIVD en este trabajo comprenden: preparar una comida, ir de compras, manejar su dinero, tomar sus medicamentos

- **Envejecimiento habitual:** Este grupo está conformado por personas que, tienen un estado regular con factores de riesgo bajo y medio.
- **Envejecimiento patológico:** Las personas de este grupo presentan un estado de salud malo, su autoevaluación del estado de salud es mala, presentan enfermedades crónicas, y su factor de riesgo es alto. En éste grupo se encuentran esencialmente las personas cuya sobrevivencia depende de terceros.

La forma en que se crean los indicadores de estado de salud, los factores de riesgo y el tipo de envejecimiento, se abordan en los capítulos 3 y 4. Ahí se exponen las variables y los procedimientos utilizados para establecer las cuatro formas de envejecer.

## Capítulo 2

### **Un mundo que envejece, el envejecimiento en América Latina y la situación en México.**

Así como el siglo XX ha sido el siglo del crecimiento demográfico, el siglo XXI será el del envejecimiento de la población. No es problema para una sociedad el envejecimiento en sí, sino su intensidad y velocidad. Tal fenómeno tendrá como un importante desafío económico, familiar y social, que requiere encausar y dirigir esta nueva situación.

En el mundo, América Latina y México la intensidad y velocidad del crecimiento demográfico se da de manera diferente, es por ello que en éste capítulo abordaremos por separado cada uno de ellos.

#### **Un mundo que envejece.**

“La población del mundo está envejeciendo a un ritmo acelerado. Tasas decrecientes de fecundidad, en combinación con las mejorías en la esperanza de vida durante la última mitad del siglo XX, han producido un crecimiento dramático en la población adulta mayor del mundo. Las personas de 65 años o más constituyen hoy en día una proporción de la población del mundo mayor que nunca, y esta proporción aumentará aún más durante el siglo XXI” (RAND, 2002)

En el año 2003 la población mundial alcanzó los 6 314 millones de habitantes, las proyecciones del Population Reference Bureau (2003) señalan que para el año 2025 la población será de 7 907 millones y para mediados del siglo XXI serán de 9 198 millones. El porcentaje de población de 65 años y más es de 7 %, y la esperanza de vida al nacimiento es de 67 años. Durante el siglo XX la proporción de ancianos creció en forma continua, y se prevé que la tendencia se

mantendrá en el siglo XXI. En 1950, la proporción de personas en edades avanzadas era 8 %; en el 2000, del 10 %; y en el 2050 se proyecta que llegará al 21 %.

El Population Reference Bureau distingue entre los países más desarrollados y los países menos desarrollados. “En los primeros, esta experiencia parece haber completado un ciclo que incluye una importante reducción en los niveles de mortalidad y fecundidad en algún momento durante los últimos 200 años. En los segundos, se ha abierto un ciclo que aún no se completa” (Alba, 1984). The World Population Data Sheet del 2003 muestra cifras del porcentaje de población menor de 15 años, en la región de los países más desarrollados es de 18 %, apenas la mitad del que presentan los países menos desarrollados con 33 %. Además, se presentan datos de la población envejecida la cual tiene diferencias mayores entre las dos regiones analizadas, el porcentaje de la población de 65 años y más de los países más desarrollados es el triple que el porcentaje que presentan las naciones menos desarrolladas, los primeros tienen 15 % de su población en esas edades, mientras que los segundos cuentan con 5 %.

Cuadro No. 5

Indicadores mundiales de población, 2003-2050

País o región	Población (millones)			% de población		Esperanza de vida al nacimiento (años)		
	2003	2025	2050	0 a 14 años	65 y más	Total	Masculina	Femenina
Mundo	6,314.0	7,907.0	9,198.0	30	7	67	65	69
Más desarrollados	1,202.0	1,260.0	1,257.0	18	15	76	72	79
Menos desarrollados	5,112.0	6,647.0	7,940.0	33	5	65	63	66
Menos desarrollados excluye China	3,823.0	5,192.0	6,547.0	36	4	63	61	64
LAtinoamérica y el Caribe	540.0	690.0	789.0	32	6	71	68	74
México	104.9	133.8	153.2	33	5	75	73	78

Fuente: Population Reference Bureau, 2003 World Population Data Sheet.

Un elemento adicional que nos permite ver la diferencia entre los países según el nivel de desarrollo alcanzado es la esperanza de vida al nacimiento, entre estas dos regiones la diferencia es de 11 años, los países más desarrollados tienen una esperanza de vida de 76 años y para los menos desarrollados es de 65 años.

De los fenómenos que más preocupan se destaca entre ellos la velocidad de crecimiento del grupo de población envejecida. Este grupo poblacional está creciendo a un ritmo de 2 % anual, un ritmo considerablemente más alto que el resto de la población. Como ejemplo está Japón país que en tan sólo 25 años (de 1970 a 1996) incrementó su porcentaje de población de 7 a 14 puntos.

El ritmo de crecimiento de la población de ancianos es mucho más fuerte en los países en desarrollo, lo que significa que éstos tendrán menos tiempo para adaptarse a las consecuencias del envejecimiento de la población. Hablando de velocidad de crecimiento dentro de los mayores de 60 años existe un subgrupo, los que tienen 80 años y más, el cual presenta el crecimiento más rápido del mundo; actualmente este grupo está aumentando a una tasa de 3.8 % anual y comprende el 12 % del total de personas en edades avanzadas.

Un indicador muy útil y fácil de entender es el índice de envejecimiento o coeficiente de renovación, definido como el número de personas de 65 años y más por cada cien personas de 0 a 14 años. En el año 2000 Italia es el país que tiene el mayor índice de envejecimiento con 261 personas de 65 años y más por cada 100 menores de 15 años, otros dos países que tienen índices altos son Bulgaria y Japón con números de 244 y 231 respectivamente.

Las cifras son claras, el mundo está envejeciendo y lo está haciendo a pasos acelerados, por ello las acciones que se han tomado en torno a éste fenómeno han sido diversas. Y a continuación se menciona las más importantes. En la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento celebrada en Viena en 1982, el Comité Principal plasmó en un documento el “*Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento*” que fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 1982 (Damonte, 2000). En el año de 1991, la ONU aprobó los “*Principios en Favor de las Personas de Edad*” exhortando a los gobiernos a que los incluyeran en sus programas nacionales en la medida de sus posibilidades, a fin de dar más vida a los años que se han agregado a la vida.

En octubre de 1992, la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el año 1999 como “*Año Internacional de las Personas Adultas Mayores*”. (Kinsella et al; 2001). La ONU dedicó el año a promover la preocupación por las personas adultas mayores, intentando fomentar los siguientes principios básicos: la independencia (acceso a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a obtener ingresos y a programas educativos), la participación (oportunidad de intervenir en las políticas que afecten su bienestar, compartir sus conocimientos y formar parte de movimientos), la ciudadanía (acceso a servicios sociales y jurídicos, la vigencia de sus derechos humanos y el pleno respeto de su dignidad, creencias e intimidad), la autorrealización y el respeto a su dignidad (trato respetuoso independientemente de la edad, sexo, religión, etnia, discapacidad o condición económica).

De la misma manera, la Asamblea General de la ONU, recomendó que se definiera un conjunto de objetivos mundiales relativos al envejecimiento para el año 2001, que sirvieran de orientación paradigmática a las metas amplias del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento; también recomendó que se acelerara la ejecución de dicho Plan (Rodríguez, 1999). En el mes de abril del 2002 se celebró la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento llevándose a cabo la sesión en Madrid, España. En dicha asamblea las naciones participantes se comprometieron a adoptar medidas a todos los niveles y en tres direcciones prioritarias: las personas de edad y el desarrollo; la promoción de la salud y el bienestar en la vejez, y el logro de entornos emancipadores y propicios.

Las cuestiones relativas al envejecimiento y a las personas en edades avanzadas han desempeñado un papel relevante en las tres conferencias internacionales más importantes sobre la población mundial organizadas por la ONU en los últimos 25 años. Durante la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en 1994, se concluyó que las consecuencias económicas y sociales del envejecimiento de la población son tanto una oportunidad como una dificultad para todas las sociedades.

## **Envejecimiento en América Latina**

Si bien Latinoamérica tiene la ventaja de aprender de las experiencias del envejecimiento ya observado en los países desarrollados, algunas circunstancias nos diferencian tanto en lo que atañe al proceso de envejecimiento como a la estructura social y económica que enfrentará las consecuencias de este proceso. El proceso de envejecimiento en América Latina traerá consigo nuevos desafíos, distintos a los que se enfrentan en otras regiones del mundo. Dentro de los países de la región hay características comunes pero también existen diferencias que marcan distintos ritmos y niveles de envejecimiento.

En Latinoamérica como en otras regiones del mundo “hay dos hechos que llaman la atención en torno al tema del envejecimiento: las personas viven en promedio más años que antes y hay un importante crecimiento en el número de personas en edades avanzadas. Los indicadores de envejecimiento de la población muestran una gran heterogeneidad entre países latinoamericanos, consecuencia de las disímiles tendencias demográficas” (Chackiel, 1999). En uno de los estudios más recientes Chackiel (2004) identifica a los países según la fase de la transición demográfica en la que se encuentran, Haití se encuentra en la fase de la transición incipiente, cuatro en la transición moderada, nueve en la plena transición entre ellos México y siete presentan una transición demográfica avanzada, de los cuales Cuba y Uruguay se encuentran en la fase muy avanzada. En ellos el envejecimiento es presente desde hace ya bastante tiempo.

Algunos de los indicadores para América Latina señalan que, en el año 2000 la población residente es de 508 millones, se proyecta que para el año 2025 ésta llegue a 688 millones y para el 2050 a 773 millones; la tasa de crecimiento anual es 1.7 % y la esperanza de vida es de 68 años para los hombres y 74 años para las mujeres. La esperanza de vida al nacer se ha incrementado en casi 18 años en medio siglo al pasar de 51.4 en 1950 a 69.2 años en el 2000. Como consecuencia de que las personas vivan en promedio más años la edad mediana se ha incrementado de 20.1 en 1950 a

24.5 en 2000 y se espera que para el año 2050 según las proyecciones la edad mediana llegue a 38 años. Estas cifras promedio son el resultado de situaciones muy heterogéneas y que no se pueden dejar de lado a la hora de hacer un análisis de la región, por ejemplo: dos países concentran más del 50 % de la población (Brasil con 33.6 % y México con 19.5 %), las esperanzas de vida al nacer al final del siglo XX varían entre 57.2 en Haití y 77.3 años en Costa Rica, la edad mediana en la región oscila entre 31.4 años para Uruguay y 17.8 años para Guatemala, y se registraron tasas anuales de crecimiento de 0.4 por ciento en Cuba y 2.8 por ciento en Honduras (ver cuadro 6).

La estructura por edad siempre está modificándose, en 1950 los menores de 15 años representaban 40.0 % del total y los mayores de 64 años 5.9 %, en 1975 los porcentajes en ambos casos se incrementan en 1.3 y 0.5 % respectivamente, en el año 2000 la baja en la fecundidad se refleja en la caída del porcentaje de la población de 0 a 14 años ahora sólo representan 31.5 %, los adultos mayores sin embargo continúan ganando importancia dentro del total poblacional en el 2000 es casi de 8 por ciento, para el 2025 las proyecciones indican que será de 14.1 % y en el 2050 representará 22.2 %, es decir, uno de cada cinco latinoamericanos pertenecerá a las edades avanzadas. En el año 2000, Uruguay con 17.2 % es el país de la región con el más alto porcentaje de población mayor de 64 años, Nicaragua con 4.6 % es el que tiene el más bajo (ver cuadro 6).

Si bien el envejecimiento demográfico aún no se percibe como un cambio explosivo en el peso porcentual de los viejos de los países latinoamericanos, no significa que éste fenómeno no sea un hecho ya vigente y que preocupa por la cantidad de personas en esas edades que se agrega cada año. El crecimiento de la población en edades avanzadas y el número de personas que cada año se agrega a ese grupo, constituyen un gran desafío para la atención de sus demandas.

Una característica distintiva del envejecimiento es su especificidad de género; en general, a medida que aumenta la edad de una población se acrecienta la proporción de mujeres y disminuye el índice de masculinidad. En América Latina el índice de masculinidad a lo largo del período

1950-2050 la población adulta mayor presenta este signo distintivo, en el año 2000 hay 100 mujeres por cada 81.8 hombres, al hacer un análisis entre la tercera y la cuarta edad la predominancia de las mujeres se hace más visible conforme se avanza en la edad, en el grupo de 60 a 74 años el índice es de 85.8 y en el de 75 años y más la cantidad de hombres por cada 100 mujeres se reduce a 70.1.

La relación de dependencia demográfica involucra a los tres grandes grupos de edad, los niños, los adultos y las edades avanzadas, dicha relación se define como la suma de la población menor de 15 años más la que tiene 60 años y más entre la población de 15 a 59 años. Para América Latina en 1950 ésta relación era de 85.0, de los cuales 87 % corresponden a los menores de 15 años y 13 % a los mayores de 59 años; para el año de 1975 la relación aumenta en 6 dependientes, de tal manera que por cada 100 personas independientes había 91.5 dependientes (86 % menores de 15 años y 14 % de 60 años y más). El sentido de la relación de dependencia en la región da un cambio y la cantidad de independientes se reduce en el año 2000 a 65.2 por cada 100 independientes, la tendencia que se mantiene y según las proyecciones se mantendrá es el incremento de los viejos en la relación de dependencia, en el 2000 representan el 20 % de los dependientes y para el 2050 representarán el 53 %.

Otro índice que nos permite ver el grado de envejecimiento de la región es el coeficiente de renovación. En el año de 1950 había 15 personas de 60 años y más por cada 100 menores de 15 años, esto es explicado por las altas tasas de fecundidad prevalecientes en la primera mitad del siglo y que mostraba un rejuvenecimiento de la población; para el año 2000 el índice se ha incrementado en 10 puntos, y según las proyecciones del CELADE la cantidad de personas mayores de 60 años superaran en números a los de 0 a 14 años pues habrá 113 en edades avanzadas por cada 100 niños.

Estos indicadores de alguna manera dejan entrever que “América Latina está comenzando a envejecer y que lo hará de forma más acelerada dentro de poco luego de experimentar las primeras

etapas de la transición demográfica asociadas con disminuciones de la mortalidad infantil y reducciones significativas en la fecundidad” (Chackiel, 2004).

### **Situación en México.**

Durante los últimos cincuenta años México ha experimentado profundos cambios demográficos que han tenido implicaciones en su vida social, económica y política. Uno de estos cambios es el paulatino envejecimiento demográfico que se está dando en nuestra sociedad. En México el grupo de población de 65 años y más “pasó de 1.8 millones de personas en 1970 a 4.8 millones en el año 2000. En el año 2050 según las proyecciones de la ONU, habrá 27.3 millones de personas en este grupo de edad”. (Ordorica, 2001). “Los habitantes en México pasarán de casi 100 millones en 2000 a más de 130 millones en 2050 [...] el proceso de envejecimiento se puede resumir en la duplicación de la edad mediana de la población de nuestro país: de 23.2 años en 2000 a 46.3 años en 2050” (Partida, 2001). En el mismo periodo los adultos mayores presentarán el crecimiento demográfico más dinámico, “su monto se multiplicará casi siete veces e incrementarán su participación de 4.8 a 24.6 %, es decir, que, dentro de cincuenta años, uno de cada cuatro mexicanos pertenecerá a las edades avanzadas” (Partida, 2001).

El envejecimiento en México, se da entre problemas sociales y de salud entre los que se destacan el rápido crecimiento, la pobreza y la heterogeneidad e inequidad entre los individuos. Así pues, “junto con los problemas apremiantes del subdesarrollo aún no resueltos y que a menudo hacen crisis, se agrega ahora el costo social y económico del envejecimiento” (Ham, 2003), con la agravante de que el envejecimiento demográfico se dará con una gran velocidad. La población de 60 años y más representa el 7 % en el año 2000, según las proyecciones en menos 25 años su porcentaje se duplicará y para mediados de siglo será 4.6 veces mayor que el que se tenía en 2000 (32.0 %). En la cuestión económica los números indican que el costo más elevado se da en aquellos

enfermos con padecimientos crónicos, que requieren un seguimiento estrecho y frecuente. Como ejemplo tenemos que “el costo de los servicios de salud provistos por el IMSS a los ancianos constituyó 19.4 % del ingreso total del instituto y 26 % de sus gastos,[...] las enfermedades crónicas prioritarias en el IMSS: la hipertensión arterial y la diabetes, representaron un número total de casos atendidos en personas de edad de 280 mil en 1996, y de 670 mil en el 2000” (Gutiérrez, 2001). Siguiendo la idea de la transición epidemiológica cada vez será mayor el número de personas en edades avanzadas que sufra de estos padecimientos y por lo tanto estén incapacitados, al registrarse este tipo de enfermedades los costos y los recursos que se deberán destinar a la población envejecida, por lo tanto, deberán incrementarse.

La esperanza de vida al nacimiento es de 73.1 años para los hombres y para las mujeres de 77.6 según cifras del XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Esto nos indica que es mayor el número de mujeres que llegan a las edades avanzadas, sin embargo con relación a la salud, y a pesar de que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, las estadísticas refieren que este grupo, en edades avanzadas, presenta mayor morbilidad y limitaciones funcionales que los varones de la misma edad.

Ésta diferencia en la mortalidad la podemos observar en el índice de masculinidad. Para el total la relación entre los hombres y mujeres es de 95.4 hombres por cada 100 mujeres. Al tomar sólo a la población de 65 años y más la relación disminuye a 86.8 hombres por cada 100 mujeres, y si se calcula el índice entre los más viejos (85 años y más) son 73.5 hombres por cada 100 mujeres. La mayor sobrevivencia femenina se traduce en cambios en el estado civil y económico. Por ejemplo, el 48.6 % de las mujeres mayores de 64 años son viudas, mientras que sólo el 17.8 % de hombres en esas edades tienen ésta condición, la relación es prácticamente de tres a uno, cabe destacar que además de la mayor sobrevivencia femenina también juegan un papel importante en ésta condición las segundas y posteriores nupcias, que son más frecuentes entre los hombres. Esta

condición, ligada a la menor participación económica de las mujeres y a los mayores índices de analfabetismo incide en una mayor vulnerabilidad, marginalidad y pobreza.

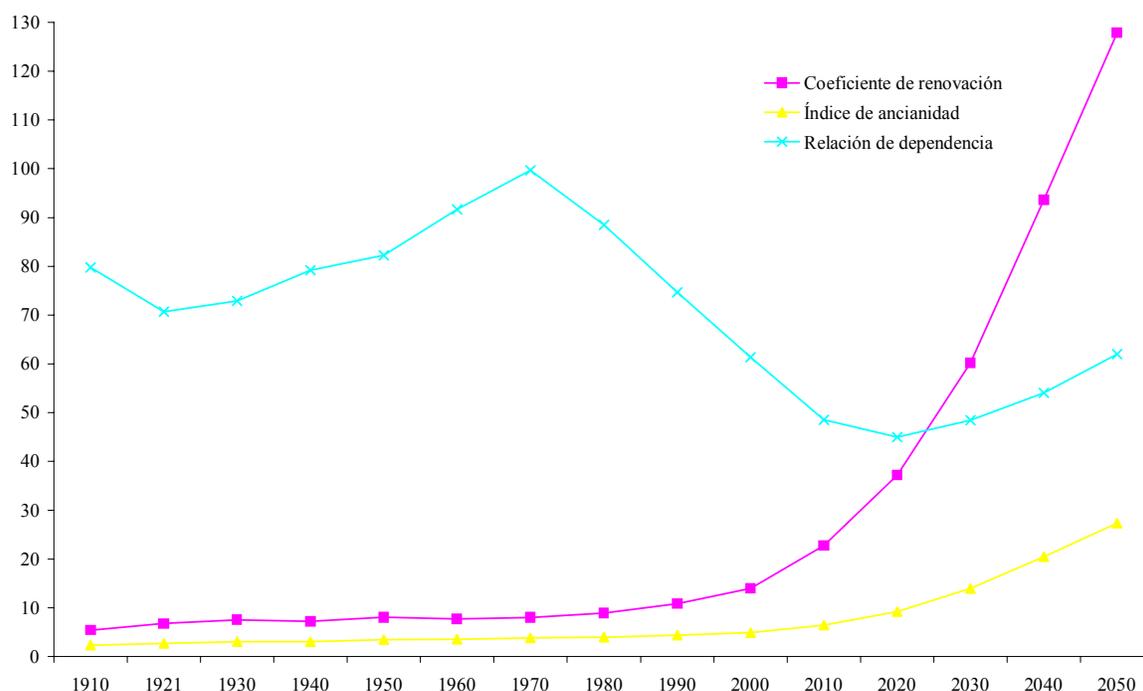
Los índices de ancianidad, de renovación de la población y de dependencia demográfica brindan una imagen de los cambios entre generaciones que se derivan de los cambios en las estructuras por edad. El índice de ancianidad señala el número de personas de 65 y más años dentro del total poblacional. Para México en el año de 1910 la proporción de ancianos era de 2.3, para 1950 había ganado poco más de un punto porcentual llegando a niveles de 3.4 %, en el 2000 según el XII Censo General de Población y vivienda éste índice es de 4.9%, las proyecciones realizadas por CONAPO señalan que para el 2050 el índice de ancianidad será de 21.5 %. (Ver cuadro 7)

El índice de renovación o envejecimiento señala que en 1910 había 5 personas de 65 años y más por cada 100 menores de 15 años. Es hasta 1990 que esta relación se duplica, el índice alcanza niveles de 10.8, las altas tasas de fecundidad y las mejoras en los sistemas sanitarios y de salud pública han hecho que el índice de renovación se mantenga bajo. El aumento de su valor apunta a la reducción de la capacidad de una población para renovar las generaciones que la alimentan desde su base. Según las proyecciones de CONAPO a partir de 2010 la situación dará un giro y será la población en edades avanzadas la que empezará a ganar terreno, en éste año la cantidad de viejos por cada 100 menores de 15 años será de 22.8, es decir, en tan solo 20 años se duplicará el índice de envejecimiento. Para el 2030 alcanzará niveles de 60.2 y para el 2050 serán más viejos que niños en la población mexicana, 127 personas en edades de 65 años y más por cada 100 de 0 a 14 años.

La relación de dependencia demográfica desde principios de siglo y hasta 1940 se ha mantenido estable oscilando entre 70 y 80 dependientes por cada 100 independientes, a partir de 1940 la cantidad de independientes se incrementa de manera continua y sostenida hasta que en 1970 alcanza su valor máximo de 99.7, con lo que el número de dependientes iguala al de sus sostenedores. En las tres décadas siguientes dicha relación empieza a disminuir, en la actualidad

(2000) hay 61.4 personas dependientes por cada 100 independientes. El bono demográfico<sup>5</sup> que se dará en los siguientes años deberá ser aprovechado, pues en 2020 la cantidad de dependientes llegará a su nivel más bajo 45 por cada 100 independientes y para 2050 la relación se incrementará a 62.

**Indicadores de envejecimiento demográfico. México, 1910-2050**



En México diversas han sido las acciones que se han llevado a cabo para la población en edades avanzadas, los objetivos son diversos pero todos enfocados a brindar apoyo a los viejos. El tema del envejecimiento demográfico ha sido incluido en El Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, donde se especifica que "para alcanzar los propósitos de mayor desarrollo social, político y económico de los mexicanos, se requiere combatir la inequidad que se expresa entre las

<sup>5</sup> El bono demográfico se refiere a que en una nación una parte considerable de su población ya alcanzó la edad de trabajar y ahorrar y por lo tanto pueden ver impulsado el crecimiento de su ingreso, como consecuencia de la mayor proporción de trabajadores, de la acumulación acelerada del capital y de la reducción del gasto en personas dependientes.

personas, por la diferencia de oportunidades y de ingreso" al tiempo que se reconoce que "el Estado contempla como uno de sus objetivos asegurar a los ciudadanos de la tercera edad condiciones de acceso a los servicios de salud, a una vivienda adecuada y a una vida digna", siendo éstos importantes postulados para sustentar la acción pública en favor de este importante grupo de población. (Rodríguez, 1999) En septiembre de 1996 se propuso la realización de una Cruzada Nacional por una Vejez Digna que planteaba, entre otros propósitos trabajar con los grupos de mexicanos mayores de 60 años en la búsqueda de soluciones integrales a sus problemas.

Para demostrar el interés que México tiene sobre las personas de edades avanzadas y que trata de implementar políticas públicas adecuadas, la nación ha participado en reuniones y foros internacionales sobre el tema; más aún, ha firmado compromisos internacionales. En 1982 asistió en Viena a la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, en 1994 a la Cumbre de Población de El Cairo y a la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social en Copenhague en 1995, en las cuales se comprometió a desarrollar instrumentos jurídicos, económicos, sociales y culturales que favorecieran el desarrollo de las personas de edad avanzada. (Rodríguez, 1999).

## Capítulo 3

### Metodología

#### a) Fuente de información.

Para estudiar a la población en edades avanzadas se eligió la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM), 2001, por medio de la que se examina el proceso de envejecimiento y el impacto de las enfermedades y la discapacidad en un amplio panel representativo de los mexicanos de 50 años o más que vivía en la comunidad en noviembre del año 2000. La ENASEM tiene poco más de 15,000 registros y se puede trabajar el nivel nacional y por ámbito urbano y rural.

La información que contiene 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 información que pretende 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 sobre la salud.

Los objetivos particulares de la ENASEM son:

- a) Proporcionar información acerca de las condiciones de salud percibida, estado cognoscitivo, y uso de servicios de salud de la población de edad media y avanzada, definida como edad 50 o más años en el año 2000, los cuales eran residentes en hogares en las áreas urbanas y rurales de la república mexicana.
- b) Conocer las condiciones de empleo, ingreso, bienestar, disponibilidad de pensiones y redes familiares entre personas de edad media y avanzada.

- c) Determinar el papel de las redes familiares y las migraciones juegan como estrategia familiar para mejorar el nivel de bienestar de la población de edad media y avanzada.

Los hogares con al menos un residente nacido antes de 1951 fueron elegibles para formar parte de la muestra ENASEM. Los hogares fueron tomados de la Encuesta Nacional de Empleo (ENE) 2000, la cual incluyó a 64,475 hogares, de los cuales aproximadamente 40.5% contenían al menos una persona de 50 años o más durante el año 2000. “En los hogares seleccionados para ENASEM que tenían más de una persona de edad elegible, se seleccionó uno al azar antes de iniciar el trabajo de campo. Si los individuos seleccionados estaban casados o unidos y el cónyuge o compañero residía en el mismo hogar, se entrevistó también a dicha persona sin importar su edad” (Wong y Espinoza, 2002). El levantamiento se realizó entre los meses de Marzo y Junio de 2001, con un promedio de 90 minutos por entrevista. En la ENASEM también se realizaron entrevistas por informante sustituto, estas se realizaron cuando la persona seleccionada no pudo completar su entrevista directamente por enfermedad, hospitalización, o ausencia temporal.

Los motivos por los cuales se trabajará con ésta encuesta son los siguientes:

- Contiene la información más reciente sobre la población de edades avanzadas,
- Las secciones en que se divide permiten hacer un análisis completo del tema de investigación, permiten ubicar a la vejez a través de la funcionalidad en las características físicas, económicas, sociales, de salud y culturales.
- Contiene una importante cantidad de registros que estadísticamente resultan útiles en cuanto al análisis del envejecimiento de la población y los grados de dependencia que ésta tiene.

- Además de la información que se levantó en 2001, se pretende hacer una reentrevista a las personas en el 2003, lo que permitirá dar continuidad a estudios como este y hacer comparaciones.
- Toma en cuenta no solo a la población de 65 años y más, sino que hace un corte de edad más abajo, en los 50 años, esto permitirá catalogar a las personas viejas además de por la edad, por las características antes mencionadas.
- Es representativa a nivel nacional y por ámbito rural y urbano, por lo que permite hacer comparaciones entre distintos grupos de población.

### **Alcances y limitaciones.**

- Analiza a la población en un momento en el tiempo, lo que no permite hacer un estudio de la evolución de las condiciones que presente la población en edades avanzadas.
- No se pueden hacer comparaciones entre Estados de la República, pues la encuesta con que se trabaja (ENASEM, 2001) sólo permite análisis a nivel nacional y por ámbito rural-urbano.
- Un estudio como este servirá de apoyo para investigaciones posteriores que puedan utilizar la ENASEM que se levantó e el 2003 y que sus resultados se presentarán en un futuro próximo.
- Para México no se han hecho estudios de este tipo, el cual permitirá a aquellos que toman decisiones tener una referencia más de cuales son las características de las personas en edades avanzadas.

## Niveles de análisis

### Edad

Ya establecimos en párrafos anteriores que en una persona los inicios de la tercera y cuarta edades son variables individuales y dependen de muchas circunstancias, de tal manera que no es posible delimitarlas mediante edades fijas y convencionales. Sabiendo de esta variabilidad, pero ante la necesidad de fijar una edad para fines de análisis se crearon tres grupos de edad dentro de las edades avanzadas. El primero abarca desde los 50 hasta los 64 años, el segundo de los 65 a los 74 y el tercero incluye a todas las personas que han cumplido 75 o más años. A continuación describimos las características de cada uno de los grupos.

- **50 a 64 años.** Este grupo se encuentra en la transición de la vejez, y tanto los hombres como las mujeres que lo conforman, en su mayor parte se encuentran en buen estado físico y en condiciones productivas al grado de ser aún un grupo demandante de empleo, además de funcionar con capacidad y autonomía. Incluir a la población que se encuentra en edades de la prevejez posibilita un análisis más completo de la realidad que vive el grupo de las edades avanzadas, de alguna manera se pueden vislumbrar las condiciones de salud de la población mayor de 65 años o más en un futuro cercano.
- **65 a 74 años.** Se establece como la tercera edad y en ella encontramos todavía población económicamente activa. Son personas en edades avanzadas que presentan mermas en las condiciones físicas, los papeles sociales y en la actividad económica pero que aún poseen condiciones aceptables de funcionalidad y salud.
- **75 años o más.** En este rango de edades en la mayoría existe un decrecimiento de las funciones. El rasgo más comúnmente observado es la declinación física e intelectual; los

hombres y las mujeres que lo integran están más impedidos físicamente y la dependencia de los demás o de las instituciones es casi total.

La agrupación de las edades de esta manera, también obedece a cuestiones metodológicas y 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 éste último tenía pocos registros y estadísticamente los resultados de este grupo de edad no tendrían validez.

Cuadro No. 8  
Población en edades avanzadas por grupos de edad, ENASEM 2001.

<b>Grupo de edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Menores de 65	7,866	64.6
65 a 74 años	2,827	23.2
75 años y más	1,482	12.2
<b>Total</b>	<b>12,175</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de ENASEM 2001.

Con la finalidad de generar el tipo de envejecimiento de la población se omitieron registros en los que no hubiera respuesta en las preguntas utilizadas para definir cada uno de los indicadores. De tal manera que de poco más de 15 mil registros la base de datos queda con 12,175. Los menores de 65 años que comprenden las edades entre 50 y 64 años representan al 64.6 % de la población, los de 65 a 74 años representan el 23.2 % y el grupo de 75 años y más con 1482 registros significan el 12.2 por ciento.

## **Sexo**

El análisis de los fenómenos demográficos diferenciados mediante el sexo constituye una parte fundamental del quehacer de la demografía y de los estudios sociales de población. Así, los estudios

realizados en muchos países del mundo han demostrado que las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres, y que los problemas de salud que padecen los hombres y las mujeres son diferentes a medida que envejecen. “Los hombres tienden más a padecer enfermedades agudas que requieren hospitalización, mientras que las mujeres sufren enfermedades crónicas que, pese a no poner en peligro la vida, pueden provocar discapacidades. Además de que las mujeres tienen una peor percepción de su estado de salud” (Casado, 2001).

En México “las diferencias por sexo son también relevantes y merecedoras de consideración específica. Más allá del hecho de que las menores tasas de mortalidad dan lugar a un menor índice de masculinidad en las edades avanzadas, son ellas las que sufren una mayor incidencia de morbilidad y una mayor prevalencia de incapacidades” (Gutiérrez, 2001). En éste estudio es conveniente realizar análisis por sexo, pues permitirá establecer relaciones entre el tipo de envejecimiento de la población, el estado de salud y los factores de riesgo asociados tanto a hombres como a mujeres.

### **Mixto - Urbano**

El envejecimiento y sus consecuencias para la salud dependen en buena medida del nivel socioeconómico y de la región en que se vive, que son factores que con frecuencia impiden el acceso a servicios de salud. Además, “la preocupación por cuidar de la salud, en cuanto al estilo de vida, la nutrición y la actividad física se refiere, la participación en acciones preventivas y la utilización de los servicios de salud responden al nivel educativo, a los patrones culturales y muy particularmente a la disponibilidad local de recursos” (Gutiérrez, 2001).

En este estudio será considerada una persona urbana aquella que viva en localidades de 100,000 o más habitantes y mixta la que viva en localidades de menos de 100,000

habitantes. Estamos conscientes de la heterogeneidad que se presenta al considerar las localidades de 5, 1 000, 10 000 o hasta 99 999 habitantes por las características tan disímiles que la población presenta en cada una de ellas. Son muchas las situaciones que pueden presentarse y que escapan a esta clasificación que de urbano y no tan urbano se hace al considerar el punto de quiebre en 100 000 habitantes, sin embargo permite hacer una diferencia entre los más urbanos y los menos urbanos.

### **Técnicas de análisis**

Para llevar a cabo la tipología del envejecimiento en México utilizaremos la base de datos de la Encuesta Nacional de Envejecimiento en México, principalmente las secciones que corresponden a Estado de salud (sección C) y Funcionalidad y ayuda (sección H). (Ver anexo 1)

Los primeros pasos consistirán en una revisión general de la base de datos a través de frecuencias y la utilización de tablas cruzadas para establecer las diferencias por sexo, edad y lugar de residencia. Después se hace una revisión y recodificación de las variables que permitirán crear los diferentes indicadores de capacidad funcional, enfermedades crónicas, consumo de alcohol, etc. Al final se establecen las cuatro categorías de tipo de envejecimiento mediante las relaciones que se encuentran entre el estado de salud y los factores de riesgo que presenta la población en edades avanzadas.

## Capítulo 4

### Envejecimiento y salud

Buscando formas alternativas para medir la condición de vejez en la población en edades avanzadas en este capítulo se muestran las piezas que permiten armar un esquema que denominamos “cuatro formas de envejecer: una tipología del envejecimiento”. Cada una de ellas aporta una serie de elementos que permiten establecer cuál es el panorama actual del envejecimiento en México respecto al estado de salud y los hábitos y costumbres de la población. La primera parte llamada **estado de salud**, está compuesta por el diagnóstico de enfermedades crónicas, la capacidad funcional y la valoración que el individuo hace de su propio estado de salud. Los primeros dos elementos son aspectos de diagnóstico y el tercero se refiere a una autoevaluación meramente, “pero que ha probado simplicidad y utilidad para determinar el estado de salud de la población” (Puga, 2001). Además del estado de salud interesan los comportamientos y actitudes de la población que pudieran alterar dicho estado, de aquí se desprende la segunda pieza llamada **factores de riesgo**, los cuales están integrados por hábitos como el consumo de alcohol y tabaco y la realización de actividad física.

En el grupo de edades avanzadas, los tiempos y causas de muerte, la presencia de enfermedades, los hábitos y costumbres y sus formas y efectos, variarán según el lugar de residencia, la edad y el sexo. Con relación a la salud, “para las mujeres de mayor edad, existen mayores riesgos y menores posibilidades para enfrentar el deterioro de la salud y la dependencia en los años de la vejez” (Gutiérrez, 2001). Por parte del lugar de residencia, las áreas rurales generan condiciones de mayor vulnerabilidad, en especial por las condiciones de pobreza, la variabilidad del mercado de trabajo y marginación en programas de bienestar social y de salud. Las personas que

envejecen en áreas rurales tienen menor cobertura de servicios, menor atención en cuanto a políticas sociales y mayor deterioro económico que en las áreas urbanas. En cuanto a la edad es sabido que el porcentaje de individuos que soportan limitaciones en su capacidad funcional, presentan enfermedades crónicas y tienen una percepción mala de su estado de salud aumenta conforme se consideran cohortes poblacionales de mayor edad.

Cabe destacar que las cifras y resultados que se presentan en este capítulo corresponden a la población de 50 años y más y que además en la base de datos ENASEM tenía completas las respuestas incluidas en el análisis para establecer las cuatro formas de envejecer.

## **Diagnósticos de salud**

El **estado de salud** queda definido por la presencia de enfermedades crónicas diagnosticadas, la dificultad que tienen los individuos para llevar a cabo una serie AVD y AIVD y la valoración que realizan de su propio estado de salud. Así “dependiendo del estado de función del cuerpo, libre o no de enfermedad, y de su capacidad funcional para desarrollar las actividades del diario vivir, es posible identificar diferentes grados del estado de salud” (Damonte, 2000).

### **Enfermedades crónicas**

La emergencia de enfermedades crónicas es el resultado de las transiciones demográfica y epidemiológica, junto con aumentos en los niveles de los factores de riesgo resultado de los cambios económicos y sociales. En el pasado predominaban las enfermedades agudas (de corta duración) e infecciosas, con frecuencia letales y ahora comienzan a dominar las crónicas y degenerativas propias del envejecimiento.

Los problemas de salud, y más concretamente el padecimiento de enfermedades crónicas, son los que en muchas ocasiones desencadenan los problemas de dependencia en la población (Casado y López, 2001). Influyen también en el deterioro del estado de salud la cantidad, la combinación y la diversidad de enfermedades crónicas que la población presenta. De esta manera las preocupaciones actuales y futuras deben centrarse cada vez más en las enfermedades crónicas y degenerativas propias de la creciente población en edades avanzadas, ya que se incrementaran los tiempos, costos y las necesidades de atención por parte de la población de 50 años y más. Por consiguiente los sistemas de salud habrán de adaptarse y buscar alternativas que solucionen las necesidades de este segmento de la población.

En la ENASEM 2001 se incluyeron siete enfermedades crónicas sobre las cuales se le pregunto a la población si un médico le ha diagnosticado alguna de ellas. Son tres las enfermedades en que la población en edades avanzadas presenta porcentajes superiores a los quince puntos, hipertensión con 37.0 %, artritis con un 20.8 por ciento, y diabetes con 15.6 %. Para las cuatro enfermedades restantes los porcentajes oscilan entre 5.8 y 1.9 de la población total, como se muestra en el cuadro 8.

Para analizar las diferencias entre sexo, edad y condición urbana-mixta sólo se toman las enfermedades que le han sido diagnosticadas a más del 15 % de la población. Ser mujer y tener 65 años o más implica tener los más altos porcentajes de enfermedades diagnosticadas, las mujeres de 75 años y más que viven en áreas mixtas tienen el porcentaje más alto de artritis con 31.3, de este mismo grupo de edad pero que viven en las áreas urbanas tienen el de hipertensión con 56.8 %, y finalmente las mujeres urbanas entre 65 y 74 años tienen el porcentaje más alto de diabetes con 25.6 %. Quienes tienen el menor porcentaje de población por enfermedad diagnosticada son los hombres, hipertensión y diabetes para los que viven en áreas mixtas con edades entre 50 y 64 años y 75 años y más respectivamente, y artritis (10.0 %) lo tienen los hombres urbanos con edades entre 50 y 64 años.

**Porcentaje de población según enfermedad diagnosticada por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001.**

Sexo	Grupos de edad	Enfermedad diagnosticada						
		Hipertensión	Diabetes	Cancer	Pulmon	Corazón	Embolia	Artritis
<b>Residencia mixta (rural)</b>								
Hombres	50 a 64 años	20.8	9.7	0.8	3.0	1.6	1.3	18.1
	65 a 74 años	34.3	15.2	0.2	5.3	2.2	4.5	21.1
	75 años y más	32.2	7.8	1.5	10.5	3.2	6.5	25.9
	Total	26.1	10.7	0.8	4.9	2.0	3.0	20.2
Mujeres	50 a 64 años	42.1	14.7	3.4	6.3	2.9	1.9	22.3
	65 a 74 años	45.1	16.4	1.9	5.5	2.5	2.5	26.0
	75 años y más	44.2	15.9	2.3	4.1	4.0	1.2	31.3
	Total	43.0	15.3	2.9	5.8	2.9	1.9	24.4
<b>Residencia urbana</b>								
Hombres	50 a 64 años	25.4	15.0	0.8	4.8	3.3	1.6	10.0
	65 a 74 años	39.0	20.2	3.1	8.5	3.7	2.0	14.0
	75 años y más	33.4	20.0	2.3	9.1	7.3	3.0	26.1
	Total	29.7	16.9	1.6	6.2	3.9	1.9	12.8
Mujeres	50 a 64 años	42.9	17.7	2.7	5.8	2.3	2.3	21.1
	65 a 74 años	54.5	25.6	1.7	7.4	4.4	1.7	30.2
	75 años y más	56.8	18.7	1.6	8.3	2.3	3.9	29.2
	Total	46.8	19.5	2.3	6.4	2.7	2.4	23.9

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

El deterioro está ligado directamente con la cantidad de enfermedades crónicas que el individuo presenta. En ese sentido surge la necesidad de analizar al conjunto de la población respecto al número de enfermedades que le han diagnosticado. Aproximadamente 43.4 % de las personas en edades avanzadas tiene ausencia de enfermedades, del 56.6 % restante y que le han diagnosticado al menos una enfermedad, 60.7 % tiene una enfermedad diagnosticada, 37.1 % tiene de dos a tres enfermedades y el resto (2.1 %) tiene entre cuatro y seis enfermedades, es necesario mencionar que no hubo casos en dónde la población presentara al mismo tiempo las siete enfermedades.

Sí para medir el estado de salud de la población en edades avanzadas se toma como parámetro la cantidad de enfermedades diagnosticadas, sin dejar de considerar la menor cobertura de servicios de salud y por ende el menor número de personas que asisten a los centros médicos, los hombres en áreas mixtas entre 50 y 64 años poseen el mejor estado de salud, pues al 60.2 % de ellos

no les han diagnosticado enfermedad; las mujeres urbanas de 75 años y más son las que tienen el peor estado de salud, pues al 75.6 % de ésta población le han diagnosticado al menos una enfermedad. Si bien en estos resultados podemos ver que el género hace diferencia en la cantidad de enfermedades diagnosticadas (16.4 % entre hombres y mujeres que no les han diagnosticado enfermedad), hay que resaltar que la condición urbana-mixta no presenta tales diferencias pues ésta es de sólo 2.9 % (Ver cuadros 9 y 10). Conforme se avanza en la edad el porcentaje de población a la que no le han diagnosticado enfermedad disminuye, al 47.6 % del grupo de 50 a 64 años no le han diagnosticado enfermedad, mientras que al de 75 años y más solo al 34.9 %.

La variable que se creó para conocer la cantidad de enfermedades crónicas tiene cuatro categorías: ninguna, una enfermedad, de dos a tres enfermedades y cuatro y más. Los hombres urbanos de 75 años y más tienen el más alto porcentaje de población con 4 enfermedades o más diagnosticadas (4.4 %), le siguen las mujeres urbanas con edades entre 65 y 74 años con 3.7 %. Hay que mencionar también al conjunto de población que le han diagnosticado dos o tres enfermedades, éste representa al 21 % de la población y quienes contribuyen a esta participación en mayor medida son las mujeres, en especial las urbanas, cuyo porcentaje más alto se encuentra en las edades de 75 años y más con 32.7 %.

### **Capacidad funcional**

“La capacidad funcional es entendida como la facultad presente en una persona, para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, [...] es uno de los mejores indicadores del estado de salud de las personas, porque para ello es necesario tener un funcionamiento adecuado tanto físico como mental y social”. (Cardona et al, 2003)

Conocer cuáles son las características que hacen de un sujeto una persona dependiente es un objetivo importante del estudio y medir la capacidad funcional a través de una serie de actividades ha sido uno de los métodos más utilizados por varios investigadores. Así, si se quiere saber cuál es el número de personas dependientes en una población sería suficiente contabilizar la cantidad de sujetos que requieren ayuda para realizar ciertas actividades. En este sentido en las investigaciones se suelen distinguir dos grupos de actividades de la vida diaria: las básicas que son indispensables para la sobrevivencia y las instrumentales necesarias para manejarse en el entorno y las relaciones sociales.

Junto con conocer el número de personas dependientes surge otra pregunta ¿cuál es el grado de capacidad funcional que exhiben los individuos de 50 años y más? El interés por responderla resulta obvio, pues una mayor incapacidad funcional requiere de una mayor atención por parte de la familia y las instituciones. En los siguientes párrafos se clasifica a los individuos según el número y la naturaleza de las actividades en las que precisan ayuda, que nos permitan resumir en una variable de pocas categorías el grado de incapacidad funcional que presentan los individuos.

### **Actividades básicas de la vida diaria**

Las AVD son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad. En este estudio se incluyen actividades como: comer, usar el excusado, vestirse, bañarse, caminar, e ir a la cama. Se dice que hay capacidad funcional e independencia elemental cuando no se tiene dificultad para realizar dichas actividades y no se precisa ayuda continua de otros.

### **Actividades instrumentales de la vida diaria**

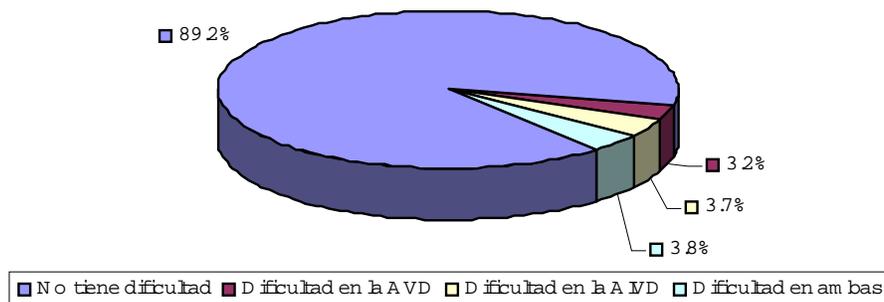
Las AIVD son necesarias para vivir de una manera independiente, miden la adaptación del individuo en su entorno. Las aquí consideradas para indagar la capacidad funcional del individuo son: preparar una comida caliente, hacer compras de víveres o mandados, tomar sus medicamentos y manejar su dinero.

A pesar de que la valoración de la capacidad funcional es deseable, tiene algunas limitaciones. En primer lugar, ninguna escala nos aporta información acerca de la naturaleza del proceso que esta causando la discapacidad. Por ejemplo, aunque nos permita detectar que una persona no es capaz de vestirse, nada nos dice de si ese déficit es por una limitación funcional o por deterioro cognitivo.

En la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM, 2001) se encuentra la información más reciente que incorpora variables relacionadas con los problemas de capacidad funcional en México. Así, en dicha encuesta se preguntaba a los individuos si tenían dificultad para realizar nueve actividades, cinco de ellas relativas al cuidado personal (AVD) y las otras cuatro respecto a la adaptación al entorno social (AIVD). Para cada una de esas actividades, se daba la posibilidad a los sujetos de dar una de cuatro posibles respuestas (Si, no, no sabe y no responde). Para considerar que una persona tiene dificultad se toma sólo la respuesta afirmativa.

Según la ENASEM en el 2001 la población total de 50 años y más en México se estimó en 12, 879, 632 personas, de las cuales 89.2 % no tiene dificultad para llevar a cabo las nueve actividades de la vida diaria que se consideran en este estudio, un 3.2 % tiene dificultad solo en las AVD, 3.7 % solo en las AIVD y 3.8 % tiene dificultad para realizar al menos una actividad de ambas categorías.

**Porcentaje de población según dificultad para realizar las AVD's y las AIVD's, ENASEM 2001**



En conjunto, este primer acercamiento nos estaría diciendo que casi 10.8 % de la población en edades avanzadas del país tiene dificultad para realizar al menos una de las nueve actividades contempladas en la ENASEM, 2001.

Al hacer un desglose solo en las AVD, se encuentra que 92.9 % de la población no tiene dificultad para realizarlas, del 7.1 % restante que es la población que tiene dificultad en al menos una, 40.8 % tiene problemas en una actividad, 21.3 % en dos de las cinco actividades, y aquellos que tienen dificultad para realizar las cinco actividades de la vida diaria representan 9.2%. Respecto a las actividades instrumentales 92.5 % de la población no tiene dificultad para realizarlas, 7.5 % de la población tiene problemas en al menos una de las AIVD, de los cuales 14.2 % tiene problemas en las cuatro actividades relacionadas con el entorno del individuo. Cabe resaltar que de la población en edades avanzadas que tiene dificultad en las AIVD poco más de la mitad tiene problemas en sólo una actividad.

De las cinco AVD consideradas en éste estudio sólo caminar, tiene un mayor porcentaje para los hombres que para las mujeres. Las diferencias entre lo urbano y lo mixto no exceden el 1 %, la más grande es de 0.6 % y se encuentra en caminar con mayor porcentaje para la población urbana. También se encuentra que a mayor edad mayor es el porcentaje de población que declaró tener dificultad en las AVD.

Una conclusión adelantada refleja que ser mujer, y tener una edad avanzada sin importar el lugar de residencia implica una mayor dificultad en la realización de las AVD. Veamos quienes tienen mayor y menor dificultad para realizar estas actividades.

Los porcentajes más bajos se encontraron invariablemente en el grupo de edad de 50 a 64 años y en la población masculina, caminar (1.1 %), ir a la cama (2.1 %) y usar el excusado (1.1 %) para la que vive en las zonas mixtas; bañarse y comer con 0.7 % y 0.3 % para los que viven en las áreas urbanas. Los porcentajes más altos se dan en las edades de 75 años y más, bañarse (17.9 %), ir a la cama (18.2 %) y usar el excusado (15.7 %) se presentan entre la población femenina urbana; caminar con 13.1 % y comer con 6.6 % se presentan en los hombres, la primera en la población mixta y la segunda en los urbanos (ver cuadro 14).

En todas las AIVD las mujeres declararon tener mayor dificultad que los hombres para realizarlas, al igual que en las AVD éstas actividades no presentan grandes diferencias cuando se hace la comparación entre lo urbano y lo rural, sin embargo al analizar las diferencias entre grupos de edad algunas alcanzan cifras que rondan los 10 puntos porcentuales.

En éste tipo de actividades los porcentajes más bajos y más altos se encuentran en el ámbito urbano, los primeros en los hombres de edades entre 50 y 64 años y los segundos entre las mujeres mayores de 74 años. El 25.9 % de la población femenina urbana de 75 años y más declaró tener dificultad en ir de compras, 19.1 % en cocinar, en manejar su propio dinero 18.8 % y para tomar sus medicamentos 17.6 %.

Si bien es cierto que conocemos el porcentaje de la población que tiene dificultad en la realización de cada una de las actividades, aún no se salva el problema de determinar la capacidad funcional de los individuos. Saber en cuántas y cuales actividades tiene dificultad permite construir una variable que especifique los grados de capacidad funcional que tiene la población. Sobre lo

declarado por la población en cuanto a la dificultad para realizar las AVD y las AIVD se asignaron en una variable cinco categorías de capacidad funcional.

- a) Completamente capaces. Incluye las personas que se manejan en forma totalmente independiente, es decir, no tienen dificultad para realizar las actividades del diario vivir, tanto las elementales como las instrumentales.
- b) Levemente incapaces. Esta categoría se integra con las personas que tienen dificultad solo en las AIVD, sin importar su cantidad.
- c) Moderadamente incapaces. Comprende las personas que tienen dificultad en alguna de las AVD y además tienen dificultad en ninguna o una AIVD.
- d) Severamente incapaces. Este conjunto de la población está compuesto por 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.
- e) Completamente incapaces. Aquellas personas que tengan dificultad en todas las AVD (5) y en todas las AIVD (4) serán incluidas dentro de ésta categoría.

En cuanto a la capacidad funcional que se obtuvo con ésta variable, los resultados indican que 89.2 % de la población es completamente capaz de realizar sin dificultad las nueve actividades incluidas en este estudio, 3.7 % es levemente incapaz, 4.7 % de la población es moderadamente incapaz y 2.0 % de la población es severamente incapaz. Aquellos que tuvieron una incapacidad total, es decir tienen dificultad en las cuatro AVD y en las cinco AIVD representan un 0.4 % del total poblacional.

Los resultados también arrojan información sobre la diferencia entre los sexos, la edad y la residencia mixta-urbana, 91.9 % de los hombres en términos de funcionalidad son completamente

capaces, de las mujeres es el 87.0 %. Las diferencias entre lugar de residencia persisten a favor de la población urbana, en esta ocasión es de 2.1 % y la diferencia entre grupos de edad si es marcada, mientras que el 93.4 % de la población entre 50 y 64 años es completamente funcional, sólo el 72.1 de los de 75 años y más tienen ésta funcionalidad.

Al hacer la combinación de variables y analizar los grupos que se generan, resulta que de los 12 considerados cinco tienen porcentajes superiores a 90.0 % en la categoría completamente capaz, destacan los hombres de 50 a 64 años con porcentajes cercanos al 96.0 %. Las mujeres urbanas mayores de 74 años también destacan, pero por tener una incapacidad funcional severa (13.4 %) e incapacidad total 3.3 %.

Cuadro No. 17

**Porcentaje de población según índice de capacidad funcional por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001.**

Sexo	Grupos de edad	Capacidad funcional				
		Capaz	Levemente incapaz	Moderadamente incapaz	Severamente incapaz	Incapaz
<b>Residencia mixta</b>						
Hombres	50 a 64 años	95.9	1.1	2.4	0.6	
	65 a 74 años	88.4	2.1	5.8	2.7	1.1
	75 años y más	77.1	6.5	9.6	5.6	1.2
	Total	90.8	2.3	4.5	2.0	0.5
Mujeres	50 a 64 años	90.7	2.9	5.0	1.2	0.3
	65 a 74 años	86.7	5.5	5.5	2.0	0.2
	75 años y más	69.6	15.8	8.1	4.8	1.7
	Total	86.9	5.3	5.5	1.9	0.5
<b>Residencia urbana</b>						
Hombres	50 a 64 años	96.0	0.8	2.9	0.2	0.0
	65 a 74 años	91.3	2.9	4.7	1.1	
	75 años y más	81.5	1.8	13.5	2.5	0.7
	Total	93.2	1.5	4.5	0.7	0.1
Mujeres	50 a 64 años	92.3	2.6	4.0	1.2	0.0
	65 a 74 años	84.0	8.1	3.5	4.3	0.2
	75 años y más	60.0	15.7	7.6	13.4	3.3
	Total	87.1	5.1	4.2	3.1	0.4

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

## **Estado de salud autopercebido**

En la ENASEM 2001 se tienen dos preguntas sobre como perciben las personas su estado de salud actual y como es éste con respecto al que tenía hace dos años. En este estudio sólo se utiliza la primera pregunta, la cuál tiene cinco respuestas posibles (excelente, muy bueno, bueno, regular y malo).

Así, 1.5 % declaró tener un excelente estado de salud, 4.1 % considera su estado de salud muy bueno, mientras que para 30.6 % de la población su estado de salud es bueno. Estas tres respuestas suman 36.2 % lo que significa que el resto de la población tienen una percepción negativa de su estado de salud, 47.4 % lo considera regular y 16.4 % lo percibe como malo.

La diferencia entre hombres y mujeres que perciben su estado de salud de manera positiva (excelente, muy bueno o bueno) es del orden de 10.4 % a favor de los hombres. Entre los que consideran su estado de salud excelente y bueno existen diferencias según el lugar de residencia, el porcentaje de población urbana es prácticamente el doble que el porcentaje de los mixtos, 7.7 y 3.8 % respectivamente.

Los hombres urbanos sin importar el grupo de edad al que pertenecen y que perciben su estado de salud excelente y muy bueno representan alrededor del 10.0 %, el porcentaje de mujeres urbanas que consideran su estado de salud de la misma manera es de 3.5 para las de 75 años y más y de 6.9 % para el grupo de 65 a 74 años. Resulta contrastante que sólo 2.6 % de las mujeres de las áreas mixtas perciben su estado de salud excelente y muy bueno, de hecho tres de cada cuatro consideran su estado de salud regular o malo. Al analizar entre este último grupo de población por grupos de edad hay que destacar que solo el 1.9 % de las que tienen edades entre 50 y 64 años considera su estado de salud excelente y muy bueno, 80.5 % de las mayores de 74 años consideran su estado de salud regular y malo. Y que de prácticamente toda la población alrededor del 65 % considera su estado de salud regular y malo (ver cuadro 21).

### Indicador del estado de salud

Se considera que el concepto de salud va más allá de la simple ausencia de enfermedades, en general se coincide en que es un estado que permite el bienestar físico, mental y moral, no sólo del individuo sino de su entorno familiar y social. Por lo tanto para construir el indicador se toman tres variables que se construyen a lo largo del capítulo: cantidad de enfermedades, capacidad funcional y estado de salud autopercebido. El siguiente cuadro muestra las posibles respuestas a cada uno de ellos y los valores de cada respuesta.

Indicador	Código
<b>Capacidad funcional</b>	
Completamente capaz	1
Levemente incapaz	2
Moderadamente incapaz	3
Severamente incapaz	4
Completamente incapaz	5
<b>Enfermedades crónicas</b>	
Ausencia	1
Leve	2
Moderada	3
Severa	4
<b>Autopercepción</b>	
Excelente	1
Muy bueno	2
Bueno	3
Regular	4
Malo	5

Fuente: Elaboración propia.

El valor mínimo al sumar los códigos de las tres variables es tres y el máximo es 14, para el indicador “estado de salud” se crearon cuatro categorías (muy bueno, bueno, regular y malo), de una manera algo arbitraria pero buscando que representen de la mejor manera el estado de salud de la población, tomando en cuenta su propia percepción, el diagnóstico de enfermedades crónicas y la capacidad funcional.

De tal manera que si la suma era menor a 5 puntos se le asignaba un estado de salud **muy bueno**, si la suma estaba entre 5 y 7 puntos el estado de salud se considera **bueno**, la categoría **regular** incluye la suma de 8 a 11 puntos y el estado de salud **malo** es aquel donde la suma de códigos es de 12 puntos en adelante. Por ejemplo: si tiene una capacidad funcional completa (1), no tiene enfermedades diagnosticadas (1) y percibe su estado de salud bueno (2), la suma es cuatro y por lo tanto se le asigna un estado de salud muy bueno.

De acuerdo a los resultados obtenidos 4.0 % de la población en edades avanzadas tienen un estado de salud muy bueno, 67.6 % bueno, 27.5 % regular y 0.9% malo. Como ya se ha venido confirmando en cada uno de las variables utilizadas existen diferencias por sexo en lo que a salud se refiere, las cifras indican que 77.7 % de los hombres tienen un estado de salud muy bueno o bueno, mientras que 66.6 % de las mujeres tienen éste mismo estado de salud. La condición urbana-mixta aunque también hace diferencia ésta es mínima, la brecha en estado de salud muy bueno o bueno entre urbanos y mixtos es de 1.6 puntos porcentuales. Respecto a los grupos de edad mientras tres de cada cuatro personas entre 50 y 64 años tienen un estado de salud muy bueno o bueno, la proporción disminuye a uno de cada dos en el grupo de 75 años y más (ver cuadro 22).

Este indicador se va a revisar exhaustivamente al hacer la combinación condición urbana-mixta, sexo y edad, empecemos por los hombres en áreas mixtas. El menor porcentaje de población que tiene un estado de salud muy bueno se encuentra en el grupo de 75 años y más, la mayor parte de la población tiene un estado de salud bueno los porcentajes oscilan entre 79.3 y 59.3 puntos. En el estado de salud malo destaca el grupo de 65 a 74 años, pues tiene el porcentaje más alto con 2.4 %, superando al grupo de 75 años y más que tiene 1.7 %.

Las mujeres de las áreas mixtas en conjunto tienen el peor estado de salud, al analizar por grupos de edad se encuentra que aproximadamente el 50 % de las mayores de 75 años tienen un estado de salud regular y malo. De los doce grupos generados en este estudio, el de 50 a 64 años

tiene el más bajo porcentaje de población con estado de salud muy bueno o bueno (71.9 %). Ante esta situación habrá que poner atención, pues este grupo de población en un futuro cercano y de acuerdo con experiencias recientes empeorará su estado de salud al avanzar en la edad.

Del grupo de los hombres urbanos destacan los porcentajes de población que tienen un estado de salud muy bueno, el 9.0 % de los que se encuentran entre los 50 y 64 años, los de 75 años y más con 7.0 % y quienes tienen edades entre 65 y 74 años con 6.7 %. También destacan por ser pequeños los porcentajes de la población que tiene estado de salud malo, de los grupos 50 a 64 y 65 a 74 años los porcentajes son menores a 0.5 % y para el grupo de 75 años y más es de 1.6 %.

Las mujeres urbanas del grupo de 75 años y más tienen el peor estado de salud, 53.1 % tiene un estado de salud regular y malo, casi el doble de la población de 50 a 64 años que tiene un porcentaje de 27.9 puntos.

## **Factores de riesgo**

“El estado de salud en la vejez parece estrechamente ligado con unos hábitos de vida saludables” (Puga, 2001). Según 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. Esta organización propone ocho factores de riesgo que habrán de ser tomados en cuenta si se quiere disminuir la carga futura de enfermedades no transmisibles y por lo tanto mejorar el estado de salud. Señala que “un régimen alimentario inapropiado y la inactividad física —conducentes a un índice alto de masa corporal, presión arterial elevada y lípidos sanguíneos desfavorables— junto con el consumo de tabaco, explican por lo menos el 75% de las enfermedades cardiovasculares” (Bonita, et al., 2002). Y menciona que las razones que justifican la inclusión de los principales factores de riesgo son:

- Mayor repercusión sobre la mortalidad y morbilidad por enfermedades no transmisibles.
- Posibilidad de modificarlos mediante una prevención primaria eficaz.
- Medición válida de factores de riesgo, según comprobación.
- Obtención de mediciones aplicando las normas éticas apropiadas.

### Factores de riesgo comunes a las principales afecciones no transmisibles

Factor de riesgo	Afección			
	Enfermedad cardiovascular	Diabetes	Cáncer	Afecciones respiratorias
Tabaquismo	■	■	■	■
Consumo de alcohol	■		■	
Nutrición	■	■	■	■
Inactividad física	■	■	■	■
Obesidad	■	■	■	■
Presión arterial elevada	■	■		
Glucemia	■	■	■	
Lípidos sanguíneos	■	■	■	

Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Para este trabajo tomaremos como hábitos que representan un riesgo para el estado de salud de la población el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y la no realización de actividad física. El abuso del tabaco y el alcohol producen una serie de complicaciones sobre el estado de salud, respecto a la práctica de algún ejercicio físico, Puga González (2001) menciona que entre los hábitos de vida, parece que es la mejor medida para rebajar el riesgo de dependencia, independientemente de la edad y de otros factores.

#### Consumo de tabaco

Según el manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores, las personas en edades avanzadas sufren una adicción mayor que los jóvenes. Las complicaciones que acarrea el

excesivo consumo de tabaco son bronquitis crónica, enfisema pulmonar, enfermedades cardiacas y cáncer. Además de poder complicar los padecimientos de las personas que ya cuentan con alguna enfermedad crónica.

Para analizar la condición de fumar de la población mexicana, en la ENASEM 2001 se utilizan tres preguntas: si alguna vez ha fumado un cigarrillo, si actualmente fuma y la cantidad de cigarrillos que fuma. Éstas nos sirven para generar una variable que nos permita conocer el hábito de fumar de la población. Un primer acercamiento a la condición de fumar de la población nos dice que el 42.8 % de la población alguna vez ha fumado un cigarrillo, aunque actualmente sólo 16.7 % fuma, los que nunca han fumado representan un poco más de la mitad de la población con 57.2 %. Al comparar por sexo, de los hombres el 65.7 % alguna vez ha fumado, éste porcentaje resulta contrastante con el de las mujeres (23.6) la proporción es de casi tres hombres por cada mujer. Entre lo urbano y lo mixto la diferencia de los que alguna vez han fumado es de apenas 6.4 %.

Con la tercera pregunta (¿cuantos cigarrillos consume en un día?) y para fines del estudio proponemos tres categorías que indiquen los hábitos de consumo de tabaco de la población: bajo (1 a 6 cigarrillos diarios), moderado (7 a 10 cigarrillos diarios) y severo (11 cigarrillos o más diarios) e incluimos a la población que no fuma como una categoría más indicando un consumo nulo.

Tenemos que 83.3 % de la población no fuma, 10.2 % consume una cantidad baja de cigarrillos, 2.8 % lo hace de manera moderada y 3.8 % consume más de 10 cigarrillos al día. Además de ser más los hombres que alguna vez han fumado, los que actualmente fuman consumen una cantidad de cigarrillos mayor que las mujeres, las cifras indican que mientras 2.9 % de las mujeres tienen un consumo moderado y alto, 10.9 % de los hombres consumen tabaco en esas proporciones. Respecto al lugar de residencia parece que las condiciones económicas, la cultura y el medio en que se vive condicionan el consumo de tabaco, los resultados señalan que en las áreas

urbanas una mayor proporción de población consume tabaco con relación a la población de las áreas mixtas, mientras que en las primeras un 20 % de la población fuma, en las segundas el porcentaje es de 13.9. (Ver cuadro 24)

En la combinación de las variables y los subgrupos de población, el grupo de los que menos fuman pertenecen al de 75 años y más, sin importar sexo ni lugar de residencia. De las mujeres en áreas mixtas solo un 6 % de ellas consumen tabaco, de las cuales la mayoría tienen un consumo bajo. Poco más de una cuarta parte de la población masculina consume tabaco actualmente, en el grupo de 50 a 64 años hay que poner atención pues los porcentajes de población que consume altas cantidades de tabaco ascienden a 9.2 % para los urbanos y 7.8 % para los que viven en áreas mixtas.

### **Consumo de bebidas alcohólicas**

El problema del alcoholismo no distingue edades, clases sociales o sexo. Al igual que el consumo de tabaco altera la funcionalidad del cuerpo y de sus órganos si se abusa en su consumo. Un aspecto importante a considerar en el consumo de bebidas alcohólicas “es detectar si la bebida causó o está causando problemas en el organismo o en el comportamiento” (Gamble, 2000).

“El proceso físico del envejecimiento intensifica los efectos del alcohol, se modifica la manera en que el alcohol es absorbido y removido del organismo. En general su tolerancia disminuye al mismo tiempo que se envejece” (Gamble, 2000), además de que afecta más fuerte y por un periodo más largo de tiempo. Cuando se consume alcohol se corre el riesgo de experimentar problemas de salud si se combina con medicinas, además de que se altera la resistencia a las enfermedades, y si se consume prolongadamente puede causar derrames cerebrales, arritmia cardíaca y deterioro intelectual. Al preguntar a la población en edades avanzadas sobre el consumo de alcohol las cifras indican que 38.2 % de la población nunca ha consumido bebidas alcohólicas,

los que si han tomado alcohol y que actualmente consumen representa 30.6 %, los que alguna vez consumieron alcohol pero que actualmente no consumen representan el 31.1 %.

Al igual que para el consumo de tabaco se crearon cuatro categorías dentro de una variable para conocer la cantidad de alcohol que se consume por día (se mide a través de la cantidad de vasos tomados en un día). Las categorías son: nulo para quienes no toman alcohol, ocasional si toma un vaso al día, moderado si consume más de un vaso pero no más de tres vasos al día y alto si consume más de tres vasos de alcohol al día. Los resultados obtenidos señalan que un 69.4 % de la población de 50 años y más no toma alcohol, 26.1 % lo consume ocasionalmente, 2.8 consume alcohol moderadamente y sólo 1.7 % consume altas cantidades de alcohol por día (ver cuadro 26).

Las diferencias en el consumo de alcohol entre hombres y mujeres son del orden de 30 %, los primeros tienen un porcentaje mas alto de población consumidora, además de que consumen una cantidad mayor de alcohol, por lugar de residencia la diferencia es de casi 10 puntos (8.6%) es menor el porcentaje de población que consume alcohol en las áreas mixtas y por grupos de edad conforme se avanza en la edad menor es el porcentaje de población que consume alcohol. Resulta interesante ver que las mujeres de las áreas mixtas no consumen alcohol, pues 87.0 % tiene un consumo nulo y 12.6 % tiene un consumo bajo. Las mujeres urbanas tienen porcentajes semejantes al de las mujeres mixtas en cuanto al consumo severo y alto se refiere, la diferencia radica en que un porcentaje mayor de mujeres urbanas consume alcohol de manera ocasional.

Los hombres presentan diferencias por lugar de residencia y grupos de edad, en las áreas mixtas los porcentajes de población que consume alcohol son menores que los que se presentan en la población urbana y también lo es la intensidad con que se consume, conforme avanza en la edad menor es el porcentaje de población que consume alcohol. En el grupo de 50 a 64 años el porcentaje de hombres mixtos que no consume alcohol es de 48.7 puntos, en el medio urbano es de 39.8 %, en el grupo de 75 años y más los porcentajes se incrementan en 27 puntos alcanzando niveles de

75.2 % y 67.3 por ciento. Especial énfasis debemos de poner en el grupo de hombres urbanos con edades entre 50 y 64 años, pues 8.2 % consumen alcohol con una intensidad severa, y 4.8 % lo hacen de manera alta. Generalmente estos abusos ocasionan complicaciones que al final derivan en problemas de funcionalidad, dependencia y salud.

Cuadro No. 27

**Porcentaje de población según consumo de alcohol por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001.**

Sexo	Grupos de edad	Consumo de alcohol			
		Nulo	Ocasional	Moderado	Alto
<b>Residencia mixta</b>					
Hombres	50 a 64 años	48.7	40.9	6.1	4.4
	65 a 74 años	68.5	25.5	2.9	3.1
	75 años y más	75.2	20.9	2.0	1.9
	Total	58.2	33.6	4.6	3.6
Mujeres	50 a 64 años	84.2	15.2	0.6	0.0
	65 a 74 años	92.2	7.4	0.0	0.3
	75 años y más	91.5	8.5		
	Total	87.0	12.6	0.4	0.1
<b>Residencia urbana</b>					
Hombres	50 a 64 años	39.8	47.1	8.2	4.8
	65 a 74 años	53.9	39.3	4.4	2.4
	75 años y más	67.3	27.9	4.0	0.9
	Total	46.4	43.0	6.8	3.8
Mujeres	50 a 64 años	77.2	22.2	0.5	0.1
	65 a 74 años	82.5	16.4	1.0	0.1
	75 años y más	85.8	14.2		
	Total	79.2	20.1	0.5	0.1

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

### Actividad física

La actividad física prepara a las personas para los cambios de la vejez y retarda los efectos de las enfermedades que son naturales de la edad avanzada. Practicar ejercicio puede significar un gran

alivio tanto para personas sanas como para las que padecen una enfermedad, puesto que las actividades físicas favorecen el aumento de la fuerza muscular, el sentido del equilibrio, la movilidad de las articulaciones y la coordinación motriz en general. También tiene efectos benéficos para la tensión arterial y el peso. Permite disminuir el riesgo de cardiopatía, de osteoporosis, de algunos tipos de cáncer, de diabetes y de caídas. En particular, el hecho de caminar ayuda a disminuir el estrés, la ansiedad y la depresión, y aumenta la agilidad mental. (Gamble, 2000)

La pregunta que se hace en ENASEM tiene que ver con la realización de actividad física tres veces por semana o más, según las cifras obtenidas sólo una tercera parte de las personas de 50 años y más realiza actividad física, el resto (67.5 %) no lo hace.

Si se analiza primero por sexo, después por condición urbana-mixta y al final por grupos de edad encontramos que los hombres realizan mayor actividad física que las mujeres, los que viven en áreas mixtas más que los que viven en centros urbanos, y los de 50 a 64 años más que los de 65 a 74 años y 75 años más. Quienes realizan actividad física en mayor porcentaje son los hombres mixtos, es importante destacar que la diferencia con el grupo que le sigue (hombres urbanos) es de 21.3 puntos porcentuales, y respecto de las mujeres con las mixtas es de 27.2 % y con las urbanas es de 32.3 % (ver cuadro 29).

Llama la atención el hecho de que en el grupo de 75 años y más las mujeres tanto del medio urbano como del mixto solo un porcentaje menor a 10 puntos realice ejercicio físico, en el otro extremo están los hombres entre 50 y 64 años que viven en las áreas mixtas de los cuales cuatro de cada diez realizan actividad física tres o más veces por semana.

Una vez que tenemos 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 de alcohol, consumo de tabaco y la inactividad física.

## **Indicador de factores de riesgo**

El riesgo se lo considera bajo, medio y alto dependiendo de las combinaciones que se dan entre el consumo de alcohol, consumo de tabaco y la actividad física realizada.

**Riesgo bajo:** Este tipo de riesgo lo tienen las personas que no fuman, no toman alcohol y realizan actividad física.

**Riesgo alto:** Si no realiza actividad física y su consumo de alcohol es alto, o si no realiza actividad física y su consumo de tabaco es alto, o si su consumo de alcohol y tabaco es alto, o si no realiza actividad física y su consumo de alcohol y tabaco es alto, entonces el riesgo empeorar el estado de salud de estas personas es alto.

**Riesgo medio:** Las combinaciones que se excluyen en las otras dos categorías representan un riesgo medio para empeorar el estado de salud de las personas. (Ver anexo 2)

Los proporción de hombres que tienen un riesgo alto es mayor que la proporción de mujeres (5.2 y 1.1 % respectivamente). El riesgo bajo se presenta en el 16.6 % de los hombres y en el 17.2 % de las mujeres. Resulta interesante ver las diferencias entre lo urbano y lo mixto, a primera vista resalta que 21.5 % de la población que vive en áreas mixtas presenta un riesgo bajo, lo hace destacar más que el 11.8 % de la población de áreas urbanas presente esta misma condición. Al analizar por grupos de edad, se tiene que 17.9 % de la población de 50 a 64 años presenta un riesgo bajo, del grupo de 65 a 74 años 16.9 % y del grupo de 75 y más 12.4 %.

Considerando el riesgo alto y según las variables consideradas para el análisis, los grupos que tienen mayor porcentaje de población con ese riesgo son: los hombres, quienes viven en áreas urbanas y los que tienen entre 50 y 64 años. Llama la atención el grupo de hombres urbanos de los cuales 7.0 % tienen un riesgo alto, de este grupo destacan los que tienen edades entre 50 y 64 años con un porcentaje de 8.6. Analizando por sexo y condición de residencia las mujeres mixtas

presentan el menor porcentaje de población con riesgo alto, apenas un 0.9 % de ellas tiene esta característica, al incluir la edad son las mujeres con edades entre 65 y 74 años y que viven en las 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 es de 72.3 y corresponde a los hombres mixtos entre 50 y 64 años y el más alto a las mujeres urbanas de 75 años y más con 91.2 %, también destaca por tener más de 90 % el grupo de mujeres de 75 años y más que viven en áreas mixtas con 90.6 %.

Cuadro No. 31

**Porcentaje de población según indicador de riesgo por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001.**

Sexo	Grupos de edad	Indicador del riesgo		
		Bajo	Medio	Alto
<b>Residencia mixta</b>				
Hombres	50 a 64 años	23.7	72.3	3.9
	65 a 74 años	21.5	74.3	4.1
	75 años y más	21.5	76.4	2.1
	Total	22.8	73.5	3.7
Mujeres	50 a 64 años	22.4	76.9	0.7
	65 a 74 años	21.7	77.0	1.3
	75 años y más	8.2	90.6	1.2
	Total	20.3	78.8	0.9
<b>Residencia urbana</b>				
Hombres	50 a 64 años	8.9	82.5	8.6
	65 a 74 años	9.8	86.3	3.9
	75 años y más	8.0	86.8	5.3
	Total	9.0	83.9	7.0
Mujeres	50 a 64 años	15.1	83.3	1.6
	65 a 74 años	13.0	86.6	0.5
	75 años y más	7.9	91.2	0.9
	Total	13.9	84.8	1.3

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

### **Tipo de envejecimiento.**

Una vez que conocemos el estado de salud y el factor de riesgo que poseen las personas del grupo de edades avanzadas, el siguiente paso es determinar el tipo de envejecimiento que presenta la población de 50 años y más. Para ello nos auxiliaremos de una tabla cruzada que por un lado muestra el estado de salud de las personas y por el otro el factor de riesgo. Para determinar el tipo de envejecimiento (Ideal, Activo, Habitual y Patológico) respecto a estas dos variables resulta lo siguiente:

**Envejecimiento ideal:** Aquellos que presentan un estado de salud muy bueno y un factor de riesgo bajo.

**Envejecimiento activo:** Quienes tengan un estado de salud muy bueno y un factor de riesgo medio o alto, o quienes tengan un estado de salud bueno y un factor de riesgo bajo, medio o alto.

**Envejecimiento habitual:** Este tipo de vejez la presentan las personas que tengan un estado de salud regular y un factor de riesgo bajo o medio.

**Envejecimiento patológico:** Si presentan un estado de salud regular y un riesgo alto, o un estado de salud malo y un factor de riesgo bajo, medio o alto las personas serán clasificadas en éste tipo de envejecimiento.

En la siguiente tabla cruzada se presenta en los renglones el indicador de estado de salud y en las columnas el indicador de riesgo, las intersecciones de las categorías nos permiten establecer el tipo de envejecimiento que presenta la población.

Tipo de envejecimiento en relación al estado de salud y el factor de riesgo, México 2001

Indicador de estado de salud	Indicador del riesgo			Total	Envejecimiento			
	Bajo	Medio	Alto		I	A	H	P
Muy bueno	0.7	3.2	0.2	4.0				
Bueno	11.8	53.8	2.1	67.6				
Regular	4.4	22.4	0.6	27.5				
Malo	0.1	0.8	0.0	0.9				
Total	16.9	80.1	3.0	100.0				

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001.

Sumando cada una de las combinaciones establecidas en párrafos anteriores, se obtiene que la población de 50 años y más que tiene el tipo de envejecimiento ideal es de 0.7 %, el activo es el que mayor porcentaje de población alberga con 71.0 %, los que tienen un envejecimiento habitual representan poco más de la cuarta parte de la población en edades avanzadas (26.8 %) y finalmente el envejecimiento patológico que es el que más preocupa y que debemos evitar a toda costa tiene 1.5 %.

Las proporciones de población que tienen envejecimiento ideal son muy pequeñas, con fines analíticos se agrupan junto con el envejecimiento activo para establecer el tipo de envejecimiento que tiene cada uno de los grupos de población que componen a las edades avanzadas.

Por sexo, el porcentaje de hombres que tienen un envejecimiento ideal o activo es de 73.5, mientras que para las mujeres es de 65.9, la diferencia entre ellos es de 7.6 %. Vivir en áreas urbanas o mixtas en este tipo de envejecimiento no representa una gran diferencia, de los que viven en áreas mixtas el 69.2 % tiene tipo de envejecimiento ideal o activo, mientras que los que viven en áreas urbanas es de 69.5 %, la diferencia es de apenas 0.3 %. Por grupos de edad se encontró que conforme se avanza en la edad menor es el porcentaje de población que tiene un envejecimiento ideal o activo, del grupo de 50 a 64 años tres de cada cuatro tienen ésta característica, en el grupo de

65 a 74 años el porcentaje es menor en 10 puntos y finalmente en el grupo de 75 años y más 54.4 % de la población tiene envejecimiento ideal o activo. (ver cuadro 32).

Los resultados al hacer la combinación de sexo, edad y lugar de residencia muestran que en el envejecimiento de tipo ideal o activo los hombres con edades entre 50 y 64 años presentan el porcentaje más alto, los mixtos con 84.1 % y los urbanos con 82.9 %, de las mujeres destaca el grupo de 75 años y más por tener el porcentaje más bajo, para las que viven en áreas urbanas es de 46.9 % y para las que viven en áreas mixtas de 51.1 %.

En el tipo de envejecimiento patológico hay que destacar a los hombres, pues los que viven en áreas mixtas y que tienen edades entre 65 y 74 años presentan porcentajes de 3.5, los que viven en áreas urbanas de la misma edad 1.5 % presenta este tipo de envejecimiento y los que viven en áreas urbanas con edades entre 50 y 64 años con 1.7 %. Los porcentajes más bajos con este tipo de envejecimiento se presentan en el grupo de población con edades entre 50 y 64 años, los hombres que viven en áreas mixtas tienen un porcentaje de 0.6 y las mujeres que viven en áreas urbanas de 0.9 % (ver cuadro 33).

## Conclusiones

Las llamadas transición demográfica y epidemiológica en nuestro país 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 bastante grandes. Las instituciones legales, políticas, educativas, de la salud, familiares y económicas, todas deben ir al paso de los cambios que en la sociedad se susciten en cuestión de la población envejecida.

A lo largo de esta tesis se ha documentado el proceso de envejecimiento demográfico, además de establecer que la forma y el ritmo de envejecer se da de manera diferente en los integrantes del grupo de población en edades avanzadas dependiendo de la desigualdad, la pobreza, el género, la edad y el lugar de residencia (urbana o mixta). El análisis aquí presentado nos lleva a las siguientes conclusiones:

- Son tres las enfermedades que más se diagnostican entre la población en edades avanzadas: hipertensión, artritis y diabetes.
- El porcentaje de población que tiene problemas en al menos una de las nueve actividades de la vida diaria es de 10.8 %, es decir, 89.2 % de la población de edades avanzadas es totalmente capaz de realizar sin dificultad las AVD y las AIVD aquí consideradas. Según estos resultados la relación entre dependencia y vejez es débil y en su mayoría los problemas de dependencia se presentan en las edades muy avanzadas, el porcentaje de población del grupo de 50 a 64 años que presenta dificultades en las actividades de la vida diaria es de 6.6 %, en el grupo de 65 a 74 años el porcentaje se eleva a 12.5 y en el grupo de 85 años y más de 27.9 %.
- En cuanto a las diferencias que se presentan en la capacidad funcional se encontró que los hombres tienen mayor capacidad funcional que las mujeres, una de las explicaciones se

basa en la mayor sobrevivencia femenina y en las condiciones en que viven. Los que viven en centros urbanos tienen mayor capacidad funcional que los que viven en áreas mixtas y que conforme se avanza en la edad la capacidad funcional muestra una tendencia hacia la disminución y con diferencias más grandes entre los grupos de edad. Es evidente que son los individuos de más edad los que padecen mayores problemas de capacidad funcional, la senescencia es un factor clave para la aparición de problemas de dependencia.

- Las mujeres suelen percibir peor su salud comparado con los varones. En las áreas urbanas el porcentaje de población que autoevalúa su estado de salud de manera positiva es el doble del registrado en las áreas mixtas.
- Respecto al indicador de estado de salud los resultados indican que de cada cien personas de edades avanzadas 72 tienen un estado de salud muy bueno o bueno, 27 tienen un estado de salud regular y uno de cada 100 tiene un estado de salud malo. También se encontró que alrededor del 50 % de la población de 75 años y más tiene un estado de salud bueno.
- De las tres variables utilizadas para el análisis, el consumo de tabaco y alcohol está condicionado en mayor medida por sexo, después por lugar de residencia y finalmente por la edad.
- En cuanto a los factores de riesgo en conjunto, se concluye que mientras se tiene un estado de salud bueno o muy bueno se tiene un riesgo más alto, es decir, se consume más alcohol, más tabaco y no se realiza actividad física. Al introducir al análisis los grupos de edad encontramos que los más jóvenes se exponen más al riesgo, por tener todavía un buen estado de salud, es decir, aún no tienen dificultades con las actividades del diario vivir, ni presentan enfermedades que les signifiquen dependencia.
- En México, la población de 50 años y más presenta en su mayoría un envejecimiento activo. Menos del uno por ciento presenta el tipo de envejecimiento ideal que corresponde a un estado de salud libre de enfermedades, con capacidad funcional completa, con un

autoevaluación del estado de salud muy buena o buena, sin vicios sociales y que realiza actividad física.

- De la población en edades avanzadas 3.8 % de la población presenta el tipo de envejecimiento patológico.

La tipología presentada en este trabajo combina el estado de salud y los factores de riesgo y establece cuatro formas de envejecer. Según las recomendaciones de la ONU se debe procurar el envejecimiento activo en la población de edades avanzadas, ello implica eliminar o disminuir los tipos habitual y patológico que implican dependencia por parte de los individuos y por ende una mayor asignación 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 que permite un elemento más en la tarea de conocer la situación de la población de 50 años y más.

Un estudio transversal como el aquí presentado servirá de apoyo para la realización de estudios longitudinales, ya que la ENASEM es una encuesta que se levantó en dos momentos (2001 y 2003) y permitirá analizar los cambios de las características de la población de edades avanzadas.

Queda 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.

Establecer la relación entre el tipo de envejecimiento y algunas variables sociodemográficas (educación, condición laboral, situación económica, estado civil, migración, entre otras) es una de las opciones para continuar estudiando la condición de vejez de la población en edades avanzadas.

## Anexo 1.

### Operacionalización de variables.

A continuación se listan las variables utilizadas de las secciones C. Estado de salud y H. Funcionalidad y ayuda de la ENASEM 2001, en los cuadros se encuentran la sección a la que pertenece, el número de pregunta y los códigos de respuesta.

#### Autopercepción del estado de salud

Número de pregunta	Variable	Código y respuestas	
C.1	Diría usted que su salud es?	1	Excelente
		2	Muy bueno
		3	Bueno
		4	Regular
		5	Malo

#### Enfermedades crónicas:

##### Alguna vez le ha dicho un doctor o personal médico que tiene usted...?

Número de pregunta	Variable	Código y respuestas	
C.4	Hipertensión		
C.6	Diabetes		
C.12	Cáncer	1	Si
C.19	Enfermedad pulmonar	2	No
C.22	Enfermedad del corazón		
C.27	Embolia cerebral		
C.34	Artritis		

#### Consumo de tabaco y alcohol

Número de pregunta	Variable	Código y respuestas	
C.54	Alguna vez ha fumado cigarros?	1	Si
		2	No
C.55	Fuma cigarros actualmente?	1	Si
		2	No
C.56	Cuantos cigarrillos en un día?	De 1 a 99	
C.60	Actualmente consume bebidas alcohólicas?	1	Si
		2	No
		3	Nunca ha tomado
C.64	Alguna vez en su vida ha tomado una bebida alcohólica?	1	Si
		2	No
C.61	Cuantos días por semana toma alcohol?	De 1 a 7	
C.62	Cuantas bebidas por día?	De 1 a 99	

**Actividad física**

Número de pregunta	Variable	Código y respuestas	
C.53	Ha hecho ejercicio o trabajo físico tres o más veces por semana?	1	Si
		2	No

**Actividades: Debido a un problema de salud usted tiene dificultad ...**

Número de pregunta	Variable	Código y respuestas	
<b>Actividades básicas de la vida diaria</b>			
H.15	para caminar de un lado al otro del cuarto?	1	Si
H.16	para bañarse en una tina o regadera?	2	No
H.17	al comer, por ejemplo para cortar su comida?	3	No puede
H.18	al acostarse y levantarse de la cama?	4	No lo hace
H.19	al usar el excusado, incluyendo subirse y bajarse o ponerse en cuclillas?		
<b>Actividades instrumentales de la vida diaria</b>			
H.26	en preparar una comida caliente?	1	Si
H.27	en hacer compras de viveres o mandados?	2	No
H.28	en tomar sus medicamentos?	3	No puede
H.29	para manejar su dinero?	4	No lo hace

## Anexo 2.

### Codificación para establecer el factor de riesgo.

Riesgo	Combinaciones	Condición de fumar	Consumo de alcohol	Actividad física
Bajo	{0,4,8}	0 Nulo 1 Bajo 2 Moderado 3 Alto	4 Nulo 5 Ocasional 6 Moderado 7 Alto	8 Si 9 No
Medio	{0,5,8} {0,6,8} {0,7,8}{1,4,8}{1,5,8} {1,6,8} {1,7,8}{2,4,8}{2,5,8} {2,6,8} {2,7,8}{3,4,8}{3,5,8} {3,6,8} {0,4,9}{0,5,9}{0,6,9}{1,4,9}{1,5,9}{ 1,6,9}{2,4,9}{2,5,9}{2,6,9}			
Alto	{9,3,4} {3,5,9} {3,6,9}{9,3,7}{2,7,9} {1,7,9}			

**Anexo 3.**

Cuadro No. 1

**Población total de los Estados Unidos Mexicanos, 1895-2000**

<b>Año</b>	<b>Estados Unidos Mexicanos</b>
<b>1895</b>	12,700,294
<b>1900</b>	13,607,259
<b>1910</b>	15,160,369
<b>1921</b>	14,334,780
<b>1930</b>	16,552,722
<b>1940</b>	19,653,552
<b>1950</b>	25,791,017
<b>1960</b>	34,923,129
<b>1970</b>	48,225,238
<b>1980</b>	66,846,833
<b>1990</b>	81,249,645
<b>1995</b>	91,158,290
<b>2000</b>	97,483,412

FUENTE: **Para 1895 a 1990:** I al XI Censos de Población y Vivienda. **Para 1995:** INEGI. Estados Unidos Mexicanos. Censo de Población y Vivienda, 1995. Resultados Definitivos. Tabulados Básicos. Aguascalientes, Ags., México, 1996. **Para 2000:** INEGI. Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados Básicos y por Entidad Federativa. Bases de Datos y Tabulados de la Muestra Censal. Aguascalientes, Ags., México, 2001.

Cuadro No. 2

**Distribución porcentual por grandes grupos de edad, México 1910-2050**

<b>Total</b>	<b>0 a 14</b>	<b>15 a 64</b>	<b>65 y más</b>
1910	42.1	55.6	2.3
1921	38.8	58.6	2.6
1930	39.2	57.8	3.0
1940	41.2	55.8	3.0
1950	41.8	54.9	3.4
1960	44.4	52.2	3.4
1970	46.2	50.1	3.7
1980	43.1	53.1	3.8
1990	38.6	57.3	4.2
2000	33.4	62.0	4.7
2010	26.6	67.3	6.1
2020	22.6	69.0	8.4
2030	20.4	67.4	12.3
2040	18.1	64.9	17.0
2050	16.8	61.7	21.5

Fuente: Elaboración propia con información de INEGI. II al XII Censos de Población y Proyecciones de población de CONAPO.

Cuadro No. 3

**Orden de causas de muerte en hombres. México, 1970-2000**

<b>Causas de muerte</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>2000</b>
Enfermedades del corazón	1	1	1	1
Tumores malignos	3	2	2	2
Diabetes mellitus	8	7	4	3
Enfermedad cerebrovascular	5	4	3	4
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	6	8	8	5
Accidentes	11	5	6	6
Neumonía e influenza	2	3	5	7
Nefritis, S. nefrótico, nefrosis	10	10	10	8
Bronquitis, enfisema, asma	7	6	7	9
Deficiencias de nutrición	14	13	9	10
Úlcera gástrica y duodenal	13	12	13	11
Anemia	9	11	12	12
Infecciones intestinales	4	9	11	13

Fuente: Tomado de (Ham, 2003)

Cuadro No. 4

**Orden de causas de muerte en mujeres. México, 1970-2000**

<b>Causas de muerte</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>2000</b>
Enfermedades del corazón	1	1	1	1
Diabetes mellitus	6	4	3	2
Tumores malignos	3	2	2	3
Enfermedad cerebrovascular	4	3	4	4
Neumonía e influenza	2	5	5	5
Deficiencias de nutrición	11	11	6	6
Nefritis, S. nefrótico, nefrosis	10	8	10	7
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	8	10	11	8
Bronquitis, enfisema, asma	7	7	7	9
Accidentes	17	9	9	10
Úlcera gástrica y duodenal	13	12	13	11
Anemia	15	13	12	12
Infecciones intestinales	5	6	8	13

Fuente: Tomado de (Ham, 2003)

Cuadro No. 6

**Indicadores de población para países seleccionados de América Latina, 2000.**

Fase transición	País	Población total		Esperanza de vida		Edad mediana	% 60 y más
		(miles)	Porcentaje	Hombres	Mujeres		
5	Uruguay	3,337	0.7	71.6	78.9	31.4	17.2
5	Cuba	11,199	2.2	74.8	78.7	32.9	13.7
4	Argentina	37,032	7.3	70.6	77.7	27.8	13.3
4	Chile	15,211	3.0	73.0	79.0	28.3	10.2
3	Panamá	2,948	0.6	72.3	77.4	24.8	7.9
4	Brasil	170,693	33.6	65.5	73.3	25.8	7.9
4	Costa Rica	3,925	0.8	75.8	80.6	24.5	7.6
3	El Salvador	6,276	1.2	67.7	73.7	21.8	7.2
3	Perú	25,939	5.1	67.3	72.4	22.7	7.1
3	México	98,881	19.5	70.4	76.4	23.3	6.9
3	Colombia	42,321	8.3	69.2	75.3	24.0	6.9
3	Ecuador	12,646	2.5	68.3	73.5	22.9	6.9
3	Venezuela	24,170	4.8	70.9	76.7	23.1	6.6
3	República Dominicana	8,396	1.7	67.8	72.4	23.2	6.6
2	Bolivia	8,428	1.7	61.8	66.0	20.1	6.4
1	Haití	8,357	1.6	57.8	60.7	19.2	5.7
3	Paraguay	5,496	1.1	68.6	73.1	19.8	5.3
2	Guatemala	11,385	2.2	63.0	68.9	17.8	5.3
2	Honduras	6,485	1.3	68.6	73.4	18.8	5.2
2	Nicaragua	5,071	1.0	67.2	71.9	18.1	4.6

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CEPAL/CELADE, 2003

Cuadro No. 7

**Indicadores de envejecimiento demográfico. México, 1910-2050**

<b>Año</b>	<b>Coefficiente de renovación</b>	<b>Índice de ancianidad</b>	<b>Relación de dependencia</b>
1910	5.4	2.3	79.8
1921	6.8	2.7	70.7
1930	7.5	3.0	72.9
1940	7.2	3.1	79.2
1950	8.0	3.5	82.3
1960	7.7	3.6	91.7
1970	8.0	3.9	99.7
1980	8.9	4.0	88.5
1990	10.8	4.4	74.7
2000	14.0	4.9	61.4
2010	22.8	6.5	48.6
2020	37.2	9.2	45.0
2030	60.2	14.0	48.5
2040	93.7	20.4	54.1
2050	127.9	27.3	62.0

Fuente: Elaborado con datos del cuadro No. 2

Cuadro No. 8

**Porcentaje de población que le han diagnosticado la enfermedad**

<b>Enfermedad</b>	<b>Total</b>
Hipertensión	37.0
Artritis	20.8
Diabetes	15.6
Enfermedad pulmonar	5.8
Ataque al corazón	2.8
Embolia	2.3
Cancer o tumor	1.9

Fuente: Elaboración propia con base en datos de ENASEM 2001

Cuadro No. 9

**Porcentaje de población según la cantidad de enfermedades diagnosticadas por sexo, 2001**

Cantidad de enfermedades	Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Ninguna	52.3	35.9	43.4
Una enfermedad	31.3	37.1	34.4
De dos a tres	15.5	25.6	21.0
4 y más	1.0	1.4	1.2
	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

Cuadro No. 10

**Porcentaje de población según la cantidad de enfermedades diagnosticadas por condición urbana-rural, 2001**

Cantidad de enfermedades	Condición urbana-rural		
	Mixto	Urbano	Total
Ninguna	44.7	41.8	43.4
Una enfermedad	34.5	34.3	34.4
De dos a tres	19.6	22.6	21.0
4 y más	1.2	1.2	1.2
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

Cuadro No. 11

**Porcentaje de población según la cantidad de enfermedades por grupos de edad, 2001**

Cantidad de enfermedades	Grupos de edad			Total
	Menores de 65	65 a 74 años	75 años y más	
Ninguna	47.6	36.5	34.9	43.4
Una enfermedad	32.7	37.1	38.0	34.4
De dos a tres	18.7	24.7	25.6	21.0
4 y más	1.0	1.7	1.6	1.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

Cuadro No. 12

**Porcentaje de población según el índice de enfermedades diagnosticadas por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001.**

Sexo	Grupos de edad	Índice de enfermedades			
		Ninguna	Una enfermedad	De dos a tres	4 y más
<b>Residencia mixta</b>					
Hombres	50 a 64 años	60.2	27.6	11.7	0.5
	65 a 74 años	44.5	34.1	20.3	1.1
	75 años y más	39.6	41.3	17.5	1.6
	Total	52.7	31.6	14.8	0.8
Mujeres	50 a 64 años	39.4	37.7	20.9	2.1
	65 a 74 años	34.6	37.0	27.6	0.7
	75 años y más	34.4	33.8	31.6	0.3
	Total	37.6	37.0	23.8	1.5
<b>Residencia urbana</b>					
Hombres	50 a 64 años	58.3	27.1	14.0	0.6
	65 a 74 años	40.3	38.6	19.9	1.3
	75 años y más	39.9	33.9	21.8	4.4
	Total	51.7	30.8	16.3	1.2
Mujeres	50 a 64 años	38.0	35.7	25.8	0.5
	65 a 74 años	26.2	39.2	30.9	3.7
	75 años y más	24.4	42.0	32.7	1.0
	Total	34.0	37.1	27.6	1.3

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

Cuadro No. 13

**Porcentaje de población que tiene dificultad para realizar las actividades seleccionadas**

Dificultad en:	Total	Sexo		Residencia		Edad (años)		
		Hombres	Mujeres	Urbano	Mixto	50 a 64	65 a 74	75 y más
<b>Actividades de la vida diaria</b>								
Caminar	3.9	4.0	3.8	4.2	3.6	1.9	4.9	11.5
Bañarse	2.9	2.3	3.4	3.0	2.8	1.5	3.6	8.2
Comer	1.4	1.4	1.5	1.4	1.5	0.8	1.8	4.1
Ir a la cama	4.6	3.7	5.4	4.9	4.4	3.1	5.1	11.0
Usar sanitario	3.0	2.4	3.6	3.2	2.9	1.8	3.7	8.0
<b>Actividades Instrumentales de la vida diaria</b>								
Cocinar	3.3	2.4	4.0	3.5	3.0	1.6	3.8	10.6
Ir de compras	6.1	3.0	6.8	5.0	5.2	2.6	6.3	15.0
Tomar medicinas	3.1	2.6	3.5	3.4	2.8	1.2	2.9	12.8
Manejar dinero	2.3	1.6	2.9	2.3	2.3	0.8	3.2	8.0
<b>Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria</b>								
No tiene dificultad	89.2	91.9	87.0	88.7	89.8	93.4	87.5	72.1
En las AVD	3.2	3.0	3.4	3.7	2.7	2.7	3.3	5.3
En las AIVD	3.7	1.9	5.2	3.9	3.5	2.0	4.6	10.4
En ambas	3.8	3.2	4.4	3.7	4.0	1.9	4.5	12.2

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

Cuadro No. 14

**Porcentaje de población según AVD en que tiene dificultad por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001.**

Sexo	Grupos de edad	Dificultad para :				
		Caminar	Bañarse	Comer	Ir a la cama	Usar el excusado
<b>Residencia mixta</b>						
Hombres	50 a 64 años	1.1	0.8	0.6	2.1	1.1
	65 a 74 años	6.7	5.7	3.2	6.0	5.3
	75 años y más	13.1	5.8	2.7	7.2	4.1
	Total	4.6	2.9	1.6	4.0	2.7
Mujeres	50 a 64 años	2.3	2.5	1.1	4.7	2.6
	65 a 74 años	3.9	2.8	0.7	5.6	4.4
	75 años y más	10.7	5.9	2.4	10.1	7.2
	Total	3.8	3.0	1.2	5.6	3.6
<b>Residencia urbana</b>						
Hombres	50 a 64 años	1.7	0.7	0.3	2.2	1.2
	65 a 74 años	4.5	2.0	0.9	3.4	1.9
	75 años y más	9.0	4.6	6.6	10.6	7.0
	Total	3.2	1.5	1.1	3.5	2.0
Mujeres	50 a 64 años	2.5	1.6	1.0	3.1	2.1
	65 a 74 años	4.2	3.8	2.1	4.9	2.7
	75 años y más	12.3	17.9	6.5	18.2	15.7
	Total	3.9	3.8	1.8	5.1	3.6

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

Cuadro No. 15

**Porcentaje de población según AIVD en que tiene dificultad por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001.**

Sexo	Grupos de edad	Dificultad para :			
		Cocinar	Ir de compras	Tomar medicamentos	Manejar dinero
<b>Residencia mixta</b>					
Hombres	50 a 64 años	1.2	1.4	1.0	0.4
	65 a 74 años	4.6	4.4	3.2	3.6
	75 años y más	8.1	11.1	12.2	5.9
	Total	3.3	3.8	3.5	2.1
Mujeres	50 a 64 años	2.3	3.2	1.3	1.3
	65 a 74 años	3.2	7.1	2.7	3.4
	75 años y más	11.4	16.9	13.5	5.7
	Total	3.8	6.0	3.3	2.4
<b>Residencia urbana</b>					
Hombres	50 a 64 años	0.6	1.0	0.3	0.4
	65 a 74 años	2.4	3.3	2.6	1.5
	75 años y más	3.4	5.6	6.7	2.7
	Total	1.4	2.1	1.6	0.9
Mujeres	50 a 64 años	1.8	4.1	1.9	0.9
	65 a 74 años	4.7	10.2	3.2	4.0
	75 años y más	19.1	25.9	17.6	18.8
	Total	4.2	7.7	3.8	3.4

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

Cuadro No. 16

**Porcentaje de población según tipo de actividades en que tiene dificultad por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001.**

Sexo	Grupos de edad	EN cuantas AVD y AIVD			
		No tiene dificultad	Solo en las AVDS	Solo en las AIVDs	En las AVDs y AIVDs
<b>Residencia mixta</b>					
Hombres	50 a 64 años	95.9	1.8	1.1	1.2
	65 a 74 años	88.4	4.4	2.1	5.1
	75 años y más	77.1	5.4	6.5	11.0
	Total	90.8	3.1	2.3	3.8
Mujeres	50 a 64 años	90.7	4.3	2.9	2.1
	65 a 74 años	86.7	4.2	5.5	3.5
	75 años y más	69.6	4.0	15.8	10.6
	Total	86.9	4.2	5.3	3.6
<b>Residencia urbana</b>					
Hombres	50 a 64 años	96.0	2.2	0.8	0.9
	65 a 74 años	91.3	2.5	2.9	3.4
	75 años y más	81.5	7.4	1.8	9.4
	Total	93.2	2.9	1.5	2.5
Mujeres	50 a 64 años	92.3	2.3	2.6	2.8
	65 a 74 años	84.0	2.0	8.1	5.9
	75 años y más	60.0	5.4	15.7	18.8
	Total	87.1	2.6	5.1	5.2

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

**Porcentaje de población según índice de capacidad funcional por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001.**

Sexo	Grupos de edad	Capacidad funcional				
		Capaz	Levemente incapaz	Moderadamente incapaz	Severamente incapaz	Incapaz
<b>Residencia mixta</b>						
Hombres	50 a 64 años	95.9	1.1	2.4	0.6	
	65 a 74 años	88.4	2.1	5.8	2.7	1.1
	75 años y más	77.1	6.5	9.6	5.6	1.2
	Total	90.8	2.3	4.5	2.0	0.5
Mujeres	50 a 64 años	90.7	2.9	5.0	1.2	0.3
	65 a 74 años	86.7	5.5	5.5	2.0	0.2
	75 años y más	69.6	15.8	8.1	4.8	1.7
	Total	86.9	5.3	5.5	1.9	0.5
<b>Residencia urbana</b>						
Hombres	50 a 64 años	96.0	0.8	2.9	0.2	0.0
	65 a 74 años	91.3	2.9	4.7	1.1	
	75 años y más	81.5	1.8	13.5	2.5	0.7
	Total	93.2	1.5	4.5	0.7	0.1
Mujeres	50 a 64 años	92.3	2.6	4.0	1.2	0.0
	65 a 74 años	84.0	8.1	3.5	4.3	0.2
	75 años y más	60.0	15.7	7.6	13.4	3.3
	Total	87.1	5.1	4.2	3.1	0.4

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

Cuadro No. 18

**Porcentaje de población según estado de salud  
autopercebido por sexo, 2001**

Estado de salud autopercebido	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Excelente	2.0	1.2	1.5
Muy bueno	5.5	3.0	4.1
Bueno	34.5	27.3	30.6
Regular	42.7	51.3	47.4
Malo	15.4	17.3	16.4
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

Cuadro No. 19

**Porcentaje de población según estado de salud autopercebido  
por condición urbana-rural, 2001**

Estado de salud autopercebido	Condición urbana-rural		Total
	Rural	Más urbano	
Excelente	0.7	2.5	1.5
Muy bueno	3.1	5.2	4.1
Bueno	27.7	33.8	30.6
Regular	48.8	45.7	47.4
Malo	19.7	12.7	16.4
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

Cuadro No. 20

**Porcentaje de población según estado de salud  
autopercebido por grupos de edad, 2001**

Estado de salud autopercebido	Grupos de edad			Total
	50 a 64	65 a 74	75 y más	
Excelente	1.5	2.3	0.5	1.5
Muy bueno	4.2	3.7	4.5	4.1
Bueno	33.8	26.3	22.5	30.6
Regular	48.0	46.5	45.8	47.4
Malo	12.5	21.3	26.7	16.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

Cuadro No. 21

**Porcentaje de población según estado de salud percibido por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001.**

Sexo	Grupos de edad	Estado de salud autopercebido		
		Excelente y MB	Bueno	Regular y Malo
<b>Residencia mixta</b>				
Hombres	50 a 64 años	5.7	36.8	57.5
	65 a 74 años	6.9	26.5	66.6
	75 años y más	1.1	26.6	72.3
	Total	5.2	32.5	62.3
Mujeres	50 a 64 años	1.9	25.7	72.4
	65 a 74 años	1.6	23.7	74.7
	75 años y más	7.2	12.3	80.5
	Total	2.6	23.4	74.0
<b>Residencia urbana</b>				
Hombres	50 a 64 años	10.5	39.6	49.9
	65 a 74 años	9.0	31.4	59.6
	75 años y más	10.7	33.0	56.3
	Total	10.1	36.8	53.1
Mujeres	50 a 64 años	5.9	35.2	58.9
	65 a 74 años	6.9	24.3	68.9
	75 años y más	3.5	21.8	74.7
	Total	5.9	31.5	62.7

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

**Porcentaje de población según índice de estado de salud por lugar de residencia, sexo y edad.  
México 2001.**

Índice de estado de salud	Total	Sexo		Residencia		Grupos de edad		
		Hombre	Mujer	Mixta	Urbano	50 a 64	65 a 74	75 y más
Muy bueno	4.0	5.6	2.7	2.2	6.0	4.5	3.9	1.8
Bueno	67.6	72.1	63.9	68.7	66.5	72.5	62.2	53.8
Regular	27.5	21.6	32.3	28.0	26.9	22.4	32.6	42.7
Malo	0.9	0.7	1.1	1.1	0.7	0.6	1.3	1.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

**Porcentaje de población según índice de estado de salud por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001.**

Sexo	Grupos de edad	Índice de salud			
		Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
<b>Residencia mixta</b>					
Hombres	50 a 64 años	4.8	79.3	15.7	0.2
	65 a 74 años	2.7	67.8	27.1	2.4
	75 años y más	0.2	59.3	38.8	1.7
	Total	3.5	73.0	22.5	1.0
Mujeres	50 a 64 años	1.2	70.7	26.7	1.4
	65 a 74 años	0.8	57.2	41.2	0.7
	75 años y más	1.2	49.9	47.7	1.3
	Total	1.1	64.8	32.8	1.2

<b>Residencia urbana</b>					
Hombres	50 a 64 años	9.0	73.9	17.0	0.1
	65 a 74 años	6.7	68.3	24.6	0.4
	75 años y más	7.0	59.7	31.7	1.6
	Total	8.2	70.9	20.6	0.3
Mujeres	50 a 64 años	4.3	67.8	27.4	0.5
	65 a 74 años	6.1	55.7	36.5	1.8
	75 años y más	0.7	46.1	50.8	2.3
	Total	4.3	62.9	31.8	1.0

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

**Porcentaje de población según consumo de tabaco por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001.**

Consumo de tabaco	Total	Sexo		Residencia		Grupos de edad		
		Hombre	Mujer	Mixta	Urbano	50 a 64	65 a 74	75 y más
Nulo	83.3	73.9	91.1	86.1	80.0	81.5	84.7	89.0
Bajo	10.2	15.2	5.9	8.1	12.5	11.0	9.9	6.7
Moderado	2.8	4.1	1.6	2.3	3.3	3.0	2.8	1.6
Alto	3.8	6.8	1.3	3.5	4.1	4.5	2.6	2.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

**Porcentaje de población según consumo de tabaco por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001.**

Sexo	Grupos de edad	Consumo de tabaco			
		Nulo	Bajo	Moderado	Alto
<b>Residencia mixta</b>					
Hombres	50 a 64 años	74.2	14.0	4.0	7.8
	65 a 74 años	78.1	12.6	4.2	5.0
	75 años y más	84.3	10.3	2.2	3.3
	Total	76.9	13.0	3.8	6.3
Mujeres	50 a 64 años	94.1	4.1	1.0	0.9
	65 a 74 años	94.6	3.1	0.9	1.3
	75 años y más	94.7	3.1	1.0	1.2
	Total	94.3	3.7	0.9	1.0
<b>Residencia urbana</b>					
Hombres	50 a 64 años	65.8	19.9	5.2	9.2
	65 a 74 años	76.1	16.7	3.9	3.2
	75 años y más	82.1	9.3	2.4	6.1
	Total	70.2	17.9	4.6	7.3
Mujeres	50 a 64 años	86.5	9.0	2.5	2.0
	65 a 74 años	89.0	8.1	2.2	0.7
	75 años y más	94.1	3.9	1.1	1.0
	Total	87.8	8.3	2.3	1.6

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

**Porcentaje de población según consumo de alcohol por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001.**

Consumo de alcohol	Total	Sexo		Residencia		Grupos de edad		
		Hombre	Mujer	Mixta	Urbano	50 a 64	65 a 74	75 y más
Nulo	69.4	52.8	83.2	73.4	64.8	64.9	74.9	80.8
Bajo	26.1	37.9	16.2	22.5	30.2	29.7	21.6	17.1
Moderado	2.8	5.6	0.5	2.4	3.3	3.4	2.0	1.3
Alto	1.7	3.7	0.1	1.7	1.7	2.0	1.5	0.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

**Porcentaje de población según consumo de alcohol por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001.**

Sexo	Grupos de edad	Consumo de alcohol			
		Nulo	Ocasional	Moderado	Alto
<b>Residencia mixta</b>					
Hombres	50 a 64 años	48.7	40.9	6.1	4.4
	65 a 74 años	68.5	25.5	2.9	3.1
	75 años y más	75.2	20.9	2.0	1.9
	Total	58.2	33.6	4.6	3.6
Mujeres	50 a 64 años	84.2	15.2	0.6	0.0
	65 a 74 años	92.2	7.4	0.0	0.3
	75 años y más	91.5	8.5		
	Total	87.0	12.6	0.4	0.1
<b>Residencia urbana</b>					
Hombres	50 a 64 años	39.8	47.1	8.2	4.8
	65 a 74 años	53.9	39.3	4.4	2.4
	75 años y más	67.3	27.9	4.0	0.9
	Total	46.4	43.0	6.8	3.8
Mujeres	50 a 64 años	77.2	22.2	0.5	0.1
	65 a 74 años	82.5	16.4	1.0	0.1
	75 años y más	85.8	14.2		
	Total	79.2	20.1	0.5	0.1

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

**Porcentaje de población según realizó actividad física por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001.**

Realizó actividad física	Total	Sexo		Residencia		Grupos de edad		
		Hombre	Mujer	Mixta	Urbano	50 a 64	65 a 74	75 y más
Si	32.5	43.3	23.3	38.6	25.5	36.5	28.4	20.0
No	67.5	56.7	76.7	61.4	74.5	63.5	71.6	80.0
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

**Porcentaje de población según si realiza actividad física por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001.**

Sexo	Grupos de edad	Realiza actividad física	
		Si	No
<b>Residencia mixta</b>			
Hombres	50 a 64 años	61.5	38.5
	65 a 74 años	44.4	55.6
	75 años y más	36.5	63.5
	Total	53.0	47.0
Mujeres	50 a 64 años	29.5	70.5
	65 a 74 años	25.2	74.8
	75 años y más	9.9	90.1
	Total	25.8	74.2
<b>Residencia urbana</b>			
Hombres	50 a 64 años	36.0	64.0
	65 a 74 años	26.6	73.4
	75 años y más	18.4	81.6
	Total	31.7	68.3
Mujeres	50 a 64 años	23.8	76.2
	65 a 74 años	15.9	84.1
	75 años y más	10.0	90.0
	Total	20.7	79.3

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

**Porcentaje de población según indicador de riesgo por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001.**

Consumo de tabaco	Total	Sexo		Residencia		Grupos de edad		
		Hombre	Mujer	Mixta	Urbano	50 a 64	65 a 74	75 y más
Bajo	16.9	16.6	17.2	21.5	11.8	17.9	16.9	12.4
Medio	80.1	78.3	81.7	76.3	84.4	78.8	80.7	85.5
Alto	3.0	5.2	1.1	2.2	3.8	3.3	2.5	2.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

**Porcentaje de población según indicador de riesgo por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001.**

Sexo	Grupos de edad	Indicador del riesgo		
		Bajo	Medio	Alto
<b>Residencia mixta</b>				
Hombres	50 a 64 años	23.7	72.3	3.9
	65 a 74 años	21.5	74.3	4.1
	75 años y más	21.5	76.4	2.1
	Total	22.8	73.5	3.7
Mujeres	50 a 64 años	22.4	76.9	0.7
	65 a 74 años	21.7	77.0	1.3
	75 años y más	8.2	90.6	1.2
	Total	20.3	78.8	0.9
<b>Residencia urbana</b>				
Hombres	50 a 64 años	8.9	82.5	8.6
	65 a 74 años	9.8	86.3	3.9
	75 años y más	8.0	86.8	5.3
	Total	9.0	83.9	7.0
Mujeres	50 a 64 años	15.1	83.3	1.6
	65 a 74 años	13.0	86.6	0.5
	75 años y más	7.9	91.2	0.9
	Total	13.9	84.8	1.3

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

Cuadro No. 32

**Porcentaje de población según tipo de envejecimiento por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001.**

Tipo de envejecimiento	Total	Sexo		Residencia		Grupos de edad		
		Hombre	Mujer	Mixta	Urbano	50 a 64	65 a 74	75 y más
Ideal	0.7	0.7	0.7	0.6	0.8	0.8	0.6	0.3
Activo	68.7	72.8	65.2	68.6	68.7	73.5	63.7	54.1
Habitual	26.8	20.7	32.0	27.5	26.0	21.8	31.9	41.9
Patológico	3.8	5.8	2.2	3.3	4.5	3.9	3.8	3.8
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

Cuadro No. 33

**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	Habitual	Patológico
<b>Residencia mixta</b>					
Hombres	Menores de 65	0.6	83.4	15.3	0.6
	65 a 74 años	0.3	70.2	25.9	3.5
	75 años y más		59.5	38.3	2.2
	Total	0.5	76.0	21.9	1.6
Mujeres	Menores de 65	0.6	71.3	26.6	1.5
	65 a 74 años	0.8	57.2	41.1	0.8
	75 años y más	0.7	50.4	46.5	2.5
	Total	0.7	65.3	32.5	1.5
<b>Residencia urbana</b>					
Hombres	Menores de 65	1.0	81.9	15.4	1.7
	65 a 74 años	1.1	73.9	23.5	1.5
	75 años y más	0.2	66.5	30.6	2.6
	Total	0.9	78.2	19.1	1.7
Mujeres	Menores de 65	0.8	71.3	27.0	0.9
	65 a 74 años	0.3	61.5	36.3	2.0
	75 años y más	0.2	46.7	50.1	3.0
	Total	0.6	66.6	31.4	1.4

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

**Población según tipo de envejecimiento por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001. (Ponderados)**

Sexo	Grupos de edad	Tipo de envejecimiento				
		Ideal	Activo	Habitual	Patológico	Total
<b>Residencia mixta</b>						
Hombres	Menores de 65	12,062	1,553,824	285,555	10,711	1,862,152
	65 a 74 años	2,524	557,465	205,907	28,048	793,944
	75 años y más	0	330,672	212,492	12,277	555,441
	Total	14,586	2,441,961	703,954	51,036	3,211,537
Mujeres	Menores de 65	14,201	1,644,638	612,705	35,361	2,306,905
	65 a 74 años	6,666	455,652	327,152	6,619	796,089
	75 años y más	3,576	252,867	233,253	12,403	502,099
	Total	24,443	2,353,157	1,173,110	54,383	3,605,093
<b>Residencia urbana</b>						
Hombres	Menores de 65	17,243	1,393,216	262,585	28,091	1,701,135
	65 a 74 años	7,113	494,027	157,079	10,276	668,495
	75 años y más	633	194,798	89,585	7,756	292,772
	Total	24,989	2,082,041	509,249	46,123	2,662,402
Mujeres	Menores de 65	18,710	1,654,408	626,592	21,206	2,320,916
	65 a 74 años	2,118	442,514	261,250	14,186	720,068
	75 años y más	666	167,888	180,347	10,715	359,616
	Total	21,494	2,264,810	1,068,189	46,107	3,400,600

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

**Población según tipo de envejecimiento por lugar de residencia, sexo y edad, México 2001. (Muestra)**

Sexo	Grupos de edad	Tipo de envejecimiento				Total
		Ideal	Activo	Habitual	Patológico	
<b>Residencia mixta</b>						
Hombres	Menores de 65	7	923	180	16	1,126
	65 a 74 años	3	354	131	19	507
	75 años y más	0	185	103	10	298
	Total	10	1,462	414	45	1,931
Mujeres	Menores de 65	9	931	402	16	1358
	65 a 74 años	1	257	207	8	473
	75 años y más	1	117	140	8	266
	Total	11	1,305	749	32	2,097
<b>Residencia urbana</b>						
Hombres	Menores de 65	31	1,924	378	31	2,364
	65 a 74 años	6	599	213	17	835
	75 años y más	2	253	133	16	404
	Total	39	2,776	724	64	3,603
Mujeres	Menores de 65	27	2105	860	26	3018
	65 a 74 años	5	588	397	22	1,012
	75 años y más	3	235	256	20	514
	Total	35	2,928	1,513	68	4,544

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México, 2001

## Bibliografía

- ▼ Alba, Francisco. La población de México: Evolución y dilemas. El Colegio de México. México, 1984 (tercera edición) 189 p.
- ▼ Bonita R, De Courten M, Dwyer T, Jamrozik K, Winkelmann R. (2001). Vigilancia de los factores de riesgo para enfermedades no transmisibles: el Método Progresivo de la OMS. Resumen. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.
- ▼ Cabrera Acevedo, Gustavo (1988). “Mortalidad, Salud y Población”. En: Bronfman y Gómez de León (Comp.). La mortalidad en México. Niveles, tendencias y determinantes. Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México, México, 1988.
- ▼ Cabrera Acevedo, Gustavo (1994). “El estado mexicano y las políticas de población”. En: Francisco Alba y Gustavo Cabrera (Comp.), La población en el desarrollo contemporáneo de México, El Colegio de México, México, pp. 345-369.
- ▼ Canales, Alejandro I. (2001). De la transición demográfica al envejecimiento de la población, en Demos, Núm 4, México, 2001.
- ▼ Cardona Doris, Estrada Alejandro, Agudelo Héctor (2003). Envejecer nos toca a todos: Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor. Medellín, 2002. Universidad de Antioquia.
- ▼ Cervantes Carson, Alejandro (1999). Fecundidad, Anticoncepción y Derechos Reproductivos: Una propuesta analítica”. En Mujer, Género y Población en México 1999.
- ▼ Casado Marín, David y López Casanova Guillén (2001). Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Colección de Estudios Sociales No. 6. Fundación la Caixa.
- ▼ Chackiel, Juan (1999). “El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?”. presentado en el Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad, convocado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), a través de su División de Población –Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE–, 1999.
- ▼ Chackiel, Juan (2004). La dinámica demográfica en América Latina. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE–, 2004.
- ▼ Chesnais, Jean-Claude (1990). “El proceso de envejecimiento de la población”. CELADE. Santiago de Chile, 1990.
- ▼ Damonte, Ana María (2000). ¿Cómo envejecen los uruguayos? CEPAL.
- ▼ Frenk, Julio (1994). “La salud de la población: hacia una nueva salud pública”. Capítulo III: La dinámica de la salud. México, Fondo de Cultura Económica.

- ▼ Frenk J., Londoño JL. Lozano R. “Pluralismo estructurado. Una visión para el futuro de los sistemas de salud en América Latina”. En Salud, Cambio Social y Política: Perspectivas desde América Latina. Pág. 254-276. EDAMEX. Instituto Nacional de Salud Pública. 1999.
- ▼ Gamble, Ana (2000). Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores. Gobierno del Distrito Federal, México 2000.
- ▼ García Guzmán, Brigida (Coordinadora) (2002). Población y Sociedad al inicio del Siglo XXI. El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano.
- ▼ Gomes da Conceição, Cristina (2001). “Condiciones socioeconómicas de la tercera edad”. en Demos, Núm 4, México, 2001 pp. 13-15.
- ▼ Gutiérrez Robledo, Luis Miguel (2001). “El proceso de la transición epidemiológica” en Demos, Núm 4, México, 2001 pp. 8-9.
- ▼ Ham Chande, Roberto (1999). “Conceptos y significados del envejecimiento en las políticas de población” en CONAPO, El envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas, México, pp. 41-54.
- ▼ Ham Chande, Roberto (1993). Salud y Bienestar frente al proceso de Envejecimiento. CEPS Centro de Estudios de Población y Salud (SSA).
- ▼ Ham Chande, Roberto (2000). Los umbrales del envejecimiento, en Estudios Sociológicos, Vol. XVIII, num. 54, septiembre-diciembre.
- ▼ Ham Chande, Roberto (2003). El envejecimiento en México: El siguiente reto de la transición demográfica. El Colegio de la Frontera Norte A. C.
- ▼ Kinsella, Kevin and Victoria A. Velkoff (2001), U.S. Census Bureau, Series P95/01-1, An Aging World: 2001, U.S. Government Printing Office, Washington, DC.
- ▼ Laslett, Peter (1996). A fresh map of life. Mac Millan Press. London. 311 pp.
- ▼ López Oliva y Gil JB (1996). “Los retos en la salud para el fin de siglo”. El Debate Nacional/5. La política social, 1996. Pág. 183-206.
- ▼ Ordorica, Manuel (2001). “Grandes cambios en las causas de muerte de los mayores”, en Demos, Núm. 4, México, 2001.
- ▼ Organización de las Naciones Unidas (2002). Una sociedad para todas las edades “Mejoramiento de la salud y el bienestar en la vejez: en defensa del envejecimiento activo”. Madrid, 8 al 12 de abril de 2002.
- ▼ Partida Bush, Virgilio (2001). Monto y estructura de la población en el año 2000 y perspectivas en el 2050, en Demos, Núm. 4, México, 2001.
- ▼ Pérez Astorga, Javier (1988). “Mortalidad por causas en México”. En Bronfman y Gómez de León (Comp.). La mortalidad en México. Niveles, tendencias y determinantes. El Colegio de México.

- ▼ Pérez Díaz, Julio (1998). La demografía y el envejecimiento de las poblaciones, incluido en A.S. Staab y L. C. Hodges, *Enfermería Gerontológica*. México D.F., Mc Graw Hill. pp. 451-463.
- ▼ Pérez Díaz, Julio (2002). Envejecimiento poblacional y dependencia. Una perspectiva desde la necesidad de los cuidados. Trabajo presentado en la II Jornada Gerontológica recursos asistenciales “Calidad de vida y Calidad en servicio en la atención a personas mayores”, Pamplona, 25 de Octubre de 2002, en <http://www.ced.uab.es/jperez>
- ▼ Pérez Díaz, Julio (1994). “La situación social de la vejez en España a partir de una perspectiva demográfica”. Madrid, noviembre, 1994.
- ▼ Population Reference Bureau (2003). “World Population Data Sheet, 2003”.
- ▼ Puga González, Ma. Dolores y Abellán García, Antonio. La predicción de una vejez dependiente, en: <http://www.fuentesestadísticas.com/Numero68/paginas/20-22.htm>
- ▼ Puga González, María Dolores (2001). Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010. España, 2001. Fundación Pfizer.
- ▼ RAND (Research and Development) (2002). Preparándonos para un mundo que está envejeciendo. Resumen de investigación
- ▼ Rodríguez, Carlos (1999). “El papel de las instituciones públicas en la atención a la tercera edad” en CONAPO, *El envejecimiento demográfico en México: Retos y perspectivas*, México, pp. 55-68.
- ▼ Tuirán Rodolfo, Partida Virgilio, Mojarro Octavio, Zúñiga Elena (2002). “Tendencias y perspectivas de la fecundidad” en CONAPO, *La situación demográfica de México 2002*, México, pp. 29-48.
- ▼ Viveros, Alberto (2001). *Envejecimiento y Vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad*. CELADE-FNUAP.
- ▼ Wong, Rebeca y Espinoza, Monica (2002). “Bienestar Económico de la Población de Edad Media y Avanzada en México: Primeros Resultados del Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México”. Ponencia presentada en la Reunión de Expertos en Redes Sociales de Apoyo a las Personas Adultas Mayores: el Rol del Estado, la Familia y la Comunidad. CELADE, División de Población de CEPAL, Santiago de Chile, 9-12 Diciembre 2002.
- ▼ Ybañez Zepeda, Elmyra (2002). *Envejecimiento demográfico en México. Importancia de los ingresos durante la vejez*. El Colegio de México, México, 2002.