

Carmen García-Peña^I
Carlos Duran-Muñoz^I
Hortensia Reyes^{II}
Luis Durán-Arenas^{II}

Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México

Self-perceived health status: an approach of the elderly in Mexico

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar el estado de salud de los ancianos mexicanos a través de la autopercepción y analizar los factores sociales, de salud y organizacionales asociados.

MÉTODOS: Estudio de datos secundarios de la Encuesta Nacional de Salud 2000 en México. Se realizó análisis de regresión logística múltiple. La variable dependiente fue el estado de salud medido a través de la autopercepción de salud. Las variables independientes seleccionadas fueron: características sociodemográficas, hábitos de riesgo, accidentes, diagnóstico de enfermedades y mediciones clínicas.

RESULTADOS: Se analizó a 7,322 adultos de 60 años y mayores, que representan al total de la población (7%) en ese grupo de edad en México. De estos, 19.8% reportó estado de salud como malo o muy malo. Los factores asociados a mala salud fueron edad, sexo femenino, no tener seguro social, ser divorciado, dedicarse al hogar, estar incapacitado, no tener trabajo, consumo de tabaco, problema de salud, accidentes y diagnóstico de enfermedades crónicas.

CONCLUSIONES: El análisis de factores asociados permitió determinar elementos que influyen en mal estado de salud de ancianos. Los hallazgos podrían considerarse en la formulación de acciones y programas de atención para esa población en México.

DESCRIPTORES: Salud del anciano. Perfil de impacto de enfermedad. Factores socioeconómicos. Modelos logísticos. México.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate health status of the elderly in Mexico through their self-perception and to describe social, organizational and health-related factors.

METHODS: A study was carried out on secondary data from the 2000 National Health Survey in Mexico. Multiple logistic regression models were used. The dependent variable health status was measured through self-perception. The independent variables included were: sociodemographic characteristics, risk behaviors, accidents, disease diagnosis and clinical measures.

RESULTS: A total of 7,322 adults aged 60 years and older were studied, which represents 7% of the total population in that age group in Mexico. Of them, 19.8% reported poor or very poor health status. Factors found to be associated to poor health were age, female sex, having no social security, being divorced, homemaker, disabled, unemployed, tobacco consumption, having a health condition, accidents and diagnosed with chronic diseases.

CONCLUSIONS: The study allowed to identifying factors that may contribute to

^I Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Coordinación de Investigación en Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, DF, México

^{II} Coordinación de Políticas de Salud. Dirección de Prestaciones Médicas. Instituto Mexicano del Seguro Social. México, DF, México

Correspondencia | Correspondence:
Katia Gallegos Carrillo
Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud
Av. Cuauhtémoc, 330 Centro Médico Nacional Siglo XXI
Col. Doctores, 06725, México D.F.
E-mail: kgallegosc01@yahoo.com.mx

poor health status in the elderly. These findings could be taken into account in the development of actions and health care programs for this population in Mexico.

KEYWORDS: Aging health. Sickness impact profile. Socioeconomic factors. Logistic models. Mexico.

INTRODUCCIÓN

En América Latina enfrentase en los albores de este nuevo siglo a las consecuencias de éxitos en salud y la confluencia de las múltiples transiciones que la sociedad han experimentado, demográfica, de salud, e incluso política.* Estas nuevas condiciones han hecho que en el campo de la salud experimentase un proceso de migración de la consideración de los daños a la salud, como la mortalidad y la morbilidad, a la consideración de medidas integradoras e innovadoras como la esperanza de vida ajustada por estado de salud y la calidad de vida. En particular esta migración es necesaria en la valoración de los factores que se asocian con el estado de salud de la población de adultos mayores, la cual es una proporción cada vez mayor.

La población mundial de 60 años o más presenta tasas de crecimiento del orden de 2.4%, contra 1.7% que se advierte en el total de la población; a pesar de que en la década actual esta tasa permanecerá relativamente constante, a partir del 2010 se incrementará a 3.1%. Es decir, en números absolutos el grupo de ancianos aumentará de 616 millones en el año 2000 a 1,209 millones en el 2025, lo que originará que esta población se duplique cada 23 años.²²

América Latina, por su parte, muestra una situación intermedia respecto al grado de envejecimiento. No obstante, este grupo de edad es cada vez más importante, ya que del total de la población, 7.2% cuenta con 60 años o más y 4.8% con 65 y más. La población de la tercera edad pasará de 42.5 millones en el año 2000 a 96.9 millones en 2025,⁹ lo que significa una duplicación en menos de 25 años.

La transición que no ha sido solo en el ámbito demográfico sino también en el epidemiológico ha originado que el 80% de los ancianos actualmente presenten al menos una enfermedad crónica. Estos padecimientos a su vez constituyen las primeras causas de muerte y complicaciones en este grupo de edad. Por lo tanto el envejecimiento y las enfermedades crónicas representarán uno de los más importantes retos para el sistema de salud.⁸

El concepto de salud en adultos mayores más que en otros grupos de edad implica subjetividad, ya que depende de la conjunción de los efectos de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social. No obstante, su determinación más allá de lo estrictamente médico, es relevante para los clínicos, los tomadores de decisión y los investigadores que trabajan con este grupo de población.¹⁹

Dado que la percepción del estado de salud es una herramienta factible de considerar para conocer el estado de salud de los ancianos,²³ ha sido estudiada ampliamente en los últimos años. Diversas investigaciones han mostrado que medir la percepción personal de salud es útil como un indicador global del nivel de salud de la población que refleja elementos tanto sociales y de salud.^{2,3,10,20} Analizar estos factores asociados con la expresión de distintos niveles de salud, permiten ampliar las perspectivas para la identificación de necesidades en salud y la evaluación de los programas e intervenciones dirigidas a este grupo poblacional.^{9,13,18}

Por tal motivo, el presente trabajo tuvo como objetivo evaluar el estado de salud de los ancianos a través de la auto percepción de su estado de salud, así como analizar los factores sociales, de salud y de organización asociados.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un análisis secundario de la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, de México (ENSA 2000). El objetivo de esta encuesta fue conocer el estado de salud de la población mexicana y las variables asociadas al acceso, utilización y calidad de los servicios del sistema de salud. La encuesta recopiló información sobre características de la población, factores de riesgo individuales, necesidades de salud y patrones de utilización, acceso y calidad en el sistema de salud.

La encuesta se basó en una selección de viviendas obtenida a través de un muestreo de diseño probabi-

*Frenk J, Lozano R, González-Block MA. Economía y salud: propuestas para el avance del Sistema Nacional de Salud en México - informe final. México (DF): Fundación Mexicana para la Salud; 1994.

lístico, estratificado, polietápico y de conglomerados. El nivel de representación de los resultados fue nacional y para cada uno de los 32 estados de la República Mexicana. Con la finalidad de que el tamaño de muestra fuera suficiente para cada parámetro de interés el cálculo consideró los parámetros que se pretendían estimar, el nivel de confianza deseado y el error relativo máximo. Se incluyeron además dos factores adicionales: el primero de ellos para ajustar el efecto de la falta de respuesta en el que se consideró un parámetro de 30% y el segundo para calibrar los factores de expansión del diseño muestral. En el caso de la ENSA 2000 se utilizaron para ajustar el efecto de subrepresentación o sobrerrepresentación de ciertos grupos y permitir la estimación de totales actualizados según las cifras de la población mexicana censada en el año 2000.*

En el esquema de selección de unidades muestrales se siguieron los siguientes pasos: 1) asignación proporcional del número de viviendas en muestra, por estrato urbano-rural, 2) selección de 14 municipios por estado, con reemplazo y con probabilidad proporcional de número de viviendas en el mismo, 3) selección de cinco áreas de geostatística Básica por municipio, con probabilidad proporcional al tamaño, 4) selección de tres manzanas por cada área, con igual probabilidad, 5) selección de siete viviendas por manzana, con igual probabilidad, y por último, 6) selección de un individuo en el grupo de edad de interés, con igual probabilidad. La información detallada sobre el diseño de la encuesta, el cálculo del tamaño de la muestra y la estimación de ponderadores ya ha sido descrita previamente.*

El tamaño final de la muestra fue de 1,470 viviendas por estado, lo que en términos nacionales significó un total de 47,040 viviendas. La información se recabó por medio de cuestionarios estructurados para los diferentes grupos de edad que conforman la familia, los cuales fueron aplicados a 90,916 individuos de toda la República Mexicana.

Para realizar el análisis del presente trabajo se utilizó la información correspondiente a adultos de 60 años y mayores. Por tanto el tamaño de muestra fue de 7,322 adultos mayores que representarían a 6,253,677 ancianos, es decir, al total de la población de ese grupo de edad en México para el año 2000.

La variable dependiente fue estado de salud medido a través de la autopercepción de salud de cada uno de los sujetos. Esta variable, contenía en su versión original cinco categorías, las cuales para fines de análisis

se agruparon en dos: la primera comprende las categorías de estado de salud muy bueno, bueno o regular y la segunda malo o muy malo.

Como variables independientes se incluyeron variables sociodemográficas (sexo, edad, parentesco, estado civil, actividad principal, alfabetismo), hábitos de riesgo para la salud (consumo de alcohol y consumo de tabaco, reporte de alguna discapacidad, accidentes, mediciones altas de colesterol y diagnóstico de enfermedades – diabetes, hipertensión y enfermedades renales), mediciones biológicas (peso, talla, e Índice de Masa Corporal) y otro tipo de variables como derechohabencia (afiliación a algún sistema de protección social de la salud).

Consumo de tabaco se definió como haber fumado por lo menos cien cigarrillos de tabaco (cinco cajetillas) durante toda su vida; y consumo de alcohol a haber tomado suficiente alcohol para haberse embriagado al menos una vez al mes. Se consideró discapacidad de tipo físico o mental cuando se informó por auto-reporte o por comunicación de los familiares, que el anciano presentaba alguna limitación o dificultad para moverse o caminar, para usar sus brazos o manos, si era sordo, mudo, ciego o débil visual o si padecía de retraso o deficiencia mental. Se definió accidente a haber sufrido algún daño a la salud provocado por un evento repentino o desafortunado en los últimos doce meses.

El análisis se realizó en tres etapas: la primera tuvo como finalidad caracterizar las variables de la población adulta mayor y los probables factores asociados a la percepción de un mal estado de salud. Para esto se realizó análisis descriptivo a través de frecuencias simples y relativas, medidas de tendencia central y de dispersión. La segunda de ellas consistió en análisis de regresión logística simples, con el propósito de evaluar la relación entre las variables independientes y un mal estado de salud, al mismo tiempo se determinó la contribución independiente al riesgo de mal estado de salud. Para este análisis las variables de edad y peso se consideraron como variables continuas. Por último, se llevó a cabo modelaje mediante análisis de regresión logística múltiple no condicionada para definir la contribución de los factores sociales, de salud y organizacionales en la explicación de la varianza en estado de salud.

Para definir el modelo de mejor ajuste se consideró que una variable estaba asociada a la percepción del un mal estado de salud cuando presentó una significancia estadística $p < 0.05$ y/o intervalo de confianza al 95% diferente a la unidad.

*Valdespino JL, Olaiz G, López-Barajas MP, Mendoza L, Palma O, Velazquez O, et al, editores. Encuesta nacional de salud 2000: vivienda, población y utilización de servicios. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003. v. 1.

RESULTADOS

Los aspectos generales de la población de adultos mayores estudiada, serán presentados en tres grupos: aspectos sociales y demográficos; aspectos de riesgos; y aspectos de salud.

De los factores sociales y demográficos destaca que la población es predominantemente femenina (61%), con promedio de edad de cerca de 70 años, en general alfabetos y con una baja participación en el mercado laboral, situación que se acentúa en las mujeres ancianas. Una gran parte de los adultos mayores sin importar su género tienen la función de jefe de familia (68.8%), como se puede observar en la Tabla 1.

En relación a los hábitos de riesgo para la salud, más de la tercera parte de los ancianos reportaron un importante consumo de tabaco, en ancianos varones esta cifra se incrementó al doble. Respecto al consumo de bebidas alcohólicas más del 8% lo consumen en suficiente cantidad para embriagarse al menos una vez al mes (Tabla 1).

También se observan en la Tabla 1 aspectos relacionados con la salud. Las mujeres ancianas reportaron en mayor proporción problemas de salud en las últimas dos semanas en comparación de los adultos mayores hombres, lo cual también se observó en enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión. El 14% de los entrevistados informó presentar algún tipo de discapacidad o limitación de tipo físico o mental, proporción que fue ligeramente mayor entre los ancianos del sexo masculino. Respecto a los accidentes cerca del 8% reportó haber tenido al menos uno en los últimos doce meses.

Sobre la percepción de estado general de salud, la población de adultos mayores de México reportó su estado de salud como regular y bueno (sólo 19.8% de la población reportó que su estado de salud era malo o muy malo). Como se puede observar en la Tabla 2 existen diferencias en el estado de salud en relación con algunas de las variables independientes. Las mujeres tienden a reportar su salud más mala que la de los hombres, de la misma forma que los adultos mayores que no trabajan. Los sujetos con menor nivel de escolaridad o que no saben leer ni escribir reportan una más baja percepción de salud. De acuerdo con los resultados de la Tabla 2 el estado de salud de los ancianos con problemas de salud y con diagnóstico de enfermedades crónicas, son quienes informaron en mayor proporción tener una mala percepción de su salud.

La Figura muestra que a mayor edad se reporta un

peor estado de salud, con excepción del grupo de 90 años y mayores en quienes el porcentaje de mala percepción general de salud disminuyó a menos del 20%. Esta proporción fue similar a la que se observó en el grupo de 65 a 69 años (Figura).

Para valorar el efecto de los distintos tipos de factores, manteniendo constante el efecto de unos y otros, efectuase un modelaje de análisis de regresión logística múltiple con todas las variables utilizadas en el análisis descriptivo. En el modelo de mejor ajuste se eliminaron las siguientes variables: ser jubilado, casado, consumo de alcohol, peso y de escolaridad – estudios preescolares y carrera técnica (Tabla 3).

En el modelo de regresión logística múltiple de mejor ajuste se encontró que las mujeres ancianas de México tienen 21% más riesgo de percibir como malo su estado de salud (Razón de momios $RM=1.21$; IC 95%: 1.00-1.48). Así como también, quienes no saben leer y escribir incrementaron en 34% su riesgo de mal estado de salud. En relación al tipo de actividad, los adultos mayores que no trabajaban y los incapacitados, presentaron una tendencia a percibir un estado de salud más deteriorado en comparación con los que trabajan. El incremento de la edad y no ser derechohabiente ($RM=1.14$; IC 95%: 1.00-1.25) presentaron una relación directamente proporcional con mal estado de salud, pero la asociación fue débil (Tabla 3).

Los factores de riesgo para la salud como el consumo de tabaco fueron otros de los elementos que impactaron sobre mala percepción de la salud ($RM=1.38$; IC 95%: 1.18-1.6). Respecto a la morbilidad los ancianos que en el último mes tuvieron un problema de salud tuvieron tres veces más probabilidad de percibir mal su estado de salud. Al igual que aquellos que reportaron padecer algún tipo de discapacidad o limitación física o mental que también significó un incremento en ese riesgo ($RM=2.15$; IC 95%: 1.81-2.54). Quienes durante el último año sufrieron algún tipo de accidente presentaron un incremento en el riesgo de 30% de percibir mal su estado de salud que los ancianos que no sufrieron daños a la salud por éstos eventos (Tabla 3).

Entre los factores que estuvieron más relacionados con la salud de los ancianos, porque presentaron estadísticamente mayor significancia y niveles de riesgo alto, se encontraron el reportar padecer enfermedades como diabetes, hipertensión y enfermedades renales. En sentido contrario, los adultos mayores de estado civil divorciados ($RM=0.5$; IC 95%: 0.26, 0.9) tuvieron más probabilidad de percibir mejor su estado de salud (Tabla 3).

Tabla 1 - Características sociodemográficas, hábitos de riesgo para la salud y diagnóstico de enfermedades de los ancianos por sexo. México, 2000.

| Variable | Total n (%) | Femenino n (%) | Masculino n (%) |
|--|----------------|-------------------|--------------------|
| Edad | | | |
| 60-64 | 2,204 (30.2) | 1,422 (31.5) | 782 (28.1) |
| 65-69 | 1,851 (25.3) | 1,153 (25.5) | 698 (25.09) |
| 70-74 | 1,362 (18.6) | 829 (18.36) | 533 (19.16) |
| 75-79 | 966 (13.2) | 575 (12.7) | 391 (14.05) |
| 80-84 | 514 (7.04) | 309 (6.8) | 205 (7.37) |
| 85-89 | 279 (3.82) | 152 (3.37) | 127 (4.57) |
| 90 y mayores | 121 (1.66) | 75 (1.6) | 46 (1.65) |
| Sabe leer y escribir | | | |
| Si | 5,322 (72.8) | 3,149 (69.5) | 2,173 (78.1) |
| No | 1,988 (27.2) | 1,381 (30.4) | 607 (21.8) |
| Tipo de actividad | | | |
| Trabajo remunerado | 1,769 (24.2) | 452 (9.9) | 1,317 (47.3) |
| No trabaja | 1,277 (17.4) | 517 (11.4) | 760 (27.35) |
| Hogar | 3,282 (44.9) | 3,226 (71.21) | 56 (2.02) |
| Jubilado | 837 (11.4) | 282 (6.23) | 555 (19.9) |
| Incapacitado | 144 (1.97) | 53 (1.17) | 91 (3.27) |
| Estado civil | | | |
| Unión libre | 422 (5.7) | 191 (4.2) | 231 (8.3) |
| Separado | 344 (4.7) | 247 (5.4) | 97 (3.4) |
| Divorciado | 115 (1.5) | 82 (1.8) | 33 (1.1) |
| Viudo | 2,540 (34.7) | 2,072 (45.7) | 468 (16.8) |
| Casado | 3,481 (47.6) | 1,634 (36.0) | 1,847 (66.4) |
| Soltero | 409 (5.5) | 305 (6.7) | 104 (3.7) |
| Parentesco en relación al jefe de familia | | | |
| Jefe de familia | 5,033 (68.8) | 2,423 (53.5) | 2,610 (93.8) |
| Esposa (o) | 1,558 (21.3) | 1,520 (33.5) | 38 (1.37) |
| Hijo | 36 (0.5) | 25 (0.55) | 11 (0.4) |
| Otro | 660 (9.03) | 544 (12.01) | 116 (4.17) |
| Ninguno | 23 (0.31) | 16 (0.35) | 7 (0.25) |
| Escolaridad | | | |
| Ninguna | 439 (8.19) | 264 (8.15) | 170 (8.25) |
| Preescolar | 29 (0.5) | 20 (0.62) | 9 (0.44) |
| Primaria | 3,984 (75.17) | 2,454 (75.7) | 1,530 (74.27) |
| Secundaria | 307 (5.79) | 155 (4.78) | 152 (7.38) |
| Preparatoria | 64 (1.21) | 28 (0.86) | 36 (1.75) |
| Normal | 69 (1.3) | 52 (1.6) | 17 (0.83) |
| Carrera técnica | 270 (5.09) | 217 (6.7) | 53 (2.57) |
| Licenciatura | 128 (2.42) | 43 (1.33) | 85 (4.13) |
| Postgrado | 15 (0.28) | 7 (0.22) | 8 (0.39) |
| Derechohabiencia | | | |
| Sin derecho | 3,391 (46.8) | 2,086 (46.6) | 1,305 (47.3) |
| IMSS | 2,952 (40.7) | 1,836 (40.9) | 1,116 (40.5) |
| Otra seguridad social | 862 (11.9) | 546 (12.1) | 316 (11.4) |
| Seguro privado | 38 (0.52) | 20 (0.45) | 18 (0.65) |
| Consumo de tabaco | | | |
| Si | 2,663 (37.09) | 904 (20.2) | 1,759 (64.8) |
| No | 4,517 (62.91) | 3,562 (79.7) | 955 (35.19) |
| Consumo de alcohol | | | |
| Si | 607 (8.29) | 150 (3.31) | 457 (16.41) |
| No | 6,715 (91.71) | 4,387 (96.69) | 2,328 (83.59) |
| Problema de salud en las últimas dos semanas | | | |
| Si | 1,860 (25.44) | 1,258 (27.77) | 602 (21.65) |
| No | 5,450 (74.56) | 3,272 (72.23) | 2,178 (78.35) |
| Accidentes en el último año | | | |
| Si | 555 (7.73) | 371 (8.31) | 184 (6.78) |
| No | 6,624 (92.27) | 4,094 (91.69) | 2,530 (93.22) |
| Discapacidad o limitación física o mental | | | |
| Si | 1,074 (14.72) | 657 (14.53) | 417 (15.03) |
| No | 6,223 (85.28) | 3,866 (85.47) | 2,357 (84.97) |
| Diagnóstico de diabetes | | | |
| Si | 1,231 (17.17) | 812 (18.21) | 419 (15.46) |
| No | 5,940 (82.83) | 3,648 (81.79) | 2,292 (84.54) |
| Diagnóstico de hipertensión arterial | | | |
| Si | 2,158 (33.62) | 1,594 (38.89) | 564 (24.32) |
| No | 4,260 (66.38) | 2,505 (61.11) | 1,755 (75.68) |
| Diagnóstico de enfermedades de vías urinarias | | | |
| Si | 658 (9.18) | 498 (11.17) | 160 (5.9) |
| No | 6,512 (90.82) | 3,961 (88.83) | 2,551 (94.1) |
| Diagnóstico de insuficiencia renal crónica | | | |
| Si | 84 (1.17) | 52 (1.17) | 32 (1.18) |
| No | 7,086 (98.83) | 4,407 (98.83) | 2,679 (98.82) |
| Mediciones altas de colesterol | | | |
| Si | 1,026 (14.41) | 711 (16.05) | 315 (11.71) |
| No | 6,094 (85.59) | 3,718 (83.95) | 2,376 (88.29) |

Fuente: Estimaciones propias basados en los datos de: Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública (SSA-INSP): Encuesta Nacional de Salud. México, 2000.

Tabla 2 - Estado de salud de adultos mayores mexicanos de acuerdo con características sociodemográficas, hábitos de riesgo para la salud y diagnóstico de enfermedades. México, 2000.

| Variable | Malo o muy malo n (%) | Bueno o regular n (%) |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Género | | |
| Masculino | 481 (33.31) | 2,290 (39.19) |
| Femenino | 963 (66.69) | 3,554 (60.81) |
| Sabe leer y escribir | | |
| Sí | 967 (67.01) | 4,334 (74.28) |
| No | 476 (32.99) | 1,501 (25.72) |
| Tipo de actividad | | |
| Trabajo remunerado | 238 (16.5) | 1,519 (26.04) |
| No trabaja | 333 (23.09) | 941 (16.13) |
| Hogar | 679 (47.09) | 2,588 (44.36) |
| Jubilado | 124 (8.6) | 710 (12.17) |
| Incapacitado | 68 (4.72) | 76 (1.3) |
| Estado civil | | |
| Unión libre | 92 (6.38) | 326 (5.59) |
| Separado | 69 (4.79) | 272 (4.66) |
| Divorciado | 13 (0.9) | 101 (1.73) |
| Viudo | 532 (36.92) | 2,004 (34.33) |
| Casado | 653 (45.32) | 2,810 (48.14) |
| Soltero | 82 (5.69) | 324 (5.55) |
| Parentesco en relación al jefe de familia | | |
| Jefe de familia | 972 (67.41) | 4,039 (69.22) |
| Esposa (o) | 329 (22.82) | 1,219 (20.89) |
| Hijo | 8 (0.55) | 28 (0.48) |
| Otro | 129 (8.95) | 530 (9.08) |
| Ninguno | 4 (0.28) | 18 (0.31) |
| Escolaridad | | |
| Ninguna | 99 (10.15) | 335 (7.78) |
| Preescolar | 10 (1.03) | 19 (0.44) |
| Primaria | 750 (76.92) | 3,216 (74.7) |
| Secundaria | 44 (4.51) | 262 (6.09) |
| Preparatoria | 10 (1.03) | 54 (1.25) |
| Normal | 10 (1.03) | 59 (1.37) |
| Carrera técnica | 35 (3.59) | 234 (5.44) |
| Licenciatura | 16 (1.64) | 112 (2.6) |
| Postgrado | 1 (0.1) | 14 (0.33) |
| Derechohabiciencia | | |
| Sin derecho | 706 (49.34) | 2,666 (46.11) |
| IMSS | 551 (38.5) | 2,393 (41.39) |
| Otra seguridad social | 169 (11.81) | 690 (11.93) |
| Seguro privado | 5 (0.35) | 33 (0.57) |
| Consumo de tabaco | | |
| Sí | 560 (39.33) | 2,091 (36.53) |
| No | 864 (60.67) | 3,633 (63.47) |
| Consumo de alcohol | | |
| Sí | 99 (6.86) | 507 (8.68) |
| No | 1,345 (93.14) | 5,337 (91.32) |
| Problema de salud en las últimas dos semanas | | |
| Sí | 647 (44.87) | 1,205 (20.65) |
| No | 795 (55.13) | 4,631 (79.35) |
| Accidentes en el último año | | |
| Sí | 156 (10.96) | 396 (6.92) |
| No | 1,268 (89.04) | 5,327 (93.08) |
| Discapacidad o limitación física o mental | | |
| Sí | 394 (27.4) | 675 (11.58) |
| No | 1,044 (72.6) | 5,153 (88.42) |
| Diagnóstico de diabetes | | |
| Sí | 324 (22.77) | 900 (15.75) |
| No | 1,099 (77.23) | 4,816 (84.25) |
| Diagnóstico de hipertensión arterial | | |
| Sí | 225 (40.6) | 1,623 (31.85) |
| No | 768 (59.4) | 3,472 (68.15) |
| Diagnóstico de enfermedades de vías urinarias | | |
| Sí | 176 (12.37) | 480 (8.4) |
| No | 1,247 (87.63) | 5,235 (91.6) |
| Diagnóstico de insuficiencia renal crónica | | |
| Sí | 34 (2.39) | 50 (0.87) |
| No | 1,389 (97.61) | 5,665 (99.13) |
| Mediciones altas de colesterol | | |
| Sí | 219 (15.48) | 802 (14.14) |
| No | 1,196 (84.52) | 4,871 (85.86) |

Fuente: Estimaciones propias basados en los datos de SSA-INSP: Encuesta Nacional de Salud. México, 2000.
IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

DISCUSIÓN

Al compararse el estado de salud reportado por los ancianos mexicanos a través de la autopercepción, con el de adultos mayores de otras regiones, observase un patrón interesante. Los valores mexicanos se encuentran en un término medio entre los que se observan en Brasil, España y Suiza. La percepción del estado de salud en los ancianos españoles muestra que reportan su estado de salud como bueno o muy bueno entre el 40 al 50%,^{10,20} mientras que en adultos mayores de origen suizo esta percepción alcanzó hasta el 87%.¹⁷ Por su parte, en México la percepción positiva del estado de salud (bueno o muy bueno reportado por el 35.6%) es menor que la de esos países europeos pero mayor que la reportan los adultos mayores a nivel nacional en Brasil. En ese país cerca del 25% considera que su estado de salud es bueno o muy bueno.¹⁵ Sin embargo, un aspecto que llama la atención es que entre 1994 y el año 2000 la percepción de mal estado de salud en la población de ancianos mexicanos se ha incrementado. La proporción reportada en la Encuesta Nacional de Salud de 1994 era que el 14% de los adultos mayores percibieron su salud como mala o muy mala,⁵ mientras que en la ENSA 2000 fue de 19.8%. Las diferencias en la autopercepción del estado de salud en diferentes países hablan principalmente de la influencia de factores de tipo educativo, socioeconómico y cultural, así como de los niveles de calidad de vida que existen en las diversas poblaciones lo cual ya ha sido constatado por otros estudios.^{4,6} No obstante, el incremento en la percepción de mal estado de salud debe ser explicado con base en un análisis más detallado de estos mismos y de los cambios en la sociedad y la economía que enfrentó la población mexicana en ese período.

En este sentido, el presente estudio sugiere la existencia de comunalidades con las experiencias de otros países, así como algunos aspectos que destacan las particularidades del país. Entre las comunalidades, la edad esta directamente relacionada con la mala percepción de estado de salud, lo que es congruente con la evidencia encontrada en estudios en Europa y en Brasil en los que se presentan que conforme avanza la edad el estado de salud se va deteriorando.^{1,24}

En forma similar a lo que ocurre en otros países, la excepción es el grupo de 90 años y más, en donde encontrase un incremento de la percepción de buen estado de salud, la cual es cercana al 20%.² Estos resultados permiten señalar que los mayores de 90 años son el grupo que a través de los años ha sido

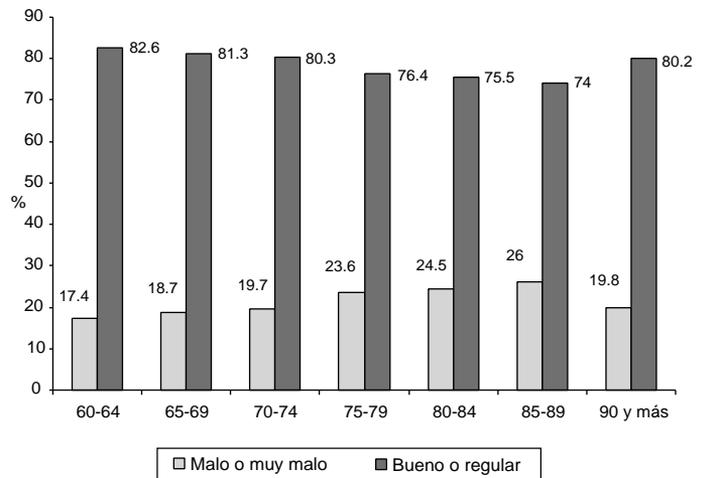


Figura - Percepción general de salud de los ancianos por grupo de edad. México, 2000.

sujeito a una selección natural por lo cual los sobrevivientes tienen a ser más saludables. La escolaridad es un aspecto importante en la percepción del estado de salud, de la misma forma que lo han señalado otros estudios, los individuos tienden a percibir mejor su salud cuando tienen un mayor nivel de estudios.^{10,16}

Otra comunalidad es que los resultados sugieren que las condiciones sociodemográficas y de salud de las mujeres mayores mexicanas son considerablemente inferiores a las que reportan los hombres, lo que una vez más concuerda con lo observado por otros autores en otros países.^{10,16,20} Las mujeres ancianas mexicanas a diferencia de los varones, tienen una esperanza de vida mayor, por lo cual son en mayor proporción viudas. Además, sólo el 10% de éstas cuenta con trabajo remunerado y si a esto sumase que más del 50% son jefes de familia, esto las coloca en una franca situación de desventaja.¹⁸ No obstante que en este estudio no se midieron todos los factores potenciales asociados al estado de salud de las mujeres ancianas del país, los resultados aportan elementos para futuras investigaciones. Hay que estudiar sobre los factores que podrían explicar las diferencias entre hombres y mujeres de la tercera edad, así como los factores que pudieran ayudar a reducir las diferencias.¹⁸ Como ejemplo están en los resultados de estudios hechos por Lahelma¹⁴ y Emslie¹² en los que se concluyó que en condiciones laborales similares las diferencias en el estado de salud son menores entre ambos sexos.

En la misma vena, de acuerdo con los hallazgos de la presente investigación, son también las mujeres quienes reportan en mayor proporción problemas de salud y diagnóstico de enfermedades como hipertensión arterial, diabetes y accidentes. Estas variables se des-

Tabla 3 - Resultados de regresión logística de factores asociados a mala percepción general de salud de los ancianos. México, 2000.

| Variable | Modelo crudo | | Modelo de mejor ajuste* | |
|---|--------------|------------|-------------------------|------------|
| | RM | IC 95% | RM | IC 95% |
| Edad | 1.01 | 1.01,1.02 | 1.01 | 1.00,1.01 |
| Género | | | | |
| Masculino | 1.0 | - | 1.0 | - |
| Femenino | 1.29 | 1.14,1.45 | 1.21 | 1.00,1.48 |
| Sabe leer y escribir | | | | |
| Sí | 1.0 | - | 1.0 | - |
| No | 1.42 | 1.25,1.6 | 1.34 | 1.15,1.56 |
| Derechohabencia | | | | |
| Sí | 1.0 | - | 1.0 | - |
| No | 1.12 | 1.00,1.26 | 1.14 | 1.00,1.25 |
| Estado Conyugal | | | | |
| Unión libre | 1.0 | - | 1.0 | - |
| Separado | 1.02 | 0.78,1.34 | - | - |
| Divorciado | 0.51 | 0.28,0.92 | 0.50 | 0.26-0.9 |
| Viudo | 1.11 | 0.99,1.26 | - | - |
| Casado | 0.89 | 0.79,1.0 | - | - |
| Soltero | 1.02 | 0.8,1.31 | - | - |
| Tipo de actividad | | | | |
| Trabaja | 1.0 | - | 1.0 | - |
| No trabaja | 1.56 | 1.35,1.79 | 1.68 | 1.38,2.05 |
| Hogar | 1.11 | 0.99,1.25 | 1.37 | 1.11,1.68 |
| Jubilado | 0.67 | 0.55,0.82 | - | - |
| Incapacitado | 3.74 | 2.68,5.22 | 3.44 | 2.23,5.32 |
| Problema de salud en el último mes | | | | |
| No | 1.0 | - | 1.0 | - |
| Sí | 3.12 | 2.76,3.53 | 2.75 | 2.40,3.15 |
| Consumo tabaco | | | | |
| No | 1.0 | - | 1.0 | - |
| Sí | 1.12 | 0.99,1.26 | 1.38 | 1.18,1.6 |
| Discapacidad o limitación física o mental | | | | |
| No | 1.0 | 2.50, 3.31 | 1.0 | - |
| Sí | 2.88 | | 2.15 | 1.81,2.54 |
| Accidentes | | | | |
| No | 1.0 | - | 1.0 | - |
| Sí | 1.65 | 1.36,2.01 | 1.27 | 1.01,1.59 |
| Diagnóstico de diabetes | | | | |
| No | 1.0 | - | 1.0 | - |
| Sí | 1.57 | 1.36,1.81 | 1.43 | 1.22,1.68 |
| Diagnóstico de hipertension | | | | |
| No | 1.0 | - | 1.0 | - |
| Sí | 1.46 | 1.28,1.65 | 1.33 | 1.16,1.53 |
| Diagnóstico de enfermedad de vías urinarias | | | | |
| No | 1.0 | - | 1.0 | - |
| Sí | 1.53 | 1.28,1.84 | 1.29 | 1.05,1.59 |
| Diagnóstico de insuficiencia renal crónica | | | | |
| No | 1.0 | - | 1.0 | - |
| Sí | 2.77 | 1.78,4.3 | 2.04 | 1.23, 3.38 |
| Consumo de alcohol | | | | |
| No | 1.0 | - | | |
| Sí | 0.77 | 0.61,0.96 | | |
| Escolaridad | | | | |
| Ninguna | 1.0 | - | | |
| Preescolar | 2.33 | 1.08, 5.04 | | |
| Primaria | 1.12 | 0.95, 1.32 | | |
| Secundaria | 0.79 | 0.52, 1.01 | | |
| Preparatoria | 0.81 | 0.41, 1.6 | | |
| Normal | 0.74 | 0.38, 1.46 | | |
| Carrera técnica | 0.64 | 0.45, 0.93 | | |
| Licenciatura | 0.62 | 0.36, 1.05 | | |
| Postgrado | 0.31 | 0.04, 2.39 | | |
| Peso | 0.99 | 0.98, 0.99 | | |

Fuente: Estimaciones propias basados en los datos de SSA-INSP: Encuesta Nacional de Salud. México, 2000.

*Ajustado por parentesco con el jefe de familia, $p < 0.05$

RM: Razón de momios

tacan dentro de los principales factores que explican que el sexo femenino este asociado a una mala percepción de estado de salud, lo cual también ha sido planteado por otros autores.²⁰ La morbilidad tanto aguda como crónica así como presentar alguna discapacidad o limitación física o mental son factores relacionados con un mal estado de salud, resultados consistentes con otros estudios,^{16,20} no obstante que

en la presente investigación la mayoría de estos factores se determinaron por auto-reporte.

Por otra parte, en el presente estudio hay resultados que no se reportan en otras investigaciones y que resultan de interés. Por ejemplo, se encontró que el consumo de alcohol tiene una relación inversamente proporcional con el mal estado de salud, lo cual no ha

sido reportado por muchos estudios. Es excepción el estudio de Strandberg²¹ en 1,216 adultos mayores, que encontró que un consumo moderado de alcohol ofrece algunos beneficios (aún no especificados) en comparación con la abstinencia a largo plazo. Este hallazgo necesita ser explicado a la luz de otras investigaciones. Son algunas especulaciones teóricas: por ejemplo, podría ser que el consumo de alcohol sea mayor en personas que se encuentren bien de salud, o sea consumen los sanos, en lugar de que por consumir sean sanos. Por otra parte puede ser que la cantidad que toman no es suficiente para provocar algún deterioro a su salud, pero sí para actuar como factor que los proteja de problemas de salud como infartos o enfermedades cardiovasculares.¹¹ Por último, podría ser que el consumo de alcohol se de en un ambiente social y de amistad que los ayude a percibir su estado de salud mejor, porque su calidad de vida es mejor.

En forma similar el estado civil (divorciado) y el peso, se muestran también como factores relacionados con el buen estado de salud, resultados que no han sido tampoco reportados en otras investigaciones. Será la tarea de futuras investigaciones tratar de explicar como es que ser divorciado y el peso elevado (grado) ayuda a que los adultos mayores perciban mejor su salud.

En los últimos años, las encuestas de salud desarrolladas en diversos países se han utilizado como instrumentos valiosos que permiten tanto conocer el estado de salud de la población, como hacer estimaciones de la variación en los habitantes de México. En este tipo de estudios se toma en cuenta la declaración que el sujeto hace sobre la percepción de su salud, y a pesar de que está muy relacionada con la

morbilidad clínica,⁷ está influida también por aspectos de tipo sociocultural y emocional. Además, hay una valoración tanto subjetiva como global que las personas hacen sobre su estado de funcionamiento físico, mental y social y que incluye la percepción de pequeñas variaciones de tipo fisiológico, posturas negativas o positivas de la vida y disposición de conductas saludables.¹⁶

A pesar de que son percepciones personales las que cada anciano hace de su salud, algunos estudios han mostrado que la morbilidad que perciben coincide en dos terceras partes con la diagnosticada por los profesionales de la salud.²⁰ Es por esas razones, que los resultados del presente estudio al igual que las investigaciones anteriormente mencionadas, destacan que las variables más fuertemente asociadas a mala percepción de estado de salud son las de morbilidad: crónica (hipertensión arterial, diabetes, enfermedades de vías urinarias, insuficiencia renal), aguda (problema de salud en el último mes) y de funcionamiento (estar incapacitados, padecer alguna discapacidad o limitación física o mental). Por lo tanto, la percepción de salud y los factores asociados a ella, pueden ser utilizados para valorar el nivel de salud de la población de adultos mayores en México y sus determinantes.^{16,23} Esta información debe ayudar a la toma de decisiones relacionadas con acciones y programas concretos de atención médica y social de los ancianos en México. De misma forma, auxiliar a la definición de una agenda de investigación sobre los ancianos, que permita responder de mejor forma a los retos que los sistemas de salud de países de ingresos medios enfrentan y enfrentarán con mayor intensidad en los próximos 15 años.

REFERENCIAS

1. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;17(5-6):333-41.
2. Arber S, Cooper H. Gender differences in health in later life: the new paradox? *Soc Sci Med*. 1999;48:61-76.
3. Aspiazú Garrido M, Cruz Jenfoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, Valero de Bernabé FA. Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76(6):683-99.
4. Bath PA. Differences between older men and women in the self-rated health-mortality relationship. *Gerontologist*. 2003;43:387-95.
5. Borges-Yañez SA, Gómez-Dantés H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Pública Méx*. 1998;40:13-23.
6. Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Soc Sci Med*. 2004;58:1869-87.
7. Bush TL, Miller SR, Golden AL, Hale WE. Self-reported and medical record report agreement of selected medical conditions in the elderly. *Am J Public Health*. 1989;79:1554-6.
8. Centers for Disease Control and Prevention - CDC. Trends in aging: United States and worldwide. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2003;52:101-4,106.

9. Dachs JN, Ferrer M, Florez CE, Barros AJ, Narváez R, Valdivia M. Inequalities in health in Latin American and the Caribbean: descriptive and exploratory results for self-reported health problems and health care in twelve countries. *Rev Panam Salud Pública*. 2002;11(5-6):335-55.
10. Damian J, Ruigomez A, Pastor V, Martín-Moreno JM. Determinants of self assessed health among spanish older people living at home. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53:412-6.
11. Di Castelnuovo A, Rotondo S, Iacoviello L, Donati MB, De Gaetano G. Meta-analysis of wine and beer consumption in relation to vascular risk. *Circulation*. 2002;105:2836-44.
12. Emslie C, Hunt K, Macintyre S. Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full time bank employees. *Soc Sci Med*. 1999;48:33-48.
13. Kunst AE, Geurts JJ, Van den Berg J. Internacional variation in socioeconomic inequalities in self reported health. *J Epidemiol Community Health*. 1995;49:117-23.
14. Lahelma E, Martikainen P, Rahkonen O, Silventoinen K. Gender differences in ill health un Finland: patterns, magnitude and change. *Soc Sci Med*. 1999;48:7-19.
15. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*. 2003;1:735-43.
16. Lima-Costa MF, Firmo JO, Uchoa E. The structure of self-rated health among older adults: the Bambui health and ageing study (BHAS). *Rev Saúde Pública*. 2004;38:827-34.
17. Lindgren AM, Svardsudd K, Tibblin G. Factors related to perceived health among elderly people: the Albertina Project. *Age Ageing*. 1994;23:328-33.
18. Rohlfis I, De Andrés J, Artazcoz L, Ribalta M, Borrell C. Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido por las mujeres. *Med Clin (Barc)*. 1997;108:566-71.
19. Rowe JW. Health care of the elderly. *N Engl J Med*. 1985;312(13):827-35.
20. Seculi E, Fuste J, Brugulat P, Junca S, Rue M, Guillen M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gac Sanit*. 2001;15:217-23.
21. Strandberg AY, Strandberg TE, Salomaa VV, Pitkala K, Miettinen TA. Alcohol consumption, 29-y total mortality, and quality of life in men in old age. *Am J Clin Nutr*. 2004;80:1366-71.
22. United Nations, Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects, 1990. New York; 1991.
23. Ware JE. Standards for validating health measures: definition and content. *J Chronic Dis*. 1987;40:473-80.
24. Zunzunegui MV, Béland F. La salud de las personas mayores de Leganés. *Rev Gerontol*. 1995;5:245-58.

Trabajo presentado en lo XI Foro Nacional de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, septiembre de 2002, México; X Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública, marzo de 2003, México; VIII Congreso Argentino de Gerontología y Geriatria. Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria, 2003, Argentina.