

# Salud y bienestar del adulto mayor en la Ciudad de México

## SABE 2000

# Salud y bienestar del adulto mayor en la Ciudad de México

## SABE 2000

PREPARADO POR:

Roberto Ham Chande  
Luis Miguel Gutiérrez Robledo

CON LA COLABORACIÓN DE:

Eduardo González  
Yolanda Palma  
Ana Luz Torres  
Eunice Vargas  
Elmyra Ybáñez



*Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente*

Organización Panamericana de la Salud  
Salud y bienestar del adulto mayor en la Ciudad de México.  
Washington, D.C: OPS, © 2005.  
(Publicación Científica y Técnica No. 608)

ISBN 92 75 31608 2

I. Título II. Serie

1. SALUD DEL ANCIANO
2. ENVEJECIMIENTO
3. CONDICIONES SOCIALES
4. ASISTENCIA A LOS ANCIANOS
5. RECOLECCIÓN DE DATOS
6. MÉXICO

NLM WT 100

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Área de Publicaciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

©Organización Panamericana de la Salud, 2005

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

De las opiniones expresadas en esta publicación responden únicamente los autores.

# CONTENIDO

PRÓLOGO .....	iii
PRESENTACIÓN .....	v
INTRODUCCIÓN .....	vii
<b>CAPÍTULO 1. Justificación, métodos y organización de la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) .....</b>	<b>1</b>
Introducción .....	1
Objetivos .....	1
Universo de estudio .....	1
Diseño de muestra .....	2
Rendimiento de la muestra .....	2
Procedimiento de campo .....	3
<b>CAPÍTULO 2. Cambio demográfico y envejecimiento .....</b>	<b>5</b>
Aspectos geográficos .....	5
Aspectos demográficos en el siglo xx .....	5
Rumbo al envejecimiento .....	7
Aspectos sociales, económicos y políticos .....	7
Organización y financiamiento del sistema de salud .....	8
Organización y financiamiento de la atención a largo plazo .....	9
Estructura del sistema de pensiones .....	10
<b>CAPÍTULO 3. Características demográficas y socioeconómicas de los adultos mayores en la Ciudad de México .....</b>	<b>11</b>
Zona Metropolitana de la Ciudad de México .....	11
Estructura por edad y sexo .....	11
Estado marital .....	12
<i>Estado marital actual</i> .....	12
<i>Historia de uniones</i> .....	13
Hijos .....	13
Padres .....	14
Escolaridad .....	14
Pertenencia a un culto religioso .....	16
Participación laboral .....	17
Ingresos .....	17
Características de la vivienda .....	19
<b>CAPÍTULO 4. Composición del hogar, relaciones familiares y características de las transferencias intergeneracionales .....</b>	<b>21</b>
Composición del hogar .....	21
<i>Arreglos familiares por sexo y estado matrimonial</i> .....	22
<i>Arreglos familiares según sexo y educación</i> .....	23
Características demográficas y socioeconómicas de los hijos .....	24

<i>Hijos corresidentes</i> .....	24
<i>Hijos no corresidentes</i> .....	24
Apoyo recibido según tipo y procedencia .....	25
Apoyo otorgado según tipo y destino .....	28
<b>CAPÍTULO 5. Estado de salud</b> .....	<b>31</b>
Autoevaluación de salud .....	31
Comportamientos y hábitos relacionados con la salud .....	32
<i>Consumo de tabaco</i> .....	32
<i>Consumo de alcohol</i> .....	32
<i>Consumo de proteínas, vegetales y frutas</i> .....	32
<i>Actividad física</i> .....	33
<i>Actividades sociales</i> .....	33
Salud mental .....	33
<i>Depresión</i> .....	33
<i>Deterioro cognitivo</i> .....	36
Incontinencia urinaria .....	36
Pérdida sensorial .....	36
<i>Visión</i> .....	36
<i>Audición</i> .....	36
Malnutrición .....	37
Caídas .....	41
Osteoporosis .....	41
Enfermedades crónicas .....	41
Enfermedades específicas de género .....	43
Desigualdades socioeconómicas en salud .....	45
<i>Autopercepción de salud por nivel de instrucción, suficiencia de ingresos percibida y quintil de ingresos</i> .....	45
<i>Estado cognoscitivo y trastornos crónicos por nivel de instrucción, suficiencia de ingresos percibida y quintil de ingresos</i> .....	45
<i>Afecciones crónicas y degenerativas</i> .....	47
<i>Sintomatología depresiva por nivel de instrucción, suficiencia de ingresos percibida y quintil de ingresos</i> .....	47
<i>Dificultad en actividades de la vida diaria (AVD) por nivel de instrucción, suficiencia de ingresos percibida y quintil de ingresos</i> .....	47
<b>CAPÍTULO 6. Limitaciones funcionales</b> .....	<b>49</b>
Actividades de la vida diaria .....	49
Actividades instrumentales de la vida diaria .....	50
Movilidad .....	51
<b>CAPÍTULO 7. Uso y acceso a servicios sociales y de salud</b> .....	<b>53</b>
Uso de servicios de salud ambulatorios .....	53
<i>Consultas de salud consultas ambulatorias</i> .....	53
<i>Vacunas</i> .....	54
Acceso a servicios de salud ambulatorios .....	54
<i>Tiempo y costo</i> .....	54
Uso de hospitales .....	55
Uso de medicamentos y acceso a ellos .....	56
Cobertura de seguro de salud y servicios sociales .....	57
<i>Seguros públicos y privados</i> .....	57
<i>Servicios sociales en la comunidad</i> .....	59
<b>CAPÍTULO 8. Conclusiones y perspectivas</b> .....	<b>61</b>
BIBLIOGRAFÍA .....	65

# PRÓLOGO

El envejecimiento satisfactorio depende de una diversidad de influencias o determinantes que rodean a las personas, las familias, las comunidades y los países. Debemos estimular el estudio de las pruebas empíricas sobre el proceso de envejecimiento en la Región de las Américas y la investigación sobre los riesgos y daños que afectan a la salud de los adultos mayores como una de las funciones esenciales de salud pública que. ¿Cuán saludables son los años ganados de vida? ¿Qué intervenciones de salud pública permitirán aumentar la esperanza de vida libre de discapacidad?

La encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) incluyó a más de 11.000 personas de 60 años o más, de siete ciudades de América Latina y el Caribe: Buenos Aires (Argentina), Bridgetown (Barbados), São Paulo (Brasil), Santiago (Chile), La Habana (Cuba), Ciudad de México (México) y Montevideo (Uruguay). SABE recolectó datos acerca de la salud física y mental de los adultos mayores, así como sobre cobertura de salud, uso de servicios de salud, situación financiera, apoyo familiar, antecedentes laborales y tipo de alojamiento. Los resultados que se presentan en estos informes por país son una contribución a la agenda de investigación sobre la salud del adulto mayor. En el futuro, esta se convertirá en un área primordial para los investigadores y científicos de la Región.

Las políticas y los servicios de salud necesitan de un buen sistema de información que permita establecer prioridades. Los indicadores básicos de salud de los países que experimentan una transición demográfica rápida deben incluir mediciones de la salud y la capacidad funcional de la población adulta mayor. Las enfermedades crónicas no transmisibles son causas importantes de discapacidad, y en las personas adultas mayores determinan una notable disminución de la calidad de vida. No obstante, las discapacidades asociadas con el envejecimiento y la aparición de enfermedades crónicas pueden prevenirse o retrasarse; para lograrlo, la atención primaria de salud tiene que estar adaptada a las necesidades de los mayores, y el personal de los equipos de salud tiene que estar capacitado en el campo de la medicina del adulto mayor. Para lograr un envejecimiento activo, los servicios requieren instrumentos y técnicas para organizar programas de salud que incluyan actividades de promoción y prevención. Esto no resulta sencillo en un medio con tantas prioridades de salud que compiten por escasos recursos. Sin embargo, el llamado a la acción impulsado por la realidad de los datos presentados en estos informes, estimulará a los tomadores de decisiones para que examinen, reflexionen y planifiquen de acuerdo con el reto que aquí se presenta.

*Mirta Roses Periago*

Directora

Organización Panamericana de la Salud



# PRESENTACIÓN

Desde hace varias décadas los países desarrollados han padecido las consecuencias del envejecimiento poblacional; por ello, han elaborado programas y estrategias que han demostrado su eficiencia no solo en la mayoría de los aspectos relacionados con la atención social y económica del adulto mayor, sino en lo que compete a la protección de su salud. Parte de este éxito puede ser atribuido a que el fenómeno del envejecimiento se presentó en forma gradual, a lo largo de los últimos 100 años, lo que favoreció indudablemente un cambio paulatino en la cultura de la sociedad. También influyó que los organismos responsables de la atención de los adultos mayores pudieran abordar los diversos temas del envejecimiento, basados en estudios sistemáticos de las condiciones propias de los ancianos, sin omitir una visión de los cambios que estas pudieran presentar. No obstante estas ventajas, por su gran magnitud, el envejecimiento sigue constituyendo una alta y creciente prioridad en los países que se caracterizan por un grado avanzado de transición demográfica.

Las naciones latinoamericanas y caribeñas se han caracterizado por su extrema pobreza y sus desventajas en el desarrollo económico y social, la inequidad sostenida y el azote de las enfermedades propias de las sociedades constituidas principalmente por niños y por gente joven. En las últimas décadas, la transición demográfica se ha hecho presente a una velocidad cada vez mayor; esto obliga a reflexionar, sin perder la perspectiva, acerca del beneplácito inicial por la explosión demográfica resultante de la mejoría de las condiciones de vida de los habitantes. Esta situación permitió contemplar un futuro de potencial actividad productiva de las naciones que llevaría, por ende, a un nivel adecuado de bienestar económico y social. El consecuente aumento de la esperanza de vida de los latinoamericanos no tardó mucho en mostrar su lado amenazante, al limitar y afectar las perspectivas de desarrollo latinoamericano. Lo que el viejo mundo experimentó en forma gradual, el otrora nuevo lo vive ahora con características casi alarmantes: un proceso acelerado de envejecimiento poblacional que viene a agravar la situación económica, política y social. Además, este proceso se acompaña de un nuevo espectro de retos de salud, incluso la emergencia de enfermedades asociadas con el envejecimiento, lo que demanda una atención inmediata de las estrategias para su tratamiento, control y prevención. A este respecto, países como el nuestro deberán atender a estas nuevas enfermedades y a los riesgos de contraerlas para poder seguir aspirando a un futuro con un envejecimiento saludable, aun en condiciones de pobreza e inequidad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha sido baluarte en el diseño, desarrollo y monitoreo de los programas que funcionan en la mayoría de los países de la región. Así, en sostenida y coordinada participación con las autoridades oficiales de salud, nuevamente demuestra su liderazgo al favorecer el desarrollo de un plan diseñado para abordar estratégicamente el envejecimiento en América Latina. En 1999, junto con el Dr. Alberto Palloni, investigador de la Universidad de Wisconsin, y con el apoyo de un grupo de asesores del cual formó parte el Dr. Roberto Ham, investigador del Colegio de la Frontera Norte de México, la OPS presentó el protocolo del estudio multicéntrico "Salud, bienestar y envejecimiento" (SABE). Este proyecto fue llevado a cabo en las capitales federales de siete países: Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México y Uruguay. De estos, solamente los sectores de la salud de Chile y México participaron con medidas de intervención que permitieron, en forma expedita y eficiente, la detección de enfermedades crónicas y degenerativas asociadas a los adultos mayores. El estudio SABE se concluyó en 2000 y su relevancia se fundamenta en la potencialidad de obtener datos comparativos, ya que se basa en cuestionarios validados en cada país, y en que ofrece indicadores de eficiencia, con lo que favorece y promueve estrategias de atención del envejecimiento que garanticen la atención integral de los adultos mayores.

La Secretaría de Salud de México, reconocida por su vanguardia en la atención de los problemas de salud que caracterizan a los países en desarrollo, se complace en presentar los resultados del proyecto SABE en México, que beneficiarán el área de la salud y el envejecimiento con un enfoque de prevención y control. El valioso material que aparece en el libro coordinado por el prestigiado investigador en demografía, el Dr. Roberto Ham Chande, sin duda proporcionará las bases metodológicas para la planeación a corto y mediano plazos, así como para la adecuación de los programas vigentes y la estructuración de nuevos planes de acción que aborden de manera integral el campo del envejecimiento en México. El esfuerzo de la Secretaría de Salud de México en relación con la cobertura de los servicios de salud y la atención de los adultos mayores, deberá cristalizar el sueño de contar con una vida saludable para los mexicanos en los años venideros. Enhorabuena por esta relevante expresión del trabajo armónico que siempre se ha presentado entre la OPS/OMS y la Secretaría de Salud, ahora en beneficio de los adultos mayores y de los que vendrán en las siguientes generaciones.

Dr. Roberto Tapia Conyer  
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud  
Secretaría de Salud, México

# INTRODUCCIÓN

Este informe contiene los principales resultados de la encuesta SABE, de la parte realizada en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM). Como proyecto de estudio colaborativo en América Latina y el Caribe, el proyecto tuvo varias etapas en actividades llevadas a cabo gracias a la cooperación de individuos e instituciones, tanto en el plano nacional como en el latinoamericano. El logro principal ha sido la generación de conocimiento sobre el proceso de envejecimiento en América Latina, pero como parte de los resultados también destacan la construcción de enfoques interdisciplinarios y el aprendizaje de cómo abordar y desarrollar la temática de investigación.

El proyecto SABE se ha guiado siempre con apego a normas científicas. Realizarlo implicó la revisión de conceptos y definiciones para adoptar los que fueran adecuados a América Latina, teniendo en cuenta la potencialidad de los estudios comparativos, conjuntamente con la creación de paradigmas propios. Estos aspectos se instrumentaron en la identificación de variables, la manera de captarlas y la forma de medirlas. El reflejo final de estas actividades se plasma en la encuesta SABE, desde la delimitación de sus propósitos, el diseño de su cuestionario, la metodología propuesta hasta la presentación de resultados. El trabajo de campo fue supervisado cuidadosamente, para pasar a los procesos de captura de información, limpieza de archivos y la creación de bases estadísticas para su accesibilidad desde Internet. Parte crucial del trabajo llevado a cabo son los análisis de la información que se están haciendo para entender mejor el proceso del envejecimiento en México, sus causas primarias, intermedias y últimas, como herramienta necesaria para crear políticas de salud y bienestar.

Los antecedentes de la creación del proyecto SABE y la cooperación que finalmente lo hizo realidad ya tiene su historia. Iniciado en El Colegio de la Frontera Norte como un proyecto acerca del envejecimiento demográfico en América Latina, tomó una orientación fundamental hacia los aspectos de la salud, apoyado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) bajo la coordinación entusiasta de Martha Peláez y el apoyo académico de Alberto Palloni desde la Universidad de Wisconsin. Para su elaboración en México, el proyecto tuvo sede en El Colegio de la Frontera Norte, bajo la coordinación de Roberto Ham Chande. El trabajo de campo fue tarea de la empresa Investigaciones en Salud y Demografía, con la intervención directa de Yolanda Palma. El marco de muestreo provino del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, gracias al apoyo de su presidente Jaime Jarque. Durante el levantamiento de la encuesta se recibió el respaldo de la Secretaría de Salud, la cual contribuyó con personal y transporte gracias a la colaboración de Agustín Lara Esqueda. La intervención de la Secretaría de Salud hizo posible las medi-

ciones médicas y antropométricas. Los recursos financieros para este trabajo vinieron por parte de la OPS, la empresa Ely Lilly y El Colegio de la Frontera Norte.

De igual importancia han sido los insumos académicos que dieron apoyo teórico y metodológico al proyecto, y que finalmente permiten contar con una base de datos disponible y procesable. Aparte de las intervenciones de los investigadores, en cada uno de los países y de las organizaciones que participaron, cabe destacar el trabajo que Guido Pinto y Laura Rodríguez hicieron para que las bases de datos adquirieran la calidad que ahora tienen.

Este informe se llevó a cabo bajo la coordinación general de Roberto Ham Chande, como investigador principal desde el inicio del proyecto. Yolanda Palma intervino en la descripción los procedimientos del muestreo y las particularidades del trabajo de campo y, junto con Eduardo González, realizaron las primeras tabulaciones estadísticas que sirvieron como base en los análisis iniciales. El marco demográfico y socioeconómico general es producto principal de Roberto Ham Chande. Por otra parte, Elmyra Ybáñez, Ana Luz Torres y Eunice Vargas tuvieron participaciones decisivas en las secciones sobre familia y transferencias. Los aspectos de salud fueron obra principal de Luis M. Gutiérrez, quien además siguió el desarrollo del tema de salud del proyecto SABE en la mayor parte de su proceso. La uniformidad de la obra en su contenido científico estuvo a cargo de Roberto Ham Chande, mientras que Claudia Algara le dio corrección gramatical y uniformidad de estilo.

# CAPÍTULO 1

## *Justificación, métodos y organización de la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)*

---

### **Introducción**

El comienzo del siglo XXI demandó la tarea de imaginar el futuro social y económico, seguida del compromiso de moldear el porvenir para que se logre el mayor desarrollo y bienestar posibles. Frente a la dinámica demográfica de América Latina y el Caribe, donde se reconocen las notorias tendencias de la población a disminuir el ritmo de crecimiento, a contar con menor participación de los grupos en edades infantiles y adolescentes, y a incrementar los números porcentuales y absolutos de los sectores adultos y en edades avanzadas, una de las perspectivas a considerarse es la de un envejecimiento inevitable de la población. Es, por lo tanto, ineludible que se tome en cuenta este proceso como uno de los principales retos sociales y económicos de este siglo, el cual demanda reconocimiento de una problemática, construcción de paradigmas, generación de conocimiento y su aplicación en la planeación y búsqueda de soluciones.

En América Latina y el Caribe el proceso de envejecimiento impone retos que ya se reconocen, entre los cuales destacan la seguridad social y la atención a la salud, debido a sus crecientes demandas. Al mismo tiempo, existen otras dificultades que vencer en cuanto al desconocimiento de la naturaleza y consecuencias del envejecimiento demográfico en relación con el mundo social y económico, el cual se debe a vacíos en la información pertinente y necesaria para el conocimiento de esa relación.

Respecto a este último punto, bajo la coordinación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se llevó a cabo el proyecto multicéntrico Salud y Bienestar en el Envejecimiento (SABE) cuyo énfasis son los problemas de salud, con el objetivo específico de realizar una encuesta que proporcione una primera base de datos. Este proyecto implicó la construcción de conceptos, la

elaboración de referencias teóricas y la creación de instrumentos metodológicos. Para ello se toma en cuenta que en dicha región el envejecimiento y sus relaciones con la salud y el bienestar no son fenómenos uniformes, sino que sus características son tan variables como lo es la heterogeneidad social, económica y demográfica. En un intento de cubrir esta variabilidad, el estudio se organizó incluyendo siete países de la Región: Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México y Uruguay.

### **Objetivos**

En una primera etapa, el objetivo central del proyecto SABE es llevar a cabo encuestas y estudios comparativos entre los países participantes, para realizar una evaluación del estado de salud y las condiciones de vida actuales de los adultos mayores en los centros urbanos más importantes de los países participantes. Es de especial interés la caracterización de patrones de morbilidad, de las deficiencias físicas, mentales y funcionales de este creciente segmento de la población, así como el acceso y la utilización que tienen los adultos mayores a los servicios de salud. En este análisis es importante la medición de las diferencias entre cohortes, clases sociales y por sexo, así como las relaciones entre variables. Se agrega, además, la importancia de la composición del hogar y de la familia en su calidad de fuentes de apoyo material y anímico.

### **Universo de estudio**

El universo de estudio de SABE-ALC (América Latina y el Caribe) se encuentra en las principales áreas urbanas de los países incluidos. Estas ciudades son: Buenos Aires (Argentina), Bridgetown (Barbados), São Paulo (Brasil), Santiago (Chile), La Habana (Cuba), Ciudad de México (México) y Montevideo (Uruguay). La

población de estudio de la encuesta SABE estuvo compuesta por personas que al momento de la entrevista tenían 60 años cumplidos o más, residentes habituales de las áreas geográficas seleccionadas. La recolección de información se llevó a cabo por medio de entrevistas directas en hogares, utilizando un cuestionario estructurado, constituido por 11 secciones. Las preguntas que integran estas secciones se aplicaron por igual en todos los países participantes en el estudio.

Este informe se refiere al caso de SABE-Mex, que toma a la Ciudad de México como universo de estudio. Cabe señalar que en este caso se incluyó también a mujeres de 50 años y más.

### Diseño de muestra

El esquema de muestreo para SABE-Mex fue realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Este instituto es el encargado de las estadísticas nacionales del país y entre sus tareas está la recopilación de los indicadores periódicos de empleo, de tal manera que una de sus actividades más importantes es el levantamiento trimestral de la Encuesta Nacional de Empleo Urbano (ENEU). En el proyecto SABE-Mex se utilizó la ronda de muestreo en la Ciudad de México del tercer trimestre de 1999 para aplicar la encuesta en aquellos hogares que tienen hombres de 60 y más años de edad y/o mujeres de 50 y más años de edad. Con este procedimiento se aprovecha que tanto ENEU como SABE coinciden en la unidad de observación y de análisis, la población en estudio y la cobertura geográfica.

El marco muestral de SABE es el mismo que el de ENEU, conformado por la información censal y la cartografía del Censo de Población y Vivienda 1995, los croquis y los listados de viviendas. La aplicación de los muestreos se organiza en Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB), las cuales se construyen con tres atributos fundamentales:

1. Son perfectamente reconocibles en el terreno, al estar delimitadas por rasgos identificables y perdurables;
2. Por lo general son homogéneas en cuanto a sus características sociales, económicas y geográficas;
3. Su extensión es tal que pueden ser recorridas por una sola persona en una jornada de trabajo. Con base en esta subdivisión, se determinan las unidades que serán utilizadas para construir los marcos de viviendas correspondientes.

La Unidad Primaria de Muestreo (UPM) está conformada de acuerdo a los siguientes criterios:

- Una AGEB con un mínimo de 480 viviendas.
- La unión de dos o más AGEB contiguas y del mismo estrato, con un mínimo de 480 viviendas en conjunto.
- La formación de la Unidad Secundaria de Muestreo (USM) o área de listado, se realiza agrupando las viviendas bajo las siguientes condiciones:
  - Puede formarse por una manzana que tenga un mínimo de 40 viviendas habitadas.
  - Puede estar formada por dos o más manzanas contiguas con al menos 40 viviendas habitadas.

La Unidad Terciaria de Muestreo (UTM) está constituida por las viviendas particulares, habitadas permanentemente o aptas para habitarse y los alojamientos fijos que se encuentren en el momento de la elaboración del listado. De esta manera el tipo de muestreo utilizado es probabilístico, trietápico, estratificado y por conglomerados.

De igual manera, se clasificaron las UPM de acuerdo a sus características socioeconómicas. Dicha clasificación se realizó a partir de las características socioeconómicas de las viviendas ubicadas dentro de las AGEB.

La selección de la muestra de la ENEU se realiza de tal forma que la unidad última de muestreo tiene una probabilidad condicionada a que haya sido seleccionada el área de listado a la que pertenece, esto se debe a que la muestra de la ENEU es en realidad una submuestra del marco muestral maestro del INEGI. Esta selección se efectúa en tres etapas consecutivas.

En la primera etapa se seleccionan UPM con probabilidad proporcional al número de viviendas, según el conteo de 1995. En cada UPM se seleccionan k USM de las seis áreas escogidas para el marco muestral maestro, utilizando muestreo sistemático con arranque aleatorio. De cada USM se selecciona con igual probabilidad un número promedio de viviendas que constituyen las UTM.

### Rendimiento de la muestra

Con el panel de ENEU del tercer trimestre del año 2000 el número de viviendas en muestra fue de 1.742, cifra que encaja dentro de las características de muestreo en la totalidad del proyecto SABE. De esta muestra se obtuvo información en 1.565 viviendas, lo cual muestra que el porcentaje de no respuesta a nivel de la vivienda fue de 10,16%.

La muestra original proporcionada por el INEGI incluyó a 2.323 personas elegibles. Sin embargo, debido principalmente a cambios de domicilio y fallecimientos, la muestra real encontrada al visitar las viviendas fue de 2.099 personas, de las cuales se logró entrevistar a 1.876

personas. El porcentaje de no respuesta en entrevistas individuales fue de 10,6%.

El análisis de la distribución por edad permite afirmar que los resultados son consistentes con la muestra original y que la no respuesta afectó principalmente al grupo de mujeres de 50 a 54 años de edad, donde el porcentaje de mujeres entrevistadas es menor al que señalaba la muestra. Se piensa que las mujeres en estas edades tienen actividades fuera del hogar que dificultaron la entrevista.

### **Procedimiento de campo**

El levantamiento de datos de la encuesta SABE se llevó a cabo en las 16 delegaciones del Distrito Federal y en 20 municipios del estado de México conurbados al mismo, para conformar el Área Metropolitana de la Ciudad de México.

El trabajo de campo tuvo una duración total de ocho meses: del 24 de noviembre de 1999 al 31 de julio de 2000. El levantamiento de datos se realizó en dos fases, en la primera de ellas se aplicaban las primeras diez

secciones del cuestionario. Para esta fase se contó con un equipo de ocho supervisoras y 24 entrevistadores, estos últimos estudiantes de gericultura del Centro de Estudios Técnicos Industriales y de Servicios de la Secretaría de Educación Pública. Este grupo dejó de colaborar en el mes de marzo. Fue entonces cuando se integró un grupo de 13 personas de mayor experiencia en el levantamiento de encuestas para terminar este proyecto.

En la segunda fase se realizaban las mediciones antropométricas, las pruebas psicomotrices y otras pruebas físicas necesarias para completar las últimas dos secciones. En estas tareas se contó con la participación del personal de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud, previamente capacitados por personal de la Unidad de Geriatria del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". En esta fase participaron cuatro equipos formados cada uno por un médico, dos enfermeras y un conductor de automóvil. Este grupo inició sus labores a principios de diciembre de 1999 y terminaron a finales de julio de 2000.



## CAPÍTULO 2

# *Cambio demográfico y envejecimiento*

---

### **Aspectos geográficos**

México está en el extremo norte de América Latina. Geográficamente colinda con el sur de los Estados Unidos de América (EUA), país con el que comparte una frontera de 3.200 kilómetros, lo que pone frente a frente al desarrollo con lo que todavía está por desarrollarse. Visto de Norte a Sur, es donde políticamente termina Norteamérica y empieza América Latina. Hacia el sureste, la frontera de México es con Belice y Guatemala, países de Centroamérica, región con la cual guarda una gran afinidad lingüística, cultural y socioeconómica. También por el lado Este, sus costas están en contacto con el Golfo de México y el Mar Caribe como parte del Océano Atlántico, mientras que por el Sur y el Oeste lo hacen con el Océano Pacífico. En total, los litorales mexicanos se extienden por más de 10.000 kilómetros. Con una superficie de 1.953 millones de kilómetros cuadrados, ocupa el décimo cuarto lugar en el mundo en cuanto a superficie geográfica, y el tercero en América Latina. Debido a su extensión y a su diversidad topográfica, los climas y las zonas varían entre áreas tropicales y húmedas en el Sur y en el Este; las templadas planicies centrales, y el frío en las sierras y los desiertos del norte.

### **Aspectos demográficos en el siglo XX**

El siglo XX fue escenario de transformaciones demográficas profundas en el país, que respondieron a acontecimientos históricos, sociales y económicos como se resume en el cuadro 2.1.<sup>1</sup> En 1900 México tenía 13,6

millones de habitantes y para el año 2000 su población se estimaba en 99,8 millones (INEGI, 2000). En estos 100 años el número de habitantes del país se multiplicó por 7,3, y ahora es la nación número 11 del mundo en cuanto a su tamaño demográfico, y la segunda en América Latina.

La tasa de natalidad en los primeros 10 años del siglo XX era de 46,2 por cada mil habitantes; sin embargo, el crecimiento demográfico fue lento (1,1% anual), debido a una tasa de mortalidad de 33,1 y a saldos netos migratorios negativos —aunque poco significativos para el total de la población—. El ámbito urbano del país comprendía solo 11% de los habitantes. Con una población tan escasa para el vasto territorio, y además concentrada en las entidades federativas del centro del país, se buscaba el crecimiento demográfico para ocupar, explotar y, en caso necesario, defender el terreno vacante (particularmente en las grandes regiones colindantes con los EUA, ya que se temía que surgieran nuevas actitudes expansionistas por parte de ese país). Por esos motivos se propiciaba la migración europea y, en menor escala, también la asiática (González-Navarro, 1974).

En 1910 se llegó a 15,6 millones de habitantes, al final de una época de gobierno cuyos programas tenían la mira principalmente en el esfuerzo económico, con lo que se descuidaron los aspectos sociales, se agrandaron las desigualdades y se concentró la riqueza. Al mismo tiempo se creaba y educaba a una clase media ansiosa de participación y democracia, que se daba cuenta de las inequidades que se vivían en el país. Precisamente esta clase media ilustrada y sensible a la injusticia dio sustento ideológico, social y político a la Revolución Mexicana (Blanquel, 1973). Este movimiento armado, que duró hasta 1921, tuvo un gran efecto social y político, que a su vez afectó no solo a los sistemas económicos y sociales sino también al volumen, composición y distribución de la población de México.

---

<sup>1</sup> Tomado de Ham Chande R. El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica. México: El Colegio de la Frontera Norte y MA Porrúa; 2003.

**Cuadro 2.1. Algunos indicadores de la evolución de la población de México en el siglo XX**

<i>Acontecimientos</i>	<i>Año</i>	<i>Pob *</i>	<i>TNat</i>	<i>TMor</i>	<i>TCrec</i>	<i>% Urb</i>	<i>% Rur</i>
Inicio del siglo XX	1900	13,6	46,2	33,1	10,9	11	89
Principio de la Revolución	1910	15,6	41,9	47,4	-5,1	12	88
Fin de la Revolución	1921	14,9	44,8	27,6	11,0	15	85
Inicio de la estabilidad política	1930	16,9	44,0	24,4	17,2	18	82
Caída notable de la mortalidad	1940	20,3	44,6	20,3	25,8	20	80
La cúspide de la fecundidad	1960	35,6	44,3	10,1	34,3	37	63
Descenso de la fecundidad	1970	49,7	42,0	7,9	31,6	45	55
Fin del siglo XX	2000	99,8	22,8	4,4	15,0	66	34

\* Cifras en millones

Fuentes: Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México. México, DF: CONAPO; 1995; Unikel L *et al.* El desarrollo urbano de México. México, DF: El Colegio de México; 1976; Zavala M. Cambios de fecundidad en México y políticas de población. México, DF: Fondo de Cultura Económica; 1992.

Para 1921, la población se calculaba en 14,9 millones, 0,5% menos que la registrada en el censo del decenio anterior. Este descenso no solo se debió a las bajas causadas directamente por la lucha armada, sino que esta contribuyó a otros factores inhibidores del crecimiento de la población tales como la sobremortalidad por falta de servicios médicos y sanitarios, junto con carencias alimenticias; el descenso en la fecundidad ante una menor motivación para tener hijos y la separación forzada de las parejas; la gran migración de refugiados hacia los EUA, y una notable epidemia de influenza española (Ordorica y Lezama, 1993). La tasa de natalidad descendió a 41,9 por mil y la de mortalidad tuvo los niveles más altos, hasta 47,4 por mil.

Ya con 16,9 millones de habitantes en 1930, se inició la estabilización política que permitió la consolidación de las instituciones de gobierno que se encargarían de la planeación económica y social. Se explica así que en las estadísticas de las décadas de los años veinte y treinta se note el principio de la transición demográfica al comenzar a bajar notoriamente los niveles de mortalidad, con tasas de 27,6 por mil, en la década de los años veinte, y de 24,4 por mil para el siguiente decenio, mientras las tasas de natalidad permanecieron altas y por encima de 44,0 por mil. Con esos parámetros se inició la aceleración en el crecimiento de la población, cuando las tasas de crecimiento de 1,1% en la década de 1920 pasaron a 1,7% en la de 1930. La población urbana era entonces de 15%.

A partir de los años treinta y hasta fines del siglo XX, el gobierno se había configurado alrededor de un solo partido político que se declaró el heredero ideológico de la Revolución Mexicana. Se siguió el modelo de desarrollo económico de la industrialización apoyada en el mercado interno, bajo la idea de promover el desarrollo mediante la sustitución de importaciones. Después de la consolidación de las instituciones, y a partir del fin de la Segunda Guerra Mundial, el modelo incluyó al "estado benefactor", tanto social como económi-

camente. Sin embargo, los beneficios se enfocaron en la población urbana con miras a sostener el desarrollo industrial y a conceder privilegios para ganar el apoyo político y electoral de la burocracia y los sindicatos. El progreso macroeconómico efectivamente se produjo en las siguientes tres décadas, al grado en que este fenómeno llegó a calificarse como "el milagro mexicano". Sin embargo, por la forma en que se promovió el crecimiento económico, también se incurrió en el descuido del medio rural, dando lugar a que los campesinos nunca se beneficiaran y sí se sacrificaran ante la imposición de bajos precios por sus productos como subsidio involuntario para el desarrollo industrial (Pedrero, 1998).

Los avances educativos, económicos y de salud pública lograron disminuir las tasas de mortalidad de manera notable en los años cuarenta, las cuales continuaron en descenso hasta llegar a 10,1 por mil en la década de los sesenta. Al mismo tiempo, se siguió promoviendo el crecimiento demográfico, tanto de manera oficial como social, pero esta vez internamente y a través del crecimiento natural, mediante la disminución de la mortalidad y el mantenimiento de la alta fecundidad. La inmigración se controló fuertemente y se permitió principalmente la entrada de personas de ascendencia blanca y europea (González-Navarro, 1974). Las tasas de natalidad no solo eran altas sino que estaban aumentando, por lo que hubo una expansión demográfica y en 1960 la población del país llegó a 35,6 millones. En la década de los años sesenta el promedio anual de la tasa de crecimiento alcanzó su máximo histórico de 3,4%, logrado con la también histórica máxima tasa global de fecundidad de 7,3 hijos por mujer (Partida, 1998). El crecimiento demográfico y el modelo económico favorecieron el empleo en las ramas industrial, comercial y de servicios, lo que, junto con la depresión rural, dio lugar a una considerable migración desde el campo hacia los centros urbanos, especialmente a las grandes ciudades. De esta manera, en 1960, 37% de la población era urbana y 63% era rural (Cabrera, 1993).

Al igual que en la mayoría de los países en desarrollo, las altas tasas de crecimiento de la población dieron lugar a que la presión demográfica ya advertida realmente se hiciera presente, de tal suerte que a mitad de la década de los sesenta surgieron las ideas y discusiones acerca de reducir la fecundidad para disminuir el crecimiento poblacional. Un resultado crucial fue la promoción de la nueva Ley General de Población, la cual entró en vigor en 1973 y dio lugar a los programas de planificación familiar y paternidad responsable. Al año siguiente se creó el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el cual a partir de entonces ha guiado las políticas demográficas del país. Estos fueron los instrumentos de la administración pública que permitieron la adopción, distribución y subvención de la moderna tecnología anticonceptiva (Zavala, 1993) y la puesta en marcha del Plan Nacional de Planificación Familiar.

En 1970, en México había 49,7 millones los habitantes y la tasa de natalidad había iniciado el descenso, para un promedio anual de 42,0 por mil en el entre 1970 y 1980. En la misma década, la tasa de mortalidad fue de 7,9 por mil en promedio y comenzó la baja de la tasa de crecimiento de la población. Por todas estas iniciativas y logros, la Ciudad de México se designó sede de la Conferencia Mundial de Población de 1984, suceso que fue muy importante para reafirmar las políticas de población iniciadas.

Siguiendo las tendencias mundiales (Meslé y Vallin, 1996), las tasas de natalidad, mortalidad y crecimiento demográfico de México mostraron una tendencia general a la baja durante las últimas tres décadas del siglo XX, y se espera que la disminución continúe en las próximas generaciones. Al final del siglo el número de habitantes fue aproximadamente de 100 millones, la tasa anual de natalidad fue 22,8 por mil habitantes, la de mortalidad cerca de 4,4 por mil y el ritmo de incremento demográfico se aproximaba a 1,5%. Un hecho a resaltar es que la tasa global de fecundidad en 1970 era de 6,2, mientras que en 2000 fue de 2,5; no obstante, por efectos de las estructuras de población, en ese lapso se ha duplicado el número de mujeres en edad fecunda, lo que da lugar al mismo crecimiento de la población en números absolutos, aunque en términos porcentuales la natalidad sea menor (CONAPO, 1997).

### Rumbo al envejecimiento

En México la transición demográfica se inició cuando ya habían transcurrido las primeras tres décadas del siglo XX y todavía faltan cambios importantes antes de que el esquema teórico se complete. Uno de los efectos principales es el envejecimiento de la población, en la forma de incrementos absolutos y porcentuales de los adultos mayores, de manera que se puede anticipar que

este proceso será la consecuencia demográfica de mayor relevancia en el siglo XXI. Esta afirmación se percibe cuando se analizan las distribuciones porcentuales por grupos de edad de la población de México observadas durante todo el siglo XX, conjuntamente con las proyecciones para la mitad del XXI. Las cifras se muestran en el cuadro 2.2,<sup>2</sup> donde se dan los totales de población y los porcentajes en los tres grandes grupos de edad que usualmente representan la participación de los niños y jóvenes (0-14), los adultos (15-64) y los adultos mayores (65+).

Con excepción de la dinámica peculiar de la población durante el período revolucionario y su reflejo en el censo de 1921, el porcentaje de la población (65+) ha ido creciendo de 2,2% en 1900, a 3,7% en 1990. Es decir, que esta parte de la población ha crecido lenta y paulatinamente en los primeros 90 años del siglo XX, en diferencias porcentuales promedio de menos de 0,2% entre una década y la siguiente. Pero esta participación porcentual se aceleró durante la última década del siglo al pasar a 4,6% para el año 2000, con una diferencia de 0,9% respecto a 1990, más de cuatro veces el promedio de las anteriores diferencias. En adelante, los incrementos continuarán en aceleración, llegando los porcentajes de población (65+) a 11,7% en 2030 y 24,6% en 2050. Lo siguiente es ponderar las repercusiones — sociales, económicas y para el desarrollo — de esta aceleración para el envejecimiento, sobre todo si se toma en cuenta que en México apenas comienzan las actividades de investigación, planeación, prevención, prestación de servicios y organización política y administrativa para la población envejecida.

### Aspectos sociales, económicos y políticos

Las caídas de las tasas de fecundidad y de mortalidad muestran la importancia de los avances sociales y económicos obtenidos; no obstante, no se han resuelto muchos de los problemas ancestrales propios del subdesarrollo. De hecho, la persistencia de algunos y el empeoramiento de otros, como el incremento de la pobreza, ponen en entredicho la capacidad de lograr bienestar para todos en el siglo XXI.

Bajo la óptica de los indicadores macro, México es un país en una etapa intermedia de desarrollo, pero hay que considerar su gran heterogeneidad interna. En los extremos coexisten sociedades con características de desarrollo muy avanzado junto a grupos marginales sumidos en el más impactante subdesarrollo, y en medio

<sup>1</sup> Tomado de Ham Chande R. El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica. México: El Colegio de la Frontera Norte y MA Porrúa; 2003.

**Cuadro 2.2. Población (millones) y distribución porcentual en grandes grupos de edad. México, 1900 - 2050**

Año	Población	%(0-14)	%(15-64)	%(≥ 65)
1900	13,6	41,5	56,3	2,2
1910	15,2	42,0	55,6	2,4
1921	14,8	38,4	58,0	3,6
1930	16,9	41,1	56,3	2,6
1940	20,3	41,9	55,3	2,8
1950	26,2	42,5	54,4	3,1
1960	35,6	45,9	50,8	3,3
1970	49,7	47,7	49,0	3,4
1980	66,6	45,0	51,5	3,5
1990	83,5	39,3	57,0	3,7
2000	99,8	33,1	62,2	4,6
2010	111,7	27,2	66,8	6,0
2020	121,8	22,2	69,7	8,1
2030	130,3	19,2	69,1	11,7
2040	132,8	16,3	64,8	18,9
2050	132,4	14,7	60,7	24,6

Fuentes: Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática. Estadísticas históricas. México, DF: INEGI; 1995; Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población de México 1995-2050. México, DF: CONAPO; 1999.

se observa toda una gama de niveles. En concordancia, el avance industrial del país también se encuentra en el nivel intermedio en promedio, en el cual han sido importantes las plantas maquiladoras promovidas por la inversión extranjera. Las principales fuentes de recursos externos son las manufacturas, el turismo, las ventas petroleras y también tienen importancia las remesas de dinero que la población de origen mexicano envía desde los EUA. Este último concepto indica que existen debilidades sociales y económicas internas.

Dentro de los intentos más recientes por alcanzar el desarrollo, se ha adoptado la tendencia hacia la globalización y se han aceptado las relaciones externas en el cambio de modelos económicos y sociales. Ciertamente ha habido una gran transformación, mediada por los cambios mundiales, entre el México nacionalista de la expropiación petrolera de 1936, que clamaba independencia y afianzaba la autodeterminación, al México que se integró a los EUA y el Canadá en el bloque económico del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (1994) y en afanosa busca de nuevos nexos con el resto del mundo.

El nombre oficial de México es el de Estados Unidos Mexicanos, lo que señala que constituye una federación, conformada por 31 estados política y administrativamente autónomos, además de un Distrito Federal que es parte de la zona metropolitana de la Ciudad de México. Sin embargo, la nación ha estado prácticamente lejos de ser una federación, desde su creación en 1824, su trán-

sito a través de la Revolución Mexicana, durante la estabilidad posterior y en las crisis de fin de siglo. El poder se centralizaba en el ejecutivo federal y la democracia era simple retórica de la organización política y electoral bajo el dominio del gobierno y como parte de las esferas de la administración pública. No fue sino hasta el final de la última década del siglo XX que se vivió un proceso político predemocrático con posibilidades de cambiar los vicios políticos, administrativos y electorales, con la esperanza de que estas transformaciones lleven a la nación a una democracia auténtica y una federación real durante el siglo XXI. Como es de esperar, el camino hacia la democracia está lleno de intereses creados, ideologías y opiniones que se contraponen, generando gran incertidumbre en el futuro de los cambios políticos.

### **Organización y financiamiento del sistema de salud**

Durante la segunda mitad del siglo XX, el sistema de salud en México logró avances significativos. La esperanza de vida al nacer aumentó 30 años entre 1940 y 1990. Además, el país ganó más de cuatro años en promedio de 1980 a 2000, cuando llegó a 76 años para las mujeres y 68 para los hombres (CONAPO, 1998). La mortalidad infantil disminuyó más de 40% en la última década del siglo XX y en ese mismo período la mortalidad por diarrea y neumonía descendió más de 65%. Desde 1990 no se registra ningún caso de polio y desde

1993, ninguno de difteria. La mortalidad materna disminuyó 44% de 1980 a 1992.

La cobertura de vacunación pasó de 46% a 92% en los menores de 5 años y en los últimos 10 años el número de unidades de atención médica del sistema nacional de salud se incrementó en 75%. A fines del siglo XX los servicios médicos de la seguridad social cubrían a más de la mitad de la población. El desarrollo institucional prosigue ahora con un marco jurídico integral y una mejor coordinación entre las diferentes instancias del sistema. La descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada es una realidad virtual. Además, la calidad de la información estadística generada ha mejorado: se han llevado a cabo, en los últimos 10 años, 15 encuestas nacionales incluyendo dos específicamente orientadas a la situación de la salud en la vejez en relación con condiciones sociales y económicas. Más aún, la calidad y productividad de la información científica ha mejorado gracias al fortalecimiento de los institutos nacionales de salud, el reconocimiento al trabajo del investigador y la modernización del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). Hay además una mejor coordinación con las instituciones educativas para el desarrollo equilibrado de los recursos humanos. El caso de la gerontología es particularmente actual y hay todo un movimiento de promoción de la formación de personal en el área.

A pesar de los logros enunciados, el sistema de salud se enfrenta hoy a fuertes dificultades. En primer lugar, el perfil de las enfermedades se ha vuelto más complejo ante el cambio dramático que se ha producido desde 1940 en dos elementos básicos de la salud: la composición de la población y su perfil epidemiológico. Puede constatarse el aumento de las enfermedades no transmisibles y de las lesiones, cuya prevención y tratamiento requieren de ingentes recursos. Nuestro problema estriba en que, a pesar de su descenso, las enfermedades transmisibles, de la nutrición y de la reproducción siguen representando una carga desproporcionada para un país que busca la modernidad. Se tiene ahora el doble reto de terminar con el rezago que aún prevalece y enfrentar los problemas emergentes inherentes al desarrollo, incluyendo la aceleración del envejecimiento demográfico.

Aunados a la complejidad epidemiológica, enfrentamos una serie de cambios que apuntan a un gran aumento de la demanda de servicios de salud en las próximas décadas (Frenk, 1994). Esto se debe al envejecimiento de la población, además de una rápida y desordenada urbanización, lo cual genera riesgos para la salud y, al mismo tiempo, acerca la distancia entre la población y los proveedores de servicios de salud. Ya para 1995, una de cada cinco consultas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue otorgada a adultos mayores (IMSS, 1995), los cuales correspondieron a 20% de los egresos hospitalarios (Secretaría de Salud, 1996). Por otra parte, el notable incremento de la escolaridad

influye en el mejoramiento de las prácticas saludables, pero también aumenta la demanda de servicios y de ampliación de los espacios de participación social; como consecuencia, hay un reclamo de la atención a la salud como un derecho social, así como una profunda transformación estructural del sector económico como base para mejorar el ingreso, con lo que aumentará también la demanda. Sin embargo, el sector salud enfrenta aún varios obstáculos para su buen desempeño: persiste la inequidad, hay insuficiencia de recursos, existe ineficiencia y la calidad es inadecuada, lo cual se manifiesta en la insatisfacción del usuario (Fundación Mexicana para la Salud, 1995); además de que estamos expuestos a los peligros de la inflación y la inseguridad en el ámbito económico.

### **Organización y financiamiento de la atención a largo plazo**

En México, y más específicamente en la Ciudad de México, la tasa de institucionalización de los mayores de 65 años es inferior a 0,5% (Gutiérrez Robledo *et al.*, 1996). Las características de los servicios otorgados en instituciones de cuidados prolongados se han evaluado en dos ocasiones (1995 y 2000), con resultados inquietantes y sin mejora aparente en ese lapso de cinco años. La calidad de la atención que se brinda en estas instituciones es con frecuencia inapropiada, en particular en aquellas con fines lucrativos, lo cual se propicia por la normatividad vigente insuficiente y la carencia de normas específicas. Además, es claro que los servicios ofrecidos son inadecuados con respecto a las necesidades de los beneficiarios, debido a insuficiencias metodológicas en los criterios de ingreso y en la evaluación de necesidades al comienzo y a lo largo de la estancia (Gutiérrez Robledo, 1989).

En las instituciones de cuidados prolongados residen mayormente ancianos, ya sea porque presentan alguna discapacidad o porque necesitan asistencia social. En este ámbito, 52% de las personas requieren ayuda parcial o total para las actividades básicas de la vida cotidiana. En comparación con los hombres, es más común que las mujeres sean totalmente dependientes y más raro que sean independientes. Llama la atención que, si bien hay una tendencia a un mayor deterioro funcional a mayor edad, la proporción de los mayores de 80 años que son totalmente dependientes no es tan alta como la del grupo de menor edad, como sucede en el ámbito comunitario.

Con respecto al origen del deterioro funcional, es frecuente la presencia de padecimientos demenciales, con una prevalencia de 16,8%; de estos, más de dos terceras partes son del sexo femenino y 58% tienen más de 80 años. La presencia del Síndrome de Deterioro Intelectual suele ser devastadora desde el punto de vista

funcional y determina una total dependencia hasta para las actividades de supervivencia más elementales.

Es común que los ancianos que viven en una institución se encuentren inmovilizados en cama. Esto ocurre en 21,7% de los casos. Nuevamente, entre los afectados predominan los de sexo femenino (82%) y los de mayor edad (65%). En general, se trata de una población con una elevada prevalencia de deterioro funcional, que viven en instituciones con insuficientes recursos para cubrir sus necesidades y con grandes carencias en cuanto a capacitación y disponibilidad de personal especializado.

Las instituciones son financiadas esencialmente por organizaciones no gubernamentales de beneficencia y en 20%, por la asistencia social; sin embargo, en los últimos 10 años se ha observado el crecimiento anárquico de un sector privado con fines lucrativos, en ausencia de una normatividad que rija su funcionamiento.

### Estructura del sistema de pensiones

Prácticamente el único tema del envejecimiento que ha figurado de modo relevante en la discusión económica y política de México es el de la seguridad social. Aunque los problemas de la seguridad social presentan una gran gama de orígenes y manifestaciones, su presencia en los foros públicos se ha debido principalmente a problemas financieros surgidos en las pensiones de retiro. Estas crisis de la seguridad social han sido anunciadas décadas antes por las proyecciones y valuaciones actuariales y ocurren en todas las naciones del mundo, desarrolladas y no desarrolladas (Banco Mundial, 1994).

La diferencia entre la disponibilidad monetaria y los montos de las pensiones se subsidia con recursos públicos, pero la carga financiera de las pensiones en las primeras décadas del siglo XXI tendrá un crecimiento tan pronunciado que multiplicará estas obligaciones de modo insostenible (Farell, 1998). Esta problemática movió al IMSS a adoptar una reforma al final de 1997. El IMSS protege principalmente al sector laboral formal al servicio de empresas privadas, y el tema central de la reforma es que en las pensiones ha pasado de un sistema financiero y actuarial de primas medias escalonadas (que en la práctica se acercaba a uno de reparto con beneficios definidos), a uno de capitalización plena mediante cuentas individuales y de contribuciones definidas, manejadas en administradoras privadas de fondos para el retiro (conocidas como AFORES).

Al proponer estos cambios en la exposición de motivos para darles marco legal y obtener aprobación legislativa, las razones que se aludieron eran resolver los pro-

blemas actuariales y financieros, procurar pensiones dignas y justas, y crear el necesitado ahorro interno que requiere la economía (IMSS, 1997). Con el agregado de este último objetivo se asigna también un papel económico muy específico a la seguridad social, aparte de las naturales encomiendas de protección social.

Empero, es evidente que el ahorro en AFORES no cumplirá la meta de sustitución del ingreso en el retiro (Salas, 1998), pues los montos que se acumulan solo permiten rentas muy por debajo del último salario devengado. Aunque las condiciones de operación fueran ideales —como tasas de interés sostenidas y por encima de la inflación y que el trabajo se pudiera ejercer sin interrupciones—, los niveles de reemplazo serán notoriamente insuficientes. Asimismo, se cuestionan sus posibilidades como mecanismo de ahorro interno e inversión productiva, pues no existen los mercados financieros ni las condiciones de inversión para lograr esos objetivos (Sandoval, 1998). Parte del juego económico, también en contra, se refiere a la transformación en carga pública tanto de los costos de las pensiones del antiguo régimen que están en curso de pago, como de las garantías de una pensión mínima de la nueva ley, que ahora se pagan mediante las finanzas públicas. A pesar de los magros beneficios concedidos, los crecientes pasivos actuariales muestran cifras astronómicas que, convertidos en deuda pública, o bajo cualquier otro esquema, son insostenibles.

En el conjunto de todas las instituciones que la componen, la seguridad social solo protege a la tercera parte de la Población Económicamente Activa (PEA), aquella principalmente asalariada en el sector formal urbano. Este ha sido un olvido más de la población marginada: la que trabaja en el campo, en el sector informal y la subempleada y desempleada. En estas condiciones, apenas 24% de las personas de 60 o más años tienen una pensión y la gran mayoría de estas son las mínimas legales, con montos que están lejos siquiera de ser de subsistencia.

Al mismo tiempo, surge la discusión sobre el destino social, legal, económico y financiero de las demás instituciones de seguridad social en México. Estas otras organizaciones principalmente se refieren a la administración pública, tanto federal como estatal. Esto comprende al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, los organismos estatales y las empresas del sector público federal. Algunos de estos sistemas cuentan con mejores prestaciones, en ciertos casos de privilegio, lo que tiene un efecto mayor sobre el agravamiento del déficit financiero a futuro (Valencia, 1999).

## CAPÍTULO 3

# *Características demográficas y socioeconómicas de los adultos mayores en la Ciudad de México*

---

### **Zona Metropolitana de la Ciudad de México**

En busca de concordancias geográficas, demográficas y políticas, la Ciudad de México se define administrativamente como la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM). Está compuesta por las 11 delegaciones que componen al Distrito Federal y 16 municipios pertenecientes al estado de México. Esta definición de ZMCM es la que se adopta en este informe como “la Ciudad de México”, pues es así como se conceptualizan, organizan y describen las bases estadísticas utilizadas.

La ZMCM es una de las mayores concentraciones humanas del planeta.<sup>3</sup> Las cifras censales del año 2000 contaron 16,9 millones de habitantes. Su desarrollo histórico explica la mayor influencia que tiene sobre la vida social y económica de la nación. La importancia política y administrativa de la ZMCM viene de que el Distrito Federal es la sede de los poderes ejecutivo, legislativo y judicial de la República. Esta gran urbe contiene también las instituciones de salud más grandes, es asiento de las mayores instituciones educativas, se encuentra la mayor red de difusión cultural, se realizan más actividades comerciales y financieras, y también está la mayor parte de la planta industrial.

A partir de los años cuarenta, debido a los avances económicos en función del desarrollo industrial, la ZMCM creció demográficamente a raíz de una gran migración proveniente del resto del país, mucha originaria de áreas rurales. Debe decirse que en los últimos años estos flujos migratorios han disminuido y que también existen ahora desplazamientos desde la gran urbe hacia ciudades intermedias del país y los EUA. Junto al hecho de que en ciudades intermedias aparecen oportunidades de empleo y de desarrollo personal y familiar y son

zonas de atracción, la ZMCM presenta ahora elementos de rechazo como problemas serios de contaminación, criminalidad y desorden social, además de latentes peligros ante sismos de considerable severidad.

De cualquier modo, las características de la ZMCM le otorgan los mejores indicadores sociales y económicos, por lo que el avance del envejecimiento demográfico es uno de los mayores del país.

### **Estructura por edad y sexo**

El cuadro 3.1 muestra la distribución porcentual de la población de la ZMCM, dividida por sexo y en grandes grupos de edad; con base en el interés de estudiar los rasgos demográficos del envejecimiento, se siguen las convenciones de “pre-vejez” (60-64), “tercera edad” (65-74) y “cuarta edad” ( $\geq 75$ ) (Ham Chande, 1995). Además, se incluye al grupo de mujeres de 50 a 59, ya que fue considerado en el Proyecto SABE y permite realizar comparaciones entre las mujeres adultas mayores y un grupo anterior a la “pre-vejez”.

Estas cifras se toman de la muestra de 10% del Censo General de Población y Vivienda del año 2000, con el propósito de contar con la referencia y el peso relativo de la población de edades avanzadas respecto al resto de la estructura por edad y sexo. Los porcentajes referentes a la distribución de los adultos mayores de SABE se incluyen en el cuadro 3.2.

De los 16,9 millones de habitantes de la ZMCM, según el censo de 2000, casi 1,4 millones tienen 60 o más años de edad (514.000 hombres y 684.000 mujeres), divididos en los grupos de edad que se muestran en el cuadro 3.1. Esta distribución muestra que 2,3% de la población de ambos sexos está en los “umbrales de la vejez” (60-64); 3,0% en la tercera edad (65-74), y 1,8% en la cuarta edad ( $\geq 75$ ). Asimismo, 624.000 mujeres tienen de 50 a 59 años, lo cual corresponde a 7,1% del total de la población femenina.

---

<sup>3</sup> En tamaño, es la tercera megalópolis en el mundo, después de Tokio y Nueva York.

**Cuadro 3.1. Distribución de la población de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, por grupos de edad y sexo, 2000**

Edad	Absolutos (miles)			Porcientos			Índice de feminidad
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	
Total	16.907	8.135	8.772	100,0	100,0	100,0	107,8
0-14	4,903	2,491	2,411	29,0	30,6	27,5	96,8
15-49	9,638	4,585	5,053	57,0	56,4	57,6	110,2
50-59	1,169	545	624	6,9	6,7	7,1	114,5
60-64	396	181	215	2,3	2,2	2,4	118,5
65-74	505	216	289	3,0	2,7	3,3	134,1
≥ 75	297	117	180	1,8	1,4	2,1	154,1

Fuente: Elaboración propia con datos de la Muestra de 10% del XII Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI.

La distribución por sexo de los adultos mayores marca diferencias en la participación de hombres y mujeres, que se manifiestan en los índices de feminidad (IF). Debido a la mayor supervivencia femenina en edades de 60 y más, hay 133 mujeres por cada 100 hombres. De acuerdo con los patrones universales de “feminización” de la vejez, conforme avanza la edad se incrementa la proporción de mujeres respecto a la de los hombres. El IF, de 119 en el grupo de 60-64, pasa a 134 en el de 65-74, y aumenta sustancialmente a 154 en el tramo de ≥ 75. Según SABE, la edad mediana de la población mayor de 60 años en el caso de las mujeres es de 68 años, mientras que en el caso de los hombres es de 67.

## Estado marital

### Estado marital actual

Entre las relaciones familiares que son cruciales para el bienestar de la población envejecida destaca el estado civil, específicamente la convivencia en pareja. Contar con el cónyuge representa beneficios primordiales como la satisfacción sentimental y psicológica de la compañía, la posibilidad de atención y cuidados mutuos y la oportunidad de apoyo material y moral. En el otro lado de la balanza, se ha comprobado que la soledad es un gran factor de

depresión en la vejez, cuestión que afecta particularmente a los hombres que se quedan solos. Asimismo, la dependencia de otros miembros de la familia para los cuidados y el sustento no es tan constante ni tan confiable como la de la propia pareja. De esta manera, una marca social del envejecimiento individual es la falta de apoyo que viene con la viudez, especialmente para las mujeres.

La situación general del estado civil se observa en el cuadro 3.3, donde se ubica a los adultos mayores de acuerdo a las siguientes categorías: nunca unidos; en unión (categoría que agrupa a los que cuentan con una pareja, independientemente de cuál sea el tipo o estado legal de la unión); separado o divorciado (rubro que ubica a quienes sí se unieron en algún momento de su vida, pero que actualmente no están unidos por causas distintas a la viudez); finalmente, viudo o viuda, que designa a quienes han perdido su pareja por muerte, característica que merece ser tratada aparte por la importancia de las condicionantes sociales, económicas y psicológicas que acarrea en las edades avanzadas.

El cuadro muestra una mayor proporción de adultos mayores en unión, 55,3%, así como un importante porcentaje de personas viudas, 30,9%. Al observar las diferencias por sexo y grupos de edad, se observa que entre las mujeres la proporción de viudas aumenta a mayor edad de manera notable, (de 23,7% en el grupo de 60-64 a 65,2% en el de ≥ 75) y que es menor el porcentaje de mujeres unidas conforme se incrementa la edad. Esto es resultado de la mayor supervivencia de las mujeres a estas edades. En el caso de los varones destaca la importancia de los que están en unión (76,7%) que, si bien disminuye por edad, sigue siendo mayor que en el caso de las mujeres. Esto se debe al hecho de que los hombres de estas edades suelen unirse de nueva cuenta con mujeres de edades sustancialmente menores.

De acuerdo con estas tendencias de nupcialidad, en el cuadro 3.3 también se presenta una mayor proporción de mujeres divorciadas o separadas (12,9%) respecto a los hombres (5,4%). Al igual que con la viudez, la razón radica,

**Cuadro 3.2. Estructura por edad y sexo de los adultos mayores. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000.**

Grupos de edad	Hombres	Mujeres	Total
50 a 59	—	50,0	36,0
60 a 64	36,1	29,4	32,3
65 a 74	46,6	43,6	43,6
≥ 75	20,3	27,0	24,1
Total	100,0	100,0	100,0
Mediana	68	68	68

**Cuadro 3.3. Distribución de la población adulta mayor según estado civil, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

<i>Estado civil</i>	<i>Grupos de edad</i>				<i>Total</i>
	<i>50-59</i>	<i>60-64</i>	<i>65-74</i>	<i>≥ 75</i>	
Total					
Nunca unido	—	4,4	2,6	6,3	4,1
Unido	—	68,7	58,4	31,7	55,3
Separado/ Divorciado	—	11,0	9,7	8,1	9,7
Viudo	—	15,9	29,3	53,9	30,9
Hombres					
Nunca unido	—	3,2	1,3	0,7	1,9
Unido	—	84,6	78,6	58,6	76,7
Separado/ Divorciado	—	4,3	5,9	6,4	5,4
Viudo	—	7,9	14,1	34,4	16,0
Mujeres					
Nunca unida	7,1	5,5	3,6	9,6	5,8
Unida	64,7	54,0	42,8	16,1	38,9
Separada/ Divorciada	14,1	16,8	12,6	9,1	12,9
Viuda	14,1	23,7	41,0	65,2	42,5

además de la mayor supervivencia femenina, en la menor propensión de las mujeres de encontrar otra pareja.

#### *Historia de uniones*

En lo relativo a la historia de uniones, se observa que la proporción de mujeres que nunca estuvieron unidas es menor entre las más jóvenes, mientras que en el caso de los varones la situación es a la inversa. Parte de la explicación está en los patrones de nupcialidad vigentes en las distintas épocas en que estas personas entraron al mercado nupcial y de las uniones (cuadro 3.4).

#### **Hijos**

Otra característica fundamental para conocer las posibles fuentes de ayuda con las que cuenta una persona durante la vejez es el número de hijos vivos. Los hijos forman una parte relevante de las redes de apoyo económico, social y moral, que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores, y en ocasiones es el único recurso que estos tienen para mejorar su nivel de atención. También es frecuente que los hijos sean destinatarios de apoyo y protección económica por parte de padres envejecidos.

**Cuadro 3.4. Distribución de la población adulta mayor que ha vivido en pareja, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

<i>Estado civil</i>	<i>Grupos de edad</i>				<i>Total</i>
	<i>50-59</i>	<i>60-64</i>	<i>65-74</i>	<i>≥ 75</i>	
Total					
Nunca unido	—	4,4	2,6	6,3	4,1
Unido alguna vez	—	95,6	97,4	93,7	95,9
Hombres					
Nunca unido	—	3,2	1,3	0,7	1,9
Unido alguna vez	—	96,8	98,7	99,3	98,1
Mujeres					
Nunca unida	7,1	5,5	3,6	9,6	5,8
Unida alguna vez	92,9	94,5	96,4	90,4	94,2

Al observar el número de hijos supervivientes de la población de 60 años y más (cuadro 3.5), es notoria la baja proporción de adultos mayores que no tienen hijos o solo tienen uno, frente a la gran proporción con más de cinco hijos (55,6%) y las que cuentan con entre dos y cuatro hijos (33,9%). Estas cifras concuerdan con los patrones de fecundidad que se tenían en México durante el período reproductivo de las actuales poblaciones de adultos mayores.

Al comparar los porcentajes entre hombres y mujeres, surgen distinciones importantes. En las mujeres existe una alta proporción, 6,8%, que no tiene hijos sobrevivientes, en contraste con 2,9% de los hombres. Asimismo, es mayor el porcentaje de hombres con cinco o más hijos. Estas cifras deben estar vinculadas con las prácticas de nupcialidad y de nuevas nupcias, y reflejan la reproducción tardía entre los hombres y las nulas oportunidades de las mujeres luego de la menopausia.

## Padres

En un proceso de envejecimiento y de aumento de la esperanza de vida, como es el caso de México, también sucede que todavía esté vivo alguno o ambos de los padres del adulto mayor. Dentro de este fenómeno de mayor supervivencia, en más de la cuarta parte de las personas de 60-64 al menos uno de sus progenitores se mantiene vivo. Como es natural, este porcentaje decrece conforme avanza la edad: pasa a ser 10% de 65 a 74 y es poco más de 2% después de los 75 años de edad. A pesar de que las cifras parecen indicar que los hombres son más favorecidos en la supervivencia de sus padres, las

diferencias con las mujeres son pequeñas y posiblemente poco significativas.

Aunque la supervivencia de los padres entre los adultos mayores se ha ligado con la longevidad de los primeros, el efecto primordial es la convivencia de generaciones, en las cuales una parte sustancial de los adultos mayores aún se encarga de sus padres.

## Escolaridad

La escolaridad es un elemento de gran importancia en las oportunidades de bienestar y de desarrollo personal. Sin embargo, los adultos mayores de la muestra presentan desventajas que se incrementan con la edad, debido a que estas personas estaban en edad escolar cuando el sistema educativo era escaso, selectivo y segregaba a las mujeres y al medio rural. Según el cuadro 3.6 la proporción de personas sin instrucción formal es mayor en el caso de las mujeres que en los hombres; no obstante, esta diferencia es menor entre las personas menores de 75 años. Conforme el país se ha desarrollado, también han crecido las oportunidades educativas, lo cual se refleja en los mejores índices para las cohortes más recientes y en la disminución de brechas entre hombres y mujeres.

Con el propósito de examinar las características de escolaridad en las edades avanzadas, en el cuadro 3.7 se consideran cinco niveles de instrucción formal alcanzada: a) sin instrucción; b) con algún año terminado de escuela primaria pero sin haber completado ese ciclo de estudios; c) con primaria completa; d) con alguna educación media básica; e) con alguna educación media superior; f) con estudios universitarios, licenciatura o posgrado.

**Cuadro 3.5 . Distribución de la población adulta mayor según número de hijos vivos, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Número de hijos vivos	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Total					
No tienen	—	3,4	4,4	8,6	5,1
Uno	—	5,4	5,4	5,3	5,4
2 a 4	—	30,8	33,2	39,6	33,9
5 o más	—	60,4	57,0	46,5	55,6
Hombres					
No tienen	—	3,5	1,8	4,4	2,9
Uno	—	2,9	5,7	2,7	4,1
2 a 4	—	30,6	29,1	38,7	31,6
5 o más	—	63,0	63,4	54,2	61,4
Mujeres					
No tienen	4,0	3,3	6,4	11,0	6,8
Uno	6,8	7,7	5,2	6,9	6,4
2 a 4	47,5	31,3	36,3	40,1	35,8
5 o más	41,7	57,7	52,1	42,0	51,0

**Cuadro 3.6. Distribución de la población adulta mayor según la sobrevivencia de al menos uno de los padres, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

<i>Al menos uno de los padres vivo</i>	<i>Grupos de edad</i>				<i>Total</i>
	<i>50-59</i>	<i>60-64</i>	<i>65-74</i>	<i>≥ 75</i>	
Total					
Sí	—	26,2	10,2	2,4	13,5
No	—	73,8	89,8	97,6	86,5
Hombres					
Sí	—	29,1	10,5	3,0	15,7
No	—	70,9	89,5	97,0	84,3
Mujeres					
Sí	51,5	23,0	10,1	2,0	11,7
No	48,5	77,0	89,9	98,0	88,3

Además de que se nota que aumentan los que no tuvieron escolaridad conforme la cohorte de nacimiento es más antigua, de modo concomitante se distingue que los grados alcanzados decrecen conforme las generaciones son más antiguas, siendo muy pocos los mayores de 75 años que llegaron a cursar un grado mayor a la primaria.

Respecto a las diferencias por sexo, es de subrayarse que cerca de 40%, tanto de hombres como de mujeres, cursaron algún año de la primaria, pero no la terminaron y cerca de 20% la terminaron; donde se ubican las desigualdades más notables es en la educación superior, ya que casi un tercio de mujeres obtuvieron este nivel en relación a los hombres.

**Cuadro 3.7. Distribución de la población adulta mayor según nivel de escolaridad, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

<i>Nivel de escolaridad</i>	<i>Grupos de edad</i>				<i>Total</i>
	<i>50-59</i>	<i>60-64</i>	<i>65-74</i>	<i>≥ 75</i>	
Total					
Sin instrucción	—	14,2	20,2	23,1	19,0
Primaria incompleta	—	44,6	37,6	39,0	40,2
Primaria completa	—	19,4	17,2	21,0	18,7
Media básica	—	9,0	11,0	6,7	9,4
Media superior	—	5,1	5,4	4,9	5,1
Superior	—	7,7	8,6	5,3	7,6
Hombres					
Sin instrucción	—	12,2	17,7	15,7	15,3
Primaria incompleta	—	46,7	33,1	42,3	39,9
Primaria completa	—	16,5	20,8	22,0	19,5
Media básica	—	8,8	11,0	5,0	9,0
Media superior	—	5,2	3,9	5,8	4,7
Superior	—	10,6	13,5	9,2	11,6
Mujeres					
Sin instrucción	9,6	16,0	22,2	27,4	21,8
Primaria incompleta	36,9	42,3	41,0	37,0	40,4
Primaria completa	22,7	22,3	14,3	20,4	18,3
Media básica	11,6	9,3	11,0	7,9	9,6
Media superior	10,4	5,1	6,5	4,3	5,5
Superior	8,8	5,0	4,9	3,0	4,4

**Cuadro 3.8. Distribución de los adultos mayores según religión, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Religión	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Total					
Católica	—	90,9	91,4	92,3	91,5
Otra	—	5,5	7,0	6,4	6,3
Ninguna	—	3,6	1,6	1,3	2,2
Hombres					
Católica	—	91,0	93,8	93,0	92,6
Otra	—	3,6	4,4	4,7	4,2
Ninguna	—	5,4	1,8	2,3	3,2
Mujeres					
Católica	93,2	90,8	89,6	92,5	90,6
Otra	5,8	7,4	8,9	6,7	8,0
Ninguna	1,0	1,8	1,5	0,8	1,4

### Pertenencia a un culto religioso

La asociación con algún culto religioso de los adultos mayores de la ZMCM sigue los mismos patrones de la población mexicana en general, ya que la gran mayoría de los mexicanos profesan la religión católica. Sin embargo, han aumentado otros cultos cristianos no católicos y las personas sin religión.

En el cuadro 3.8 se percibe que 6,3% de los adultos mayores pertenece a una religión diferente a la católica y que son las mujeres quienes en mayor proporción tienen este comportamiento. Por su parte, las personas sin

religión representan 2,2% de los adultos mayores y son los hombres quienes en mayor medida no pertenecen a culto alguno.

El apego a la religión en las edades avanzadas parece estar influido por la proximidad de la muerte o por ser el único consuelo ante adversidades irremediables como los casos severos de enfermedad e incapacidad. En el cuadro 3.9 se observa que conforme avanzan los años para los adultos mayores es más importante la religión, y, asimismo, que hay una diferencia relevante entre hombres y mujeres, en el que estas últimas tienen un mayor interés por la religión.

**Cuadro 3.9. Distribución de los adultos mayores según importancia de la religión en sus vidas, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Grado de importancia	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Total					
Importante	—	82,4	84,7	88,6	84,9
Regular	—	15,8	14,0	10,2	13,7
Nada importante	—	1,8	1,3	1,2	1,4
Hombres					
Importante	—	75,6	80,4	80,8	78,8
Regular	—	22,0	17,3	17,2	19,0
Nada importante	—	2,4	2,3	2,0	2,2
Mujeres					
Importante	86,1	88,5	88,0	93,1	89,5
Regular	12,0	10,2	11,4	6,2	9,7
Nada importante	1,9	1,3	0,6	0,7	0,8

## Participación laboral

Aunque la tercera edad idealmente se concibe como la época de la jubilación y el descanso, la realidad que revela SABE es que muy pocas personas mayores tienen el beneficio de una pensión. Solo 21,5% de los hombres entre 60 y 64 años de edad, 28,5% de los de 65 a 74 años, y 40% de los mayores de 75 cuentan con ese ingreso; el porcentaje de mujeres que cuentan con una pensión es sustancialmente menor: poco más de 4% en el grupo de 60-64 y, aunque se incrementa con la edad, está por debajo de 10% después de los 75 años de edad. Estas pensiones corresponden no solo a las de retiro, sino también a las de riesgos de trabajo, incapacidad, viudez y ascendencia. En el caso de las mujeres se ha confirmado que gran parte de sus pensiones es por viudez. Pocas de las mujeres tienen una jubilación, pues aparte de participar menos en las actividades económicas, generalmente tienen carreras laborales truncas o de menor ingreso, lo que no les permite acumular los requisitos para contar con el derecho.

Esas limitaciones de la seguridad social son las que determinan que una gran parte de la población envejeci-

da continúe en el trabajo, particularmente los hombres mayores de 60 años, la mitad de los cuales continúa laborando. Las actividades generalmente son informales, como es el pequeño comercio, de escasos ingresos. Las mujeres trabajan en menor proporción, solo una quinta parte de ellas, mientras que una cuarta parte nunca ha trabajado y la otra cuarta parte se dedica al hogar (cuadro 3.10).

## Ingresos

El cuadro 3.11 muestra los ingresos por trabajo en términos de número de "salarios mínimos". La presentación e interpretación de estas cifras merece una aclaración. El salario mínimo es una cantidad que en las últimas décadas se ha mantenido artificialmente baja, como una estrategia para contener la inflación. En las circunstancias actuales, una familia promedio requiere al menos de tres salarios mínimos para no caer debajo de la línea de la pobreza. También cabe mencionar que, en los cuadros 3.9 y 3.10, las diferencias de las proporciones registradas de adultos mayores que trabajan se deben a 23% de casos perdidos, por no respuesta, en la declaración del monto de los ingresos.

**Cuadro 3.10. Distribución de los adultos mayores según su participación laboral, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Condición de actividad	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
<b>Total</b>					
Nunca ha trabajado	—	9,2	16,0	18,0	14,3
Trabaja	—	49,7	27,2	13,3	31,2
Buscó trabajo	—	0,2	0,2	0,0	0,2
Jubilado o pensionado	—	12,7	17,1	20,9	16,6
Se dedica al hogar	—	15,6	17,6	14,6	16,2
Incapacitado	—	1,0	1,8	4,8	2,2
No trabaja	—	11,6	20,1	28,4	19,3
<b>Hombres</b>					
Nunca ha trabajado	—	0,0	0,4	0,8	0,4
Trabaja	—	65,8	45,3	21,1	47,9
Buscó trabajo	—	0,0	0,5	0,0	0,2
Jubilado o pensionado	—	21,5	28,5	39,8	28,2
Se dedica al hogar	—	1,9	3,3	5,0	3,1
Incapacitado	—	0,6	1,6	5,9	2,1
No trabaja	—	10,2	20,5	27,4	18,1
<b>Mujeres</b>					
Nunca ha trabajado	17,7	18,2	28,4	28,2	25,3
Trabaja	43,1	34,3	12,9	8,7	18,0
Buscó trabajo	0,3	0,5	0,0	0,0	0,2
Jubilada o pensionada	2,7	4,2	8,1	9,7	7,4
Se dedica al hogar	23,3	28,4	28,9	20,2	26,4
Incapacitada	1,0	1,3	1,9	4,2	2,3
No trabaja	11,9	13,1	19,8	29,0	20,4

**Cuadro 3.11. Distribución porcentual de los adultos mayores según rango de ingreso mensual, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

<i>Ingreso*</i>	<i>Grupos de edad</i>				<i>Total</i>
	<i>50-59</i>	<i>60-64</i>	<i>65-74</i>	<i>≥ 75</i>	
Total					
No recibe ingresos	—	19,0	28,7	31,8	26,1
Menos de 3 SM	—	38,1	37,2	44,0	39,1
3 SM o más	—	42,9	34,1	24,2	34,8
Hombres					
No recibe ingresos	—	7,3	13,5	21,2	12,9
Menos de 3 SM	—	35,6	39,3	47,7	39,8
3 SM o más	—	57,1	47,3	31,1	47,3
Mujeres					
No recibe ingresos	34,3	31,9	43,9	40,6	39,2
Menos de 3 SM	35,1	40,8	35,1	40,9	38,4
3 SM o más	30,6	27,3	21,0	18,5	22,4

\* Salario mínimo para el D.F. al 2000. El salario mínimo mensual equivalía a US\$ 121,92.

Si se parte del hecho de que los ancianos que trabajan lo hacen porque necesitan tener una fuente de ingresos y se observa el monto de sus ingresos por trabajo, resalta que la mitad de ellos perciben el equivalente a menos de tres salarios mínimos. Si bien la distribución del ingreso por trabajo de los hombres se concentra menos en los niveles más bajos, aún son pocos los que están en un rango alto de ingresos; por ejemplo, 10,8% de adultos mayores perciben más de 10 salarios mínimos

(cuadro 3.12). Por su parte, de la pequeña proporción de las mujeres que trabajan, dos terceras partes ganan menos de tres salarios mínimos, lo que indica la menor retribución por la actividad económica que realizan, ya sea por ser una actividad con requerimientos mínimos de calificación formal o por la menor inversión de tiempo.

Al resumir todas las fuentes posibles de ingreso en el cuadro 3.12 se corrobora que las mujeres se encuentran en una mayor desventaja que los hombres, ya que

**Cuadro 3.12. Distribución porcentual de los adultos mayores según rango de ingreso mensual por trabajo, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

<i>Ingreso*</i>	<i>Grupos de edad</i>				<i>Total</i>
	<i>50-59</i>	<i>60-64</i>	<i>65-74</i>	<i>≥ 75</i>	
Total					
No trabaja	—	48,6	71,8	87,6	67,7
Trabaja y no recibe ingresos	—	2,1	1,6	1,4	1,7
Menos de 3 SM	—	23,1	13,3	6,6	15,0
3 SM o más	—	26,2	13,3	4,4	15,6
Hombres					
No trabaja	—	36,2	58,9	82,7	55,8
Trabaja y no recibe ingresos	—	1,6	2,3	1,1	1,8
Menos de 3 SM	—	23,3	17,2	9,0	17,7
3 SM o más	—	38,9	21,6	7,2	24,7
Mujeres					
No trabaja	52,0	62,5	84,9	91,6	79,6
Trabaja y no recibe ingresos	3,0	2,7	0,9	1,8	1,7
Menos de 3 SM	23,6	22,9	9,2	4,6	12,3
3 SM o más	21,4	11,9	5,0	2,0	6,4

\* Salario mínimo para el D.F. al 2000. El salario mínimo mensual equivalía a US\$ 121,92.

en general sus ingresos se concentran en los niveles más bajos. Con estos parámetros, si solamente se consideraran los ingresos propios y generados de los adultos mayores de la ZMCM, 65% del grupo de 60 o más años de edad estarían en la pobreza, 78% de las mujeres y 52% de los hombres. Por otros indicadores, como es el que enseguida se discute, es claro que una parte sustancial de los recursos para la vejez vienen de otras fuentes.

### Características de la vivienda

Debido a que la ZMCM se encuentra altamente urbanizada y dotada de los servicios públicos primordiales como luz eléctrica, agua entubada y drenaje conectado a la calle, estas características no son un discriminante útil para diferenciar la situación socioeconómica de las vi-

viendas. En cambio, la posesión de bienes de consumo duradero permite observar la forma en la que las viviendas han sido acondicionadas, de acuerdo al nivel de consumo de las familias. En el cuadro 3.13 se aprecia que 78% de los adultos mayores cuentan con buenas condiciones en la vivienda al tener, además de los servicios públicos, al menos cuatro bienes de consumo duradero.

Asimismo, llama la atención que los hombres registran mejores condiciones de la vivienda que las mujeres, y que además presentan una tendencia inversa cuando se identifican las divergencias por grupo de edad; es decir, mientras la proporción de mujeres con buenas condiciones de vivienda aumenta conforme a la edad, lo cual puede deberse a la acumulación de bienes, el porcentaje de hombres en este rubro disminuye, lo que podría estar asociado al menor poder adquisitivo y al retiro del trabajo por condicionantes propias de la edad.

**Cuadro 3.13. Distribución de la población adulta mayor según buenas condiciones de la vivienda,\* por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Sexo	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Total	—	79,4	77,7	76,7	78,0
Hombres	—	83,6	80,1	73,8	80,1
Mujeres	79,3	75,3	75,7	78,5	7,3

\* En la vivienda se tienen al menos cuatro bienes de consumo duradero de los siguientes: radio, televisión, refrigerador, lavadora, teléfono o calentador de agua.



## CAPÍTULO 4

### *Composición del hogar, relaciones familiares y características de las transferencias intergeneracionales*

---

En los últimos años el estudio de las interacciones familiares, principalmente aquellas centradas en el adulto mayor, ha cobrado un gran interés por la influencia de diferentes factores. Algunos, de orden demográfico, se refieren al aumento de la esperanza de vida, lo que lleva a que cada vez un mayor número de personas alcancen edades avanzadas; otros afectan la composición del hogar, como el incremento en la disolución de uniones, y el porcentaje de jóvenes y adultos que demandan empleo y vivienda también repercuten en los arreglos domiciliarios. De manera muy importante, este interés en las interacciones surge de elementos económicos que afectan la esfera familiar, básicamente las crisis en el empleo y las que afectan a los sistemas de seguridad social (Valencia, 2001). Entre 40% y 60% de los mayores de 60 años no reciben ingresos provisionales ni laborales y deben vivir en grupos familiares extendidos (ONU, 2000).

La convivencia familiar (en general las relaciones familiares) puede ser una fuente importante de apoyo y de afecto; sin embargo, es también una fuente potencial de conflicto, particularmente entre las diferentes generaciones. Aunque la idea de la autonomía como un ideal no está difundida entre los distintos grupos sociales, sí se podría plantear, a modo de hipótesis, que la coresidencia de los adultos mayores con hijos casados puede ser una situación no deseable. En este sentido, los hogares que se conforman así lo harían con base en un sentimiento de solidaridad ante una necesidad.

La coresidencia podría ser vista como una forma de apoyo cuando la persona mayor no dispone de recursos propios, o cuando requiere de cuidados y atención especial debido a una enfermedad, o bien como ayuda hacia la generación joven cuando no encuentran trabajo o no pueden cubrir los costos de la vivienda. Así, la propensión de los padres a vivir con los hijos depende tanto de las necesidades de coresidencia por parte de los adultos mayores como del ciclo de vida en el que se encuentran los hijos (Saad, 1998).

En este sentido, la coresidencia se convierte en una transferencia intergeneracional y su dirección puede ser en ambos sentidos. Tanto las transferencias como la coresidencia forman parte de los apoyos sociales y estos son otorgados por un grupo de personas afines, tanto familiares como no familiares, que conforman una red social de apoyo.

#### **Composición del hogar**

La composición de los hogares de los adultos mayores puede clasificarse de distintas maneras, dependiendo de los miembros del hogar y su parentesco con el anciano, según la prioridad que se le dé al parentesco. Así, se formularon cinco tipos de arreglos familiares donde se destaca la importancia y la diferencia de vivir con hijos solteros y con hijos casados, además de vivir solos o solos con su pareja.

La encuesta SABE-Mex indica que aproximadamente 85% de las personas en edades avanzadas viven en un hogar cuyos miembros y composición han sido los mismos en los últimos cinco años. Lo anterior implica que entre las personas mayores, y particularmente entre los varones, los cambios en las condiciones de residencia no son frecuentes. Aunque estos cambios pueden ocurrir a lo largo de toda la vida de las personas, son más importantes en las edades donde se consolida la independencia de los hijos y contribuyen a que las personas en edades avanzadas se tornen vulnerables ante la falta de atención y ayuda inmediata, debido a las necesidades que acompañan al envejecimiento.

En el cuadro 4.1 se analiza la composición actual de los hogares donde viven los adultos mayores. La mayor parte de ellos se concentra en la categoría "Hijos no casados" (43,6%), tanto para los hombres (45,9%) como para las mujeres (41,7%); después está la categoría "Hijos casados", seguida de "Solo con su pareja" para los

**Cuadro 4.1. Distribución de la población adulta mayor de acuerdo a la composición actual del hogar, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Arreglo familiar	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Total					
Solo	—	7,0	9,4	13,9	9,7
Solo con su pareja	—	11,6	15,5	12,5	13,5
Hijos no casados	—	53,8	42,4	31,9	43,5
Hijos casados	—	20,1	22,6	26,5	22,7
Otros	—	7,6	10,1	15,2	10,6
Hombres					
Solo	—	5,9	6,0	12,7	7,3
Solo con su pareja	—	11,8	19,3	21,9	17,1
Hijos no casados	—	54,7	48,7	24,5	45,9
Hijos casados	—	18,2	20,5	29,6	21,5
Otros	—	9,4	5,5	11,3	8,1
Mujeres					
Sola	5,1	7,9	12,0	14,6	11,5
Solo con su pareja	7,4	11,4	12,6	6,9	10,7
Hijos no casados	58,5	52,9	37,5	36,3	41,7
Hijos casados	21,2	21,8	24,2	24,7	23,6
Otros	7,8	5,9	13,8	17,5	12,5

hombres y otros para mujeres, y al final queda la categoría de “Solos”. Sin embargo, al observar las diferencias por grupo de edad cambia la importancia de la distribución en cada una de las categorías, tanto para hombres como para mujeres.

En los hombres, la categoría “Hijos no casados” sigue siendo la que concentra a la mayor parte en los grupos de 60-64 y 65-74, pero la proporción disminuye conforme aumenta la edad y para el grupo de 75 años y más, el arreglo de mayor importancia es vivir con hijos casados. Para las mujeres, la categoría “Hijos no casados” es la que concentra la mayor proporción en cada grupo de edad y también disminuye su importancia relativa a mayor edad. A diferencia de los hombres, para los que la proporción de los que viven solos con su pareja aumenta conforme avanza la edad, 11,8% para 60-64 y 21,9% para 75 años y más, para las mujeres disminuye considerablemente de 11,4% para el grupo de 60-64 a 6,9% para el grupo de 75 y más. Las diferencias en la composición de los hogares por sexo y edad son una primera aproximación a los arreglos familiares, pero se obtiene mayor información al analizar y describir algunas otras variables como el estado matrimonial, la educación y las características de los hijos.

#### **Arreglos familiares por sexo y estado matrimonial**

El estado marital de los adultos mayores según el arreglo familiar da una idea de la situación de convivencia en la que viven hombres y mujeres. El cuadro 4.2 contiene la distribución porcentual de los adultos mayores, según condición de unión y sexo. Los hombres se concentran más que las mujeres en la categoría de unidos (59,9% y 40,1%, respectivamente) y las mujeres se encuentran con mayor frecuencia no unidas (77,3%). Ahora bien, al comparar dentro de los unidos cómo se distribuyen los adultos mayores en cada arreglo familiar, puede observarse que la mayor parte viven con hijos no casados, más los hombres (51,1%) que las mujeres (46,3%). Le sigue la categoría “Solo con su pareja”, donde es mayor la proporción de mujeres (28,1%) que de hombres (22%). En menor proporción se encuentran viviendo con hijos casados, casi en igual medida hombres y mujeres, seguido de “Otros”. Los no unidos también viven con mayor frecuencia con hijos no casados, más las mujeres (39%) que los hombres (35,9%); en seguida se encuentran los que viven con hijos casados y solos, con predominio de los hombres en ambos casos.

**Cuadro 4.2. Distribución de la población adulta mayor de acuerdo a la composición actual del hogar, por condición de unión y sexo. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Arreglo familiar	Unido			No unido		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Solo	—	—	—	22,4	18,1	19,1
Solo con su pareja	22,0	28,1	24,4	—	—	—
Hijos no casados	51,1	46,3	49,2	35,9	39,0	38,3
Hijos casados	20,0	18,7	19,5	28,8	26,7	27,2
Otros	7,0	6,9	6,9	12,9	16,2	15,4
Total	59,9	40,1	55,3	22,7	77,3	44,7

Algo que se desprende de este cuadro y que llama la atención es que, si bien son más las mujeres que viven solas, al controlar por estado marital y sexo, se observa que son más los hombres no unidos que viven solos y con hijos casados, en comparación con las mujeres no unidas.

#### Arreglos familiares según sexo y educación

El efecto de la escolaridad de los adultos mayores en la forma en que se distribuyen en cada uno de los arreglos familiares puede observarse en el cuadro 4.3. Para todos los niveles de escolaridad y en ambos sexos, el arreglo familiar que concentra a la mayor parte de la pobla-

ción es el de “Hijos no casados”; esto es más notorio en el caso de los hombres que en el de las mujeres, excepto para aquellos con estudios superiores, donde se invierte la relación. También destaca para este nivel de escolaridad la mayor concentración de adultos mayores que viven con los “Hijos no casados”, lo que sugiere que los hijos viven más tiempo con sus padres y retardan la unión y formación de familias.

Para aquellos con educación media superior, se observa una mayor dispersión en cada uno de los tipos de arreglo familiar, aún más notorio para las mujeres que para los hombres; el segundo arreglo en importancia es vivir con “Hijos casados”. Los que tienen escolaridad

**Cuadro 4.3. Distribución de la población adulta mayor de acuerdo a la composición actual del hogar, por nivel de escolaridad y sexo. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Arreglo familiar	Sin escolaridad	Primaria incompleta	Primaria completa	Media básica	Media superior	Superior
Total						
Solo	13,8	6,8	8,9	9,8	15,1	13,8
Solo con su pareja	9,9	12,8	11,6	21,5	15,4	18,5
Hijos no casados	40,8	43,6	47,8	38,2	42,4	53,0
Hijos casados	27,8	29,1	20,4	11,4	15,4	2,4
Otros	7,8	7,7	11,3	19,1	11,7	12,3
Hombres						
Solo	8,0	6,1	7,9	0,0	8,1	14,7
Solo con su pareja	12,6	13,6	18,0	35,4	13,2	19,6
Hijos no casados	47,2	44,8	47,0	40,6	52,1	52,3
Hijos casados	24,2	29,6	20,6	14,1	12,8	1,9
Otros	8,1	6,0	6,5	9,9	13,8	11,6
Mujeres						
Solo	17,0	7,4	9,7	16,9	19,8	11,9
Solo con su pareja	8,3	12,2	6,2	11,4	16,8	16,3
Hijos no casados	37,2	42,7	48,6	36,5	35,9	54,6
Hijos casados	29,8	28,7	20,3	9,4	17,2	3,5
Otros	7,6	9,1	15,3	25,8	10,3	13,8

media básica muestran una mayor concentración en la categoría "Solo con su pareja", lo que se observa más para los hombres, ya que las mujeres con este nivel de estudios se concentran más en "Otros".

La variabilidad en la concentración y preferencia de los arreglos familiares según nivel de escolaridad representa un acercamiento a las diferencias por nivel socioeconómico de las familias. Lo anterior permite señalar dos aspectos importantes: para aquellas personas que tienen una mejor educación, las oportunidades de convivencia familiar se dan en mayor medida con hijos solteros que siguen estudiando y/o retrasan la formación de su propio hogar hasta lograr la independencia de los padres. Por otro lado, los que tienen menor nivel de escolaridad, además de vivir con hijos solteros, lo hacen también, aunque en menor medida, con hijos casados. Esto tendría que ver con un menor nivel socioeconómico que no permite que los hijos, una vez que se unen, salgan del hogar, o que, por necesidad económica o de salud de los padres, estos tengan que convivir con los hijos ya casados.

### Características demográficas y socioeconómicas de los hijos

#### Hijos corresidentes

Las características de los hijos que viven con sus padres permiten tener un panorama más cercano sobre los arreglos domiciliarios de los adultos mayores. Como puede suponerse, son más las hijas (55%) que los hijos (45%) que viven con sus padres. Por grupo de edad puede observarse que los hijos se concentran en mayor proporción en el grupo de 25-34, seguidos por el de 35 y más. Las hijas, en cambio, se encuentran con mayor frecuencia en el grupo de 35 y más, seguidas del grupo de 25 a 34. La edad está relacionada con el estado matrimonial y la escolaridad. Los hijos corresidentes son en su mayoría solteros. Las hijas divorciadas, separadas o viudas viven en mayor proporción con los padres, comparadas con los hijos. En cuanto al nivel de escolaridad, llama la atención que una proporción mayor de las hijas, con respecto a los hijos, tienen educación media superior y que en ambos casos son muy pocos los que no cuentan con instrucción (cuadro 4.4).

#### Hijos no corresidentes

Los hijos que viven fuera del hogar tienen características diferentes a las de los corresidentes (cuadro 4.5). Son más los hijos (51,8%) que las hijas (48,2%) que no corresiden con los padres. Según la edad, son más los que se concentran en el grupo de 35 años y más, tanto para hombres como para mujeres, y hay muy pocos en el primer grupo de edad considerado. Como la edad y el

**Cuadro 4.4. Distribución porcentual de los hijos corresidentes de la población de 60 años y más, según características demográficas y socioeconómicas. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Características demográficas y socioeconómicas	Hombres	Mujeres	Total
Grupos de edad			
1 a 24	21,8	17,1	19,2
25 a 34	42,1	37,8	39,7
35 +	36,1	45,1	41,0
Estado matrimonial			
Casado	22,7	21,3	21,9
Unión libre	4,2	4,8	4,5
Divorciado, separado o viudo	7,5	15,0	11,6
Soltero	65,6	58,9	61,9
Nivel de escolaridad			
Sin instrucción	2,4	1,8	2,1
Primaria	19,6	18,8	19,2
Media básica	32,7	28,2	30,3
Media superior	21,6	30,1	26,2
Superior	23,6	21,1	22,3

**Cuadro 4.5. Distribución porcentual de los hijos no corresidentes de la población de 60 años y más, según características demográficas y socioeconómicas. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Características demográficas y socioeconómicas	Hombres	Mujeres	Total
Grupos de edad			
1 a 24	2,7	4,6	3,6
25 a 34	26,4	27,6	27,0
35 +	70,9	67,8	69,4
Estado matrimonial			
Casado	84,9	85,2	85,0
Unión libre	5,2	5,3	5,2
Divorciado, separado o viudo	3,6	5,1	4,3
Soltero	6,3	4,5	5,4
Nivel de escolaridad			
Primaria	27,1	33,6	30,2
Media básica	29,1	29,9	29,5
Media superior	17,8	20,5	19,1
Superior	26,1	16,0	21,2

estado matrimonial se encuentran relacionados, se observa que alrededor de 85% de los hijos e hijas que viven fuera del hogar de sus padres son casados. En cuanto a la escolaridad, cabe destacar que hay más hombres con educación superior, mientras que más mujeres cuentan con educación media superior.

### Apoyo recibido según tipo y procedencia

Las transferencias pueden ser formales e informales. Las transferencias formales o públicas son aquellas que reciben los individuos a través de instituciones; por ejemplo, en forma de pensión y subsidios al consumo, entre otras. Las transferencias informales pueden ser familiares, circunscribirse al hogar o también tratarse de ayudas no familiares y que se dan fuera del hogar. El apoyo que recibe el adulto mayor muestra las necesidades que este tiene y la percepción que de ellas tienen las personas que le brindan el apoyo (Wong, 1999).

En México, la transferencia de recursos hacia las personas de manera formal es escasa y dista mucho de ser universal, por lo que la familia es la principal fuente proveedora para la mayoría de los adultos mayores. Con el propósito de conocer lo que sucede en este sentido, se analizan las transferencias informales captadas por medio de la encuesta SABE.

En el cuadro 4.6 se observa que 89,8% del total de los adultos mayores reciben algún tipo de apoyo, la mujeres en mayor medida (90,6%) que los hombres (89,5%). Asimismo, en el sexo femenino se presenta un incremento de apoyo conforme aumenta la edad, mientras que en el sexo masculino la tendencia se comporta de manera inversa. También se indica que la fuente de apoyo más importante para el total de los mayores de 60 años son los hijos y otros corresidentes, patrón que se observa también en las mujeres (cuadro 4.7), mientras que en los hombres se nota que el apoyo obtenido proviene de sus cónyuges y otros corresidentes (cuadro 4.8).

**Cuadro 4.6. Distribución de la población adulta mayor que recibe ayuda, por tipo de apoyo y grupos de edad, según personas que la brindan. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Tipo de apoyo	Corresidentes				No corresidentes			Cualquier persona
	Cónyuge	Hijos	Otros	Total	Hijos	Otros	Comunidad	
<b>Total</b>								
Dinero	22,2	40,9	11,5	58,6	40,2	5,7	0,3	74,2
Servicio	28,4	31,7	19,7	58,9	9,9	1,1	1,7	64,0
Cosas	23,7	24,3	11,3	46,2	17,9	1,9	0,5	54,7
Compañía	-	-	-	-	7,5	2,2	0,3	9,4
Otro	2,0	2,9	3,2	6,7	3,3	1,1	0,3	10,7
Recibe apoyo	43,5	54,4	27,7	80,0	49,4	9,7	2,9	89,8
<b>60-64</b>								
Dinero	30,1	46,6	7,7	63,9	36,8	6,6	0,2	71,9
Servicio	34,3	35,3	14,0	60,4	10,9	0,9	2,1	65,1
Cosas	29,8	21,3	5,6	44,7	16,9	3,2	0,0	53,3
Compañía	-	-	-	-	6,8	1,6	0,3	8,3
Otro	2,9	2,9	2,1	6,2	2,9	1,5	0,8	11,2
Recibe apoyo	56,3	60,0	21,2	84,4	46,1	12,0	3,4	90,9
<b>65-74</b>								
Dinero	22,7	40,8	11,1	59,7	41,6	4,5	0,4	76,4
Servicio	31,5	28,4	19,6	58,6	10,4	1,0	1,8	63,7
Cosas	26,4	23,2	9,9	46,2	18,4	1,1	0,6	54,8
Compañía	-	-	-	-	6,5	1,9	0,2	8,2
Otro	2,0	3,1	3,3	7,0	3,4	1,2	0,2	11,1
Recibe apoyo	46,0	52,5	26,0	79,6	50,7	8,4	2,8	89,5
<b>≥ 75</b>								
Dinero	10,9	33,3	17,1	49,4	42,1	6,7	0,3	73,4
Servicio	14,9	32,9	27,5	57,4	7,8	1,6	0,9	63,2
Cosas	10,6	30,4	21,4	48,3	18,5	1,7	1,2	56,5
Compañía	-	-	-	-	10,3	3,4	0,6	13,3
Otro	0,9	2,3	4,8	6,8	3,5	0,2	0,0	9,4
Recibe apoyo	22,0	50,4	39,5	75,0	51,5	9,1	2,6	88,8

Respecto a la ayuda económica que reciben los adultos mayores, son los hijos los que más aportan, según se señala en el cuadro 4.6, donde aparece que 40,9% recibe dinero de los hijos corresidentes y 40,2% de los hijos fuera del hogar. Esta fuente de ayuda es más importante para las mujeres que para los hombres. Por otro lado, 28% de las mujeres declaró recibir ayuda económica de su pareja, en contraste con solo 14,6% de los hombres. Para ambos sexos se observa una ayuda importante por parte de otros corresidentes y la ayuda económica intradoméstica es la más importante.

En total, reciben apoyo económico intradoméstico 68% de las mujeres y 47% de los hombres. Sin embargo,

este tipo de apoyo disminuye conforme se incrementa la edad, especialmente en el caso de las mujeres. En las mujeres del grupo de 60-64, 74,3% recibe dinero de algún miembro del hogar, pero a partir de los 75 años ya solo un poco más de la mitad tiene este beneficio. Estas tendencias se relacionan, como ya se ha mencionado, con los cambios en la estructura doméstica ocasionados principalmente por la unión conyugal de los hijos y el fallecimiento de las parejas.

Un porcentaje relativamente pequeño de los adultos mayores (5,7%) recibe ayuda económica por parte de hermanos y otros familiares y amigos, sin diferencias por sexo y grupo de edad. La ayuda económica de las

**Cuadro 4.7. Distribución de la población femenina adulta mayor que recibe ayuda, por tipo de apoyo y grupos de edad, según personas que la brindan. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Tipo de apoyo	Corresidentes				No corresidentes			Cualquier persona
	Cónyuge	Hijos	Otros	Total	Hijos	Otros	Comunidad	
<b>Total mujeres</b>								
Dinero	28,1	45,8	14,7	67,5	45,8	5,7	0,1	83,3
Servicio	14,2	33,3	24,4	54,0	11,6	1,4	1,6	61,0
Cosas	14,0	28,4	14,0	44,1	20,3	1,9	0,7	60,2
Compañía	-	-	-	-	7,9	2,8	0,4	10,5
Otro	0,9	2,7	3,4	6,0	2,1	0,9	0,4	8,8
Recibe apoyo	31,7	57,9	33,5	80,3	54,3	9,8	2,8	91,6
<b>50-59</b>								
Dinero	48,6	48,1	12,5	74,4	29,8	7,3	0,0	82,4
Servicio	22,1	41,2	16,8	59,1	7,6	2,4	0,1	61,3
Cosas	21,2	21,5	7,7	39,8	10,3	3,5	0,0	43,9
Compañía	-	-	-	-	3,9	3,5	0,1	7,0
Otro	0,8	1,9	1,4	3,7	1,8	2,3	0,2	7,7
Recibe apoyo	53,8	63,3	25,8	84,5	36,8	13,2	0,3	89,8
<b>60-64</b>								
Dinero	39,9	52,3	8,5	74,3	43,9	6,7	0,0	82,7
Servicio	19,0	35,9	16,9	52,9	12,1	1,7	2,6	58,3
Cosas	18,7	24,6	4,9	39,1	20,1	2,4	0,0	50,5
Compañía	-	-	-	-	7,0	2,3	0,6	9,0
Otro	1,3	2,2	1,8	4,8	1,4	1,2	0,8	8,1
Recibe apoyo	45,1	64,6	23,6	82,9	52,4	12,3	3,4	89,9
<b>65-74</b>								
Dinero	31,8	45,3	14,6	70,3	47,9	4,2	0,0	84,9
Servicio	17,0	30,2	24,3	53,7	12,4	1,0	1,5	60,8
Cosas	16,0	26,9	13,0	43,4	20,2	1,3	0,7	54,3
Compañía	-	-	-	-	6,7	2,3	0,0	8,7
Otro	0,7	2,9	4,1	6,4	2,7	1,2	0,4	9,8
Recibe apoyo	35,3	54,8	32,7	80,9	56,2	8,2	2,4	92,0
<b>≥ 75</b>								
Dinero	9,5	39,6	21,8	55,7	44,5	7,1	0,5	81,3
Servicio	4,5	35,6	32,7	55,7	9,8	1,7	0,5	64,1
Cosas	5,5	34,9	25,6	50,7	20,5	2,4	1,4	60,2
Compañía	-	-	-	-	10,8	3,9	0,9	14,8
Otro	1,0	3,1	4,0	6,6	2,1	0,0	0,0	7,9
Recibe apoyo	11,4	55,7	45,4	76,6	53,4	9,8	2,8	92,7

asociaciones sociales, iglesias u organizaciones no gubernamentales es de poca importancia, ya que solo beneficia a 0,3% de las personas mayores de 60 años.

De los adultos mayores, 64% recibe apoyo con atenciones, cuidados y servicios. Conforme avanza la edad los porcentajes son mayores. El cuadro 4.8 da cuenta de cómo los hombres reciben servicios en mayor medida que las mujeres, principalmente de su pareja y otros coresidentes, tanto familiares como no familiares. También en el mismo cuadro se observa que estos apoyos disminuyen con la edad, lo que debe estar vinculado a la viudez. Las mujeres, a diferencia de los hombres, reciben ayuda primordialmente de los hijos coresidentes y de otros coresidentes, la cual aumenta con la edad. Destaca la participación de los otros coresidentes, quienes, según la declaración de los adultos mayores, apoyaron a 52% de ellos.

La ayuda en especie aporta bienes materiales a 54,6% de los adultos mayores, y las mujeres la reciben en mayor medida que los hombres. En las mujeres este apoyo se incrementa con la edad, mientras que en los hombres

es al contrario: a mayor edad, menor percepción de esta ayuda. El apoyo mediante bienes de consumo y “cosas” proviene de la propia pareja en los grupos de edades más jóvenes y conforme avanza la edad se transfiere a los hijos y otros familiares. Los hijos coresidentes dan apoyo en especie a 24% de la población de 60 años y más, los hijos fuera del hogar lo dan en menor medida, solo 18%, lo que aumenta conforme la edad para el total. De otros familiares y amigos se registra poca ayuda de este tipo. Al igual que por parte de la comunidad, los primeros solo apoyan a 1,9% de la población adulta mayor y los segundos, a 0,5%.

En el apoyo denominado “Otro”, se observa que solo 10,7% de las personas reciben esta ayuda, ya que no es frecuente este tipo de contribución a los adultos mayores.

El apoyo emocional es otro tipo de apoyo que pueden recibir los adultos mayores, captado por medio de la compañía que reciben. En este caso se observa que 9,4% de las personas reciben compañía, especialmente de los hijos fuera del hogar; las mujeres reciben más compañía que los hombres y esta se incrementa con la edad.

**Cuadro 4.8. Distribución de la población masculina adulta mayor que recibe ayuda, por tipo de apoyo y grupos de edad, según personas que la brindan. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Tipo de apoyo	Coresidentes				No coresidentes			Cualquier persona
	Cónyuge	Hijos	Otros	Total	Hijos	Otros	Comunidad	
<b>Total hombres</b>								
Dinero	14,6	34,6	7,3	47,0	32,9	5,7	0,5	62,5
Servicio	46,8	29,6	13,6	65,2	7,8	0,7	1,8	68,0
Cosas	36,2	19,1	7,8	49,0	15,0	1,9	0,3	54,6
Compañía	-	-	-	-	7,0	1,4	0,2	8,2
Otro	3,4	3,0	3,1	7,6	4,7	1,3	0,3	13,3
Recibe apoyo	58,8	49,9	20,3	79,6	43,1	9,6	2,9	87,5
<b>60-64</b>								
Dinero	19,7	40,7	7,0	52,9	29,4	6,5	0,5	60,6
Servicio	50,3	34,6	10,9	68,3	9,7	0,0	1,6	72,3
Cosas	41,4	17,8	6,4	50,7	13,5	4,0	0,0	56,2
Compañía	-	-	-	-	6,7	0,9	0,0	7,5
Otro	4,7	3,6	2,3	7,7	4,5	1,9	0,7	14,4
Recibe apoyo	68,1	55,2	18,7	85,8	39,5	11,6	2,8	91,9
<b>65-74</b>								
Dinero	11,1	35,1	6,7	46,0	33,5	4,8	0,8	65,3
Servicio	50,4	26,1	13,4	64,8	7,8	0,9	2,1	67,3
Cosas	39,8	18,5	5,9	49,9	16,0	0,8	0,4	55,3
Compañía	-	-	-	-	6,1	1,4	0,4	7,5
Otro	3,6	3,5	2,3	7,8	4,3	1,2	0,0	12,9
Recibe apoyo	59,8	49,5	17,4	77,9	43,6	8,8	3,4	86,3
<b>≥ 75</b>								
Dinero	13,2	22,6	9,1	38,5	38,0	5,9	0,0	59,8
Servicio	32,8	28,1	18,6	60,4	4,3	1,3	1,4	61,8
Cosas	19,3	22,7	14,1	44,0	15,2	0,6	0,8	50,1
Compañía	-	-	-	-	9,3	2,4	0,0	10,6
Otro	0,6	1,0	6,1	7,2	5,9	0,5	0,0	12,2
Recibe apoyo	40,1	41,4	29,4	72,2	48,3	7,9	2,3	82,2

Sobre la base de lo descrito anteriormente, se observa que las mujeres son las que se benefician en mayor medida de las transferencias informales, porque cuentan con menos recursos económicos, tienen menos contacto con el sector formal de empleo y presentan peores condiciones de salud en edades avanzadas. También se puede suponer que el incremento de los apoyos conforme aumenta la edad debe radicar en el progresivo deterioro de la salud y en la disminución de recursos de los adultos mayores (Wong, 1999).

### Apoyo otorgado según tipo y destino

Una de las ideas que con mayor frecuencia se comparte al interior de la sociedad es que los adultos mayores reciben, con mucha mayor frecuencia, apoyo de las

generaciones más jóvenes. Sin embargo, ya otros estudios han demostrado que los mayores de 60 años también brindan apoyo y protección económica a las generaciones más jóvenes (Montes de Oca, 2001).

En este sentido, el cuadro 4.9 indica que 76,7% de los adultos mayores proporcionan ayuda a diferentes personas, dentro o fuera del hogar. En ambos sexos, el apoyo se canaliza principalmente al cónyuge, los hijos y otros corresidentes. En el caso de las mujeres, el apoyo en servicios y especie es más importante, a diferencia de los hombres, en quienes sobresale la ayuda económica que otorgan.

La proporción de hijos que no viven en el hogar de los entrevistados y que reciben ayuda de alguno de sus padres en edades mayores es menor que la proporción de hijos que la otorgan a sus padres en-

**Cuadro 4.9. Distribución de la población adulta mayor que da apoyo, por tipo de apoyo y grupos de edad, según personas a quien la brinda. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Tipo de apoyo	Corresidentes				No corresidentes			Cualquier persona
	Cónyuge	Hijos	Otros	Total	Hijos	Otros	Comunidad	
<b>Total</b>								
Dinero	24,4	15,0	8,0	33,9	8,5	3,0	1,2	39,8
Servicio	26,8	26,7	13,6	47,3	4,2	1,1	2,0	50,4
Cosas	21,4	21,2	11,5	38,5	6,7	2,3	1,0	41,8
Cuidado	-	8,1	3,0	9,8	9,5	0,1	-	17,8
Compañía	-	-	-	-	-	1,5	-	1,5
Otro	1,6	3,3	1,9	5,2	3,4	1,7	0,9	10,0
Da ayuda	42,5	44,9	20,8	70,0	23,9	7,6	4,5	76,7
<b>60-64</b>								
Dinero	32,4	25,7	10,9	44,7	13,9	4,5	1,2	51,3
Servicio	36,2	32,4	12,3	53,7	5,6	1,5	2,9	56,8
Cosas	31,1	29,8	13,1	49,6	10,6	3,6	0,9	53,6
Cuidado	-	12,4	4,1	13,8	12,7	0,0	-	24,0
Compañía	-	-	-	-	-	1,0	-	1,0
Otro	2,1	3,4	2,0	5,7	4,0	1,7	2,0	11,9
Da ayuda	56,2	58,6	23,0	80,3	32,4	10,1	5,7	85,3
<b>65-74</b>								
Dinero	26,1	11,8	6,9	33,8	7,0	2,8	0,8	39,8
Servicio	27,6	25,5	13,7	48,3	3,9	0,9	1,5	51,7
Cosas	20,5	19,6	11,6	38,3	5,7	1,8	1,5	41,5
Cuidado	-	7,4	2,2	9,4	10,6	0,2	-	18,7
Compañía	-	-	-	-	-	1,8	-	1,8
Otro	1,6	4,3	2,3	6,4	3,6	1,1	0,3	10,1
Da ayuda	44,0	42,5	19,1	71,2	23,2	6,8	3,7	77,9
<b>≥ 75</b>								
Dinero	10,3	6,4	6,3	19,4	4,0	1,4	1,9	24,5
Servicio	13,1	21,0	15,2	36,9	2,9	1,1	1,9	39,4
Cosas	10,1	12,6	8,9	23,8	3,1	1,3	0,3	26,6
Cuidado	-	3,8	2,9	5,2	3,4	0,0	-	8,0
Compañía	-	-	-	-	-	1,6	-	1,6
Otro	1,0	1,5	1,2	2,4	2,3	2,6	0,3	7,1
Da ayuda	21,7	30,8	21,1	53,9	14,0	5,8	4,1	63,0

vejecidos. Esta poca participación de los padres mayores es explicable ante las condiciones socioeconómicas de los adultos mayores en la Ciudad de México; desde luego, es mayor de parte de los hombres que de las mujeres y se concentra en el primer grupo de edad (60-64).

En cuanto a la ayuda económica intradoméstica proveniente de los adultos mayores, las cifras del cuadro 4.10 muestran que son elevados los porcentajes de hombres de la "tercera edad" que aportan dinero al hogar: más de 60% da ayuda económica a alguno de sus miembros, en comparación con cerca de 20% de las mujeres (cuadro 4.11); la aportación de dinero disminuye con la edad, para ambos sexos. El hecho de que este porcentaje sea tan alto para los hombres de 60-64 y de 65-74 y luego disminuya, tal vez se deba a que estos varones se retiran

total o parcialmente del mercado laboral en las edades extremas, o bien se emplean en otro tipo de actividades de naturaleza informal y de baja remuneración.

El componente de servicios otorgados también es elevado, en particular por parte de las mujeres, quienes seguramente realizan tareas domésticas y de cuidado del hogar; sigue siendo importante aun en las edades más avanzadas, pues 39,4% de los hombres y 64,1% de las mujeres mayores de 75 años proporcionan servicios a algún miembro del hogar. En el cuadro 4.10 se observa que los servicios proporcionados por los varones están dirigidos a sus cónyuges y en menor grado a sus hijos. En el caso de las mujeres, la mayor ayuda se concentra hacia los hijos y el apoyo al cónyuge disminuye drásticamente con la edad, lo cual debe estar relacionado con la vejez, como se indica en el cuadro 4.11.

**Cuadro 4.10. Distribución de la población masculina adulta mayor que da ayuda, por tipo de apoyo y grupos de edad, según personas a quien la brinda. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Tipo de apoyo	Corresidentes				No corresidentes			Cualquier persona
	Cónyuge	Hijos	Otros	Total	Hijos	Otros	Comunidad	
<b>Total hombres</b>								
Dinero	48,2	24,1	10,9	56,9	11,7	4,9	0,9	62,2
Servicio	29,3	16,4	6,6	38,9	2,9	1,1	2,3	41,9
Cosas	27,4	17,9	8,2	38,9	7,2	2,1	0,6	41,8
Cuidado	-	4,1	1,4	5,5	6,5	0,0	-	11,0
Compañía	-	-	-	-	-	1,3	-	1,3
Otro	1,9	4,6	2,1	6,8	4,5	2,1	1,0	12,2
Da ayuda	58,7	41,9	16,3	72,4	25,0	9,4	3,9	79,4
<b>60-64</b>								
Dinero	55,4	38,8	13,7	65,7	16,9	7,1	1,1	70,1
Servicio	32,3	19,4	6,8	42,7	3,0	1,4	4,2	46,7
Cosas	32,2	24,1	10,2	45,7	9,8	2,6	1,0	48,9
Cuidado	-	6,4	2,9	8,0	5,9	0,0	-	12,3
Compañía	-	-	-	-	-	0,9	-	0,9
Otro	1,7	4,7	1,7	6,4	3,9	2,5	1,8	11,8
Da ayuda	65,8	54,7	19,7	79,6	28,6	12,3	5,8	84,7
<b>65-74</b>								
Dinero	51,8	18,7	8,7	58,4	8,6	4,2	0,0	63,0
Servicio	31,3	16,0	6,0	40,2	2,5	0,8	1,6	42,5
Cosas	27,8	16,9	7,5	39,2	6,9	1,7	0,5	41,9
Cuidado	-	3,2	0,8	5,2	8,7	0,0	-	13,0
Compañía	-	-	-	-	-	1,4	-	1,4
Otro	2,0	5,9	2,6	8,6	5,3	0,7	0,8	13,1
Da ayuda	61,1	39,0	13,2	72,9	23,7	7,6	2,5	78,7
<b>≥ 75</b>								
Dinero	27,9	9,7	10,4	38,2	9,3	2,3	2,8	46,6
Servicio	19,6	11,9	7,4	29,4	3,4	1,4	0,7	32,1
Cosas	17,9	9,2	6,1	25,9	3,2	2,0	0,0	28,8
Cuidado	-	1,9	0,0	1,9	2,7	0,0	-	4,6
Compañía	-	-	-	-	-	2,0	-	2,0
Otro	2,0	1,6	1,7	4,0	3,7	4,5	0,0	10,9
Da ayuda	41,0	25,2	17,1	58,4	21,4	8,1	3,4	71,4

De forma parecida a los servicios otorgados, los hombres canalizan la ayuda material en especie a su pareja (cuadro 4.10), mientras que las mujeres la dirigen hacia los hijos (cuadro 4.11). La disminución de las cifras con la edad es sustancialmente acelerada. Sobresale la ayuda en especie brindada hacia otros corresidentes por parte de 70% de los adultos mayores.

Las cifras de los cuadros 4.10 y 4.11 indican que los “cuidados” son una contribución importante, ya que

35,2% de las mujeres en edades de 60-64 realizan esa actividad, la cual disminuye con la edad. La participación de los hombres es mucho menor en este rubro; por ejemplo, en este mismo grupo de edad solo 12,3% los brindan.

Por último, cabe anotar que solo una pequeña cantidad de adultos mayores ayudan a otros familiares y amigos, y prácticamente es nula la ayuda otorgada hacia instituciones de servicio social o a iglesias.

**Cuadro 4.11. Distribución de la población femenina adulta mayor que da ayuda, por tipo de apoyo y grupos de edad, según personas a quien la brinda. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Tipo de apoyo	Corresidentes				No corresidentes			Cualquier persona
	Cónyuge	Hijos	Otros	Total	Hijos	Otros	Comunidad	
<b>Total mujeres</b>								
Dinero	5,8	8,0	5,9	16,0	6,0	1,6	1,5	22,5
Servicio	25,0	34,6	19,1	53,8	5,2	1,2	1,8	56,9
Cosas	16,8	23,7	14,0	38,1	6,2	2,4	1,4	41,8
Cuidado	0,1	11,1	4,1	13,2	11,9	0,2	-	23,1
Compañía	-	-	-	-	-	1,6	-	1,6
Otro	1,4	2,3	1,8	3,9	2,6	1,3	0,8	8,3
Da ayuda	30,1	47,2	24,3	68,1	23,1	6,2	4,9	74,6
<b>50-59</b>								
Dinero	9,3	20,7	7,8	28,1	8,6	6,7	1,2	37,9
Servicio	40,6	47,6	18,0	65,7	6,9	3,3	2,2	69,0
Cosas	30,8	39,9	14,8	52,8	8,9	5,7	3,3	57,8
Cuidado	-	10,9	4,0	13,0	14,8	0,2	-	25,6
Compañía	-	-	-	-	-	2,7	-	2,7
Otro	1,7	1,9	2,3	4,8	3,5	3,0	2,1	11,7
Da ayuda	50,7	65,7	24,2	82,0	29,7	15,3	6,6	88,0
<b>60-64</b>								
Dinero	10,5	13,3	8,2	24,6	11,0	2,1	1,4	33,4
Servicio	39,9	44,8	17,6	64,2	8,1	1,6	1,6	66,5
Cosas	30,0	35,3	15,9	53,3	11,3	4,6	0,8	58,0
Cuidado	0,4	17,5	5,1	19,4	19,2	0,0	-	35,2
Compañía	-	-	-	-	-	1,2	-	1,2
Otro	2,5	2,1	2,2	5,2	4,1	1,0	2,2	12,0
Da ayuda	47,1	62,3	26,1	80,9	36,0	8,0	5,6	85,8
<b>65-74</b>								
Dinero	6,3	6,5	5,5	14,9	5,8	1,7	1,5	21,9
Servicio	24,7	33,0	19,6	54,5	5,0	1,0	1,3	58,7
Cosas	14,9	21,7	14,9	37,6	4,7	1,8	2,3	41,1
Cuidado	0,0	10,7	3,2	12,8	12,0	0,3	-	23,1
Compañía	-	-	-	-	-	2,1	-	2,1
Otro	1,3	3,0	2,0	4,7	2,3	1,4	0,0	7,9
Da ayuda	30,8	45,2	23,7	69,9	22,8	6,1	4,7	77,2
<b>≥ 75</b>								
Dinero	0,0	4,6	3,9	8,4	0,9	0,9	1,4	11,6
Servicio	9,2	26,3	19,8	41,2	2,6	0,9	2,6	43,6
Cosas	5,5	14,5	10,6	22,5	3,1	0,9	0,5	25,3
Cuidado	0,0	5,0	4,6	7,1	3,9	0,0	-	10,0
Compañía	-	-	-	-	-	1,3	-	1,3
Otro	0,3	1,4	0,9	1,4	1,4	1,5	0,5	4,9
Da ayuda	10,4	34,1	23,4	51,3	9,7	4,5	4,6	58,1

# CAPÍTULO 5

## *Estado de salud*

---

### Autoevaluación de salud

En general, la autopercepción del estado de salud está estrechamente ligada a la situación real de salud, de modo que ha mostrado valor como un indicador confiable. En general, quienes autoperciben su estado de salud como bueno efectivamente gozan de una mejor salud y de una mejor calidad de vida que los demás (Helmer *et al.*, 1999). Estas personas, además, muestran ventajas cuando tratan de sobreponerse a eventos difíciles o pérdidas significativas, o de hacer frente al estrés. Asimismo, tienden a realizar actividades sociales. Así la evaluación de esta variable en SABE nos proporciona una estimación del nivel de salud de los adultos mayores.

Los datos obtenidos de la autopercepción, al provenir de la evaluación de uno mismo, sirven para propósitos diferentes de los que se obtienen por medio de un examen médico. Su análisis debe ser cuidadoso cuando

se utiliza como indicador general de las necesidades asociadas con la salud, así como respecto a su valor predictivo de morbilidad y mortalidad. De acuerdo con el cuadro 5.1, menos de un tercio de los individuos consideran su salud como buena o muy buena. Las diferencias por género son interesantes, aunque modestas, ya que las mujeres tienden a considerar su salud como mala en una mayor proporción que los hombres en todas las edades, pero aún más después de los 75 años.

En esta muestra no es tan claro, como lo ha sido en otras previamente descritas, que se incremente la autopercepción negativa al atravesar el umbral de los 75 años. La percepción de la salud como mala o muy mala se incrementa en este caso solo entre las mujeres, pero no de modo sustancial. Estos hallazgos señalan que al rebasar los 75 años se modifica el estado de salud y que en general son las mujeres las que sufren mayor deterioro global de su estado de salud.

**Cuadro 5.1. Distribución de la población adulta mayor según autopercepción de la salud, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

<i>Autopercepción</i>	<i>Grupos de edad</i>				<i>Total</i>
	<i>50-59</i>	<i>60-64</i>	<i>65-74</i>	<i>≥ 75</i>	
Total					
Muy buena/Buena	—	30,8	30,5	30,2	30,5
Regular	—	52,0	49,3	49,3	50,2
Mala	—	17,2	20,2	20,5	19,3
Hombres					
Muy buena/Buena	—	37,0	31,7	32,9	33,9
Regular	—	47,1	52,8	48,6	49,9
Mala	—	15,9	15,5	18,5	16,2
Mujeres					
Muy buena/Buena	31,3	25,1	29,5	28,7	28,0
Regular	55,3	56,3	46,5	49,8	50,3
Mala	13,4	18,6	24,0	21,5	21,7

## Comportamientos y hábitos relacionados con la salud

### Consumo de tabaco

Como se ve en el cuadro 5.2, la prevalencia de uso del tabaco está estrechamente asociada con el género. El número de exfumadores en ambos sexos es muy significativo, particularmente entre los varones, y aumenta proporcionalmente entre los mayores de 75 años. Las mujeres fumadoras tienden a ser más renuentes a abandonar el hábito.

Las cifras de prevalencia de tabaquismo siguen siendo elevadas aun entre los mayores de 75 años en el sexo masculino. Como era de esperarse, el grupo de los que nunca han fumado, hombres y mujeres, es más numeroso entre los más longevos. Las tasas observadas para hombres mayores de 60 años, 30%, representan el doble de la prevalencia notificada para el mismo grupo de edad en los EUA (12%) (Ezzati y López, 2003). El uso de tabaco sigue ocupando una posición significativa como factor de riesgo para la salud y la mortalidad, vigente aun en edades avanzadas, y las campañas de promoción de la salud deben incluir también a las personas de mayor edad.

### Consumo de alcohol

La prevalencia de consumo de alcohol es difícil de estimar por simple interrogatorio. El diagnóstico de alcoholismo implica un patrón de consumo anormal prolongado por más de 12 meses consecutivos. La frecuencia en el consumo no permite estimar ni el volumen ingerido ni la prevalencia de alcoholismo.

Los resultados expuestos en el cuadro 5.3 se refieren a las respuestas de los entrevistados a la pregunta directa acerca de la frecuencia de consumo de alcohol en los últimos tres meses. Es probable, con base en pruebas publicadas previamente, que las cifras subestimen la realidad. Con tales salvedades, sin embargo, es claro que los varones admiten consumir bebidas alcohólicas con una frecuencia casi cuatro veces superior a las mujeres y que en ambos sexos el informe de consumo se reduce significativamente luego de los 75 años de edad. Si definimos como bebedores habituales a los adultos mayores que consumen licor al menos un día por semana, estos constituyen 10% del total, 18% de los varones y 4% de las mujeres.

Para efectos comparativos y de validación, cabe señalar que la prevalencia de alcoholismo en mayores de 60 años informada en estudios efectuados en Canadá, EUA e Inglaterra oscila alrededor de 10%. También es importante subrayar que el consumo de alcohol en este grupo de edad se asocia con síntomas depresivos, y que las intervenciones terapéuticas suelen ser más exitosas en este grupo de edad, sobre todo en los alcohólicos de inicio tardío (Wetterling *et al.*, 2003).

### Consumo de proteínas, vegetales y frutas

Las dietas están estrechamente asociadas con las principales causas de muerte en México, en particular con la diabetes, la enfermedad coronaria y el cáncer. Los factores de riesgo para una mala nutrición en el adulto mayor son múltiples y actúan en varias dimen-

**Cuadro 5.2. Distribución de la población adulta mayor según consumo de tabaco, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Consumo diario	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
<b>Total</b>					
Nunca ha fumado	—	52,4	55,2	65,4	56,7
Ya no fuma	—	25,0	25,6	26,8	25,7
Fuma menos de 10	—	17,3	13,7	6,7	13,2
Fuma 10 o más	—	5,3	5,5	1,1	4,4
<b>Hombres</b>					
Nunca ha fumado	—	28,6	27,2	33,6	29,0
Ya no fuma	—	38,1	38,6	50,3	40,8
Fuma menos de 10	—	26,2	24,6	14,9	23,2
Fuma 10 o más	—	7,1	9,6	1,2	7,0
<b>Mujeres</b>					
Nunca ha fumado	72,0	74,8	76,7	84,0	78,2
Ya no fuma	13,2	12,8	15,6	13,1	14,1
Fuma menos de 10	10,5	8,8	5,4	1,9	5,4
Fuma 10 o más	4,3	3,6	2,3	1,0	2,3

**Cuadro 5.3. Distribución de la población adulta mayor según consumo en días a la semana de alcohol, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Días de consumo	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Total					
No consumió	—	71,9	79,0	88,2	78,9
Menos de uno	—	15,5	10,3	6,1	11,0
Un día o más		12,6	10,7	5,7	10,1
Hombres					
No consumió	—	52,4	66,1	82,4	64,4
Menos de uno	—	25,3	15,1	8,2	17,4
Un día o más		22,3	18,9	9,4	18,2
Mujeres					
No consumió	83,5	90,4	89,0	91,6	90,1
Menos de uno	11,6	6,2	6,6	4,9	6,0
Un día o más	4,9	3,4	4,4	3,6	3,9

siones. En cuanto a la dieta, el consumo de proteínas es particularmente relevante para el mantenimiento de la composición corporal y en particular del músculo esquelético. Por su parte, el consumo de frutas y legumbres determina la ingesta de fibra, vitaminas, oligoelementos y antioxidantes.

De acuerdo con el cuadro 5.4, de 85% a 90% de la población entrevistada consume diariamente alimentos que son fuente de proteína, 95% al menos una vez por semana. También, de 80% a 85% de la población consume frutas y verduras al menos tres veces por semana. Al interpretar los resultados conviene ser cautelosos, pues como la composición de la dieta suele tomarse como reflejo del nivel socioeconómico o de buenos hábitos, puede ocurrir una sobreestimación cuando el entrevistado pretende dar una imagen positiva de sí mismo.

La segunda parte del cuadro 5.4 demuestra cómo el panorama se hace menos optimista cuando se describe el consumo de acuerdo a lo que podríamos llamar “una dieta balanceada”, que incluye por igual fuentes de proteínas, frutas y verduras. Los porcentajes oscilan entre 75% y 80% para las mujeres, y 64% y 80% para los hombres, aunque en estos últimos se observa una mejora en la dieta conforme avanza la edad. Es también claro que esta población, especialmente las mujeres más longevas, depende mucho del consumo de lácteos para asegurar su ingesta proteica y tiene menos acceso a los productos de carne que son en general de elevado costo (OPS, 2004).

### Actividad física

El papel de la actividad física regular en el mantenimiento de la salud y en la prevención de la enfermedad y la discapacidad es evidente. La actividad física regular reduce el riesgo de enfermedad coronaria, cáncer del

colon, diabetes y osteoporosis. También es benéfica para estabilizar el curso de la enfermedad crónica. Más aún, puede reducir el riesgo de sufrir caídas y sus consecuencias. Tales beneficios alcanzan también a los adultos mayores (*The Heidelberg Guidelines*, 1993).

A pesar del claro beneficio que esto implica, el cuadro 5.5 indica que solo una de cada tres personas de la tercera edad y solo una de cada cinco personas de la cuarta edad notifican haber practicado regularmente, al menos tres veces por semana a lo largo del último año, una actividad física de intensidad suficiente como para ser benéfica para su salud. La frecuencia es aún menor entre las mujeres en ambos grupos de edad.

### Actividades sociales

Por otra parte, es un poco más común la práctica regular de actividades manuales o artísticas en esta población, particularmente entre las mujeres quienes suelen aprovechar tales actividades para socializar (cuadro 5.6). Al aumentar la edad, dichas prácticas se tornan menos frecuentes, aun entre el sexo femenino. Tales actividades tienen además valor para preservar la salud, y en particular la salud mental (Letenneur *et al.*, 1999).

### Salud mental

#### Depresión

La enfermedad depresiva es frecuentemente soslayada y sistemáticamente subdiagnosticada, a pesar de que contribuye a minar de manera significativa la calidad de vida de los adultos mayores. En comparación con el autoreporte de “enfermedad nerviosa”, que fue de alrededor de 10%, el cuadro 5.7 muestra que 20% de los

**Cuadro 5.4. Distribución de la población adulta mayor según consumo de alimentos, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Consumo habitual*	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Total					
Lácteos	—	88,6	87,0	92,6	88,8
Huevos o leguminosas	—	96,7	94,6	95,0	95,4
Carne, aves o pescado	—	86,2	85,9	85,8	86,0
Frutas y verduras		80,9	86,0	87,4	84,7
Hombres					
Lácteos	—	86,3	85,0	91,5	86,8
Huevos o leguminosas	—	98,1	96,6	96,1	97,1
Carne, aves o pescado	—	84,4	86,1	85,9	85,5
Frutas y verduras		71,5	87,6	88,8	82,0
Mujeres					
Lácteos	89,8	90,7	88,5	93,2	90,4
Huevos o leguminosas	95,8	95,2	93,0	94,3	94,0
Carne, aves o pescado	86,0	87,7	85,8	85,8	86,3
Frutas y verduras	85,4	89,8	84,9	86,6	86,8
Total					
Lácteos, leguminosas y carne	—	75,9	73,3	77,6	75,2
Fruta, verdura y carne	—	72,4	75,8	77,3	75,1
Fruta, verdura y lácteos	—	73,6	76,3	81,7	76,7
Hombres					
Lácteos, leguminosas y carne	—	74,2	73,4	77,7	74,6
Fruta, verdura y carne	—	63,9	76,4	80,0	72,6
Fruta, verdura y lácteos	—	64,3	76,4	81,5	73,1
Mujeres					
Lácteos, leguminosas y carne	76,5	77,4	73,3	77,5	75,6
Fruta, verdura y carne	75,1	80,4	75,4	75,7	76,9
Fruta, verdura y lácteos	78,9	82,3	76,2	81,8	79,5

\* Diario: lácteos. Al menos dos veces al día: frutas y verduras. Al menos tres veces por semana: carnes. Al menos una vez por semana: huevo o leguminosas.

**Cuadro 5.5. Distribución de la población adulta mayor según la realización de actividades físicas rigurosas\*, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Actividad física	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Total					
Sí	—	40,2	32,4	21,1	32,2
No	—	59,8	67,6	78,9	67,8
Hombres					
Sí	—	47,8	42,6	35,0	42,9
No	—	52,2	57,4	65,0	57,1
Mujeres					
Sí	29,8	33,3	24,5	13,0	24,0
No	70,2	66,7	75,5	87,0	76,0

\*En los últimos 12 meses.

**Cuadro 5.6. Distribución de la población adulta mayor según la realización de actividades manuales o artísticas\*, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Actividad física	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Total					
Sí	—	36,2	33,5	25,9	62,6
No	—	63,8	66,5	74,1	67,4
Hombres					
Sí	—	27,1	29,4	20,9	26,9
No	—	72,9	70,6	79,1	73,1
Mujeres					
Sí	47,6	45,2	36,7	13,0	37,1
No	52,4	54,8	63,3	87,0	63,0

\*En los últimos 12 meses.

adultos mayores declaran tener depresión, de leve a severa. La prevalencia de ambas formas de depresión se incrementa significativamente por encima de los 75 años y en general es mayor entre las mujeres.

En el mismo cuadro se observa que la prevalencia de depresión mayor parece ser particularmente baja en los mayores de 60 años y oscila entre 4% y 7% para el total. En cambio, la enfermedad depresiva leve es más frecuente y se intensifica a mayor edad, hasta rebasar 20%. Si bien estas formas depresivas menores afectan más a las mujeres, los resultados de SABE muestran que efectivamente son las mujeres de 60 a 75 años las que registran mayor frecuencia, pero que en los varones mayores de 75 años la tendencia cambia y este nivel de de-

presión se incrementa por encima del de aquellas.

En los adultos mayores, la sospecha de depresión mayor ocurre en alrededor de 5% de los casos y la de depresión subsindromática, en aproximadamente 15%. Aun si consideramos que la Escala de Depresión Geriátrica empleada para evaluar a esta población tiene un valor predictivo positivo aproximadamente de 50%, las cifras resultantes siguen siendo elevadas, con respecto a lo informado en otras series. Por otra parte, en el cuadro 5.8 se encuentra el dato, extraordinariamente revelador, de que apenas 20% de aquellos con sospecha de depresión leve tomaron antidepresivos en los últimos 12 meses, y solo 40% de aquellos con sospecha de depresión mayor han recibido tratamiento (Wagner *et al.*, 1999).

**Cuadro 5.7. Distribución de la población adulta mayor según la Escala de Depresión Geriátrica (EDG), por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

EDG*	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Total					
Normal	—	84,3	82,0	70,8	80,2
Depresión leve	—	12,0	13,3	21,8	14,8
Depresión severa	—	3,7	4,7	7,4	5,0
Hombres					
Normal	—	88,7	87,9	68,2	84,2
Depresión leve	—	8,7	10,7	26,5	13,2
Depresión severa	—	2,6	1,4	5,3	2,6
Mujeres					
Normal	79,8	80,2	77,5	72,4	77,0
Depresión leve	15,4	15,1	15,3	18,8	16,1
Depresión severa	4,8	4,7	7,2	8,8	6,9

\* Normal: 0 a 5; leve: 6 a 10; severa: 11 o más.

**Cuadro 5.8. Distribución de la población mayor de 60 años según Escala de Depresión Geriátrica (EDG), por sexo y toma de antidepressivo. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

EDG*	Ha tomado antidepressivo	
	Sí	No
Total		
Normal	34,4	65,6
Depresión leve	19,4	80,6
Depresión severa	36,7	63,3
Hombres		
Normal	33,8	66,2
Depresión leve	15,5	84,5
Depresión severa	50,3	49,7
Mujeres		
Normal	34,9	65,1
Depresión leve	21,5	78,5
Depresión severa	32,4	67,6

\* Normal: 0 a 5; leve: 6 a 10; severa: 11 o más.

### Deterioro cognitivo

La epidemiología de la demencia en los adultos mayores no ha sido aún suficientemente bien caracterizada, en particular en países como México. Sin embargo, las estimaciones mundiales reflejan prevalencias cercanas a 5% para los mayores de 60 años, que pueden alcanzar hasta 40% de los mayores de 85 años. La incidencia de la demencia se incrementa al avanzar la edad y alcanza un pico en la novena década de la existencia. Si bien la enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de deterioro, hay una amplia variedad de posibles causas y los instrumentos de tamizaje empleados para identificar los casos sospechosos son muy sensibles al nivel de escolaridad, por lo que dan numerosos falsos positivos entre los individuos menos escolarizados.

El examen de los resultados anotados en el cuadro 5.9 muestra que existe la sospecha de la presencia de deterioro cognoscitivo en 8% de la población mexicana mayor de 60 años, 6% de los varones y 11% de las mujeres, de acuerdo a los resultados del examen abreviado del estado mental (*Mini Mental State Examination*) y de la prueba Pfeiffer. Un rasgo ya conocido, que se confirma con este examen, es que el deterioro cognoscitivo se incrementa conforme aumenta la edad. Al examinar los datos a la luz de la escolaridad de los sujetos entrevistados es clara una marcada asociación de una mayor prevalencia de sospecha de deterioro entre los menos educados que refleja probablemente más el comportamiento del instrumento que un real incremento en la prevalencia en tales poblaciones. A pesar de lo anterior, el reporte de entre 8% de prevalencia de sospecha de deterioro

cognitivo es concordante con lo reportado en otros estudios (Mangone y Arizaga, 1999).

### Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria es un problema común, perturbador y potencialmente incapacitante. Se define como la pérdida involuntaria de orina en una medida suficiente como para constituir un problema social o de salud. Su prevalencia aumenta con la edad y es mayor entre las mujeres. En el caso de la ZMCM, como se muestra en el cuadro 5.10, 21% de la población mayor de 60 años informó algún grado de incontinencia en los últimos 12 meses (16% de los hombres y 25% de las mujeres). La prevalencia de incontinencia sistemática en el último mes, manifestada en múltiples episodios por semana (en este caso, más de cinco días por mes), se acerca a 8% del total, 5% para los varones y 10% para las mujeres. La salud física y mental, la calidad de vida en general y los costos de la atención a la salud se ven afectados por esta condición. Aun cuando pudiera ser incurable en algunos casos, siempre puede ser manejada para minimizar su repercusión. Por ello, debe ser investigada sistemáticamente (Thomas, 2001).

### Pérdida sensorial

#### Visión

La pérdida de la vista es probablemente el déficit sensorial más temido. La mayoría de las personas con ceguera son mayores de 65 años y el deterioro funcional visual se incrementa al avanzar en edad, de 7% en la sexta década de la vida a 40% por encima de los 90 años. El deterioro grave de la visión se define como la incapacidad para leer la letra pequeña del periódico. Tal grado de pérdida visual es suficiente para interferir con numerosas actividades de la vida diaria. El deterioro de la visión puede conducir a pérdida de la autoestima y de la independencia funcional. Además, el deterioro visual se ha reconocido como un factor de riesgo de mortalidad (Johansen *et al.*, 2003).

Según se observa en los cuadros 5.11 y 5.12, el déficit visual grave para ver de lejos se da en una de cada cuatro personas, aumenta al avanzar la edad y afecta en mayor medida a las mujeres. La población que informa mala condición para ver de lejos es más numerosa, una de cada tres personas, y se presenta por igual en ambos sexos.

#### Audición

El deterioro de la audición es otra deficiencia sensorial que ocurre de manera generalizada al avanzar la edad. Junto con la artrosis y el deterioro de la vista, ocupa uno de los tres primeros lugares entre las incapacidades más frecuentes. Su deterioro limita la funcionalidad y conduce al aislamiento. En EUA, no más de 1% de los jóvenes

**Cuadro 5.9. Distribución de la población adulta mayor según deterioro cognitivo, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Deterioro cognitivo	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
<b>MMSE*</b>					
Total					
13 o más	—	91,5	85,6	61,0	81,6
12 o menos	—	5,7	8,2	15,0	9,0
No especificado	—	2,8	6,2	24,0	9,4
Hombres					
13 o más	—	92,2	87,5	72,5	86,1
12 o menos	—	3,3	6,8	12,1	6,6
No especificado	—	4,5	5,7	15,4	7,3
Mujeres					
13 o más	93,6	90,7	84,1	54,3	78,0
12 o menos	4,5	8,1	9,3	16,7	10,9
No especificado	1,9	1,2	6,6	29,0	11,1
<b>Pfeffer</b>					
Total					
6 o más	—	1,7	4,5	24,2	8,3
5 o menos	—	6,6	9,5	13,6	9,6
No especificado, pase por filtro**	—	91,7	86,0	62,2	82,1
Hombres					
6 o más	—	2,0	4,0	15,0	5,5
5 o menos	—	5,8	8,0	11,2	7,9
No especificado, pase por filtro	—	92,2	88,0	73,8	86,6
Mujeres					
6 o más	1,2	1,3	5,0	29,5	10,5
5 o menos	4,7	7,5	10,5	15,1	10,9
No especificado, pase por filtro	94,1	91,2	84,5	55,4	78,6

\*Mini Mental State Examination. \*\*MMSE=13 o más.

sufren esta afección, mientras que su prevalencia es de 24% de los 65 a los 74 años y de 39% por encima de los 75 años. En el cuadro 5.13 se muestra que 46,7% de la población de 60+ admite tener una audición regular o mala, 50% de los hombres y 44% de las mujeres. La frecuencia del déficit aumenta claramente por encima de los 75 años, en particular la frecuencia de una mala audición se triplica, y esto ocurre con mayor frecuencia entre los varones. El déficit auditivo es también factor de riesgo de otras discapacidades y merece reconocimiento, abordaje terapéutico y seguimiento (DeVore, 1992).

### Malnutrición

Un óptimo estado nutricional es fundamental para el mantenimiento de la salud a cualquier edad. Las alteraciones del mismo, tanto por exceso como por defecto, se asocian con numerosas afecciones crónico-degenerativas. Al avanzar en edad aumentan las probabilidades de sufrir el deterioro del estado nutricional. La correcta evaluación del es-

tado nutricional necesita considerar numerosas variables en distintas dimensiones: antropometría, indicadores bioquímicos, ingesta, etcétera. Sin embargo, es posible aproximarse a su evaluación a través de la estimación del índice de masa corporal (IMC). En el cuadro 5.14 se muestra la distribución de la población en función de su IMC. A partir de la observación de los datos es claro que la obesidad es un problema de salud especialmente prevalente entre los adultos mayores en la Ciudad de México. Las cifras de obesidad, definida como un IMC superior a 30, son particularmente elevadas en esta muestra: 36% de las mujeres y 20% de los varones. En informes previos alcanzan a más de 40% de las mujeres, en particular en las áreas urbanas marginales (Gutiérrez *et al.*, 2001). La prevención y tratamiento de la obesidad en este grupo de edad no se han considerado aún con la importancia que merecen, ya que constituye un importante factor que predispone a dislipidemias y diabetes.

En general, es menor la prevalencia de obesidad, diabetes, dislipidemia y factores de riesgo coronario en el medio rural; tales diferencias están determinadas por la

**Cuadro 5.10. Distribución de la población adulta mayor según incontinencia urinaria, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Frecuencia	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Total					
Con incontinencia	—	16,7	19,5	29,5	21,0
Menos de 5 días	—	65,3	61,2	47,8	57,7
Entre 5 y 14 días	—	16,7	9,3	14,8	13,0
Más de 15 días		13,7	25,7	31,5	24,6
No sabe		4,3	3,8	5,9	4,7
Hombres					
Con incontinencia	—	12,8	12,5	29,1	16,0
Menos de 5 días	—	76,3	65,2	58,8	66,1
Entre 5 y 14 días	—	11,1	8,1	11,4	10,2
Más de 15 días		8,5	23,2	25,6	19,8
No sabe		4,1	3,5	4,2	3,9
Mujeres					
Con incontinencia	23,1	20,6	24,9	29,7	24,9
Menos de 5 días	64,4	58,7	59,6	41,5	53,5
Entre 5 y 14 días	12,0	20,1	9,8	16,7	14,6
Más de 15 días	21,6	16,8	26,7	34,9	26,9
No sabe	2,0	4,4	3,9	6,9	5,0

**Cuadro 5.11. Distribución de la población adulta mayor según condición para ver de lejos, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Condición	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Total					
Excelente	—	5,8	4,0	1,2	3,9
Muy buena	—	7,6	10,4	8,9	9,1
Buena	—	33,4	27,7	23,0	28,4
Regular	—	29,8	35,3	32,4	32,9
Mala	—	23,1	22,4	33,7	25,3
Ciego	—	0,3	0,2	0,8	0,4
Hombres					
Excelente	—	4,5	5,9	2,8	4,8
Muy buena	—	7,7	9,7	9,4	8,9
Buena	—	38,3	32,4	26,0	33,2
Regular	—	27,7	35,2	30,4	31,5
Mala	—	21,1	16,8	30,8	21,2
Ciego	—	0,7	0,0	0,6	0,4
Mujeres					
Excelente	5,2	7,0	2,5	0,3	3,2
Muy buena	11,1	7,6	11,0	8,6	9,3
Buena	29,7	28,8	24,1	21,3	24,8
Regular	33,9	31,4	35,4	33,5	33,7
Mala	19,7	25,2	26,7	35,4	28,6
Ciego	0,4	0,0	0,3	0,9	0,4

**Cuadro 5.12. Distribución de la población adulta mayor según condición para ver de cerca, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Condición	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Total					
Excelente	—	1,4	2,4	0,5	1,6
Muy buena	—	6,4	6,2	6,8	6,4
Buena	—	19,9	26,9	28,0	24,9
Regular	—	37,1	38,0	29,9	35,8
Mala	—	35,2	26,6	34,8	31,3
Hombres					
Excelente	—	1,3	3,3	0,7	2,0
Muy buena	—	8,6	6,2	7,3	7,3
Buena	—	18,7	26,1	28,4	23,9
Regular	—	36,8	38,4	28,2	35,8
Mala	—	34,6	26,0	35,4	31,0
Mujeres					
Excelente	1,8	1,6	1,7	0,4	1,3
Muy buena	4,6	4,3	6,2	6,5	5,7
Buena	19,8	21,2	27,4	27,7	25,7
Regular	38,6	37,0	37,6	30,9	35,6
Mala	35,2	35,9	27,1	34,5	31,7

**Cuadro 5.13. Distribución de la población adulta mayor según condición de audición, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Condición	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Total					
Excelente	—	7,4	8,0	4,9	7,0
Muy buena	—	14,8	13,7	7,0	12,5
Buena	—	32,1	36,4	29,8	33,5
Regular	—	40,2	36,4	42,6	39,1
Mala	—	5,1	5,1	15,5	7,6
Sordo	—	0,4	0,4	0,2	0,3
Hombres					
Excelente	—	8,3	9,6	3,0	7,8
Muy buena	—	13,3	11,5	7,1	11,2
Buena	—	29,6	32,8	29,1	30,9
Regular	—	42,9	42,0	42,6	42,5
Mala	—	5,1	4,1	17,6	7,2
Sordo	—	0,8	0,0	0,6	0,4
Mujeres					
Excelente	8,8	6,5	6,8	6,0	6,5
Muy buena	12,5	16,4	15,4	7,0	13,5
Buena	42,2	34,7	39,3	30,2	35,5
Regular	33,4	37,3	32,0	42,6	36,4
Mala	2,7	5,1	5,8	14,2	7,8
Sordo	0,4	0,0	0,7	0,0	0,3

**Cuadro 5.14. Distribución de la población adulta mayor según Índice de Masa Corporal (IMC), por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

IMC*	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Total					
Bajo peso	—	1,6	2,2	3,7	2,3
Normal	—	20,3	26,0	33,9	25,9
Sobrepeso	—	41,8	44,7	39,6	42,6
Obesidad	—	36,3	27,1	22,8	29,2
Hombres					
Bajo peso	—	0,8	2,6	2,8	1,9
Normal	—	22,9	30,3	37,9	29,0
Sobrepeso	—	50,0	50,9	43,3	49,1
Obesidad	—	26,3	16,2	16,0	20,0
Mujeres					
Bajo peso	1,3	2,3	1,9	4,2	2,6
Normal	15,5	17,9	23,0	31,6	23,6
Sobrepeso	39,2	34,2	40,1	37,6	37,7
Obesidad	44,0	45,6	35,0	26,6	36,1

\* Bajo peso( $\leq 20$  kg/m<sup>2</sup>); normal(>20 a 25 kg/m<sup>2</sup>); sobrepeso(>25 a 30 kg/m<sup>2</sup>); obesidad(>30 kg/m<sup>2</sup>).

dieta y el nivel de actividad física, e influidas por otros factores socioeconómicos (Lerman *et al.*, 1998).

Para la evaluación global del estado nutricional se ha desarrollado una herramienta, ampliamente estudiada y validada a la fecha: el Examen Mínimo del Estado Nutricional (*Mini Nutritional Assessment*) (Guigoz *et al.*, 1996). Esta prueba permite el reconocimiento oportuno de la presencia de desnutrición y la identificación de sujetos en riesgo de sufrirla. A pesar de que en SABE no se encuentra la información óptima para el cálculo de este

indicador, se logró su estimación sustituyendo los datos omitidos por el contenido de variables semejantes. Así, con el cuadro 5.15 se puede observar que cerca de 4% de los sujetos mayores de 60 años presentaban desnutrición, 22% tenían riesgo de deterioro y 74% estaban en un rango normal. El deterioro fue más frecuente a mayor edad y en el sexo femenino.

Los hallazgos anteriores coinciden con informes previos en México, en los que se observa 4,2% de prevalencia de desnutrición en ancianos, cinco veces más en el

**Cuadro 5.15. Distribución de la población adulta mayor según Examen Mínimo del Estado Nutricional,\* por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Examen	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Total					
Desnutrición	—	0,9	3,3	9,5	3,9
Riesgo de desnutrición	—	16,5	20,1	32,3	21,7
Normal	—	82,6	76,6	58,2	74,3
Hombres					
Desnutrición	—	0,0	0,8	8,0	1,9
Riesgo de desnutrición	—	14,7	17,2	28,0	18,4
Normal	—	85,3	82,0	64,0	79,7
Mujeres					
Desnutrición	1,4	1,7	5,0	10,5	5,4
Riesgo de desnutrición	16,2	18,2	22,2	34,7	24,2
Normal	82,4	80,1	72,8	54,9	70,4

\* Desnutrición (<19 puntos); riesgo de desnutrición(  $\geq 19$  a  $\leq 23,5$  puntos); normal (>23,5 puntos).

medio rural y en áreas urbanas marginales. La prevalencia de hipoalbuminemia es más común en la clase urbana pobre (Cervantes *et al.*, 2003).

### Caídas

Las caídas constituyen una causa frecuente de morbilidad e incapacidad y son susceptibles de ser prevenidas. Otras encuestas comunitarias han notificado que 30% de los mayores de 65 años se caen más de una vez al año, que en la mitad de los casos hay múltiples episodios y que ambas cosas ocurren de manera más frecuente a mayor edad. Aunque la mayoría de los eventos no tienen mayor consecuencia, alrededor de 10% se pueden complicar con algún tipo de fractura (Leslie y Roe, 2003).

En el caso de SABE-Mex, las cifras del cuadro 5.16 concuerdan notablemente con lo reportado, pues aproximadamente uno de cada tres mayores de 60 años sufrió una caída en el último año, lo que ocurrió con mayor frecuencia entre las mujeres y en los más longevos. Cabe notar que las mujeres requirieron tratamiento como consecuencia de la caída en 15% de los casos, contra solo 7% de los varones, y que la probabilidad de sufrir una caída con consecuencias médicas aumenta con la edad; en el caso de los varones mayores de 75 años se triplica respecto al grupo de 60-64.

### Osteoporosis

La osteoporosis solía definirse por la presencia de fractura de cadera o aplastamientos vertebrales; en la actualidad se define a partir de los resultados de la medición de la densidad mineral del hueso, tomando como normal la densidad “pico” (para el sexo femenino, la de

mujeres entre 25 y 30 años). En este caso nos referimos a la frecuencia de osteoporosis autoreportada. Se considera que alrededor de 20% de las mujeres posmenopáusicas en los EUA sufren de osteoporosis y que 16% han sufrido una fractura relacionada. En la ZMCM, la frecuencia de osteoporosis autoreportada es tan solo de 10% para las mujeres y de apenas 1,5% para los varones (Melton, 2003) (cuadro 5.17).

Llama la atención que solo un mínimo de personas respondió que desconoce si la sufre o no y que el resto respondió categóricamente. Es bien sabido por informes previos que las mujeres hispanas tienden a tener una incidencia de fractura de cadera aproximadamente 50% menor que las anglosajonas, lo que concuerda con nuestros hallazgos; sin embargo, estos deben confirmarse, pues el autoreporte puede subestimar considerablemente el problema.

### Enfermedades crónicas

El envejecimiento se acompaña con frecuencia del incremento en la comorbilidad y del deterioro progresivo del estado de salud. Muchos adultos mayores presentan múltiples condiciones comórbidas al avanzar en edad. Estas enfermedades crónicas y degenerativas se caracterizan por generar situaciones de dependencia, más que por una elevada letalidad.

En cuanto a las causas de morbilidad crónica específica, desde la Encuesta Nacional de Salud de 1987 se han notificado como las más frecuentes a la hipertensión arterial y la diabetes, seguidas por cardiopatías, neumopatías y enfermedades neoplásicas. La misma fuente señala que la prevalencia lápsica de accidentes y violencias por grupos de edad y sexo alcanza su mayor prevalencia entre los mayores de 55 años, luego del pico ob-

**Cuadro 5.16. Distribución de la población adulta mayor según caídas, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Caídas y tratamiento	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Total					
No se ha caído	—	71,0	66,0	57,5	65,6
Se cayó pero no necesitó tratamiento	—	19,9	23,0	27,1	23,0
Se cayó y necesitó tratamiento	—	9,0	11,0	15,4	11,4
Hombres					
No se ha caído	—	79,5	72,3	61,8	72,8
Se cayó pero no necesitó tratamiento	—	14,8	22,0	25,2	20,0
Se cayó y necesitó tratamiento	—	5,7	5,7	13,0	7,2
Mujeres					
No se ha caído	68,2	63,1	61,1	55,0	60,1
Se cayó pero no necesitó tratamiento	20,7	24,7	23,7	28,2	25,2
Se cayó y necesitó tratamiento	11,1	12,2	15,2	16,8	14,7

**Cuadro 5.17. Distribución de la población adulta mayor según diagnóstico positivo de osteoporosis, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Osteoporosis	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Total					
Sí	—	5,5	6,5	7,7	6,4
No	—	94,5	93,5	92,3	93,6
Hombres					
Sí	—	0,6	2,0	2,0	1,5
No	—	99,4	98,0	98,0	98,5
Mujeres					
Sí	6,3	10,0	10,0	11,0	10,3
No	93,7	90,0	90,0	89,0	89,7

servado en el sexo masculino alrededor de los 25 años. La causa más frecuente es la caída y la región más frecuentemente afectada, los miembros inferiores, particularmente el cuello femoral (Castro *et al.*, 1996).

En nuestra muestra destaca por su frecuencia la hipertensión arterial, notificada por 43% de la población mayor de 60 años encuestada en SABE. Esta cifra de prevalencia de hipertensión es superior a la descrita en 1996 en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, con 38% en personas de 60 a 69 años de edad. La prevalencia de hipertensión arterial es sensiblemente superior a la observada en anglosajones y similar a la informada en estadounidenses de raza negra. Llama la atención que 22% de los casos de hipertensos conocidos en SABE-Mex reportaron que no toman tratamiento alguno para su padecimiento, aunque solo 10% reconocieron sufrir de hipertensión descontrolada, según se expresa en el cuadro 5.18.

La prevalencia de diabetes en la población de mayores de 60 ha sido explorada recientemente en un estudio de tres comunidades mexicanas en los ámbitos urbano y rural. Cabe notar que se encontró una diferencia en la que en ambos ámbitos y que en este grupo de edad la prevalencia de diabetes es dos veces mayor que la de los adultos jóvenes en nuestro país. La prevalencia de diabetes observada en la muestra de SABE fue inferior a la reportada por Lerman y colaboradores (1998).

La diabetes se reportó en 21% de la población encuestada en SABE. Fue más frecuente entre los hombres y aumentó con la edad, hasta llegar a uno de cada cuatro varones mayores de 75 años. Al interrogar a los afectados acerca del uso de medicamentos, 81% refirió consumir hipoglucemiantes orales y 10%, insulina. Una fracción cercana a 10% no especificó la modalidad de tratamiento. Las mujeres con diabetes tienen una mayor probabilidad de usar hipoglucemiantes que los hombres de la misma condición. Del total, 90% se consideraban bien controlados, pero solo 30% señalaron estar mejor

que un año antes. Hasta 40% ha tomado medidas para bajar de peso, lo cual es alentador en cuanto a la eficacia de las recomendaciones dietéticas.

En México el cáncer es la tercera causa de muerte; el riesgo de desarrollar un cáncer invasor se incrementa con la edad y más de la mitad de las neoplasias ocurren en mayores de 65 años. En tal contexto, llama la atención la extremadamente baja cifra de prevalencia autoreportada en nuestra muestra, 2%; esto se explica probablemente por el hecho de que en nuestra sociedad aún es frecuente que al adulto mayor no se le informe con detalle de la naturaleza de su enfermedad, en caso de ser diagnosticado con un padecimiento neoplásico.

La enfermedad pulmonar crónica fue notificada en 10% de la población mayor de 60 años, frecuencia semejante a la reportada en EUA (13%), a pesar de las especulaciones en torno a los efectos de la contaminación del aire. La afección es más comúnmente informada por las mujeres y en ambos sexos a mayor edad. Su repercusión funcional es grave, pues 46% de los que reconocieron padecerla se consideraron funcionalmente incapacitados a consecuencia de la misma. Hasta 10% de los afectados refirieron recibir oxigenoterapia con regularidad.

La enfermedad cardíaca isquémica aguda se notificó en 10%, comparativamente muy por debajo de 18% informado en EUA en una muestra de edad similar. Es posible que la prevalencia de la enfermedad esté subestimada de manera significativa, en particular tomando en cuenta que la cardiopatía isquémica ocupa el primer lugar como causa de muerte en nuestro país en este grupo de edad; quizá la explicación está en su alta letalidad y en que las cifras se obtienen por autoreporte.

En este grupo de edad también son frecuentes las alteraciones del metabolismo de los lípidos como factor de riesgo de enfermedad coronaria. Respecto a esto hay que señalar que los adultos mayores de áreas rurales muestran valores inferiores de CT, C-LDL y Apo B, así

**Cuadro 5.18. Distribución de la población adulta mayor según tipo de padecimiento crónico, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Padecimiento	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Total					
Hipertensión	—	41,3	44,1	42,2	42,7
Diabetes	—	21,0	21,4	22,4	21,5
Cáncer	—	1,8	1,7	2,1	1,9
Enfermedad pulmonar	—	7,5	9,2	14,1	9,8
Enfermedad del corazón	—	7,3	10,2	13,0	10,0
Padecimiento cerebral	—	5,2	6,4	5,8	5,8
Artritis	—	19,8	25,1	29,8	24,5
Hombres					
Hipertensión	—	38,3	33,1	32,2	34,8
Diabetes	—	22,5	21,4	24,3	22,4
Cáncer	—	0,5	0,8	2,4	1,0
Enfermedad pulmonar	—	6,0	8,2	11,7	8,1
Enfermedad del corazón	—	9,4	6,8	17,0	9,8
Padecimiento cerebral	—	7,9	5,5	6,2	6,5
Artritis	—	14,2	16,5	17,7	15,9
Mujeres					
Hipertensión	36,8	44,4	52,6	48,0	48,9
Diabetes	15,1	15,1	19,8	21,5	20,9
Cáncer	3,2	3,1	2,5	1,9	2,5
Enfermedad pulmonar	7,2	9,0	9,9	15,4	11,1
Enfermedad del corazón	7,7	5,4	12,9	10,7	10,1
Padecimiento cerebral	2,7	2,6	7,1	5,6	5,3
Artritis	20,6	25,2	31,7	36,9	31,2

como una menor prevalencia de dislipidemias (Aguilar-Salinas *et al.*, 2001). El régimen alimenticio de la población rural tiene un mayor contenido en fibra e hidratos de carbono complejos, así como un menor contenido de lípidos, en comparación con el ámbito urbano. La frecuencia de hipercolesterolemia en las mujeres de mayor edad es casi el doble que la de las mujeres jóvenes y en los hombres mayores alcanza 25%.

La enfermedad vascular cerebral se notifica en 6,5% de los hombres y 5,3% de las mujeres de nuestra población, frecuencia por debajo de la observada en EUA, donde en los mayores de 75 años es de 14% en los varones y de 8,5% en las mujeres. Por otra parte, la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas encontró cifras en 1996 que apenas alcanzan la mitad de lo que ahora observamos en el grupo de edad de 60 a 70 años. Si bien podríamos considerar una tendencia al aumento de la incidencia de la afección, un incremento de tal magnitud es difícil de sustentar con base en nuestros datos por diferencias en la metodología de las encuestas. Hasta 60% de los afectados manifiestan haber quedado con secuelas funcionales consecutivas al evento.

La artritis, especialmente la osteoartritis, suele ser en otros países la condición crónica más frecuente: 45%

en EUA en 1998; no obstante, en el caso de SABE el autoreporte fue mucho menor, particularmente baja entre los varones (6%), y más alta entre las mujeres (31%). Aunque hasta 70% de los entrevistados refirieron haber sufrido de artralgias, solo 18% manifestó repercusión funcional significativa del padecimiento articular. Sin embargo, hasta 45% de los que la sufren han consultado en algún momento al médico por esta razón.

La comorbilidad es frecuente, como puede observarse en el cuadro 5.19. Un tercio de la población, 27% de las mujeres y 38% de los hombres, está libre de cualquier afección crónico-degenerativa. Otro tercio sufre al menos una; 23%, dos, y el resto, tres o más. Llama la atención que 11% de las mujeres y 6% de los hombres tienen tres padecimientos crónicos simultáneos.

### Enfermedades específicas de género

La histerectomía es muy frecuente en nuestro país. Según SABE-Mex, 18% de las mujeres mayores de 60 años han sido sometidas a histerectomía (cuadro 5.20), la mitad total (histero-salpingo-forectomía) y la mitad histerectomía simple. Esto ha ocurrido con frecuencia ligeramente superior entre las mujeres más jóvenes de la

**Cuadro 5.19. Distribución de la población adulta mayor según número de padecimientos crónicos, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Número	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Total					
0	—	37,4	29,5	29,2	32,0
1	—	31,8	36,6	30,9	33,7
2	—	22,2	22,4	25,7	23,1
3	—	6,7	9,6	10,3	8,8
4	—	1,9	1,6	3,6	2,2
5	—	0,0	0,3	0,3	0,2
Hombres					
0	—	39,2	38,3	37,0	38,4
1	—	30,0	38,1	30,2	33,6
2	—	24,5	17,0	21,7	20,7
3	—	5,0	6,3	7,5	6,1
4	—	1,3	0,3	2,7	1,1
5	—	0,0	0,0	0,9	0,1
Mujeres					
0	39,2	35,2	22,6	24,6	26,9
1	36,0	33,7	35,4	31,3	33,8
2	18,5	20,2	26,7	28,0	25,1
3	5,4	8,4	12,1	11,9	11,0
4	0,8	2,5	2,7	4,2	3,0
5	0,1	0,0	0,5	0,0	0,2

muestra y con mayor frecuencia (59%) se ha efectuado antes de los 50 años, que es la edad media de la menopausia natural. Por esta razón, muchas mujeres nunca experimentaron el cese natural de la menstruación. El seguimiento y los programas de tamizaje en este subgrupo difieren del conjunto.

Entre quienes cursaron normalmente su menopausia, parecería que las mujeres de mayor edad hubiesen tendido a presentarla más tardíamente, pero el dato es difícil de interpretar en virtud de que en nuestra muestra es más común que las mujeres de mayor edad no recuerden la fecha de su última menstruación.

**Cuadro 5.20. Distribución de la población femenina adulta mayor por grupos de edad, según edad a la histerectomía, a la última menstruación y al uso de estrógenos. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Edad al evento	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Ha tenido histerectomía	19,8	17,4	21,0	15,2	18,4
Menos de 50 años	80,5	73,8	51,8	56,3	58,7
50 años y más	18,7	26,2	46,3	40,7	39,6
No sabe, no responde	0,8	0,0	2,0	3,0	1,7
Ha tenido última menstruación	87,1	100,0	99,0	100,0	99,6
Menos de 50 años	56,3	57,6	51,5	38,6	49,8
50 años y más	39,4	34,2	37,5	35,9	36,0
No sabe, no responde	4,3	8,2	11,0	25,5	14,2
Ha usado estrógenos	18,1	10,1	10,0	8,3	9,6
Menos de 50 años	48,4	47,1	41,4	66,4	49,1
50 años y más	51,6	52,9	58,6	33,6	50,9

La terapia de reemplazo hormonal ha sido empleada por décadas para tratar los síntomas de la menopausia, aunque después se promovió como un recurso para la prevención de enfermedades. En nuestra población, solo 10% de las mujeres entrevistadas reportaron haber consumido estrógenos en algún momento. La terapia hormonal les fue prescrita por primera vez con igual frecuencia antes y después de los 50 años de edad. A la luz de los nuevos hallazgos relativos al riesgo inherente al consumo de estrógenos conjugados asociados a progestágenos, esta constatación tiene implicaciones más bien positivas.

Por el lado de la población mayor masculina, la enfermedad prostática afecta a uno de cada cuatro hombres antes de alcanzar la edad de 80 años (cuadro 5.21). A pesar de ello, el examen prostático parece ser aún infrecuente en nuestra población, pues solo 24% de los entrevistados refirieron haberlo recibido al menos una vez en los últimos dos años. Además, esta población notificó una frecuencia cercana a 40% de síntomas de polaquiuria, disuria y nicturia, sugestivos de obstrucción al vaciamiento de la vejiga, con mayor probabilidad de origen prostático.

### Desigualdades socioeconómicas en salud

#### *Autopercepción de salud por nivel de instrucción, suficiencia de ingresos percibida y quintil de ingresos*

Las desigualdades que se observan en la población evaluada son notorias al considerar las diferencias en nivel de escolaridad e ingresos. El informe de la autopercepción del estado de salud se asocia con el nivel de escolaridad y esto sucede por igual en todos los adultos mayores de la muestra, independientemente de la edad, y por igual entre hombres y mujeres. Las personas con una escolaridad más baja son más proclives a evaluar su salud como regular o mala.

La asociación es aún más clara al tabular la autopercepción del estado de salud por la suficiencia de ingresos percibida (cuadro 5.22). Prevalece una autopercepción buena entre quienes informan suficiencia de ingresos, con una frecuencia dos veces mayor con respecto a quienes no los tienen; por el contrario, prevalece una autopercepción mala, casi 50% más elevada, entre quienes no tienen suficientes ingresos contra quienes los perciben como suficientes.

La baja escolaridad y la insuficiencia de ingresos percibida determinan una probabilidad mayor de que la autopercepción del estado de salud sea desfavorable. La influencia parece muy significativa pues, en el caso de la escolaridad, la frecuencia de autoreporte de mala salud es más del doble entre quienes son analfabetas o con primaria incompleta, que entre quienes completaron su educación básica. En cuanto a la insuficiencia de ingresos percibida, la influencia se define con igual claridad. Es bien conocida la asociación entre una autopercepción negativa del estado de salud y el riesgo de muerte. Es probable que poblaciones de adultos mayores poco educados y pobres enfrenten un mayor riesgo de morir.

#### *Estado cognoscitivo y trastornos crónicos por nivel de instrucción, suficiencia de ingresos percibida y quintil de ingresos*

Destacan también las diferencias socioeconómicas observadas según anomalías en el estado mental. La probabilidad de tener una baja escolaridad o de no tener instrucción aumenta con un puntaje bajo en el Examen Mínimo del Estado Mental y un puntaje elevado en la prueba de Pfeffer. En el cuadro 5.23 se aprecia que 70% de la población con deterioro cognitivo no terminó la educación primaria.

La tendencia por quintil de ingresos va en el mismo sentido: mientras más bajos son los ingresos, más elevada la sospecha de deterioro. Los adultos mayores que notifican deterioro cognoscitivo se concentran en los

**Cuadro 5.21. Distribución de la población masculina adulta mayor por grupos de edad, según examen de próstata\* y padecimientos prostáticos actuales. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

<i>Problemas prostáticos</i>	<i>Grupos de edad</i>			<i>Total</i>
	<i>60-64</i>	<i>65-74</i>	<i>≥ 75</i>	
Examen de próstata	11,4	31,0	32,0	24,2
Polaquiuria	35,4	38,5	52,3	40,2
Disuria				
Chorro débil y pequeño	21,0	28,2	28,6	25,6
Ardor al orinar	16,9	7,8	13,7	12,3
Nicturia	30,5	34,4	49,7	36,1

\*En los últimos dos años

**Cuadro 5.22. Distribución de la población mayor de 60 años por autopercepción de la salud, según desigualdades socioeconómicas. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Variable de desigualdad	Autopercepción de la salud		
	Excelente/buena	Regular	Mala
Escolaridad			
Sin instrucción	19,6	22,4	29,8
Primaria incompleta	29,9	42,6	43,6
Primaria completa	30,2	18,1	14,5
Media básica	7,0	7,1	5,7
Media superior	4,8	5,6	3,2
Superior	8,5	4,2	3,2
Suficiencia percibida de ingresos			
Tiene suficiente para vivir	65,3	49,8	36,1
No tiene suficiente para vivir	34,7	50,2	63,9
Quintil de ingresos*			
No recibe ingresos	19,9	27,9	31,8
I, 40 pesos	11,2	11,5	23,6
II, 1.280 pesos	9,3	16,9	11,6
III, 2.200 pesos	15,4	12,9	13,9
IV, 4.000 pesos	16,2	18,9	12,5
V, 8.800 pesos	28,0	11,9	6,6

\* Pesos indican límite inferior del quintil. El tipo de cambio promedio en el 2000 fue de 9.46 pesos por dólar.

**Cuadro 5.23. Distribución de la población mayor de 60 años por deterioro cognitivo, según desigualdades socioeconómicas. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Variable de desigualdad	Deterioro cognitivo	
	MMSE* $\geq 13$ o Pfeffer $\leq 5$	Pfeffer $\geq 6$
Escolaridad		
Sin instrucción	36,4	17,4
Primaria incompleta	34,6	40,6
Primaria completa	19,0	
Media básica	7,4	9,6
Media superior	3,0	5,4
Superior	1,9	8,0
Suficiencia percibida de ingresos		
Tiene suficiente para vivir	59,2	51,3
No tiene suficiente para vivir	40,8	48,7
Quintil de ingresos**		
No recibe ingresos	45,7	24,4
I, 40 pesos	20,5	13,4
II, 1,280 pesos	12,1	13,6
III, 2,200 pesos	11,1	14,2
IV, 4,000 pesos	7,1	17,7
V, 8,800 pesos	3,5	16,7

\* Mini Mental State Examination.

\*\* Pesos indican límite inferior del quintil. El tipo de cambio promedio en el 2000 fue de 9.46 pesos por dólar.

quintiles más bajos de ingreso y sobresale el alto porcentaje de quienes no reciben ingresos (45,7%), en comparación con la proporción de adultos mayores sin este tipo de deterioro que no reciben ingresos (24,4%).

Al igual que en el caso de la escolaridad, la prevalencia de deterioro cognoscitivo se ha observado ligada a otros marcadores de "vulnerabilidad" desde la perspectiva social; esto probablemente refleja, aunque no ha sido demostrado, que existe una mayor exposición a factores de riesgo. Sin duda también, al menos en alguna medida, un puntaje bajo en el Test de Folstein es más probable entre los más pobres y los menos educados por factores culturales, sin que eso obligadamente refleje deterioro.

La OPS publicó recientemente un documento que recolecta una serie de ensayos dirigidos a analizar la problemática de equidad y salud desde el punto de vista contextual, estableciendo prioridades y proponiendo soluciones a la inequidad prevalente (PAHO, 2001). A partir de la lectura del documento es claro que estas disparidades están en el origen de las diferencias muy significativas que se han observado en indicadores tales como la mortalidad materna, la mortalidad perinatal y, más recientemente, la esperanza de vida.

Los datos sobre desigualdad de SABE-Mex muestran que estas disparidades también se manifiestan en las edades más avanzadas de la vida, quizá aun en mayor grado. Los mismos reflejan el efecto combinado de la pobreza, la baja escolaridad y las dificultades para obtener acceso a los servicios de salud.

### *Afecciones crónicas y degenerativas*

Las afecciones crónico-degenerativas han cobrado creciente importancia en México no solo como causa de muerte sino también, de manera muy importante, de discapacidad. Los padecimientos que han recibido mayor atención son los de origen cardiovascular y metabólico: la aterosclerosis y la diabetes. Sin embargo, la artrosis, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las afecciones que comprometen la salud mental merecen atención particular, pues contribuyen también al deterioro funcional y a la merma de la calidad de vida de manera muy significativa. La inequidad, según puede apreciarse en el cuadro 5.24, también influye en la prevalencia de estas afecciones.

### *Sintomatología depresiva por nivel de instrucción, suficiencia de ingresos percibida y quintil de ingresos*

La contribución de la depresión al deterioro de la calidad de vida es insoslayable. El cuadro 5.25 refleja la prevalencia de sintomatología depresiva en distintos grupos de escolaridad e ingreso y demuestra el incremento en la prevalencia de estos síntomas en los grupos de menor escolaridad y en razón de la insuficiencia de ingresos. Tales hallazgos no son atribuibles a la in-

fluencia de las covariables en los instrumentos de detección. Los instrumentos de tamizaje no establecen el diagnóstico de depresión, sino solo conducen a la sospecha de su posible presencia, ya que su valor predictivo positivo ronda apenas 50%; sin embargo, aun tomando en consideración tales limitaciones, es muy clara la tendencia a una mayor prevalencia entre los más pobres y los menos educados.

### *Dificultad en actividades de la vida diaria (AVD) por nivel de instrucción, suficiencia de ingresos percibida y quintil de ingresos*

Es de esperarse que las desigualdades sociales y económicas ya referidas, las cuales tienen un impacto sobre la salud en su conjunto y por ende incrementan la prevalencia de las afecciones crónico-degenerativas entre los sujetos más desfavorecidos, tengan un impacto sobre su funcionalidad. En el cuadro 5.26 se hace patente tal repercusión. Quienes no tienen instrucción tienen una probabilidad mucho mayor de sufrir deterioro funcional; la proporción de los dependientes supera a los funcionales en este segmento, y en el grupo de mayor escolaridad hay el doble de personas sin deterioro funcional con respecto a quienes lo sufren. El mismo fenómeno se observa en relación a la suficiencia de ingresos percibida y entre los quintiles de ingreso.

**Cuadro 5.24. Distribución de la población mayor de 60 años por número de padecimientos crónicos, según desigualdades socioeconómicas. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

<i>Variable de desigualdad</i>	<i>Número de padecimientos crónicos</i>			
	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3 y más</i>
Escolaridad				
Sin instrucción	19,3	17,3	15,5	28,5
Primaria incompleta	39,1	40,4	40,0	43,8
Primaria completa	19,4	19,0	19,8	14,5
Media básica	8,8	10,1	10,3	7,4
Media superior	4,5	5,0	6,8	4,3
Superior	8,9	8,2	7,6	1,5
Suficiencia percibida de ingresos				
Tiene suficiente para vivir	56,4	48,1	53,1	47,0
No tiene suficiente para vivir	43,6	51,9	46,9	53,0
Quintil de ingresos*				
No recibe ingresos	23,6	26,0	27,4	30,6
I, 40 pesos	13,2	13,0	16,5	13,7
II, 1.280 pesos	12,6	15,3	10,6	17,2
III, 2.200 pesos	16,4	12,2	12,3	14,5
IV, 4.000 pesos	16,0	17,5	17,9	14,6
V, 8.800 pesos	18,2	16,0	15,3	9,4

\* Pesos indican límite inferior del quintil. El tipo de cambio promedio en el 2000 fue de 9.46 pesos por dólar.

**Cuadro 5.25. Distribución de la población mayor de 60 años por Escala de Depresión Geriátrica, según desigualdades socioeconómicas. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

<i>Variable de desigualdad</i>	<i>Escala de Depresión Geriátrica</i>		
	<i>Normal</i>	<i>Leve</i>	<i>Severa</i>
Escolaridad			
Sin instrucción	17,1	26,6	25,0
Primaria incompleta	38,8	49,4	46,3
Primaria completa	19,4	13,5	17,7
Media básica	10,4	5,7	1,4
Media superior	6,0	2,1	1,4
Superior	8,3	2,7	8,2
Suficiencia percibida de ingresos			
Tiene suficiente para vivir	54,4	36,0	39,8
No tiene suficiente para vivir	45,6	64,0	60,2
Quintil de ingresos*			
No recibe ingresos	23,1	36,3	40,4
I, 40 pesos	12,1	21,5	24,9
II, 1,280 pesos	13,8	12,9	17,9
III, 2,200 pesos	14,7	8,3	8,2
IV, 4,000 pesos	18,1	14,2	4,7
V, 8,800 pesos	18,2	6,8	3,9

\* Pesos indican límite inferior del quintil.

El tipo de cambio promedio en el 2000 fue de 9.46 pesos por dólar.

**Cuadro 5.26. Distribución de la población mayor de 60 años por dificultad con al menos una AVD,\* según desigualdades socioeconómicas. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

<i>Variable de desigualdad</i>	<i>Dificultad con AVD</i>	
	<i>No</i>	<i>Sí</i>
Escolaridad		
Sin instrucción	17,6	24,5
Primaria incompleta	38,8	47,0
Primaria completa	19,0	17,2
Media básica	10,1	6,3
Media superior	6,1	1,3
Superior	8,4	3,7
Suficiencia percibida de ingresos		
Tiene suficiente para vivir	54,1	41,3
No tiene suficiente para vivir	45,9	58,7
Quintil de ingresos**		
No recibe ingresos	23,2	38,8
I, 40 pesos	13,3	15,3
II, 1.280 pesos	13,8	13,0
III, 2.200 pesos	13,9	13,7
IV, 4.000 pesos	18,0	12,5
V, 8.800 pesos	17,9	6,6

\* Actividades básicas de la vida diaria: cruzar un cuarto caminando, bañarse, ir al baño, vestirse, alimentarse y acostarse o pararse de la cama.

\*\* Pesos indican límite inferior del quintil. El tipo de cambio en el 2000 fue de 9.46 pesos por dólar.

## CAPÍTULO 6

### *Limitaciones funcionales*

---

La manera más apropiada de aproximarse a la evaluación global de la salud de los adultos mayores es mediante la apreciación de su estado funcional. La evaluación funcional logra un acercamiento a la repercusión de la enfermedad sobre la salud, que correlaciona bien con desenlaces específicos como son el riesgo de muerte o institucionalización, o ambos. Representa además con fidelidad el nivel de requerimientos asistenciales y puede emplearse como herramienta para la planeación.

Es de esperarse que exista una relación entre la autopercepción del estado de salud de una persona y su capacidad para realizar actividades necesarias y propias de la vida cotidiana. Este es el caso con los hallazgos de SABE-Mex, pues se observa un incremento en la presencia de deterioro funcional básico cuando se declara mala salud. Esto sucede en todos los grupos de edad observados, y en ambos sexos.

Como concepto, la "incapacidad" es el déficit funcional resultante de la acción de la enfermedad en un órgano, aparato o sistema y la "invalidez" es el resultado de la interacción de las incapacidades del individuo con el medio social y económico que le circunda (WHO, 1980). En México es difícil estimar la prevalencia de las incapacidades, pues no existe un sistema de información que las registre en forma periódica. Sin embargo, la Encuesta Nacional de Invalidez, realizada en 1982 por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) (Gutiérrez Robledo, 1990), mostró con claridad que la prevalencia de las incapacidades se incrementa en función de la edad. En relación también con la invalidez, la Encuesta de Necesidades de los Ancianos en la Comunidad de 1980 (ENAC) (Álvarez y Brown, 1983), muestra que 6% de los mayores de 60 años son parcialmente dependientes para las actividades de la vida cotidiana y 2% lo son totalmente. Entre los mayores de 80

años de edad, 40% tenían ya entonces al menos una incapacidad, por lo general del área motora.

La Encuesta Nacional Sociodemográfica del Envejecimiento en México (ENSE-94), realizada por el Consejo Nacional de Población de 1994 (Gutiérrez, 1998) mostró de nuevo claramente que la frecuencia de la incapacidad se incrementa, particularmente después de los 80 años y en mayor grado en el sexo femenino. Hasta 25% de las mujeres de 80 años o más se encontraban confinadas a su domicilio y 3% no podían siquiera salir de la cama sin ayuda. La creciente invalidez y consecutiva dependencia en la edad avanzada aumentan la carga que debe soportar el entorno y propician una baja del umbral de la tolerancia familiar, lo que provoca, entre otros efectos, al deterioro de los lazos de apoyo y solidaridad familiar.

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

Los resultados de la evaluación funcional de la población en SABE-Mex concuerdan con los informados previamente en la ENSE-94. El grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, estimado en función de la dificultad para bañarse, vestirse o desvestirse, llegar al inodoro, alimentarse o desplazarse en la propia habitación, se ve con frecuencia comprometido. En el cuadro 6.1 se indican los porcentajes de adultos mayores que tienen deterioro básico cuando este se define como la presencia de dificultad para realizar al menos una de las actividades básicas. Las cifras indican que la prevalencia es de cerca de 20% para el total de la población, mayor para las mujeres que para los hombres. El deterioro tiende a presentarse en mayor proporción en la población conforme aumenta la edad y llega a afectar a un poco más de la tercera parte de los adultos mayores en el grupo de edad de 75 años o más.

**Cuadro 6.1. Distribución de la población adulta mayor, según presencia de deterioro básico, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

<i>Dificultad en AVD</i>	<i>Grupos de edad</i>				<i>Total</i>
	<i>50-59</i>	<i>60-64</i>	<i>65-74</i>	<i>≥ 75</i>	
Total					
No	—	88,8	83,4	63,9	80,5
Al menos una	—	11,2	16,6	36,1	19,5
Hombres					
No	—	91,6	86,4	63,8	83,7
Al menos una	—	8,4	13,6	36,2	16,4
Mujeres					
No	89,1	86,7	81,2	64,0	78,2
Al menos una	10,9	13,3	18,8	36,0	21,8

**Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)**

Las actividades instrumentales requieren de habilidades de mayor complejidad para su ejecución; desplazarse fuera del domicilio, realizar actividades ligeras y pesadas, tomar medicamentos y manejar el dinero, son incapacidades más frecuentes que las que se presentan en el nivel básico. En el cuadro 6.2 se muestra la distribución de los adultos mayores según presencia de deterioro instrumental, entendido como la dificultad para realizar alguna de las actividades instrumentales. De la población encuestada, 27,9% presenta alguna discapacidad que denota deterioro instrumental, con una clara diferenciación por sexo y edad. El porcentaje de hombres que presenta deterioro instrumental es 17,6%, este porcentaje crece de manera importante conforme aumenta la edad, al pasar de 7,5% en el grupo de 60-64 a 41,4% en el grupo de 75 años o más. Las mujeres se ven afectadas en mayor medida por el deterioro funcional: 35,9% sufre de alguna incapacidad en el nivel instru-

mental, y más de la mitad de la población femenina en el grupo de edad más avanzado tiene al menos una discapacidad en este mismo nivel.

La evaluación de las capacidades instrumentales tiene un marcado sesgo de género en razón de que hay muchas acciones que los varones no llevan a cabo rutinariamente en nuestro medio, como cocinar o asear la vivienda. A pesar de ello, es significativo que la prevalencia de limitaciones funcionales en el nivel instrumental es mayor entre las mujeres.

Es muy claro que la dependencia, tanto para la ejecución de las actividades básicas como para las instrumentales, es más frecuente a mayor edad y afecta más al sexo femenino en todos los casos.

La necesidad de atención domiciliaria o institucional es usualmente una consecuencia del deterioro funcional. La elevada prevalencia del mismo permite anticipar una creciente demanda en el sector de instituciones de cuidados prolongados para este grupo poblacional.

**Cuadro 6.2. Distribución de la población adulta mayor, según presencia de deterioro instrumental, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

<i>Dificultad en AIVD</i>	<i>Grupos de edad</i>				<i>Total</i>
	<i>50-59</i>	<i>60-64</i>	<i>65-74</i>	<i>≥ 75</i>	
Total					
No	—	86,0	75,7	47,0	72,1
Al menos una	—	14,0	24,3	53,0	27,9
Hombres					
No	—	92,5	85,2	58,6	82,4
Al menos una	—	7,5	14,8	41,4	17,6
Mujeres					
No	84,0	79,7	68,4	40,3	64,1
Al menos una	16,0	20,3	31,6	59,8	35,9

## Movilidad

Las ciudades mexicanas en general aún no cuentan con facilidades para las personas discapacitadas e incluso se caracterizan por presentar una variedad de barreras arquitectónicas. La apreciación de las capacidades motrices permite una aproximación a la dimensión del problema que esto representa para nuestros adultos mayores. En el cuadro 6.3 se describe la presencia de al menos una discapacidad en una variedad de acciones tales como, en orden decreciente de dificultad, trotar un kilómetro, caminar varias calles, caminar una cuadra, estar sentado por dos horas, levantarse de una silla después de permanecer en ella por tiempo prolongado, subir las escaleras de varios pisos, subir un tramo de escaleras, agacharse, extender los brazos por encima de los hombros, tirar de o empujar un objeto, levantar cinco kilos de peso y levantar una moneda de una mesa.

Es claro que la gran mayoría de los adultos mayores tiene algún grado de limitación motriz y sufre, en consecuencia, de dificultades de adaptación para desplazarse en el entorno urbano. Por otra parte, el deterioro de la movilidad, inclusive el enlentecimiento de la marcha, medido en forma cronometrada, se ha reconocido como uno de los más fiables marcadores de incipiente fragilidad (Newman *et al.*, 2003).

La transición a una situación de dependencia funcional implica cambios en las condiciones de salud y funcionalidad del adulto mayor y una redefinición de sus necesidades, que apunta al aumento de sus requerimientos de apoyo cotidiano en las actividades de la vida diaria. El creciente número de personas que en las próxi-

mas décadas estará en esta situación representa un gran reto, tanto para el diseño de políticas de seguridad social como para la implantación de programas que permitan prevenir los problemas de salud de este grupo poblacional y brinden apoyo a las familias que tendrán un anciano en casa. La puesta en práctica de soluciones efectivas es difícil, sin embargo, dado que a los rezagos acumulados en materia de seguridad social se suma la crisis de legitimidad de dicho sistema; por si ello no bastara, hay que agregar el evidente decremento en el tamaño medio de las familias, lo que probablemente traerá consigo un debilitamiento de la institución que tradicionalmente y hasta la fecha se ha hecho cargo de los ancianos situados en una condición de deterioro funcional.

La promoción de la salud y el fortalecimiento de la atención primaria deben reducir o diferir el deterioro funcional en el mediano plazo. Sin embargo, es urgente resolver las necesidades actuales mediante el empleo y la optimización de la infraestructura existente, así como la promoción del mantenimiento a domicilio, tomando en cuenta no solo las necesidades observadas, sino también las sentidas por la población objeto de esta atención para una correcta adecuación de los servicios. En este sentido, hay un imperativo inmediato que nace del deterioro funcional de los adultos mayores, en especial de los más ancianos y del sexo femenino, que hace patente la necesidad de desarrollar la atención domiciliaria y los servicios comunitarios. Aunado a ello, se requiere desarrollar un sistema de vigilancia epidemiológica para el monitoreo de indicadores funcionales y trabajar en la elaboración de normatividad respecto a este tema, por ahora inexistente.

**Cuadro 6.3. Distribución de la población adulta mayor, según dificultad en movilidad, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Dificultad en movilidad	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Total					
No	—	21,7	14,2	8,0	15,1
Al menos una	—	78,3	85,9	92,0	84,9
Hombres					
No	—	29,6	21,1	11,0	22,1
Al menos una	—	70,4	78,9	89,0	77,9
Mujeres					
No	20,4	14,4	8,7	6,3	9,7
Al menos una	79,6	85,7	91,3	93,7	90,3



## CAPÍTULO 7

### *Uso y acceso a servicios sociales y de salud*

Para cualquier sociedad en proceso de envejecimiento, el mayor desafío corresponde a las necesidades de salud y de bienestar de los adultos mayores, quienes se caracterizan por una elevada prevalencia de riesgos y fragilidad. Además, en el caso particular de México, y en general de América Latina, este reto conlleva las connotaciones del subdesarrollo (ChigneVerástegui *et.al.*, 2001). Así, se trata de una transición epidemiológica que avanza con mayor velocidad e ímpetu que la creación de los recursos necesarios para enfrentarla. Ante esta perspectiva, SABE-Mex ofrece una aproximación a la descripción de la situación actual en cuanto a disponibilidad, acceso y uso de servicios de salud.

#### Uso de servicios de salud ambulatorios

##### *Consultas ambulatorias de salud*

El cuadro 7.1 indica que en la Ciudad de México es raro que la persona acuda con algún profesional de la salud que no sea el médico para atender un problema de salud. Solo una proporción marginal acude a otros profesionales como los farmacéuticos, la cual es ligeramente superior en el caso de los varones de 75 años o más. También es poco frecuente, en este medio urbano, la consulta a personas que practican la medicina tradicional como una alternativa de atención a la salud.

**Cuadro 7.1. Distribución de la población adulta mayor según consultas de salud durante los últimos 4 meses, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

<i>Visitas a profesionales</i>	<i>Grupos de edad</i>				<i>Total</i>
	<i>50-59</i>	<i>60-64</i>	<i>65-74</i>	<i>≥ 75</i>	
Total					
Consulta pública	—	71,2	64,6	59,4	65,3
Consulta privada	—	26,0	30,9	34,5	30,3
Farmacia	—	0,9	0,4	1,0	0,7
Curandero	—	0,6	0,3	0,0	0,3
Otro	—	1,3	3,8	5,1	3,4
Hombres					
Consulta pública	—	76,4	70,4	67,4	71,9
Consulta privada	—	22,3	27,8	28,0	25,9
Farmacia	—	0,0	0,0	1,6	0,3
Curandero	—	1,3	0,0	0,0	0,5
Otro	—	0,0	1,8	3,0	1,4
Mujeres					
Consulta pública	59,3	67,1	61,2	55,4	61,2
Consulta privada	36,5	29,0	32,7	37,7	33,1
Farmacia	1,1	1,6	0,6	0,8	0,9
Curandero	0,2	0,0	0,5	0,0	0,2
Otro	2,9	2,3	5,0	6,1	4,6

El cuadro 7.2 muestra que 79% de los adultos mayores hicieron uso de los servicios ambulatorios de salud en el año previo a la entrevista (83% de las mujeres y 74% de los hombres). Existen otras diferencias por sexo: en las mujeres, a mayor edad hay mayor uso de servicios privados; en los hombres, a mayor edad hay una demanda ligeramente superior de servicios públicos. La presencia de una proporción, si bien pequeña, de quienes no buscaron una consulta a pesar de haberla necesitado, sugiere la falta de acceso de algunas personas a los servicios de salud, incluso en casos en que se requiere la atención médica. Destaca también la creciente importancia de los servicios privados de salud, a medida que la edad es mayor y la probabilidad de estar asegurado es menor. Estos hallazgos no difieren de otros estudios previamente informados en zonas vecinas a la Ciudad de México (Pacheco Ríos *et. al.*, 2001).

### Vacunas

En México, se carece de una cultura adecuada acerca de lo que es la gripe o influenza y de la utilización de su vacuna (Moreira, 2001), por lo que sorprende el auto-reporte tan elevado de prevalencia de vacunación anti-

gripal en nuestra población (cuadro 7.3). Dentro de los programas de prevención, es importante llevar a cabo campañas de difusión de estas vacunas, a fin de promover su empleo en el país para prevenir el padecimiento y sus complicaciones. Cabe mencionar que, aun si estos hallazgos corresponden a la realidad, todavía se pueden mejorar las acciones de prevención, pues casi la mitad de los adultos mayores no se aplican vacuna alguna.

### Acceso a servicios de salud ambulatorios

#### Tiempo y costo

Los cuadros 7.4 y 7.5 dan cuenta del tiempo para llegar al lugar de atención médica en la ZMCM y del costo de las consultas. Respecto al tiempo, se observa que fue menor a los 30 minutos en la mayor parte de la población adulta mayor, 70%, lo cual señala que existe la posibilidad de acudir a centros de salud cercanos. En cuanto al costo, sobresale que 40% de adultos mayores pagan por las consultas, porcentaje que se incrementa con la edad y es mayor para las mujeres que para los hombres. La proporción de hombres que utiliza los ser-

**Cuadro 7.2. Cuadro 7.1. Distribución de la población adulta mayor según consultas de salud durante los últimos 12 meses, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Visitas a profesionales	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
<b>Total</b>					
No hizo consulta aunque la necesitó	—	2,9	1,2	1,7	1,9
No necesitó consulta	—	20,3	20,3	14,5	18,9
Uso de servicio público	—	52,4	52,8	52,4	52,6
Uso de servicio privado	—	21,7	23,8	28,6	24,2
Farmacia	—	0,4	0,2	0,0	0,2
Curandero	—	0,3	0,4	0,0	0,3
Otro	—	2,0	1,3	2,8	1,9
<b>Hombres</b>					
No hizo consulta aunque la necesitó	—	2,5	1,9	0,6	1,9
No necesitó consulta	—	24,9	27,4	13,8	23,7
Uso de servicio público	—	48,6	49,0	60,1	51,1
Uso de servicio privado	—	21,4	20,5	24,8	21,7
Farmacia	—	0,0	0,0	0,0	0,0
Curandero	—	0,6	0,4	0,0	0,4
Otro	—	2,0	0,8	0,7	1,2
<b>Mujeres</b>					
No hizo consulta aunque la necesitó	1,9	3,3	0,8	2,3	1,9
No necesitó consulta	17,5	15,5	14,8	15,0	15,0
Uso de servicio público	51,7	56,4	55,7	47,9	53,8
Uso de servicio privado	26,8	22,0	26,3	30,8	26,3
Farmacia	0,3	0,9	0,4	0,0	0,4
Curandero	0,0	0,0	0,3	0,0	0,2
Otro	1,8	1,9	1,7	4,0	2,4

**Cuadro 7.3. Distribución de la población adulta mayor según vacunas, por sexo y grupos de edad. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

<i>Ha recibido vacunas</i>	<i>Grupos de edad</i>				<i>Total</i>
	<i>50-59</i>	<i>60-64</i>	<i>65-74</i>	<i>≥ 75</i>	
Total					
Tetános	—	0,0	0,0	0,6	0,1
Ninguna	—	46,1	48,4	62,6	51,0
Tétanos y gripe	—	53,9	51,6	36,8	48,9
Hombres					
Tetános	—	0,0	0,0	0,0	0,0
Ninguna	—	42,4	48,6	53,8	47,4
Tétanos y gripe	—	57,6	51,4	46,2	52,6
Mujeres					
Tetános	0,5	0,0	0,0	1,0	0,2
Ninguna	49,3	50,0	48,3	67,6	54,0
Tétanos y gripe	50,2	50,0	51,7	31,4	45,8

vicios subrogados por los seguros médicos, en su mayoría de carácter público, es ligeramente superior al de las mujeres; de estas, 50% paga por consultas privadas después de los 75 años, a diferencia de 40% de los hombres del mismo grupo de edad.

Aunque la cifra de los adultos mayores que no buscaron una consulta aunque la necesitaron fue solo de 2% (véase el cuadro 7.2) y no fue posible precisar estadísticamente las razones que tuvieron, se conocen otros factores —además del costo y la distancia— que afectan la decisión de los adultos mayores acerca de reali-

zar una consulta médica, como la calidad de la atención. Considerando que la vejez es un estado en el que, entre otros factores, la salud es más frágil, preocupa el hecho de que no exista acceso total a los servicios de salud dirigidos para esta población, particularmente para la más anciana.

#### Uso de hospitales

Relacionado con la fragilidad de la salud entre los adultos mayores, la hospitalización es un elemento rele-

**Cuadro 7.4. Distribución de la población adulta mayor por sexo y grupos de edad, según tiempo demorado en llegar a última consulta. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

<i>Tiempo</i>	<i>Grupos de edad</i>				<i>Total</i>
	<i>50-59</i>	<i>60-64</i>	<i>65-74</i>	<i>≥ 75</i>	
Total					
0 min.	—	0,5	1,8	4,4	2,1
30 min. o menos	—	76,7	68,1	69,6	71,1
Más de 30 min. a 1 hr.	—	16,3	20,6	18,5	18,7
Más de 1 hr.	—	6,5	9,5	7,5	8,1
Hombres					
0 min.	—	1,1	3,0	4,6	2,6
30 min. o menos	—	74,9	67,1	67,1	69,9
Más de 30 min. a 1 hr.	—	17,2	20,3	15,2	18,1
Más de 1 hr.	—	6,8	9,6	13,1	9,4
Mujeres					
0 min.	1,5	0,0	1,1	4,4	1,7
30 min. o menos	71,3	78,1	68,7	70,9	71,9
Más de 30 min. a 1 hr.	19,7	15,6	20,8	20,1	19,2
Más de 1 hr.	7,5	6,3	9,4	4,6	7,2

**Cuadro 7.5. Distribución de la población adulta mayor por sexo y grupos de edad, según costo de la última consulta. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Costo	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
<b>Total</b>					
Nada, lo cubrió el seguro	—	64,4	62,6	55,3	61,3
Menos de \$65	—	15,1	10,6	14,4	12,9
\$65 a \$160	—	9,3	12,2	15,6	12,2
Más de \$160 a \$320	—	6,3	7,5	11,0	8,0
Más de 320	—	4,9	7,1	3,7	5,6
<b>Hombres</b>					
Nada, lo cubrió el seguro	—	68,6	70,4	59,0	67,4
Menos de \$65	—	9,1	7,1	15,8	9,6
\$65 a \$160	—	10,6	8,9	16,7	11,2
Más de \$160 a \$320	—	5,1	8,1	3,8	6,1
Más de 320	—	6,6	5,5	4,7	5,7
<b>Mujeres</b>					
Nada, lo cubrió el seguro	49,8	60,9	57,7	53,5	57,4
Menos de \$65	24,5	20,1	12,8	13,6	15,1
\$65 a \$160	14,1	8,2	14,3	15,1	12,8
Más de \$160 a \$320	7,4	7,3	7,1	14,7	9,2
Más de 320	4,2	3,5	8,1	3,1	5,5

El tipo de cambio promedio en el 2000, fue de 9.46 pesos por dólar.

vante (Borges-Yañez *et al.*, 1996). En este sentido, el cuadro 7.6 muestra que solo una pequeña fracción de los mayores requirieron hospitalización en el año previo, aunque se observa que la probabilidad de hospitalización se duplica entre las mujeres mayores de 75 años y se triplica entre los varones de igual edad. De igual manera, se observa que en general las mujeres requirieron más frecuentemente de hospitalización que los hombres.

### Uso de medicamentos y acceso a ellos

La utilización de medicamentos es práctica común entre los adultos mayores (cuadro 7.7). En concordancia con otros indicadores de morbilidad, este uso es mayor entre la población femenina (casi 80%), que entre la masculina (alrededor de 70%). Como es de esperarse, el uso se incrementa con la edad.

**Cuadro 7.6. Distribución de la población adulta mayor por sexo y grupos de edad, según uso de hospitales en los últimos 4 meses. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Uso de hospitales	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
<b>Total</b>					
Ninguna	—	95,2	95,0	90,6	94,0
1 noche o más	—	4,8	5,0	9,4	6,0
<b>Hombres</b>					
Ninguna	—	96,3	95,6	90,9	94,7
1 noche o más	—	3,7	4,4	9,1	5,3
<b>Mujeres</b>					
Ninguna	94,9	94,2	94,7	90,4	93,4
1 noche o más	5,1	5,8	5,3	9,6	6,6

**Cuadro 7.7. Distribución de la población adulta mayor por sexo y grupos de edad, según uso de medicamentos. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Uso de medicamentos	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Total					
Usa por lo menos un medicamento	—	70,9	74,7	77,1	74,0
No usa ningún medicamento	—	29,1	25,3	22,9	26,0
Hombres					
Usa por lo menos un medicamento	—	70,0	66,3	73,0	69,0
No usa ningún medicamento	—	30,0	33,7	27,0	31,0
Mujeres					
Usa por lo menos un medicamento	72,6	71,5	81,2	79,5	77,9
No usa ningún medicamento	27,4	28,5	18,8	20,5	22,1

Respecto al acceso a los medicamentos, en el cuadro 7.8 se puede observar que 3,4% del total de los adultos mayores suspendieron los medicamentos prescritos en el año anterior por falta de dinero para pagarlos (3% en hombres y 3,6% en mujeres). Al observar la tendencia por grupos de edad, se nota que este problema disminuyó conforme aumentó la edad. La complejidad del problema se observa al comparar estos resultados con los del cuadro 7.9, donde se aprecia el alto costo de los medicamentos. De los adultos mayores, 15% gastan más de 320<sup>3</sup> pesos mensuales (equivalentes a US\$ 30) en medicamentos, lo que representa una cuarta parte del salario mínimo mensual. Solo 40% no gasta en este rubro.

Se puede deducir entonces que para los adultos mayores en situación de pobreza algunos medicamentos son inaccesibles por su alto costo, lo que tiene como consecuencia la suspensión de los tratamientos y un déficit en su estado de salud.

### Cobertura de seguro de salud y servicios sociales

#### Seguros públicos y privados

El acceso y uso de los servicios de atención a la salud está directamente relacionado con la cobertura pública o privada con la que se cuente (cuadro 7.10), así como con

**Cuadro 7.8. Distribución de la población adulta mayor por sexo y grupos de edad, según razones de interrupción de medicamentos en el último año. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

Gasto en medicinas	Grupos de edad				Total
	50-59	60-64	65-74	≥ 75	
Total					
No las interrumpió	—	83,4	86,2	89,1	86,1
Eran muy caras	—	4,9	2,1	3,7	3,4
No estaban disponibles	—	0,9	1,2	1,4	1,1
No le gustan	—	3,7	1,9	2,3	2,6
Otra	—	7,1	8,6	3,5	6,8
Hombres					
No las interrumpió	—	85,4	87,5	91,0	87,5
Eran muy caras	—	4,9	1,2	3,6	3,0
No estaban disponibles	—	0,0	1,2	1,3	0,8
No le gustan	—	2,3	1,2	1,0	1,5
Otra	—	7,4	8,9	3,1	7,2
Mujeres					
No las interrumpió	81,9	81,4	85,3	88,1	85,1
Eran muy caras	6,7	5,0	2,7	3,8	3,6
No estaban disponibles	0,4	1,7	1,2	1,4	1,4
No le gustan	3,5	5,1	2,4	3,0	3,3
Otra	7,5	6,8	8,4	3,7	6,6

**Cuadro 7.9. Distribución de la población adulta mayor por sexo y grupos de edad, según gasto en medicinas en el último mes. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

<i>Gasto en medicinas</i>	<i>Grupos de edad</i>				<i>Total</i>
	<i>50-59</i>	<i>60-64</i>	<i>65-74</i>	<i>≥ 75</i>	
Total					
Nada	—	46,5	38,7	35,4	40,3
Menos de \$65	—	14,7	114,0	13,7	14,1
\$65 a \$160	—	15,0	12,6	11,4	13,0
Más de \$160 a \$320	—	9,0	14,6	12,7	12,4
Más de 320	—	11,6	15,0	19,9	15,2
No sabe	—	3,2	5,1	6,9	5,0
Hombres					
Nada	—	48,5	42,7	35,9	43,3
Menos de \$65	—	14,4	18,5	15,7	16,4
\$65 a \$160	—	16,6	10,1	11,0	12,7
Más de \$160 a \$320	—	8,2	10,4	14,0	10,4
Más de 320	—	9,0	14,4	15,2	12,6
No sabe	—	3,3	3,9	8,2	4,6
Mujeres					
Nada	34,8	44,9	36,2	35,2	38,3
Menos de \$65	18,7	15,1	11,1	12,7	12,7
\$65 a \$160	17,6	13,7	14,2	11,5	13,3
Más de \$160 a \$320	13,0	8,9	17,3	12,0	13,5
Más de 320	13,0	14,2	15,4	22,5	17,0
No sabe	2,9	3,2	5,8	6,1	5,2

El tipo de cambio promedio en el 2000, fue de 9,46 pesos por dólar.

**Cuadro 7.10. Distribución de la población adulta mayor por sexo y grupos de edad, según cobertura de seguro de salud. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

<i>Seguro de salud</i>	<i>Grupos de edad</i>				<i>Total</i>
	<i>50-59</i>	<i>60-64</i>	<i>65-74</i>	<i>≥ 75</i>	
Total					
Ninguno	—	25,8	23,3	28,6	25,4
Público		72,1	73,8	69,1	72,1
IMSS	—	53,7	56,9	53,7	55,1
ISSSTE	—	15,3	14,1	12,6	14,1
Otro	—	3,1	2,8	2,8	2,9
Privado	—	2,1	2,9	2,3	2,5
Hombres					
Ninguno	—	21,8	21,8	23,7	22,2
Público	—	76,5	76,5	74,8	76,1
IMSS	—	54,8	57,0	58,9	56,6
ISSSTE	—	17,5	16,9	14,2	16,6
Otro	—	4,2	2,6	1,7	2,9
Privado	—	1,7	1,7	1,5	1,7
Mujeres					
Ninguno	29,7	29,7	24,4	31,5	27,9
Público	67,6	67,8	71,8	65,8	69,0
IMSS	47,5	52,6	56,8	50,7	53,9
ISSSTE	17,4	13,1	12,0	11,6	12,2
Otro	2,7	2,1	3,0	3,5	2,9
Privado	2,7	2,5	3,8	2,7	3,1

el estado de salud en el momento de la evaluación y con el nivel socioeconómico (Borges-Yáñez y Gómez-Dantés, 1998). Los seguros públicos incluyen a los servicios de la seguridad social y de la asistencia pública, cuyos sistemas protegen a más de 70% de la población. La mayor cobertura de los varones se debe a que tienen una mayor probabilidad de ser derechohabientes por su relación directa con el trabajo formal y asalariado. Una gran parte de las mujeres tienen esta cobertura en razón de ser esposas o viudas de un afiliado a la seguridad social.

Es notorio el bajo porcentaje de población cubierta por seguros privados, lo cual se explica por el alto costo que con frecuencia lleva a que los servicios se suspendan

luego de cierta edad. Es común que los receptores de estos servicios gocen de un mejor estado de salud que los beneficiarios de los servicios públicos (Lima-Costa *et. al.*, 2002).

### *Servicios sociales en la comunidad*

Los servicios sociales para adultos mayores en la Ciudad de México son notorios por su escasez y bajo impacto. Menos de 3% de los adultos mayores han tenido contacto con alguno de estos servicios. El cuadro 7.11 indica con claridad la poca cobertura que tienen estas organizaciones.

**Cuadro 7.11. Distribución de la población mayor de 60 años, según cobertura de servicios sociales, por sexo. Zona Metropolitana de la Ciudad de México, SABE 2000**

<i>Servicios sociales</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Recibe ayuda			
No	97,1	97,1	97,0
Servicio de bienestar	0,5	0,8	0,7
Centro de adultos mayores	1,8	1,2	1,5
Otro	0,6	0,9	0,8
Otorga ayuda			
No	95,9	95,0	95,4
Servicio de bienestar	1,7	1,7	1,7
Iglesia o templo	1,0	2,5	1,9
Otro	1,4	0,8	1,0



## CAPÍTULO 8

### *Conclusiones y perspectivas*

---

En este informe, los hallazgos de SABE-Mex se enmarcan dentro de la dinámica demográfica general del país, matizada por los distintos contextos sociales, económicos y culturales propios de la heterogeneidad característica de la nación mexicana. En términos del envejecimiento, los problemas que actualmente acaparan la atención política son los de la seguridad social; no obstante, frente a esta casi exclusividad ya se vienen considerando las condiciones de salud. Estos dos aspectos se destacan en la Ciudad de México. Por un lado, siendo la capital política y administrativa de la federación, es donde la actividad política es mayor y, por otra parte, es donde las condiciones en la vejez son mejores, pero sin ser aceptables.

Las características socioeconómicas de los adultos mayores en la Ciudad de México siguen las pautas del medio no solo urbano, sino de la gran metrópoli. Es aquí donde la transición demográfica es más avanzada, con lo cual el grado de envejecimiento demográfico es mayor. Existe un gran índice de feminidad, ya que la viudez es mayormente femenina. Los hombres resultan más acompañados y, aunque hay un incremento de aquellos que viven con sus hijos casados, también hay una creciente tendencia a vivir solos. El sector de personas que en su vida tuvieron un número grande de hijos es importante y se notan avances en la supervivencia, pues una parte sustancial aún tiene vivo a alguno de los padres. Las mujeres viven solas en mayor medida que los hombres. Los varones tienden a vivir solo con su pareja en porcentajes mayores que las mujeres, especialmente conforme avanza la edad. Uno de cada cuatro de los adultos de mayor edad vive con hijos casados y casi la mitad de las mujeres de más edad se encuentra en hogares conformados por hijos no casados o casados, y en algunos casos se agregan otros familiares o no familiares. La escolaridad en general es baja.

Las pensiones benefician a un porcentaje menor, mayormente concentrado en los hombres, y en su mayor parte son exiguas. La mayor parte de los hombres se encuentran trabajando; el número de mujeres que trabajan es significativo y también lo es el de las que se dedican al hogar. Los ingresos económicos son muy bajos en la mayoría. Las transferencias entre generaciones que vienen de instituciones públicas desafortunadamente no satisfacen ni siquiera las necesidades básicas, por lo cual en mayor medida se recae en el apoyo familiar.

La autopercepción del estado de salud está estrechamente ligada a la situación real. Menos de un tercio de los individuos consideran su salud como buena o muy buena. Las diferencias por género son modestas; las mujeres tienden a considerar que su salud es mala en mayor proporción que los hombres en todas las edades, pero aún más después de los 75 años. El estilo de vida influye de manera determinante en la calidad del envejecimiento. Un óptimo estado de nutrición es fundamental para el mantenimiento de la salud a cualquier edad y las alteraciones del mismo, tanto por exceso como por defecto, se asocian con numerosas afecciones crónico-degenerativas. La obesidad es un problema especialmente prevalente entre los adultos mayores en la ZMCM, mientras que la desnutrición afecta apenas a cerca de 4%, aunque 22% están en riesgo de deterioro. La dieta está además estrechamente asociada con las principales causas de muerte en México, en particular con la diabetes, la enfermedad coronaria y el cáncer. Otros factores de riesgo prevalecen; por ejemplo, el número de exfumadores en ambos sexos es muy significativo, particularmente entre los varones, y aumenta en proporción entre los mayores de 75 años. La prevalencia de consumo de alcohol es difícil de estimar por simple interrogatorio. Si definimos como bebe-

dores habituales a los adultos mayores que consumen licor al menos un día por semana, estos constituyen 10% del total (18% de los varones y 4% de las mujeres). El papel de la actividad física regular en el mantenimiento de la salud y en la prevención de la enfermedad y la discapacidad es evidente. A pesar del claro beneficio que esto implica, solo una de cada tres personas de la tercera edad manifestaron haber practicado una actividad física de intensidad suficiente como para ser benéfica para su salud.

La salud mental de las personas mayores se soslaya con frecuencia y es sistemáticamente subdiagnosticada, a pesar de que contribuye a minar la calidad de vida de manera significativa. Hasta 20% de los adultos mayores declaran tener depresión, de leve a severa, y su prevalencia se incrementa por encima de los 75 años. La epidemiología de la demencia en las edades avanzadas no ha sido suficientemente bien caracterizada. Sin embargo, las estimaciones que se desprenden del examen de los resultados muestran que existe la sospecha de la presencia de deterioro cognoscitivo en 8% de la población mayor de 60 años, 6% de los varones y 11% de las mujeres.

El envejecimiento se correlaciona con el incremento en la comorbilidad y el deterioro progresivo del estado de salud. Las enfermedades crónicas y degenerativas se caracterizan por generar dependencia, más que por su letalidad. Destacan por su frecuencia la hipertensión arterial, en 43% de la población; la diabetes, informada por 21% de la población encuestada, fue más frecuente entre los hombres y aumentó con la edad, hasta llegar a uno de cada cuatro varones mayores de 75 años. La enfermedad pulmonar crónica aparece con frecuencia como causa de discapacidad. La enfermedad cardíaca isquémica aguda se da en 10%; la enfermedad vascular cerebral en 6,5% de los hombres y 5,3% de las mujeres. Si bien la artritis, generalmente osteoartritis, suele ser la condición crónica más común, la frecuencia es mucho menor, 6% en varones, mientras que llega a 31% entre las mujeres. La comorbilidad es frecuente. Apenas un tercio de la población está libre de cualquier afección crónico-degenerativa; otro tercio sufre al menos una, la cuarta parte dos, y el resto tres o más padecimientos simultáneamente.

Las discapacidades son comunes en el envejecimiento; 21% de la población mayor de 60 años declaró algún grado de incontinencia urinaria, problema frecuente, perturbador y potencialmente incapacitante. El déficit sensorial es frecuente y la pérdida de la vista es probablemente el más temido. El deterioro funcional visual se incrementa al avanzar la edad, de 7% en la sexta década de la vida a 40% por encima de los 90 años. El deterioro de la audición es otra deficiencia sensorial que ocurre al avanzar la edad, de manera ge-

neralizada. Junto con la artrosis y el deterioro de la vista ocupa uno de los tres primeros lugares entre las incapacidades más frecuentes.

Son notorias las desigualdades que se observan en la población evaluada al considerar las diferencias en nivel de escolaridad e ingresos. La baja escolaridad y la insuficiencia de ingresos determinan una mayor probabilidad de una desfavorable autopercepción del estado de salud. La probabilidad de tener baja escolaridad o no tener instrucción aumenta con un bajo puntaje en el Examen Mínimo del Estado Mental. Asimismo, estas desigualdades tienen un impacto sobre la salud en su conjunto e incrementan la prevalencia de las afecciones crónico-degenerativas entre los sujetos más desfavorecidos, lo que repercute sobre su funcionalidad. En este contexto, es probable que las poblaciones de adultos mayores poco educados y pobres enfrenten un mayor riesgo de morir.

La discapacidad es el déficit funcional resultante de la acción de la enfermedad en un órgano, aparato o sistema corporal, y la invalidez es el resultado de la interacción de las discapacidades del individuo con el medio social y económico que le circunda. Existe una relación entre la autopercepción del estado de salud de una persona y su capacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana. En la información SABE-Mex, se observa un incremento en la presencia de deterioro funcional básico cuando se declara mala salud. Esto ocurre en todos los rangos de edad observados y en ambos sexos.

La prevalencia de las incapacidades es difícil de estimar, pues no existe un sistema de información que las registre en forma periódica. La Encuesta de Necesidades de los Ancianos en la Comunidad (ENAC) de 1980 mostró que 6% de los mayores de 60 años son parcialmente dependientes para las actividades de la vida cotidiana y 2% lo son totalmente. Entre los mayores de 80 años de edad, 40% tenían ya entonces al menos una discapacidad, por lo general en el área motora. La Encuesta Nacional Sociodemográfica del Envejecimiento en México (ENSE-94), realizada por el Consejo Nacional de Población, mostró de nuevo claramente que la frecuencia de la incapacidad se incrementa con la edad, particularmente por encima de los 80 años y en mayor grado en el sexo femenino. Hasta 25% de las mujeres de 80 y más se encontraban confinadas a su domicilio y 3% no podían siquiera salir de la cama sin ayuda. La creciente invalidez y consecutiva dependencia en la edad avanzada aumentan la carga que debe de soportar el entorno y propician una baja del umbral de tolerancia familiar, lo que conduce al deterioro de los lazos de apoyo y solidaridad familiar. Los resultados de la evaluación funcional de esta población

en SABE-Mex concuerdan con los previamente informados en la ENSE-94. Hay un claro incremento en la probabilidad de sufrir una limitación funcional después de los 75 años. La presencia de al menos una discapacidad se observa con una frecuencia hasta tres veces superior en la franja de edad más avanzada. Respecto a la movilidad, a mayor edad también se da mayor limitación funcional, que alcanza cifras cuatro veces más grandes entre los mayores de 75 años.

El grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria, estimado en función de la necesidad de ayuda para bañarse, vestirse o desvestirse, llegar al inodoro, alimentarse o desplazarse en la propia habitación, se ve con frecuencia comprometido. En promedio, 7% de los mayores tienen necesidad de ayuda en al menos una de las actividades básicas de la vida diaria y dependen, por consecuencia, de una tercera persona para subsistir. Las actividades instrumentales requieren de habilidades de mayor complejidad para su ejecución. Desde este punto de vista, las incapacidades son más frecuentes. Es muy claro que la dependencia, tanto para la ejecución de las actividades básicas como para las instrumentales, es cada vez más común a mayor edad y afecta más frecuentemente al sexo femenino en todos los casos.

La transición a una situación de dependencia funcional implica cambios en las condiciones de salud y funcionalidad del adulto mayor, y una redefinición de sus necesidades que apunta al aumento de sus requerimientos de apoyo cotidiano. El creciente número de personas que en las próximas décadas entrarán en esta situación representa un gran reto, tanto para el diseño de políticas de seguridad social como para la implantación de programas que permitan prevenir los problemas de salud de este grupo poblacional y brinden apoyo a las familias que tendrán un anciano en casa.

Para una sociedad en proceso de envejecimiento, el mayor desafío viene aparejado a la satisfacción de las necesidades de salud y bienestar, cuando la población en edades avanzadas se caracteriza por una elevada prevalencia de riesgos. Además, en el caso de México y en general de América Latina, este reto se da en el contexto del subdesarrollo y de una transición epidemiológica que avanza con mayor velocidad e ímpetu que la creación de los recursos necesarios para enfrentarla. Ante esta perspectiva, SABE-Mex otorga una aproximación a la descripción de la situación actual en cuanto a disponibilidad, acceso y uso de servicios médicos.

En la ZMCM es raro que la persona acuda con algún profesional de la salud que no sea el médico, para atender un problema. Solo una proporción marginal acude a otros profesionales, como los farma-

céuticos. Más de 75% de los adultos mayores hicieron uso de los servicios ambulatorios de salud en el año previo a la entrevista. La presencia de una proporción, si bien pequeña, de personas que no buscaron una consulta a pesar de haberla necesitado, sugiere la falta de acceso de algunas personas a los servicios de salud, incluso en casos en que es necesaria la atención médica. La accesibilidad a los servicios en el medio urbano parece buena, pues el tiempo de demora para arribar al lugar de la consulta fue menor a los 30 minutos en 70% de la población adulta mayor. El costo de las consultas médicas es significativo, ya que 40% de adultos mayores pagan por ellas, más a mayor edad, y más las mujeres que los hombres.

En razón de la fragilidad de la salud de los adultos mayores, la hospitalización es relevante. Solo una pequeña fracción de los mayores requirieron de alguna noche de hospitalización en el año previo, aunque se observa que la probabilidad de hospitalización se duplica entre las mujeres mayores de 75 años y se triplica entre los varones de igual edad. En general, las mujeres requirieron más frecuentemente de hospitalización que los hombres.

La utilización de medicamentos es práctica común entre la población, donde 80% consumen algún fármaco y el uso se incrementa con la edad. Solo 3,4% del total de los adultos mayores suspendieron el medicamento prescrito en el año anterior por no tener dinero para pagarlo y hasta 15% gastan una cuarta parte del salario mínimo mensual. El acceso y el uso de los servicios médicos está directamente relacionado con la cobertura pública o privada con la que se cuente, así como con el estado de salud en el momento de la evaluación y con el nivel socioeconómico. Los seguros públicos provienen de la seguridad social y de la asistencia pública, cuyos sistemas protegen a más de 70% de la población. Es notorio el bajo porcentaje de la población cubierta por seguros privados, lo cual se explica por el alto costo que con frecuencia lleva a que los servicios se suspendan luego de cierta edad. Es común que los receptores de estos servicios gocen de un mejor estado de salud que los beneficiarios de los servicios públicos.

Los servicios sociales para adultos mayores en la ZMCM destacan por su escasez y bajo impacto. Menos de 3% de los adultos mayores han tenido contacto con alguno de estos servicios.

Este informe de los hallazgos principales y más descriptivos de la encuesta SABE constituye el primer acervo de conocimientos sobre la situación socioeconómica y de salud de la población general de adultos mayores de la ZMCM, realizado con total apego a las normas conceptuales y metodológicas que requiere un levantamiento científico de información estadística. Como tal, ha enriquecido la experiencia

para el planteamiento y realización de subsecuentes proyectos, tanto en lo que se debe hacer, como en lo que se debe modificar y, asimismo, en lo que se debe evitar. Así, ha sido un insumo importante en el diseño de la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México y está siendo punto de arranque en la búsqueda

de información regional y de carácter longitudinal. Todo esto como parte de los esfuerzos para enfrentar mejor las nuevas situaciones sociales, económicas y de la salud que vienen con el futuro demográfico de México.

## REFERENCIAS

---

- Aguilar-Salinas CA, Lerman-Garber I, Perez J, Villa AR, Martinez CL, Turrubiatez LC, Wong B, Gomez Perez FJ, Gutierrez Robledo LM. Lipids, apoprotein B, and associated coronary risk factors in urban and rural older Mexican populations. *Metabolism* 2001 ;50(3):311-318.
- Álvarez Gutiérrez R, Brown MJ. Encuesta de las necesidades de los ancianos en México. *Salud Publica Mex* 1983;25(1):21-75.
- Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Washington, DC: Oxford University Press;1994.
- Blanquel E. La revolución mexicana. En: AUTOR Historia mínima de México, México, El Colegio de México; 1973:137-159.
- Borges-Yañez SA, Gómez-Dantés H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Publica Mex* 1998;40(1):13-23.
- Borges-Yañez SA, Gómez-Dantés H, Gutiérrez-Robledo LM, Fabián-San Miguel G, Rodríguez R. Utilización de servicios hospitalarios por la población anciana de la Ciudad de México. *Salud Publica Mex* 1996;38(6):475-486.
- Cabrera G. Introducción. En: El poblamiento de México: Una visión histórico-demográfica, Tomo IV. México, DF: Consejo Nacional de Población;1993:8-31.
- Castro V, Gómez-Dantés H, Negrete-Sanchez J, Tapia-Conyer R. Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. *Salud Publica Mex* 1996; 38(6):438-447
- Cervantes L, Montoya M, Núñez L, Borges A, Gutiérrez L, Llaca C. Aporte dietético de energía y nutrientes en adultos mayores de México. *Nutrición Clínica* 2003;6(1):80-83.
- Chigne Verástegui O, Varela Pinedo L, Chávez Jimeno, H, Sandoval Berrocal L. Utilización de los servicios de hospitalización, consulta externa y emergencia, por adultos mayores y de menor edad, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia: 1990-1997. *Revista Médica Herediana* 2001;10(3):111-118.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). La situación demográfica de México 1996. México, DF: CONAPO; 1997:106 pp.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones de población en México 1995-2000. México, DF: CONAPO; 1998.
- DeVore PA. Prevalence of olfactory dysfunction, hearing deficit, and cognitive dysfunction among elderly patients in a suburban family practice. *South Med J* 1992;85(9):894-896.
- Ezzati M, Lopez AD. Measuring the accumulated hazards of smoking: Global and regional estimates for 2000. *Tob Control* 2003;12(1):79-85.
- Farell RM. Informe sobre las pensiones estatales. México, Taller Sobre Pensiones Estatales, junio de 1998.
- Frenk J. La salud de la población, hacia una nueva salud pública. México, DF: Fondo de Cultura Económica; 1994.
- González-Navarro M. Población y sociedad en México (1900-1970), Tomo II. México, DF: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM; 391 pp.
- Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev* 1996;54(1 Pt 2):S59-65.
- Gutiérrez-Robledo LM, Reyes-Ortega G, Rocabado-Quevedo F, Lopez-Franchini J. Instituciones de cuidados prolongados en México, una visión crítica. *Salud Publica Mex* 1996;38(6):487-500.
- Gutiérrez Robledo LM. Diagnóstico funcional en el anciano institucionalizado: Adecuando los recursos a las necesidades. *Revista Sociedad Mexicana Geriatria Gerontología* 1989;1(2).

- Gutiérrez Robledo LM. Perspectivas para el desarrollo de la geriatría en México. *Salud Publica Mex* 1990;32(6):693-701.
- Gutiérrez Robledo LM. Relación entre el deterioro funcional, el grado de dependencia y las necesidades asistenciales de la población envejecida en México. En: Hernández H, Menkes C, eds. *La población mexicana a finales del siglo XX*. México, DF: SOMEDE, CRIM-UNAM; 1998.
- Gutierrez LM, Llaca MC, Cervantes L, Velasquez Alva MC, Irigoyen ME, Zepeda M. Overweight in elderly Mexican women of a marginal community. *J Nutr Health Aging* 2001;5(4):256-258.
- Ham-Chande R. *The Elderly in Mexico: Another Challenge for a Middle-Income Country*. París: CICRED, INIA, Malta; 1995, 64 pp.
- Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues JF. Subjective health and mortality in French elderly women and men. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1999;54(2):S84-92.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Diagnóstico*. México, DF: IMSS; 1995.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Proyecto de reformas a la Ley del Seguro Social*. México, DF: IMSS; 1997.
- Johansen A, White S, Waraisch P. Screening for visual impairment in older people: validation of the Cardiff Acuity Test. *Arch Gerontol Geriatr* 2003;36(3):289-293.
- Lerman IG, Villa AR, Martinez CL, Cervantes Turrubiatez L, Aguilar Salinas CA, Wong B, Gomez Perez FJ, Gutierrez Robledo LM. The prevalence of diabetes and associated coronary risk factors in urban and rural older Mexican populations. *J Am Geriatr Soc* 1998;46(11):1387-1395.
- Leslie WD, Roe EB. Preventing falls in elderly persons. *N Engl J Med* 2003;348(18):1816-1818; author reply 1816-8.
- Letenneur L, Gilleron V, Commenges D, Helmer C, Orgogozo JM, Dartigues JF. Are sex and educational level independent predictors of dementia and Alzheimer's disease? Incidence data from the PAQUID project. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999;66(2):177-83.
- Lima-Costa MF, Guerra HL, Firmo JO, Vidigal PG, Uchoa E, Barreto SM. The Bambui Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. *Cad Saude Publica* 2002; 18(1):177-186.
- Mangone CA, Arizaga RL. Dementia in Argentina and other Latin-American countries: An overview. *Neuroepidemiology* 1999;18(5):231-235.
- Melton LJ 3rd. Epidemiology worldwide. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2003;32(1):1-13, v. Review.
- Meslé F, Vallin J. *La mortalité dans le monde: Tendences et perspectives*. París: Centre Française sur la Population et le Développement; 1996, 26 pp.
- Montes de Oca V. Desigualdad estructural entre la población anciana en México. Factores que han condicionado el apoyo institucional entre la población con 60 años y más en México. *Estudios Demográficos y Urbanos* 2001;16(3):585-613.
- Moreira Ríos MN. ¿Debemos promover la vacuna contra la influenza? *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 2001;39(1):55-66.
- Newman AB, Haggerty CL, Kritchevsky SB, Nevitt MC, Simonsick EM; Health ABC Collaborative Research Group. Walking performance and cardiovascular response: associations with age and morbidity—the Health, Aging and Body Composition Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003;58(8):715-720.
- Ordorica M, Lezama JL. Consecuencias demográficas de la Revolución Mexicana. En: *El poblamiento de México: una visión histórico-demográfica*, vol. 4. México, DF: CONAPO; 1993:32-53.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). *Panorama social de América Latina 1999-2000*. En: *Noticias comunicados de prensa*, Centro de Información para Argentina y Uruguay, 2000. Disponible en: [http://www.unic.org.ar/noticias/cp/cp080\\_00.htm](http://www.unic.org.ar/noticias/cp/cp080_00.htm).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Mantenerse en forma para la vida. Necesidades nutricionales de los adultos mayores*. (Publicación Científica y Técnica No. 595). Washington, DC: OPS; 2004.
- Pacheco-Ríos A, Herrera-Basto E, Sánchez-Ahedo R, Santibañez-Freg MP. Utilización de los servicios de salud por población anciana. *Rev Fac Med (Mex)* 2001;44(6):239-243.
- Pan American Health Organization (PAHO). *Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau*. Washington, DC: PAHO; 2001. Occasional Papers No. 8.
- Partida V. La dinámica poblacional y su impacto en el sistema de pensiones, *Taller Sobre Pensiones Estatales*, junio, 1998.
- Pedrero M. Situación económica en la tercera edad. Ponencia presentada en el Taller Interdisciplinario sobre Conceptos y Metodología en el Estudio del Envejecimiento, *Sociedad Mexicana de Demografía*, 1998.
- Saad PM. *Support Transfers Between the Elderly and the Family in Southeast and Northeast Brazil*. Tesis de doctorado. Austin: University of Texas; 1998.
- Salas JL. Evaluación actuarial a la reforma de la seguridad social. Ponencia presentada en el Taller Sobre las Reformas a la Seguridad Social: Análisis de las Posibilidades Económicas y Sociales del Nuevo Sistema de Pensiones. Cuernavaca: SOMEDE, mayo de 1998.

- Sandoval-Bustos M. Análisis del efecto de la reforma al sistema de pensiones del IMSS sobre la inversión privada. Tesis de Maestría en Economía. Tijuana, BC: El Colegio de la Frontera Norte; 1998.
- Secretaría de Salud. Estadísticas de mortalidad por causas. México, DF: Dirección General de Estadística, Secretaría de Salud; 1996.
- The Heidelberg Guidelines for Promoting Physical Activity Among Older Persons, 1996. Disponible en: [www.who.int/hpr/ageing/heidelberg\\_eng.pdf](http://www.who.int/hpr/ageing/heidelberg_eng.pdf)
- Thomas S. Continence in older people: A priority for primary care. *Nursing Standards* 2001;15(25):45-50.
- Valencia A. Panorama crítico e insuficiencia financiera. Demos. Carta demográfica sobre México 2001(14):31.
- Valencia A. El valor de los pasivos contingentes. En: Consejo Nacional de Población. Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas. México, DF: CONAPO; 1999:191-218.
- Wagner FA, et al. Depression in Late Life: A Hidden Public Health Problem for Mexico? *Salud pública de México* 1999;41(3):189-202.
- Wetterling T. Late Onset Alcoholism. En: *European Psychiatry* 2003;18(3):112-118.
- Wong R. Transferencias intrafamiliares e intergeneracionales en México. En: Consejo Nacional de Población. Envejecimiento demográfico de México: Retos y perspectivas. México, DF: CONAPO; 1999.
- World Health Organization (WHO). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: A Manual of Classification Relating to the Consequences of Diseases*. Geneva: WHO; 1980.
- Zavala ME. El contexto social y el cambio de la política de población, 1960-1973. En: *El poblamiento de México: Una visión histórico-demográfica*, vol. 4. México, DF: CONAPO, 1993:106-125.



525 Twenty-third Street, NW  
Washington, DC 20037, EUA  
[www.paho.org](http://www.paho.org)

ISBN 92 75 31608 2