

ESTUDIO NACIONAL DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO NOTA TÉCNICA

El estudio del bienestar de los adultos mayores requiere que se consideren atributos de salud, así como económicos y sociales y de su red social y familiar. Uno de los aspectos más importantes en la etapa de adulto mayor es el deterioro de las capacidades funcionales, emocionales y cognitivas. Estos cambios, junto con las enfermedades crónicas degenerativas, limitan la realización de las actividades habituales y necesarias para la vida de las personas, con la consecuente disminución de su independencia y la necesidad constante de ayuda.

Por otro lado, debido al aumento proyectado del número de adultos mayores en el país, se incrementarán las necesidades de salud para este sector de la población, así como una mayor prevalencia de uno de los problemas más temidos de la vejez: la dependencia funcional. Su importancia se deriva de las consecuencias que conlleva, entre las que destacan las de carácter personal (disminución de autoestima y bienestar autopercebido), las de carácter familiar (cambio de rutinas y relaciones entre integrantes de la familia), la prestación de cuidados especiales, el desgaste emocional y físico del cuidador, la institucionalización y, finalmente las implicaciones económicas a nivel individual, familiar, social y de políticas de salud.

El **Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM)** incluye una encuesta longitudinal que inició en 2001, habiendo entrevistado a 15 186 personas de 50 años de edad o más. Se realizó un seguimiento a la misma muestra en 2003 y una tercera entrevista más reciente en 2012. Al panel original ENASEM 2001 se agregó una muestra de 5 896 personas de 50 a 60 años de edad, con el fin de “refrescar” la muestra de estudio.

La finalidad primordial del estudio es obtener información sobre **el proceso de envejecimiento, el impacto de las enfermedades y la discapacidad en la población de 50 años y más en México**. De manera general, estos fenómenos presentan diferencias en el tiempo, por subgrupos de edad y género.

El estudio se realizó con la colaboración del INEGI y la participación de otras importantes organizaciones:

- Universidad de Texas, División Médica
- Universidad de Wisconsin
- Instituto Nacional de Geriátría, México
- Instituto Nacional de Salud Pública, México

Los temas atendidos por el estudio son:

- Características sociodemográficas de los sujetos de estudio.
- Medidas de salud, estado funcional, estilo de vida, depresión y estado cognitivo.
- Atributos demográficos de los hijos.
- Historial migratorio.
- Ayuda en dinero o especie otorgado y recibido de familiares.
- Datos económicos, ingresos laborales, pensiones y valor de bienes inmobiliarios y financieros.
- Historia laboral, ocupación, posición en el trabajo y lugar de trabajo actual.

- Características de la vivienda.
- Impresiones personales sobre salud, estado económico individual, poder de decisión y nivel de ayuda familiar.
- Viudez e información acerca del último año de vida de los entrevistados fallecidos.

La información fue recabada mediante una entrevista presencial, utilizando una aplicación electrónica que incluyó cuatro instrumentos de captación:

- Cuestionario de preguntas introductorias. Para determinar el tipo de cuestionario que debía aplicarse a cada sujeto de estudio.
- Cuestionario básico. Para captar información de los sujetos de estudio y de su pareja.
- Cuestionario sobre persona fallecida. Para recoger información sobre la persona que murió por medio de un informante adecuado.
- Cuestionario por informante sustituto. Para obtener información del sujeto de estudio mediante un informante alternativo, cuando el seleccionado estaba imposibilitado para responder.

Adicionalmente, en papel, se aplicaron dos instrumentos:

- Cuestionario de eventos mayores. Para recordar eventos o hitos ocurridos en los últimos diez años de la vida.
- Ejercicios cognoscitivos. Actividades para evaluar el estado cognitivo de la persona.

Los datos técnicos más relevantes de ENASEM 2012 y 2001 son:

Año de levantamiento	2012	2001
Unidades de observación	Las personas seleccionadas, su pareja, hogares y vivienda	
Esquema de muestreo	Probabilístico y por conglomerados	
Población objeto de estudio	Población de 50 años y más	
Tamaño de muestra	20 542 personas	15 186 personas
Fecha de levantamiento	Octubre a noviembre	Mayo a agosto
Cobertura geográfica	Nivel nacional, áreas rurales y urbanas	

La muestra también se amplió en seis de las 32 entidades federativas, específicamente Michoacán, Guanajuato, Jalisco, Puebla, Veracruz y San Luis Potosí, por ser consideradas con alta migración a Estados Unidos.

Entidad federativa	Muestra de seguimiento	Muestra adicional	Total
Nacional	14 283	6 259	20 542
Aguascalientes	415	130	545
Baja California	352	131	483
Baja California Sur	400	130	530
Campeche	389	130	519
Coahuila de Zaragoza	418	131	549
Colima	404	130	534
Chiapas	424	131	555
Chihuahua	396	131	527
Distrito Federal	413	132	545
Durango	563	131	694
Guanajuato	800	360	1 160
Guerrero	407	131	538
Hidalgo	381	131	512
Jalisco	679	367	1 046
México	427	132	559
Michoacán de Ocampo	618	267	885
Morelos	394	131	525
Nayarit	661	130	791
Nuevo León	431	131	562
Oaxaca	378	131	509
Puebla	409	618	1 027
Querétaro	378	130	508
Quintana Roo	344	130	474
San Luis Potosí	392	533	925
Sinaloa	427	131	558
Sonora	409	131	540
Tabasco	359	130	489
Tamaulipas	385	131	516
Tlaxcala	398	130	528
Veracruz de Ignacio de la Llave	404	716	1 120
Yucatán	387	131	518
Zacatecas	641	130	771

A una submuestra de 2 100 personas en cuatro de estas entidades se le efectuaron medidas antropométricas (registro de dimensiones corporales), toma de muestras de sangre y la aplicación de un diagnóstico básico sobre su estado de salud. La institución responsable de estas tareas fue el Instituto Nacional de Salud Pública.

La población objeto de estudio se presenta por los subgrupos de edad en el cuadro siguiente:

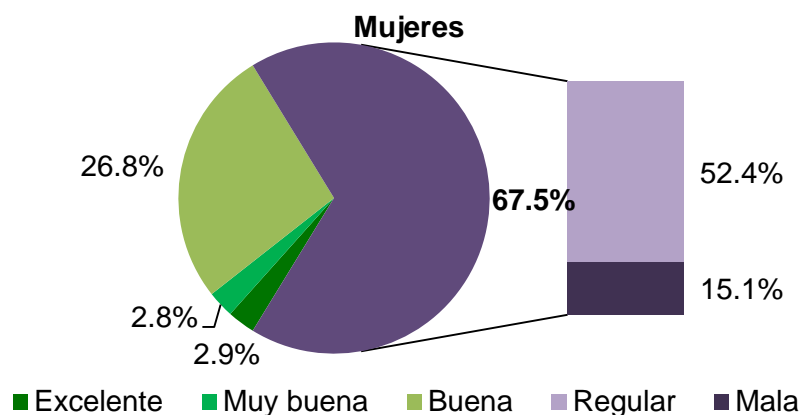
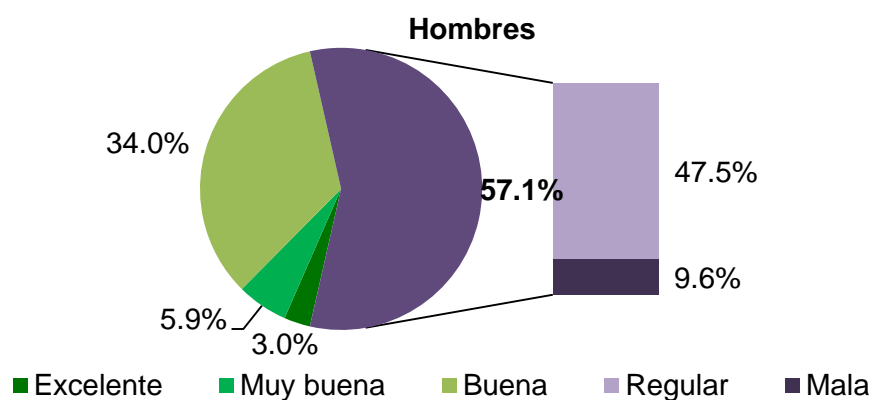
Edad	2012		2001	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
50-59 años	43.3%	46.4%	44.2%	46.6%
60 y más años	56.7%	53.6%	55.8%	53.4%

Presentación de resultados

A continuación se presentan algunos resultados relevantes para las encuestas 2012 y 2001:

En cuanto al **autorreporte del estado global de salud**, en el 2012, en este grupo de población predomina la percepción de un estado deficiente de salud, esto es, de regular a mala, con un 57.1 por ciento de los hombres y 67.5 por ciento de las mujeres.

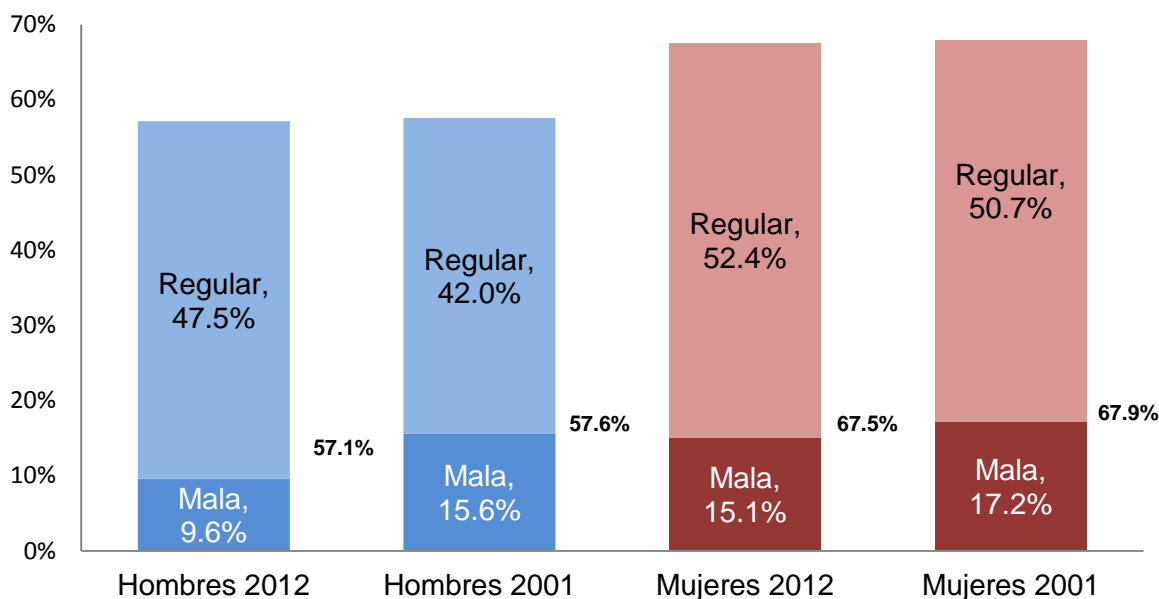
Población de 50 años y más por estado de salud autorreportado según sexo, 2012



Estas diferencias respecto al estado de salud también se observaron en 2001, cuando el 57.6 por ciento de los varones la reportó como deficiente en comparación con el 67.9 por ciento de las mujeres.

Los datos de 2012 y 2001 muestran que la suma del estado de salud “regular” y “malo” es similar en ambos levantamientos.

Autorreporte de estado de salud deficiente de la población de 50 años y más según sexo, 2012 y 2001

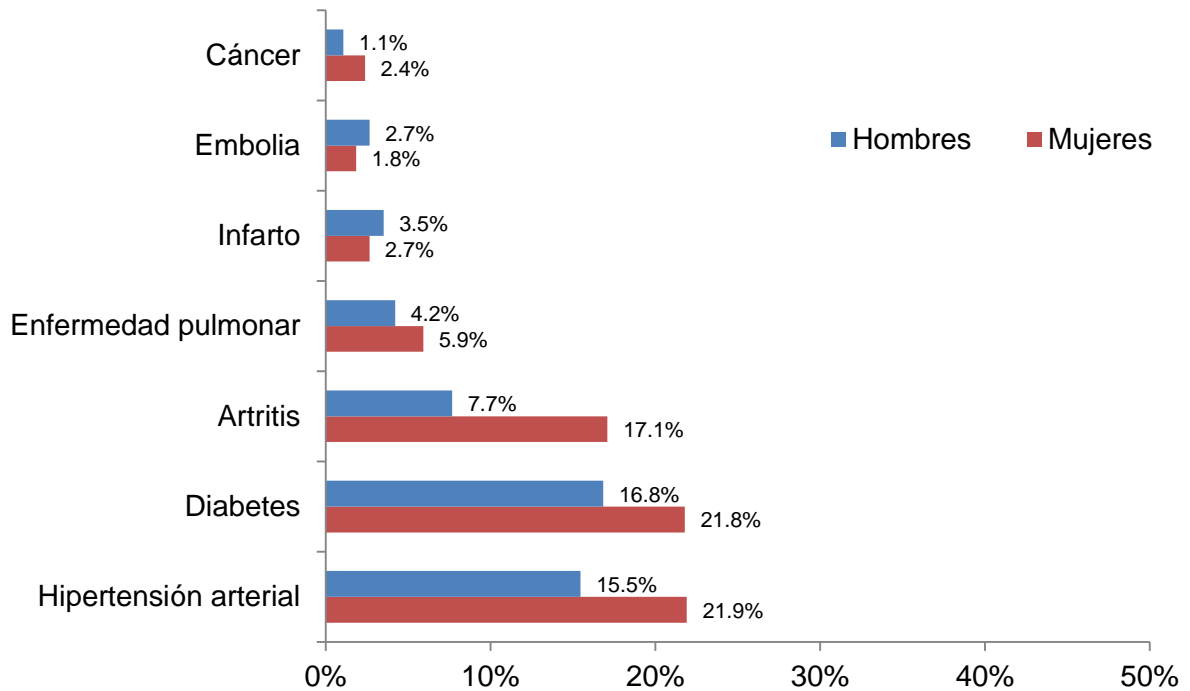


En relación con el **autorreporte de enfermedades crónicas** en 2012 *versus* 2001, puede señalarse que en ambas fechas y en ambos sexos, tres son las enfermedades que más afectan a esta población: hipertensión arterial, diabetes y artritis.

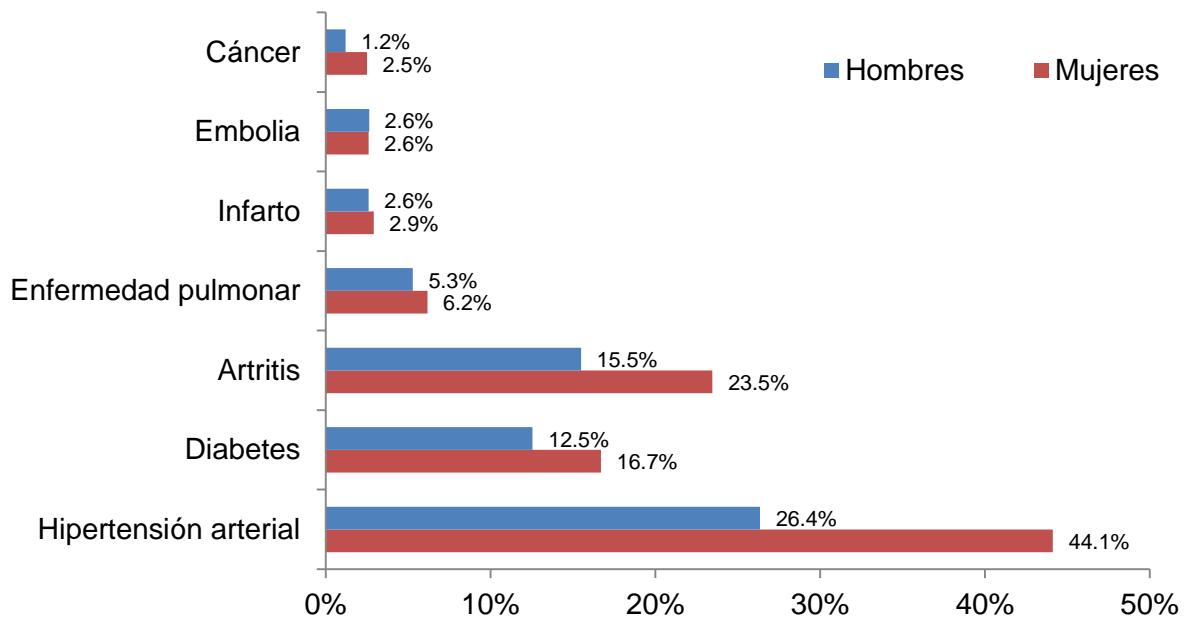
Sin embargo, el orden de afectación y el impacto por sexo de estas enfermedades se ha modificado en los años de estudio. En 2001, las mujeres, 44.1 por ciento, manifestaron sufrir hipertensión arterial, en 2012 sólo 21.9 por ciento la reporta. En el caso de los varones, el autorreporte también indica un descenso, aunque menos marcado que en las mujeres.

El autorreporte de artritis disminuyó para ambos sexos en 2012, aunque menos notable que lo señalado en el caso de la hipertensión arterial. La diabetes, por su parte, muestra una tendencia ascendente para mujeres y hombres de 2001 a 2012.

Autorreporte de enfermedades seleccionadas de la población de 50 y más años de edad según sexo, 2012



Autorreporte de enfermedades seleccionadas de la población de 50 y más años de edad según sexo, 2001



Comparando los dos grupos de edad en cada uno de los años de estudio, se constata que conforme avanza la edad el impacto de las enfermedades es mayor, de tal forma que el grupo de 60 años y más, tanto de mujeres como de hombres, reporta una mayor prevalencia de las enfermedades estudiadas; sólo hay una excepción: el cáncer en el caso de las mujeres que desciende de un grupo de edad a otro en ambos años.

Autorreporte de enfermedades seleccionadas de la población de 50 y más años de edad, según sexo y subgrupo de edad, 2012 y 2001

Enfermedades	Hombres		Mujeres	
	50-59 años	60 y más años	50-59 años	60 y más años
2012				
Hipertensión arterial	11.1%	18.8%	17.2%	26.0%
Diabetes	14.1%	18.9%	18.6%	24.6%
Cáncer	0.2%	1.7%	2.8%	2.0%
Enfermedad pulmonar	3.6%	4.7%	5.7%	6.1%
Infarto	1.4%	5.1%	2.1%	3.1%
Embolia	1.9%	3.3%	1.6%	2.0%
Artritis	4.5%	10.1%	12.4%	21.2%
2001				
Hipertensión arterial	20.5%	31.0%	39.9%	47.8%
Diabetes	10.9%	13.8%	15.0%	18.2%
Cáncer	0.7%	1.6%	3.5%	1.6%
Enfermedad pulmonar	3.5%	6.7%	5.8%	6.5%
Infarto	1.7%	3.3%	2.7%	3.1%
Embolia	1.1%	3.8%	2.1%	3.0%
Artritis	10.6%	19.3%	18.8%	27.5%

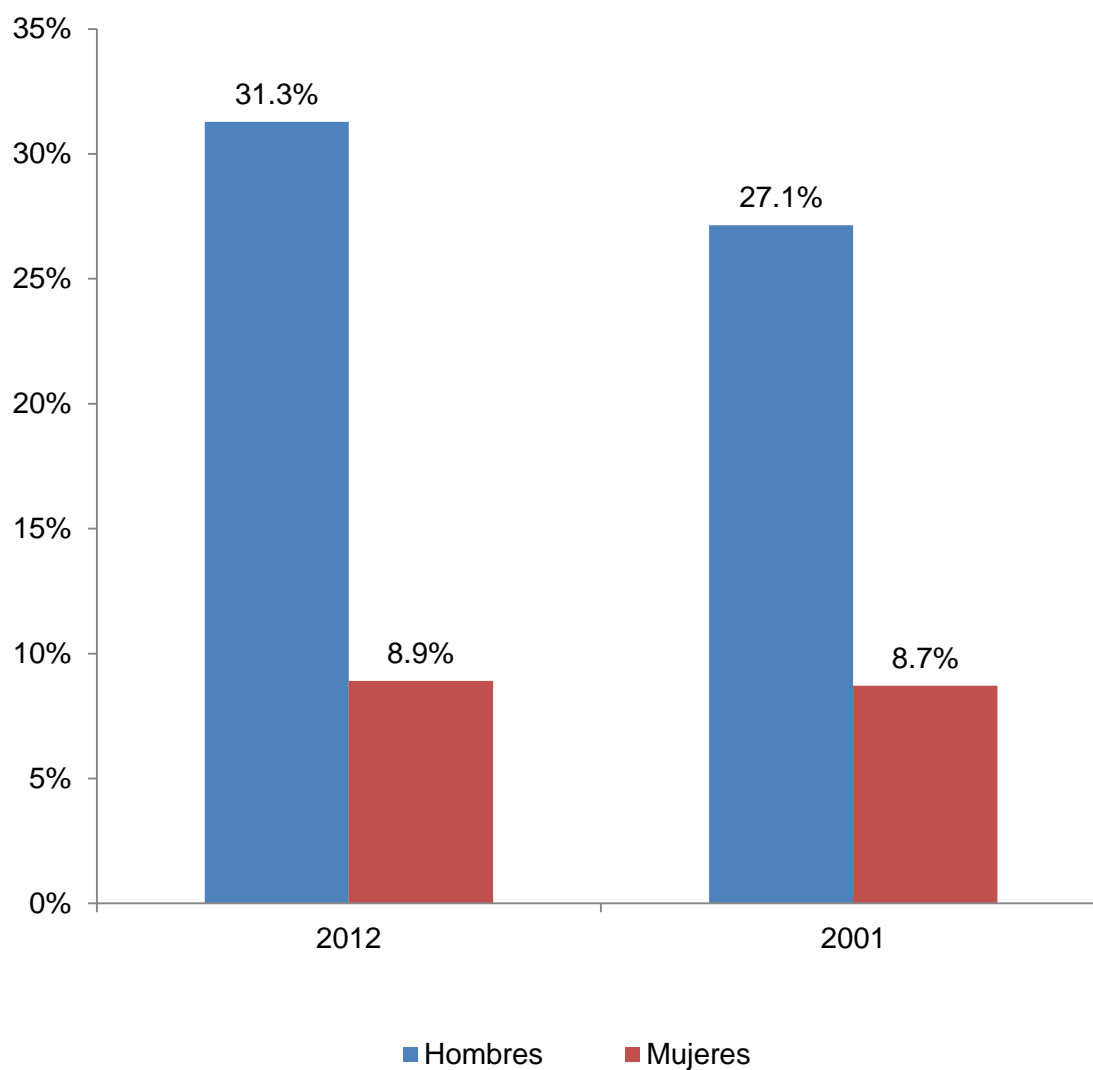
Una particularidad de ENASEM por su carácter longitudinal, es que también permite conocer algunas características sobre la mortalidad en México, considerando que para 2012 se habían registrado 3 288 fallecidos entre las 15 186 personas entrevistadas en 2001, que representa el 22 por ciento.

Para estos fallecimientos, a través del “cuestionario sobre persona fallecida” que responde algún familiar o persona que conoce su información, es posible tener datos sobre la situación económica y familiar de la persona durante el último año de su vida, su estado general de salud, la causa principal que condujo a su muerte, entre otros datos relevantes.

Relativo a los **factores de riesgo**, que entre otros, se refiere a “fumar actualmente”, la encuesta en 2012 confirma que los varones experimentan uno mayor, dado que el 31.3 por ciento declaró tener este hábito, frente a 8.9 por ciento de las mujeres.

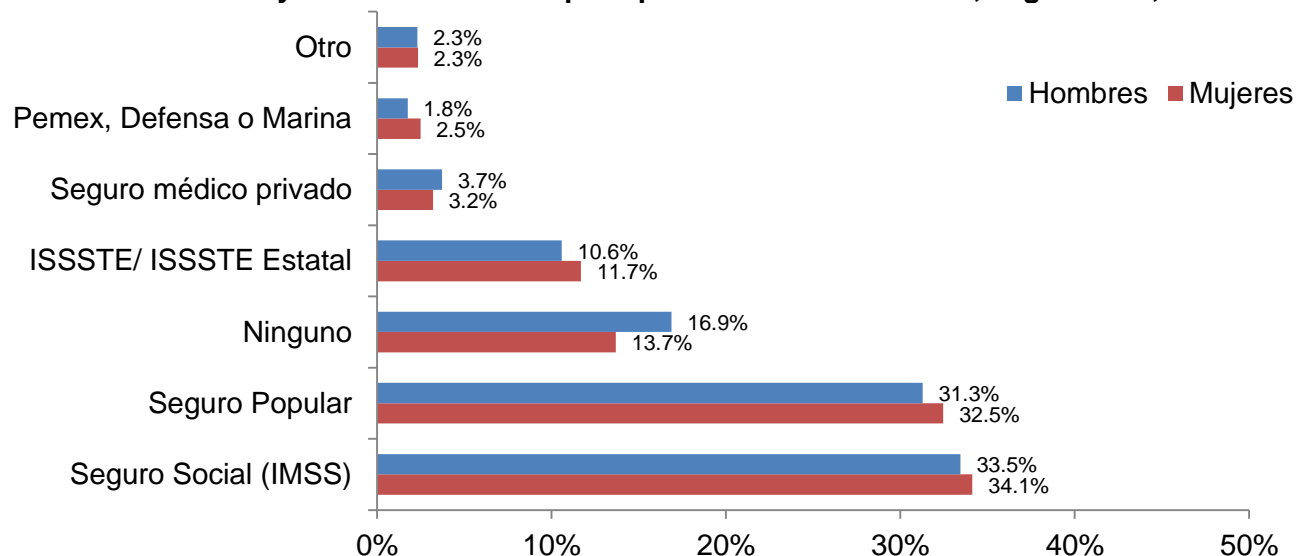
En el 2001, el porcentaje de varones que declararon este hábito fue del 27.1 por ciento en comparación con 8.7 por ciento de las mujeres; por lo que para 2012 se observa un aumento de 4.2 puntos porcentuales en los varones y casi no se modifica en las mujeres.

Población de 50 años y más de edad que fuman, según sexo, 2012 y 2001

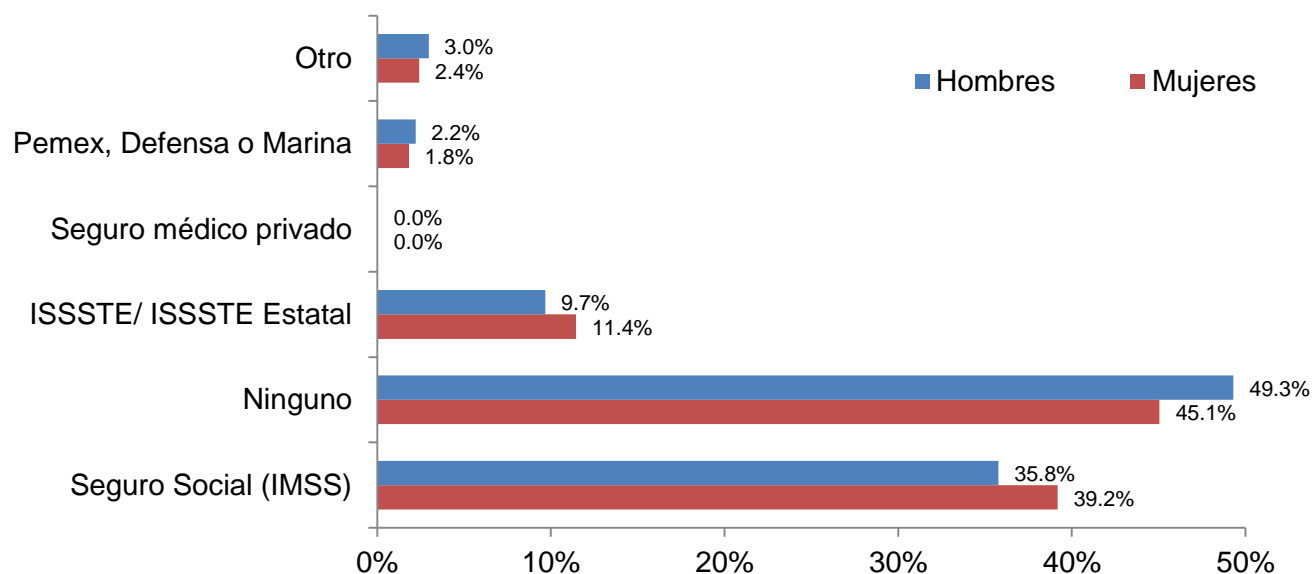


En cuanto al **acceso y uso de los servicios de salud**, es importante resaltar que en 2001 el 35.8 por ciento de varones y el 39.2 por ciento de las mujeres tenían derechohabiencia en el IMSS y que el 49.3 por ciento de hombres y 45.1 por ciento de las mujeres no contaban con algún servicio de salud. Esta situación se modifica en 2012 sobre todo por el inicio del Seguro Popular como institución de protección a la salud alrededor del 2004. Los gráficos siguientes muestran este hecho.

Población de 50 y más años de edad por tipo de derechohabiencia, según sexo, 2012

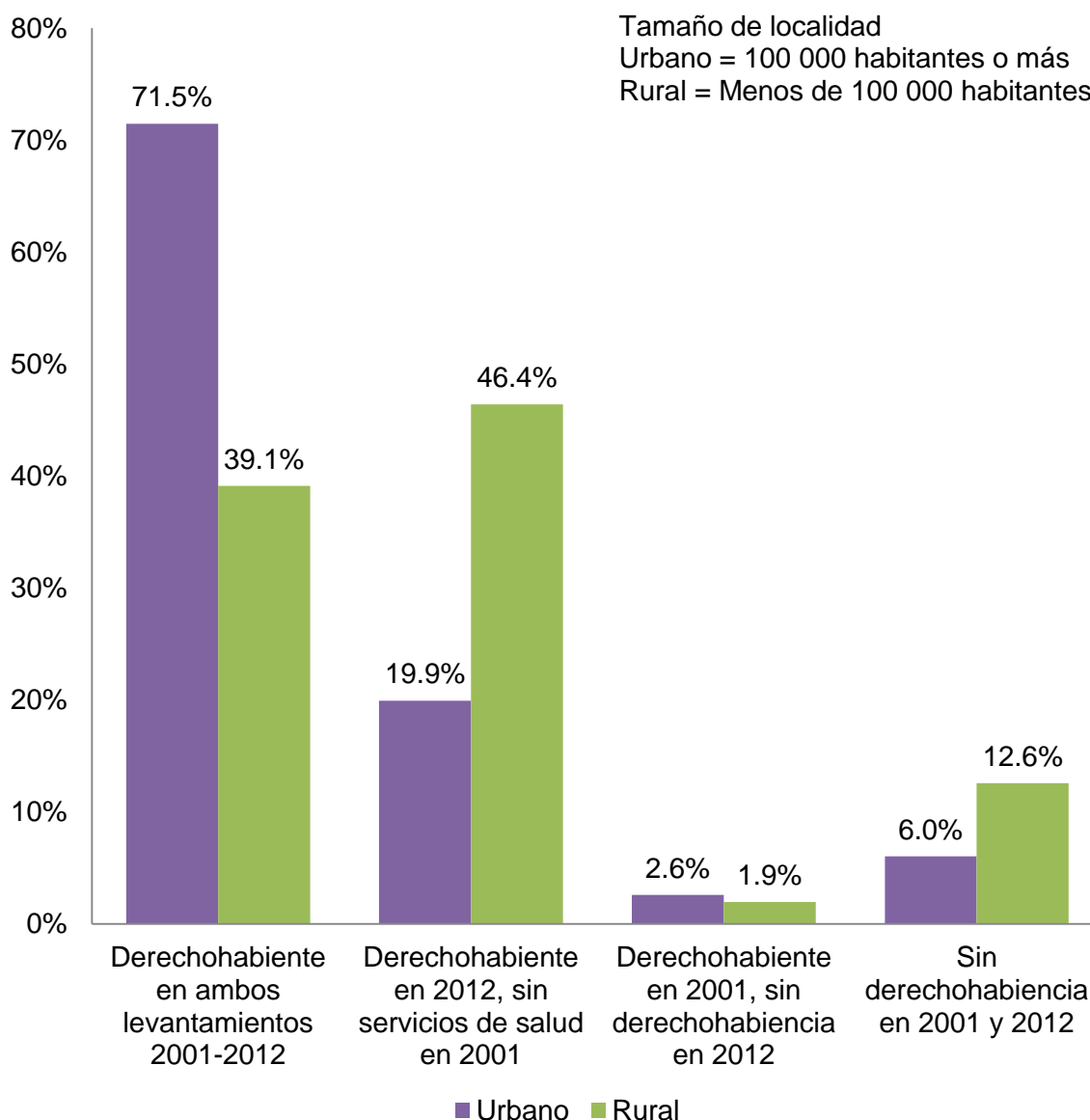


Población de 50 y más años de edad por tipo de derechohabiencia, según sexo, 2001



Los datos obtenidos por ENASEM permiten apreciar también la cobertura de los servicios de salud de la población urbana y rural en el tiempo. El gráfico muestra por ejemplo, que en el medio rural la población que hoy dispone de servicios de salud y carecía de éstos en 2001, corresponde al 46.4 por ciento.

Derechohabiencia de la muestra de seguimiento 2001-2012 por tamaño de localidad



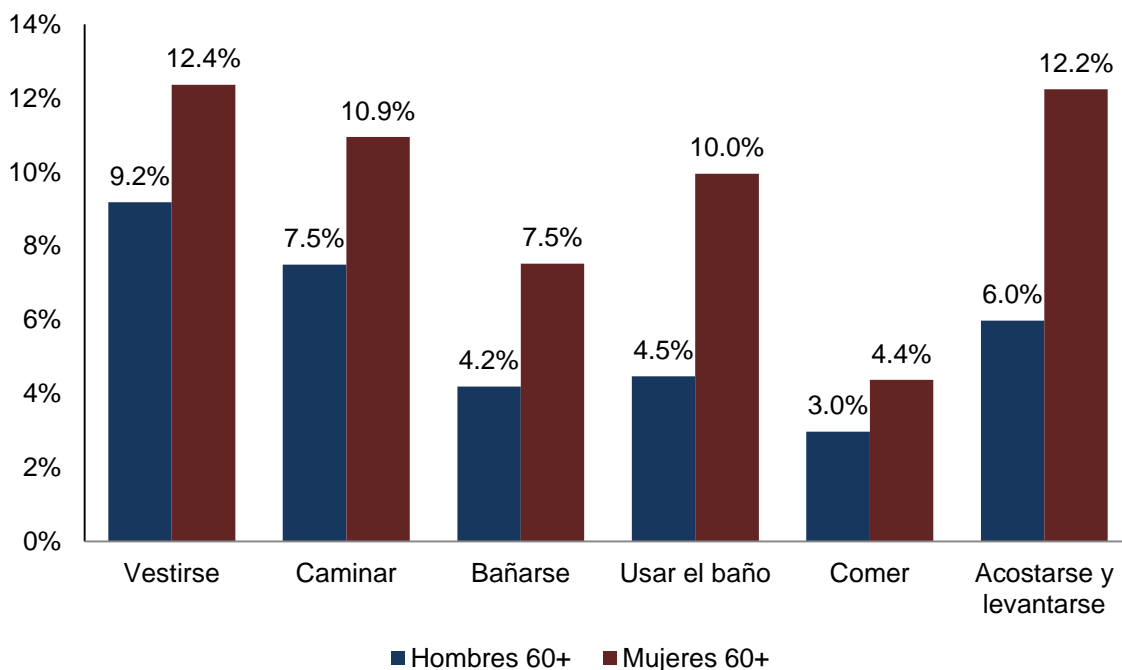
Relativo a la **autonomía para realizar actividades de la vida diaria**, las mujeres son las que reportan con mayor frecuencia tener dificultad para realizar seis actividades, tanto en el 2012 como en el 2001.

Población de 50 años y más de edad con condición de requerir ayuda para actividades de la vida diaria, según sexo, 2012 y 2001

Actividades de la vida diaria	2012		2001	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Vestirse	6.2%	9.5%	4.6%	6.9%
Acostarse y levantarse	4.3%	9.1%	4.8%	6.9%
Caminar	5.0%	7.5%	5.3%	6.4%
Usar el baño	3.0%	7.2%	2.9%	5.1%
Bañarse	2.6%	4.5%	3.1%	5.0%
Comer	2.5%	3.0%	1.9%	2.7%

Se muestra también que conforme avanza la edad se dificultan las actividades de la vida diaria, principalmente en las mujeres del subgrupo de 60 y más años, según información del 2012.

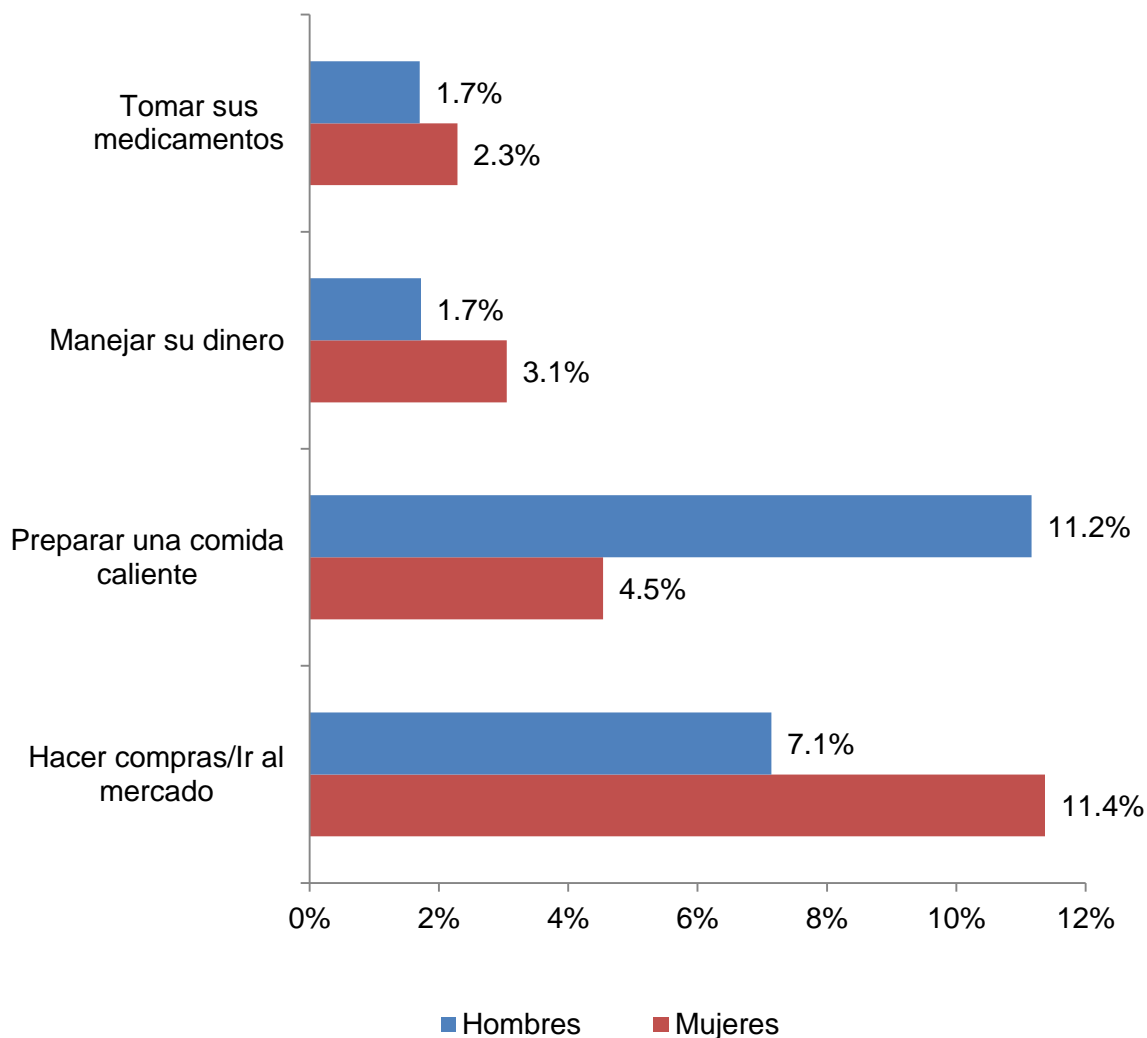
Población de 60 años y más de edad con condición de requerir ayuda para actividades de la vida diaria según sexo, 2012



En cuanto a las **actividades instrumentales de la vida diaria**, en el 2012 se observa que, las mujeres sistemáticamente presentan más dificultad que los varones para realizar la mayoría de éstas, a pesar de estar estrechamente vinculadas con actividades que son cotidianas para las mujeres a lo largo de su vida.

Únicamente en el caso de “preparar comida caliente”, los varones requieren de mayores apoyos, lo cual se puede inferir debido a su historia de vida, por cuestión cultural y toda vez que son ellos quienes se encuentran en mayor medida en el ámbito laboral.

Población de 50 años y más de edad con condición de requerir ayuda para actividades instrumentales de la vida diaria, según sexo, 2012



Se observa también incremento en la vulnerabilidad de los adultos mayores de ambos sexos a partir de los 60 años de edad.

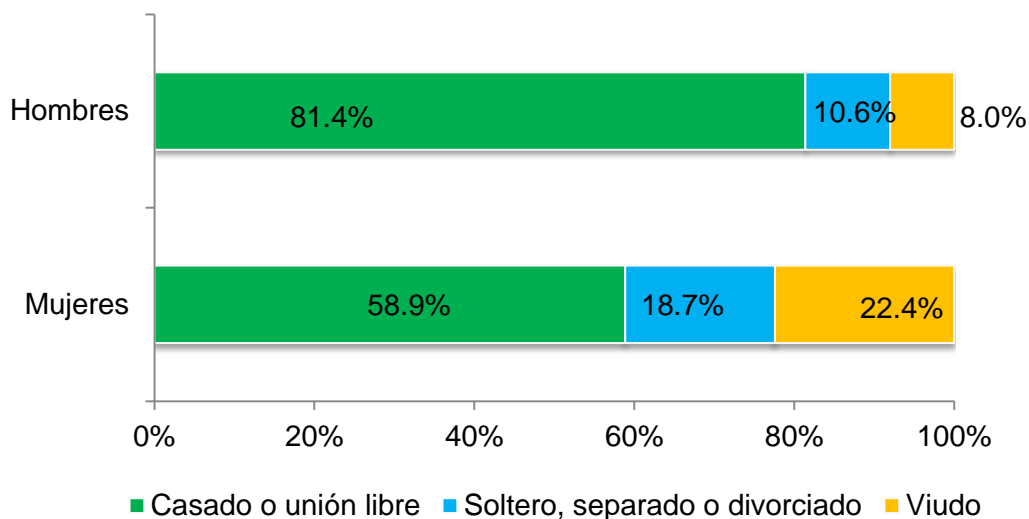
Población de 50 años y más de edad con condición de requerir ayuda para actividades instrumentales de la vida diaria, según sexo y subgrupo de edad, 2012 y 2001

Actividades instrumentales de la vida diaria	Hombres		Mujeres	
	50-59 años	60 y más años	50-59 años	60 y más años
2012				
Hacer compras/ir al mercado	2.6%	10.7%	6.2%	17.1%
Preparar una comida caliente	5.2%	15.7%	1.6%	7.2%
Manejar su dinero	0.6%	2.6%	2.1%	3.9%
Tomar sus medicamentos	0.3%	2.8%	1.1%	3.4%
2001				
Hacer compras/ir al mercado	3.0%	10.2%	3.7%	12.7%
Preparar una comida caliente	9.7%	14.4%	2.0%	7.4%
Manejar su dinero	0.4%	4.8%	1.4%	5.9%
Tomar sus medicamentos	1.4%	5.9%	1.3%	5.7%

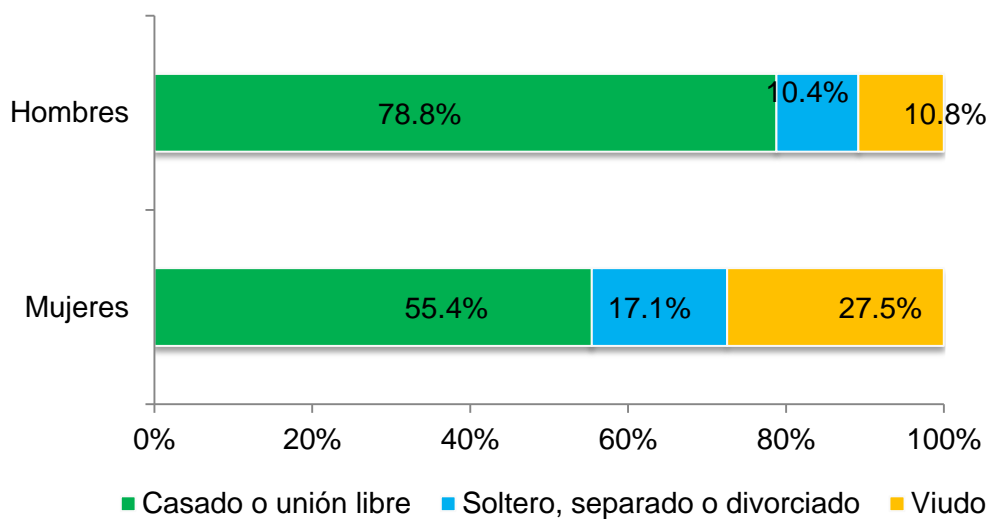
En relación a la **situación conyugal**, es de notar que las mujeres en mayor porcentaje que los hombres se reportan sin pareja, esto es: solteras, separadas, viudas o divorciadas. En 2012, se reportan sin pareja, 41.1 por ciento, mientras que entre los varones es 18.6 por ciento. En 2001, la situación era muy semejante: mujeres 44.6 por ciento y hombres 21.2 por ciento.

Esto probablemente es reflejo de una mayor sobrevivencia de las mujeres y una tendencia a permanecer sin pareja al término de una unión.

Porcentaje de población de 50 y más años de edad por situación conyugal, según sexo, 2012



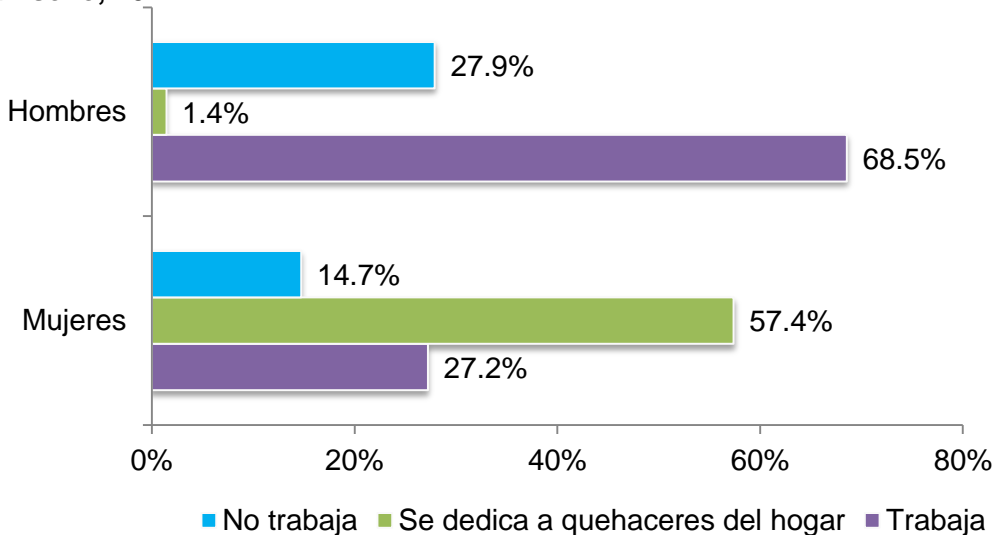
Porcentaje de población de 50 y más años de edad por situación conyugal según sexo, 2001



Respecto a las características de **ocupación y empleo** de los adultos mayores, se presentan datos que muestran las diferencias en cuanto a género y cambios a través del tiempo.

Se observa en 2012 la tradicional división sexual del trabajo: el 57.4 por ciento de las mujeres se dedicaban al trabajo no remunerado en el hogar y el 68.5 por ciento de los hombres trabajaba por una remuneración en alguna ocupación formal o informal.

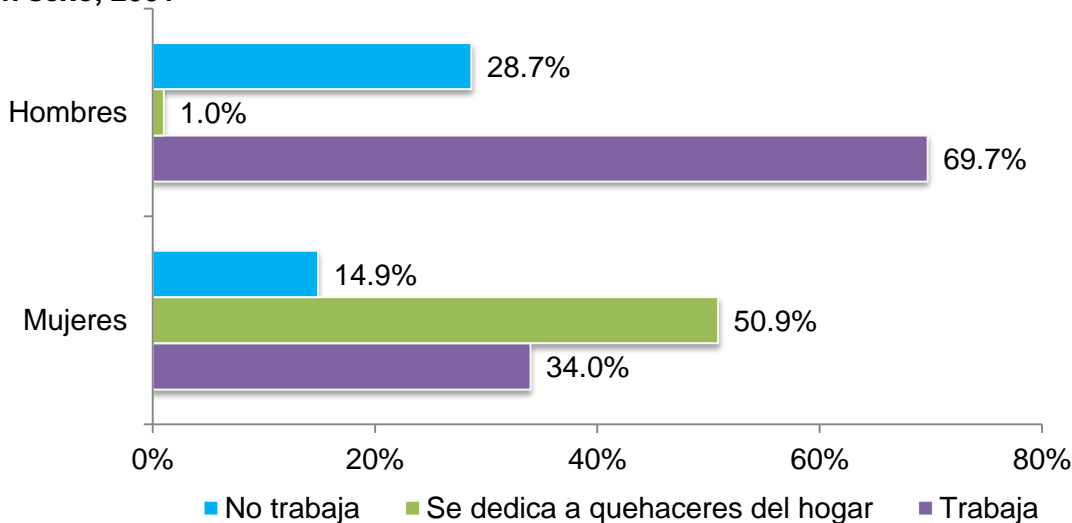
Porcentaje de población de 50 y más años de edad por condición de actividad, según sexo, 2012



Los porcentajes no suman 100% ya que el gráfico excluye la opción "Busca trabajo"

Antes, en el 2001, la situación era muy semejante: el 69.7 por ciento de los hombres trabajaba y el 50.9 por ciento de las mujeres se dedicaba a las labores del hogar.

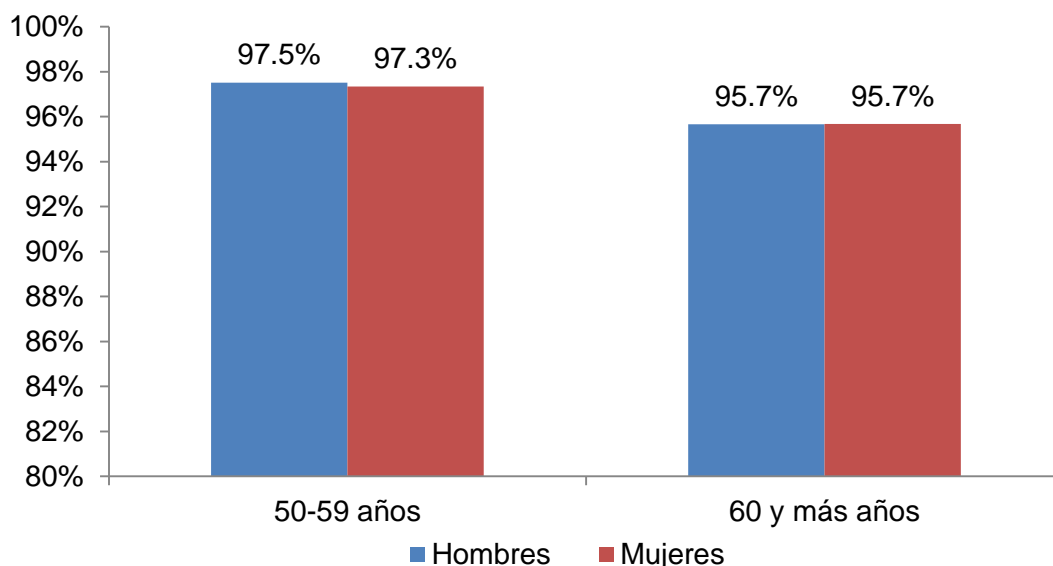
Porcentaje de población de 50 y más años de edad por condición de actividad, según sexo, 2001



Los porcentajes no suman 100% ya que el gráfico excluye la opción "Busca trabajo"

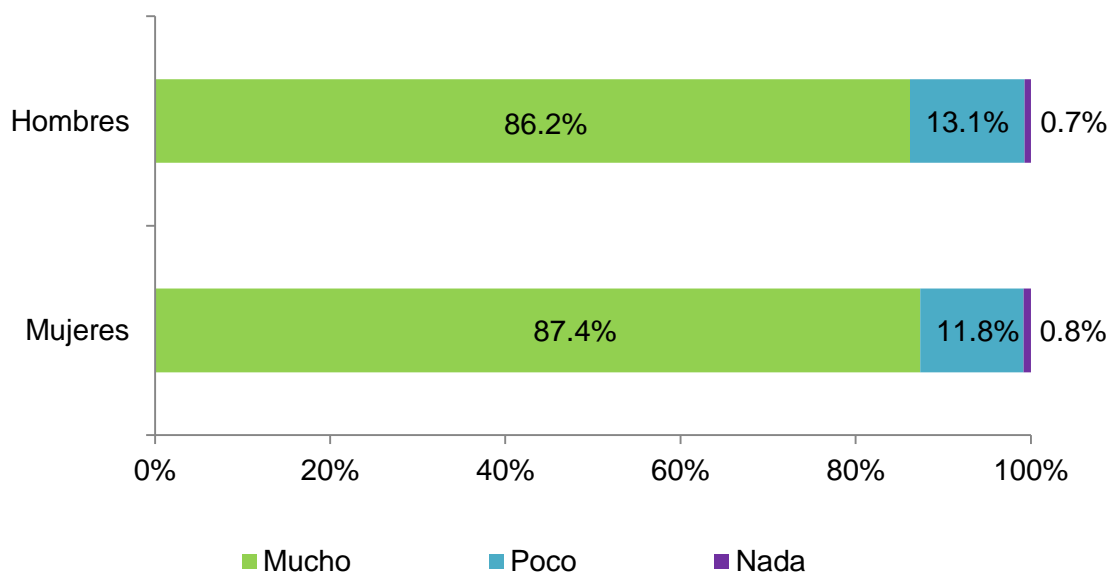
En cuanto a la **percepción de control, toma de decisiones personales y satisfacción con la vida** los adultos mayores en México denotan una actitud positiva, tanto entre hombres como en mujeres. Ambos grupos perciben que el mejoramiento de su salud es posible a través del control de sus propios hábitos; inclusive no se percibe gran diferencia por subgrupos de edad, toda vez que esta percepción positiva es mayor al 95 por ciento.

Población de 50 años y más con actitud positiva hacia autocuidado en salud, según sexo y subgrupo de edad, 2012



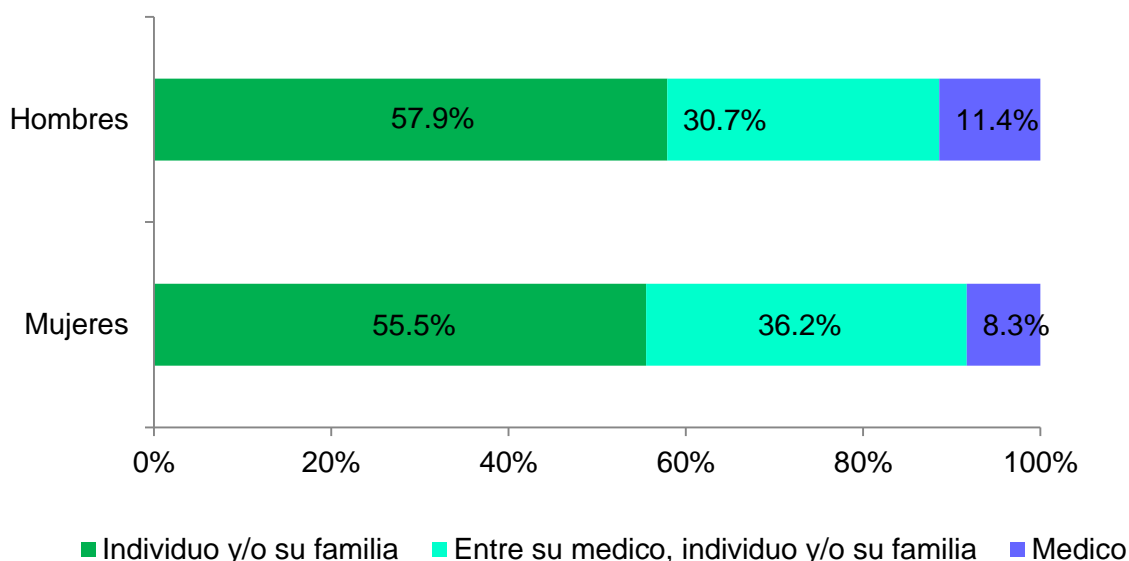
Los adultos mayores, tanto varones como mujeres, también tienen una percepción de poder personal respecto de la toma de decisiones en cuanto a su salud: más del 86 por ciento de mujeres y hombres manifiestan esta percepción.

Población de 50 años y más por percepción de poder personal para decisiones en salud según sexo, 2012



Concerniente a la toma de una decisión final para su tratamiento médico, la mayoría de mujeres (55.5 por ciento) y hombres (57.9 por ciento) prefieren tomar la decisión por ellos mismos o en conjunto con su familia; y alrededor del 30 por ciento de mujeres y hombres optan por considerar también la opinión del médico. Únicamente el 11.4 por ciento de los varones y el 8.3 por ciento de las mujeres prefieren que el médico tome solo la decisión acerca de su tratamiento.

Población de 50 años y más por preferencia sobre persona que tome las decisiones finales en su salud según sexo, 2012

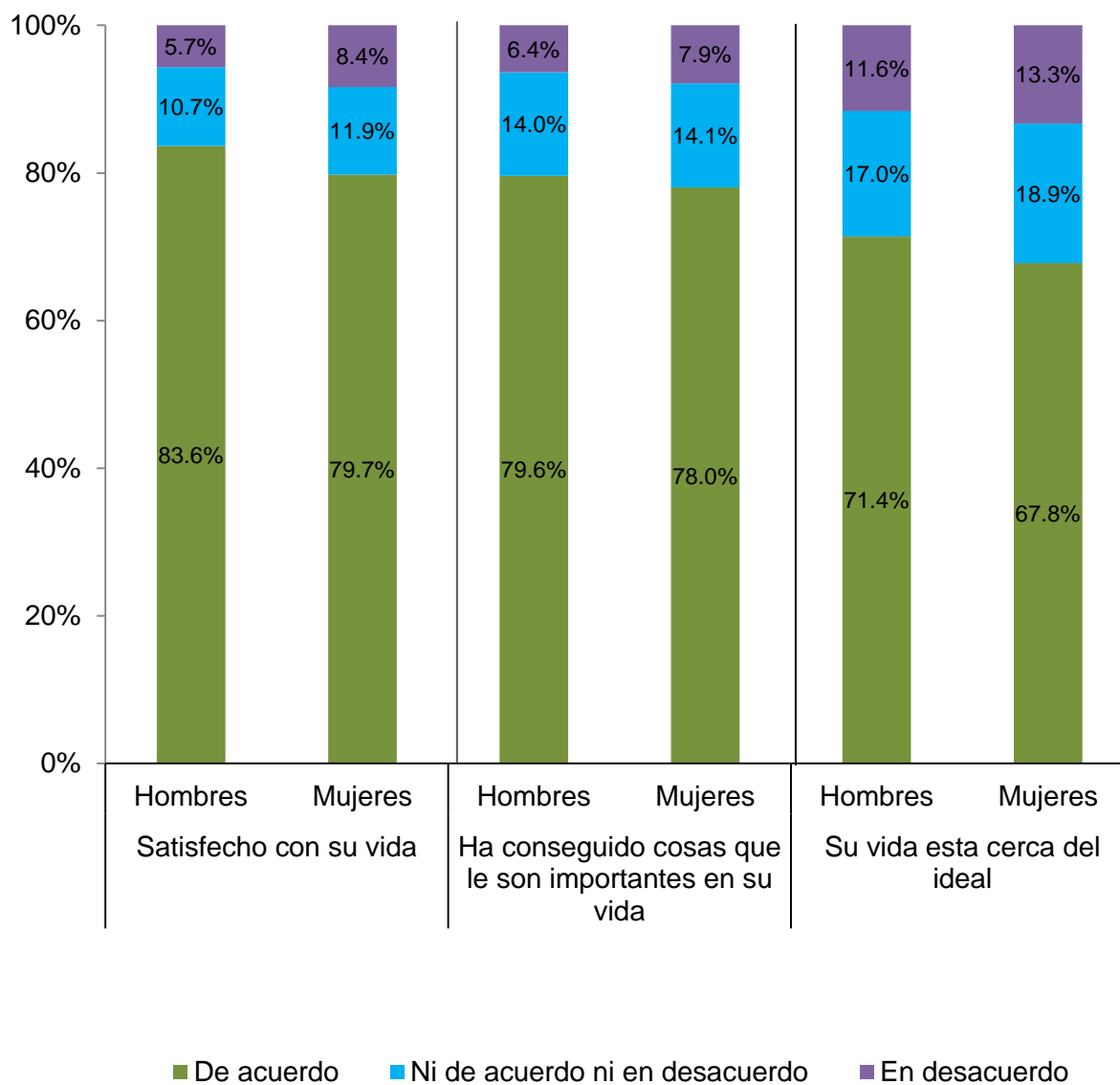


Derivado del reciente interés por conocer sobre la satisfacción de los adultos mayores con la vida, ENASEM 2012 consideró una serie de preguntas vinculadas con el tema; de la información recabada destaca lo siguiente:

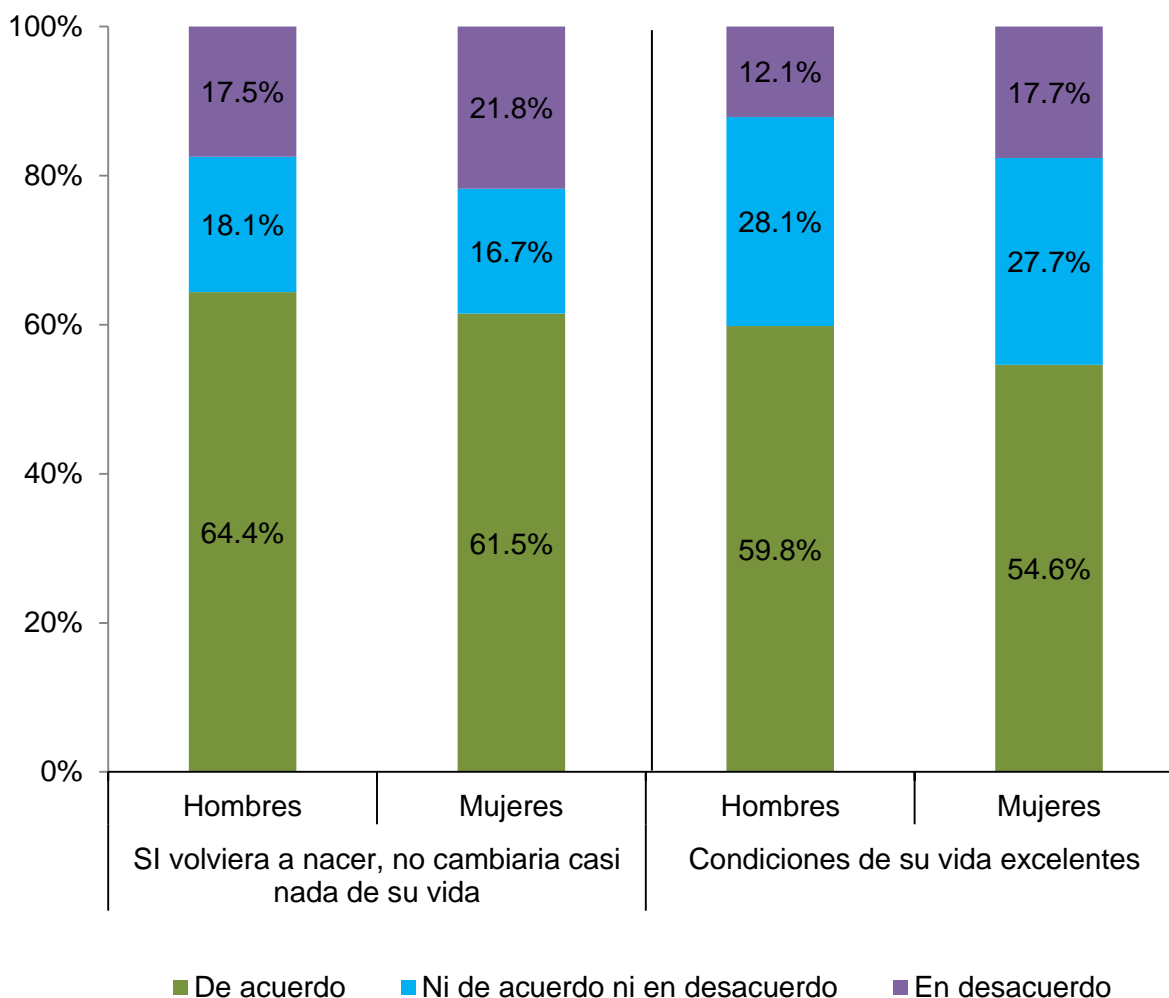
- El 83.7 por ciento de los hombres y el 79.8 por ciento de las mujeres se encuentran satisfechas con sus vidas.
- 79.6 de cada cien varones y 78 de cada cien mujeres consideran que han conseguido cosas que les son importantes en su vida.
- En cuanto a pensar que su vida está cerca del ideal, el 71.4 por ciento de los varones y el 67.8 por ciento de las mujeres lo consideran así.
- El 64.4 por ciento de los hombres y el 61.5 por ciento de las mujeres no cambiarían casi nada de sus vidas.
- Además, 59.8 de cada cien hombres y 54.6 de cada cien mujeres perciben que las condiciones de su vida son excelentes.

Ante esta visión general positiva de la vida expresada por ambos sexos, es de notar que las mujeres sistemáticamente son menos optimistas que los varones. Además se aprecia que alrededor de 20 por ciento (21.8 por ciento mujeres y 17.5 por ciento hombres) no está de acuerdo con “no cambiaría nada a su vida”. Así también, 12.1 por ciento hombres y 17.7 por ciento mujeres no está de acuerdo con “sus condiciones de vida son excelentes”.

Población de 50 años y más por opinión sobre expresiones seleccionadas de satisfacción con la vida según sexo, 2012



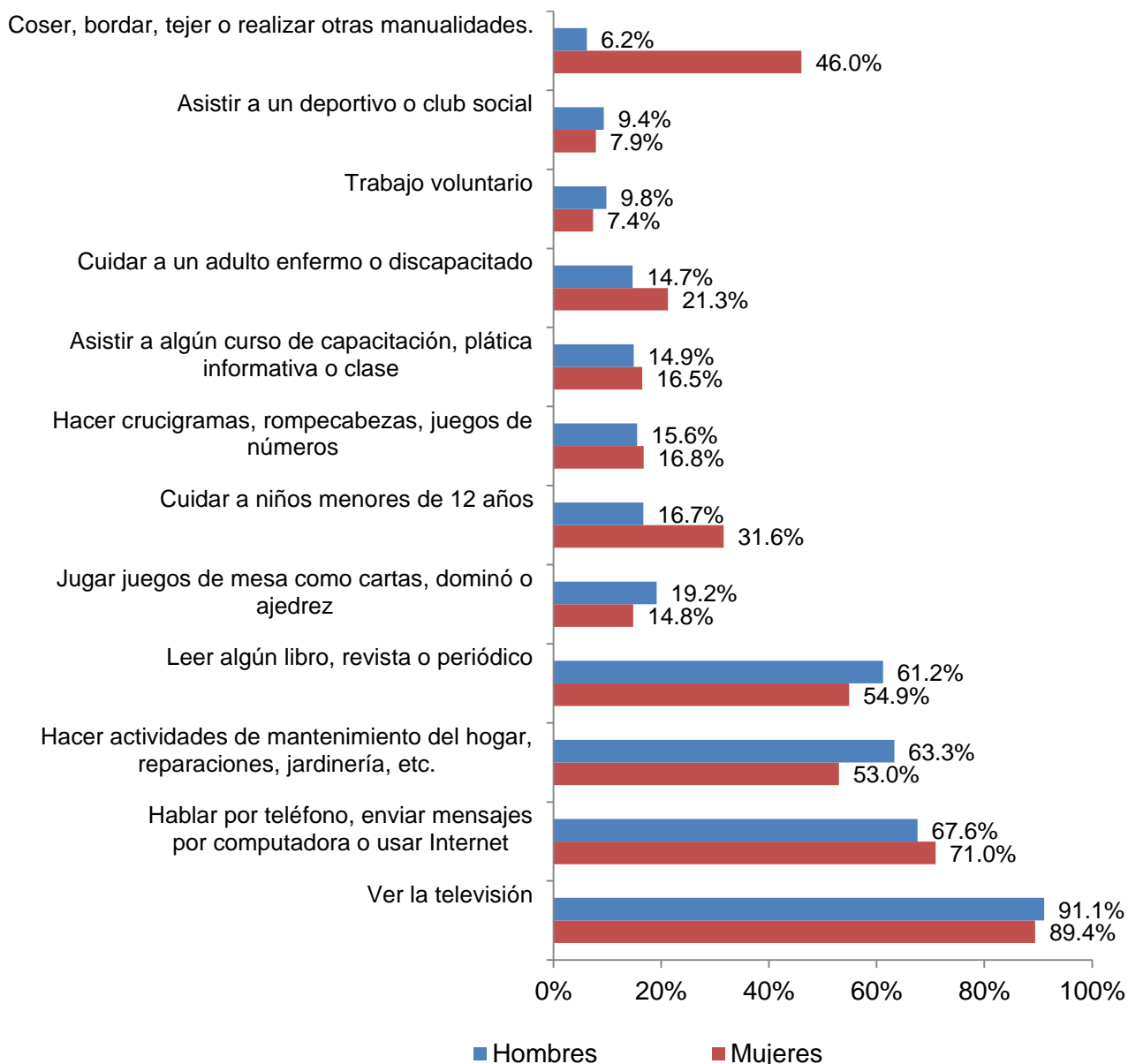
Población de 50 años y más por opinión sobre expresiones seleccionadas de satisfacción con la vida según sexo, 2012



ENASEM 2012 también incluyó una batería de preguntas con la finalidad de identificar las **actividades de entretenimiento, de cuidado de personas o mantenimiento del hogar**, que realizan los adultos mayores en su vida diaria.

La gráfica muestra que las actividades realizadas por ambos sexos tienen porcentajes similares con excepción diferencial en el caso de “coser, bordar, tejer o realizar otras manualidades”; también hay diferencias, pero no tan marcadas en los casos de “cuidar a niños menores de 12 años” y “cuidar a un adulto enfermo o discapacitado”; estas diferencias en las cuales las mujeres muestran una mayor participación podrían ser por una cuestión cultural.

Uso del tiempo de la población de 50 años y más en actividades seleccionadas, según sexo, 2012



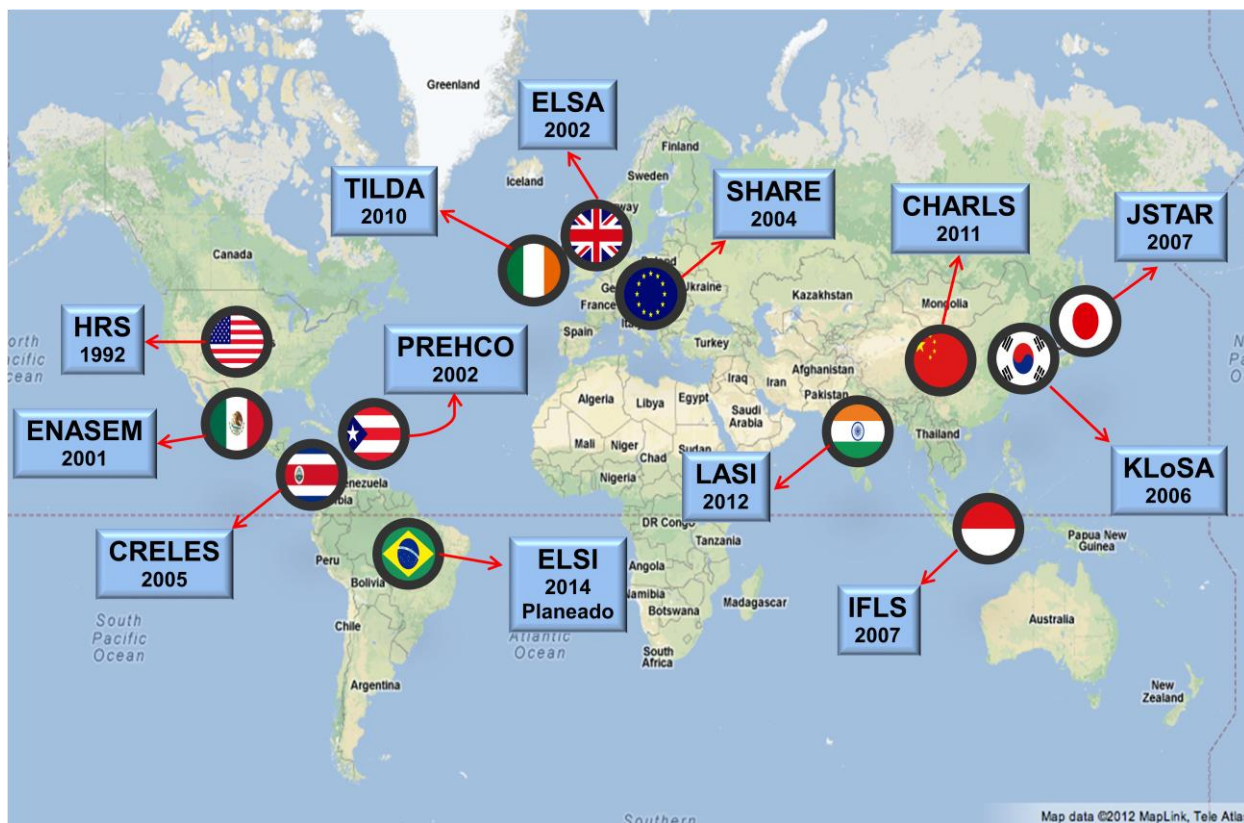
Nota: Esta sección capta más de una actividad simultáneamente, por lo cual los porcentajes no suman 100%

Hasta aquí se han descrito algunos resultados seleccionados con miras a favorecer el interés en el proceso de envejecimiento en el país.

Por último es importante señalar que en el mundo existen varios estudios similares a ENASEM. Así, éste forma parte de una familia global de estudios longitudinales que tratan de entender el proceso de envejecimiento humano, bajo distintas condiciones de vida.

El primer estudio longitudinal de este tipo fue el Health and Retirement Study de Estados Unidos iniciado en 1992, siguió ENASEM en 2001 y a partir de entonces se han realizado estudios similares en otros países, en total 30 estudios. Por lo que los investigadores involucrados en éstos se reúnen periódicamente para comparar métodos y enfoques.

El Instituto Nacional sobre Envejecimiento de Estados Unidos apoya actividades de armonización entre los estudios, con una visión de estudiar el envejecimiento de la raza humana a través de estudios comparativos entre países.



Información mucho más amplia sobre los resultados publicados en este comunicado puede obtenerse a través del sitio en Internet del propio Instituto (www.inegi.org.mx) o directamente en el sitio de internet del “Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México” (www.enasem.org).

www.enasem.org