Condiciones sociodemográficas, hábitos y autopercepción de la salud de los adultos en una ciudad intermedia de Argentina *

Peláez, Enrique ¹ Torres, Eduardo ² Carrizo, Elvira ³

Resumen

El presente estudio analiza la relación entre la autopercepción de la salud con hábitos y condiciones sociodemográficas de los adultos en una ciudad intermedia de Argentina.. Los datos para la investigación surgen de un estudio cuantitativo transversal, con una fase descriptiva y otra analítica. Se incluyen las personas mayores de 44 años de ambos sexos en las ciudades de Villa María y Villa Nueva, dos localidades del interior de Argentina. La autopercepción de la salud es considerada un muy buen Proxy del estado de salud general del individuo. En el presente estudio se indaga acerca de la relación de los hábitos (ejercicio físico, consumo de alcohol y tabaco), y de condiciones sociodemográficas (ingreso, trabajo, sexo, arreglos residenciales, participación en actividades sociales con el estado general de la salud del individuo determinado por la autopercepción de la misma.

Introducción

Cuando los cambios en las estructuras por edades de la población se desarrollan de manera acelerada implican mayores dificultades de adaptación en las sociedades, que aquellos cambios que se desarrollan por un largo período de tiempo. En los países en vías de desarrollo hay una acusada falta de concordancia entre el avance del proceso de envejecimiento y el contexto social e institucional en el que ese proceso tiene lugar. (MIRKIN y WEINBERGER . 2001) En éstos países los cambios demográficos han sido más repentinos que las adaptaciones sociales e institucionales a los mismos.

El proceso de envejecimiento poblacional supone entonces consecuencias sociales y económicas complejas, tanto a nivel social como individual. La magnitud y la rapidez con que se da este proceso, aconseja comenzar a prever las consecuencias, tanto sociales como

_

^{*} Trabajo presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, La Habana, Cuba, del 16 al 19 de noviembre de 2010.

¹ Investigador Adjunto de CEA CONICET; Profesor Facultad de Ciencias Económicas Universidad Nacional de Córdoba; Director Maestría en Demografía Universidad Nacional de Córdoba. Email: epelaez@eco.unc.edu.ar

² Profesor Facultad de Ciencias Económicas Universidad Nacional de Córdoba; Doctorando en Demografía Universidad Nacional de Córdoba. Email: torres edu@yahoo.com.ar

³ Profesora Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Córdoba. Email: <u>elviracarrizo@yahoo.com.ar</u>

económicas, especialmente en poblaciones en desarrollo, en las que los adultos mayores actuales son supervivientes de condiciones mórbidas y malnutrición desde la infancia, además de no haber acumulado ahorros para la vejez (Puga, Rosero-Bixby, Glaser y Castro, 2007).

El caso de Argentina y Uruguay dentro del contexto latinoamericano son particulares ya que tuvieron su descenso pronunciado de fecundidad hace más de 50 años, por lo tanto si bien son países en proceso de envejecimiento y de transición demográfica avanzada, los cambios que presentan y presentarán son paulatinos y no bruscos.

De todas maneras puede afirmarse que Argentina es uno de los países más envejecidos de América Latina y esta población presenta demandas crecientes y sostenidas de mejoramiento de sus condiciones de vida y salud.

A los fines de desarrollar políticas públicas tendientes a mejorar estas condiciones es imperioso contar con informaciones y estudios que indaguen acerca de la situación de los adultos.

En virtud de estas necesidades de información se está desarrollando la investigación "Estudio longitudinal epidemiológico de enfermedades oculares, diabetes, hipertensión y otras condiciones de salud y sociales en adultos mayores de 44 años, en una cuidad mediana del interior de Argentina. (Villa María/Villa Nueva)".

Si bien el trabajo de campo de dicha investigación está en proceso, hay datos disponibles que pueden ser utilizados. En este trabajo nos centraremos en la relación existente entre diferentes indicadores relacionados con las condiciones de vida y salud de los adultos tales como tabaquismo, alcoholismo, cobertura de salud, arreglos residenciales, participación en actividades sociales, realización de ejercicio físico y la autopercepción de la salud, que es un indicador aproximado de las condiciones generales de salud de las personas.

Al respecto Engler y Peláez (2002) indican que "La situación socioeconómica, los estilos de vida y la dinámica y el entorno sociofamiliar de las personas mayores facilitan o dificultan su envejecimiento activo y saludable". Para ello es necesario al analizar las condiciones de vida de los adultos mayores tener en cuenta que la vejez alude a un sinnúmero de factores no sólo etarios sino también relacionados a aspectos biológicos, sociales y culturales.

En nuestro trabajo hemos seleccionado la variable autopercepción de la salud porque a pesar de los sesgos que puede presentar es considerada una variable propicia para predecir la mortalidad y asociada a esta el estado general de salud Jewell, R. Todd; Rossi, Máximo y Triunfo, Patricia (2007) citando a Idler y Kasl 1991, Connelly et al. 1989 y Mete (2005). En el estudio de Marja Jylhä, Jack M. Guralnik, Luigi Ferrucci, Jukka Jokela and Eino

Heikkinen(1998)⁴ comparando datos de Suecia e Italia no observan diferencias en la declaración de la autopercepción de la salud entre sexos, pero se percibe mejor su relación con la mortalidad en los varones que en las mujeres.

Objetivo General

El presente trabajo analiza la relación entre hábitos, condiciones sociodemográficas y la autopercepción de la salud mediante la utilización de información recabada en un estudio referido a los adultos de las ciudades de Villa María y Villa Nueva.

Antecedentes

Uno de los inconvenientes que atraviesan los países latinoamericanos para adecuar las políticas públicas y programas de desarrollo a este incipiente envejecimiento es la escasez de estudios en profundidad acerca de las condiciones de vida y realidad de los adultos mayores en la región.

Dentro de los escasos antecedentes sobre estudios de condiciones de vida de los adultos mayores en la región puede destacarse a las Encuestas SABE desarrolladas por la OPS en 1999/2000 en 7 ciudades de América Latina. La ventaja de ese estudio es que realizó una encuesta comparativa en San Pablo (Brasil), La Habana (Cuba), Buenos Aires (Argentina), Santiago (Chile), Montevideo (Uruguay), Ciudad de México (México) y Georgetown (Barbados). En dicho estudio se analizaron -entre otros factores- las condiciones en que transcurre la vida de los adultos mayores, su entorno social, sus hábitos de vida y algunos aspectos psicosociales, ejercicio físico, actividades dentro y fuera del hogar, participación en la vida familiar y social, cómo disfrutan los momentos de ocio, la buena salud y su capacidad funcional. Asimismo se analizó la existencia o no de envejecimiento activo y saludable mediante la prevalencia de: ejercicio físico, actividades de ocio, viajes, participación social, ayuda familiar o de persona allegada, trabajo remunerado, seguridad ciudadana, convivencia, satisfacción con las redes sociales, calidad de vivienda, seguridad económica, y estado de salud y capacidad funcional.

A partir de los datos de las Encuestas SABE se desarrollaron muchos trabajos. Por ejemplo Zunzunegui, Arlette Pinzón, Engler, Pantelides, Albala y Prast (2002) elaboraron un índice de envejecimiento en buena salud que distingue a quienes pueden realizar todas las actividades de la vida diaria, tienen una visión y audición buena o moderada y no tienen signos de déficit cognitivo ni de depresión. Los autores analizaron los resultados de la Encuesta SABE en Buenos Aires, Montevideo y Santiago de Chile y en base a los resultados obtenidos muestran que tanto en Buenos Aires como Montevideo el 60% de los

⁴ Marja Jylhä, Jack M. Guralnik, Luigi Ferrucci, Jukka Jokela and Eino Heikkinen **Is Self-Rated Health Comparable across Cultures and Genders?** J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci (1998) 53B(3):S144-S152

entrevistados pertenecían a la categoría de buena salud y buen funcionamiento, mientras que en Santiago el 40% se encontraron en esas condiciones. Por otra parte, la mayoría de las personas mayores encuestadas en las tres ciudades tenían al menos una enfermedad crónica mientras que una minoría sufría incapacidad para llevar a cabo sus actividades diarias. El déficit cognitivo grave es diferente en las tres ciudades analizadas: 4% Buenos Aires, 2% Montevideo y 12% Santiago. Por su parte, la depresión es más prevalente en las mujeres que en los varones y es más elevada en Santiago de Chile.

Otro de los trabajos con estás encuestas es el de Jewell, R. Todd; Rossi, Máximo y Triunfo, Patricia (2007) que analizan el estado de salud de los adultos mayores en Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay. Para ello emplean modelos probit con el fin de estudiar los efectos de variables socioeconómicas sobre la autopercepción de la salud auto-reportado. En ese trabajo se encuentra relación causal entre una buena nutrición, una mayor educación y un estilo de vida activo, y una buena autopercepción de la salud. Asimismo se observó que el nivel socioeconómico en las etapas iniciales de la vida impacta también en la autopercepción de la salud lo que tiene importantes implicaciones para la política de salud pública.

Con posterioridad a las Encuestas SABE, algunos países latinoamericanos han realizado esfuerzos para obtener datos de las condiciones de vida y salud de sus adultos mayores. Entre ellos merecen destacarse las encuestas CRELES (Costa Rica), PREHCO(Puerto Rico) y MHAS(México).

Utilizando datos de la encuesta CRELES y de otras fuentes para España e Inglaterra Dolores Puga, Luis Rosero-Bixby, Karen Glaser y Teresa Castro (2007) exploraron la relación entre la red social mas próxima al adulto mayor, los vínculos establecidos con otros miembros del hogar y con los hijos, y las condiciones de salud en la vejez, desde una perspectiva internacional comparando las sociedades de Costa Rica, España e Inglaterra. Los autores concluyen que las relaciones sociales influyen sobre el envejecimiento físico y cognitivo a través de vías psicológicas, comportamentales y fisiológicas. Los adultos mayores de los tres países analizados han mostrado modelos de redes familiares claramente diferenciados, caracterizados por la corresidencia intergeneracional (caso latinoamericano), por la independencia (caso anglosajón) y por la independencia residencial (caso Latinoeuropeo).

Con datos de la misma encuesta CRELES Xinia Fernández Rojas y Ericka Méndez Chacón (2007) describen los estilos de vida y riesgos de la salud de las personas adultas mayores y sostienen que el comportamiento o el estilo de vida es el medio de contacto directo con agentes patógenos y nocivos, e indirectamente el fumar, el consumo de alcohol, el tipo de alimentación, o el grado de actividad física producen cambios graduales en el organismo que pueden afectar la salud. También reconocen la aparición de la enfermedad por la interferencia que ocasiona en los hábitos de la vida del individuo y entienden que el envejecimiento saludable es sinónimo de envejecimiento sin discapacidad: éste ha sido asociado a mejoras en la nutrición, la actividad física y al control adecuado de factores de riesgo como el hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas, así como el evitar o reducir el aislamiento social y mental.

Katia Gallegos-Carrillo, Carmen García-Peña, Carlos Duran-Muñoz, Hortensia Reyes, y Luis Durán-Arenas (2006) evalúan el estado de salud de los ancianos mexicanos a través de la autopercepción de la misma y analizan los factores sociales, de salud y organizacionales asociados. A tal fin utilizan datos de la Encuesta Nacional de Salud de México del año 2000. A través de una regresión logística múltiple analizan el efecto en la autopercepción de la salida de características sociodemográficas, hábitos de riesgo, accidentes, diagnóstico de enfermedades y mediciones clínicas de las personas analizadas. El estudio asocia sexo femenino, no tener seguro social, ser divorciado, dedicarse al hogar, estar incapacitado, no tener trabajo, consumo de tabaco, problema de salud, accidentes y diagnóstico de enfermedades crónicas a reportar mala salud.

Metodología y Fuentes

La metodología elegida para el análisis es la regresión logística. En el caso analizado la variable dependiente refleja la autopercepción del estado de salud y sus únicos dos valores posibles son "Buena" o "Mala" y las variables independientes son aquellas que se considera que pueden contribuir a explicarla, entre ellas si fuma, si vive en un hogar unipersonal, si esta casado o unido, la situación laboral, si participa en actividades sociales, si trabaja, el ingreso total familiar, si consume bebidas alcohólicas, si tienen enfermedades crónicas o sufre discapacidad.

El estudio se realiza en el conglomerado Villa María – Villa Nueva, dos localidades del interior de la provincia de Córdoba, se encuentran en plena Pampa Húmeda a orillas del río Tercero y a unos 140 Kms al sudeste de la ciudad de Córdoba. La población del aglomerado es de 88.819 habitantes (INDEC, 2001) de los cuales 72.162 son pobladores de Villa María y 16.648 de Villa Nueva. El Censo Provincial de Población 2008 registró 75.551 habitantes del municipio Villa María y 18.268 del municipio Villa Nueva, por lo que sumados totalizan 93.819 pobladores.

La investigación es un estudio cuantitativo transversal, se lleva a cabo en dos fases una descriptiva y la otra analítica, en el mismo se realiza el relevamiento de personas de ambos sexos mayores de 44 años de edad, que acrediten su residencia habitual en alguna de las dos localidades mencionadas y además presten voluntariamente su consentimiento para participar en el estudio.

La muestra se diseño por puntos aleatorios seleccionados por radios censales, definidos según la concentración de la población brindada por el Censo de Población del año 2001, en el conglomerado mencionado (Villa María - Villa Nueva), estos puntos muestrales de distribuyen en trece (13) Centros de Salud de las dos Municipalidades involucradas.

De acuerdo a la notación seguida por Hosmer y Lemeshow (1989), la especificación de la forma del modelo logístico es

$$\pi(x) = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 x}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 x}}$$
 Ecuación 1

Al aplicar la función logaritmo a la ecuación anterior $\pi(x)$, se obtiene la transformación logit

$$g(x) = \ln \left[\frac{\pi(x)}{1 - \pi(x)} \right]$$

$$= \beta_0 + \beta_1 x$$
Ecuación 2

Esta transformación g(x), además de ser lineal en sus parámetros, puede ser continua, su rango puede variar entre $-\infty$ y $+\infty$ y la distribución de sus errores es binomial en lugar de la distribución normal que caracteriza al modelo de regresión lineal. Asimismo, el método general de estimación no es a través de mínimos cuadrados si no que es mediante la estimación de una función (la función de verosimilitud) la cual incorpora los parámetros a estimar y el resultado obtenido de los mismos en cuando esta función es maximizada. Es así que la media condicional de la ecuación de regresión está acotada entre 0 y 1 pero las características generales que están presentes en el caso de la regresión lineal lo están también en este último caso. Sin embargo, en el caso de la interpretación de los coeficientes estimados existe una diferencia: en los modelos logísticos los mismos representan en cambio en el logit ante un cambio unitario en la variable independiente x y por lo tanto se interpretan los $\exp(\beta)$ que se conocen como odds ratio. Los mismos representan cuán más probable es que el evento analizado esté presente entre aquellos con x = 1 que entre aquellos con x = 0.

En el presente estudio se define como variable dependiente la autopercepción de la salud como una aproximación del estado general de la persona, y se la relaciona con los siguientes grupos de variables seleccionados que constituyen el contexto sociodemográfico y de hábitos de las personas de acuerdo a los antecedentes bibliográficos citados:

Variables de Contexto sociodemográfico

• Estado general de salud

Tener enfermedades crónicas o no Tener discapacidad

Estado social

Participación en Organizaciones Sociales Arreglos residenciales

Estado Económico

Ingreso

• Sexo

Hábitos

Consumo de Tabaco Consumo de Alcohol Realización de Actividad Física habitual.

Resultados

a) Descripción de la población entrevistada

Se entrevistaron 620 personas de más de 44 años. El 31% de las mismas es de sexo masculino y el 69% femenino. En las tablas 1 a 4 se observan las características generales de esta población:

1. Distribución de frecuencias por sexo

Tabla 1: Distribución de frecuencias por sexo

	Porcentaje
Masculino	31%
Femenino	69%

Fuente: Elaboración propia en base a EAVM

Es importante advertir que a pesar que el diseño de la muestra fue realizado por puntos aleatorios seleccionados por radios censales definidos según concentración de la población brindada por el Censo de población del 2001, hay distribuciones de frecuencias de ciertas variables (sexo por ejemplo) que se alejan de la distribución. Esto obedece al sistema de recolección de la muestra, en el cual la participación es voluntaria y la asistencia de los pacientes está ligada a varios factores, entre ellos la disponibilidad horaria, factores culturales que hacen que las mujeres estén más predispuestas a realizarse este tipo de estudios, la posibilidad de haberse enterado por alguno de los medios de comunicación utilizados entre otros. Distribución de frecuencias de edad (agrupada)

Tabla 2: Distribución de frecuencias de edad

Edad en años	Porcentaje
Hasta 54	33%
55 a 64	30%
65 a 74	24%
75 a 84	11%
85 y más	2%

Fuente: Elaboración propia en base a EAVM

2. Distribución de frecuencias del máximo nivel educativo alcanzado

Tabla 3: Distribución de frecuencias de máximo nivel educativo alcanzado

	Porcentaje
Primario Incompleto	29%
Primario Completo	38%
Secundario Incompleto	18%
Secundario Completo	10%
Terciario Incompleto	2%
Terciario Completo	2%
Universitario Incompleto	1%

Fuente: Elaboración propia en base a EAVM

3. ¿Con quién vive usted?

Tabla 4: Distribución de frecuencias de arreglos residenciales

	Porcentaje
Con familiares directos en su casa	79%
Con familiares directos en la casa del hijo	2%
Con otros familiares y amigos pero no en su casa	2%
Solo pero tiene hijos próximos	12%
Solo, sin hijos o ellos viven alejados	4%

Fuente: Elaboración propia en base a EAVM

De acuerdo al resultado del cuadro inmediatamente anterior, el 16% de los entrevistados vive sólo. En la segunda mitad del siglo XX se han producido cambios importantes en las disposiciones para la vida de las personas edad ya que el número de personas que viven solas se ha incrementado y el de quienes viven en hogares compuestos con parientes distintos de los miembros de la familia nuclear se ha reducido notoriamente (Pampel, 1983; Elman y Uhlenberg, 1995; Weinick, 1995). Es importante considerar que entre las personas muy ancianas, el hecho de vivir solas puede ser factible o una opción posible para quienes tienen una salud moderadamente buena y cuentan con una red de apoyo adecuada.

En las tablas 5 a 10 se describen las respuestas de los entrevistados a cuestiones que se estudia la relacion con la autopercepción de la salud:

4. ¿Fuma usted cigarrillo, tabaco, habano?

Tabla 5: Distribución de frecuencias de consumo de cigarrillo u otros

	Porcentaje
Si	22%
No, pero fumaba	32%
No	46%

Fuente: Elaboración propia en base a EAVM

5. ¿Consume bebidas alcohólicas como: vino, cerveza, whisky, aguardiente, bebidas con licor, amargo u otro?

Tabla 6: Distribución de frecuencias de consumo de alcohol u otros

	Porcentaje
Si	44%
No	56%

Fuente: Elaboración propia en base a EAVM

6. ¿Participa en asociaciones sociales o comunitarias informales, como clubes locales?

Tabla 7: Distribución de frecuencias de participación en grupos informales

	Porcentaje	
Si	18%	
No	82%	

Fuente: Elaboración propia en base a EAVM

7. ¿Participa en grupos profesionales o sociales formales, como una asociación de trabajadores, de artistas o de académicos, o está afiliado/a a algún partido político?

Tabla 8: Distribución de frecuencias de participación en grupos formales

	Porcentaje
Si	19%
No	81%

Fuente: Elaboración propia en base a EAVM

8. ¿Participa en juegos o actividades deportivas, informales o competitivos, sólo o en grupo tales como: bochas, gimnasia o caminatas?

Tabla 9: Distribución de frecuencias de participación en actividades deportivas

	Porcentaje	
Si	52%	
No	48%	

Fuente: Elaboración propia en base a EAVM

Finalmente se presentan las respuestas de los entrevistados a la pregunta sobre autopercepción de la salud considerada un proxy del estado general de salud de las personas:

9. Autopercepción de la salud: ¿Diría usted que su salud es excelente, muy buena, buena, regular o mala?

Tabla 10: Distribución de frecuencias de autopercepción de salud

	Masculino	Femenino	Total
Excelente	5%	1%	2%
Muy buena	16%	9%	11%
Buena	51%	48%	49%
Regular	26%	36%	33%
Mala	2%	6%	5%

Fuente: Elaboración propia en base a EAVM

De acuerdo al relevamiento realizado, el 62% de los entrevistados declara una opinión positiva respecto a la propia percepción de su estado de salud. Sin embargo, en el caso de los hombres esta opinión favorable es más alta que en el caso de las mujeres (71% y 58% respectivamente).

A los fines de analizar con cuales factores está vinculada la autopercepción se consideraron diferentes aspectos relevados y se llevó a cabo un análisis de correlación logística para conocer si existe evidencia estadística de que existe relación.

b) Relación de las variables estudiadas con la autopercepción de la salud

Al aplicar el modelo logístico binario la variable dependiente autopercepción de la salud, se recategorizó como

0: Buena Autopercepción de la salud 1: Mala Autopercepción de la salud

Por lo tanto, las variables introducidas vierten información acerca del *odds*⁵ de poseer mala versus tener buena autopercepción de la salud.

En base a los resultados expuestos en la tabla doce (y utilizando un nivel de significación del 10%) se obtuvo evidencia que las variables estadísticamente significativas fueron: el ingreso total familiar, el sexo, si consume bebidas alcohólicas, si participa en asociaciones sociales y si tiene alguna enfermedad permanente o discapacidad.

De todas ellas, la variable que más afecta el *odds* de tener mala autopercepción de la salud es si el entrevistado posee una enfermedad permanente o discapacidad ya que el hecho de estar en una situación tal incrementa el 3.45 veces el *odds* de declarar mala autopercepción de la salud. Este resultado era altamente esperable ya que como se mencionó anteriormente, existe evidencia empírica con respecto a que la autopercepción de la salud es un indicador aproximado del estado general de la salud. Lo mismo puede decirse del hecho que tener enfermedad pulmonar ya que el hecho de tenerla incrementa 2.56 veces el *odds* de mala autopercepción de salud.

En cuanto al ingreso familiar, aquellos que perciben menos de \$1000 presentan un odds 1.82 veces más alto de declarar mala autopercepción de salud que aquellos que declararon cobrar más de \$1500. Asimismo, aquellos con ingreso entre \$1000 y \$1500 el odds de declarar mala autopercepción de salud es 1.72 veces más alto que aquellos con ingreso superior a los \$1500. Esto es coincidente con el estudio desarrollado por Jewell, R. Todd; Rossi, Máximo y Triunfo, Patricia (2007) quienes encontraron -según la Encuesta SABE- que los individuos que se encuentran satisfechos con su ingreso actual reportarán, probablemente, una salud mejor.

⁵ La Codificación de las variables para el modelo fue la siguiente: Enfermedad Pulmonar Si vs. No; Ingreso Total Familiar< 1000 y 1000 a 1500 vs +1500; Sexo: Femenino. vs. Masculino; Bebidas Alcohólicas: Si vs. No; ¿Participa en asociaciones sociales o comunitarias informales, como clubes locales? Si vs. No; Trabaja Actualmente: Si vs. No; Fuma o Fumó: Si vs. No; Hogar Unipersonal: Si vs. No; ¿Tiene una

enfermedad permanente o discapacidad? Si vs. No

12

Asimismo, Subramanian V. et al (2003) afirman que el estudio que desarrollaron con la encuesta CASEN en Chile proporciona apoyo a la hipótesis de que la inequidad de ingresos comunal afecta el nivel de salud individual en el caso de Chile. Existen diferencias entre las prestaciones de salud que ofrece el sistema público y universal con el sistema de salud privado, sobre todo a partir de los avances en prácticas médicas que requieren mayor uso de tecnología. Un mayor ingreso posibilita el acceso a una atención médica más especializada entre otros beneficios que hacen a la salud general del individuo, tales como mejor calidad de vivienda, menos (situación de) stress, etc. Del mismo modo I Kawachi, B P Kennedy and R Glass(1999)⁶, utilizando la encuesta de factores de riesgo de Estados Unidos concluyen su análisis sobre este tema, remarcando que a bajos niveles de ingresos, el individuo percibe su estado de salud de peor manera.

El sexo del entrevistado también es importante, ya que el odds de declarar mala autopercepción de salud para las mujeres es 1.759 veces más alto que el de los hombres. Ya en el estudio de Gallegos Carrillo K. et al (2006) encuentran una relación negativa entre sexo femenino y autopercepción de la salud. Una de las características del fenómeno del envejecimiento es su mayor incidencia sobre las mujeres. La razón de esto es la mayor expectativa de vida de las mujeres, a causa de la sobremortalidad masculina. Las mujeres enfrentan una gran paradoja al vivir más que los hombres, pero en la mayoría de los casos deben enfrentar solas, como viudas, y muchas veces teniendo familiares a cargo, una vejez precaria. Esto se debe a los bajos ingresos que reciben y que por razones de orden biológico, debido a su función reproductiva, las mujeres enfrentan en la etapa postmenopausia una situación de salud más delicada que los hombres, aunque con menor riesgo de muerte. Joelle Barbot-Coldevin (1999) afirma que las poblaciones envejecidas en el mundo son predominantemente femeninas. Señala asimismo que en Latinoamérica, a pesar de muchos avances que se han hecho al respecto, todavía subsiste la discriminación en el mercado laboral debido a distintas situaciones, entre ellas puede mencionarse que a igual trabajo no corresponde igual remuneración, que la mujer se asocia más con el trabajo informal (amas de casa, servicio doméstico), que a raíz de su función reproductiva en muchas edades dejan de trabajar quedando en la mayoría de los casos fuera del sistema de seguridad social y dependiendo de sus maridos para subsistir. No extraña, entonces observar un vínculo entre niveles de pobreza, mala autopercepción de la salud y jefas de hogar mujeres solas.

Por su parte, aquellos que declararon consumir alcohol presentaron un *odds* 0.667 veces menor de mala autopercepción de salud que aquellos entrevistados que manifestaron no hacerlo. Esto es coincidente con el estudio de Gallegos Carrillo K. et al (2006) y el trabajo de Strandberg et al (2004) que encontraron que un consumo moderado de alcohol se relaciona con una mejor percepción de la salud. Al respecto podría especularse que ser que el consumo de alcohol sea mayor en personas que se encuentren bien de salud, o sea consumen los sanos, en lugar de que por consumir tengan mejor salud.

⁶ I Kawachi, B P Kennedy and R Glass (1999) **Social capital and self-rated health: a contextual analysis.** American Journal of Public Health, Vol. 89, Issue 8 1187-1193

Por otra parte, puede mencionarse que un consumo moderado de alcohol no es suficiente para provocar algún deterioro a su salud, pero sí para actuar como factor que los proteja de problemas de salud como infartos o enfermedades cardiovasculares. También puede considerarse el consumo de alcohol se produzca en un ambiente social y de amistad que ayude a tener una mejor autopercepción de la salud.

En tanto los que afirmaron participar en asociaciones sociales el *odds* de tener mala autopercepción de salud es 0.591 veces comparado con aquellos que no lo hacen.

Tabla 12

Modelo logístico de relación entre Autopercepción de la salud y condiciones de vida

	Sig.	Exp(B)
Enf. Pulmonar(1)	0,003	2,556
Ing. Total Fliar.	0,054	
Ing. Total Fliar.(1)	0,022	1,822
Ing. Total Fliar.(2)	0,055	1,723
Sexo(1)	0,03	1,759
Bebidas Alcoholicas(1)	0,08	0,667
Participa en Asoc. Sociales(1)	0,071	0,591
Trabaja(1)	0,121	0,713
Fuma(1)	0,629	0,897
H. Unipersonal(1)	0,143	0,651
Enf. Permanente(1)	0,017	3,453
Constante	0,778	1,08

Fuente: Elaboración propia en base a EAVM

Las variables: Trabajo; Habitar en hogar unipersonal y fumar no presentaron resultados significativos.

Con respecto a habitar un hogar unipersonal Grandy E. (2001) señala que a partir de la segunda guerra mundial se produjeron en Estados Unidos cambios importantes en las disposiciones para la vida de las personas edad. El número de personas que viven solas se ha incrementado y el de quienes viven en hogares compuestos con parientes distintos de los miembros de la familia nuclear se ha reducido notoriamente (Pampel, 1983; 1994; Elman y Uhlenberg, 1995; Weinick, 1995). Entre las personas muy ancianas, el hecho de vivir solas puede ser sólo un atractivo o una opción posible para quienes tienen una salud moderadamente buena y cuentan con sistemas de apoyo adecuados. Es decir que podríamos tener casos de personas mayores que elijan vivir solas como una opción seleccionada teniendo una buena salud y mayores que vivan solos porque no les queda otra alternativa.

La no significancia de la autopercepción de la salud con el tabaquismo es contraria a los valores esperados y habría que profundizar en las causas de esta situación. En el caso del tabaco podría especularse que el que se siente en condiciones de fumar es porque percibe que su salud no esta deteriorada. De todas maneras esta especulación habría que profundizarla quizás con un estudio específico.

En cuanto a la robustez del modelo en base a los coeficientes obtenidos es posible pronosticar si el entrevistado tiene buena o mala autopercepción de su salud y compararlo con la respuesta fehacientemente expresada por el mismo: en el caso que tanto el pronóstico como la declaración coincidan se considera un acierto y viceversa en el caso que difieran entre ellas.

De este modo, al realizar esta comparación para todos los casos se obtuvo que fueron correctamente clasificados por la estimación realizada tanto el 58% de los entrevistados que manifestaron tener buena autopercepción de la salud como el 67% de los que declararon tener mala autopercepción de la salud, siendo el porcentaje global de acierto igual a 62% del total de los casos.

Conclusiones

En primer lugar conviene destacar que el modelo logístico utilizado que caracterice la autopercepción de la salud corresponde a una segunda etapa de análisis cuyo inicio fue abordado por Peláez, Torres y Carrizo (2009)⁷ a través de la estimación de coeficientes de correlación lineales entre diversas variables y la autopercepción de la salud. En cambio, al utilizar la regresión logística en este trabajo permite una mejor apreciación de la incidencia que tiene cada uno de los factores considerados en la autopercepción de la salud, permitiendo incluso establecer un orden de importancia en los impactos de las relaciones. Si bien el análisis de correlaciones constituye una alternativa válida y los resultados presentaron evidencia estadísticamente significativa de asociación entre las variables, el nivel de asociación fue muy bajo, lo cual puede obedecer a que la relación entre las variables consideradas y la autopercepción de la salud no es lineal, en cambio esto puede ser captado de mejor manera por la especificación que posee el modelo logístico.

A partir de ellos se obtuvo evidencia que aumenta la posibilidad de declarar mala autopercepción de la salud en las personas con enfermedades crónicas y/o discapacidad, o con bajos ingresos, o que no realizan actividades sociales.

Asimismo hay mayor posibilidad de declarar mala autopercepción de la salud siendo mujer que siendo hombre.

Las personas con consumo moderado de alcohol presentan una mayor posibilidad de declarar una buena percepción de la salud

eláez, E., Torres, E., Carrizo, Elvira "Condiciones de Vida y autopercepció

⁷ Peláez, E., Torres, E., Carrizo, Elvira "Condiciones de Vida y autopercepción de la salud de los Adultos de una ciudad Intermedia de Argentina". Trabajo presentado en X Jornadas Argentina de Estudios de Población(2009).

Por otra parte, se observa que la autopercepción de la salud no presenta correlación significativa con el hecho de trabajar o no, ni con el hecho de vivir en hogares unipersonales, ni con el hábito de fumar. Con respecto a este último factor los resultados encontrados son contrarios a los valores esperados, lo que es todo un tema a profundizar en un estudio específico.

Bibliografía

BARBOT, Joëlle (1999). "Desigualdad de género: la mayor vulnerabilidad de las mujeres en edades avanzadas". Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de Edad. Cepal. Santiago de Chile.

CEPAL / OPS (2003) Las personas mayores en América Latina y El Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas. Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Santiago de Chile, Chile.

CEPAL-CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe / Centro Latinoamericano de Demografía) (2002) "Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Datos e indicadores. Boletín Informativo"

Connelly, J. E., J. T. Philbrick, R. Smith, D. L. Kaiser, A. Wymer (1989) "Health perceptions of primary care patients and the influence on health care utilization", Supplement to Medical Care, n. 27.

Elman, Cheryl, y Peter Uhlenberg (19995). Co-residence in the early twentieth century, elderly women in the United States and their children. Population studies, vol. 49, páginas 501 a 517.

Engler, Tomás y Peláez Martha (2002). "Mas Vale por Viejo". Banco Interamericano de Desarrollo. Washington.

Fernández Rojas Xenia y Ericka Méndez Chacón(2007). Población y Salud Mesoamérica, revista electrónica, volumen 5, número 1, informe técnico1 "Estilos de vida y factores de riesgo para la salud de las personas adultas mayores del proyecto CRELES – Costa Rica 2004-2006"

Gallegos-Carrillo Katia, Carmen García-Peña, Carlos Duran-Muñoz, Hortensia Reyes, y Luis Durán-Arenas (2006) "Autopercepción del estado de salud: una aproximación al los ancianos en México". En Rev. Saúde Pública vol.40 no.5 São Paulo Oct. 2006.

Grandi, Emily (2001) "Las disposiciones para la vida y la salud de las personas de edad en países desarrollados". En Boletín de Población de las Naciones Unidas " Arreglos residenciales de las personas de edad" No. 42/43 2001 pag. 335-355.

Hosmer, D. y Lemeshow, S. (1989). Applied Logistic Regression, New York: John Wiley & Sons.

Idler, E. L. y S. Kasl (1991) "Health perceptions and survival: do global evaluations of health status really predict mortality?, Journal of Gerontology, n. 46.

Jewell, R. Todd; Rossi, Máximo y Triunfo, Patricia(2007). "El estado de salud del adulto mayor en América Latina", Cuadernos de Economía, v. XXVI, n. 46 Bogotá, 2007, páginas 147-167.

Jylhä Marja, Jack M. Guralnik, Luigi Ferrucci, Jukka Jokela and Eino Heikkinen Is Self-Rated Health Comparable across Cultures and Genders? J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci (1998) 53B(3):S144-S152

Kawachi, B P Kennedy and R Glass (1999) Social capital and self-rated health: a contextual analysis. American Journal of Public Health, Vol. 89, Issue 8 1187-1193

Mete, C. (2005) "Predictors of elderly mortality: health status, socioeconomic characteristics and social determinants of health", Health Economics, 14(2): 135-148.

Organización Panamericana de la Salud (1997) Informe sobre el Proyecto multicéntrico: La Salud y los Ancianos. Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud.

Palloni, A. (1999) Protocolo del estudio multicéntrico: salud, bienestar y envejecimiento en América Latina y el Caribe. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud

Pampel, F. C. (1983). Changes in the propensity t olive alone: evidence from consecutive cross-sectional surveys, 1960-1976. Demography, vol. 20, páginas. 433 a 447.

Peláez, Enrique (2004). "Envejecimiento Poblacional de la Provincia de Córdoba": Centro de Estudios Avanzados. Universidad Nacional de Córdoba.

Peláez, E., Torres, E., Carrizo, Elvira(2009) "Condiciones de Vida y autopercepción de la salud de los Adultos de una ciudad Intermedia de Argentina". Trabajo presentado en X Jornadas Argentina de Estudios de Población.

Puga Dolores, Luis Rosero-Bixby, Karen Glaser y Teresa Castro(2007). Población y Salud Mesoamérica, revista electrónica, volumen 5, número 1, artículo 1 "Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra, 2007

Strandberg AY, Strandberg TE, Salomaa VV, Pitkala K, Miettinen TA (2004). Alcohol consumption, 29-y total mortality, and quality of life in men in old age. Am J Clin Nutr. 2004;80:1366-71.

Subramanian Venkata, Delgado B Iris, Jadue H Liliana, Kawachi Ichiro, Vega M jeannette (2003). Income inequality and self rated health in Chile. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2003

Villa, M. & Rivadeneira, L. (1999) El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica. Trabajo presentado en el Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad. 8 al 10 de septiembre, Santiago de Chile, Chile

Weinick, R. E. (1995) Sharing a home: The experiences of American women and their parents over the twentieth century, Demography, vol. 32, páginas 281 a 297.

Wong, R.; Peláez, M.; Palloni, A.; Markides, K. (2006) "Survey data for the study of aging in Latin America and the Caribbean: selected studies" Journal of Aging and Health.

Zunzunegui, Arlette Pinzón, Engler, Pantelides, Albala y Prast (2002) en Tomás A. Engler, Martha B. Peláez: "Más vale por viejo" Capitulos 5 y 7, 2002.