Condiciones personales, de salud y del entorno residencial en población adulta mayor en Argentina, España y México en el contexto del envejecimiento activo

Rojo-Pérez, F. (1); Fernández-Mayoralas, G. (1); Hebrero Martínez, M. (2); Garay Villegas, S. (3); Pochintesta, P. S. (4); Rada Schultze, F. (4); Vargas Guadarrama, L. S. (5). (*)

fermina.rojo@cchs.csic.es gloria.fernandezmayoralas@cchs.csic.es mhebrero@hotmail.com sagarvi@hotmail.com ppochintesta@gmail.com fernandorada@gmail.com vargas.luisalberto@gmail.com

Filiación:

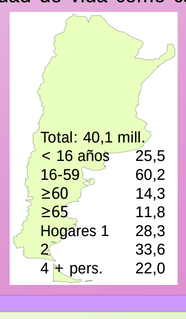
(1) Instituto de Economía, Geografía y Demografía; Centro de Ciencias Humanas y Sociales; Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IEGD, CCHS, CSIC). España. (2)Instituto Nacional de Salud. Hospital infantil de México "Federico Gómez. (3) Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León. México. (4) CONICET-FLACSO. Argentina. (5) Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Contexto y objetivos

➢ A medida que la demografía ha ido evolucionando hacia el envejecimiento y llegan a mayores cada vez cohortes con mejores condiciones de vida, esta situación ha generado un reto tanto para la sociedad como para los propios individuos, que no consideran ya la vejez como una etapa de deterioro, inactividad y exclusión, sino de oportunidades en las distintas dimensiones de la vida personal y comunitaria, en lo que la OMS ha denominado como **"Envejecimiento Activo".**

➢ El Envejecimiento Activo depende de una amplia variedad de determinantes que se centran en determinantes de la salud, del comportamiento y adopción de estilos de vida saludables y de participación activa, personales, entorno físico y medio construido, entorno social y apoyo, y determinantes económicos, siendo así que la cultura y el género se consideran como transversales, en el sentido de que pueden influir sobre el resto de los determinantes.

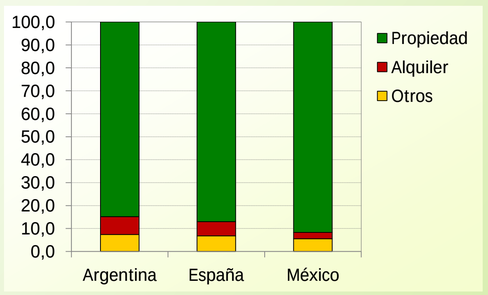
➢Partiendo de esta consideración, y en el seno de una investigación en perspectiva comparada sobre vejez activa en Argentina, España y México, **el objetivo de esta aportación** es examinar las condiciones de vida de la población adulta mayor, centradas en el nivel de competencia en salud y funcionamiento, pero también el entorno residencial como contexto donde se desarrolla su vida, dimensiones que están en la base de una mejores condiciones personales y de calidad de vida como causa, unas veces, y como consecuencia, otras, del envejecimiento activo.

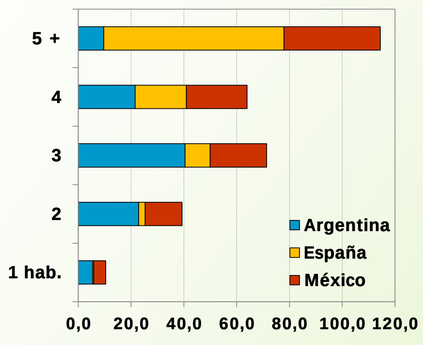


Entorno residencial

➢ La población mayor vive y envejece en casa, en su entorno habitual de residencia, y desea seguir haciéndolo el mayor tiempo posible. El entorno residencial es el espacio que más ata a los mayores, y con el que tienen asociados su memoria y recuerdos de vida. Además, y en relación con la idea de privatización y acumulación de bienes, la vivienda constituye una parte importante de la riqueza de las familias, representando un bien de seguridad económica como valor de cambio en caso de necesidad.

➢ La <u>propiedad</u> es el régimen de tenencia más extendido en los tres países, con la mayor proporción de población con 60 o más años residente en vivienda en propiedad en México, siendo el alquiler casi testimonial.





➢ El <u>tamaño</u> de la vivienda donde reside población mayor no suele ser un obstáculo, por las características de forma de convivencia de esta población. Es Argentina donde se observa la mayor proporción de mayores residiendo solos, mientras que más de la mitad de los mayores en México residen en hogares de 4 o más miembros, siendo España el país donde casi la mitad de los mayores residen en hogares de 2 miembros, normalmente el cónyuge.

➢El mayor tamaño de la vivienda es el de España, seguido por México. En cualquier caso, comparado con la población en su conjunto, los mayores suelen residir en viviendas amplias pero en hogares pequeños (excepto en México), de modo que el hacinamiento no es una característica de los hogares y viviendas donde reside población mayor, especialmente en España y Argentina.

➢ Otro parámetro de calidad de la vivienda es el <u>equipamiento</u> o los servicios presentes en la vivienda, porque si bien una de las necesidades básicas del ser humano es la del alojamiento, la adecuación de la vivienda a las necesidades de sus moradores afecta directamente a la calidad de vida.

➢ El análisis de las dotaciones también se ha visto fuertemente restringido por la disponibilidad de información en los países, que siendo abundante no permite una comparación estricta.

Tiene la dotación (en % sobre pob. 60 +)	ARGENTINA	ESPAÑA	MÉXICO
Calefacción	s. d.	55,6	6,7 / 93,3 (1)
Acceso a internet	s. d.	35,9	8,0
Agua corriente (red pública o entubada)	90,8	94,5	88,2
Ascensor	s. d.	39,2	8,3
Garaje	31,0	29,7	
Gas por tubería	79,7	49,9	56,8 (2)
Tendido telefónico	s. d.	95,9	35,1
Agua caliente		33,1	33,3
Evacuación de aguas residuales (3)	73,2	93,4	89,5
Tiene baño o letrina	99,9	s. d.	s. d.

s. d.: sin datos

(1) Sin datos. Los valores mostrados indican sin calefacción: i) con aparatos que permiten calentar alguna habitación; ii) sin aparatos para calentar.

(2) Por tubería y de tanque.

(3) Argentina: red pública o cloaca; España: alcantarillado; México: drenaje.

➢ Las condiciones del entorno residencial pueden influir en otras dimensiones de vida durante el proceso de envejecimiento, facilitando o restringiendo, en su caso, una vejez con autonomía e independencia.

➢ Muchos son los indicadores que dibujan las características del entorno residencial en sus elementos de vivienda, barrio y vecinos, que han de ser estudiados desde el doble enfoque objetivo y subjetivo. Pero la dificultad comparativa en los países de estudio ha restringido el análisis descriptivo al uso de unos pocos indicadores sobre la vivienda que revelan, no obstante, algunas de las condiciones del espacio residencial. Estudios posteriores habrán de afrontar un análisis en profundidad de esta dimensión y su interrelación con otras.

Reflexiones finales

❖ La propuesta de estudio comparativo se ha visto mermada por la no disponibilidad de indicadores temáticos comparables en los tres países de estudio.

❖ Otra limitación derivada de la anterior es que hubiera sido deseable un estudio en profundidad a partir de las relaciones entre los distintos indicadores y dimensiones analizadas, por cuanto las relaciones se establecen más allá de los aspectos descriptivos.

❖ Un elemento tampoco considerado en esta fase de estudio ha sido la visión de los propios mayores sobre las condiciones de vida bajo estas dimensiones relevantes, lo que se conoce como la satisfacción con las dimensiones de vida.

❖ Para llegar a una comparativa nacional, y también desde una aproximación temporal, de la población de interés y en las materias analizadas, son necesarias encuestas ad hoc, en las que se demande tanto información objetiva como auto-reportada sobre aspectos generales y sobre posibles factores determinantes de tipo personal, social, ambiental, estilo de vida, recursos y acceso a servicios. Los resultados de una metodología de este tipo podrían convertirse en instrumentos para la planificación y adopción de políticas sociales para la población mayor.

❖Etapas posteriores de investigación habrán de realizarse al amparo de fuentes de datos homogéneas, para profundizar en las relaciones entre las diversas dimensiones de vida en el contexto de la vejez activa. Y por ello sería deseable el afrontamiento de una investigación de estas características a partir del diseño y realización de encuestas ad hoc así como la combinación de metodología cuantitativa y cualitativa.

Datos y métodos

➢La **selección de indicadores** se ha hecho tras acudir a las fuentes y análisis publicados en cada país, y cotejar en qué casos es posible manejar una información que resulte comparable. No siempre se ha podido hacer uso de todos los indicadores que conforman el análisis de las dimensiones del envejecimiento a estudio en cada país, por cuanto o bien no es posible comparar el intervalo temporal, o bien la temática a examinar difiere en las fuentes revisadas según países.

➢ Dominio salud y funcionamiento
- Argentina: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 y 2009
- España: Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2013
- México: Encuesta Nacional de Envejecimiento 2012

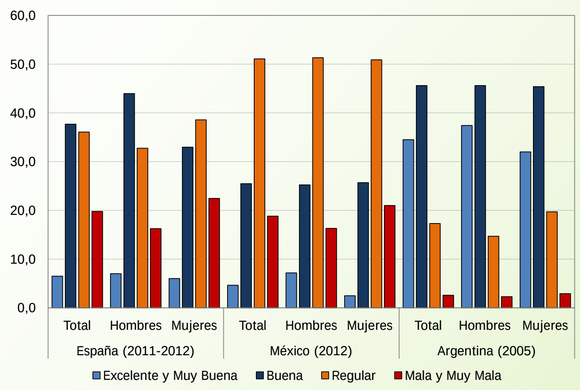
➢ Entorno residencial: vivienda
- Argentina: Encuesta Permanente de Hogares 2013
- España: Censo de Población y Viviendas 2011
- México: Censo de Población y Vivienda 2010

➢La información que puede obtenerse de las fuentes previas es muy rica para el estudio unitario de cada país. Pero para el aspecto comparativo que pretende este trabajo, **el método de análisis** de los indicadores seleccionados ha tenido que ser acotado al estrictamente descriptivo y comparativo, en tanto que los indicadores disponibles y su forma de obtención no permiten análisis estadísticos de mayor nivel.

Resultados descriptivos

Salud y funcionamiento

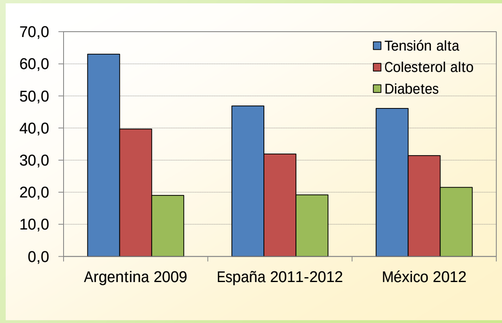
➢ La salud es uno de los dominios más importantes en la calidad de vida y, por tanto, en el hecho de envejecer activamente. En su definición por la OMS, como un "estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad", la noción de bienestar integra, además, una dimensión subjetiva, multifactorial e individual: la salud perceptual, también en sus elementos físicos, psíquicos y sociales.



(*) En España, la escala varía desde Muy buena a Muy Mala. En México y Argentina, la escala varía desde Excelente a Mala.

➢ La <u>autovaloración del estado de salud</u> es una medida general, asociada a otros indicadores de salud como mortalidad, enfermedad crónica, discapacidad, supervivencia y utilización de servicios, considerándose uno de los mejores indicadores globales de salud. La comparativa de los tres países muestra una mejor situación en Argentina que en España o México. En líneas generales, la salud percibida se deteriora con la edad y es más negativa entre las mujeres. No obstante, la edad parece influir en una disminución de las diferencias de género en la valoración del estado de salud, sin que ello refleje una mejor tendencia en la valoración de la salud entre las mujeres conforme envejecen, sino más bien una tendencia más negativa de la salud percibida entre los hombres.

➢ En un escenario de envejecimiento se produce un cierto deslizamiento en la prevalencia de <u>enfermedades</u> desde las infecciosas o agudas hacia las crónicas. Se han seleccionado aquéllas más directamente relacionadas con comportamientos de riesgo, como la hipertensión, el hipercolesterolemia o la diabetes. Con excepción de esta última, muestran una mayor prevalencia en Argentina y entre las mujeres en los tres países. El período de referencia para la medición actúa como un factor a la baja.



➢ El <u>funcionamiento</u> físico, mental y social es posiblemente el aspecto de la salud más asociado con el entorno de vida. Sin embargo, capacidad funcional y dependencia son indicadores complejos de conceptualizar y medir y, por lo tanto, de comparar. En Argentina, más de un 33,4% de las personas con 65 y más años declara problemas de movilidad, un 21% problemas en sus actividades cotidianas (domésticas, laborales,...), y un 8% en sus actividades de cuidado personal. En España, más de un tercio de los mayores refieren problemas con sus actividades de cuidado personal, con sus tareas domésticas y con su movilidad (34,2%, 37,4% y 36,7%, respectivamente). En México, una actividad básica de cuidado personal, como es el uso del retrete, genera problemas para cerca de un 10% de la población con 65 y más años; un 14% tiene problemas para hacer la compra de víveres; y un 39% refirió problemas de movilidad relacionados con subir un piso por la escalera.

➢ <u>Cobertura sanitaria y acceso a servicios de salud.</u> En Argentina, la ENFR de 2009 refiere un 96% de la población con 65 y más años con algún seguro de salud social o privado. En México, el sistema continúa segmentado entre el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y diferentes seguros de empresa, populares y privados, con una laguna cierta entre los más mayores, sobre todo si no tienen vinculación con el mercado laboral. Por su parte, en España, la cobertura sanitaria pública es universal desde la Ley de Sanidad de 1986, aunque en la práctica sólo el 90% de la población con 65 y más refiere tener cobertura pública en exclusiva.

Notas

➢ (*) En representación de los investigadores de los proyectos sobre "Vejez activa desde en una perspectiva comparada: España, México, Argentina".

➢ Financiación:

i) CCHS-UNAM: 2012-2013.

ii) CSIC i-Link+: 2013-2014 (Ref. iLink0580).

iii) PAPIIT: 2014-2016.

➢ Equipos e investigadores participantes:

➢ En Argentina: M. J. Oddone (IP en Argentina); L. R. Bilevich De Gastron; N. Borgeaud-Garciandia; L. B. Chernobilsky; G. A. Lynch; G. R. Mariluz; P. A. Pochintesta; F. Rada Schultze. Profesores e Investigadores en el CONICET-FLACSO (Argentina); Universidad Nacional de Luján (UNLU).

➢ En España: F. Rojo Pérez (IP en España); A. Abellán García; G. Fernández-Mayoralas; J. Pérez Díaz; M. D. Puga González; V. Rodríguez Rodríguez. Investigadores en el Instituto de Economía, Geografía y Demografía; Centro de Ciencias Humanas y Sociales; Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IEGD; CCHS; CSIC).

➢ En México: V. Z. Montes De Oca Zavala (IP en México); I. Casique Rodríguez; J. L. Castrejón Caballero; S. Frías Martínez; S. Garay Villegas; M. Hebrero Martínez; L. A. Vargas Guadarrama. Profesores e Investigadores en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); Instituto Nacional de Salud de México; Instituto Nacional de Antropología e Historia de México; Universidad Autónoma de Nuevo León.

VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población – ALAP. Lima - (Perú), 12 al 15 de Agosto de 2014

Póster presentado a la Sesión: 11.3 Envejecimiento y Salud en América Latina y el Caribe (Organizador: Cristina Massa y Marcela Agudelo)