

EFFECTOS DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO SOBRE EL ENVEJECIMIENTO, LA SALUD Y LA FUNCIONALIDAD¹

Roberto Ham Chande²,
César González-González³,
Mariana López Ortega⁴

Palabras clave:

Resumen

Introducción. Las desigualdades en salud están ligadas al nivel socioeconómico (NSE). Así, su solución es tan difícil como es complejo cerrar las brechas socioeconómicas. Estas relaciones cambian según las condiciones de cada país. Asimismo, no se trata de situaciones estáticas sino que se modifican de acuerdo con los continuos cambios sociales, económicos y de la salud pública. Ahora, los retos tienen un componente principal en el rápido envejecimiento y sus implicaciones epidemiológicas. Esta dinámica esperada involucra presiones mayúsculas que amenazan con hacer inviables el bienestar de la población, pone a prueba las estructuras familiares, presiona los sistemas de salud, y cuestiona la sostenibilidad económica y social del país. **Objetivo.** Identificar y evaluar indicadores de NSE que a lo largo de la vida afecten de manera permanente o diferencial el estado de salud y cuáles son sus consecuencias en la vejez. **Métodos y datos.** La fuente principal de información es el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2001. Esta investigación se basa en un perfil sociodemográfico elaborado con estadísticas descriptivas, modelos de regresión logística para enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y dificultad en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Se calcularon probabilidades para las variables 1) sanitario en la vivienda antes de cumplir 10 años, 2) problema serio de salud en la infancia, 3) escolaridad e 4) ingreso. **Resultados.** Las ECNT muestran una asociación significativa y positiva con problema serio de salud en la infancia, escolaridad, sexo, edad y tamaño de localidad. En el modelo de las ABVD destacan dolor de cabeza en la infancia y escolaridad. **Conclusiones.** Los indicadores de NSE seleccionados tienen un claro efecto en el estado de salud de la población y es diferenciado. El efecto se observa mejor en las ABVD que en las ECNT.

¹ Trabajo presentado en el V Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Montevideo, Uruguay, del 23 al 26 de octubre de 2012.

² El Colegio de la Frontera Norte, rham@colef.mx.

³ Instituto Nacional de Geriátría, cesar.gonzalez@salud.gob.mx

⁴ Instituto Nacional de Geriátría, marianalopezortega@gmail.com

EFFECTOS DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO SOBRE EL ENVEJECIMIENTO, LA SALUD Y LA FUNCIONALIDAD

INTRODUCCIÓN

Las desigualdades en salud siempre han estado ligadas al nivel socioeconómico (NSE), de manera que parecen marcar un camino evidente para mejorar los estados de salud de la población. Pero es en realidad tan difícil como es complejo cerrar las brechas socioeconómicas. Sin embargo, se reitera la necesidad y el deber moral de actuar sobre aquellos determinantes que permitan evitar injusticias en materia de salud (WHO, 2006). Este artículo intenta ser una contribución en ese sentido, particularmente enfocada al envejecimiento de la población y las condiciones de los adultos de 50 años y más en México.

Las relaciones entre NSE y salud no siempre son las mismas, cambian según las condiciones de cada país y no se trata de situaciones estáticas sino que se modifican de acuerdo con cambios económicos, valores sociales, situaciones políticas y organización de los sistemas de salud (Phillips, 2005; Marmot, 2006). Así su estudio, diagnóstico y posibles soluciones requieren métodos focalizados y en constante actualización. Mirando el camino que ha tomado México como país de desarrollo intermedio, los retos incluyen el componente del rápido envejecimiento y sus implicaciones epidemiológicas y sociales. Esta dinámica esperada involucra presiones mayúsculas que amenazan con hacer inviables el bienestar de la población, pone a prueba las estructuras familiares, presiona los sistemas de salud, y cuestiona la sostenibilidad económica y social del país.

Junto a los montos de población y su estructura por edad y sexo, se cuenta con indicadores del NSE como son la escolaridad, la ocupación actual, la ocupación principal desempeñada, el ingreso, el grado de urbanización, la etnicidad y las diferencias regionales y de la localidad como variables importantes. Un aspecto determinante es el alto grado de pobreza que incide directamente sobre el proceso de envejecimiento, salud y bienestar y que se manifiestan en morbilidad, depresión y mortalidad.

EL ESCASO CONOCIMIENTO SOBRE EL NSE Y LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA VEJEZ

Los efectos del proceso de envejecimiento demográfico en México ya se notan, además se acelerarán. Entre 2000 y 2050 la población total se multiplicará por 1.3 cuando pase de casi 100 millones a más de 130 millones. En esta dinámica el grupo de 60 años y más tendrá las más altas tasas de crecimiento, multiplicando su monto más de siete veces, al pasar de 4.8 millones a 36.2 millones (CONAPO 2000, 2004). En 2050 uno de cada cuatro mexicanos será parte de la población de 60 y más.

Respecto al NSE en la vejez, se sabe que las mujeres superan en número a los hombres (115 mujeres por cada 100 hombres de 60 años y más) pero que en general lo hacen en condiciones más desfavorables de salud. La escolaridad en ambos sexos es baja (25.6% son analfabetas) pero se incrementará en las futuras generaciones; hay precariedad que los obliga a permanecer en la actividad económica (34.3% trabaja), mayormente en el sector informal (40% en el sector informal) y de bajo ingreso; 3 de cada 4 tiene derecho a servicios de salud; y una cuarta parte recibe pensiones (con información del Censo de Población de 2010).

En términos de salud y en concordancia con el envejecimiento demográfico, el perfil epidemiológico ha cambiado notablemente y las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) tienen cada vez más peso en la mortalidad y morbilidad. En México, son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud (Córdoba Villalobos et al., 2008). Las ECNT representan las principales 10 causas de muerte en el país. El crecimiento de estas enfermedades ha sido significativo, la prevalencia⁵ de hipertensión arterial (HTA) fue de 30.8% en el 2006. Para la población de 60 años y más estas cifras se incrementan, siendo por ejemplo, la prevalencia de HTA en 2006 de 50% en hombres y 60% en mujeres (Olaiz-Fernández G 2006). En el caso de la diabetes tipo 2, la prevalencia se ha incrementado entre 1994 y 2006, de 4% a 7%. Adicionalmente, es una de las principales causas de incapacidad prematura, ceguera, insuficiencia renal terminal y amputaciones no traumáticas (Córdoba Villalobos et al. 2008) y se ha reportado como una de las causas más frecuentes de hospitalización en adultos en el país (Secretaría de Salud, 2002).

Al mismo tiempo y esta vez en concordancia con el desarrollo que sigue en proceso, todavía son relevantes las enfermedades infecciosas, las transmitidas por vector y las

⁵ Las encuestas establecen prevalencia mediante la pregunta de diagnóstico por un médico u otro personal de salud de cada enfermedad por separado.

virales-bacterianas (Samper-Ternent et al., 2012). Lo anterior es particularmente importante en países como México en los que, al igual que en la mayoría de los países latinoamericanos, la alta prevalencia de comorbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles coexiste con enfermedades transmisibles generando un perfil epidemiológico mixto, así como complicaciones y secuelas que afectan la salud, la autonomía funcional y ocasionan discapacidad.

En cuanto a la pérdida de la autonomía funcional, las cifras del Censo de Población y Vivienda de 2010 señalan que 26% de la población de 65 años y más padecen alguna limitación ya sea en movilidad, estado cognitivo, o sensorial⁶.

En la búsqueda de los lazos entre NSE y el estado de salud y discapacidad de la población envejecida se debe abordar la perspectiva del ciclo de vida. Desde las condiciones de NSE en la gestación y la infancia se van trazando condiciones que se manifiestan en las subsecuentes edades y tienen resultantes finales en la vejez (Ruiz Pantoja, 2007; Blackwell, Hayward and Crimmins, 2001). Si bien en todos los individuos el funcionamiento del sistema biológico incrementa en los primeros años de vida y logra su máximo desempeño durante la edad adulta, para luego empezar a declinar, el desempeño individual puede variar por una serie de factores externos a lo largo del curso de vida. Así tanto las actitudes o estilos de vida que adopte el individuo como factores socioeconómicos y ambientales afectan el proceso de enfermedades y pueden ya sea predisponer a ciertas enfermedades durante la vejez o impactar en un envejecimiento saludable (Arango Lopera, 2012).

Debido a la menor disponibilidad de información, una opción en el caso de México es estimar el NSE a través del máximo nivel educativo alcanzado, el ingreso y/o la ocupación en el trabajo. Las investigaciones reconocen la importancia de la educación y el ingreso como variables que impactan el estado de salud de la población. El uso de índices basados en la escolaridad obedece al hecho de que da cuenta de la posición socioeconómica en las primeras edades de la vida adulta y la acumulación de capital humano, ambos factores influenciados por el cuidado médico preventivo y terapéutico, hábitos de salud,

⁶ Las actividades por las que se pregunta en el Censo son: caminar, moverse, subir o bajar; ver, aun usando lentes; hablar, comunicarse o conversar; oír, aun usando aparato auditivo; vestirse, bañarse o comer; poner atención o aprender cosas sencillas; o limitación mental.

estrés y relaciones sociales (Zimmer y House, 2003). En estas investigaciones el ingreso generalmente se mide en términos actuales, refleja la posición socioeconómica y los recursos con que se cuenta al tiempo en que se presenta el problema en la salud estudiado. Este indicador se puede complementar con los bienes acumulados, procurando una perspectiva integral de las condiciones económicas de la población envejecida.

En México es escasa la oferta de apoyo integral a la vejez de los sectores salud, social y económico, de manera que resalta la importancia de contar con información detallada sobre el estado de salud y funcionalidad junto a los diferenciales que existen de acuerdo a distintos indicadores demográficos y del NSE. Así, el objetivo central de este estudio es identificar y evaluar indicadores de NSE que a lo largo de la vida afecten de manera permanente o diferencial el estado de salud y cuáles son sus consecuencias en la vejez.

Métodos y datos

La fuente principal de información es el Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) en su primera ronda realizada en 2001. Con 15,186 entrevistas es representativa de la población de 50 años y más a nivel nacional y con una perspectiva urbana-rural⁷, que permite evaluar el proceso de envejecimiento en cuanto al efecto de enfermedades y discapacidad. Los objetivos específicos de la ENASEM se centran en conocer las características demográficas, sociales y económicas de los encuestados, sus cónyuges, los hijos ya sea que residan o no en la misma vivienda y de las demás personas que vivan con ellos. Se indaga sobre el tipo de ayuda que se intercambia tanto con padres como con hijos. Se investiga la historia laboral, la condición de actividad y las características de la ocupación actual. Se añaden las distintas fuentes de ingresos, como ingresos laborales, pensiones y bienes de capital (según los documentos metodológicos de ENASEM, 2001). En esta investigación se utiliza población de 50 años o más y el total de registros es 12,343.

VARIABLES DEPENDIENTES

⁷ Las localidades urbanas son aquellas que tienen 100,000 o más habitantes, mientras que las rurales van de 1 a 99,999 habitantes.

Enfermedades crónicas no transmisibles. Las enfermedades son auto-declaradas. Si la persona informa tener al menos una condición de hipertensión, diabetes, enfermedad del corazón, enfermedad pulmonar, cáncer, embolia o artritis, la variable se codificó con 1, en ausencia de enfermedades es 0.

Dificultad en las actividades básicas de la vida diaria. Se indaga sobre dificultades para llevar a cabo cinco actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Caminar de un lado a otro del cuarto; bañarse en una tina o regadera; al comer, por ejemplo para cortar su comida; acostarse y levantarse de la cama; y uso del excusado. El indicador utilizado es si tiene dificultad con al menos una ABVD, se creó una variable dicotómica con valor de 0 en caso de no tener dificultad y con código 1 si declara dificultades en al menos una.

VARIABLES INDEPENDIENTES.

Escolaridad: Son los estudios formales, evaluados con el último grado aprobado en tres categorías: a) sin instrucción, aquellos que nunca asistieron a la escuela o no aprobaron el primer grado de primaria, b) algún grado de primaria, éste grupo lo conforman los individuos que cursaron entre 1 y 5 años, c) primaria completa o más, son los que cursaron y completaron los 6 años de primaria o más.

Ingreso total mensual: Esta variable se codificó con 0 si el ingreso mensual de la persona envejecida es igual o mayor a un salario mínimo⁸; y con 1 si el ingreso es menor de 1 salario mínimo.

Contar con baño o excusado en la vivienda antes de cumplir 10 años: La codificación fue 0 si tenía y 1 si no tenía.

Problema serio de salud antes de cumplir 10 años: En esta variable el código es 0 si no tuvo y 1 cuando si lo tuvo.

Como variables de control se incluye sexo, edad (de 50 a 105 años), tamaño de localidad (más urbano / menos urbano) y dolor de cabeza en la infancia (si ó no).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

⁸ En 2001 el salario mínimo mensual en México fue de \$1,210 pesos mexicanos. Aproximadamente 130 dólares.

El estudio se basa en un perfil sociodemográfico de la población de 50 años y más elaborado con estadísticas descriptivas junto con modelos de regresión logística para enfermedades crónicas y discapacidad.

Con los resultados de los modelos de regresión se calcularon las probabilidades de tener una enfermedad crónica o tener dificultad en las ABVD por edad desplegada para las variables 1) sanitario en la vivienda antes de cumplir 10 años, 2) problema serio de salud en la infancia, 3) escolaridad e 4) ingreso. En el cálculo de las probabilidades se mantuvieron las variables constantes en su media y solo se hizo variar la de interés. En las gráficas para hacer más simple la representación, se obtuvo el riesgo para cada resultado del estado de salud (enfermedades crónicas y dificultad con las ABVD) dividiendo la probabilidad de que esté presente el evento entre la probabilidad de que no se presente para cada variable de interés. La línea resultante indica el riesgo de tener mayor o menor probabilidad dependiendo de la presencia o ausencia del evento que se está analizando. Si las diferencias en las probabilidades fueran iguales las líneas del riesgo serían horizontales y si las probabilidades fueran iguales el riesgo sería 1.

Resultados

Los resultados muestran que de la población de 50 años y más, 53.2% son mujeres, 45.1% viven en localidades más urbanas (de 100,000 habitantes y más) y en promedio tienen 3.9 años de escolaridad. Del total de individuos incluidos en la muestra, 56.4% informa al menos una enfermedad crónica no transmisible diagnosticada y 10.7% tiene dificultad con las ABVD. En cuanto a las características individuales en la infancia, 71.6% de los encuestados reporta que no tuvo baño o excusado en su vivienda antes de los 10 años, 10.0% tuvo un problema serio de salud en la infancia y para 55.7% el ingreso total es menor a un salario mínimo (de acuerdo con el cuadro 1).

Existen diferencias por edad y sexo. Las mujeres tienen menor escolaridad, mayor ingreso, enfermedades crónicas, dificultad en las ABVD y problema serio de salud en la infancia que los hombres. A mayor edad mayor porcentaje de población con enfermedad crónica, dificultad en las ABVD. Los más jóvenes tienen mayor escolaridad (cuadro 1).

Los resultados del modelo de regresión para las enfermedades crónicas no transmisibles muestran una asociación significativa y positiva con problema serio de salud

en la infancia (RM⁹=1.44; 95% IC=1.3, 1.6), primaria incompleta (RM=1.14; 95% IC=1.0, 1.3), sexo (RM=0.49; 95% IC=0.45, 0.53), edad (RM=1.02; 95% IC=1.02, 1.03), y tamaño de localidad (RM=1.19; 95% IC=1.08, 1.29) (cuadro 2). En el modelo de las ABVD todas las variables independientes tienen efecto significativo, destacan dolor de cabeza en la infancia (RM=1.71; 95% IC=1.31, 2.22) y primaria completa (RM=0.68; 95% IC=0.57, 0.80) (cuadro 3).

La gráfica 1 presenta las probabilidades de tener una ECNT o dificultad con las ABVD por sexo y edad desplegada, controlando por edad, lugar de residencia, escolaridad y condiciones en la niñez. Se muestra que en todas las edades las mujeres tienen mayor probabilidad que los hombres de tener enfermedades crónicas así como dificultad en las ABVD. La gráfica 2 muestra que el riesgo¹⁰ de tener una enfermedad crónica o dificultad en ABVD es mayor para las mujeres que para los hombres. Conforme se avanza en la edad los riesgos tienden a 1, esto significa que disminuye el efecto que tiene el sexo sobre las diferencias en la probabilidad de tener enfermedad o dificultad con las ABVD.

Luego de este primer ejercicio y con la finalidad de ser más concretos en los resultados, en adelante sólo se presentan las gráficas de los cocientes de las probabilidades de informar por lo menos una ECNT diagnosticada o tener dificultad con al menos una ABVD. Los resultados muestran que aquellos que NO tuvieron sanitario en la infancia tienen una mayor probabilidad de tener dificultad en las ABVD y enfermedades crónicas que aquellos que tuvieron sanitario (Gráfica 3a). Este resultado es más evidente para discapacidad que para enfermedades crónicas, además de que disminuye la diferencia conforme avanza la edad.

En la gráfica 3b se observa que aquellos que tuvieron un problema serio de salud en la infancia tienen un mayor riesgo de tener dificultad con las ABVD, así como de padecer alguna enfermedad crónica que aquellos que no lo tuvieron. Aun cuando el nivel de escolaridad de la muestra es relativamente bajo, con 4 años en promedio, el efecto de la educación es claro sobre discapacidad o tener dificultad con las ABVD, para enfermedad crónica no hay tal efecto como muestra la gráfica 3c.

⁹ RM significa razón de momios e IC intervalo de confianza.

¹⁰ Revisar la sección de análisis estadístico para mayor detalle del cálculo del riesgo.

La gráfica 3d presenta el riesgo por ingreso total mensual. A primera vista, resalta el hecho de que aquellos que tienen como ingreso total menos de un salario mínimo (150 dólares al mes aproximadamente) tengan menor riesgo de tener enfermedades crónicas, aunque parece que esas diferencias no son significativas. En la dificultad con las ABVD el patrón de mayor riesgo para los que tienen NSE desfavorable también está presente.

En la gráfica 4 se muestra el riesgo de tener una ECNT o dificultad en las ABVD según el NSE analizado. Con el análisis de las probabilidades se intenta responder a la pregunta de si las desigualdades socioeconómicas a lo largo de la vida se traducen en desigualdades en salud en la vejez. Según los resultados observados en la gráfica 4, la respuesta es afirmativa ya que como muestran los indicadores resumen para las variables utilizadas, si no hubiera diferencias en salud por nivel socioeconómico, el resultado en cada una de las barras sería 1. La conclusión en esta grafica es que independiente del indicador utilizado que mide desigualdad socioeconómica esas diferencias se traducen en desigualdades en salud. Además, dependiendo de la variable que mide el NSE el resultado de salud es diferente, y esas diferencias son más evidentes en dificultad con las ABVD que con las enfermedades crónicas.

Finalmente, pensando en la interrelación de las variables socioeconómicas y en una cadena de eventos, se decidió elaborar una gráfica con los límites inferior y superior respecto al estado de salud, específicamente de la capacidad funcional. Así pues, las dos líneas representan el límite superior (todo adverso, esto es, problema serio de salud + baja o nula escolaridad + menos de un salario mínimo de ingreso) y el límite inferior (todo favorable, es decir, sin problema serio de salud en la infancia + con mayor escolaridad + más de un salario mínimo de ingreso). Por consecuencia todas las otras situaciones (combinación de eventos adversos y favorables) están incluidas dentro del área que contienen esas dos curvas. A la edad 50 años la probabilidad de no tener dificultad con las ABVD si se ha tenido la mejor situación posible es de 0.03, mientras que a la misma edad pero con condiciones desfavorables la probabilidad de no tener dificultad con las ABVD es 0.08.

Conclusiones y propuestas

El estudio de la salud y bienestar de los adultos mayores requiere de un análisis integral que incluya los diversos factores que determinan estas condiciones. Aunado al estudio de las características biomédicas, es necesario reconocer que las condiciones bajo las cuales viven las personas durante el curso de la vida determinan, moldean y definen el estado de salud en la vejez y el proceso de envejecimiento (Link and Phelan, 2002; Smith, 2004). Para poder entender estos determinantes y la forma en que interactúan entre sí, es necesario identificar factores específicos a los cuales miembros de diferentes niveles socioeconómicos han estado expuestos y la forma en que experimentan distintos resultados en el proceso de salud-enfermedad-envejecimiento y que deben de convertirse en el punto de partida de la planeación e implementación de políticas públicas de salud en envejecimiento.

En este sentido, este trabajo indaga sobre los distintos efectos que tienen distintos indicadores de nivel socioeconómico en el estado de salud en la vejez. Específicamente, investiga si la desigualdad socioeconómica se traduce en desigualdad en morbilidad (ECNT) y funcionalidad en la vejez. Con esto se pretende aportar al conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud en la vejez.

Los resultados muestran que los indicadores de NSE seleccionados tienen un claro efecto en el estado de salud de la población y que es diferenciado. Así, no contar con servicio sanitario dentro de la vivienda en los primeros años de vida, tener un problema serio de salud en la infancia, menor escolaridad y recibir menos de un salario mínimo mensual como ingreso implica un mayor riesgo o mayor probabilidad de presentar enfermedades crónicas en la vejez y dificultad para realizar ABVD. El efecto se observa con mayor evidencia en las ABVD que en las ECNT.

En esta muestra el porcentaje de personas sin educación formal o con niveles muy bajos de escolaridad es significativo y producto de las condiciones históricas del país de limitada oferta educativa cuando estas generaciones de viejos actuales estaban en edades escolares. Es indispensable tomar en cuenta que las futuras generaciones de personas envejecidas tendrán cada vez mayor nivel educativo. En cuanto al efecto de escolaridad y el ingreso total en la prevalencia de enfermedades crónicas, es importante recordar que entre la población de 50 años y más prácticamente un 40% tiene diagnosticada hipertensión y eso hace que estos dos indicadores de NSE no tengan un efecto diferente en el estado de salud

de los individuos, al menos en las dos dimensiones que se abordan y la forma en cómo se construyen. Habría que investigar por enfermedad específica o por número de enfermedades.

Estudios como el de Wong (2003), que utilizan como indicador la auto-declaración de estado de salud, el cual ha probado ser indicador confiable, muestran que un buen estado de salud está asociado con niveles más altos de educación, ingreso y bienes en la población envejecida. Un estudio más reciente encontró resultados similares al mostrar que un mayor nivel educativo, ingreso y bienes están asociados significativamente con mejores resultados en salud en áreas urbanas (Smith y Goldman 2007).

Al igual que otros estudios, es claro que si bien las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, en general viven este mayor número de años con cuadros de comorbilidad importantes que limitan su funcionalidad (Austad, 2006). En consecuencia, viven más pero con limitación funcional y mayor grado de dependencia, requiriendo así de mayor atención en servicios sociales y de salud. El efecto de la desigualdad en indicadores socioeconómicos en las mujeres en la vejez es mayor aún que en los hombres ya que tuvieron menor acceso a la educación formal, a un empleo que les brindara un ingreso, junto a otras conocidas desventajas de género. Así y al igual que se espera que el efecto de un mayor acceso a escolaridad en la infancia en las futuras generaciones de viejos tenga un impacto positivo en los indicadores de salud, se esperaría que la cada vez mayor participación en la educación formal y en actividades productivas y remuneradas fuera del hogar de las mujeres, les brinde acceso a un mejor estado de salud en la vejez y que estas diferencias disminuyan.

En el campo de los sistemas de salud y seguridad social, es claro que para reducir las inequidades en salud, tanto en este como para el resto de los grupos de población, es indispensable trabajar en los determinantes sociales de salud, mejorar las condiciones de vida, con distribución equitativa del ingreso y de los recursos, incluyendo el acceso a educación básica de calidad y servicios de salud adecuados. Por lo tanto, es necesario trabajar en los factores sociales estructurales e individuales que tienen un impacto directo en el estado de salud y en el proceso salud-enfermedad.

Así, es fundamental no sólo lograr alargar la vida, sino lograr que se llegue a la vejez en condiciones de bienestar, con el mejor nivel posible de salud y funcionalidad. Esto implica inclusión social a lo largo del ciclo de vida, con la mejor salud posible y con distintas opciones de apoyo social y acceso a servicios de salud, seguridad social y desarrollo de capital humano.

Referencias

Arango Lopera VE., (2012) El curso de vida. En: *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*, Luis Miguel Gutiérrez Robledo y David Kershenobich Stalnikowitz, coordinadores. México: UNAM; pp. 121-130.

Austad Steven, (2006) Why Women Live Longer Than Men: Sex Differences in Longevity. *Gender Medicine*. 2006; 3: pp. 79-92.

Blackwell Debra L, Hayward Mark D, Eileen M Crimmins, (2001) Does childhood health affect chronic morbidity in later life? *Social Science & Medicine*, Volume 52, Issue 8, pp. 1269-1284

Consejo Nacional de Población, (2000) Situación Demográfica Nacional. En: *La Situación Demográfica de México, 2000*. México: Consejo Nacional de Población; pp. 11-15.

Consejo Nacional de Población, (2004) El Envejecimiento de la Población en México. En: *El Envejecimiento de la Población en México. Reto del Siglo XXI*. México: Consejo Nacional de Población; pp. 19-44.

Córdova-Villalobos JA, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernández-Ávila M, De León-May ME, Aguilar-Salinas CA., (2008) Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*: 50; pp. 419-427.

Link BG, Phelan JC, (2002) McKeown and the Idea That Social Conditions are Fundamental Causes of Disease. *Am J Public Health*. 2002 May; 92(5):730-2.

Marmot MG., (2006) Introduction. In: Marmot MG, Wilkinson RG, eds. "Social Determinants of Health". Oxford University Press; 2006: XX-XX

Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J., (2006) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

Phillips SP., (2005) Defining and measuring gender: A social determinant of health whose time has come. *International Journal for Equity in Health* 2005, 4:11.

Secretaría de Salud, (2002) Estadísticas de mortalidad en México. Muertes registradas en el año 2001. *Salud Publica Mex* 2002; 44: pp. 571-578.

Smith JP, (2004) Unraveling the SES: Health Connection. *Population and Development Review*, Vol. 30, Supplement: Aging, Health, and Public Policy (2004), pp. 108-132

Smith KV, Goldman N., (2007) Socioeconomic differences in health among older adults in Mexico. *Social Science and Medicine*; 65(7):1372-85.

Wong, R., (2003) La relación entre condiciones socioeconómicas y salud en edad media y avanzada en México: diferencias por género. En: *Calidad de vida y vejez en la pobreza: una perspectiva de género*. Nelly Salgado y Rebeca Wong, editoras. México: Instituto Nacional de Salud Pública; pp.

Zimmer, Z. y J. House, (2003) “Education, income, and functional limitation transitions among American adults: contrasting onset and progression”, *International Journal of Epidemiology*, núm. 32, pp. 1089 –1097.

Anexos

Cuadro 1. Estadísticas descriptivas.

Características	50 - 59 (44.2)	60 - 69 (31.0)	70 - 79 (17.6)	80+ (7.2)	Total
Hombres					
Más urbano (+ 100,000 habitantes)	47.96	40.15	41.08	26.84	42.81
Años de escolaridad (promedio)	5.48	4.00	3.13	1.92	4.35
Con al menos una ECNT (%)	36.83	52.04	59.66	58.48	47.13
Con dificultad en las ABVD (%)	4.01	6.80	15.16	34.45	9.02
Con sanitario en la vivienda antes de cumplir los 10 años (%)	67.63	73.98	77.41	87.72	72.77
Problema serio de salud en la infancia (%)	9.82	8.75	8.32	10.73	9.29
Ingreso total mensual (menos de 1 SM)	53.73	50.37	44.56	22.05	48.80
Mujer					
Más urbano (+ 100,000 habitantes)	49.69	46.34	47.34	35.97	47.19
Años de escolaridad (promedio)	4.18	3.39	2.47	2.67	3.56
Con al menos una ECNT (%)	58.59	69.59	67.77	71.27	64.31
Con dificultad en las ABVD (%)	7.22	10.59	16.17	38.96	12.21
Con sanitario en la vivienda antes de cumplir los 10 años (%)	67.53	71.85	74.01	78.65	70.55
Problema serio de salud en la infancia (%)	10.72	10.85	10.60	8.66	10.60
<u>Ingreso total mensual (menos de 1 SM)</u>	<u>45.42</u>	<u>38.07</u>	<u>31.17</u>	<u>37.72</u>	<u>40.43</u>

Fuente: Elaboración propia con información de ENASEM 2001
 ECNT= Enfermedad crónica no transmisible; ABVD= Actividades básicas de la vida diaria; SM= Salario mínimo

Cuadro 2. Modelo de regresión logística para enfermedades crónicas, México 2001

Covariables	RM	Error estándar	z	P>(z)	95% IC	
Con baño en la vivienda	1.083	0.0497	1.73	0.084	0.9894	1.1845
Problema serio de salud	1.445	0.0954	5.57	0.000	1.2691	1.6441
Dolor de cabeza en la infancia	1.250	0.1319	2.11	0.035	1.0161	1.5369
Primaria incompleta	1.146	0.0596	2.61	0.009	1.0346	1.2687
Primaria completa	0.943	0.0537	-1.03	0.304	0.8436	1.0545
Edad	1.026	0.0023	11.67	0.000	1.0217	1.0305
Sexo (hombres)	0.487	0.0190	-18.42	0.000	0.4509	0.5255
Lugar de residencia (más urbano)	1.186	0.0520	3.89	0.000	1.0882	1.2925
Ingreso (+1 SM)	1.019	0.0409	0.48	0.634	0.9422	1.1026
Constante	0.308	0.0484	-7.50	0.000	0.2269	0.4194

Fuente: Elaboración propia con información de ENASEM 2001

ECNT= Enfermedad crónica no transmisible; ABVD= Actividades básicas de la vida diaria; SM= Salario mínimo

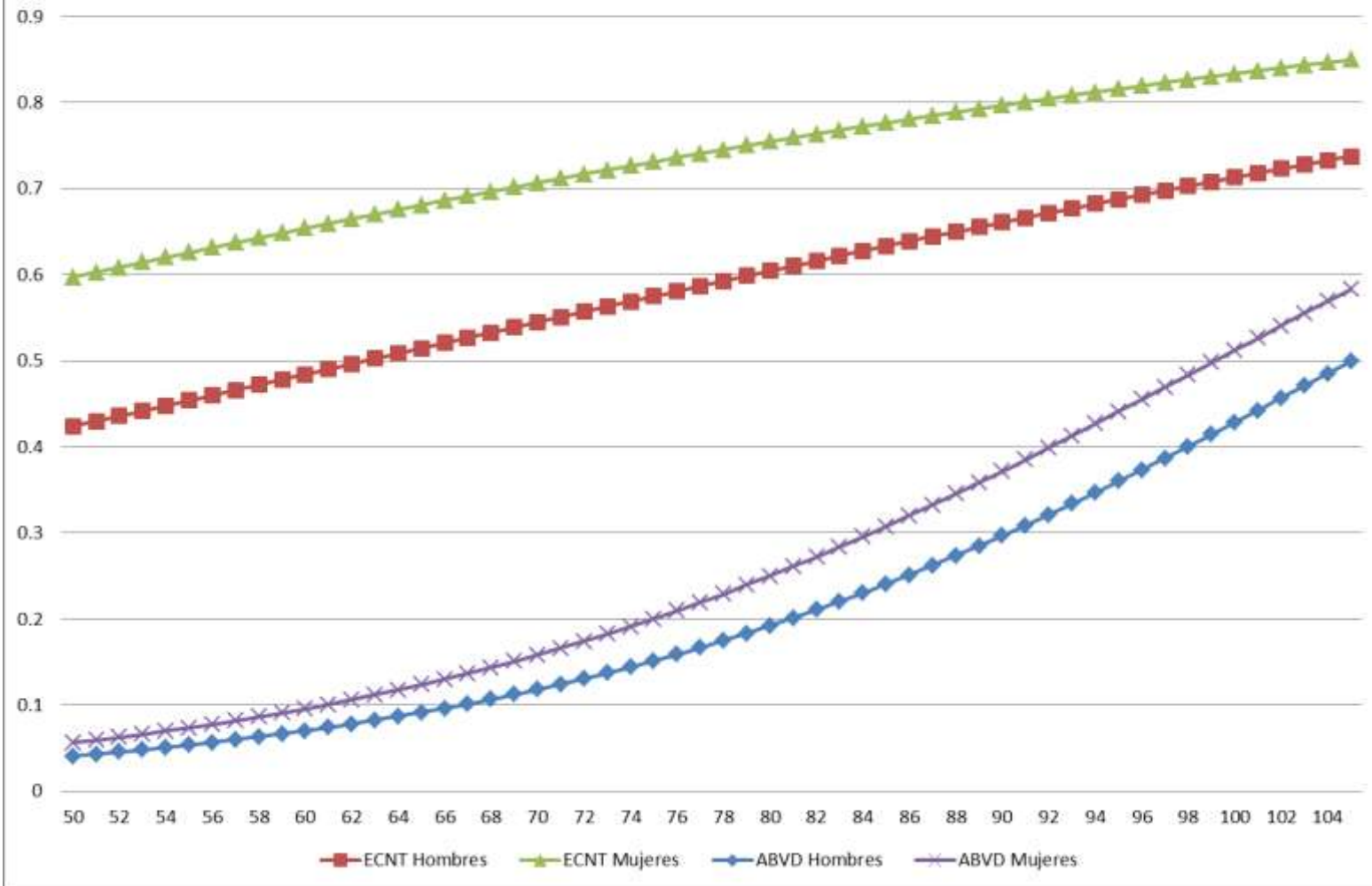
Cuadro 3. Modelo de regresión logística para dificultad con las ABVD, México 2001

Covariables	RM	Error estándar	z	P>(z)	95% IC	
Con baño en la vivienda	1.247	0.0950	2.89	0.004	1.0736	1.4476
Problema serio de salud	1.303	0.1193	2.89	0.004	1.0887	1.5589
Dolor de cabeza en la infancia	1.712	0.2297	4.00	0.000	1.3157	2.2267
Primaria incompleta	0.675	0.0721	0.00	0.999	0.8681	1.1518
Primaria completa	1.059	0.0600	-4.42	0.000	0.5674	0.8037
Edad	1.059	0.0032	18.94	0.000	1.0526	1.0652
Sexo (hombres)	0.712	0.0442	-5.47	0.000	0.6307	0.8043
Lugar de residencia (más urbano)	1.238	0.0830	3.19	0.001	1.0861	1.4123
Ingreso (+1 SM)	0.842	0.0538	-2.69	0.007	0.7430	0.9544
Constante	0.003	0.0007	-25.06	0.000	0.0019	0.0048

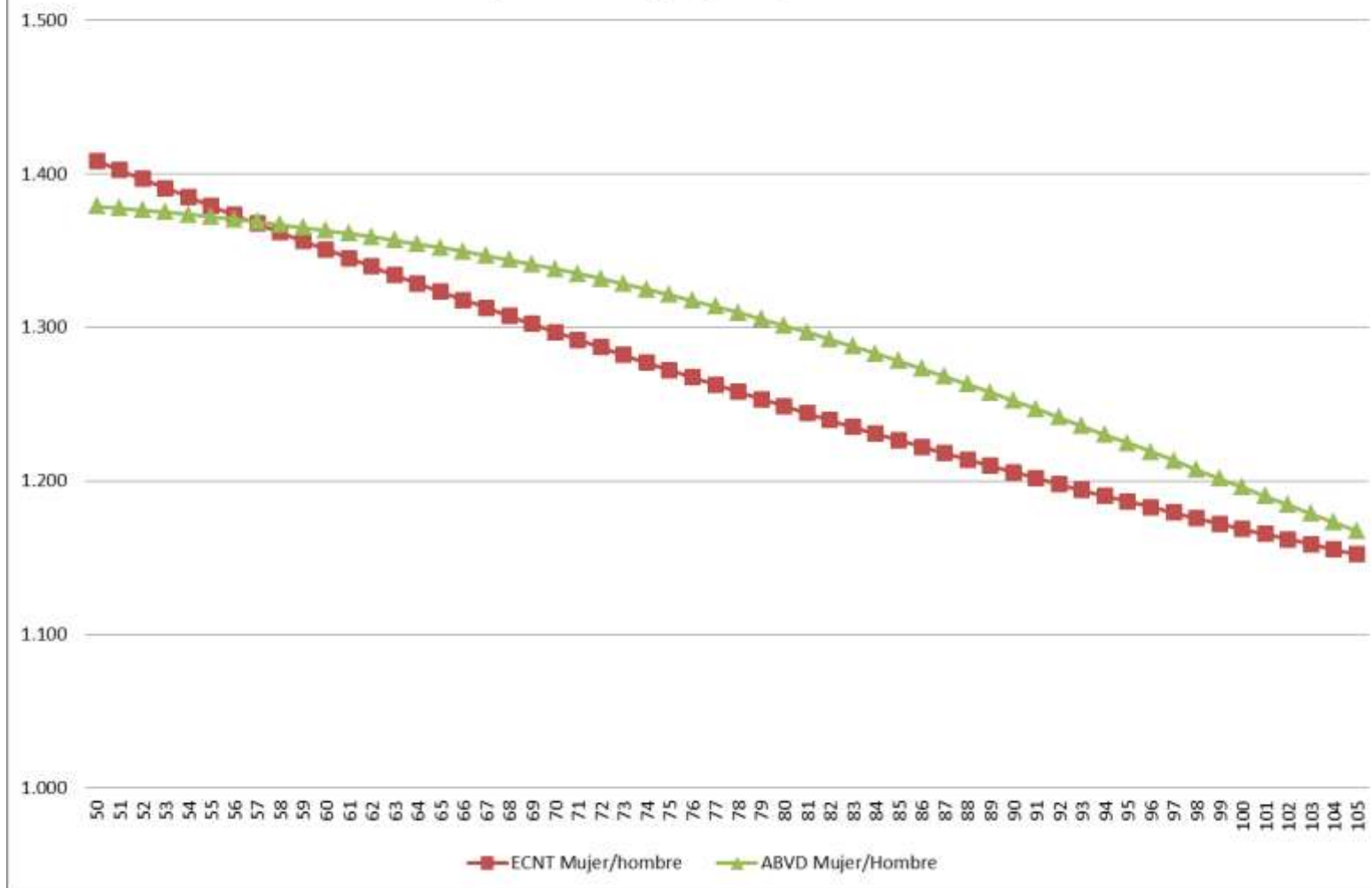
Fuente: Elaboración propia con información de ENASEM 2001

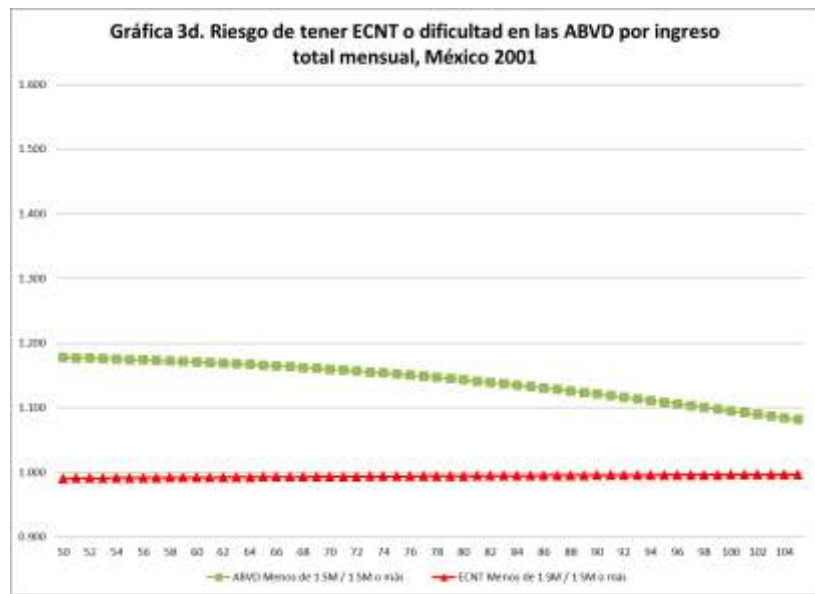
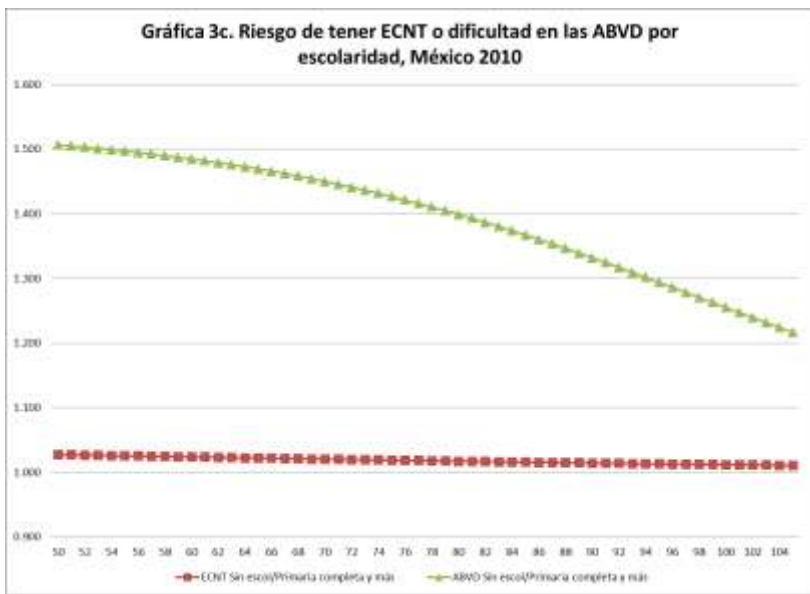
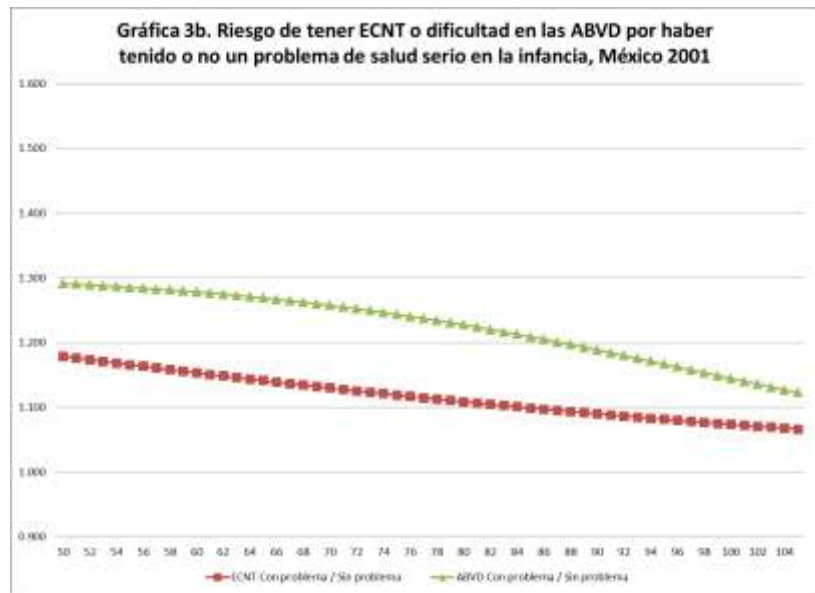
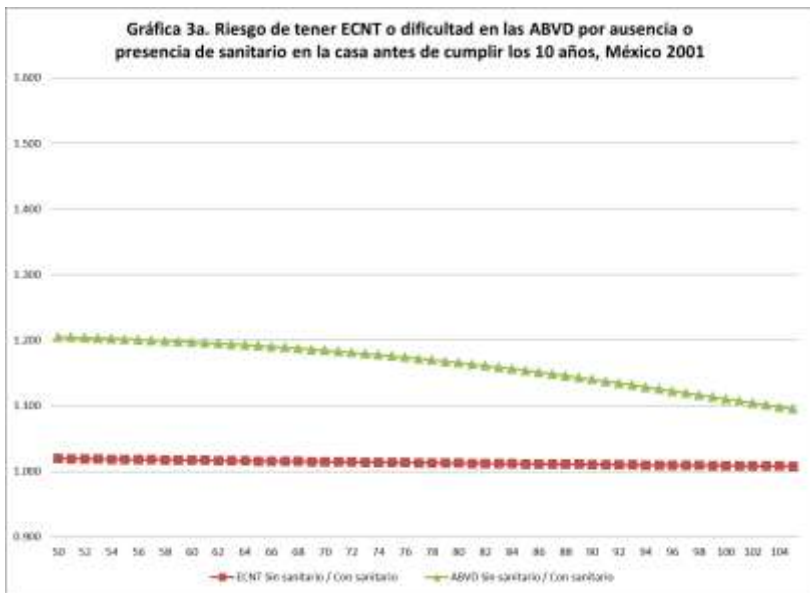
ECNT= Enfermedad crónica no transmisible; ABVD= Actividades básicas de la vida diaria; SM= Salario mínimo

Gráfica 1. Probabilidad de tener una enfermedad o dificultad con las ABVD por sexo y edad desplegada, México 2001

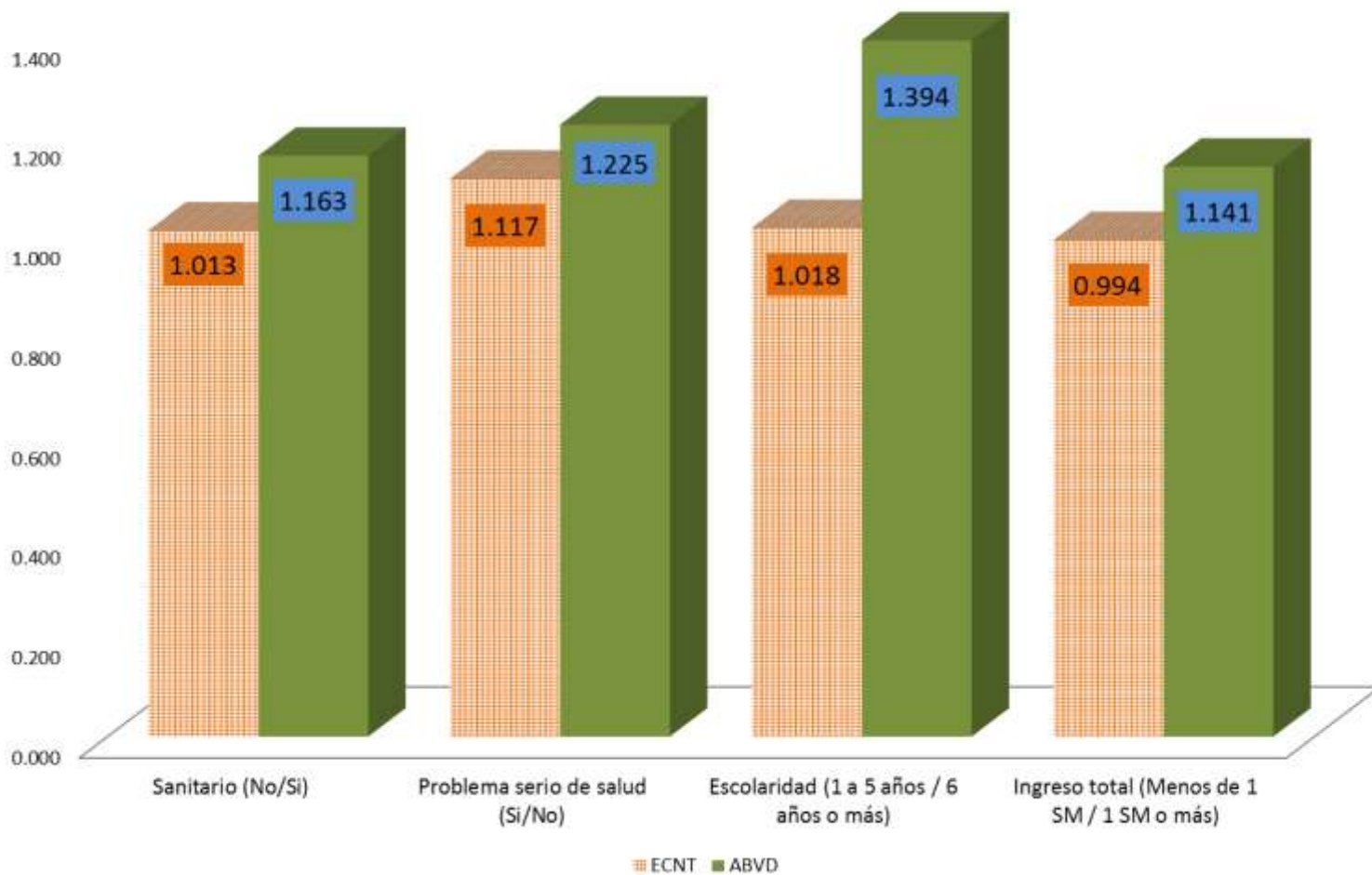


Gráfica 2. Cociente de las probabilidades de enfermedad y ABVD por sexo y edad desplegada, México 2001





Gráfica 4. Resumen de indicadores de riesgo de tener ECNT o dificultad en las ABVD por NSE, México 2001



Gráfica 5. Probabilidad de tener dificultad en las ABVD en determinadas condiciones de salud y NSE, México 2001

