

Condiciones de Vida y autopercepción de la salud de los Adultos de una ciudad Intermedia de Argentina

Enrique Peláez (CEA-CONICET-Universidad Nacional de Córdoba.
epelaez@ciudad.com.ar)

Eduardo Torres (CEA-CONICET-Universidad Nacional de Córdoba.
torres_edu@yahoo.com.ar)

Elvira Carrizo (Facultad de Ciencias Económicas-Universidad Nacional de Córdoba
elvircarrizo@yahoo.com.ar)

Justificación

Los cambios observados en la estructura por edades de la población en los diferentes países del mundo y en Argentina en particular hacen necesario un replanteo importante en las políticas públicas, planes y programas de desarrollo de los países. En el mundo desarrollado estas modificaciones de la estructura etaria poblacional están ocurriendo una vez que el desarrollo general de los países ya ha sido alcanzado. El desafío para América Latina en General y para Argentina en particular es afrontar los desafíos que implican un acelerado envejecimiento de la población sin haber finalizado el desarrollo del país y con una importante deuda social pendiente.

Los vertiginosos cambios en las estructuras de edades implican mayores dificultades de adaptación en las sociedades que aquellos que se desarrollan por un largo período de tiempo. En 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)

El desafío demográfico que brinda una mayor esperanza de vida para todas las personas, exige una mayor sensibilidad respecto a estos cambios demográficos previstos. Estos cambios demográficos generan la necesidad de adecuar las organizaciones sociales, la participación ciudadana, los sistemas productivos, los regímenes actuariales y previsionales, la seguridad y asistencia social, entre muchas otras; para que todos los adultos mayores puedan vivir la extensión de la vida, de mejor manera, envejeciendo activa y saludablemente, con dignidad, capacidad funcional, buena salud y participación social y económica.

Peláez, Palloni y Ferrer (1999) señalan que "la calidad de vida en la vejez es una consecuencia directa de las acciones y omisiones durante la vida. Las posibilidades de alcanzar o de sobrepasar los niveles proyectados de esperanza de vida, y la calidad de vida que se tenga durante ese tiempo, dependen de las oportunidades y privaciones que se tuvieron durante la vida, de los ambientes en que se creció, del capital social y económico adquirido, en síntesis, del cúmulo de experiencias vividas durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta".

El proceso de envejecimiento poblacional supone 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 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).

Uno de los inconvenientes que atraviesan los países latinoamericanos para adecuar las políticas públicas y programas de desarrollo a este incipiente envejecimiento es la carencia 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 mencionarse 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 disfrutaban 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.

En su trabajo 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 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 Buenos Aires, Santiago y Montevideo 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 (Zunzunegui, Arlette Pinzón, Beland, Pantelides, Albala y Prast¹, 2002)

Jewell, R. Todd; Rossi, Máximo y Triunfo, Patricia (2007)² utilizan datos de la Encuesta SABE para analizar 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.

¹ Tomás A. Engler t Martha B. Peláez;; “Más vale por viejo” Capítulo7, 2002

² Jewell, R. Todd; Rossi, Máximo y Triunfo, Patricia. “El estado de salud del adulto mayor en América Latina”, Cuadernos de Economía, v. XXVI, n. 46 Bogotá, 2007, páginas 147-167.

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.

Otros antecedentes más recientes de estudios en profundidad de Condiciones de Vida de Adultos Mayores son 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)³ 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 coresidencia intergeneracional (caso latinoamericano), por la independencia (caso anglosajón) y por la independencia residencial (caso Latino-europeo).

Xinia Fernández Rojas y Ericka Méndez Chacón (2007)⁴ describen los estilos de vida y riesgos de la salud de las personas adultas mayores del Estudio Longitudinal de Envejecimiento Saludable de Costa Rica (CRELES), obtenidos de los participantes de la primera ronda realizada entre el 2004 y el 2006.

Dichos autores 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.

³ Dolores Puga, 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.

⁴ Xinia Fernández Rojas 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”.

Katia Gallegos-Carrillo, Carmen García-Peña, Carlos Duran-Muñoz, Hortensia Reyes, y Luis Durán-Arenas (2006)⁵ 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.

Una de las temáticas a analizar en este estudio es cuáles son las condiciones de vida de los mayores para analizar la situación de vulnerabilidad que dicha población tiene. Según indican Engler y Peláez (2002)⁶ "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.

Al respecto Celade (2006)⁷ identifica en el "Manual sobre indicadores de calidad de vida de la vejez" diferentes indicadores para medir la calidad de vida de las personas mayores los que están en sintonía con el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. Estos indicadores pueden ser de resultado o de proceso: los primeros miden los cambios en la situación de los adultos mayores, mientras que los segundos hacen hincapié en las actividades o acciones para su transformación.

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 ciudad mediana del interior de Argentina. (Villa María/Villa Nueva)". La idea de tomar población de 44 años y más es poder continuar el estudio de una cohorte de tipo longitudinal entrevistándola cada cinco años.

Si bien el trabajo de campo de dicha investigación aún no finalizó 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.

⁵ Katia Gallegos-Carrillo, 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.

⁶ Engler, Tomás y Peláez Martha (2002). "Mas Vale por Viejo". Banco Interamericano de Desarrollo. Washington.

⁷ CELADE (2006). "Manual sobre indicadores de calidad de vida de la vejez". Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Santiago de Chile.

Se seleccionó 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).

Objetivo General

Se busca analizar la relación entre diferentes indicadores de condiciones de vida y la autopercepción de la salud utilizando la información recabada en el estudio referido a los adultos de las ciudades de Villa María y Villa Nueva.

Metodología y fuentes

La investigación es un estudio cuantitativo transversal, con una fase descriptiva y otra analítica. Se incluyen las personas mayores de 44 años de ambos sexos que voluntariamente presten su consentimiento para participar en el estudio y acrediten su residencia habitual en las ciudades de Villa María y Villa Nueva, dos localidades del interior de la provincia de Córdoba.

El equipo que realiza el relevamiento está conformado por dos áreas: El área de salud, constituida por médicos con especialidad oftalmológica, profesionales en nutrición (ambos de la ciudad de Córdoba) y un laboratorio de análisis clínicos de la ciudad de Villa María.

Por su parte, el área social trabaja con un coordinador (el cual es integrante del equipo de investigación) y un grupo de encuestadores (estudiantes de la Universidad Nacional de Villa María) quienes realizan una extensa entrevista que incluye los instrumentos y variables que son necesarios para desarrollar el presente trabajo y lograr los objetivos propuestos.

De este modo, se recaba información respecto al estado de la visión, algunas enfermedades frecuentes, estado nutricional, medidas antropométricas, alimentos ingeridos y características socioeconómicas de los adultos estudiados.

La muestra se diseñó por puntos aleatorios seleccionados por radios censales, definidos según la concentración de la población brindada por el Censo de población del 2001 en el conglomerado Villa María – Villa Nueva. Durante los meses de Mayo a Diciembre del 2008 estos puntos muestrales se distribuyeron en 13 Centros de Salud de las Municipalidades involucradas.

El relevamiento se concretó en los siguientes Centros de Salud, de los cuales once (11) corresponden a la ciudad de Villa María y uno a la zona de Villa Nueva: Nicolás Avellaneda, San Nicolás, Bello Horizonte, Los Olmos, Rivadavia, Las Playas, Carlos Pellegrini, Belgrano, General Roca, Roque Sáenz Peña y Las Acacias de Villa María y Villa Nueva.

En el presente estudio se analiza la relación entre la autopercepción de la salud como una aproximación del estado general de la persona con los siguientes grupos de variables seleccionados de acuerdo a los antecedentes bibliográficos citados:

- a) Estado general de salud
 - Tener enfermedades crónicas o no
 - Tener discapacidad
- b) Estado social
 - Participación en Organizaciones Sociales
 - Estado Conyugal
 - Arreglos residenciales
- c) Estado Económico
 - Ingreso
- d) Hábitos
 - Tabaco
 - Alcohol
 - Actividad Física

Resultados

Los cuadros que se presentan a continuación fueron confeccionados utilizando como fuente de datos la Encuesta de Adultos de Villa María (EAVM) realizada por el área social del equipo de investigación que anteriormente se mencionó.

a) Descripción de la población entrevistada

Se entrevistaron 528 personas de más de 44 años. El 32% de las mismas es de sexo masculino y el 68% 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	32%
Femenino	68%

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.

2. Distribución de frecuencias de edad (agrupada)

Tabla 2: Distribución de frecuencias de edad

Edad en años	Porcentaje
Hasta 54	36%
55 a 64	34%
65 a 74	20%
75 a 84	9%
85 y más	1%

Fuente: Elaboración propia en base a EAVM

3. Distribución de frecuencias del máximo nivel educativo alcanzado

Tabla 3: Distribución de frecuencias de máximo nivel educativo alcanzado

	Porcentaje
Primario Incompleto	32%
Primario Completo	36%
Secundario Incompleto	19%
Secundario Completo	9%
Terciario Incompleto	2%
Terciario Completo	2%
Universitario Incompleto	1%

Fuente: Elaboración propia en base a EAVM

Se observa claramente que por tratarse de personas de 44 años y más tienen un inferior nivel de instrucción que los jóvenes. Sólo el 14 % terminaron los estudios secundarios.

4. ¿Con quién vive usted?

Tabla 4: Distribución de frecuencias de arreglos residenciales

	Porcentaje
Con familiares directos en su casa	80%
Con familiares directos en la casa del hijo	2%
Con otros familiares y amigos pero no en su casa	3%
Solo pero tiene hijos próximos	11%
Solo, sin hijos o ellos viven alejados	4%

Fuente: Elaboración propia en base a EAVM

De acuerdo al resultado del cuadro inmediatamente anterior, el 15% 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 relacionan con la autopercepción de la salud:

5. ¿Fuma usted cigarrillo, tabaco, habano?

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

	Porcentaje
Si	25%
No, pero fumaba	30%
No	45%

Fuente: Elaboración propia en base a EAVM

6. ¿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	42%
No	58%

Fuente: Elaboración propia en base a EAVM

7. ¿Tiene usted cobertura de salud?

Tabla 7: Distribución de frecuencias de cobertura de salud

	Porcentaje
Si	62%
No	38%

Fuente: Elaboración propia en base a EAVM

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

Tabla 8: Distribución de frecuencias de participación en grupos informales

	Porcentaje
Si	15%
No	85%

Fuente: Elaboración propia en base a EAVM

9. ¿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 9: Distribución de frecuencias de participación en grupos formales

	Porcentaje
Si	16%
No	84%

Fuente: Elaboración propia en base a EAVM

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

Tabla 10: Distribución de frecuencias de participación en actividades deportivas

	Porcentaje
Si	49%
No	51%

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:

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

Tabla 11: Distribución de frecuencias de autopercepción de salud

	Masculino	Femenino	Total
Excelente	5%	2%	3%
Muy buena	17%	8%	11%
Buena	49%	47%	48%
Regular	26%	37%	33%
Mala	2%	6%	5%

Fuente: Elaboración propia en base a EAVM

De acuerdo al relevamiento realizado, el 62% de los pacientes 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 57% 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 para conocer si existe evidencia estadística de que existe relación, y (en) tal caso el sentido y la fuerza de la misma.

De este modo puede develarse cuáles son los factores que están relacionados a que las personas respondan favorable o desfavorablemente sobre cómo consideran que está su estado de salud.

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

En el anexo se presenta la tabla 12 en la que se describe la correlación entre las variables seleccionadas en la autopercepción de la salud. Como era de esperar, la ausencia de enfermedades pulmonares crónicas (tales como la bronquitis) correlacionaron positivamente con un coeficiente de 0.15 con la autopercepción de la salud, siendo esta correlación estadísticamente significativa.

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. De tal manera, la ausencia de enfermedades crónicas puede asociarse con una buena autopercepción de la salud. La misma situación ocurre con la ausencia de dificultades permanentes o discapacidad las cuáles presentan una correlación positiva de 0.13 con respecto a la autopercepción de la salud.

El lugar donde los adultos establecen sus relaciones sociales ya sea dentro o fuera de la casa no presentaron correlaciones significativas con la autopercepción de la salud.

El ingreso total familiar presenta correlación positiva (y estadísticamente significativa) con la autopercepción de la salud en 0.18. 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.

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.

La correlación entre autopercepción de la salud y la recepción de apoyos no presentó valores estadísticamente significativos, mientras que existe correlación positiva entre ser hombre y tener mejor autoreporte de salud, siendo 0.13 el valor de esta correlación.

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 post-menopausia 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.

En la relación entre convivencia en pareja y autopercepción de la salud no hubo relaciones significativas como tampoco la presentó la relación con vivir en hogares unipersonales.

Al respecto es interesante mencionar que 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 elegida teniendo una buena salud y mayores que vivan solos porque no les queda otra alternativa.

En cuanto a la relación de autopercepción de la salud con vivir o no en pareja en el estudio de Jewell, R. et al (2007) sólo en Uruguay de los cinco países analizados esta relación fue significativa.

El consumo de bebidas alcohólicas presentó una correlación positiva con la autopercepción de la salud. 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.

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.

La actividad física también correlaciona positivamente de manera significativa en 0.17 con la autopercepción de salud. Esta correlación fue superior a la obtenida en el estudio de Jewell, R. et al (2007) en cinco países de América del Sur. Está comprobado empíricamente el efecto positivo de la actividad física en la salud y es notorio que una actividad física hará que los individuos tengan una mejor autopercepción de la salud.

También correlacionó positivamente en forma significativa la autopercepción de la salud con el hecho de trabajar actualmente, siendo dicho valor de 0.1. La presencia de una población más envejecida en el mercado laboral genera cambios debido a que esta población tiene mayores inconvenientes para adaptarse a las nuevas tecnologías, es menos propensa a los cambios y flexibilidades laborales y, por su antigüedad y mayor calificación, es más costosa que la mano de obra joven; por lo que este cambio en la composición por edades podría afectar a la productividad de la mano de obra.

De todas formas, Plet et al (1993) señalan que "la capacidad para el trabajo físico parece disminuir más pronto que la capacidad mental", "no existe prueba alguna

que demuestre que el aspecto cognoscitivo y la capacidad de aprender disminuyen con la edad"...existen pruebas abundantes de que el ser humano puede seguir aprendiendo a cualquier edad. La capacidad intelectual, entendida en un sentido amplio, no disminuye".

Al respecto Villa y Rivadeneira (1999) sostienen que "el retiro de la actividad genera un síndrome de desvinculación, que suele ir acompañado de la pérdida del reconocimiento y de la importancia que las personas pudieron tener en el pasado".

En el trabajo de Peláez M., Palloni A. y Ferrer M (1999) se comenta que si "un individuo esta en condiciones de trabajar por más tiempo, y desea o necesita seguir trabajando, la sociedad no debe desestimular que lo haga y debe buscar los mecanismos que le permitan mantenerse económicamente activo"... "El Estado debe fomentar oportunidades de aprendizaje a lo largo de toda la vida y períodos flexibles de transición desde el empleo a la jubilación completa". Obviamente el hecho de mantenerse activo permite que los individuos tengan una mejor autopercepción de la salud.

En la correlación entre edad y autopercepción de la salud no se evidenciaron relaciones significativas lo mismo que con el consumo del tabaco. Esto es contrario 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.

Conclusiones

La estructura por edades de la población ha variado a lo largo del tiempo, siendo el incremento en la esperanza de vida uno de los más importantes. De este modo, se ha producido en muchos países (siendo Argentina uno de ellos) que la población en edades mayores tenga más importancia que en el pasado, obligando a un replanteo en cuanto a la consideración de este grupo.

El presente trabajo aborda el análisis de la relación entre diferentes indicadores de condiciones de vida de la población adulta y la autopercepción de la salud con el fin de conocer cuáles son los factores que están ligados de manera positiva o negativa con la manera que los adultos perciben su propia salud.

Para ello se utilizó un estudio sobre mayores de 44 años de edad entrevistados en las ciudades de Villa María y Villa Nueva, ambas localidades del interior de Córdoba, en donde los resultados obtenidos muestran que los varones –en mayor proporción- se autoperciben con mejor salud que las mujeres.

Del mismo modo se realizaron diferentes análisis de correlación para conocer si existe o no evidencia estadísticamente significativa entre la autopercepción de la salud y algunos indicadores de las condiciones de vida de la población.

A partir de ellos se obtuvo evidencia que hay correlación positiva -y estadísticamente significativa- entre la autopercepción saludable y varios factores: ser de sexo masculino, la ausencia de afecciones pulmonares crónicas, la ausencia de dificultades permanentes, o discapacidades, percibir haberes -ingreso familiar-, el consumo moderado de alcohol, el desarrollo de actividades físicas y ser laboralmente activos.

Por otra parte, se observa que la autopercepción de la salud no presenta correlación significativa con el lugar donde establecen sus relaciones sociales, ni la recepción de apoyos, como así tampoco con la convivencia en pareja ni el hecho de vivir en hogares unipersonales.

Con respecto al hábito de fumar, no se evidencia correlación estadísticamente significativa con la autopercepción de la salud. Estos 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.

CELADE (2006). "Manual sobre indicadores de calidad de vida de la vejez". Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. 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 (1999). 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.

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.

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 to live alone: evidence from consecutive cross-sectional surveys, 1960-1976. *Demography*, vol. 20, páginas. 433 a 447.

Paredes, Mariana (2004). "Envejecimiento demográfico y relación entre generaciones en Uruguay". I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población. Caxambu, Brasil.

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

PLET P.C. y LESTER B.T(1993). "Capacitación de las personas de edad" OIT, Ginebra.

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" Capítulos 5 y 7, 2002.

ANEXO

TABLA 12: COEFICIENTES DE CORRELACIÓN ENTRE VARIABLES SELECCIONADAS Y AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD

Aspecto considerado	¿Existe evidencia estadística de relación? Valor del coeficiente de correlación	Interpretación
Sufre o sufrió de enfermedad pulmonar crónica tal como bronquitis	Si (0.15)	Aquellos pacientes que declaran no tener este tipo de problemas tienen mejor autopercepción de su salud
¿Tiene alguna dificultad permanente o discapacidad?	Si (0.13)	Aquellos pacientes que declaran no tener este tipo de problemas tienen mejor autopercepción de su salud
Lugar donde establece sus relaciones sociales	No	No hay evidencia que establecer sus relaciones sociales en su casa o fuera de su casa influya en la autopercepción de la salud

Ingreso Total Familiar	Si (0.18)	Los pacientes con mayor ingreso total familiar están asociados con los que mejor autopercepción de salud tienen
¿Necesita y recibe usted alguna ayuda o apoyo?	No (0.03)	No está vinculada la autopercepción de salud con lo referido a si reciben ayuda
Varón o Mujer	Si (0.13)	Los hombres presentan mejor autopercepción de salud
¿Convive en pareja o matrimonio?	No	No hay evidencia que vivir la relación conyugal influya en la autopercepción
¿Consume bebidas alcohólicas?	Si (0.17)	Los que consumen bebidas alcohólicas están relacionados con los que tienen buena autopercepción de salud
¿Participa en juegos o actividades deportivas, informales o competitivos?	Si (0.17)	Aquellos que no realizan este tipo de actividad tienen una autopercepción negativa de su salud
Adulto Tardío o Mayor	No	Pertenecer a un grupo u otro de edad no está vinculado a algún tipo de respuesta sobre la autopercepción
Tiene Trabajo Actualmente	Si (0.10)	Aquellos que trabajan están relacionados con responder positivamente sobre su estado de salud
Hogar Unipersonal	No	No hay evidencia que los que viven solos tengan peor autopercepción de salud

¿Fuma o Fumó anteriormente?	No	No hay evidencias de relación entre la autopercepción de salud y fumar ahora o haberlo hecho en el pasado
-----------------------------	----	---

Tabla 13.

Tabla de contingencia ¿Hogar Unipersonal? * Autopercepcion salud

Recuento

		Autopercepcion salud		Total
		Mala	Buena	
¿Hogar	Si	28	49	77
Unipersonal?	No	174	277	451
Total		202	326	528