

ENCUESTA ANUAL DE HOGARES 2004. LA SALUD DE LOS MAYORES

Entre los cambios demográficos dados en la población de la Ciudad de Buenos Aires de 1950 al 2000, se encuentra el cambio en su estructura por sexo y edad que responde al proceso de envejecimiento de la población¹. Así, los adultos de 65 y más constituyen el 17,5% de la población en el 2000, siendo un valor que triplica los valores de 1950 (5,8%). Vale destacar que dicho cambio es mucho más acentuado entre las mujeres que entre los hombres (Lattes y Andrada; 2004).

El proceso señalado para el período 1950-2000 para la Ciudad de Buenos Aires guarda relación con lo ocurrido en sociedades occidentales europeas, como es el caso de España. En él se registran valores de 7,3% de la población de 65 y más en 1950-55, que se convierten en una proporción estimada en 17% para 2000-2005 (United Nations Population Division, DESA ;2002).

Para caracterizar este fenómeno a partir de las percepciones de quienes son los que en él están involucrados, se incluyó por primera vez, en la Encuesta Anual de Hogares 2004², el relevamiento de información específica relacionada con la salud de los mayores. Esta tuvo como base algunos indicadores que se utilizan en diversas encuestas nacionales de salud o paneles de hogares para el posterior cálculo de las expectativas de salud de la población. "*La expresión expectativas de salud* se usa para englobar a todo el conjunto de indicadores sintéticos que, además de reflejar el impacto de la mortalidad en una población, como hace la esperanza de vida, recoge también las condiciones de salud presentes en dicha población" (Gènova Maleras, R. y Pereira Candel, J.; 2002). Se trata entonces de una aproximación parcial.

¿Cuál es la relación entre el proceso de envejecimiento de una población y su estado de salud? ¿Una prolongación de la cantidad de años de vida supone también una calidad equivalente? ¿En qué tipo de actividades los adultos mayores manifiestan mayores niveles de dependencia de terceros? Estos interrogantes intentarán encontrar un primer espacio de respuesta en el presente Informe.

La información en relación con esta problemática fue relevada en los adultos mayores de 60 años y más³, a través de preguntas sobre el estado percibido de salud, y sobre las limitaciones de su actividad cotidiana. En el primer caso, la pregunta se formuló como: "*Durante este año, ¿considera que su estado de salud ha sido... muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo?*". En el segundo, se indagaron los niveles de dependencia en la realización de actividades cotidianas a partir de la frecuencia con la que los entrevistados demandan ayuda para resolverlas.

¹ La manera de mostrar el "proceso de envejecimiento de una población es registrando el aumento de la proporción del grupo de 65 años y más" (Lattes y Andrada; 2004:76).

² La Encuesta Anual de Hogares (EAH) de la Ciudad de Buenos Aires es un relevamiento generado por la Dirección General de Estadística y Censos a partir de 2002, cuyo objetivo es obtener datos anuales sobre la población y los hogares conformados por dicha población. Entre los temas usualmente indagados se destacan vivienda y hábitat; hogares, familias e individuos; trabajo y empleo; ingresos; salud; y educación (Rosas, C.;2004:83).

³ La población relevada por la EAH es la que reside en hogares particulares, ya que no se relevan hogares colectivos. El promedio diario de mayores de 60 alojados en hogares dependientes del GCBA es de 1750 y los alojados declarados en los geriátricos privados evaluados por el GCBA en 2004 son 19.746. Anuario Estadístico 2004 Ciudad de Buenos Aires. DGEyC. GCBA.

En ambos casos se analizó también el comportamiento de los indicadores mencionados en la población de 75 años y más, partiendo del supuesto de una modificación de las percepciones dada una mayor incidencia en ella de enfermedades y/o discapacidades. Dicho análisis se presenta a continuación:

¿Cómo perciben su salud los adultos mayores?

El 68% de la población de 60 años y más entrevistada en la Ciudad, evalúa su estado de salud como bueno o muy bueno. El 26% lo considera regular y el 4%, malo. Sólo un 1% lo define como muy malo. Al analizar la población de 75 años y más, las diferencias registradas no resultan de significación. Los valores que en ella asume la percepción del estado de salud se expresan en un 61% como bueno y muy bueno, el 30% como regular y el 6% como malo.

Los valores encontrados indican que en todas las categorías, el estado de salud percibido por sexo refleja una opinión más favorable por parte de los varones que de las mujeres. Aquellos de 60 años y más que indican que su estado de salud es bueno o muy bueno, resultan el 72% de los hombres y el 66% de las mujeres entrevistadas. Al analizar la población con un corte por edad a partir de los 75 años, son también en mayor proporción los hombres quienes perciben su salud como buena o muy buena (en un 66%), mientras que así lo expresan el 58% de las mujeres. La mayor incidencia de las enfermedades evaluadas como crónicas en el grupo de 60 años y más es, entre las mujeres, ínfima (62% de las mujeres vs. un 60% de los hombres del mismo tramo de edad)⁴ como para poder reconocer en ellas un factor que afecte la apreciación en torno a su estado de salud.

Si se analiza a los de 60 y más en función de las consultas médicas realizadas, el 81% de los varones y el 84% de las mujeres lo hicieron en los últimos seis meses. No habría diferencias según sexo que sustenten una hipótesis acerca de la existencia de una autopercepción del estado de la salud más aguda en las mujeres debido a una mayor asistencia a la consulta médica. Este supuesto, que revelaría una preocupación mayor de las mujeres por su estado de salud, aparece en estudios de otros países⁵. Cuando se observa el comportamiento de la población de 75 años y más, hay un mayor nivel de concurrencia al médico tanto por parte de hombres como de mujeres (85% y 87% respectivamente), pero son similares las proporciones en las que esto se da en la distribución y no surgen valores que puedan considerarse distintivos del comportamiento en ambos sexos.

Lo anteriormente descrito nos lleva a concluir que en el estado percibido de salud, la asistencia a la consulta médica o el padecimiento de enfermedades crónicas no parecieran ser factores que condicionen fuertemente la respuesta de los hombres y mujeres mayores.

Cuadro 1 La autopercepción del estado de salud en adultos mayores por grupos de edad seleccionados según sexo. Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

Estado de salud	Grupos de edad (en años)					
	60 y más		65 y más		75 y más	
	Varón	Mujer	Varón	Mujer	Varón	Mujer
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Muy bueno	15,1	14,2	14,7	13,4	13,3	12,9
Bueno	56,8	51,5	54,1	49,5	52,9	44,8
Regular	22,4	27,7	24,7	29,7	26,3	33,3
Malo	3,8	4,6	4,2	5,2	4,7	6,4
Muy malo	1,2	1,5	1,6	1,8	2,0	1,9

Fuente: EAH 2004. DGEyC.

⁴ Según datos EAH 2004.

⁵ "Puede parecer contradictorio que las mujeres declaren peores niveles de salud teniendo una esperanza de vida superior a los hombres en aproximadamente siete años actualmente en España. Esto puede ser debido a que perciban su salud de forma diferente a los hombres, existiendo factores distintos de la presencia de discapacidad o enfermedad que condicionen este tipo de respuesta. Incluso podría afirmarse que la mayor preocupación por su propia salud hace a la población femenina más sensible ante un juicio sobre la misma, aunque al mismo tiempo sea más receptiva a los consejos preventivos o facilite su acceso a los servicios de salud". (Maleras, R. Y Candel, J.; 2002: 8)

Es interesante destacar, tal como se señalara, que las dos terceras partes de los hombres y en un valor próximo las mujeres, han alcanzado entre los residentes entrevistados⁶ en la Ciudad a partir de los 75 años un buen estado de salud percibido (incorporando aquí las categorías de bueno y muy bueno). El 13% de percepción como muy bueno para ambos sexos se mantiene con valores próximos en una distribución estable, tanto entre los hombres como entre las mujeres, si se analizan los distintos cortes por edad.

La dependencia en lo cotidiano

El abordaje de las condiciones en las que los adultos mayores desarrollan su vida cotidiana se indagó en la EAH 2004 por medio de la pregunta "*¿Con qué frecuencia necesita ayuda para realizar las siguientes actividades?*". Las categorías planteadas surgen de la lista de limitaciones de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)⁷. Las primeras se vinculan con las actividades propias del manejo de la persona en su hogar en relación con la satisfacción de sus necesidades básicas (aseo personal, vestimenta, alimentación) y las segundas, las que abordan las relaciones establecidas con el mundo externo (uso del teléfono, manejo del dinero, uso de medios de transporte, entre otras).

Actividades de la vida diaria (ABVD)

- Ducharse/ bañarse/ asearse
- Vestirse/ desvestirse
- Peinarse/ afeitarse
- Andar/ levantarse/ acostarse
- Comer
- Quedarse solo de noche

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

- Usar el teléfono
- Hacer las compras
- Preparar la comida/ cortar una rebanada de pan
- Lavar la ropa (a mano/ a máquina)
- Tomar un colectivo/ remis/ taxi
- Acordarse de tomar la medicación
- Subir 10 escalones
- Administrar dinero

Las restricciones en la realización de estas actividades demarcan la dependencia de las personas mayores. Esta se entiende como un "estado en que las personas debido a la falta o pérdida de la capacidad física, psicológica o mental necesitan algún tipo de ayuda y asistencia para desarrollar sus actividades diarias" (Consejo de Europa; 1998). Esta dependencia⁸ puede asumir los rasgos de leve, grave o severa⁹ en función de la cantidad de limitaciones diarias en el número de actividades desarrolladas.

Dado que para el análisis del proceso de envejecimiento se considera como punto de referencia a los mayores de 65 años y más, la información sobre los niveles de autovaloramiento en la población se sistematizó en este caso específicamente a partir de dicha edad, para aportar elementos a la caracterización de ese grupo poblacional.

⁶ La población estimada de quienes tienen 60 años y más alcanza los valores (en miles) de 251,4 varones y 387,1 mujeres, que se reduce a 85,1 varones y 147,4 mujeres cuando el corte alcanza a los de 75 años y más.

⁷ Dicha categorización fue la utilizada en la Encuesta Nacional de Salud de España en 1997 para clasificar niveles de dependencia y es consensuada en diversos trabajos.

⁸ Cabe señalar que tal como señala Braña en su documento (2004:17), no se incluyen las dependencias de carácter subjetivo, asociadas a enfermedades psico-sociales, por su dificultad de medición ni las de tipo económico, a pesar de su preponderancia aún entre aquellas que se consideran autónomas.

⁹ La dependencia leve indica "limitaciones en alguna ABVD siempre que el número de actividades sea inferior a 5"; es grave cuando se presentan "limitaciones en 1 ó más ABVD o en más de 5 AIVD. Se transforma en severa cuando las actividades se restringen en 3 ó más ABVD (Braña, J. ;2004: 17).

Cuadro 2 Distribución porcentual de personas de 65 y más por ayuda recibida.
Ciudad de Buenos Aires.2004

	Siempre	A veces	Nunca
Actividades de la vida diaria (ABVD)			
• Ducharse/ bañarse/ asearse	6,4	3,1	90,0
• Vestirse/ desvestirse	4,3	4,0	91,1
• Peinarse/ afeitarse	3,5	2,3	93,5
• Andar/ levantarse/ acostarse	4,9	5,4	89,1
• Comer	2,2	1,7	95,5
• Quedarse solo de noche	5,3	2,3	91,7
Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)			
• Usar el teléfono	3,2	2,6	93,5
• Hacer las compras	10,9	6,1	82,2
• Preparar la comida/ cortar una rebanada de pan	6,1	3,7	89,5
• Lavar la ropa (a mano/ a máquina)	8,8	3,8	86,7
• Tomar un colectivo/ remis/ taxi	12,3	5,6	81,5
• Acordarse de tomar la medicación	6,1	4,6	88,5
• Subir 10 escalones	12,2	7,2	80,1
• Administrar dinero	6,3	2,5	90,5

Nota: Los valores de las filas no suman 100% por los casos de no respuesta y/o NS/NC
Fuente: EAH 2004. DGEyC.

En relación con el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, los porcentajes alcanzados en cada una de las actividades seleccionadas están muy próximos o superan el 90%. El 95% de los entrevistados expresa no pedir nunca *ayuda para comer*, siendo éste el valor más alto de autonomía relevado y es también la ABVD para la que en menor medida requieren siempre ayuda (2,2%). Resulta interesante que el 92% señala que tampoco necesita ayuda nunca para *quedarse solo de noche* y sólo la requiere siempre, el 5,3%.

En el caso de las actividades instrumentales de la vida diaria, en los habitantes de la Ciudad de 65 años y más, es aquella que demanda mayor esfuerzo físico, como *subir diez escalones*, la que registra el menor valor en cuanto a nunca requerir ayuda (80%). En un 12% los hombres y mujeres de este grupo de edad son siempre dependientes de otros.

Usar el teléfono es, de las AIVD, la que presenta menores niveles de dependencia de un tercero (93,5% de los entrevistados). Otro valor alto en cuanto al autovalimiento lo representa la posibilidad de nunca tener que pedir colaboración para *tomar la medicación*, que se manifiesta en la distribución analizada en un 88,5%.

El uso de los *medios de transporte* es la actividad que expresa un mayor grado de dificultad para su desarrollo, ya que registra el valor más alto en cuanto a la total dependencia para su realización (12,3%). En este caso, es posible inferir que intervienen factores no sólo relacionados con la movilidad física, sino también con la dificultad de adaptarse a las lógicas de acceso a cada medio de transporte, las posibilidades de ubicación espacial en cuanto al conocimiento de la Ciudad, así como los factibles temores en torno a la desconfianza respecto a los conductores en los autos de alquiler y que derivan en cuestiones ligadas a la seguridad, que los medios masivos instalan en la población mayor de manera eficaz.

Dados los elevados porcentajes de autovalimiento encontrados en los adultos mayores de 65 años y más, se analizó la misma pregunta en los adultos de 75 años y más. La distribución alcanzó los siguientes valores:

Cuadro 3 Distribución porcentual de personas de 75 y más por ayuda recibida.
Ciudad de Buenos Aires.2004

	Siempre	A veces	Nunca
Actividades de la vida diaria (ABVD)			
• Ducharse/ bañarse/ asearse	10,4	4,8	84,2
• Vestirse/ desvestirse	6,8	5,7	86,9
• Peinarse/ afeitarse	5,8	3,2	90,4
• Andar/ levantarse/ acostarse	7,2	8,3	83,8
• Comer	3,7	2,5	93,0
• Quedarse solo de noche	9,1	3,1	87,1
Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)			
• Usar el teléfono	5,4	4,2	89,6
• Hacer las compras	17,8	9,1	72,2
• Preparar la comida/ cortar una rebanada de pan	10,2	5,6	83,4
• Lavar la ropa (a mano/ a máquina)	14,5	5,3	79,5
• Tomar un colectivo/ remis/ taxi	19,8	7,7	71,8
• Acordarse de tomar la medicación	9,9	6,8	82,4
• Subir 10 escalones	18,6	9,9	70,9
• Administrar dinero	11,2	3,3	84,9

Nota: Los valores de las filas no suman 100% por los casos de no respuesta y/o NS/NC
Fuente: EAH 2004. DGEyC.

La actividad de *peinarse y afeitarse* resulta ser la actividad cotidiana que menor dependencia de otros exige a los adultos de 75 años y más entrevistados, quienes en un 90% manifiestan hacerlo siempre solos. Nunca recibir ayuda para *quedarse solo de noche* es afirmado por una alta proporción de los entrevistados (87,1%). Este es un elemento interesante de análisis, ya que dicho comportamiento, como expresión de una relativa autonomía, sintetiza la realización de las actividades básicas pertinentes, la capacidad para la toma de decisiones en torno a lo cotidiano, y la vinculación con otros de su entorno más próximo.

Sólo el 10% requiere siempre ayuda para cuestiones básicas tales como *bañarse, ducharse y asearse*. Aquí intervendrían factores ligados al estado físico de las personas y sus posibilidades de movimiento auto-sustentado. *Comer* se mantiene en este grupo etario como la conducta que menores dificultades ofrece para su realización autónoma. El 93% dicen no necesitar nunca ayuda para ello.

Usar el teléfono es la actividad instrumental de absoluta autonomía que alcanza la proporción más alta entre los de 75 y más. Las de dependencia permanente, son las de *hacer las compras, tomar un medio de transporte y subir diez escalones*. En éstas se combinan la percepción acerca del esfuerzo físico necesario, las posibilidades de movilidad y también cierto temor en cuanto a su factibilidad de realización en forma independiente.

A modo de síntesis

Los resultados obtenidos en la EAH 2004 sirven de línea de base para análisis ulteriores en relación con la salud de los mayores, que irán en años sucesivos permitiendo reconocer los cambios percibidos en torno a ella, y caracterizar los procesos de envejecimiento, a partir de la mirada puesta en el autovalimiento. Este primer abordaje constituirá entonces un elemento para identificar los escenarios de la evolución de la salud de los adultos mayores de la Ciudad.

Asimismo, sugieren algunas líneas de reflexión para considerar con relación a la población adulta mayor de la Ciudad de Buenos Aires desde las políticas públicas.

Las políticas sociales, sanitarias y todas aquellas destinadas a este segmento poblacional deberán evaluar su situación considerando que un número importante de personas vive en su hogar, en general, con un buen estado de salud pero con alguna enfermedad o discapacidad que requiere de la ayuda de terceros. Asimismo, se deberá tener en cuenta que el 29% de la población de 75 años y más¹⁰, vive en hogares unipersonales y por tanto, resuelve las cuestiones emergentes de su cotidianeidad de manera relativamente autónoma. En ello incide que las familias actuales no logran cubrir el rol de cuidado de sus mayores en forma completa, dadas la mayor participación femenina en el mercado laboral, los ritmos sociales, el nivel de ingresos familiar alcanzado, entre otros factores.

Por ello, el envejecimiento de la población con buenos niveles de salud requiere que se plantee la ampliación y/o extensión de los servicios de atención prestados desde el ámbito público, con un enfoque centrado en las particulares problemáticas de la salud de los adultos mayores y las necesidades específicas que de ellas se derivan.

Bibliografía

Braña, F. J. (2004). *"La dependencia de los Mayores en España. Una estimación de los costes de un seguro público de dependencia"*. Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Salamanca, España.

Buenos Aires Dirección General de Estadística y Censos (2004). *Anuario estadístico 2004, Ciudad de Buenos Aires*.

Consejo de Europa (1998). *Recommandation núm. R (98)9 du Comité des ministres aux états membres relatives à la dépendance*. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Luxemburgo.

Génova Maleras, R. y Pereira Candel, J. (2002). *Estudio monográfico: las expectativas de salud*. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Madrid.

Lattes, A. y Andrada, G. (2004). *"El subsistema demográfico de la Ciudad de Buenos Aires" en Población de Buenos Aires: Revista semestral de datos y estudios demográficos*. Dirección General de Estadística y Censos, Secretaría de Hacienda y Finanzas del GCBA, Año 1, N° 1, págs. 76/77.

Rosas, C. (2004). *"Cambios y continuidades en la Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires" en Población de Buenos Aires: Revista semestral de datos y estudios demográficos*. Dirección General de Estadística y Censos, Secretaría de Hacienda y Finanzas del GCBA, Año 1, N° 1, págs. 83/84

United Nations Population División, DESA (2002). *World Population Ageing, 1950-2050*. Versión electrónica: www.un.org/population/publications/worldaging19502050

¹⁰ Según datos EAH 2004