

Envejecimiento y expectativas de salud

Roberto Ham Chande

EL COLEGIO DE LA FRONTERA NORTE/TIJUANA, MÉXICO
rham@dns.colef.mx



Introducción

El envejecimiento de una población es producto principal de las mejoras en la salud, particularmente de las medidas públicas de sanidad y de la tecnología médica, las cuales disminuyen la mortalidad y permiten que más personas lleguen a las edades de la vejez. A su vez, la creciente participación de las personas envejecidas trae otras preocupaciones, como la calidad de vida en las edades avanzadas. Esto es porque son las edades donde existe mayor vulnerabilidad ante las enfermedades crónicas y las discapacidades. En este artículo se presentan, primeramente, estimaciones numéricas de cómo han evolucionado las esperanzas de vida y

cómo se esperan en el futuro. En seguida se muestra cómo puede ser la calidad en los últimos años de la vida al evaluar cuántos años de los que restan se pasarán libres de enfermedades y discapacidades. No se trata de pronósticos individuales sino de los promedios esperados en una población.

Esperanzas de vida

Una medida del avance social y económico de una sociedad es la esperanza de vida (EV). Es el número promedio de años que restan por vivir en un

grupo de la misma edad. La más conocida de todas es la EV al nacer, a edad cero. En el siguiente cuadro se muestran los cambios que han tenido las EV de hombres y mujeres en México, a distintas edades, desde 1930 a 2005 y con una proyección a 2030 (CONAPO, 2006).

Esperanzas de vida a edades 0, 1, 5 y 65. Hombres y mujeres. 1930 a 2030.								
	Hombres				Mujeres			
	0	1	5	65	0	1	5	65
1930	35.5	42.7	46.2	10.7	37.0	43.3	47.2	10.9
1950	48.2	54.7	55.3	12.6	51.1	56.9	57.9	13.0
1980	64.0	67.0	63.9	15.3	70.0	72.5	69.4	16.5
2005	74.6	75.4	71.7	18.4	79.0	79.4	75.6	19.7
2030	80.0	79.9	76.0	20.8	83.7	83.4	79.5	22.2

Datos del Consejo Nacional de Población.

Las EV algo nos cuentan de las circunstancias sociales y económicas. Bajo las condiciones de mortalidad de 1930 los niños recién nacidos vivirían en promedio 35.5 años y las niñas 37.0. Esos promedios tan bajos son principalmente resultado de la gran mortalidad infantil de la época. Aquellos que llegaban con vida a su primer año de edad eran los más fuertes y favorecidos familiar, social y económicamente, lo que se refleja en la EV a edad 1, de 42.7 en hombres y, 43.3 en mujeres. La mayor mortalidad en las primeras edades también se extendía después del primer año, como lo muestra que las EV a edad cinco sean mayores, 46.2 y 47.2 respectivamente. En ese año de 1930 las personas de 65 años en promedio vivían casi 11 años más.

El resto del cuadro indica importantes y rápidos incrementos en las EV que cuentan una historia y anticipan un futuro. Las diferencias entre 1930 y 1950 en mucho se debieron a las campañas masivas de vacunación, la ampliación de las redes de agua potable y drenaje y la comercialización de los antibióticos. En todo caso estos factores y los subsecuentes incrementos, se deben a avances sociales y económicos. De esta manera ahora la EV al nacer en hombres es 74.6 años y 79.0 en mujeres; ya la diferencia con la EV a edad 1 es muy poca, lo cual indica un sustancial abatimiento de la mortalidad infantil. Un aspecto a resaltar es que la baja de la mortalidad en todas las edades, pero principalmente en la infancia y la niñez, es lo que da

lugar a la sobrevivencia a edades adultas y mayores en lo que constituye el envejecimiento demográfico. Ya en 2005, a edad 65, la EV masculina es 18.4 y la femenina es 19.7. De acuerdo con las proyecciones, en 2030 se prevé una esperanza de vida al nacer de 80.0 en hombres y de 83.7 en mujeres, de modo que la mayoría vivirán a los 65 años con EV de 20.8 y 22.2 respectivamente. En estas condiciones las personas de más de cien años comienzan a aparecer, serán cada vez más frecuentes y a mitad de siglo serán abundantes.

Hay algunos aspectos sobre las EV a considerar. Uno es que como número es un reflejo exclusivamente de la mortalidad. Sus cambios en el tiempo dicen que se vive más, pero no hablan de cómo se ha logrado y cómo se viven los años adicionales. Los logros vienen de progresos en la salud pública, la atención médica, el nivel de vida, la alimentación, los hábitos y la escolaridad. Factores importantes han sido el abatimiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias y la salud reproductiva. Asimismo, no ha sido un proceso uniforme entre naciones ni dentro de países. En el caso de México, geográficamente las mayores EV se encuentran en las zonas urbanas y en el norte del país, mientras que son menores en zonas rurales, el sur y el este. Socialmente las diferencias están relacionadas con marginalidad, pobreza y etnicidad.

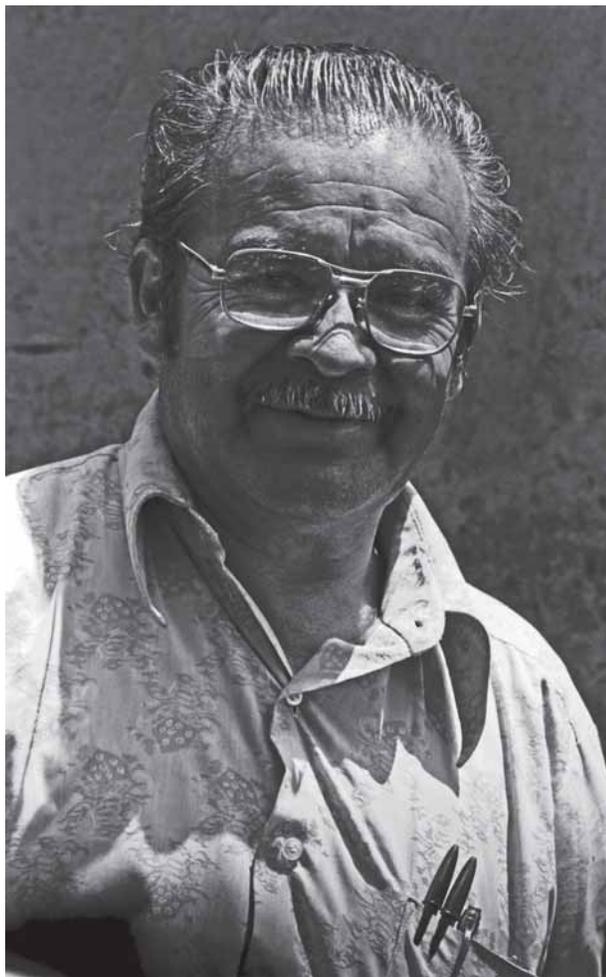
Vejez y calidad de vida

En todo caso el incremento en las EV y el envejecimiento señalan nuevos cuadros epidemiológicos donde dominan las enfermedades no transmisibles y degenerativas como son la diabetes, las dolencias cardiovasculares, los tumores malignos, artritis, demencias e incapacidades. Se trata de morbilidades que no tienen cura, que no son inmediatamente letales y que pueden provocar deterioros serios en la calidad de vida. Es así que la principal acción es controlarlas de manera que interfieran lo menos posible con el bienestar en la vejez. Ante este panorama existen ahora esfuer-

zos y avances notables de la geriatría. Sin embargo, la parte desafortunada es que los tratamientos demandan atención continua y de gran costo, lo que los aleja de la población de escasos recursos.

Esta descripción nos lleva a algunos supuestos y preguntas. Ante las evidencias de que cada vez hay más personas que sobreviven para llegar a edades mayores y que la vida se alarga en las edades avanzadas, ¿cómo van a incidir las enfermedades crónicas y degenerativas?, ¿qué tan importantes van a ser las incapacidades?, ¿cuáles van a ser sus efectos en la calidad de vida, el entorno familiar y la sociedad en general?

Estas preguntas y las posibles respuestas no son temas aislados y más bien hay una gran interrelación entre envejecimiento, mortalidad, salud y bienestar. Unos supuestos dicen que conforme hay mejores oportunidades para evitar las enfermedades y aminorar sus consecuencias en todas las edades, es así que también se evita la muerte y se lo-



gra la longevidad. De esta manera no sólo se vive más sino que se vive en mejores condiciones. Pero otros supuestos indican que el avance de la medicina y su práctica buscan en primer lugar evitar la muerte, no importando en qué condiciones se sobreviva. Se encuentra así que la vida se puede prolongar aunque se tengan enfermedades e incapacidades. Lo que se ha encontrado es que no existe una diferencia tajante entre una y otra suposición, y la realidad es una mezcla (Robine, 1999). En las comunidades social y económicamente avanzadas el envejecimiento se logra en armonía con otras características y predomina el primer caso. En las sociedades no totalmente desarrolladas se pueden importar tecnologías médicas, alargar la vida, pero con antecedentes de perjuicios en la salud. Mejores condiciones socioeconómicas permiten oportunidades de prolongar la vida en buenas condiciones, mientras que en grupos marginados la longevidad es menor y están propensos a la vejez con enfermedades e incapacidades (Crimmins & Cambois, 2003).

Expectativas de salud en la vejez

Una manera de iniciar respuestas a las preguntas planteadas es suponer que las esperanzas de vida se dividen en dos partes. Una parte en la cual se está libre de enfermedades crónicas e incapacidades, y otra en la cual se padece alguna condición crónica y/o incapacidades para realizar las actividades de la vida diaria. Las prevalencias de enfermedades crónicas e incapacidades se calculan mediante los registros médicos y las encuestas de salud. Uno de estos estudios es la Encuesta Nacional de Salud del año 2000 (México), la cual indaga la presencia de diabetes, artritis, hipertensión y enfermedades renales, además de preguntar por incapacidades en las personas de 60 años o más.

Con estas estadísticas y los métodos de la demografía se puede calcular qué parte de la EV se va a pasar libre de enfermedades, qué otra parte estará acompañada de enfermedades crónicas y cuál otra va a tener además la desventaja de sufrir alguna incapacidad para la realización de las actividades cotidianas (Jagger, 1999). Los resultados aparecen en el siguiente cuadro.

Edad	Hombres				Mujeres			
	EV	sin enf/inc	Con enfermedad	Con incapacidad	EV	Sin enf/inc	Con enfermedad	Con incapacidad
60	21.4	6.1	15.3	6.0	22.8	4.8	18.0	8.7
65	17.8	4.5	13.3	5.8	18.9	3.5	15.4	8.0
70	14.5	3.1	11.4	5.5	15.4	2.5	12.9	7.3
75	11.5	2.0	9.5	5.1	12.2	1.6	10.6	6.5
80	8.9	1.2	7.7	4.6	9.4	1.0	8.4	5.5
90	4.8	0.2	4.6	3.2	4.9	0.3	4.6	3.6
100	0.5	0	0.5	0.4	0.5	0	0.5	0.4

Elaboración propia con datos del Consejo Nacional de Población y de la Encuesta Nacional de Salud 2000.

Estas cifras nos indican que a los 60 años la EV de los hombres es 21.4 años. De este promedio de años por vivir, 6.1 estarán libres de enfermedades e incapacidades. Durante 15.3 se va a padecer una enfermedad crónica que no necesariamente interfiere con la vida cotidiana. En mucho serán los casos de diabetes e hipertensión, ya que son muchas las personas que no se dan cuenta que las padecen. Finalmente las cifras indican seis años con incapacidad en los que se requiere ayuda para llevar a cabo la vida diaria, como caminar y el cuidado personal. Revisando las cifras, las mujeres con 70 años tienen una EV de 15.4, de los cuales en promedio 2.5 estarán libres de enfermedades e incapacidades, durante 12.9 se va a tener alguna enfermedad y en 7.3 las incapacidades van a estar presentes. Algo que sobresale en estas cifras, y que es común en todos los países y sociedades, es que las mujeres tienen mayores EV, pero al mismo tiempo sus expectativas de salud y bienestar son menores.

Estas cifras reflejan el total de la población de México y dan idea de las necesidades que se avencinan ante el envejecimiento de la población; pero para aplicaciones prácticas de políticas para la vejez, programas de prevención y atención a la salud es necesario calcular estos indicadores por regiones y por características sociales y económicas.

Conclusiones

Las esperanzas de vida y las expectativas de salud permiten evaluar el grado de envejecimiento de una población y su calidad de vida. Las proyecciones de estos parámetros dan una idea de las mag-

nitudes esperadas, con lo cual se pueden prever los recursos materiales y humanos que se requieren para una atención adecuada. Pero hay también indicaciones para los individuos, como la conveniencia no sólo de alargar la vida sino de hacerlo con la mejor calidad posible. Esto se logra con buenos hábitos de salud que incluyen la prevención, la buena alimentación evitando grasa y azúcares, el ejercicio físico, sin excesos en el consumo de alcohol y no fumar. Además es importante mantener buenas relaciones sociales y familiares.



Lecturas sugeridas

WEIL, ANDREW, 2005. *Salud con la edad: Una vida de bienestar físico y espiritual*, Ed. Vintage, Barcelona.

CONAPO, 2006. *Proyecciones de la población de México*.
www.conapo.gob.mx

CRIMMINS, EILEEN Y EMMANUELLE CAMBOIS, 2003. "Social inequalities in health expectancy", en Robine, Jean-Marie *et al.*, *Determining health expectancies*. John Wiley & Sons Ltd., West Sussex, pp. 111-126.

JAGGER, CAROL, 1999. *Health expectancy calculation by the Sullivan method*, NUPRI Research Paper Series N° 68, Nihon University, Tokyo, 37 pp.

ROBINE, JEAN-MARIE, 1999. *Peut-on espérer vivre à la fois longtemps et en bonne santé?* Actes de congrés scientifique Autonomie et Vieillesse, Institute Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke, Canada, pp. 17-48.