

Salud, bienestar y envejecimiento en Santiago, Chile

SABE 2000

Salud, bienestar y envejecimiento en Santiago, Chile

SABE 2000

PREPARADO POR:

Cecilia Albala B., Área Nutrición Pública, INTA, Universidad de Chile
Carola García G., Área Nutrición Pública, INTA, Universidad de Chile
Lidia Lera M., Área Nutrición Pública, INTA, Universidad de Chile

CON LA COLABORACIÓN DE:

Pedro Paulo Marín L., Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
José Luis Santos M., Área Nutrición Pública, INTA, Universidad de Chile
Fernando Vio del R., Área Nutrición Pública, INTA, Universidad de Chile

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
Salud, bienestar y envejecimiento en Santiago, Chile.
Washington, D.C: OPS, © 2005.
(Publicación Científica y Técnica No. 609)

ISBN 92 75 31609 0

I. Título II. Serie

1. SALUD DEL ANCIANO
2. ENVEJECIMIENTO
3. CONDICIONES SOCIALES
4. ASISTENCIA A LOS ANCIANOS
5. RECOLECCIÓN DE DATOS
6. CHILE

NLM WT 100

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Área de Publicaciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

©Organización Panamericana de la Salud, 2005

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

De las opiniones expresadas en esta publicación responden únicamente los autores.

CONTENIDO

PRÓLOGO	v
RECONOCIMIENTOS	vii
CAPÍTULO 1. Marco General, aspectos metodológicos y organización del estudio	1
Marco general	1
Objetivos	2
Objetivos generales	2
Objetivos específicos	2
Metodología	2
Tipo de estudio	2
Universo del estudio	2
Muestra	2
<i>Diseño y tamaño muestral</i>	2
<i>Marco muestral</i>	3
<i>Unidades de muestreo</i>	3
<i>Factor de expansión de la muestra</i>	4
Variables	5
Organización de la encuesta	5
Estadística	6
<i>Registro de datos</i>	6
<i>Validación de la base de datos</i>	6
<i>Procesamiento y análisis de datos</i>	7
CAPÍTULO 2. Características generales del país y centro urbano	9
Aspectos geográficos	9
Proceso de urbanización	9
Historia, proceso y estructura demográfica	10
Crecimiento de la población	11
<i>Evolución de la mortalidad</i>	11
<i>Evolución de la fecundidad</i>	12
La transición demográfica	13
Estructura de la población por edad y sexo	14
Aspectos económicos y sociales	14
Indicadores sociales básicos	14
Antecedentes económicos	14
Sistema político del país y centro urbano	15
Antecedentes históricos	15
Sistema político	16
Organización y financiamiento del sistema de salud	16
Estructura del sistema de seguridad social y de pensiones	17

Sistema de reparto	17
Sistema de capitalización individual	18
Pensión mínima garantizada por el Estado	18
Prestaciones de asistencia social o no contributivas	18
Otras prestaciones	18
CAPÍTULO 3. Características demográficas y socioeconómicas de la población adulta mayor	21
Estructura de la muestra de acuerdo a edad y sexo	21
Muestra corregida y expandida	21
Situación de pareja	21
Familia	21
Padres	21
Hijos	22
Educación	22
Religión	22
Situación laboral	23
Ingresos	23
Vivienda	23
CAPÍTULO 4. Características del hogar y de la familia y transferencias intergeneracionales	25
Convivencia familiar	25
Dependencia del ingreso	25
Redes de apoyo	26
Algunas características estructurales de las redes de apoyo de las personas mayores	26
<i>Tamaño de la red</i>	26
<i>Fuentes de apoyo de las personas adultas mayores</i>	27
Tipos de apoyo	28
Las personas mayores como fuente de apoyo	29
Tipo de intercambio: reciprocidad de los apoyos	30
Roles de las personas mayores en la red de apoyo	32
CAPÍTULO 5. Salud mental	37
Autopercepción de la salud	37
Nivel socioeconómico y autopercepción de la salud	37
Autopercepción de la salud actual en comparación con un año atrás	39
Actividades sociales	39
Historia de enfermedades psiquiátricas	39
Depresión	39
Autopercepción de enfermedad del sistema nervioso	40
Medicamentos antidepresivos	42
Deterioro cognitivo	42
CAPÍTULO 6. Estado de salud física	45
Enfermedades crónicas	45
Enfermedades específicas por sexo	48
Mujeres	48
Hombres	48
Incontinencia urinaria	49
Caídas	49
Pérdidas sensoriales	49
Visión	49
Audición	51
Salud oral	51
CAPÍTULO 7. Nutrición y estilos de vida	53

Tabaco	53
Alcohol	53
Nutrición	55
Hábitos alimentarios	59
Actividad física	59
CAPÍTULO 8. Limitaciones funcionales	63
Actividades básicas de la vida diaria (avd)	64
Actividades instrumentales de la vida diaria (aivd)	66
Movilidad	66
Limitaciones Nagi	68
Pruebas de movilidad y flexibilidad	68
Desigualdades	69
Autopercepción de la salud y limitaciones funcionales	70
CAPÍTULO 9. Uso y acceso a servicios de salud	71
Uso de servicios de salud ambulatorios	71
Acceso a servicios de salud	73
Uso de hospitales	73
Accesibilidad a hospitales	73
Uso y acceso a medicamentos	75
Cobertura de seguro de salud y servicios sociales	77
Servicios sociales en la comunidad	78
CAPÍTULO 10. Resumen y conclusiones	79
El proyecto SABE: Salud, Bienestar y Envejecimiento	79
Marco general, aspectos metodológicos y organización del estudio	79
Características demográficas y socioeconómicas de la población	79
Características del hogar, la familia y las transferencias intergeneracionales	80
Salud mental	80
Autopercepción de la salud	80
Demencia	80
Depresión	80
Salud física	80
Limitaciones funcionales	81
Nutrición y estilos de vida	81
Uso y acceso a servicios de salud	81
Comentarios finales	81

PRÓLOGO

El envejecimiento satisfactorio depende de una diversidad de influencias o determinantes que rodean a las personas, las familias, las comunidades y los países. Debemos estimular el estudio de las pruebas empíricas sobre el proceso de envejecimiento en la Región de las Américas y la investigación sobre los riesgos y daños que afectan a la salud de los adultos mayores como una de las funciones esenciales de salud pública que. ¿Cuán saludables son los años ganados de vida? ¿Qué intervenciones de salud pública permitirán aumentar la esperanza de vida libre de discapacidad?

La encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) incluyó a más de 11.000 personas de 60 años o más, de siete ciudades de América Latina y el Caribe: Buenos Aires (Argentina), Bridgetown (Barbados), São Paulo (Brasil), Santiago (Chile), La Habana (Cuba), Ciudad de México (México) y Montevideo (Uruguay). SABE recolectó datos acerca de la salud física y mental de los adultos mayores, así como sobre cobertura de salud, uso de servicios de salud, situación financiera, apoyo familiar, antecedentes laborales y tipo de alojamiento. Los resultados que se presentan en estos informes por país son una contribución a la agenda de investigación sobre la salud del adulto mayor. En el futuro, esta se convertirá en un área primordial para los investigadores y científicos de la Región.

Las políticas y los servicios de salud necesitan de un buen sistema de información que permita establecer prioridades. Los indicadores básicos de salud de los países que experimentan una transición demográfica rápida deben incluir mediciones de la salud y la capacidad funcional de la población adulta mayor. Las enfermedades crónicas no transmisibles son causas importantes de discapacidad, y en las personas adultas mayores determinan una notable disminución de la calidad de vida. No obstante, las discapacidades asociadas con el envejecimiento y la aparición de enfermedades crónicas pueden prevenirse o retrasarse; para lograrlo, la atención primaria de salud tiene que estar adaptada a las necesidades de los mayores, y el personal de los equipos de salud tiene que estar capacitado en el campo de la medicina del adulto mayor. Para lograr un envejecimiento activo, los servicios requieren instrumentos y técnicas para organizar programas de salud que incluyan actividades de promoción y prevención. Esto no resulta sencillo en un medio con tantas prioridades de salud que compiten por escasos recursos. Sin embargo, el llamado a la acción impulsado por la realidad de los datos presentados en estos informes, estimulará a los tomadores de decisiones para que examinen, reflexionen y planifiquen de acuerdo con el reto que aquí se presenta.

Mirta Roses Periago

Directora

Organización Panamericana de la Salud

RECONOCIMIENTOS

La encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) fue una empresa de enorme importancia y esta información —que, se espera, influenciará de modo duradero la investigación y el diseño de políticas— existe gracias a la contribución de un gran número de personas e instituciones. A continuación se mencionan brevemente los colaboradores de SABE y su afiliación institucional., presentación que apenas hace justicia a la cantidad de trabajo con que cada persona o institución contribuyó.

Muy especialmente, agradecemos a las miles de personas adultas mayores que generosamente contribuyeron con su tiempo y sin retribución hicieron posible esta encuesta.

La encuesta SABE fue iniciada y coordinada regionalmente por la Dra. Martha Peláez, Asesora Regional en Salud y Envejecimiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El Centro de Demografía y Ecología de la Universidad de Wisconsin-Madison, con la participación del Dr. Alberto Palloni, apoyó al equipo de investigadores en la ejecución del proyecto y contribuyó a la elaboración de los protocolos de investigación.

En Santiago de Chile, la Dra. Cecilia Albala, del Instituto de Nutrición y de Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile, fue la investigadora principal del equipo de investigación, que incluyó como coinvestigadores al Dr. Pedro Paulo Marín, de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica, y al Dr. Fernando Vio, del Instituto de Nutrición y de Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile. La Lic. Carola García coordinó el equipo de supervisores y encuestadores que efectuaron las entrevistas y la medición antropométrica en la Ciudad de Santiago, y la Dra Lydia Lera efectuó el análisis estadístico.

La Organización Panamericana de la Salud proporcionó el financiamiento inicial, por medio de la iniciativa de encuestas multicéntricas. El Instituto Nacional de Envejecimiento apoyó parcialmente la organización y gerencia de las bases de datos, mediante un acuerdo con la OPS.

Además de estas fuentes generales de financiamiento, SABE fue apoyado en Santiago de Chile con contribuciones generosas del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de la Universidad de Chile, del Ministerio de Salud y del Banco Interamericano de Desarrollo.

Un reconocimiento especial para J Miguel Guzmán y Sandra Huenchuán, de CELADE, por el valioso aporte en el cálculo de los factores de expansión y corrección de la muestra, y el análisis de las transferencias intergeneracionales.

CAPÍTULO 1

Marco general, aspectos metodológicos y organización del estudio

Marco general

El envejecimiento de la población es un fenómeno mundial que tiene importantes implicaciones desde el punto de vista político, económico y social, ya que acarrea múltiples necesidades de salud, previsión, trabajo, vivienda, recreación y educación, entre otras. En América Latina, la dinámica de la fecundidad y la mortalidad experimentada por los países durante los últimos 40 o 50 años, está conduciendo sistemática e inexorablemente al envejecimiento de la población (Chakiel y Plaut, 1996; Frenk *et al.*, 1991; Albala y Vio, 1995). Las proyecciones actuales indican que para 2025 la estructura por edades de más de la mitad de los países latinoamericanos mostrará un envejecimiento importante (CELADE, 1997).

En Chile, el envejecimiento de la población es una característica demográfica que adquiere cada vez mayor importancia. Según el censo de 1982, el grupo de personas mayores de 64 años constituía 5,8% de la población y para el año 2000 se proyectaba una cifra de 6,7%. Sin embargo, el proceso de envejecimiento de la población chilena ha sido más rápido que el proyectado y, de acuerdo con las últimas cifras del Instituto Nacional de Estadísticas (INE, 2000), la población mayor de 64 años al año 2000 constituye 7,2% (1.090.387 personas) y el grupo de 60 y más años alcanza 10,2% del total del país.

El envejecimiento individual es un proceso normal cuya principal característica es la limitación de la capacidad de adaptación a los cambios biológicos, psicológicos y sociales, así como una disminución de la capacidad de reserva de todos los órganos y sistemas (Goldstein, 1993). Es por ello que los adultos mayores tienen mayor riesgo de presentar enfermedades, especialmente de carácter crónico degenerativo (Peppard *et al.*, 1993), que conducen con frecuencia a la invalidez o la muerte, si no son tratadas en forma oportuna (Scrimshaw, 1989).

A nivel poblacional, el proceso de envejecimiento tiene repercusiones considerables sobre varios factores que influyen en el funcionamiento normal de las sociedades y en el bienestar no solo de los adultos mayores, sino también de las poblaciones más jóvenes (Restrepo, 1996). De esos factores, los más importantes son los sistemas de pensión y jubilación; la composición y los modelos de participación en la fuerza laboral; los arreglos familiares y domésticos; las transferencias intergeneracionales intrafamiliares, y el estado y las condiciones de salud de los adultos mayores.

La experiencia de Canadá, Estados Unidos y Europa ilustra claramente que ninguno de ellos es tan importante como el estado y las condiciones de salud. El crecimiento de la población de adultos mayores conduce a una mayor demanda de asistencia y servicios de salud debido al deterioro gradual de las condiciones de salud física y mental que acompaña al proceso de envejecimiento de las personas; la reducción resultante de los años previstos de esperanza de vida activa y saludable (Murray y Lopez, 1994 y 1997); la reducción o el cese completo de la participación en el mercado laboral, y la mayor dependencia de las transferencias de ingresos de diversas fuentes públicas y privadas (Lolas, 1996; Oyarzo, 1994). Dado que los trastornos de salud más importantes de las personas de edad son crónicos en lugar de agudos, y progresivos en lugar de regresivos, esta demanda también puede acarrear un aumento excesivo de los costos de la asistencia sanitaria. Como lo demuestran los casos de Estados Unidos, Inglaterra y la mayoría de los países europeos occidentales, estos costos pueden alcanzar magnitudes formidables. La incapacidad de afrontar estos problemas conduce al rápido deterioro del estado de salud de los adultos mayores y a una sorprendente pérdida de años de la esperanza de vida ((Murray y Lopez, 1997)).

El problema del envejecimiento de la población es común a toda América Latina; por ello, la Organización

Panamericana de la Salud (OPS) planteó esta investigación multicéntrica, el estudio SABE, que evalúa las condiciones de salud y bienestar de los adultos mayores en las principales zonas urbanas de siete países de América Latina y el Caribe: Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, México y Uruguay. El estudio SABE está dirigido a establecer y evaluar los múltiples elementos que determinan la calidad de vida de los adultos mayores, con el propósito de proporcionar bases sólidas que orienten las políticas y acciones necesarias para lograr en los próximos años el bienestar de este grupo en la Región. En este contexto, el proyecto SABE Chile tiene el propósito de evaluar las condiciones de salud de los adultos mayores en Santiago de Chile, ciudad capital que concentra a 40% de la población total del país ((INE, 2000)). Este es el primer estudio que se realiza en Chile con una muestra representativa de los adultos mayores; sin duda constituye un importante avance en términos del conocimiento de la realidad de un grupo poblacional que crece progresivamente y demanda soluciones a sus necesidades.

Objetivos

Objetivos generales

- Recopilar la información sobre el estado y las condiciones de salud y nutrición de los adultos mayores y sus factores de riesgo.
- Evaluar los diferenciales socioeconómicos, de cohorte y de género respecto al estado de salud, acceso a la asistencia sanitaria y uso que se hace de esta.
- Elaborar perfiles de riesgo basados en información sobre condiciones de salud, tendencias conductuales, antecedentes ocupacionales y condiciones socioeconómicas.

Objetivos específicos

- Describir las condiciones de salud de los mayores de 60 años de edad respecto a la prevalencia de enfermedades crónicas y agudas, la discapacidad y la deficiencia física y mental, con especial énfasis en los mayores de 80 años.
- Evaluar el estado nutricional y el riesgo de malnutrición de este grupo etario.
- Evaluar el acceso de los adultos mayores a los servicios de salud, y la medida en que los utilizan.
- Evaluar la contribución relativa de la familia y las redes de apoyo, el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y el sistema de salud privado a la satisfacción de las necesidades de salud de los adultos mayores.
- Estudiar las posibles diferencias en las condiciones de salud según la evaluación en el momento de la

encuesta y el acceso a la atención de salud respecto a el nivel socioeconómico, el género y la edad.

Metodología

Tipo de estudio

Estudio transversal de tipo descriptivo sobre las condiciones de salud de los mayores de 60 años en la ciudad de Santiago.

Universo del estudio

Población de 60 años y más que reside en viviendas particulares del "Gran Santiago"; este es el territorio comprendido por la provincia del mismo nombre, donde se ubican 32 comunas, más las comunas de Puente Alto (provincia de Cordillera) y San Bernardo (provincia de Maipo). El listado de comunas se puede encontrar en el anexo 1.

El Gran Santiago tiene una extensión de 2.269,2 km² y una población de 5.485.846 habitantes (INE, 2000). El número total de viviendas es de 1.163.282. El promedio de personas por vivienda es igual a cuatro y la relación de hogar a vivienda es de aproximadamente uno a uno.

Muestra

El estudio se efectuó con una muestra probabilística y representativa de la población mayor de 60 años del Gran Santiago. La muestra se generó en un proceso polietápico por conglomerados. Las unidades de muestreo correspondieron a **manzanas** en una primera etapa (n=680), **viviendas** en la segunda etapa (8 por manzana) y **personas** (1 por vivienda y sobremuestreo de mayores de 80 años) en la tercera etapa. La muestra final estuvo conformada por 1.301 sujetos de entre 60 y 99 años de edad, distribuidos en 855 mujeres (65,7%) y 446 hombres (34,3%). El sobremuestreo aplicado a los mayores de 79 años significó un número de 69 adultos mayores de 80 y más años de edad.

Diseño y tamaño muestral

La encuesta SABE se efectuó en las 34 comunas que conforman el Gran Santiago. De acuerdo con proyecciones del INE, para el año 2000 los mayores de 60 años en Chile alcanzarían 10,19% del total de la población, de los cuales el Gran Santiago concentra alrededor de 35% del total de este grupo etario (563.947 personas).

Sobre la base de la importancia del estudio de las condiciones de salud de los mayores de 80 años, la muestra contempló un sobremuestreo de este grupo de edad, ya que el número estimado era insuficiente para el análisis estadístico. Los factores de sobremuestreo se esti-

maron entre 1,11 y 1,45 y la tasa de no respuesta en 10%, por lo que se consideró un aumento de tamaño de 1,10 para el diseño de la muestra.

Marco muestral

Listado de manzanas (aproximadamente 33.000) construido por el INE para el censo de abril de 1992. La información no estaba actualizada al año de este estudio (1999), pero era la mejor disponible.

Para obtener una muestra con una alta dispersión, se usaron como estratos los distritos definidos por el INE para el censo de 1992 (INE 1992. 35 Censo de población y vivienda Chile 1992). La estratificación del INE, divide el "Gran Santiago" en 296 distritos, cada uno perteneciente íntegramente a alguna de las 34 comunas. En promedio, cada distrito tendría 111 manzanas con 3.930 viviendas y 16.069 personas; sin embargo, algunos distritos son muy pequeños, por lo que en ellos el número de viviendas asignado podía ser nulo. Para evitar este problema, en 12 distritos pequeños fue necesario formar estratos agrupándolos con uno vecino en el listado, por lo que finalmente resultaron **284 estratos (distritos)**.

Unidades de muestreo

En cada uno de los 284 distritos, se seleccionó un número de viviendas proporcional al número de viviendas en el distrito según el censo de 1992. La selección se realizó en dos etapas:

- Unidades de Primera Etapa (UPE): manzanas.
- Unidades de Segunda Etapa (USE): viviendas.

Se seleccionó un número fijo de 8 viviendas en cada manzana seleccionada en la primera etapa. El diseño muestral para la selección de las viviendas se efectuó con estratificación geográfica y selección con probabilidad proporcional al tamaño (PPT) en una primera etapa y selección con probabilidades iguales de las viviendas en cada manzana.

El método de selección de viviendas adoptado en este estudio fue una selección en terreno. Dado que se contaba con el número aproximado de viviendas en cada manzana como producto del empadronamiento, se pudo hacer una selección sistemática de las ocho viviendas que debían seleccionarse en cada manzana. La esquina de partida dentro de la manzana se determinó utilizando una tabla de números aleatorios y las viviendas se eligieron partiendo de ese punto en dirección de las manecillas del reloj, contando de acuerdo al número obtenido al dividir el número total de viviendas entre ocho (por ejemplo, si la manzana tenía 320 viviendas, se elegía una de cada 40 casas).

Debido a que existen distritos de gran tamaño, pero con una densidad poblacional de adultos mayores muy baja, hay algunos que no están representados, por lo que en la muestra final solo se incluyeron 251 distritos

En el cuadro 1.1 se resumen las características del diseño muestral; en el 1.2, los resultados del procedimiento muestral, y en el 1.3, la distribución de la muestra.

Cuadro 1.1. Características del diseño muestral. Santiago, Chile, SABE 2000

Población objetivo	Población de 60 años y más del Gran Santiago
Marco muestral	Censo 1992
Unidades de muestreo	Manzana, vivienda, persona
Estratificación	Distrito
Sobremuestreo	80 años y más
Método de selección	Unidades primarias de muestreo seleccionadas con probabilidad proporcional al número de viviendas, viviendas seleccionadas sistemáticamente
Selección de los sujetos	Selección aleatoria de una persona por vivienda, excepto para los sujetos de 80 y más años que siempre fueron seleccionados.
Selección de cónyuges	No

Cuadro 1.2. Resultados del procedimiento muestral. Santiago, Chile, SABE 2000

Unidades primarias de muestreo	680 manzanas
Viviendas seleccionadas	5.440
Viviendas con personas objeto del estudio	1755 (32,3 %)
Viviendas logradas	1.563
Personas seleccionadas	1.563
Número final	1.301
Tasa de no respuesta total	16,5 %
Tasa de no contacto	4,5 %
Tasa de rechazo	12,0 %

Cuadro 1.3. Estructura de la muestra por grupo de edad y sexo. Santiago, Chile, SABE 2000

Edad	Hombres	Mujeres	Total
60-64	23,3 (104)	21,9 (187)	22,4 (291)
65-74	48,9 (218)	40,8 (349)	43,6 (567)
≥75	27,8 (124)	37,3 (319)	34,0 (443)
Total	100,0 (446)	100,0 (855)	100,0 (1301)

Una vez obtenida la muestra, se efectuó su adecuación a la distribución actual de la población mayor de 60 años en el Gran Santiago; para ello se estimó el peso relativo de la muestra respecto a la proyección estimada para el año 2000, como se observa en el cuadro 1.4.

El análisis estadístico para verificar la adecuación de nuestra muestra por grupos quinquenales de edad de muestra que, si se excluye el sobremuestreo, los únicos grupos etarios que son significativamente diferentes a la proyección del INE son el de 60 a 64 años ($p < 0,0000$) y el de 75 a 79 años ($p < 0,000$).

Para el análisis de los datos, se efectuó una post-estratificación de acuerdo a la condición socioeconómica de la población de los distritos del Gran Santiago. Para ello se realizó un análisis de los componentes principales y de los conglomerados, que consideró el índice de desarrollo humano (PNUD/WHO) y el nivel de pobreza de la comuna de residencia de los sujetos (Encuesta CASEN 1998, Mideplan, Chile). Así, se conformaron tres grupos de comunas de diferente nivel socioeconómico (NSE): alto, medio y bajo (anexo 1).

Factor de expansión de la muestra

La estimación del error de muestreo y del efecto de diseño requiere conocimiento de pesos muestrales, estratificación y naturaleza de las unidades primarias de muestreo.

El factor de expansión de una persona en la muestra es igual al inverso de la probabilidad de inclusión en el estudio. Este factor depende de la probabilidad de incluir su vivienda, junto con la probabilidad de ser inclui-

da entre las personas elegibles dentro de la vivienda.

Al tratarse de una muestra autoponderada a nivel de viviendas, todas ellas tienen una probabilidad de inclusión igual. Por tanto el factor de expansión de viviendas es:

$$f_1 = \frac{\text{Total viviendas en el Gran Santiago (2000)}}{\text{Total viviendas en la muestra}} = \frac{1.396.402}{5.440} = 256,7$$

El factor de expansión correspondiente a la probabilidad de inclusión intra-vivienda es:

$$f_2 = \frac{\text{Total de personas de 60 años en cada hogar}}{\text{Total de personas de 60 años y más entrevistadas en cada hogar}}$$

Factor de expansión y ajuste de la muestra

Con el fin de corregir el sesgo por no respuesta, no logro y sobremuestreo en los mayores de 80 años, se utilizó el factor de Ajuste por Totales, obtenido partir de la siguiente fórmula:

$$f_3 = \frac{\text{Total de la clase que usa datos del censo o la proyección}}{\text{Estimación del total de la clase que usa } f_1 \text{ y } f_2}$$

Así, el factor de expansión y ajuste total es $F = f_1 * f_2 * f_3$

El factor anterior, aplicado a los individuos de la muestra original, tiene la propiedad de reproducir la estructura de los grupos socioeconómicos y de edad del universo. El procedimiento anterior supone que el sesgo

Cuadro 1.4. Peso de la muestra. Santiago, Chile, SABE 2000

Grupo de edad	Población Santiago 2000*	Proporción población Santiago 2000*	n muestra SABE	Proporción muestra SABE**	n muestra SABE***	Proporción muestra SABE***
60-6	167.389 (166.562)	0,2968	294	0,2377	294	0,2259
65-69	138.288 (136.648)	0,2452	326	0,2635	326	0,2496
70-74	110.176 (104.691)	0,1954	242	0,1956	242	0,1853
75-79	73.389 (80.368)	0,1301	210	0,1698	210	0,1608
≥80	74.707 (75.577)	0,1325	165	0,1334	234	0,1784

* Proporción sobre el total de la población de 60 y más años, estimada por el Instituto Nacional de Estadísticas. Entre paréntesis, los valores estimados con la muestra ponderada.

** Proporción sobre el total de la muestra SABE, excluyendo el sobremuestreo de > 80 años, que son 69 sujetos.

*** Proporción sobre el total de la muestra SABE, incluyendo todos los sujetos.

por “no respuesta” está correlacionado con las variables “sexo”, “edad” y “grupo socioeconómico”, estimado por el nivel de desarrollo comunal del área de residencia.

Al tratarse de una muestra autoponderada de viviendas, el factor f_1 es igual para todas las observaciones de la muestra, y su inclusión no afecta las estimaciones de promedios y proporciones. Por tanto, el factor de expansión y ajuste se reduce en la práctica a $f = f_2 * f_3$. El promedio del factor f en las personas de la muestra se calculó como 1,70, con una desviación estándar de 1,51. Los percentiles 25, 50 y 75 de este factor fueron 0,6, 1,2 y 2,3, respectivamente.

De esta manera, la muestra del estudio SABE de Santiago, con los factores de corrección y de expansión, se distribuye según se presenta en el cuadro 1.5.

Variables

El instrumento primario de recolección de datos del estudio SABE es una encuesta sociodemográfica y de salud, aplicable a individuos mayores de 60 años. El contenido de dicha encuesta se ciñe, en general, a los esquemas de dos encuestas análogas que dieron resultados excelentes en los Estados Unidos: la Encuesta de Salud y Jubilación (HRS) y la Encuesta Longitudinal de la Asistencia a los Ancianos (LSCA). Además, la encuesta considera la experiencia de estudios en adultos mayores efectuados en Brasil, Canadá, Chile y México. Dentro de la encuesta, se considera la inclusión de instrumentos para evaluar el deterioro cognitivo (Amaducci *et al.*, 1994), la depresión (Sheikh y Yesavage, 1986) y la incapacidad e invalidez (Mc Dowell I y Newell, 1996), ya validados a nivel internacional. La encuesta fue adaptada para aplicarla en el contexto social, cultural y sanitario (Restrepo, 1996) que predomina en América Latina, con ajustes puntuales para cada una de las ciudades que integraron el proyecto SABE.

La encuesta recopiló información demográfica, de salud física y síquica, acceso a los servicios de atención de salud y utilización de los mismos, antropometría, flexibilidad y movilidad, vivienda, empleo, vida laboral e ingresos, redes de apoyo familiar y social, y actividades de ocio. Previa evaluación de la capacidad cognitiva —mediante las pruebas MMSE y Pfeffer validadas para Chile (Mc Dowell y Newell, 1996)— de los sujetos selec-

cionados, la encuesta se aplicó directamente a quienes no presentaban deterioro, y a informantes sustitutos cuando sí lo presentaban.

El diseño de los cuestionarios se realizó en conjunto con la coordinación central del proyecto (OPS) y se cubrieron los siguientes temas:

- Prevalencia de las principales enfermedades crónicas y agudas.
- Prevalencia de deficiencias y discapacidades físicas y mentales.
- Historias limitadas de las principales enfermedades crónicas.
- Acceso a la atención médica y al uso que se hace de esta.
- Grado de apoyo de familiares y allegados
- Historia laboral.

La mayoría de las variables utilizadas en el estudio son variables categóricas o cualitativas, aunque hay algunas cuantitativas o continuas como las variables antropométricas, las mediciones de hipertensión arterial y la edad, entre otras. Debido a la magnitud de la encuesta, no se van a describir todas las variables utilizadas.

Las escalas de medición utilizadas para las variables son las siguientes:

- Escala nominal: las variables que representan el sexo, el lugar de nacimiento, el estado civil, etc.
- Escala ordinal: las variables que miden el deterioro cognitivo, el nivel de escolaridad, el nivel socioeconómico, etc.
- Escala de intervalo: las variables que caracterizan al número de personas que viven con el adulto mayor, el número de hijos, el número de hijastros, etc.
- Escala de relación: las variables antropométricas, la edad, etc.

Organización de la encuesta

El estudio constó de dos etapas:

Etapa I: estudio piloto en una submuestra de la población urbana del Gran Santiago.

Etapa II: estudio de campo.

Cuadro 1.5. Estructura de la muestra corregida y expandida por grupo de edad y sexo. Santiago, Chile, SABE 2000

Edad	Hombres	Mujeres	Total
60-64	32,9 (74641,5)	27,3 (91934)	29,5 (166575,6)
65-74	43,4 (98474,4)	42,4 (142819,1)	42,6 (241293,5)
≥75	23,7 (53875,3)	30,3 (102100,9)	27,7 (155976,2)
Total	100,0 (226991,2)	100,0 (336854)	100,0 (563845,2)

El estudio piloto permitió estudiar la factibilidad y eficiencia del estudio, así como probar el instrumento primario de recolección de datos y su aplicabilidad en el terreno.

El estudio de campo consistió en la recopilación de información básica mediante una encuesta transversal, realizada en una muestra de los adultos mayores que residen en el Gran Santiago.

La Encuesta SABE Chile se aplicó en dos visitas sucesivas a las viviendas de los entrevistados, en las que se llevaron a cabo, respectivamente, la entrevista y la evaluación antropométrica y de flexibilidad y movilidad. Las visitas fueron hechas por equipos diferentes.

Considerando las características de la muestra, el trabajo de terreno requirió de un empadronamiento inicial de las viviendas seleccionadas en las 680 manzanas, para luego efectuar las entrevistas en los sujetos seleccionados. Este trabajo se efectuó con un equipo formado por 1 jefe de terreno, 26 encuestadores para la entrevista (primera visita) y 5 equipos de enfermería para la evaluación antropométrica y de flexibilidad (segunda visita), con la supervisión general de la coordinadora del proyecto y la investigadora principal. El empadronamiento del total de las manzanas lo realizaron los mismos 26 encuestadores, convenientemente capacitados.

Los entrevistadores, todos ellos con amplia experiencia previa, fueron capacitados por un equipo liderado por la investigadora principal, Dra. Cecilia Albala, y por la Coordinadora de Terreno, Sra. Carola García, durante tres jornadas completas. Previo a las jornadas de capacitación, los encuestadores habían recibido y estudiado el manual del entrevistador; durante las sesiones, cada pregunta se analizó individualmente y las dudas se respondieron hasta la comprensión total. Especial énfasis se hizo en lo relativo a la aplicación del MMSE y el Test de Pfeiffer (instrucciones precisas para cada pregunta o prueba y conteo de puntos) y a la comprensión de la terminología de tipo médico y de salud.

La evaluación antropométrica se llevó a cabo por 5 equipos de 1 a 2 enfermeras o paramédicos (dependiendo del tipo y localización geográfica de la vivienda y del grado de seguridad del sector), coordinados por una enfermera y previamente capacitados mediante sesiones presenciales, práctica de mediciones y video demostrativo.

El equipo de supervisión estuvo constituido por dos personas permanentemente en terreno y una persona editora de 100% de los cuestionarios en la oficina.

Durante el trabajo de campo se realizó supervisión directa en terreno a 20% de las entrevistas efectuadas por cada entrevistador. También se efectuó supervisión telefónica al azar.

Con posterioridad al recibo de las encuestas en el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), alrededor de 3% de las personas entrevistadas

fueron visitadas en su casa y 10% fueron requeridas telefónicamente por la coordinadora de terreno. Al momento de revisar las encuestas en el INTA, nuevamente se llamó o visitó a los encuestados cuando algún dato aún resultaba poco coherente.

La visita de los 5 equipos de enfermeras que efectuaron la evaluación antropométrica, al igual que sus observaciones, constituyeron una forma más de supervisión y se utilizaron para la supervisión que se efectuó en el INTA, fundamentalmente de los aspectos relacionados con la salud.

Estadística

Registro de datos

Los datos se registraron mediante el programa Epi Info por el personal de digitación especializado del INTA. Previo a ello se efectuó un procedimiento de limpieza de datos y estandarización, de tal forma que el total de los cuestionarios fue:

- Editado por el jefe de terreno para verificar la consistencia de la información dentro del cuestionario.
- Pareado con la evaluación antropométrica para verificar la consistencia de las respuestas y la coincidencia de datos entre ambas visitas.
- Revisado por la coordinadora de terreno nuevamente en el INTA, quien efectuó visitas y llamadas telefónicas en forma aleatoria para chequear la consistencia de la información. Cuando hubo inconsistencias en la información, se efectuaron nuevas visitas o llamadas telefónicas para chequear la veracidad de la información y/o comprobar datos dudosos; en lo posible, las dudas se aclararon con otro miembro del hogar.

Todas las evaluaciones antropométricas y de flexibilidad y movilidad se revisaron y corroboraron cuando la enfermera coordinadora de esa fase del estudio lo consideró necesario. Ella misma notificó al INTA los casos en que fue imposible obtener las mediciones después de cuatro visitas a la persona, y el motivo por el que esto sucedió.

Validación de la base de datos

Se efectuó una primera validación de los datos en el INTA y se creó una base de datos en Excel, con el debido respaldo local y central (OPS Washington). En una segunda etapa se efectuó una nueva validación por rangos y filtros en el nivel central, para finalmente aplicar una malla de consistencia. Todos los errores detectados se corrigieron en la base de datos, mediante la revisión de

cada encuesta por la investigadora principal y la coordinadora de campo; cuando no se trataba de errores de digitación, se recurrió a repreguntar al sujeto o a repetir la medición, según el caso.

Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de datos se hizo con el paquete computacional STATA 6.0 para manejo de bases de datos y análisis estadístico de información.

Para todos los datos se efectuaron descripciones simples, estratificadas por género y edad; para el estudio de ciertas variables se estratificó además por nivel socioeconómico. Además, se efectuaron estudios de correlación simple y múltiple, dependiendo de la variable en estudio.

REFERENCIAS

- Albala C, Vio F. Epidemiologic transition in Latin America: the Case of Chile. *Public Health* 1995;109(6):431-442.
- Amaducci L, Baldereschi M, Quiroga P, Albala C, Mamo J, Muscat P, Gabriel R, Bermejo F, Katzman R. Cross-Cultural validation of the mini-mental-state examination (MMSE) and the Pfeffer Functional Activities Questionnaire (PFAQ). *Neurobiology of Aging* 1994;15 (S):281.
- Centro Latinoamericano de Demografía. *Proyecciones de la Población en América Latina*. Santiago, Chile: CELADE; 1997.
- Chakiel J, Plaut R. Demographic trend with emphasis on mortality. En: Timaeus I, Chakiel J, Ruzicka, eds. *Adult mortality in Latin America*. Oxford, England: Clarendon Press Oxford; 1996.
- Empleo y Sistemas de Seguridad Social. En: Lolas F, ed. *Vejez y envejecimiento en América Latina y el Caribe. Aspectos sociales y de salud*. Santiago, Chile: Vicerrectoría Académica y Estudiantil, Universidad de Chile; 1996.
- Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, Stern CV, Lozano R, Sepúlveda J. The epidemiological Transition in Latin America. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana* 1991;111:485-496.
- Goldstein S. Biología del envejecimiento. En: Kelley WN, ed. *Medicina Interna. Capítulo 502 Bases científicas del envejecimiento*. Buenos Aires: Ed. Médica Panamericana; 1993.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). *Compendio Estadístico 2000*. Santiago, Chile: INE; 2000.
- McDowell I, Newell C. *Physical Disability and Handicap*. En: Mc Dowell I, Newell C. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1996.
- Murray C, Lopez A. Global and regional cause-of-death patterns in 1990. En: Murray C, Lopez A eds. *Global comparative assessments in the health sector. Disease burden, expenditures and intervention packages*. Geneva: WHO; 1994.
- Murray C, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1269-1276.
- Oyarzo C. La mezcla público-privada. Una reforma pendiente en el sector salud. En: Miranda de E. *La salud en Chile. Evolución y perspectivas*. Santiago, Chile: Centro de estudios públicos (CEP); 1994.
- Peppard R, Snow B, Calne D, Cohen H. Fisiología y Fisiopatología del envejecimiento. En: Kelley WN, ed. *Medicina Interna. Capítulos 504 y 505 Bases científicas del envejecimiento*. Buenos Aire: Ed Médica Panamericana;1993.
- Restrepo H. Aspectos socioculturales del envejecimiento en América Latina y el Caribe. En: Lolas F, ed. *Vejez y envejecimiento en América Latina y el Caribe. Aspectos biodemográficos y bioéticos*. Santiago, Chile: Vicerrectoría Académica y Estudiantil, Universidad de Chile; 1996.
- Scrimshaw N. Epidemiology of nutrition of the aged. En: Horwitz H, Macfadyen DM, Munro H, Scrimshaw N, Steem B, Williams TF, eds. *Nutrition in the elderly*. New York: Oxford University Press; 1989.
- Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. En: Brink TL, ed. *Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention*. New York. Haworth; 1986:165-173.

ANEXO 1. Comunas que conforman el Gran Santiago, agrupadas por nivel socioeconómico (NSE). Chile, SABE 2000

NSE	Comuna	N° Entrev.	Población de la comuna	
			Total	≥ 60
Alto	Vitacura	5	85.659	12.618
	Providencia	16	107.098	23.808
	Las Condes	24	231.147	34.786
	Lo Barnechea	7	71.226	4.284
	La Reina	23	103.469	12.536
	Nuñoa	38	175.034	32.501
	Total	113	773.633	120.533
Medio	Santiago	62	229.506	39.917
	Independencia	36	71.618	11.902
	Conchalí	57	149.302	19.256
	Recoleta	68	165.681	20.159
	Macul	32	126.998	15.483
	Peñalolén	49	214.002	16.718
	La Florida	57	436.763	33.168
	San Joaquín	51	104.122	14.586
	La Granja	37	154.543	13.522
	San Miguel	16	78.074	12.783
	La Cisterna	50	93.001	13.515
	Pedro A. Cerda	50	115.913	16.720
	Estación Central	52	133.872	18.817
	Cerrillos	17	77.775	8.320
	Maipú	66	370.013	22.627
	Quinta Normal	57	106.317	14.973
	Lo Prado	34	116.763	12.352
	Pudahuel	38	171.137	11.172
	Renca	36	157.723	11.634
	Puente Alto	53	427.465	19.239
San Bernardo	46	257.253	19.351	
Total	964	3.757.841	366.214	
Bajo	Huechuraba	18	66.106	5.741
	Quilicura	8	56.832	3.050
	El Bosque	53	196.088	17.944
	San Ramón	30	102.009	10.561
	Cerro Navia	36	170.235	14.946
	La Pintana	28	247.531	11.137
	Lo Espejo	55	115.571	13.821
	Total	228	954.372	77.200
Total Gran Santiago	1305	5.485.846	563.947	

Fuente: INE, 2000.

CAPÍTULO 2

Características generales del país y centro urbano

Aspectos geográficos

Chile está situado en el extremo sur occidental de América del Sur y limita al norte con el Perú, al sur con el Polo Sur, al este con Bolivia y Argentina, y al oeste con el océano Pacífico. Chile es un país largo y estrecho; de norte a sur se estira entre el desierto y los hielos, pasando por valles y quebradas, lagos, bosques, islas, ventisqueros y canales; de este a oeste está apretado entre la cordillera de Los Andes, con alturas superiores a los 6.000 m, y el océano Pacífico, de aguas frías e inquietas que alcanzan profundidades de hasta 8.000 m. Chile mide 4.329 km de largo y 150 km de ancho en promedio; en su parte más ancha alcanza 360 km y en la más estrecha, solo 15 km. La superficie total es de 2.066.096 km².

La estructura administrativa del país incluye 13 regiones, divididas en provincias, que comprenden en total 341 comunas (municipalidades), distribuidas en función de la población.

Su capital es la ciudad de Santiago; fue fundada en 1541 por el conquistador Don Pedro de Valdivia con el nombre de Santiago del Nuevo Extremo. Se emplaza en la depresión intermedia del Chile central y con el paso del tiempo se constituyó en el núcleo motriz de las principales actividades del país. El trazado de la ciudad se realizó sobre la terraza fluvial, limitada por el Río Mapocho y la vera del Cerro Santa Lucía hasta avanzado el siglo XVII (www.gobiernodechile.cl).

Proceso de urbanización

A principios del siglo XX, en 1907, la ciudad de Santiago tenía una población de 332.724 habitantes, que equivalían a 10,3% de la población nacional. A partir de los años treinta se desencadenaron diversos fenómenos que produjeron una concentración urbana creciente y un proceso de industrialización que tendió a concentrarse

en la región central del país; así, para 1930 la población de la ciudad se había duplicado y concentraba 16,2% de la población nacional (Miranda, 1997).

En los años cuarenta, acontecimientos tales como la crisis económica mundial, la caída de la comercialización del nitrato, la mecanización del campo, la implementación de industrias sustitutivas de importación y su localización en el área urbana de Santiago, el surgimiento de políticas centralizadoras y la burocratización del sistema estatal, determinaron la posterior metropolización y el cambio de las funciones tradicionales de la ciudad. Para 1940, Santiago bordeaba el millón de habitantes, concentrando 20% de la población del país, cifra que se incrementó a 25,9% en 1960 (Garcés y Romo, 1999).

Mediante estos acontecimientos, se puede observar el cambio de una ciudad tradicional a una con actividad económica en ascenso, que rompió todos los moldes arquitectónicos en boga y en donde predominó el rápido crecimiento y la carencia de una planificación urbana oportuna.

Para 1960 la ciudad se había expandido casi al doble que en 1940, al pasar de 110.17 Km² a 211.65 Km². Es importante señalar que el Plan Intercomunal de Santiago de esa época propició una expansión de la ciudad, basada en una estructura radial concéntrica y fortalecida por la construcción de la vía Circunvalación Américo Vespucio, cuyo propósito era continuar con el trazado ortogonal del centro histórico de Santiago, original de la época de la Colonia. Este plan no tuvo éxito debido al excesivo crecimiento que, inclusive, rebasaría los límites de la Provincia de Santiago y se extendería a las provincias de Cordillera (Comuna de Puente Alto) y Maipo (Comuna de San Bernardo); esto dio origen a un crecimiento de ramales (tentacular) que corresponde a la forma en que la ciudad continuaría creciendo.

El patrón de concentración surge, por una parte, de la tasa de crecimiento total y, por la otra, de la concen-

tración en algunos pocos lugares del territorio nacional; esto genera un círculo vicioso, en donde la gente acude en búsqueda de trabajo y la industria se aloja en la ciudad en búsqueda de mano de obra y mercados, con lo que la tendencia difícilmente puede ser revertida. Para 1970, la ciudad de Santiago concentraba ya 31,8% de la población nacional, cifra que en 1992 alcanzó a 35,6%.

En el año de 1992, en el área metropolitana de Santiago había 4.699.041 habitantes y, según el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, para el año 2022 habrá una población total de 7.903.290 habitantes en la Región Metropolitana, de los cuales 90% (7.079.103 habitantes) se concentrarán en el área metropolitana de Santiago (Secretaría Ministerial Metropolitana, 1998). El censo de 2002 muestra que Chile tiene una población de 15.116.435 habitantes y que 40,1% de la población del país (6.061.185 personas) reside en la Región Metropolitana.

La ciudad metropolitana presentó su localización inicial en el valle central, pero en la actualidad los límites de su proceso de expansión responden solo a la morfología del terreno. La ciudad presenta una estructura de jerarquización geográfica de estratos sociales muy marcada, donde al nororiente se ubican los sectores de estratos altos; al sur, los estratos medio bajos, y al noroccidente se localizan los estratos medio bajo y bajo.

A pesar de algunas voces que han argumentado sobre la necesidad de favorecer el desarrollo de otros centros urbanos, así como el regional (Daher, 1993), el crecimiento de la ciudad ha sido ininterrumpido y la concentración de la actividad económica también ha sido irreversible.

De Mattos (1995), plantea cinco puntos que explican la continuación del proceso metropolitano en Santiago:

- a) El comando del nuevo poder económico, incluyendo las funciones de enlace con la economía mundial, se emplazan básicamente en el Área Metropolitana de Santiago (AMS).
- b) La cabeza y las principales actividades del sector terciario moderno, en el que se destacan los servicios financieros, están en la AMS.
- c) Un porcentaje mayoritario de la nueva industria y, en particular, de la más dinámica y con mayor capacidad innovadora, se sitúa en el AMS.
- d) El mercado principal para los productos e innovaciones globales radica en el AMS.
- e) La residencia de los sectores más modernos y de mayores ingresos de la sociedad nacional está localizada en la Región Metropolitana de Santiago (RMS).

La ciudad, desde un punto de vista físico, no es producto de circunstancias fortuitas o de una organización improvisada, sino que es consecuencia histórica de las leyes de circulación de las personas, bienes y servicios. En este sentido, Santiago se configura de acuerdo a las

necesidades de los distintos grupos de la sociedad (Garcés y Romo, 1999). Cada grupo social impone a la ciudad sus propias necesidades, lo que redundará en que esta crece de acuerdo a lo que los actores sociales determinan, en paralelo con lo planificado para ella, lo que genera una falta de armonía entre ambas corrientes y desequilibrios a veces difíciles de entender (Garcés y Romo, 1999).

Históricamente, se observa una tendencia de las industrias a concentrarse de manera desproporcionada en unos pocos centros, lo que ha derivado en una gran cantidad de conflictos de convivencia y calidad de vida. Entre otros efectos cabe destacar el desarrollo desigual regional que conduce a conflictos políticos y sociales; la excesiva concentración de recursos financieros para solucionar problemas de infraestructura y servicios; la contaminación ambiental derivada de una sobrecarga de los ecosistemas, y la presencia de enfermedades en la población producto del estrés y la polución (Garcés y Romo, 1999).

Desde siempre, vivir en las ciudades de mayor tamaño ha sido signo de mejor calidad de vida debido a la mayor oferta y mejor acceso de la población a los servicios y el equipamiento, que superan por mucho a los de poblaciones rurales o de menor tamaño. Sin embargo, la dinámica de desarrollo y la falta de cuidado de los recursos naturales ha derivado en la sobreexplotación de los mismos, deterioro de los ecosistemas, altos índices de contaminación y efectos nocivos para la salud de los habitantes, con el consiguiente deterioro en la calidad de vida de la población (Garcés y Romo, 1999).

Todos estos efectos fueron favorecidos por una política de Estado que estimuló la concentración de la población. En 1979, el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU) dio fin a una política de planificación iniciada tres años antes y promovió el desarrollo urbano bajo la lógica del "nuevo modelo económico social del mercado" (Miranda, 1997). Este tipo de política apoyó la expansión urbana y la apropiación de suelos de alta productividad agrícola. Para 1970, seis comunas ya tenían ocupada toda su superficie con uso urbano, en 1982 ya eran 13 y para 1992 eran 18 las comunas totalmente ocupadas del total de 34 que conforman el Gran Santiago.

El Gran Santiago comienza el nuevo siglo siendo el área de mayor importancia del país, con más de 5.485.846 personas (INE, 2000), y concentra la mayor parte de las actividades económicas, políticas, sociales y culturales del país

Historia, proceso y estructura demográfica

A comienzos del siglo XX los adultos mayores eran algo más de 200.000 personas; en 1950, 417.000; en 2002, 1.717.475, y para 2021 se estima que habrá 3.100.000 (INE; Censos y Estadísticas Demográficas). Tuvieron que transcurrir 50 años para que los adultos mayores se duplicaran (1900 a 1950); en los 50 años siguientes se

cuadruplicaron y se espera que en solo 21 años más se vuelvan a duplicar. Mientras tanto, los menores de 15 años eran 1.200.000 en 1907; 2.200.000 en 1950; 4.300.000 en 2000, y en 2021 llegarán a igual número. En el año 2010, en Chile existían 50 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años y se estima que en 2034 estos montos se igualarán; es decir, de ahí en adelante, los jóvenes comenzarán a ser reemplazados por los viejos.

Crecimiento de la población

Los componentes que determinan el crecimiento, el tamaño y la estructura de la población son la fertilidad, la mortalidad y las migraciones.

El crecimiento vegetativo o natural de la población resulta de la interacción de dos factores demográficos: la natalidad y la mortalidad (cuadro 2.1). La tasa de crecimiento vegetativo de la población se define como la relación entre el excedente anual de los nacimientos y las defunciones sobre la población medida en el período de observación, y se expresa en porcentaje (figura 2.1) de acuerdo a información del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE).

A comienzos del siglo XX, las tasas de mortalidad y natalidad eran elevadas, por lo que el crecimiento natural era lento (entre 0,7 y 1,0% anual); después, tanto la mortalidad como la natalidad declinaron y entre los años 1980 y 1990 se llegó a tasas de 1,5% a 1,8%. A partir de

Cuadro 2.1. Tasas de natalidad y mortalidad general. Chile, 1990-2000

Año	Tasa de natalidad	Tasa de mortalidad
1990	23,5	6,0
1991	22,5	5,6
1992	21,7	5,5
1993	21,1	5,5
1994	20,6	5,4
1995	19,7	5,5
1996	19,3	5,5
1997	18,7	5,4
1998	18,3	5,4
1999	17,6	5,5
2000	17,2	5,2

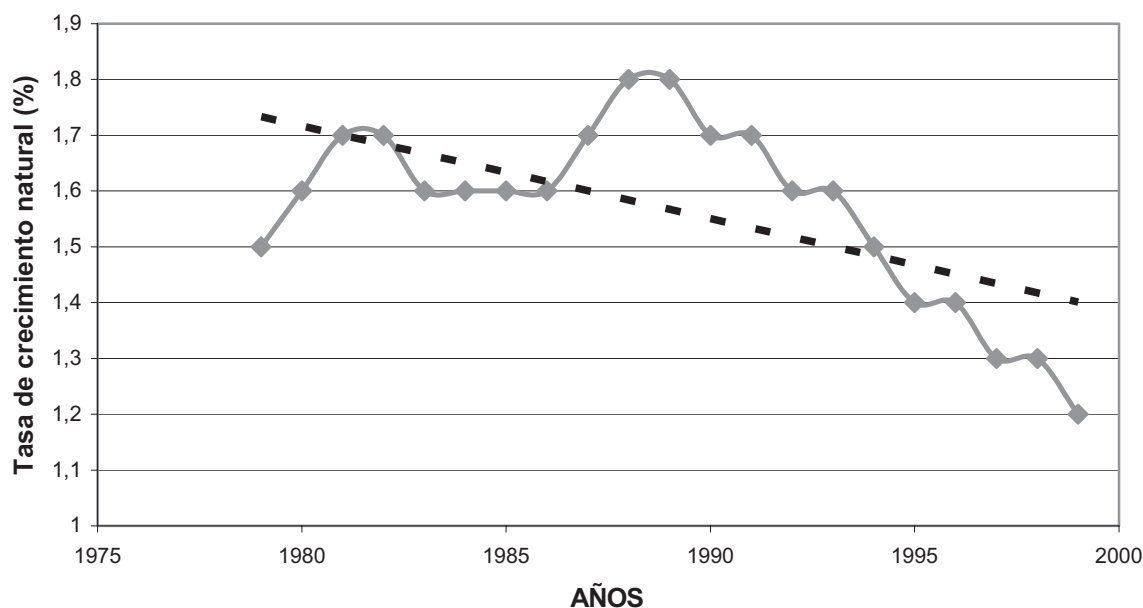
Fuente: INE, Anuarios de Demografía.

1990, estas cifras descienden a la par de las tasas de natalidad y mortalidad, y llegan a 1,2% anual en 2000 (INE, 2000).

Evolución de la mortalidad

Universalmente, en toda población humana, la mortalidad es diferencial por sexo y edad. Esto se expresa en el hecho que las mujeres tienen una esperanza de vida al nacer mayor que los hombres y una supervivencia ma-

Figura 2.1. Crecimiento vegetativo natural de la población. Chile 1979-2000 (%)



Fuente: INE, Anuarios de Demografía.

yor, lo que se advierte en la mayor ganancia en años de esperanza de vida en las mujeres.

Las tablas de mortalidad permiten resumir este hecho vital por sexo y edad, pues contienen una serie de funciones que expresan la mortalidad en el periodo a que corresponden. Así, entre otras medidas, dan a conocer la esperanza de vida al nacer, que se define como el promedio de años que le correspondería vivir a un recién nacido si todos los años de vida de la cohorte se repartieran por igual entre sus componentes. Se trata de una cohorte hipotética expuesta a los riesgos de mortalidad por edades.

Aunque la esperanza de vida, tanto masculina como femenina, aumenta en el período, en promedio las mujeres viven más años que los hombres; así, en el período 1979-2000 la ganancia masculina en esperanza de vida es de 8 años, en tanto que la femenina es de 7,3 años. En consecuencia, la diferencial por sexo de la esperanza de vida persiste para la mujer, a pesar de haber disminuido de 6,66 años en 1979, a 6,01 años en 2000 (figura 2.2).

Evolución de la fecundidad

En las últimas décadas, los cambios en la fecundidad en Chile han sido extraordinarios, ligados seguramente a las tendencias de la nupcialidad y la voluntad de las parejas de restringir el tamaño de la familia (figura 2.3).

Estas modificaciones, además de la ruptura histórica de la fecundidad de las mujeres chilenas, conjuntamente con la mayor sobrevivencia observada, marcan el co-

mienzo del envejecimiento de la población; es decir, el aumento relativo de la proporción de población en edades adultas, lo que tendrá implicaciones de todo tipo en la economía, la estructura y las relaciones familiares, la seguridad social y la evolución futura de la población del país. Así, son notables los cambios que se producen en la estructura por grupos de edad al analizar los datos de los últimos censos de población (cuadro 2.2) y las proyecciones futuras (cuadro 2.3).

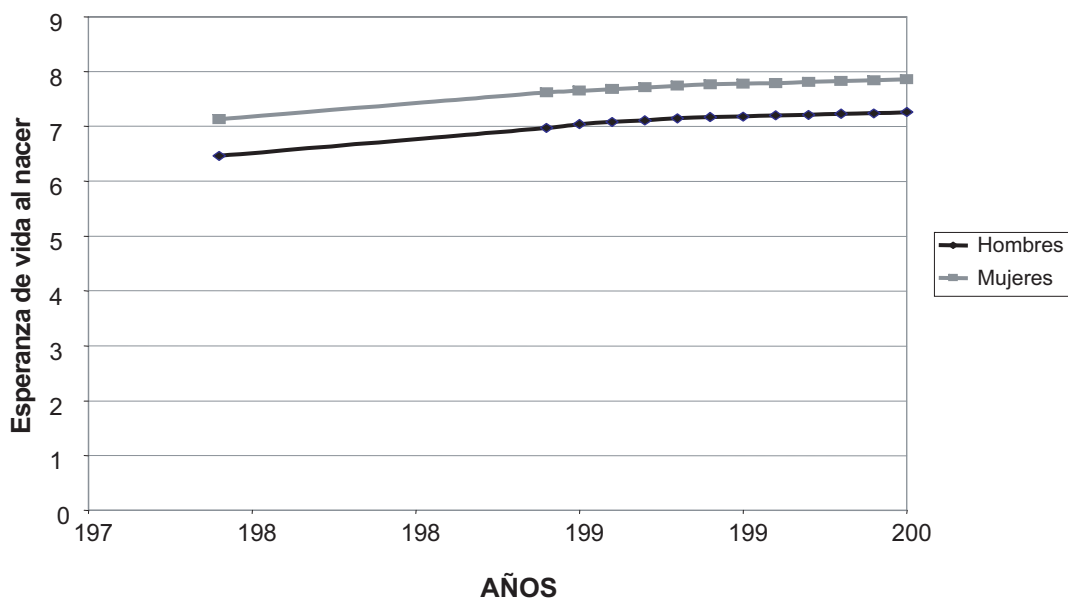
Entre 1960 y 2002, un lapso de 42 años, el grupo de 0 a 14 años se ha visto afectado por la baja de la natalidad presentada en el país; de 39,2% en 1960, su importancia relativa baja a 25,7% en 2002. Los otros dos grupos aumentan su participación debido, fundamentalmente, a una mayor supervivencia y, por lo tanto, a una ganancia en años de esperanza de vida.

En términos demográficos, una población se considera "joven" o "envejecida" según presente una mayor o menor proporción de individuos en los primeros o en los últimos grupos de edad, respectivamente. La elevada fecundidad da origen a una población joven, como es el caso de la mitad de los países latinoamericanos.

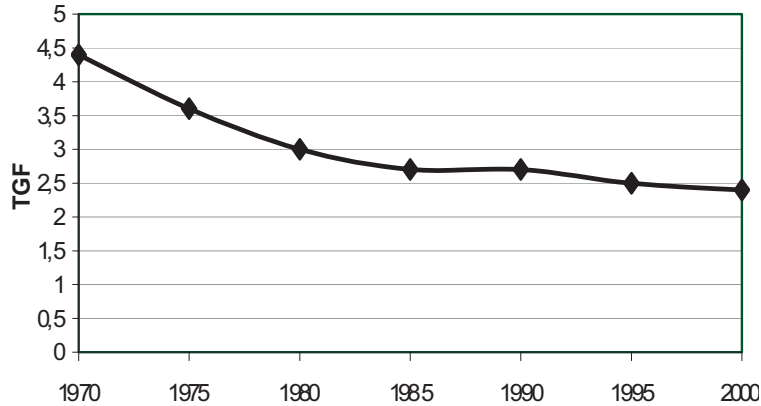
Si consideramos los cuatro últimos censos realizados en Chile, se observa que los adultos mayores, en conjunto, no solo han aumentado su representatividad a 10% del total, sino que se constatan cambios en los diferentes subgrupos de edad (cuadro 2.4).

El incremento de los "más viejos" entre los adultos mayores no es más que una clara consecuencia de la mayor supervivencia de estos grupos, debido al mejor

Figura 2.2. Esperanza de vida al nacer (años). Chile 1979-2000 (%)



Fuente: INE, Anuarios de Demografía.

Figura 2.3. Tasa global de fecundidad.¹ Chile 1979-2000 (%)

¹ Ajustada, corregida por integridad del registro 95%.
Fuente: INE, Anuario de Demografía, 1999.

control de ciertas enfermedades propias de este grupo de edad y la mayor conciencia personal, familiar y social respecto de los cuidados que estos deben recibir.

La transición demográfica

En el mundo moderno parecen obvias dos fases de la tendencia demográfica. Desde 1750 a 1900, aproximadamente, la población mundial creció a una velocidad relativamente moderada, entre 0,4% y 0,5% anual en promedio. Entre 1900 y 1960 se produjo una marcada aceleración de la tasa de crecimiento (0,8% a 2% promedio anual), que a partir de esa década comenzó a descender y en el período 1990-1995 alcanzó en el mundo un valor promedio cercano a 1,5%.

La aceleración del crecimiento constituyó el punto de partida para la denominada "Teoría de la transición demográfica", la que, contrariamente a la mayoría de las otras teorías, se deriva de la experiencia histórica real y es característica del mundo moderno. Así, al estudiar la

evolución demográfica de los países de la esfera occidental, varios autores dedujeron que, históricamente, las poblaciones pasan a través de distintas etapas más o menos bien definidas.

El CELADE (CEPAL/CELADE, 1996; Bajraj y Chackiel, 1995) ha construido una tipología —basada en el análisis de los valores de las tasas vitales observados en los años noventa— que define cuatro categorías:

- Incipiente: alude a la persistencia de niveles relativamente altos de natalidad y mortalidad, resultantes en tasas de crecimiento natural un poco mayores que 2% anual.
- Moderada: se caracteriza por una mortalidad en claro descenso y una natalidad aún relativamente elevada, combinación que origina las mayores tasas de crecimiento vegetativo, en general superiores a 2,5%.
- Plena: se distingue por una natalidad en declinación y una baja mortalidad, lo que resulta en tasas de crecimiento natural próximas a 2% anual.

Cuadro 2.2. Población según grandes grupos de edad (%). Chile, 1960, 1970, 1982, 1992

Edad	1960	1970	1982	1992	2002
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0-14	39,0	39,2	32,2	29,4	25,7
15-64	56,1	55,8	62,0	64,0	62,9
60 y +	8,0	9,0	10,0	16,0	11,4

Fuente: INE, Anuarios de Demografía.

d) Avanzada: se refiere a tasas de natalidad y mortalidad reducidas y tasas de crecimiento cercanas a 1% anual.

De acuerdo con esta tipología, Chile se encuentra en la etapa de transición avanzada, con tasas bajas de natalidad (17,2 x 1.000 habitantes) y mortalidad (5,2 x 1.000 habitantes) y un crecimiento anual de solo 1,2% (INE, 2000).

Cuadro 2.3. Proyección de la estructura de la población según grandes grupos de edad (%). Chile, 2000, 2020, 2040

Edad	2000	2020	2040
Total	100,0	100,0	100,0
0-14	29	23	22
15-64	61	61	61
60 y +	10	16	17

Fuente: INE, Anuarios de Demografía.

Cuadro 2.4. Estructura de la población de 60 años y más, según edades (%). Chile, censos 1960, 1982, 1992 y 2002

	1960	1982	1992	2002	% variación 1982-2002
Pobl. Total	100,0	100,0	100,0	100,0	-
60-64	2,5	2,6	3,2	3,3	+ 32
65-69	1,7	2,2	2,3	2,6	+ 53
70-74	1,1	1,6	1,7	2,3	+ 109
75-79	0,7	1,0	1,2	1,5	+ 114
80 y +	0,8	1,1	1,4	1,7	+ 113

Fuente. INE, Censos 1960, 1982, 1992 y 2002.

Estructura de la población por edad y sexo

En el cuadro 2.5 se presenta la estructura de la población chilena para el período 1990 a 2000, según sexo y grupo de edad. La pirámide poblacional para el año 1999 se muestra en el anexo 1 de este capítulo.

Aspectos económicos y sociales

La población total de Chile en el año 2002 era de 15.116.435 habitantes, de los cuales 50,7% corresponde al sexo femenino. Por grupos de edad, 25,7% son menores de 15 años; 64,4% tiene entre 15 y 59 años, y 11,4% son mayores de 60 años (INE, Censo 2002).

La población urbana del país en la actualidad representa 86,6%; el mayor porcentaje se concentra en la Región Metropolitana (40,1%), seguida por las regiones del Bio-Bio (12,3%) y de Valparaíso (10,2%) (INE, Censo 2002).

Indicadores sociales básicos

En los distintos niveles de educación, en 1997 hubo un total de 3.777.051 personas matriculadas, de las cuales 7,4% correspondió a la enseñanza prebásica; 60,7%, a la básica; 221,8%, a la media, y 10,1%, a la superior (www.gobiernodechile.cl).

La tasa de alfabetismo en Chile es de 94,6% y la escolaridad media de la población en 1997 era de 9,76 años, en tanto que la cobertura en la educación prebásica era de 29,8%; en la básica, de 96,05%, y en la media, de 82,34%. Los indicadores de calidad de vida anteriores son significativamente altos en el ámbito latinoamericano y comparables a la situación de los países desarrollados. Según el Índice de Desarrollo Humano, Chile es un país de desarrollo intermedio en el mundo y ocupa el primer lugar en Latinoamérica. Sobre la base de la información de las Naciones Unidas, el país pasó del lugar 38 en 1994 al 33 en 1996, superando a 140 países.

No obstante lo anterior, persisten problemas importantes en materia de pobreza, ya que según la última Encuesta de Caracterización Socioeconómica CASEN (INE; 2000), la población en situación de pobreza alcanza a 3.080.000 personas, lo que equivale a 20,6% de la población total del país. De este segmento poblacional en situación de pobreza, 5,7% es indigente.

Antecedentes económicos

El crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) en 2000 fue de 5,4%, lo que representa un aumento con respecto a la cifra de 1,1% del año 1999, que había bajado como consecuencia de las condiciones económicas internacionales. La tasa de inflación del año 2001 fue de

Cuadro 2.5. Estructura por edad y sexo de la población (%). Chile, 1990 – 2000

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	1990	2000	1990	2000	1990	2000
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0-4	11,3	9,7	10,6	9,2	11,0	9,5
5-9	10,1	9,9	9,6	9,3	9,8	9,6
10-14	9,5	9,6	9,0	9,1	9,3	9,4
15-19	9,6	8,6	9,2	8,2	9,4	8,4
20-24	9,6	8,0	9,3	7,7	9,5	7,9
25-29	9,5	8,1	9,2	7,8	9,4	8,0
30-34	8,3	8,1	8,1	7,9	8,2	8,0
35-39	6,8	8,0	6,7	7,9	6,7	8,0
40-44	5,6	6,9	5,7	6,9	5,7	6,9
45-49	4,8	5,6	4,9	5,7	4,8	5,7
50-54	3,7	4,6	4,0	4,7	3,9	4,7
55-59	3,2	3,8	3,6	4,0	3,4	3,9
60-64	2,7	2,9	3,1	3,2	2,9	3,0

Fuente: INE, Anuarios de Demografía.

casi 3%. La tasa promedio de desempleo del año 2001 fue de 10% y la tasa de inversión en 1998 fue de 35,1% (www.gobiernodechile.cl).

El ingreso per cápita pasó de US\$ 3.000 en el año 1990 a US\$ 5.105 en 1997. En tanto, el salario mínimo para 1999 se situó en US\$ 176 para el año 2000. El salario mínimo experimentó en los últimos 6 años un crecimiento constante que se refleja en un aumento real de 44,1%, valor que supera al crecimiento promedio de los salarios en la economía chilena.

En el plano internacional, la economía chilena presentó un alto desarrollo en América Latina en los años noventa y se situó entre las diez economías emergentes mejor evaluadas del mundo.

El cuadro 2.6 resume algunos indicadores socio-económicos y su evolución a partir de 1991.

Sistema político del país y centro urbano

Antecedentes históricos

Chile es una de las democracias más antiguas de América. La rebelión contra España comenzó en 1810:

el 18 de septiembre de ese año se formó la primera junta de Gobierno y en 1818 el país logró su independencia definitiva. Quince años más tarde se había consolidado un sistema político representativo, basado en la división de los Poderes del Estado, la alternancia de los gobiernos y la renovación periódica del parlamento mediante elecciones (www.gobiernodechile.cl).

Tres constituciones han regido en Chile: la de 1833, la de 1925 y la actual, promulgada en 1980 y reformada por un plebiscito popular en 1989, con el acuerdo del gobierno militar y la oposición democrática.

La democracia chilena ha superado momentos de crisis. Una guerra civil en 1891, un periodo de grave inestabilidad política entre 1924 y 1931 y un golpe de estado en 1973, que trajo consigo una intervención militar que se prolongó hasta 1990 (www.gobiernodechile.cl).

Existe consenso en torno a los grandes objetivos y tareas del desarrollo. Más allá de las legítimas diferencias, pesan el respeto a las instituciones, los acuerdos y entendimientos y la negociación para solucionar los conflictos. Los chilenos han asumido el desarrollo y la superación de la pobreza como un desafío común (www.gobiernodechile.cl).

Cuadro 2.6. Desempeño socioeconómico del país. Chile, 1992-2000

	1992	1994	1996	1998	2000
Tasa de crecimiento del PIB (%)	11,0	4,2	7,3	3,4	5,4
Tasa de inflación (%)	12,7	8,9	6,6	4,7	
Saldo balanza de pagos, MUS\$	498,4	3194,3	1200	-2066,1	197,9
Tasa de inversión Total (%) del PIB	26,8	26,3	28,0	35,1	
Población en situación de pobreza (%)	32,7	28,5	25,0	21,7	20,6

Fuente: Banco Central, Ministerio de Hacienda y Encuesta CASEN, Mideplan, 1992-94-96-98-2000.

Sistema político

- a) Poder Ejecutivo: Chile tiene un sistema de gobierno presidencial. El poder ejecutivo reside en el Presidente de la República, que actúa como jefe de Estado y de Gobierno. Para ser elegido debe obtener la mayoría absoluta de los sufragios válidamente emitidos. De lo contrario, los dos candidatos con mayor votación compiten en una segunda vuelta. No existe el derecho a reelección en períodos sucesivos.
- b) Poder Legislativo: reside en el Congreso Nacional, compuesto por la Cámara de Diputados y el Senado y tiene atribuciones colegisladoras y fiscalizadoras de la labor del gobierno. Actualmente se eligen 120 diputados en 60 distritos y 38 senadores en 119 circunscripciones, a los que se suman senadores designados y vitalicios. El sufragio es universal. Se ejerce desde los 18 años de edad e incluye a los extranjeros que tengan una residencia legal permanente en el país de más de cinco años. La inscripción en los registros es voluntaria, pero todas las personas inscritas tienen obligación de votar.
- c) Poder Judicial: administra la justicia en forma completamente independiente de los otros poderes del Estado. El tribunal superior es la Corte Suprema, integrada por 20 miembros. Además, existen cortes civiles, militares y de apelaciones.

De manera paralela a estos tres poderes, existen los siguientes organismos autónomos:

- Consejo de Seguridad Nacional
- Tribunal Constitucional
- Contraloría General de la República
- Consejo de Defensa del Estado
- Banco Central

Organización y financiamiento del sistema de salud

Bajo el lema rector del actual Gobierno "Crecer con igualdad", la política de salud está orientada por los siguientes principios:

- Derechos ciudadanos
- Equidad
- Solidaridad
- Calidad
- Participación

El sector salud en Chile se caracteriza por la existencia de una variedad amplia de proveedores públicos y privados, aunque el grueso de los servicios curativos y preventivos es administrado por el Sistema Nacional de

Servicios de Salud (SNSS), coordinado por el Ministerio de Salud (MINSAL) (www.gobiernoddechile.cl).

Al MINSAL le corresponde formular y fijar, de acuerdo con las directivas que señale el gobierno, las políticas de salud y dictar normas y planes generales para el sistema de salud. El MINSAL tiene las siguientes funciones:

- a) Dirigir y orientar todas las actividades del Estado relativas al sistema de salud, de acuerdo con las políticas fijadas.
- b) Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras, a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del sistema para ejecutar actividades de promoción o fomento, protección y recuperación de la salud, y rehabilitación de las personas enfermas.
- c) Formular los planes y programas generales del sistema, en concordancia con la política general de gobierno.
- d) Coordinar y controlar la actividad de los organismos del sistema y propender, en la forma autorizada por la ley, al desarrollo de las actividades de salud por organismos y personas que no integran ese sistema.
- e) Supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas, planes y normas de salud.
- f) Establecer relaciones con personas, organismos y entidades públicas y privadas que no pertenezcan al sistema o al sector salud.
- g) Fijar las políticas, dictar las normas, aprobar los planes y programas generales y evaluar las acciones respecto a las construcciones, transformaciones y reparaciones de edificios destinados a establecimientos hospitalarios y de servicios de salud.
- h) Cumplir las demás funciones que le asignen las leyes y reglamentos.

El SNSS cubre a 60% de la población y presta servicios en 26 áreas de atención de salud (AS) geográficamente definidas, en las que operan los hospitales públicos dentro de sus circunscripciones. La red de atención primaria en Chile está bien definida y es coordinada por los gobiernos municipales, los que reciben recursos del gobierno central para el financiamiento de los servicios de atención primaria de salud. Los trabajadores asegurados que cotizan en el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y quienes dependen de ellos, tienen la opción de ser atendidos por prestadores privados; esta modalidad es utilizada por alrededor de 13% de la población y en ella los cotizantes hacen copagos para la atención con médicos generales y especialistas bajo un sistema de libre elección de prestadores (LEP). Los cotizantes también pueden optar por prestadores totalmente independientes del SNSS, en cuyo caso pagan su cotización obligatoria (un porcentaje del sueldo) a algu-

na entidad privada de seguros de salud (ISAPRE), las cuales cubren aproximadamente a 21% de la población.

Los SNSS dependen presupuestariamente de las siguientes fuentes de ingresos administradas por FONASA:

- Cotizaciones individuales obligatorias de los asalariados (alrededor de 40% del total de su presupuesto).
- Contribuciones del gobierno central (otro 40% del total de su presupuesto).
- Venta de bonos a los usuarios que utilizan el sistema LEP (7% del presupuesto total).
- Cargos a los usuarios en los hospitales públicos (9% del total).
- Ingresos por otras fuentes (7% del total).

FONASA financia la entrega de servicios en los hospitales públicos por medio de reembolsos según un esquema de tarifas por prestación, que está diseñado para cubrir los costos operativos de los hospitales, excepto los salarios, que son cubiertos por el MINSAL. En adición al pago por servicios médicos, FONASA entrega un presupuesto fijo a cada área de salud para cubrir gastos administrativos, algunas inversiones y costos indirectos.

La red municipalizada de atención primaria de salud se financia en principio mediante el reembolso de lo recaudado por la prestación de ciertos servicios en cada establecimiento municipalizado; sin embargo, en la práctica existen “techos” mensuales en los montos que FONASA paga a cada municipio. Adicionalmente, las municipalidades contribuyen directamente al financiamiento de los servicios de salud.

Los servicios que proveen las ISAPRES se financian por los descuentos obligatorios hechos a sus propios afiliados; en algunos casos, para alcanzar planes de mayor cobertura, los afiliados cotizan por encima del 7% obligatorio o efectúan copagos que varían entre 10% y 40% del costo de cada servicio al momento de recibirlo. El número de beneficiarios de las ISAPRES ha aumentado notablemente, de 622 mil en 1982 a alrededor de 3 millones en 1992; los efectos de las imperfecciones del mercado han limitado la amplitud del acceso de beneficiarios nuevos (por ejemplo, causas de exclusión para ciertos servicios, preexistencia de enfermedades, límites de edad, etc.). Esto es particularmente notorio en el caso de los adultos mayores, que difícilmente pueden acceder a una ISAPRE debido a las restricciones por los riesgos más grandes de enfermar en la edad avanzada.

Los gobiernos democráticamente elegidos iniciaron un ambicioso plan nacional de reforma dirigido a solucionar los desequilibrios en el sistema público, que habían redundado en el uso ineficiente de los recursos y la baja calidad de los servicios. Existen planes para restaurar los establecimientos hospitalarios y mejorar la aten-

ción ambulatoria. También se pretende descentralizar el manejo administrativo y reorientar el papel del MINSAL hacia el desarrollo de políticas, la planificación y el monitoreo. La nueva legislación también pretende reforzar la función controladora o reguladora del MINSAL sobre las ISAPRES, para mitigar los efectos de algunas imperfecciones del mercado. Esta reforma hará más fácil que el SNSS enfrente los desafíos que plantea la transición epidemiológica.

Los servicios públicos que dependen del MINSAL y forman parte del sistema son:

- Servicios de salud
- Fondo Nacional del Sistema de Salud (FONASA)
- Instituto de Salud Pública (ISP)
- Central de Abastecimientos del Sistema Nacional de Salud
- Superintendencia de ISAPRES

Estructura del sistema de seguridad social y de pensiones (Norambuena, 2001)

En Chile, en el año 1924, bajo la influencia de Bismarck, se creó el Servicio de Seguro Social Obligatorio, que afiliaba a los obreros y campesinos y que otorgaba pensiones de vejez. En los años siguientes se crearon 22 instituciones que hoy se encuentran fusionadas en el Instituto de Normalización Previsional, entre ellas la Caja Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, la Caja de Empleados Particulares y otra serie de instituciones sectoriales tales como las Cajas Municipales, Bancarias, y de Ferrocarriles del Estado.

Estas instituciones de previsión cubrían, entre otras contingencias, las jubilaciones por antigüedad y las pensiones de vejez. Esta situación se mantuvo hasta 1980, fecha en la cual se creó el sistema de capitalización individual, gestionado por entidades privadas denominadas Administradores de Fondos de Pensiones, que proporcionan pensiones de vejez, entre otras. La prestación fundamental frente a la vejez son las pensiones y los sistemas empleados para su financiamiento se presentan a continuación.

Sistema de reparto

Los sistemas de seguros sociales existentes en el país hasta 1980 tenían un régimen de financiamiento llamado de reparto o de solidaridad intergeneracional. Lo anterior consiste básicamente en que con las cotizaciones de los trabajadores activos se financian las pensiones de vejez de los que ya no son activos. Estos regímenes eran financiados en forma tripartita por el Estado, los empleadores y los trabajadores.

En un régimen de este tipo, la relación entre los trabajadores activos y los pasivos es fundamental para su

financiamiento. Así, al comienzo la relación era de 10 activos por un pasivo, pero a fines de los años setenta era de dos activos por un pasivo, lo que dificultó su financiación.

En la actualidad se pagan 870.000 pensiones, en su mayoría a adultos mayores, pero también incluyen pensiones de orfandad y de viudez a personas menores de 60 años. El costo para el estado es de US\$ 2.000 millones al año.

Sistema de capitalización individual

Se creó a partir de 1980 y era gestionado por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), sociedades anónimas con giro exclusivo, fiscalizadas por el Estado a través de la Superintendencia de Seguridad Social y la Superintendencia de Sociedades Anónimas. Este sistema consiste básicamente en que la cotización, que ahora pasa ser de cargo exclusivo al trabajador, se ingresa a una cuenta individual administrada por esta sociedad con el fin de que obtenga una rentabilidad y que la pensión de vejez se cubra con los ahorros y su rentabilidad.

Al momento de solicitar la pensión de vejez, la persona puede optar por un retiro programado en la misma AFP o contratar una renta vitalicia en una compañía de seguros. El sistema está diseñado para que una persona cotice durante 40 años y con una rentabilidad de 4% real anual, tenga una pensión equivalente a 80% de su renta cuando era económicamente activa.

El fondo de pensiones hoy día alcanza 36.000 millones de dólares, que representan 45% del PIB, y desde su creación ha tenido una rentabilidad promedio de 11% real anual. En la actualidad el sistema ha entregado 350.000 pensiones, de las cuales 170.000 son de vejez normal y el resto corresponden a vejez anticipada (antes de los 65 o 60 años) y a pensiones de invalidez.

Pensión mínima garantizada por el Estado

En ambos sistemas el Estado garantiza una pensión mínima; es decir, si la persona no alcanza a tener una pensión mínima mediante sus ahorros, el Estado lo subsidia con la diferencia. Para tener derecho a esta garantía en el sistema de AFP, la persona debe tener 20 años mínimos de cotizaciones.

En la actualidad la pensión mínima es de \$ 73.000 [US\$ anuales?] para personas mayores de 70 años y de \$ 65.000 para personas menores de esa edad.

Prestaciones de asistencia social o no contributivas

El Estado tiene un sistema de seguro social no contributivo para aquellas personas que no hayan cotizado

o lo hayan hecho de manera insuficiente. Estas pensiones son otorgadas por las Intendencias Regionales a través de los municipios y el Instituto de Normalización Previsional (INP) las administra y paga.

Para el caso de la vejez, pueden solicitar estas pensiones las personas mayores de 65 años que carezcan de recursos. En la actualidad la pensión es de \$ 32.000 y se paga a 350.000 personas, la mayoría de las cuales son adultos mayores. Este beneficio se debe solicitar en la municipalidad respectiva y solo se otorgan hasta completar el límite entregado a cada región. Tanto la garantía estatal para la pensión mínima como las pensiones asistenciales se financian con impuestos generales. El gasto del Estado en estas pensiones es de US\$ 240 millones al año.

Otras prestaciones

Si bien las pensiones son las prestaciones más importantes, no son las únicas; a continuación se detallan algunas de ellas.

- Prestaciones familiares. Los mayores de 65 años ascendientes de un trabajador, que vivan a expensas del mismo y que carezcan de una renta superior a medio ingreso mínimo, tienen derecho a una asignación familiar. El monto actual de este beneficio es de \$ 3.300 al mes. Los pensionados de cualquier régimen previsional tienen derecho a percibir asignaciones familiares por su cónyuge, si vive a sus expensas, y por sus hijos menores de 18 años (o de 24 si siguen estudios superiores).
- Prestaciones por muerte. Solo en el sistema administrado por el INP, los adultos mayores, y en general los pensionados, que perciban pensión asistencial al fallecer tienen derecho a una asignación que cubre los gastos de funeral.
- Prestaciones de asistencia sanitaria.

La gestión de estos sistemas de seguridad social y pensiones es ejercida por organismos públicos, privados y entidades fiscalizadoras.

Gestión pública:

- Instituto de Normalización Previsional.
 - Concede pensiones de vejez
 - Paga asignaciones familiares
 - Paga asignaciones por muerte
 - Administra y paga las pensiones asistenciales
- Ministerio de Salud
- FONASA
- Intendencias y Municipalidades (otorgan pensiones de vejez asistenciales)
- Superintendencia de Seguridad Social (administra el Fondo de Pensiones Asistenciales)

Gestión privada:

- Administradoras de Fondos de Pensiones
- Compañías de Seguros (otorgan pensiones de vejez)
- ISAPRES.

Órganos de fiscalización:

- Superintendencia de Seguridad Social
- Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones
- Superintendencia de ISAPRES
- Superintendencia de Sociedades Anónimas
- Superintendencia de Compañías de Seguros
- Contraloría General de la República

REFERENCIAS

Bajraj R, Chackiel J. La población en América Latina y el Caribe: tendencias y percepciones. Notas de Población N° 62. (LC/DEM/G: 164). Santiago de Chile: Centro Latinoamericano de Demografía; 1995.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Plan de acción regional latinoamericano y del Caribe sobre población y desarrollo (LC/G.1929). Santiago de Chile: CEPAL/CELADE; 1996.

De Mattos C. Santiago de Chile 1975-95, ¿Una nueva dinámica metropolitana en el escenario de la reestructuración y la globalización? Santiago, Chile:

Instituto de Estudios Urbanos, Pontificia Universidad Católica de Chile, Serie Azul No. 9; 1995, 31 pp.

Garcés C, Romo M. El desarrollo metropolitano en los tiempos de la globalización: el caso de la ciudad de Santiago de Chile. Documento elaborado para el Magister en Asentamientos Humanos y Medio Ambiente. Santiago, Chile: Instituto de Estudios Urbanos, Facultad de Arquitectura, Pontificia Universidad Católica de Chile; 1999.

Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Anuarios de Demografía. Santiago, Chile: INE.

Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Censos de Población y Vivienda. Santiago, Chile: INE.

Ministerio de Vivienda y Urbanismo, Chile. Informe relativo a antecedentes básicos de población: estimaciones actualizadas al año 2022; capacidad teórica de la Región Metropolitana. Documento Interno. Santiago, Chile: Secretaría Ministerial Metropolitana; 1998a, 37 pp.

Ministerio de Vivienda y Urbanismo, Chile. Diagnóstico Habitacional Región Metropolitana. Documento Interno. Santiago, Chile: Secretaría Ministerial Metropolitana; 1998b, 7 pp.

Miranda C. Expansión urbana intercensal del Gran Santiago 1875-1992. Estadística y Economía 1997(segundo semestre):77-104.

Norambuena J. Seguridad social y envejecimiento: proyecciones futuras. Apuntes del Diplomado en Geriatría y Gerontología. Santiago, Chile: Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Universidad de Chile; 2001.

CAPÍTULO 3

Características demográficas y socioeconómicas de la población adulta mayor

Considerando la necesidad de contar con datos de prevalencia válidos para la población total de adultos mayores y de efectuar análisis comparados entre las ciudades estudiadas, en este informe se proporcionan los datos de la muestra corregida de acuerdo a la metodología descrita en el capítulo II.

En este capítulo se presentan los aspectos más relevantes de la estructura demográfica y socioeconómica de la muestra corregida de adultos mayores de la ciudad de Santiago.

Estructura de la muestra por edad y sexo

La muestra original obtenida en el estudio SABE en Santiago se presentó en el cuadro 1.3.

Muestra corregida y expandida

En el cuadro 3.1 se observa la distribución de la muestra en tres grandes grupos de edad, de acuerdo a sexo, luego de aplicar los factores de corrección. En el grupo total la proporción de mujeres es claramente superior; este hecho es más acentuado en el grupo de ≥ 75 años. Ello se visualiza a través del índice de feminidad por grupos de edad: 1,23 en el grupo de 60-64 años; 1,44 en el de 65-74 años, y 1,90 en el de >74 años.

La mediana de edad de la muestra total fue de 70 años (IC 95%, 69-71) y el promedio, de 71,6 años (ran-

go: 60-99 años). En hombres, el promedio fue de 70,5 años (rango: 60-97 años) y en mujeres de 72,1 años (rango: 60-99 años).

Situación de pareja

La situación de unión es claramente dependiente del sexo y de la edad. Al momento de la entrevista, 60% de los hombres vivían con una pareja, en contraste con solo 37% de las mujeres. En el grupo de ≥ 75 años, 50% de los hombres y solo 16% de las mujeres vivía con una pareja.

En el cuadro 3.2 se puede observar que alrededor de 90% de los entrevistados tenía antecedentes de alguna unión. En las mujeres la proporción de nunca unidas (8,7%) superaba en más de dos veces a la de los hombres (3,9%). En lo que se refiere al número de uniones, 78% de los hombres y 86,3% de las mujeres manifestaron historia de una sola unión, cifra sin gran diferencia en los grupos de edad analizados.

Familia

Padres

La existencia de padres vivos fue compatible con la mayor longevidad del sexo femenino: la madre de 6,07% de los entrevistados todavía vivía, mientras que solo en 1,3% de los casos estaban presentes los padres.

Cuadro 3.1. Estructura de la muestra por grupo de edad y sexo. Santiago, Chile, SABE 2000

<i>Edad</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
60-64	32,9 (74641,5)	27,3 (91934)	29,5 (166575,6)
65-74	43,4 (98474,4)	42,4 (142819,1)	42,6 (241293,5)
≥ 75	23,7 (53875,3)	30,3 (102100,9)	27,7 (155976,2)
Total	100,0 (226991,2)	100,0 (336854)	100,0 (563845,2)

En el contexto urbano en Chile, se considera que una vivienda es de mala calidad si reúne "alguna" de ciertas características, de las cuales no todas fueron registradas en la encuesta SABE. En general, se observó que las características que definen una vivienda de mala calidad eran poco frecuentes, como se aprecia en el cuadro 3.9;

incluso, los baños disponían de agua caliente en 73,6% de los casos, aunque en proporción significativamente mayor en el NSE alto ($p < 0.001$). En general, solo 5,7% de los encuestados tenían viviendas de mala calidad (3,2% de las mujeres y 9,7% de los hombres).

Cuadro 3.7. Distribución del ingreso mensual, según sexo (\$). Santiago, Chile, SABE 2000

Percentil	Hombres	Mujeres	Total
5	0	0	0
25	5 333	4 167	5 000
50	11 083	5 500	6 000
75	95 083	13 167	24 000
95	462 500	190 833	325 000
Total	n= 446	n= 855	n=1301

Cuadro 3.8. Número de personas que dependen del ingreso, por sexo y grupo de edad. Santiago, Chile, SABE 2000

	Hombres				Mujeres			
	60-64	65-74	≥75	Total	60-64	65-74	≥75	Total
Ninguna	17,5	19,5	19,0	18,8	37,2	48,3	61,5	49,3
Una	6,2	8,6	12,2	8,7	4,1	3,9	7,1	4,9
2-3	46,0	49,4	55,3	49,7	31,4	25,6	22,2	26,1
4 y +	28,7	21,7	8,9	21,0	18,9	14,3	7,9	13,6
NS/NR	1,6	0,9	0,1	1,9	8,4	8,0	1,3	1,4
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Cuadro 3.9. Viviendas con características de baja habitabilidad y materialidad (%). Santiago, Chile, SABE 2000

No dispone de luz eléctrica	0,28
No dispone de drenaje	2,99
Tiene piso de tierra	2,84
No tiene baño o éste está fuera de la casa	8,58

CAPÍTULO 4

Características del hogar y de la familia y transferencias intergeneracionales

Las condiciones de vida de los adultos mayores están fuertemente condicionadas por el ambiente y por la estructura y características de la familia a la que pertenecen o del hogar en que habitan; en este capítulo se analizarán algunos de estos aspectos en la muestra SABE.

Convivencia familiar

Del total de la muestra SABE, 8,9% viven solos: 10,6% de las mujeres y 6,3% de los hombres. En cuanto a la distribución por grupo de edad, los hombres solos se concentran en el grupo de menores de 64 años (7,7%) y las mujeres solas aumentan de manera directamente proporcional a la edad. Esta distribución refleja las diferencias en la esperanza de vida por sexo y el hecho de que las mujeres suelen emparejarse con hombres de más edad, que fallecen antes que ellas.

Alrededor de 20% de los entrevistados vive solamente con otra persona, cifra que tiende a aumentar junto con la edad. Más de 70% de los hombres y casi 70% de las mujeres viven con dos o más personas, cifras que disminuyen conforme aumenta la edad, con un descenso de casi 15 puntos porcentuales para ambos sexos entre el grupo de 60-64 años y el de mayores de 75 años (cuadro 4.1).

Dependencia del ingreso

En la figura 4.1 se presenta la información sobre los dependientes económicos de los adultos mayores. Del total de entrevistados, solo 37% no tienen alguien que dependa de sus ingresos mientras que 16,5% tienen cuatro o más dependientes. Si consideramos que los ingresos de este grupo de la población, especialmente en los niveles económicos medio y bajo, se restringen a pensiones o jubilaciones, el hecho de que la mitad de la muestra tenga algún dependiente de su ingreso es particularmente grave, ya que es probable que el logro de atención a sus demandas físicas derivadas de limitaciones funcionales deba ser compensado compartiendo sus escasos ingresos con el grupo familiar con que cohabitan.

Al analizar el número de dependientes por sexo, destaca el hecho de que una proporción casi dos veces mayor de hombres que de mujeres tiene una o más personas que dependen de su ingreso. Por el contrario, las mujeres sin ningún dependiente son más del doble que los hombres en la misma situación. Este hecho concuerda con el papel de proveedor que tradicionalmente tienen los hombres en las familias chilenas, ya que habitualmente las mujeres eran amas de casa dedicadas al cuidado de su pareja y de sus hijos, por lo que no cuentan con ingresos propios. La distribución por grupos de edad se puede observar en el cuadro 4.2.

Cuadro 4.1. Situación de convivencia familiar por sexo y grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Convivencia	Hombres				Mujeres				Total			
	60-64	65-74	≥75	Total	60-64	65-74	≥75	Total	60-64	65-74	≥75	Total
Solo	7,7	5,0	6,8	6,3	5,0	10,4	15,9	10,6	6,2	8,2	12,8	8,9
Con 1 persona	13,5	18,5	30,7	19,8	23,0	20,9	27,9	23,6	18,8	19,9	28,9	22,1
Con 2 o más	78,8	76,5	62,5	73,9	72,0	68,7	56,2	65,8	75,0	71,9	58,3	69,1

Casi 10% de las mujeres encuestadas no cuentan con una red de apoyo (cuadro 4.3), mientras que cerca de 6% de los hombres se encuentra en dicha situación. De las mujeres que no cuentan con apoyo, 55,5% viven solas; en el caso de los hombres 39% viven solos y 32,6%, con su pareja. Al respecto, llama la atención que estos últimos no consideren a su pareja como parte de su red de apoyo —no ocurre lo mismo con las mujeres, de las que solo 5% no considera a su pareja como un miembro de su red; esto, puede basarse en razones socioculturales: los hombres no consideran las funciones que cumple su pareja como un apoyo social, voluntario y valorado, sino como un deber hacia ellos.

De los datos presentados, podemos deducir que el tamaño de la red de apoyo de las personas mayores del Gran Santiago concuerda con los hallazgos en la Ciudad de México sobre el particular (Ham *et. al.*, 2002), y es menor a lo encontrado por Arias (2002) para la ciudad de Mar del Plata, Argentina. Esto puede deberse, por un lado, a que tanto el Gran Santiago como la Ciudad de México tienen características socioeconómicas propias de las grandes capitales nacionales, mientras que Mar del Plata corresponde a una urbe de carácter más provincial, donde los vínculos de las personas mayores siguen siendo más extendidos. Por otro lado, podría deberse simplemente al uso de diferentes metodologías e instrumen-

tos de recolección de la información, ya que en los casos de México y Chile los datos provienen de la encuesta SABE, mientras que en el caso de Mar del Plata corresponde a un estudio monográfico particular.

Fuentes de apoyo de las personas adultas mayores¹

De las personas mayores del Gran Santiago, 93,3% recibe ayuda de alguna fuente. La proporción de mujeres receptoras de apoyo es ligeramente superior a la de hombres y se aprecian diferencias significativas en función de la edad. El grupo de los hombres de 75 años y más, aparece como el que menos recibe apoyo (cuadro 4.4).

El cuadro 4.5. muestra el origen del apoyo según sexo de los entrevistados. La principal fuente de apoyo de las personas mayores es la familia, especialmente los corresidentes. Casi 10% recibe apoyo de la comunidad, mientras que una mínima proporción (3,4%) recibe ayuda de los amigos y otros familiares.

¹ En el módulo sobre redes de apoyo de la Encuesta SABE se incorporan solamente las fuentes informales de apoyo social de las personas mayores (familia, amistades y comunidad). Los datos que a continuación se presentan, por tanto no incorporan fuentes formales de apoyo.

Cuadro 4.3. Tamaño de la red de apoyo y arreglos familiares (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Arreglos familiares	Total	Tamaño de la red				
		0	1-2	3-4	5-6	≥7
Hombres						
Solo	6,3	39,0	3,3	4,6	0,0	0,0
Cónyuge, sin hijos	27,1	32,6	37,9	19,7	16,5	0,6
Con al menos un hijo soltero	35,3	10,5	37,0	34,1	45,2	42,4
Con al menos un hijo casado	22,7	8,9	10,1	36,2	31,3	43,2
Con otros, sin cónyuge sin hijos	8,5	9,0	8,5	5,	7,0	13,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Mujeres						
Solo	10,7	55,5	9,3	9,9	3,2	2,7
Cónyuge, sin hijos	16,3	4,6	23,8	14,1	13,6	4,2
Con al menos un hijo soltero	36,0	11,7	32,8	39,0	41,0	46,4
Con al menos un hijo casado	23,2	4,9	16,8	24,6	30,9	45,0
Con otros, sin cónyuge sin hijos	13,8	23,2	17,2	12,4	11,3	1,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ambos sexos						
Solo	8,9	46,8	6,7	8,1	1,9	1,7
Cónyuge, sin hijos	20,7	19,3	30,0	16,0	14,8	2,9
Con al menos un hijo soltero	35,8	11,1	34,7	37,3	42,6	45,0
Con al menos un hijo casado	23,0	7,0	14,6	28,6	31,1	44,4
Con otros, sin cónyuge y sin hijos	11,7	15,8	14,1	10,0	9,6	6,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración de CELADE 2002

El apoyo de las personas corresidentes es distinto para hombres y mujeres. Mientras que la mayoría de los hombres (68,6%) recibe ayuda de sus parejas, en las mujeres 51,9% de la ayuda proviene de los hijos corresidentes.

Entre los apoyos provenientes de hijos, hermanos y otros familiares y amigos no corresidentes, destacan los de los hijos, en especial entre las mujeres. Estas, en general, reciben más ayuda de la comunidad, los hermanos y los amigos que los hombres.

De lo anterior, se puede deducir que las fuentes de apoyo de las mujeres ancianas son más diversificadas que las de los hombres, y que estos últimos concentran muchas funciones en escasas fuentes de orden intrafamiliar. Si este aspecto se relaciona con el tamaño de la red, podemos deducir que los hombres mayores se encontrarían en una situación más vulnerable que las mujeres, ya que tienen una red más reducida, centrada principalmente en la pareja, y sus fuentes de apoyo incluyen en menor medida personas externas al núcleo familiar, como son los amigos y la comunidad.

Se puede pensar, por tanto, que las mujeres, si bien no tienen seguridad económica, han hecho una importante "inversión" en sus vidas, lo que les permite contar con cierto soporte social en esta etapa de la vida. Todo lo contrario parece suceder con los hombres.

Tipos de apoyo

El principal tipo de apoyo que reciben las personas mayores entrevistadas es el material (dinero y bienes, como comida, ropa, etc.); a continuación reciben apoyo instrumental (servicios tales como transporte, quehaceres del hogar y patio, etc.), y por último apoyo emocional (compañía)². Al analizar estos datos de la encuesta SABE, se observan diferencias según sexo; mientras los hombres reciben menos dinero y más servicios, con las mujeres ocurre lo contrario.

El cuadro 4.6 resume la procedencia de los distintos tipos de apoyos; así, en 84,8% de todos los casos, la principal fuente son los corresidentes, seguidos de otros familiares y amigos no corresidentes (51,6%). La ayuda en dinero proviene fundamentalmente de los corresidentes (61%), especialmente de los hijos, mientras que los hijos no residentes proveen fundamentalmente "dinero" y "bienes" (véanse los cuadros 1 y 2 del anexo). Estos hechos permiten decir que los corresidentes, además de brindar apoyo material a sus mayores, realizan actividades que permiten mejorar el

² Cabe señalar que la "compañía" no fue incluida dentro de las categorías de apoyo consideradas para los miembros corresidentes del hogar.

Cuadro 4.4 Adultos mayores que reciben algún tipo de ayuda por sexo y grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

	Hombres	Mujeres	Total
60-64 años	93,8	95,5	94,7
65-74 años	92,8	94,2	93,6
≥75 años	85,5	94,4	91,3
Total	91,4	94,6	93,3

Fuente: Elaboración CELADE, 2002.

Cuadro 4.5. Fuentes de apoyo, según sexo (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Fuentes de apoyo	Hombres	Mujeres	Total
Cualquier fuente	91,4	94,6	93,3
Corresidentes			
Hijos	47,8	51,9	50,3
Pareja	68,6	38,2	50,4
Otros	40,8	27,5	32,9
Total	85,6	84,3	84,8
No corresidentes			
Hijos	39,2	54,1	48,1
Hermanos	5,0	9,9	7,9
Otros amigos y familiares	2,9	3,7	3,4
Total	43,1	59,4	51,6
Comunidad	8,5	10,7	9,8

Fuente: Elaboración CELADE.

desempeño de los adultos mayores en la vida diaria a través del apoyo instrumental.

La encuesta SABE evaluó el grado de dificultad que tienen las personas mayores para realizar actividades de la vida diaria (AVD)³, así como la capacidad para mantener el hogar y su entorno mediante actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (véase el Capítulo VIII de este informe).

De acuerdo con los resultados obtenidos, 22% de los entrevistados declaró tener alguna dificultad para realizar AVD, mientras que 28,2% informó contar con alguna dificultad para desarrollar AIVD.

Las personas mayores afectadas por alguna de las discapacidades mencionadas constituyen uno de los gru-

³ AVD: actividades de la vida diaria como lavarse, afeitarse, salir de la cama, vestirse y comer. AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria, tales como limpieza del hogar, preparación de la comida y contactos esenciales con el exterior (ir a la tintorería, al correo, a la zapatería; salir a comprar ropa o comida; usar teléfono y el transporte público). El indicador "tiene alguna dificultad con AVD o AIVD" incluye a quienes respondieron afirmativamente y a los que no pueden realizar la actividad.

Cuadro 4.6. Fuentes de apoyo, según tipo de ayuda y sexo (%¹. Gran Santiago, Chile, SABE 2000

<i>Tipo de ayuda</i>	<i>Corresidentes</i>	<i>Otros familiares y amigos no corresidentes</i>	<i>Comunidad</i>	<i>Reciben ayuda</i>
Ambos sexos				
Dinero	61,0	30,4	0,5	71,7
Servicios	63,8	12,4	6,3	71,0
Cosas como comida, ropas, etc.	52,3	23,0	3,2	64,6
Compañía	-	21,7	5,2	25,9
Otro	16,7	34,1	1,4	22,0
Total	84,8	51,6	9,8	93,3
Hombres				
Dinero	51,0	24,8	-	60,8
Servicios	72,2	9,7	3,8	77,0
Cosas como comida, ropas, etc.	49,3	16,8	4,0	58,1
Compañía	-	17,1	2,1	18,8
Otro	19,2	28,0	1,6	23,6
Total	85,6	43,1	8,5	91,4
Mujeres				
Dinero	67,8	34,2	0,8	79,0
Servicios	58,2	14,2	7,9	66,9
Cosas como comida, ropas, etc.	54,3	27,1	2,6	68,9
Compañía	-	24,8	7,3	30,6
Otro	15,0	38,2	1,3	20,8
Total	84,3	59,4	10,7	94,6

Fuente: Elaboración CELADE, en base a la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), Gran Santiago, Chile, 2000.

pos más vulnerables dentro de la población adulta mayor, debido a que tienen serias dificultades para mantener una vida autónoma, por lo que requieren de más apoyo.

De acuerdo con los resultados de SABE, existe una alta correspondencia entre discapacidad y recepción de apoyo, situación que aumenta junto con la edad tanto entre hombres como mujeres (cuadro 4.7).

Las personas mayores como fuente de apoyo

Se puede afirmar que hay un intenso flujo de apoyo desde y hacia las personas mayores, ya que 89,2% de las personas mayores informaron que proporcionan algún tipo de ayuda (cuadro 4.8). A simple vista, los datos refuerzan la idea de que esta población contribuye significativamente al bienestar de la familia y la comunidad, y desmitifica la visión generalizada de que son personas exclusivamente dependientes y desvinculadas del medio social.

Como es predecible, los principales destinatarios del apoyo brindado por los adultos mayores son los corresidentes, principalmente sus parejas y sus hijos (véase el cuadro 3 del anexo). No se aprecian diferencias

Cuadro 4.7. Adultas mayores que presentan alguna discapacidad con AVD o AIVD, según apoyo recibido (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

	<i>Recibe apoyo</i>	<i>No recibe apoyo</i>	<i>Total</i>
Ambos sexos			
60-64	89,4	10,6	100,0
65-74	97,0	3,0	100,0
≥75	96,5	3,5	100,0
Total	95,3	4,7	100,0
Hombres			
60-64	87,5	12,5	100,0
65-74	98,6	1,4	100,0
≥75	99,0	1,0	100,0
Total	95,6	4,4	100,0
Mujeres			
60-64	90,7	9,3	100,0
65-74	96,0	4,0	100,0
≥75	95,9	4,1	100,0
Total	95,1	4,9	100,0

Fuente: Elaboración CELADE, en base a la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), Gran Santiago, Chile, 2000.

Cuadro 4.8. Personas adultas mayores que dan algún tipo de ayuda, según sexo y grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

	<i>Ambos sexos</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
60-64 años	93,0	93,2	92,8
65-74 años	91,5	91,3	91,7
≥75 años	81,5	87,1	78,6
Total	89,2	90,9	88,0

Fuente: Elaboración CELADE, en base a la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), Gran Santiago, Chile, 2000.

Cuadro 4.9. Personas adultas mayores que dan apoyo, según beneficiario del apoyo (% según sexo). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

<i>Destino del apoyo</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Corresidentes			
Hijos	49,9	51,8	51,0
Pareja	66,2	32,4	46,0
Otros	15,6	30,2	24,3
Total	85,2	79,9	82,0
No corresidentes			
Hijos	29,6	31,4	30,7
Hermanos	5,7	9,9	8,2
Total	32,8	36,2	34,8
Comunidad	13,9	17,6	16,1
Total	90,9	88,0	89,2

Fuente: Elaboración CELADE, en base a la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), Gran Santiago, Chile, 2000.

marcadas en la proporción de hombres y mujeres que ofrecen apoyo; sin embargo, el destino de la ayuda es diferente de acuerdo al sexo: mientras los principales beneficiarios de los hombres son sus parejas, en el caso de las mujeres son sus hijos (cuadro 4.9).

Las personas mayores cumplen una función de ayuda material en la que entregan no solo servicios, comida y ropa, sino también dinero; este aspecto resulta particularmente importante si se considera que estas son personas que, generalmente, no están inmersas en el sistema productivo y que dependen de pensiones o jubilaciones en el plano económico.

Otro aspecto interesante es el cuidado de niños, que constituye una ayuda instrumental que los adultos mayores dan para que los padres de los niños puedan dedicar tiempo a otras actividades, incluso económicas. A ello se suma que dicho apoyo instrumental implica la entre-

ga de afecto y el cumplimiento de una función social importante.

El cuidado de niños, del cual se ocupan 24% de los entrevistados (cuadro 4.10), tiene un efecto multiplicador en el ámbito sociocultural, ya que potencia el intercambio entre generaciones extremas; además, apuesta por la capacidad de respuesta de las generaciones jóvenes actuales, frente a los retos que les tocará enfrentar a futuro en relación al aumento sustantivo de las personas de edad y sus repercusiones en la sociabilidad.

Las mujeres mayores prestan más servicios que los hombres; a su vez, estos proporcionan más dinero. No obstante, ambos sexos disminuyen su capacidad de dar a medida que avanza su edad, aunque los hombres de edad más avanzada dan más ayuda que las mujeres. Ello puede deberse a que el apoyo que otorgan las mujeres mayores —servicios principalmente— se ve afectado directamente por los cambios funcionales que acarrea la edad avanzada, mientras que los hombres, en general, dan dinero.

En cuanto a la situación socioeconómica de las personas mayores entrevistadas, aproximadamente la mitad pertenece al estrato medio, cerca de 30% al estrato bajo y 20% al estrato alto. La distribución de personas mayores en estratos socioeconómicos, según condición de receptor o proveedor de algún tipo de apoyo, mantiene el comportamiento descrito; alrededor de 90% de estas personas recibe o da algún tipo de apoyo. Se aprecian algunas diferencias por sexo entre las personas que reciben algún tipo de apoyo de acuerdo al estrato que pertenecen. La proporción de hombres del estrato alto que recibe algún tipo de apoyo es menor a la de las mujeres del mismo estrato; en el estrato medio la situación es a la inversa (cuadro 4.11).

Tipo de intercambio: reciprocidad de los apoyos

En los siguientes párrafos se hará referencia a la reciprocidad como un atributo del intercambio establecido en la red de apoyo de las personas mayores. Para esto, analizaremos el tipo de apoyo que dan y que reciben los mayores, que se presenta en el cuadro 4.12; de acuerdo con esos datos, las combinaciones entre la entrega y recepción de ayuda llevan a las siguientes conclusiones:

- Cuando los hombres dan dinero, reciben más servicios, mientras que las mujeres que dan dinero reciben mayoritariamente el mismo tipo de apoyo.
- Cuando los hombres dan servicios, también reciben servicios y en la misma proporción; en cambio, las mujeres que dan servicios reciben fundamentalmente dinero. Lo mismo sucede cuando el tipo de apoyo que dan los adultos mayores son “bienes” y compañía.

De este análisis puede decirse que, independientemente del tipo de apoyo brindado, las mujeres siempre reciben dinero como contrapartida, mientras que los hombres reciben servicios.

Todo lo anterior constituye un aspecto de suma importancia para las personas mayores. Si bien los datos

muestran que reciben apoyo social, lo cierto es que también otorgan un apoyo social relevante.

- El hecho de recibir apoyo significa que las personas mayores pueden contar con una red social que les permita amortiguar, de algún modo, el impacto de

Cuadro 4.10. Personas adultas mayores que dan apoyo, según tipo de apoyo y destino (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Tipo de ayuda	Destino de la ayuda			
	Corresidentes	Otros familiares y amigos no corresidentes	Comunidad	Da ayuda
Ambos sexos				
Dinero	45,5	15,1	9,7	57,1
Servicios	55,6	4,6	3,1	57,9
Cosas	55,2	10,5	3,8	60,8
Otro	17,6	8,9	0,0	27,2
Compañía	-	2,5	3,5	2,5
Cuidado de niños	15,2	10,5	-	24,0
Total	82,0	34,8	16,1	89,2
Hombres				
Dinero	69,1	15,0	7,29	74,4
Servicios	51,8	3,1	1,81	53,6
Cosas como comida, ropas, etc.	61,5	9,4	1,7	63,4
Otro	17,4	7,1	4,63	27,4
Compañía	-	1,8	-	1,8
Cuidado de niños	9,0	7,1	-	15,4
Total	85,2	32,8	13,91	90,9
Mujeres				
Dinero	29,6	15,3	11,27	45,4
Servicios	58,2	5,5	3,93	60,9
Cosas como comida, ropas, etc.	50,9	12,9	5,2	59,0
Otro	17,8	10,1	2,79	27,1
Compañía	-	3,0	-	2,9
Cuidado de niños	19,4	12,9	-	29,8
Total	79,9	36,2	17,64	88,0

Fuente: Elaboración CELADE, en base a la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), Gran Santiago, Chile, 2000.

Cuadro 4.11. Personas mayores que reciben o dan algún tipo de apoyo, según estratos socioeconómicos y sexo (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

NSE	Recibe algún tipo de apoyo			Da algún tipo de apoyo		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Alto	17,7	21,5	20,0	20,5	21,8	21,3
Medio	51,4	48,4	49,6	49,3	48,8	49,0
Bajo	30,9	30,1	30,4	30,2	29,4	29,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración CELADE, en base a la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), Gran Santiago, Chile, 2000

Cuadro 4.12. Reciprocidad del apoyo, según tipos de apoyo y sexo. Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Tipo de ayuda que reciben	Tipo de ayuda que proporcionan				
	Dinero	Servicios	Cosas	Compañía	Otro
Hombres					
Dinero	44,2	36,0	39,1	1,4	16,5
Servicios	61,7	44,6	51,8	1,5	20,0
Cosas	43,1	32,6	37,1	1,4	14,0
Compañía	15,4	8,4	10,9	0,9	3,9
Otros	15,6	11,0	15,6	0,1	13,9
Mujeres					
Dinero	37,5	53,4	51,8	2,8	20,7
Servicios	31,4	43,4	41,0	1,8	18,9
Cosas	32,0	45,1	42,0	2,0	20,4
Compañía	15,5	18,6	18,9	1,5	9,9
Otros	7,7	9,8	10,8	0,3	10,1
Ambos sexos					
Dinero	40,2	46,4	46,7	2,2	19,0
Servicios	43,6	43,9	45,3	1,2	19,3
Cosas	36,4	40,1	40,1	1,8	17,8
Compañía	15,5	14,5	15,7	1,2	7,5
Otros	10,9	10,3	12,7	0,2	11,6

los cambios de roles y mantener relaciones significativas con otras personas

- El hecho de dar apoyo permite a los adultos mayores hacer recíproca la ayuda brindada y les da la posibilidad de asumir determinadas funciones que validan sus capacidades y constituyen fuentes de estímulo vital.

Roles de las personas mayores en la red de apoyo

Mediante el análisis de la información recabada en el estudio SABE, es posible identificar cuatro distintos tipos de roles que asumen los adultos mayores: solo proveedores, solo receptores, proveedores y receptores y ni receptores ni proveedores. Estos roles ya fueron descritos por Ham y colaboradores (2002). De acuerdo con los datos obtenidos para Chile se aprecia que, en general, los adultos mayores asumen mayoritariamente el rol de receptores y proveedores (84,6%), seguido de los de solo receptores y solo proveedores. Quienes no cumplen ningún rol al interior de la red alcanzan solo 2,1%. Las mujeres funcionan menos como proveedoras que como receptoras y constituyen la proporción más alta de quienes no asumen ninguno de los roles (cuadro 4.13).

De acuerdo a los grupos de edad, llama la atención que los hombres que se asumen mayoritariamente como proveedores son de 75 años y más, mientras que las

mujeres lo hacen entre los 65 a 74 años. El papel más activo en la red de apoyo se realiza a temprana edad (60-64 años), tanto en hombres como en mujeres. No obstante, cabe destacar que aún en la cuarta edad una significativa proporción de los entrevistados sigue siendo proveedora de apoyo (cuadro 4.13).

El papel de proveedor y receptor que asumen las personas mayores varía según el arreglo familiar y el sexo del entrevistado. Así, las personas mayores que no cumplen algún rol en la red de apoyo (ni proveedores, ni receptores) son mayoritariamente las que viven solas (90,5%), en tanto que, tanto los hombres como las mujeres asumen roles de reciprocidad cuando viven con hijos solteros; este tipo de arreglo parece ser el más favorable para dar y recibir apoyo por parte de los adultos mayores (cuadro 4.14).

Las mujeres asumen más roles de proveedoras y receptoras cuando viven con sus hijos, sean estos solteros o casados. Llama la atención que igualmente asumen importantes funciones de proveedoras cuando viven con "otro pariente"; esto puede dar indicios de que tal vez un porcentaje importante de mujeres mayores está asumiendo el cuidado de un pariente. Los hombres, por su parte, asumen mayoritariamente el rol de "solo proveedor" cuando viven con su "cónyuge y otros", y el de "solo receptor" cuando viven con "hijos solteros".

Cuadro 4.13. Rol que asumen los adultos mayores al interior de la red de apoyo, según grupos de edad y sexo (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

<i>Rol asumido</i>	<i>60-64 años</i>	<i>65-74 años</i>	<i>≥75 años</i>	<i>Total</i>
Hombres				
Solo proveedor	3,4	6,0	13,1	6,8
Solo receptor	4,0	7,5	11,6	7,3
Proveedor y receptor	89,8	85,3	74,0	84,1
Ninguno de ellos	2,8	1,2	1,4	1,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Mujeres				
Solo proveedor	2,9	3,7	2,3	3,0
Solo receptor	5,5	6,2	18,1	9,6
Proveedor y receptor	90,0	88,0	76,3	85,0
Ninguno de ellos	1,7	2,1	3,4	2,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
Ambos sexos				
Solo proveedor	3,1	4,6	6,0	4,5
Solo receptor	4,8	6,7	15,8	8,7
Proveedor y receptor	89,9	86,9	75,5	84,6
Ninguno de ellos	2,2	1,8	2,7	2,1
Total		100,0	100,0	100,0

Cuadro 4.14. Rol que asumen los adultos mayores al interior de la red de apoyo, según arreglos familiares y sexo (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

<i>Arreglo familiar</i>	<i>Solo proveedor</i>	<i>Solo receptor</i>	<i>Proveedor y receptor</i>	<i>Ninguno</i>	<i>Total</i>
Hombres					
Solo	22,2	13,7	2,5	100,0	6,4
Solo cónyugue	0	14,4	18,2	0	16,4
Cónyugue y otros	42,3	2,0	9,1	0	10,7
Hijos solteros	14,0	20,4	39,1	0	35,3
Hijos casados sin hijos	3,8	3,1	6,6	0	6,0
Hijos casados con hijos	8,6	21,9	17,3	0	16,7
Otro pariente	4,6	15,5	6,3	0	6,7
Otro no pariente	4,6	9,0	1,0	0	1,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Mujeres					
Solo	31,0	38,1	4,7	85,7	10,7
Solo cónyugue	5,8	1,4	13,9	0	12,1
Cónyugue y otros	0	0,8	4,9	0	4,2
Hijos solteros	13,5	23,8	38,9	9,9	36,0
Hijos casados sin hijos	1,5	0,6	4,2	0	3,7
Hijos casados con hijos	7,8	16,6	20,7	0	19,5
Otro pariente	27,5	18,2	10,5	1,3	11,6
Otro no pariente	13,0	0,6	2,0	3,2	2,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ambos sexos					
Solo	25,7	29,8	3,8	90,5	8,9
Solo cónyugue	2,3	5,8	15,6	0	13,8
Cónyugue y otros	25,5	1,2	6,6	0	6,8
Hijos solteros	13,8	22,7	39,0	6,5	35,7
Hijos casados sin hijos	2,9	1,4	5,2	0	4,6
Hijos casados con hijos	8,2	18,4	19,4	0	18,4
Otro pariente	13,7	17,3	8,8	0,8	9,6
Otro no pariente	7,9	3,4	1,6	2,1	2,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

REFERENCIAS

Guzmán JM. Redes de apoyo social de personas mayores en Chile: marco conceptual. Documento presentado a la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Mayores. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina (CEPAL), 9 a 12 diciembre 2002.

Ham R. 2002. Calidad de vida y redes de apoyo de las personas de edades avanzadas en Ciudad de

México. Documento presentado a la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Mayores. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina (CEPAL), 9 a 12 diciembre 2002.

Sosa Z.Y Huenchuan, S. Redes de apoyo social de personas mayores en Chile. Documento presentado a la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Mayores. CEPAL, 9 a 12 diciembre 2002. Santiago, Chile.

Anexo

Cuadro 1. Porcentaje de personas adultos mayores que reciben apoyo de corresidentes, según fuente y tipo de apoyo. Gran Santiago, 2000.

<i>Tipo apoyo recibido</i>	<i>Fuente de apoyo: corresidentes</i>			
	<i>Hijos</i>	<i>Pareja</i>	<i>Otros</i>	<i>Total</i>
Hombres				
Dinero	30,2	22,4	6,3	51,0
Servicios	31,6	57,1	34,1	72,2
Cosas	18,8	37,8	18,4	49,3
Otro	7,1	11,4	13,2	19,2
Total	47,8	50,4	40,8	85,6
Mujeres				
Dinero	34,2	34,3	11,0	67,8
Servicios	32,8	19,7	19,3	58,2
Cosas	26,1	23,5	15,8	54,3
Otro	6,0	3,5	9,0	15,0
Total	51,9	38,2	27,5	84,3
Ambos sexos				
Dinero	32,6	29,5	9,1	61,0
Servicios	32,4	34,7	25,2	63,8
Cosas	23,2	29,2	16,8	52,3
Otro	6,4	6,7	10,7	16,7
Total	50,3	50,4	32,9	84,8

Cuadro 2. Porcentaje de personas adultos mayores que reciben apoyo de no residentes, según fuente y tipo de apoyo. Gran Santiago, 2000.

<i>Tipo apoyo recibido</i>	<i>Fuente de apoyo: no residentes</i>				
	<i>Hijos</i>	<i>Hermanos</i>	<i>Amigos y familiares</i>	<i>Comunidad</i>	<i>Cualquier otra persona</i>
Hombres					
Dinero	22,3	2,6	1,4	...	60,8
Servicios	8,4	0,4	1,2	3,8	77,0
Cosas	15,4	1,1	1,0	4,0	58,1
Compañía	15,5	1,5	1,0	2,1	18,8
Otro	5,5	1,1	0,6	1,6	23,6
Total	39,2	5,0	2,9	8,5	91,4
Mujeres					
Dinero	31,0	3,2	1,5	0,8	79,0
Servicios	13,0	0,6	1,1	7,9	66,9
Cosas	24,7	3,6	1,6	2,6	68,9
Compañía	21,8	4,3	1,3	7,3	30,6
Otro	4,50	2,0	0,3	1,3	20,8
Total	54,1	9,9	3,7	10,7	94,6
Ambos sexos					
Dinero	27,5	3,0	1,4	0,5	71,7
Servicios	11,1	0,5	1,2	6,3	71,0
Cosas	21,0	2,6	1,4	3,2	64,6
Compañía	19,2	3,1	1,2	5,2	25,9
Otro	4,90	1,6	0,4	1,4	22,0
Total	48,1	7,9	3,4		93,3

Cuadro 3 . Porcentaje de personas adultos mayores que dan apoyo a corresidentes, según receptor y tipo de apoyo. Gran Santiago, 2000.

<i>Tipo apoyo recibido</i>	<i>Receptores de apoyo: Corresidentes</i>			
	<i>Hijos</i>	<i>Pareja</i>	<i>Otros</i>	<i>Total</i>
Hombres				
Dinero	28,5	57,8	4,5	69,1
Servicios	21,4	39,7	5,5	51,8
Cosas	29,9	47,6	5,6	61,5
Otro	10,9	1,4	6,4	17,4
Cuidado de niños	7,2	1,4	0,7	9,0
Total	49,9	66,2	15,6	85,2
Mujeres				
Dinero	15,7	7,5	8,4	29,6
Servicios	34,6	28,0	8,5	58,2
Cosas	25,9	21,7	11,7	50,9
Otro	7,2	0,9	10,6	17,8
Cuidado de niños	14,4	0,9	4,5	19,4
Total	51,8	32,4	30,2	79,9
Ambos sexos				
Dinero	20,9	27,8	6,8	45,5
Servicios	29,2	32,7	7,3	55,6
Cosas	27,5	32,1	9,3	55,2
Otro	8,7	1,1	8,9	17,6
Cuidado de niños	11,5	1,1	3,0	15,2
Total	51,0	46,0	24,3	82,0

Cuadro 4 . Porcentaje de personas adultos mayores que dan apoyo a no residentes, según receptor y tipo de apoyo. Gran Santiago, 2000.

<i>Tipo apoyo recibido</i>	<i>Recepción de apoyo: no residentes</i>			
	<i>Hijos</i>	<i>Hermanos</i>	<i>Comunidad</i>	<i>Cualquier persona</i>
Hombres				
Dinero	13,3	2,0	7,3	74,4
Servicios	3,1	0	1,8	53,6
Cosas	6,5	2,6	1,7	63,4
Otro	6,3	1,0	.....	1,8
Compañía	.....	.....	4,6	27,4
Cuidado de niños	12,9	1,8	.....	15,4
Total	29,6	5,7	13,9	90,9
Mujeres				
Dinero	12,8	2,9	11,3	45,4
Servicios	4,6	0,9	3,9	60,9
Cosas	10,4	3,5	5,2	59,0
Otro	8,3	2,6	.....	2,9
Compañía	.....	.....	2,8	27,1
Cuidado de niños	7,1	3,0	.....	29,8
Total	31,4	9,9	17,6	88,0
Ambos sexos				
Dinero	13,0	15,1	9,7	57,1
Servicios	4,0	4,6	3,1	57,9
Cosas	8,8	10,5	3,8	60,8
Otro	7,5	8,9	3,5	2,5
Compañía	.....	2,5	.....	27,2
Cuidado de niños	10,5	10,5	.....	24,0
Total	30,7	34,8	16,1	89,2

CAPÍTULO 5

Salud mental

Hemos considerado adecuado incluir esta sección en un capítulo aparte, en atención a la creciente importancia de estas enfermedades en la salud de las poblaciones, especialmente en el grupo de adultos mayores.

El *informe sobre la salud del mundo*, que anualmente hace la Organización Mundial de la Salud (OMS), estuvo dedicado en 2001 a la salud mental, lo cual es una muestra de la creciente y merecida importancia que la OMS le ha asignado a la salud mental. El concepto de salud mental abarca el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades emocionales e intelectuales, entre otros aspectos (OMS, 2001).

En este capítulo se presentan los datos sobre la autoevaluación de la salud, la funcionalidad, la depresión y el deterioro cognitivo

Auto percepción de la salud

En la Encuesta de Calidad de Vida, efectuada en 2000 en una muestra representativa de todo el país, se investigó la auto percepción de la salud actual en una escala de 1 a 7, de uso habitual en Chile para la calificación de

alumnos de enseñanza básica, media y universitaria. Los resultados, coincidentes con los obtenidos en la muestra SABE, muestran que en promedio los grupos de 65 a 74 años y ≥ 75 años consideran su salud como regular, pero con una calificación más baja para el grupo ≥ 75 años (calificación promedio de 4,7 y 4,3, respectivamente).

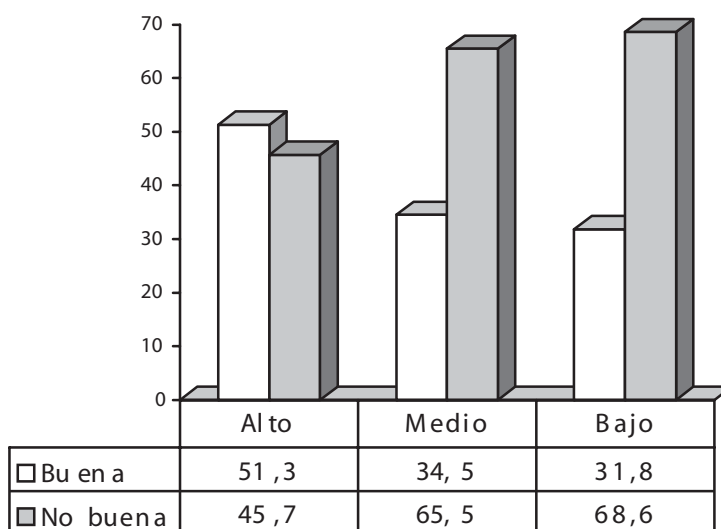
Los datos obtenidos sobre auto percepción de la salud en el estudio SABE Chile revelan que solo 38,1% de los encuestados percibía su salud como buena, muy buena o excelente; 41,9% la consideraba regular, y 20% decía tener mala o muy mala salud. Cabe aclarar que en los cuadros y figuras que describen esta variable, la autoevaluación de la salud se ha categorizado en tres grupos: buena (incluye buena, muy bueno o excelente), regular y mala.

Nivel socioeconómico y auto percepción de la salud

La auto percepción de la salud como “no buena” (regular y mala), es más frecuente mientras más bajo es el NSE (cuadro 5.1); lo inverso ocurre con la buena autoevaluación, como se aprecia en la figura 5.1.

Cuadro 5.1. Auto percepción de la salud por sexo y grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

<i>Calificación salud</i>	<i>Hombres</i>			<i>Mujeres</i>			<i>Total</i>
	<i>60-64</i>	<i>65-74</i>	<i>≥ 75</i>	<i>60-64</i>	<i>65-74</i>	<i>≥ 75</i>	
Buena	46,4	43,5	42,5	33,2	38,1	28,9	38,1
Regular	36,2	39,2	43,3	46,7	46,6	37,1	41,9
Mala	17,4	17,3	14,2	20,2	15,3	34	20
N.S.	0	0	0	0	0	0,1	0,01
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Figura 5.1. Autopercepción de la salud según nivel socioeconómico. Gran Santiago, Chile, SABE 2000

La relación entre el ingreso y la autopercepción de la salud también se estudió al observar la calificación del estado de salud de aquellos que estiman que sus ingresos son suficientes, en comparación con los sujetos que los estiman insuficientes. Este análisis, que se presenta en el cuadro 5.2, es perfectamente concordante con las relaciones que existen entre autopercepción de la salud, NSE y escolaridad.

La autopercepción de la salud también difiere según la escolaridad. Mientras mayor es el número de años escolares, mejor es la autoevaluación de la salud, tanto en hombres como en mujeres (cuadros 5.3 y 5.4). Esta situación concuerda con la alta correlación positiva que existe entre el nivel socioeconómico y la escolaridad.

Cuadro 5.2. Autopercepción de la salud según la suficiencia del ingreso por sexo (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Calificación salud	Hombres		Mujeres	
	Ingresos suficientes	Ingresos insuficientes	Ingresos suficientes	Ingresos insuficientes
Buena	61,5	34,8	50,5	27,0
Regular	33,2	43,4	39,3	45,2
Mala	5,3	21,9	10,2	27,8
NS	0	0	0	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Cuadro 5.3. Autopercepción de la salud según nivel de educación en hombres (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Autopercepción de salud	Escolaridad				Total, (100,0)
	Sin estudios (7,5)	≤ 6 años (56,4)	7-12 años (26,7)	≥ 13 años (9,4)	
Buena	29,3	33,6	58,3	79,5	44,2
Regular	48,4	44,2	33,1	19,3	39,2
Mala	22,3	22,3	8,6	1,2	16,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Cuadro 5.4. Autopercepción de la salud según nivel de educación en mujeres (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Autopercepción de salud	Sin estudios (7,5)	Escolaridad				NS/NR (0,5)	Total (100,0)
		≤ 6 años (56,4)	7-12 años (26,7)	≥ 13 años (9,4)			
Buena	31,3	27,8	45,6	51,2	0	34	
Regular	35,5	48,6	40,2	27,3	29,7	43,7	
Mala	33,3	23,5	14,2	21,5	70,3	22,3	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Autopercepción de la salud actual en comparación con un año atrás

Los resultados obtenidos en la Encuesta de Calidad de Vida sobre la autopercepción del estado de salud actual comparada con la de hace un año, muestran que la mayor parte la define como más o menos igual (cuadro 5.5)

En la encuesta SABE no se observaron diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad ($p = 0.415$); sin embargo, la proporción que considera que su salud es peor respecto a un año atrás es mucho menor que en el total del país, situación que se invierte dentro de los que la catalogan como mejor (cuadro 5.6).

Actividades sociales

Dentro de las actividades sociales se preguntó por la elaboración de artesanías o manualidades en el último año, lo cual fue más frecuente en mujeres que en hombres, y en el grupo de menor edad, como se observa en el cuadro 5.7. Cuando se relacionó este tipo de actividades con la presencia de depresión no se encontró asociación, siendo baja la frecuencia de este tipo de actividades tanto para sujetos con depresión como sin ella (cuadro 5.8).

Historia de enfermedades psiquiátricas

La prevalencia de vida de enfermedades mentales en mujeres es del doble que en hombres ($p < 0.01$). En

Cuadro 5.5 Autopercepción del estado de salud actual respecto a 1 año atrás. Encuesta de Calidad de Vida, MINSAL/INE

Calificación	Edad		Total
	65-74	≥ 75	
Mejor	22,1	22,8	22,4
Igual	39,9	35,2	45,7
Peor	38	42	31,9
Total	100,0	100,0	100,0

ambos sexos la prevalencia es mayor en los grupos de menor edad, lo que posiblemente revela la preocupación creciente del equipo de salud por la salud mental (cuadro 5.9).

La Encuesta de Calidad de Vida mostró una prevalencia actual de enfermedades neuropsiquiátricas crónicas de 9,5% en el grupo de 65 a 74 años y de 12,1% en el grupo de 75 años y más, con una frecuencia del doble en mujeres respecto a los hombres.

Depresión

El diagnóstico de depresión se efectuó mediante la Escala de Depresión Abreviada de Yesavage, que consta de 15 ítems. De acuerdo con esta escala, el puntaje de 6 o más sugiere depresión y un puntaje superior a 10 sugiere depresión severa (Sheikh y Yesavage, 1986). Dicho test se aplicó solamente a aquellos sujetos sin deterioro

Cuadro 5.6. Autopercepción del estado de salud actual respecto a 1 año atrás. . Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Calificación	Edad			Total
	60-64	65-74	≥ 75	
Mejor	13,3	15,9	14,1	14,6
Igual	61,6	55,2	53,6	56,6
Peor	25,1	29	32,4	28,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Cuadro 5.10. Prevalencia de depresión por grupo de edad (sujetos con test Yesavage completo) (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Diagnóstico	60-64	65-74	≥75	Total
Normal	73	74,7	73,8	73,9
Depresión (Score > 5)	27	25,3	26,2	26,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

p=0.787

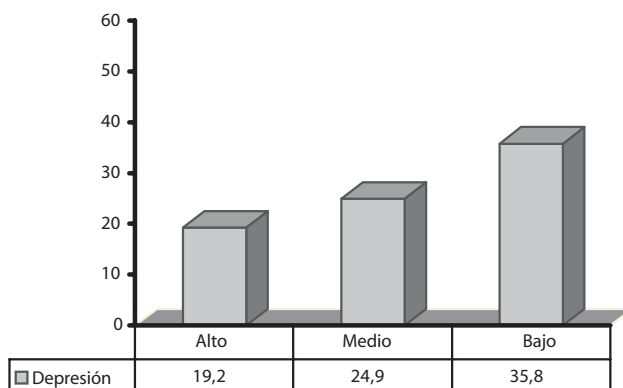
Cuadro 5.11. Prevalencia de depresión, por sexo y grupo de edad (sujetos con test Yesavage incompleto) (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Diagnóstico	Hombres				Mujeres				Total
	60-64	65-74	≥75	Total	60-64	65-74	≥75	Total	
Normal (Score 0-5)	74,4	79,8	79,7	78	71,9	71,2	70,4	71,2	73,9
Depresión Score >6	25,6	20,2	20,3	22	28,1	28,8	29,6	28,8	26,1
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

p = 0.141

Cuadro 5.12. Grado de depresión, por sexo y grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Diagnóstico	Hombres				Mujeres				Total
	60-64	65-74	≥75	Total	60-64	65-74	≥75	Total	
Normal Score 0-5	79,2	79,9	79,4	79,6	68,0	71,9	71,2	70,6	73,7
Depresión leve a moderada (Score 6-15)	8,3	16,7	15,8	13,8	23,8	20,8	16,6	20,6	18
Depresión severa Score 11-15	12,5	3,4	4,8	6,7	8,2	7,2	12,2	8,8	8,3
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Figura 5.2. Prevalencia de depresión según nivel socioeconómico (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000**Cuadro 5.13 Autopercepción de la salud según presencia de sintomatología depresiva (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000**

Autopercepción	Normal	Depresión	Total
Buena	42,3	33,3	40
Regular	42,5	41,5	42,3
Mala	15,2	25,2	17,8
Total	100,0	100,0	100,0

P=0,002

 $\chi^2 = 12,89$, $p < 0,002$

Medicamentos antidepressivos

Dentro de los entrevistados, solo 6,5% toman medicamentos antidepressivos; de ellos, 73,7% no presentan síntomas depresivos pero 26,3% tiene depresión, lo que muestra la insuficiencia del tratamiento en curso.

Deterioro cognitivo

Para el diagnóstico de deterioro cognitivo se utilizaron los tests Mini Mental State Examination (MMSE) modificado y Pfeffer Activities Questionnaire (PFAQ), validados en un estudio efectuado el 1994 (Amaducci *et al.*, 1994).

La modificación al MMSE se centra en dos ítems: a) se reemplazó el deletreo inverso de la palabra "mundo", por la repetición inversa de un número de cinco dígitos secuenciales. La razón es porque este ítem, que mide concentración, debe representar un concepto inteligible para el sujeto y en una persona con baja escolaridad o analfabeta, la serie inversa de números es un concepto de mayor coherencia que la palabra invertida; b) se introdujo una segunda alternativa en el ítem dibujar dos pentágonos, consistente en dibujar dos círculos, contabilizando en el puntaje la mejor de ambas respuestas.

Este cambio también se introdujo con el objetivo de disminuir la influencia del analfabetismo en el resultado. El MMSE modificado se abrevió y validó después en el marco del proyecto SABE (Albala *et al.*, 2001). El MMSE abreviado tiene un puntaje máximo de 19 y el punto de corte para deterioro cognitivo es 12/13. El PFAQ tiene un puntaje máximo de 33 puntos y el punto de corte para deterioro es 5/6. De esta forma, el diagnóstico de deterioro cognitivo se efectuó en los entrevistados que tuvieron un puntaje <13 puntos en el MMSE y además un puntaje >6 en el PFAQ.

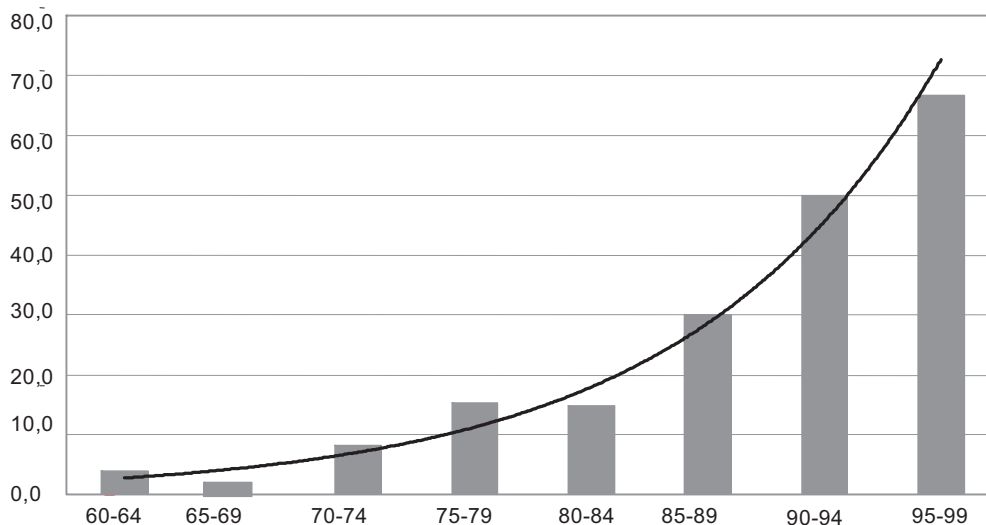
La prevalencia general de deterioro cognitivo alcanzó 8,1%. En el cuadro 5.14 se aprecia que en 10,7% de los entrevistados el puntaje de MMSE abreviado era <13 puntos, cifra que disminuye a 8,1% al agregar el test PFAQ. Además, se observa que la prevalencia cruda es significativamente mayor en mujeres. El deterioro cognitivo está claramente asociado a la edad, como se aprecia en la figura 5.3 y en el cuadro 5.15.

La estratificación de la muestra según años de escolaridad muestra una asociación significativa (negativa) entre deterioro cognitivo y escolaridad (cuadro 5.16). Debe destacarse que el nivel de escolaridad en las mujeres es menor que en los hombres, especialmente en el grupo de 12 años o más de escolaridad, en el cual se

Cuadro 14. Deterioro cognitivo según grupos de edad. Resultados de MMSE y Pfeffer (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

	60-64	65-74	≥75	Total
MMSE <13	4,2	7,8	22,2	10,7
Deterioro cognitivo (MMSE <13 y Pfeffer >5)	3,6	4,7	18,2	8,1

Figura 5.3. Deterioro cognitivo, según grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000



ubican solo 4% de las mujeres contra 10,1% de los hombres en la misma categoría.

El Test MMSE resulta más afectado por el grado de escolaridad que el test PFAQ, lo que se observa en el gráfico de la figura 5.4.

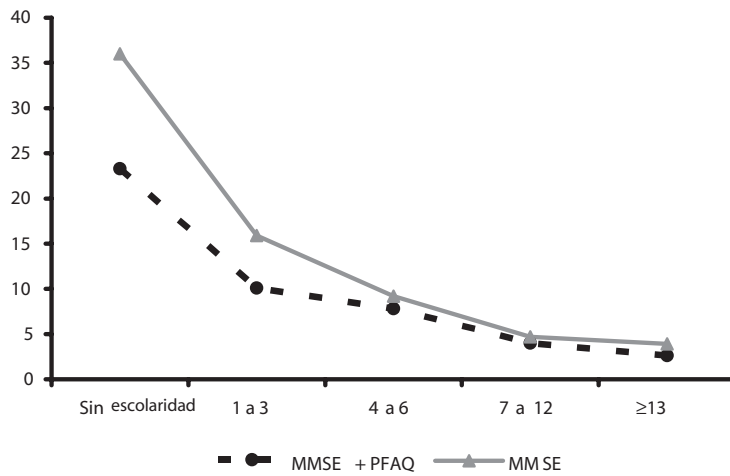
Para descartar la influencia de la mayor longevidad y la menor escolaridad de las mujeres sobre la mayor prevalencia de deterioro cognitivo observada, se efectuó un ajuste por análisis de regresión logística; pudo apreciarse que el sexo no constituye una variable que explique en forma significativa la diferente prevalencia en ambos sexos (cuadro 5.17).

Cuadro 5.15. Deterioro cognitivo según sexo. Resultados de MMSE y Pfeffer (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

	Hombres	Mujeres	Total
MMSE <13	8,6	12,2	10,7
Deterioro cognitivo (MMSE <13 y Pfeffer >5)	6,9	8,9	8,1

MMSE <13: Pearson χ^2 7,88; p=0,005
 MMSE <13 + PFAQ >6: Pearson χ^2 4,54; p=0,033

Figura 5.4. Deterioro cognitivo según instrumento diagnóstico y años de escolaridad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000



MMSE Pearson χ^2 112,48 p=0,000, MMSE + PFAQ Pearson χ^2 63,31 p=0,000

Cuadro 5.16. Deterioro cognitivo (DC) según sexo y nivel de educación (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

	Hombres				Mujeres				Total
	Sin escol	1 a 6 años	7-12	>12	Sin escol	1 a 6 años	7-12	>12	
Sin DC	84,2	92,1	95,1	100,0	73,2	91,3	96,9	96,1	91,1
Con DC	15,8	7,9	4,9	0	22,8	8,7	3,1	3,9	8,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Cuadro 5.17. Regresión logística para deterioro cognitivo y género. Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Deterioro cognitivo	Coefficientes	Error standard	OR	95% CI	p
Sexo masculino	-0,18	0,23	0,83	0,53 - 1,31	0,431
Edad	-1,15	0,17	3,15	2,25 - 4,41	0,000
Escolaridad primaria	-0,98	0,24	0,37	0,23 - 0,60	0,000
Escolaridad secundaria o mas	-1,87	0,34	0,15	0,08 - 0,30	0,000

Variable dependiente: deterioro cognitivo

Variables independientes: sexo masculino, edad y escolaridad

En concordancia con la conocida asociación entre escolaridad y nivel socioeconómico (NSE), se encontró una prevalencia significativamente mayor en el NSE más bajo, como se observa en el cuadro 5.18.

Hay otros factores de reconocida asociación negativa, como el uso de estrógenos y el hábito de fumar. En relación con el uso de estrógenos, 194 de 770 mujeres (25%), habían usado alguna vez estrógenos. La prevalencia de deterioro cognitivo en las que no habían usado nunca estrógenos fue de 11,5%, a diferencia de 1,5% en aquellas que los habían usado alguna vez ($\chi^2=76.84$ $p=0.000$). Considerando la posibilidad que esta asociación se debiera a que las mujeres de mayor edad y de menor NSE hayan usado menos estrógenos, se efectuó el ajuste a través de regresión logística que confirma la asociación (cuadro 5.19). Respecto al hábito de fumar, no se encontró asociación significativa negativa, como ha sido observado en otros estudios. Para el caso de diabetes e hipertensión tampoco se encontró asociación con deterioro cognitivo.

REFERENCIAS

- Guzmán JM. Redes de apoyo social de personas mayores en Chile: marco conceptual. Documento presentado a la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Mayores. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina (CEPAL), 9 a 12 diciembre 2002.
- Ham R. 2002. Calidad de vida y redes de apoyo de las personas de edades avanzadas en Ciudad de México. Documento presentado a la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Mayores. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina (CEPAL), 9 a 12 diciembre 2002.
- Sosa Z.Y Huenchuan, S. Redes de apoyo social de personas mayores en Chile. Documento presentado a la Reunión de Expertos en Redes de Apoyo Social a Personas Mayores. CEPAL, 9 a 12 diciembre 2002. Santiago, Chile.

Cuadro 5.18. Deterioro cognitivo por sexo y NSE (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Deterioro	Hombres			Mujeres			TOTAL
	NSE Bajo	NSE Medio	NSE Alto	NSE Bajo	NSE Medio	NSE Alto	
Sin deterioro	94,2	92,5	92,7	88,4	91,21	94,4	91,9
Con deterioro	5,8	7,5	7,3	11,6	8,79	5,6	8,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Cuadro 5.19. Análisis de Regresión logística para deterioro cognitivo y uso de estrógenos. Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Deterioro Cognitivo	Coefficientes	error standard	OR	95% CI	p
No uso de estrógenos	1,86	0,60	6,41	1,97-20,78	0,002
Edad	1,18	0,21	3,25	2,13- 4,96	0,000
NSE medio	0,94	0,62	2,57	0,77-8,60	0,126
NSE bajo	1,20	0,66	3,32	0,91-12,14	0,070
Constante	-7,69	0,99			0,000

Variable dependiente: deterioro cognitivo

Variables independientes: edad, uso de estrógenos y NSE

CAPÍTULO 6

Estado de salud física

En este capítulo se presenta la información detallada sobre el estado de salud de los adultos mayores del Gran Santiago y algunas comparaciones con la Encuesta Nacional de Calidad de Vida. Se describen los datos sobre enfermedades crónicas, defectos sensoriales, síndromes geriátricos, factores de riesgo y salud oral.

Enfermedades crónicas

Los datos más recientes sobre morbilidad percibida corresponden a la Encuesta Nacional de Calidad de Vida MINSAL/INE, efectuada en 2000 en una muestra representativa de todo el país (cuadro 6.1), y al estudio SABE, efectuado en una muestra representativa de la ciudad de Santiago en 2000 (cuadro 6.2).

La enfermedad que se registra con mayor frecuencia en ambas encuestas (aunque mayor en el estudio SABE) es la hipertensión arterial, presente en más de la mitad de los entrevistados, seguida por las enfermedades al corazón y las artropatías, que afectan a un tercio de los adultos mayores. La diabetes y la enfermedad respiratoria crónica mostraron prevalencias similares en los dos estudios. En el caso de la hipertensión arterial se observa un claro aumento a mayor edad, tal como se aprecia en el gráfico de la figura 6.1.

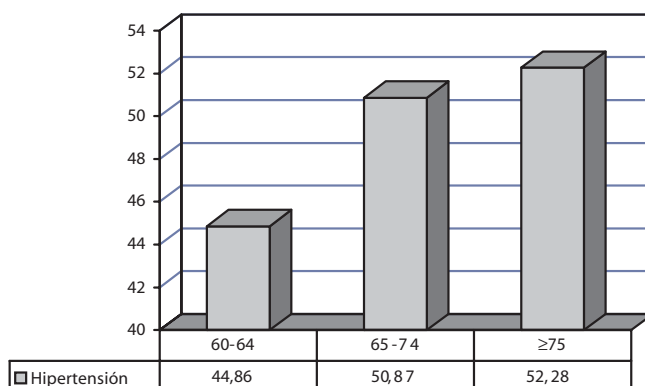
Cuadro 6.1. Prevalencia de Enfermedades Crónicas declaradas por patologías específicas y grupos de edad (%). Encuesta calidad de vida 2000

Enfermedad	Edad	
	60-74	≥75
Hipertensión	41,3	43,8
Diabetes	12,8	14,1
Hipercolesterolemia	13,8	11,5
Presbicia, astigmatismo, miopía	12,5	11,9
Ataque cardíaco o infarto	4,7	3,9
Otro problema grave al corazón	10,2	13,8
Artrosis	9,9	9,7
Enfermedades respiratorias crónicas	8,8	10,9
Catarata	4,5	12,4

En el estudio SABE, la hipertensión, el cáncer y las artropatías son claramente superiores en mujeres; el ataque al corazón y las embolias son levemente superiores en mujeres; la diabetes es similar en ambos sexos, y la enfermedad pulmonar es superior en los hombres.

Cuadro 6.2. Enfermedades crónicas por sexo y grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

	Hombres				Mujeres			
	60-64	65-74	≥75	Total	60-64	65-74	≥75	Total
Hipertensión art.	41,4	47,5	43,8	44,6	56,5	53,2	56,4	55,1
Diabetes	14,4	10,2	11,5	11,88	13,9	16,2	10,8	13,9
Ataque al corazón	21,4	35,3	23,0	27,79	31,4	33,9	39,6	34,9
Cáncer	1,7	2,1	1,6	1,7	7,3	3,4	7,5	5,7
Embolia/ derrame	3,4	7,9	6,4	6,1	7,1	4,1	10,4	6,8
Enf. pulmonar	14,6	9,1	20,0	13,5	6,6	10,7	14,5	10,7
Artropatías	11,4	15,1	11,9	13,1	32,5	40,7	44,5	39,6

Figura 6.1. Prevalencia de hipertensión según grupos de edad. Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Respecto a la distribución por NSE, la hipertensión y la enfermedad pulmonar son más frecuentes en el NSE bajo; en cambio, la prevalencia de ataque al corazón es mayor en el NSE alto (cuadro 6.3). Algunas enfermedades mostraron una clara relación con el nivel socioeconómico, como la diabetes y la enfermedad pulmonar crónica, más frecuentes en el NSE bajo, y las enfermedades cardíacas y artropatías, más reportadas en el NSE alto. El resto de las enfermedades descritas se distribuyó en forma uniforme en la población estudiada, como se observa en el cuadro 6.3.

En el cuadro 6.4. se muestra la frecuencia de consumo de medicamentos para las enfermedades con mayor prevalencia de tratamiento farmacológico. Entre los individuos que manifestaban presentar hipertensión

arterial, se encontró un consumo de medicamentos antihipertensivos en 71% de las mujeres y en 64% de los hombres. Estas cifras, aún bajas, son superiores a las reportadas en Chile en estudios anteriores en que solo 30% a 50% de quienes se sabían hipertensos estaban en tratamiento medicamentoso (OMS, 2001; Sheikh y Yesavage, 1986).

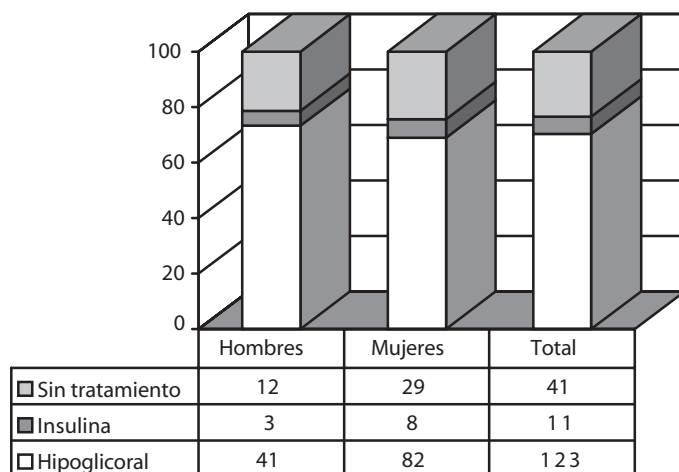
El consumo de medicamentos alcanzó a 36% de los hombres y 47% de las mujeres en el caso de las artropatías; a 49% y 39%, respectivamente, en la enfermedad pulmonar crónica, y a 75% y 68% en las personas con diabetes. En la figura 6.2 se grafica la frecuencia de uso de hipoglucemiantes orales e insulina en el grupo de diabéticos, en el cual 10% de los hombres y 4,8% de las mujeres requerían insulina para su tratamiento.

Cuadro 6.3. Enfermedades crónicas por NSE de la comuna de residencia (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Patología	Alto	Medio	Bajo	Total
Hipertensión	49,7	47,2	57,8	50,9
Diabetes	12,9	12,0	14,9	13,1
Cáncer	2,3	4,6	4,6	4,1
Enfermedad Pulmonar	5,4	12,6	15,2	11,8
Ataque al corazón	41,8	27,1	33,2	32,1
E. vascular cerebral	8,0	6,4	5,8	6,5
Artropatías	33,0	28,3	27,1	28,9

Cuadro 6.4. Consumo de medicamentos para enfermedades crónicas %. Gran Santiago, Chile, SABE 2000

	Hombres				Mujeres			
	60-64	65-75	≥75	Total	60-64	65-75	≥75	Total
Hiperten-sión	50,6	65,0	80,8	64,3	61,7	73,3	77,5	71,4
Diabetes	85,8	55,4	91,0	75,7	64,3	70,2	67,5	68,0
Enf. pulmonar	29,5	75,0	48,8	49,6	41,3	42,0	36,3	39,5
Artritis	26,95	26,1	69,1	35,6	48,7	43,2	50,9	47,1

Figura 6.2. Uso de fármacos para el tratamiento de la diabetes (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Las limitaciones físicas producidas por enfermedades crónicas se describen en el cuadro 6.5. La enfermedad percibida como más limitante, tanto por hombres como por mujeres, es la artropatía, que afecta a más de la cuarta parte de los entrevistados; si esto se suma a una limitación menor, el padecimiento restringe la actividad en 70% de los casos. Con la enfermedad pulmonar crónica se produce un comportamiento similar, aunque en menor medida; el resto de las enfermedades no se perci-

ben como limitantes de las actividades habituales de los entrevistados o solo son mencionadas en escasas oportunidades.

El diagnóstico de osteoporosis se había efectuado solamente en 11% de los entrevistados y es significativamente más frecuente en la mujer, en concordancia con la estrecha relación que existe entre la pérdida ósea y la disminución o cese de la producción estrogénica propia de la menopausia femenina (cuadro 6.6).

Cuadro 6.5. Limitación de actividades por enfermedades crónicas por sexo y grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Patología y grado de limitación	Hombres			Mujeres			Total
	60-64	65-74	≥75	60-64	65-74	≥75	
Artropatía							
- Mucho	48,5	11,2	19,8	19,0	28,3	37,3	28,3
- Poco	15,0	67,1	38,9	52,3	35,7	37,8	41,2
Enfermedad pulmonar							
- Mucho	11,7	20,7	13,8	36,3	16,7	34,2	21,7
- Poco	56,7	24,4	58,6	39,6	28,26	25,7	37,7

Cuadro 6.6. Osteoporosis por sexo y grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

	Hombres			Mujeres			Total
	60-64	65-74	≥75	60-64	65-74	≥75	
Si	1,8	2,7	2,0	11,4	20,3	17,0	11,0
No	95,9	95,9	97,6	86,2	78,1	81,7	87,4
NS/NR	2,3	1,4	0,4	2,4	1,7	1,3	1,6

Enfermedades específicas por sexo

Mujeres

Para la mujer el estudio se centró en las afecciones propias del climaterio. Respecto a la edad de la menopausia en el cuadro 6.7 se observa que en más de la mitad de los casos esta ocurre antes de los 50 años sin diferencia significativa (χ^2 1.6054, $p=0.20$) entre las mujeres de mayor y menor edad.

La terapia de reemplazo hormonal (THR) postmenopáusica (alguna vez) se registró en 23,9% de las entrevistadas, siendo significativamente menor en el grupo de 75 años y más, en el que solo alcanzó a 16% de los casos, como se observa en la figura 6.3.

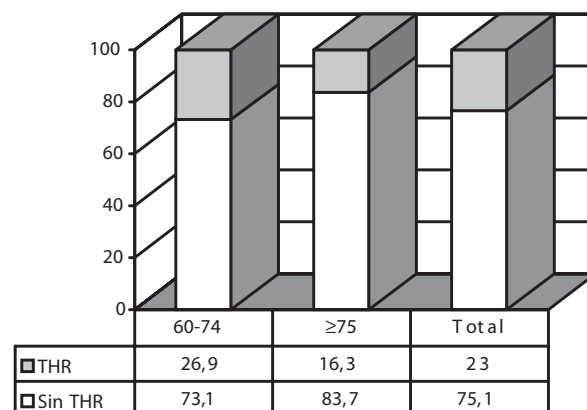
La edad de inicio de la THR en la mitad de los casos fue antes de los 50 años, sin diferencias por grupo de edad (cuadro 6.8).

La proporción de histerectomías fue casi el doble en el grupo de mujeres más jóvenes, las que fueron intervenidas más precozmente (cuadros 6.9 y 6.10).

Hombres

El estudio de las enfermedades propias del sexo masculino se centró en patología y sintomatología prostática. El examen prostático se había efectuado solo en la tercera parte de los casos, con frecuencias similares para ambos grupos de edad (cuadro 6.11).

Figura 6.3. Terapia estrogénica de reemplazo por grupos de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000



$\chi^2 = 10.997$, $p < 0,001$

Una cuarta parte de los entrevistados (24,8%) manifestó tener un chorro de orina débil y pequeño, y 11,6% tenía síntomas de ardor al orinar; no se registraron diferencias entre ambos grupos de edad para estos síntomas.

Una alta proporción de los entrevistados (41,7%) informó orinar frecuentemente durante la noche, cifra similar en ambos grupos de edad; sin embargo, la necesidad de orinar más de tres veces por la noche fue mayor en el grupo de 75 años y más (cuadro 6.12).

Cuadro 6.7. Edad de la última menstruación por grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

	60-64	65-74	≥75	Total
< 50 años	43,1	45,3	32,5	40,8
50 y más años	35,5	34,0	31,3	33,6
NS/NR	21,4	20,7	36,3	25,6

Cuadro 6.8. Edad de inicio de terapia hormonal por grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

	60-64	65-74	≥75	Total
< 50 años	33,5	52,3	51,7	44,3
50 y más años	65,6	47,7	47,8	55,2
NS/NR	0,9	0,0	0,4	0,5

Cuadro 6.9. Histerectomía, por grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

	60-64	65-74	≥75	Total
Útero y ovarios	13,6	11,3	4,8	9,9
Solo útero	1,4	4,6	3,1	3,3
No ha sido operada	84,3	83,1	90,1	85,6
NS/NR	0,7	1,0	2,1	1,3

Cuadro 6.10. Edad de histerectomía, por grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

	60-64	65-74	≥75	Total
< 50 años	40,9	57,2	38,1	48,7
50 y más años	56,9	42,3	55,6	49,3
NS/NR	2,2	0,5	6,3	2,3

Cuadro 6.11. Examen de la próstata por grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Examen de la próstata	60-64	65-74	≥75	Total
Si	28,7	31,0	39,3	32,2
No	71,3	69,0	60,5	64,7
NS	0	0	0,3	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Cuadro 6.12. Necesidad de orinar más de 3 veces por la noche por grupo de edad de los hombres (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Orina frecuente	60-64	65-74	≥75	Total
Si	34,1	42,2	53,4	42,2
No	65,2	57,8	46,0	57,4
NS	0,7	0	0,7	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria registrada en mujeres supera en más del doble a la frecuencia observada en los hombres (cuadro 6.13). Llama la atención que no hay diferencias por grupo de edad en ninguno de los dos sexos.

Caídas

Se observó una mayor frecuencia de caídas en mujeres que en hombres y en ambos sexos la prevalencia aumentó en los grupos de mayor edad (cuadro 6.14).

En consideración a la importancia que tiene la pérdida de masa muscular que ocurre con la edad (sarcopenia) en la génesis de las caídas y subsecuentes fracturas, se efectuó el análisis de caídas según el valor de la fuerza de agarre (dinamometría de mano), usada como aproximación a masa muscular. Se observó una relación significativa, en la que a mayor valor de dinamometría, menor frecuencia de caídas (Pearson $\chi^2 = 33.4372$, $p = 0.015$).

Pérdidas sensoriales

Visión

Los defectos visuales son causa importante de limitación funcional en los adultos mayores, lo cual es espe-

cialmente importante en países en desarrollo, en los que los recursos de prevención y tratamiento son escasos.

Por la alta frecuencia de presbicia en este grupo etario, se preguntó sobre la calidad de la visión de cerca y de lejos (figura 6.4). La disminución de la capacidad del ojo para enfocar de cerca, producto de la edad, se manifiesta habitualmente en casi todas las personas entre los 40 y 45 años y va aumentando gradualmente hasta los 60 a 65 años.

El uso de anteojos para ver de cerca, se registró en casi dos tercios de la muestra, sin diferencias entre hombres y mujeres. Esta situación era más frecuente que el uso de anteojos para ver de lejos, presente en 38% y 49% en hombres y mujeres respectivamente (figura 6.5).

A pesar de la alta prevalencia de defecto para la visión a corta distancia y el bajo costo de su corrección con lentes ópticos, una alta proporción de los entrevistados manifestó mala visión aún con anteojos, y visión regular o mala sin corrección con lentes ópticos. El uso de anteojos en hombres y mujeres, tanto para ver de cerca como de lejos, según la calidad de la visión, se observa en el cuadro 6.15. (Cabe aclarar que tanto en este cuadro como en el de audición, las categorías "excelente", "muy buena" y "buena" se han agrupado en una sola a la que denominamos "buena"). No se observaron diferencias en el uso de anteojos (tanto para ver de cerca como de lejos) entre los grupos de menor y mayor edad. El diagnóstico de glaucoma se registró en 5,8% de los entrevistados.

Cuadro 6.13. Pérdida involuntaria de orina por sexo y grupo de edad %. Gran Santiago, Chile, SABE 2000

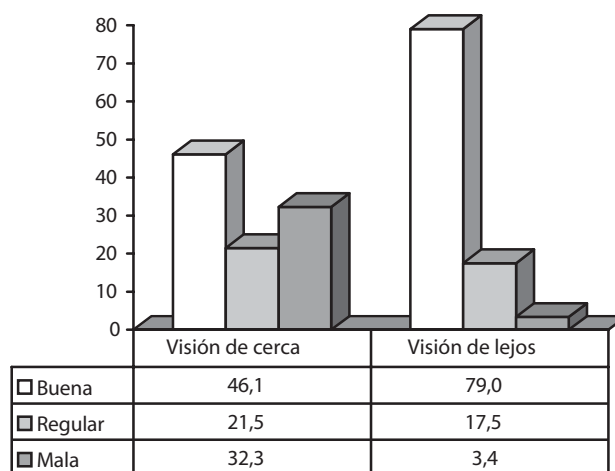
	Hombres			Mujeres			Total
	60-64	65-74	≥75	60-64	65-74	≥75	
Si	9,3	13,1	12,7	23,2	34,6	28,0	22,3
No	90,0	86,6	86,7	76,8	65,4	71,3	77,3
NS/NR	0,7	0,2	0,7	0	0	0,7	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Cuadro 6.14. Caídas en los últimos 12 meses, por sexo y grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

	Hombres			Mujeres			Total
	60-64	65-74	≥75	60-64	65-74	≥75	
Si	24,1	23,0	33,3	32,3	36,9	44,3	33,0
No	75,9	77,0	66,6	67,7	63,1	55,1	66,5
NS/NR	0	0	0,2	0	0	0,7	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Cuadro 6.15. Visión de cerca/lejos y uso de anteojos por sexo (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

	Hombres		Mujeres	
	Anteojos cerca	Anteojos lejos	Anteojos cerca	Anteojos lejos
Buena	78,9	28,0	79	22,1
Regular	18,7	27,9	16,7	31,2
Mala	2,00	44,1	4,3	46,4
NS/NR	0,4	0	0,09	0,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Figura 6.4. Calidad de la visión (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Cuadro 6.17. Estado de salud oral, por sexo y grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

	<i>Hombres</i>			<i>Mujeres</i>			<i>Total</i>
	<i>60-64</i>	<i>65-74</i>	<i>≥75</i>	<i>60-64</i>	<i>65-74</i>	<i>≥75</i>	
Necesita atención	77,5	76,1	64,9	76,3	81,4	74,6	75,5
Saludable	13,0	114,4	24,7	17,1	15,3	13,6	15,7
NR	9,6	9,5	10,4	6,6	3,3	11,9	8,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Cuadro 6.18. Pérdida de piezas dentales por sexo y grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

	<i>Hombres</i>			<i>Mujeres</i>			<i>Total</i>
	<i>60-64</i>	<i>65-74</i>	<i>≥75</i>	<i>60-64</i>	<i>65-74</i>	<i>≥75</i>	
Unas pocas	37,4	29,3	10,6	31,9	27,4	14,8	25,8
La mayoría	57,7	69,3	88,8	66,4	70,8	84,4	72,3
No le faltan	4,9	1,5	0,5	0,4	1,8	0,9	1,6
NS/NR	0	0	0,1	1,4	0	0	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

6.19. Disminución de consumo de alimentos por problemas dentales por sexo y grupo de edad (%) . Gran Santiago, Chile, SABE 2000

	<i>Hombres</i>			<i>Mujeres</i>			<i>Total</i>
	<i>60-64</i>	<i>65-74</i>	<i>≥75</i>	<i>60-64</i>	<i>65-74</i>	<i>≥75</i>	
Si	34,7	35,6	32,3	36,5	31,6	40,0	35,1
nunca	65,3	64,4	65,9	62,2	68,0	57,6	64,0
NS/NR	0	0	1,7	1,4	0,5	2,4	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

REFERENCIAS

- Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ* 1990;54(11):680-687.
- Chumlea WC, Guo SS, Vellas B, Guigoz Y. Techniques of assessing muscle mass and function (sarcopenia) for epidemiological studies of the elderly. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1995;50(Spec No):45-51.
- Fasce E, Perez H, Boggiano G, Lecannelier E. Hypertension in a Chilean urban community. *Rev Chilena de Cardiología* 1992; 11:1-12.
- Fasce E, Perez H, Boggiano G, Ibáñez P, Nieto C. Hypertension in rural communities of the VIII Region in Chile. *Rev Med Chile* 1993;121:1058-1067.
- Pinzón-Pulido SA, Gil-Montoya JA. Validación del Índice de Salud Oral en geriatría. *Rev Española Geriátrica Gerontología* 1999;34:273-282.

CAPÍTULO 7

Nutrición y estilos de vida

En el proceso de envejecimiento se presentan varias condiciones discapacitantes que se hacen más comunes a medida que transcurre la edad. Ellas incluyen enfermedades cardiovasculares tales como hipertensión y enfermedad vascular cerebral (EVC); cáncer; problemas músculo-esqueléticos como artropatías y osteoporosis; enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); problemas degenerativos como pérdida de la visión y la audición, y problemas neuropsiquiátricos como demencia y depresión. Todas estas condiciones pueden ser en gran parte prevenidas o postpuestas mediante de la adopción de estilos de vida saludable.

Las limitaciones funcionales, importantes predictores de discapacidad, morbilidad y mortalidad en el adulto mayor (Verbrugge y Jette, 1994; Reuben *et al.*, 1992), pueden surgir no solo como consecuencia de procesos patológicos sino también como resultado de conductas o factores sociales (Lawrence y Jette, 1996). Ello pone de manifiesto la necesidad de identificar los factores de riesgo para enfermedad y discapacidad que se pueden modificar en este grupo, la mayoría de los cuales son los mismos que se han identificado para los adultos. Por ejemplo, los factores de riesgo que predicen enfermedad coronaria en adultos y adultos jóvenes parecen hacerlo igualmente en adultos mayores. Más aún, se ha observado que la mejoría o corrección de los factores de riesgo cardiovascular en los adultos mayores disminuye su riesgo de enfermar y morir por esta patología (Harris *et al.*, 1997).

En este contexto, los factores de riesgo asociados a estilos de vida poco saludables adquieren especial relevancia. Así, se ha demostrado que los mejores predictores de un envejecimiento saludable son realizar actividad física, no beber en exceso ni fumar, y nutrirse adecuadamente. A continuación abordaremos esta temática, incluyendo los datos sobre factores de riesgo (tabaco y alcohol) y factores determinantes como actividad física, nutrición y dieta.

Tabaco

El tabaquismo es el factor de riesgo modificable más importante para las enfermedades cardiovasculares, tanto en adultos jóvenes como en adultos mayores. Aunque afortunadamente es menos prevalente en adultos mayores, se pueden obtener importantes reducciones en las tasas de EVC y enfermedad coronaria al dejar de fumar. La disminución del riesgo aumenta mientras mayor es el tiempo que transcurre desde la cesación; sin embargo, en plazos muy cortos también se observan algunos beneficios, tal como ocurre con el riesgo de EVC, que disminuye después de dos años de abstinencia y al cabo de cinco años se hace comparable al de quienes nunca fumaron (WHO, 1998).

En la encuesta sobre Calidad de Vida INE/MINSAL (INE, 2000) efectuada en una muestra representativa de todo el país, se encontró que la prevalencia del hábito de fumar en los adultos mayores era un tercio en comparación con la frecuencia en los menores de 15 años. Al igual que en la encuesta SABE, la frecuencia disminuye con la edad y es mucho menor en las mujeres (cuadros 7.1 y 7.2).

En la muestra estudiada en Santiago, la prevalencia global del hábito de fumar fue 12%, muy inferior a la prevalencia nacional en adultos, que sobrepasa 40% (INE, 2000). La frecuencia en el grupo ≥ 75 años fue un tercio de la del grupo de 60-74 años en ambos sexos, aunque la prevalencia en las mujeres fue la mitad que en los hombres. Un tercio de los entrevistados declaró haber dejado de fumar y más de la mitad no había fumado nunca (cuadro 7.3).

Alcohol

El consumo excesivo de alcohol es un importante factor de riesgo de hipertensión, daño hepático, accidentes y violencias, problemas de salud mental y situación

Figura 7.1. Frecuencia de consumo de alcohol (copas/día) de las mujeres que bebieron en los últimos tres meses. Gran Santiago, Chile, SABE 2000

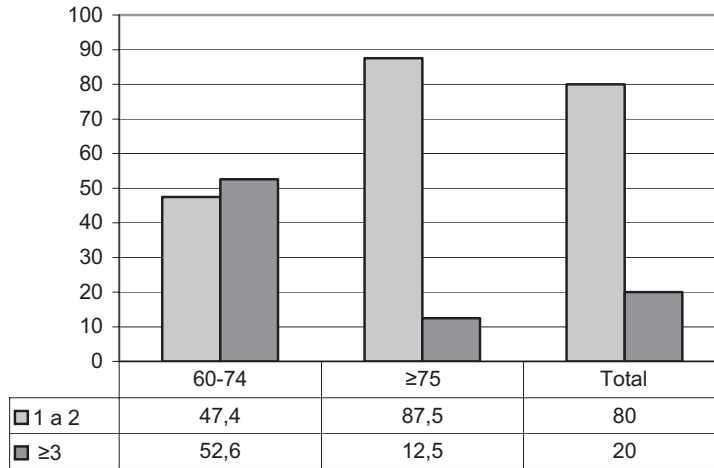
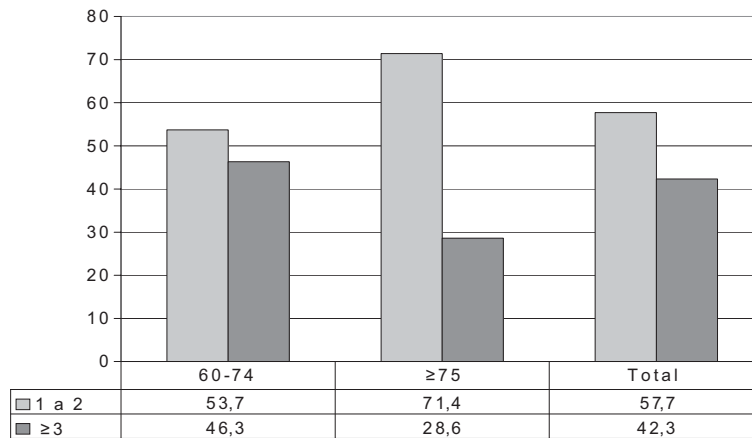


Figura 7.2. Frecuencia de consumo de alcohol (copas/día) de los hombres que bebieron en los últimos tres meses. Gran Santiago, Chile, SABE 2000



Nutrición

Los cambios en la composición corporal son inherentes al envejecimiento. A medida que se envejece, se produce una disminución del agua corporal total y de la masa ósea y muscular, un aumento relativo y redistribución de masa grasa, la cual se acumula en el abdomen.

La reducción de la masa muscular propia del envejecimiento, denominada sarcopenia (Rosenberg, 1995; Meydani, 1991) es la principal causa de la disminución del Gasto Metabólico Basal (GMB), que declina al menos 15% entre la tercera y la octava décadas de la vida. Esta disminución del GMB puede ser aún mayor que la pérdida de músculo que se presenta con el envejecimiento, lo que a su vez puede producir alteraciones en el equilibrio energético.

Las alteraciones en el balance energético, ya sean positivas o negativas, son importantes factores que contribuyen a acelerar la morbilidad y mortalidad en los adultos mayores. El balance energético positivo, que se observa generalmente antes de los 70 años, se asocia con aumento de peso y de adiposidad abdominal y un aumento de enfermedades asociadas a la obesidad, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares (Perry *et al.*, 1997).

A la inversa, el balance energético negativo que se observa en los mayores de 70-75 años lleva a pérdidas de peso inexplicables, sarcopenia, disminución de la capacidad física y discapacidad. La disminución de peso es el factor causal de la pérdida proteica que se produce en los adultos mayores, aún con dietas adecuadas en proteínas, ya que el balance proteico está estrechamente ligado al energético; esto contribuye al fenómeno de

cardiovasculares y diabetes. Un buen indicador de acumulación de grasa abdominal es la circunferencia de cintura, cuyos puntos de corte para riesgo (Lemieux, 1996) han sido ampliamente validados y en las mujeres corresponden a una circunferencia de cintura de 80-87 cm para riesgo moderado y ≥ 88 cm para riesgo severo. En hombres el punto de corte es 94-102 cm para riesgo moderado y ≥ 103 cm para riesgo severo.

7.7. Categorías del IMC (15) por sexo y Total (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Categ.	Hombres	Mujeres	Total
Bajo peso < 23	20,0	18,7	19,2
Normal 23-27,99	38,0	31,4	34,0
Sobrepeso ≥ 28	42,0	49,9	46,7
Total	100,0	100,0	100,0

7.8 Categorías de IMC (15) por sexo y grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Categ. Tufts	Hombres			Mujeres		
	60-64	65-74	≥ 75	60-64	65-74	≥ 75
Bajo peso < 23	13,9	18,0	31,4	11,7	17,2	27,4
Normal 23-27,99	33,0	40,4	40,4	30,5	30,2	34,0
Sobrepeso ≥ 28	53,1	41,6	28,2	57,8	52,6	38,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En el cuadro 7.9 se observa la prevalencia de mujeres en riesgo según valores de circunferencia de cintura en la muestra estudiada y en el cuadro 7.10 se describe la misma situación en hombres. Se observa un elevado porcentaje de mujeres en alto riesgo (66,4%) de las mujeres estudiadas. En los hombres, en concordancia con el menor porcentaje de obesos, la prevalencia de alto riesgo es mucho menor (39,6%) que en las mujeres.

En la encuesta SABE se incluyó la fuerza muscular que, medida a través de la fuerza de agarre con dinamometría de mano, es un buen indicador de la masa muscular. Los valores encontrados concuerdan con la disminución de la masa muscular por el envejecimiento

y con la diferente composición corporal de hombres y mujeres. En el cuadro 7.11 se muestra la distribución de los valores de dinamometría y en el cuadro 7.12 se observan los valores promedio de dinamometría por sexo y grupo de edad; se aprecia la menor fuerza muscular de las mujeres y la disminución de los valores en el grupo de ≥ 75 años en relación al grupo de 60 a 74 años, en ambos sexos.

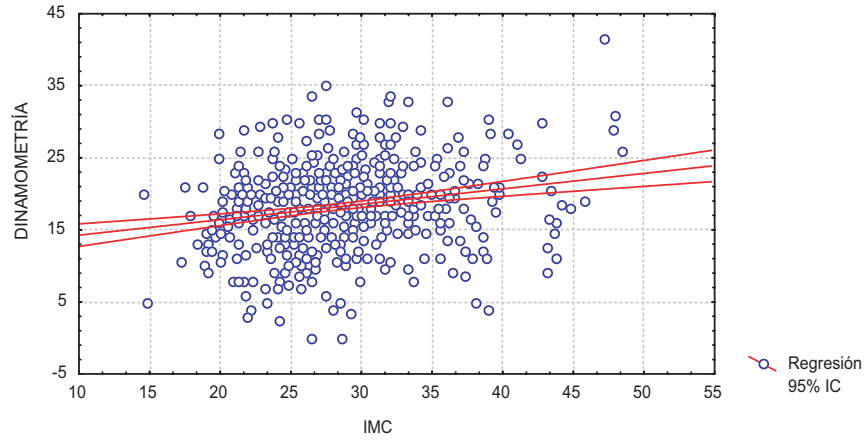
En las figuras 7.3 y 7.4 se observa la correlación entre los valores de dinamometría y el IMC en hombres y mujeres. En ambos casos la correlación fue positiva y significativa, mayor en hombres ($r=0.30$) que en mujeres ($r=0.20$).

Cuadro 7.9. Circunferencia de cintura según grupos de edad en mujeres (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Circunferencia	60-64	65-74	≥ 75	Total
< 80cm	9,0	10,7	13,0	10,5
80-87 cm	24,9	23,2	23,8	23,1
> 88 cm	66,2	66,1	63,2	66,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

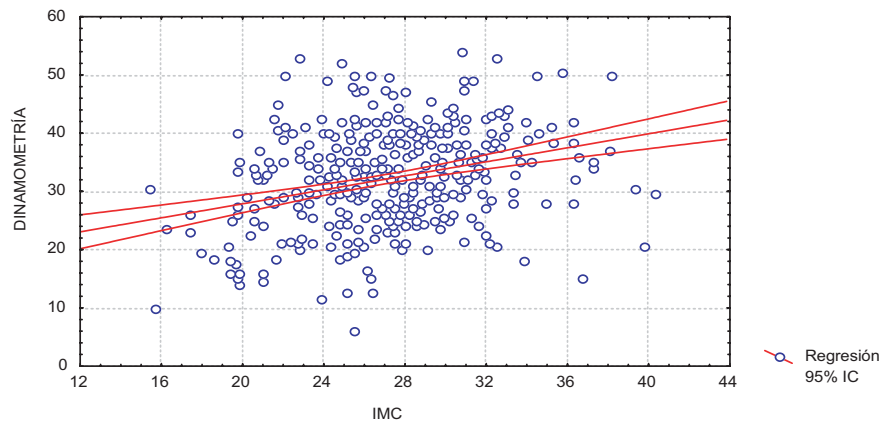
Cuadro 7.10. Circunferencia de cintura según grupos de edad en hombres (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Circunferencia	60-64	65-74	≥ 75	Total
< 94 cm	21,9	20,7	35,8	26,1
94-102 cm	24,8	36,1	35,9	34,3
> 103 cm	45,5	35,7	28,3	39,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0



Dinamometría= 12.119 + .21432 * IMC; r= .20048; p<0,001

**Figura 7.3. Correlación simple IMC vs. dinamometría en hombres.
Gran Santiago, Chile, SABE 2000**



Dinamometría= 15.845 + .60117 * IMC; r= .29833; p<0,001

Cuadro 7.11. Valores de dinamometría. Distribución percentiles.. Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Percentiles	Hombres	Mujeres
1	13	5
5	18	9
10	21	11
25	27	15
50	33	19
75	39	22
90	43	26
95	47	29
99	51	32
Promedio dinamometría	32,80	18,63
Desv. estándar	± 8,61	± 5,88
Nº observaciones	413	807

Cuadro 7.12. Dinamometria de mano por grupo de edad y sexo (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

	Hombres (promedio ± DS)				Mujeres (promedio ± DS)			
	60-64	65-74	≥75	Total	60-64	65-74	≥75	Total
< 10	0	0,1	0	0,05	1,5	2,6	11,1	4,9
10-19	0,9	3,3	6,7	3,3	34,4	38,8	70,2	47,1
20-29	14,2	25,2	46,5	26,9	56,1	54,9	17,2	43,9
30-56	84,9	71,4	46,8	69,7	8,0	3,7	1,5	4,2
Total N	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Hábitos alimentarios

En la encuesta de frecuencia de consumo de alimentos se hizo énfasis en lácteos, frutas y verduras y alimentos proteicos (cuadro 7.13). Se apreció una buena adecuación a las recomendaciones, mejor que la encontrada en una encuesta anterior efectuada en Santiago por Atalah y colaboradores (1998). La mejor adecuación se encontró para alimentos que aportan proteínas, con más de 90% de los entrevistados dentro de lo recomendado.

Actividad física

La actividad física es uno de los factores protectores de mayor importancia en el adulto mayor, ya que influye sobre las principales causas de enfermedad, muerte y discapacidad.

Dentro de los cambios en la composición corporal propios del envejecimiento, la reducción de la masa magra con la pérdida de musculatura esquelética y fuerza muscular, es determinante en la mayor prevalencia de discapacidad en los adultos mayores. La actividad física evita la disminución de habilidad para caminar y moverse; también favorece el mantenimiento de una adecuada

masa muscular y masa ósea, con lo que se previenen la osteoporosis, las caídas y las fracturas subsecuentes.

En Chile, las cifras de sedentarismo son muy altas. Como se observa en el cuadro 7.14 de acuerdo a la Encuesta Calidad de Vida 2000, solo 34,2% de los adultos chilenos realizan actividad física vigorosa (INE, 2000). En 1997 en Valparaíso, la segunda ciudad del país, 93% de las mujeres no hacía ejercicio en su tiempo libre; la prevalencia ascendía a 97% en el grupo socioeconómico bajo (Jadue *et al.*, 1999).

En los adultos mayores las cifras de sedentarismo, aunque elevadas, son menores que en la población adulta; ello se ha logrado a través de programas a nivel comunal que promueven la actividad física en este grupo. En el estudio SABE se encontró que 21% de los entrevistados practicaba al menos tres sesiones semanales de ejercicio físico (cuadro 7.15). Las cifras fueron menores en mujeres y en los grupos de mayor edad.

En suma, de acuerdo con los hallazgos de la encuesta SABE en Santiago, los principales problemas nutricionales del adulto mayor son la obesidad de predominio abdominal, que afecta especialmente a las mujeres, el bajo consumo de lácteos, verduras y frutas, y el elevado sedentarismo, todos ellos importantes factores de riesgo para enfermedades crónicas.

7.13. Consumo de ciertos alimentos por sexo y grupo de edad (%)

	Hombres				Mujeres			
	60-64	65-74	≥75	Total	60-64	65-74	≥75	Total
Lácteos 1 vez/día	65,5	64,2	76,3	67,5	69,8	78,3	82,9	77,4
Huevos y frijoles 1-2 veces/semana	95,0	89,6	88,7	91,2	82,5	84,8	78,0	82,1
Carne, pescado y aves ≥ 3 veces/semana	91,3	92,1	96,6	92,9	95,7	92,6	92,2	93,3
Frutas y verduras ≥2 veces/día	81,7	82,3	88,5	83,6	84,5	90,3	87,5	87,9

Cuadro 7.14. Tipo de actividad física por grupos de edad. Encuesta Nacional INE/MINSAL

Edad (años)/ Tipo actividad física	15-19	20-44	44-64	65-74	≥75	Total
Estoy básicamente sentado, camino poco	16,7	20,4	24,0	41,3	60,1	24,9
Camino bastante pero no realizo ningún esfuerzo vigoroso	47,6	39,7	42,3	41,9	32,9	40,9
Hago esfuerzos vigorosos frecuentemente	12,4	14,0	11,5	7,3	1,5	12,0
Mi actividad es básicamente vigorosa y de mucha actividad	23,4	25,9	22,2	9,5	5,4	22,2
Total	100,0,0	100,0,0	100,0,0	100,0,0	100,0	100,0

Cuadro 7.15. Actividad física (*) por sexo y grupo de edad (%)

	Hombres				Mujeres				Total
	60-64	65-74	≥75	Total	60-64	65-74	≥75	Total	
Si	25,9	30,5	21,6	26,9	21,0	20,6	8,7	17,1	21,0
No	74,1	69,5	78,3	73,1	79,0	79,5	91,1	82,8	78,9
NS/NR	0	0	0,1	0	0	0	0,2	0	0,05
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*(rigurosa 3 o + veces /semana en el último año)

referencias

- Atalah E, Benavides X, Avila L, Barahona S, Cárdenas R. Características alimentarias de adultos mayores de comunas pobres de la Región Metropolitana. *Rev Med Chile* 1998;126(5):489-496.
- Evans W. What is sarcopenia? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1995;50(Special Issue):5-8.
- Harris TB, Savage PJ, Tell GS, Haan M, Kumanyika S, Lynch JC. Carrying the burden of cardiovascular risk in old age: associations of weight and weight change with prevalent cardiovascular disease, risk factors and health status in the Cardiovascular Health Study. *Am J Clin Nutr* 1997;66(4):837-844.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) –Ministerio de Salud (MINSAL), Chile. Encuesta Calidad de Vida 2000. Santiago, Chile: INE-MINSAL; 2000.
- Jadue L, Vega J, Escobar MC, Delgado I, Garrido C, Lastra P, Espejo F, Peruga A. Risk factors for non communicable diseases: Methods and global results of CARMEN program basal survey. *Rev Med Chile* 1999;127(8):1004-1013.
- Joint WHO/Tufts University Consultation on Nutrition Guidelines for the Elderly. Boston, USA, 26-29 May, 1998.
- Lawrence RH, Jette AM. Disentangling the disablement process. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1996;51(4):S173-S182.

- Lemieux S, Prud'homme D, Bouchard C, Tremblay A, Despres JP. A single threshold value of waist girth identifies normal-weight and overweight subjects with excess visceral adipose tissue. *Am J Clin Nutr* 1996;64(5):685-693.
- Meydani SN. Dietary modulation of the immune response in the aged. *AGE* 1991;14:108-115.
- Perry AC, Applegate EB, Allison ML, Miller PC, Signorile JF. Relation between anthropometric measures of fat distribution and cardiovascular risks factors in overweight pre and post menopausal women. *Am J Clin Nutr* 1997;66(4):829-836.
- Reuben DB, Rubenstein LV, Hirsch SH, Hays RD. Value of functional status as a predictor of mortality: results of a prospective study. *Am J Med* 1992;93(6):663-669.
- Roberts SB, Fuss P, Heyman MB, Evans WJ, Tsay R, Rasmussen H, et al. Control of food intake in older men. *JAMA* 1994;272(20):1601-1606.
- Rosenberg IH. Summary comments. *Am J Clin Nutr* 1989;50:1231-1233.
- Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med* 1994;38(1):1-14.
- Vio F, Albala C. Nutrition policy in the Chilean transition. *Public Health Nutr* 2000;3(1): 49-55.
- Visser M, Langlois J, Guralnik JM, Cauley JA, Kronmal RA, Robbins J, et al. High body fatness, but not low fat-free mass, predicts disability in older men and women: the Cardiovascular Health Study. *Am J Clin Nutr* 1998;68(3):584-590.
- World Health Organization (WHO). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO;1997. WHO/NUT/NCD/98.1.
- World Health Organization (WHO). The world health report 1998. Life in the 21st century: A vision for all. Chapter 3. Life across the life span. Ginebra: WHO; 1998.

CAPÍTULO 8

Limitaciones funcionales

La funcionalidad incluye una compleja mezcla de factores fisiológicos, conductuales, cognitivos y sociales. Para el individuo promedio, el envejecimiento se asocia con una declinación de las capacidades funcionales y un aumento de la prevalencia de enfermedades agudas y crónicas. Sin embargo, la investigación gerontológica ha demostrado que las tasas de declinación típicas de las poblaciones modernas no están fisiológicamente determinadas y que los modos de vida saludables pueden retardar el proceso de envejecimiento en forma significativa. La movilidad y la función mental son los elementos que mejor definen la autonomía, la independencia y el contacto social en el adulto mayor.

El deterioro funcional es un indicador pronóstico de discapacidad —con todas las consecuencias que ello significa— y de dependencia de servicios de salud, por lo cual su evaluación adquiere especial relevancia.

Existen dos grandes marcos conceptuales en el campo de la discapacidad: el de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) OMS (WHO, 2001) y el de “limitaciones funcionales” propuesto por Saad Nagi (NAP, 1991 y 1997).

La última revisión de la CIF, publicada en 2001, incorporó importantes modificaciones con respecto a la revisión previa. En el marco de la actual clasificación internacional se pueden diferenciar claramente dos componentes, que pueden ser expresados en términos positivos o negativos. Por tratarse de un cambio mayor de la clasificación anterior, requiere capacitación para su aplicación y correcta clasificación de los desórdenes funcionales.

Parte 1. Funcionalidad e invalidez

- a) Funciones y estructuras corporales (funciones fisiológicas y partes anatómicas).
- b) Actividades y participación (ejecución de tareas y compromiso con una situación de vida).

Parte 2. Factores contextuales

- a) Factores ambientales (físicos, sociales).
- b) Factores personales.

El marco de Nagi tiene cuatro conceptos básicos: patología, discapacidad, limitación funcional e invalidez.

Patología activa. Enfermedad o desorden que interfiere con el proceso normal de un organismo y que lleva a la discapacidad. No solo se refiere a la enfermedad básica, sino puede referirse a conjuntos de síntomas y signos o lesiones que pueden no estar asociadas a la patología de base.

Discapacidad. Una alteración (pérdida o anormalidad) de estructuras o funciones anatómicas, psicológicas, fisiológicas, emocionales o mentales como resultado de una patología subyacente. No todas las discapacidades son limitantes de la funcionalidad ni llevan a la invalidez.

Limitaciones funcionales. Ocurren como resultado de una discapacidad y afectan la habilidad del individuo para ejecutar las tareas y obligaciones habituales y las actividades diarias típicas. Tanto las discapacidades como las limitaciones funcionales involucran la alteración de una función; sin embargo, la diferencia es en el nivel en que se produce la limitación: la limitación funcional se refiere a manifestaciones que involucran al organismo como un todo.

Invalidez. Se refiere más bien al funcionamiento social que al orgánico. Es la discapacidad o limitación para realizar funciones y tareas definidas. Implica patrones de conducta que surgen como resultado de largos períodos de tiempo en que el individuo ha experimentado limitaciones funcionales, en tal grado que no es capaz de asumir el papel de actuación típico de su edad, sexo y ambiente cultural/social.

Ambos marcos teóricos reconocen que la capacidad para realizar determinadas funciones depende no solamente de las características de la persona, sino también, en gran medida, del ambiente físico y el contexto social.

Los niveles básicos de funcionalidad corresponden a las acciones que realiza una persona en forma cotidiana para su propia subsistencia y autocuidado. La capacidad para realizar estas acciones permite al individuo mantener su independencia y permanecer en la comunidad.

Los instrumentos más usados para estudiar la funcionalidad en el adulto mayor son aquellos que miden conjuntos cuantificables de actividades de la vida diaria de diferente nivel de complejidad.

Los grandes estudios poblacionales efectuados en adultos mayores para medir la habilidad para realizar actividades de la vida diaria (ADL por su sigla en inglés: activities of daily living) se basan fundamentalmente en los trabajos de Katz y Akpom (1976), Lawton, y Lawton y Brody (Mc Dowell y Newell, 1996). Katz sugiere específicamente que las ADL pueden dividirse en tres categorías: tareas básicas para el cuidado personal o actividades básicas de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (IADV) y movilidad.

Dentro de las AVD las principales actividades que se miden ¿comunes a prácticamente todas las encuestas efectuadas en adultos mayores? incluyen comer, bañarse, vestirse, trasladarse de la silla a la cama y uso del retrete. Muchas de las encuestas miden además la capacidad para caminar en una habitación pequeña, incluida en la escala de Barthel. La continencia de esfínteres (véase el Capítulo 6), incluida tanto por Katz como por Barthel, habitualmente no se contabiliza dentro de las AVD porque no tiene una relación jerárquica bien definida con las actividades de la vida diaria.

El conjunto de IADV más comúnmente usado en las encuestas poblacionales corresponde a la adaptación de la escala de Lawton and Brody (Mc Dowell y Newell, 1996) efectuada en el cuestionario OARS (Older Americans Resources and Services Questionnaire) (Fillenbaum, 1988). Esta adaptación sirve para ambos géneros, ya que no incluye ciertas actividades efectuadas habitualmente solo por mujeres, como por ejemplo lavar.

Hay una relación jerárquica entre las actividades de la vida diaria y, en general, se tiende a perder primero las más complejas y al final las básicas. En el cuadro 8.1 se ejemplifica este concepto al mostrar, en orden jerárquico, grados de funcionalidad física, desde la menor hasta la mayor limitación, así como ejemplos de escalas de medición.

En este capítulo se abordará el tema de la funcionalidad, medida a través de indicadores de AVD, AIVD y movilidad.

Actividades básicas de la vida diaria (AVD)

Las actividades básicas de la vida diaria (AVD) son las mínimas que se requieren para subsistir en forma independiente. En la encuesta SABE se utilizaron las preguntas contenidas en los instrumentos de Katz y Barthel, cuya validez está probada (Mc Dowell y Newell, 1996) y son de amplia difusión. Se incluyeron preguntas sobre la capacidad para alimentarse, asearse, vestirse, caminar, usar el retrete y controlar los esfínteres, aunque esta última se incluyó en el capítulo 6, por no tener relación jerárquica acotada con las actividades de la vida diaria.

En el cuadro 8.2 se presenta la prevalencia global y por sexo de limitaciones en AVD, en la cual se observa que casi la quinta parte de la población estudiada presenta alguna limitación en AVD y que estas son más frecuentes en mujeres.

En el cuadro 8.3 se observa que la cuarta parte de los entrevistados tenía alguna limitación funcional, situación más frecuente en las mujeres y en los grupos de mayor edad que alcanzaba a casi la mitad de las mujeres mayores de 75 años. Asimismo, el número de AVD comprometidas fue significativamente mayor en el sexo femenino y en los grupos de mayor edad.

Debe destacarse que la habilidad para funcionar sin supervisión, dirección o asistencia personal activa se considera adecuada solamente en aquellas personas que no tienen ninguna limitación funcional en las AVD, por lo cual es especialmente alarmante que casi la mitad de las mujeres de 75 y más años tenga alguna limitación en AVD, como se observa en la figura 8.1.

Cuadro 8.1. Grados de funcionalidad física

<i>Grados de funcionalidad</i>	<i>Tipo de actividad alterada</i>	<i>Instrumentos de medición</i>
Sin limitaciones	independiente	
Limitaciones de movilidad	Movilidad	Limitaciones Nagi (7), Rosow-Breslau (8)
Limitaciones en IADL	Actividades instrumentales básicas (hacer las comida, limpiar la casa)	Lawton & Brody (5), OARS (6).
Limitaciones en ADL	Actividades básicas (vestirse, bañarse)	Katz (4,5), Barthel (5))
Institucionalizado	Dependiente absoluto	

En los cuadros 8.4 y 8.5 se observan las limitaciones específicas de AVD. Las más frecuentes fueron vestirse, bañarse y acostarse, con cifras cercanas a 15%. Cuando se estratifica por género y grupo de edad, se aprecia que todas las AVD comprometidas doblan o triplican su frecuencia en el grupo de mujeres de 75 años y más, lo que en los hombres ocurre solamente con las actividades de bañarse y cruzar un cuarto caminando.

Cuadro 8.2. Limitaciones en AVD por sexo (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

AVD	Hombres	Mujeres	Total
Ninguna	81,6	74,2	80,1
1	6,3	8,2	5,4
2	5,5	7,2	5,8
3 y +	5,5	9,7	8,0
NR	1,1	0,7	0,8
Total	100,0	100,0	100,0

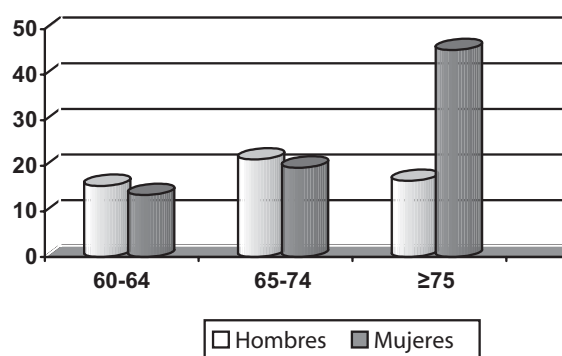
Cuadro 8.3. Presencia de limitaciones en AVD por sexo y grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

AVD	Hombres			Mujeres		
	60-64	65-74	≥75	60-64	65-74	≥75
Ninguna	84,4	78,6	83,3	86,4	80,4	54,6
1	8,1	6,3	3,7	5,5	6,6	12,9
2	2,9	8,6	8,0	3,6	5,8	12,2
3 y +	4,5	4,3	9,2	4,5	6,2	19,3
NR	0,0	2,3	0,7	0	0,9	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Cuadro 8.4. Limitaciones específicas de AVD por sexo y Total (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

AVD	Hombres	Mujeres	Total
Cruzar cuarto caminando	4,2	7,9	6,1
Vestirse	13,7	15,4	13,3
Bañarse	5,4	14,2	10,5
Comer	4,3	6,7	5,6
Acostarse	8,6	15,4	11,1
Usar el baño	3,3	5,7	4,7

Figura 8.1. Limitaciones (≥ 1) en AVD, según género y grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000



Cuadro 8.5. Limitaciones específicas de AVD por sexo y grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

AVD	Hombres			Mujeres		
	60-64	65-74	≥75	60-64	65-74	≥75
Cruzar cuarto caminando	3,8	1,1	10,7	2,3	2,8	20,1
Vestirse	13,9	15,2	10,8	13,9	10,5	27,4
Bañarse	3,2	4,6	10,1	6,0	7,5	30,8
Comer	1,4	6,0	5,2	3,7	5,0	11,9
Acostarse	5,2	10,9	9,3	8,8	12,6	25,3
Usar el baño	4,1	2,4	4,1	2,4	3,5	11,6

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Las AIVD, precisan mayor indemnidad del individuo para ser realizadas y posibilitan que la persona pueda tener una vida social mínima. En la encuesta SABE se utilizó el conjunto de preguntas IADL (por su sigla en inglés, instrumental activities of daily living) del cuestionario OARS. Dentro de ellas se cuentan usar el teléfono, cuidar la casa, salir de compras, preparar la comida, usar medios de transporte, manejar adecuadamente el dinero y ser responsable por sus propios medicamentos.

En los cuadros 8.6 y 8.7 se muestran las limitaciones en AIVD por sexo y grupo de edad. En estos dos cuadros, la alta frecuencia de NS/NR se debe al número de entrevistados que tienen una o más preguntas sin res-

Cuadro 8.6. Limitaciones en AIVD por sexo y Total (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

AIVD	Hombres	Mujeres	Total
Ninguna	39,6	53,4	47,9
1	6,2	6,6	8,8
2	2,9	3,7	5,6
3 y +	8,0	11,8	13,7
NS/NR	43,2	24,5	24,0
Total	100,0	100,0	100,0

Cuadro 8.7. Limitaciones en IADL por sexo y grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

	Hombres			Mujeres		
	60-64	65-74	≥75	60-64	65-74	≥75
Ninguna	47,5	40,7	26,9	70,0	60,9	28,0
1	4,2	4,2	12,6	7,3	9,7	14,8
2	0,8	4,3	3,4	2,7	6,8	112,5
3 y +	8,7	6,0	10,7	9,1	11,6	33,8
NR	38,9	44,8	46,4	11,0	11,1	10,9
Total (n)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Cuadro 8.8. Limitaciones específicas de IAVD por sexo y total (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

	Hombres	Mujeres	Total
Preparar comidas	2,4	7,5	6,1
Manejar dinero	5,9	6,6	6,3
Salir de casa (solo)	9,6	24,5	18,5
Comprar alimentos	2,7	12,7	8,7
Usar el teléfono	8,7	10,3	9,7
Hacer quehaceres ligeros	4,1	14,6	10,4
Hacer uehaceres pesados	5,0	21,2	14,6
Tomar medicamentos	7,5	11,4	9,8

puesta. Se observa que, al igual que para las AVD, la frecuencia de limitaciones es superior en las mujeres en ambos grupos de edad y mucho más frecuentes en los grupos de 75 y más años de ambos sexos.

En los cuadros 8.8 y 8.9 se muestra la prevalencia de limitaciones específicas en las AIVD, de las cuales la más frecuente, tanto en hombres como en mujeres, fue la dificultad para salir solo de su casa. Esta alta frecuencia se debe principalmente al grupo de mujeres de 75 y más años, en el cual casi la mitad manifiesta esta limitación. En las mujeres, la segunda limitación fue realizar quehaceres pesados (30% del grupo de mayores de 75 años), seguida por la administración de medicamentos; en los hombres, en cambio, dentro de las tres primeras causas están el uso del teléfono y tomar los medicamentos, aunque en cifras muy inferiores a las de las mujeres.

Movilidad

La alteración de las acciones de movilidad que corresponden a funcionalidad física avanzada es un buen predictor de limitaciones funcionales mayores en el adulto mayor, si bien no producen una limitación evidente de la autonomía, cuando las funciones afectadas son solo una o dos.

En la encuesta SABE se incluyó una batería de preguntas probadas en el cuestionario OARS, tres preguntas desarrolladas por Nagi (1976) para medir actividad

motora fina y movilidad de la parte alta y baja del cuerpo, y la escala abreviada de tres preguntas de Rosow y Breslau (1996) que incluye subir y bajar escaleras (un piso), caminar 8 cuadras (1/2 milla) y hacer el trabajo pesado de la casa.

En los cuadros 8.10 y 8.11 se observa la frecuencia de dificultad para hacer ciertas actividades físicas. Se aprecia que más de 60% de las mujeres tiene dificultad para agacharse, subir varios pisos y trotar. En los hombres, estas actividades, aunque con cifras menores, son las que presentan mayor frecuencia de limitación. Asimismo, como es de esperar, las limitaciones son más frecuentes en el grupo de mayores de 75 años.

Cuadro 8.9 Limitaciones específicas de IAVD por sexo y grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

IAVD	Hombres			Mujeres		
	60-64	65-74	≥75	60-64	65-74	≥75
Preparar comidas	1,7	2,6	2,7	2,6	5,0	15,4
Manejar dinero	5,7	5,2	7,4	4,0	2,7	14,2
Salir de casa (solo)	7,1	9,1	13,8	11,4	13,6	51,5
Comprar alimentos	2,7	0,9	6,1	7,7	6,6	25,7
Usar el teléfono	6,9	8,8	10,9	5,0	5,0	22,6
Hacer quehaceres ligeros	5,1	1,5	7,3	7,5	11,5	25,3
Hacer quehaceres pesados	6,9	4,2	3,6	10,4	20,4	31,9
Tomar medicamentos	6,7	6,7	10,1	7,9	5,6	22,7

Cuadro 8.10. Dificultad para hacer ciertas actividades por sexo (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

	Hombres	Mujeres	Total
Correr o trotar 1,5 km.	52,9	63,8	59,4
Caminar varias calles	23,0	39,7	33,0
Caminar una calle	8,7	16,5	13,3
Estar sentado dos horas	21,3	35,5	29,8
Levantarse de una silla	30,6	51,1	42,8
Subir varios pisos	44,0	67,0	57,8
Subir un piso	20,5	33,7	28,4
Agacharse	39,9	60,1	52,0
Extender los brazos	10,1	21,4	16,9
Tirar o empujar un objeto grande	17,9	31,2	25,8
Levantar o transportar un peso de 5 kg.	13,0	38,9	28,5
Levantar una moneda desde una mesa	6,2	11,0	9,1

Cuadro 8.11. Dificultad para ejecutar ciertas actividades por grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

	60 – 64 años	65 – 74 años	≥75 años	Total
Correr o trotar 1,5 km.	53,4	58,5	67,4	59,4
Caminar varias calles	25,8	30,3	44,8	33,0
Caminar una calle	9,0	7,6	26,7	13,3
Estar sentado dos horas	26,7	29,1	34,2	29,8
Levantarse de una silla	35,7	43,5	49,5	42,9
Subir varios pisos	51,5	58,2	63,8	57,8
Subir un piso	20,7	24,6	42,5	28,4
Extender los brazos	11,4	15,1	25,5	16,9
Tirar o empujar un objeto grande	21,8	20,7	38,1	25,8

Limitaciones Nagi

Las funciones Nagi evaluadas fueron las tres que generalmente se requieren indemnes para definir una persona funcionalmente sana: agacharse, levantar un peso de 5 Kg y levantar una moneda de una mesa. En el cuadro 8.12 se observa que las tres funciones estudiadas presentan mayor limitación a mayor edad. Asimismo la función de agacharse está limitada en más de la mitad de los ≥ 65 años.

En el cuadro 8.13 se observa la distribución de la muestra estudiada de acuerdo al número de funciones Nagi alteradas. Existe una clara mayor proporción de mujeres con limitaciones en las funciones Nagi y un gradiente de aumento a medida que aumenta la edad en ambos sexos.

Pruebas de movilidad y flexibilidad

El estudio SABE incluyó una serie de pruebas de movilidad y flexibilidad, que han demostrado ser buenos predictores de pérdida de la funcionalidad, aparición de enfermedades, caídas, fracturas y en general disminución de la salud y calidad de vida de los adultos mayores.

En la figura 8.2 se observa que 9% (n=118) de los entrevistados no pudieron realizar estas pruebas, cifra que se triplica en los mayores de 75 años y es más frecuente en las mujeres. En el grupo de 60-74 años esta situación se observó en 40 personas (4,6%) y en los mayores de 75 años, en 78 sujetos (17,6%).

La mayor parte de los sujetos medidos era capaz de efectuar las pruebas, destacándose las acciones "pararse

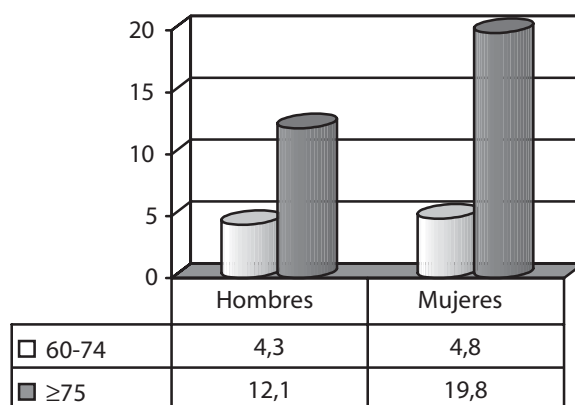
Cuadro 8.12. Limitaciones en Actividades Nagi por grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Grupo de edad/Limitación Nagi	60-64	65-74	≥ 75	Total
Agacharse	44,1	52,0	60,2	52,0
Levantar o transportar un peso de 5 kg.	21,5	23,8	43,3	28,5
Levantar una moneda de una mesa	5,0	8,6	14,1	9,1

Cuadro 8.13 Limitaciones en funciones Nagi por grupo de edad y sexo (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

N° limitaciones	Hombres				Mujeres				Total
	60-64	65-74	≥ 75	Total	60-64	65-74	≥ 75	Total	
Ninguna	62,6	55,2	50,5	56,5	38,6	28,4	18,9	28,3	39,7
1	29,8	29,4	30,2	29,7	32,8	46,0	28,2	37,0	34,1
2	5,4	12,9	13,8	10,7	23,4	21,0	40,5	27,6	20,8
3	1,8	2,4	4,3	2,6	3,7	3,7	9,5	5,5	4,3
NS/NR	0,3	0,1	1,1	0,4	1,5	0,9	3,8	1,7	1,2

Figura 8.2. Incapacidad en pruebas de movilidad y flexibilidad efectivamente medidas, por sexo y grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000



con los pies juntos”, “pararse/sentarse de silla” y “pararse-sentarse 5 veces”, que pudieron ser realizadas por la casi totalidad de los sujetos evaluados.

En el cuadro 8.14 se describe la capacidad para realizar pruebas de flexibilidad y movilidad. Los porcentajes se refieren al grupo en el cual se pudieron efectuar las mediciones, que alcanza a 1.121 personas.

Cuando se define la limitación funcional como la pérdida de 1 ADL y/o 2 IADL y/o 3 Nagi, se observa que la proporción de mujeres con limitación funcional llega a casi un tercio de las entrevistadas y dobla a la cifra de los hombres (figura 8.3).

Desigualdades

Tal como se mostró en los cuadros anteriores, las limitaciones funcionales presentaron una distribución muy desigual respecto a sexo y educación. En las figuras 8.4.a y 8.4.b se observa la probabilidad de tener dos o más limitaciones funcionales en AVD y/o IAVD de acuerdo a género y educación (seis o más años de estudio contra menos de seis años de escolaridad).

Se observa que la probabilidad de tener limitaciones funcionales a medida que transcurre la edad es claramente mayor en las mujeres y en los sujetos con me-

Cuadro 8.14. Capacidad para realizar pruebas de flexibilidad y movilidad por sexo y grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Prueba	Hombres			Mujeres			Total
	60-64	65-74	≥75	60-64	65-74	≥75	
Pararse/sentarse 5 veces de silla	97,8	98,5	99,7	99,6	99,3	96,4	99,6
pararse con los pies juntos	99,0	99,7	100,0	100,0	100,0	96,6	99,1
Pararse con los pies en 1 línea	96,4	89,3	80,4	96,7	90,5	95,2	90,3
Pararse con pie derecho	96,6	94,5	92,4	94,9	87,3	70,9	80,1
Pararse con pie izquierdo	95,5	95,0	90,9	92,1	88,8	73,9	79,8
Recoger lápiz del suelo	94,0	97,1	99,2	97,6	98,1	88,4	94,2

Figura 8.3. Proporción de ancianos con limitación funcional. Gran Santiago, Chile, SABE 2000

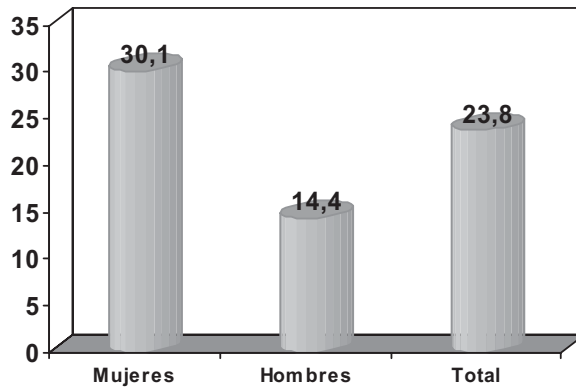
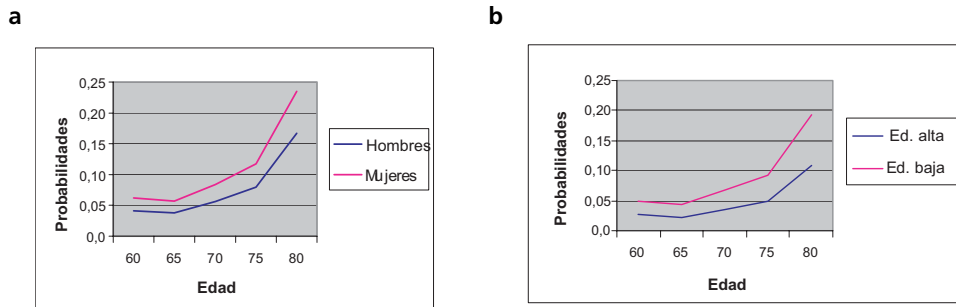


Figura 8.4. Probabilidad de tener dos o más limitaciones funcionales por edad, según sexo (a) y escolaridad (b). Gran Santiago, Chile, SABE 2000



nor nivel de escolaridad. Este último hecho adquiere mayor importancia si se considera que las mujeres del grupo etario estudiado tenían una escolaridad significativamente menor que los hombres, lo que aumenta la desigualdad por sexo.

Autopercepción de la salud y limitaciones funcionales

La presencia de limitaciones en AVD impacta claramente en la autopercepción de la salud, lo que reafirma este último indicador como una buena aproximación al estado real de salud, como se aprecia en el cuadro 8.15.

Las personas que tienen alguna limitación funcional, estiman su salud como no buena en casi tres cuartos de los casos; no obstante, más de la mitad de los que no tienen limitaciones funcionales tienen esta misma opinión.

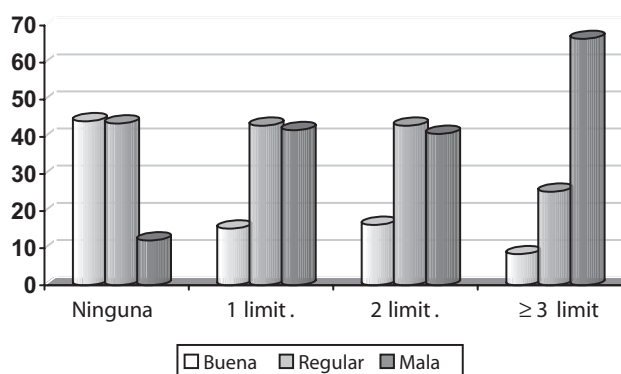
El número de limitaciones funcionales incide claramente en la autopercepción de la salud como se aprecia en la figura 8.5. Cuando se analizan estas dos variables por sexo, llama la atención que la mitad de los hombres y un tercio de las mujeres estiman como buena su salud, a pesar de tener una o más limitaciones en ADL (cuadro 8.16)

En suma, en este capítulo se aprecia la alta tasa de pérdidas funcionales, mayor mientras mayor es la edad, y que afectan en mayor proporción a las mujeres

Cuadro 8.15. Autopercepción de la salud y limitaciones funcionales (AVD) (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Autoevaluación de salud	Sin limitaciones	Con limitaciones	Total
Buena	44,2	12,7	38,2
Regular	43,6	35,5	42,1
Mala	12,1	51,8	19,8

Figura 8.5. Autopercepción de la salud según el número de limitaciones duncionales (AVD) (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000



Cuadro 8.16. Autopercepción de la salud y limitaciones en AVD por sexo (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Autoeval. salud	Hombres AVD con dificultades					Mujeres AVD con dificultades				
	Ninguna	1	2	3 o +	NS/NR	Ninguna	1	2	3 o +	NS/NR
Buena	48,7	33,8	16,8	4,1	54,2	41,0	8,3	16,1	10,1	4,9
Regular	40,3	34,7	49,0	24,3	0	46,2	46,1	39,9	36,6	36,6
Mala	11,1	31,5	34,2	71,7	45,8	12,9	45,6	43,9	58,5	58,5
Total (n)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

REFERENCIAS

Brandt Jr. EN, Pope AM, eds. Enabling America:

Assessing the role of rehabilitation science and engineering. Washington, DC: National Academy Press; 1997. Disponible en: <http://stills.nap.edu/catalog/5799.html>.

Fillenbaum GG. Multidimensional functional assessment of older adults: the Duke Older Americans Resources and Services Program. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

Katz S, Akpom CA. A measure of primary sociobiological functions. Int J Health Serv 1976;6(3):493-508.

McDowell I, Newell C. Measuring health: a guide for rating scales and questionnaires. 2nd edition. New York: Oxford University Press; 1996:47-121.

Nagi SZ. An epidemiology of disability among adults in the United States. Milbank Mem Fund Q Health Soc 1976;54(4):439-467.

Pope AM Tarlov AR, eds. Disability in America: Toward a national agenda for prevention. Washington, DC: National Academy Press; 1991. Disponible en: <http://www.nap.edu/openbook/0309043786/html/>

Rosow I, Breslau N. A Guttman health scale for the aged. J Gerontol 1966;21(4):556-559.

World Health Organization (WHO). ICF International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001.

CAPÍTULO 9

Uso y acceso a servicios de salud

El sistema de salud en Chile está compuesto por un subsector público y otro privado (ISAPRES), con obligaciones en el ámbito de los seguros de salud y de las prestaciones. El Ministerio de Salud regula ambos y supervisa el sistema de seguros privados a través de la superintendencia de ISAPRES.

En el subsector público las acciones de salud se realizan a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), formado por 29 servicios de salud distribuidos a lo largo del país, de los cuales depende una compleja red hospitalaria, consultorios adosados y una red de establecimientos de atención primaria, en su gran mayoría de administración municipal. La red de establecimientos del SNSS está constituida por 383 hospitales y 2.382 establecimientos de atención ambulatoria.

Además de las prestaciones en la red de establecimientos públicos, el sistema público, a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA), permite la consulta de libre elección con médicos inscritos en el sistema, servicio por el cual la persona que cotiza efectúa un copago.

En cuanto al financiamiento del sector salud, además del aporte fiscal, en Chile existe un aporte obligatorio o cotización de 7% de las remuneraciones, el cual se destina al seguro público o privado según lo escoja el usuario; 27% de la población es beneficiaria del sistema de seguro privado.

En este capítulo se presenta el uso de servicios de salud tanto ambulatorios como de hospitalización de los adultos mayores de la muestra SABE.

Uso de servicios de salud ambulatorios

Durante el último año, 89,5% de los adultos mayores entrevistados requirió algún tipo de asistencia médica; esta solicitud de asistencia fue mayor en las mujeres que en los hombres y algo superior en las personas de más edad. Resulta notoria la mayor frecuencia de uso ambulatorio de servicios de salud de las mujeres con respecto a sus pares hombres (cuadro 9.1).

En relación con las causas por las que los entrevistados no asistieron a consulta médica, un alto porcentaje de las personas no declaró un motivo específico; quienes lo hicieron, se concentraron en la falta de tiempo y la mala atención médica en el caso de los hombres, y falta de dinero en el caso de las mujeres. La distancia a los lugares de atención no parece ser un motivo para no consultar, tal como puede observarse en el cuadro 9.2.

En cuanto al lugar donde se realizó dicha consulta y se obtuvo la atención, casi un tercio corresponde a consultorios privados; sin embargo, es necesario destacar que la atención en consultorios privados no necesariamente corresponde a personas no aseguradas o que están ase-

**Cuadro 9.1. Asistencia a Consulta médica en el último año, por sexo y grupo de edad (%).
Gran Santiago, Chile, SABE 2000**

Consulta	Hombres			Mujeres			Total
	60-64	65-74	≥75	60-64	65-74	≥75	
Si asistió	94,8	92,3	94,8	96,5	97,5	98,3	89,5
No asistió	5,2	7,7	5,2	2,8	2,5	1,7	11,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Cuadro 9.4. Persona que brindó la atención en la última consulta por sexo y grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Prestador	Hombres			Mujeres			Total
	60-64	65-75	≥75	60-64	65-74	≥75	
Médico	96,2	96,1	98,1	95,1	96,0	97,1	96,3
Enfermera	0	2,4	1,1	0,4	0	1,1	0,8
Farmacéutico	0	0	0	0	0	0,9	0,2
Curandero	3,8	0	0,9	0	1,7	0	1,0
Otro	0	1,1	0	4,5	1,6	1,0	1,4
NR	0	0,5	0	0	0,7	0	0,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Cuadro 9.5. Lugar de la última consulta por sexo y grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Lugar	Hombres			Mujeres			Total
	60-64	65-75	≥75	60-64	65-74	≥75	
Hosp. Público	18,0	12,1	10,8	16,6	18,3	19,9	16,5
Hosp. FFAA	2,0	5,9	1,3	5,2	0	0,7	2,3
Hosp. privado	1,9	1,7	1,8	1,1	1,7	2,4	1,8
Serv. urgencia	2,7	4,4	0	0	2,3	0,9	1,2
Clin. privada	2,0	3,3	3,7	9,0	6,8	11,5	6,4
Cons. privada	41,0	31,3	23,0	20,2	26,5	28,4	28,5
Centro geriátrico	0	0	4,9	5,3	2,3	2,7	2,3
Cons APS	32,5	41,4	54,5	42,6	42,3	33,4	40,3
NS/NR	0	0	0	0	0	0,2	<0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Acceso a servicios de salud

En el cuadro 9.6 se presenta el tiempo de espera para la consulta y en el cuadro 9.7, la persona que pagó por la última consulta; en este último se muestra que alrededor de un tercio de los entrevistados pagó directamente y en algo más de 10% de los casos, el pago lo realizó la pareja, hijos u otros familiares del adulto mayor. Tanto en los hombres como en las mujeres, la familia paga con más frecuencia en el grupo de mayor edad. El pago lo efectuó una institución de seguridad social en 22,2% de los encuestados; 25,5% fueron atendidos gratuitamente en alguna institución pública, y en 1,7% el pago fue realizado por una institución aseguradora privada.

Uso de hospitales

En el cuadro 9.8 se aprecia que más de 95% de los entrevistados no estuvo hospitalizado durante los últimos cuatro meses y solo 3,4% lo estuvo por una o más noches. Las mujeres fueron hospitalizadas con mayor frecuencia, lo que puede atribuirse a que entre ellas hay personas de mayor edad que entre los hombres; sin em-

bargo, en ambos sexos disminuyó la frecuencia de hospitalización al aumentar la edad

Dos de cada tres hospitalizaciones se realizaron en establecimientos del Sistema de Servicios de Salud, con una frecuencia mayor en los hombres y en el grupo de menos de 75 años (cuadro 9.9). De los hombres mayores de 75 años, 6% se hospitalizó en algún establecimiento de las FFAA y 40% en algún establecimiento del sistema privado. En las mujeres mayores de 64 años la hospitalización en las FFAA es más alta que en los hombres de la misma edad; esta cifra debe corresponder casi en su totalidad a mujeres con pensiones de viudez o cargas de hombres pertenecientes a las FFAA, ya que este tipo de establecimientos otorga atención casi exclusivamente a sus afiliados, en un sistema de tipo cerrado.

Accesibilidad a hospitales

En el cuadro 9.10 se presenta el tiempo que el hospitalizado tardó en llegar al establecimiento donde fue internado. En un porcentaje muy alto fue inferior a una hora; sin embargo, el reducido número de sujetos produce distorsiones en las frecuencias cuando se expresan

A 74,6% de los entrevistados les fue recetado algún medicamento cuando fueron atendidos por algún médico durante los últimos cuatro meses. La mayor frecuencia de prescripción es en el grupo de mujeres de más de 75 años, grupo que concentra a mujeres de mucha edad y que consecuentemente presentan un alto número de patologías que requieren de medicación. En los hombres no hay diferencia por grupo de edad (figura 9.2).

De los entrevistados a quienes se les recetó algún medicamento, 71,6% lo obtuvieron (figura 9.3). El total de los menores de 75 años, en ambos sexos, declaró no haberlos obtenido porque eran caros, mientras que en los mayores de 74 años manifestaron este motivo solo 29,4% de los hombres y 40% de las mujeres. En el grupo de más edad, 9,1% de las mujeres dice que no los obtuvo porque no los cubre su seguro de salud. Un alto porcentaje de los mayores de 74 años (70,6% en los hombres y 49,1% en las mujeres) no especificaron el motivo (cuadro 9.14).

En relación con la compra de las medicinas, 60,2% de los entrevistados pagaron por ellas, de manera más frecuente en el grupo de menos edad y en las mujeres (figura 9.4). En cuanto a la persona que pagó por los medicamentos, la mayor frecuencia corresponde a los propios entrevistados, seguidos de los hijos, quienes tien-

Cuadro 9.12 Motivos por los que los entrevistados dejaron de tomar algún medicamento (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Motivo	%
Por el costo	6,9
La medicina no estaba disponible	0,6
No tenía transporte	0,3
No le gusta tomar medicamentos	4,0
Otro motivo	6,2
No ha dejado de hacerlo	81,6
NS/NR	0,3
Total	100,0

den a aumentar la ayuda a mayor edad de los adultos mayores (cuadro 9.15). El porcentaje de los que no sabían o no respondieron es alta (40%), pero puede especularse que los que no desconocen quién paga por sus medicamentos son personas muy dependientes de otras y estos pagos pueden hacerse con su propio dinero o con el de otras personas de la familia que los ayudan, sin que ellos sepan.

Cuadro 9.13. Razón para dejar de tomar un medicamento por sexo y grupo de edad (%) . Gran Santiago, Chile, SABE 2000

Motivo	Hombres			Mujeres		
	60-64	65-75	≥75	60-64	65-74	≥75
Por el costo	6,8	41,6	20,5	51,0	50,6	31,5
No estaba disponible	0	0	2,2	11,4	2,6	2,6
No tenía transporte	41,4	22,5	19,9	0	4,2	2,3
No le gusta tomar medicinas	51,8	32,2	56,1	16,7	18,7	19,5
Otro	0	3,8	1,3	17,7	23,9	42,3
NS/NR	0	0	0	3,4	0	1,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Figura 9.2. Receta de medicamentos, por sexo y grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000

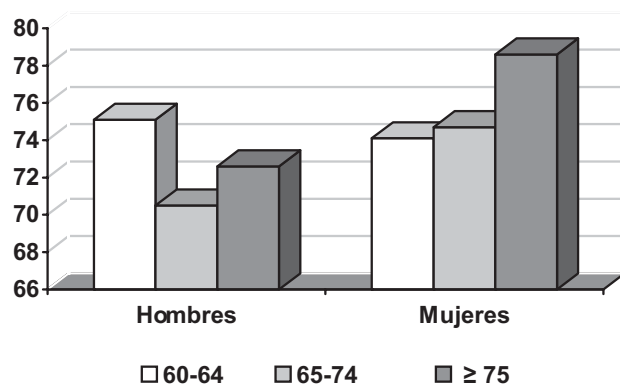
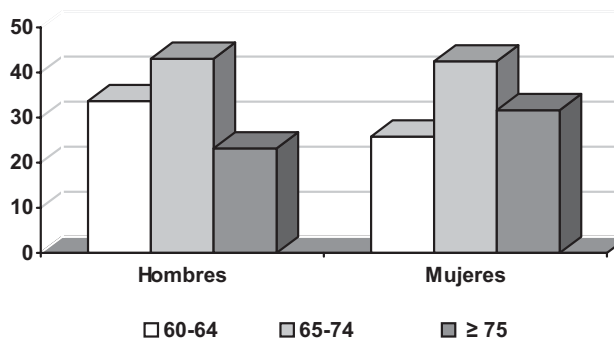


Figura 9.3. Obtención de medicamentos recetados, por sexo y grupo de edad (%). Gran Santiago, Chile, SABE 2000



CAPÍTULO 10

Resumen y conclusiones

El proyecto SABE: Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina

El grupo de adultos mayores en América Latina representa un segmento creciente de la población que está requiriendo y utilizando una proporción cada vez mayor de los recursos de los sistemas de salud.

Sobre la base de esta situación y de la carencia de información relativa al adulto mayor en América Latina, la OPS planteó una investigación multicéntrica denominada Salud, bienestar y envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE), que evalúa las condiciones de salud y bienestar de los adultos mayores en las principales zonas urbanas de siete países de América Latina y el Caribe (Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, México y Uruguay). El estudio SABE está orientado a establecer y evaluar los múltiples elementos que determinan la calidad de vida de los adultos mayores, con el propósito de orientar sobre bases sólidas las políticas y acciones necesarias para el logro del bienestar de este grupo en los próximos años en la Región.

Marco general, aspectos metodológicos y organización del estudio

El estudio SABE Chile es parte del estudio multicéntrico y su propósito es evaluar las condiciones de salud de los adultos mayores en Chile. El área de estudio corresponde al llamado "Gran Santiago" que constituye el núcleo urbano de Chile y concentra a más de 35% de la población del país. Santiago está conformado por 34 divisiones administrativas denominadas comunas y cerca de 300 distritos. De acuerdo con proyecciones postcensales, la población de Santiago en el año 2000 era de 5.485.846 habitantes, en un área de aproximadamente 2.269 km². La población de 60 y más años en el año 2000 era de 563.947.

Durante los meses de octubre a diciembre de 1999, se realizó un registro sistemático de las personas de 60 años y más en Santiago. La muestra fue de tipo probabilístico, en tres etapas, para la cual se seleccionaron inicialmente unidades de muestreo (distritos, manzanas y viviendas) de forma tal que el número de hogares seleccionados fuese proporcional al número total de hogares en cada distrito. Se seleccionó un total de 5.440 viviendas y un número de sujetos potencialmente entrevistables de 1.563. De ellos, se logró contactar a 1.301 para una entrevista general sobre condiciones de salud y calidad de vida. La tasa de respuesta (83%) fue inferior en los hombres. Durante los primeros meses del año 2000 se contactó nuevamente a los participantes y 1.220 sujetos (94%) aceptaron someterse a una evaluación antropométrica. El rango de edad de los sujetos fue de 60 a 99 años. No se realizaron exclusiones por criterios socioeconómicos, hábitos no saludables (por ej., fumar o beber) o uso de medicinas; así, la muestra quedó conformada por un grupo heterogéneo de personas con diferentes condiciones sociales y de salud, representativas de la población del Gran Santiago. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos de la Universidad de Chile.

Para este informe, los datos fueron agrupados de acuerdo a género y edad en grupos de 60 a 64, 65 a 74 años y 75 años y más. Los resultados se procesaron con el programa estadístico Stata 7.0.

Características demográficas y socioeconómicas de la población

Del total de la muestra SABE, 8,9% viven solos: 10,6% de las mujeres y 6,3% de los hombres. En cuanto a la distribución por grupo de edad, los hombres solos se concentran en el grupo de menores de 64 años (7,7%) y las mujeres solas aumentan con la edad. Respecto a la

situación de pareja, solo un tercio de las mujeres vive en pareja, en contraste con dos tercios de los hombres. Esta distribución refleja las diferencias en la esperanza de vida por sexo y el hecho que las mujeres suelen emparejarse con hombres de más edad, que fallecen antes que ellas.

La escolaridad de los entrevistados es más alta en los hombres y más baja en el grupo de mayor edad; 10% de los entrevistados no tenía escolaridad, más de la mitad tenía escolaridad básica incompleta y menos de 10% tenía algún nivel de educación superior. Se declaran incapaces de leer y escribir un recado 15% de los encuestados, cifra significativamente mayor en el nivel socioeconómico (NSE) bajo.

La gran mayoría de los entrevistados viven en casa independiente, propia y ya pagada; 95% de las viviendas cumplen con los estándares considerados de buena calidad. Los baños disponen de agua caliente en tres cuartos de los casos, aunque en proporción significativamente mayor en el NSE alto.

Respecto a situación laboral, 26% de los entrevistados trabajaba en el momento de la entrevista, con una frecuencia significativamente mayor en los hombres.

Características del hogar, la familia y las transferencias intergeneracionales

Del total de entrevistados, 63% tienen al menos una persona que depende de sus ingresos y 16,5% tienen cuatro o más personas dependientes. Esta situación es particularmente grave en los niveles económicos medio y bajo, ya que los ingresos de los adultos mayores, en general, se restringen a magras pensiones o jubilaciones, que deben compartir con el grupo familiar.

Más de 90% de los entrevistados recibe ayuda de alguna fuente. La proporción de mujeres receptoras de apoyo es ligeramente superior a la de hombres, sin diferencias significativas en la recepción de apoyo en función de la edad. Respecto al tipo de ayuda, esta es prioritariamente material (dinero y otros), seguida de apoyo en servicios y, por último, de apoyo emocional (compañía).

Salud mental

Autopercepción de la salud

Los datos obtenidos en el estudio SABE Chile revelan que 38% de los encuestados percibía su salud como buena, muy buena o excelente, 42% la consideraba regular y 20% decía tener mala o muy mala salud.

Demencia

La demencia es la causa más frecuente de deterioro cognitivo en el adulto mayor. Las cifras de demencia au-

mentan con la edad, de tal forma que la prevalencia se dobla cada 5 años de edad después de los 65 años, llegando, a cifras superiores a 35% a la edad de 95 años según datos de estudios internacionales.

Los instrumentos diagnósticos utilizados en la Encuesta SABE fueron una versión abreviada de MMSE (puntaje, 0-19 puntos) y el test de Actividades funcionales de Pfeifer (PFAQ, puntaje 0-33 puntos) aplicado a un informante. Los criterios de detección para deterioro cognitivo fueron un puntaje MMSE < 13 y un puntaje PFAQ > 5.

Los resultados muestran una prevalencia de deterioro cognitivo similar a la descrita para países desarrollados (8-9%), más frecuente a mayor edad y en los sujetos con menos años de escolaridad.

La prevalencia de deterioro cognitivo es mayor en la mujer, lo cual se produce por la interacción de la edad y el menor nivel de escolaridad de la mujer mayor de 60 años. En mujeres, el uso de estrógenos como terapia hormonal de reemplazo, aparece como un factor protector para deterioro cognitivo.

Depresión

El diagnóstico de depresión se efectuó mediante la escala de depresión abreviada de Yesavage, que consta de 15 ítems. De acuerdo con esta escala, el puntaje de 6 o más sugiere depresión y un puntaje superior a 10 sugiere depresión severa.

Los resultados muestran que los síntomas depresivos afectan a la cuarta parte de la población estudiada (24,3%) y no presentan diferencias de género. En la mayoría de los casos, las personas no han sido diagnosticadas ni están en tratamiento. En Santiago, la ciudad con la más alta prevalencia entre las ciudades estudiadas, se asocia significativamente con un nivel socioeconómico bajo.

Salud física

Existe una alta prevalencia de enfermedades crónicas en el grupo estudiado. La hipertensión arterial se registra con mayor frecuencia (en más de la mitad de los entrevistados), seguida por las enfermedades del corazón y las artropatías (ambas afectan a un tercio de los adultos mayores). La diabetes y la enfermedad respiratoria crónica tienen una prevalencia superior a 10%.

En el estudio SABE, la frecuencia de hipertensión, cáncer y artropatías es claramente superior en mujeres, similar en ambos sexos en diabetes y superior en hombres en el caso de enfermedad pulmonar. La hipertensión y la enfermedad pulmonar son más frecuentes en el NSE bajo; en cambio, la prevalencia de las enfermedades cardíacas es mayor en el NSE alto.

La enfermedad percibida como más limitante, tanto por hombres como por mujeres es la artropatía, seguida

por la enfermedad pulmonar crónica. Un tercio de los entrevistados tiene mala visión de cerca y la audición es autopercibida como buena por dos tercios de los entrevistados.

Respecto a salud oral, tres cuartos de los entrevistados tienen una salud oral deficiente, similar para hombres y mujeres y para los grupos de mayor y menor edad estudiados.

Limitaciones funcionales

Para el individuo promedio, el envejecimiento se asocia con una declinación de las capacidades funcionales. El deterioro funcional es un indicador pronóstico de discapacidad y de dependencia de servicios de salud, por lo cual su evaluación adquiere especial relevancia.

En la encuesta SABE la funcionalidad se evaluó a través de instrumentos ampliamente usados en estudios epidemiológicos en adultos mayores. Las actividades básicas de la vida diaria se evaluaron con el Índice de Katz y las modificaciones introducidas en el instrumento de Barthel. Las actividades instrumentales de la vida diaria se midieron con los instrumentos de Lawton & Brody y OARS, y la Movilidad se evaluó mediante las preguntas desarrolladas por S Nagi, la escala abreviada de Rosow Breslau y pruebas de flexibilidad y movilidad.

Los resultados muestran una alta tasa de limitaciones funcionales, que alcanzan a la cuarta parte de la población de este grupo de edad. La frecuencia de limitaciones funcionales aumenta mientras mayor es la edad y afectan en forma especial en las mujeres, quienes presentan una frecuencia mayor significativa en todas las jerarquías de las limitaciones funcionales.

Nutrición y estilos de vida

La actividad física y no fumar se asocian con mayor longevidad y menor riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias, osteoporosis, fracturas, discapacidad y mortalidad.

Los resultados del estudio SABE en Santiago muestran la existencia de importantes diferencias de género en la frecuencia de factores de riesgo para enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición: A excepción del cigarrillo, los factores de riesgo estudiados son significativamente más frecuentes en mujeres, especialmente para obesidad y distribución de grasa corporal.

De acuerdo a nuestros hallazgos, los principales problemas nutricionales del adulto mayor son la obesidad de predominio abdominal, el bajo consumo de lácteos, verduras y frutas, y el elevado sedentarismo, todos ellos importantes factores de riesgo para enfermedades crónicas.

Uso y acceso a servicios de salud

Respecto al uso de servicios de salud y el acceso a ellos, tres cuartas partes de los entrevistados acceden al sistema público y el resto al sistema privado. El sistema público cuenta con un programa del adulto mayor que se centra en la atención primaria. En el último año, casi 90% de los sujetos entrevistados había requerido de atención médica ambulatoria u hospitalaria, con una mayor frecuencia en las mujeres. De los no solicitaron atención médica, los hombres mencionaron como motivo no tener tiempo para hacerlo o se muestran disconformes con la atención, mientras que las mujeres aducen falta de dinero. El acceso a la atención de salud es bastante expedito. Cuando se cobra por alguna prestación médica, generalmente pagan los mismos sujetos.

La frecuencia de prescripción de medicamentos y de uso efectivo de ellos es alta, con más de la mitad de los entrevistados que toman tres o más medicinas diarias. Cuando se agregan los medicamentos homeopáticos, alternativos, suplementos nutricionales o hierbas medicinales, el promedio de medicamentos por entrevistados alcanza siete.

Comentarios finales

- Los resultados evidencian serios problemas de salud y una profunda inequidad social y de género, lo que plantea a la sociedad múltiples desafíos que deben ser enfrentados a la brevedad.
- Las mujeres ancianas tienen menor nivel de educación, de ingresos y de protección en términos de seguridad social.
- La vulnerabilidad de los adultos mayores evidenciada es más grave si se considera que las mujeres viven más, pero en peores condiciones de salud que los hombres, por lo cual se debiera considerar la atención preferencial de las mujeres ancianas. β Los resultados revelan la necesidad de mantener las acciones de prevención y promoción de la salud en este grupo etario.



525 Twenty-third Street, NW
Washington, DC 20037, EUA
www.paho.org

ISBN 92 75 31609 0