

CIPEM

Conocimiento e Investigación en Personas Mayores



SALUD Y PERSONAS MAYORES





CAPÍTULO 4

Salud en Personas Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019

SALUD Y PERSONAS MAYORES

La transición demográfica chilena conlleva profundos cambios en términos sanitarios. El incremento sostenido de la población adulta mayor y la extensión de la esperanza de vida han contribuido en la modificación del perfil epidemiológico de la sociedad. El nuevo perfil se caracteriza por cambios en la prevalencia de enfermedades tanto psicológicas como físicas, pero también en una nueva caracterización del bienestar físico, mental y social.

Frente a este contexto, la Facultad de Gobierno de la Universidad del Desarrollo en conjunto con Caja Los Héroes han creado el Centro de Conocimiento e Investigación en Personas Mayores (CIPEM) con el objetivo de contribuir en el análisis de las consecuencias de este fenómeno para la sociedad y para los adultos mayores, a fin de aportar con el proceso de elaboración de políticas públicas orientadas a un envejecimiento saludable y activo, que se centren en mejorar el bienestar y la calidad de vida, de los actuales y futuros adultos mayores.

El presente capítulo se centra en analizar la evolución de la tasa de mortalidad y de las causas de defunción en la población adulta mayor utilizando información proveniente principalmente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Adicionalmente se proporcionará información detallada de estado de salud físico y mental en personas mayores en Chile utilizando información de la encuesta de Caracterización sociodemográfica (CASEN), la Encuesta Nacional de Salud (ENS) y la Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor (ENCAVIDAM).

Los principales resultados son los siguientes:

- Para el 2050, el 17,7% de la población mundial serán adultos mayores. En Chile, la cifra alcanzará el 24,1% de la población total, siendo el país más envejecido de América Latina.
- La tasa de mortalidad general mundial descendió de 18 a 8 individuos por cada mil habitantes desde 1960 hasta 2017. En Chile, la misma cifra cayó de 13 a 6 por mil habitantes en el mismo periodo y es la quinta más baja de la OECD.
- Durante el periodo de 2010 – 2015, el 60% de las defunciones mundiales correspondían a adultos mayores. En Chile, el 76% de las muertes corresponde a este segmento, situándolo entre los países de América Latina con mayor proporción.
- En 2013, el 14% de las muertes de personas mayores a nivel mundial, fueron causadas por enfermedades isquémicas del corazón, el 7% a enfermedades cerebrovasculares y el 6% a muertes por demencia y enfermedades del Alzheimer, según la Organización Panamericana de Salud.
- 16 por cada 100.000 habitantes fue la tasa de suicidio de la población entre los 70 y 89 años en 2016, llegando a ser la tasa más alta de suicidios en Chile en ese año. Al comparar las cifras entre mujeres y hombres, estos últimos obtuvieron la tasa más elevada, siendo de 39 por 100.000 habitantes en la población de 80 años y más.
- Chile es el país 32 con mayor esperanza de vida saludable al nacer alcanzando los 69.7 años. Para quienes alcanzan los 60 años, la esperanza de vida saludable alcanza



CAPÍTULO 4

Salud en Personas Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019

los 18 años ubicándose entre los 30 primeros del mundo y liderando las estadísticas para Sudamérica.

- La tasa de mortalidad en la población adulta mayor chilena, aumentó de 3,8 en 1997 a 4,5 por 1.000 habitantes en 2016.
- En 2015, el 9% de las muertes en personas mayores, se debió a enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares, en ambos casos la tasa de mortalidad fue de 0,4 por 1.000 habitantes. Por su parte, un 7% de las defunciones se debió a enfermedades hipertensivas, alcanzado una tasa de mortalidad de 0,2 por 1.000 habitantes.
- El 34% de los adultos mayores evaluó con nota 5 su estado de salud y, el 29% con nota menor o igual a 4.
- El 53% de las personas sobre los 60 años se realiza controles por enfermedades crónicas y el 30% se realiza el control preventivo del adulto mayor.
- El 72% de las personas mayores de 60, no tiene ninguna condición permanente, es decir, problemas como la ceguera, sordera y la dificultad física o de movilidad, sin embargo, el 51% de la población de 80 años y más declara sí tenerla.



CAPÍTULO 4

Salud en Personas Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019

1. Introducción

Durante las últimas décadas, Chile se ha visto enfrentado al acelerado envejecimiento de la población. El crecimiento económico, los avances en medicina, el mejoramiento del estado nutricional y la mayor cobertura de los sistemas de salud han contribuido a mejorar la salud de las personas. Las tendencias asociadas a este fenómeno han incidido en el crecimiento y distribución de la población constituyendo sociedades cada vez más envejecidas.

En este contexto, la transición demográfica es acompañada por una transición epidemiológica. Debido a que se modifican los grupos por edad, paralelamente, se alteran los patrones asociados a las enfermedades y las causas de defunción (Szot, 2003, Cepal-Naciones Unidas, 2004, Instituto Nacional de Estadística, 2010).

La transición epidemiológica, contempla dos fases, la fase temprana y la fase tardía.

- I. Fase temprana: Sociedades más jóvenes caracterizadas por altas tasas de natalidad y mortalidad general. Las muertes se concentran en los primeros años de vida y sus causas están asociadas principalmente a enfermedades infecciosas-parasitarias, traumatismos, envenenamiento, violencia, problemas materno-infantiles, entre otras.
- II. Fase tardía: Sociedades más envejecidas caracterizadas por el descenso de las tasas de natalidad, fecundidad y mortalidad. Las muertes se concentran en edades más avanzadas y las causas se asocian primordialmente a enfermedades crónicas no transmisibles, degenerativas, violencia y accidentes traumáticos, entre otras.

Sin embargo, a diferencia de los países más avanzados donde la tasa de mortalidad general ha descendido de manera paulatina; en el caso chileno, el proceso ha evolucionado de manera más acelerada.

Es en este contexto donde surge la necesidad de información detallada de la salud de la población mayor en Chile. El presente capítulo se centra en analizar la evolución de la tasa de mortalidad y de las causas de defunción en la población adulta mayor utilizando información proveniente principalmente de la Organización Panamericana de la Salud. Adicionalmente se proporcionará información detallada de estado de salud físico y mental en personas mayores en Chile utilizando información de la encuesta de Caracterización sociodemográfica (CASEN), la Encuesta Nacional de Salud (ENS) y la Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor (ENCAVIDAM).

El documento se encuentra estructurado en dos secciones. En primera instancia, se analiza el contexto internacional de la evolución de la mortalidad general, las principales causas de defunción y el suicidio en la población adulta mayor. Posteriormente, en segunda instancia, se analiza el contexto nacional de la evolución de la tasa de mortalidad y las causas de defunción en la población adulta mayor, a su vez, se presenta un breve perfil de salud.

CAPÍTULO 4

Salud en Personas
Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019

1. Contexto internacional

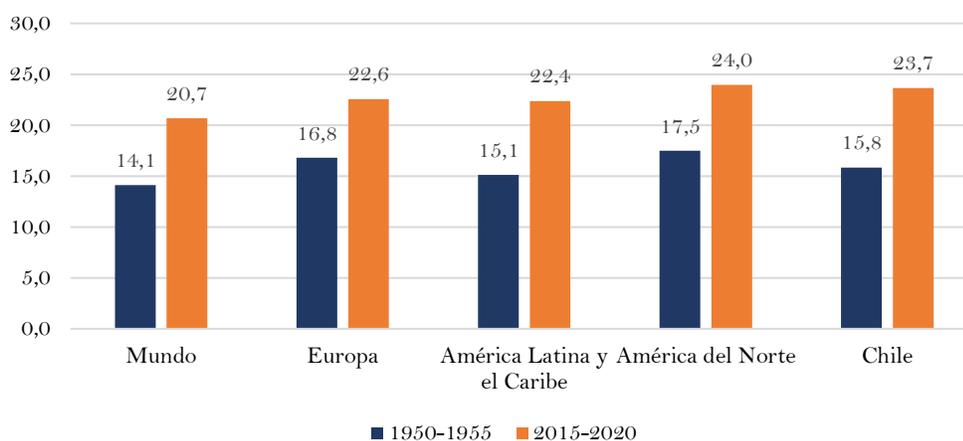
1.1 Esperanza de vida y mortalidad

Uno de los indicadores más utilizados para medir calidad de vida nivel internacional es la esperanza de vida. La esperanza de vida captura la edad proyectada que alcanzará un grupo humano utilizando las tasas de mortalidad correspondientes.

Naciones Unidas no solo reporta la esperanza de vida general de la población (ver capítulo 1), sino también la esperanza de vida a los 60 años. Los resultados muestran que, en el mundo, la población que llegaba a los 60 años en 1950 tenía una esperanza de supervivencia de 14,1 años. Las estimaciones para los presentes cinco años indican que la esperanza aumenta a 20,7 años. En el caso de Chile, esta sobre-esperanza alcanzaba los 15,8 y 23,7 años en 1950 y en 2015, respectivamente.

Las estimaciones sugieren que, en 2050, la esperanza de vida para las personas de 60 años sería 27,7 años en el caso de Chile alcanzando el primer lugar en la región. A nivel mundial, el ranking en 2050 estaría encabezado por Japón con 29.9 años.

Gráfico 1. Esperanza de vida a los 60 años 1950-1955 y 2015-2020



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la División de Población, Naciones Unidas.

En Chile también se contrastan diferencias de género. Un individuo hombre de 60 años tiene una esperanza de vida de 20,97 años. Una mujer en las mismas condiciones tiene una esperanza de vida de 24,61 años. Para alguien comenzando la cuarta edad, las estimaciones sugieren que su esperanza de vida alcanza los 10 años.

La esperanza de vida está intrínsecamente asociada a la mortalidad de los individuos. Los avances reflejados en las cifras anteriores se basan en una tendencia generalizada de reducción en las tasas de mortalidad. De acuerdo con los datos del Banco Mundial, entre los años 1960 y 2017, la tasa de mortalidad descendió de 18 a 8 individuos por cada mil habitantes. A pesar de la importante caída, en la Unión Europea y la OECD no hubo cambios significativos. En el primer caso se mantuvo estable, mientras que,

CAPÍTULO 4

Salud en Personas
Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

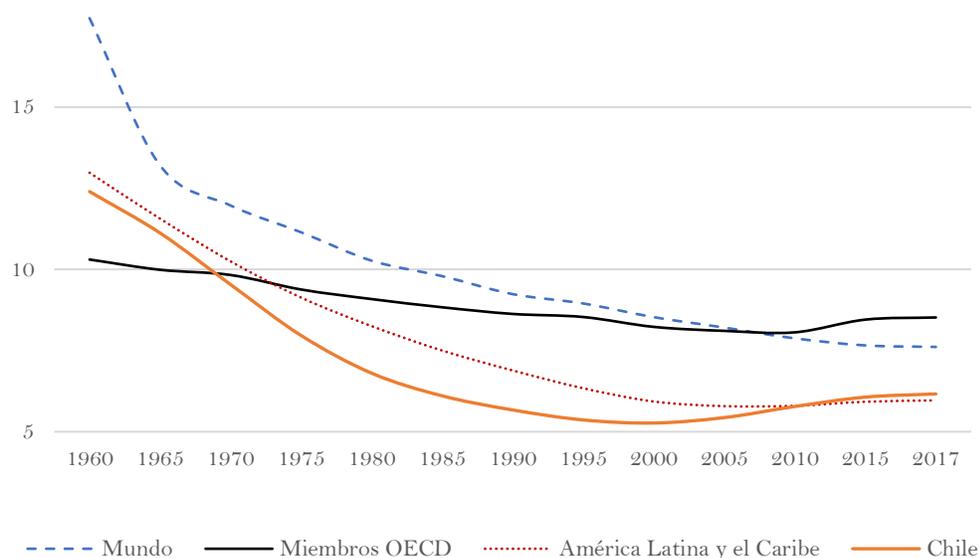
Abril 2019

en el caso de los países miembros de la OECD, el descenso fue solo de 1 punto porcentual.

En el periodo los países menos desarrollados han logrado converger hacia las tasas de mortalidad de las sociedades más avanzadas. En América Latina, la mortalidad cayó a la mitad. En la región, Bolivia evidenció la caída más importante pasando de 24 a 7 fallecidos por cada mil habitantes en el periodo.

Chile siguió la tendencia promedio en Latinoamérica cayendo desde 13 a 6 personas por mil habitantes. De acuerdo con los datos del Banco Mundial, Chile tiene la quinta más baja tasa de mortalidad de la OECD detrás de México, Israel, Corea y Turquía.

Gráfico 2. Evolución de la tasa bruta mortalidad general. Mundial. 1960 – 2017. Por quinquenios (por mil habitantes).



Fuente: Elaboración propia en base a los datos del Banco Mundial 1960 – 2017.

De acuerdo con la información del World Population Prospect, entre los años 1990 – 1995, el 48% de la población mundial fallecida correspondía a adultos mayores, mientras que, para los años 2010 – 2015, la cifra ascendió a un 60%, es decir, un incremento de 12 puntos porcentuales.

Al nivel continental, la mayor concentración en términos porcentuales de adultos mayores fallecidos respecto de la población total fallecida, entre los años 1990 a 2015, se centró en Norte América y Europa, seguido por Oceanía, quienes mantuvieron cifras estables a lo largo del periodo analizado.

Sin embargo, al comparar el crecimiento porcentual para cada uno de los continentes, se observa que Asia y América Latina y el Caribe presentan el mayor crecimiento

CAPÍTULO 4

Salud en Personas
Mayores en Chile

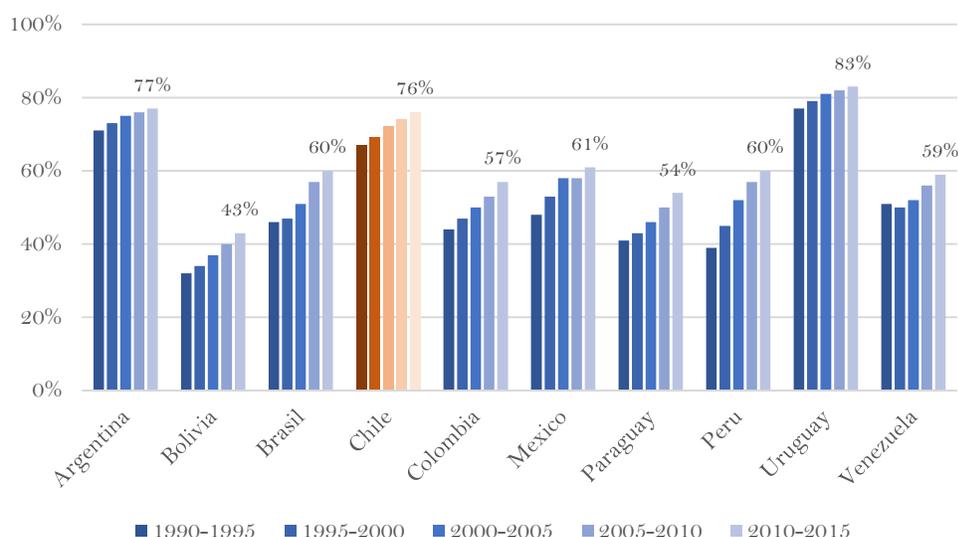
Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019

porcentual. En el caso del primero, pasó de un 46% a un 64%, lo que se traduce en un incremento de 18 puntos porcentuales. En el segundo caso, este pasó de un 48% a un 61%.

En el caso de América Latina, observamos que la mayor concentración en términos porcentuales de adultos mayores fallecidos respecto de la población total fallecida, entre los años 1990 a 2015, se centró principalmente Argentina y Uruguay, seguido por Chile.

Gráfico 3. Porcentaje de la población de 60 años y más fallecida respecto de la población total de fallecidos. Por quinquenios. América Latina. 1990 – 2015.



Fuente: elaboración propia en base a los datos del World Population Prospects 1990 – 2015.

Sin embargo, si comparamos el crecimiento porcentual para cada uno de los países de la región, observamos que en Perú y Brasil es donde se presenta el mayor crecimiento porcentual. Perú, pasó de un 39% a un 60%, es decir, hubo un incremento de 21 puntos porcentuales. Brasil, pasó de un 46% a un 60%, lo que implica un incremento de 14 puntos porcentuales.

Un indicador que combina los fenómenos previamente evaluados es la esperanza de vida sana. A diferencia del indicador crudo de esperanza de vida, este indicador, calculado por la Organización Mundial de la Salud, corrige los años esperados de sobrevivencia por la posibilidad de afrontar condiciones negativas. Los resultados para el año 2016, están disponibles como esperanza de vida general y por sexo.

En términos promedio, Chile es el país 32 con mayor esperanza de vida saludable al nacer alcanzando los 69.7 años. Para quienes alcanzan los 60 años, la esperanza de vida saludable alcanza los 18 años ubicándose entre los 30 primeros del mundo y liderando las estadísticas para Sudamérica. A nivel mundial, la medida es encabezada por Singapur alcanzando los 76.2 y 21.0 años de esperanza de vida, respectivamente.

CAPÍTULO 4

Salud en Personas Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019

Las estadísticas de esperanza de vida saludable a los 60 años para mujeres son lideradas a nivel mundial por Japón (22,9 años) y por Uruguay (19,6 años) en Sudamérica. Chile ocupa el lugar 31 a nivel mundial con 19.3 años. En el caso de los hombres, el líder mundial es Singapur con 19.6 años de esperanza de vida saludable a los 60 años. En Sudamérica, el indicador es liderado por Ecuador en el puesto 30 con 16.9 años de vida saludable. Los hombres de 60 años en Chile tienen una esperanza de vida saludable de 16.5 años que lo ubica en el puesto 35 a nivel mundial. Para más detalle, en los anexos se encuentran los resultados por país.

1.2 Principales causas de defunción de la población adulta mayor

Las estadísticas mundiales reflejan una elevada prevalencia de enfermedades crónicas en la población adulta mayor, la cual aumenta conforme se incrementa la edad.

De acuerdo con el BID, enfermedades como la hipertensión arterial o la diabetes, podría evitarse si estas se descubrieran y se trataran a tiempo. Sin embargo, las cifras para América Latina y el Caribe, evidencian que altas tasas de prevalencia de estas enfermedades inciden en el aumento de porcentaje de personas que padecen enfermedades renales crónicas. A su vez, destaca el incremento de personas que tiene enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer y otras demencias, principalmente sobre los 80 años y en mujeres (Banco Interamericano de Desarrollo, 2018).

Tabla 1. Principales causas de muerte en la población de 60 años y más. 2000 y 2013.

Causa	Porcentaje	
	2000*	2013**
Enfermedades isquémicas del corazón	19.1%	13.9%
Enfermedades cerebrovasculares	9.0%	7.1%
Influenza y neumonía	3.4%	4.2%
Diabetes mellitus	4.4%	5.2%
Enfermedades hipertensivas	2.5%	3.5%
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	5.4%	5.6%
Demencia y enfermedad del Alzheimer	2.9%	6.5%
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	4.9%	4.5%
Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades del corazón	4.1%	3.7%
Otras causas	44.4%	45.7%
Total	100%	100%

Fuente: elaboración propia en base a los datos de la OPS – PAHO 2000- 2013.

** 2000: contempla 41 países de la región. - **2013: contempla 40 países de la región.*

La principal causa de mortalidad en la población adulta mayor a nivel regional son las enfermedades isquémicas del corazón. De acuerdo con los datos de la OPS, en el año 2000, esta representó el 19% de las muertes, mientras que, para el año 2013, descendió a un 14%.

La segunda causa de muerte que predomina entre la población adulta mayor es por enfermedades cerebrovasculares que, al igual que en el caso anterior, presentó un leve descenso, pasando de un 9% en 2000 a un 7% en 2013. Finalmente, la tercera causa

CAPÍTULO 4

Salud en Personas
Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019

más común de muerte fue por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, que presentó un leve aumento, pasando de un 5% en 2000 a un 6% en 2013.

1.3 Suicidio en la población mundial de adultos mayores

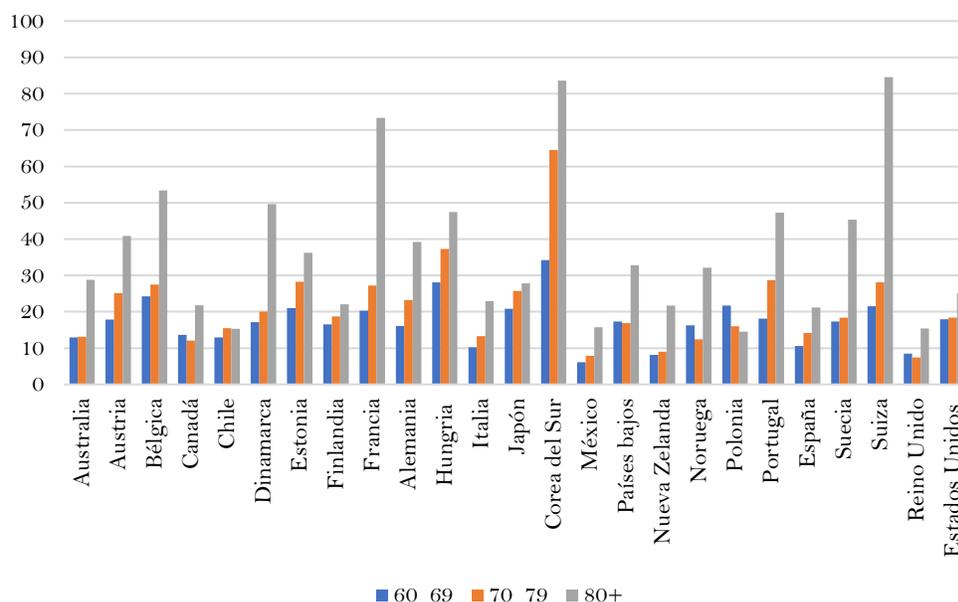
Un factor interesante de evaluar en la salud de los adultos mayores está relacionado con problemas psicológicos. Una aproximación a la evolución de este tipo de enfermedades se relaciona con los patrones de suicidio detectados en las personas de la tercera y cuarta edad.

El suicidio es la consecuencia final de una serie de factores asociados temas tales como factores socioeconómicos, familiares (abandono, maltrato, falta de redes de apoyo), funcionales (físico y/o mental), entre otras que hacen a la persona más propensa (Ribot, Alfonso, Ramos, González, 2012).

Actualmente, el suicidio, se ha convertido en uno de los problemas más importantes a nivel mundial cuya concentración existe principalmente en los segmentos juveniles y en adultos mayores. En este último caso, las tasas más altas de suicidio se encuentran en Europa del Este y el Pacífico Oriental (Valiente, Junco, Padrón, Ramos, Rodríguez, 2018).

A nivel mundial, la mayor tasa de suicidio en la población adulta mayor se concentra principalmente en el segmento de 80 años y más, países como Suiza, Corea del Sur, Francia y Bélgica lideran entre los países miembros de la OECD.

Gráfico 4. Tasa de suicidio estimada por grupo de edad. Población 60 años y más. OECD. 2016 (por 100.000 habitantes)





CAPÍTULO 4

**Salud en Personas
Mayores en Chile**

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019

*Fuente: elaboración propia en base a los datos de la Organización Mundial de la Salud
2016.*

En el caso de América Latina, se presenta una tendencia similar, es decir, la mayor concentración de suicidios se da a partir de los 80 años. En este segmento en particular, lideran con las mayores tasas de suicidio países como Uruguay, Brasil, Argentina y Chile.

CAPÍTULO 4

Salud en Personas
Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

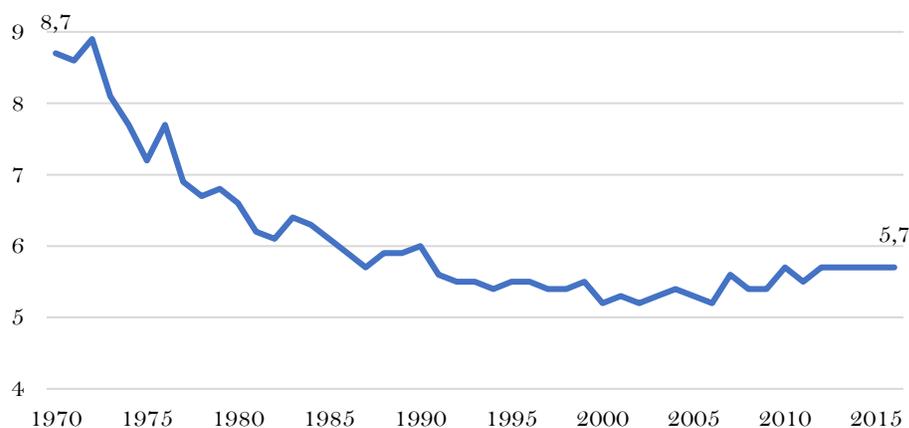
Abril 2019

2. Contexto chileno

2.1 Mortalidad

De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística, se evidencia entre los años 1970 y 2016 un fuerte descenso de la tasa de mortalidad bruta, pasando de 8,7 a 5,7 personas por cada mil habitantes.

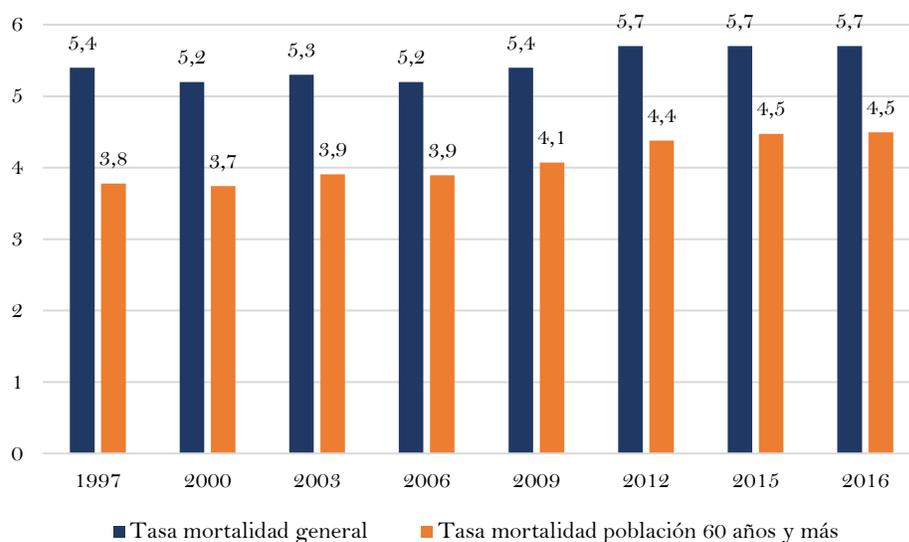
Gráfico 5. Evolución de la tasa de mortalidad general. Población total. 1970 – 2016



Fuente: elaboración propia en base a los datos del INE 1970 – 2016.

A diferencia del descenso existente en la mortalidad bruta general, en el caso de la tasa de mortalidad para la población de 60 años y más, ocurre el fenómeno contrario.

Gráfico 6. Evolución de la tasa de mortalidad en la población de 60 años y más 1997 – 2016 (por 1.000 habitantes)



Fuente: Elaboración propia en base a los datos del INE 1997 – 2016

CAPÍTULO 4

Salud en Personas Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019

En el gráfico se puede observar que en 1997 la tasa de mortalidad para las personas mayores de 60 fue de 3,8, mientras que para el año 2016, fue de 4,5, es decir, un incremento de 0,9 puntos. La razón de este aumento se debe, en parte, a la tendencia demográfica y epidemiológica en que se sitúa el país, que implican no solo un mayor porcentaje de personas mayores, sino que, además, aparecen enfermedades que antes no estaban presente al tener una población más joven (que tiene otro perfil epidemiológico).

2.2 Principales causas de defunción en la población adulta mayor

Para entender la mortalidad es necesario evaluar las principales causales de muerte en la población de 60 años. La división de estadísticas del Ministerio de Salud provee de información clave para entender la evolución de la mortalidad de los adultos mayores entre 1990 y 2016.

La principal causa de muerte de personas mayores en Chile en 1990 era el infarto agudo al miocardio. A nivel nacional, 8,4% de la población fue registrada con dicha causa. Entre los hombres, la cifra se eleva al 9% y cae al 7,7% entre las mujeres concentrándose alrededor de los 79 años.

En 2016, el infarto agudo del miocardio sigue siendo la principal causa de muerte en el país para las personas mayores, explicando el 6,1% de las muertes en Chile, siendo un 56% de ellos, hombres.

Tabla 2. Principales causas de muerte en la población mayor en Chile. 1990-2016

Causas de muerte más importantes personas Mayores 1990	CIE-9	Porcentaje
Infarto agudo de miocardio	410X	8,4%
Otras causas de morbilidad y mortalidad	7999	6,7%
Enfermedad cerebrovascular aguda mal definida	436X	6,4%
Bronconeumonía, organismo sin especificar	485X	6,3%
Tumor del estómago	1519	3,9%
Causas de muerte más importantes personas Mayores 2016	CIE-10	Porcentaje
Infarto agudo de miocardio	I219	6,1%
Cáncer de los bronquios y del pulmón	C349	3,3%
Cáncer del estómago	C169	3,2%
Hipertensión esencial (primaria)	I10X	2,6%
Neumonía	J189	2,6%

Fuente: DEIS, Ministerio de Salud

Debido a las diferencias en la clasificación de enfermedades (CIE) en los periodos analizados, la comparación directa de causas de muerte en la población es compleja.

Sin embargo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) presenta evidencia adicional de las principales causas entre los años 1997 y 2015. Utilizando esta fuente de información se evalúan los principales cambios observados y son descritos a continuación. Adicionalmente, en los anexos es posible encontrar la lista completa de las causas y muerte en 1997 y 2015 por sexo.



CAPÍTULO 4

Salud en Personas Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019

Las dos principales causas de muerte prevalentes en el tiempo estas asociadas a enfermedades isquémicas y cerebrovasculares. El resto de las enfermedades presentan índices menores al 5% en 2015.

- Enfermedades isquémicas del corazón: son la principal causa de muerte entre los adultos mayores, en 1997 representaba el 12% del total de muerte, mientras que, en 2015, disminuyó a un 9%. En cuanto a la tasa de mortalidad bruta, disminuyó de un 0,5 a un 0,4 en 2015.
- Enfermedades cerebrovasculares: son la segunda causa de muerte en la población mayor, pasó de representar un 11% en 1997 a un 9% en 2015. En relación con la tasa de mortalidad bruta de esta causa, se mantuvo constante si comparamos los resultados de 1997 con los de 2015.
- Influenza y neumonía: fueron la tercera causa de muerte entre los años 1997 y 2002, donde representaron el 10% y el 5% respectivamente. Al analizar el periodo completo, observamos que, disminuyó de un 10% en 1997 a un 4% en 2015. Respecto de la tasa de mortalidad bruta, esta disminuyó, pasando de un 0,4 en 1997 a un 0,2 en 2015.
- Tumor maligno del estómago: se mantuvo constante al 4%, si se comparan los años 1997 con el año 2015. En cuanto a la tasa de mortalidad por esta causa, se observa, al comparar los resultados de 1997 con los del 2015, que no hubo cambios, es decir, se mantuvo constante a un 0,2.
- Cirrosis y otras enfermedades del hígado: de igual forma que el caso anterior, se mantuvo constante al 3%, comparando los años 1997 y 2015. Respecto de la tasa de mortalidad bruta, al igual que en el caso anterior, esta se mantuvo constante a un 0,1 al comparar los resultados de 1997 y 2015.
- Diabetes mellitus: durante el año 2003 representó el 5% de las causas de muerte. Si comparamos entre los años 1997 a 2015, podemos observar un leve aumento de un 3% a un 5% respectivamente.
- Enfermedades hipertensivas: fueron la tercera causa de muerte durante los años 2005 y 2010, donde representó el 5% en ambos casos y, también durante el periodo de 2012 a 2015, representando el 5%, el 6%, el 7% y el 7% respectivamente. Al comparar los años 1997 con 2015, se puede observar un leve incremento, pasado de representar un 3% a un 7% en 2015. Para este caso, la tasa de mortalidad bruta presentó un leve incremento, en 1997 fue de 0,1 y en 2015, un 0,3.
- Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores: al igual que en el caso de los tumores malignos del estómago y la cirrosis y otras enfermedades del hígado, esta se mantuvo constante, solo se presencia un leve aumento, es decir, en 1997 representaba el 3% de las causas de muerte en la población adulta mayor y, en 2015 un 4%. En cuanto a la tasa de mortalidad, al comparar los resultados de 1997 y 2015, podemos observar un leve incremento de un 0,1 a un 0,2.
- Demencia y enfermedad del Alzheimer: si se compara entre 1997 y 2015, no existen grandes cambios en términos porcentuales, solo un leve aumento de un 3% a un 4% en 2015. Es importante mencionar que, durante los años 2006, 2008, 2009 y 2011 fue la tercera causa de muerte más importante desde el punto de vista



CAPÍTULO 4

Salud en Personas Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019

porcentual. De igual forma que en el caso anterior, la tasa de mortalidad por esta causa aumentó levemente de un 0,1 a un 0,2 en 2015.

2.2 Suicidio en la población adulta mayor

Otro fenómeno relevante para entender la situación de salud de las personas mayores está relacionado con la tasa de suicidio. Al igual que sucede en el resto de los países del mundo, las mayores tasas de suicidio se concentran en la población de 80 años y más, seguido por aquellos adultos que se encuentran entre los 70 a 79 años.

Adicionalmente, al evaluar las cifras según sexo, podemos observar una gran diferencia entre hombres y mujeres. Esto es una tendencia que se replica en los diferentes tramos de edades, es decir, los hombres tienden a suicidarse más que las mujeres, principalmente a partir de los 70 años.

La principal causa del suicidio es la depresión. En ocasiones, la falta de reconocimiento sea por parte de algún familiar o del médico tratante, la omisión por parte de quien padece la depresión o la falta de recursos para cubrir los tratamientos necesarios, pueden agravar la situación o hacerla pasar por desapercibida complicando otras enfermedades o propiciando la aparición de otras no existentes (Federación Mundial de Salud Mental, 1999).

La encuesta de calidad de vida de la población adulto mayor y la encuesta nacional de salud confirman dicha situación. Según la encuesta nacional de salud, casi el 7% de la población mayor de 60 años tiene prevalencia a la depresión en el último año y el 2% tienen algún tipo de ideación suicida.

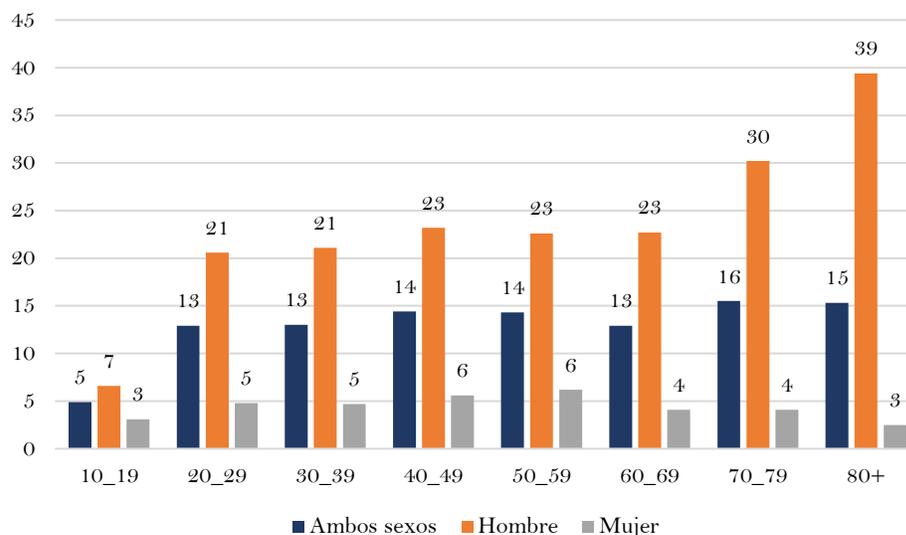
*Gráfico 7. Tasa de suicidio estimada por grupo de edad. Población 60 años y más. 2016
(por 100.000 habitantes)*

CAPÍTULO 4

**Salud en Personas
Mayores en Chile**

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019



Fuente: elaboración propia en base a los datos de la Organización Mundial de la Salud 2016.

La encuesta de calidad de vida del adulto mayor también reporta información relevante para entender esta decisión. Un 20,7% de la población mayor dice haber sido diagnosticado en algún momento con depresión y un 8,1% con crisis de pánico. El 1,9% de la población dice haber sido diagnosticado con Alzheimer que es la forma más común de demencia.

3. Perfil de salud del adulto mayor chileno

3.1 Condiciones permanentes

De acuerdo con las condiciones permanentes, es importante recalcar que esta contempla condiciones como ceguera, sordera, dificultad mental o intelectual, dificultad psiquiátrica, mudez y dificultad física y/o de movilidad que han sido agrupadas en dos grupos: tiene o no tiene alguna condición.

Al observar la población total de adultos mayores, se obtiene que el 72% de estos no presenta ninguna de las anteriores condiciones mencionadas, solo un 26% dice tener alguna de ellas. Si bien, los resultados indican que el porcentaje de personas mayores con condiciones permanentes no es tan elevado, si lo analizamos por grupos de edad, podemos ver que, a partir de los 75 años, comienza a incrementar el porcentaje de personas con alguna de estas, principalmente a partir de los 80, donde un 51% dice presentar al menos una de ellas.

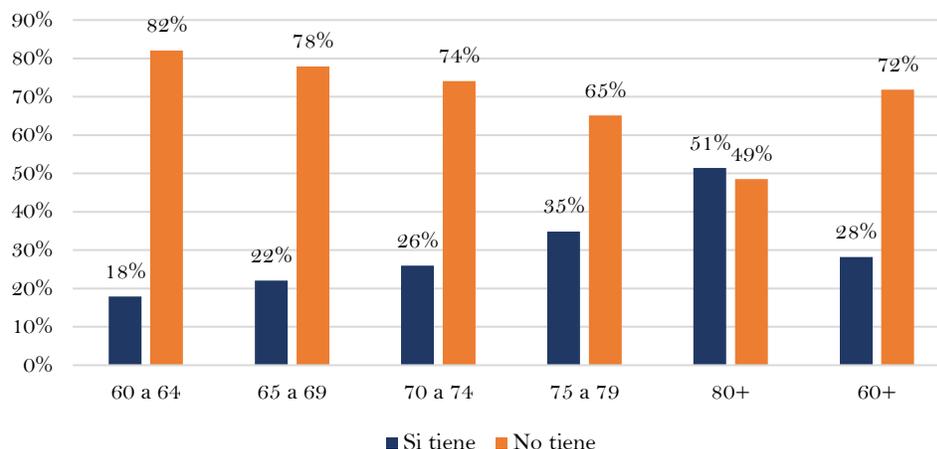
Gráfico 8. Porcentaje de la población de 60 años y más según si tiene o no alguna condición permanente 2017

CAPÍTULO 4

Salud en Personas
Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019



Fuente: elaboración propia en base a datos de la CASEN 2017.

El 18,4% de la población mayor presenta algún tipo de dificultad física y/o de movilidad. Esta cifra se duplica pasados los 80 años. La ceguera y la sordera son las condiciones de largo plazo más extendidas después de la movilidad en torno al 7%. En ambos casos se evidencian aumentos importantes en la cuarta edad. En el caso de la sordera, la incidencia en la cuarta edad es 3,7 veces más fuerte que la observada en la población entre 60 y 70 años.

En el caso de la ceguera, esta aumenta al 12,5% de la población en cuarta edad. Fenómeno consistente con los resultados de las encuestas de calidad de vida que sugiere que un 7,2% de la población en estudio tiene glaucoma y 13,4%, cataratas. La cifra sube a 29,9% y 11,3%, respectivamente, para los mayores de 80 años.

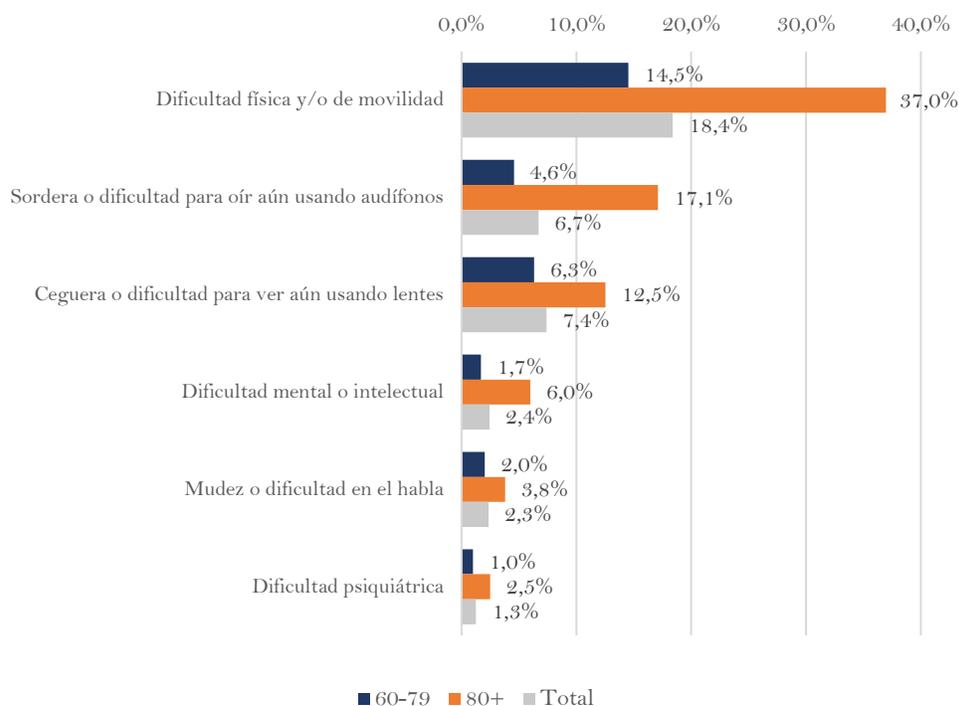
Gráfico 8. Porcentaje de la población de 60 años y más según condición permanente 2017

CAPÍTULO 4

Salud en Personas Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019



Fuente: elaboración propia en base a datos de la CASEN 2017.

3.2 Limitaciones o grado de dificultad

La evidencia sugiere que hay una serie de limitaciones funcionales (motrices, cognitivas, sensoriales) asociadas a la edad y que, en muchos casos, están ligadas principalmente a enfermedades crónicas. De no ser atendidas a tiempo, transforman al adulto mayor en una persona más vulnerable o proclive a tener alguna discapacidad y deban de depender de un tercero (Banco Interamericano de Desarrollo, 2018).

Un 34% de las personas mayores dice tener dificultades para memorizar o recordar. Dicha cifra sube a un 50% en la cuarta edad. En el caso de dificultades para ver, el 34,3% de los mayores de 60 presenta algún tipo de disconformidad. En el caso de la cuarta edad, un 48,8% plantea la misma situación.

En términos generales, se observa que, en su mayoría, los adultos mayores tienen limitación para realizar sus actividades cotidianas, por ende, necesitan de la ayuda de un tercero para hacerlo. Cabe señalar que es importante no olvidar que sobre los 80 años la situación es diferente y, por lo tanto, requiere una mayor atención y cuidado por parte de los sistemas de salud (Banco Interamericano de Desarrollo, 2018).

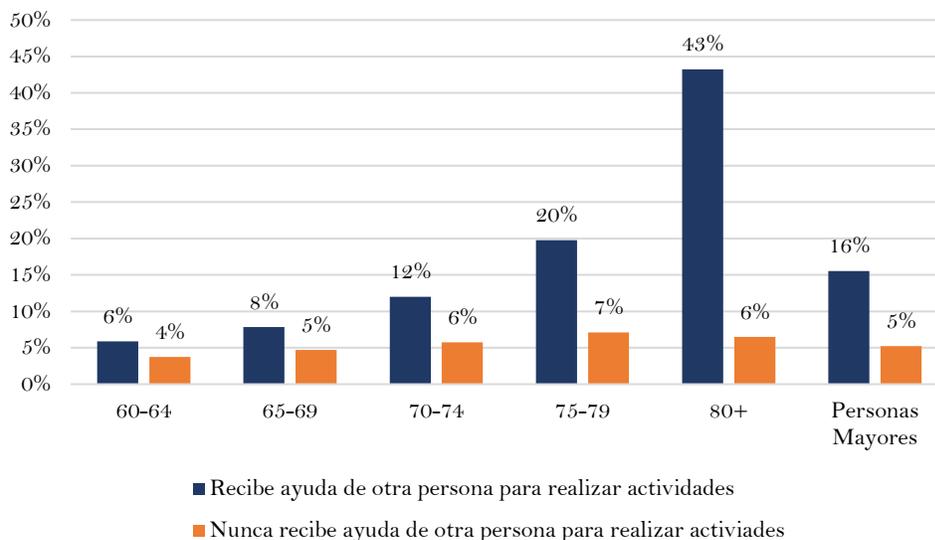
Gráfico 9. Situación de dependencia por grupo de edad. Población 60 años y más con algún tipo de dependencia 2017

CAPÍTULO 4

Salud en Personas
Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019



Fuente: elaboración propia en base a los datos de la CASEN 2017.

Por lo general, la dependencia se genera por la existencia de algún grado de discapacidad. Esta, a su vez, se ve incidida por la presencia de enfermedades crónicas y degenerativas, afectando así, el estado funcional de las personas, comprometiendo su independencia debiendo necesitar la ayuda de terceros (Superintendencia de Salud, 2006).

La encuesta de calidad del adulto mayor complementa dicha información contenida en la siguiente tabla. Un 41% de la población adulto mayor menciona que tiene problemas para subir 2 o más pisos por escaleras sin descansar, un 28,7% que tiene problemas para subir y desplazarse en el transporte público y 25,8% que tienen dificultad para caminar más de una cuadra. En los tres casos la cifra se duplica cuando se compara la población mayor menor de 80 y aquellos en cuarta edad.

Por otro lado, un 13,6% y 14,6% tienen dificultades para levantarse de la cama y vestirse, respectivamente. En estos casos, las diferencias no son tan relevantes entre subgrupos.

CAPÍTULO 4

Salud en Personas
Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019

Tabla 2. Principales dificultades de la población mayor en Chile. 2017

	60-79 años	Cuarta edad	Personas mayores
Dificultad para caminar 1 cuadra	22,5%	45,1%	25,8%
Dificultad para caminar 8 cuadras	35,9%	64,3%	40,0%
Dificultad para subir 2 o más pisos por escaleras sin descansar	36,9%	64,7%	41,0%
Dificultad para subirse y desplazarse en una micro, metro o tren	24,7%	52,0%	28,7%
Dificultad para caminar de un lado a otro de una habitación	9,28%	22,12%	11,3%
Dificultad para bañarse en tina o ducha	8,6%	22,9%	10,7%
Dificultad al comer, por ejemplo, cortar su comida	4,6%	11,5%	5,7%
Dificultad al acostarse y levantarse de la cama	12,9%	17,6%	13,6%
Dificultad para usar el inodoro	7,9%	13,4%	8,7%
Dificultad para vestirse, incluyendo zapatos y calcetines	12,9%	24,3%	14,6%
Usa equipos: bastón, caminador, silla de ruedas u otro	7,5%	40,6%	12,4%

Fuente: elaboración propia en base a datos de la ENCAVIDAM 2017.

Si bien las condiciones descritas no representan una condición permanente, estas tienen dos tipos de implicancia en la salud de los adultos mayores. Por un lado, muchas veces estas dificultades están asociadas a enfermedades como causa y/o consecuencia. Por otro lado, estas dificultades limitan el bienestar general del individuo afectando su salud entendida no solo como la ausencia de enfermedad.

En la misma lógica, la encuesta proporciona información crucial para entender esta situación. Un 51% de los adultos mayores sufre dolor físico regularmente y un 31,7% está calificado como severo.

3.3 Prevalencia de Enfermedades

La presencia de enfermedades juega un rol relevante para entender el estado de salud del adulto mayor. La encuesta de calidad de vida del adulto mayor provee información detallada de algunas de estas situaciones.

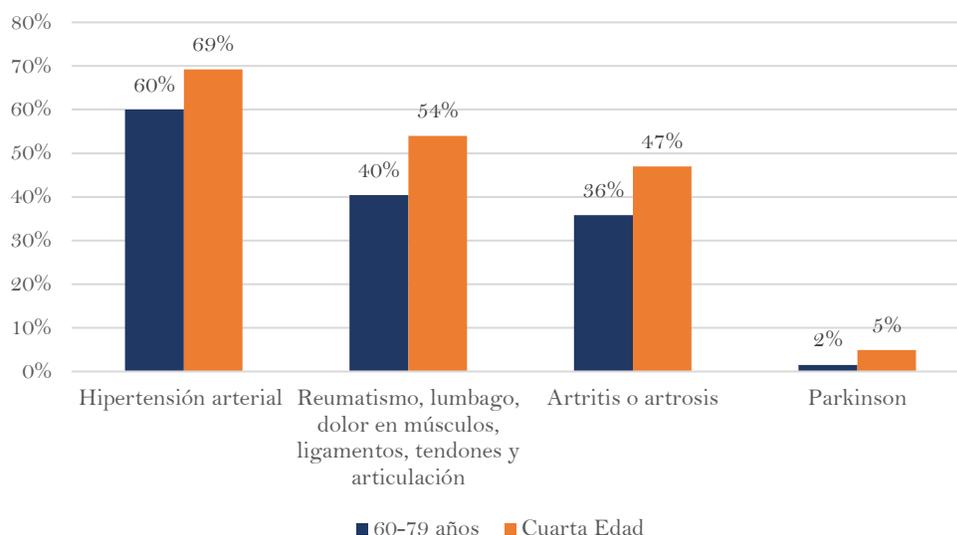
Gráfico 10. Prevalencia de enfermedades población tercera y cuarta edad

CAPÍTULO 4

Salud en Personas Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019



Fuente: elaboración propia en base a los datos de la Encuesta Nacional de Salud.

La hipertensión arterial es una de las situaciones más recurrentes en la población mayor alcanzando el 60% de dicho grupo. Esta se hace incluso más relevante para la población en cuarta edad, alcanzando el 69,2% de la población.

Una de las dolencias más extendidas está relacionada con el reumatismo, lumbago, dolor en músculos, ligamentos, tendones y articulación. Un 40,4% de la población mayor dice sufrir de alguno de estos problemas, cifra que aumenta al 54% en la población de la tercera edad. Relacionado, la artritis o artrosis afecta el 35,8% de la población mayor y el 47% de la población en cuarta edad. La osteoporosis, en cambio, ha sido diagnosticada al 10,6% de la población mayor y la presencia de fracturas al 13% del subgrupo. Por otro lado, el Parkinson alcanza niveles cercanos al 1,5% en los mayores de 60 años y 4,9 en la población mayor de 80 años.

El colesterol y diabetes muestran incidencias importantes en la población mayor. El 33,4% y 28% de la población mayor presentan problemas de colesterol alto y diabetes respectivamente. Sin embargo, dichas cifras son más extendidas en la población entre 60 y 79 años alcanzando el 34,1% u 28,4%.

La presencia de enfermedades respiratorias alcanza una morbilidad del 14,6% y los problemas cardiacos el 15,9%. Es interesante notar que en ambos casos la prevalencia alcanza cifras cercanas al 22% cuando se analiza la cuarta edad.

Las enfermedades renales y el cáncer, por otro lado, afectan al 8,5% y 4,9% de la población mayor. En el primer caso, la cifra se duplica entre la población superior a



CAPÍTULO 4

Salud en Personas Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019

los 80 años. El derrame cerebral o embolia presenta una tasa de un 3,7% en la población mayor. La anemia llega al 5,4% y la esclerosis múltiple del orden del 0,3%.

3.4 Conductas de Riesgo

La encuesta nacional de salud de 2016-2017, plantea ciertas conductas de riesgo relevante en la población analizada. Algunas de esta están descritas a continuación.

1. Consumo de tabaco: el 12,8% de los adultos mayores consume actualmente cigarrillos/tabaco, en comparación al periodo anterior (2009-2010), aumentó levemente en 0,5 puntos porcentuales.
2. Consumo riesgoso de alcohol: el 4,8% de los adultos sobre los 65 años dice haber consumido alcohol durante los últimos 12 meses, en comparación al periodo anterior, aumentó levemente en 0,6 puntos porcentuales. En los hombres el porcentaje fue de 11,1% y en las mujeres fue de 0%. En el caso de los hombres se evidenció un incremento de 2,5 puntos porcentuales respecto de la anterior encuesta (2009-2010).
3. Sedentarismo: el 94% de la población de 65 años y más dice ser sedentaria, al menos en el último mes. La cifra presentó un leve descenso de 2,2 puntos porcentuales.
4. Estado nutricional: el 43,5% de los adultos tiene obesidad, el 41,2% tiene sobrepeso y el 21,7% de la población de 65 años y más tiene un peso normal.
5. Sospecha de hipertensión arterial: el 73,3% de los adultos mayores sospecha tener hipertensión arterial.
6. Sospecha de diabetes mellitus: el 30,6% de los adultos sobre los 65 años cree tener diabetes mellitus. Si se compara con los resultados de la encuesta anterior (2009-2010), se observa un incremento de 4,9 puntos porcentuales.
7. Autoreporte infarto agudo al miocardio: el 10% de las personas mayores de 65 años ha reportado haber sufrido un infarto agudo al miocardio.
8. Autoreporte de ACV o trombosis cerebral: el 8,2% de los adultos mayores declara haber sufrido un ACV o trombosis cerebral.
9. Examen VIH/SIDA: el 7,6% de los adultos sobre los 65 años declara haberse realizado el examen del VIH/SIDA. Esta cifra disminuyó en 6,8 puntos porcentuales en comparación a los resultados de la encuesta en 2009-2010.
10. Salud bucal: el 41,2% de los adultos mayores percibe su salud bucal de manera “muy buena o buena” y el 36,2% la percibe de manera “regular”. El 35,7% de los adultos realizó su última consulta dental hace 1 año o menos y, el 61,3% hace más de 1 años que no ha vuelto a realizar una consulta dental. Además, el 65,8% de los adultos sobre los 65 años dice utilizar una prótesis dental.
11. Tiroides: 5,2% de los adultos mayores tiene hipotiroidismo clínico.
12. Dislipidemia (niveles sanguíneos): el 39,3% de la población adulta mayor tiene prevalencia de colesterol HDL. Mientras que, el 35,4% presenta prevalencia de triglicéridos elevados. Por otra parte, el 70,8% tiene niveles de colesterol menor a 200 mg/dl y el 21,9% tiene entre 200-240 mg/dl. Respecto de los niveles de prevalencia de LDL, el 52% de los adultos sobre los 65 años, alcanza una cifra menor a los 100 mg/dl y un 26,7% entre 100-130 mg/dl.
13. Riesgo cardiovascular: El 65,6% de los adultos mayores tiene un alto riesgo cardiovascular y un 18,1% tiene niveles moderados.

CAPÍTULO 4

Salud en Personas
Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019

3.2 Prestaciones de salud

Respecto a las prestaciones de salud, se puede observar que la población de 60 años y más, en su mayoría, no acude a realizarse alguno de los controles o exámenes señalados en la tabla 3. En este caso, se observa una mayor concurrencia a realizarse exámenes de laboratorio (33%) y atención por medicina general (25%).

Tabla 3. Porcentaje por prestaciones de salud por grupo de edad. Población 60 años y más 2017

Control/examen	60 a 79		80 y más		Personas Mayores	
	Si	No	Si	No	Si	No
Medicina general	24%	76%	30%	70%	25%	75%
Urgencias	12%	88%	17%	83%	13%	87%
Salud mental	3%	97%	2%	98%	3%	97%
Especialidad	16%	84%	18%	82%	16%	84%
Dental	6%	94%	4%	96%	6%	94%
Exámenes de laboratorio	32%	68%	37%	63%	33%	67%
Exámenes rayos X/ecografía	14%	86%	15%	85%	14%	86%

Fuente: elaboración propia en base a los datos de la CASEN 2017.

No obstante, al comparar los segmentos de 60 a 79 y de 80 años y más, podemos observar que, en el caso de la segunda, las personas tienen a acudir en mayor medida a realizarse alguno de estos controles o exámenes, principalmente en el caso de controles por medicina general y exámenes de laboratorio, situación que se replica en el segmento entre los 60 a 79 años.

3.3 Afiliación a sistema previsional

En relación con la afiliación a un sistema previsional de salud, el 85% de la población de 60 años y más, se encuentra afiliada a FONASA. Al observar esta información por sexo, se da cuenta de que el 87% de las mujeres se encuentra afiliada a este sistema, mientras que en el caso de los hombres es de un 80%.

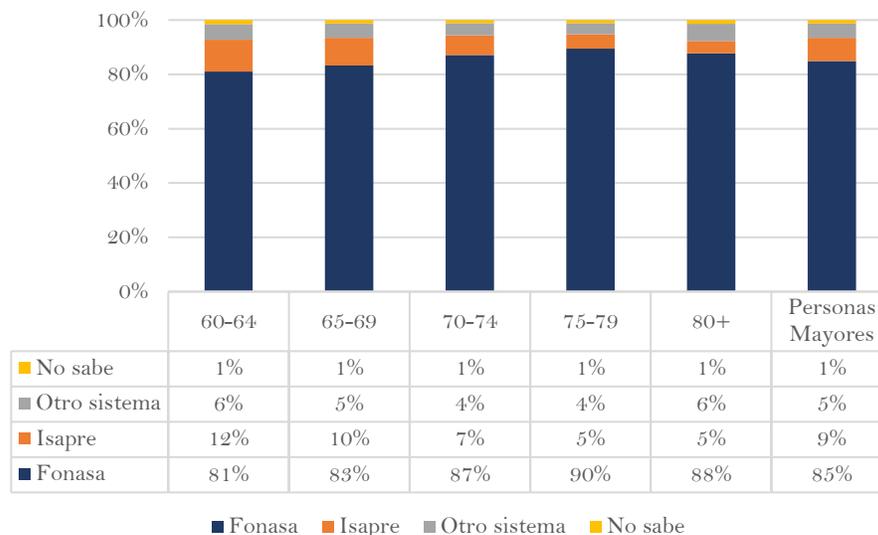
Gráfico 20. Porcentaje afiliación a sistema previsional de salud por grupos de edad. Población 60 años y más 2017

CAPÍTULO 4

Salud en Personas
Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019



Fuente: elaboración propia en base a los datos de la CASEN 2017.

De igual manera que ocurre a nivel de población adulta mayor, si se analiza por grupos de edad, FONASA, sigue siendo el sistema previsional más utilizado por este segmento de la población, principalmente en los segmentos de 75 a 79 y 80 años y más. Al observar, según sexo, se evidencia una mayor presencia de la mujer en FONASA, principalmente a partir de los 75 años.

3.3 Controles médicos

Respecto a los controles médicos, se puede observar la predominancia de dos controles en particular. El primero, guarda relación con las enfermedades crónicas, donde el 53% de la población adulta mayor indica realizarse este examen. En segundo lugar, el control preventivo del adulto mayor, donde el 30% de los adultos, indica habérselo realizado.

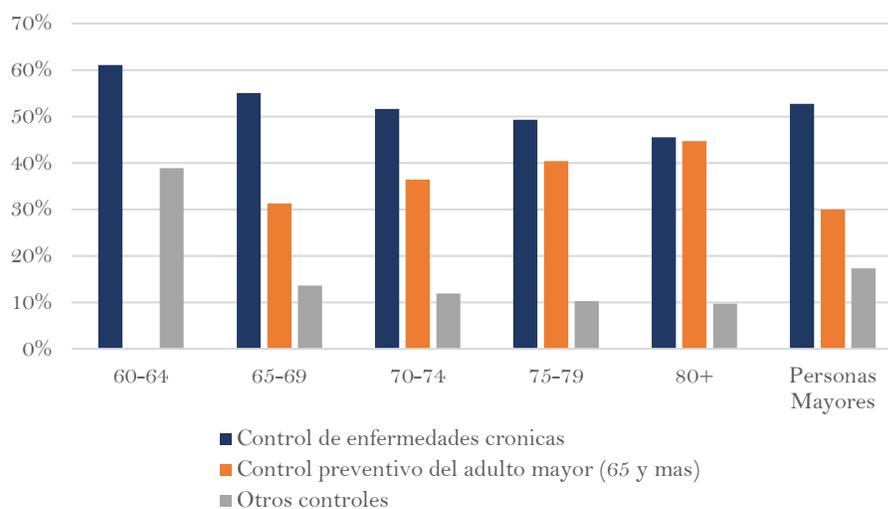
Gráfico 11. Tipo de control según grupo de edad. Población 60 años y más 2017

CAPÍTULO 4

Salud en Personas Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019



Fuente: elaboración propia en base a los datos de la CASEN 2017.

Al analizar la misma información por grupos de edad, podemos ver que, conforme aumenta la edad, el porcentaje de adultos mayores que se realiza el control de enfermedades crónicas va disminuyendo, concentrándose principalmente entre los 60 a 74 años. Mientras que, en el caso del control preventivo del adulto mayor, presenta el efecto contrario, es decir, conforme aumenta la edad, el porcentaje de adultos mayores que se realiza los controles preventivos va aumentando.

4. Propuestas a nivel internacional

A partir de este proceso de envejecimiento por el que pasa el mundo, la Organización Mundial de la Salud propone cinco intervenciones prioritarias en un periodo de cinco años. Estas medidas podrían mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y también de las personas que los rodean.

- Prevención de caídas

Por su edad, los adultos mayores son propensos a caerse y golpearse. De hecho, según la OMS (2012), alrededor de un 30% de las personas mayores de 65 y un 50% mayores de 80 se caen cada año. Esto se puede deber a una gran cantidad de factores que influyen tanto como en el equilibrio, músculos o estructura ósea de las personas mayores. Enfermedades que generalmente surgen con el envejecimiento, como el deterioro de los huesos, afectan la movilidad de los adultos mayores, lo que puede terminar en caídas (World Health Organization, 2012). La OMS propone que los países deben comenzar a utilizar el PRISMA-7 (Program of Research on Integration of Services for the Maintenance of Autonomy), creado por el Centro de Investigaciones de la Universidad de Quebec, el Instituto Universitario Canadiense de Geriátría y la Fundación Canadiense de Investigación de Servicios de Salud. PRISMA-7 consiste en siete preguntas que sirven para determinar el estado de fragilidad del adulto mayor, entiéndase por fragilidad un estado de salud deteriorado tanto físico como mental. Con esta herramienta en mano puede ser más



CAPÍTULO 4

Salud en Personas Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019

fácil identificar a aquellas personas mayores que requieren de asistencia y además brindarle apoyo a las personas que rodean a personas que padecen de condiciones como la demencia (World Health Organization, 2019).

- Promoción de la actividad física

La actividad física es uno de los predictores más fuertes para tener un envejecimiento saludable. No solamente desde el punto de vista de las enfermedades físicas, también desde las enfermedades psicológicas o mentales. El contar con una buena condición física puede influir en reducir el riesgo de caer en depresión, la cual es una enfermedad que afecta alrededor del 7% de los adultos mayores (World Health Organization, 2017), cuyas consecuencias pueden ser devastadoras para el que la padece y para sus cercanos. Por lo tanto, además de la depresión, el ejercicio saludable ayuda a prevenir una gran cantidad de enfermedades y, por ende, se deben impulsar programas que promuevan la actividad física de la población en general pero especialmente en personas de la tercera edad.

- Vacunación contra la influenza en personas mayores y prevención de enfermedades infecciosas en entornos de atención médica

La influenza es una enfermedad que brota como virus epidémico todos los años, por lo que la prevención de ella, por medio de vacunas, se hace prácticamente imperante que las personas mayores sean vacunadas. Si bien la influenza como tal no es una enfermedad letal, puede permitir que otras enfermedades como la neumonía o la bronquitis broten, ocasionando situaciones difíciles de controlar, debido a la edad. Situaciones que pueden llevar a la hospitalización del adulto mayor o incluso a la muerte (World Health Organization, 2012). Los adultos mayores no deben ser las únicas personas de las cuales hay que preocuparse. Todas las personas deben llevar la vacuna contra la influenza, especialmente aquellos que tienen contacto con los adultos mayores, ya sea porque trabajan en un hospital, trabajan en un hogar, realizan voluntariados, son familiares o conocidos. De esta manera se reducirá el riesgo de que un adulto mayor pueda caer en una situación que empeore notablemente su estado de salud.

- Apoyo público a la prestación de cuidados informales con un enfoque en la atención domiciliaria, incluido el cuidado personal

Con el proceso de envejecimiento progresivo por el cual está pasando el mundo, se hace relevante darle espacio y apoyo aquellos que cuidan a los adultos mayores de manera informal, es decir, una familiar que debe cuidar a su padre por variados factores, por ejemplo, enfermedades crónicas o demencia. Pero sin el apoyo de la voluntad pública es difícil lograr llevar a cabo estos cuidados diariamente ya que ocasionar una baja carga laboral, un mayor riesgo de pobreza o incluso pérdidas de trabajo. Se debe prestar más atención y apoyo a aquellos que cuidan de la tercera edad en el país, ya que son ellos los que diariamente se encargan de que los adultos mayores tengan una mejor calidad de vida.

- Capacidad geriátrica y gerontológica entre la fuerza laboral de salud y asistencia social Promover la educación en geriatría en las escuelas médicas, ya sea en formato de pregrado o postgrado, y continuar entrenando y enseñando sobre geriatría a aquellos que trabajan con adultos mayores (World Health Organization, 2012). Sin embargo, también se debe



CAPÍTULO 4

Salud en Personas Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019

concientizar no solamente a las personas que trabajan con personas de la tercera edad, sino que también a las personas en general, ya que se debe promover una cultura de respeto y entendimiento por los adultos mayores (Roqué & Fassio, 2015).

4.1 Experiencia internacional

Japón

Una de sus políticas públicas de salud más conocidas es su fuerte atención a largo plazo. La atención a largo plazo consiste en el apoyo, cuidado y atención de los adultos mayores tanto como las necesidades de salud como las que no. Según proyecciones del 2011 de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), para el 2050 Japón gastaría el 4,4% de su Producto Interno Bruto en atención a largo plazo. Japón se ha encargado de promover y apoyar la profesión de cuidador de adultos mayores, a través de clases y entrenamiento con un mínimo de 130 horas de entrenamiento para poder ejercer.

Reino Unido

Uno de los objetivos del Servicio Nacional de Salud (NHS por su sigla en inglés), es apoyar a un envejecimiento bueno o saludable. Para esto ha tomado las siguientes medidas:

- Replantear la fragilidad como una condición a largo plazo que debe prevenirse, identificarse y manejarse junto con otras condiciones a largo plazo
- Reducir la cantidad de tiempo que alguien pasa con enfermedades, por medio de la identificación temprana y ofreciendo apoyo y autocontrol a través, por ejemplo, un envejecimiento saludable y guías de cuidado saludables
- Apoyando a los servicios públicos a trabajar juntos para apoyar a las personas. Esto incluye visitas seguras y bien realizadas por el servicio de bomberos y rescate, que también trabajan con personas para identificar riesgos comunes de salud y de incendio).
- Identificar y respaldar la implementación de intervenciones de mejores prácticas para etapas clave de fragilidad.
- Promover la búsqueda de casos de fragilidad proactiva (identificar a las personas en riesgo de fragilidad) para orientar las estrategias de prevención entre las personas con mayor riesgo de envejecimiento con múltiples condiciones a largo plazo
- Promover la atención personalizada y la planificación de la atención personalizada que documente las preferencias de las personas y respalde las elecciones sobre aspectos clave de la atención hacia el final de la vida de las personas con fragilidad avanzada

En el Reino Unido, el Departamento de Bomberos, en conjunto con el NHS, la Salud Pública de Inglaterra (PHE, en inglés), la Asociación de Gobiernos Locales y “Age UK”, crearon un programa que incentiva o promueve a los representantes locales y a los bomberos implementar chequeos de seguridad en las casas (NHS England, 2019). Por lo tanto, lo que realizan, son visitas en donde los bomberos se encargan de hacer un chequeo de seguridad de la casa y además se encargan de observar al adulto mayor. Esto sirve no solo para evitar posibles accidentes, sino que también sirve como monitoreo a la fragilidad de las personas de la tercera edad. Por lo tanto, cuando existen casos de adultos mayores



CAPÍTULO 4

Salud en Personas Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019

con malas condiciones de vida, los visitantes pueden luego reportar los hechos a las autoridades locales para que se las medidas necesarias para mejorar la situación.

Alemania

Al igual que en Japón, Alemania presta atención a los cuidadores de los adultos mayores debido al aumento de la demanda acorde al envejecimiento poblacional. Se estima que por cada 100 puestos de trabajo abiertos en el cuidado de ancianos, solo hay 21 solicitantes de empleo. Para incentivar y promover la profesión de cuidado de ancianos, Alemania está mejorando los planes de trabajo, las condiciones de trabajo y el entrenamiento que se le da a las personas. Además, está buscando personas en el extranjero para que cumplan esta función y, por último, está incrementando los salarios como medida principal para atraer a nuevos trabajadores al mercado (Brady, 2018).

Telemedicina

La telemedicina comienza a tener más cabida en un mundo de gran conectividad, es por esto por lo que se debe promover e incentivar a las personas, especialmente a los adultos mayores, quienes padecen de más enfermedades y riesgos de enfermedades, a utilizarla. Según la Quinn, O'Brien y Springan (2018) en un documento de la Asociación Americana de Personas Retiradas (AARP, en inglés), la telemedicina puede tener los siguientes beneficios para los adultos mayores, sus familiares o sus cuidadores:

- Reducir la carga y el costo de los viajes
- Reducir la frecuencia de visitas a las oficinas en persona
- Mejorar el acceso al cuidado y reducir la cantidad de necesidades no satisfechas
- Mejorar la experiencia de atención y satisfacción con la atención
- Aumentar la capacidad de vivir en casa o en la comunidad
- Reducir las hospitalizaciones innecesarias y el cuidado de enfermeras en casa a ancianos
- Costos más bajos debido a menos hospitalizaciones y menos atención en hogares de ancianos
- Proporcionar apoyo continuo, información y educación para adultos mayores y cuidadores familiares
- Reducir el estrés y aumentar el bienestar de los cuidadores familiares

Estos beneficios y muchos más son lo que entrega esta herramienta, por lo tanto, se debe propulsar y promover la utilización de ella para evitar posibles accidentes, tratar accidentes y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores en Chile.



CAPÍTULO 4

Salud en Personas Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019

Conclusión

Lo expuesto a lo largo de este capítulo nos permite comprender cómo los cambios demográficos que enfrenta el país han contribuido no solo al incremento de la población adulta mayor, sino, además, a la alteración de los patrones asociados al perfil epidemiológico chileno.

Atrás ha quedado la tendencia que vinculaba las causas de muertes a enfermedades infecciosas-parasitarias, propias de sociedades compuestas por poblaciones más jóvenes. Actualmente, transitamos hacia un nuevo escenario, caracterizado por la prevalencia de defunciones asociadas a enfermedades crónicas que son características de las sociedades envejecidas. A pesar de que la tasa de mortalidad general presenta un descenso en gran parte los países del mundo, en lo que respecta directamente a la tasa de mortalidad de la población de 60 años y más, presenta un efecto inverso que responde al incremento y extensión de años de vida.

Los resultados obtenidos respecto de las causas de defunción de la población adulta mayor, tanto en Chile como en el mundo, se deben principalmente a enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, influenza y neumonía y, demencia y enfermedades del Alzheimer. Si bien, la reducción de la mortalidad se debe a la aplicación de políticas efectivas de salud, el escenario actual requiere de una adaptación a estas nuevas causas que, permitan una atención oportuna, evitando también, un incremento en los gastos en salud.

En lo que respecta a las elevadas tasas de suicidio en la población adulta mayor, requieren de una mayor atención y, en parte, el maltrato, la violencia y el abandono son elementos propicios para que estos presenten cuadros depresivos y decidan poner fin a su vida porque sus redes de apoyo son inexistentes (no es casualidad de que las más altas tasas de suicidio se den en la población sobre los 80 años y más). Es necesario, a su vez, quebrar con los estigmas y juicios negativos que se tiene de las enfermedades y es urgente que el Estado y la sociedad tome conciencia de la importancia de una atención oportuna y de la importancia de la salud mental.

Del análisis descriptivo del perfil de salud, se concluye que, en primer lugar, la autopercepción de la salud depende en gran medida de la edad. Esto guarda cierta lógica con el proceso natural del envejecimiento, es normal que los adultos mayores, principalmente a partir de los 80 años, sientan que han perdido parte o gran parte de su autonomía física y/o mental. Pero esto no se comporta de manera homogénea en este segmento, puesto que dependen principalmente del estilo de vida y del entorno o factores externos que han incidido en sus etapas previas. En segundo lugar, las cifras reflejan que en los primeros años de la vejez no se presentan grandes limitaciones o condiciones permanentes. Solo a partir de los 80 años, se evidencia un mayor porcentaje de personas mayores que tienen cierto grado de dependencia y requieren de cuidados especiales.



CAPÍTULO 4

Salud en Personas Mayores en Chile

Mauricio Apablaza
Carla Molina
Francisco Guzmán

Abril 2019

Envejecer no debe ser sinónimo de deterioro o carga social, al contrario, debe ser una etapa que debe llevarse en plenitud. Es por esto, que la participación de las personas mayores es fundamental en la toma de decisiones, principalmente en el área de la salud. Las políticas públicas futuras deben apuntar tanto a mejorar el bienestar y estado funcional de la persona, considerando tanto a los actuales como a los futuros adultos mayores del país.

Lamentablemente no existe información detallada sobre un elemento clave de la evaluación del sistema de salud relacionado con la cantidad y formación de especialistas médicos en adultos mayores. Según información oficial hay 104 geriatras en Chile cifra muy inferior a los países más avanzados como Dinamarca donde hay 1.3 geriatras por cada mil habitantes. Actualmente, hay esfuerzos en mejorar la formación y número de especialistas, sin embargo, la focalización de recursos en este proceso debe ser revelada.

Analizar el comportamiento de la tasa de mortalidad y de las causas de defunción en Chile, es fundamental para adoptar las medidas necesarias, de manera eficaz y eficiente, evitando complicaciones futuras. Es necesario apuntar a una reorientación del sistema de salud integral de atención, acceso y cobertura, donde todas las personas puedan acceder de manera temprana a tratamientos, cuidados y servicios que, les permita mantener y mejorar su estado funcional y su autonomía.

Finalmente, es importante dejar de lado el concepto tradicional de la vejez y del envejecimiento, y apuntar hacia el envejecimiento activo y saludable, los cuales se orientan a mejorar las condiciones funcionales, las oportunidades en salud, participación y seguridad fin de mejorar la calidad de vida de estos.

Referencias bibliográficas

- Banco Interamericano de Desarrollo. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*.
- Banco Mundial. (1960-2017). *Banco de Datos - Banco Mundial*. Recuperado el 20 de Mayo de 2019, de <https://databank.bancomundial.org/data/reports.aspx?source=2&series=SP.DYN.CDRT.IN&country=CHL,LCN,WLD>
- Centro de Políticas Públicas UC. (2017). *Adultos Mayores: un activo para Chile*. Santiago.
- Federación Mundial de Salud Mental. (1999). Informe: La salud mental y el envejecimiento. *Psiquiatría Pública*, 169 - 175.
- García, F. (2013). Autopercepción de salud y envejecimiento. *Revista Ciencia e Innovación en Salud*, 69 - 77.
- Gil, M., & Gil, A. I. (2007). Percepción de la salud según sexo y edad. *Revista Ciencias Sociales*, 183 - 195.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2010). *Evolución de la mortalidad en Chile según causas de muerte y edad 1990 - 2007*. Santiago .
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2016). *Chile tabla de vida por método de mortalidad óptima* . Santiago.
- Intituto Nacional de Estadísticas. (1970-2016). *Instituto Nacional de Estadísticas - Demográficas y Vitales*. Recuperado el 17 de Mayo de 2019, de <https://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>
- Ministerio de Desarrollo Social. (2012). *Informe de política social 2012: envejecimiento*. Santiago. Obtenido de http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ipos-2012/media/ipos_2012_pp_186-205.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2017). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Recuperado el 7 de Mayo de 2019, de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2017.php
- Naciones Unidas. (2004). *Población, envejecimiento y desarrollo*. San Juan.
- Naciones Unidas. (2007). *Estudio Económico y Social Mundial 2007. El desarrollo en un mundo que envejece*. Nueva York.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y salud*. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. (1997-2015). *Organización Panamericana de la Salud - Mortalidad*. Recuperado el 23 de Mayo de 2019, de <https://hiss.paho.org/pahosys/sen.php>
- Pérez, S. (2012). *Factores de riesgo suicida en el anciano*. Cuba.
- Ribot, V., Alfonso, M., Ramos, M., & González, A. (2012). Suicidio en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 699 - 708.
- Rodríguez, J., Russo, M., & Carrasco, M. (2017). *Políticas públicas para una población que envejece: Panorama y propuestas para el sistema de salud chileno*. Santiago: Centro de Políticas Públicas UC.
- Sanhueza, M., Castro, M., & Merino, J. (2005). *Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud*. Concepción.

- Slachevsky, A., Budinich, M., Miranda, C., Núñez, J., Silva, J., Muñoz, C., . . . Delgado, C. (2013). The CUIDEME study: Determinants of burden in Chilean primary caregivers of patients with dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 35(2), 297 - 306.
- Superintendencia de Salud. (2006). *Impacto del envejecimiento en el gasto en salud: 2002 - 2020*. Santiago.
- Superintendencia de Salud. (2006). *Perfil epidemiológico del adulto mayor en Chile*. Santiago: Departamento de Estudios y Desarrollo.
- Szot, J. (2003). La transición demográfico-epidemiológica en Chile 1960 - 2001. *Revista Esp. Salud Pública*, 605 - 613.
- United Nations. (1990-2030). *World Population Division - World Population Prospects 2017*. Recuperado el 8 de Mayo de 2019, de <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Mortality/>
- Valiente, W., Junco, B., Padrón, Y., Ramos, Y., & Rodríguez, A. (2018). *Caracterización clínico-epidemiológica del suicidio en adultos mayores*. Pinar del Río .
- Vives, A., Molina, A., Gray, N., & González, F. (2016). Capítulo 1. Envejecimiento y trabajo en Chile: propuesta para el monitoreo de la salud laboral. En *Propuestas para Chile: (págs. 17 - 49)*. Santiago.
- World Health Organization. (2016). *Global Health Observatory data repository*. Recuperado el 14 de Mayo de 2019, de <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE10YEARAGEGROUPS?lang=en>

Tabla. Comparación internacional esperanza de vida, tasa de suicidio y esperanza de vida saludable

País	Esperanza de Vida		Tasa de Suicidio						Esperanza de vida saludable			
	Años	Rank	60-69 años	Rank	70-79 años	Rank	80+ años	Rank	Al nacer	Rank	A los 60 años	Rank
Singapore	82.9	5	15.6	88	22.8	75	26.8	96	76.2	1	21	1
Japan	84.1	1	20.8	60	25.7	68	27.8	93	74.8	2	20.9	2
France	82.5	9	20.3	63	27.2	66	73.4	28	73.4	5	20.6	3
Canada	82.5	12	13.6	97	12.1	118	21.8	107	73.2	7	20.5	4
Australia	82.5	11	12.9	98	13.1	112	28.8	90	73	9	20.4	5
New Zealand	81.7	17	8.1	136	9	136	21.7	108	72.8	14	20.3	6
Spain	83.3	3	10.6	116	14.2	105	21.2	110	73.8	3	20.3	6
Switzerland	83.6	2	21.5	57	28.1	60	84.6	19	73.5	4	20.1	8
Italy	83.2	4	10.2	119	13.3	111	22.9	103	73.2	7	19.9	9
Korea, Rep.	82.6	7	34.2	16	64.5	13	83.6	21	73	9	19.7	10
Israel	82.6	8	7.9	139	9.8	129	19	118	72.9	13	19.6	11
Iceland	82.2	15	24	40	8.5	145	8	167	73	9	19.6	11
Norway	82.5	10	16.3	85	12.4	117	32.1	84	73	9	19.6	11
Portugal	81.1	25	18.1	68	28.7	58	47.3	54	72	21	19.4	14
Austria	81.6	18	17.8	71	25.1	70	40.9	64	72.4	16	19.3	15
Luxembourg	82.7	6	21.1	58	38.5	38	32.8	81	72.6	15	19.3	15
United Kingdom	81.2	24	8.5	128	7.4	156	15.4	132	71.9	23	19.2	17
Ireland	82.0	16	12.4	108	8.2	147	11	151	72.1	19	19.2	17
Sweden	82.3	14	17.3	76	18.4	86	45.3	59	72.4	16	19.2	17
Costa Rica	80.0	29	8.3	129	8.7	141	9.4	160	70.9	28	19	20

Finland	81.4	21	16.5	83	18.7	84	22	106	71.7	25	19	20
Malta	82.5	13	3.8	172	8.8	139	12.4	145	72.2	18	19	20
Denmark	81.0	26	17.1	78	20	78	49.6	51	71.8	24	18.9	23
Netherlands	81.6	19	17.3	76	16.9	92	32.8	81	72.1	19	18.9	23
Panama	78.2	37	4.2	168	7	160	9.5	158	69.4	33	18.8	25
Belgium	81.4	20	24.2	39	27.5	65	53.4	44	71.6	26	18.8	25
Greece	81.4	22	7.1	144	6.4	165	7.2	170	72	21	18.8	25
Cyprus	80.7	28	8.9	124	7.4	156	6.8	172	73.3	6	18.8	25
Germany	81.0	27	16.1	86	23.2	73	39.2	69	71.6	26	18.6	29
Chile	79.7	32	12.9	98	15.5	101	15.3	133	69.7	32	18	30
United States	78.5	34	17.9	69	18.4	86	25.1	101	68.5	39	17.9	31
Ecuador	76.6	52	8.6	127	10.8	125	16.5	125	67.9	47	17.8	32
Bahamas, The	75.8	66	2.6	178	3	177	4.3	176	66.8	60	17.7	33
Cuba	79.9	30	25.7	33	32.7	50	51.9	46	69.9	30	17.7	33
Uruguay	77.6	41	23.6	45	32.7	50	38.9	71	68.8	36	17.6	35
Slovenia	81.2	23	26.7	30	35.8	45	38.9	71	70.5	29	17.6	35
Nicaragua	75.7	69	8.2	133	7.9	150	9.4	160	66.9	58	17.5	37
Jamaica	76.1	58	2.8	175	3.7	176	5.3	174	66.9	58	17.5	37
Argentina	76.7	51	10	122	11.6	121	15.8	128	68.4	41	17.3	39
Vietnam	76.5	54	14.8	92	16.6	93	20.9	112	67.5	50	17.2	40
St. Lucia	75.7	68	12.3	109	9.5	133	7.2	170	66.4	67	17.1	41
Honduras	73.8	88	4.9	162	5.3	172	15.8	128	66.8	60	17.1	41
Colombia	74.6	82	8.7	126	10.1	126	10.1	154	67.1	54	17.1	41
Mexico	77.3	45	6.1	150	7.9	150	15.7	130	67.7	49	17.1	41
Venezuela, RB	74.7	78	5.7	155	7.1	159	8.9	164	66.1	74	17	45
Thailand	75.5	70	17.8	71	22.6	76	27.3	95	66.8	60	17	45
Peru	75.2	74	8.3	129	8.7	141	11.7	147	67.5	50	17	45

El Salvador	73.8	89	11.2	114	11	122	14	142	65.5	84	16.9	48
Estonia	77.6	42	21	59	28.3	59	36.2	76	68.2	43	16.9	48
Brazil	75.7	67	9.2	123	11.9	120	19.5	117	66	77	16.7	50
Poland	77.9	38	21.7	56	16	96	14.5	137	68.5	39	16.6	51
Czech Republic	79.5	33	17	80	18.8	82	22.4	104	69.3	34	16.6	51
Bolivia	69.5	118	15	91	13.4	110	14.1	141	63	108	16.4	53
Paraguay	73.2	93	8.3	129	7.8	154	11	151	65.3	88	16.3	54
Albania	78.5	35	6	151	8.3	146	16.3	126	68.1	44	16.3	54
Slovak Republic	77.2	48	17.6	73	19.5	80	21.7	108	68.3	42	16.3	54
Croatia	77.8	39	25.5	35	30.7	55	40.9	64	69	35	16.3	54
Maldives	77.6	40	5.7	155	14	106	26	98	69.8	31	16.1	58
Bahrain	77.0	50	6.2	148	11	122	25.2	100	68.1	44	16	59
Mauritius	74.5	83	6.4	147	5.5	171	4	177	65.8	80	15.9	60
Guatemala	73.7	90	4.1	170	2.8	178	7.4	169	64.2	97	15.8	61
Algeria	76.3	56	4.2	168	5.6	167	9.4	160	65.5	84	15.8	61
Lithuania	74.7	81	40.4	11	37.5	39	46	58	66.1	74	15.8	61
Latvia	74.7	80	25.6	34	23.7	72	31.7	85	66.2	73	15.8	61
Brunei Darussalam	77.4	44	7.3	142	9.8	129	10.5	153	67.9	47	15.8	61
China	76.4	55	23.4	47	44	27	61.3	37	68.7	37	15.8	61
Seychelles	74.3	85	16.8	82	18.6	85	25.3	99	65.7	81	15.7	67
Montenegro	77.3	46	17.9	69	25.3	69	42	62	68.1	44	15.7	67
Qatar	78.3	36	10.7	115	8.7	141	17.1	124	68.6	38	15.7	67
Antigua and Barbuda	76.5	53	8.1	136	0	179	0	178	67	56	15.6	70
Barbados	76.1	62	0	180	4.4	174	9.7	157	67	56	15.6	70
Turkey	76.0	63	3	174	5.6	167	10.1	154	66	77	15.5	72
Romania	75.3	72	16.4	84	16.2	95	16	127	66.6	65	15.5	72
Jordan	74.5	84	5.8	154	9.9	128	18.8	121	66.4	67	15.4	74

Bosnia and Herzegovina	77.1	49	12.7	101	19.6	79	21	111	67.2	53	15.4	74
Samoa	75.2	73	12.6	103	15.7	99	30.1	87	66	77	15.3	76
Malaysia	75.5	71	15.8	87	24.3	71	47.3	54	66.6	65	15.2	77
Morocco	76.1	61	4.6	164	7.9	150	18.5	122	65.3	88	15.1	78
Belarus	74.1	86	32	20	32.4	52	40.6	67	65.5	84	15.1	78
Armenia	74.8	77	10.1	121	17.4	91	27.9	92	66.3	70	15.1	78
Tunisia	75.9	64	5.9	153	8.2	147	13.2	143	66.3	70	15.1	78
Bulgaria	74.8	75	15.4	89	23.2	73	35.3	77	66.4	67	15.1	78
Hungary	76.1	60	28.1	25	37.3	40	47.4	53	66.8	60	15.1	78
Serbia	76.1	59	22.2	54	43.2	28	64.6	34	67.4	52	15.1	78
Trinidad and Tobago	70.8	112	16.9	81	15.2	103	17.6	123	63.3	105	15	85
North Macedonia	75.9	65	12.9	98	19.1	81	29.1	89	67.1	54	15	85
Russian Federation	72.1	100	30.8	23	35.2	46	46.7	56	63.5	100	14.9	87
United Arab Emirates	77.4	43	4.4	167	5.6	167	6.7	173	66.7	64	14.9	87
Grenada	73.8	87	14.3	95	0	179	51.6	48	64.7	92	14.8	89
Lebanon	79.8	31	5.7	155	7.6	155	11.3	149	66.1	74	14.8	89
Bhutan	70.6	115	12.6	103	13.7	107	18.9	120	60.7	122	14.7	91
Suriname	71.5	106	34.1	17	40.6	35	61	38	63.2	107	14.7	91
Bangladesh	72.8	97	7.7	140	12.8	115	30	88	63.3	105	14.7	91
St. Vincent	73.3	92	2.7	176	9	136	0	178	63.4	103	14.7	91
Ukraine	71.8	103	25	36	27.9	63	34.2	79	64	98	14.7	91
Iran, Islamic Rep.	76.2	57	4.6	164	8.8	139	14.3	139	65.4	87	14.7	91
Georgia	73.4	91	12.6	103	15.3	102	20.9	112	64.9	90	14.6	97
Azerbaijan	72.1	99	4.5	166	6.6	162	7.7	168	64.9	90	14.6	97
Oman	77.3	47	3.3	173	5.6	167	11.7	147	65.6	83	14.6	97
Cabo Verde	73.0	95	44.4	7	61.3	15	116.3	9	64.5	94	14.5	100
Uzbekistan	71.4	107	7.1	144	6.6	162	4.8	175	64.5	94	14.5	100

Tajikistan	71.2	108	7.6	141	9.1	134	12.4	145	63.5	100	14.3	102
Korea, Dem. People's Rep.	71.9	102	26.3	31	33.8	48	40.9	64	64.6	93	14.3	102
Saudi Arabia	74.7	79	6.2	148	8.2	147	8.5	166	65.7	81	14.3	102
Kenya	67.3	130	12.7	101	28	62	56.2	41	58.9	128	14.2	105
Rwanda	67.5	128	24.3	38	48.3	24	93.4	15	59.9	124	14.2	105
Kyrgyz Republic	71.2	109	10.4	118	9	136	14.3	139	63.5	100	14.2	105
Tonga	73.2	94	8.1	136	10	127	20.4	115	64.3	96	14.2	105
Sao Tome and Principe	66.8	133	4.9	162	7.4	156	15	135	60.7	122	14.1	109
Kuwait	74.8	76	2.6	178	4.9	173	0	178	66.3	70	14.1	109
Syrian Arab Republic	71.0	111	2.7	176	4.4	174	10	156	55.8	148	13.9	111
Gabon	66.5	136	23.7	44	41.1	34	64.4	35	58.7	130	13.9	111
Turkmenistan	68.0	126	8.2	133	9.1	134	11.1	150	61.4	116	13.9	111
Kazakhstan	73.0	96	29.2	24	30	56	50.1	49	63.4	103	13.9	111
Djibouti	62.6	154	17.5	74	33.8	48	52.2	45	56.6	141	13.7	115
Vanuatu	72.3	98	8.2	133	13.1	112	31.2	86	62.7	109	13.7	115
Moldova	71.7	104	26.9	29	13.6	109	19.7	116	63.6	99	13.7	115
Equatorial Guinea	57.9	170	41.4	9	68.1	10	95.4	12	53.8	160	13.6	118
Angola	61.8	156	23.8	42	42.1	31	63.5	36	55.8	148	13.6	118
Congo, Rep.	65.1	143	22.4	53	36.8	43	55.9	43	56.7	140	13.5	120
Ethiopia	65.9	139	24.7	37	51.4	20	87.6	18	57.5	137	13.5	120
Philippines	69.2	123	4.1	170	8.7	141	35.1	78	61.7	114	13.5	120
Zimbabwe	61.7	157	41.3	10	81.5	6	205.7	1	54.4	156	13.4	123
Tanzania	66.3	138	22.6	52	43	29	80.6	22	56.5	143	13.4	123
Belize	70.6	114	15.1	90	18	89	22.4	104	62.5	110	13.4	123
Benin	61.2	159	36.6	15	60.4	16	90	17	53.5	161	13.3	126
Mongolia	69.5	119	12.5	106	15.9	97	19	118	61.9	112	13.3	126
Libya	72.1	101	7.2	143	9.8	129	15.1	134	62.3	111	13.3	126

Haiti	63.6	149	11.6	112	12.7	116	15	135	55.3	152	13.2	129
Eritrea	65.5	141	38.9	13	62.8	14	84.1	20	57.4	139	13.2	129
Papua New Guinea	65.7	140	10.6	116	12	119	20.6	114	58	134	13.2	129
Iraq	70.0	117	5.6	159	5.8	166	9.1	163	59	127	13.2	129
Botswana	67.6	127	21.8	55	32	53	48.9	52	57.5	137	13.1	133
Madagascar	66.3	137	18.4	66	35.9	44	56.2	41	58.3	132	13.1	133
Nepal	70.6	113	12.5	106	18.4	86	38.6	73	61.3	117	13.1	133
Solomon Islands	71.0	110	8.9	124	13.7	107	32.4	83	61.9	112	13.1	133
Mozambique	58.9	166	17.1	78	41.9	33	76.3	27	52.2	167	13	137
Sudan	64.7	145	5.7	155	6.9	161	9.5	158	55.7	150	13	137
Micronesia, Fed. Sts.	69.3	122	13.8	96	17.6	90	39.7	68	61.1	119	13	137
Guyana	66.8	132	31.7	21	29.8	57	38.6	73	58.3	132	12.9	140
Senegal	67.5	129	33.7	18	70.8	9	119.9	8	58.8	129	12.9	140
India	68.8	125	17.5	74	21.9	77	24.5	102	59.3	125	12.9	140
Congo, Dem. Rep.	60.0	165	23.4	47	39.3	37	57.5	40	52.5	165	12.8	143
Uganda	60.2	164	47.8	4	99.1	1	153.3	3	54.9	154	12.8	143
Namibia	64.9	144	19.7	65	26.5	67	39.1	70	55.9	147	12.8	143
Malawi	63.7	148	19.8	64	46.6	26	90.8	16	56.2	146	12.8	143
Cambodia	69.3	121	10.2	119	13.1	112	15.5	131	60.8	121	12.8	143
Somalia	56.7	174	18.4	66	34.2	47	49.9	50	50	174	12.7	148
Zambia	62.3	155	25.8	32	48.9	23	79.7	23	54.3	158	12.7	148
Fiji	70.4	116	5.3	161	14.3	104	43.6	60	61.3	117	12.7	148
Indonesia	69.4	120	6.6	146	7.9	150	14.4	138	61.7	114	12.7	148
Comoros	63.9	147	28.1	25	50.1	22	70.1	30	56.6	141	12.6	152
Cameroon	58.6	167	46.3	5	78.1	7	113.3	10	51.1	170	12.5	153
South Africa	63.4	150	23.9	41	28.1	60	33.3	80	55.7	150	12.5	153
Kiribati	66.5	135	14.5	93	18.8	82	37.1	75	57.8	136	12.5	153

Mauritania	63.4	151	20.7	62	37.3	40	60.5	39	56.4	144	12.4	156
South Sudan	57.3	173	14.4	94	27.6	64	42.7	61	50.6	172	12.3	157
Burundi	57.9	171	31	22	58.2	17	93.7	13	52.6	164	12.3	157
Ghana	63.0	152	23.6	45	46.9	25	70.7	29	56.4	144	12.3	157
Lao PDR	67.0	131	11.7	110	16.5	94	28.7	91	57.9	135	12.3	157
Myanmar	66.7	134	11.7	110	15.7	99	26.6	97	58.4	131	12	161
Egypt, Arab Rep.	71.7	105	6	151	6.5	164	8.6	165	61.1	119	12	161
Niger	60.4	163	22.8	51	42.1	31	69.1	32	52.5	165	11.9	163
Togo	60.5	162	43.3	8	77.3	8	124.5	7	53.9	159	11.9	163
Liberia	63.0	153	45.3	6	86.9	4	132.1	4	54.5	155	11.8	165
Lesotho	54.6	175	55.4	1	97.1	2	164.7	2	46.6	179	11.7	166
Burkina Faso	60.8	160	37.7	14	68	11	108	11	52.9	163	11.7	166
Gambia, The	61.4	158	28.1	25	52.5	19	78.9	24	54.4	156	11.7	166
Chad	53.2	178	33.3	19	55.9	18	76.8	26	47.2	178	11.6	169
Eswatini	58.3	169	23.3	49	31.5	54	46.1	57	50.2	173	11.5	170
Mali	58.5	168	20.8	60	39.4	36	69.2	31	50.7	171	11.5	170
Guinea	60.6	161	27.8	28	50.5	21	78.5	25	52.2	167	11.4	172
Yemen, Rep.	65.2	142	8.3	129	9.7	132	13.1	144	55.1	153	11.4	172
Afghanistan	64.0	146	5.5	160	11	122	42	62	53	162	11.3	174
Central African Republic	52.9	179	23.8	42	37	42	51.7	47	44.9	180	11.2	175
Timor-Leste	69.2	124	11.5	113	15.9	97	27.4	94	59.2	126	11.1	176
Guinea-Bissau	57.8	172	22.9	50	42.4	30	66.9	33	51.7	169	10.9	177
Cote d'Ivoire	54.1	176	51.8	2	88.4	3	130.7	5	48.3	176	10.8	178
Nigeria	53.9	177	48.8	3	86.9	4	127	6	48.9	175	10.7	179
Sierra Leone	52.2	180	39.3	12	65.6	12	93.7	13	47.6	177	10.3	180

Tabla. Porcentaje principales causas de muerte en la población de 60 años y más. Ambos sexos 1997 – 2015

Causa	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Enfermedades isquémicas del corazón	12%	12%	12%	12%	11%	11%	11%	11%	11%
Enfermedades cerebrovasculares	11%	11%	11%	11%	11%	11%	11%	10%	10%
Influenza y neumonía	10%	9%	10%	7%	6%	5%	5%	5%	4%
Tumor maligno del estómago	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	3%	3%	3%	4%	4%	4%	4%	4%	3%
Diabetes Mellitus	3%	3%	3%	4%	4%	4%	5%	5%	5%
Enfermedades hipertensivas	3%	3%	3%	4%	4%	4%	4%	5%	5%
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	3%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	5%	4%
Demencia y enfermedades de Alzheimer	3%	1%	1%	2%	4%	4%	4%	4%	4%
Resto causales	48%	48%	48%	49%	48%	48%	58%	48%	49%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia en base a los datos de la OPS – PAHO 1997 – 2015.

Tabla. Porcentaje principales causas de muerte en la población de 60 años y más. Ambos sexos 1997 – 2015 (continuación).

Causa	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Enfermedades isquémicas del corazón	9%	10%	9%	9%	9%	8%	9%	8%	8%	9%
Enfermedades cerebrovasculares	11%	10%	10%	10%	10%	11%	10%	10%	10%	9%
Influenza y neumonía	5%	5%	4%	5%	5%	4%	5%	5%	5%	4%
Tumor maligno del estómago	3%	3%	4%	4%	4%	4%	4%	3%	3%	3%
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	2%	3%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	3%	3%
Diabetes Mellitus	5%	5%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	5%	5%
Enfermedades hipertensivas	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	6%	7%	7%
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	4%	5%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%	4%
Demencia y enfermedades de Alzheimer	6%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	5%	4%	4%
Resto causales	50%	49%	50%	49%	49%	47%	49%	49%	49%	48%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: elaboración propia en base a los datos de la OPS – PAHO 1997 – 2015.

Tabla. Tasa bruta de mortalidad por causa. Población 60 años y más. 1997 – 2015 (por 1.000 habitantes)

Causa	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Enfermedades isquémicas del corazón	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Enfermedades cerebrovasculares	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Influenza y neumonía	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Tumor maligno del estómago	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
Diabetes Mellitus	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Enfermedades hipertensivas	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Demencia y enfermedades de Alzheimer	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Resto causales	2,0	2,0	2,1	1,9	2,0	2,0	2,0	2,1	2,0
Total defunciones	3,8	3,9	4,0	3,7	3,8	3,8	3,9	4,0	4,0

Fuente: elaboración propia en base a los datos de la OPS – PAHO 1997 – 2015.

Tabla. Tasa bruta de mortalidad por causa. Población 60 años y más. 1997 – 2015 (por 1.000 habitantes) (continuación)

Causa	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Enfermedades isquémicas del corazón	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4
Enfermedades cerebrovasculares	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4
Influenza y neumonía	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Tumor maligno del estómago	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Diabetes Mellitus	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Enfermedades hipertensivas	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Demencia y enfermedades de Alzheimer	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Resto causales	2,0	2,2	2,0	2,0	2,2	2,0	2,1	2,1	2,2	2,2
Total defunciones	3,9	4,2	4,0	4,1	4,4	4,2	4,4	4,4	4,5	4,5

Fuente: elaboración propia en base a los datos de la OPS – PAHO 1997 – 2015.

Tabla. Mortalidad por causa población de 60 años y más 1997 y 2015 por sexo (OPS)

Grupo	1997				2015			
	Hombre	Mujer	% hombres	% mujeres	Hombre	Mujer	% hombres	% mujeres
Enfermedades isquémicas del corazón	3.608	3.156	12.9%	11.6%	3.958	2.953	9.9%	7.3%
Enfermedades cerebrovasculares	2.867	3.081	10.3%	11.3%	3.523	3.999	8.8%	9.9%
Influenza y neumonía	2.706	2.778	9.7%	10.2%	1.411	1.580	3.5%	3.9%
Tumor maligno del estómago	1.473	871	5.3%	3.2%	1.828	920	4.6%	2.3%
Cirrosis y otras enfermedades del hígado	1.274	608	4.6%	2.2%	1.748	885	4.4%	2.2%

Diabetes Mellitus	838	989	3.0%	3.6%	1.990	2.222	5.0%	5.5%
Enfermedades hipertensivas	679	897	2.4%	3.3%	2.136	3.396	5.3%	8.4%
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	822	692	2.9%	2.5%	1.715	1.586	4.3%	3.9%
Demencia y enfermedad de Alzheimer	577	877	2.1%	3.2%	1.050	2.142	2.6%	5.3%
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	924	462	3.3%	1.7%	1.569	1.068	3.9%	2.6%
Insuficiencia cardíaca, complicaciones y enfermedades mal definidas del corazón	588	751	2.1%	2.8%	530	676	1.3%	1.7%
Enfermedades del sistema urinario	618	712	2.2%	2.6%	1.227	1.506	3.1%	3.7%
Tumor maligno de la vesícula biliar y de otras partes de las vías biliares	338	911	1.2%	3.3%	410	881	1.0%	2.2%
Tumor maligno de la próstata	1.096	0	3.9%	0.0%	2.042	0	5.1%	0.0%
Tumor maligno del colon, sigmoide, recto y ano	351	483	1.3%	1.8%	970	1.074	2.4%	2.6%
Tumor maligno del tejido linfático, hematopoyético y tejidos afines	361	315	1.3%	1.2%	695	704	1.7%	1.7%
Septicemia	251	371	0.9%	1.4%	266	357	0.7%	0.9%
Tumor maligno del esófago	370	244	1.3%	0.9%	353	254	0.9%	0.6%
Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	269	274	1.0%	1.0%	595	496	1.5%	1.2%
Eventos de intención no determinada	388	145	1.4%	0.5%			0.0%	0.0%
Tumor maligno de la mama	5	523	0.0%	1.9%	8	970	0.0%	2.4%
Edema Pulmonar y otras enfermedades respiratorias que afectan el intersticio	225	284	0.8%	1.0%	681	855	1.7%	2.1%
Tumor maligno del páncreas	213	275	0.8%	1.0%	498	606	1.2%	1.5%
Tumor maligno del útero	0	480	0.0%	1.8%	0	576	0.0%	1.4%
Arritmias cardíacas	177	220	0.6%	0.8%	516	749	1.3%	1.8%
Tumores benignos, in situ y de comportamiento incierto	171	208	0.6%	0.8%	435	459	1.1%	1.1%
Aterosclerosis	142	231	0.5%	0.8%	27	66	0.1%	0.2%
Apendicitis, hernia y obstrucción intestinal	132	235	0.5%	0.9%	303	368	0.8%	0.9%

Cardiomiopatía	223	136	0.8%	0.5%	252	184	0.6%	0.5%
Accidentes de transporte terrestre	251	83	0.9%	0.3%	362	142	0.9%	0.3%
Tumor maligno del riñón, excepto de la pelvis renal	184	101	0.7%	0.4%	391	220	1.0%	0.5%
Aneurisma y disección aórticos	134	92	0.5%	0.3%	221	146	0.6%	0.4%
Tumor maligno de la vejiga urinaria	154	67	0.6%	0.2%	332	141	0.8%	0.3%
Tuberculosis	152	58	0.5%	0.2%	100	52	0.3%	0.1%
Desnutrición y anemias nutricionales	96	103	0.3%	0.4%	235	221	0.6%	0.5%
Insuficiencia respiratoria	80	113	0.3%	0.4%	100	111	0.3%	0.3%
Trastornos valvulares no reumáticos	82	109	0.3%	0.4%	146	175	0.4%	0.4%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	33	150	0.1%	0.6%	109	326	0.3%	0.8%
Enfermedades infecciosas intestinales	75	100	0.3%	0.4%	153	213	0.4%	0.5%
Enfermedad cardiopulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar	69	104	0.2%	0.4%	125	169	0.3%	0.4%
Melanoma y otros tumores malignos de la piel	74	85	0.3%	0.3%	206	151	0.5%	0.4%
Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	43	115	0.2%	0.4%	33	54	0.1%	0.1%
Lesiones autoinflingidas intencionalmente suicidios	143	15	0.5%	0.1%	312	62	0.8%	0.2%
Enfermedades respiratorias agudas excepto influenza y neumonía	79	77	0.3%	0.3%	34	54	0.1%	0.1%
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas	130	23	0.5%	0.1%	93	12	0.2%	0.0%
Tumor maligno del ovario	0	140	0.0%	0.5%	0	276	0.0%	0.7%
Tumor maligno de la laringe	102	12	0.4%	0.0%	119	15	0.3%	0.0%
Enfermedad de Parkinson	59	51	0.2%	0.2%	371	322	0.9%	0.8%
Accidentes que obstruyen la respiración	78	26	0.3%	0.1%	65	20	0.2%	0.0%
Trastornos de los líquidos, de los electrolitos y del equilibrio ácido-básico deshidratación	37	34	0.1%	0.1%	71	111	0.2%	0.3%

Tumor maligno del encéfalo	34	28	0.1%	0.1%	123	119	0.3%	0.3%
Ahogamiento y sumersión accidentales	47	6	0.2%	0.0%	67	17	0.2%	0.0%
Caídas accidentales	38	11	0.1%	0.0%	235	454	0.6%	1.1%
Enfermedades transmitidas por vectores y rabia	28	18	0.1%	0.1%	48	39	0.1%	0.1%
Agresiones homicidios	28	4	0.1%	0.0%	42	13	0.1%	0.0%
Meningitis	13	15	0.0%	0.1%	19	24	0.0%	0.1%
Epilepsia y estado de mal epiléptico	13	11	0.0%	0.0%	78	73	0.2%	0.2%
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	19	4	0.1%	0.0%	58	13	0.1%	0.0%
Malformaciones, congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	10	10	0.0%	0.0%	25	21	0.1%	0.1%
Envenenamiento accidental	6	3	0.0%	0.0%	62	17	0.2%	0.0%
Enfermedades inmunoprevenibles	2	7	0.0%	0.0%	6	4	0.0%	0.0%
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0	1	0.0%	0.0%			0.0%	0.0%
Disparo de armas de fuego no intencional	1	0	0.0%	0.0%	10	1	0.0%	0.0%
Causas mal definidas	1.420	1.740	5.1%	6.4%	761	1.080	1.9%	2.7%
Resto	2.543	2.526	9.1%	9.3%	4.105	4.196	10.3%	10.3%
Total	27.943	27.250	100.0%	100.0%	39.953	40.596	100.0%	100.0%

ⁱ La información sobre enfermedades esta clasificada de acuerdo con un criterio internacional definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominado CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades). Dicha clasificación tiene dos versiones para los años utilizados en este informe. En 1997, la clasificación vigente era la novena edición y en 2015, la decima. Debido a que las dos versiones presentan diferencias significativas, se presentan los códigos específicos asociados a cada año.