



PERÚ:
DEMANDA DE ATENCIÓN DEL
ADULTO MAYOR POR
PROBLEMAS DE SALUD
2006-2010

Lima, noviembre de 2012



Dirección y Supervisión General:

Econ. Saúl García Mendoza

Director Técnico del Centro de Investigación y Desarrollo

Documento elaborado por:

Mg. Martha Martina Chávez

Instituto Nacional de Estadística e Informática
Av. General Garzón N° 658, Jesús María, Lima 11 PERÚ
Teléfonos: (511) 433-8398 431-1340 Fax: 433-3591
Web: www.inei.gob.pe
Noviembre, 2012

Las opiniones y conclusiones de esta investigación son de exclusiva responsabilidad del autor, por lo que el INEI no se solidariza necesariamente con ellas.

Impreso en los talleres gráficos de: Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI
Dirección: Av. General Garzón N° 658, Jesús María, Lima 11 PERÚ
Teléfono: (511) 433-8398
Tiraje: 100 Ejemplares

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2012-14963





Presentación

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el marco de su política de promoción de la investigación en temas relacionados con el adulto mayor, y en base a las encuestas especializadas que ejecuta, pone a disposición de las autoridades, instituciones públicas y privadas y usuarios en general, el documento **"PERÚ: Demanda de Atención del Adulto Mayor por Problemas de Salud, 2006-2010"**.

El envejecimiento de las personas es un proceso natural, irreversible y continuo, durante el ciclo de vida. Igualmente, es indiscutible que toda persona adulta mayor tiene derecho a una mejor calidad de vida, al acceso y buenos servicios de salud. Es por ello, que resulta importante, estudiar el nivel de satisfacción de los usuarios respecto a los servicios de salud y lo que el sistema le oferta. Una mayor calidad de atención de la salud, mejora la equidad y la inclusión social.

Los objetivos principales de la presente investigación son, en primer lugar, analizar la tendencia de la demanda de atención de salud de la población adulta mayor en el Perú por subgrupos de edad sobre la base de las Encuestas Nacionales de Hogares (ENAHO) para el período 2006-2010; y, en segundo lugar, analizar la correlación entre la demanda de atención de salud y la percepción de la calidad de atención recibida según la población adulta mayor.

El estudio cuenta con tres capítulos. El primero, desarrolla el marco teórico alrededor del adulto mayor, los servicios de salud y los niveles de aseguramiento en nuestro país. El segundo capítulo, presenta la metodología empleada, se realiza un breve resumen sobre las ENAHO, que es la fuente sobre la cual se basa esta investigación. Igualmente se define las variables en estudio y sus respectivos indicadores. En el tercer capítulo, se presentan los resultados, discusión de los datos y conclusiones de la investigación. Finalmente, se anexan algunas tablas estadísticas.

Esperamos que este documento sea de utilidad para todas las instituciones involucradas en el tema de poblaciones vulnerables y del cuidado de la salud, además de los usuarios interesados en temas relacionados con la atención del adulto mayor.

Lima, noviembre de 2012

Instituto Nacional de Estadística e Informática





ÍNDICE

Presentación	3
Resumen Ejecutivo	7
Introducción	11
Capítulo I: El Adulto Mayor	17
Capítulo II: Aspectos Metodológicos	25
Capítulo III: Resultados, Discusión y Conclusiones	29
Bibliografía	63
Anexos	67



RESUMEN EJECUTIVO

Es innegable que como país estamos asistiendo a un importante desarrollo económico, lo cual, contribuye a un incremento de la esperanza de vida al nacer, al mejoramiento de la calidad de vida y mejores servicios sociales, entre otros. Sin embargo, paralelo a ello, persisten las brechas en sectores y poblaciones vulnerables, que generan diferencias y exclusión social.

Uno de estos grupos vulnerables lo constituyen los adultos mayores, aquellos que tienen 60 y más años de edad, que a nivel mundial, tiene una tendencia creciente y sostenida; especialmente en el grupo de 80 y más años de edad, lo cual a su vez origina, una mayor demanda de servicios y costos médicos.

Aún cuando estemos de acuerdo, que efectivamente el envejecimiento es un proceso natural, irreversible y continuo durante todo el ciclo de vida^{1/}, igualmente es indiscutible, que toda persona adulta mayor tiene derecho a una adecuada calidad de vida, al acceso y calidad de los servicios de salud. Es por ello, que resulta importante, estudiar el grado de satisfacción de los usuarios respecto a los servicios de salud que el sistema le oferta. Con calidad de atención de salud, hay equidad, y con equidad, hay inclusión social. Los investigadores estamos en la obligación de aportar conclusiones objetivas, que permita tomar las decisiones más acertadas a los responsables.

Sensibilizados con esta temática nos ha motivado a estudiar descriptiva y analíticamente, la demanda de atención de salud de las personas adultas mayores, tomando como base la información proveniente de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) para el período 2006-2010 y por ello planteamos las siguientes interrogantes de investigación:

- ¿Cuáles son las diferencias sociodemográficas presentes en la población adulta mayor por subgrupos de edad en el periodo estudiado?
- ¿Cuál es el comportamiento de la población adulta mayor que tiene problemas de salud respecto a la demanda de atención y niveles de atención, según algunas variables sociodemográficas?
- ¿Cuál es la tendencia de la percepción de la población adulta mayor respecto a la calidad de la atención recibida en los establecimientos de salud y cómo se distribuye según algunas variables socio demográficas?
- ¿Cuáles son los motivos más frecuentes por los que la población adulta mayor con problemas de salud, no buscó atención de salud en el período estudiado?
- ¿Existe relación entre el incremento de una mayor afiliación con una mayor demanda de atención de problemas de salud de la población adulta mayor para el periodo estudiado?

1/ MINSA: Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. 2005, p 6

En concordancia con las preguntas de investigación plantean dos objetivos generales:

1. Analizar la tendencia de la demanda de atención de salud de la población adulta mayor en el Perú por sub grupos de edad sobre la base de las ENAHO para el período 2006-2010.
2. Analizar la correlación entre demanda de atención de salud y percepción de la calidad de atención recibida según la población adulta mayor para el período de estudio.

Para la realización de esta investigación, se tomó la información proveniente de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) para el período 2006-2010, sección: Salud de las Personas. Para la construcción de la variable calidad se tomaron en cuenta cuatro indicadores: distancia del establecimiento de salud, demora en la atención, disponibilidad de los medicamentos recetados y trato del personal de salud.

La investigación nos ha permitido determinar que la población adulta mayor del Perú, pasó del 10,7% (2006) de la población total del país a 12,0% (2010). En términos absolutos, este incremento significó pasar de 3 millones 75 mil 163 de adultos mayores el año 2006 a 3 millones 652 mil 352 adultos mayores el año 2010. En promedio, la población adulta mayor en el Perú se incrementó en 144 mil 297, entre año y año del periodo analizado. Al analizar este incremento por grupos de edad, los adultos mayores de 60 a 79 años, pasaron de representar 2 millones 624 mil 622 personas (2006) a 3 millones 42 mil 701 (2010), con un incremento promedio anual de 104 mil 520. Mientras que los adultos mayores de 80 y más años de edad, pasaron de ser 450 mil 541 (2006) a 609 mil 651 (2010), lo que representa un incremento promedio anual en el periodo analizado de 39 mil 778. Esto en términos

porcentuales, evidencia un incremento promedio anual superior en el grupo de 80 y más años (5,8%) respecto a los adultos mayores entre 60 y 79 años (2,4%).

La mayor parte de la población adulta mayor del Perú declara padecer alguna enfermedad crónica o haber tenido algún problema de salud (síntoma o malestar, enfermedad, recaída de enfermedad crónica o accidente) las últimas cuatro semanas. Así, las estimaciones del año 2010 señalan que 2 millones 681 mil 936 adultos mayores refirieron sufrir de alguna enfermedad crónica y 2 millones 697 mil 566 declararon haber padecido algún problema de salud las cuatro semanas previas a la entrevista. Entre los adultos mayores que padecieron algún problema de salud las últimas cuatro semanas previas a la entrevista y solicitaron atención de salud, se ha producido un incremento; en el año 2006 de un 42,7% (904 mil 227 adultos mayores) al 2010 con un 46,2% (1 millón 244 mil 68 adultos mayores). Este incremento se observa con más claridad en la población entre 60 y 79 años, (42,4% a 46,4%); en cambio, en los adultos mayores de 80 y más años de edad, la tendencia no es clara (44,20% a 45,4%, con un pico el año 2009 de 48,1%).

Cuando se compara el tipo de prestador de salud al cual los adultos mayores demandan por servicios de salud por sus problemas de salud padecidos las cuatro semanas previas a la entrevista, se observa un cambio en el periodo de tiempo analizado. En el año 2006, el 13,8% (292 mil 479) de los adultos mayores con problemas de salud acudió a un establecimiento de salud del Seguro Social (EsSalud), mientras que a establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) acudieron el 11,8% (250 mil 674 adultos mayores). Esto cambió hacia el año 2010, siendo los establecimientos del MINSA a donde acudió la mayor proporción de adultos mayores con problemas de salud (16,1%, que representa 435

mil 244 personas) en comparación a EsSalud (11,1%, que representa 299 mil 896 personas). Entre los años 2006 y 2010, en promedio, el 39,2% los adultos mayores de zonas urbanas que tuvieron una atención de salud recibieron al menos un examen auxiliar como parte de su atención (32,3% un análisis de laboratorio y 17,1% rayos X), mientras que solo el 16,8% de los adultos de zonas rurales tuvieron al menos un examen auxiliar (13,4% un análisis de laboratorio y 7,1% rayos X).



Para el periodo 2006 - 2010, en promedio, el 27,5% de los adultos mayores que recibió una atención de salud percibió una calidad buena, el 65,8% una calidad regular y solamente el 6,6% una mala calidad de atención. Al comparar la percepción de calidad por tipo de establecimiento, en general, no hay grandes diferencias entre el MINSA y EsSalud.

La frecuencia de afiliación a algún tipo de seguro de salud ha venido incrementándose entre los adultos mayores, pasando de 38,3% el año 2006 a un 67,4% el año 2010, con frecuencias similares entre los grupos de 60 a 79 años y de 80 años a más. Este incremento en la frecuencia de afiliación se debe principalmente a una mayor cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS) del MINSA. Entre los adultos mayores de 60 a 79 años, el año 2006 solamente el 0,3% estaba afiliado al SIS, pasando a estar bajo este seguro el 32,2% el año 2010. Situación similar se ha dado entre los adultos mayores de 80 años y más, quienes contaban con una afiliación al SIS en el 0,5% el año 2006, llegando a una frecuencia de 35,9% el año 2010. Hacia el año 2010, las coberturas por el SIS han llegado a ser similares a las de EsSalud, entidad que era la principal aseguradora de los adultos mayores el año 2006. Sin embargo, este incremento en la frecuencia de afiliación no se correlaciona con una mayor demanda de atención por los problemas de salud ocurridos las cuatro

semanas previas a la entrevista entre los adultos mayores.

El análisis de los datos nos ha permitido llegar a las siguientes conclusiones:

1. En nuestro país se aprecia una tendencia de incremento creciente y sostenido de la población adulta mayor en el Perú en el período estudiado, la que es mayoritariamente femenina, no unida, con educación primaria, que vive en la sierra y en las zonas rurales.
2. Se observa una tendencia creciente de la población adulta mayor en la demanda de atención por problemas de salud, identificando a los establecimientos del MINSA como los principales prestadores de salud y, dentro de estos, a los establecimientos del primer nivel de atención; lo que se explica por un mayor empoderamiento del Sistema Integral de Salud (SIS). Esta demanda es diferenciada, siendo mayor en las regiones de la Sierra y Selva respecto a Lima Metropolitana y Resto de Costa. Este incremento también es mayor en zonas rurales respecto a las zonas urbanas.
3. También es significativo, encontrar un importante porcentaje de esta población que teniendo problemas de salud, no demanda atención, por razones estrictamente económicas, por lo que presumiblemente, apelan a la automedicación y/o al uso de medicina casera.
4. El incremento del aseguramiento en la población adulta mayor no se relaciona, con una mayor demanda de atención ni atenciones por hospitalización o intervenciones quirúrgicas. En este grupo poblacional es importante la atención especializada y de alta complejidad, y los resultados no muestran que se haya avanzado mucho en este rubro.

- 
- 
5. En general, la percepción que tienen los adultos mayores acerca de la calidad del servicio por problemas de salud, es favorable. El trato recibido por el personal de salud, influye en la percepción del adulto mayor, lo cual constituiría en una fortaleza de los establecimientos de salud y también explicaría de alguna forma, la mayor demanda de atención de salud.

En conclusión, estamos frente a un desafío para la salud pública, para el cual debemos prepararnos. El envejecimiento no es solo un asunto de enfermedades crónicas, accidentes, de cifras, es un asunto de respeto por la dignidad humana, que merece toda la atención, tanto del Estado como de la sociedad organizada.

INTRODUCCIÓN

En la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002)^{2/} celebrada en Madrid, se resaltó acerca de la transformación demográfica sin precedentes por la que estamos pasando y que, de aquí al 2050, el número de personas de más de 60 años aumentará de 600 millones a casi 2 mil millones, y se estima que el porcentaje de personas de 60 años o más, se duplique, pasando de un 10% a un 21%. Ese incremento será mayor y más rápido en los países en desarrollo, donde se prevé que la población de edad se multiplique por cuatro en los próximos 50 años. En el Plan de Acción se señala que es necesario aprovechar plenamente el potencial y los conocimientos de las personas de la tercera edad; crear, dentro de los programas educativos, oportunidades para el intercambio de conocimientos y experiencias entre las generaciones, que incluyan la utilización de nuevas tecnologías; permitir a las personas de edad actuar como mentores, mediadores y consejeros; alentar el aprovechamiento del potencial y de los conocimientos en materia social, cultural y educativa de las personas de edad. Igualmente se recomienda la realización de investigaciones integrales, diversificadas y especializadas sobre el envejecimiento en todos los países, en particular en los países en desarrollo.

La Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento (2003)^{3/} estableció

prioridades para la implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento sobre la base de los Principios de las Naciones Unidas y enmarcada en los compromisos de la Declaración del Milenio. En dicha Conferencia se precisó que la vejez (personas de la tercera edad) constituye la continuidad de una serie de logros y la madurez de una experiencia vital.

Por su parte, la Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2004)^{4/} sostiene que el conjunto de países que integran la región, incrementará sensiblemente la proporción de personas de 60 o más años de edad; de acuerdo con sus proyecciones, este grupo pasará de 8% en el año 2000, a 14,1% en 2020 y llegará a 23,4% en 2050. Pero agrega, que de no cambiar las actuales condiciones en los sistemas de pensiones y jubilaciones en América Latina, las personas que arribarán a la vejez en los próximos años encontrarán abundantes dificultades para vivir de manera decorosa el último tramo de sus vidas.

El aumento del envejecimiento obedece al incremento de la esperanza de vida y a la disminución de la natalidad, logradas por el avance de las ciencias de la salud,^{5/} acarreado implicaciones importantes no solo para la salud en sí, sino también para la sociedad, la economía y la epidemiología. De acuerdo con las estimaciones

2/ Naciones Unidas. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. 8 al 12 abril 2002 Madrid España. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/bol6.htm>

3/ Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento. Rev Panam Salud Publica. 2005 June; 17(5-6): 452-454. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26283.pdf>.

4/ CEPAL (2004). Población, envejecimiento y desarrollo. Trigésimo periodo de sesiones de la CEPAL. San Juan, Puerto Rico: CEPAL. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/dge-2235-ses30-16.pdf>

5/ Hadley EC, Ory MG, Suzman R, et al. Toward an understanding of frailty. Ann Int Med. 1999;130(11): 945-9.

más recientes, el número de personas mayores de 60 años se duplicará, del número actual de 756 millones a nivel mundial, a 1400 millones para el año 2030.^{6/}

Algunos investigadores sugieren una sub clasificación de la población adulta mayor; aquellos de 60 a 79 años de edad y los de 80 y más años de edad, por cuanto, cada subgrupo a su vez demanda diferentes niveles de atención de salud y las probabilidades de enfermar en el segundo grupo son más altas; y consecuentemente, generan mayores demandas de atención de salud que implican mayores costos para los establecimientos públicos, para la seguridad social, privados u otros.^{7/}

La Organización Mundial de la Salud, preocupada por los rápidos cambios demográficos en los países en desarrollo, creó el Programa de Salud y Envejecimiento, con la finalidad de investigar las condiciones de salud de la población adulta mayor. Para ello, diseñó el estudio "Desarrollando Respuestas Integradas de los Sistemas de Cuidados de la Salud para una Población en Rápido Envejecimiento" (Estudio Intra I), que fue realizado en cinco países: Botswana, Chile, Jamaica, Libano y Tailandia, durante los años 2002 y 2003. En su segunda etapa, denominada Intra II, incluyó cinco países, eligiéndose al Perú como el representante de la región de América.^{8/} Esta investigación concluyó que la población adulta mayor representa el 7,55% de la población total y se estima que para el año 2025 será de 12,4%. Dentro de los adultos mayores, el grupo etario en mayor aumento se estima que sean los mayores de 80 años, los cuales en su mayoría están constituidos por mujeres provenientes del área urbana.

Con relación a la demanda de salud, esta investigación reportó que sólo el 13% del total de la población adulta mayor está asegurada, a pesar que este porcentaje ha aumentado en comparación a otros años. Uno de los servicios más usados por los asegurados adultos mayores es el de hospitalización (28,75%) y en menor porcentaje en consulta externa (24,25%) y emergencias (21,6%). Resulta pues, indiscutible, que el proceso de envejecimiento poblacional merece una especial atención.

El XI Censo Nacional de Población, al 21 de octubre del año 2007,^{9/} nos reveló una población total de 27 millones 412 mil 157 habitantes; produciéndose un incremento en el periodo intercensal 1993-2007 (14 años), en 5 millones 581 mil 321 habitantes, equivalente a 398 mil 666 habitantes por año, es decir, un incremento de 24,7% respecto a la población total de 1993. La población ha presentado un crecimiento promedio anual para el período 1993-2007 de 1,6%, lo cual confirmó la tendencia decreciente observada en los últimos 46 años. Entre los Censos de 1981 y 1993, el crecimiento poblacional fue de 2,0% por año; este nivel fue mayor en el período intercensal 1972-1981 (2,6% anual). El Censo del 2007 nos señaló que la población urbana y rural del país se había incrementado en proporciones diferentes. La población urbana censada se incrementó en 34,6%, entre 1993 y 2007, a diferencia, la población rural censada aumentó en 0,2% en el período intercensal, a un promedio de 865 personas por año, que representa una tasa promedio anual de 0,01%.

6/ Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, España: Abril 2002.

7/ Galban P, Sansó F, Díaz-Canel A, et al. Envejecimiento Poblacional y Fragilidad en el Adulto Mayor. Rev Cuba Salud Pública 33(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_1_07/spu10107.htm

8/ Varela L, Chávez H, Herrera A, et al. Perfil del Adulto Mayor Intra II. Desarrollando Respuestas Integradas de los Sistemas de Cuidados de la Salud para una Población en Rápido Envejecimiento Intra II - Perú.

9/ INEI. Perfil Sociodemográfico del Perú. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

Respecto a los adultos mayores, en los últimos 35 años la población de 60 y más años de edad se ha triplicado, aumentando en 1 millón 700 mil personas y el ritmo de crecimiento de la población de 80 y más años es cerca de dos veces que la del conjunto de la población peruana. Esto significa que en nuestro país el envejecimiento de la población va adquiriendo relevancia, debido a sus consecuencias económicas y sociales, así como las demandas de atención de salud. Este proceso de envejecimiento lo remarca Varela¹⁰ al afirmar que según las estimaciones para 1970 la población adulta mayor del Perú constituía el 5,54% del total nacional; en el censo de 1993 alcanzó el 6,34%; por tanto, en 23 años la población de adultos mayores creció en menos de 1%. El ritmo de crecimiento se viene incrementando desde hace una década. Esto significa que en los próximos 20 años la población de adultos mayores llegará casi a duplicarse, por lo que debemos estar preparados para afrontar estos cambios y sus consecuencias.

La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH0)¹¹ realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI) en su informe trimestral abril-mayo-junio 2011 ha revelado que la población con 60 y más años de edad, denominada personas "adultas mayores", representa el 8,9% del total de población (el 7,5% son personas adultas de 60 a 79 años de edad y el 1,4% de 80 y más años de edad), aumentando tres décimas porcentuales en comparación con el año anterior.

En el ámbito geográfico, la proporción de población de adultos mayores en Lima Metropolitana es 9,4%, mayor que en el total del área rural (9,0%) y urbana (8,5%) del país. El 37,4% de los hogares

del país tienen entre sus residentes habituales, a personas de 60 y más años de edad. El 32,4% de hogares están integrados por adultos de 60 a 79 años de edad y el 8,2% por adultos de 80 y más años de edad. En tanto, el 62,6% de los hogares no tienen personas adultas mayores entre los miembros del hogar. Respecto al estado civil, el 62,7% de los adultos mayores son casadas(os) o convivientes, el 24,3% son viudas(os) y el 13,0% declaran otro estado civil [divorciada(o), separada(o) o soltera(o)]. Asimismo, un 26,2% de adultos mayores son analfabetos, el 18,7% han logrado estudiar algún año de secundaria y el 12,1% ha accedido a algún año de educación superior.

En el área de salud, el 73,6% de la población de 60 y más años de edad, presentó algún problema de salud; mientras que, el 26,4% no presentó problemas de salud, observándose que en el área urbana, padecen más las mujeres (83,2%) de problemas de salud crónico que los hombres (71,8%). Respecto al lugar donde acude este grupo poblacional, cuando tiene un problema de salud, el 28,2% acude a establecimientos de salud del sector público, el 9,4% a servicios del sector privado y el 12,9% a otro tipo de servicios (farmacia o botica, domicilio, casa de huesero o curandero). Sin embargo, es notorio, resaltar que el 50,0% de este grupo poblacional no buscó atención. De este último grupo, el 56,0% manifiesta que no fue necesario o que usó remedios caseros o se autorrecetó, el 22,7% indica que el servicio de salud queda lejos/falta de confianza/demora en atender; y el 19,0% señala la falta de dinero. Asimismo, el 24,6% expresa otro motivo (no tiene seguro, falta de tiempo, maltrato del personal de salud). Finalmente, con respecto a la protección de algún seguro de salud, en el trimestre abril-

10/ Varela L., Chávez H, Herrera A, et al. Op cit

11/ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Informe Técnico N° 03. Situación de la Niñez y del Adulto Mayor. Abril-Mayo-Junio 2011. Lima-Perú, 2011.

mayo-junio 2011, el 65,8% de los adultos mayores están afiliados a algún sistema de seguro de salud, mientras que un 34,2% adolecen de un seguro.

Considerando, que el envejecimiento del ser humano es un proceso natural, progresivo, irreversible y continuo durante todo el ciclo de vida¹² y que toda persona adulta mayor tiene derecho a una calidad de vida, se concluye que los adultos mayores tienen derecho al acceso y calidad en los servicios de salud. Por ello, resulta importante, estudiar el grado de satisfacción de los usuarios respecto a los servicios de salud que el sistema le oferta. Con calidad de atención de salud, hay equidad, y con equidad, hay inclusión social. Los investigadores estamos en la obligación de aportar información objetiva, que permita a las autoridades, tomar las decisiones más acertadas.

En esta investigación ponemos énfasis al análisis bivariante de algunas características sociodemográficas de los adultos mayores por grupos de edad y su relación con la calidad de la atención de salud; razones por las cuales, teniendo problemas de salud, no demandan atención de salud y aseguramiento, para un quinquenio, lo cual, revela tendencias.

El actual gobierno ha señalado dos grandes políticas en el área de salud; la primera, referida a la promoción y prevención de enfermedades y, la segunda, a mejorar el acceso y calidad de la atención de salud que se oferta en los establecimientos del sector a los grupos más vulnerables. Por ello, es necesario establecer la línea base, respecto a la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención, lo cual sólo es posible a través de la investigación.

Todo lo anterior, nos ha motivado estudiar descriptiva y analíticamente, la demanda de atención de salud de las personas adultas mayores tomando como base la información proveniente de las ENAHO para el período 2006-2010 y por ello planteamos las siguientes interrogantes de investigación:

- ¿Cuáles son las diferencias sociodemográficas presentes en la población adulta mayor por sub grupos de edad en el periodo estudiado?
- ¿Cuál es la tendencia de la declaración de padecimiento de enfermedades crónicas y no crónicas, en la población adulta mayor y cómo se distribuye esta tendencia, según algunas variables sociodemográficas?
- ¿Cuál es el comportamiento de la población adulta mayor que tienen problemas de salud respecto a la demanda de atención y niveles de atención, según algunas variables sociodemográficas?
- ¿Cuál es la tendencia de la percepción de la población adulta mayor respecto a la calidad de la atención recibida en los establecimientos de salud y cómo se distribuye según algunas variables sociodemográficas?
- ¿Cuáles son los motivos más frecuentes por los que la población adulta mayor con problemas de salud, no buscó atención de salud en el período estudiado?
- ¿Cuál es el nivel de participación del SIS en el proceso de afiliación de la población adulta mayor?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

En concordancia con las preguntas de investigación planteamos los objetivos generales siguientes:

12/MINSA: Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. 2005

1. Analizar la tendencia de la demanda de atención de salud de la población adulta mayor en el Perú por subgrupos de edad sobre la base de las ENAHO para el período 2006-2010.
 2. Analizar la correlación entre demanda de atención de salud y percepción de la calidad de atención recibida según la población adulta mayor para el período de estudio.
- Describir la tendencia de afiliación de la población adulta mayor y dentro de este proceso, el rol del SIS para el periodo estudiado.
 - Identificar si existe relación entre el incremento de una mayor afiliación con una mayor demanda de atención de problemas de salud de la población adulta mayor para el periodo estudiado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

En el mismo sentido, se plantean los objetivos específicos siguientes:

- Describir las diferencias sociodemográficas: sexo, grado de instrucción, estado civil, ámbito geográfico, área de residencia, de la población adulta mayor por subgrupos de edad en el periodo estudiado.
- Describir la tendencia de la declaración de padecimiento de enfermedades crónicas y no crónicas, en la población adulta mayor y se distribuye, según variables sociodemográficas.
- Describir el comportamiento de la población adulta mayor que tiene problemas de salud respecto a la demanda de atención y niveles de atención, según algunas variables socio-demográficas.
- Describir la tendencia de la percepción de la población adulta mayor respecto a la calidad de la atención recibida en los establecimientos de salud y su distribución, según algunas variables sociodemográficas.
- Analizar los motivos más frecuentes por los que la población adulta mayor con problemas de salud, no buscó atención de salud en el período estudiado.

El estudio cuenta con tres capítulos. En el primero, se desarrolla el marco teórico alrededor del adulto mayor, los servicios de salud y los niveles de aseguramiento en nuestro país. Al inicio de este capítulo, definimos al adulto mayor, sus características sociodemográficas más importantes halladas en el Censo 2007, así como lo encontrado por el INEI a través de ENAHO (trimestre mayo-junio 2011); el marco normativo respecto al adulto mayor, a través de la Dirección General de las Personas del MINSA, así como los Lineamientos para la atención Integral de salud para las personas adultas mayores, vigente. En la segunda parte, se expone sobre los servicios de salud, y su correlación con la calidad de los servicios e inequidad. Finalmente, se trata lo concerniente al tema del aseguramiento en nuestro país.

En el segundo capítulo, se presenta la metodología empleada, se realiza un breve resumen sobre las ENAHO, que es la fuente sobre la cual se basa esta investigación. Igualmente definimos las variables en estudio y sus respectivos indicadores.

En el tercer capítulo, se muestran los resultados, discusión de los datos y conclusiones de la investigación. Finalmente, se anexan algunas tablas estadísticas.



CAPÍTULO I: EL ADULTO MAYOR

A. Definiciones y Características nosológicas del Adulto Mayor

El perfil de las personas mayores varía significativamente entre las subregiones de América Latina y el Caribe, incluso dentro de los propios países^{13/}. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) clasifica bajo el término de "Personas Adultas Mayores" (PAM) a aquellas que tienen 60 o más años de edad, tomando este punto de corte en razón de la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento; pero este parámetro es insuficiente para determinar el bienestar de la persona.

La salud en las PAM depende no sólo de la presencia o ausencia de enfermedad objetivable, sino también de la capacidad del sujeto para adaptarse a cualquier eventualidad que pueda ocurrir.^{14/} Por esta razón, a partir de 1982 se introduce el concepto de funcionalidad en este grupo etario, definiendo el estado de salud entre las PAM, no en términos de déficit, como se solía definir anteriormente, sino de mantenimiento de la capacidad funcional.^{15/} Esto quiere decir, que un adulto mayor no debe ser considerado como carga o falta de capacidad física para cubrir sus actividades personales como mínimo, sino que se busca la individualización de las PAM con base

en la prevención temprana de enfermedades crónicas y degenerativas que atenten contra la calidad de vida de estas personas.

Existe una variedad de alteraciones degenerativas y discapacidades cuya prevalencia es mayor en la senectud. Un ejemplo de ello es la alta incidencia de caídas, cuya prevención ha sido hasta la fecha ineficiente. Recientemente, una revisión sistemática concluyó que el riesgo de caídas es ligeramente mayor en el ambiente hospitalario que en el hogar del paciente, y que no hay evidencia médica de que las directrices sean eficaces para la prevención de estas.^{16/} Junto a ello, las fracturas de cadera son una causa importante de morbilidad, mortalidad y pérdida de la independencia de este grupo etario, pues aún, cuando se tienden a fijar quirúrgicamente, y permiten la movilización precoz, no tienden a recuperar la misma funcionalidad.^{17/} A la vez, se debe de tomar en cuenta que un traumatismo en esta edad significa un reto para el médico tratante, no sólo por la diferente fisiología que presenta la PAM, sino también por la existencia de otras morbilidades concomitantes.^{18/}

Uno de los problemas, que se presenta con mayor daño estructural en las PAM, es la hipertensión arterial (HTA), la cual se asocia a la presencia de otras enfermedades cardiovasculares. Añadido a ello, existe el debate de si el tratamiento puede ser

13/ OMS. El estado de envejecimiento y salud en América Latina y el Caribe. Disponible en: <http://www.agingsociety.org/agingsociety/pdf/LACreport.pdf>

14/ Lim L, Chutka D. Preventive medicine beyond 65. *Geriatr Gerontol Int.* 2001;6(2):73-81.

15/ Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Psiquiatría. Declaraciones de Consenso de la OMS y WPA sobre Psiquiatría Geriátrica. *Rev Psicogeriatría* 2002; 2: 6:21

16/ Clyburn TA, Heydemann JA. Fall prevention in the elderly: analysis and comprehensive review of methods used in the hospital and in the home. *J Am Acad Orthop Surg.* 2011 Jul;19(7):402-9.

17/ White JJ, Khan WS, Smitham PJ. Perioperative implications of surgery in elderly patients with hip fractures: an evidence-based review. *J Perioper Pract.* 2011;21(6):192-7.

18/ GL, Tornetta P 3rd. Multiple trauma in the elderly: new management perspectives. *J Orthop Trauma.* 2011;25 Suppl 2:S61-5.

daño en este grupo etario, debido a que la mayoría de los estudios sobre este tema coloca límites de edad para la participación en los mismos, o en todo caso no presentan resultados específicos para esta edad.^{19/} Apesar de todo, un metaanálisis de ensayos clínicos aleatorios controlados de valoración cardiovascular y cerebrovascular en mayores de 75 años, revela que el tratamiento en este grupo reduce el riesgo de accidentes cerebrovasculares no fatales, la morbilidad y mortalidad cardiovascular y la incidencia de insuficiencia cardíaca, aunque no cambia la mortalidad total.^{20/} La edad avanzada también se asocia con mayor riesgo de algunas formas de enfermedad pulmonar intersticial y de fibrosis pulmonar idiopática en las PAM.^{21/}

La prevalencia de diabetes es actualmente de un 10,0% a 20,0% en personas mayores de 70 años de edad, y se espera un aumento considerable en las siguientes décadas. Aún cuando se le atribuye a la obesidad y al sedentarismo, puede deberse al envejecimiento por sí solo, siendo frecuente en las PAM. Varios estudios han hecho hincapié en la diabetes como un factor de riesgo para muchos síndromes geriátricos; sin embargo, ha sido poco estudiado.^{22/}

Incluso las PAM tienen mayor riesgo de complicaciones tras una gripe estacional. Viene siendo cierto que la vacunación antigripal reduce

la incidencia de la gripe, pero no existen estudios grandes que evalúen si la vacunación de las PAM prevenga las complicaciones de la influenza, y se cree que se sobreestima la eficacia de la vacuna, debido a un sesgo de selección de los pacientes incluidos en los estudios que abordan este tema. Aun así, se justifica la vacunación antigripal de las personas mayores con factores de riesgo, aunque ofrece beneficios limitados.^{23/}

Un tema mucho más tratado es el tema de la atención primaria de las enfermedades neoplásicas. Por ejemplo, estudios indican que el diagnóstico preventivo del cáncer de próstata con determinación de antígeno prostático específico solo es recomendable hasta los 75 años de edad^{24/}, y la edad más común para el diagnóstico de cáncer de ovario es en la senectud, con diagnóstico a nivel avanzado.^{25/} A su vez, casi la mitad de todos los casos de cáncer de pulmón a nivel mundial se producen en mayores de 70 años, presentando en su diagnóstico infiltración local o metástasis generalizada, y las diferencias fisiológicas propias de la edad, además de los riesgos anteriormente mencionados, los ponen en mayor riesgo de toxicidad por quimioterapia.^{26/}

A todo ello, se añade otros problemas relacionados con el tratamiento de las enfermedades en las PAM, ya antes mencionadas: el incumplimiento en el tratamiento (debido al olvido frecuente de la

19/ Aronow WS, Fleg JL, Pepine CJ et al. ACCF/AHA 2011 expert consensus document on hypertension in the elderly: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents developed in collaboration with the American Academy of Neurology, American Geriatrics Society, American Society for Preventive Cardiology, American Society of Hypertension, American Society of Nephrology, Association of Black Cardiologists, and European Society of Hypertension. *J Am Soc Hypertens.* 2011;5(4):259-352.

20/ Schall P, Wehling M. Treatment of arterial hypertension in the very elderly: a meta-analysis of clinical trials. *Arzneimittelforschung.* 2011;61(4):221-8.

21/ Meyer KC. Interstitial lung disease in the elderly: pathogenesis, diagnosis and management. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis.* 2011 Jul;28(1):3-17.

22/ Wild S, Roglic G, Green A et al. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004;27:1047-53.

23/ Seasonal influenza vaccination of the elderly. *Prescrire Int.* 2011;20(118):186-8. [On line 10 nov 2011] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21751756>

24/ Stamatou KN. Elderly and prostate cancer screening. *Urol J.* 2011 Spring;8(2):83-7.

25/ Freyer G, Tinker AV. Gynecologic Cancer InterGroup. Clinical trials and treatment of the elderly diagnosed with ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer.* 2011 May;21(4):776-81.

26/ Gajra A, Lichtman SM. Treatment of advanced lung cancer in the elderly. *Hosp Pract (Minneapolis).* 2011 Apr;39(2):107-15.

toma de los medicamentos) y la polifarmacia, cuyas principales razones son la mayor esperanza de vida, las comorbilidades antes mencionadas y la puesta en práctica de guías clínicas, y consecuencias negativas, como mayor riesgo de efectos adversos por interacciones y disminución de la eficacia de los medicamentos.^{27/} Por ello se evalúa un nuevo enfoque para el tratamiento de las PAM, en el cual se conciba esta etapa como un proceso activo y saludable, que les permita tener mejores y adecuados niveles de autoestima y desarrollo de relaciones interpersonales.

Un estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, encontró que la morbilidad y mortalidad en las PAM se centra en su mayoría en patologías de etiología infecciosa, e incluyen accidentes cerebrovasculares, neumonías, sepsis e infecciones urinarias, no importando si sea una PAM joven (de 60 a 79 años) o mayor.^{28/}

B. Envejecimiento y Características Sociodemográficas

En el envejecimiento también hay diferencias respecto al género. Así, las mujeres viven más tiempo que los hombres, pero con inferior calidad de vida. Una de las probables explicaciones se debe a la menor susceptibilidad a las enfermedades cardiovasculares de las mujeres antes de la menopausia, y de influencias culturales como la mayor exposición de los hombres a riesgos laborales. Por otro lado, las mujeres registran tasas más altas de discapacidad en edades más avanzadas, lo cual refleja las mayores cargas acumuladas a lo largo de su ciclo vital. En el tema de la pobreza, las mujeres adultas mayores tienen

más probabilidades de ser pobres que los hombres adultos mayores, debido a efectos acumulados, relacionados a educación, oportunidades laborales, lo que las limita a contar con un régimen pensionario. Desde el punto de vista del estado civil, las más afectadas son las mujeres adultas mayores que nunca se casaron, o aquellas que quedaron viudas.^{29/}

El alto grado de urbanización, los niveles diferenciados de fecundidad y los movimientos migratorios hacia las zonas urbanas, debido a la concentración de inversión pública y privada en las ciudades, principalmente en Lima, son factores que confluyen para que la población del área urbana sea la más envejecida.^{30/}

Antonio Lama^{31/} realizó una investigación sobre Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú a partir de la base datos de la Encuesta Nacional de Hogares 1998, trimestre II, con el objetivo de identificar como las variables económicas, sociales, demográficas de la población y de accesibilidad de la población en su interacción con la oferta de servicios de salud determinan el acceso y no acceso a los servicios de salud en el Perú. Entre los resultados más importantes destacan: el 53,66% de la población declaró haber tenido un algún problema de salud (enfermedad o accidente), constituyéndose así en una demanda potencial trimestral por servicios de salud, que en términos absolutos significaron 13 millones 278 mil 471 personas.

Del total de la población con algún problema de salud (enferma o accidentada) el 48,5% no accedió a los servicios de salud. Esta población fue aquella que tuvo menores ingresos, pertenece

27/ Sergi G, De Rui M, Sarti S, Manzato E. Polypharmacy in the elderly: can comprehensive geriatric assessment reduce inappropriate medication use? *Drugs Aging*. 2011 28(7):509-18.

28/ Rojas V. Morbilidad y Mortalidad comparativa del adulto mayor en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Tesis para optar título profesional de Médico Cirujano. Lima-Perú, 2008.

29/ Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores. 2006-2010

30/ *Ibid* p 9

31/ Lama Antonio. Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú. [Visto 10 nov 2011] Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/est/lib0387/indice.HTM>

al primer y segundo decil de ingresos. La población rural con menores ingresos es la que en mayor proporción no accede a los servicios de salud.

Respecto a los determinantes del acceso a los servicios de salud en el país, examinados a nivel global y desagregado por área de residencia y regiones naturales, existen características definidas, como barreras y facilitadores. Se identifican como barreras para el acceso, la interacción que tienen las Necesidades Básicas Insatisfechas de la población, con las dificultades para acceder de tipo temporal (mayor tiempo de llegada al establecimiento de salud) o medio de transporte; mientras que, son facilitadores del acceso a los servicios de salud, el ingreso per cápita y el menor tiempo de llegada.

Un importante porcentaje de la población dice que no accede a los servicios de salud porque no tiene dinero, es decir, es pobre o pobre extremo; a ello se suman otras variables estructurales que constatan la falta de una oferta de servicios de salud, así la no existencia de consultas o medicinas, la falta de atención, la no existencia de servicios de salud o no haber personal calificado que arguyen el 6,4% de la población que no accedió a los servicios de salud.

Igualmente se encontró un alto porcentaje de la población de todas las áreas de residencia, regiones naturales, nivel de urbanización ingresos, sexo y nivel educativo que no acceden por razones culturales, pues indican que no les trata bien, no confían en la medicina, no fue necesario, prefieren los métodos caseros, prefieren a los curanderos o tienen otra razón, esta población alcanzó el 68,8% de aquella que no accede a los servicios de salud en el Perú.

C. Demanda de Atención de Salud por el Adulto Mayor

La Ley 28803^{32/} (julio 2006), Ley de las Personas Adultas Mayores, establece que el Estado debe proporcionarles atención preferente en los servicios de salud integral, acceso a la atención hospitalaria inmediata en caso de emergencia. En el artículo 7 se establece que deben gozar de beneficios como consultorios, hospitales, clínicas, farmacias privadas y laboratorios, así como servicios radiológicos y de todo tipo de exámenes y pruebas de medicina computarizada y medicamentos de prescripción médica.

En el Perú, la Política de Estado para las personas adultas mayores tiene como referente el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002 - 2006, que recoge el mandato de las Naciones Unidas de proporcionar "un marco de referencia para la protección y promoción de los derechos de las personas de edad". El Ministerio de Salud, aprobó en junio del 2003 el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud" para el período 2002 - 2012, a efecto de priorizar y consolidar acciones de atención integral de salud, especialmente de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados^{33/}, en los Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores se señala la necesidad de atender de manera integral las necesidades de salud de esta población, a fin de lograr el bienestar físico, funcional, mental y social, promoviendo el envejecimiento activo y saludable a través del abordaje eficiente de las necesidades de salud de esta población. Y, respecto a los servicios de salud, se precisa que es política de Estado atender la demanda de servicios de salud de las personas adultas mayores y en especial de los más

32/ Ley de las Personas Adultas Mayores del 19 julio 2006. Ley Nro 28803 Perú. En Normas Legales del 21 de julio 2006, p 324436
33/ MINSAL: Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. 2005

vulnerables. La inversión en el cuidado de la salud de esta población, reduce los costos sanitarios y la incidencia de la morbilidad y sus consecuencias, como la discapacidad y la mortalidad.

En el 2007, el MINSA llevó a cabo un proceso técnico, político y social para elaborar el Plan Nacional Concertado de Salud^{34/} (PNCS) con la finalidad de mejorar el estado de salud de la población, con un enfoque de género, reconociendo la interculturalidad del país, la biodiversidad y que la salud es un derecho fundamental. Este Plan tomó en cuenta los Objetivos del Milenio, así como las 65 líneas de acción que en el área de salud, se aprobaron en el Acuerdo Nacional (2006). Entre los principios rectores de este Plan, se señalaron el de la universalidad, la equidad, que significa que el Estado brinda los servicios de salud e implementa las estrategias que permiten a las personas acceder a ellos, sin discriminación de sexo, raza, religión, condición social o económica, y, en este caso, agregaríamos, sin discriminación por su edad; la calidad del servicio, implica que deben satisfacerse las necesidades del individuo en forma oportuna y eficaz, respetando sus derechos. Lo anterior, bajo el enfoque de la interculturalidad que consiste en adecuar los servicios de salud a las expectativas de los usuarios, ofreciendo servicios de calidad que respeten las creencias locales e incorporen sus costumbres a la atención.

Sin embargo, el logro de estos principios rectores se enfrenta a un sistema de salud con serios problemas, caracterizado por un insuficiente aseguramiento que en muchos casos, es por falta de recursos económicos de la población; una descentralización incompleta del sector salud; una

insuficiente calidad de los servicios; una inadecuada oferta de los servicios de salud y , finalmente, una insuficiente atención a las poblaciones vulnerables, excluidas y dispersas.^{35,36/}

El Plan Concertado en Salud 2007-2020 contiene once lineamientos de política, relacionados a la prevención y promoción de la salud, aseguramiento universal, mejoramiento progresivo de los servicios de salud de calidad, acceso de medicamentos, entre otros. Considerando que la baja calidad de la atención constituye actualmente uno de los mayores obstáculos para enfrentar con éxito los problemas sanitarios, el MINSA en el 2009 ha aprobado la Política Nacional de Calidad en Salud,^{37/} que tiene como finalidad, contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud, mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional. De esta forma, la Política Nacional de Calidad en Salud es parte de la Política Nacional de Salud referida al desarrollo de la calidad de la atención de salud, con alcance nacional y sectorial.

Un estudio realizado por Seinfeld (2007) relacionado al aseguramiento universal señala que han ido disminuyendo las tasas de no asegurados a nivel nacional de un 82,4% a un importante 62,1% para el año 2006.^{38/} Revela que las razones primordiales por las que no se busca acceso a un seguro, fue la falta de dinero, no ser necesario para ellos o incluso, la no creencia en los tratamientos médicos como solución para su salud^{39/}. Este mismo autor señala que las poblaciones de bajos y medio bajos ingresos, no están asegurados, se trata de hogares que

34/ MINSA. Plan Nacional Concertado de Salud. Julio 2007

35/ Ibid p 15

36/ Dávila MM. Perú: Estudio de demanda de Servicios de Salud (Documento 1). Bethesda, MD: Socios para la reforma del sector salud, Abt Associates Inc. Mayo 2002.

37/ MINSA. Política Nacional de Calidad en Salud. RM 727-2009/ Dirección General de las Personas. Dirección de Calidad en Salud. MINSA

38/ Seinfeld J, La Serna K. Avanzando hacia el aseguramiento universal: ¿cómo lograr la protección en salud de personas de ingresos medio bajos y bajos? Economía y Sociedad (CIES-Peru) 2007; (64):54-60

39/ Ibid p 56

perciben rentas entre 420 y 2 mil soles al mes (ingresos bajos) y de familias con rentas entre 2 mil hasta 3 mil 500 soles al mes (ingresos medio bajos). Por otro lado, se afirma que parte importante de estos sectores están vinculados a la economía informal, lo cual, a su vez, conlleva a no figurar en planillas y, por lo tanto, no acceden a la Seguridad Social. Por consiguiente, existen segmentos de la población que no acceden a los servicios ofrecidos por EsSalud y que no cuentan con recursos suficientes para contratar el aseguramiento privado. En suma, estos grupos corren el riesgo de no acceder a la atención en salud ante la presencia de enfermedad o de enfrentar gastos que arriesguen la economía de su hogar.^{40/}

Tras la promulgación de la ley para el aseguramiento universal,^{41/} se ha visto que para lograr este objetivo se debe tener un plan estratégico que permita extender la cobertura de asegurados y de beneficios, así como garantizar la calidad de atención, para lo cual se ha comenzado a implementar el aseguramiento progresivo, primero en zonas piloto de las provincias o distritos más pobres del Perú.^{42/}

Aproximadamente el 20,0% de la población del país tiene posibilidades de acceder a los servicios de la Seguridad Social (EsSalud), el 12,0% accede a servicios privados (entidades prestadoras de salud, clínicas privadas, consultorios médicos y otras instituciones) y el 3,0% es atendido por la Sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA) y de la Policía Nacional del Perú (PNP). El 65,0% restante depende de los servicios públicos de salud que oferta el Ministerio de Salud, pero se estima que dentro de este sector, el 25,0%

no tiene posibilidades de acceder a ningún tipo de atención.^{43/}

Es materia de análisis y profunda reflexión la desproporción en la distribución de los recursos y las responsabilidades que tienen los diferentes subsectores. Así, el Ministerio de Salud tiene un gasto per cápita cuatro veces menor que EsSalud; sin embargo, administra un mayor número de establecimientos de salud y realiza un mayor número de atenciones. El sector privado asume el 9,0% de las hospitalizaciones, el 36,0% de las atenciones ambulatorias a nivel nacional, el 7,0% de las hospitalizaciones y el 34,0% de las atenciones ambulatorias en las zonas rurales.^{44/}

A lo expuesto anteriormente, se agregan otros factores de carácter geográfico, cultural y organizacional, que interfieren en la atención de salud en los adultos mayores. Uno de ellos, es la distribución geográfica de los establecimientos de salud, los cuales se encuentran dispersos, sin profesionales especializados en la atención a este grupo etario; por otro lado, tenemos, las barreras culturales que se caracterizan por percepciones del proceso salud-enfermedad y en la relación entre la vida y la muerte; y por último, existe desconfianza hacia el personal de los centros y puestos de salud, así como hacia las técnicas empleadas en diversas atenciones de salud.^{45/}

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

En concordancia con las preguntas de investigación, los objetivos propuestos y el marco teórico seleccionado, planteamos las siguientes hipótesis:

40/ Ibid p 57

41/ Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Ley Nro 29344. Perú. En Normas Legales del 09 de abril 2009, p 394077

42/ Arce M. Implementación del aseguramiento universal en salud en regiones piloto del Perú. Rev peru med exp salud publica 2009; 26(2):218-21.

43/ Seinfeld J. Op cit p 56

44/ Ibid p 57

45/ Varela L, Chávez H, Herrera A, et al. Perfil del Adulto Mayor Intra II. Desarrollando Respuestas Integradas de los Sistemas de Cuidados de la Salud para una Población en Rápido Envejecimiento Intra II - Perú.

- Existen diferencias porcentuales respecto a las características sociodemográficas en la población adulta mayor en el periodo estudiado.
- Existe un incremento promedio anual superior en la población adulta mayor de 80 y más años de edad, así como diferencias porcentuales en cuanto al sexo, estado civil, grado de instrucción, área geográfica y de procedencia.
- Existe una tendencia creciente de la población adulta mayor de reportar enfermedades crónicas y problemas de salud recientes, la misma que se distribuye de forma heterogénea según algunas variables socio demográficas.
- La población adulta mayor tiene un comportamiento diferencial por grupos de edad, respecto a la demanda de atención por niveles de atención y algunas variables socio demográficas.
- La percepción de la población adulta mayor respecto a la calidad de la atención ofertada en los establecimientos de salud, es regular.
- El MINSA es el principal prestador de servicios de salud para la población adulta mayor con bajo nivel instrucción, mujeres y del área rural.
- Existe una tendencia creciente de la población adulta mayor de acceder al primer nivel de atención, diferenciándose según algunas variables sociodemográficas.
- No existe relación entre el incremento de una mayor afiliación con una mayor demanda de atención de problemas de salud de la población adulta mayor para el periodo estudiado.



CAPÍTULO II: ASPECTOS METODOLÓGICOS

La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) es una encuesta especializada que se realiza desde mayo de 2003 en forma continua, dividida en periodos de tres meses. Se realiza en el ámbito nacional, en el área urbana y rural, en los 24 departamentos del país y en la Provincia Constitucional del Callao. La población objetivo comprende todas las viviendas particulares con ocupantes presentes del país del área urbana y rural del país. Esta encuesta recoge información relevante de aspectos económicos, demográficos y sociales de la población peruana, así como las principales características de la infraestructura de las viviendas.

El marco muestral está constituido por la información estadística proveniente de los Censos de Población y Vivienda y material cartográfico actualizado para tal fin. La muestra es del tipo probabilística, de áreas, estratificada, multietápica e independiente en cada departamento de estudio. El nivel de confianza de los resultados muestrales, es del 95%.

La ENAH es una encuesta de derecho y se aplica mediante Entrevista directa. Para el año 2011, los temas considerados comprenden características de la vivienda y el hogar (20

preguntas), características de los miembros del hogar (24 preguntas), educación de personas de tres y más años de edad (32 preguntas), salud para todas las personas (28 preguntas), empleo e ingresos para personas de 14 años y más (110 preguntas), sistema de pensiones (2 preguntas), gastos del hogar (76 preguntas), programas sociales (7 preguntas), participación ciudadana (6 preguntas) y finalmente, el módulo de opinión (40 preguntas). (Ficha Técnica 2011)

Tamaño de la muestra

El tamaño anual de la muestra es de 22 mil 640 viviendas particulares, de las cuales, 13 mil 824 corresponden al área urbana y 8 816 al área rural, agrupados en 3 mil 406 conglomerados (2 mil 304 en el área urbana y 1 mil 102 en el área rural). Esta muestra a nivel nacional, a su vez, se divide en una muestra panel de 7 mil 546 viviendas particulares (1 mil 132 conglomerados) y otra muestra no panel conformada por 15 mil 094 viviendas (2 mil 274 conglomerados).

Para efectos del presente estudio se han seleccionado las siguientes preguntas de la sección de salud:

Nro	PREGUNTA
401	¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO? (Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.) Sí.....1 No.....2
402	EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS , ¿PRESENTÓ UD. ALGÚN(A): (Acepte una o más alternativas) Síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas)?.....1 Accidente?.....4 Enfermedad (gripe, colitis, etc.)?.....2 No tuvo enfermedad, síntoma, recaída, accidente?5 Recaída de enfermedad crónica?.....3

Operacionalización de la variable calidad:

Para la construcción de la variable calidad se tomaron en cuenta cuatro indicadores:

1. Distancia del establecimiento de salud (Pregunta 407 A)
2. Demora en la atención (Pregunta 407 B)
3. Disponibilidad de los medicamentos recetados (Pregunta 407 C)
4. Trato del personal de salud (Pregunta 407 D)

Las respuestas a estas cuatro preguntas son alternativas en escala ordinal. Así, se asignó un puntaje de 1 a 4 a cada respuesta, siendo 1 la respuesta menos favorable y 4 la más favorable. La sumatoria de los puntajes de las cuatro preguntas tuvo entonces valores posibles entre 4 y 16.

Los valores finales de la variable calidad se definieron según la clasificación del puntaje en tres categorías:

- Percepción de mala calidad: 4 a 8 puntos
- Percepción de calidad regular: 9 a 12 puntos
- Percepción de buena calidad: 13 a 16 puntos

Análisis estadístico:

Las bases de datos de la ENAHO de cada año de estudio fueron descargadas desde el Servicio Microdatos del INEI (<http://www.inei.gob.pe/srienaho/index.htm>). Se descargó el cuarto módulo, que corresponde a la sección salud de la encuesta.

Se categorizaron las siguientes variables para cumplir los fines del presente estudio:

- Edad (P208A), se formaron dos grupos para clasificar a los adultos mayores entre 60 y 79 años y de 80 años a más.
- El estado civil (P209), las categorías de esta variable se agruparon en unido y no unido.
- Nivel educativo (P301A), se agruparon los valores sin nivel e inicial, los valores completo e incompleto para primaria y secundaria, y las cinco categorías de educación superior, analizando en esta investigación cuatro valores.

En cuanto a la región política, se obtuvo a partir de las primeras dos cifras del ubigeo y luego se asignó la etiqueta correspondiente.

El análisis consistió en el cálculo de distribuciones de frecuencias absolutas y relativas para las diferentes variables del módulo de salud, empleando en todos los casos los factores de expansión correspondientes a cada año. Se elaboraron también tablas de contingencia para establecer la relación entre las variables de estudio. La presentación de los resultados es mediante tablas y gráficos estadísticos según las guías del INEI.

El análisis se realizó con el programa SPSS 15.0, y los gráficos con el programa Microsoft Office Excel 2007.



CAPÍTULO III: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

RESULTADOS

1. Características sociodemográficas de los adultos mayores.

La población adulta mayor del Perú, según los datos de las encuestas nacionales de hogares (ENAHOG), pasó del 10,7% (2006) de la población total del país a 12,0% (2010). En términos absolutos, este incremento significó pasar de 3 millones 75 mil 163 (2006) de adultos mayores a 3 millones 652 mil 352 (2010) adultos mayores. En promedio, la población adulta mayor en el Perú se incrementó en 144 mil 297, entre año y año del periodo analizado. Al analizar este incremento por grupos de edad, los adultos mayores de 60 a 79 años, pasaron de 2 millones 624 mil 622 (2006) a 3 millones 42 mil 701 (2010), con un incremento promedio anual de 104 mil 520. Mientras que los adultos mayores de 80 y más años, pasaron de 450 mil 541 (2006) a 609 mil 651 (2010), lo que representa un incremento promedio anual de 39 mil 778. Esto en términos porcentuales, evidencia un incremento promedio anual superior en el grupo de 80 y más años (5,8%) respecto a los adultos mayores entre 60 y 79 años (2,4%) (Cuadro No 3.1).

Respecto a la distribución de los adultos mayores por sexo, la proporción de adultos mayores

mujeres es mayor que los hombres. En el año 2006, el 10,4% de la población masculina del país tenía 60 años o más, mientras que del total de la población femenina este grupo poblacional representaba el 11,1%. Hacia el año 2010 esta diferencia se mantenía, siendo adultos mayores el 11,5% de los hombres y el 12,4% de las mujeres. Esta diferencia se ve más marcada al analizar la población de 80 y más años, observándose un aumento de la brecha entre hombres en el tiempo. En el 2006 el 1,5% de la población masculina y el 1,7% de la población femenina del país tenía 80 años o más, mientras que el año 2010 estas proporciones fueron 1,7% entre los hombres y 2,3% entre las mujeres (Cuadro No 3.1).

En general, se observa que en el área rural hay una leve mayor proporción de pobladores adultos mayores respecto al área urbana. Esta diferencia es mayor para el 2010 (11,8% en el área urbana y 12,3% en el área rural). Al analizar la distribución de los adultos mayores por área de procedencia para el año 2010, en la Sierra la proporción es mayor (13,4%); en la Costa es la segunda en frecuencia de adultos mayores (12,1% para Lima Metropolitana y 12,2% para el resto de la costa). Finalmente, en la Selva solamente el 7,8% de su población es adulta mayor, un porcentaje que es un poco más de la mitad al compararse con la región sierra (Cuadro N° 3.1)

Cuadro N° 3.1
PERÚ: POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR PERÍODO DE ESTUDIO Y GRUPOS
DE EDAD, SEGÚN VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA, 2006-2010
 (Porcentaje respecto del total de la población peruana de cada año por característica socio demográfica)

Variables socio demográficas y grupos de edad		Período de Estudio				
		2006	2007	2008	2009	2010
Edad	Total	10,7	10,6	10,9	11,4	12,0
	60 a 79 años	9,1	8,9	9,2	9,6	10,0
	80 y más años	1,6	1,7	1,7	1,8	2,0
Sexo	60 a 79 años					
	Hombre	8,9	8,6	9,0	9,3	9,8
	Mujer	9,4	9,2	9,4	9,8	10,1
	80 y más años					
	Hombre	1,5	1,5	1,5	1,6	1,7
	Mujer	1,7	1,9	2,0	2,1	2,3
Ámbito geográfico	60 a 79 años					
	Urbana	9,2	8,8	9,2	9,4	9,8
	Rural	9,1	9,1	9,1	10,0	10,3
	80 y más años					
	Urbana	1,6	1,7	1,7	1,8	2,0
	Rural	1,6	1,7	1,8	1,8	2,0
Área de procedencia	60 a 79 años					
	Lima Metropolitana	9,8	9,5	9,6	9,8	10,0
	Resto de costa	9,3	8,9	9,5	9,9	10,0
	Sierra	9,8	9,5	9,7	10,3	11,2
	Selv a	5,7	6,2	6,2	6,5	6,9
	80 y más años					
	Lima Metropolitana	1,7	1,9	1,9	1,8	2,1
	Resto de costa	1,5	1,7	1,7	1,8	2,2
	Sierra	1,8	1,9	2,0	2,2	2,2
	Selv a	0,6	0,8	0,8	1,0	0,9

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), 2006 - 2010.
 Elaboración propia

Al analizar el estado civil, la mayor proporción de adultos mayores entre 60 y 79 años de edad se encuentra unida (entre 64,9% y 66,6% para el período de estudio). Por el contrario, entre las personas de 80 y más años, solamente entre el 34,6% y 38,3% en el período de estudio se encuentra unida a una pareja. Esto se debe a la viudez a la que llega la mayoría de personas de 80 y más años por el fallecimiento de su cónyuge (Cuadro N° 3.2).

Respecto al grado de instrucción, la mayoría de adultos mayores entre 60 y 79 años presentan

primaria (completa o incompleta), de forma similar a los adultos mayores de 80 años y más. La diferencia entre ambos grupos de edad se da en los extremos de la instrucción. Así, entre el 23,6% y 24,0% de los adultos mayores entre 60 y 79 años no presentan instrucción o sólo formación inicial, mientras que esta proporción se eleva entre 33,4% y 37,6% para los adultos mayores de 80 y más años. Por el contrario, la educación superior es casi el doble de frecuente entre los adultos mayores entre 60 y 79 años respecto a los de 80 y más años (Cuadro N° 3.2).

Cuadro N° 3.2
PERÚ: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR PERÍODO DE ESTUDIO,
SEGÚN ESTADO CIVIL, GRADO DE INSTRUCCIÓN Y GRUPOS DE EDAD, 2006-2010
 (Porcentaje)

Estado Civil y Grado de Instrucción y grupos de edad	Años				
	2006	2007	2008	2009	2010
60 a 79 años					
Unido	65,9	65,6	64,9	66,6	66,0
No unido	34,1	34,4	35,1	33,4	34,0
80 y más años					
Unido	38,3	35,6	34,6	37,0	37,9
No unido	61,7	64,4	65,4	63,0	62,1
60 a 79 años					
Ninguno / inicial	23,6	24,0	23,6	23,8	23,6
Primaria	48,0	47,9	48,0	47,0	46,1
Secundaria	18,3	16,7	16,4	17,8	17,8
Superior	10,0	11,4	12,0	11,4	12,5
80 y más años					
Ninguno / inicial	33,4	35,3	37,6	35,0	35,4
Primaria	47,9	48,5	47,4	46,1	47,8
Secundaria	14,1	11,7	10,1	13,0	11,9
Superior	4,6	4,6	4,9	5,9	4,9

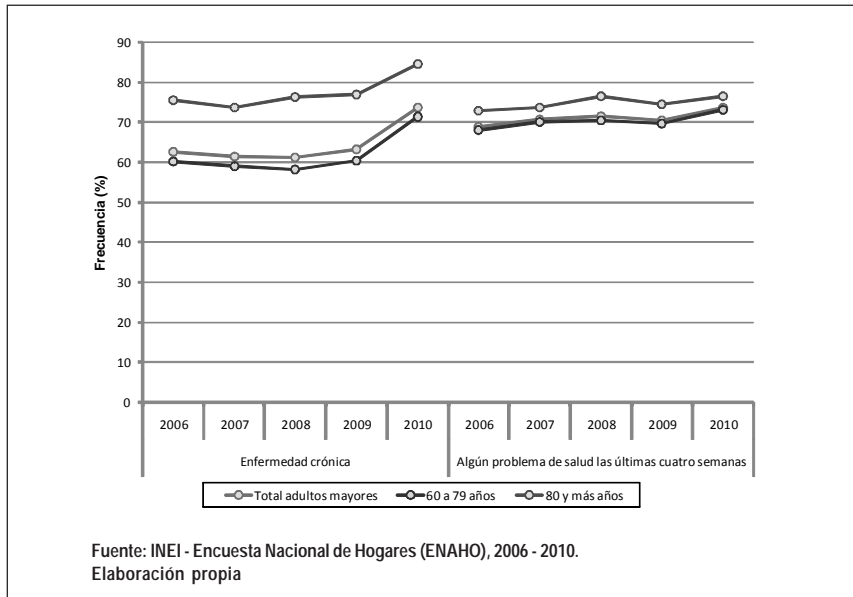
Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), 2006 - 2010.
 Elaboración propia

2. Problemas de salud entre los adultos mayores.

La mayor parte de la población adulta mayor del Perú declara padecer alguna enfermedad crónica o haber padecido algún problema de salud (síntoma o malestar, enfermedad, recaída de enfermedad crónica o accidente) las últimas cuatro semanas. Así, las estimaciones del año 2010 señalan que 2 millones 681 mil 936 adultos mayores refirieron sufrir de alguna enfermedad

crónica y 2 millones 697 mil 566 declararon haber padecido algún problema de salud las cuatro semanas previas a la entrevista. Como era de esperarse, entre los adultos mayores de 80 y más años estos problemas de salud son más frecuentes que entre los de 60 y 79 años. Llama la atención la diferencia entre el año 2009 y 2010 respecto a la declaración de padecimiento de alguna enfermedad crónica, ha pasado de un 63,1% a 73,6% en el total de adultos mayores (Gráfico N° 3.1)

Gráfico N° 3.1
PERÚ: POBLACIÓN ADULTA MAYOR CON PADECIMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DE ALGÚN PROBLEMA DE SALUD EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS, SEGÚN GRUPOS DE EDAD, 2006-2010
 (Porcentaje)



En general, las mujeres declaran con mayor frecuencia el padecimiento de enfermedades crónicas y de problemas de salud las últimas cuatro semanas de la fecha de la entrevista, en comparación a los hombres; además, esta diferencia es más amplia en el grupo de edad entre 60 y 79 años de edad. Según el estado civil, los adultos mayores no unidos refieren con mayor frecuencia el padecimiento de enfermedades crónicas y de problemas de salud las últimas cuatro semanas de la fecha de la entrevista respecto a los unidos.

Respecto al grado de instrucción, no se evidencia alguna tendencia clara respecto a la declaración de sufrir alguna enfermedad crónica; pero para los problemas de salud las últimas cuatro semanas queda claro que a mayor grado de instrucción es menor la declaración de frecuencia de estos

problemas, tanto para los adultos mayores de 60 a 79 años como para los de 80 y más años (esta tendencia se observa en los cinco años del periodo de estudio). Los adultos mayores de zonas urbanas refieren en mayor frecuencia enfermedades crónicas que los adultos mayores de zonas rurales, pero cuando se analizan los problemas de salud de las últimas cuatro semanas son los adultos mayores de zonas rurales quienes más frecuentemente declaran problemas de salud. Finalmente, según la procedencia de la población, los adultos mayores de la sierra son quienes en general en menor frecuencia padecen de enfermedades crónicas en comparación a las otras regiones del país, mientras que los adultos mayores de Lima Metropolitana son quienes refieren en menor frecuencia haber tenido problemas de salud las últimas cuatro semanas previas a la entrevista (Cuadro N° 3.3).

Cuadro N° 3.3
PERÚ: POBLACIÓN ADULTA MAYOR CON ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA Y NO CRÓNICA, SEGÚN
VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA Y GRUPO DE EDAD, 2006-2010
 (Porcentaje)

Variables socio demográficas y grupos de edad		Problema de salud crónico 1/					Problema de salud no crónico 2/					
		2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010	
Edad	60 a 79 años	60,3	59,1	58,3	60,5	71,4	68,3	70,1	70,6	69,8	73,3	
	80 y más años	75,6	73,7	76,3	77,0	84,6	73,2	73,7	76,6	74,5	76,6	
	Total	62,6	61,5	61,2	63,1	73,6	69,0	70,7	71,6	70,5	73,9	
Sexo	60 a 79 años											
	Hombre	53,6	52,9	52,0	55,6	66,8	61,5	63,5	64,9	63,0	66,9	
	Mujer	66,6	64,7	64,2	65,0	75,7	74,7	76,1	75,9	76,0	79,3	
	80 y más años											
	Hombre	75,1	72,2	76,5	73,2	82,6	69,1	70,7	75,1	70,6	72,8	
	Mujer	76,1	74,9	76,2	79,8	86,0	76,7	76,0	77,7	77,4	79,3	
Estado Civil	60 a 79 años											
	Unido	59,8	57,7	56,5	59,6	70,1	66,2	69,1	69,4	67,8	71,5	
	No unido	61,3	61,8	61,7	62,2	73,8	72,5	72,1	72,8	73,7	76,7	
	80 y más años											
	Unido	76,9	72,8	76,8	74,0	83,2	68,8	74,7	78,7	72,1	71,6	
	No unido	74,8	74,3	76,1	78,8	85,4	75,9	73,2	75,5	76,0	79,7	
Grado de Instrucción	60 a 79 años											
	Ninguno / inicial	62,9	54,9	55,7	57,7	69,8	78,8	80,3	83,1	82,8	83,2	
	Primaria	60,8	60,4	59,4	62,3	71,1	71,0	72,4	73,7	72,6	75,7	
	Secundaria	59,3	62,0	61,2	62,3	72,1	58,1	61,2	59,1	58,5	65,4	
	Superior	53,8	58,2	55,5	55,8	74,4	49,0	52,1	49,6	48,0	56,8	
	80 y más años											
	Ninguno / inicial	73,9	69,4	71,9	76,4	83,7	83,8	84,5	84,0	86,1	87,1	
	Primaria	80,7	77,6	79,2	80,0	84,8	71,5	72,3	75,9	74,4	74,9	
	Secundaria	63,1	69,5	83,4	73,5	89,8	64,4	56,6	68,0	54,0	60,8	
	Superior	73,8	77,3	67,4	65,3	76,1	38,8	49,5	44,3	52,6	55,7	
	Ámbito geográfico	60 a 79 años										
		Urbano	61,6	62,1	61,1	62,7	73,9	64,5	66,1	65,8	64,5	69,3
Rural		57,5	52,4	51,8	55,7	65,6	76,9	79,4	82,0	81,4	82,2	
80 y más años												
Urbano		75,1	78,0	78,5	78,9	85,8	68,7	69,6	71,3	68,5	70,9	
Rural		76,7	63,3	71,3	72,7	81,8	83,1	83,9	88,6	88,6	90,1	
Área de procedencia	60 a 79 años											
	Lima Metropolitana	59,7	61,7	57,9	58,8	73,9	55,6	58,4	56,4	56,9	66,0	
	Resto de costa	64,3	64,5	63,2	64,8	75,7	68,6	71,9	70,7	68,1	69,9	
	Sierra	58,8	54,7	54,9	58,0	67,3	78,7	78,1	81,3	80,8	81,6	
	Selva	58,2	55,0	61,3	65,0	70,1	68,1	72,9	74,8	70,4	69,7	
	80 y más años											
	Lima Metropolitana	68,9	81,0	78,0	75,1	81,8	57,5	60,9	64,0	61,4	64,0	
	Resto de costa	83,1	75,7	81,8	83,5	88,6	76,1	77,8	77,5	70,4	76,4	
Sierra	77,1	66,9	71,8	74,8	84,0	82,9	81,5	85,6	84,9	87,1		
Selva	72,9	71,2	77,3	77,6	86,5	80,0	79,0	79,3	80,3	74,7		

1/ Comprende a la población que reportó padecer enfermedades crónicas (artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, TBC, VIH, colesterol, etc.) o malestares crónicos.

2/ Comprende a la población que reportó haber padecido: síntoma o malestar, enfermedad o accidente en las últimas cuatro semanas anteriores a la encuesta.

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), 2006 - 2010.

Cuando se analizan los tipos de problemas de salud específicos que han padecido los adultos mayores durante las últimas cuatro semanas, lo más frecuentemente reportado son los síntomas o molestias generales como tos, cefalea, dolor de garganta y náuseas, estimándose que 1 millón 708 mil 993 adultos mayores el año 2010 presentaron un problema de salud de este tipo. Además, se observa que cada año es más frecuente este reporte. Así, en el grupo de 60 a 79 años de edad, pasó de 32,8% a 47,3% (2006 a 2010 respectivamente); en el caso de los adultos mayores de 80 y más años, pasó de 33,3% a 44,9%. Hacia el año 2010, el segundo motivo de padecimiento de algún problema de salud las últimas cuatro semanas (845 mil 322 adultos mayores) fueron las recaídas de una enfermedad crónica. A diferencia de los síntomas y molestias generales, no se observa una clara tendencia en el reporte de las recaídas de las enfermedades crónicas en el periodo de estudio. En tercer lugar, pero no muy distante en frecuencia de las recaídas

de enfermedades crónicas, se encuentran las enfermedades agudas como gripes o colitis, siendo 672 mil 947 la estimación de los adultos mayores que presentan estas enfermedades el año 2010. Para este grupo de enfermedades agudas hay cierta tendencia decreciente en su reporte entre los adultos mayores de 60 a 79 años de 24,5%(2006) a 18,4%(2010), pero no se evidencia este comportamiento entre los adultos mayores de 80 y más años de edad.

Los accidentes, si bien son los problemas de salud reportados en menor frecuencia, 2,4%(2010) para los adultos mayores entre 60 y 79 años y 2,7% para los adultos mayores de 80 y más años, presentan una tendencia ascendente. Así, el año 2010 se estima que 90 725 adultos mayores sufrieron un accidente. Se debe recordar la fragilidad de este grupo poblacional, por lo cual un accidente puede comprometer de forma más severa, en comparación a personas menores, su estado físico (Cuadro N° 3.4).

Cuadro N° 3.4
PERÚ: POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR TIPO DE PROBLEMA DE SALUD EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS, SEGÚN GRUPO DE EDAD Y PERÍODO DE ESTUDIO, 2006-2010
 (Porcentaje)

Grupo de edad / Periodo de estudio	Síntoma o malestar	Enfermedad	Recaída de enfermedad crónica	Accidente
De 60 a 79 años				
2006	32,8	24,5	22,4	1,4
2007	38,5	23,8	19,7	1,2
2008	41,3	21,7	18,7	1,4
2009	44,0	17,7	19,5	1,8
2010	47,3	18,4	22,2	2,4
De 80 y más años				
2006	33,3	23,7	28,3	1,8
2007	40,8	21,8	24,3	1,6
2008	42,2	24,1	26,0	2,0
2009	45,8	17,0	24,9	1,5
2010	44,9	18,9	28,2	2,7

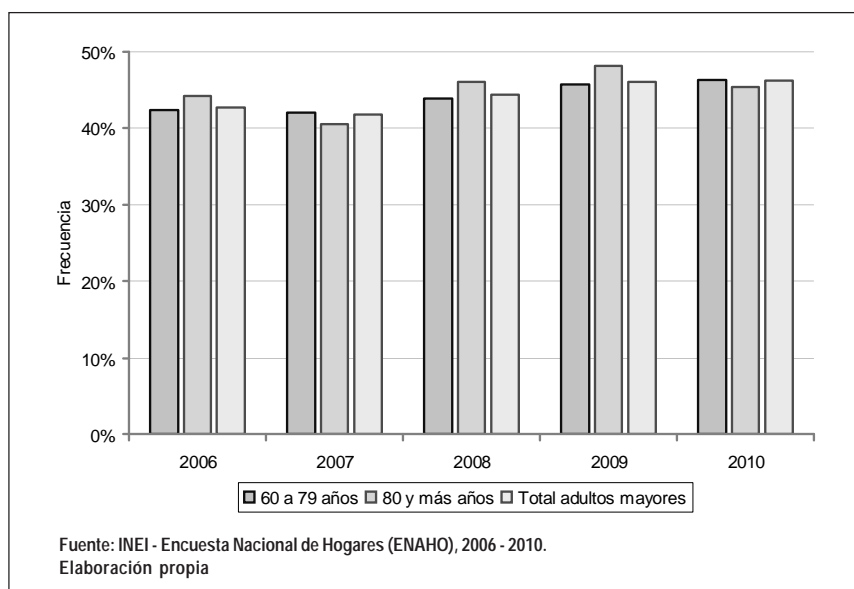
Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), 2006 - 2010.
 Elaboración: propia

3. Demanda de servicios de salud por problemas de salud entre los adultos mayores.

Entre los adultos mayores que padecieron algún problema de salud las últimas cuatro semanas previas a la entrevista y solicitaron atención de salud, se ha producido un incremento; en el año

2006 de un 42,7% (904 mil 227 adultos mayores) al 2010 con un 46,2% (1 millón 244 mil 68 adultos mayores). Este incremento se observa con más claridad en la población entre 60 y 79 años, (42,4% a 46,4%); en cambio, en los adultos mayores de 80 y más años, la tendencia no es clara (44,20% a 45,4%, con un pico el año 2009 de 48,1%) (Gráfico N° 3.2).

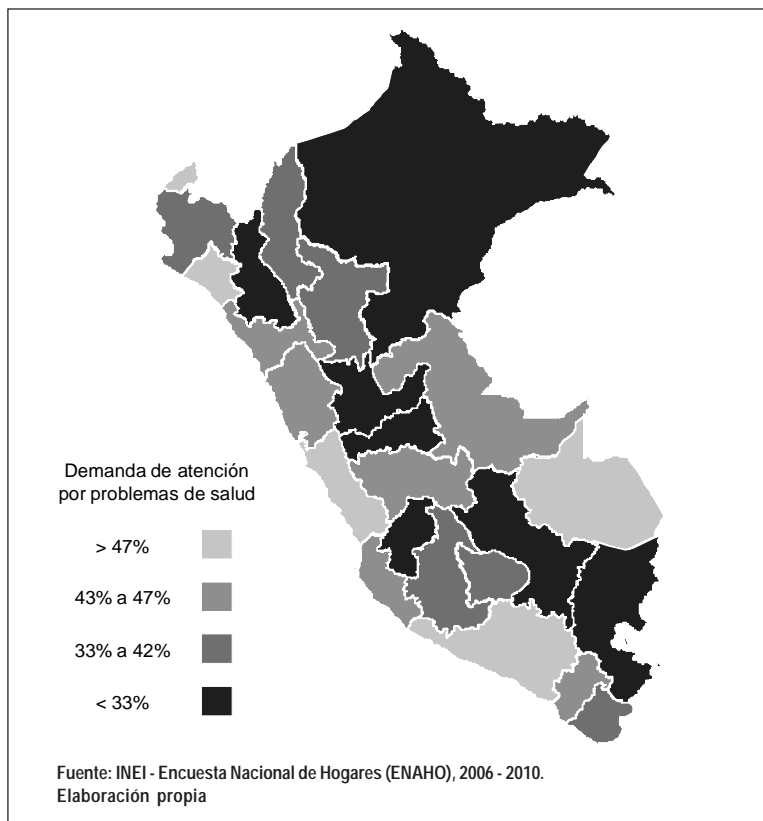
Gráfico N° 3.2
PERÚ: DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE LOS ADULTOS MAYORES CON ALGÚN PROBLEMA DE SALUD LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS PREVIAS A LA ENTREVISTA, SEGÚN GRUPO DE EDAD, 2006-2010 (Porcentaje)



Cuando se analiza la región de residencia del adulto mayor, se observa que en promedio para el periodo 2006 y 2010, los adultos mayores de la región Callao fueron quienes en mayor frecuencia buscaron atención de salud por sus problemas de salud que los afectó las cuatro semanas previas a la entrevista (64,5%), seguidos de los de Lima (61,4%), Lambayeque (56,5%) y Madre de Dios (53,9%). Solo en estas cuatro regiones más del

50,0% de adultos mayores buscó atención de salud por sus afecciones. Hacia el otro extremo, Huánuco con 29,4%, Huancavelica con 23,5% y Puno con 21,3% son las regiones donde los adultos mayores que buscan atención por sus problemas de salud no llegan ni al 30%. La distribución por cuartiles de la demanda de atención por regiones se muestra en el Mapa N° 3.1

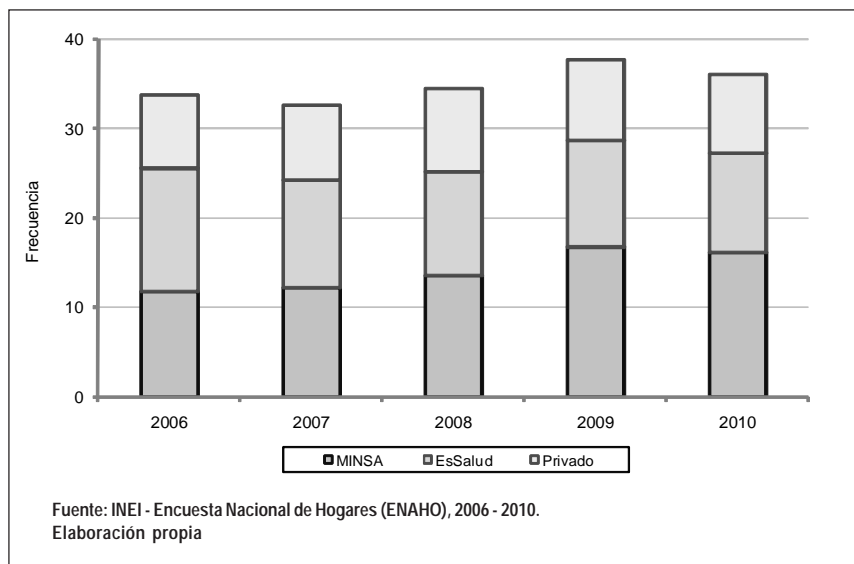
Mapa N° 3.1
**PERÚ: DEMANDA PROMEDIO DE SERVICIOS DE SALUD ENTRE LOS ADULTOS MAYORES
 CON ALGÚN PROBLEMA DE SALUD LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS
 PREVIAS A LA ENTREVISTA, SEGÚN REGIONES, 2006- 2010.**



Cuando se compara el tipo de prestador de salud al cual los adultos mayores demandan por servicios de salud por sus problemas de salud padecidos las cuatro semanas previas a la entrevista, se observa un cambio en el periodo de tiempo analizado. En el año 2006, el 13,8% (292 mil 479) de los adultos mayores con problemas de salud acudió a un establecimiento de salud del Seguro Social (EsSalud), mientras que a establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) lo hizo el 11,8% (250 mil 674 adultos mayores). Esto cambió hacia el año 2010, siendo los establecimientos del MINSA a donde acudió la mayor proporción de adultos mayores con problemas de salud (16,1%, que representa 435

mil 244 personas) en comparación a EsSalud (11,1%, que representa 299 mil 896 personas). Esto se debe a que el crecimiento de la demanda al MINSA fue superior al de EsSalud; en el primero, el incremento anual de la demanda fue de 46 mil 143 personas, mientras que en el segundo de tan solo 1 mil 854. En el caso de la demanda hacia establecimientos privados fue similar, de forma proporcional, durante el periodo de estudio. Los adultos mayores con problemas de salud que acudieron a un establecimiento privado fue el 8,2% el año 2006 y el 8,8% el año 2010, con un pico que representó el 9,3% el año 2008 (Gráfico N° 3.3).

Gráfico N° 3.3
PERÚ: ADULTOS MAYORES CON ALGÚN PROBLEMA DE SALUD LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS PREVIAS A LA ENTREVISTA, QUE DEMANDÓ POR SERVICIOS DE SALUD, SEGÚN ESTABLECIMIENTO, 2006-2010
 (Porcentaje)



Las mujeres presentan, en general, una leve mayor proporción de búsqueda de atención en establecimientos de salud del MINSa en comparación a los varones. Para el periodo de estudio, en promedio, el 14,7% de las mujeres acudieron a un establecimiento de salud del MINSa a buscar atención por su problema de salud presentado las cuatro semanas previas a la entrevista, en comparación al 13,7% de los varones. En el caso de la búsqueda de atención en EsSalud la situación es más bien contraria; el 12,7% de varones acudió a este prestador frente al 11,5% de mujeres. Mientras que a los establecimientos privados acuden más mujeres (9,6%) que varones (7,7%) que han sufrido algún problema de salud (Cuadro N° 3.5).

Respecto al estado civil, los adultos mayores no unidos han buscado, en promedio para el periodo de estudio, en mayor frecuencia atención por sus problemas de salud en establecimientos del MINSa en comparación a los unidos (15,2% vs. 13,6%). Sin embargo, los resultados muestran una tendencia distinta al analizar la búsqueda de atención en establecimientos de EsSalud, con un 13,1% entre los unidos y 10,5% entre los no unidos. Los porcentajes de búsqueda de atención en el sector privado fueron similares en ambos grupos (9,0% entre los unidos y 8,5% en los no unidos) (Cuadro N° 3.5).

Cuadro N° 3.5
PERÚ: POBLACIÓN ADULTA MAYOR, CON PROBLEMAS DE SALUD EN LAS
ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS, QUE HAN DEMANDADO ATENCIÓN DE SALUD POR
EDAD, SEXO Y ESTADO CIVIL, SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, 2006-2010
 (Porcentaje)

Establecimiento de Salud	Edad		Total	Sexo				Estado Civil				
	60 a 79 años	80 y más		Hombres		Mujeres		Unidos		No Unidos		
				60 a 79 años	80 y más	60 a 79 años	80 y más	60 a 79 años	80 y más			
MINSALUD	2006	12,1	10,1	11,8	12,1	10,4	12,1	9,9	12,2	10,0	12,0	10,2
	2007	12,4	11,4	12,3	11,4	10,0	13,3	12,4	11,4	7,9	14,3	13,3
	2008	13,5	14,1	13,6	13,0	11,3	13,8	16,1	13,3	13,3	13,7	14,6
	2009	16,8	16,9	16,8	17,2	18,7	16,4	15,6	16,2	16,6	17,9	17,0
	2010	16,0	16,7	16,1	14,6	15,2	17,1	17,6	15,0	14,8	17,9	17,7
EsSALUD	2006	13,4	15,7	13,8	13,3	20,0	13,5	12,4	14,4	20,6	11,6	12,9
	2007	11,8	12,9	12,0	11,6	15,7	11,9	11,0	12,6	16,0	10,3	11,2
	2008	11,0	14,7	11,7	12,1	16,1	10,2	13,7	12,2	16,7	9,0	13,6
	2009	11,5	13,7	11,9	11,9	17,3	11,2	11,3	12,1	18,0	10,4	11,4
	2010	11,3	10,1	11,1	11,6	12,5	11,1	8,5	12,4	12,2	9,4	9,0
PRIVADO	2006	8,3	7,5	8,2	6,7	8,2	9,6	7,0	8,3	6,1	8,2	8,3
	2007	8,4	8,6	8,5	7,4	8,4	9,2	8,7	8,9	5,6	7,6	10,3
	2008	9,2	9,9	9,3	7,8	11,4	10,3	8,8	9,5	10,9	8,6	9,3
	2009	9,0	9,2	9,1	7,5	8,7	10,2	9,6	9,4	8,2	8,3	9,8
	2010	8,6	9,9	8,8	7,7	8,9	9,4	10,5	9,0	10,9	7,9	9,3

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), 2006 - 2010.

En lo concerniente al grado de instrucción, se observa una tendencia creciente de una mayor búsqueda de atención en establecimientos del MINSALUD cuando menor es el grado de instrucción. En el caso de EsSalud, se pasa de un 3,5% de búsqueda de atención entre los adultos mayores sin instrucción o inicial, a un 32,2% cuando se cuenta con un nivel de instrucción superior

(porcentajes intermedios de 11,0% para primaria y 22,8% para secundaria). Para el sector privado se tiene que el 5,2% de los adultos mayores sin instrucción o inicial buscan atención por sus problemas de salud en este tipo de establecimientos, aumentando a 8,4% para el nivel de instrucción primario, 13,6% para el secundario y 16,5% para el superior (Cuadro N° 3.6).

Cuadro N° 3.6
PERÚ: POBLACIÓN ADULTA MAYOR, CON PROBLEMAS DE SALUD EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS, QUE HAN DEMANDADO ATENCIÓN DE SALUD POR GRADO DE INSTRUCCIÓN SEGÚN ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y PERÍODO DE ESTUDIO, 2006-10
 (Porcentaje)

Establecimiento de Salud/ Período de estudio	Grado de Instrucción								
	Ninguno /Inicial		Primaria		Secundaria		Superior		
	60 a 79 años	80 y más	60 a 79 años	80 y más	60 a 79 años	80 y más	60 a 79 años	80 y más	
MINSA	2006	13,2	11,6	13,3	9,9	10,1	9,1	4,2	0,0
	2007	13,4	14,0	13,9	10,0	9,9	9,7	5,1	3,5
	2008	15,4	18,0	14,3	14,2	9,1	0,0	9,5	0,0
	2009	19,5	20,2	17,9	16,9	14,4	8,4	5,2	2,2
	2010	18,9	21,0	17,8	16,3	10,7	6,0	8,6	0,0
EsSALUD	2006	3,2	3,8	11,7	19,7	27,5	32,3	33,9	41,7
	2007	3,1	2,9	10,0	17,2	24,0	24,8	29,3	44,9
	2008	4,0	5,0	9,2	20,7	18,8	23,9	32,4	28,8
	2009	3,9	3,1	9,2	16,7	21,3	31,8	35,1	42,9
	2010	3,2	3,7	9,4	11,4	20,1	22,3	29,1	32,7
PRIVADO	2006	4,0	3,6	6,6	7,4	14,6	17,0	23,2	24,9
	2007	4,8	6,7	7,9	9,0	11,9	16,7	17,2	4,9
	2008	6,3	6,4	9,4	10,6	11,7	16,8	13,8	25,7
	2009	5,3	6,3	8,4	10,6	13,7	16,0	17,7	8,1
	2010	4,9	4,2	8,3	11,7	13,2	21,6	13,2	20,2

Los niveles Primaria, Secundaria y Superior, incluyen estudios incompletos y completos.
 Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), 2006 - 2010.

Según zona de residencia, se observa una marcada diferencia entre los adultos mayores de zonas urbanas y rurales respecto al sector donde buscan atención por sus problemas de salud. En las zonas rurales, la demanda por establecimientos del MINSA es un poco mayor que en zonas urbanas. Para el período de estudio, en promedio, el 16,5% de los adultos mayores de zonas rurales buscaron atención en establecimientos del MINSA y el 13,1% de los residentes en zonas urbanas. Sin embargo, al comparar la búsqueda de atención en EsSalud, solamente el 1,8% de la población adulta mayor de zonas rurales demandó por estos establecimientos, frente a un 17,5% de las zonas urbanas. Situación similar ocurre con la búsqueda de atención en establecimientos privados, con tan sólo 3,6% de demanda en la zona rural en comparación a un 11,6% en áreas urbanas (Cuadro N° 3.7).

Cuando se analiza el área geográfica de residencia de los adultos mayores, se evidencia que los residentes de la Selva son quienes demandan en mayor frecuencia por servicios de salud en establecimientos del MINSA (17,5%), seguidos de quienes habitan en la Sierra (16,1%), Lima Metropolitana (12,8%) y finalmente el Resto de Costa (11,1%). En el caso de la demanda por servicios de EsSalud, es Lima Metropolitana donde los adultos mayores con problemas de salud buscan más este tipo de servicio, con un 20,9%, seguidos del Resto de Costa con 17,8%. Con mucha menor frecuencia los adultos mayores de la Selva (5,3%) y Sierra (5,2%) buscan atención en EsSalud; y, en el caso de establecimientos privados, son también los pobladores de Lima Metropolitana (15,4%) y el Resto de Costa (10,8%) quienes demandan mayor atención en este sector, seguidos de los adultos mayores de la Sierra (4,5%) y Selva (3,8%) (Cuadro N° 3.7).

Cuadro N° 3.7
PERÚ: POBLACIÓN ADULTA MAYOR, CON PROBLEMAS DE SALUD QUE EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS, DEMANDA ATENCIÓN POR TIPO DE PRESTADOR SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, PROCEDENCIA Y GRUPO DE EDAD, 2006-2010
 (Porcentaje)

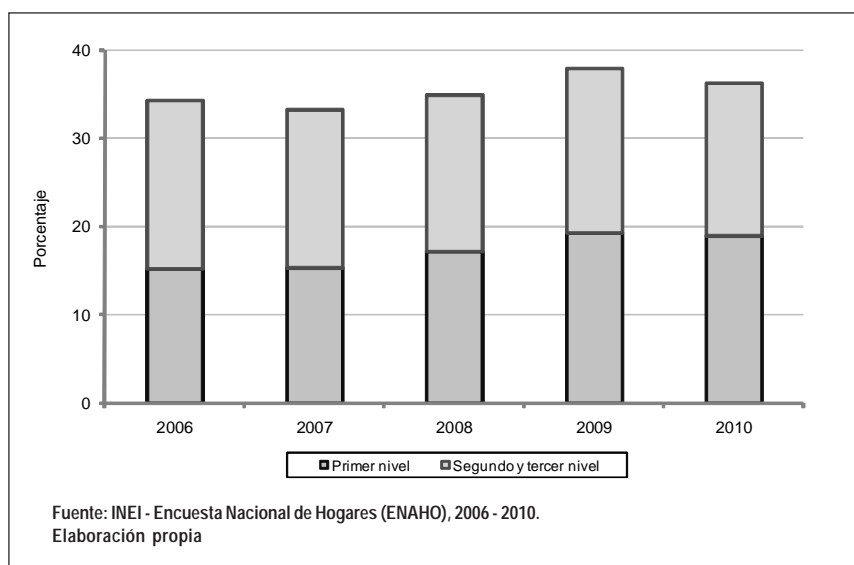
Área de residencia, procedencia y grupo de edad	MINSA					EsSALUD					Privado				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
Área Residencia															
60 a 79 años Urbana	11,8	11,8	12,4	15,4	13,5	19,6	16,9	15,8	17,0	16,5	11,0	10,9	11,6	12,3	11,5
Rural	12,8	13,7	15,5	19,1	20,7	2,0	1,9	2,0	1,9	1,5	3,3	3,8	4,7	3,4	3,2
80 y más años Urbana	10,5	12,5	12,3	14,9	15,4	23,1	18,2	22,2	20,9	14,2	10,2	12,3	13,3	11,5	13,4
Rural	9,4	9,1	17,5	20,3	19,0	2,1	2,4	1,1	0,7	2,4	2,6	1,2	3,5	5,1	3,4
Área Procedencia															
60 a 79 años Lima Metropolitana	11,3	11,7	13,1	15,7	12,0	25,4	20,6	17,6	21,0	17,6	15,7	14,7	13,5	17,3	16,1
Resto de costa	11,2	9,2	8,9	14,0	11,8	19,5	16,7	15,8	16,6	17,6	9,3	9,0	13,1	10,5	9,5
Sierra	12,8	14,5	15,5	17,5	19,5	4,9	5,2	5,8	4,7	5,6	3,9	4,8	5,3	4,7	4,3
Selva	13,6	13,5	16,4	23,2	21,2	4,0	4,4	6,2	6,2	5,6	5,9	5,8	6,2	4,2	5,3
80 y más años Lima Metropolitana	12,4	14,2	10,2	11,0	16,9	23,0	26,3	29,0	29,8	12,8	14,7	14,8	14,4	14,5	16,9
Resto de costa	5,8	7,9	15,4	13,7	12,0	29,5	15,9	23,7	21,8	14,8	10,6	12,8	16,0	13,9	13,4
Sierra	11,0	11,5	15,7	20,4	19,2	6,2	4,0	3,1	3,5	6,6	2,3	2,6	4,3	4,8	4,5
Selva	10,6	11,8	14,5	21,6	15,5	3,7	5,1	6,1	4,6	5,7	5,9	7,3	8,6	7,4	5,6

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), 2006 - 2010.
 Elaboración propia.

Se ha producido también un cambio respecto al nivel de atención del establecimiento de salud al que acuden los adultos mayores por sus problemas de salud padecidos las cuatro semanas previas a la entrevista en el periodo de tiempo analizado. El 15,3% (2006) de los adultos mayores con problemas de salud (324 mil 299) acudió a un establecimiento del primer nivel de

atención, mientras que a establecimientos del segundo o tercer nivel de atención acudió una proporción mayor, 19,1% (404 mil 696 adultos mayores). Por el contrario, 18,9% (2010) de adultos mayores demandó por atención en el primer nivel (510 mil 937 personas) y el 17,3% lo hizo en el segundo o tercer nivel (467 mil 372) (Gráfico N° 4).

Gráfico N° 3.4
**PERÚ: NIVEL DE ATENCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE ACUDIERON
 LOS ADULTOS MAYORES POR ALGÚN PROBLEMA DE SALUD LAS ÚLTIMAS
 CUATRO SEMANAS PREVIAS A LA ENTREVISTA, 2006-2010**
 (Porcentaje)



Entre los años 2006 y 2010, en general, las mujeres presentan una leve mayor proporción de demanda de atención en establecimientos de salud del primer nivel de atención frente a los varones. En promedio, el 18,0% de las mujeres acudieron a un establecimiento de salud del primer nivel de atención, mientras que los varones lo hicieron en un 16,4%. Cuando se analiza la demanda de atención en establecimientos del segundo y tercer nivel, no se encuentra diferencias entre mujeres y hombres en el periodo analizado (18,0% y 18,3%, respectivamente) (Cuadro N° 3.8).

El estado civil no estaría relacionado con la búsqueda de atención por problemas de salud en el primer nivel de atención, ya que de forma general, el 17,1% de los adultos mayores unidos y el 17,7% de los no unidos demandaron por atención en este nivel de atención, Sin embargo,

en el caso de la búsqueda de atención en el segundo o tercer nivel de atención, se evidencia una diferencia según el estado civil, siendo los adultos mayores unidos quienes en promedio acudieron en mayor proporción a establecimientos de salud del segundo o tercer nivel de atención (19,1%) en comparación a los no unidos (16,7%) (Cuadro N° 3.8).

Según grado de instrucción, las frecuencias de búsqueda de atención en establecimientos del primer nivel de atención no muestran una tendencia definida, en promedio, para el periodo de estudio analizado. De tal manera, se tiene que los adultos mayores con algún problema de salud con ningún grado de instrucción o inicial acudieron en un 17,5% a establecimientos del primer nivel de atención, para quienes su grado de instrucción fue primaria esta frecuencia fue de 17,8%, para secundaria 15,9% y para superior 16,6%. En el

caso de la demanda por atención en establecimientos del segundo y tercer nivel de atención sí se observa una marcada tendencia, a mayor nivel de instrucción es mayor la demanda de atención en establecimientos de este nivel. Así, se pasa de un 7,8% de búsqueda de atención

entre los adultos mayores sin instrucción o inicial a un 17,1% cuando se cuenta con un nivel de instrucción primaria, para luego incrementarse este indicador a 31,9% para el nivel de instrucción secundaria y finalmente un 39,8% en el superior (Cuadro N° 3.8).

Cuadro N° 3.8
PERÚ: POBLACIÓN ADULTA MAYOR, CON PROBLEMAS DE SALUD QUE EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS, SE HAN ATENDIDO EN ESTABLECIMIENTO SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN, SEGÚN VARIABLE SOCIO DEMOGRÁFICA Y GRUPO DE EDAD 2006-2010
 (Porcentaje)

Variables socio demográficas y grupos de edad	Primer nivel de atención					Segundo y tercer nivel de atención				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
Edad										
60 a 79 años	15,5	16,1	16,8	19,2	18,8	18,7	17,1	17,2	18,4	17,4
80 y más años	13,9	11,9	18,8	19,3	19,8	20,9	21,9	20,9	20,6	17,1
Total	15,3	15,4	17,2	19,2	18,9	19,1	17,9	17,8	18,7	17,3
Sexo										
60 a 79 años										
Hombre	14,1	14,7	16,1	19,1	17,7	18,7	16,6	17,2	18,1	16,6
Mujer	16,6	17,2	17,4	19,3	19,6	18,7	17,4	17,1	18,5	18,0
80 y más años										
Hombre	15,5	9,6	16,5	21,6	18,2	24,6	24,9	23,8	23,3	18,4
Mujer	12,8	13,5	20,3	17,8	20,8	18,1	19,8	19,0	18,8	16,2
Estado civil										
60 a 79 años										
Unido	15,0	15,5	17,4	18,9	18,4	20,5	18,0	17,9	19,1	18,2
No unido	16,4	17,2	15,8	19,7	19,4	15,5	15,4	15,8	17,0	15,9
80 y más años										
Unido	14,3	8,0	19,8	17,2	19,6	24,9	21,6	22,6	25,7	18,0
No unido	13,7	14,0	18,2	20,5	19,9	18,7	22,1	20,0	17,8	16,6
Grado de instrucción										
60 a 79 años										
Ninguno / inicial	13,1	14,2	17,4	20,3	19,7	7,4	7,4	8,2	8,4	7,3
Primaria	15,1	16,7	17,5	19,8	19,9	16,5	14,9	15,6	16,0	15,8
Secundaria	18,3	15,8	13,4	18,6	16,0	34,9	32,4	26,8	31,9	27,9
Superior	21,6	19,1	17,1	13,5	15,1	42,7	34,9	40,4	43,6	35,9
80 y más años										
Ninguno / inicial	15,0	12,4	21,8	19,7	22,0	3,6	11,2	7,8	9,6	7,3
Primaria	13,8	11,7	19,5	20,0	19,3	25,9	26,1	26,1	24,3	19,9
Secundaria	13,8	9,8	4,9	16,9	13,3	45,8	42,8	41,8	41,7	36,6
Superior	3,3	12,8	5,7	13,3	19,9	75,0	38,7	61,1	39,9	38,5

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), 2006 - 2010.
 Elaboración propia.

Según zona de residencia no se observa mayor diferencia, en promedio, entre los adultos mayores de zonas urbanas y rurales respecto a la frecuencia de búsqueda de atención en

establecimientos del primer nivel de atención para los cinco años de estudio (17,6% frente a 16,9%, respectivamente). Sin embargo, esta aparente no diferencia en promedio esconde tendencias

disímiles por búsqueda de atención en el primer nivel en ambas zonas. Mientras que en la zona urbana se observa un incremento ligero, en la zona rural el incremento es sostenido y amplio, habiendo pasado de un 12,8% el año 2006 a un 20,4% el año 2010; las estimaciones para la zona urbana de ambos años fue 16,6% y 18,2%, respectivamente. Cuando se analiza la demanda por atención en el segundo y tercer nivel de atención, las brechas son amplias entre la zona urbana y rural. Así, los adultos mayores de zonas urbanas con problemas de salud acudieron a establecimientos del segundo o tercer nivel de atención en un 25,2%, estimación bastante superior al 5,0% de la zona rural (Cuadro N° 3.9).

Cuando se analiza el área geográfica de residencia de los adultos mayores, se evidencia que los residentes del Resto de la Costa y la Selva son quienes demandan en mayor frecuencia por

servicios de salud en establecimientos del primer nivel de atención (19,4%), seguidos de quienes habitan en la Selva (17,0%), Sierra (16,9%) y finalmente Lima Metropolitana (16,3%). Estas diferencias, sin embargo, no son marcadas. Lo que debe destacarse es el incremento de este indicador en la Sierra y Selva en los cinco años de estudio, pasando de 12,8% y 13,0% el año 2006 para ambas regiones, a 20,0% y 20,2% el año 2010. En el caso de la demanda por servicios en el segundo o tercer nivel, las diferencias sí son bastante marcadas, Lima Metropolitana es el área de residencia donde los adultos mayores con problemas de salud buscan más este nivel de atención, con un 33,9%, seguidos del Resto de Costa con 20,5%. Con mucha menor frecuencia los adultos mayores de la Selva (11,6%) y Sierra (9,0%) tienen acceso a establecimientos del segundo y tercer nivel por sus problemas de salud (Cuadro N° 3.9).

Cuadro N° 3.9
PERÚ: POBLACIÓN ADULTA MAYOR, CON PROBLEMAS DE SALUD QUE EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS, SE HAN ATENDIDO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN, ÁMBITO GEOGRÁFICO, ÁREA DE RESIDENCIA Y GRUPO DE EDAD, 2006-2010
 (Porcentaje)

Ámbito geográfico y área de residencia	Primer nivel de atención					Segundo y tercer nivel de atención				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
Ámbito geográfico										
60 a 79 años										
Urbana	16,8	17,0	16,7	19,5	17,8	26,1	23,4	23,5	25,7	24,0
Rural	13,1	14,4	17,0	18,7	20,7	4,9	5,1	5,1	5,5	4,9
80 y más años										
Urbana	15,5	14,0	19,0	18,0	20,1	30,7	30,0	30,2	29,5	23,3
Rural	11,2	7,6	18,4	21,7	19,3	3,2	5,6	4,1	4,6	5,3
Área de residencia										
60 a 79 años										
Lima Metropolitana	17,5	17,6	12,5	19,5	16,3	35,5	31,4	32,8	34,8	29,3
Resto de costa	18,3	16,8	20,0	20,0	18,6	22,6	17,9	17,7	21,7	20,4
Sierra	13,2	15,7	17,6	18,1	19,8	8,5	8,9	9,0	8,8	9,9
Selva	13,5	12,1	16,5	21,7	21,2	9,8	11,8	12,5	11,9	11,2
80 y más años										
Lima Metropolitana	16,0	12,1	11,5	12,9	17,7	39,3	46,4	46,5	42,5	29,9
Resto de costa	19,6	15,7	30,4	24,5	22,4	26,9	20,6	23,5	24,8	17,8
Sierra	10,6	9,3	17,4	20,0	20,6	9,3	8,9	6,1	9,0	9,5
Selva	9,2	14,1	17,4	20,9	12,8	11,1	10,1	11,4	12,4	14,7

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), 2006 - 2010.
 Elaboración propia.

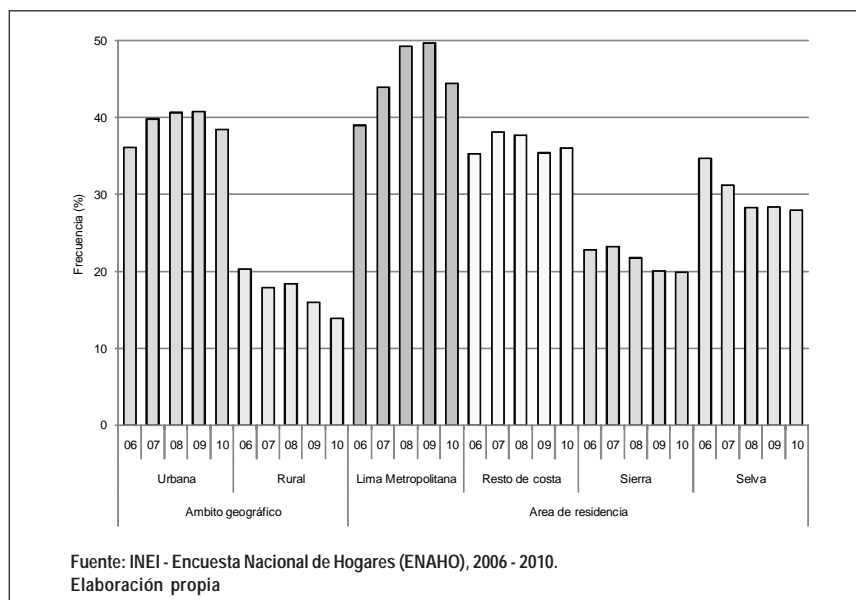
Los adultos mayores, en comparación a la población de adultos jóvenes, van a sufrir en mayor medida de problemas de salud más avanzados que necesitan de procedimientos de diagnóstico y monitoreo más complejos. Las brechas existentes en este aspecto entre zonas urbanas y rurales, así como entre la Costa y el resto del país, se han evidenciado en las tablas 8 y 9, al comparar la demanda por atención en el segundo y tercer nivel. Una forma adicional de poder constatar estas diferencias es analizando la frecuencia con la cual los adultos mayores que recibieron atención tuvieron un examen auxiliar (análisis de laboratorio o imágenes de rayos X).

Entre los años 2006 y 2010, en promedio, el 39,2% los adultos mayores de zonas urbanas que tuvieron una atención de salud recibieron al menos un examen auxiliar como parte de su atención (32,3% un análisis de laboratorio y 17,1%

rayos X), mientras que solo el 16,8% de los adultos de zonas rurales tuvieron al menos un examen auxiliar (13,4% un análisis de laboratorio y 7,1% rayos X).

En el caso de las zonas rurales, inclusive, se evidencia una tendencia decreciente de la frecuencia de contar con un examen auxiliar, pasando de 20,2% el año 2006 a 13,8% el año 2010. Según área de residencia, Lima Metropolitana es donde los adultos mayores que recibieron atención médica contaron en mayor frecuencia (45,2%), en promedio, con un examen auxiliar (37,7% un análisis y 21,5% rayos X). Sigue en frecuencia el Resto de Costa con 36,4% (29,5% un análisis y 13,6% rayos X), luego la Selva con 29,5% (26,4% un análisis y 8,5% rayos X) y finalmente la Sierra con 21,2% (16,7% un análisis y 9,8% rayos X) (Gráfico N° 3.5).

Gráfico N° 3.5
PERÚ: FRECUENCIA DE ADULTOS MAYORES QUE SE REALIZARON ALGÚN EXAMEN AUXILIAR EN LA ATENCIÓN DE SALUD EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS PREVIAS A LA ENTREVISTA, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO Y ÁREA DE RESIDENCIA, 2006-2010
 (Porcentaje)



Estas diferencias por ámbito geográfico y área de residencia persisten al analizar la realización de exámenes auxiliares por grupos de edad, como se observa en la tabla 10. Además, los adultos mayores de 60 a 79 años presentan ligeramente una mayor frecuencia de realización de exámenes auxiliares frente a los de 80 y más años de edad (34,7% vs, 32,5% en promedio para los cinco años de estudio). En el caso del área urbana, la diferencia entre grupos de edad es levemente mayor que en el área rural. En promedio, el 39,8% de los adultos mayores de 60

a 79 años que tuvieron una atención de salud en el área urbana contaron con al menos un examen auxiliar, frente al 36,5% de los adultos mayores de 80 años a más. En el área rural, esta diferencia es de sólo 16,9% frente al 15,9% entre los adultos mayores de 60 a 79 años y los de 80 y más años de edad. Según área de procedencia, las diferencias más amplias según grupos de edad de los adultos mayores se dan en Lima Metropolitana y el resto de costa, mientras que en las regiones de la Sierra y Selva, las frecuencias son similares (Cuadro N° 3.10).

Cuadro N° 3.10
PERÚ: POBLACIÓN ADULTA MAYOR QUE REALIZÓ ALGÚN EXAMEN AUXILIAR
EN LAS CUATRO ÚLTIMAS SEMANAS ANTES DE LA ENTREVISTA SEGÚN
VARIABLE SOCIODEMOGRÁFICA Y GRUPO DE EDAD, 2006-2010
 (Porcentaje respecto del total de la población según característica socio demográfica)

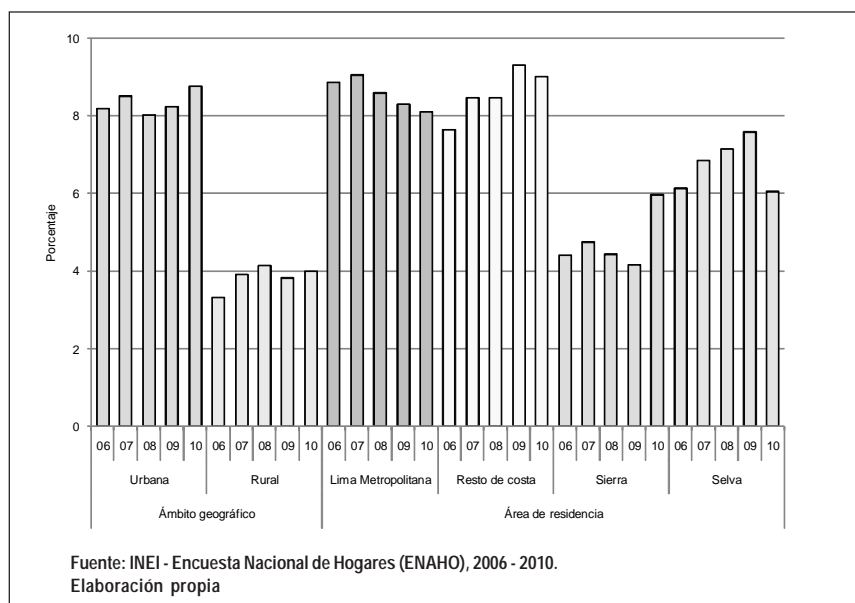
Variable socio demográfica y Grupo de edad	2006	2007	2008	2009	2010
Edad					
60 a 79 años	34,0	34,9	36,4	35,4	33,1
80 y más años	29,8	38,6	33,0	32,7	29,5
Total	33,3	35,5	35,7	34,9	32,4
Ámbito geográfico					
60 a 79 años					
Urbano	36,9	39,4	41,3	41,6	39,4
Rural	21,0	17,3	19,6	15,3	13,8
80 y más años					
Urbano	32,3	41,2	38,0	37,0	34,1
Rural	14,9	21,8	12,9	18,5	13,8
Área de residencia					
60 a 79 años					
Lima Metropolitana	40,3	42,4	50,2	50,4	46,3
Resto de costa	35,7	38,7	39,6	36,5	35,7
Sierra	22,8	23,4	22,4	19,7	20,2
Selva	35,1	31,5	28,2	27,7	28,0
80 y más años					
Lima Metropolitana	32,1	49,5	45,7	46,0	35,9
Resto de costa	33,2	35,4	30,7	30,8	36,9
Sierra	22,2	22,4	18,0	21,3	18,1
Selva	30,6	28,4	28,5	32,1	27,3

* Son aquellos que recibieron atención en las últimas cuatro semanas anteriores a la entrevista.
 Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), 2006 - 2010.

Lo analizado en los Cuadros 3.8 y 3.9 sobre la brecha entre las áreas urbanas y rurales, así como entre la zona de la costa y el resto del país en relación a la demanda de atención en establecimientos de mayor complejidad, puede complementarse también con el análisis de la frecuencia de hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas. Estos indicadores fueron consultados a todos los adultos mayores entrevistados y se indagó por estos antecedentes en los últimos doce meses previos a la entrevista (último año).

Entre los años 2006 y 2010, en promedio, un poco más del doble de los adultos mayores del área urbana estuvieron hospitalizados el último año en comparación a los adultos mayores del área rural (8,4% vs 3,8%), en Lima Metropolitana y el Resto de Costa es donde en promedio los adultos mayores en mayor frecuencia se han hospitalizado (8,6%), sigue en frecuencia la Selva con 6,8% y finalmente la Sierra con 4,8% (Gráfico N° 3.6).

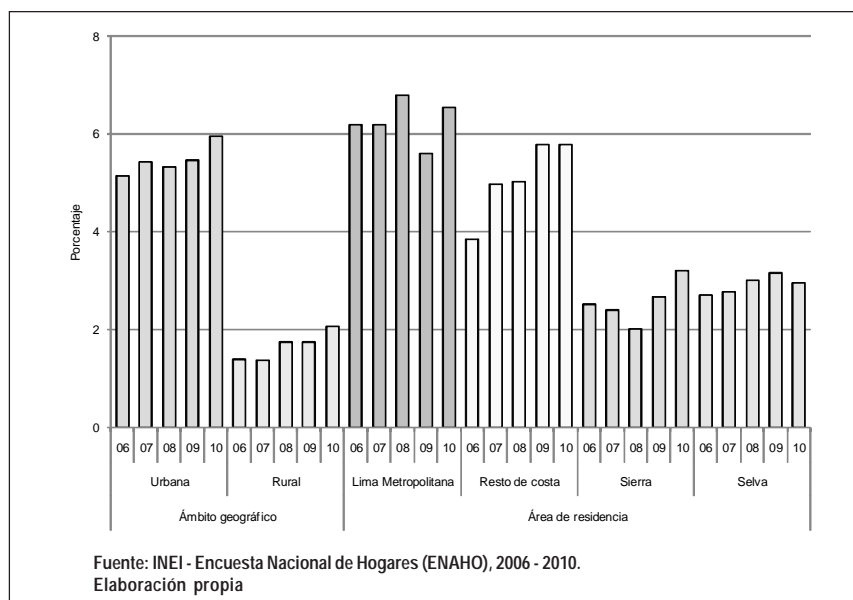
Gráfico N° 3.6
PERÚ: POBLACIÓN ADULTA MAYOR QUE ESTUVO HOSPITALIZADA LOS ÚLTIMOS DOCE MESES EN EL TOTAL DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO Y ÁREA DE RESIDENCIA, 2006-2010
 (Porcentaje)



Respecto a las intervenciones quirúrgicas, en los cinco años de análisis en promedio, el 5.5% de los adultos mayores de áreas urbanas fueron intervenidos quirúrgicamente los doce meses previos a la entrevista frente a tan solo el 1.7% de los adultos mayores de áreas rurales. Por área de residencia, Lima Metropolitana es donde una

mayor proporción de los adultos mayores han sido intervenidos quirúrgicamente (6.3%), seguidos de los adultos mayores del Resto de Costa (5.1%). En menor frecuencia los adultos mayores de la Selva (2.6%) y Sierra (2.6%) tuvieron una intervención quirúrgica (Gráfico N° 3.7).

Gráfico N° 3.7
PERÚ: ADULTOS MAYORES CON INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO Y ÁREA DE RESIDENCIA, 2006-2010
 (Porcentaje)



4. Percepción sobre indicadores de calidad de atención en los servicios de salud entre los adultos mayores.

Fueron cuatro las preguntas realizadas a los adultos mayores que habían recibido atención las cuatro semanas previas en algún establecimiento de salud del MINSA, EsSalud o Sanidades de la FFAA y PNP. Estas preguntas hacían referencia a la distancia del establecimiento, el tiempo de espera para ser atendido, la disponibilidad de los medicamentos recetados y el trato del personal de salud (Anexo 01). La evolución por año de estudio para las respuestas que indican una percepción positiva por parte de los adultos mayores a estos indicadores de calidad se presenta en el Gráfico N° 3.8

De manera global, para el periodo 2006 al 2010, el 55,0% de los adultos mayores que acudieron a

un establecimiento de salud refirieron que se encontraba cerca a su domicilio, el 3,3% muy cerca, un 32,6% lejos y el 7,4% muy lejos. Al analizar por área de residencia este indicador, como es de esperarse, en el área urbana se mencionó en mayor frecuencia que el establecimiento se encontraba cerca o muy cerca (65,8%) frente al área rural (51,0%). Según ámbito geográfico, en Lima Metropolitana el 68,4% de los adultos mayores declararon que el establecimiento se encuentra cerca o muy cerca, mientras que en el resto de costa la frecuencia de estas respuestas fue del 58,0%, en la sierra el 58,7% y en la selva el 62,5%

Sobre el tiempo de espera, el 50,1% de los adultos mayores que acudieron a un establecimiento de salud refirieron que tuvieron que esperar poco y el 6,7% muy poco; por el contrario, el 32,8% refirió que tuvo que esperar bastante para su

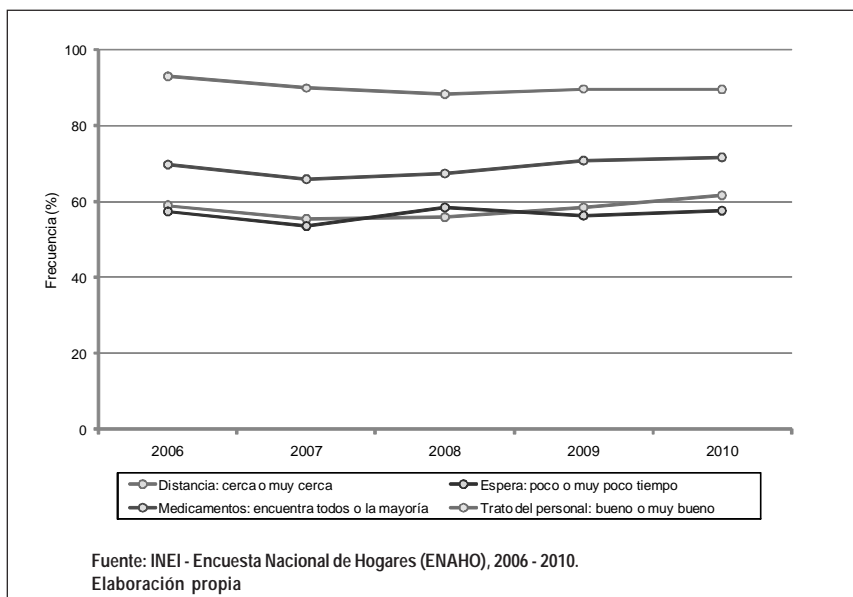
atención y el 8,4% demasiado. En las áreas rurales, este indicador presenta una mayor frecuencia de percepción positiva, ya que el 62,6% refiere esperar poco o muy poco para su atención frente al 56,6% en las áreas urbanas. Por área de residencia, en Lima Metropolitana el 55,5% de los adultos mayores declararon que esperan poco o muy poco, en el Resto de Costa fue el 57,0%, en la Sierra el 59,7% y en la Selva el 63,1%.

La mayor parte de los adultos mayores refirieron que en el establecimiento de salud encontraron los medicamentos que se les había recetado (53,2%). El 16,2% mencionó que encontró la mayoría, el 16,7% que encontró muy pocos y el 10,2% no encontró medicamento alguno. En las áreas rurales, los adultos mayores declararon haber encontrado en mayor frecuencia los medicamentos recetados (76,6% refirió que todos o la mayoría) que en las áreas urbanas (67,1%). Por área de residencia, en Lima Metropolitana el

61,3% de los adultos mayores declararon que en el establecimiento encontraron todos o la mayoría de los medicamentos recetados, en el Resto de Costa fue el 68,9%, en la Sierra el 76,7% y en la Selva el 73,1%

En el caso del trato del personal, la gran mayoría de adultos mayores refirió un trato bueno, en promedio, para el periodo de estudio (78,5%). El 11,5% mencionó que el trato fue muy bueno, y solo un 7,7% refirió que fue malo y el 0,7% muy malo. Tanto en áreas urbanas como rurales la gran mayoría de adultos mayores atendidos refirieron un trato bueno o muy bueno por parte del personal de salud (90,0% en cada zona). Por área de residencia, en Lima Metropolitana el 89,2% de los adultos mayores declararon haber recibido un trato muy bueno o bueno por parte del personal de salud en sus atenciones, en el Resto de Costa fue el 91,6%, en la Sierra el 88,7% y en la Selva el 94,6%

Gráfico N° 3.8
PERÚ: PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR SOBRE
INDICADORES DE ATENCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, 2006-2010
 (Porcentaje)



En función a estos cuatro indicadores se construyó un índice de calidad, clasificándose la percepción del usuario sobre la atención recibida como buena, regular y mala calidad. Para el periodo 2006 - 2010, en promedio, el 27,5% de los adultos mayores que recibieron una atención de salud percibió una calidad buena, el 65,8% percibió

una calidad regular y solamente el 6,6% una mala calidad de atención. No se presentan mayores diferencias en esta percepción según grupos de edad ni otras características de los adultos mayores como el sexo o el ámbito geográfico (Cuadro N° 3.11).

Cuadro N° 3.11
PERÚ: PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR POR GRUPOS DE EDAD ACERCA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN RECIBIDA, SEGÚN SEXO, ÁMBITO GEOGRÁFICO Y PERÍODO DE ESTUDIO, 2006-2010
 (Porcentaje)

Sexo, ámbito geográfico y período de estudio	Grupos de edad y percepción de calidad					
	De 60 a 79 años			De 80 y más años		
	Buena	Regular	Mala	Buena	Regular	Mala
Total						
2006	23,7	69,7	6,6	25,4	68,6	6,0
2007	24,6	66,4	8,9	23,3	69,5	7,1
2008	26,4	66,7	6,9	27,6	68,7	3,7
2009	30,3	62,7	7,1	32,5	62,8	4,7
2010	29,4	64,6	6,0	34,8	61,4	3,8
Sexo						
Hombres						
2006	23,7	69,7	6,6	25,4	68,6	6,0
2007	24,6	66,4	8,9	23,3	69,5	7,1
2008	26,4	66,7	6,9	27,6	68,7	3,7
2009	30,3	62,7	7,1	32,5	62,8	4,7
2010	29,4	64,6	6,0	34,8	61,4	3,8
Mujeres						
2006	24,9	68,5	6,6	26,2	69,4	4,4
2007	25,5	66,5	8,0	28,7	64,1	7,3
2008	26,8	67,5	5,7	29,9	67,3	2,8
2009	30,7	63,4	5,9	30,7	65,9	3,3
2010	27,8	66,5	5,8	36,7	58,7	4,6
Ámbito geográfico						
Urbana						
2006	23,0	70,4	6,6	25,4	69,6	5,0
2007	24,2	66,6	9,2	22,6	71,8	5,6
2008	26,2	66,4	7,4	26,3	71,0	2,8
2009	29,8	63,1	7,1	30,8	64,4	4,7
2010	28,4	65,6	6,0	36,4	60,2	3,4
Rural						
2006	26,8	66,4	6,7	25,3	62,9	11,8
2007	26,4	65,8	7,8	27,0	57,4	15,6
2008	27,1	67,8	5,1	32,5	60,5	7,0
2009	31,4	61,6	6,9	38,1	57,5	4,4
2010	31,8	62,1	6,1	30,3	64,6	5,1

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), 2006 - 2010.
 Elaboración propia.

Al comparar la percepción de calidad por tipo de establecimiento, en general, no hay grandes diferencias entre el MINSA y EsSalud. Sin embargo, al analizar los subgrupos de edad, los

adultos mayores de 80 y más años de edad que acuden al MINSA refieren en mayor frecuencia una mala calidad de atención (Cuadro N° 3.12).

Cuadro N° 3.12
PERÚ: PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN
RECIBIDA* POR TIPO DE ESTABLECIMIENTO, SEGÚN GRUPO DE EDAD, 2006-2010
 (Porcentaje)

Percepción por Edad	MINSALUD					EsSALUD				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
Edad 60 a 79 años										
Buena	25,0	26,4	25,9	29,4	26,9	23,3	23,7	26,7	31,5	33,2
Regular	68,0	65,8	67,6	63,6	66,3	70,5	66,6	65,8	61,8	62,2
Mala	7,1	7,9	6,5	7,0	6,8	6,2	9,8	7,5	6,8	4,6
Edad 80 y más años										
Buena	23,1	14,7	31,8	33,4	31,6	28,8	33,5	23,8	32,4	42,7
Regular	68,7	71,3	63,6	60,6	62,9	67,3	65,2	73,0	64,4	56,3
Mala	8,3	14,0	4,6	6,0	5,5	3,9	1,3	3,1	3,2	1,0

NOTA: Población con problemas de salud que recibió atención las últimas cuatro semanas anteriores a la entrevista.

Elaboración propia

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), 2006 - 2010.

También se comparó la percepción de calidad por el nivel de atención del establecimiento de salud donde se atendió el adulto mayor. Se observa que en los establecimientos del primer nivel de atención la percepción de una buena calidad de atención es más frecuente que en los establecimientos de segundo o tercer nivel de

atención, tanto entre los adultos mayores de 60 a 79 años como entre aquellos que tienen 80 años y más (Cuadro N° 3.13). Por otro lado, la percepción de calidad es más alta cuando esta es brindada por el personal no profesional que el personal profesional (Anexo 2)

Cuadro N° 3.13
PERÚ: PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN
RECIBIDA LAS CUATRO ÚLTIMAS SEMANAS ANTES DE LA ENTREVISTA, EN LOS
ESTABLECIMIENTOS POR NIVEL DE ATENCIÓN, SEGÚN GRUPO DE EDAD, 2006-2010
 (Porcentaje)

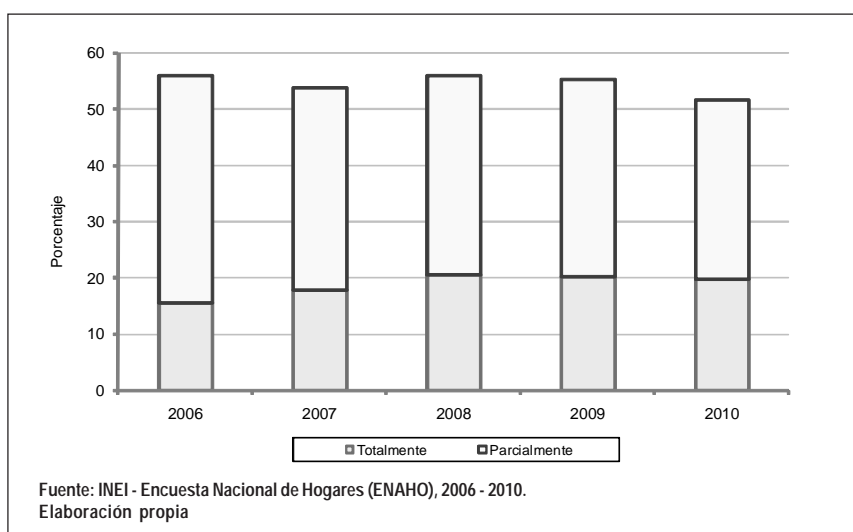
Grupos de Edad	Primer nivel de atención					Segundo y tercer nivel de atención				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
Edad 60 a 79 años										
Buena	30,0	29,6	32,7	34,4	34,3	18,5	19,0	20,0	25,7	24,3
Regular	66,1	66,3	62,2	61,2	61,6	71,9	67,9	71,2	64,2	67,2
Mala	3,9	4,2	5,1	4,4	4,0	9,7	13,1	8,8	10,1	8,5
Edad 80 y más años										
Buena	28,4	22,1	38,4	38,9	42,8	23,1	23,7	19,9	26,1	26,4
Regular	71,2	71,3	56,9	57,0	53,3	67,7	69,2	76,9	68,3	70,0
Mala	0,4	6,6	4,7	4,1	3,9	9,2	7,1	3,2	5,6	3,6

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), 2006 - 2010.

La mayor proporción de adultos mayores refirió que su problema de salud se había resuelto luego de recibir su atención de salud (total o parcialmente). Así, entre los años 2006 y 2010 el 18,9% de adultos mayores señalaron que su

problema de salud se habían resuelto totalmente, y el 35,5% parcialmente. La evolución de este indicador por año se muestra en el Gráfico No 3.9. Así mismo, el análisis comparativo según grupo de edad se muestra en el Cuadro N° 3.14

Gráfico N° 3.9
PERÚ: FRECUENCIA DE PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN LA SOLUCIÓN DE PROBLEMA DE SALUD LUEGO DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, 2006-2010
 (Porcentaje)



Cuadro N° 3.14
PERÚ: PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD, SEGÚN GRUPO DE EDAD Y PERÍODO DE ATENCIÓN, 2006-2010
 (Porcentaje)

Grupo de Edad y Período de atención	Solución del problema de salud por el cual buscó atención						Otro
	Sí, totalmente	Sí, parcialmente	No (no tuvo dinero para medicinas)	No, (no siguió las indicaciones)	No, (el tratamiento no es adecuado)	Aún no concluye el tratamiento	
De 60 a 79 años							
2006	16,2	41,9	0,9	0,5	2,0	37,8	0,6
2007	17,4	36,6	2,2	0,7	3,7	37,8	1,7
2008	20,9	36,3	1,2	0,6	4,8	34,3	1,9
2009	20,4	34,4	0,6	0,6	5,9	36,2	1,8
2010	21,0	31,5	0,3	0,4	4,7	39,8	2,4
De 80 y más años							
2006	12,1	32,6	1,0	0,8	1,1	51,2	1,2
2007	20,4	32,2	1,7	0,4	3,9	40,3	1,2
2008	18,9	31,8	1,0	0,3	6,1	40,4	1,4
2009	19,2	37,9	0,0	0,3	2,2	38,4	2,0
2010	14,2	33,5	0,5	0,1	6,8	44,0	0,9

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), 2006 - 2010.

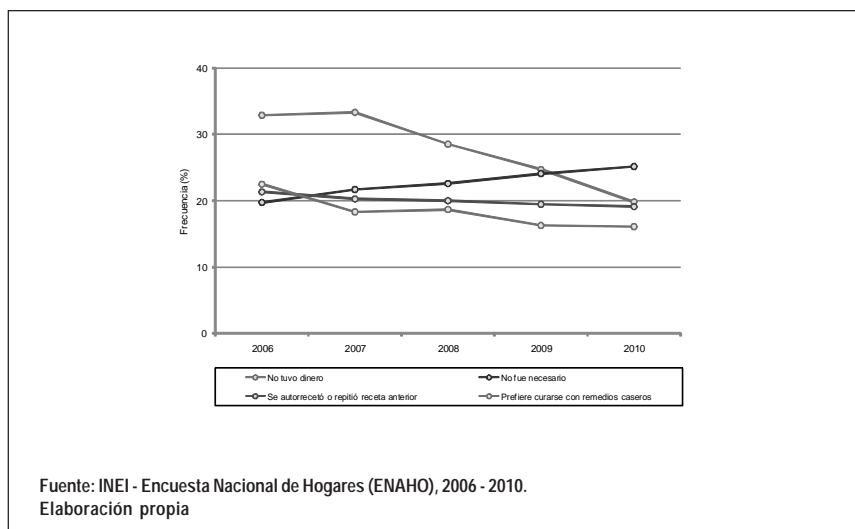
5. Motivos por los cuales los adultos mayores no buscaron atención en servicios de salud.

Las razones por las que los adultos mayores que padecieron algún problema de salud las últimas cuatro semanas previas a la entrevista y no buscaron atención en un servicio de salud, fueron principalmente el no contar con dinero, considerar que su problema no era grave o no fue necesario, el haberse autorrecetado o repetir una receta anterior y no creer en la medicina (prefiere curarse con remedios caseros).

Estas razones han presentado diferentes tendencias entre los años 2006 y 2010. Así, el no contar con dinero pasó de ser el motivo más frecuente el año 2006 (32,9%) a ser el segundo el año 2010 con una frecuencia de 19,8%. El

usar remedios caseros también ha presentado una tendencia decreciente, aunque no tan marcada como el no contar con dinero, pasando de ser la segunda razón por la cual no se buscó atención el año 2006 con el 22,5% de frecuencia a ser el cuarto motivo el año 2010 con el 16,1%. La práctica de la automedicación se ha mantenido como la tercera causa de no asistencia a establecimientos de salud por problemas de salud entre los adultos mayores del Perú, observándose una tendencia decreciente leve en su reporte habiendo pasado de 21,3% el año 2006 al 19,1% el año 2010. Finalmente, el considerar que el problema de salud no era importante o no era necesaria la atención, para el año 2006 fue el cuarto motivo por el cual los adultos mayores no acudieron a un establecimiento de salud (19,7%) y hacia el año 2010 esta respuesta se incrementó a 25,1% (Gráfico N° 3.10).

Gráfico N° 3.10
PERÚ: FRECUENCIA DE PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN LA SOLUCIÓN DE PROBLEMA DE SALUD LUEGO DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, 2006-2010 (Porcentaje)

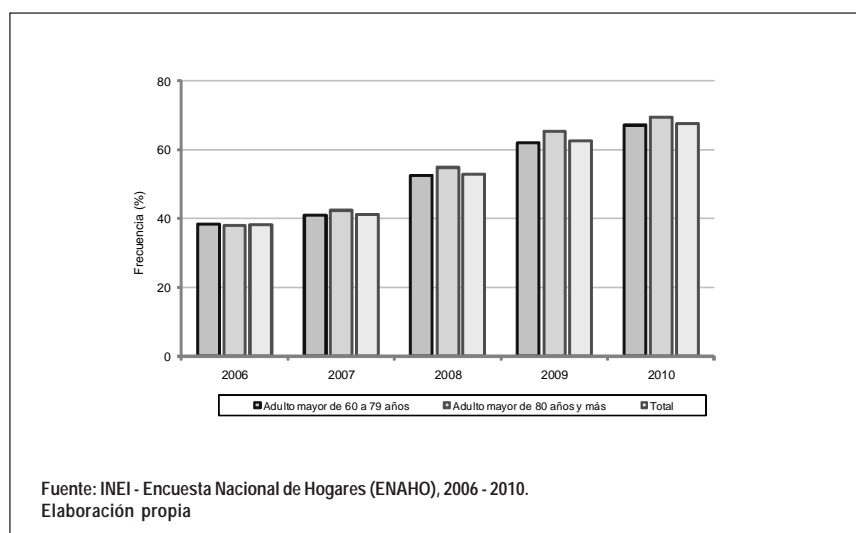


6. Evolución del aseguramiento de los adultos mayores.

La frecuencia de afiliación a algún tipo de seguro de salud ha venido incrementándose entre los

adultos mayores, pasando de 38,3% el año 2006 a un 67,4% el año 2010, con frecuencias similares entre los grupos de 60 a 79 años y de 80 años a más (Gráfico N° 3.11)

Gráfico N° 3.11
PERÚ: FRECUENCIA DE PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN LA SOLUCIÓN DE PROBLEMA DE SALUD LUEGO DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, 2006-2010 (Porcentaje)



Este incremento en la frecuencia de afiliación se debe principalmente a una mayor cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS) del MINSA. Entre los adultos mayores de 60 a 79 años, el año 2006 solamente el 0,3% estaba afiliado al SIS, pasando a estar bajo este seguro el 32,2% el año 2010. Situación similar se ha dado entre los adultos mayores de 80 años y más, quienes contaban con una afiliación al SIS en el 0,5% el año 2006,

llegando a una frecuencia de 35,9% el año 2010. Hacia el año 2010, las coberturas por el SIS han llegado a ser similares a las de EsSalud, entidad que era la principal aseguradora de los adultos mayores el año 2006. Las otras instituciones que proveen de seguro médico a los adultos mayores presentan una participación mínima (Cuadro N° 3.15).

Cuadro N° 3.15
PERÚ: PERÚ: POBLACIÓN ADULTO MAYOR AFILIADA
POR TIPO DE SEGURO SEGÚN GRUPO DE EDAD, 2006–2010
 (Porcentaje)

Grupo de Edad	Año	EsSalud	Seguro Integral de Salud (SIS)	Seguro Privado de Salud	Entidad Prestadora de Salud	Seguro FFAA - PNP
60 a 79 años	2006	34,8	0,3	2,8	0,2	2,4
	2007	33,8	3,9	2,5	0,2	2,3
	2008	33,4	16,3	2,2	0,1	2,1
	2009	31,8	27,2	1,9	0,1	2,5
	2010	32,1	32,2	2,2	0,3	2,2
80 y más años	2006	33,6	0,5	0,6	0,0	4,0
	2007	34,5	3,3	3,0	0,1	2,8
	2008	35,8	15,1	2,7	0,0	3,2
	2009	35,1	26,3	2,1	0,2	3,0
	2010	35,9	30,2	2,5	0,0	2,4

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), 2006 - 2010.

Este incremento en la frecuencia de afiliación no se correlaciona con una mayor demanda de atención por los problemas de salud ocurridos las cuatro semanas previas a la entrevista entre los adultos mayores. El año 2006, el 65,4% de los adultos mayores asegurados buscaron atención en servicios de salud por sus problemas, mientras que el año 2010 tan solo el 50,3% buscó atención. Situación contraria se observa entre los adultos mayores no asegurados, entre quienes más bien se ha incrementado la búsqueda de atención por sus problemas de salud en el periodo de tiempo estudiado, pasando de 30,8% el año 2006 a 37,3% el año 2010 (Gráfico N° 3.12). Una

situación similar se ha encontrado con las hospitalizaciones del último año, los años 2006 y 2007 presentaron mayores frecuencias de este tipo de prestación en comparación a los años 2008, 2009 y 2010 entre los adultos mayores asegurados; entre los no asegurados se observa una leve disminución en la frecuencia de hospitalizaciones (Gráfico N° 3.13). Finalmente, en el caso de las intervenciones quirúrgicas se han encontrado resultados similares, presentando una tendencia decreciente entre los adultos mayores asegurados; en el caso de los no asegurados la tendencia ha sido hacia el incremento (Gráfico N° 3.14).

Gráfico N° 3.12
PERÚ: FRECUENCIA DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN LA BÚSQUEDA
DE ATENCIÓN POR PROBLEMAS DE SALUD LAS ÚLTIMAS
CUATRO SEMANAS SEGÚN ASEGURAMIENTO, 2006-2010
 (Porcentaje)

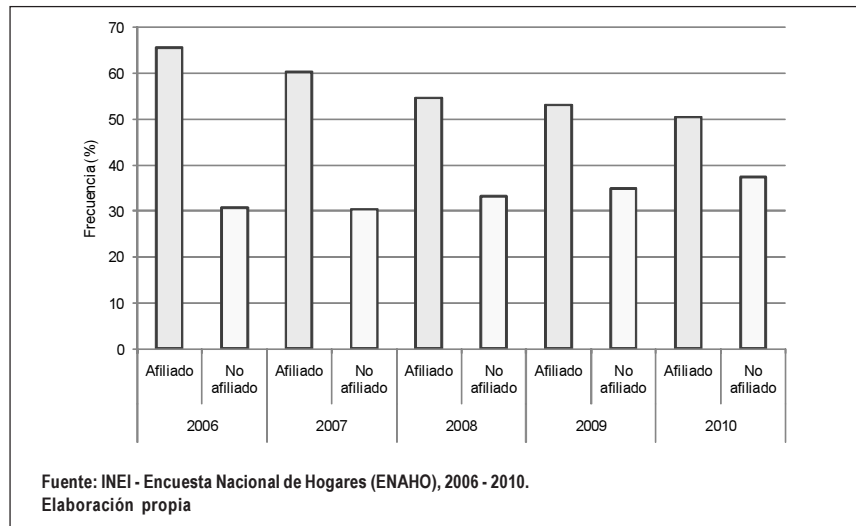


Gráfico N° 3.13
PERÚ: FRECUENCIA DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR HOSPITALIZADA
EL ÚLTIMO AÑO SEGÚN ASEGURAMIENTO, 2006-2010
 (Porcentaje)

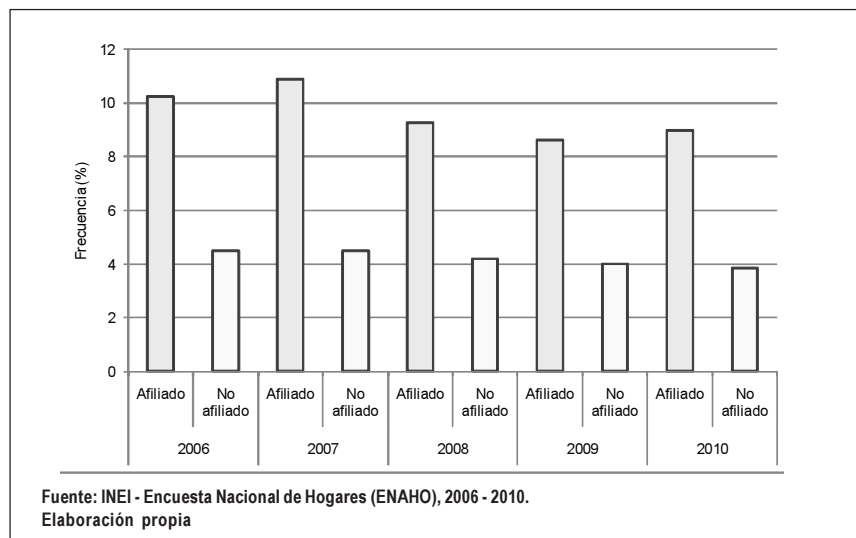
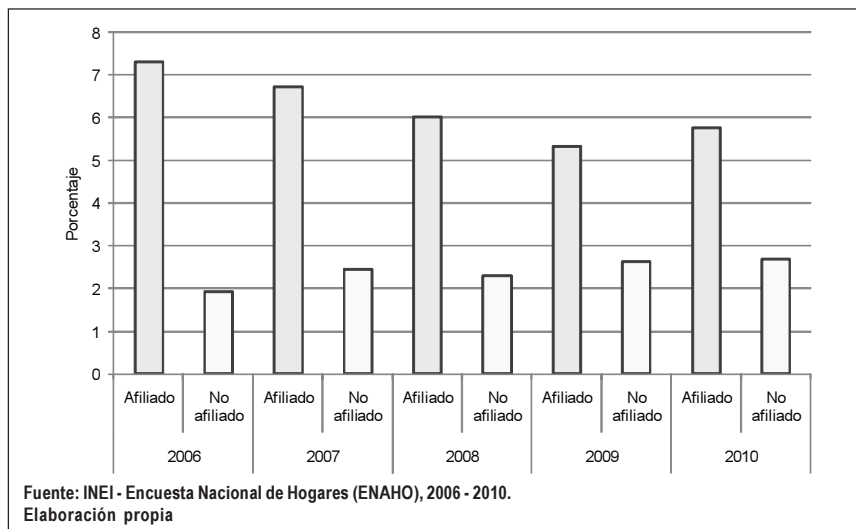


Gráfico N° 3.14
PERÚ: FRECUENCIA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR CON INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EL ÚLTIMO AÑO SEGÚN ASEGURAMIENTO, 2006-2010
 (Porcentaje)



DISCUSIÓN

1. Características sociodemográficas de los adultos mayores.

Los resultados encontrados confirman la tendencia a nivel mundial, de la región en América Latina y en nuestro país, sobre el incremento de la población adulta mayor especialmente en el grupo de 80 y más años de edad, lo cual a su vez supone, una mayor demanda de servicios de salud, aunque también un incremento de otras necesidades de este grupo poblacional, así como de mayor interacción con los otros grupos tratando de aprovechar su experiencia y conocimientos.

Analizando las cifras encontradas en la población adulta mayor de los últimos años, de mantenerse este crecimiento, la población adulta mayor se incrementará en más de 700 mil personas adultas

mayores en nuestro país, con todas las consecuencias, sociales, económicas y de salud, que ello implica y dentro de este último, los programas de prevención, de prevención temprana de enfermedades crónicas y degenerativas que atenten contra la calidad de vida de la persona^{46/}.

Este crecimiento confirmaría que la población adulta mayor en el Perú antes de 20 años, llegará casi a duplicarse (Varela 2007). Estamos siendo testigos de un rápido proceso de transición demográfica, por lo que debemos estar preparados para afrontar los cambios y sus consecuencias.

La Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO)^{47/} nos informa que la población con 60 y más años de edad, representa el 8,9% del total de población (el 7,5% son personas adultas de 60 a 79 años de edad y el 1,4% de 80 y más años de edad),

46/ Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Psiquiatría. Declaraciones de Consenso de la OMS y WPA sobre Psiquiatría Geriátrica. Rev Psicogeriatría 2002; 2: 6:21

47/ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Informe Técnico N° 03. Situación de la Niñez y del Adulto Mayor. Abril-Mayo-Junio 2011. Lima-Perú, 2011.

umentando tres décimas porcentuales de un año a otro.

Respecto a las características socio demográficas, se confirma que existe una tendencia marcada y sostenida de una mayor proporción de adultas mayores mujeres. Esto nos orienta que los servicios de salud, deberían estar preparados para atender una mayor demanda de adultas mayores mujeres con los problemas de salud típicos de este subgrupo poblacional.

Sin embargo, si bien las investigaciones demuestran que las mujeres viven más tiempo que los hombres, su calidad de vida es inferior. Una de las probables explicaciones se debe a la mayor susceptibilidad a las enfermedades cardiovasculares de las mujeres después de la menopausia, y de influencias culturales como la mayor exposición de los hombres a riesgos laborales. Por otro lado, las mujeres registran tasas más altas de discapacidad en edades más avanzadas, lo cual refleja las mayores cargas acumuladas a lo largo de su ciclo vital. En el tema de la pobreza, las mujeres adultas mayores tienen más probabilidades de ser pobres que los hombres adultos mayores, debido a efectos acumulados, del machismo, relacionados a educación, oportunidades laborales, lo que las limita a contar con un régimen pensionario. Desde el punto de vista del estado civil, las más afectadas son las mujeres adultas mayores que nunca se casaron, o aquellas que quedaron viudas.^{48/}

En cuanto al ámbito geográfico y área de procedencia, se halló una tendencia en los dos últimos años, de una leve proporción de adultos mayores en el área rural más que en la zona urbana; así, como también, un mayor porcentaje

en la Sierra, más que en Lima Metropolitana y el Resto de la Costa, en la población de 60 a 79 años.

Si tomamos en cuenta, que los cordones de pobreza se extienden más en las zona de la sierra y áreas rurales, tal como lo afirma Antonio Lama^{49/} habría importante porcentaje de la población que no accede a los servicios de salud porque no tiene dinero, es decir, porque es pobre o pobre extremo.

Esto significaría, que existen segmentos de la población que no acceden a los servicios^{50/} no sólo, por ausencia de establecimientos en zonas alejadas y remotas del país, si no también, porque la población demandante tiene bajos recursos.

2. Problemas de salud entre los adultos mayores.

Considerando que el envejecimiento es un proceso natural, continuo, progresivo e irreversible, y con ello, es natural, la ocurrencia de enfermedades crónicas en la población adulta mayor, es notorio el incremento porcentual que se ha producido en los años 2009-2010, respecto a la declaración de padecimiento de alguna enfermedad crónica, que ha pasado de un 63,1% a 73,6% en el total de adultos mayores.

Esto es importante, porque ello podría interpretarse como un mayor acercamiento de la población adulta mayor a los servicios de salud, lo que a su vez, también significaría, que los servicios de salud, deberían estar preparados para esta mayor demanda. También podría explicarse por un mayor empoderamiento del SIS en la población de bajos recursos, que estaría explicando de alguna forma, el incremento porcentual.

48/ Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores. 2006-2010

49/ Lama Antonio. Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú. [Visto 10 nov 2011] Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/est/lib0387/indice.HTM>

50/ Seinfeld J, La Serna K. Avanzando hacia el aseguramiento universal: ¿cómo lograr la protección en salud de personas de ingresos medio bajos y bajos? Economía y Sociedad (CIES-Perú) 2007; (64):54-60

Respecto a las características sociodemográficas de la población adulta mayor que declara la frecuencia de padecimiento de enfermedades crónicas y de problemas de salud en las últimas cuatro semanas a la fecha de la entrevista, se ha encontrado que son las mujeres las que mayormente declaran (recuérdese mayor porcentaje de mujeres); la población unida, de la zona urbana y de la sierra

En lo concerniente a los tipos de problemas de salud específicos que han padecido los adultos mayores durante las últimas cuatro semanas, previas a la entrevista, lo más frecuentemente reportado son los síntomas o molestias generales como tos, cefalea, dolor de garganta y náuseas, con tendencia sostenida y creciente. El segundo motivo fueron las recaídas de una enfermedad crónica, y, en tercer lugar, se encuentran las enfermedades agudas como gripes o colitis, con cierta tendencia decreciente, de 24,5% (2006) a 18,4%(2010), entre los adultos mayores de 60 a 79 años. Lo cual sucede a la inversa, para el caso de los accidentes, con tendencia ascendente

En el proceso de envejecimiento las enfermedades crónicas son parte del proceso natural, así como el riesgo de que ocurran accidentes. Sin embargo, aún cuando éstos últimos, ocupan el cuarto lugar como el problema más reportado por la población adulta, la tendencia es ascendente, con una estimación de 90 mil 725 adultos para el año 2010.

Recordemos que uno de los accidentes más frecuentes en la población adulta mayor, es la fractura de cadera, la que es causa importante de morbilidad, mortalidad y pérdida de la independencia, pues aún cuando se tienden a fijar quirúrgicamente, y permiten la movilización

precoz, no tienden a recuperar la misma funcionalidad.^{51/} A la vez, se debe de tomar en cuenta que un traumatismo en esta edad conlleva la existencia de comorbilidades concomitantes.^{52/} Un accidente compromete a todo el entorno familiar, las posibilidades de recuperación son muy lentas y en el caso, del sistema de salud, supone altos costos de inversión, lo cual, debe ser tomado en cuenta por la sociedad en su conjunto, y, por el sistema de salud, en particular.

3. Demanda de servicios de salud por problemas de salud entre los adultos mayores.

Es interesante constatar la tendencia creciente de la población adulta mayor de solicitar atención de salud, de un 42,7% (2006) a un 46,2%(2010) lo que representa 3,5 puntos más y, que en términos absolutos representan 339 mil 841 adultos mayores que acudieron a establecimientos de salud en demanda de atención, con la finalidad de que le resuelvan sus problemas. Por otro lado, si bien hay regiones con más del 50,0% del total de adultos mayores que demandaron atención como en el Callao (primer lugar), seguidos por Lima, Lambayeque y Madre de Dios; también es preocupante que regiones como Huancavelica y Puno, donde se conoce existen mayores niveles de pobreza; sin embargo, la demanda de atención de salud, no llega al 30,0%. Esto es revelador, porque este bajo porcentaje estaría denotando, problemas derivados del propio sistema de salud o factores culturales de los adultos mayores, tales como desconfianza en el sistema, negativa percepción de la calidad en la atención recibida, o más confianza en la medicina tradicional.

51/White JJ, Khan WS, Smitham PJ. Perioperative implications of surgery in elderly patients with hip fractures: an evidence-based review. J Perioper Pract. 2011;21(6):192-7.

52/ GL, Tornetta P 3rd. Multiple trauma in the elderly: new management perspectives. J Orthop Trauma. 2011;25 Suppl 2:S61-5.

Así, como el MINSA es el principal prestador de salud al cual los adultos mayores acuden por servicios de salud, y se ha producido un incremento de 4,3 puntos porcentuales en el período analizado, al igual que en el sector privado, que de un 8,2% el año 2006 pasó a un 8,8% el año 2010, con un pico que representó el 9,3% el año 2008, también es necesario resaltar que en EsSALUD en el período estudiado, bajó en 2,7 puntos. Esto podría interpretarse como un desplazamiento de la población adulta mayor de EsSALUD a los establecimientos del MINSA y sector privado.

Respecto al nivel de atención del establecimiento de salud, se ha observado un incremento para el primer nivel de atención de 3,6 puntos porcentuales (2006 - 2010) 15,3% vs 18,9% respectivamente, que en términos absolutos, significó atender a 186 638 adultos mayores. Lo cual podría explicarse por la mayor cobertura del Sistema Integral de Salud (SIS) que de 308 mil 861 atenciones en el 2007, ha pasado a 1 millón 554 mil 127 en el 2009.^{53/}

Las mujeres adultas mayores son las que solicitan mayor atención que los varones (14,7% vs 13,7%), en cambio en EsSalud la situación es inversa (12,7% vs 11,5%). Los adultos mayores no unidos, solicitan mayor atención en comparación que los unidos (15,2% vs 13,6%). Cuanto menor es el grado de instrucción, mayor es la búsqueda de atención en establecimientos del MINSA. En cambio, en EsSalud se ha pasado de un 3,5% de adultos mayores sin instrucción o inicial, a un 32,2% cuando se cuenta con un nivel de instrucción superior. Por otro lado, se observa que en las zonas rurales la demanda por establecimientos del MINSA es un poco mayor que en zonas urbanas, situación inversa para EsSalud. (Anexo 3)

Lo anterior, nos indica que siendo el MINSA a través de los establecimientos de salud, el principal prestador de salud, al cual acuden los adultos mayores, también nos revela esta investigación, que este paciente es mayoritariamente, mujer, no unidos, de bajo nivel de instrucción, procedentes de las zonas rurales y preferentemente de la selva. Asimismo, esta interpretación nos revela que son los estratos de pobreza y extrema pobreza, los que acuden más a los establecimientos públicos del MINSA, porque precisamente, la ubicación geográfica de estos establecimientos se encuentra en alguna forma más cerca de ellos, a diferencia de los establecimientos de EsSalud, que se encuentra más en las zonas urbanas atendiendo a una población que ha realizado aportes económicos para contar con atención de salud.

Esta demanda diferenciada, estaría revelando, además, que el adulto mayor con problemas de salud, se enfrenta a un sistema con serios problemas, caracterizado por una descentralización incompleta del sector salud; una insuficiente calidad de los servicios; una inadecuada oferta de los servicios de salud, con deficiente infraestructura y carencia de equipamiento, y, finalmente, una insuficiente atención a las poblaciones vulnerables, excluidas, rurales y dispersas.^{54/55/}

4. Percepción sobre indicadores de calidad de atención en los servicios de salud entre los adultos mayores.

La percepción de la calidad de la atención recibida en los establecimientos de salud, tal como se explicó anteriormente, se obtuvo de cuatro preguntas: distancia del establecimiento, el tiempo de espera para ser atendido, la disponibilidad de

53/ SIS. Estadísticas Globales por Grupo Etario, según conceptos. [Visto 08 Nov 2011] Disponible en: <http://www.sis.gob.pe/Portal/estadisticas/resumen/resumen.htm>

54/ Ibid p 15

55/ Dávila MM. Perú: Estudio de demanda de Servicios de Salud (Documento 1). Bethesda, MD: Socios para la reforma del sector salud, Abt Associates Inc. Mayo 2002.

los medicamentos recetados y el trato del personal de salud. Es significativo destacar, que la tendencia en el período analizado, indica una percepción positiva. El indicador que más ha destacado, es el buen trato recibido por el personal de salud, que supera en promedio, el 70,0%. En importante destacar, que en los establecimientos del primer nivel de atención la percepción de una buena calidad de atención es más frecuente que en los establecimientos de segundo o tercer nivel de atención. Y, respecto a la percepción de solución del problema de salud, éste se ha incrementado ostensiblemente de un 18,9%(2006) a un 35,5%(2010).

Es importante destacar que esta percepción positiva de calidad de atención de salud recibida, en la que destaca el indicador relación con el personal de salud, el trato directo, obedece en parte, a los valores y actitudes que el adulto mayor tiene hacia la vida. Para ellos, no es tan importante, el tiempo de espera, como el trato recibido. El adulto mayor necesita sentirse una persona valorada, lo cual se traduce en un trato cálido, impregnado de respeto, afecto y amor^{56/}.

5. Motivos por los cuales los adultos mayores no buscaron atención en servicios de salud.

Las razones por las que los adultos mayores que padecieron algún problema de salud las últimas cuatro semanas previas a la entrevista no buscaron atención en un servicio de salud, fueron principalmente el no contar con dinero, considerar que su problema de salud no era grave o no era necesario, el haberse autorecetado o repetir una receta anterior y no creer en la medicina alopática (prefiere curarse con remedios caseros).

Aún cuando las cifras demuestran porcentajes decrecientes, en el período estudiado, no es menos significativo, encontrar que en el 2010, el no contar con dinero representa casi 20,0%, el uso de remedios caseros 16,1% y la práctica de la automedicación, representa el 19,1% Todo ello, es la expresión de una población de escasos recursos económicos que apela a la automedicación y el uso de medicina casera, con los riesgos que estos conllevan.

6. Evolución del aseguramiento de los adultos mayores.

Respecto a este último punto, la investigación nos ha demostrado que en los adultos mayores, existe una tendencia creciente de afiliación a algún tipo de seguro de salud, incremento explicado principalmente a una mayor cobertura del Seguro Integral de Salud del MINSA, con frecuencias similares entre los grupos de 60 a 79 años y de 80 años a más. Este mayor incremento, si bien es positivo, porque implica la posible intervención oportuna, prevención de otros proceso mórbidos, supone también, contar con suficientes establecimientos de salud, preparados para atender una población con particularidades específicas, que necesariamente sean vistos en forma integral y no por sub especialidades.

CONCLUSIONES

Esta investigación se centró en el conocimiento de la demanda de atención del adulto mayor por problemas de salud para el período 2006-2010, y, para ello tomó como base el análisis de las ENAHO en la sección respectiva. En función de los objetivos planteados y las hipótesis formuladas, llegamos a las siguientes conclusiones:

56/ Vera Martha. Significado de Calidad de Vida del Adulto Mayor para si mismo y para su familia. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 68(3) 2007



1. En nuestro país se aprecia una tendencia de incremento creciente y sostenido de la población adulta mayor en el Perú en el período estudiado, lo que a su vez, es mayoritariamente femenino, no unida, con educación primaria, que vive en la sierra y en las zonas rurales.
2. Observamos una tendencia creciente de la población adulta mayor de una mayor demanda de atención por problemas de salud, identificando al MINSA como el principal prestador de salud y dentro de éstos, a los establecimientos del primer nivel de atención; esto último, explicado por un mayor empoderamiento del Sistema Integral de Salud (SIS). Esta demanda es diferenciada, siendo mayor en las regiones de la Sierra y Selva respecto a Lima Metropolitana y resto de costa. Este incremento también es mayor en zonas rurales respecto a las zonas urbanas.
3. No es menos significativo, encontrar un importante porcentaje de esta población que teniendo problemas de salud, no demanda atención, por razones estrictamente económicas, por lo que presumiblemente, apelan a la automedicación y el uso de medicina casera.
4. El incremento del aseguramiento en la población adulta mayor no se relaciona, con una mayor demanda de atención ni atenciones por hospitalización o intervenciones quirúrgicas. En este grupo poblacional es importante la atención especializada y de alta complejidad, y los resultados no muestran que se haya avanzado mucho en este rubro.
5. En general, la percepción que tienen los adultos mayores acerca de la calidad del servicio por problemas de salud, es favorable. El trato recibido por el personal de salud, influye en la percepción del adulto mayor, lo cual se constituiría en una fortaleza de los establecimientos de salud y que también explicaría de alguna forma, la mayor demanda de atención de salud.



BIBLIOGRAFÍA

1. **Arce M.** Implementación del aseguramiento universal en salud en regiones piloto del Perú. *Rev perú med exp salud publica* 2009; 26(2):218-21.
2. **Aronow WS, Fleg JL, Pepine CJ et al.** ACCF/AHA 2011 expert consensus document on hypertension in the elderly: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents developed in collaboration with the American Academy of Neurology, American Geriatrics Society, American Society for Preventive Cardiology, American Society of Hypertension, American Society of Nephrology, Association of Black Cardiologists, and European Society of Hypertension. *J Am Soc Hypertens.* 2011;5(4):259-352.
3. **CEPAL (2004).** Población, envejecimiento y desarrollo. Trigésimo periodo de sesiones de la CEPAL. San Juan, Puerto Rico: CEPAL. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/dge-2235-ses30-16.pdf>
4. **Clyburn TA, Heydemann JA.** Fall prevention in the elderly: analysis and comprehensive review of methods used in the hospital and in the home. *J Am Acad Orthop Surg.* 2011 Jul;19(7):402-9.
5. **Dávila MM.** Perú: Estudio de demanda de Servicios de Salud (Documento 1). Bethesda, MD: Socios para la reforma del sector salud, Abt Associates Inc. Mayo 2002.
6. **Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento.** *Rev Panam Salud Publica* [serial on the Internet]. 2005 June; 17(5-6): 452-454. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000500018&lng=en. doi: 10.1590/S1020-49892005000500018.
7. **Freyer G, Tinker AV;** Gynecologic Cancer InterGroup. Clinical trials and treatment of the elderly diagnosed with ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer.* 2011 May;21(4):776-81.
8. **Gajra A, Lichtman SM.** Treatment of advanced lung cancer in the elderly. *Hosp Pract (Minneapolis).* 2011 Apr;39(2):107-15.
9. **Galban P, Sansó F, Díaz -Canela, Carrasco M, Oliva T.** Envejecimiento Poblacional y Fragilidad en el Adulto Mayor. *Rev Cuba Salud Pública* 33(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_1_07/spu10107.htm
10. **GL, Tornetta P 3rd.** Multiple trauma in the elderly: new management perspectives. *J Orthop Trauma.* 2011;25 Suppl 2:S61-5.
11. **Hadley EC, Ory MG, Suzman R, et al.** Toward an understanding of frailty. *Ann Int Med.* 1999;130(11): 945-9.
12. **INEI.** Perfil Sociodemográfico del Perú. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda
13. **Lama Antonio.** Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú. Disponible en: <http://www.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/est/lib0387/indice.HTM>

14. **Ley de las Personas Adultas Mayores del** 19 julio 2006. Ley Nro 28803 Perú. En Normas Legales del 21 de julio 2006, p 324436
15. **Lim L, Chutka D.** Preventive medicine beyond 65. *Geriatr Gerontol Int.* 2001;6(2):73-81.
16. **Meyer KC.** Interstitial lung disease in the elderly: pathogenesis, diagnosis and management. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis.* 2011 Jul;28(1):3-17.
17. **Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.** Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores. 2006-2010
18. **MINSA.** Plan Nacional Concertado de Salud. Julio 2007
19. **MINSA.** Política Nacional de Calidad en Salud. RM 727-2009/ Dirección General de las Personas. Dirección de Calidad en Salud. MINSA
20. **MINSA:** Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. 2005
21. **Naciones Unidas.** Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. 8 al 12 abril 2002 Madrid España. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/bol6.htm>
22. **Organización de las Naciones Unidas.** Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, España; Abril 2002.
23. **Organización Mundial de la Salud,** Asociación Mundial de Psiquiatría. Declaraciones de Consenso de la OMS y WPA sobre Psiquiatría Geriátrica. *Rev Psicogeriatría* 2002; 2: 6:21
24. **OMS.** El estado de envejecimiento y salud en América Latina y el Caribe. Disponible en: <http://www.agingsociety.org/agingsociety/pdf/LACreport.pdf>
25. **Perú, Congreso de la República.** Ley N.º 29344: Ley marco de aseguramiento universal en salud. Lima: Congreso de la República; 2009
26. **Rojas V.** Morbilidad y Mortalidad comparativa del adulto mayor en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Tesis para optar título profesional de Médico Cirujano. Lima-Perú, 2008.
27. **Schall P, Wehling M.** Treatment of arterial hypertension in the very elderly: a meta-analysis of clinical trials. *Arzneimittelforschung.* 2011;61(4):221-8.
28. **Seasonal influenza vaccination of the elderly.** *Prescrire Int.* 2011;20(118):186-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21751756>
29. **Seinfeld J, La Serna K.** Avanzando hacia el aseguramiento universal: ¿cómo lograr la protección en salud de personas de ingresos medio bajos y bajos? *Economía y Sociedad (CIES-Perú)* 2007; (64):54-60
30. **Sergi G, De Rui M, Sarti S, Manzato E.** Polypharmacy in the elderly: can comprehensive geriatric assessment reduce inappropriate medication use? *Drugs Aging.* 2011 28(7):509-18.
31. **Stamatiou KN.** Elderly and prostate cancer screening. *Urol J.* 2011 Spring;8(2):83-7.
32. **Varela L, Chávez H, Herrera A, Méndez F, Gálvez M.** Perfil del Adulto Mayor Intra II. Desarrollando Respuestas Integradas de los Sistemas de Cuidados de la Salud para una Población en Rápido Envejecimiento Intra II - Perú

- 
- 
33. **Vera Martha.** Significado de Calidad de Vida del Adulto Mayor para si mismo y para su familia. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 68(3) 2007
34. **White JJ, Khan WS, Smitham PJ.** Perioperative implications of surgery in elderly patients with hip fractures: an evidence-based review. J Perioper Pract. 2011;21(6):192-7.
35. **Wild S, Roglic G, Green A et al.** Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care 2004;27:1047-53.





ANEXOS





ANEXO 01

PERÚ: PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR SOBRE
INDICADORES DE ATENCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, SEGÚN
GRUPO DE EDAD Y PERÍODO DE ESTUDIO, 2006-2010
(Porcentaje)

Período de Estudio	Percepciones			
	Lejanía ¹ del Establecimiento salud	Tiempo ² de espera para la atención de salud	Oferta ³ de los medicamentos	Trato ⁴ recibido
De 60 a 79 años				
2006	38,7	42,2	26,7	7,1
2007	43,0	44,9	29,4	8,3
2008	42,0	40,2	29,0	9,7
2009	39,2	40,0	26,3	8,6
2010	36,3	42,1	24,6	9,5
De 80 y más años				
2006	45,9	36,6	28,7	2,4
2007	43,0	42,9	31,1	9,6
2008	42,6	35,9	25,1	10,6
2009	40,1	45,8	21,4	7,3
2010	38,0	32,5	26,7	4,2

1/ Lejanía: lejos y muy lejos

2/ Tiempo: Bastante y Demasiado

3/ Medicamentos: Ninguno y muy poco

4/ Trato: Muy malo y malo

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO continua), 2006 - 2010.

Elaboración propia.

ANEXO 02

PERÚ: POBLACIÓN ADULTA MAYOR CON PROBLEMAS DE SALUD EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS Y SU PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN RECIBIDA POR EL PERSONAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD SEGÚN GRUPO DE EDAD DEL ATENDIDO, 2006 - 2010
(Porcentaje)

Grupo de Edad	Personal Profesional					Personal no Profesional				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
Edad 60 a 79 años										
Buena	22,6	23,5	25,2	29,3	28,5	47,1	62,2	44,4	43,9	56,2
Regular	70,6	67,4	67,7	63,5	65,4	52,9	37,8	50,6	51,0	41,8
Mala	6,8	9,2	7,1	7,3	6,1	0,0	0,0	5,0	5,0	2,0
Edad 80 y más años										
Buena	24,4	23,1	25,6	31,3	31,2	34,5	0,0	71,9	9,6	47,8
Regular	69,4	69,7	70,8	64,1	64,9	37,1	100,0	0,0	90,4	43,1
Mala	6,2	7,3	3,5	4,6	3,9	28,4	0,0	28,1	0,0	9,1

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG continua), 2006 - 2010.
Elaboración propia.

ANEXO 03

PERÚ: POBLACIÓN ADULTA MAYOR CON PROBLEMAS DE SALUD EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS QUE DEMANDÓ ATENCIÓN DE SALUD POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD, SEGÚN VARIABLE SOCIO DEMOGRÁFICA Y GRUPO DE EDAD, 2006 - 2010
(Porcentaje)

Variable socio demográfica y Grupo de Edad	MINSALUD					ESSALUD					Privado				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
Edad															
60 a 79 años	12,1	12,4	13,5	16,8	16,0	13,4	11,8	11,0	11,5	11,3	8,3	8,4	9,2	9,0	8,6
80 y más años	10,1	11,4	14,1	16,9	16,7	15,7	12,9	14,7	13,7	10,1	7,5	8,6	9,9	9,2	9,9
Sexo															
60 a 79 años															
Hombre	12,1	11,4	13,0	17,2	14,6	13,3	11,6	12,1	11,9	11,6	6,7	7,4	7,8	7,5	7,7
Mujer	12,1	13,3	13,8	16,4	17,1	13,5	11,9	10,2	11,2	11,1	9,6	9,2	10,3	10,2	9,4
80 y más años															
Hombre	10,4	10,0	11,3	18,7	15,2	20,0	15,7	16,1	17,3	12,5	8,2	8,4	11,4	8,7	8,9
Mujer	9,9	12,4	16,1	15,6	17,6	12,4	11,0	13,7	11,3	8,5	7,0	8,7	8,8	9,6	10,5
Estado Civil															
60 a 79 años															
Unido	12,2	11,4	13,3	16,2	15,0	14,4	12,6	12,2	12,1	12,4	8,3	8,9	9,5	9,4	9,0
No unido	12,0	14,3	13,7	17,9	17,9	11,6	10,3	9,0	10,4	9,4	8,2	7,6	8,6	8,3	7,9
80 y más años															
Unido	10,0	7,9	13,3	16,6	14,8	20,6	16,0	16,7	18,0	12,2	6,1	5,6	10,9	8,2	10,9
No unido	10,2	13,3	14,6	17,0	17,7	12,9	11,2	13,6	11,4	9,0	8,3	10,3	9,3	9,8	9,3
Grado de Instrucción															
60 a 79 años															
Ninguno / inicial	13,2	13,4	15,4	19,5	18,9	3,2	3,1	4,0	3,9	3,2	4,0	4,8	6,3	5,3	4,9
Primaria	13,3	13,9	14,3	17,9	17,8	11,7	10,0	9,2	9,2	9,4	6,6	7,9	9,4	8,4	8,3
Secundaria	10,1	9,9	9,1	14,4	10,7	27,5	24,0	18,8	21,3	20,1	14,6	11,9	11,7	13,7	13,2
Superior	4,2	5,1	9,5	5,2	8,6	33,9	29,3	32,4	35,1	29,1	23,2	17,2	13,8	17,7	13,2
80 y más años															
Ninguno / inicial	11,6	14,0	18,0	20,2	21,0	3,8	2,9	5,0	3,1	3,7	3,6	6,7	6,4	6,3	4,2
Primaria	9,9	10,0	14,2	16,9	16,3	19,7	17,2	20,7	16,7	11,4	7,4	9,0	10,6	10,6	11,7
Secundaria	9,1	9,7	0,0	8,4	6,0	32,3	24,8	23,9	31,8	22,3	17,0	16,7	16,8	16,0	21,6
Superior	0,0	3,5	0,0	2,2	0,0	41,7	44,9	28,8	42,9	32,7	24,9	4,9	25,7	8,1	20,2

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), 2006 - 2010.
Elaboración propia.

