

# Estudio de Investigación para determinar el estado de salud, bienestar y envejecimiento en el Seguro Social del Perú



**GERENCIA CENTRAL DE LA PERSONA ADULTA MAYOR  
Y PERSONA CON DISCAPACIDAD**

GESTIÓN 2012 – 2016  
LIMA 2016



## DIRECCION GENERAL

### **Dra. Rossana Elvira Apaza**

Gerente Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad - EsSalud

### **Ana María del Milagro Salinas Medina**

Gerente de la Persona Adulta Mayor y Prestaciones Sociales -

### **Zoila Olga de Milagros Romero Albino**

Sub Gerente de Protección al Adulto Mayor -EsSalud

## DIRECCION TECNICA

### **Dr. Alfonso Nino Guerrero**

Médico Cirujano UPCH, Magíster en Salud Pública, UPCH.  
Docente del Departamento Académico de Salud Pública, Administración y Ciencias Sociales  
Universidad Peruana Cayetano Heredia

## ASESORIA TECNICA Y COORDINACION

### **Dr. Richard Inga Salazar**

Médico Cirujano UPCH, Especialista en Administración de Salud, UPCH.  
Maestría en Gerencia de Servicios de Salud, Auditor Médico.  
Consultor empresa G&C Salud y Ambiente

## EXPERTOS TEMATICOS

### **Dr. Carlos Vela Barba**

Médico Cirujano MD, Especialista en Geriátrica  
Jefe del Servicio de Geriátrica del Hospital Central de Aeronáutica. Lima – Perú

### **Lic. José Espinoza**

Lic. en Estadística. Maestro en Ciencias UNC.  
Coordinador Cuantitativo y Consultor del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la UNI.

### **Lic. Ina Vigo Obando**

Obstetra, Magíster en Salud Pública UPCH  
Docente del Departamento Académico de Salud Pública, Administración y Ciencias Sociales  
Universidad Peruana Cayetano Heredia

### **Lic. Borman Cerna Palomino**

Obstetra UNC, Magíster en Salud Pública UPCH  
Consultor empresa G&C Salud y Ambiente

*“Este es un proyecto ejecutado por la empresa G&C Salud y Ambiente por encargo de EsSalud”*

# ÍNDICE

	<u>Página</u>
Glosario de Siglas	4
Lista de Tablas	5
Listas de Gráficos	15
Introducción	16
CAPITULO 1. MARCO TEORICO.	18
1.1 El proceso de envejecimiento en el Perú	18
1.2 La Encuesta Sabe	25
1.3 Aproximaciones al Conocimiento sobre la situación de la salud y bienestar del adulto mayor	27
1.4 Marco normativo y técnico para la atención del adulto mayor	38
CAPITULO 2. METODOLOGIA DE INVESTIGACION.	43
2.1 Objetivos	43
2.2 Diseño del estudio	43
2.3 Población en estudio	43
2.4 Tamaño de muestra y técnicas de muestreo	44
2.5 Instrumentos y Técnicas	48
2.6 Aplicación de la Encuesta	49
2.7 Procesamiento de los Datos	51
2.8 Análisis Estadístico	52
CAPITULO 3. RESULTADOS	53
3.1 Muestra obtenida	53
3.2 Datos Generales de la Población Encuestada	54
3.3 El entorno de vida de la población adulta mayo	64
3.4 Estado cognitivo y funcional	83
3.5 Hábitos saludables y Estado de Salud	93
3.6 Uso y acceso a servicios	129
3.7 Fragilidad	142
3.8 Redes de apoyo social	147
CAPITULO 4. CONCLUSIONES	158
CAPITULO 5. RECOMENDACIONES	168
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	172

## GLOSARIO DE SIGLAS

AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
AVD	Actividades de la vida diaria
AM	Adulto mayor
ABVD	Índice de Katz grado de dependencia
ASIS	Análisis de Situación de Salud
AVD	Actividades de la vida diaria
AVISA	Estimación de los años de vida saludable
CAS	Centro Asistencial
CAM	Centro de adulto mayor
CESFAM	Centro de Salud Familiar
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad
CIRAM	Círculo del adulto mayor
CIAM	Centro Integral del Adulto Mayor
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas
Encuesta SABE	Encuesta de Salud y Bienestar del Adulto Mayor
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ESBAM	Encuesta de Salud y Bienestar del Adulto Mayor
ESCALA CES-D	Escala que mide la depresión
EPS	Empresa prestadora de salud
HDL	Colesterol bueno
IMC	Índice de masa corporal
INEI	Instituto Nacional de Estadística
LDL	Colesterol malo
MIMDES	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
MINIMENTAL	Examen del Estado mental
MINSA	Ministerio de Salud
MINSA	Ministerio de Salud
NTS	Norma Técnica de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAM	Población de Adultos Mayores
PFEIFFER	Estudio que evalúa el deterioro cognitivo.
PROMUDEH	Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano
R.M	Resolución Ministerial
RA	Red Asistencial
RAA	Red Asistencial Red Asistencial Almenara
RAR	Red Asistencial Red Asistencial Rebagliati
RAS	Red Asistencial Red Asistencial Sabogal
SABE	Salud, Bienestar y Envejecimiento
SPSS	Sistema de datos analíticos
TDR	Términos de Referencia
UBIGEO	Ubicación y geografía
UMF1	Unidad de medida Familiar
UT	Unidad Técnica

## LISTA DE TABLAS

Tabla N°1	Perú: Indicadores de Envejecimiento Demográfico, 1993 Y 2007
Tabla N°2	Perdidas muestrales y muestra obtenida en la encuesta SABE América Latina y Caribe. 1999 – 2000
Tabla N°3	Algunos resultados de la encuesta SABE América Latina y Caribe. 1999 - 2000
Tabla N°4	Estudios sobre el estado de salud y bienestar del adulto mayor a nivel internacional
Tabla N°5	Estudios encontrados sobre fragilidad del adulto mayor a nivel internacional
Tabla N°6	Estudios sobre el estado de salud y bienestar del adulto mayor a nivel nacional
Tabla N°7	Estudios encontrados sobre fragilidad del adulto mayor a nivel nacional
Tabla N°8	Marco normativo la regulación de la atención al adulto mayor
Tabla N°9	Redes asistenciales participantes en el estudio
Tabla N°10	Estratos de la muestra
Tabla N°11	Tamaño de la muestra
Tabla N°11	Grupos de trabajo de campo para la aplicación de la encuesta
Tabla N°12	Muestra obtenida por red asistencial y dominio geográfico
Tabla N°13	Entrevistas completadas con un sustituto
Tabla N°15	Sexo y edad por dominio geográfico población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N°16	Comparaciones de proporciones de columnas
Tabla N°17	Edad media de la población encuestada según dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N°18	Sexo y grupo étnico por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N°19	Edad media por red asistencial. Población adulta mayor EsSalud - 2016
Tabla N°20	Estado civil por sexo y grupo étnico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N°21	Estado civil por dominio geográfico población adulta mayor EsSalud - 2016
Tabla N°22	Estado civil por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N°23	Fuerza de trabajo por sexo y grupo étnico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N°24	Tipo de actividad laboral por sexo y grupo étnico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N°25	Fuerza de trabajo por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N°26	Tipo de actividad laboral por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N°27	Fuerza de trabajo por redes asistenciales de lima metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016

Tabla N°28	Tipo de actividad laboral por sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor de lima metropolitana. EsSalud 2016
Tabla N°29	Tipo de actividad laboral por redes asistenciales de lima metropolitana. Población adulta mayor. EsSalud – 2016
Tabla N°30	Nivel educativo por sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N°31	Nivel educativo por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud - 2016
Tabla N°32	Nivel educativo por redes asistenciales de lima metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N°33	Acceso a servicios en la vivienda por sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N°34	Acceso a servicios en la vivienda por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N°35	Acceso a servicios en la vivienda por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N°36	Tabla n°36 manejo de electrodoméstico sin ayuda por sexo y grupo etáreo. Población adulta EsSalud – 2016
Tabla N°37	Utilización del computador e internet, por sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N°38	Manejo de electrodoméstico sin ayuda por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N°39	Utilización del computador e internet por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N°40	Manejo de electrodoméstico sin ayuda por redes asistenciales de lima metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N°41	Utilización del computador e internet por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N°42	Percepción sobre ingresos económicos por sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N°43	Percepción sobre ingresos económicos por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N°44	Percepción sobre ingresos económicos por redes asistenciales de lima metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N°45	Media de edad por sexo según número de veces que migró. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N° 46	Migración por red asistencial. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N° 47	Migración por tipo de hogar según veces de migración. Población adulta mayor EsSalud – 2016
Tabla N° 48	Migración por tipo de hogar según veces que migró. Población adulta mayor EsSalud – 2016

- Tabla N° 49 Migración por estado conyugal según veces que migró. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 50 Migración por actividad principal según veces que migró. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 51 Tipo de agresión sufrida por sexo y grupo etéreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 52 Agresor de la población encuestada por sexo y grupo etéreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 53 Búsqueda de ayuda en caso de violencia por sexo y grupo etéreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 54 Donde recurrió en caso de violencia por sexo y grupo etéreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 55 Tipo de violencia sufrida por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 56 Tipo de agresor por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 57 Búsqueda de ayuda en caso de violencia por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 58 Donde recurrió en caso de violencia por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 59 Tipo de violencia sufrida por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 60 Agresor de la población encuestada por redes asistenciales. . Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 61 Búsqueda de ayuda en caso de violencia por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 62 Donde recurrió en caso de violencia por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 63 Percepción de memoria por sexo y grupo etéreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 64 Percepción de cambios en la memoria por sexo y grupo etéreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 65 Demencia senil por sexo y grupo etéreo. . Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 66 Percepción de memoria por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 67 Percepción de cambios en la memoria por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 68 Demencia senil por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016

- Tabla N° 69 Percepción de memoria por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 70 Percepción de cambios en la memoria por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 71 Demencia senil por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 72 Deterioro cognitivo por sexo y grupo edad. Test Minimental adaptado. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 73 Evaluación por dominio cognitivo por sexo y grupo edad. Test Minimental adaptado. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 74 Deterioro cognitivo por dominio geográfico. Test Minimental adaptado. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 75 Deterioro cognitivo por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 76 Depresión de la población encuestada según sexo y grupo de edad. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 77 Depresión de la población encuestada según dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 78 Depresión según sexo y grupo etéreo en Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 79 Depresión de la población encuestada según red asistencial. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 80 Funcionalidad según Índice de Katz por sexo y grupo etéreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 81 Funcionalidad según Índice de Katz por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 82 Funcionalidad según Índice de Katz en lima metropolitana por sexo y grupo etéreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 83 Funcionalidad según Índice de Katz en la población encuestada por redes asistenciales de lima metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 84 Condición nutricional según Índice de masa corporal por sexo y grupo etéreo
- Tabla N° 85 Evaluación nutricional según el test Mininutricional Assessment por sexo y grupo etéreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 86 Tipo de alimentos que consume por sexo y grupo etéreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 87 Condición nutricional según Índice de masa corporal por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 88 Evaluación nutricional según el Test Mininutricional Assessment por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 89 Tipo de alimentos que consume por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016

- Tabla N° 90 Condición nutricional según índice de masa corporal por sexo y grupo etáreo en lima metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 91 Condición nutricional según índice de masa corporal por redes asistenciales. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 92 Evaluación nutricional según el Test Mininutricional Assessment por redes asistenciales de lima metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 93 Tipo de alimentos que consume por redes asistenciales de lima metropolitana
- Tabla N° 94 Media de las medidas antropométricas por sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 95 Fuerza de agarre (kg.) Por sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 96 Media de las medidas antropométricas por sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 97 Fuerza de agarre (kg.) Por sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 98 Media de las medidas antropométricas por sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 99 Fuerza de agarre por sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 100 Conducta y/o actividad física según sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 101 Conducta y/o actividad física según dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 102 Conducta y/o actividad física según red asistencial. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 103 Valoración de la sexualidad por sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 104 Información sobre sexualidad y derechos por sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 105 Valoración de la sexualidad según dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 106 Información sobre sexualidad y derechos en el adulto mayor por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 107 La sexualidad en Lima Metropolitana por sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 108 Valoración de la sexualidad por redes asistenciales de salud de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 109 Información sobre sexualidad y derechos en el adulto mayor por redes asistenciales de salud de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 110 Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas por sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016

- Tabla N° 111 Cantidad de bebidas alcohólicas consumidas por sexo y grupo etéreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 112 Consumo de cigarrillos por sexo y grupo etéreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 113 Características de consumo de cigarrillos por sexo y grupo etéreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 114 Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas según dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 115 Cantidad de bebidas alcohólicas consumidas por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 116 Consumo de cigarrillos según, dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 117 Características de consumo de cigarrillos por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 118 Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas según, redes asistencial. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 119 Cantidad de bebidas alcohólicas consumidas por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 120 Consumo de cigarrillos según redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 121 Características de consumo de cigarrillos por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 122 Conocimiento y prevención en casos de emergencia por sexo y grupo etéreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 123 Conocimiento y prevención en casos de emergencia por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 124 Conocimiento y prevención en casos de emergencia por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 125 Imagen social de la vejez por sexo y grupo etéreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 126 Imagen social de la vejez por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 127 Imagen social de la vejez por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 128 Percepción del estado de salud por sexo y grupo etéreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 129 Percepción del estado de salud según dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 130 Percepción del estado de salud según redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 131 Enfermedades crónicas según sexo y grupo etéreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016

- Tabla N° 132 Diagnóstico de enfermedad psiquiátrica según sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 133 Presencia de discapacidad permanentes por sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 134 Alteraciones permanentes por sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 135 Enfermedades crónicas según dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 136 Tipos de cáncer en adultos mayores según dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 137 Otra morbilidad según dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 138 Diagnóstico de enfermedad psiquiátrica según dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 139 Alteraciones permanentes según dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 140 Tipos de dificultades permanentes según dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 141 Enfermedades crónicas según redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 142 Tipos de cáncer en adultos mayores según redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 143 Otra morbilidad según dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 144 Diagnóstico de enfermedad psiquiátrica según dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 145 Alteraciones permanentes según redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 146 Tipos de dificultades permanentes según redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 147 Uso de medicamentos por sexo y grupo de edad. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 148 Medicamentos consumidos por sexo y grupo de edad. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 149 Persona que indico el medicamento por sexo y grupo de edad. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 150 Media de tiempo de uso de medicamentos de manera continua por sexo y grupo de edad. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 151 Fuente de donde obtiene medicamentos por sexo y grupo de edad. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 152 Uso de medicamentos por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016

- Tabla N° 153 Persona que indico el medicamento por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 154 Media de tiempo de uso de medicamentos por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 155 Fuente de donde obtiene medicamentos por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 156 Uso de medicamentos por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 157 Persona que indico el medicamento por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 158 Media de tiempo de uso de medicamentos por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 159 Fuente de donde obtiene medicamentos por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 160 Disponibilidad de seguro por sexo y grupo étnico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 161 Lugar de consulta por sexo y grupo étnico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 162 Razones por las que no uso los servicios de salud por sexo y grupo étnico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 163 Prescripción de exámenes, procedimientos y medicamentos por sexo y grupo étnico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 164 Tiempo de espera para la atención por sexo y grupo étnico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 165 Se efectuó algún pago durante la atención por sexo y grupo étnico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 166 Hospitalizaciones por sexo y grupo étnico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 167 Disponibilidad de seguro por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 168 Uso de servicios de salud según dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 169 Razones por las que no uso los servicios de salud según dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 170 Prescripción de exámenes, procedimientos y medicamentos por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 171 Pago efectuado durante la atención por sexo y grupo étnico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 172 Hospitalizaciones por sexo y grupo étnico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 173 Disponibilidad de seguro por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 174 Uso de servicios de salud según redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016

- Tabla N° 175 Razones por las que no uso los servicios de salud por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 176 Prescripción de exámenes, procedimientos y medicamentos por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 177 Pago efectuado durante la atención por redes asistenciales de Lima Metropolitana
- Tabla N° 178 Hospitalizaciones por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 179 Uso de los servicios sociales de EsSalud por sexo y grupo etéreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 180 Tiempo de espera para la atención en servicios sociales por sexo y grupo etéreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 181 Percepción sobre contribución de los servicios sociales en su bienestar por sexo y grupo etéreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 182 Satisfacción con los servicios sociales por sexo y grupo etéreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 183 Uso de los servicios sociales de EsSalud por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 184 Percepción sobre contribución de los servicios sociales en su bienestar por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 185 Satisfacción con los servicios sociales por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 186 Uso de los servicios sociales de EsSalud por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 187 Percepción sobre contribución de los servicios sociales en su bienestar por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 188 Satisfacción con los servicios sociales por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 189 Criterios de fragilidad del estudio. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 190 Fragilidad por sexo, grupo de edad y dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 191 Fragilidad por sexo, grupo de edad y redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 192 Fragilidad por criterios por sexo y grupo etéreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 193 Número de personas o instituciones que brindan ayuda al adulto mayor por sexo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 194 Número de personas o instituciones que brindan ayuda al adulto mayor por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 195 Número de personas o instituciones que brindan ayuda al adulto mayor por sexo en Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016

- Tabla N° 196 Número de personas o instituciones que brindan ayuda al adulto mayor según redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 197 Fuente de apoyo según sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 198 Programas de los que recibe apoyo según sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 199 Fuente de apoyo según dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 200 Programas de los que recibe apoyo por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 201 Fuente de apoyo según redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 202 Tipo de ayuda que recibe por sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 203 Tipo de ayuda que brinda el am por sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 204 Participación del adulto mayor por sexo y grupo etáreo. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 205 Tipo de ayuda que recibe por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 206 Participación del adulto mayor por dominio geográfico. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 207 Tipo de ayuda que recibe por sexo en las redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 208 Tipo de ayuda que brinda al adulto mayor redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 209 Participación del adulto mayor por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Población adulta mayor EsSalud – 2016
- Tabla N° 210 Calidad de servicios de EsSalud percibida por el adulto mayor según sexo. Población adulta mayor EsSalud – 2016

## LISTA DE GRAFICOS

- GRAFICO N° 1. Perú: envejecimiento de la población, censos 1972 y 2007 y proyeccion 2014 - 2021
- GRAFICO N° 2. POBLACIÓN ASEGURADA ACTIVA SEGÚN GRUPOS DE EDAD, 2011 Y 2015
- GRAFICO N° 3. MORTALIDAD EN EL ADULTO MAYOR POR GRANDES GRUPOS. PERU 2007 – 2011.
- GRAFICO N° 4. MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE E.S. MINSA POR GRANDES GRUPOS EN ADULTOS MAYORES. PERU 2007 – 2011
- GRAFICO N° 5. RAZON DE AVISA POR MIL HABITANTES SEGÚN GRUPO DE CAUSAS DE ENFERMEDAD Y EDAD. ESSALUD 2014
- GRAFICO N° 6. DISTRIBUCIÓN DE USUARIOS DE LA CONSULTA EXTERNA SEGÚN GRUPOS DE EDAD EsSalud 2010
- GRAFICO N° 7. DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO
- GRAFICO N° 8. PIRAMIDE POBLACIONAL DE LA POBLACION ENCUESTADA
- GRAFICO N° 9. MIGRACIÓN EN LOS ULTIMOS 10 AÑOS
- GRAFICO N°10. MIGRACIÓN EN LOS ULTIMOS 10 AÑOS POR SEXO
- GRAFICO N°11. VECES DE MIGRACION EN ÚLTIMOS 10 AÑOS
- GRAFICO N° 12. EVOLUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE SALUD Y ENFERMEDAD 2006-2016
- GRAFICO N°13. PLAN DE VIDA PAM ESSALUD 2006-2016
- GRAFICO N° 14. TIPOS DE APOYO O TRANSFERENCIAS

## INTRODUCCIÓN

El 11 de noviembre del 2015 se firmó el contrato N° 4600046047 derivado del Concurso Público N° 6-2015-ESSALUD/GCL (CP N° 1599P00061) PAC N° 58 “Contratación del Servicio de Consultoría/Estudio de Investigación para determinar el estado de salud, bienestar y envejecimiento (SABE) de los adultos mayores asegurados”, que tiene como objetivo general comprender las experiencias, los recursos y los retos en torno al envejecimiento activo en personas mayores aseguradas en EsSalud.

A continuación, se presenta el Informe Final del Estudio el que abarcó la aplicación de la Encuesta de Salud y Bienestar del Adulto Mayor Asegurado entregada por EsSalud, y diseñada con base en la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) adaptada para su uso en Bogotá – Colombia. El Estudio tuvo como ámbito a 17 redes asistenciales de EsSalud, las que fueron seleccionados por EsSalud en razón de su representatividad institucional: Red Asistencia Rebagliati, Red Asistencial Almenara, Red Asistencial Sabogal, Red Asistencial Arequipa, Red Asistencial La Libertad, Red Asistencial Piura, Red Asistencial Lambayeque, Red Asistencial Ica, Red Asistencial Junín, Red Asistencial Cusco, Red Asistencial Ucayali, Red Asistencial Ayacucho, Red Asistencial Puno, Red Asistencial Huancavelica, Red Asistencial Apurímac, Red Asistencial Amazonas, Red Asistencial Moyobamba.

Inicialmente en los términos de referencia (TDR) se estableció una muestra de 1,500 encuestas, no obstante, a pedido del area usuaria solicitante del servicio y en acuerdo con el equipo técnico de la consultora se incrementó la muestra a 2,569, para una mejor inferencia de los resultados.

El presente documento presenta los resultados finales del estudio organizado en cinco capítulos. En el capítulo 1 se presenta el marco teórico y conceptual que sustenta el Estudio; en el capítulo 2 se desarrolla la metodología utilizada en coherencia con los objetivos solicitados; se presenta el diseño, la población, la muestra y las técnicas de muestreo, seguidas de las definiciones operacionales, terminando con la explicación del procedimiento seguido para el trabajo de campo.

El capítulo 3 presenta los resultados encontrados, para ello en primer lugar se presenta la muestra obtenida seguida de los datos generales de la población estudiada por dominio geográfico, así como, por redes asistenciales de Lima Metropolitana. Luego se presenta los hallazgos propiamente dichos, los que están organizados alrededor de 6 temas: El entorno de vida del Adulto Mayor, su estado cognitivo y funcional, su estado de salud y hábitos saludables, el acceso y uso de servicios, la situación de fragilidad y las redes de apoyo social

con las que cuenta. Todos estos temas se presentan, tanto por dominio geográfico, como por redes asistenciales Lima Metropolitana.

Un cuarto capítulo contiene la discusión de los hallazgos precedido de una explicación de las limitaciones del estudio, a continuación del cual se presentan las conclusiones y recomendaciones del estudio. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los anexos.

# CAPITULO 1. MARCO TEORICO

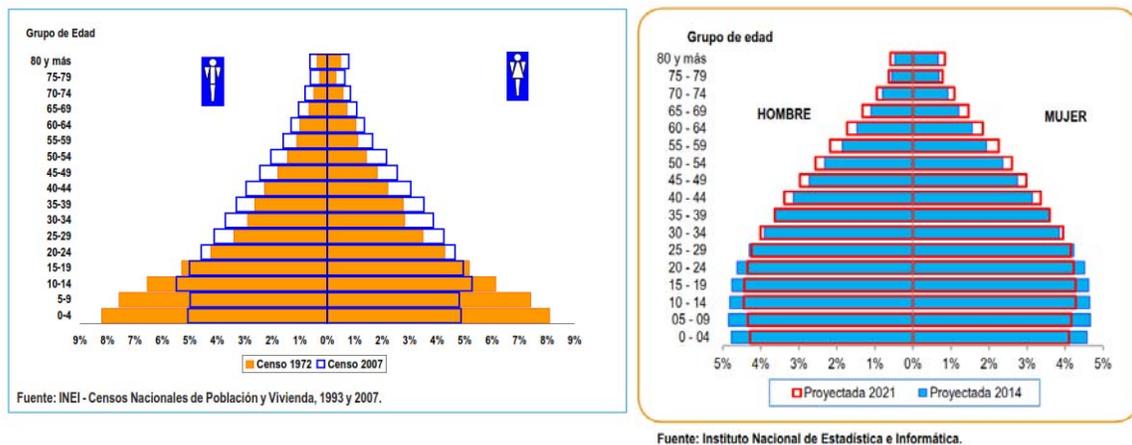
## 1.1 EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO EN EL PERÚ

### 1.1.1 Demografía del envejecimiento en el Perú y en la población asegurada por EsSalud

El envejecimiento no es sólo un proceso de la salud individual, sino también de la salud colectiva, y es lo que se conoce como el envejecimiento demográfico. Se produce por el aumento en la importancia relativa del grupo de adultos mayores y la disminución en la importancia porcentual de los menores, como consecuencia de la caída de la natalidad. Este proceso de cambio en el balance entre generaciones está ocurriendo a nivel mundial, en América Latina y en el Perú. Latinoamérica debe enfrentar los retos de este proceso con menos recursos y más premura de la que tuvieron los países ricos.

Si se observa las pirámides de la población peruana correspondientes a los Censos de 1972 y 2007, se observa con claridad los rasgos de un proceso de envejecimiento.

GRAFICO 1. PERÚ: ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN, CENSOS 1972 Y 2007 Y PROYECCION 2014 - 2021



Entre los años 1972 y 2007 la población de 60 y más años se triplicó aumentando en aproximadamente 1 millón 700 mil personas. Mientras que la población en su conjunto creció en ese período con una tasa promedio anual en 2,0%, los mayores de 60 años presentaron una mayor velocidad de crecimiento (3,3% anual). Pero el proceso fue aún más dinámico en el grupo de los más longevos. El ritmo de crecimiento de la población de 80 y más años fue cerca de dos veces la del conjunto de la población peruana. De 114 mil 445 habitantes que registró el Censo de 1972, pasaron a 388 mil 388 personas en el censo del

2007. Y las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INEI) muestran que la tendencia se acentuará en los próximos años.

En el análisis de los indicadores de envejecimiento por departamentos se encontró que la tasa de mayor de crecimiento anual de la Población de Adultos Mayores (PAM) estaba en las regiones de Madre de Dios, San Martín, Ucayali, Tacna, Lima, Callao y Moquegua, donde superó el 4% de crecimiento anual. En cuanto al índice de envejecimiento, que es la relación entre la PAM y la población menor de 15 años, las regiones de Moquegua, Lima, Callao y Arequipa mostraron los valores más altos.

TABLA N° 1. PERÚ: INDICADORES DE ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO, 1993 Y 2007

Departamento	Población de 60 y más años		Magnitud del cambio		Tasa de crecimiento anual (%)	Proporción de personas adultas mayores		Índice de envejecimiento (%)		Relación de dependencia demográfica de vejez	
					(3)	(4)		(5)		(6)	
	1993	2007	Abs.	(%)	1993 - 2007	1993	2007	1993	2007	1993	2007
<b>TOTAL</b>	<b>1 543 687</b>	<b>2 495 643</b>	<b>951 956</b>	<b>61,7</b>	<b>3,4</b>	<b>7,0</b>	<b>9,1</b>	<b>18,9</b>	<b>29,9</b>	<b>12,5</b>	<b>15,1</b>
Amazonas	18 622	28 210	9 588	51,5	3,0	5,5	7,5	12,3	19,8	11,1	13,7
Áncash	78 252	113 249	34 997	44,7	2,6	8,2	10,6	21,2	33,8	15,4	18,4
Apurímac	33 109	41 256	8 147	24,6	1,6	8,7	10,2	19,3	27,2	18,6	19,5
Arequipa	68 901	118 365	49 464	71,8	3,9	7,5	10,3	22,7	38,8	12,7	16,2
Ayacucho	44 542	59 740	15 198	34,1	2,1	9,0	9,8	21,4	26,9	18,6	18,1
Cajamarca	86 320	124 762	38 442	44,5	2,6	6,9	9,0	15,8	25,7	13,8	16,0
Prov.Const.del Callao	44 724	80 909	36 185	80,9	4,2	7,0	9,2	23,2	34,4	11,1	14,4
Cusco	73 550	101 641	28 091	38,2	2,3	7,1	8,7	17,5	25,2	13,7	15,2
Huancavelica	29 648	39 571	9 923	33,5	2,0	7,7	8,7	16,8	21,9	16,5	16,9
Huánuco	37 212	58 279	21 067	56,6	3,2	5,7	7,6	12,8	20,4	11,4	13,9
Ica	41 412	68 746	27 334	66,0	3,6	7,3	9,7	20,8	33,5	12,7	15,7
Junín	70 319	105 164	34 845	49,6	2,9	6,8	8,6	16,8	26,0	12,9	14,7
La Libertad	92 663	153 670	61 007	65,8	3,6	7,3	9,5	19,9	30,6	13,0	16,0
Lambayeque	61 944	104 290	42 346	68,4	3,7	6,7	9,4	18,1	30,6	12,0	15,6
Lima	462 399	824 909	362 510	78,4	4,1	7,2	9,8	23,8	38,4	11,6	15,1
Loreto	30 202	51 270	21 068	69,8	3,8	4,4	5,7	9,7	14,9	8,8	10,3
Madre de Dios	2 155	4 487	2 332	108,2	5,3	3,2	4,1	8,1	13,0	5,6	6,4
Moquegua	9 372	16 364	6 992	74,6	4,0	7,3	10,1	22,7	40,0	12,0	15,7
Pasco	11 789	19 229	7 440	63,1	3,5	5,2	6,9	12,4	20,8	9,8	11,4
Piura	93 862	146 959	53 097	56,6	3,2	6,8	8,8	16,8	26,6	12,8	15,0
Puno	96 035	127 663	31 628	32,9	2,0	8,9	10,1	22,5	31,6	17,2	17,3
San Martín	24 305	47 165	22 860	94,1	4,8	4,4	6,5	10,6	18,7	8,1	11,0
Tacna	11 473	21 758	10 285	89,6	4,6	5,3	7,5	15,9	28,3	8,5	11,4
Tumbes	8 443	14 164	5 721	67,8	3,7	5,4	7,1	14,6	23,3	9,5	11,3
Ucayali	12 434	23 823	11 389	91,6	4,7	3,9	5,5	9,1	15,2	7,5	9,5
Lima Metropolitana 1/	449 923	815 590	365 667	81,3	4,3	7,1	9,6	23,8	38,1	11,2	14,8
Lima provincias 2/	57 200	90 228	33 028	57,7	3,2	8,4	10,7	23,3	37,2	11,1	17,8

(1) Número absoluto de personas adultas mayores.

(2) En términos absolutos es la diferencia y en términos relativos la tasa de variación entre un periodo y otro.

(3) Es el incremento anual promedio en el número de personas adultas mayores durante el periodo considerado por cada 100 personas mayores a su inicio.

(4) Es el porcentaje de la población de 60 y más años de edad, en relación a la población total.

(5) Es el porcentaje de la población de 60 y más años sobre el total de menores de 15 años.

(6) Porcentaje de la población de 60 y más años respecto de la población de 15 a 59 años.

1/ Comprende la provincia de Lima y la Provincia Constitucional del Callao.

2/ Comprende el departamento de Lima, excepto la provincia de Lima.

Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1993 y 2007.

7/ Magno de Carvalho, J. A y F. C. D. Andrade (2000) «Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos» Santiago de Chile, CEPAL.

La población adulta mayor (60 y más años de edad) en el Perú al 2015 asciende a 3 millones 11 mil 50 personas que representan el 9,7% de la población. De este total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46,6%).

Estas cifras confirman que en el Perú, como en todo el mundo, se vive el fenómeno conocido como feminización del envejecimiento, que significa que las mujeres viven más años que los hombres, en la medida que avanzan en edad. El índice de feminidad, muestra que hay 114 mujeres por cada 100 hombres y aumenta a 141 en la población femenina de 80 y más años de edad<sup>1</sup>.

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) del año 2014, el 39,1% de los hogares lo integra algún adulto mayor de 60 y más años de edad y en el 8,1% de los hogares vive alguno de 80 y más años de edad.

Según lugar de residencia, se aprecia que en Lima Metropolitana los hogares con adultos mayores alcanzaron el 40,6%, en el área urbana 36,4% y en la zona rural 42,0%.

Es necesario destacar que, en muchos hogares los adultos mayores constituyen una pieza fundamental para su funcionamiento. De acuerdo con la ENAH del 2014, el 33,4% de los hogares peruanos son conducidos por un adulto mayor. En Lima Metropolitana este porcentaje alcanzó el 34,3% y en el área rural el porcentaje de familias con un jefe adulto mayor se incrementó a 37,0%.

En el trimestre abril-mayo-junio 2015, el 80,5% de los adultos mayores del área rural está afiliado a algún tipo de seguro de salud; mientras que en el área urbana y Lima Metropolitana este porcentaje alcanzó el 76,3% y 76,4%, respectivamente.

Cabe precisar que en el año 2014, la proporción de adultos mayores que tenían seguro de salud representó el 75,5% a nivel nacional<sup>2</sup>.

De otro lado la población asegurada tiene una estructura demográfica que combina una importante cohorte de adultos jóvenes con una proporción creciente de adultos mayores.

Como se observa, la pirámide poblacional de los asegurados de EsSalud es de tipo transicional: con una base estrecha de niños, una cohorte expansiva de adultos jóvenes. En el año 2011 la PAM mayor de 60 años fue de un 13.4%<sup>3</sup> y en el año 2015 se ha reportado un 13.04%<sup>4</sup>.

---

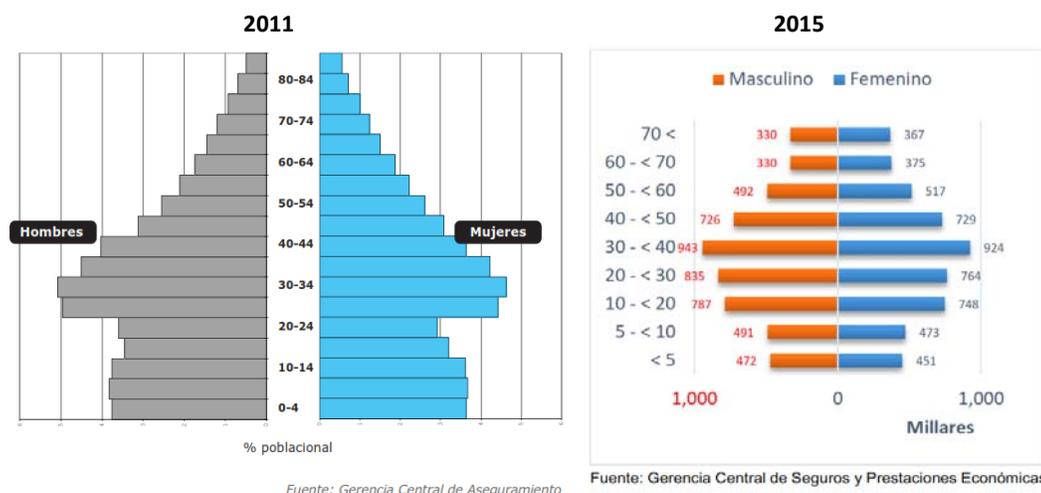
<sup>1</sup> INEI, <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias>

<sup>2</sup> INEI, <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias>

<sup>3</sup> EsSalud. Plan Estratégico Institucional 2012- 2016

<sup>4</sup> EsSalud. Análisis Ejecutivo a Nivel Nacional 2015. Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo. Mayo 2016

GRAFICO 2. POBLACIÓN ASEGURADA ACTIVA SEGÚN GRUPOS DE EDAD, 2011 Y 2015



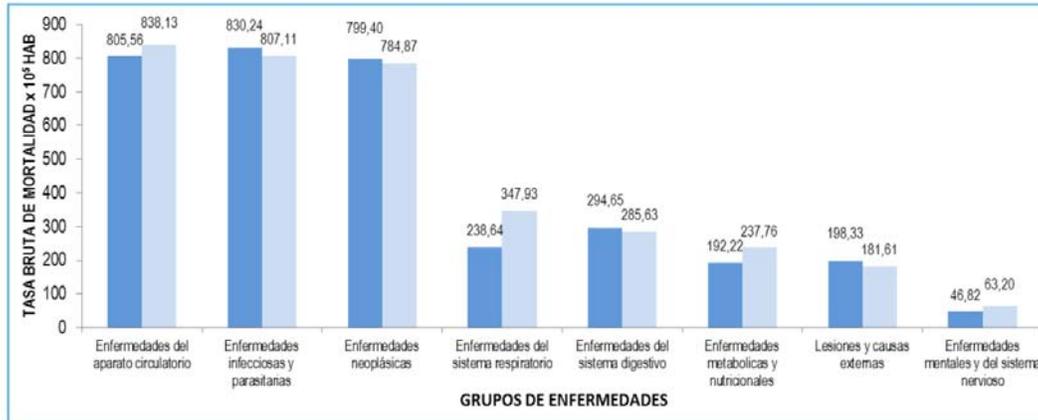
### 1.1.2 Salud de la población adulta mayor en el Perú y asegurada por EsSalud

Según la OMS el estado de salud y las limitaciones funcionales entre los adultos mayores en América Latina – particularmente entre las cohortes que alcanzaran la edad de 60 en el período 2000-2020 – es probable que tengan una distribución mucho peor que las observadas entre los adultos mayores en otros lugares del mundo, aun cuando las disparidades socioeconómicas más relevantes sean controladas. Si esto resulta cierto –y algunas evidencias parecen confirmarlo– entonces el proceso de envejecimiento en la región está caracterizado no solo por su velocidad sin precedentes y su gran escala sino también por su gran potencial de crear una gran demanda de servicios de salud.

Según el Análisis de Situación de Salud (ASIS) del Ministerio de Salud (MINSU)<sup>5</sup>, las enfermedades del aparato circulatorio, ocuparon en el 2011, el primer lugar como causa de defunción de la PAM (838,13 defunciones x 10 hab.), desplazando a las enfermedades infecciosas y parasitarias que ocuparon el primer puesto en el 2007. Le siguen las enfermedades infecciosas y parasitarias (807,11 defunciones x 10 hab.) y las enfermedades neoplásicas (748,87 defunciones x 10 hab.). También se observa un aumento importante de las enfermedades del sistema respiratorio y de las enfermedades metabólicas y nutricionales en comparación con el 2007.

<sup>5</sup> MINSU – Análisis de la Situación de Salud del Perú 2011. 2012

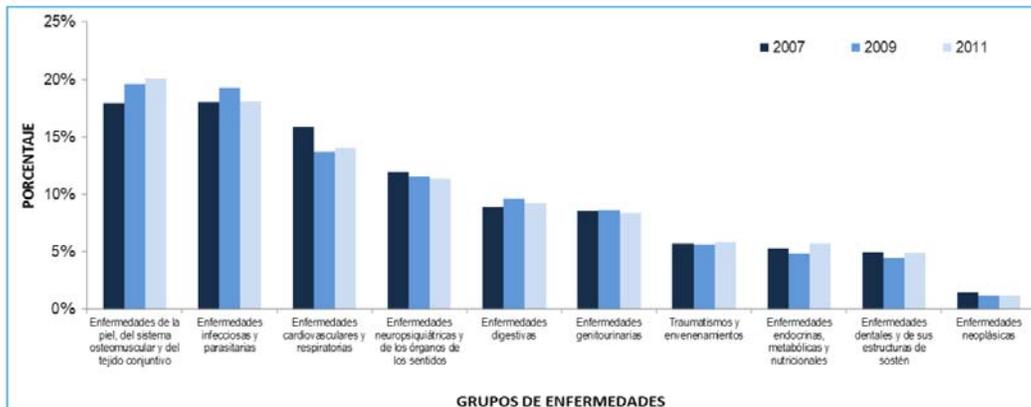
GRAFICO 3. MORTALIDAD EN EL ADULTO MAYOR POR GRANDES GRUPOS. PERU 2007 - 2011



Fuente: Registro de hechos vitales. Base de datos de defunciones 2007 y 2011. OGEI-MINSA.

Con relación a la morbilidad el MINSA informa que en el año 2011, las enfermedades infecciosas y parasitarias fueron desplazadas -al segundo lugar- por las enfermedades de la piel, del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, que presentaron un aumento del 2007 al 2011. Los grandes grupos de enfermedades presentan similares porcentajes en los cinco años previos.

GRAFICO 4. MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE E.S. MINSA POR GRANDES GRUPOS EN ADULTOS MAYORES. PERU 2007 - 2011



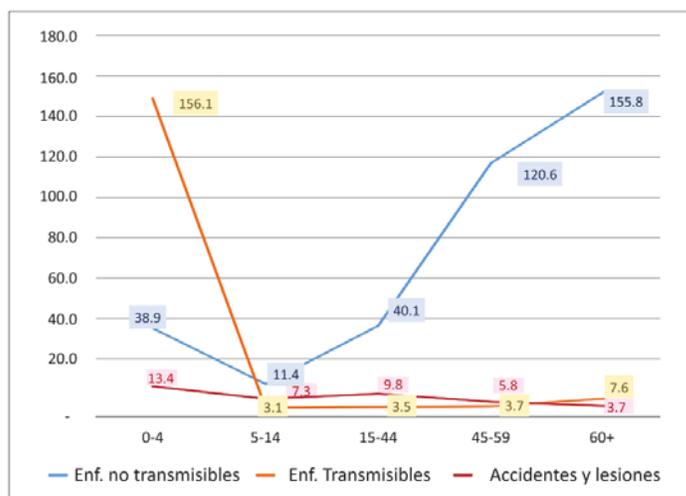
Fuente: HIS 2007, 2009 y 2011. OGEI-MINSA

Según el estudio de carga de enfermedad realizado por EsdSalud en el año 2014 la mayor carga de enfermedad en la población asegurada se concentra en el grupo de 15 a 44 años con el 28% del total de AVISA, seguido de la población mayor de 60 años con el 25,1% del total de AVISA<sup>6</sup>.

Se aprecia un predominio del grupo II de enfermedades no transmisibles, para el grupo de 60 años a más se encuentra una razón de 155,8 AVISA perdidos por cada mil asegurados de dicha edad.

<sup>6</sup> EsSalud. Carga de enfermedad y lesiones en EsSalud. Estimación de los años de vida saludables perdidos. 2014

GRAFICO 5. RAZON DE AVISA POR MIL HABITANTES SEGÚN GRUPO DE CAUSAS DE ENFERMEDAD Y EDAD. ESSALUD 2014

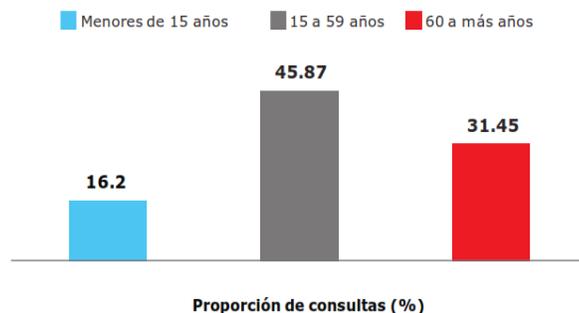


Fuente. Estudio de carga de enfermedad y lesiones de EsSalud 2014

Los factores demográficos y sanitarios mencionados se relacionan con la demanda de los servicios, como puede apreciarse en el caso de EsSalud donde los segmentos de asegurados adultos mayores concentran las mayores necesidades de atención y generan un importante componente de la demanda de los servicios.

GRAFICO 6.

Distribución de usuarios de la Consulta Externa según grupos de edad. ESSALUD 2010



Fuente: SGIG-OCPD

Al ser el envejecimiento un proceso multidimensional –que tiene incidencia en la persona, la familia y la comunidad–, implica la puesta en marcha de acciones integrales, solidarias, que contribuyan a revalorizar el rol de las personas adultas mayores en la sociedad. La acción a favor de las personas mayores es un desafío para el Estado en sus niveles nacional y local. Lo es también para el sector privado, las organizaciones sociales y los ciudadanos en general.

### 1.1.3 Factores determinantes del envejecimiento activo.

El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

El término «activo» hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Las personas ancianas que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, comunidades y naciones. El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia.

La salud y la productividad dependen de una variedad de factores o “determinantes” que rodean a los individuos las familias y los estados. Estos se muestran en la gráfica siguiente.

GRAFICO 7. DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO



## 1.2 LA ENCUESTA SABE

La primera encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) fue financiada por la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) como un estudio multicéntrico sobre la salud y el bienestar de las personas adultas mayores en siete centros urbanos de América Latina y el Caribe. El estudio fue coordinado a nivel regional por OPS/OMS<sup>7</sup>.

El Centro de Demografía y Ecología de la Universidad de Wisconsin Madison brindó soporte técnico para el diseño del estudio, la definición de las muestras, cuestionarios, operaciones de campo así como el ingreso, limpieza y organización de datos. Además, en varias etapas se contó con la participación de un grupo de consultores externos que trabajaron en coordinación con OPS/OMS y el Centro de Demografía y Ecología.

La encuesta fue conducida en Bridgetown (Barbados), Buenos Aires (Argentina), San Pablo (Brasil), Santiago (Chile), La Habana (Cuba), Ciudad de México (México) y Montevideo (Uruguay) de octubre de 1999 a diciembre del 2000.

La encuesta SABE fue diseñada para producir información que, como mínimo, permita a los investigadores lograr las siguientes metas:

- a. Describir las condiciones de salud de los adultos mayores (más de 60 años) respecto a las enfermedades crónicas y agudas, la discapacidad y la deficiencia física y mental. Es importante saber que los resultados no representarán verdaderamente la prevalencia de las enfermedades, sino las enfermedades percibidas.
- b. Evaluar el acceso que tienen los adultos mayores a los servicios de asistencia sanitaria y la medida en que los utilizan, incluidos los ubicados fuera de los establecimientos médicos formales (curanderos locales, medicina tradicional), y las condiciones en que las personas buscan y reciben servicios.
- c. Evaluar la contribución relativa de tres fuentes de apoyo a la satisfacción de las necesidades relacionadas con la salud de los adultos mayores; a saber, las relaciones familiares y las redes, la asistencia pública y los recursos privados (ingresos, activo). Es importante que antes de hacer inferencias sobre los datos de SABE que se tenga un buen entendimiento del contexto social y de la oferta de servicios que existe en cada localidad.

---

<sup>7</sup> SABE es la segunda encuesta multicéntrica auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud. La primera fue ENA (Encuesta de Necesidades de los Ancianos) llevada a cabo durante la década de los 80 en 12 áreas urbanas de América Latina y el Caribe.

- d. Un objetivo implícito en (c) que merece consideración aparte es el grado de acceso al seguro de salud que ofrecen las organizaciones privadas o las instituciones gubernamentales o semigubernamentales, y la medida en que se utiliza dicho seguro. Es importante subrayar la necesidad de acompañar el análisis de los datos con información sobre los tipos de cobertura existente en durante el período de la encuesta.
- e. Analizar las diferenciales de la autoevaluación de las condiciones de salud, el acceso a la asistencia sanitaria notificado y las fuentes de apoyo en particular (pero no exclusivamente) respecto a clase social, género y cohorte de nacimiento.
- f. Evaluar las relaciones que existen entre los factores estratégicos—a saber, comportamiento relacionado con la salud, antecedentes ocupacionales, condiciones socioeconómicas, género y cohorte—en las condiciones de salud según la evaluación en el momento de la encuesta, y como se informó respecto a períodos de rememoración breves antes de la encuesta.
- g. Realizar análisis comparativos entre los estratos que comparten características importantes pero que difieren en cuanto a varios factores, como la función del apoyo familiar, la asistencia pública, el establecimiento médico; y por lo que respecta a los comportamientos relacionados con la salud y la exposición a las condiciones de riesgo.

Los ejes de la encuesta SABE original fueron:

- A. Datos personales
- B. Evaluación cognitiva
- C. Estado de salud
- D. Evaluación funcional
- E. Medicinas
- F. Uso y acceso a servicios
- G. Red de apoyo familiar y social (transferencias...)
- H. Historia laboral y fuentes de ingreso
- I. Características de la vivienda
- J. Antropometría
- K. Flexibilidad y movilidad

## 1.3 APROXIMACIONES AL CONOCIMIENTO SOBRE LA SITUACION DE LA SALUD Y BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR

### 1.3.1 A nivel internacional

La encuesta SABE realizada por (OPS/OMS) como un estudio multicéntrico sobre la salud y el bienestar de las personas adultas mayores en siete centros urbanos de América Latina y el Caribe, es un referente principal a ser tomado en cuenta, a continuación se presentan datos del alcance del estudio y algunos de los hallazgos reportados

TABLA N° 2 PERDIDAS MUESTRALES Y MUESTRA OBTENIDA EN LA ENCUESTA SABE AMERICA LATINA Y CARIBE. 1999 - 2000

Ciudad	Total de hogares seleccionados	Total de hogares visitados	Total de hogares con personas 60+	Total de personas seleccionadas	Total de personas que negaron	Caída de muestra por otras causas	Total de personas entrevistadas	Tasa de respuesta (%)	N
Buenos Aires (1)	4192	1800	1736	1662	383	240	1039	62.5	1039
Bridgetown(2)	2994	2951	1878	1878	313	57	1508	80.3	1508
La Habana	5000	4816	1998	1998	51	92	1905	95.3	1905
México DF(3)	6000	1711	1534	1489	ND	ND	1247	83.7	1247
Montevideo	4610	4450	2210	2210	98	668	1444	65.3	1444
Santiago	5440	5248	1755	1563	187	75	1301	83.2	1301
San Pablo (4)	6480	ND	ND	1852	246	39	1567 576*	84.6	2143

(1) Buenos Aires aplicó la encuesta sobre la muestra de una ronda de la Encuesta de Hogares que identificó un total de 1800 hogares con personas de 60+ del total de 4192 hogares seleccionados

(2) Bridgetown entrevistó además de la muestra seleccionada a un total de 345 cónyuges

(3) Ciudad de México aplicó la encuesta sobre la muestra de una ronda de la Encuesta de Hogares que identificó un total de 1742 viviendas con personas de 60+ del total de 6000 hogares seleccionados

(4) San Pablo aumentó su muestra con una muestra adicional de 576 personas de 75+

ND: no disponible

TABLA N°3. ALGUNOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA SABE AMERICA LATINA Y CARIBE. 1999 - 2000

Variable	Buenos Aires (n=1043)	Bridgetown (n=1812)	Sao Paulo (n=2143)	Santiago (n=1301)	La Habana (n=1905)	Ciudad México (n=1247)	Montevideo (n=1450)
Edad (desviación estándar) {rango}	70.7 (7.3) {60-94}	72.3 (8.0) {60-97}	73.3 (8.5) {60-100}	71.6 (8.0) {60-99}	72.0 (8.9) {60-102}	69.9 (7.8) {60-98}	70.9 (7.3) {60-97}
Mujeres	63.28	59.71	58.89	65.72	62.83	59.34	63.45
Salud percibida: regular o mala	34.92	49.78	55.26	64.54	62.73	69.89	36.76
Hipertensión	49.42	48.12	54.18	52.75	44.19	43.24	44.96
Diabetes	12.70	22.34	17.87	13.46	15.24	22.03	13.01
Cáncer	4.90	3.55	3.70	4.56	3.47	2.01	6.01
Accidente cerebrovascular (ACV)	4.70	5.67	7.95	6.94	10.24	5.47	3.94
Artritis	53.08	46.94	33.40	31.91	57.50	24.86	46.96
Infarto o angina o enfermedad coronaria	20.35	11.84	21.40	33.90	24.30	9.82	23.20
Memoria comparada hace 1 año: peor	14.00	9.57	25.03	23.58	20.13	25.22	18.15
Deprimido (Yesavage-GDS>5)	14.71	4.26	18.43	26.71	19.50	19.25	17.68

Fuente: Tomado del Med. Geriatria Carlos Alberto Cano. Colombia

A continuación se presenta información de algunos estudios relevantes a nivel internacional y nacional sobre el estado de salud y bienestar del adulto mayor que han sido utilizados como referencia para el presente estudio.

**TABLA N° 4. ESTUDIOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD Y BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR A NIVEL INTERNACIONAL**

Autor del Estudio	Año del Estudio	Título del Estudio	Tipo de Estudio	Lugar del Estudio	Variables	Descripción del estudio	Principales Conclusiones
Organización Panamericana de la Salud	2000	Salud y bienestar del adulto mayor en la Ciudad de México <sup>8</sup>	Estudio transversal multicéntrico	México	Características demográficas y socioeconómicas. Composición del hogar, relaciones familiares y características de las transferencias intergeneracionales. Estado de salud. Limitaciones funcionales. Uso y acceso a servicios sociales y de salud.	El levantamiento de datos se llevó a cabo en las 16 delegaciones del Distrito Federal y en 20 municipios del estado de México conurbados al mismo, para conformar el Área Metropolitana de la Ciudad de México. El trabajo de campo tuvo una duración total de ocho meses. Se realizó en dos fases, en la primera de ellas se aplicaban las primeras diez secciones del cuestionario. En la segunda fase se realizaban las mediciones antropométricas, las pruebas psicomotrices y otras pruebas físicas necesarias para completar las últimas dos secciones.	Menos de un tercio de los individuos consideran su salud como buena o muy buena. La obesidad es un problema especialmente prevalente entre los adultos mayores, mientras que la desnutrición afecta apenas a cerca de 4%, aunque 22% están en riesgo de deterioro. Solo una de cada tres personas manifestaron haber practicado una actividad física de intensidad suficiente como para ser benéfica para su salud. Hasta 20% de los adultos mayores declaran tener depresión y su prevalencia se incrementa por encima de los 75 años. Existe la sospecha de la presencia de deterioro cognoscitivo en 8%. Destacan por su frecuencia la hipertensión arterial, en 43% de la población; la diabetes, informada por 21% de la población encuestada, fue más frecuente entre los hombres y aumentó con la edad, hasta llegar a uno de cada cuatro varones mayores de 75 años. Apenas un tercio de la población está libre de cualquier afección crónico-degenerativa. 21% declaró algún grado de incontinencia urinaria. El deterioro funcional visual se incrementa al avanzar la edad, de 7% en la sexta década de la vida a 40% por encima de los 90 años. 7% de los mayores tienen necesidad de ayuda en al menos una de las actividades básicas de la vida diaria y dependen de una tercera persona para subsistir. Más de 75% hicieron uso de los servicios ambulatorios de salud en el año previo a la entrevista. El tiempo de demora para arribar al lugar de la consulta fue menor a los 30 minutos en 70%. 40% pagan por consultas médicas, más a mayor edad, y más las mujeres que los hombres. 80% consumen algún fármaco y el uso se incrementa con la edad. Solo 3,4% suspendieron el medicamento prescrito en el año

<sup>8</sup> Organización Panamericana de la Salud. Salud y bienestar del adulto mayor en la Ciudad de México. Washington, D.C: OPS, 2005.

Autor del Estudio	Año del Estudio	Título del Estudio	Tipo de Estudio	Lugar del Estudio	Variables	Descripción del estudio	Principales Conclusiones
							anterior por no tener dinero para pagarlo y hasta 15% gastan una cuarta parte del salario mínimo mensual. Los seguros públicos provienen de la seguridad social y de la asistencia pública, cuyos sistemas protegen a más de 70%. Menos de 3% han tenido contacto con algún servicio social.
Organización Panamericana de la Salud	2000	Salud, bienestar y envejecimiento en Santiago, Chile <sup>9</sup>	Estudio transversal multicéntrico	Chile	Características demográficas y socioeconómicas. Características del hogar, relaciones familiares y características de las transferencias intergeneracionales. Salud mental. Estado de salud física. Nutrición y estilos de vida. Limitaciones funcionales. Uso y acceso a servicios de salud.	El área de estudio corresponde al llamado "Gran Santiago" que constituye el núcleo urbano de Chile y concentra a más de 35% de la población del país. Durante los meses de octubre a diciembre de 1999, se realizó un registro sistemático de las personas de 60 años y más. Durante los primeros meses del año 2000 se contactó nuevamente a los participantes para someterse a una evaluación antropométrica. No se realizaron exclusiones por criterios socioeconómicos, hábitos no saludables (por ej., fumar o beber) o uso de medicinas; así, la muestra quedó conformada por un grupo heterogéneo de personas con diferentes condiciones sociales y de salud.	38% de los encuestados percibía su salud como buena, muy buena o excelente, 42% la consideraba regular y 20% decía tener mala o muy mala salud. Los síntomas depresivos afectan a la cuarta parte de la población estudiada (24,3%) y no presentan diferencias de género. La hipertensión arterial se registra con mayor frecuencia (en más de la mitad de los entrevistados), seguida por las enfermedades del corazón y las artropatías (ambas afectan a un tercio de los adultos mayores). La diabetes y la enfermedad respiratoria crónica tienen una prevalencia superior a 10%. Un tercio tiene mala visión de cerca y la audición es autopercebida como buena por dos tercios de los entrevistados. Los resultados muestran una alta tasa de limitaciones funcionales, que alcanzan a la cuarta parte. Tres cuartas partes de los entrevistados acceden al sistema público y el resto al sistema privado. En el último año, casi 90% de los sujetos había requerido atención médica ambulatoria u hospitalaria, con una mayor frecuencia en las mujeres. De los no solicitaron atención médica, los hombres mencionaron como motivo no tener tiempo para hacerlo o se muestran disconformes con la atención, mientras que las mujeres aducen falta de dinero. Más de la mitad toman tres o más medicinas diarias. Cuando se agregan medicamentos homeopáticos, alternativos, suplementos nutricionales o hierbas medicinales, el promedio de medicamentos por entrevistados alcanza siete. Las mujeres ancianas tienen menor nivel de educación, de ingresos y de protección en términos de seguridad

<sup>9</sup> Organización Panamericana de la Salud. Salud, bienestar y envejecimiento en Santiago, Chile. Washington, D.C: OPS, 2005.

Autor del Estudio	Año del Estudio	Título del Estudio	Tipo de Estudio	Lugar del Estudio	Variables	Descripción del estudio	Principales Conclusiones
							social. Los resultados evidencian serios problemas de salud y una profunda inequidad social y de género.
Ministerio de Inclusión Económica y Social de Ecuador - OPS	2010-2012	Encuesta SABE Ecuador	Estudio transversal	Ecuador		El estudio se realizó en 15 provincias del país continental, de acuerdo a las Regiones Costa y Sierra, área urbana y rural, Quito y Guayaquil. - 10.368 viviendas: 5.100 en la Sierra y 5.268 en la Costa; con un total de 864 sectores, Muestra: 5.235 adultos - Los resultados se presentan por regiones naturales de Sierra y Costa, urbano y rural, Quito y Guayaquil y, por estrato social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 25% de los AM perciben su salud como buena y 53% como regular. Se encontró deterioro cognitivo en el 21.3%. Depresión leve o moderada en 35.6% de la PAM y depresión severa en 3.4%. Hipertensión en 46%, Diabetes en 13% y Cáncer en 2.7%. 27% tenían dificultad para realizar 1 o más ABVD y 41% para realizar al menos 1 o más AIVD.</li> <li>- Conclusiones Los datos muestran características y procesos de envejecimiento a nivel individual en términos de sus aspectos físicos, mentales y emocionales. Estos procesos son muy heterogéneos en el sentido que se observan diferencias dramáticas entre adultos mayores ecuatorianos en diferentes grupos de edad, en diferentes condiciones sociales, en diferentes sub-regiones.</li> </ul>
Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la UT SABE	2014-2015	Encuesta SABE Colombia	Estudio trasversal descriptivo. Poblacional.	Colombia	La Encuesta incluyó aspectos socioeconómicos, valoración del medio ambiente físico y social, aspectos de la conducta, valoración de la cognición y el afecto, evaluación de la funcionalidad, tanto auto-reportada como objetiva mediante la batería corta de desempeño físico (SPPB), identificación de condiciones médicas y de salud, el acceso y utilización de servicios de salud, además una valoración	Se aplicaron 30.933 encuestas a personas mayores de 60 años, en 32 departamentos del país tanto en área rural como urbana. Se tomaron 4550 sub-muestras para análisis de laboratorio y 6257 sub-muestras para hipertensión; se entrevistaron 1000 cuidadores familiares.	<p>Resultados preliminares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las enfermedades que más padecen los AM colombianos son hipertensión (60,7 por ciento), síntomas depresivos (41 por ciento) y artritis-artrosis (25,8 por ciento).</li> <li>- La malnutrición afecta al 2,9 por ciento de esta población, pero en el estrato 1 es un riesgo del 50 por ciento de los mayores.</li> <li>- La investigación también reveló que el 60 por ciento de los adultos mayores trabajan porque necesitan el dinero; el 58 por ciento lo hace informalmente, y apenas el 29 por ciento recibe pensión.</li> <li>- El 63 por ciento de esta población tiene vivienda propia, el 18 por ciento vive en arriendo y el 12 por ciento con un familiar.</li> <li>- El 61 por ciento de los cuidadores son hijos, mientras que en otros países la tendencia es institucional. Una pequeña parte de estos cuidadores recibe un pequeño pago por esta labor,</li> </ul>

Autor del Estudio	Año del Estudio	Título del Estudio	Tipo de Estudio	Lugar del Estudio	Variables	Descripción del estudio	Principales Conclusiones
					<p>antropométrica.</p> <p>Los biomarcadores incluyen glicemia, colesterol total, colesterol HDL y LDL, y triglicéridos. En el componente de cuidadores se incluyeron los aspectos sociodemográficos, características del cuidado, percepción de carga y satisfacción con el cuidado, salud del cuidador y formación para el cuidado.</p> <p>La Encuesta también se incluye, con una sub muestra, la realización de un estudio cualitativo</p>		<p>pero uno de cada tres reinvierten el dinero en el cuidado del adulto mayor.</p>

Fuente: Elaboración propia

**TABLA N° 5. ESTUDIOS ENCONTRADOS SOBRE FRAGILIDAD DEL ADULTO MAYOR A NIVEL INTERNACIONAL**

Autor del Estudio	Año del Estudio	Titulo del Estudio	Tipo de Estudio	Lugar del Estudio	Variables	Descripción del estudio	Principales Conclusiones
Dr. David Xolocotzi Ramírez	2014	"Determinación de la prevalencia del síndrome de Fragilidad en adultos mayores de 65 años de la UMF 1 Orizaba"	Diseño transversal	Orizaba México	Test para determinar si existe o no Fragilidad en el adulto mayor, llamado Test de Barber, que evalúa si el adulto vive solo, le falta alguien que le pueda ayudar si lo necesita, depende de alguien para sus necesidades diarias, hay días en que no consigue comer algo caliente, no puede salir de casa por alguna enfermedad, tiene mala salud, tiene problemas de visión, tiene problemas de oído, ha estado hospitalizado este último año. Otro cuestionario para valoración del Riesgo	Realizado en 156 pacientes mayores de 65 años en la UMF No 1 de Orizaba, seleccionados de forma aleatorizada de la consulta externa en ambos turnos. Se aplicaron 3 cuestionarios 1) Test de Barber para determinar la existencia de síndrome de Fragilidad. 2) Cuestionario de riesgo nutricional y 3) Escala de PFEIFFER para evaluar la presencia de deterioro cognitivo.	De los 156 pacientes el 39.7% fueron masculinos y 60.3% femeninos.  La prevalencia del síndrome de fragilidad fue de 82.1%. El 85.9% de los pacientes tienen alguna comorbilidad (p=0.31), 86% presentó algún riesgo nutricional (p=0.00). El 24.3% de los pacientes presentaron deterioro cognitivo con un valor de p=0.46.
Andrea Fernanda Villacís Loja  Hamilton Edmundo Aguilar Ordoñez	2012	Prevalencia del síndrome de fragilidad y factores Asociados en adultos mayores de la parroquia san Joaquín del	Se realizó un estudio transversal; es decir, un estudio observacional y descriptivo.	El estudio se efectuó en la Parroquia rural San Joaquín, ubicada a 7 Km al noroeste	Pérdida de peso: Debilidad muscular Baja resistencia o cansancio: Lentitud de la marcha: Baja actividad física:	Metodología: se realizó un estudio transversal, en 300 adultos mayores, en quienes presentaron deterioro cognitivo se requirió del cuidador para que respondiera. La información se recolectó en cuestionarios apropiados y validados; la medición de fragilidad se realizó	Resultados: la prevalencia de fragilidad fue de 83% y no fragilidad de 17%, con asociación significativa entre fragilidad y depresión (p<0,000), edad mayor de 80 años (p<0,002), comorbilidad y deterioro cognitivo (p<0,002), no hubo asociación entre vivir solo, polifarmacia y el ingreso hospitalario en los últimos 12 meses.

Autor del Estudio	Año del Estudio	Título del Estudio	Tipo de Estudio	Lugar del Estudio	Variables	Descripción del estudio	Principales Conclusiones
		cantón Cuenca, 2012.		de la Ciudad de Cuenca. Ecuador		mediante criterios de Fried y el análisis de los datos con el programa SPSS versión 15, para buscar asociación se empleó RP con IC 95% y Chi cuadrado.	Conclusiones: la prevalencia de fragilidad fue del 83%, se centró en los adultos mayores jóvenes de sexo femenino y solo se encontró asociación significativa con depresión, mayores de 80 años, presencia de comorbilidades y deterioro cognitivo.
Catalina Tapia Yenny Valdivia-Rojas Héctor Varela Andrés Carmona G. Verónica Iturra M. Mónica Jorquera C.	2012	Indicadores de fragilidad en adultos mayores del sistema público de salud de la ciudad de Antofagasta	Descriptivo correlacional	Antofagasta Chile	Se incluyó cuatro criterios señalados por Fried et al como fenotipo de fragilidad: 1) pérdida de peso involuntaria superior a 4,5 kilos del peso previo al último año, se comprobó con carnet de salud; 2) disminución en 20% de la fuerza de agarre de la mano dominante, medido con un dinamómetro hidráulico (Jamer) ajustado según sexo e IMC; 3) pobre resistencia, definida por autopercepción de fatiga fácil frente a las actividades habituales; 4) actividad física, se aceptó válido el autoreporte de disminución de ésta. La	El universo consideró la población de 65 y más años beneficiarios FONASA, e inscritos en algún Centro de Salud Familiar (CESFAM) de la ciudad, lo que correspondió a 21.099 AM. Se trabajó con muestra aleatoria estratificada con afijación proporcional óptima. El tamaño de los estratos se obtuvo de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de la ciudad. El tamaño de muestra calculado con 95% de confianza y un margen de error en la estimación de la proporción de 0,04 corresponde a 632 AM. Se alcanzó una muestra de 754.	Entre los indicadores de fragilidad, la fuerza de agarre, clasificó como frágiles a 59,02% de la muestra transformándose en el indicador de mayor presencia para la fragilidad, el autoreporte de disminución de la actividad física fue el otro indicador que determinó fragilidad en 25,9%. Tanto la percepción de fatiga (91,5%) como la pérdida de peso (90,5%) alcanzan mayor distribución porcentual para la categoría sin fragilidad o ausencia de ese criterio. La suma de estos criterios, determinaron niveles de fragilidad los cuales se distribuyeron en 26,5% sin fragilidad; pre frágil 69,0% y frágil 4,5%.

Autor del Estudio	Año del Estudio	Título del Estudio	Tipo de Estudio	Lugar del Estudio	Variables	Descripción del estudio	Principales Conclusiones
					<p>ausencia de estos indicadores corresponde a la categoría "sin fragilidad" la presencia de 1 ó 2 criterios indican pre-fragilidad" y 3 o más corresponde a "fragilidad"</p> <p>Criterio de inclusión: Mínimo 65 años de edad, adscrito a algún CESFAM. Exclusión: Dependencia, discapacidad física, deterioro cognitivo severo, postrados, y/o analfabetos.</p>		
<p>José Fernando Gómez Montes, Carmen Lucía Curcio Borrero, Guadalupe María Henao</p>	<p>2012</p>	<p>Fragilidad en ancianos colombianos</p>	<p>Estudio descriptivo, correlacional y transversal.</p>	<p>Colombia</p>	<p>La fragilidad fue calculada usando los cinco criterios propuestos por Fried: pérdida de peso no intencional, cansancio físico o agotamiento, fuerza de agarre, lentitud en la marcha y baja actividad física. Las covariables fueron agrupadas en 4 categorías: sociodemográficas,</p>	<p>1.878 ancianos de 60 años y más, que viven en cuatro ciudades. Una evaluación multidimensional fue realizada por profesionales de la salud previamente entrenados Los criterios de inclusión fueron tener al menos 60 años, caminar independientemente o con alguna ayuda y aceptar participar en el estudio. Se incluyeron diferentes tipos de ancianos, desde hogares de ancianos (1.7%), hasta programas de</p>	<p>La prevalencia de fragilidad fue del 12.1%, 53% tenían criterios para prefragilidad y 34.8% eran vigorosos. La fragilidad fue más frecuente en los ancianos mayores, en mujeres y con mayores tasas de analfabetismo. Los frágiles tenían más alta comorbilidad y mayor discapacidad, tomaban más medicamentos, tenían menor desempeño en pruebas de ejecución física, menores puntajes en las pruebas de función cognoscitiva y estaban más deprimidos. Conclusión: una alta prevalencia de fragilidad en la población anciana colombiana y un porcentaje considerable de ancianos prefrágiles. La fragilidad tiene un gran impacto en la salud por su fuerte asociación con</p>

Autor del Estudio	Año del Estudio	Título del Estudio	Tipo de Estudio	Lugar del Estudio	Variables	Descripción del estudio	Principales Conclusiones
					factores biomédicos y de enfermedad, estado funcional y medidas de ejecución y factores psicosociales.	ejercicio y recreación (13.2%). Los participantes fueron excluidos si presentaban condiciones médicas severas o deterioro cognoscitivo significativo (no contestar las preguntas iniciales de identificación).	comorbilidad, discapacidad, deterioro cognoscitivo y depresión.

Fuente: Elaboración propia

### 1.3.2 A nivel nacional

**TABLA N° 6. ESTUDIOS SOBRE EL ESTADO DE SALUD Y BIENESTAR DEL ADULTO MAYOR A NIVEL NACIONAL**

Autor del Estudio	Año del Estudio	Título del Estudio	Tipo de Estudio	Lugar del Estudio	Variables	Descripción del estudio	Principales Conclusiones
Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social <sup>10</sup>	2012	Encuesta de Salud y Bienestar del Adulto Mayor (ESBAM)	Encuesta	Amazonas, Áncash, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Junín, La Libertad, Lima, Loreto, Pasco, Piura y Puno	Condición de salud física. Enfermedades crónicas. Acceso a servicios de salud. Discapacidad. Salud emocional. Consecuencias del estado de salud física y emocional. Red social.	La información recogida en esta encuesta está conformada por hogares donde se identificaron a adultos mayores entre 65 y 80 años, que viven en situación de pobreza extrema o que se encuentran alrededor de la línea de pobreza extrema y que cumplen	57% declaró tener un buen o muy buen estado de salud. Las enfermedades crónicas más recurrentes son la artrosis/reumatismo, hipertensión y osteoporosis, las cuales afectan al 39%, 30% y 18% respectivamente. 50% recibe tratamiento a la enfermedad que padece. 64% tiene acceso a seguro de salud, principalmente al Seguro Integral de Salud. 79% se siente valioso y el 63% se siente feliz. 73% reportó que las dificultades físicas afectaban su productividad laboral. 90% reportan tener al menos una persona dentro de su red de apoyo emocional, un 76% reporta la misma afirmación para su red de apoyo instrumental y 52% reportó tener al menos una persona en su red de apoyo económico.

<sup>10</sup> Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Resultados de la Encuesta de Salud y Bienestar del Adulto Mayor – ESBAM 2012. Lima: MIDIS, 2014.

Autor del Estudio	Año del Estudio	Título del Estudio	Tipo de Estudio	Lugar del Estudio	Variables	Descripción del estudio	Principales Conclusiones
						con los criterios de elegibilidad del programa Pensión 65.	

Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 7. ESTUDIOS ENCONTRADOS SOBRE FRAGILIDAD DEL ADULTO MAYOR A NIVEL NACIONAL

Autor del Estudio	Año del Estudio	Título del Estudio	Tipo de Estudio	Lugar del Estudio	Variables	Descripción del estudio	Principales Conclusiones
Luis Varela-Pinedo, Pedro José Ortiz-Saavedra, Helver Chávez-Jimeno	2007	Síndrome de fragilidad en adultos mayores de la comunidad de Lima Metropolitana	Estudio transversal y descriptivo	Lima - Perú	<p>La medición de fragilidad se realizó utilizando los criterios de Fried(5) considerando a una persona frágil si cumplía por lo menos tres de los cinco criterios y prefrágil si cumplía uno o dos de ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de peso no intencional</li> <li>• Debilidad muscular</li> <li>• Lenta velocidad para caminar</li> <li>• Agotamiento</li> <li>• Pobre actividad física</li> </ul>	<p>Muestra de 246 personas mayores de 60 años de ambos sexos, no institucionalizados que cumplieron los siguientes criterios de exclusión: personas con demencia, puntaje &gt;3/10 en el cuestionario abreviado de Pfeiffer; enfermedad crónica inestable o no compensada; evento cerebrovascular previo con déficit motor; enfermedad terminal diagnosticada; enfermedad neurológica con problemas en la marcha; uso de bastones o accesorios para la marcha; dependencia total en la realización de las actividades de la vida diaria o dependencia parcial que afecte la deambulación; e, institucionalización en los tres meses previos. Se incluyó a los participantes mediante un muestreo probabilístico, polietápico y estratificado por conglomerados de los distritos de cada una de las seis zonas de la ciudad clasificadas en base a las características socioeconómicas según la última división zonal de Lima Metropolitana(15) y por grupos etarios</p>	<p>Se encontró una frecuencia de fragilidad de 7,7% (19 personas) y de prefragilidad en 64,6% (159 personas), siendo la frecuencia de cada uno de los criterios diagnósticos los que se muestran en la Figura 1. Se encontró asociación significativa entre la frecuencia de fragilidad y el incremento de la edad, con un promedio de edad mayor para pacientes frágiles (73,4 años, DE: 9,1 vs. 67,4 años, DE: 6,4; p = 0,001) y una mayor proporción de fragilidad en grupos etarios de mayor edad (p = 0,04) tal como se muestra en la Figura 2. Se encontró una mayor frecuencia de fragilidad en el sexo femenino (10,9% vs. 3%; p = 0,02). No se encontró asociación entre la frecuencia de fragilidad y la zona distrital, el estado nutricional y la presencia de comorbilidad. Se encontró que 63% de las personas frágiles no tenían dependencia ni comorbilidad al cruzar estas tres variables, tal como se muestra en la Figura 3.</p>

Fuente: Elaboración propia

## **1.4 MARCO NORMATIVO Y TECNICO PARA LA ATENCION DEL AM**

### **1.4.1 Marco Normativo**

El Estado Peruano en concordancia con la Ley de Política Nacional de Población, era con los acuerdos y compromisos asumidos en la 1 Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Viena, 1982), la Conferencia Internacional Sobre la Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social (Copenhague, 1995), promueve el mejoramiento de la calidad de vida de la población en las diferentes etapas de vida.

La Organización de las Naciones Unidas - ONU a partir del año 1996, denomina a este grupo poblacional "Personas Adultas Mayores", de conformidad con la Resolución 50/141 aprobada por su Asamblea General. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud - OMS considera la etapa de vida adulto mayor a partir de los 60 años. El Estado Peruano en 1998, aprueba el Plan Nacional de Población 1998 - 2002 a través del D.S. N° 011-98-PROMUDEH; definiendo al grupo poblacional "Adultos Mayores" a las personas mayores de sesenta años. Considerando la necesidad de un tratamiento especial y teniendo en cuenta su condición de vulnerabilidad biopsicosocial, se aprueban los "Lineamientos de Política para las Personas Adultas Mayores", mediante el D.S. N° 010-2000-PROMUDEH.

La Asamblea General de las Naciones Unidas - ONU, decide en su 54 Sesión convocar a una 2 Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid, 2002). El objetivo fue realizar una evaluación de los resultados de los compromisos asumidos por los países miembros en la 1 asamblea, así como aprobar un plan de acción y una estrategia a largo plazo sobre el envejecimiento.

El Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano, promulga el "Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006" mediante el D.S. N° 005- 2002-PROMUDEH del 6 de julio del 2002, con el objeto de implementar acciones coordinadas entre las organizaciones gubernamentales y la sociedad civil a fin de aumentar la participación e integración social del adulto mayor.

El Ministerio de Salud, aprueba en junio del 2003 el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud", mediante R.M. N° 729 - 2003 SA/DM, 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.

El Perú inicia en el 2003 el reto de elaborar la propuesta para la Atención Integral de Salud para las Personas Adultas Mayores en nuestro país.

**TABLA N°8. MARCO NORMATIVO LA REGULACION DE LA ATENCION AL ADULTO MAYOR**

AÑO	NORMA LEGAL	CONTRIBUCION
1997	Ley 26842 Ley General de Salud	Establece los derechos y deberes de las personas en salud
1999	Ley de Creación del Seguro Social de Salud	En sus funciones se establece el desarrollo de programas especiales orientados al bienestar social en especial del adulto mayor y las personas con discapacidad.
2003	Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM	Se aprueba el documento "La salud Integral: Compromiso de Todos-El Modelo de Atención Integral de Salud"
2004	Resolución Ministerial N° 859-2004/MINSA	Se resuelve modificar la Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, de fecha 20 de Junio de 2003, que aprobó el documento "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud", en el sentido que el grupo etáreo del adulto mayor consignado en dicho documento, corresponde a partir de los 60 años.
2004	Resolución de Presidencia Ejecutiva de EsSalud N 546 PE-EsSALUD 2004	Aprueba la constitución de la Red Nacional de Prestaciones Sociales con el fin de fortalecer y garantizar las prestaciones sociales en favor de la población adulta mayor
2005	Resolución Ministerial N° 941-2005/MINSA	Se aprueba el documento técnico "Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores"
2006	Ley 28803	Ley de las Personas Adultas Mayores. Artículo 9°.- Atención Integral en Materia de Salud. La persona adulta mayor es sujeto prioritario de la atención integral en materia de salud, así como en los casos de emergencia médica o en los que se presenten enfermedades de carácter terminal. El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, en coordinación con el Ministerio de Salud y las entidades públicas sectoriales, promueven políticas y programas dirigidos a mejorar la salud física y mental de las personas adultas mayores.
2006	Decreto Supremo N° 003-2006-MIMDES	Se aprueba Reglamento de la Ley de las Personas Adultas Mayores – Ley N° 28803 Artículo 7°.- De la Atención Integral en materia de salud El Ministerio de Salud – EsSalud, el Ministerio de Defensa y el Ministerio del Interior, éstos últimos a través de sus Direcciones de Salud, dictarán las normas correspondientes destinadas a garantizar el cumplimiento del artículo 9° de la Ley, asegurando el desarrollo programado de servicios específicos integrales, integrados y de calidad en los establecimientos de salud, de acuerdo a su nivel de complejidad, dirigidos a las

AÑO	NORMA LEGAL	CONTRIBUCION
		personas adultas mayores, con el adecuado recurso humano y con cargo a sus respectivos presupuestos.
2006	Resolución Ministerial N° 529-2006/MINSA	Se aprueba la NTS N° 043-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de salud de las Personas Adultas Mayores".
2006	Resolución Ministerial N° 1147-2006/MINSA	Se aprueba la "Guía Técnica para el llenado de la Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor".
2011	Decreto Supremo N° 011-2011-MIMDES	Se aprueba la "Política Nacional en relación a las personas adultas mayores".
2013	Decreto Supremo N° 002-2013-MIMP	Se aprueba el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013 - 2017 y constituye la Comisión Multisectorial Permanente encargada del seguimiento, monitoreo y evaluación de la implementación del Plan Nacional.
2014	Resolución Ministerial N° 756-2014/MINSA	Se aprueba el Documento Técnico "Organización de los Círculos de Adultos Mayores en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención".

Fuente: Elaboración Propia.

#### 1.4.2 Cartera de Servicios de EsSalud

La cartera de Servicios Gerontológicos Sociales, es un instrumento de gestión que detalla los programas, actividades dirigidas a la población adulta mayor asegurada en el marco de las políticas y objetivos institucionales de EsSalud, políticas nacionales e institucionales.

La cartera de Servicios Gerontológicos Sociales, comprende los siguientes programas:

##### A. Programa de Derechos Humanos y Ciudadanía de la Persona Adulta Mayor.

- Taller de Derechos de la Persona Adulta Mayor
- Campañas Educativas para el Buen Trato a la persona adulta mayor

##### B. Programa de Envejecimiento Activo.

- Desarrollo de Destrezas Físicas
  - Aeróbicos
  - Taichí
  - Yoga
  - Gimnasia Rítmica
  - Gimnasia de Mantenimiento
  - Ejercicios de Resistencia
  - Actividades Deportivas Recreativas
- Desarrollo de Habilidades Artísticas

- Danzas en sus diferentes variedades
- Instrumentos musicales; de cuerda, viento y percusión
- Agrupaciones Vocales
- Escultura
- Dibujo y pintura
- Teatro
- Fotografía\*
- Taller de Literatura
- Activación Cognitiva
  - Taller de Memoria
- Mejora Educativa
  - Taller de Alfabetización, educación primaria y secundaria para adultos mayores
  - Taller de Idiomas
  - Taller de Ciberdiálogo
- Manejo Emocional
  - Taller de Inteligencia Emocional
  - Taller de Afecto y Sexualidad
- Actividad de Socialización y Sensibilización
  - Eventos de Sensibilización
  - Ferias
  - Eventos Cívicos
  - Eventos Socioculturales
  - Juegos Florales
  - Casa de los Talentos
- Actividad de Turismo Social
  - Paseos Locales
  - Viajes Interprovinciales
- Actividad de Emprendimiento
  - Taller de manualidades
  - Taller de cocina y repostería
  - Taller de emprendimiento
- Biohuerto, crianza de animales menores y medio ambiente
  - Talleres de biohuerto crianza de animales menores y medio ambiente

C. Programa de Solidaridad Intergeneracional y Familia.

- Actividad Intergeneracional con Familia e Instituciones Educativas
  - Encuentro intergeneracional con familia
  - Encuentro Intergeneracional con Instituciones Educativas
- Actividad de Servicio de Apoyo Voluntario
  - Visita del Voluntariado

D. Programa de Autocuidado y nutrición saludable

- Actividad de Autocuidado
  - Taller de autocuidado
- Nutrición Saludable
  - Taller de Nutrición Saludable

### **1.4.3 Definiciones Operacionales EsSalud**

#### **Persona Adulta Mayor Autovalente**

Persona adulta mayor capaz de realizar las actividades de la vida diaria, comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, así como también las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, limpiar la casa, comprar, lavar, planchar, usar el teléfono, manejar su medicación, administrar su economía, con autonomía mental.

#### **Persona Adulta Mayor Frágil**

Persona adulta mayor que cumple 3 o más de los siguientes criterios: pérdida de peso no intencionada (5 kilogramos o bien >5% del peso corporal en el último año), debilidad muscular (fuerza prensora <20% del límite de la normalidad ajustada por sexo y por índice de masa corporal), baja resistencia-cansancio (auto referida por la misma persona o identificado por la escala CES-D), lentitud en la marcha (velocidad de la marcha, para recorrer una distancia de 4,5m <20% del límite de normalidad), nivel bajo de actividad física (cálculo del consumo de calorías semanales por debajo del quintil inferior ajustado por sexo). Criterios de Fried para fragilidad.

#### **Persona Adulta Mayor Dependiente o Postrada**

Persona adulta mayor que requiere el apoyo permanente de terceras personas, tiene problemas severos de salud funcional y mental.

#### **Funcionamiento y Discapacidad**

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad (CIF: 2001), de la OMS, el término funcionamiento constituye un término neutro y abarca: funciones y estructuras corporales, actividad y participación social.

#### **Envejecimiento Activo**

Es el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (OMS).1

#### **Envejecimiento Exitoso**

Según sus 3 componentes: Compromiso con la vida mediante el mantenimiento de relaciones interpersonales y participación en actividades significativas; alto rendimiento físico y cognitivo, baja probabilidad de enfermedad y discapacidad causada por enfermedades. Dichos componentes engloban el envejecimiento activo y saludable.

## **CAPITULO 2. METODOLOGIA DE INVESTIGACION**

### **2.1 OBJETIVOS**

#### **2.1.1 General**

Comprender las experiencias, los recursos y los retos en torno al envejecimiento activo en personas mayores aseguradas en EsSalud.

#### **2.1.2 Objetivos Específicos**

- Reconocer las experiencias en el acceso a los servicios sociales y de salud y la vinculación a redes sociales en las personas mayores aseguradas.
- Explorar la percepción que las personas mayores tienen sobre su proceso de salud-enfermedad (física, mental y emocional) y los elementos individuales, comunitarios e institucionales asociados a dicha percepción.
- Identificar los recursos y necesidades de orden individual, comunitario e institucional que, desde la perspectiva de las personas mayores, facilitan el acceso a los servicios sociales y de salud, la vinculación a redes sociales y las oportunidades para un envejecimiento activo.

### **2.2 DISEÑO DEL ESTUDIO**

El presente es un estudio de corte transversal analítico de muestreo probabilístico multietápico por conglomerados con inferencia Nacional y Macroregional: Lima Metropolitana, Costa, Sierra, Selva.

### **2.3 POBLACIÓN EN ESTUDIO**

El estudio tuvo como ámbito a 17 redes asistenciales de EsSalud que fueron seleccionados por EsSalud en razón de su representatividad institucional.

**TABLA N° 9: REDES ASISTENCIALES PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO**

Red Asistencia Red Asistencial de salud Rebagliati:
Red Asistencial Red Asistencial de salud Almenara
Red Asistencial Red Asistencial de salud sabogal
Red Asistencial Arequipa
Red Asistencial La Libertad
Red Asistencial Piura
Red Asistencial Lambayeque
Red Asistencial Ica
Red Asistencial Junín
Red Asistencial Cusco
Red Asistencial Ucayali
Red Asistencial Ayacucho
Red Asistencial Puno
Red Asistencial Huancavelica
Red Asistencial Apurímac
Red Asistencial Amazonas
Red Asistencial Moyobamba

Fuente: Términos de Referencia-EsSALUD

### **Sujetos del Estudio**

Población asegurada de EsSalud adultos mayores de 60 años de edad residentes en Perú.

### **Criterios de exclusión:**

Se excluyó a las personas que residen en viviendas colectivas, hoteles, hospitales, residentes de larga estancia, claustros religiosos y centros penitenciarios.

## **2.4 TAMAÑO DE MUESTRA Y TÉCNICAS DE MUESTREO**

### **2.4.1 Marco Muestral**

El marco muestral estuvo constituido por todos los adultos mayores de 60 años registrados en la base de datos de asegurados activos de EsSalud facilitada por la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas. El archivo del marco muestral contenía las siguientes variables:

- Documentos de identidad
- Nombres y Apellidos del Asegurado
- Condición (titular o derechohabiente)
- Edad
- Ubigeo
- Departamento

- Provincia
- Distrito
- Dirección del domicilio
- Código y Nombre de la Red Asistencial

Para efectos de cumplir con la estratificación solicitada de costa, sierra y selva, siendo que en varias de las redes asistenciales existen población de más de una zona geográfica como es el caso de Piura, Lambayeque, La Libertad, Junín, Cusco, Arequipa, Apurímac y Amazonas, se ha considerado la clasificación del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), generando los estratos Lima Metropolitana, Costa, Sierra y Selva de acuerdo a la siguiente agrupación.

**TABLA N° 10: ESTRATOS DE LA MUESTRA**

RED ASISTENCIAL		ZONA GEOGRAFICA
1	Red Asistencial Red Asistencial de salud Rebagliati	Costa
2	Red Asistencial Red Asistencial de salud sabogal	
3	Red Asistencial Red Asistencial de salud Almenara	
4	Red Asistencial Ica	
5	Red Asistencial Piura	
6	Red Asistencial Lambayeque	
7	Red Asistencial La Libertad	
8	Red Asistencial Junín	Sierra
9	Red Asistencial Arequipa	
10	Red Asistencial Cusco	
11	Red Asistencial Ayacucho	
12	Red Asistencial Puno	
13	Red Asistencial Huancavelica	
14	Red Asistencial Apurímac	
15	Red Asistencial Ucayali	Selva
17	Red Asistencial Amazonas	
18	Red Asistencial Moyobamba	

La estratificación por zona urbana rural no fue posible debido a que los valores de proyección del INEI no son aplicables a la población asegurada, para efectos de la selección aleatoria se ha considerado el porcentaje establecido en los términos de referencia de 80% urbano y 20% rural.

#### 2.4.2 Tipo de muestreo

Se aplicó un muestreo probabilístico, estratificado (dominio geográfico: Lima metropolitana, costa, sierra y selva), bietápico por conglomerados.

### 2.4.3 Tamaño de la Muestra

Para el cálculo de esta muestra se han utilizado los siguientes criterios:

*La varianza máxima  $P=Q=38\%$*

La varianza máxima establecida en el TDR de 50% se utiliza cuando se tiene total desinformación sobre el fenómeno de interés que se investiga. Es el último escenario bajo el cual uno debe proceder. Teniendo en cuenta que en el universo solo se están considerando hogares donde se encuentran adultos mayores y que por tanto es muy alta probabilidad que en un hogar se encuentre un adulto mayor se ha establecido que la proporción sea del 38%. Es decir,  $P=38\%$ . En tanto que  $Q$  debe ser 62%.

*Efecto de Diseño = 1.3*

El diseño propuesto en los TDR es multietápico se basa en estudios en población y por ello se consideró un efecto de diseño de 2. En este tipo de estudios la selección parte de una *manzana*, a partir de esta se selecciona la vivienda y posteriormente termina seleccionándose al adulto mayor dentro de la vivienda u hogar. Este no es el caso en este estudio debido a que los hogares seleccionados corresponden directamente a adultos mayores. En el presente estudio la selección se hará directamente mediante un muestreo estratificado según redes asistenciales de EsSalud y su correspondiente UBIGEO. Por esta razón se ha determinado un efecto de diseño  $N$  de 1.3. Es decir el que el máximo número de pérdidas/rechazos aceptado será de un 30%.

Aplicando estos criterios y utilizando la fórmula para poblaciones finitas para valores esperados del orden de 50% con un margen de error máximo de 5% (con 95% de confianza) se obtuvo un tamaño de muestra de 2,569 encuestas.

Esta muestra brindó los niveles de inferencia que se muestran en la Tabla N° 11 a nivel de Lima Metropolitana, Costa, Sierra, Selva.

Adicionalmente esta muestra permite hacer inferencia para las tres redes asistenciales que tienen más asegurados en EsSalud: Red Asistencial de salud Rebagliati, Red Asistencial de salud Almenara y Red Asistencial de salud Sabogal en los valores mostrados.

TABLA N° 11 TAMAÑO DE LA MUESTRA

POBLACION TOTAL ADULTO MAYOR			MUESTRA ADULTO MAYOR										
	POBLACION	POBLACION SEGÚN DOMINIO GEOGRAFICO	MUESTRA ADULTO MAYOR	Costa	Sierra	Selva	Costa	Sierra	Selva	PRECISION SEGÚN CENTRO ASISTENCIAL	Dominio geografico	POBLACION SEGÚN DOMINIO GEOGRAFICO	PRECISION
				URBANA			RURAL						
1	RED ASISTENCIAL REBAGLIATI	316331	408	367			41			5.3	Lima metropolitana	1197	2.5
2	RED ASISTENCIAL SABOGAL	221723	398	358			40			5.4			
3	RED ASISTENCIAL ALMENARA	219677	391	352			39			5.4			
4	RED ASISTENCIAL ICA	108718	160	112			48			8.2	Costa	471	5.0
5	RED ASISTENCIAL PIURA	64366	87	61			26			10.6			
6	RED ASISTENCIAL LAMBAYEQUE	81713	116	81			35			9.4			
7	RED ASISTENCIAL LA LIBERTAD	77431	108	76			32			9.7	Sierra	456	5.1
8	RED ASISTENCIAL JUNIN	46288	91		64			27		10.7			
9	RED ASISTENCIAL AREQUIPA	90925	168		118			50		7.9			
10	RED ASISTENCIAL CUSCO	32620	61		43			18		13.0			
11	RED ASISTENCIAL AYACUCHO	19162	32		22			10		16.9			
12	RED ASISTENCIAL PUNO	12070	15		11			5		21.5			
13	RED ASISTENCIAL HUANCAMELICA	5364	12		8			4		31.4	Selva	445	5.1
15	RED ASISTENCIAL APURIMAC	6738	77		54			23		10.8			
14	RED ASISTENCIAL UCAYALI	9110	195			137			59	7.7			
16	RED ASISTENCIAL AMAZONAS	5526	142			99			43	9.0	Selva	445	5.1
17	RED ASISTENCIAL MOYOBAMBA	3236	108			76			32	10			
<b>Total general</b>		<b>1320998</b>	<b>2569</b>	<b>1407</b>	<b>319</b>	<b>312</b>	<b>261</b>	<b>137</b>	<b>134</b>			<b>2569</b>	
<b>ERRORES DE PRECISION</b>			<b>2.1</b>	<b>2.9</b>	<b>6.0</b>	<b>6.1</b>	<b>6.7</b>	<b>9.3</b>	<b>9.4</b>			<b>2</b>	

P:38%. PROBABILIDAD DE ENCONTRAR UN ADULTO MAYOR EN EL HOGAR: FUENTE INEI

## 2.5 INSTRUMENTOS Y TECNICAS

### 2.5.1 Instrumentos

La encuesta se estructuró con base en la Encuesta SABE Bogotá, el mismo que tuvo algunas modificaciones de forma que se consensuaron con EsSalud, según sus necesidades institucionales, luego de diversas reuniones técnicas llevadas a cabo.

El cuestionario consta de 13 secciones:

1. Sección A Datos personales
2. Sección B Evaluación cognitiva
3. Sección C Estado de salud
4. Sección D Estado funcional: Actividades de la vida diaria (AVD)/Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
5. Sección E Medicinas
6. Sección F Uso y accesibilidad a servicios
7. Sección G Red de apoyo familiar y social
8. Sección H Historia laboral y fuentes de ingreso
9. Sección J Características de la vivienda
10. Sección K Antropometría
11. Sección L Flexibilidad y movilidad
12. Sección M Maltrato y violencia.
13. Medida Antropométrica

Adicionalmente al cuestionario los encuestadores contaron con los siguientes documentos:

- Manual del Encuestador(a).
- Credencial del Encuestador(a).
- Carta de Presentación.
- Listado de Hogares Seleccionados.
- Consentimiento informado
- Equipos de Antropometría, Flexibilidad y Movilidad. Se le entregará en sesión de uso:
  - Báscula de pie (01 unidad)
  - Cinta métrica (01 Unidad)
  - Cronómetro (01 unidad)

La versión completa de los instrumentos se presenta en el Anexo N° 2

## 2.5.2 Técnicas

Se contempló tres tipos de entrevista:

- **Entrevistas con el(la) entrevistado(a).** La encuesta SABE contempla una entrevista extensa para el individuo sujeto del estudio, la toma de medidas antropométricas y la medición de la fuerza de agarre con el dinamómetro. La encuesta se aplica directamente al AM cuando este obtiene el puntaje mayor a 13 en el test minimalista incluido en la sección B del cuestionario, en estos casos la persona entrevistada puede responder a todas las preguntas del cuestionario sin necesitar ayuda de otra persona.
- **Entrevistas que se requirieron de un informante auxiliar.** En estos casos, la persona entrevistada está habilitada para responder la mayor parte del cuestionario, pero requiere del apoyo de otra persona para responder ciertas preguntas. En estos casos, el informante ayuda a la persona entrevistada a contestar.
- **Entrevistas que requirieron de un informante sustituto (proxy).** El protocolo contempló la aplicación del test minimalista para determinar el estado cognitivo del AM (Sección B del cuestionario). Cuando la persona seleccionada tenía, según la prueba, un puntaje menor a 13 que indicaba algún deterioro cognitivo se continuó la entrevista con un sustituto (proxy). En algunos casos, aun cuando se alcanzaba un puntaje marginal, la persona podía contestar directamente, pero necesitaba ayuda para recordar algunas cosas, entonces la entrevista se consideró como asistida. En los casos confirmados con deterioro cognitivo, se inició la entrevista con un familiar o acompañante o sustituto. El sustituto podría ser (en orden de prioridad) el cónyuge, un hijo adulto, otro familiar, o un cuidador.

## 2.6 APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

### 2.6.1 Organización

El alcance del trabajo que se realizó para la consultoría, se elaboró el organigrama funcional para el desarrollo de la operación de campo.

El equipo del proyecto estuvo constituido por:

- 1 Coordinador General
- 1 Coordinador Técnico
- 1 Especialista Geriatra
- 1 Especialista en investigación cuantitativa
- 1 Operador de Campo
- 4 supervisores
- 22 Encuestadores

### **2.6.2 Prueba Piloto**

Esta fase se realizó con el objetivo de medir la consistencia interna del instrumento en las dimensiones que por su naturaleza permiten la aplicación del alfa de Cronbach, así como los detalles del procedimiento para identificar aquellos puntos del proceso donde era necesario hacer algún ajuste o tomar mayor cuidado durante la aplicación del mismo.

De los 15 grupos de variables evaluados con el coeficiente Alfa de Cronbach, se encontró que 9 de ellos superan el 0.9 por lo que se les considera muy fiables, 3 de ellos se encuentran en valores entre 0.6 y 0.7 y se les considera fiables, y 3 de ellos que corresponden a preguntas que por su naturaleza son solo respondidas por grupos pequeños tienen valores menores a 0.6, estas se consideran de fiabilidad conservadora por sé la muestra muy pequeña, se deberá apreciar su comportamiento en la muestra general antes de realizar las conclusiones correspondientes.

Se identificaron necesidades de información adicional para el procedimiento de la ubicación de la vivienda en aquellos casos en que solamente se señalan sectores o manzanas de manera genérica, por lo que se contempló que los encuestadores acudieran a las municipalidades correspondientes para obtener dicha información.

### **2.6.3 Capacitación de los encuestadores**

Se seleccionó y capacitó a 28 profesionales con experiencia en la aplicación de encuestas de hogares. El taller duro una semana durante la cual se evaluó el desempeño de los participantes seleccionando a aquellos que aprobaron con una calificación mayor a 13. A 4 de los seleccionados se les brindo una capacitación adicional para actuar como supervisores.

#### 2.6.4 Trabajo de campo

La labor de campo se organizó en 04 grupos bajo la coordinación de un supervisor de campo, cada encuestador planificó su trabajo por rutas de acuerdo a la accesibilidad de las zonas a encuestar definiéndose un total de 28 rutas.

TABLA N° 12. GRUPOS DE TRABAJO DE CAMPO PARA LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA

Zona 1 supervisión	Zona 2 Supervisión	Zona 3 Supervisión	Zona 4 Supervisión
Red Almenara Red Ayacucho Red Huancavelica Red Ica Red Junín	Red Sabogal Red Apurímac Red Arequipa Red Cusco Red Puno	Red Rebagliati Red Amazonas Red Moyobamba Red Ucayali	Red La Libertad Red Lambayeque Red Piura
7 encuestadores	8 encuestadores	7 encuestadores	3 encuestadores

El trabajo de campo se desarrolló entre los meses de febrero y abril de 2016.

#### 2.6.5 Monitoreo y Control de Calidad

El proceso de recopilación de datos fue monitoreado y supervisado por los cuatro supervisores en coordinación con el equipo de investigación central este proceso fue realizado en forma constante y con reportes semanales de cada operador(a) de campo y consolidado en una base de datos para llevar el control del proceso de diligenciamiento semanal y con reportes acumulados e indicadores de calidad del trabajo de campo.

Así mismo se desarrollaron acciones de supervisión directa esto es, ‘sobre la marcha’, en campo y supervisión aleatoria de los adultos entrevistados, de acuerdo a las entrevistas asignadas a cada entrevistador.

### 2.7 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Una vez recogidos los datos, los datos fueron incorporados a una base de datos que cuenta con mecanismos de seguridad para evitar errores de datos que fue elaborada utilizando el software: CSPro, que es de dominio público y fue creado especialmente para desarrollar Censos y Encuestas.

Una vez introducidos los datos, fueron revisados por un analista para identificar y eliminar las incoherencias en los datos de entrada para asegurar la calidad de la información previa al análisis estadístico.

## **2.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Los datos fueron exportados a SPSS 22 para realizar el análisis estadístico. El análisis exploratorio se inició con la validación interna de instrumento, el propósito fue medir la teoría de respuesta al ítem, se utilizó el alfa de Cronbach para la validación de su dimensión respectiva.

Se realizó un análisis descriptivo, presentándose el porcentaje correspondiente para las variables cuantitativas y medidas de centralización y dispersión según se consideró pertinente.

Para el análisis bivariable se usó el análisis de varianza para la comparación de varias medias, considerando significativos valores de  $p$  menores de 0,05. Se realizó un análisis estratificado por sexo y dominio geográfico para comparar las diferentes relaciones halladas en el análisis bivariado.

## CAPITULO 3. RESULTADOS

### 3.1 MUESTRA OBTENIDA

La población finalmente encuestada está constituida por 2,384 AM que hacen una tasa de respuesta de 93%, distribuidas según red asistencial y dominio geográfico según se muestra en la Tabla N° 13. Este porcentaje se encuentra dentro del rango esperado y es superior a lo obtenido en el estudio SABE, lo que se explica por la diferencia de la muestra que en el primero es poblacional y en el presente estudio es a una población previamente identificada de asegurados.

TABLA N° 13. MUESTRA OBTENIDA SEGÚN RED ASISTENCIAL Y DOMINIO GEOGRAFICO

	Red Asistencial	Total Personas Seleccionadas	Total Personas Entrevistadas	Tasa de respuesta por red asistencial	Tasa de respuesta por dominio geográfico			
					Región	Personas seleccionadas	Personas entrevistadas	Tasa de Respuesta
1	Red Asistencia Rebagliati	408	376	92.2	Costa	1668	1566.0	1566.0
2	Red Asistencial Almenara	391	371	94.9				
3	Red Asistencial Sabogal	398	366	92.0				
4	Red Asistencial Ica	160	151	94.4				
5	Red Asistencial Piura	87	83	95.4				
6	Red Asistencial Lambayeque	116	113	97.4				
7	Red Asistencial La Libertad	108	106	98.1				
9	Red Asistencial Junín	91	85	93.4	Sierra	456	430	94.3
8	Red Asistencial Arequipa	168	162	96.4				
7	Red Asistencial Cusco	61	57	93.4				
8	Red Asistencial Ayacucho	32	32	100.0				
9	Red Asistencial Puno	15	14	93.3				
10	Red Asistencial Huancavelica	12	11	91.7				
6	Red Asistencial Apurímac	77	69	89.6				
9	Red Asistencial Ucayali	195	152	77.9	Selva	445	388	87.2
10	Red Asistencial Amazonas	142	131	92.3				
8	Red Asistencial Moyobamba	108	105	97.2				
	TOTAL	2569	2384	93				

Fuente: base de datos del estudio SABE EsSalud. 2016

Con respecto al porcentaje de entrevistas que requirieron un sustituto fue de 8.8%, siendo la Costa la región donde se tuvo que recurrir a un mayor porcentaje de sustitutos con respecto a la Sierra y Selva.

TABLA N° 14. ENTREVISTAS COMPLETADAS CON UN SUSTITUTO

Total		Costa		Sierra		Selva	
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
210	8.8	166	10.6	19	5.3	25	5.5

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

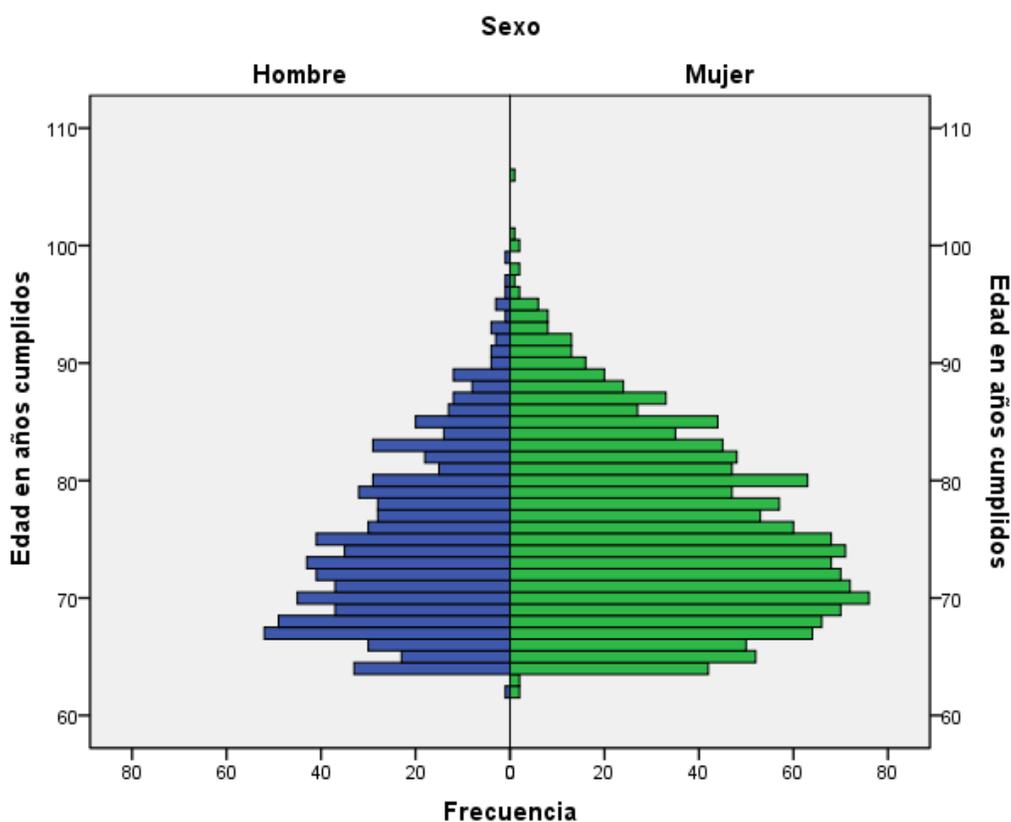
## 3.2 DATOS GENERALES DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA

### 3.2.1 Sexo y Edad

#### Nacional

La población encuestada está constituida mayoritariamente por mujeres personas mayores a 75 años de edad. La media de la edad en el grupo encuestado es de 75 años

GRAFICO 8. PIRAMIDE POBLACIONAL DE LA POBLACION ENCUESTADA  
ENCUESTA SABE ESSALUD - 2016



### Por dominio geográfico

La comparación estadística de las proporciones de sexo y edad por dominio geográfico. Como puede apreciarse no hay diferencia estadísticamente significativa en la composición por sexo, pero en la composición por edad vemos que la población tiene una mayor concentración en los grupos de edad menores de 70 en la selva con respecto a la costa y la sierra.

**TABLA N°15. SEXO Y EDAD POR DOMINIO GEOGRÁFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD - 2016**

Total			Sexo				Grupo Etáreo							
			Hombre		Mujer		60 a 64 Años		65 a 69 Años		70 a 74 Años		75 Años a Mas	
Dominio Geográfico	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Nacional</b>	<b>2384</b>	<b>100</b>	<b>871</b>	<b>37</b>	<b>1513</b>	<b>63</b>	<b>84</b>	<b>4</b>	<b>540</b>	<b>23</b>	<b>601</b>	<b>25</b>	<b>1159</b>	<b>49</b>
Costa	1566	66	586	37	980	63	38	2	310	20	392	25	826	53
Sierra	361	15	120	33	241	67	16	4	91	25	79	22	175	48
Selva	457	19	165	36	292	64	30	7	139	30	130	28	158	35

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

**TABLA N°16. COMPARACIONES DE PROPORCIONES DE COLUMNAS**

Dominio Geográfico	Hombre	Mujer	Hombre				Mujer			
	(A)	(B)	60 a 64 años	65 a 69 años	70 a 74 años	75 a más	60 a 64 años	65 a 69 años	70 a 74 años	75 a más
	(A)	(B)	(A)	(B)	(C)	(D)	(A)	(B)	(C)	(D)
Costa						B			A	A B
Sierra										
Selva				D			C D	D	D	

Los resultados se basan en pruebas bilaterales con un nivel de significación 0.05. Para cada par significativo, la clave de la categoría con la proporción de columna menor aparece debajo de la categoría con mayor proporción de columna.

La media de la edad encontrada es mayor en la Costa que en la Sierra y Selva. Las mujeres muestran una media mayor que los hombres en todas las regiones, siendo la diferencia mayor por sexo en la Costa y menor en la Sierra.

TABLA N°17. EDAD MEDIA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN DOMINIO GEOGRÁFICO.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD - 2016

Edad en años cumplidos	Total				Hombre				Mujer			
	Media	Error típico de la media	IC 95%		Media	Error típico de la media	IC 95%		Media	Error típico de la media	IC 95%	
			Lím. inf.	Lím. sup.			Lím. inf.	Lím. sup.			Lím. inf.	Lím. sup.
Total	75.27	.15	74.97	75.57	74.67	.24	74.20	75.15	75.62	.20	75.23	76.00
Costa	76.07	.19	75.70	76.44	75.37	.30	74.79	75.95	76.49	.25	76.00	76.97
Sierra	74.93	.40	74.15	75.71	74.27	.69	72.91	75.63	75.26	.49	74.30	76.21
Selva	72.81	.30	72.22	73.41	72.52	.50	71.53	73.51	72.98	.38	72.23	73.73

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016

### Por redes asistenciales en Lima Metropolitana

La población encuestada en Lima Metropolitana encuesta está compuesta mayormente por mujeres y adultos mayores por encima de los 70 años de edad. En el análisis comparativo entre redes por sexo y edad no hay diferencias estadísticamente significativas.

TABLA N°18. SEXO Y GRUPO ETÁREO SEGÚN REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD - 2016

Lima Metropolitana			Sexo				Grupo Etáreo							
			Hombre		Mujer		60 a 64 Años		65 a 69 Años		70 a 74 Años		75 Años a Mas	
Red Asistencial	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Total</b>	<b>1113</b>	<b>100</b>	<b>422</b>	<b>37.9</b>	<b>691</b>	<b>62.1</b>	<b>25</b>	<b>2.2</b>	<b>218</b>	<b>19.6</b>	<b>277</b>	<b>24.9</b>	<b>593</b>	<b>53.3</b>
RA Rebagliati	376	33.8	142	37.8	234	62.2	6	1.6	91	24.2	79	21.0	200	53.2
RA Sabogal	366	32.9	128	35.0	238	65.0	8	2.2	64	17.5	95	26.0	199	54.4
RA Almenara	371	33.3	152	41.0	219	59.0	11	3.0	63	17.0	103	27.8	194	52.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016

La media de la edad en Lima Metropolitana es de 76.21, no hay diferencia significativa entre redes asistenciales. En cuanto a la diferencia por sexo, las mujeres tienen una media de 1.06 años más que los hombres, siendo la brecha mayor en la Red Sabogal donde llega prácticamente a 2 años más.

TABLA N°19. EDAD MEDIA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR ENCUESTADA SEGÚN RED ASISTENCIAL  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD - 2016

Edad en años cumplidos	Total				Hombre				Mujer			
	Media	Error típico de la media	IC 95%		Media	Error típico de la media	IC 95%		Media	Error típico de la media	IC 95%	
			Lím. inf.	Lím. sup.			Lím. inf.	Lím. sup.			Lím. inf.	Lím. sup.
Lima Metropolitana	76.21	.23	75.76	76.66	75.55	.35	74.86	76.24	76.61	.30	76.03	77.19
Rebagliati	76.26	.42	75.44	77.08	75.92	.62	74.69	77.15	76.47	.56	75.37	77.57
Sabogal	76.12	.37	75.39	76.85	74.93	.62	73.71	76.15	76.76	.46	75.85	77.68
Almenara	76.24	.39	75.47	77.01	75.72	.59	74.56	76.89	76.60	.52	75.58	77.62

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016

### 3.2.2 Estado Civil

#### Nacional

El estado civil predominante de la población encuestada es casado (a) 58,9%, seguido del estado civil viudo(a) 24.4%. Con relación a la diferencia por sexo se aprecia que la frecuencia de mujeres casadas es menor en 7.5 puntos porcentuales, en tanto que la frecuencia viudas es mayor en 5 puntos porcentuales respecto a los hombres. Con relación a los grupos de edad se aprecia que en los estados casado, unido, separado y soltero hay una tendencia decreciente con la edad, en tanto que la viudez se incrementa progresivamente llegando a 5 veces más en los mayores de 75 años que en los de 60 a 64 años.

TABLA N° 20. ESTADO CIVIL POR SEXO Y GRUPO ETAREO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Estado Civil	Total		Sexo				Grupo Etéreo					
			Hombre		Mujer		60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	871	100	1513	100	84	100	1141	100	1159	100
Casado	1403	58.9	554	63.6	849	56.1	55	65.5	743	65.1	605	52.2
Unido(a)/conviviente	83	3.5	22	2.5	61	4.0	4	4.8	43	3.8	36	3.1
Separado(a)/divorciado	121	5.1	48	5.5	73	4.8	9	10.7	77	6.7	35	3.0
Viudo(a)	582	24.4	185	21.2	397	26.2	5	6.0	161	14.1	416	35.9
Soltero(a)	195	8.2	62	7.1	133	8.8	11	13.1	117	10.3	67	5.8

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016

### Por dominio geográfico

En el análisis comparativo entre las zonas geográficas se puede apreciar que la situación es similar a lo encontrado a nivel nacional, en todas ellas predomina el estado civil casado(a). Algunas diferencias que se aprecian es una menor proporción de viudos en la selva y un número mayor de AM solteros, condición que es importante tener en cuenta al momento de evaluar las redes de apoyo.

TABLA N°21. ESTADO CIVIL POR DOMINIO GEOGRÁFICO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD - 2016

Estado Civil	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Total</b>	<b>2384</b>	<b>100</b>	<b>1566</b>	<b>100</b>	<b>361</b>	<b>100</b>	<b>457</b>	<b>100</b>
Casado	1403	58.9	885	56.5	215	59.6	303	66.3
Viudo(a)	582	24.4	416	26.6	89	24.7	77	16.8
Soltero(a)	195	8.2	133	8.5	19	5.3	43	9.4
Separado(a)/divorciado	121	5.1	81	5.2	24	6.6	16	3.5
Unido(a)/conviviente	83	3.5	51	3.3	14	3.9	18	3.9

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### Por redes asistenciales en Lima Metropolitana

La población encuestada en Lima Metropolitana muestra similar composición a la observada a nivel nacional con predominancia de los casados, seguida de los viudos. No hay diferencias significativas importantes entre las tres redes asistenciales.

TABLA N° 22. ESTADO CIVIL POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD - 2016

Estado Civil	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Total</b>	<b>1113</b>	<b>100</b>	<b>376</b>	<b>100</b>	<b>366</b>	<b>100</b>	<b>371</b>	<b>100</b>
Casado	633	56.9	210	55.9	226	61.7	197	53.1
Viudo(a)	284	25.5	93	24.7	83	22.7	108	29.1
Soltero(a)	94	8.4	40	10.6	25	6.8	29	7.8
Separado(a)/divorciado	64	5.8	21	5.6	21	5.7	22	5.9
Unido(a)/conviviente	38	3.4	12	3.2	11	3.0	15	4.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### 3.2.3 Fuerza de Trabajo

#### Nacional

Del total de AM encuestados el 23.78% tenía trabajo, encontrándose la mayor parte de ellos realizando labores en el hogar (67%). Con relación a las diferencias de género vemos que la diferencia porcentual entre hombres y mujeres AM que trabajan es de 2 puntos a favor de las mujeres. Como era de esperarse la frecuencia de AM que trabajan disminuye progresivamente con la edad, en el grupo menor a 65 años el 54% se encuentran trabajando en tanto que en el grupo mayor a 75 años solamente el 12%.

TABLA N° 23. FUERZA DE TRABAJO POR SEXO Y GRUPO ETAREO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Condición laboral	Total		Sexo				Grupo Etáreo					
	N°	%	Hombre		Mujer		60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Total</b>	<b>2384</b>	<b>100</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>1513</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>1141</b>	<b>100</b>	<b>1159</b>	<b>100</b>
Trabajo	497	20.8	176	20.2	321	21.2	41	48.8	344	30.1	112	9.7
No trabajo pero tenía trabajo	68	2.9	19	2.2	49	3.2	4	4.8	33	2.9	31	2.7
Buscó trabajo	4	0.2	1	0.1	3	0.2	0	-	1	0.1	3	0.3
Estudió	3	0.1	1	0.1	2	0.1	0	-	1	0.1	2	0.2
Realizó oficios del hogar	1598	67.0	615	70.6	983	65.0	38	45.2	713	62.5	847	73.1
Incapacitado	173	7.3	47	5.4	126	8.3	1	1.2	37	3.2	135	11.6
Otra actividad	25	1.0	6	0.7	19	1.3	0	-	9	0.8	16	1.4
No Respondió	16	0.7	6	0.7	10	0.7	0	-	3	0.3	13	1.1

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Entre los AM que se encontraban laborando la semana anterior a la encuesta mayormente lo hacen en el sector servicios y el comercio. No hay diferencia estadísticamente significativa por género. En cuanto al comportamiento por edad vemos que a mayor edad se va reduciendo la presencia en actividades de servicios y crece la presencia en comercio, probablemente en empresas familiares.

TABLA N° 24. TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL POR SEXO Y GRUPO ETÁREO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD - 2016

Tipo de Actividad	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etareo					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
							N°	%	N°	%	N°	%
<b>Total</b>	<b>565</b>	<b>100</b>	<b>195</b>	<b>100</b>	<b>370</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>377</b>	<b>100</b>	<b>143</b>	<b>100</b>
Agricultura	45	8.0	17	8.7	28	7.6	3	6.7	25	6.6	17	11.9
Comercio	157	27.8	54	27.7	103	27.8	10	22.2	101	26.8	46	32.2
Industria	22	3.9	7	3.6	15	4.1	1	2.2	17	4.5	4	2.8
Servicios	230	40.7	75	38.5	155	41.9	22	48.9	159	42.2	49	34.3
Minería	2	.4	2	1.0	0	0.0	0	0.0	1	0.3	1	0.7
Otra	51	9.0	19	9.7	32	8.6	3	6.7	43	11.4	5	3.5
No Respondió	58	10.3	21	10.8	37	10.0	6	13.3	31	8.2	21	14.7

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### Por dominio geográfico

En el análisis comparativo por regiones podemos resaltar que la Selva presenta un mayor porcentaje de AM que trabajan con respecto a las otras regiones, en tanto que la Sierra muestra un mayor porcentaje de AM incapacitados respecto a las otras dos regiones.

TABLA 25. FUERZA DE TRABAJO POR DOMINIO GEOGRÁFICO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD - 2016

Condición laboral	Total		Costa		Sierra		Selva	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Total</b>	<b>2384</b>	<b>100</b>	<b>1566</b>	<b>100</b>	<b>361</b>	<b>100</b>	<b>457</b>	<b>100</b>
Realizó oficios del hogar	1598	67.0	1093	69.8	222	61.5	283	61.9
Trabajó	497	20.8	307	19.6	64	17.7	126	27.6
Incapacitado	173	7.3	106	6.8	39	10.8	28	6.1
No trabajó pero tenía trabajo	68	2.9	19	1.2	33	9.1	16	3.5
Otra actividad	25	1.0	23	1.5	1	0.3	1	0.2
No Respondió	16	0.7	15	0.9	1	0.3	0	0.0
Buscó trabajo	4	0.2	1	0.1	1	0.3	2	0.4
Estudió	3	0.1	2	0.1	0	0.0	1	0.2

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Al analizar las actividades en las que se encontraban laborando los AM por dominio geográfico se encontró que, si bien la actividad predominante en las regiones son los servicios, seguidos del comercio; en la selva hay un porcentaje significativo de AM dedicados a la agricultura.

TABLA N° 26. TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL POR DOMINIO GEOGRAFICO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD - 2016

Tipo de Actividad	Total		Costa		Sierra		Selva	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Total</b>	<b>565</b>	<b>100</b>	<b>326</b>	<b>100</b>	<b>97</b>	<b>100</b>	<b>142</b>	<b>100</b>
Agricultura	45	8.0	14	4.3	6	6.2	25	17.6
Comercio	157	27.8	101	31.0	17	17.5	39	27.5
Industria	22	3.9	10	3.1	9	9.3	3	2.1
Servicios	230	40.7	144	44.2	39	40.2	47	33.1
Minería	2	0.4	1	0.3	1	1.0	0	0.0
Otra	51	9.0	32	9.8	3	3.1	16	11.3
No Respondió	58	10.3	24	7.4	22	22.7	12	8.5

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### Por redes asistenciales en Lima Metropolitana

En Lima Metropolitana los AM principalmente se encuentran realizando oficios del hogar con un 73.7% y alrededor del 20% se encuentran trabajando. Es importante

anotar que el porcentaje de incapacitados es la mitad del valor encontrado en el nivel nacional. En el análisis comparativo entre las redes asistenciales se puede apreciar una pequeña diferencia en la población que se encuentra realizando oficios del hogar que es superior en más de 6 puntos con relación a las otras dos redes, a costa de un menor porcentaje de AM que trabajan.

**TABLA N° 27. FUERZA DE TRABAJO POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD - 2016**

Actividad laboral	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Total</b>	<b>1113</b>	<b>100</b>	<b>376</b>	<b>100</b>	<b>366</b>	<b>100</b>	<b>371</b>	<b>100</b>
Realizó oficios del hogar	820	73.7	273	72.6	288	78.7	259	69.8
Trabajo	221	19.9	82	21.8	59	16.1	80	21.6
Incapacitado	40	3.6	13	3.5	10	2.7	17	4.6
No trabajó pero tenía trabajo	14	1.3	5	1.3	1	0.3	8	2.2
No Respondió	12	1.1	1	0.3	6	1.6	5	1.3
Otra actividad	3	0.3	2	0.5	1	0.3	0	0.0
Estudió	2	0.2	0	0.0	1	0.3	1	0.3
Buscó trabajo	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	0.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Entre los AM que se encontraban laborando en Lima Metropolitana la semana anterior a la encuesta, mayormente lo hacen en el sector servicios y el comercio. No hay diferencia estadísticamente significativa por género. En cuanto al comportamiento por edad vemos que a mayor edad se va reduciendo la presencia en actividades de servicios y crece la presencia en comercio, probablemente en negocios familiares

**TABLA N° 28. TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL POR SEXO Y GRUPO ETÁREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LIMA METROPOLITANA.ESSALUD - 2016**

Tipo de Actividad	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etéreo					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
							N°	%	N°	%	N°	%
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100</b>	<b>90</b>	<b>100</b>	<b>145</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>160</b>	<b>100</b>	<b>62</b>	<b>100</b>
Agricultura	5	2.1	3	3.3	2	1.4	0	0.0	3	1.9	2	3.2
Comercio	65	27.7	25	27.8	40	27.6	2	15.4	37	23.1	26	41.9
Industria	9	3.8	4	4.4	5	3.4	1	7.7	6	3.8	2	3.2
Servicios	117	49.8	43	47.8	74	51.0	6	46.2	85	53.1	26	41.9
Minería	1	.4	1	1.1	0	.0	0	0.0	1	0.6	0	0.0
Otra	21	8.9	7	7.8	14	9.7	1	7.7	17	10.6	3	4.8
No Respondió	17	7.2	7	7.8	10	6.9	3	23.1	11	6.9	3	4.8

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En el análisis comparativo entre las redes asistenciales se puede apreciar que la Red Almenara se diferencia de las redes Sabogal y Rebagliati presentando como actividad preponderante el comercio y en segundo lugar los servicios.

TABLA N° 29. TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR. ESSALUD - 2016

Tipo de Actividad	Total		Rebagliati		Sabogal		Almenara	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100</b>	<b>87</b>	<b>100</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>88</b>	<b>100</b>
Agricultura	5	2.1	1	1.1	1	1.7	3	3.4
Comercio	65	27.7	14	16.1	14	23.3	37	42.0
Industria	9	3.8	3	3.4	2	3.3	4	4.5
Servicios	117	49.8	46	52.9	37	61.7	34	38.6
Minería	1	0.4	1	1.1	0	0.0	0	0.0
Otra	21	8.9	17	19.5	1	1.7	3	3.4
No Respondió	17	7.2	5	5.7	5	8.3	7	8.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### 3.2.4 Nivel Educativo

#### Nacional

Solamente el 30% de los encuestados ha alcanzado un nivel de formación técnico o universitario, un 30% en algún nivel de secundaria, un 32% algún nivel de primaria y existe un 3% que no tiene ningún nivel educativo. Las diferencias por sexo se evidencian en la formación universitaria y en el nivel primaria incompleta, donde los varones obtuvieron 2 puntos porcentuales por encima de las mujeres.

TABLA N° 30. NIVEL EDUCATIVO POR SEXO Y GRUPO ETAREO POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Total Nacional	Total		Sexo				Grupo Etáreo					
	Nº	%	Hombre		Mujer		60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Total</b>	<b>2384</b>	<b>100</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>1513</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>100</b>	<b>1141</b>	<b>100</b>	<b>1159</b>	<b>100</b>
Preescolar	17	0.7	7	0.8	10	0.7	1	1.2	8	0.7	8	0.7
Primaria incompleta	304	12.8	124	14.2	180	11.9	10	11.9	106	9.3	188	16.2
Primaria completa	451	18.9	164	18.8	287	19.0	8	9.5	143	12.5	300	25.9
Secundaria incompleta	185	7.8	64	7.3	121	8.0	5	6.0	101	8.9	79	6.8
Secundaria completa	526	22.1	185	21.2	341	22.5	20	23.8	259	22.7	247	21.3
Técnico incompleta	25	1.0	9	1.0	16	1.1	1	1.2	17	1.5	7	0.6
Técnico completo	241	10.1	80	9.2	161	10.6	9	10.7	142	12.4	90	7.8
Universitario	547	22.9	211	24.2	336	22.2	28	33.3	327	28.7	192	16.6
Especialización	5	0.2	0	0.0	5	0.3	0	0.0	3	0.3	2	0.2
Maestría	5	0.2	2	0.2	3	0.2	0	0.0	5	0.4	0	0.0
Doctorado	5	0.2	3	0.3	2	0.1	1	1.2	3	0.3	1	0.1
Ninguno	73	3.1	22	2.5	51	3.4	1	1.2	27	2.4	45	3.9

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En el análisis por grupo de edad resalta la diferencia en la frecuencia de AM con formación universitaria en el grupo menor de 65 años la cifra es de 33.3%, en tanto que en los mayores de 75 años es de sólo 16.6%

### Por dominio geográfico

En el análisis comparativo por regiones se encuentra que la composición de la formación superior es diferente, la Sierra muestra una mayor proporción de universitarios respecto a la Costa y Selva, en tanto que la Selva muestra una mayor proporción de técnicos que las otras dos regiones.

**TABLA N° 31. NIVEL EDUCATIVO POR DOMINIO GEOGRÁFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD - 2016**

Nivel educativo	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Total</b>	<b>2384</b>	<b>100</b>	<b>1566</b>	<b>100</b>	<b>361</b>	<b>100</b>	<b>457</b>	<b>100</b>
Preescolar	17	0.7	11	0.7	4	1.1	2	0.4
Primaria incompleta	304	12.8	196	12.5	28	7.8	80	17.5
Primaria completa	451	18.9	306	19.5	52	14.4	93	20.4
Secundaria incompleta	185	7.8	112	7.2	24	6.6	49	10.7
Secundaria completa	526	22.1	353	22.5	89	24.7	84	18.4
Técnico incompleta	25	1.0	11	0.7	3	0.8	11	2.4
Técnico completo	241	10.1	149	9.5	21	5.8	71	15.5
Universitario	547	22.9	366	23.4	123	34.1	58	12.7
Especialización	5	0.2	4	0.3	0	0.0	1	0.2
Maestría	5	0.2	4	0.3	1	0.3	0	0.0
Doctorado	5	0.2	3	0.2	2	0.6	0	0.0
Ninguno	73	3.1	51	3.3	14	3.9	8	1.8

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### Por redes asistenciales en Lima Metropolitana

En Lima Metropolitana el 32% de la población tiene formación superior y el 30% algún nivel de secundaria. En el análisis comparativo por redes se aprecia una diferencia significativa en la Red Rebagliati que alcanza un 47.3 de formación superior, de la cual 32% es universitaria, diferenciándose de las otras dos redes.

**TABLA N° 32. NIVEL EDUCATIVO POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD - 2016**

Nivel educativo	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Total</b>	<b>1113</b>	<b>100</b>	<b>376</b>	<b>100</b>	<b>366</b>	<b>100</b>	<b>371</b>	<b>100</b>
Preescolar	7	0.6	4	1.1	2	0.5	1	0.3
Primaria incompleta	128	11.5	21	5.6	66	18.0	41	11.1
Primaria completa	212	19.0	48	12.8	75	20.5	89	24.0
Secundaria incompleta	90	8.1	22	5.9	24	6.6	44	11.9
Secundaria completa	251	22.6	87	23.1	79	21.6	85	22.9
Técnico incompleta	8	0.7	3	0.8	2	0.5	3	0.8
Técnico completo	102	9.2	56	14.9	28	7.7	18	4.9
Universitario	261	23.5	122	32.4	69	18.9	70	18.9

Nivel educativo	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Especialización	3	0.3	3	0.8	0	0.0	0	0.0
Maestría	3	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3
Doctorado	3	0.3	0	0.0	3	0.8	0	0.0
Ninguno	45	4.0	9	2.4	17	4.6	19	5.1

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Enero – Abril 2016.

### 3.3 EL ENTORNO DE VIDA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

#### 3.3.1 Servicios básicos en la vivienda

##### Nacional

Sobre el acceso de los AM asegurados a servicios de infraestructura básica, el porcentaje de personas con acceso adecuado a servicio de energía eléctrica, servicios de agua y desagüe en el ámbito nacional se encuentra por encima del 90%, siendo menor la cifra de los que tienen acceso a telefonía fija que se encuentra en un 70.8% y aún mucho menor los que cuentan con conexión a gas natural que es de 10.7%. No se aprecia diferencia significativa por sexo. En cuanto a los grupos etarios se evidencia que en los servicios de teléfono y gas natural hay un incremento en la frecuencia a mayor edad.

TABLA N° 33. ACCESO A SERVICIOS EN LA VIVIENDA POR SEXO Y GRUPO ETAREO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Tipo de Servicio	Total		Sexo				Grupo Etáreo					
	N°	%	Hombre		Mujer		60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Servicio: Energía eléctrica	2367	99.3	867	99.5	1500	99.1	84	100	1132	99.2	1151	99.3
Servicio: Alcantarillado	2191	91.9	809	92.9	1382	91.3	76	90.5	1027	90.0	1088	93.9
Servicio: Gas Natural	254	10.7	88	10.1	166	11.0	4	4.8	125	11.0	125	10.8
Servicio: Teléfono fijo	1689	70.8	630	72.3	1059	70.0	45	53.6	778	68.2	866	74.7
Servicio: Agua potable	2337	98.0	860	98.7	1477	97.6	84	100	1113	97.5	1140	98.4

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Enero – Abril 2016.

##### Por dominio geográfico

En el análisis comparativo entre las zonas geográficas se puede apreciar que no existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a los servicios de agua y energía eléctrica. Donde sí se encuentra un menor nivel de acceso a servicios de alcantarillado, telefonía fija y gas natural es la Selva con respecto a las otras dos regiones.

**TABLA N° 34. ACCESO A SERVICIOS EN LA VIVIENDA POR DOMINIO GEOGRÁFICO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD - 2016**

Servicios que cuenta la vivienda	Total N = 2384		Costa N = 1566		Sierra N = 361		Selva N = 457	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Servicio: Energía eléctrica	2367	99.3	1553	99.2	359	99.4	453	99.1
Servicio: Agua potable	2337	98.0	1541	98.4	353	97.8	441	96.5
Servicio: Alcantarillado	2191	91.9	1540	98.3	351	97.2	298	65.2
Servicio: Teléfono fijo	1689	70.8	1293	82.6	239	66.2	155	33.9
Servicio: Gas Natural	254	10.7	248	15.8	3	0.8	1	0.2

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **Por redes asistenciales en Lima Metropolitana**

En Lima Metropolitana se puede observar mejores niveles de acceso a los servicios básicos, el servicio de alcantarillado, teléfono y gas se encuentran por encima del valor nacional en 7 el primero y en 10 puntos los dos últimos.

En el análisis entre redes asistenciales no se encuentran diferencias estadísticamente significativas a excepción del acceso al gas natural donde la Red Sabogal tiene el mayor nivel de acceso con relación a las otras dos redes.

**TABLA N° 35. ACCESO A SERVICIOS EN LA VIVIENDA POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD - 2016**

Servicios que cuenta la vivienda	Total n=1113		RA Rebagliati n=376		RA Sabogal n=366		RA Almenara n=371	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Servicio: Energía eléctrica	1104	99.2	375	99.7	363	99.2	366	98.7
Servicio: Alcantarillado	1100	98.8	375	99.7	361	98.6	364	98.1
Servicio: Agua potable	1101	98.9	374	99.5	361	98.6	366	98.7
Servicio: Teléfono fijo	982	88.2	339	90.2	322	88.0	321	86.5
Servicio: Gas Natural	216	19.4	68	18.1	106	29.0	42	11.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero-Abril 2016

### **3.3.2 Características del hogar**

#### **Nacional**

Los electrodomésticos de mayor uso entre la PAM son la televisión y la radio, el 47% usa celular, solamente el 16% usa computador y el 12% internet. La diferencia por sexo es significativa en el uso de radio, refrigeradora, lavadora, licuadora y cajeros automáticos, donde los hombres tienen 5 o más puntos porcentuales que las mujeres. En cuanto a

las diferencias por grupo de edad se aprecia la pérdida de habilidad para manejar electrodomésticos a medida que avanza la edad, las diferencias más notorias están en el uso de la radio, teléfono celular, lavadora y cajeros automáticos.

**TABLA N° 36. MANEJO DE ELECTRODOMÉSTICO SIN AYUDA POR SEXO Y GRUPO ETAREO.  
POBLACION ADULTA ESSALUD – 2016**

Tipo de Electrodoméstico	Total		Sexo				Grupo Etáreo					
	N°	%	Hombre		Mujer		60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Radio	1943	81.5	745	85.5	1198	79.2	77	91.7	964	84.5	902	77.8
Televisión	2165	90.8	803	92.2	1362	90.0	82	97.6	1074	94.1	1009	87.1
Equipo de sonido	861	36.1	335	38.5	526	34.8	43	51.2	489	42.9	329	28.4
DVD	604	25.3	232	26.6	372	24.6	35	41.7	350	30.7	219	18.9
Ventilador	680	28.5	248	28.5	432	28.6	26	31.0	370	32.4	284	24.5
Computador	379	15.9	155	17.8	224	14.8	22	26.2	250	21.9	107	9.2
Teléfono celular	1136	47.7	439	50.4	697	46.1	58	69.0	693	60.7	385	33.2
Refrigeradora	1529	64.1	590	67.7	939	62.1	60	71.4	799	70.0	670	57.8
Licuada	1441	60.4	560	64.3	881	58.2	60	71.4	784	68.7	597	51.5
Lavadora	754	31.6	311	35.7	443	29.3	37	44.0	432	37.9	285	24.6
Horno eléctrico / gas	423	17.7	167	19.2	256	16.9	19	22.6	215	18.8	189	16.3
Horno microondas	673	28.2	253	29.0	420	27.8	27	32.1	375	32.9	271	23.4
Aspiradora / lustradora	234	9.8	87	10.0	147	9.7	9	10.7	118	10.3	107	9.2
Calentador eléctrico /gas / ducha eléctrica	501	21.0	201	23.1	300	19.8	22	26.2	270	23.7	209	18.0
Aire acondicionado / calentador de ambiente	44	1.8	14	1.6	30	2.0	2	2.4	27	2.4	15	1.3
Internet (skype, correo eléctrico, video llamadas, etc.)	235	9.9	99	11.4	136	9.0	13	15.5	146	12.8	76	6.6
Televisión por cable	968	40.6	367	42.1	601	39.7	39	46.4	504	44.2	425	36.7
Cajeros automáticos de los bancos	511	21.4	215	24.7	296	19.6	26	31.0	310	27.2	175	15.1

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero-Abril 2016

**TABLA N° 37. UTILIZACIÓN DEL COMPUTADOR E INTERNET, POR SEXO Y GRUPO ETAREO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Uso de computador e internet	Total		Sexo				Grupo Etáreo					
	N°	%	Hombre		Mujer		60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Computador	310	13.0	139	16.0	171	11.3	22	7.1	211	68.1	77	24.8
Internet	296	12.4	134	15.4	162	10.7	21	7.1	208	70.3	67	22.6

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero-Abril 2016

### **Por dominio geográfico**

La Sierra muestra menores frecuencias de acceso para 12 de los 18 ítems evaluados. Así mismo el uso de internet evidencia diferencias sustanciales entre las regiones siendo la Costa la que presenta mayor nivel de acceso con relación a Sierra y Selva.

**TABLA N° 38. MANEJO DE ELECTRODOMÉSTICO SIN AYUDA POR DOMINIO GEOGRÁFICO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Maneja sin ayuda	Total		Costa n=1566		Sierra n=361		Selva n=457	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Televisión	2165	90.8	1411	90.1	325	90.0	429	93.9
Radio	1943	81.5	1302	83.1	319	88.4	322	70.5
Refrigeradora	1529	64.1	1064	67.9	176	48.8	289	63.2
Licuadaora	1441	60.4	964	61.6	180	49.9	297	65.0
Teléfono celular	1136	47.7	686	43.8	169	46.8	281	61.5
Televisión por cable	968	40.6	733	46.8	88	24.4	147	32.2
Equipo de sonido	861	36.1	629	40.2	105	29.1	127	27.8
Lavadora	754	31.6	543	34.7	70	19.4	141	30.9
Ventilador	680	28.5	569	36.3	19	5.3	92	20.1
Horno microondas	673	28.2	539	34.4	76	21.1	58	12.7
DVD	604	25.3	490	31.3	39	10.8	75	16.4
Calentador eléctrico /gas / ducha elec.	501	21.0	356	22.7	72	19.9	73	16.0
Cajeros automáticos de los bancos	511	21.4	368	23.5	45	12.5	98	21.4
Horno eléctrico / gas	423	17.7	368	23.5	19	5.3	36	7.9
Computador	379	15.9	273	17.4	46	12.7	60	13.1
Internet (skype, correo eléctrico, video llamadas, etc.)	235	9.9	203	13.0	6	1.7	26	5.7
Aspiradora / lustradora	234	9.8	212	13.5	8	2.2	14	3.1
Aire acondicionado / calentador de ambiente	44	1.8	35	2.2	3	0.8	6	1.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

**TABLA N° 39. UTILIZACIÓN DEL COMPUTADOR E INTERNET POR DOMINIO GEOGRÁFICO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Uso de computador e internet	Total		Costa n=1566		Sierra n=361		Selva n=457	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Computador	310	13.0	224	14.3	41	11.4	45	9.8
Internet	296	12.4	209	13.3	42	11.6	45	9.8

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **Por redes asistenciales en Lima Metropolitana**

En Lima Metropolitana se sigue la misma tendencia en el uso de los electrodomésticos que en el ámbito nacional, siendo los más utilizados la radio y el televisor. El uso de

cajeros automáticos, computador e internet está por encima del porcentaje hallado en el nivel nacional.

En el análisis por redes la Red Rebagliati muestra cifras mayores en el uso del computador y el acceso a internet.

**TABLA N° 40. MANEJO DE ELECTRODOMÉSTICO SIN AYUDA POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Electrodomésticos que Maneja	Total n=1113		RA Rebagliati n=376		RA Sabogal n=366		RA Almenara n=371	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Radio	916	82.3	310	82.4	281	76.8	325	87.6
Televisión	988	88.8	325	86.4	331	90.4	332	89.5
Refrigeradora	829	74.5	283	75.3	273	74.6	273	73.6
Licuada	764	68.6	261	69.4	250	68.3	253	68.2
Televisión por cable	643	57.8	208	55.3	230	62.8	205	55.3
Teléfono celular	492	44.2	158	42.0	167	45.6	167	45.0
Equipo de sonido	486	43.7	157	41.8	150	41.0	179	48.2
Horno microondas	476	42.8	188	50.0	150	41.0	138	37.2
Lavadora	469	42.1	167	44.4	174	47.5	128	34.5
DVD	390	35.0	108	28.7	106	29.0	176	47.4
Ventilador	436	39.2	152	40.4	86	23.5	198	53.4
Horno eléctrico / gas	343	30.8	119	31.6	136	37.2	88	23.7
Calentador eléctrico /gas / ducha elec.	332	29.8	148	39.4	71	19.4	113	30.5
Cajeros automáticos de los bancos	323	29.0	137	36.4	81	22.1	105	28.3
Computador	233	20.9	99	26.3	64	17.5	70	18.9
Aspiradora / lustradora	203	18.2	102	27.1	64	17.5	37	10.0
Internet (skype, correo eléctrico, video llamadas, etc.)	187	16.8	78	20.7	64	17.5	45	12.1
Aire acondicionado / calentador de ambiente	34	3.1	16	4.3	9	2.5	9	2.4

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

**TABLA N° 41. UTILIZACIÓN DEL COMPUTADOR E INTERNET POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Uso de computador e internet	Total n=1113		RA Rebagliati n=376		RA Sabogal n=366		RA Almenara n=371	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Computador	185	16.6	82	21.8	55	15.0	48	12.9
Internet	175	15.7	77	20.5	51	13.9	47	12.7

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### 3.3.3 Percepción acerca de ingresos económicos

#### Nacional

El 73% de los encuestados percibe que sus ingresos son insuficientes o muy insuficientes. No hay diferencia significativa entre hombres y mujeres. En cuanto a los grupos de edad, más la mitad (55%) de AM menores de 65 años percibe que sus ingresos son insuficientes o muy insuficientes, en tanto que en los otros dos grupos de mayor edad este porcentaje es de 35%.

TABLA N° 42. PERCEPCIÓN SOBRE INGRESOS ECONOMICOS POR SEXO Y GRUPO ETAREO.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Total Nacional	Total		Sexo				Grupo Etáreo					
	N°	%	Hombre		Mujer		60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Total</b>	<b>2384</b>	<b>100</b>	<b>871</b>	<b>100</b>	<b>1513</b>	<b>100</b>	<b>84</b>	<b>3.5</b>	<b>1141</b>	<b>47.9</b>	<b>1159</b>	<b>48.6</b>
Muy suficientes	24	1.0	6	0.7	18	1.2	3	0.1	8	0.3	13	0.5
Suficientes	583	24.5	219	25.1	364	24.1	25	1.0	291	12.2	267	11.2
Insuficientes	1222	51.3	447	51.3	775	51.2	41	1.7	589	24.7	592	24.8
Muy insuficientes	521	21.9	180	20.7	341	22.5	14	0.6	242	10.2	265	11.1
No sabe	15	0.6	7	0.8	8	.5	0	0.0	3	0.1	12	0.5
No responde	19	0.8	12	1.4	7	.5	1	0.0	8	0.3	10	0.4

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

#### Por dominio geográfico

La percepción de que los ingresos son insuficientes o muy insuficientes es mayor en la Sierra 78%; seguida de la Costa con 74% y finalmente la selva donde porcentaje es el menor, alcanzando el 63,9%

TABLA N° 43. PERCEPCIÓN SOBRE INGRESOS ECONOMICOS POR DOMINIO GEOGRÁFICO.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Percepción sobre ingresos	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Total</b>	<b>2384</b>	<b>100</b>	<b>1566</b>	<b>100</b>	<b>361</b>	<b>100</b>	<b>457</b>	<b>100</b>
Muy suficientes	24	1.0	10	0.6	3	0.8	11	2.4
Suficientes	583	24.5	357	22.8	75	20.8	151	33.0
Insuficientes	1222	51.3	877	56.0	205	56.8	140	30.6
Muy insuficientes	521	21.9	291	18.6	78	21.6	152	33.3
No sabe/No responde	34	1.4	31	2.0	0	0.0	3	0.7

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **Por redes asistenciales en Lima Metropolitana**

En Lima Metropolitana el porcentaje de AM que percibe que sus ingresos son insuficientes o muy insuficientes es de 70%. La Red Almenara presenta la frecuencia más alta de AM que percibe que sus ingresos son insuficientes o muy insuficientes con el 77%, seguida de la Red Sabogal con 74 y finalmente la Red Rebagliati con 60%.

**TABLA N° 44. PERCEPCIÓN SOBRE INGRESOS ECONOMICOS POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Percepción de los ingresos	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Total</b>	<b>1113</b>	<b>100</b>	<b>376</b>	<b>100</b>	<b>366</b>	<b>100</b>	<b>371</b>	<b>100</b>
Muy suficientes	3	0.3	2	0.5	0	0.0	1	0.3
Suficientes	296	26.6	133	35.4	90	24.6	73	19.7
Insuficientes	573	51.5	171	45.5	221	60.4	181	48.8
Muy insuficientes	212	19.0	55	14.6	50	13.7	107	28.8
No sabe	13	1.2	5	1.3	1	0.3	7	1.9
No responde	16	1.4	10	2.7	4	1.1	2	0.5

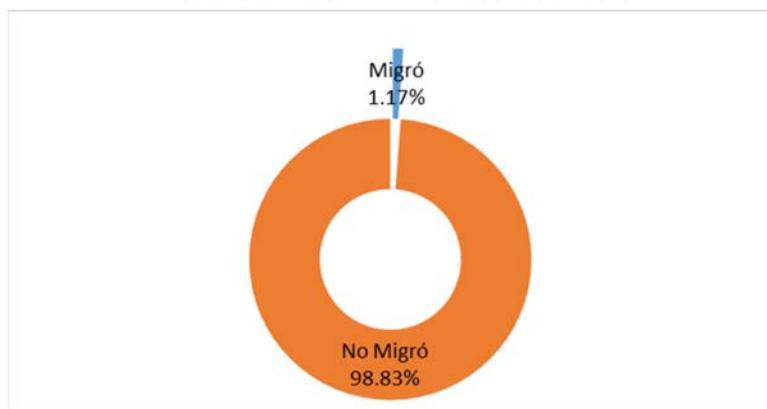
Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **3.3.4 Componente Biográfico**

Esta sesión abordó el tema de migratorio de las personas adultas mayores entrevistadas en los últimos 10 años, en tal sentido consideró como respuesta migratoria a todas las personas que salieron de su lugar de vivienda habitual a otra fuera de la provincia a la que pertenece el lugar de su residencia.

Del total de adultos mayores encuestados 2384, sólo el 1.17% (28) personas manifestaron que en los diez últimos años han migrado.

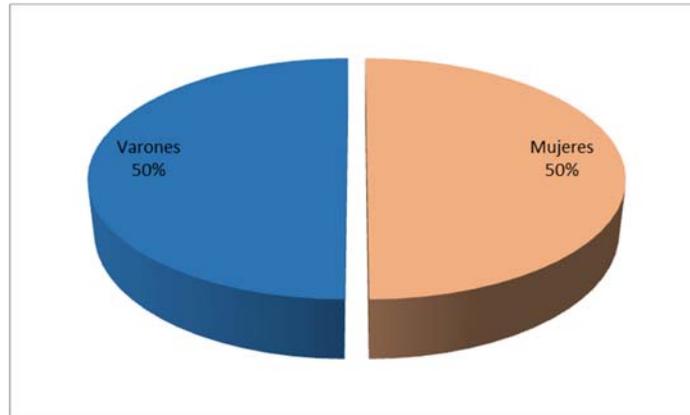
**GRAFICO N° 9. MIGRACION EN ÚLTIMOS 10 AÑOS. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**



Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

De acuerdo al sexo, podemos establecer que la migración se ha dado por igual tanto en varones como en mujeres.

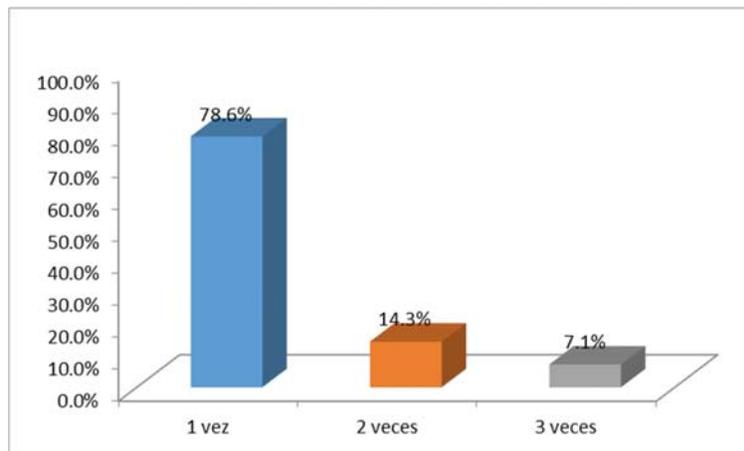
GRAFICO N°10. MIGRACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS, SEGÚN SEXO.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016



Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En los diez últimos años explorados se estableció que 78.6% (22) personas migraron sólo una vez, en tanto 14.3% (4) personas lo hicieron dos veces y 7.1% (2) personas migraron más de tres veces.

GRAFICO N°11. VECES DE MIGRACION EN ÚLTIMOS 10 AÑOS.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016



Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

La media de edad que migró en la primera vez que lo hizo en los últimos 10 años fue de 69, con una variación de los hombres respecto a los mujeres de 4 años, en la segunda vez que migraron la media está en 67 años y la variación entre hombres y mujeres es mínima. La tercera vez que migraron la media está en 64 años y la variación entre hombres y mujeres es de 6 años más a favor de los hombres.

**TABLA N° 45. MEDIA DE EDAD POR SEXO SEGÚN NÚMERO DE VECES QUE MIGRÓ. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Edad	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Edad de la primera migración	67	71	69
Edad de la segunda migración	66	68	67
Edad de la tercera migración	67	61	64

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

La migración por red asistencial, nos muestra que de las 17 redes estudiadas, en 9 los adultos mayores manifestaron haber migrado en los últimos 10 años, a su vez dentro de ellas las que presentó más adultos mayores que migraron fueron Red Sabogal con 29%, seguida de Red almenara con 21%, Red Moyobamba con 18% y Red Arequipa con 11%, las demás redes no superaron el 4% (1 persona que migró).

**TABLA N° 46. MIGRACIÓN POR RED ASISTENCIAL POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Red asistencial	Recuento	%
Red Almenara	6	21%
Red Amazonas	1	4%
Red Arequipa	3	11%
Red Ica	1	4%
Red Moyobamba	5	18%
Red Piura	2	7%
Red Rebagliati	1	4%
Red Sabogal	8	29%
Red Ucayali	1	4%
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>1</b>

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

De acuerdo al tipo de hogar que tenía la persona que migró, en la primera vez, prevalece el tipo de hogar nuclear completo 65%, seguido de hogar unipersonal; en tanto los que lo hicieron por segunda vez, el predominio del tipo de hogar es el unipersonal

TABLA N° 47. MIGRACION POR TIPO DE HOGAR SEGÚN VECES DE MIGRACIÓN.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Veces que migró		Tipo de hogar en la primera migración						Tipo de hogar en la segunda migración						Tipo de hogar en la tercera migración	
		Unipersonal		Nuclear Completo		Nuclear Incompleto		Unipersonal		Nuclear Completo		Nuclear Incompleto		Unipersonal	
		Rec.	%	Rec.	%	Rec.	%	Rec.	%	Rec.	%	Rec.	%	Rec.	%
Tipo de hogar de residencia 1RA	Unipersonal	3	5	5	29	1	2	1	5					1	5
	Nuclear Completo	3	5	11	65	1	2	1	5	4	1			1	5
	Nuclear Incompleto			1	6	3	6					2	1		
Tipo de hogar de residencia 2DA	Unipersonal	3	75					1	5	2	5			1	5
	Nuclear Completo	1	25	2	1			1	5	2	5			1	5
	Nuclear Incompleto					2	1					2	1		
Tipo de hogar de residencia 3RA	Unipersonal	1	5					1	5					1	5
	Nuclear Completo	1	5					1	5					1	5
	Nuclear Incompleto														

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016

Respecto al tipo de hogar que tenía el adulto mayor según número de veces que migró, podemos observar que en términos generales el predominio de la condición jefe de hogar es la que predomina con más de 60% en la primera y segunda vez que migraron y 100% en la tercera vez. En función de las veces que migraron y al lugar donde llegó podemos ver que una parte de ellos 50% conservó su status y en los demás pasaron a formar parte de otra familia por lo que su condición paso a otros parientes o hijo. En la segunda vez que lo hicieron sólo 37.5% conservo su condición de jefe. En la tercera vez mantuvo su condición.

TABLA N° 48. MIGRACION POR TIPO DE HOGAR SEGÚN VECES QUE MIGRÓ  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Posición en el hogar de residencia		Total		Posición en hogar de residencia donde migro por primera vez						Posición en hogar de residencia donde migro por segunda vez						Posición en hogar de residencia donde migro por tercera vez	
				Jefe		Hijo		Otros parientes		Jefe		Hijo		Otros parientes		Jefe	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primera migración	Jefe	17	60.7	14	50.0	1	3.6	2	7.1	3	37.5	1	12.5	1	12.5	2	100
	Conyugue	6	21.4					6	21.4					2	25.0		
	Hijo								0.0								
	Otros parientes	5	17.9	2	7.1			3	10.7					1	12.5		
Segunda migración	Jefe	5	62.5	3	37.5	1	12.5	1	12.5	3	37.5	1	12.5	1	12.5	2	100
	Conyugue																
	Hijo																
	Otros parientes	3	37.5					3	37.5%					3	37.5		
Tercera migración	Jefe	2	100	2	100					2	100					2	100
	Conyugue																
	Hijo																
	Otros parientes																

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016

El estado conyugal de los adultos mayores que migraron en términos generales, tiene un predominio de U. Legal con convivencia 46.4%, seguido por viudez 28.6%, para el caso de la primera migración, en la segunda vez que lo hicieron todavía predomina la U. legal con convivencia con 37.5%, en tanto las demás estados sólo lo tuvieron una persona, en el caso de la tercera vez que migraron (2 personas) sus estados conyugales están en soltero y U. legal con convivencia.

TABLA N° 49. MIGRACION POR ESTADO CONYUGAL SEGÚN VECES QUE MIGRÓ  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

ESTADO CONYUGAL DEL LUGAR DE RESIDENCIA		Total		Estado conyugal del lugar de residencia que migró primera vez										Estado conyugal de lugar de residencia que migro segunda vez										Estado conyugal de lugar de residencia que migro tercera vez			
				U. Legal sin convivencia		U. Legal con convivencia		Separación		Viudez		Soltero(a)		U. Legal sin convivencia		U. Legal con convivencia		Separación		Viudez		Soltero(a)		U. Legal sin convivencia		Soltero(a)	
				N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primera migración	U. Legal sin convivencia	2	7.1			2	7.1																				
	U. Legal con convivencia	13	46.4	2	7.1	11	39.3							1	12.5	3	37.5							1	50.0		
	U. Libre sin convivencia	1	3.6							1	3.6							1	12.5								
	U. Libre con convivencia		0.0																								
	Separación	2	7.1					1	3.6			1	3.6					1	12.5								
	Viudez	8	28.6							8	28.6									1	12.5						
	Soltero(a)	2	7.1	1	3.6							1	3.6									1	12.5			1	50.0
Segunda	U. Legal sin convivencia	1	12.5	1	12.5											1	12.5										
	U. Legal con convivencia	3	37.5	1	12.5	2	25.0							1	12.5	2	25.0							1	50.0		
	U. Libre sin convivencia	1	12.5							1	12.5									1	12.5						
	U. Libre con convivencia		0.0																								
	Separación	1	12.5					1	12.5									1	12.5								
	Viudez	1	12.5							1	12.5									1	12.5						
	Soltero(a)	1	12.5									1	12.5									1	12.5			1	50.0
Tercera	U. Legal sin convivencia																										
	U. Legal con convivencia	1	50	1	50.0									1	50.0									1	50.0		
	U. Libre sin convivencia																										
	U. Libre con convivencia																										
	Separación																										
	Viudez																										
	Soltero(a)	1	50									1	50.0									1	50.0			1	50.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016

La actividad principal que estaban desarrollando en el momento de la migración, nos muestra un predominio de estar trabajando, el mismo que alcanza el 28.6% para la primera vez que migró, seguido de haber estado haciendo oficios del hogar, en el caso de la segunda migración, se observa igual un predominio de haber estado trabajado, seguido de los que estuvieron con incapacidad permanente; y en los que lo hicieron más de 3 veces, todos refieren que estaban trabajado.

**TABLA N° 50. MIGRACION POR ACTIVIDAD PRINCIPAL SEGÚN VECES QUE MIGRÓ  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

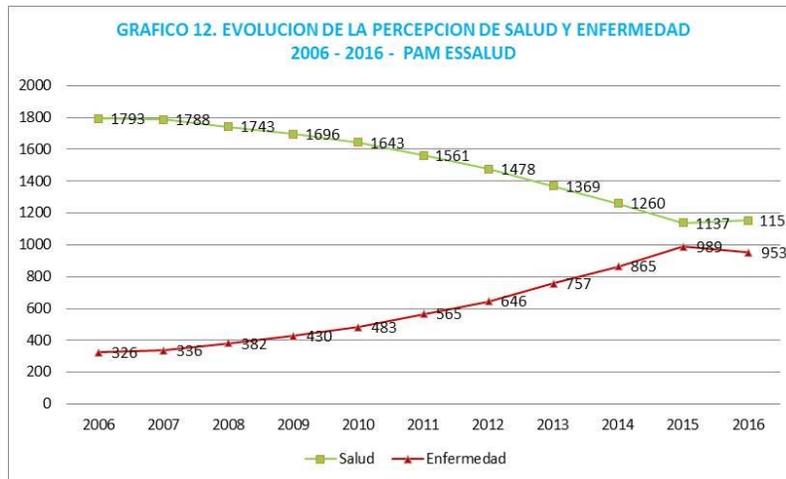
Actividad principal realizada		Actividad principal realizada en primera migración										Actividad principal realizada en segunda migración								Actividad realizada en tercera migración	
		Trabajó		No trabajó pero tenía trabajo		Oficio del hogar		Incapacitado permanente para trabajar		Otra actividad		Trabajó		Oficio del hogar		Incapacitado permanente para trabajar		Otra actividad		Trabajó	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Primera migración	Trabajó	8	28.6%	2	7.1%	5	17.9%	1	3.6%	2	7.1%	3	37.5%					1	12.5%	2	100%
	No trabajó pero tenía trabajo																				
	Busco trabajo																				
	Estudio y no trabajo																				
	Oficio del hogar	1	3.6%			5	17.9%			1	3.6%	1	12.5%	1	12.5%						
	Incapacitado permanente para trabajar							2	7.1%							2	25.0%				
Otra actividad																					
Segunda migración	Trabajó	3	37.5%							1	12.5%	3	37.5%					1	12.5%	1	100%
	No trabajó pero tenía trabajo																				
	Busco trabajo																				
	Estudio y no trabajo																				
	Oficio del hogar	1	12.5%			1	12.5%					1	12.5%	1	12.5%						
	Incapacitado permanente para trabajar							2	25.0%							2	25.0%				
Otra actividad																					
Tercera Migración	Trabajó	2	100.0%									2	100%							2	100%
	No trabajó pero tenía trabajo					1	100%														
	Busco trabajo																				
	Estudio y no trabajo																				
	Oficio del hogar																				
	Incapacitado permanente para trabajar																				
Otra actividad																					

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016

### 3.3.5 Evolución de la Percepción de la Salud y los Servicios de EsSalud

#### 3.3.5.1 Percepción de salud y enfermedad

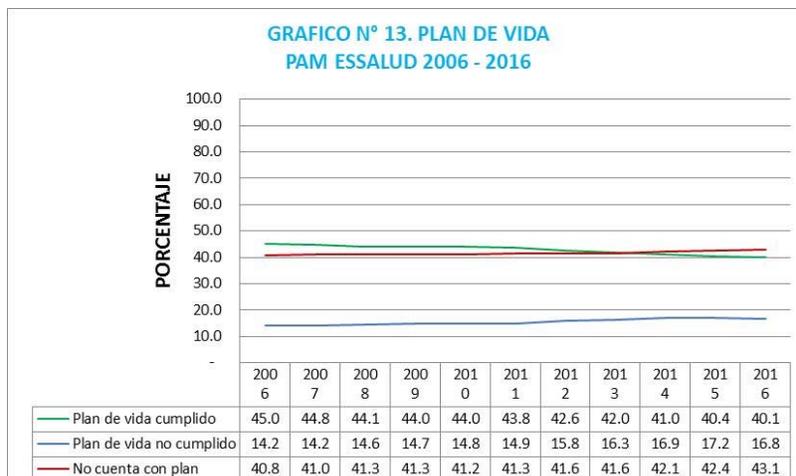
Respecto a la percepción de salud y enfermedad se encontró que en el grupo encuestado durante los últimos 10 años hay una relación inversamente proporcional entre ambas variables, a medida que se avanza en los años la percepción de salud se deteriora y crece la percepción de enfermedad.



Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016

#### 3.3.5.2 Percepción acerca del cumplimiento del plan de vida

Durante los 10 años consultados el porcentaje de AM con plan de vida disminuyó de 49 a 46%. La percepción es que a medida que avanzan los años hay una menor proporción que considera ha cumplido su plan de vida.



Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016

### 3.3.6 Experiencias de Violencia

#### Nacional

Los resultados muestran que un 7.5% de la PAM encuestada ha sido víctima de la inseguridad ciudadana, sufriendo algún atraco o robo, en segundo lugar la violencia verbal en 5.5% y la violencia física en 4.7%. La frecuencia de atracos es ligeramente mayor en mujeres. Con relación a los grupos etarios se observa que el grupo menor de 65 años es el que tiene mayor frecuencia en experiencias de violencia.

**TABLA N° 51. TIPO DE AGRESION SUFRIDA POR SEXO Y GRUPO ETAREO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Tipo de Agresión	Total		Sexo				Grupo Etario					
	N°	%	Hombre N= 871		Mujer N = 1513		60 a 64 Años N=84		65 a 74 años N=1141		75 a más N=1159	
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Agresión física (golpes, bofetadas, patadas)	111	4.7	35	4.0	76	5.0	7	8.3	51	4.5	53	4.6
Expresiones ofensivas o insultos	130	5.5	49	5.6	81	5.4	8	9.5	70	6.1	52	4.5
Abuso sexual	5	0.2	2	0.2	3	0.2	0	0.0	3	0.3	2	0.2
Atraco	178	7.5	56	6.4	122	8.1	9	10.7	100	8.8	69	6.0
Secuestro	6	0.3	3	0.3	3	0.2	0	0.0	4	0.4	2	0.2
Ninguna	1977	82.9	736	84.5	1241	82.0	65	77.4	938	82.2	974	84.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En la Tabla 62 se puede observar que el agresor fue mayoritariamente calificado como otro, considerado externo a la familia; sin embargo, es importante notar que el 3% de la PAM encuestada manifestó que es agredido por algún miembro de su propia familia.

En el análisis comparativo por sexo se aprecia mayor frecuencia en los agresores que no son parientes y en el ítem un miembro del barrio la comunidad. En cuanto a los grupos etáreos se encontró que el grupo menor de 65 años refiere una mayor frecuencia de agresores en la familia que los grupos de mayor edad, donde se incrementa el rubro otros agresores.

**TABLA N° 52. AGRESOR DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA POR SEXO Y GRUPO ETAREO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Tipo de Agresor	Total		Sexo				Grupo Etareo					
			Hombre		Mujer		60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	371	100	123	100	248	100	19	100	188	100	164	100
Familiares que viven con usted	45	11.2	16	11.8	29	10.9	4	21.1	19	9.4	22	12.2
Familiares que no viven con usted	31	8.4	9	7.3	22	8.9	3	15.8	14	7.4	14	8.5
Un no pariente que vive con usted	2	0.5	1	0.8	1	0.4	0	0.0	1	0.5	1	0.6
Un no pariente que no vive con usted	49	13.2	22	17.9	27	10.9	4	21.1	21	11.2	24	14.6
Un miembro de su barrio o comunidad	42	11.3	17	13.8	25	10.1	2	10.5	27	14.4	13	7.9
Miembros de las fuerzas armadas	6	1.6	3	2.4	3	1.2	1	5.3	2	1.1	3	1.8
Otro	185	49.9	52	42.3	133	53.6	6	31.6	99	52.7	80	48.8
No quiere contar	6	1.6	2	1.6	4	1.6	0	0.0	5	2.7	1	0.6

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

El 43% de la PAM encuestada que respondió a esta pregunta refirió haber buscado algún tipo de ayuda por problemas de violencia de cualquier tipo. La cifra en las mujeres es 2.5 puntos porcentual más que en los hombres, así mismo es en el grupo de menor de 65 donde se encontró la mayor frecuencia en esta acción respecto de los otros dos grupos.

**TABLA N° 53. BUSQUEDA DE AYUDA EN CASO DE VIOLENCIA POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

		Total		Sexo				Grupo Etáreo					
				Hombre		Mujer		60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
¿Recurrió a alguna persona o institución para contar lo que le ha pasado?	Total	402	100	136	100	266	100	19	100	202	100	181	100
	Sí	175	43.5	57	41.9	118	44.4	10	52.6	101	50.0	64	35.4
	No	227	56.5	79	58.1	148	55.6	9	47.4	101	50.0	117	64.6

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Del total de AM que refirieron haber buscado algún tipo de ayuda, el 67% lo hizo en alguna institución y el 26% con algún familiar, las diferencias no son estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. En los grupos etáreos se aprecia que los AM menores de 65 años recurrieron a la familia en un 40%, en tanto que esta cifra es bastante menor en los otros dos grupos de edad, donde se incrementa la búsqueda de ayuda en instituciones.

TABLA N° 54. DONDE RECURRIÓ EN CASO DE VIOLENCIA POR SEXO Y GRUPO ETAREO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Lugar de	Total		Sexo				Grupo Etáreo					
	N°	%	Hombre		Mujer		60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	175	100	57	100	118	100	10	100	101	100	64	100
A una institución	118	67.4	38	66.7	80	67.8	6	60.0	70	69.3	42	65.6
A un familiar	45	25.7	14	24.6	31	26.3	4	40.0	24	23.8	17	26.6
Amigos	3	1.7	0	0.0	3	2.5	0	0.0	2	2.0	1	1.6
Otros	6	3.4	4	7.0	2	1.7	0	0.0	3	3.0	3	4.7
No quiere contar	0	0.0	0	0.0	0	.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No sabe	0	0.0	0	0.0	0	.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No responde	3	1.7	1	1.8	2	1.7	0	0.0	2	2.0	1	1.6

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### Por dominio geográfico

En el análisis comparativo entre las zonas geográficas se puede apreciar que la PAM que ha sufrido algún atraco en la Costa duplica los porcentajes encontrados en la Sierra y es cinco veces mayor que en la Selva. En tanto que la violencia verbal en mayor la Sierra con respecto a las otras dos regiones.

TABLA N° 55. TIPO DE VIOLENCIA SUFRIDA POR DOMINIO GEOGRÁFICO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Tipo de Violencia	Total n=2384		Costa n=1566		Sierra n=361		Selva n=457	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Atraco	178	7.5	153	9.8	16	4.4	9	2.0
Expresiones ofensivas o insultos	130	5.5	80	5.1	33	9.1	17	3.7
Agresión física	111	4.7	74	4.7	20	5.5	17	3.7
Abuso sexual	5	0.2	2	0.1	2	0.6	1	0.2
Secuestro	6	0.3	6	0.4	0	0.0	0	0.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En la Sierra es mayor el porcentaje de AM agredidos por familiares que no viven con ellos y en la Selva por familiares que viven con los AM.

TABLA N° 56. TIPO DE AGRESOR POR DOMINIO GEOGRÁFICO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Tipo de agresor	Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total	289	100	76	100	37	100
Familiares que viven con usted	30	10.4	7	9.2	8	21.6
Familiares que no viven con usted	14	5.3	13	19.1	4	10.8
Un no pariente que vive con usted	0	.0	1	1.5	1	2.7
Un no pariente que no vive con usted	36	13.5	7	10.3	6	16.2
Un miembro de su barrio o comunidad	30	11.3	6	8.8	6	16.2
Miembros de las fuerzas armadas	2	.8	3	4.4	1	2.7
Otro	151	56.8	21	30.9	13	35.1
No quiere contar	2	.8	4	5.9	0	.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En cuanto a la búsqueda de ayuda en caso de sufrir violencia se puede apreciar que el porcentaje de AM que busca ayuda es mayor en la Selva con relación a las otras dos regiones.

**TABLA N° 57. BUSQUEDA DE AYUDA EN CASO DE VIOLENCIA POR DOMINIO GEOGRÁFICO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

		Total		Costa		Sierra		Selva	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
¿Recurrió a alguna persona o institución para contar lo que le ha pasado?	<b>Total</b>	<b>402</b>	<b>100</b>	<b>289</b>	<b>100</b>	<b>76</b>	<b>100</b>	<b>37</b>	<b>100</b>
	Si	175	43.5	131	45.3	26	34.2	18	48.6
	No	227	56.5	158	54.7	50	65.8	19	51.4

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En cuanto al lugar donde se recurrió a buscar ayuda el 4.9% de la PAM refirió haber buscado ayuda en alguna institución, las cifras por sexo y región no muestran diferencias si se comparan a la proporción de población afectada.

**TABLA N° 58. DONDE RECURRIÓ EN CASO DE VIOLENCIA POR DOMINIO GEOGRÁFICO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Lugar donde recurre	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	175	100	131	100	26	100	18	100
A una institución	118	67.4	90	68.7	17	65.4	11	61.1
A un familiar	45	25.7	33	25.2	5	19.2	7	38.9
Amigos	3	1.7	2	1.5	1	3.8	0	0.0
Otros, Quien	6	3.4	4	3.1	2	7.7	0	0.0
No quiere contar	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No sabe	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No responde	3	1.7	2	1.5	1	3.8	0	0.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **Por redes asistenciales en Lima Metropolitana**

En Lima Metropolitana se encontró que el porcentaje de PAM que ha sufrido un atraco es 11.4% cifra superior a lo encontrado en el nivel nacional, estos son mayores en mujeres respecto a los hombres. Las agresiones físicas están alrededor del 5% y no se diferencian por sexo. En cuanto a las redes asistenciales se puede observar que la red con mayor inseguridad para la PAM es la Red Sabogal en comparación con las otras dos redes y es también en esta donde se evidencia mayor presencia de agresión física y verbal.

**TABLA N° 59. TIPO DE VIOLENCIA SUFRIDA POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Tipo de agresión	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Lima Metropolitana</b>	<b>1113</b>	<b>100</b>	<b>376</b>	<b>100</b>	<b>366</b>	<b>100</b>	<b>371</b>	<b>100</b>
Agresión física (golpes, bofetadas, patadas)	57	5.1	16	4.3	31	8.5	10	2.7
Expresiones ofensivas o insultos	55	4.9	15	4.0	26	7.1	14	3.8
Abuso sexual	2	.2	1	.3	0	.0	1	.3
Atraco	127	11.4	31	8.2	64	17.5	32	8.6
Secuestro	4	.4	0	.0	1	.3	3	.8
Ninguna	893	80.2	320	85.1	256	69.9	317	85.4

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Los agresores identificados por los AM en Lima Metropolitana son mayormente parientes que no viven con ellos 5.2% y personas ajenas identificadas bajo el rubro de otros 56.9%. En cuanto a la diferenciación por redes vemos que en la Red Almenara es bastante llamativo el porcentaje de PAM que refiere agresión de familiares que viven con ellos, en tanto que en Sabogal predominan los agresores agrupados en la categoría otros.

**TABLA N° 60. AGRESOR DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Tipo de agresor	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Lima Metropolitana</b>	<b>220</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>	<b>110</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>
Familiares que viven con usted	20	9.1	8	14.5	7	6.4	5	9.1
Familiares que no viven con usted	11	5.2	3	5.7	4	3.7	4	7.8
Un no pariente que vive con usted	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	.0
Un no pariente que no vive con usted	33	15.6	0	0.0	2	1.9	31	60.8
Un miembro de su barrio o comunidad	22	10.4	4	7.5	13	12.1	5	9.8
Miembros de las fuerzas armadas	1	0.5	0	0.0	1	0.9	0	0.0
Otro	119	56.4	36	67.9	78	72.9	5	9.8
No quiere contar	2	0.9	1	1.9	1	0.9	0	0.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Con relación a la búsqueda de ayuda vemos que el porcentaje de PAM que buscan ayuda es bastante menor en la Red Almenara que en las otras dos Redes Asistenciales.

**TABLA N° 61. BUSQUEDA DE AYUDA EN CASO DE VIOLENCIA POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

		Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
¿Recurrió a alguna persona o institución para contar lo que le ha pasado?	Total	220	100	55	100	110	100	55	100
	Si	111	50.5	30	54.5	65	59.1	16	29.1
	No	109	49.5	25	45.5	45	40.9	39	70.9

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En cuanto al lugar donde se recurrió a buscar ayuda el 7.9% de la PAM EN Lima Metropolitana refirió haber buscado ayuda en alguna institución, las cifras por sexo y región no muestran diferencias si se comparan a la proporción de población afectada.

**TABLA N° 62. DONDE RECURRIÓ EN CASO DE VIOLENCIA POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Lugar donde recurre	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Lima Metropolitana	111	100	30	100	65	100	16	100
A una institución	81	73.0	21	70.0	46	70.8	14	87.5
A un familiar	24	21.6	5	16.7	18	27.7	1	6.3
Amigos	2	1.8	1	3.3	0	0.0	1	6.3
Otros, Quien	3	2.7	2	6.7	1	1.5	0	0.0
No quiere contar	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No sabe	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
No responde	1	0.9	1	3.3	0	0.0	0	0.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### 3.4 ESTADO COGNITIVO Y FUNCIONAL

#### 3.4.1 Percepción sobre la memoria

##### ***Nacional***

El 50% de la PAM asegurada califica su memoria como regular y un 46% de buena a excelente. Las frecuencias no muestran diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres. La percepción de deterioro de la memoria se incrementa de manera directa con la edad.

**TABLA N° 63. PERCEPCIÓN DE MEMORIA POR SEXO Y GRUPO ETAREO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Percepción de memoria	Sexo						Grupo Etáreo					
	Total		Hombre		Mujer		60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Más	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	871	100	1513	100	84	100	1141	100	1159	100
Excelente	31	1.3	10	1.1	21	1.4	2	2.4	14	1.2	15	1.3
Muy buena	150	6.3	42	4.8	108	7.1	5	6.0	90	7.9	55	4.7
Buena	910	38.2	337	38.7	573	37.9	49	58.3	466	40.8	395	34.1
Regular	1210	50.8	451	51.8	759	50.2	26	31.0	548	48.0	636	54.9
Mala	73	3.1	27	3.1	46	3.0	2	2.4	20	1.8	51	4.4
No sabe/ No responde	10	0.4	4	0.5	6	0.4	0	0.0	3	0.3	7	0.6

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Los AM perciben de manera mayoritaria que su salud se mantiene igual al año anterior en un 80%, no hay diferencia por sexo, la percepción de deterioro es similar en todos los grupos de edad, encontrándose en 11%.

**TABLA N° 64. PERCEPCIÓN DE CAMBIOS EN LA MEMORIA POR SEXO Y GRUPO ETAREO.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

	Sexo						Grupo Etáreo					
	Total		Hombre		Mujer		60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	871	100	1513	100	84	100	1141	100	1159	100
Mejor	95	4.0	38	4.4	57	3.8	3	3.6	45	3.9	47	4.1
Igual	1914	80.3	703	80.7	1211	80.0	66	78.6	917	80.4	931	80.3
Peor	280	11.7	97	11.1	183	12.1	10	11.9	129	11.3	141	12.2
No sabe/No responde	95	4.0	33	3.8	62	4.1	5	6.0	50	4.4	40	3.5

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Con relación al diagnóstico de demencia senil por algún médico los encuestados que respondieron positivamente fueron 19, que hacen un 0.8% de la población. Con cifras menores a 1 no fue posible establecer comparaciones por sexo ni grupo de edad.

**TABLA N° 65. DEMENCIA SENIL POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA  
MAYOR ESSALUD – 2016**

Demencia Senil	Sexo						Grupo Etáreo					
	Total		Hombre		Mujer		60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	871	100	1513	100	84	100	1141	100	1159	100
Si	19	0.8	5	0.6	14	0.9	1	1.2	6	0.5	12	1.0
No sabe/No responde	78	3.3	32	3.7	46	3.0	1	1.2	37	3.2	40	3.5

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **Por dominio geográfico**

La percepción de memoria por regiones muestra una mejor percepción de la condición de la memoria en la Costa, en tanto que en la Selva es mayor la proporción de AM que califica su memoria como regular.

**TABLA N° 66. PERCEPCIÓN DE MEMORIA POR DOMINIO GEOGRÁFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Condición de memoria	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Total</b>	<b>2384</b>	<b>100</b>	<b>1566</b>	<b>100</b>	<b>361</b>	<b>100</b>	<b>457</b>	<b>100</b>
Excelente	31	1.3	18	1.1	6	1.7	7	1.5
Muy buena	150	6.3	115	7.3	19	5.3	16	3.5
Buena	910	38.2	623	39.8	135	37.4	152	33.3
Regular	1210	50.8	755	48.2	187	51.8	268	58.6
Mala	73	3.1	46	2.9	14	3.9	13	2.8
No sabe/No responde	10	0.4	9	0.6	0	0.0	1	0.2

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Con referencia al ámbito geográfico la PAM en la Sierra reportó una mayor proporción de AM que tiene una percepción de que su memoria ha empeorado.

**TABLA N° 67. PERCEPCIÓN DE CAMBIOS EN LA MEMORIA POR DOMINIO GEOGRÁFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Condición de Memoria	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Total</b>	<b>2384</b>	<b>100</b>	<b>1566</b>	<b>100</b>	<b>361</b>	<b>100</b>	<b>457</b>	<b>100</b>
Mejor	95	4.0	78	5.0	8	2.2	9	2.0
Igual	1914	80.3	1288	82.2	274	75.9	352	77.0
Peor	280	11.7	156	10.0	66	18.3	58	12.7
No sabe/No responde	95	4.0	44	2.8	13	3.6	38	8.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En cuanto a demencia senil, como las proporciones reportadas son iguales a cero o uno no se puede establecer comparaciones entre regiones.

**TABLA N° 68. DEMENCIA SENIL POR DOMINIO GEOGRÁFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Total		Costa n=1566		Sierra n=361		Selva n=457	
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
19	0.8	12	0.8	5	1.4	2	0.4

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **Por redes asistenciales en Lima Metropolitana**

En Lima Metropolitana el 53% de la población percibe su estado de memoria como regular y el 43% de buena a excelente, en cuanto a la procedencia los AM del ámbito de la RA Rebagliati muestran un porcentaje mayor que considera su memoria como regular.

**TABLA N° 69. PERCEPCIÓN DE MEMORIA POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Condición de memoria	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Total</b>	<b>1113</b>	<b>100</b>	<b>376</b>	<b>100</b>	<b>366</b>	<b>100</b>	<b>371</b>	<b>100</b>
Excelente	12	1.1	4	1.1	3	0.8	5	1.3
Muy buena	87	7.8	16	4.3	27	7.4	44	11.9
Buena	381	34.2	131	34.8	136	37.2	114	30.7
Regular	591	53.1	218	58.0	179	48.9	194	52.3
Mala	36	3.2	6	1.6	17	4.6	13	3.5
No sabe/No responde	6	0.5	1	0.3	4	1.1	1	0.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

El 81% de la PAM asegurada en Lima Metropolitana percibe que su memoria se mantiene igual al año anterior, las respuestas no tienen diferencia estadística con relación al sexo del AM. Con referencia a la red asistencial la PAM en red Almenara muestra este porcentaje por encima de las otras dos redes.

**TABLA N° 70. PERCEPCIÓN DE CAMBIOS EN LA MEMORIA POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Condición de memoria	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Mejor	65	5.8	24	6.4	19	5.2	22	5.9
Igual	907	81.5	304	80.9	275	75.1	328	88.4
Peor	105	9.4	23	6.1	63	17.2	19	5.1
No sabe/No responde	36	3.2	25	6.6	9	2.5	2	0.5

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Con relación al diagnóstico de demencia senil por algún médico los encuestados que respondieron positivamente fueron 9, que hacen un 0.8% de la población encuestada en Lima Metropolitana. Como las proporciones son iguales a cero o uno no se puede establecer comparaciones entre regiones.

**TABLA N° 71. DEMENCIA SENIL POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
9	0.8	4	1.1	4	1.1	1	0.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### 3.4.2 Evaluación del estado cognitivo. Test Minimental

#### Nacional

La epidemiología de la demencia en los adultos mayores no ha sido aun suficientemente bien caracterizada, en particular en países como Perú. Estimaciones mundiales reflejan prevalencias cercanas a 5% para los mayores de 60 años, que pueden alcanzar hasta 40% de los mayores de 85 años. La prevalencia de la demencia se incrementa al avanzar la edad y alcanza un pico en la novena década de la existencia.

Los resultados muestran que existe la sospecha de la presencia de deterioro cognoscitivo en 8.8% de los AM, 7.8% de los varones y 9.4% de las mujeres, de acuerdo a los resultados del examen abreviado del estado mental (Mini Mental State Examination) adecuado para la encuesta SABE Bogotá. Un rasgo ya conocido, que se confirma con este examen, es que el deterioro cognitivo se incrementa conforme aumenta la edad.

**TABLA N° 72. DETERIORO COGNITIVO POR SEXO Y GRUPO EDAD. TEST MINIMENTAL  
ADAPTADO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Resultado del Minimental	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etáreo					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
							N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	872	100	1512	100	84	100	1141	100	1159	100
Sin Deterioro Cognitivo	2174	91.2	804	92.2	1370	90.6	84	100	1099	96.3	991	85.5
Con Deterioro Cognitivo	210	8.8	68	7.8	142	9.4	0	0	42	3.7	168	14.5

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

El Test minimental considera 5 dominios cognitivos: orientación temporo espacial, memoria diferida, atención y cálculo, lenguaje y capacidad viso constructiva de dibujo. La evaluación por dominio cognitivo muestra mayor deterioro en la evaluación del lenguaje.

TABLA N° 73. EVALUACIÓN POR DOMINIO COGNITIVO POR SEXO Y GRUPO EDAD. TEST MINIMENTAL ADAPTADO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Dominio	Preg	Pun. Máx.	Total		Hombre		Mujer		Hombre						Mujer					
			$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más		60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
									$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS
			$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS	$\bar{X}$	DS
I. Temporo-espacial	B1	4	3.5	0.9	3.6	0.8	3.5	1.0	3.9	0.3	3.7	0.6	3.3	1.0	3.9	0.4	3.7	0.6	3.2	1.2
II. Memoria diferida	B5	3	2.0	1.0	2.1	1.0	2.0	1.0	2.5	0.8	2.2	0.9	1.9	1.0	2.2	1.0	2.2	0.9	1.8	1.1
III. Atención y cálculo	B3	5	3.4	1.7	3.4	1.7	3.4	1.7	4.0	1.4	3.8	1.6	2.9	1.8	4.3	1.1	3.7	1.6	2.9	1.8
IV. Lenguaje	B2	3	0.4	0.8	0.5	0.8	0.5	1.0	0.3	0.6	0.4	0.8	0.5	0.8	0.2	0.5	0.4	0.7	0.5	0.9
	B4	3	2.9	0.5	2.9	0.5	2.9	0.5	3.0	0.0	2.9	0.3	2.8	0.6	2.9	0.3	2.9	0.3	2.8	0.7
V. Capacidad viso constructiva de dibujo	B6	1	0.9	0.4	0.9	0.3	0.8	0.4	1.0	0.0	0.9	0.2	0.8	0.4	1.0	0.0	0.9	0.3	0.8	0.4

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### Por dominio geográfico

En el análisis del deterioro cognitivo por región se encontró una mayor prevalencia en la Costa, con respecto a las otras dos regiones.

TABLA N° 74. DETERIORO COGNITIVO POR DOMINIO GEOGRAFICO. TEST MINIMENTAL ADAPTADO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Resultado del Minimental	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	1566	100	361	100	457	100
Sin Deterioro Cognitivo	2174	91.2	1400	89.4	342	94.7	432	94.5
Con Deterioro Cognitivo	210	8.8	166	10.6	19	5.3	25	5.5

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### Por redes asistenciales en Lima Metropolitana

En el análisis del deterioro cognitivo a nivel de Lima Metropolitana se encontró una prevalencia de 10.9. En las redes asistenciales se encontró que los AM en la Red Almenara tienen la cifra más alta, con respecto a las otras dos redes asistenciales.

TABLA N° 75. DETERIORO COGNITIVO POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. TEST MINIMENTAL ADAPTADO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Resultado del Minimental	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1113	100	376	100	366	100	371	100
Sin Deterioro Cognitivo	992	89.1	345	91.8	328	89.6	319	86.0
Con Deterioro Cognitivo	121	10.9	31	8.2	38	10.4	52	14.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### 3.4.3 Evaluación de la Depresión

#### Nacional

Se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para detectar la depresión. El en nivel nacional se encontró un 14.2 % de depresión moderada y un 2.6% de depresión severa. No se evidencia diferencias estadísticamente significativas por sexo del AM. Con relación con la edad se aprecia que a mayor edad también existe mayor depresión, existiendo un mayor porcentaje de hombres deprimidos en el grupo de 65 a 74 con respecto al mismo grupo etáreo de mujeres.

**TABLA N° 76. DEPRESIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN SEXO Y GRUPO DE EDAD. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Depresión	Total		Hombre		Mujer		Hombre						Mujer					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas		60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
							N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	871	100	1513	100	34	100	443	100	394	100	50	100	698	100	765	100
Normal	1982	83.1	717	82.3	1265	83.6	29	85.3	364	82.2	324	82.2	45	90.0	602	86.2	618	80.8
Depresión moderada	339	14.2	136	15.6	203	13.4	3	8.8	71	16.0	62	15.7	5	10.0	78	11.2	120	15.7
Depresión severa	63	2.6	18	2.1	45	3.0	2	5.9	8	1.8	8	2.0	0	0.0	18	2.6	27	3.5

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

#### Por dominio geográfico

En cuanto a las regiones se evidencia que hay una mayor proporción de AM que obtuvo un resultado de depresión moderada en la Sierra con respecto a las otras dos regiones. La Selva es la región donde los AM muestran menor proporción de depresión moderada o severa.

**TABLA N° 77. DEPRESIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN DOMINIO GEOGRÁFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Presencia y Grado de Depresión	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	1566	100	361	100	457	100
Normal	1982	83.1	1314	83.9	273	75.6	395	86.4
Depresión moderada	339	14.2	208	13.3	76	21.1	55	12.0
Depresión severa	63	2.6	44	2.8	12	3.3	7	1.5

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### Por redes asistenciales en Lima Metropolitana

En Lima Metropolitana se encontró depresión moderada en un 12.6 % y depresión severa en 2.9% de la PAM encuestada. No se ha encontrado diferencia estadísticamente significativa por sexo de manera global. No obstante, al ver por grupo de edad se aprecia que en los hombres no hay un comportamiento de la depresión directamente proporcional a la edad; la depresión severa es mayor en el grupo de 60 a 64 y la depresión moderada en el grupo de 65 a 74.

**TABLA N° 78. DEPRESIÓN SEGÚN SEXO Y GRUPO ETAREO EN LIMA METROPOLITANA.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Depresión	Total		Hombre		Mujer		Hombre						Mujer					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas		60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
							N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Total</b>	<b>1113</b>	<b>100</b>	<b>422</b>	<b>100</b>	<b>691</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>191</b>	<b>100</b>	<b>215</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>304</b>	<b>100</b>	<b>378</b>	<b>100</b>
Normal	941	84.5	351	83.2	590	85.4	14	87.5	154	80.6	183	85.1	9	100	266	87.5	315	83.3
Depresión moderada	140	12.6	60	14.2	80	11.6	1	6.3	32	16.8	27	12.6	0	0.0	31	10.2	49	13.0
Depresión severa	32	2.9	11	2.6	21	3.0	1	6.3	5	2.6	5	2.3	0	0.0	7	2.3	14	3.7

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En el análisis comparativo entre las redes asistenciales se puede apreciar que los AM de la Red Sabogal muestran mayor proporción de depresión moderada o severa con relación a las otras dos redes.

**TABLA N° 79. DEPRESIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN RED ASISTENCIAL.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Presencia y Grado de Depresión	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1113	100	376	100	366	100	371	100
Normal	941	84.5	324	86.2	295	80.6	322	86.8
Depresión moderada	140	12.6	44	11.7	59	16.1	37	10.0
Depresión severa	32	2.9	8	2.1	12	3.3	12	3.2

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

#### **3.4.4 Evaluación del Estado Funcional (índice de Katz)**

Para procesar las preguntas de funcionalidad se ha utilizado el Índice de Katz que mide la dependencia o independencia en seis Actividades Básicas de la Vida Diaria -ABVD: baño, vestido, uso del retrete, transferencias, continencias y comida, ordenadas de manera jerárquica según la historia natural de pérdida de capacidad. Así, habitualmente

primero se pierde la capacidad de bañarse y vestirse y por último las continencias y la comida, recuperándose en orden inverso mediante rehabilitación.

Los AM se han clasificado en siete grupos de la A a la G, los primeros son independientes en todas las ABVD y los últimos, dependientes en todas. Hay pacientes dependientes en dos funciones que por la clasificación jerárquica no pueden ser clasificados en ningún grupo, y se agrupan en el grupo H «otros».

### Índice de Katz. Grados de Dependencia

A: Independiente para todas las funciones.  
 B: Independiente para todas menos para una cualquiera.  
 C: Independiente para todas menos baño y otra cualquiera.  
 D: Independiente para todas menos baño, vestido y otra cualquiera.  
 E: Independiente para todas menos baño, vestido, uso WC y otra cualquiera.  
 F: Independiente para todas menos baño, vestido, uso WC, movilidad y otra cualquiera.  
 G: Dependiente en todas las funciones.

### Nacional

Se encontró que un 76% de los AM encuestados son independientes para todas las ABVD y un 3% son totalmente dependientes para todas las ABVD.

**TABLA N° 80. FUNCIONALIDAD SEGÚN ÍNDICE DE KATZ POR SEXO Y GRUPO ETAREO.  
 POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Cate- goria	Total		Hombre		Mujer		Hombre						Mujer					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más		60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
							N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	872	100	1512	100	34	100	443	100	395	100	50	100	698	100	764	100
A	1809	75.9	695	79.7	1114	73.7	30	88.2	377	85.1	288	72.9	48	96.0	613	87.8	453	59.3
B	304	12.8	107	12.3	197	13.0	3	8.8	47	10.6	57	14.4	2	4.0	62	8.9	133	17.4
C	14	0.6	5	0.6	9	0.6	0	0.0	2	0.5	3	0.8	0	0.0	0	0.0	9	1.2
D	7	0.3	1	0.1	6	0.4	0	0.0	0	0.0	1	0.3	0	0.0	3	0.4	3	0.4
E	21	0.9	6	0.7	15	1.0	0	0.0	1	0.2	5	1.3	0	0.0	3	0.4	12	1.6
F	34	1.4	8	0.9	26	1.7	0	0.0	4	0.9	4	1.0	0	0.0	2	0.3	24	3.1
G	71	3.0	16	1.8	55	3.6	0	0.0	2	0.5	14	3.5	0	0.0	7	1.0	48	6.3
H	124	5.2	34	3.9	90	6.0	1	2.9	10	2.3	23	5.8	0	0.0	8	1.1	82	10.7

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Las mujeres muestran mayor grado de dependencia que los hombres en términos globales, en tanto que por grupos de edad se aprecia que en ambos grupos la dependencia se incrementa de manera directamente proporcional a la edad, siendo el grupo mayor a 74 donde se encuentra el mayor grado de dependencia total.

### Por dominio geográfico

Al comparar los datos por regiones geográficas se encontró que los AM en la Selva son los que presentan mayor grado de independencia total para las ABVD 82%, en tanto que en la Sierra esta cifra es de 70%, con los mayores grados de dependencia total para las ABVD que llegan a 6%

**TABLA N° 81. FUNCIONALIDAD SEGÚN ÍNDICE DE KATZ POR DOMINIO GEOGRÁFICO.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Categoría	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	1566	100	361	100	457	100
A	1809	75.9	1179	75.3	253	70.1	377	82.5
B	304	12.8	188	12.0	62	17.2	54	11.8
C	14	0.6	10	0.6	3	0.8	1	0.2
D	7	0.3	5	0.3	2	0.6	0	0.0
E	21	0.9	16	1.0	3	0.8	2	0.4
F	34	1.4	20	1.3	10	2.8	4	0.9
G	71	3.0	58	3.7	6	1.7	7	1.5
H	124	5.2	90	5.7	22	6.1	12	2.6

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### Por redes asistenciales en Lima Metropolitana

En Lima Metropolitana la independencia de los AM para las ABVD alcanza el 75%, igual a la cifra encontrada en el nivel nacional. Los hombres muestran mayores niveles de independencia para todas las AVBD; el grado de dependencia se incrementa con la edad en ambos grupos. La dependencia total en mujeres es el doble que la de los hombres en el grupo de 75 y más años.

**TABLA N° 82. FUNCIONALIDAD SEGÚN ÍNDICE DE KATZ EN LIMA METROPOLITANA POR SEXO Y GRUPO ETAREO.  
POBLACION ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Categoría	Total		Hombre		Mujer		Hombre						Mujer					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más		60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
							N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1113	100	422	100	691	100	16	100	191	100	215	100	9	100	304	100	378	100
A	836	75.1	335	79.4	501	72.5	13	81.3	163	85.3	159	74.0	9	100.0	269	88.5	223	59.0
B	129	11.6	48	11.4	81	11.7	2	12.5	20	10.5	26	12.1	0	.0	23	7.6	58	15.3
C	2	0.2	1	0.2	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	.5	0	.0	0	.0	1	.3
D	4	0.4	1	0.2	3	0.4	0	0.0	0	0.0	1	.5	0	.0	2	.7	1	.3
E	12	1.1	5	1.2	7	1.0	0	0.0	1	0.5	4	1.9	0	.0	2	.7	5	1.3
F	14	1.3	2	0.5	12	1.7	0	0.0	1	0.5	1	.5	0	.0	0	.0	12	3.2
G	45	4.0	10	2.4	35	5.1	0	0.0	0	0.0	10	4.7	0	.0	5	1.6	30	7.9
H	71	6.4	20	4.7	51	7.4	1	6.3	6	3.1	13	6.0	0	.0	3	1.0	48	12.7

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

La información por redes indica que la Red Sabogal tiene la menor proporción de AM totalmente independientes para las ABVD (65%) que los de las otras redes, y también la mayor proporción de AM totalmente dependiente (9.8%).

TABLA N° 83. FUNCIONALIDAD SEGÚN ÍNDICE DE KATZ EN LA POBLACIÓN ENCUESTADA POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Categoría	Total		Rebagliati		Sabogal		Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1113	100	376	100	366	100	371	100
A	836	75.1	300	79.8	238	65.0	298	80.3
B	129	11.6	28	7.4	72	19.7	29	7.8
C	2	0.2	1	0.3	1	0.3	0	0.0
D	4	0.4	3	0.8	1	0.3	0	0.0
E	12	1.1	6	1.6	3	0.8	3	0.8
F	14	1.3	5	1.3	6	1.6	3	0.8
G	45	4.0	19	5.1	9	2.5	17	4.6
H	71	6.4	14	3.7	36	9.8	21	5.7

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### 3.5 HÁBITOS SALUDABLES Y ESTADO DE SALUD

#### 3.5.1 Hábitos saludables

##### 3.5.1.1 Nutrición

###### Nacional

Un adecuado estado nutricional es esencial para el mantenimiento de la salud a cualquier edad. Las alteraciones del mismo, tanto por exceso como por defecto, se asocian a diversas enfermedades crónico-degenerativas. Con el incremento de la edad aumentan las probabilidades de sufrir el deterioro del estado nutricional, su correcta evaluación considera numerosas variables en distintas dimensiones: antropometría, indicadores bioquímicos, ingesta, etcétera. Sin embargo, es posible aproximarse a su evaluación a través de la estimación del índice de masa corporal (IMC).

Se encontró que el 44% de la PAM encuestada presenta sobrepeso y el 20% califica en la condición de obesos. El sobrepeso es mayor en las mujeres que en los hombres, con relación a la edad la obesidad es menor en el grupo de 75 y más años.

TABLA N° 84. CONDICION NUTRICIONAL SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Condición	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etareo					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
							N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	871	100	1513	100	84	100	1141	100	1159	100
Bajo	64	2.7	22	2.5	42	2.8	1	1.2	23	2.0	40	3.5
Normal	797	33.4	337	38.7	460	30.4	29	34.5	313	27.4	455	39.3
Sobrepeso	1053	44.2	350	40.2	703	46.5	36	42.9	522	45.7	495	42.7
Obesidad	470	19.7	162	18.6	308	20.4	18	21.4	283	24.8	169	14.6

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Para la evaluación global del estado nutricional se utilizó una herramienta, ampliamente estudiada y validada a la fecha: el Examen Mínimo del Estado Nutricional (Mini Nutritional Assessment) (Guigoz et al.,1996). Esta prueba permite el reconocimiento oportuno de la presencia de desnutrición y la identificación de sujetos en riesgo de sufrirla. A pesar de que en la encuesta aplicada no se encuentra la información óptima para el cálculo de este indicador, se logró su estimación sustituyendo los datos omitidos por el contenido de variables semejantes. Así, se encontró que el 11.8% de los adultos mayores de 60 años presentaban riesgo de desnutrición y el 1% presenta malnutrición. No hay diferencia estadística por sexo. En cuanto a la edad el grupo donde las cifras de riesgo son mayores está en los mayores de 75 años.

**TABLA N° 85. EVALUACION NUTRICIONAL SEGÚN EL TEST MININUTRICIONAL ASSESSMENT POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Estado nutricional	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etáreo					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
							N°	%	N°	%	N°	%
Total	2197	100	816	100	1381	100	84	100	1087	100	1026	100
Estado nutricional normal	1918	87.3	716	87.7	1202	87.0	74	88.1	983	90.4	861	83.9
Riesgo de malnutrición	260	11.8	90	11.0	170	12.3	9	10.7	101	9.3	150	14.6
Malnutrición	19	0.9	10	1.2	9	0.7	1	1.2	3	0.3	15	1.5

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Con relación a los hábitos alimenticios de la PAM se encontró que existe un 33% que consume menos de tres comidas al día. Más del 80% consume una dieta variada que incluye lácteos, proteínas, frutas y leguminosas. El 21.5% de la PAM consume menos de 2 vasos de agua al día. No hay diferencia significativa por sexo.

**TABLA N° 86. TIPO DE ALIMENTOS QUE CONSUME POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Consumo de alimentos		Total		Hombre		Mujer		Grupo Etáreo					
		N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
								N°	%	N°	%	N°	%
Total		2384	100	871	100	1513	100	84	100	1141	100	1159	100
Comidas completas realiza al día	Una	110	4.6	43	4.9	67	4.4	5	6.0	53	4.6	52	4.5
	Dos	680	28.5	256	29.4	424	28.0	17	20.2	300	26.3	363	31.3
	Tres o más	1576	66.1	565	64.9	1011	66.8	61	72.6	782	68.5	733	63.2
Consumo de leche, queso u otros lácteos al menos una vez al día		2000	83.9	729	83.7	1271	84.0	68	81.0	961	84.2	971	83.8
Consumo de huevos, frijoles o lentejas (leguminosas) una o dos veces por semana		2248	94.3	816	93.7	1432	94.6	79	94.0	1089	95.4	1080	93.2
Consumo de carne, pescado o aves diariamente		2220	93.1	809	92.9	1411	93.3	81	96.4	1065	93.3	1074	92.7
Consumo de frutas o verduras al menos dos veces al día		2108	88.4	779	89.4	1329	87.8	73	86.9	1019	89.3	1016	87.7

Consumo de alimentos		Total		Hombre		Mujer		Grupo Etéreo					
		N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
								N°	%	N°	%	N°	%
Vasos de agua u otros líquidos consumidos al día	De 1 a 2	512	21.5	193	22.2	319	21.1	19	22.6	242	21.2	251	21.7
	De 3 a 5	1096	46.0	384	44.1	712	47.1	43	51.2	487	42.7	566	48.8
	Más de 5	763	32.0	290	33.3	473	31.3	22	26.2	407	35.7	334	28.8

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **Por dominio geográfico**

No hay diferencias estadísticamente significativas entre regiones en cuanto a condición nutricional por IMC.

**TABLA N° 87. CONDICION NUTRICIONAL SEGUN INDICE DE MASA CORPORAL POR DOMINIO GEOGRÁFICO POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Condición	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	1566	100	361	100	457	100
Bajo	64	2.7	40	2.6	8	2.2	16	3.5
Normal	797	33.4	522	33.3	118	32.7	157	34.4
Sobrepeso	1053	44.2	703	44.9	159	44.0	191	41.8
Obesidad	470	19.7	301	19.2	76	21.1	93	20.4

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En la evaluación con el test mininutricional se encontró mayor presencia de riesgo nutricional en la Sierra con respecto a las otras dos regiones. La presencia de malnutrición se encontró básicamente en la Costa.

**TABLA N° 88. EVALUACION NUTRICIONAL SEGÚN EL TEST MININUTRICIONAL ASSESSMENT POR DOMINIO GEOGRÁFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Estado nutricional	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2197	100	1423	100	338	100	436	100
Estado nutricional normal	1918	87.3	1235	86.8	278	82.2	405	92.9
Riesgo de malnutrición	260	11.8	170	11.9	60	17.8	30	6.9
Malnutrición	19	0.9	18	1.3	0	0.0	1	0.2

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Con relación al consumo de alimentos es importante notar que el 51% de la PAM en la Sierra consume solo una o dos comidas al día. En tanto que en la Selva se encontró que el 83% consumen 3 o más comidas. En la composición de la dieta se aprecia que en la Sierra es donde hay menor consumo de lácteos, huevos, leguminosas y especialmente frutas que presenta una frecuencia. El consumo de agua es menor en la Sierra y Selva con relación a la Costa.

**TABLA N° 89. TIPO DE ALIMENTOS QUE CONSUME POR DOMINIO GEOGRAFICO**

POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Consumo de alimentos		Total		Costa		Sierra		Selva	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Total</b>		<b>2384</b>	<b>100</b>	<b>1566</b>	<b>100</b>	<b>361</b>	<b>100</b>	<b>457</b>	<b>100</b>
Comidas completas realiza al día	Una	110	4.6	86	5.5	8	2.2	16	3.5
	Dos	680	28.5	445	28.4	177	49.0	58	12.7
	Tres o más	1576	66.1	1024	65.4	174	48.2	378	82.7
Consumo de leche, queso u otros lácteos al menos una vez al día		2000	83.9	1350	86.2	276	76.5	374	81.8
Consumo de huevos, frijoles o lentejas (leguminosas) una o dos veces por semana		2248	94.3	1487	95.0	323	89.5	438	95.8
Consumo de carne, pescado o aves diariamente		2220	93.1	1468	93.7	325	90.0	427	93.4
Consumo de frutas o verduras al menos dos veces al día		2108	88.4	1412	90.2	293	81.2	403	88.2
Vasos de agua u otros líquidos consumidos al día	De 1 a 2	512	21.5	229	14.6	120	33.2	163	35.7
	De 3 a 5	1096	46.0	736	47.0	181	50.1	179	39.2
	Más de 5	763	32.0	594	37.9	60	16.6	109	23.9

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

**Por redes asistenciales en Lima Metropolitana**

En Lima Metropolitana se encontró que el 45% de los AM encuestados presenta sobrepeso y el 18% obesidad. Las mujeres presentan mayor sobrepeso y obesidad que los hombres. En este grupo se observa que la obesidad disminuye a medida que avanza la edad.

TABLA N° 90. CONDICION NUTRICIONAL SEGÚN INDICE DE MASA CORPORAL POR SEXO Y GRUPO ETAREO EN LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Condición	Total		Hombre		Mujer		Total					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
							N°	%	N°	%	N°	%
<b>Total</b>	<b>1113</b>	<b>100</b>	<b>422</b>	<b>100</b>	<b>691</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>495</b>	<b>100</b>	<b>593</b>	<b>100</b>
Bajo	29	2.6	10	2.4	19	2.7	0	.0	13	2.6	16	2.7
Normal	375	33.7	176	41.7	199	28.8	10	40.0	138	27.9	227	38.3
Sobrepeso	505	45.4	173	41.0	332	48.0	8	32.0	229	46.3	268	45.2
Obesidad	204	18.3	63	14.9	141	20.4	7	28.0	115	23.2	82	13.8

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

La Red Sabogal presenta una proporción de obesidad ligeramente mayor a Rebagliati y Sabogal.

**TABLA N° 91. CONDICION NUTRICIONAL SEGÚN INDICE DE MASA CORPORAL POR REDES ASISTENCIALES. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

IMC del AM	Total n=1113		RA Rebagliati n=376		RA Sabogal n=366		RA Almenara n=371	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo	29	2.6	8	2.1	14	3.8	7	1.9
Normal	375	33.7	143	38.0	105	28.7	127	34.2
Sobrepeso	505	45.4	163	43.4	168	45.9	174	46.9
Obesidad	204	18.3	62	16.5	79	21.6	63	17.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En la evaluación con el test mininutricional se encontró que a nivel de Lima Metropolitana el riesgo de malnutrición es de 11.6 y los AM con malnutrición son el 1.3. No hay diferencias estadísticamente significativas entre redes.

**TABLA N° 92. EVALUACION NUTRICIONAL SEGÚN EL TEST MININUTRICIONAL ASSESSMENT POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACION ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1021	100	348	100	337	100	336	100
Estado nutricional normal	890	87.2	309	88.8	290	86.1	291	86.6
Riesgo de malnutrición	118	11.6	35	10.1	41	12.2	42	12.5
Malnutrición	13	1.3	4	1.1	6	1.8	3	0.9

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Con relación al consumo de alimentos es notar que el 44% de la PAM consume solo una o dos comidas al día en la Red Rebagliati. En la composición de la dieta se aprecia que en la red Rebagliati se reportó menor consumo de lácteos, huevos, leguminosas y especialmente frutas que presenta una frecuencia. El consumo de agua es menor en la Red Almenara con relación a las otras dos.

**TABLA N° 93. TIPO DE ALIMENTOS QUE CONSUME POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Consumo de alimentos		Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Total</b>		<b>1113</b>	<b>100</b>	<b>376</b>	<b>100</b>	<b>366</b>	<b>100</b>	<b>371</b>	<b>100</b>
Comidas completas realiza al día	Una	45	4.0	24	6.4	10	2.7	11	3.0
	Dos	340	30.5	144	38.3	123	33.6	73	19.7
	Tres o más	721	64.8	207	55.1	231	63.1	283	76.3
Consumo de leche, queso u otros lácteos al menos una vez al día		981	88.1	313	83.2	340	92.9	328	88.4
Consumo de huevos, frijoles o lentejas (leguminosas) una o dos veces por semana		1048	94.2	344	91.5	355	97.0	349	94.1
Consumo de carne, pescado o aves diariamente		1030	92.5	336	89.4	353	96.4	341	91.9

Consumo de alimentos	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara		
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Consumo de frutas o verduras al menos dos veces al día	999	89.8	325	86.4	342	93.4	332	89.5	
Vasos de agua u otros líquidos consumidos al día	De 1 a 2	175	15.7	62	16.5	65	17.8	48	12.9
	De 3 a 5	494	44.4	166	44.1	148	40.4	180	48.5
	Más de 5	441	39.6	147	39.1	152	41.5	142	38.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### 3.5.1.2 Antropometría

#### Nacional

La talla media de la población encuestada es de 1.56 cm y el peso medio de 65 Kg. Se evidencia una reducción ligera de ambas medidas a medida que avanza la edad.

**TABLA N° 94. MEDIA DE LAS MEDIDAS ANTROPOMETRICAS POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

	Total		Hombre		Mujer		Hombre						Mujer					
	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más		60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
							Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media
Estatura en centímetros	156.0	.2	155.7	.3	156.1	.3	158.3	1.4	156.8	.4	154.1	.5	157.9	1.2	157.1	.4	155.0	.4
Peso en kg	65.0	.3	64.7	.5	65.3	.4	64.2	2.2	67.0	.7	62.0	.6	68.6	1.8	68.3	.5	62.0	.5
Circunferencia del brazo	28.0	.1	28.0	.1	28.0	.1	28.7	.7	28.8	.2	27.1	.2	28.2	.6	28.9	.1	27.1	.1
Perímetro abdominal en cm	96.5	.3	96.2	.4	96.7	.3	93.4	2.2	96.4	.6	96.2	.7	96.4	1.8	97.5	.5	95.9	.5
Circunferencia pantorrilla en cm	33.8	.1	33.8	.1	33.8	.1	33.8	.7	34.5	.2	33.0	.2	34.5	.6	34.8	.1	32.7	.1

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

La fuerza de agarre promedio en la población encuestada fue de 19.4 Kg, no se encontró diferencia por sexo, pero si una reducción de la misma a medida que avanza la edad.

**TABLA N° 95. FUERZA DE AGARRE (KG.) POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Total		Hombre		Mujer		Hombre						Mujer					
Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más		60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
						Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media
19.3	.2	19.4	.3	19.3	.2	23.3	1.8	20.8	.4	17.4	.4	22.3	1.2	21.1	.3	17.3	.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### Por Dominio Geográfico

Entre las regiones se aprecia que la PAM de la Selva tiene una estatura ligeramente mayor a las otras dos regiones y la de la Costa un peso ligeramente menor.

TABLA N° 96. MEDIA DE LAS MEDIDAS ANTROPOMETRICAS POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Medidas	Total		Costa		Sierra		Selva	
	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media
Estatura en centímetros	156.0	.2	155.7	.3	155.7	.5	157.0	.4
Peso en kg	65.0	.3	64.8	.4	65.5	.7	65.7	.6
Circunferencia del brazo	28.0	.1	28.2	.1	27.4	.2	28.0	.2
Perímetro abdominal en cm	96.5	.3	96.0	.3	98.0	.7	96.9	.6
Circunferencia pantorrilla en cm	33.8	.1	33.7	.1	33.3	.2	34.3	.2

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

No se ha encontrado diferencia en la fuerza de agarre por regiones.

TABLA N° 97. FUERZA DE AGARRE (KG.) POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Total		Costa		Sierra		Selva	
Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media
19.3	.2	19.2	.2	19.6	.4	19.3	.4

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### Por Red Asistencial

La estatura media en Lima metropolitana es de 156 cm. y el peso de 64.9 kg., la estatura es ligeramente menor en la Red Sabogal y el peso ligeramente mayor en la Red Almenara.

TABLA N° 98. MEDIA DE LAS MEDIDAS ANTROPOMETRICAS POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Medidas	TOTAL		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media
Estatura en centímetros	156.0	.3	156.2	.5	154.9	.5	156.9	.5
Peso en kg	64.9	.4	64.9	.8	64.1	.7	65.7	.7
Circunferencia del brazo	28.4	.1	29.0	.2	28.2	.2	27.9	.2
Perímetro abdominal en cm	95.8	.4	93.6	.8	97.3	.6	96.5	.6
Circunferencia pantorrilla en cm	34.1	.1	34.4	.2	33.9	.2	33.9	.2

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

La fuerza de agarre promedio en Lima Metropolitana fue de 19.5 kg, encontrándose una mayor fuerza en la Red Almenara respecto de las otras dos redes.

**TABLA N° 99. FUERZA DE AGARRE POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA almenara	
Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media
19.5	.3	18.8	.4	18.8	.4	20.8	.5

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### 3.5.1.3 Actividad física

#### **Nacional**

Solamente un tercio de la PAM refirió haber realizado actividad física durante el último año, y un 39% manifestó realizar manualidades en el último año. No hay diferencia significativa por sexo. Ambas actividades decrecen a medida que avanza la edad.

**TABLA N° 100. CONDUCTA Y/O ACTIVIDAD FISICA SEGÚN SEXO Y GRUPO ETAREO POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

	Total		Hombre		Mujer		TOTAL					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
							N°	%	N°	%	N°	%
TOTAL	2384	100	871	100	1513	100.0	84	100	1141	100	1159	100.0
Ejercicio o actividades físicas fuertes como deportes, tres veces a la semana en los últimos 12 meses	775	32.5	296	34.0	479	31.7	46	54.8	445	39.0	284	24.5
Manualidad, artesanía, por lo menos una vez a la semana en los últimos 12 meses	933	39.1	356	40.9	577	38.1	46	54.8	483	42.3	404	34.9

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

#### **Por dominio geográfico**

Con relación a las regiones se observa que el porcentaje de ambas actividades son mayores en la Sierra.

**TABLA N° 101. CONDUCTA Y/O ACTIVIDAD FISICA SEGÚN DOMINIO GEOGRÁFICO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Tipo de Actividad	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ejercicio o actividades físicas fuertes como deportes, tres veces a la semana en los últimos 12 meses	775	32.5	493	31.5	133	36.8	149	32.6
Manualidad, artesanía, por lo menos una vez a la semana en los últimos 12 meses	933	39.1	528	33.7	205	56.8	200	43.8

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **Por redes asistenciales en Lima Metropolitana**

En Lima Metropolitana el 26% de AM manifestó haber realizado alguna actividad física en los últimos 12 meses. La RA Rebagliati muestra las proporciones más altas de AM que realizaron actividad física o manualidades.

**TABLA N° 102. CONDUCTA Y/O ACTIVIDAD FISICA SEGÚN RED ASISTENCIAL.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Tipo de Actividad	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ejercicio o actividades físicas fuertes como deportes, tres veces a la semana en los últimos 12 meses	292	26.2	125	33.2	76	20.8	91	24.5
Manualidad, artesanía, por lo menos una vez a la semana en los últimos 12 meses	319	28.7	131	34.8	109	29.8	79	21.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **3.5.1.4 Sexualidad**

#### **Nacional**

El adulto mayor en el 49.7% de los AM encuestados refiere que la sexualidad es importante o muy importante en su vida. No hay diferencia estadística significativa entre hombres y mujeres; no obstante, se va reduciendo con la edad.

**TABLA N° 103. VALORACION DE LA SEXUALIDAD POR SEXO Y GRUPO ETAREO.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Importancia de la sexualidad	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etáreo					
							60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	871	100	1513	100	84	100	1141	100	1159	100
Muy importante	266	11.2	104	11.9	162	10.7	14	16.7	154	13.5	98	8.5
Importante	919	38.5	342	39.3	577	38.1	36	42.9	466	40.8	417	36.0
Me es indiferente	332	13.9	121	13.9	211	13.9	6	7.1	158	13.8	168	14.5
Poco importante	385	16.1	138	15.8	247	16.3	10	11.9	167	14.6	208	17.9
Nada importante	303	12.7	100	11.5	203	13.4	11	13.1	124	10.9	168	14.5

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Solamente el 51% de la PAM manifestó tener algún conocimiento acerca de sus derechos sexuales y el 37% reportó que informo a sus hijos o nietos acerca de la sexualidad. En ambos casos la cifra es mayor en hombres con respecto a las mujeres y disminuye progresivamente a medida que avanza la edad.

**TABLA N° 104. INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD Y DERECHOS POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Información sobre sexualidad	Total		Hombre		Mujer		Total					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
							N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	872	100	1512	100	84	100	1141	100	1159	100
Conoce del derecho a una vida sexual libre de violencia y con protección legal y jurídica	1225	51.4	476	54.6	749	49.5	56	66.7	695	60.9	474	40.9
Conoce del derecho a relacionarse sexualmente con una persona del mismo sexo	1235	51.8	489	56.1	746	49.3	56	66.7	686	60.1	493	42.5
Conoce del derecho a una vida sexual placentera	1223	51.3	467	53.6	756	50.0	53	63.1	688	60.3	482	41.6
Brindó información sobre la sexualidad a sus hijos o a sus nietos	889	37.3	350	40.1	539	35.6	37	44.0	503	44.1	349	30.1

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### ***Por dominio geográfico***

En el análisis comparativo por regiones la Selva muestra una proporción del 64% de AM que manifiesta que la sexualidad es importante o muy importante, cifra muy por encima de lo encontrado en las otras regiones.

**TABLA N° 105. VALORACION DE LA SEXUALIDAD SEGUN DOMINIO GEOGRÁFICO POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Importancia de la sexualidad	Total		Costa n=1566		Sierra n=361		Selva n=457	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Muy importante	266	11.2	139	8.9	49	13.6	78	17.1
Importante	919	38.5	590	37.7	114	31.6	215	47.0
Me es indiferente	332	13.9	212	13.5	57	15.8	63	13.8
Poco importante	385	16.1	294	18.8	66	18.3	25	5.5
Nada importante	303	12.7	196	12.5	67	18.6	40	8.8

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En el análisis por regiones se encontró que las cifras mayores en cuanto a conocimientos acerca de los derechos sexuales están en la Sierra, en tanto que la PAM que conversó

con sus hijos y nietos sobre sexualidad es mayor en la Selva respecto de las otras regiones.

**TABLA N° 106. INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD Y DERECHOS EN EL ADULTO MAYOR POR DOMINIO GEOGRAFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Información sobre sexualidad	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100.0	1566	100.0	361	100.0	457	100.0
Conoce del derecho a una vida sexual libre de violencia y con protección legal y jurídica	1225	51.4	776	49.6	219	60.7	230	50.3
Conoce del derecho a relacionarse sexualmente con una persona del mismo sexo	1235	51.8	812	51.9	205	56.8	218	47.7
Conoce del derecho a una vida sexual placentera	1223	51.3	752	48.0	210	58.2	261	57.1
Brindó información sobre la sexualidad a sus hijos o a sus nietos	889	37.3	504	32.2	142	39.3	243	53.2

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **Por redes asistenciales en Lima Metropolitana**

En Lima Metropolitana 48.7 % de los AM encuestados refiere que la sexualidad es importante o muy importante en su vida. En el análisis comparativo por sexo se encontró que la proporción de hombres que consideran la sexualidad importante o muy importante es mayor que las mujeres, la valoración de la sexualidad decrece a medida que avanza la edad.

**TABLA N° 107. LA SEXUALIDAD EN LIMA METROPOLITANA POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Importancia de la sexualidad	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etáreo					
							60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1113	100	422	100	691	100	25	100	495	100	593	100
Muy importante	105	9.4	51	12.1	54	7.8	6	24	50	10.1	49	8.3
Importante	437	39.3	173	41	264	38.2	11	44	214	43.2	212	35.8
Me es indiferente	137	12.3	45	10.7	92	13.3	1	4	61	12.3	75	12.6
Poco importante	196	17.6	66	15.6	130	18.8	2	8	77	15.6	117	19.7
Nada importante	154	13.8	53	12.6	101	14.6	2	8	60	12.1	92	15.5

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre redes en la valoración de la sexualidad por parte de la PAM.

**TABLA N° 108. VALORACION DE LA SEXUALIDAD POR REDES ASISTENCIALES DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Importancia de la sexualidad	Tota		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1113	100	376	100	366	100	371	100
Muy importante	105	9.4	26	6.9	54	14.8	25	6.7
Importante	437	39.3	161	42.8	124	33.9	152	41.0
Me es indiferente	137	12.3	36	9.6	58	15.8	43	11.6
Poco importante	196	17.6	61	16.2	61	16.7	74	19.9
Nada importante	154	13.8	42	11.2	52	14.2	60	16.2

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En cuanto a las redes asistenciales se encontró que la PAM con menor conocimiento acerca de derechos sexuales es la perteneciente a la Red Almenara; en tanto que la Red con menor proporción de PAM que refirió haber tenido alguna conversación con hijos o nietos sobre temas de sexualidad fue Rebagliati.

**TABLA N° 109. INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD Y DERECHOS EN EL ADULTO MAYOR POR REDES ASISTENCIALES DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1113	100	376	100	366	100	371	100
Conoce del derecho a una vida sexual libre de violencia y con protección legal y jurídica	587	52.7	207	55.1	227	62.0	153	41.2
Conoce del derecho a relacionarse sexualmente con una persona del mismo sexo	610	54.8	238	63.3	204	55.7	168	45.3
Conoce del derecho a una vida sexual placentera	575	51.7	194	51.6	227	62.0	154	41.5
Brindó información sobre la sexualidad a sus hijos o a sus nietos	399	35.8	107	28.5	173	47.3	119	32.1

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### 3.5.1.5 Consumo de alcohol y cigarrillos

#### **Nacional**

El 13% de los AM encuestados refieren que consumen bebidas alcohólicas un día en la semana. No hay diferencia entre hombres y mujeres, pero si se observa que el consumo se reduce a medida que avanza la edad.

TABLA N° 110. FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Consumo promedio de alcohol	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etáreo					
							60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	872	100	1512	100	84	100	1141	100	1159	100
Menos de 1 día por semana	321	13.5	116	13.3	205	13.5	15	17.9	186	16.3	120	10.4
2 a 3 días por semana	26	1.1	11	1.3	15	1.0	0	0.0	16	1.4	10	0.9
4 a 6 días por semana	4	0.2	3	0.3	1	0.1	0	0.0	2	0.2	2	0.2
Todos los días	5	0.2	2	0.2	3	0.2	0	0.0	2	0.2	3	0.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En cuanto a la cantidad de licor consumido los AM refirieron que el licor que se consume en mayor cantidad es la cerveza que llega a un consumo de 4.6 copas por día en las fechas que consume alcohol, en tanto que de vino y otros licores se consume un promedio de 2 copas. No se evidencia diferencia en la cantidad de alcohol consumido por sexo. Sin embargo, al diferenciar el consumo por edad se aprecia que los hombres menores de 65 años son los que consumen mayor cantidad de alcohol respecto de los otros grupos.

TABLA N° 111. CANTIDAD DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS CONSUMIDAS POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Tipo de licor	Total		Hombre		Mujer		Hombre						Mujer					
	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más		60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
							Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media
							Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media
Copas de vino	2.0	.1	2.2	.3	1.8	.2	1.7	.7	1.9	.3	2.6	.5	2.8	1.1	1.6	.2	2.0	.2
Copas de cerveza	4.6	.3	4.4	.4	4.8	.3	9.7	5.5	3.8	.4	4.8	.8	3.6	1.6	5.0	.4	4.6	.7
Copas de licor	2.2	.2	2.3	.3	2.1	.3	4.0	.	2.1	.3	2.2	.5	.	.	2.6	.5	1.7	.2

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Con relación al consumo de cigarrillos el 3% refiere que fuma actualmente y el 25% que antes fumó pero que dejó de hacerlo. No se encontró diferencia significativa por sexo, pero si se observa que la frecuencia de consumo se va reduciendo a medida que avanza la edad.

**TABLA N° 112. CONSUMO DE CIGARRILLOS POR SEXO Y GRUPO ETAREO.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Consumo de Cigarrillo	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etáreo					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
							N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	872	100	1512	100	84	100	1141	100	1159	100
Antes fumó y fuma actualmente	78	3.3	33	3.8	45	3.0	4	4.8	45	3.9	29	2.5
Antes fumó, pero ya no	607	25.5	210	24.1	397	26.2	17	20.2	296	25.9	294	25.4
Antes no fumó, pero ahora fuma	11	0.5	3	0.3	8	0.5	1	1.2	3	0.3	7	0.6

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

El promedio de cigarrillos consumidos por día entre los que respondieron a la pregunta es de 5, el consumo es ligeramente mayor en hombres que en mujeres. En cuanto a los grupos de edad no hay un patrón de comportamiento determinado.

La media de edad en que los encuestados iniciaron el hábito de fumar es de 26.4 años, las mujeres empezaron a fumar a mayor edad que los hombres. Los AM mayores de 75 años de edad refieren haber iniciado el hábito de consumo más tarde que los menores de 65 años.

**TABLA N° 113. CARACTERÍSTICAS DE CONSUMO DE CIGARRILLOS POR SEXO Y GRUPO ETAREO.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Características	Total		Hombre		Mujer		Hombre						Mujer					
	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más		60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
							Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media
N° cigarrillos por día	5.0	.6	5.3	1.0	4.8	.7	5.5	4.5	6.2	1.4	3.1	.8	6.0	4.0	3.3	.7	6.3	1.3
Edad cuando comenzó a fumar	26.4	1.8	23.5	2.7	28.3	2.3	17.0	3.0	20.6	1.7	33.0	9.2	25.0	1.0	28.9	2.7	28.0	4.4

**Por dominio geográfico**

En el análisis comparativo se aprecia que la proporción de AM que refieren consumir bebidas alcohólicas menos de una vez por semana es menor en la Sierra con respecto a las otras dos regiones.

**TABLA N° 114. FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS POR DOMINIO GEOGRÁFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Consumo promedio de alcohol	Total N= 1384		Costa n=1566		Sierra n=361		Selva n=457	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Menos de 1 día por semana	321	13.5	213	13.6	35	9.7	73	16.0
2 a 3 días por semana	26	1.1	21	1.3	1	0.3	4	0.9
4 a 6 días por semana	4	0.2	2	0.1	1	0.3	1	0.2
Todos los días	5	0.2	4	0.3	1	0.3	0	0.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En las tres regiones el licor que se consume en mayor cantidad es la cerveza, la Sierra reporta mayor número de copar para todos los tipos de licor respecto de las otras dos regiones.

**TABLA N° 115. CANTIDAD DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS CONSUMIDAS POR DOMINIO GEOGRÁFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Tipo de licor	Total		Costa		Sierra		Selva	
	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media
Copas de vino	2.0	.1	1.9	.2	2.2	.5	2.1	.4
Copas de cerveza	4.6	.3	4.7	.3	5.8	1.5	4.0	.5
Copas de licor	2.2	.2	2.3	.2	3.3	1.0	1.4	.2

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016

En el análisis comparativo en las tres zonas se evidencia que el consumo de cigarrillo es ligeramente menor en la Sierra con respecto a las otras dos regiones. Así mismo el porcentaje de AM encuestados que dejo de fumar es mayor en la Costa.

**TABLA N° 116. CONSUMO DE CIGARRILLOS SEGÚN, DOMINIO GEOGRÁFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Consumo de Cigarrillo	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Total</b>	<b>1384</b>	<b>100</b>	<b>1566</b>	<b>100</b>	<b>361</b>	<b>100</b>	<b>457</b>	<b>100</b>
Antes fumó y fuma actualmente	78	3.3	52	3.3	9	2.5	17	3.7
Antes fumó, pero ya no	607	25.5	421	26.9	79	21.9	107	23.4
Antes no fumó, pero ahora fuma	11	0.5	5	0.3	3	0.8	3	0.7

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

El promedio de cigarrillos consumidos por día el Lima Metropolitana es de 5 al igual que a nivel nacional. En cuanto a las regiones el consumo es menor en la Selva donde es de 2.7 cigarrillos por día.

En la comparación por regiones se encuentra que en la Sierra la edad de inicio del hábito de fumar es el mayor con 35 años y en la Selva es el menor con 20.8 años.

**TABLA N° 117. CARACTERÍSTICAS DE CONSUMO DE CIGARRILLOS POR DOMINIO GEOGRAFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Características	Total		Costa		Sierra		Selva	
	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media
Número de cigarrillos por día	5.0	.6	5.5	.8	5.9	1.9	2.7	.6
Edad de inicio del consumo de cigarrillo	26.4	1.8	26.6	2.3	34.9	6.5	20.8	1.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **Por redes asistenciales en Lima Metropolitana**

En Lima Metropolitana el 15% de los asegurados encuestados refiere consumir alcohol menos de 1 día a la semana. La Red Almenara muestra una proporción bastante menor con respecto a las otras dos redes.

**TABLA N° 118. FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS POR, REDES ASISTENCIAL POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Consumo promedio de alcohol	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1113	100	376	100	366	100	371	100
Menos de 1 día por semana	174	15.6	77	20.5	72	19.7	25	6.7
2 a 3 días por semana	11	1.0	4	1.1	6	1.6	1	0.3
4 a 6 días por semana	2	0.2	1	0.3	0	0.0	1	0.3
Todos los días	4	0.4	1	0.3	2	0.5	1	0.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

El licor que se consume en mayor cantidad en Lima Metropolitana según la PAM es la cerveza, en la caracterización por redes se aprecia que en la Red Almenara se consume mayor número de copas de cerveza y de otro licor respecto de las otras dos redes asistenciales.

**TABLA N° 119. CANTIDAD DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS CONSUMIDAS POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Tipo de licor	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media
Copas de vino	2.0	.2	2.0	.3	1.9	.3	1.3	.3
Copas de cerveza	4.6	.4	4.3	.6	4.4	.5	5.5	1.0
Copas de licor	2.4	.3	2.6	.3	1.6	.6	3.0	.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En cuanto al hábito de fumar el 2.4% de AM manifestó que fuma actualmente. En el análisis comparativo la Red Sabogal presentó la menor proporción de AM que fuman actualmente; sin embargo, la diferencia no es estadísticamente significativa.

**TABLA N° 120. CONSUMO DE CIGARRILLOS POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Hábito de consumo de cigarrillo	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1113	100	376	100	366	100	371	100
Antes fumó y fuma actualmente	27	2.4	10	2.7	6	1.6	11	3.0
Antes fumó, pero ya no	329	29.6	119	31.6	120	32.8	90	24.3
Antes no fumó, pero ahora fuma	4	0.4	2	0.5	1	0.3	1	0.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En Lima Metropolitana la PAM que fuma refirió consumir en promedio 5 cigarrillos al día. En la comparación por redes se aprecia que en la Red Almenara el consumo es menor, alcanzando 2.7 cigarrillos por día.

La media de edad en la cual las personas encuestadas comenzaron a fumar fue de 27 años, observándose que la en la Red Sabogal esta es mucho menor con solo 19 años.

**TABLA N° 121. CARACTERÍSTICAS DE CONSUMO DE CIGARRILLOS POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Características	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media
N° cigarrillos por día	5.0	.6	5.5	.8	5.9	1.9	2.7	.6
Edad cuando comenzó a fumar	26.9	3.0	30.9	7.2	19.3	1.8	27.3	3.2

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### 3.5.1.6 Conducta en situaciones de emergencia

Respecto al conocimiento de las conductas a seguir en caso de emergencia los resultados indican que más del 80% de los AM conocen las medidas a tomar, las salidas de emergencia y zonas seguras en su hogar, sin embargo el porcentaje de los que sabe ubicar las salidas de emergencia en lugares públicos disminuye a 63% y los que disponen de los kit de emergencia son mucho menos. No hay diferencia significativa por sexo, y en los grupos de edad se aprecia que los mayores de 74 presentan menores porcentajes en todos los ítems.

**TABLA N° 122. CONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN EN CASOS DE EMERGENCIA POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Respuestas	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etéreo					
	N°	%	N°	%	N°	%	61 a 64 años		66 a 74 años		76 a más	
							N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	872	100	1512	100	84	100	1141	100	1159	100
Conoce medidas tiene que tomar en caso de situaciones de emergencia	1958	82.1	735	84.3	1223	80.9	75	89	1004	88.0	879	75.8
Conoce las salidas de emergencia y zonas seguras dentro de su hogar	2020	84.7	753	86.4	1267	83.8	77	92	1029	90.2	914	78.9
Sabe cómo identificar las salidas de emergencia y zonas seguras de lugares públicos	1518	63.7	565	64.8	953	63.0	56	67	814	71.3	648	55.9
Dispone de: Botiquín de emergencia	1192	50.0	419	48.1	773	51.1	44	52	619	54.3	529	45.6
Dispone de: Kit de emergencia en caso de desastres naturales	363	15.2	126	14.4	237	15.7	16	19	193	16.9	154	13.3
Dispone de: Baterías de repuesto para audífonos, linternas, etc.	560	23.5	203	23.3	357	23.6	24	29	293	25.7	243	21.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En el análisis por dominio geográfico se encontró que en la Sierra se encuentran menores niveles de conocimientos sobre medidas de emergencia, en tanto que en la selva es donde hay menos disponibilidad de los kits para dichos casos.

**TABLA N° 123. CONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN EN CASOS DE EMERGENCIA POR DOMINIO GEOGRAFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Respuestas	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100.0	1566	100.0	361	100.0	457	100.0
Conoce medidas tiene que tomar en caso de situaciones de emergencia	1958	82.1	1270	81.1	286	79.2	402	88.0
Conoce las salidas de emergencia y zonas seguras dentro de su hogar	2020	84.7	1341	85.6	285	78.9	394	86.2

Sabe cómo identificar las salidas de emergencia y zonas seguras de lugares públicos	1518	63.7	919	58.7	235	65.1	364	79.6
Dispone de: Botiquín de emergencia	1192	50.0	798	51.0	205	56.8	189	41.4
Dispone de: Kit de emergencia en caso de desastres naturales	363	15.2	247	15.8	85	23.5	31	6.8
Dispone de: Baterías de repuesto para audífonos, linternas, etc.	560	23.5	411	26.2	102	28.3	47	10.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En Lima Metropolitana se aprecia la misma tendencia que a nivel nacional con niveles de conocimiento de las medidas de emergencia por encima de 80% y de disponibilidad de kits de emergencia mucho menores.

**TABLA N° 124. CONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN EN CASOS DE EMERGENCIA POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Respuestas	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1113	100	376	100	366	100	371	100
Conoce medidas que tiene que tomar en caso de situaciones de emergencia	918	82.5	311	82.7	298	81.4	309	83.3
Conoce las salidas de emergencia y zonas seguras dentro de su hogar	957	86.0	323	85.9	332	90.7	302	81.4
Sabe cómo identificar las salidas de emergencia y zonas seguras de lugares públicos	694	62.4	168	44.7	293	80.1	233	62.8
Dispone de: Botiquín de emergencia	598	53.7	207	55.1	177	48.4	214	57.7
Dispone de: Kit de emergencia en caso de desastres naturales	209	18.8	86	22.9	46	12.6	77	20.8
Dispone de: Baterías de repuesto para audífonos, linternas, etc.	329	29.6	137	36.4	52	14.2	140	37.7

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### 3.5.1.7 Imagen Social de la Vejez

#### **Nacional**

El 23.1 % de los AM piensan que las personas de edad ocupan el lugar que merecen y el 22.6% dice sentirse viejo. No hay diferencia significativa en relación al sexo. Evidentemente a medida que se avanza en edad los AM se sienten más viejos.

Los AM consideran que una persona es vieja por la edad y las condiciones de salud (53%). Así mismo que la vejez está relacionada con la experiencia (64.7%) y una nueva etapa de vida (49.1%).

TABLA N° 125. IMAGEN SOCIAL DE LA VEJEZ POR SEXO Y GRUPO ETAREO.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Respuestas	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etáreo					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
							N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	871	100	1513	100	84	100	1141	100	1159	100
Las personas de edad ocupan el lugar que realmente les corresponde	550	23.1	197	22.6	353	23.3	18	21.4	277	24.3	255	22.0
Se siente "viejo"	539	22.6	179	20.6	360	23.8	10	11.9	190	16.7	339	29.2
Una persona es vieja por												
- La edad	1280	53.7	440	50.5	840	55.5	38	45.2	566	49.6	676	58.3
- Condiciones de salud	1285	53.9	466	53.5	819	54.1	42	50.0	622	54.5	621	53.6
- Retiro de actividades laborales	627	26.3	223	25.6	404	26.7	22	26.2	302	26.5	303	26.1
- Aspecto exterior	696	29.2	255	29.3	441	29.1	22	26.2	322	28.2	352	30.4
- Actitudes	759	31.8	284	32.6	475	31.4	29	34.5	361	31.6	369	31.8
- Otro	120	5.0	44	5.1	76	5.0	2	2.4	61	5.3	57	4.9
La vejez está relacionada con												
- Experiencia	1543	64.7	557	63.9	986	65.2	51	60.7	741	64.9	751	64.8
- Nueva etapa de su vida	1129	47.4	428	49.1	701	46.4	51	60.7	568	49.8	510	44.0
- Nuevos proyectos y oportunidades	376	15.8	143	16.4	233	15.4	18	21.4	179	15.7	179	15.4
- Dependencia	633	26.6	224	25.7	409	27.1	21	25.0	284	24.9	328	28.3
- Fragilidad	594	24.9	216	24.8	378	25.0	19	22.6	265	23.2	310	26.7
- Discriminación	384	16.1	155	17.8	229	15.1	11	13.1	176	15.4	197	17.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **Dominio Geográfico**

En el análisis por regiones se observa que en la Sierra se encuentra la mayor proporción de AM que opina que las personas de edad tienen el lugar que les corresponde, en tanto que en la Selva es donde los AM se sienten “viejos”.

En las tres regiones coinciden en que una persona es vieja por la edad y condiciones de salud, mostrando la región Selva un porcentaje bastante mayor en estos dos ítems en comparación con las otras dos regiones. Los dos aspectos que se relacionan de manera mayoritaria con la vejez son la experiencia y que es una nueva etapa de vida, las tres regiones coinciden aunque la valoración es mayor en la Selva.

**TABLA N° 126. IMAGEN SOCIAL DE LA VEJEZ POR DOMINIO GEOGRAFICO.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Respuestas	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100.0	1566	100.0	361	100.0	457	100.0
Las personas de edad ocupan el lugar que realmente les corresponde	550	23.1	333	21.3	105	29.1	112	24.5
Se siente "viejo"	539	22.6	325	20.8	78	21.6	136	29.8
Una persona es vieja por								
- La edad	1280	53.7	762	48.7	194	53.7	324	70.9
- Condiciones de salud	1285	53.9	786	50.2	175	48.5	324	70.9
- Retiro de actividades laborales	627	26.3	409	26.1	94	26.0	124	27.1
- Aspecto exterior	696	29.2	485	31.0	113	31.3	98	21.4
- Actitudes	759	31.8	530	33.8	108	29.9	121	26.5
- Otro	120	5.0	77	4.9	23	6.4	20	4.4
La vejez está relacionada con								
- Experiencia	1543	64.7	1019	65.1	210	58.2	314	68.7
- Nueva etapa de su vida	1129	47.4	587	37.5	192	53.2	350	76.6
- Nuevos proyectos y oportunidades	376	15.8	222	14.2	36	10.0	118	25.8
- Dependencia	633	26.6	432	27.6	88	24.4	113	24.7
- Fragilidad	594	24.9	409	26.1	77	21.3	108	23.6
- Discriminación	384	16.1	292	18.6	40	11.1	52	11.4

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **Red Asistencial**

En Lima Metropolitana el porcentaje de encuestados que piensan que las personas de edad tienen el lugar que les corresponde es de 21% y las que se sienten “viejos” de 22%. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las redes asistenciales. La edad y las condiciones de salud son consideradas por mayor número de encuestados como las razones para que una persona se califique como vieja. En dos de las tres redes las actitudes fueron consideradas igualmente importantes.

La vejez es asociada mayoritariamente con experiencia y una nueva etapa de vida, y cerca de una tercera parte de encuestados lo relaciona también con dependencia y fragilidad.

TABLA N° 127. IMAGEN SOCIAL DE LA VEJEZ POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Respuestas	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1113	100	376	100	366	100	371	100
Las personas de edad ocupan el lugar que realmente les corresponde	243	21.8	78	20.7	81	22.1	84	22.6
Se siente "viejo"	253	22.7	85	22.6	80	21.9	88	23.7
Una persona es vieja por								
- La edad	496	44.6	178	47.3	179	48.9	139	37.5
- Condiciones de salud	563	50.6	223	59.3	178	48.6	162	43.7
- Retiro de actividades laborales	306	27.5	118	31.4	86	23.5	102	27.5
- Aspecto exterior	347	31.2	115	30.6	127	34.7	105	28.3
- Actitudes	438	39.4	180	47.9	204	55.7	54	14.6
- Otro	60	5.4	16	4.3	37	10.1	7	1.9
La vejez está relacionada con								
- Experiencia	646	58.0	190	50.5	234	63.9	222	59.8
- Nueva etapa de su vida	463	41.6	184	48.9	182	49.7	97	26.1
- Nuevos proyectos y oportunidades	155	13.9	36	9.6	59	16.1	60	16.2
- Dependencia	326	29.3	131	34.8	110	30.1	85	22.9
- Fragilidad	293	26.3	143	38.0	99	27.0	51	13.7
- Discriminación	158	14.2	86	22.9	45	12.3	27	7.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### 3.5.2 Estado de salud

#### 3.5.2.1 Percepción del estado de salud

##### Nacional

La mayor proporción de AM percibe su salud como regular (53.4%), igual al año anterior (73.2%) e igual a la de otras personas de su edad (43%). No hay diferencia significativa por sexo. A medida que avanza la edad la percepción de buena salud se va reduciendo

TABLA N° 128. PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Percepciones	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etáreo						
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas		
							N°	%	N°	%	N°	%	
Actual	Total	2384	100	871	100	1513	100	84	100	1141	100	1159	100
	Excelente	18	.8	10	1.1	8	.5	1	1.2	12	1.1	5	.4
	Muy buena	64	2.7	25	2.9	39	2.6	4	4.8	42	3.7	18	1.6
	Buena	844	35.4	310	35.6	534	35.3	37	44.0	450	39.4	357	30.8
	Regular	1274	53.4	464	53.3	810	53.5	40	47.6	580	50.8	654	56.4
	Mala	163	6.8	56	6.4	107	7.1	2	2.4	50	4.4	111	9.6

Percepciones	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etáreo						
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas		
							N°	%	N°	%	N°	%	
	No sabe	1	.0	0	.0	1	.1		.0		.0	1	.1
	No responde	20	.8	6	.7	14	.9		.0	7	.6	13	1.1
Comparando su salud con la de hace un año	Mejor	179	7.5	75	8.6	104	6.9	6	7.1	80	7.0	93	8.0
	Igual	1745	73.2	631	72.4	1114	73.6	66	78.6	855	74.9	824	71.1
	Peor	411	17.2	149	17.1	262	17.3	12	14.3	182	16.0	217	18.7
	No sabe	6	.3	1	.1	5	.3		.0	3	.3	3	.3
	No responde	43	1.8	15	1.7	28	1.9		.0	21	1.8	22	1.9
Comparado con otras personas de su edad	Mejor	898	37.7	328	37.7	570	37.7	33	39.3	454	39.8	411	35.5
	Igual	1032	43.3	382	43.9	650	43.0	40	47.6	508	44.5	484	41.8
	Peor	253	10.6	82	9.4	171	11.3	3	3.6	94	8.2	156	13.5
	No sabe	136	5.7	58	6.7	78	5.2	4	4.8	63	5.5	69	6.0
	No responde	65	2.7	21	2.4	44	2.9	4	4.8	22	1.9	39	3.4

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **Por dominio geográfico**

En las regiones se encontró que la PAM de la Costa presenta una mayor proporción de AM que perciben su salud como buena actualmente, y mejor que al año anterior, con relación a las otras dos regiones. Cuando los AM comparan su salud con la de otras personas se encuentra que la Sierra muestra la proporción más alta de quienes se perciben más saludables que los otros.

**TABLA N° 129. PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD POR DOMINIO GEOGRÁFICO.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Estado de salud		Total		Costa		Sierra		Selva	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total		2384	100	1566	100	361	100	457	100
Actual	Excelente	18	0.8	13	0.8	4	1.1	1	0.2
	Muy buena	64	2.7	47	3.0	9	2.5	8	1.8
	Buena	844	35.4	605	38.6	123	34.1	116	25.4
	Regular	1274	53.4	786	50.2	203	56.2	285	62.4
	Mala	163	6.8	102	6.5	20	5.5	41	9.0
	No sabe/No responde	21	0.9	13	0.8	2	0.6	6	1.3
Comparando su salud con la de hace un año	Mejor	179	7.5	141	9.0	16	4.4	22	4.8
	Igual	1745	73.2	1146	73.2	254	70.4	345	75.5
	Peor	411	17.2	255	16.3	86	23.8	70	15.3
	No sabe/No responde	49	2.1	24	1.5	5	1.4	20	4.4
Comparado con otras personas de su edad	Mejor	898	37.7	615	39.3	159	44.0	124	27.1
	Igual	1032	43.3	611	39.0	158	43.8	263	57.5
	Peor	253	10.6	173	11.0	35	9.7	45	9.8
	No sabe/No responde	201	8.4	167	10.7	9	2.5	25	5.5

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **Por redes asistenciales en Lima Metropolitana**

A nivel de Lima Metropolitana se encontró que el 40% de encuestados considera su salud como buena o excelente, igual que el año anterior 73% y mejor que la de otras personas de su edad 40%.

En el análisis comparativo por redes en la Red Sabogal se precia el menor porcentaje de AM que perciben su salud como excelente, muy buena o buena, llegando a 36% en cambio las otras dos superan el 40%.

**TABLA N° 130. PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD SEGÚN REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Estado de salud		Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total		1113	100	376	100	366	100	371	100
Actual	Excelente	9	0.8	3	0.8	2	0.5	4	1.1
	Muy buena	35	3.1	6	1.6	7	1.9	22	5.9
	Buena	406	36.5	146	38.8	125	34.2	135	36.4
	Regular	583	52.4	205	54.5	207	56.6	171	46.1
	Mala	74	6.6	12	3.2	23	6.3	39	10.5
	No sabe/no responde	6	0.5	4	1.1	2	0.5	0	0.0
Comparando su salud con la de hace un año	Mejor	115	10.3	45	12.0	30	8.2	40	10.8
	Igual	812	73.0	272	72.3	258	70.5	282	76.0
	Peor	172	15.5	51	13.6	74	20.2	47	12.7
	No sabe/no responde	14	1.3	8	2.1	4	1.1	2	0.5
Comparado con otras personas de su edad	Mejor	443	39.8	162	43.1	156	42.6	125	33.7
	Igual	417	37.5	104	27.7	147	40.2	166	44.7
	Peor	118	10.6	23	6.1	32	8.7	63	17.0
	No sabe/no responde	135	12.1	87	23.1	31	8.5	17	4.6

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### 3.5.2.2 Morbilidad

#### Nacional

De las enfermedades crónicas la de mayor prevalencia entre la población encuestada es la hipertensión arterial (47.1%); no se evidencia diferencia estadística por sexo y en con relación a la enfermedad que se incrementa con la edad es la hipertensión.

**TABLA N° 131. ENFERMEDADES CRÓNICAS SEGÚN SEXO Y GRUPO ETAREO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

	Total		Hombre		Mujer		Hombre						Mujer					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas		60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
							N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	871	100	1513	100	34	100	443	100	394	100	50	100	698	100	765	100
Hipertensión	1124	47.1	411	47.2	713	47.1	12	35.3	203	45.8	196	49.7	17	34.0	281	40.3	415	54.2
Diabetes	353	14.8	138	15.8	215	14.2	6	17.6	67	15.1	65	16.5	13	26.0	103	14.8	99	12.9
Cáncer, tumores	134	5.6	53	6.1	81	5.4	2	5.9	26	5.9	25	6.3	2	4.0	28	4.0	51	6.7

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

El 4.2% de la PAM encuestada refirió haber tenido un diagnóstico de enfermedad psiquiátrica realizado por algún profesional de salud. El porcentaje es 1.6 puntos porcentuales mayor en los hombres. En los grupos etáreos, la frecuencia es mayor en el grupo de 65 a 74 años.

**TABLA N° 132. DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA SEGÚN SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD –2016**

Total		Hombre		Mujer		Grupo Etáreo					
						60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
100	4.2	45	5.2	55	3.6	2	5.9	41	6.5	57	3.6

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

El 59% de la PAM encuestada refiere tener algún tipo de discapacidad, el porcentaje es 2.8 puntos porcentuales mayor en las mujeres y en cuanto a los grupos etáreos se incrementa a medida que avanza la edad.

**TABLA N° 133. PRESENCIA DE DISCAPACIDAD PERMANENTES POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Discapacidad permanente	TOTAL		Hombre		Mujer		Grupo Etáreo					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
							N°	%	N°	%	N°	%
Con discapacidad	1419	59.5	503	57.7	916	60.5	40	47.6	582	51.0	797	68.8
Sin discapacidad	965	40.5	368	42.3	597	39.5	44	52.4	559	49.0	362	31.2

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Las alteraciones más frecuentes son las de los ojos, seguidas de las del movimiento de cuerpo y manos y las de los oídos. Las mujeres presentan mayor frecuencia de alteraciones del movimiento respecto a los hombres y en los grupos de edad como es de esperarse las mismas alteraciones permanentes, ya mencionadas, son las principales que se incrementan con la edad.

TABLA N° 134. TIPO DE ALTERACIONES PERMANENTES POR SEXO Y GRUPO ETAREO  
GEOGRÁFICO POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Tipo de Alteraciones permanente	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etáreo					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
							N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	872	100	1512	100	84	100	1141	100	1159	100
Del sistema nervioso	192	8.1	65	7.5	127	8.4	8	9.5	73	6.4	111	9.6
De los ojos	693	29.1	251	28.8	442	29.2	20	23.8	273	23.9	400	34.5
De los oídos	329	13.8	115	13.2	214	14.2	5	6.0	105	9.2	219	18.9
De los demás órganos de los sentidos	18	.8	10	1.1	8	.5	2	2.4	5	.4	11	.9
De la voz y el habla	47	2.0	13	1.5	34	2.2	1	1.2	14	1.2	32	2.8
Del sistema cardiorrespiratorio y las defensas	122	5.1	47	5.4	75	5.0	2	2.4	31	2.7	89	7.7
De la digestión, el metabolismo, las hormonas	147	6.2	55	6.3	92	6.1	6	7.1	65	5.7	76	6.6
Del sistema genital y reproductivo	51	2.1	23	2.6	28	1.9	2	2.4	17	1.5	32	2.8
Del movimiento del cuerpo, manos,	538	22.6	173	19.8	365	24.1	7	8.3	201	17.6	330	28.5
De la piel	29	1.2	15	1.7	14	.9	1	1.2	13	1.1	15	1.3
Otra	245	10.3	94	10.8	151	10.0	9	10.7	102	8.9	134	11.6
Ninguna	965	40.5	369	42.3	596	39.4	44	52.4	559	49.0	362	31.2

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **Por dominio geográfico**

En las regiones la Sierra muestra un porcentaje 10 puntos menor a las otras dos regiones en la prevalencia de hipertensión, en tanto que la prevalencia de diabetes y cáncer la Sierra presenta los valores más bajos respecto a las otras regiones.

TABLA N° 135. ENFERMEDADES CRÓNICAS POR DOMINIO GEOGRÁFICO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Morbilidad	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1384	100	1566	100	361	100	457	100
Hipertensión	1124	47.1	763	48.7	140	38.8	221	48.4
Diabetes	353	14.8	248	15.8	39	10.8	66	14.4
Cáncer	134	5.6	106	6.8	12	3.3	16	3.5

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Los tipos de cáncer más frecuentes en la población encuestada son el cáncer de mama, el cáncer de cuello uterino y el cáncer de próstata. Las cifras no son comparables entre regiones por tener valores menores o igual a 1.

**TABLA N° 136. TIPOS DE CÁNCER EN ADULTOS MAYORES POR DOMINIO GEOGRÁFICO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Tipo de cáncer	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	1566	100	361	100	457	100
Cáncer de Piel	9	0.4	7	0.4	1	0.3	1	0.2
Cáncer de Mama	26	1.1	20	1.3	5	1.4	1	0.2
Cáncer de Cuello uterino	21	0.9	17	1.1	1	0.3	3	0.7
Cáncer de Riñón	6	0.3	4	0.3	1	0.3	1	0.2
Cáncer de Tiroides	2	0.1	2	0.1	0	0.0	0	0.0
Cáncer de Estómago	8	0.3	7	0.4	0	0.0	1	0.2
Cáncer Próstata	27	1.1	20	1.3	2	0.6	5	1.1
Cáncer de Pulmón	4	0.2	3	0.2	0	0.0	1	0.2
Cáncer de Colon	5	0.2	5	0.3	0	0.0	0	0.0
Cáncer de Páncreas	4	0.2	3	0.2	0	0.0	1	0.2
Cáncer de Testículos	3	0.1	3	0.2	0	0.0	0	0.0
Otro	22	0.9	18	1.1	2	0.6	2	0.4

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Las enfermedades más comunes entre la población encuestada son las artritis, la gastritis/ulcera y las enfermedades pulmonares (asma, bronquitis). En el análisis por regiones se aprecia que los tres grupos de enfermedad señalados se mantienen como primeras en las tres regiones.

**TABLA N° 137. OTRA MORBILIDAD POR DOMINIO GEOGRÁFICO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Tipo de enfermedad	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	1566	100	361	100	457	100
Artritis, reumatismo	620	26.0	463	29.6	90	24.9	67	14.7
Reflujo, gastritis, úlcera	436	18.3	327	20.9	60	16.6	49	10.7
Enfermedad pulmonar, asma, bronquitis	232	9.7	186	11.9	30	8.3	16	3.5
Neumonía	107	4.5	87	5.6	12	3.3	8	1.8
Ataque al corazón	95	4.0	81	5.2	5	1.4	9	2.0
Falla cardíaca	92	3.9	78	5.0	7	1.9	7	1.5
Derrame cerebral	86	3.6	63	4.0	12	3.3	11	2.4
Edema pulmonar	17	0.7	16	1.0	0	0.0	1	0.2
Enfermedad Congénita	17	0.7	16	1.0	0	0.0	1	0.2
Otro	567	23.8	413	26.4	94	26.0	60	13.1

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Finalmente encontramos que un 4.2% de la PAM encuestada ha tenido un diagnóstico de enfermedad psiquiátrica realizado por profesional de salud. En el análisis de las regiones se puede apreciar que la proporción de este diagnóstico es mayor en la costa con respecto a las otras regiones, probablemente debido al acceso a profesionales para atender estas patologías.

TABLA N° 138. DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA POR DOMINIO GEOGRÁFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Total		Costa n=1566		Sierra n=361		Selva n=457	
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
100	4.2	85	5.4	8	2.2	7	1.5

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

El 59% de la población encuestada presenta alguna discapacidad, esta proporción es mayor en la región de la costa y menor en la selva.

TABLA N° 139. ALTERACIONES PERMANENTES POR DOMINIO GEOGRÁFICO POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Alteración Permanente	Total N= 1384		Costa n=1566		Sierra n=361		Selva n=457	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Con discapacidad	1419	59.5	1003	64.0	227	62.9	189	41.4
Sin discapacidad	965	40.5	563	36.0	134	37.1	268	58.6

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Los tipos de dificultad más frecuentes identificados son las de pensar, memorizar y distinguir la luz, objetos o personas.

TABLA N° 140. TIPOS DE DIFICULTADES PERMANENTES POR DOMINIO GEOGRÁFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Tipo de Dificultades Permanentes	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1419	100	1003	100	227	100	189	100
Pensar, memorizar	236	16.6	143	14.3	69	30.4	24	12.7
Percibir la luz, distinguir objetos o personas	231	16.3	159	15.9	39	17.2	33	17.5
Oír, aun con aparatos especiales	81	5.7	46	4.6	15	6.6	20	10.6
Distinguir sabores u olores	19	1.3	14	1.4	1	0.4	4	2.1
Hablar y comunicarse	61	4.3	47	4.7	7	3.1	7	3.7
Desplazarse en trechos cortos por problemas	144	10.1	112	11.2	18	7.9	14	7.4

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **Por redes asistenciales en Lima Metropolitana**

En Lima Metropolitana se encontró que la enfermedad crónica más frecuente es la hipertensión con un 47.8% de prevalencia. En el análisis por redes se aprecia que la RA

Rebagliati es la que presenta mayor porcentaje de AM con esta enfermedad y la RA Amenara el menor.

**TABLA N° 141. ENFERMEDADES CRÓNICAS POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Tipo de Enfermedad	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1113	100	376	100	366	100	371	100
Hipertensión	532	47.8	190	50.5	165	45.1	177	38.7
Diabetes	179	16.1	54	14.4	49	13.4	76	16.6
Cáncer	75	6.7	22	5.9	32	8.7	21	4.6

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

A nivel de Lima Metropolitana los tipos de cáncer más frecuentes en la población encuestada son el cáncer de próstata, el cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama. Las cifras no son comparables entre regiones por tener valores menores o igual a 1. Entre los asegurados de las Redes Almenara y Sabogal el cáncer que tiene mayor prevalencia es el cáncer de próstata en cambio en la Red Rebagliati es el cáncer de cuello uterino.

**TABLA N° 142. TIPOS DE CÁNCER EN ADULTOS MAYORES SEGÚN REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Tipo de Cáncer	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1113	100	376	100	366	100	371	100
Cáncer de Próstata	17	22.1	1	4.0	10	32.3	6	28.6
Cáncer de Cuello uterino	13	16.9	8	32.0	4	12.9	1	4.8
Cáncer de Mama	11	14.3	4	16.0	6	19.4	1	4.8
Cáncer de Estómago	6	7.8	1	4.0	3	9.7	2	9.5
Cáncer de Pulmón	3	3.9	0	.0	0	.0	3	14.3
Cáncer de Piel	3	3.9	3	12.0	0	.0	0	.0
Cáncer de Colon	3	3.9	1	4.0	1	3.2	1	4.8
Cáncer de Riñón	3	3.9	2	8.0	1	3.2	0	.0
Cáncer de Tiroides	2	2.6	1	4.0	1	3.2	0	.0
Cáncer de Páncreas	2	2.6	1	4.0	0	.0	1	4.8
Cáncer de Testículos	1	1.3	1	4.0	0	.0	0	.0
Otro	13	16.9	2	8.0	5	16.1	6	28.6

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

A nivel de Lima Metropolitana las enfermedades comunes referidas por la PAM siguen la misma tendencia que a nivel nacional, siendo las artritis y reumatismos, el reflujo, gastritis o ulcera y las enfermedades agudas pulmonares. A nivel de las redes asistenciales se mantienen las tres mismas causas con ligeras variaciones en la proporción.

TABLA N° 143. OTRA MORBILIDAD POR DOMINIO GEOGRÁFICO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Tipo de enfermedad	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1113	100	376	100	366	100	371	100
Artritis, reumatismo	346	31.1	118	31.4	122	33.3	106	28.6
Reflujo, gastritis, úlcera	272	24.4	107	28.5	87	23.8	78	21.0
Enfermedad pulmonar, asma, bronquitis	159	14.3	43	11.4	52	14.2	64	17.3
Neumonía	72	6.5	24	6.4	27	7.4	21	5.7
Ataque al corazón	66	5.9	16	4.3	22	6.0	28	7.5
Falla cardíaca	57	5.1	16	4.3	23	6.3	18	4.9
Derrame cerebral	55	4.9	16	4.3	22	6.0	17	4.6
Edema pulmonar	13	1.2	4	1.1	5	1.4	4	1.1
Enfermedad Congénita	11	1.0	4	1.1	4	1.1	3	0.8
Otro	315	28.3	104	27.7	120	32.8	91	24.5

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En Lima Metropolitana el 6.1% de los adultos ha tenido un diagnóstico de enfermedad psiquiátrica diagnosticada por profesional de salud. En el análisis por redes se observa que la Red Asistencial de salud Rebagliati tiene el mayor porcentaje con relación a las otras dos redes.

TABLA N° 144. DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA POR DOMINIO GEOGRÁFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Total n=1113		RA Rebagliati n=376		RA Sabogal n=366		RA Almenara n=371	
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
68	6.1	34	9.0	11	3.0	23	6.2

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En Lima Metropolitana el 62% de los adultos mayores presentan alguna discapacidad. Al comparar las redes asistenciales vemos que la Red Sabogal presenta la mayor proporción de AM con discapacidad y la Red Almenara el menor.

TABLA N° 145. ALTERACIONES PERMANENTES POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Discapacidad	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1113	100	376	100	366	100	371	100
Con discapacidad	695	62.4	235	62.5	299	81.7	161	43.4
Sin discapacidad	418	37.6	141	37.5	67	18.3	210	56.6

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Los tipos de dificultad más frecuentes identificados son las de pensar, memorizar y distinguir la luz, objetos o personas.

**TABLA N° 146. TIPOS DE DIFICULTADES PERMANENTES SEGÚN REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Dificultades Permanentes	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Total</b>	<b>1113</b>	<b>100</b>	<b>376</b>	<b>100</b>	<b>366</b>	<b>100</b>	<b>371</b>	<b>100</b>
Pensar, memorizar	104	15.0	31	13.2	42	14.0	31	8.4
Percibir la luz, distinguir objetos o personas	95	13.7	18	7.7	53	17.7	24	6.5
Oír, aun con aparatos especiales	34	4.9	18	7.7	12	4.0	4	1.1
Distinguir sabores u olores	12	1.7	5	2.1	5	1.7	2	.5
Hablar y comunicarse	39	5.6	19	8.1	9	3.0	11	3.0
Desplazarse en trechos cortos por problemas	94	13.5	42	17.9	33	11.0	19	5.1

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### 3.5.2.3 Uso de medicamentos

#### Nacional

El uso de medicamentos es práctica común entre los adultos mayores. En concordancia con otros indicadores de morbilidad, el 76% de la población encuestada se encuentra tomando algún medicamento. No hay diferencia en el consumo por género. El grupo etáreo con mayor nivel de consumo es el de más de 75 años, como es de esperarse.

**TABLA N° 147. USO DE MEDICAMENTOS POR SEXO Y GRUPO DE EDAD POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etáreo					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
							N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100.0	872	100.0	1512	100.0	84	100	1141	100	1159	100
Si	1606	67.4	580	66.5	1026	67.9	62.0	74	702	61.5	842	72.6
No	222	9.3	87	10.0	135	8.9	5.0	6	101	8.9	116	10.0
No está tomando medicamentos	556	23.3	205	23.5	351	23.2	17.0	20	338	29.6	201	17.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Los medicamentos de mayor consumo entre la PAM encuestada son el Losartán, Aspirina, Enalapril y Metformina, utilizados en problemas de hipertensión, cardiovasculares y metabólicos, lo cual es concordante con la patología crónica referida por el grupo.

**TABLA N° 148. MEDICAMENTOS CONSUMIDOS POR SEXO Y GRUPO DE EDAD  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Medicamento	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etáreo					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
							N°	%	N°	%	N°	%
<b>Total</b>	<b>1828</b>	<b>100</b>	<b>667</b>	<b>100</b>	<b>1161</b>	<b>100</b>	<b>67</b>	<b>100</b>	<b>803</b>	<b>100</b>	<b>958</b>	<b>100</b>
Losartán	208	11.4	77	11.5	131	11.3	7	350	93	321	108	186
Aspirina	173	9.5	62	9.3	111	9.6	3	150	85	293	85	147
Enalapril	163	8.9	54	8.1	109	9.4	5	250	72	248	86	148
Metformina	148	8.1	58	8.7	90	7.8	14	700	77	266	57	98
Omeprazol	122	6.7	38	5.7	84	7.2	3	150	54	186	65	112
Captopril	101	5.5	36	5.4	65	5.6	3	150	40	138	58	100
Atorvastatina	98	5.4	36	5.4	62	5.3	3	150	34	117	61	105
El ácido acetil salicílico	96	5.3	38	5.7	58	5.0	4	200	41	141	51	88
Alprazolam	89	4.9	21	3.1	68	5.9	2	100	29	100	58	100
Paracetamol	88	4.8	25	3.7	63	5.4	2	100	32	110	54	93
Calcio	81	4.4	37	5.5	44	3.8	6	300	38	131	37	64
Tiamina	77	4.2	22	3.3	55	4.7	1	50	19	66	57	98
Hidroclorotiazida	73	4.0	25	3.7	48	4.1	0	0	29	100	44	76
Naproxeno	72	3.9	23	3.4	49	4.2	4	200	35	121	33	57
Glibenclamida	63	3.4	17	2.5	46	4.0	6	300	32	110	25	43
Amlodipino	58	3.2	15	2.2	43	3.7	3	150	26	90	29	50
Valsartán	58	3.2	22	3.3	36	3.1	1	50	23	79	34	59
Multivitámico	58	3.2	21	3.1	37	3.2	2	100	31	107	25	43
Ibuprofeno	57	3.1	22	3.3	35	3.0	3	150	24	83	30	52
Ranitidina	52	2.8	19	2.8	33	2.8	0	0	28	97	24	41
Ácido fólico	50	2.7	20	3.0	30	2.6	0	0	11	38	39	67
Atenolol	42	2.3	19	2.8	23	2.0	0	0	14	48	28	48
Nifedipino	40	2.2	12	1.8	28	2.4	0	0	19	66	21	36
Carbonato de calcio	38	2.1	14	2.1	24	2.1	0	0	18	62	20	34
Insulina	31	1.7	11	1.6	20	1.7	1	50	12	41	18	31
Levotiroxina	28	1.5	11	1.6	17	1.5	1	50	12	41	15	26
Diltiazem	22	1.2	7	1.0	15	1.3	0	0	10	34	12	21
Glucosamina	22	1.2	6	.9	16	1.4	1	50	15	52	6	10
Tamsulosina	22	1.2	8	1.2	14	1.2	0	0	10	34	12	21
Clonazepam	21	1.1	9	1.3	12	1.0	0	0	9	31	12	21
Clopidogrel	20	1.1	7	1.0	13	1.1	0	0	2	7	18	31
Gabapentina	20	1.1	9	1.3	11	.9	0	0	11	38	9	16
Furosemida	16	.9	1	.1	15	1.3	1	50	4	14	11	19
Tramadol	16	.9	3	.4	13	1.1	1	50	6	21	9	16
Cardioaspirina	15	.8	5	.7	10	.9	0	0	7	24	8	14
Bisoprolol	14	.8	7	1.0	7	.6	0	0	4	14	10	17
Neuropentin	13	.7	5	.7	8	.7	0	0	9	31	4	7
Ensure	13	.7	6	.9	7	.6	0	0	4	14	9	16
Calcitriol	12	.7	3	.4	9	.8	1	50	4	14	7	12
Diclofenaco	12	.7	5	.7	7	.6	0	0	6	21	6	10
Ácido alendrónico	11	.6	6	.9	5	.4	1	50	5	17	5	9
Enalapril	8	.4	3	.4	5	.4	1	50	2	7	5	9
Irbesartán	7	.4	3	.4	4	.3	1	50	0	0	6	10
Otros	1183	64.7	440	66.0	743	64.0	39	1950	495	1707	649	1119
No precisa	5	.3	2	.3	3	.3	0	0	1	3	4	7

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Mayoritariamente los medicamentos que consume la PAM encuestada han sido prescritos por un profesional médico (97%). No existe diferencia de género, sin embargo el grupo de 65 a 74 años mostro el porcentaje más bajo con 95.8%.

Se ha reportado un porcentaje de automedicación ya sea por decisión personal o a través de consejos de familiares o amigos de 6.8%. Las mujeres recurren más a familiares y amigos para consejos sobre medicación que los hombres. La práctica de automedicación disminuye en el grupo de mayores de 75 años.

**TABLA N° 149. PERSONA QUE INDICO EL MEDICAMENTO POR SEXO Y GRUPO DE EDAD  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Persona que indico el medicamento	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etéreo					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
							N°	%	N°	%	N°	%
Total	911	100	343	100	568	100	22	100	379	100	510	200
Médico	884	97.0	333	97.1	551	97.0	22	100.0	363	95.8	499	97.8
En la farmacia	7	0.8	3	0.9	4	0.7	0	0.0	3	0.8	4	0.8
Enfermera	3	0.3	3	0.9	0	0.0	0	0.0	2	0.5	1	0.2
Familiar o amigo	41	4.5	12	3.5	29	5.1	1	4.5	22	5.8	18	3.5
Ud. mismo	21	2.3	9	2.6	12	2.1	1	4.5	12	3.2	8	1.6
Otros	4	0.4	2	0.6	2	0.4	0	0.0	3	0.8	1	0.2
NS	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
NR	15	1.6	6	1.7	9	1.6	0	0.0	8	2.1	7	1.4

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

La PAM encuestada viene consumiendo medicamentos en forma continua en durante 4 años en promedio. Las mujeres muestran una media ligeramente mayor que los hombres. No se ha encontrado un patrón por grupo etéreo.

**TABLA N° 150. MEDIA DE TIEMPO DE USO DE MEDICAMENTOS DE MANERA CONTINUA POR SEXO Y GRUPO DE EDAD. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

TOTAL		Hombre		Mujer		Hombre						Mujer					
Media	Error típico de la media	Me dia	Error típico de la media	Me dia	Error típico de la media	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más		60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
						Me dia	Error típico de la media	Me dia	Error típico de la media	Me dia	Error típico de la media	Me dia	Error típico de la media	Me dia	Error típico de la media	Me dia	Error típico de la media
						4.5	.1	4.2	.2	4.7	.2	4.8	.9	3.9	.2	4.5	.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

El 75% de los encuestados que respondió a esta pregunta refirió haber obtenido los medicamentos a través de una EPS, pero un 38.6% refirió que el gasto es realizado por ellos mismos o sus hijos. Mayor proporción de hombres realiza gasto de bolsillo comparado con las mujeres. En el grupo de 75 a más años se encuentra el porcentaje más alto que obtiene los medicamentos de una EPS.

TABLA N° 151. FUENTE DE DONDE OBTIENE MEDICAMENTOS POR SEXO Y GRUPO DE EDAD  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Fuente de los medicamentos	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etáreo					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
							N°	%	N°	%	N°	%
Total	1828	100	667	100	1161	100	67	100	803	100	958	100
EPS	1375	75.2	481	72.1	894	77.0	50	74.6	582	72.5	743	77.6
Otro Seguro	10	0.5	2	0.3	8	0.7	0	0.0	4	0.5	6	0.6
De su propio bolsillo	647	35.4	256	38.4	391	33.7	21	31.3	307	38.2	319	33.3
Hijos pagan	58	3.2	22	3.3	36	3.1	0	0.0	22	2.7	36	3.8
Otros	19	1.0	7	1.0	12	1.0	0	0.0	8	1.0	11	1.1
NS	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
NR	23	1.3	8	1.2	15	1.3	0	0.0	9	1.1	14	1.5

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **Dominio Geográfico**

En el comparativo por regiones se encontró que el consumo es mayor en la Costa donde llega a un 80%, en tanto que la Selva es la región que muestra el consumo más bajo con un 67% de adultos mayores que refirieron estar tomando algún medicamento.

TABLA N° 152. USO DE MEDICAMENTOS POR DOMINIO GEOGRAFICO.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	1000	1566	100	361	100	457	100.0
Si	1606	67.4	1066	68.1	237	65.7	303	66.3
No	222	9.3	195	12.5	24	6.6	3	.7
No está tomando medicamentos	556	23.3	305	19.5	100	27.7	151	33.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En las tres regiones se encontró un alto porcentaje de la PAM que refiere consumir medicamentos prescritos por profesional médico. En Lima se observa el mayor porcentaje de PAM que consume medicamentos según su criterio o por recomendación de amigos y familiares (6.6%). En tanto que en la Sierra figura el porcentaje más alto que consume medicamentos indicados en alguna farmacia (4.6%).

**TABLA N° 153. PERSONA QUE INDICO EL MEDICAMENTO POR DOMINIO GEOGRAFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Persona que indico el medicamento	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1828	100.0	1261	100.0	261	100.0	306	100.0
Médico	1767	96.7	1220	96.7	243	93.1	304	99.3
En la farmacia	24	1.3	11	0.9	12	4.6	1	0.3
Enfermera	3	.2	3	0.2	0	0.0	0	0.0
Familiar o amigo	65	3.6	57	4.5	4	1.5	4	1.3
Ud. mismo	43	2.4	27	2.1	10	3.8	6	2.0
Otros	8	.4	5	.4	3	1.1	0	0.0
NS	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
NR	25	1.4	19	1.5	3	1.1	3	1.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

De las tres regiones el mayor tiempo de consumo se encontró en la Sierra con respecto a las otras dos regiones.

**TABLA N° 154. MEDIA DE TIEMPO DE USO DE MEDICAMENTOS POR DOMINIO GEOGRAFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Dominio geográfico	Media	Error típico de la media
Total	4.5	.1
Costa	4.3	.1
Sierra	5.2	.4
Selva	5.0	.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En el comparativo por regiones se aprecia que el mayor gasto de bolsillo se encuentra en la Sierra donde alcanza el 42.5% de AM que consumen medicamentos pagados por ellos o sus hijos.

**TABLA N° 155. FUENTE DE DONDE OBTIENE MEDICAMENTOS POR DOMINIO GEOGRAFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Fuente de los medicamentos	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1828	100.0	1261	100.0	261	100.0	306	100.0
EPS	1375	75.2	964	76.4	183	70.1	228	74.5
Otro Seguro	10	.5	8	.6	0	0.0	2	.7
De su propio bolsillo	647	35.4	435	34.5	108	41.4	104	34.0
Hijos pagan	58	3.2	43	3.4	3	1.1	12	3.9
Otros	19	1.0	15	1.2	1	.4	3	1.0
NS	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
NR	23	1.3	17	1.3	2	.8	4	1.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

## **Red Asistencial**

En Lima Metropolitana el 81% de la PAM encuestada consume medicamentos. En la Red Rebagliati se encontró un porcentaje ligeramente superior a las otras dos redes asistenciales.

**TABLA N° 156. USO DE MEDICAMENTOS POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1113	100	376	100	366	100	371	100
Si	757	68.0	310	82.4	251	68.6	196	52.8
No	154	13.8	2	0.5	48	13.1	104	28.0
No está tomando medicamentos	202	18.1	64	17.0	67	18.3	71	19.1

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En Lima Metropolitana el 97% de la PAM consume medicamentos prescritos por un profesional médico, la automedicación está en 6.8%. La Red Rebagliati muestra el más alto porcentaje de AM que consumen medicamentos indicados por ellos mismos, un amigo o familiar (10%), seguida de la Red Sabogal con 8%, en tanto que la Red Almenara muestra una cifra muy baja de automedicación (1.6%).

**TABLA N° 157. PERSONA QUE INDICO EL MEDICAMENTO POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

	Lima Metropolitana		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	911	100	312	100	299	100	300	100
Médico	884	97.0	302	96.8	283	94.6	299	99.7
En la droguería	7	0.8	1	0.3	6	2.0	0	0.0
Enfermera	3	0.3	2	0.6	1	0.3	0	0.0
Familiar o amigo	41	4.5	23	7.4	17	5.7	1	0.3
Ud. mismo	21	2.3	9	2.9	8	2.7	4	1.3
Otros	4	0.4	2	0.6	2	0.7	0	0.0
NS	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
NR	15	1.6	8	2.6	5	1.7	2	0.7

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

La media de tiempo que los AM encuestados vienen consumiendo medicamentos es de 3.9 años. La Red Rebagliati presenta la media de tiempo de consumo más alta con 4.2 años.

TABLA N° 158. MEDIA DE TIEMPO DE USO DE MEDICAMENTOS POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Red Asistencial	Total	
	Media	Error típico de la media
Lima Metropolitana	3.9	.2
Red Rebagliati	4.2	.3
Red Sabogal	3.7	.2
Red Almenara	3.8	.2

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

El 76.8 de la PAM refiere que consume medicamentos provenientes de la EPS, no obstante, el 37% refiere que gasta de su bolsillo o el de sus hijos para pagar los medicamentos. El mayor gasto de bolsillo se encontró en la Red Sabogal.

TABLA N° 159. FUENTE DE DONDE OBTIENE MEDICAMENTOS POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Fuente de los medicamentos	Lima Metropolitana		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	911	100.0	312	100.0	299	100.0	300	100.0
EPS	700	76.8	255	81.7	217	72.6	228	76.0
Otro Seguro	4	.4	0	0.0	3	1.0	1	.3
De su propio bolsillo	303	33.3	97	31.1	107	35.8	99	33.0
Hijos pagan	33	3.6	12	3.8	11	3.7	10	3.3
Otros	14	1.5	4	1.3	10	3.3	0	0.0
NS	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
NR	11	1.2	3	1.0	4	1.3	4	1.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### 3.6 USO Y ACCESO A SERVICIOS

#### 3.6.1 Uso de los Servicios de Salud en General

##### Nacional

Existe un pequeño número de AM que manifestaron contar además del Seguro con EsSalud con otros seguros como SIS 0.4%, EPS, 0.6% o Seguro en Clínica Particular 5.2%. Sin embargo, el 70.5% manifestaron que utilizan los servicios de médico particular. No hay diferencia por sexo, pero se puede observar que el seguro de las clínicas se incrementa a medida que avanza la edad.

TABLA N° 160. DISPONIBILIDAD DE SEGURO POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 201

	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etáreo					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
							N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	872	100	1512	100.0	84	100	1141	100	1159	100
SIS	9	.4	1	.1	8	.5		.0	5	.4	4	.3
EPS	14	.6	7	.8	7	.5		.0	7	.6	7	.6
Seguro: Clínica particular	123	5.2	53	6.1	70	4.6	2	2.4	54	4.7	67	5.8
Médico Particular	1681	70.5	623	71.4	1058	70.0	66	78.6	787	69.0	828	71.4

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

El 3.6% no consultó, aunque necesitaba hacerlo, las razones principales por las que no lo hizo fueron la percepción de mala calidad de los servicios y la desconfianza en los médicos. Entre los que si consultaron el servicio más utilizado para recibir atención de salud es el hospital que fue utilizado por el un 65% de los AM encuestados, existiendo un 14.8% que acude a un médico particular. No existen diferencias significativas por sexo y grupo etáreo.

TABLA N° 161. LUGAR DE CONSULTA POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Categorías	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etáreo					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
							N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	871	100	1513	100	84	100	1141	100	1159	100
No consultó aunque necesitó	85	3.6	38	4.4	47	3.1	2	2.4	43	3.8	40	3.5
No se ha enfermado	248	10.8	110	13.3	138	9.4	8	9.5	139	12.2	101	8.8
Fue a hospital	1337	65.4	472	65.6	865	65.3	45	53.6	633	55.6	659	57.2
Fue a centro de salud	278	13.6	102	14.2	176	13.3	11	13.1	128	11.2	139	12.1
Fue a médico particular	302	14.8	105	14.6	197	14.9	12	14.3	140	12.3	150	13.0
Fue a servicio de urgencia	10	0.5	5	0.7	5	0.4	1	1.2	6	0.5	3	0.3
Fue a farmacia/botica	55	2.7	19	2.6	36	2.7	3	3.6	32	2.8	20	1.7
Fue a alguna atención alternativa	2	0.1	0	0.0	2	0.2	0	0.0	0	0.0	2	0.2
Solicitó atención domiciliaria	41	2.0	7	1.0	34	2.6	0	0.0	3	0.3	38	3.3
Otro	51	2.5	21	2.9	30	2.3	2	2.4	28	2.5	21	1.8

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

**TABLA N° 162. RAZONES POR LAS QUE NO USO LOS SERVICIOS DE SALUD POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Motivos	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etáreo					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
							N°	%	N°	%	N°	%
Total	84	100.0	38	100.0	46	100.0	2	100	43	100	39	100
Distancia, falta de transporte	3	3.5	2	5.3	1	2.1	0	0.0	0	0.0	3	7.5
No tengo tiempo	8	9.4	1	2.6	7	14.9	0	0.0	3	7.0	5	12.5
No tengo dinero	2	2.4	0	0.0	2	4.3	1	50.0	0	0.0	1	2.5
La calidad del servicio no es buena	57	67.1	29	76.3	28	59.6	1	50.0	31	72.1	25	62.5
No confía en los médicos	16	18.8	7	18.4	9	19.1	0	0.0	10	23.3	6	15.0
No me gusta que me miren ni que me examinen	2	2.4	0	0.0	2	4.3	0	0.0	0	0.0	2	5.0
Otro	18	21.2	9	23.7	9	19.1	1	50.0	14	32.6	3	7.5
Las citas demoran mucho	11	61.1	7	77.8	4	44.4	1	100.0	8	57.1	2	66.7
Mala calidad de medicamentos	3	16.7	2	22.2	1	11.1	0	0.0	3	21.4	0	0.0
Otro	4	22.2	0	0.0	4	44.4	0	0.0	3	21.4	1	33.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

El 55% de AM que consultaron recibieron órdenes de exámenes, el 44% de procedimientos y el 81% medicamentos. No hay diferencias en estos ítems por sexo ni por grupo de edad.

**TABLA N° 163. PRESCRIPCIÓN DE EXÁMENES, PROCEDIMIENTOS Y MEDICAMENTOS POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Categorías	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etáreo					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
							N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	871	100	1513	100	84	100	1141	100	1159	100
En la consulta le ordenaron exámenes	1128	55.2	402	55.9	726	54.9	38	45.2	523	46.0	567	49.2
En la consulta le ordenaron: procedimientos	899	44.0	317	44.0	582	44.0	30	35.7	398	35.0	471	40.8
En la consulta le ordenaron: medicamentos	1671	81.8	581	80.8	1090	82.4	25	29.8	294	25.8	262	22.7

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

La media de tiempo que esperaron los AM en su última consulta fue de 5 días. Las mujeres tuvieron un día y medio más de espera que los hombres.

**TABLA N° 164. TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN POR SEXO Y GRUPO ETAREO.**  
**POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

TOTAL		Hombre		Mujer		Hombre						Mujer					
Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más		60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
						Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media	Media	Error típico de la media
5.1	.6	4.1	.7	5.6	.8	5.2	3.2	3.6	1.2	4.5	.9	3.1	1.2	6.4	1.5	5.1	1.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

El 20% de los AM que acudieron a una consulta refieren haber efectuado algún pago durante la atención. No hay diferencia por sexo y por grupo de edad se observa que la frecuencia de pago es mayor entre los AM en el grupo de 65 a 74 años.

**TABLA N° 165. SE EFECTUO ALGUN PAGO DURANTE LA ATENCIÓN POR SEXO Y GRUPO ETAREO.**  
**POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

	Total		Hombre		Mujer		Total					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
							N°	%	N°	%	N°	%
Total	2053	100.0	725	100.0	1328	100.0	74	100	588	100	694	100
Si	422	20.6	150	20.7	272	20.5	13	17.6	204	34.7	205	29.5
No	1606	78.2	561	77.4	1045	78.7	60	81.1	745	126.7	801	115.4
NS	2	.1	2	.3	0	.0	0	0.0	1	0.2	1	0.1
NR	23	1.1	12	1.7	11	.8	1	1.4	9	1.5	13	1.9

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

El 6.8% de los AM encuestador refiere haber estado hospitalizado al menos una vez por al menos 24 horas en un hospital en los últimos doce meses y al menos 3% dos hasta 5 veces. No hay diferencia por sexo y por grupo de edad se observa que la frecuencia es ligeramente mayor en los mayores de 75 años.

**TABLA N° 166. HOSPITALIZACIONES POR SEXO Y GRUPO ETAREO.**  
**POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Hospitalizaciones		Total		Hombre		Mujer		Grupo Etáreo					
		N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
								N°	%	N°	%	N°	%
Hospitalizaciones en los últimos doce meses	Total	2384	100	872	100	1512	100	84	100	1141	100	1159	100
	Ninguna vez	2107	88.4	781	89.6	1326	87.7	77	91.7	1021	89.5	1009	87.1
	1	163	6.8	47	5.4	116	7.7	5	6.0	72	6.3	86	7.4
	2	35	1.5	13	1.5	22	1.5	2	2.4	16	1.4	17	1.5
	3	8	.3	3	.3	5	.3		.0	4	.4	4	.3
	4	9	.4	4	.5	5	.3		.0	3	.3	6	.5
	5 o más	20	.8	6	.7	14	.9		.0	6	.5	14	1.2
	No sabe	2	.1	2	.2	0	.0		.0	2	.2		.0
No responde	40	1.7	16	1.8	24	1.6		.0	17	1.5	23	2.0	
Efectúo algún algo en esta última hospitalización	Total	278	100.0	92	100.0	186	100.0	7	100	121	100	150	100
	Si	36	12.9	9	9.8	27	14.5			15	12.4	21	14.0
	No	185	66.5	62	67.4	123	66.1	7	100	79	65.3	99	66.0
	NS	3	1.1	1	1.1	2	1.1			1	0.8	2	1.3
	NR	54	19.4	20	21.7	34	18.3			26	21.5	28	18.7

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Durante la hospitalización un 12.9 % de AM refieren haber efectuado algún pago. Las mujeres muestran una frecuencia mayor en relación a los hombres. Y en los grupos de edad los mayores de 75 son los que registraron mayor frecuencia de pago.

### **Por dominio geográfico**

En las regiones se registra una diferencia en cuanto al acceso a seguros de Clínica predominando básicamente en la Costa, en la Sierra este no llega al 1%. En el acceso a servicios de Médico Particular no se muestran diferencias estadísticamente significativas.

**TABLA N° 167. DISPONIBILIDAD DE SEGURO POR DOMINIO GEOGRAFICO.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 201**

Tipo de seguro	Total		Costa		Sierra		Sierra	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	1566	100.0	361	100.0	457	100.0
SIS	9	.4	7	.4	0	.0	2	.4
EPS	14	.6	10	.6	3	.8	1	.2
Seguro: Clínica particular	123	5.2	110	7.0	3	.8	10	2.2
Médico Particular	1681	70.5	1112	71.0	256	70.9	313	68.5

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

El porcentaje de población que no acude a los servicios es mayor en la Sierra y el servicio más utilizado en esta región son los centros de salud a diferencia de las otras regiones donde es el hospital.

**TABLA N° 168. USO DE SERVICIOS DE SALUD SEGÚN DOMINIO GEOGRÁFICO  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Categorías	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	1566	100	361	100	457	100
No consultó aunque necesitó	85	3.6	18	1.1	48	13.3	19	4.2
No se ha enfermado	248	10.4	205	13.1	195	54.0	33	7.2
Fue a hospital	1337	56.1	848	54.2	25	6.9	294	64.3
Fue a centro de salud	278	11.7	194	12.4	61	16.9	59	12.9
Fue a médico particular	302	12.7	200	12.8	3	0.8	41	9.0
Fue a servicio de urgencia	10	0.4	5	0.3	19	5.3	2	0.4
Fue a farmacia/botica	55	2.3	27	1.7	0	0.0	9	2.0
Fue a alguna atención alternativa	2	0.1	2	0.1	3	0.8	0	0.0
Solicitó atención domiciliaria	41	1.7	36	2.3	2	0.6	2	0.4
Otro	51	2.1	48	3.1	176	48.8	1	0.2

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Con relación a las razones para no consultar llama la atención que la razón principal en la Sierra sea la falta de dinero, seguido por una razón de índole cultural respecto a que no le agrada que lo miren durante el examen.

**TABLA N° 169. RAZONES POR LAS QUE NO USO LOS SERVICIOS DE SALUD POR DOMINIO GEOGRÁFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Motivos	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	1566	100	361	100	457	100
Distancia, falta de transporte	3	0.1	3	0.2	4	1.1	0	0.0
No tengo tiempo	8	0.3	3	0.2	1	0.3	1	0.2
No tengo dinero	2	0.1	0	0.0	36	10.0	1	0.2
La calidad del servicio no es buena	57	2.4	8	0.5	7	1.9	13	2.8
No confía en los médicos	16	0.7	5	0.3	1	0.3	4	0.9
No me gusta que me miren ni que me examinen	2	0.1	1	0.1	11	3.0	0	0.0
Otro	18	0.8	2	0.1	6	1.7	5	1.1
Las citas demoran mucho	11	0.5	2	0.1	3	0.8	3	0.7
Mala calidad de medicamentos	3	0.1	0	0.0	2	0.6	0	0.0
Otro	4	0.2	0	0.0			2	0.4

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Respecto a exámenes, procedimientos y medicamentos prescritos en la consulta se encontró que la selva presenta la frecuencia más baja con respecto a las otras dos regiones.

**TABLA N° 170. PRESCRIPCIÓN DE EXÁMENES, PROCEDIMIENTOS Y MEDICAMENTOS POR DOMINIO GEOGRÁFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Categorías	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	1566	100	361	100	457	100
En la consulta le ordenaron exámenes	1128	47.3	752	48.0	176	57.5	200	43.8
En la consulta le ordenaron: procedimientos	899	37.7	695	44.4	127	41.5	77	16.8
En la consulta le ordenaron: medicamentos	1671	70.1	1113	71.1	262	85.6	296	64.8

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Con relación a pagos efectuados durante la consulta se aprecia que la frecuencia es mayor en la Sierra. La Selva muestra la menor frecuencia (10%)

**TABLA N° 171. PAGO EFECTUADO DURANTE LA ATENCIÓN POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2053	100.0	1345	100.0	306	100.0	402	100.0
Si	422	20.6	301	22.4	81	26.5	40	10.0
No	1606	78.2	1031	76.7	220	71.9	355	88.3
NS	2	.1	1	.1	0	.0	1	.2
NR	23	1.1	12	.9	5	1.6	6	1.5

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En la Selva es mayor la frecuencia de AM que refiere haber estado hospitalizado al menos una vez por al menos 24 horas en un hospital en los últimos doce meses; y lo es también para los pagos efectuados durante estas hospitalizaciones.

**TABLA N° 172. HOSPITALIZACIONES POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

		Total		Costa		Sierra		Selva	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hospitaliza- ciones en los últimos doce meses	Total	2384	100.0	1566	100.0	361	100.0	457	100.0
	Ninguna vez	2107	88.4	1412	90.2	312	86.4	383	83.8
	1	163	6.8	88	5.6	19	5.3	56	12.3
	2	35	1.5	18	1.1	8	2.2	9	2.0
	3	8	.3	8	.5	0	.0	0	.0
	4	9	.4	6	.4	0	.0	3	.7
	5 o más	20	.8	18	1.1	2	.6	0	.0
	No sabe	2	.1	1	.1	1	.3	0	.0
	No responde	40	1.7	15	1.0	19	5.3	6	1.3
Efectúo algún algo en esta última hospitalización	Total	278	100.0	154	100.0	50	100.0	74	100.0
	Si	36	12.9	20	13.0	5	10.0	11	14.9
	No	185	66.5	111	72.1	19	38.0	55	74.3
	NS	3	1.1	3	1.9	0	.0	0	.0
	NR	54	19.4	20	13.0	26	52.0	8	10.8

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **Por redes asistenciales en Lima Metropolitana**

En Lima Metropolitana el 8.1% de la PAM encuestada tiene otro seguro en Clínica Particular y el 72% consulta con médico particular. En las redes se observa que la Red Rebagliati tiene las frecuencias más altas de estos dos servicios y la Red Almenara las más bajas.

**TABLA N° 173. DISPONIBILIDAD DE SEGURO POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 201**

Tipo de seguro	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1113	100.0	376	100.0	366	100.0	371	100.0
SIS	6	.5	2	.5	3	.8	1	.3
EPS	8	.7	5	1.3	3	.8	0	.0
Seguro: Clínica particular	90	8.1	53	14.1	19	5.2	18	4.9
Médico Particular	804	72.2	289	76.9	267	73.0	248	66.8

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

El porcentaje de AM que no consultan cuando necesitan atención en Lima Metropolitana es menor al 1%. Siendo los motivos principales la percepción de mala calidad de los servicios y la desconfianza en los médicos. No hay diferencia estadísticamente significativa por sexo. El servicio más utilizado es el Hospital en las redes Rebagliati y Sabogal, en tanto que en Almenara son los Centros de Salud.

**TABLA N° 174. USO DE SERVICIOS DE SALUD SEGÚN REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Categorías	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1113	100	376	100	366	100	371	100
No consultó, aunque necesitó	9	0.8	2	0.5	5	1.4	2	0.5
No se ha enfermado	136	12.2	49	13.0	16	4.4	16	4.3
Fue a hospital	679	61.0	212	56.4	229	62.6	71	19.1
Fue a centro de salud	108	9.7	34	9.0	61	16.7	238	64.2
Fue a médico particular	105	9.4	44	11.7	26	7.1	13	3.5
Fue a servicio de urgencia	3	0.3	1	0.3	2	0.5	35	9.4
Fue a farmacia/botica	8	0.7	3	0.8	3	0.8	0	0.0
Fue a alguna atención alternativa	2	0.2	1	0.3	1	0.3	2	0.5
Solicitó atención domiciliaria	29	2.6	14	3.7	8	2.2	7	1.9
Otro	40	3.6	13	3.5	19	5.2	8	2.2

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

**TABLA N° 175. RAZONES POR LAS QUE NO USO LOS SERVICIOS DE SALUD POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Razones	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	9	100.0	2	100.0	5	100.0	2	100.0
Distancia, falta de transporte								
No tengo tiempo	1	0.1	0	0.0	1	0.3	0	0.0
No tengo dinero	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
La calidad del servicio no es buena	6	0.5	2	0.5	3	0.8	1	0.3
No confía en los médicos	3	0.3	0	0.0	3	0.8	0	0.0
No me gusta que me miren ni que me examinen	1	0.1	0	0.0	0	0.0	1	0.3
Otro	2	0.2	1	0.3	1	0.3	0	0.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Respecto a exámenes, procedimientos y medicamentos prescritos en la consulta se encontró que en la Red Sabogal estos alcanzan una frecuencia mayor que las otras dos redes.

**TABLA N° 176. PRESCRIPCIÓN DE EXÁMENES, PROCEDIMIENTOS Y MEDICAMENTOS POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Categorías	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
En la consulta le ordenaron exámenes	590	53.0	194	51.6	224	61.2	172	46.4
En la consulta le ordenaron: procedimientos	590	53.0	173	46.0	225	61.5	192	51.8
En la consulta le ordenaron: medicamentos	775	69.6	268	71.3	272	74.3	235	63.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En Lima Metropolitana el 20.7% de la PAM que consultó manifestó haber realizado algún pago durante la consulta. Se aprecia que no hay diferencia estadísticamente significativa entre las redes asistenciales.

**TABLA N° 177. PAGO EFECTUADO DURANTE LA ATENCIÓN POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	970	100.0	324	100.0	345	100.0	301	100.0
Si	201	20.7	74	22.8	68	19.7	59	19.6
No	762	78.6	248	76.5	277	80.3	237	78.7
NS	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0
NR	7	.7	2	.6	0	.0	5	1.7

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

En Lima Metropolitana el 4.3% de la PAM ha estado hospitalizado al menos 1 vez en el último año por un mínimo de 24 horas. No se aprecia diferencias estadísticamente significativas entre redes asistenciales.

El 13% de los Am refirieron haber efectuado pagos durante la última hospitalización, la mayor frecuencia se observa en la Red Rebagliati que llega hasta 18%, en tanto que Sabogal muestra la cifra más baja con 8.6%.

**TABLA N° 178. HOSPITALIZACIONES POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

		Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Q12: ¿En los últimos 12 meses cuantas veces estuvo internado en un hospital al menos una noche?	Total	1113	100.0	376	100.0	366	100.0	371	100.0
	Ninguna vez	1022	91.8	339	90.2	331	90.4	352	94.9
	1	48	4.3	17	4.5	16	4.4	15	4.0
	2	12	1.1	6	1.6	3	.8	3	.8
	3	5	.4	3	.8	2	.5	0	.0
	4	5	.4	1	.3	4	1.1	0	.0
	5 veces o más	15	1.3	5	1.3	9	2.5	1	.3
	No sabe	1	.1	1	.3	0	.0	0	.0
	No responde	5	.4	4	1.1	1	.3	0	.0
Q13. ¿Le tocó pagar algo en esta última hospitalización?	Total	91	100.0	37	100.0	35	100.0	19	100.0
	Si	12	13.2	7	18.9	3	8.6	2	10.5
	No	70	76.9	24	64.9	29	82.9	17	89.5
	NS	2	2.2	1	2.7	1	2.9	0	.0
	NR	7	7.7	5	13.5	2	5.7	0	.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### 3.6.1 Uso de los servicios sociales para la PAM

#### **Nacional**

Solamente el 5.7% de la PAM encuestada manifestó utilizar los servicios sociales que ofrece EsSalud. No existe diferencia estadísticamente significativa por sexo. En cuanto a la edad se observa que la frecuencia decrece ligeramente en los mayores de 75 años.

**TABLA N° 179. USO DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ESSALUD POR SEXO Y GRUPO ETAREO.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

	Total		Hombre		Mujer		Hombre					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
							N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	872	100	1512	100	84	100	1141	100	1159	100
Si	136	5.7	45	5.2	91	6.0	5	6.0	76	6.7	55	4.7
No	2236	93.8	819	93.9	1417	93.7	79	94.0	1061	93.0	1096	94.6
No sabe	3	.1	3	.3	0	.0			1	.1	2	.2
No responde	9	.4	5	.6	4	.3			3	.3	6	.5

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

El 77% de los AM encuestados refirieron que el tiempo que tuvieron que esperar para ser atendidos en los servicios sociales de EsSalud fue menor a un día. Este porcentaje en las mujeres llega al 80%. En cuanto a los grupos etáreos solamente los mayores a 75 años expresaron haber tenido experiencias de espera mayores a 7 días y un mes.

**TABLA N° 180. TIEMPO DE ESPERA PARA LA ATENCION EN SERVICIOS SOCIALES POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etáreo					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
							N°	%	N°	%	N°	%
Total	148	100	53	100.0	95	100.0	5	100	80	100	63	100
Menos o un día	114	77.0	38	71.7	76	80.0	5	100	65	81.3	44	69.8
Más un día a 7 días	0	.0	0	.0	0	.0						.0
Más de 7 días a 30 días	2	1.4	0	.0	2	2.1					2	3.2
Más de un mes	1	.7	1	1.9	0	.0					1	1.6
No responde	31	20.9	14	26.4	17	17.9			15	18.8	16	25.4

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016

El 72% de los AM que utilizaron los servicios sociales de EsSalud considera que estos han contribuido siempre o casi siempre a mejorar su bienestar. La percepción positiva es mayor en las mujeres y se incrementa en relación directa con la edad.

**TABLA N° 181. PERCEPCION SOBRE CONTRIBUCION DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN SU BIENESTAR POR SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

	Total		Hombre		Mujer		Grupo Etáreo					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
							N°	%	N°	%	N°	%
Total	148	100	53	100	95	100	5	100	80	100	63	100
Nunca	4	2.7	1	1.9	3	3.2		.0	2	2.5	2	3.2
A veces	21	14.2	5	9.4	16	16.8	2	40.0	15	18.8	4	6.3
Casi siempre	16	10.8	6	11.3	10	10.5		.0	6	7.5	10	15.9
Siempre	91	61.5	30	56.6	61	64.2	3	60.0	50	62.5	38	60.3
No sabe	2	1.4	2	3.8	0	.0		.0	1	1.3	1	1.6
No responde	14	9.5	9	17.0	5	5.3		.0	6	7.5	8	12.7

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

El 64% de los AM que respondieron a la pregunta manifestaron estar satisfechos o totalmente satisfechos con los servicios recibidos en los servicios sociales de EsSalud. En nivel de satisfacción es mayor en los hombres que en las mujeres. Los grupos de edad no pueden ser comparados en tanto en el grupo menor de 65 años solamente un AM respondió a la pregunta.

TABLA N° 182. SATISFACCION CON LOS SERVICIOS SOCIALES POR SEXO Y GRUPO ETAREO.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

	Total		Hombre		Mujer		Hombre					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
							N°	%	N°	%	N°	%
Total	48	100	18	100	30	100	1	100	25	100	22	100
Nada Satisfecho	1	2.1	0	.0	1	3.3		.0		.0	1	4.5
Poco Satisfecho	4	8.3	2	11.1	2	6.7		.0	2	8.0	2	9.1
Medianamente Satisfecho	8	16.7	1	5.6	7	23.3		.0	5	20.0	3	13.6
Satisfecho	24	50.0	11	61.1	13	43.3	1	100.0	12	48.0	11	50.0
Totalmente Satisfecho	7	14.6	1	5.6	6	20.0		.0	5	20.0	2	9.1
No sabe	0	.0	0	.0	0	.0		.0		.0		.0
No responde	4	8.3	3	16.7	1	3.3		.0	1	4.0	3	13.6

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **Dominio Geográfico**

En el análisis del uso de los servicios sociales de EsSalud por regiones vemos que la mayor frecuencia de uso se encuentra en la Costa, seguida de la Sierra y con la menor frecuencia la Selva, no obstante las diferencias son mínimas.

TABLA N° 183. USO DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ESSALUD POR  
DOMINIO GEOGRAFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2384	100	1566	100	361	100	457	100
Si	136	5.7	66	4.2	25	6.9	45	9.8
No	2236	93.8	1493	95.3	336	93.1	407	89.1
No sabe	3	.1	3	.2	0	.0	0	.0
No responde	9	.4	4	.3	0	.0	5	1.1

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Los usuarios de los servicios sociales de EsSalud muestran una mayor valoración de la contribución de los servicios a su bienestar en la selva con un 82% para siempre y casi siempre.

TABLA N° 184. PERCEPCION SOBRE CONTRIBUCION DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN SU  
BIENESTAR POR DOMINIO GEOGRAFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	148	100.0	73	100.0	25	100.0	50	100.0
Nunca	4	2.7	2	2.7	2	8.0	0	.0
A veces	21	14.2	11	15.1	7	28.0	3	6.0
Casi siempre	16	10.8	6	8.2	5	20.0	5	10.0
Siempre	91	61.5	44	60.3	11	44.0	36	72.0
No sabe	2	1.4	2	2.7	0	.0	0	.0
No responde	14	9.5	8	11.0	0	.0	6	12.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Con relación al nivel de satisfacción no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre las tres regiones.

**TABLA N° 185. SATISFACCION CON LOS SERVICIOS SOCIALES POR DOMINIO GEOGRAFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	148	100.0	73	100.0	25	100.0	50	100.0
Nada Satisfecho	2	1.4	1	1.4	1	4.0	0	.0
Poco Satisfecho	12	8.1	5	6.8	5	20.0	2	4.0
Medianamente Satisfecho	17	11.5	9	12.3	3	12.0	5	10.0
Satisfecho	82	55.4	39	53.4	14	56.0	29	58.0
Totalmente Satisfecho	22	14.9	12	16.4	2	8.0	8	16.0
No sabe	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0
No responde	13	8.8	7	9.6	0	.0	6	12.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016

### **Redes Asistenciales**

En Lima Metropolitana el uso de los servicios sociales de EsSalud referido por la PAM encuestada es de 4%. La Red Almenara muestra un punto porcentual por debajo de las otras redes asistenciales, lo cual sin embargo no tiene significancia estadística.

**TABLA N° 186. USO DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ESSALUD POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1113	100.0	376	100.0	366	100.0	371	100.0
Si	44	4.0	17	4.5	15	4.1	12	3.2
No	1065	95.7	357	94.9	349	95.4	359	96.8
No sabe	3	.3	1	.3	2	.5	0	.0
No responde	1	.1	1	.3	0	.0	0	.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016

En la percepción de la contribución de los servicios sociales al bienestar de los AM se encontró los niveles más altos en la Red Almenara con un 100% que consideran esta contribución seda siempre o casi siempre, es segundo lugar la Red Sabogal con 64% y finalmente la Red Rebagliati con 47%.

**TABLA N° 187. PERCEPCION SOBRE CONTRIBUCION DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN SU BIENESTAR POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	48	100.0	19	100.0	17	100.0	12	100.0
Nunca	2	4.2	2	10.5	0	.0	0	.0
A veces	8	16.7	4	21.1	4	23.5	0	.0
Casi siempre	5	10.4	1	5.3	3	17.6	1	8.3
Siempre	27	56.3	8	42.1	8	47.1	11	91.7
No sabe	1	2.1	1	5.3	0	.0	0	.0
No responde	5	10.4	3	15.8	2	11.8	0	.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016

La satisfacción con los servicios sociales de EsSalud en Lima Metropolitana es de 64.6 %. En el análisis por redes destaca la Red Sabogal con un 83 % en las categorías satisfecho o totalmente satisfecho.

**TABLA N° 188. SATISFACCION CON LOS SERVICIOS SOCIALES POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	48	100.0	19	100.0	17	100.0	12	100.0
Nada Satisfecho	1	2.1	1	5.3	0	.0	0	.0
Poco Satisfecho	4	8.3	0	.0	4	23.5	0	.0
Medianamente Satisfecho	8	16.7	5	26.3	1	5.9	2	16.7
Satisfecho	24	50.0	10	52.6	8	47.1	6	50.0
Totalmente Satisfecho	7	14.6	1	5.3	2	11.8	4	33.3
No sabe	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0
No responde	4	8.3	2	10.5	2	11.8	0	.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016

### 3.7 FRAGILIDAD

La definición operacional de Persona Adulta Mayor Frágil para el presente estudio se ha elaborado siguiendo los criterios de Linda Fried, que han sido asumidos también por EsSalud en la Cartera de Servicios Gerontológico Sociales aprobados mediante Resolución de Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad N° 09-GCPAMyPCD-ESSALUD-2015, haciendo una adaptación en algunos de los criterios según la revisión de estudios a nivel internacional. A continuación se muestran estos criterios

TABLA N° 189. CRITERIOS DE FRAGILIDAD DEL ESTUDIO

CRITERIOS DE FREID	CARTERA DE SERVICIOS ESSALUD	ESTUDIO
Pérdida de peso	Pérdida de peso no intencionada (5 kilogramos o bien >5% del peso corporal en el último año)	Se utilizó el índice de Masa Corporal (IMC). Los AM con un IMC < 21 kg/m <sup>2</sup> fueron considerados frágiles en este criterio.
Fuerza de agarre	Debilidad muscular (fuerza prensora <20% del límite de la normalidad ajustada por sexo y por índice de masa corporal)	Para la medición de la fuerza de agarre se utilizó un dinamómetro marca CAMRY Model EH101, que mide la fuerza de agarre en kilogramos/fuerza. El dato que se tuvo en cuenta fue el promedio de tres intentos (rango 2 a 90 kg/f.) con un intervalo de un minuto entre ellos. Valores de 20% por debajo de lo normal (ajustado por sexo y edad), se han considerado como pobre fuerza de agarre o fragilidad.
Autorreporte de cansancio físico o agotamiento:	Baja resistencia-cansancio (auto referida por la misma persona o identificado por la escala CES-D)	Se incluyeron dos preguntas de sensación de cansancio físico En la última semana ¿cuántos días ha sentido que todo lo que hacía era un esfuerzo? En la última semana ¿cuántas veces no tenía ganas de hacer nada? Las respuestas ocasionalmente y la mayor parte del tiempo fueron codificadas como sí, considerándose como condición de “agotamiento”, para el análisis.
Velocidad de la marcha:	Lentitud en la marcha (velocidad de la marcha, para recorrer una distancia de 4,5m <20% del límite de normalidad)	La prueba consiste en caminar al paso usual, una distancia de tres metros (rango 0.1 a 1.96 mts/seg.). Se toma el tiempo utilizado, y se registra la necesidad o no de ayuda.  La velocidad inferior al percentil 20, fue considerado como el punto de corte para ser considerado frágil.
Actividad física:	Nivel bajo de actividad física (cálculo del consumo de calorías semanales por debajo del quintil inferior ajustado por sexo)	Se utilizaron las preguntas sobre actividad física incluidas en la encuesta categorizando (N61 y N63) como activos a aquellos participantes que realizaban trabajos ligeros diarios y/o actividades deportivas por semana e inactivos los que no lo hacían. Estos últimos fueron considerados frágiles.

La escala utilizada para clasificar a los AM fue la siguiente:

ESCALA:	
AM frágiles	Tienen tres o más de los cinco criterios valorados
AM prefrágiles	Tienen 1 ó 2 de los criterios
AM vigorosos	Aquellos que no presentaban ninguna de las cinco características.

Para determinar la prevalencia se utilizó los siguientes criterios de exclusión:

- Los AM que en el Minimental (B8) obtuvieron un puntaje <13.
- Los AM que presentan alteraciones permanentes en el movimiento del cuerpo, manos, brazos y piernas (R1\_9).
- Los AM que presentan dificultades permanentes para desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón (R4\_6).
- Personas con demencia, positivo en G3.
- Enfermedad crónica inestable o no compensada, Positivo a N6.
- Evento cerebrovascular previo con déficit motor, Positivo N31.
- Enfermedad terminal diagnosticada, Positivo a N9 - N19.

- Uso de bastones o accesorios para la marcha, positivos en opción 2 (uso de bastón) T7b y T8b.
- Dependencia total en la realización de las actividades de la vida diaria o dependencia parcial que afecte la deambulaci3n.

Aplicando estos criterios se obtuvo una muestra total de 1123 AM para el 3mbito nacional y 470 para Lima Metropolitana.

Se report3 una prevalencia de fragilidad de 10.4%, no se evidencia diferencia estadística por sexo, pero si un incremento progresivo con la edad. La prevalencia de adultos fr3giles en la Sierra es el doble que el de la Costa y Selva. El grupo etareo con mayor prevalencia es el de mayores de 75 ańos, y en este grupo las mujeres superan a los hombres en 5 puntos porcentuales.

En Lima Metropolitana la prevalencia de fragilidad es de 7.9 %, no existiendo diferencia entre hombres y mujeres. En los grupos de edad la mayor prevalencia est3 entre los mayores de 74, siendo las mujeres quienes superan a los hombres por 3 puntos porcentuales. La Red Sabogal presenta la tasa m3s alta con relaci3n a las otras dos redes de Lima.

En el an3lisis de los criterios se observa que tienen mayor frecuencia entre los adultos con fragilidad la ausencia de actividad f3sica con 62%, seguido de la p3rdida de peso 24,6% y la disminuci3n de la fuerza de agarre con 18%.

TABLA 190. FRAGILIDAD SEGÚN SEXO, GRUPO DE EDAD Y DOMINIO GEOGRÁFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

		Total		Hombre		Mujer		Hombre						Mujer					
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más		60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
								Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	Total	1660	100	628	100	1032	100	32	100	348	100	248	100	45	100	545	100	442	100
	Adultos mayores frágiles	172	10.4	59	9.4	113	10.9	0	0.0	25	7.2	34	13.7	1	2.2	31	5.7	81	18.3
	Adultos mayores prefrágiles	1106	66.6	416	66.2	690	66.9	22	68.8	222	63.8	172	69.4	28	62.2	364	66.8	298	67.4
	Adultos mayores vigorosos	382	23.0	153	24.4	229	22.2	10	31.3	101	29.0	42	16.9	16	35.6	150	27.5	63	14.3
Costa	Total	1060	100	416	100	644	100	18	100	215	100	183	100	18	100	332	100	294	100
	Adultos mayores frágiles	99	9.3	37	8.9	62	9.6	0	.0	19	8.8	18	9.8	0	.0	17	5.1	45	15.3
	Adultos mayores prefrágiles	720	67.9	278	66.8	442	68.6	13	72.2	133	61.9	132	72.1	12	66.7	223	67.2	207	70.4
	Adultos mayores vigorosos	241	22.7	101	24.3	140	21.7	5	27.8	63	29.3	33	18.0	6	33.3	92	27.7	42	14.3
Sierra	Total	230	100	80	100	150	100	4	100	46	100	30	100	10	100	73	100	67	100
	Adultos mayores frágiles	45	19.6	17	21.3	28	18.7	0	.0	5	10.9	12	40.0	0	.0	9	12.3	19	28.4
	Adultos mayores prefrágiles	133	57.8	42	52.5	91	60.7	2	50.0	26	56.5	14	46.7	6	60.0	47	64.4	38	56.7
	Adultos mayores vigorosos	52	22.6	21	26.3	31	20.7	2	50.0	15	32.6	4	13.3	4	40.0	17	23.3	10	14.9
Selva	Total	370	100	132	100	238	100	10	100	87	100	35	100	17	100	140	100	81	100
	Adultos mayores frágiles	28	7.6	5	3.8	23	9.7	0	.0	1	1.1	4	11.4	1	5.9	5	3.6	17	21.0
	Adultos mayores prefrágiles	253	68.4	96	72.7	157	66.0	7	70.0	63	72.4	26	74.3	10	58.8	94	67.1	53	65.4
	Adultos mayores vigorosos	89	24.1	31	23.5	58	24.4	3	30.0	23	26.4	5	14.3	6	35.3	41	29.3	11	13.6

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Comparaciones de proporciones de columnas<sup>b</sup>

		Hombre	Mujer	Hombre			Mujer		
		(A)	(B)	60 a 64 años	65 a 74 años	75 a más	60 a 64 años	65 a 74 años	75 a más
		(A)	(B)	(A)	(B)	(C)	(A)	(B)	(C)
Costa	Adultos mayores frágiles			a			.a		B
	Adultos mayores prefrágiles				C			C	
	Adultos mayores vigorosos								
Sierra	Adultos mayores frágiles			.a		B	.a		B
	Adultos mayores prefrágiles								
	Adultos mayores vigorosos								
Selva	Adultos mayores frágiles		A	.a		B			B
	Adultos mayores prefrágiles							C	
	Adultos mayores vigorosos								

Los resultados se basan en pruebas bilaterales con un nivel de significación 0.05. Para cada par significativo, la clave de la categoría con la proporción de columna menor aparece debajo de la categoría con mayor proporción de columna.

a. Esta categoría no se utiliza en las comparaciones porque su proporción de columna es igual a cero o uno.

b. Utilizando la corrección de Bonferroni, se han ajustado las pruebas para todas las comparaciones por pares dentro de una fila para cada sub

TABLA N° 191. FRAGILIDAD SEGÚN SEXO, GRUPO DE EDAD Y REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

		Total		Hombre		Mujer		Hombre						Mujer					
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más		60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
								Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lima Metropolitana	Total	735	100	290	100	445	100	15	100	141	100	134	100	8	100	234	100	203	100
	Adultos mayores frágiles	58	7.9	23	7.9	35	7.9	0	0.0	11	7.8	12	9.0	0	0.0	10	4.3	25	12.3
	Adultos mayores prefrágiles	545	74.1	214	73.8	331	74.4	11	73.3	96	68.1	107	79.9	6	75.0	171	73.1	154	75.9
	Adultos mayores vigorosos	132	18.0	53	18.3	79	17.8	4	26.7	34	24.1	15	11.2	2	25.0	53	22.6	24	11.8
Rebagliati	Total	272	100	108	100	164	100	3	100	47	100	58	100	3	100	91	100	70	100
	Adultos mayores frágiles	24	8.8	8	7.4	16	9.8	0	.0	3	6.4	5	8.6	0	.0	6	6.6	10	14.3
	Adultos mayores prefrágiles	195	71.7	76	70.4	119	72.6	2	66.7	29	61.7	45	77.6	2	66.7	69	75.8	48	68.6
	Adultos mayores vigorosos	53	19.5	24	22.2	29	17.7	1	33.3	15	31.9	8	13.8	1	33.3	16	17.6	12	17.1
Sabogal	Total	216	100	81	100	135	100	4	100	43	100	34	100	2	100	65	100	68	100
	Adultos mayores frágiles	21	9.7	7	8.6	14	10.4	0	.0	4	9.3	3	8.8	0	.0	3	4.6	11	16.2
	Adultos mayores prefrágiles	162	75.0	59	72.8	103	76.3	3	75.0	28	65.1	28	82.4	2	100.0	50	76.9	51	75.0
	Adultos mayores vigorosos	33	15.3	15	18.5	18	13.3	1	25.0	11	25.6	3	8.8	0	.0	12	18.5	6	8.8
Almenara	Total	247	100	101	100	146	100	8	100	51	100	42	100	3	100	78	100	65	100
	Adultos mayores frágiles	13	5.3	8	7.9	5	3.4	0	.0	4	7.8	4	9.5	0	.0	1	1.3	4	6.2
	Adultos mayores prefrágiles	188	76.1	79	78.2	109	74.7	6	75.0	39	76.5	34	81.0	2	66.7	52	66.7	55	84.6
	Adultos mayores vigorosos	46	18.6	14	13.9	32	21.9	2	25.0	8	15.7	4	9.5	1	33.3	25	32.1	6	9.2

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Comparaciones de proporciones de columnas<sup>b</sup>

		Hombre	Mujer	Hombre			Mujer		
		(A)	(B)	60 a 64 años	65 a 74 años	75 a más	60 a 64 años	65 a 74 años	75 a más
				(A)	(B)	(C)	(A)	(B)	(C)
Rebagliati	Adultos mayores frágiles			.a			.a		
	Adultos mayores prefrágiles								
	Adultos mayores vigorosos								
Sabogal	Adultos mayores frágiles			.a			.a		B
	Adultos mayores prefrágiles						.a		
	Adultos mayores vigorosos						.a		
Almenara	Adultos mayores frágiles			.a			.a		
	Adultos mayores prefrágiles								B
	Adultos mayores vigorosos						C		

Los resultados se basan en pruebas bilaterales con un nivel de significación 0.05. Para cada par significativo, la clave de la categoría con la proporción de

a. Esta categoría no se utiliza en las comparaciones porque su proporción de columna es igual a cero o uno.

b. Utilizando la corrección de Bonferroni, se han ajustado las pruebas para todas las comparaciones por pares dentro de una fila para cada subtabla situada r

TABLA N° 192. FRAGILIDAD POR CRITERIOS SEGÚN SEXO Y GRUPO ETAREO.  
POBLACION ADULTA MAYOR ESSALUD 2016

		Total		Hombre		Mujer		Hombre					
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
								Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Total	1123	100	424	100.0	699	100.0	50.0	200	619.0	200	454	200
Pérdida de peso	Con fragilidad	256	22.8	86	20.3	170	24.3	13	51.4	124	39.9	119	50.2
	Sin fragilidad	867	77.2	338	79.7	529	75.7	37	148.6	495	160.1	335	149.8
Fuerza de agarre	Con fragilidad	225	20.0	86	20.3	139	19.9	7	30.7	95	31.5	123	52.8
	Sin fragilidad	898	80.0	338	79.7	560	80.1	43	169.3	524	168.5	331	147.2
Autorreporte de cansancio físico o agotamiento	Con fragilidad	66	5.9	29	6.8	37	5.3	1	4.8	31	10.4	34	15.3
	Sin fragilidad	1057	94.1	395	93.2	662	94.7	49	195.2	588	189.6	420	184.7
Velocidad de la marcha	Con fragilidad	179	15.9	83	19.6	96	13.7	3	13.0	77	25.8	99	45.9
	Sin fragilidad	944	84.1	341	80.4	603	86.3	47	187.0	542	174.2	355	154.1
Actividad física	Con fragilidad	689	61.4	257	60.6	432	61.8	22	87.7	358	114.9	309	136.8
	Sin fragilidad	434	38.6	167	39.4	267	38.2	28	112.3	261	85.1	145	63.2

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### 3.8 REDES DE APOYO SOCIAL

Durante años la categoría “redes sociales” fue asumida como indicador de apoyo. Si se pertenecía a una red se estaba apoyado. La investigación gerontológica desmintió que esto fuera así y empezó la preocupación por un análisis más detallado de la calidad, frecuencia, efectividad y disponibilidad de los apoyos<sup>11</sup>.

Las virtudes y limitaciones observadas en las redes sociales mostraron la necesidad de considerar además la percepción que tienen los mayores de lo que dan y reciben en las redes, de cuán importante son éstas para su calidad de vida.

Para efectos del presente estudio se han considerado cuatro categorías de análisis de las redes de apoyo social: el tamaño de la red, conformación de la red, los tipos de apoyo que recibe y dan los AM y calidad del apoyo.

#### 3.8.1 Tamaño de la Red

##### **Nacional**

El tamaño de la red de apoyo no es constante en todas las etapas de la vida. Entre los factores que intervienen en el tamaño de la red de apoyo en la vejez se encuentra el

<sup>11</sup> José Miguel Guzmán, Sandra Huenchuan, Verónica Montes de Oca *Ponencia presentada en el Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social* 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile, 14 al 18 de julio de 2003

efecto de la mortalidad en la generación de contemporáneos, los cambios de domicilio, la pérdida de la pareja o la jubilación.

Se encontró que en promedio el adulto mayor tiene una red conformada por 5 integrantes entre familiares, amigos no familiares e instituciones. No hay diferencia estadística en el tamaño de la red de apoyo que reciben los hombres y las mujeres.

**TABLA N° 193. NUMERO DE PERSONAS O INSTITUCIONES QUE BRINDAN AYUDA AL ADULTO MAYOR POR SEXO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Fuente de Apoyo	Total				Hombre				Mujer			
	Media	Error típico de la media	IC 95%		Media	Error típico de la media	IC 95%		Media	Error típico de la media	IC 95%	
			Lím. inf.	Lím. sup.			Lím. inf.	Lím. sup.			Lím. inf.	Lím. sup.
Familiares que apoyan al adulto mayor	2.28	0.03	2.23	2.34	2.31	0.05	2.22	2.41	2.27	0.04	2.20	2.34
No familiares que apoyan al adulto mayor	1.25	0.04	1.17	1.34	1.24	0.07	1.09	1.39	1.26	0.05	1.16	1.36
Instituciones que apoyan al adulto mayor	1.09	0.05	1.00	1.18	1.07	0.05	.96	1.18	1.10	0.06	0.97	1.22

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **Por dominio geográfico**

Al analizar la información por dominio geográfico vemos que los AM de la Selva refirieron tener la red social más amplia con 6 integrantes promedio, seguido de la Costa con 5 y finalmente la Sierra con 4 integrantes promedio.

**TABLA N° 194. NUMERO DE PERSONAS O INSTITUCIONES QUE BRINDAN AYUDA AL ADULTO MAYOR SEGUN DOMINIO GEOGRAFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Región/Fuente de Apoyo		Media	Error típico de la media	IC 95%	
				Lím. inf.	Lím. sup.
Costa	Familiares que apoyan al adulto mayor	2.29	0.03	2.22	2.35
	No familiares que apoyan al adulto mayor	1.23	0.04	1.15	1.31
	Instituciones que apoyan al adulto mayor	1.10	0.07	0.97	1.24
Sierra	Familiares que apoyan al adulto mayor	1.96	0.06	1.83	2.08
	No familiares que apoyan al adulto mayor	1.00	0.00	-	-
	Instituciones que apoyan al adulto mayor	1.00	0.00	-	-
Selva	Familiares que apoyan al adulto mayor	2.67	0.11	2.47	2.88
	No familiares que apoyan al adulto mayor	1.62	0.21	1.15	2.08
	Instituciones que apoyan al adulto mayor	1.12	0.10	0.92	1.31

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

**Por redes asistenciales en Lima Metropolitana**

Se encontró que en promedio el adulto mayor tiene una red conformada por 5 integrantes entre familiares, amigos no familiares e instituciones de igual modo que a nivel nacional. No hay diferencia estadística en el tamaño de la red de apoyo que reciben los hombres y las mujeres.

**TABLA N° 195. NUMERO DE PERSONAS O INSTITUCIONES QUE BRINDAN AYUDA AL ADULTO MAYOR SEGUN SEXO EN LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Fuente de Apoyo	Total				Hombre				Mujer			
	Media	Error típico de la media	IC 95%		Media	Error típico de la media	IC 95%		Media	Error típico de la media	IC 95%	
			Lím. inf.	Lím. sup.			Lím. inf.	Lím. sup.			Lím. inf.	Lím. sup.
Familiares que apoyan al adulto mayor	2.26	0.04	2.18	2.33	2.21	0.06	2.09	2.33	2.28	0.05	2.18	2.38
No familiares que apoyan al adulto mayor	1.24	0.05	1.14	1.34	1.24	0.09	1.06	1.42	1.24	0.06	1.12	1.36
Instituciones que apoyan al adulto mayor	1.16	0.11	0.95	1.38	1.20	0.16	0.87	1.53	1.14	0.14	0.85	1.43

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Con relación a las redes asistenciales se aprecia que la Red Sabogal presenta una red de apoyo conformada por 5 integrantes.

**TABLA N° 196. NUMERO DE PERSONAS O INSTITUCIONES QUE BRINDAN AYUDA AL ADULTO MAYOR SEGUN REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Región/Fuente de Apoyo		Total			
		Media	Error típico de la media	IC 95%	
				Lím. inf.	Lím. sup.
Rebagliati	Familiares que apoyan al adulto mayor	1.91	.07	1.77	2.05
	No familiares que apoyan al adulto mayor	1.29	.29	.59	1.98
	Instituciones que apoyan al adulto mayor	1.30	.25	.77	1.83
Sabogal	Familiares que apoyan al adulto mayor	2.66	.06	2.53	2.79
	No familiares que apoyan al adulto mayor	1.24	.05	1.14	1.35
	Instituciones que apoyan al adulto mayor	1.14	.14	.84	1.44
Almenara	Familiares que apoyan al adulto mayor	2.11	.06	1.99	2.23
	No familiares que apoyan al adulto mayor	1.21	.11	.97	1.46
	Instituciones que apoyan al adulto mayor	1.00	.00		

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### 3.8.2 Conformación de la Red

#### Nacional

Como puede apreciarse en la Tabla 100 la principal fuente de apoyo de los AM la constituye la familia directa, el 75% de los AM recibe este tipo de ayuda. No existe diferencia entre hombres y mujeres. Es importante precisar que solo el 6% de acude a servicios de EsSalud dirigidos al AM, el grupo de edad que más acude es el grupo de mujeres de 60 a 64 años.

TABLA N° 197. FUENTE DE APOYO SEGÚN SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Fuente de Apoyo	Total		Hombre		Mujer		Hombre						Mujer					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas		60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
							N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	Recibe ayuda de su familia	1799	75.5	664	76.2	1135	75.0	29	85.3	328	74.0	307	77.9	35	70.0	477	68.3	623
Recibe ayuda de alguien que no es de la familia	158	6.6	50	5.7	108	7.1	1	2.9	27	6.1	22	5.6	1	2.0	41	5.9	66	8.6
Acude usted a los servicios sociales proporcionados por EsSalud	136	5.7	45	5.2	91	6.0	1	2.9	27	6.1	17	4.3	4	8.0	49	7.0	38	5.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

Cuando se preguntó de manera específica sobre los programas a los que asisten se encontró que el 6.2% acuden a los CAM de EsSalud, seguidos de los CIAM municipales con 0.5%. No se evidencia diferencia por sexo. En cuanto a los grupos etáreos se aprecia que los hombres de 65 a 74 y las mujeres de 60 a 64 son los que acuden en mayor proporción a los CAM.

TABLA N° 198. PROGRAMAS DE LOS QUE RECIBE APOYO SEGÚN SEXO Y GRUPO ETAREO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Programas	Total		Hombre		Mujer		Hombre						Mujer					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más		60 a 64 años		65 a 74 años		75 a más	
							N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	Total	2384	100	872	100	1512	100	34	100	443	100	395	100	50	100	698	100	764
Centro del adulto mayor (CAM)	147	6.2	52	6.0	95	6.3	1	2.9	31	7.0	20	5.1	6	12.0	43	6.2	46	6.0
Círculos del adulto mayor (CIRAM)	7	0.3	2	0.2	5	0.3	0	0.0	1	0.2	1	0.3	0	0.0	3	0.4	2	0.3
Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) - Municipal	12	0.5	3	0.3	9	0.6	0	0.0	2	0.5	1	0.3	0	0.0	3	0.4	6	0.8
Tayta Huasi	3	0.1	1	0.1	2	0.1	0	0.0	0	0.0	1	0.3	0	0.0	0	0.0	2	0.3
Casa de reposo privada	6	0.3	2	0.2	4	0.3	0	0.0	0	0.0	2	0.5	0	0.0	1	0.1	3	0.4
Casa de reposo pública/organización de ayuda	10	0.4	2	0.2	8	0.5	0	0.0	0	0.0	2	0.5	0	0.0	5	0.7	3	0.4

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

**Por dominio geográfico**

La fuente de apoyo por regiones presenta una variación con respecto al nacional, en la Costa y Sierra más del 70% de Am manifestaron recibir apoyo de la familia, en tanto que en la Selva solamente el 48%.

**TABLA N° 199. FUENTE DE APOYO SEGÚN DOMINIO GEOGRAFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Región/Fuente de Apoyo		Total		Hombre		Mujer	
		N°	%	N°	%	N°	%
Costa	Recibe ayuda de su familia	1310	83.7	486	82.9	824	84.1
	Recibe ayuda de alguien que no es de la familia	140	8.9	43	7.3	97	9.9
	Acude usted a los servicios sociales proporcionados por EsSalud	66	4.2	21	3.6	45	4.6
Sierra	Recibe ayuda de su familia	268	74.2	93	77.5	175	72.6
	Recibe ayuda de alguien que no es de la familia	5	1.4	2	1.7	3	1.2
	Acude usted a los servicios sociales proporcionados por EsSalud	25	6.9	5	4.2	20	8.3
Selva	Recibe ayuda de su familia	221	48.4	85	51.5	136	46.6
	Recibe ayuda de alguien que no es de la familia	13	2.8	5	3.0	8	2.7
	Acude usted a los servicios sociales proporcionados por EsSalud	45	9.8	19	11.5	26	8.9

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

La población de la Selva es la que refiere usar en mayor proporción con CAM con un 10.7%, seguida de la Sierra con 7.5 y solo 4.5 en la Costa. Solo se evidencia diferencia por sexo en la costa donde la proporción de mujeres que van a los CAM es mayor que la de los hombres.

**TABLA N° 200. PROGRAMAS DE LOS QUE RECIBE APOYO SEGÚN DOMINIO GEOGRAFICO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Región Programas		Total		Hombre		Mujer	
		N°	%	N°	%	N°	%
Costa	Centro del adulto mayor (CAM)	71	4.5	27	4.6	44	4.5
	Círculos del adulto mayor (CIRAM)	5	.3	2	.3	3	.3
	Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) - Municipal	8	.5	3	.5	5	.5
	Tayta Huasi	2	.1	1	.2	1	.1
	Casa de reposo privada	2	.1	1	.2	1	.1
	Casa de reposo pública/organización de ayuda	8	.5	2	.3	6	.6
Sierra	Centro del adulto mayor (CAM)	27	7.5	6	5.0	21	8.7
	Círculos del adulto mayor (CIRAM)	0	.0	0	.0	0	.0
	Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) - Municipal	2	.6	0	.0	2	.8
	Tayta Huasi	0	.0	0	.0	0	.0
	Casa de reposo privada	1	.3	1	.8	0	.0
	Casa de reposo pública/organización de ayuda	1	.3	0	.0	1	.4
Selva	Centro del adulto mayor (CAM)	49	10.7	19	11.4	30	10.3
	Círculos del adulto mayor (CIRAM)	2	.4	0	.0	2	.7

Región Programas		Total		Hombre		Mujer	
		N°	%	N°	%	N°	%
	Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) – Municipal	2	.4	0	.0	2	.7
	Tayta Huasi	1	.2	0	.0	1	.3
	Casa de reposo privada	3	.7	0	.0	3	1.0
	Casa de reposo pública/organización de ayuda	1	.2	0	.0	1	.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **Por redes asistenciales en Lima Metropolitana**

En Lima Metropolitana el 83% de los AM recibe apoyo de su familia, esta cifra se encuentra por encima del promedio encontrado en la muestra nacional. En las redes se encontró que en el ámbito de la red Rebagliati se encuentra el menor porcentaje de AM que recibe apoyo de su familia (67%).

**TABLA N° 201. FUENTE DE APOYO SEGÚN REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016**

Región/Fuente de Apoyo		Total		Hombre		Mujer	
		N°	%	N°	%	N°	%
Lima Metropolitana	Recibe ayuda de su familia	926	83.2	350	82.9	576	83.4
	Recibe ayuda de alguien que no es de la familia	105	9.4	33	7.8	72	10.4
	Acude usted a los servicios sociales proporcionados por EsSalud	44	4.0	15	3.6	29	4.2
Rebagliati	Recibe ayuda de su familia	252	67.0	97	68.3	155	66.2
	Recibe ayuda de alguien que no es de la familia	8	2.1	1	.7	7	3.0
	Acude usted a los servicios sociales proporcionados por EsSalud	17	4.5	5	3.5	12	5.1
Sabogal	Recibe ayuda de su familia	339	92.6	114	89.1	225	94.5
	Recibe ayuda de alguien que no es de la familia	83	22.7	29	22.7	54	22.7
	Acude usted a los servicios sociales proporcionados por EsSalud	15	4.1	8	6.3	7	2.9
Almenara	Recibe ayuda de su familia	335	90.3	139	91.4	196	89.5
	Recibe ayuda de alguien que no es de la familia	14	3.8	3	2.0	11	5.0
	Acude usted a los servicios sociales proporcionados por EsSalud	12	3.2	2	1.3	10	4.6

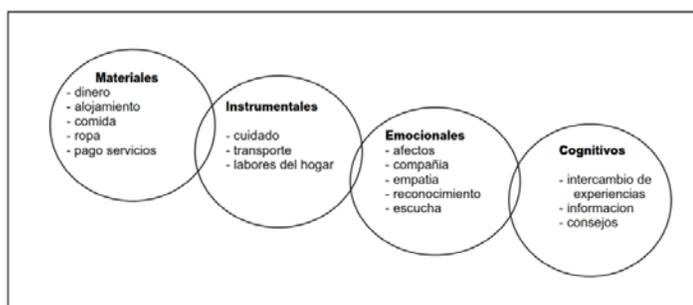
Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **3.8.3 Tipos de apoyo que brinda y recibe la PAM**

Se ha utilizado el concepto de apoyo social entendido “como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación” (Khan y Antonucci, 1980). Este conjunto de transacciones interpersonales que opera en las redes, se denominan con el término genérico de transferencias, se presenta como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula.

Se consideran cuatro categorías de transferencias o apoyos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos.

GRAFICO 14. TIPOS DE APOYO O TRANSFERENCIAS



Fuente: Tomado de José Miguel Guzmán, Sandra Huenchuan, Verónica Montes de Oca

### Nacional

La mayor proporción de los AM refiere que recibe ayuda emocional de la red, seguida de la ayuda material. No se encuentran relación significativa por sexo y por grupo etáreo.

TABLA N° 202. TIPO DE AYUDA QUE RECIBE SEGÚN SEXO Y GRUPO ETAREO.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD

	Total		Hombre		Mujer		Hombre						Mujer					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas		60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
							N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Materiales	1929	35.0	746	36.4	1183	34.2	25	31.3	385	36.8	336	36.4	38	35.2	507	34.6	638	33.8
Instrumentales	1796	32.6	700	34.1	1096	31.7	20	25.0	379	36.2	301	32.6	41	38.0	441	30.1	614	32.6
Emocionales	2615	47.5	996	48.6	1619	46.8	39	48.8	507	48.4	450	48.8	56	51.9	706	48.1	857	45.4
Cognoscitivos	1804	32.7	699	34.1	1105	31.9	29	36.3	375	35.8	295	32.0	39	36.1	470	32.0	596	31.6

Respecto a la ayuda que la PAM brinda en su hogar la que presenta mayor proporción es el apoyo material con un 84%, seguida del apoyo emocional. Las mujeres presentan una mayor proporción de apoyo material a sus familias con respecto a los hombres.

TABLA N° 203. TIPODE AYUDA QUE BRINDA EL AM SEGÚN SEXO Y GRUPO ETAREO.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD

Tipo de Ayuda	Total		Hombre		Mujer		Hombre						Mujer					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas		60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
							N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Materiales	2004	84.1	705	80.9	1299	85.9	24	70.6	362	81.7	319	81.0	46	92.0	613	87.8	640	83.7
Instrumentales	1601	68.5	580	67.5	1021	69.1	23	67.6	315	71.8	242	62.7	39	78.0	511	73.8	471	64.1
Emocionales	1630	69.8	605	70.4	1025	69.4	24	70.6	315	71.8	266	68.9	36	72.0	468	67.6	521	70.9
Cognoscitivos	936	40.1	344	40.0	592	40.1	15	44.1	187	42.6	142	36.8	22	44.0	273	39.5	297	40.4

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

La mayor proporción de los AM no participa en espacios sociales, de participación ciudadana o políticos, el 6% participa en espacios sociales y el 5% en espacios comunitarios. No hay diferencia significativa por sexo. Con relación a los grupos de edad se aprecia que las mujeres entre 65 y 74 son las que muestran mayor porcentaje de participación comunitaria.

**TABLA N° 204. PARTICIPACION DEL ADULTO MAYOR SEGÚN SEXO Y GRUPO ETAREO.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD**

	Total		Hombre		Mujer		Hombre						Mujer					
	N°	%	N°	%	N°	%	60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas		60 a 64 Años		65 a 74 años		75 a Mas	
							N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	2379	100	871	100	1508	100	34	100	443	100	394	100	50	100	697	100	761	100.0
Participación Social	148	6.2	56	6.4	92	6.1	2	5.9	31	7.0	23	5.8	3	6.0	37	5.3	52	6.8
Participación Ciudadana	76	3.2	25	2.9	51	3.4	1	2.9	17	3.8	7	1.8	1	2.0	31	4.4	19	2.5
Participación Comunitaria	120	5.0	35	4.0	85	5.6	0	0.0	23	5.2	12	3.0	5	10.0	50	7.2	30	3.9
Participación Política	12	0.5	5	0.6	7	0.5	0	0.0	5	1.1	0	0.0	0	0.0	5	0.7	2	0.3
Otros	40	1.7	8	0.9	32	2.1	0	0.0	5	1.1	3	0.8	2	4.0	19	2.7	11	1.4
No participa	1889	79.4	705	80.9	1184	78.5	27	79.4	341	77.0	337	85.5	36	72.0	526	75.5	622	81.7
Participación Religiosa	68	2.9	31	3.6	37	2.5	4	11.8	19	4.3	8	2.0	3	6.0	20	2.9	14	1.8
No sabe	23	1.0	5	0.6	18	1.2	0	0.0	1	0.2	4	1.0	0	0.0	8	1.1	10	1.3
No responde	3	0.1	1	0.1	2	0.1	0	0.0	1	0.2	0	0.0	0	0.0	1	0.1	1	0.1

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

### **Por dominio geográfico**

En las regiones se aprecia la misma característica del ámbito nacional con una mayor relevancia del apoyo emocional sobre los otros tres tipos de apoyo. En la Sierra se encontró el menor porcentaje de AM que recibe apoyo material con respecto a las otras dos regiones. No existe diferencia significativa en los tipos de apoyo por sexo a excepción del apoyo cognitivo en la Sierra donde es ligeramente superior en los varones con respecto a las mujeres.

TABLA N° 205. TIPO DE AYUDA QUE RECIBE POR DOMINIO GEOGRAFICO.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Tipo de Ayuda	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Materiales	1929	80.9	1469	93.8	222	61.5	238	52.1
Instrumentales	1796	75.3	1328	84.8	248	68.7	220	48.1
Emocionales	2615	109.7	1968	125.7	339	93.9	308	67.4
Cognoscitivos	1804	75.7	1361	116.5	227	94.8	216	47.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

TABLA N° 206. PARTICIPACION DEL ADULTO MAYOR POR DOMINIO GEOGRAFICO.  
POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD

Tipo de participación	Total		Costa		Sierra		Selva	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Participación Social	148	6.2	124	7.9	16	4.4	8	1.8
Participación Ciudadana	76	3.2	67	4.3	4	1.1	5	1.1
Participación Comunitaria	120	5.0	82	5.2	21	5.8	17	3.7
Participación Política	12	0.5	4	0.3	3	0.8	5	1.1
Otros	40	1.7	18	1.1	19	5.3	3	0.7
No participa	1889	79.2	1204	76.9	281	77.8	404	88.4
Participación Religiosa	68	2.9	45	2.9	16	4.4	7	1.5
No sabe	23	1.0	19	1.2	0	0.0	4	0.9
No responde	8	0.3	3	0.2	1	0.3	4	0.9

### **Por redes asistenciales en Lima Metropolitana**

En Lima Metropolitana el nivel de apoyo emocional referido por los AM es de 52%, por encima del encontrado en la muestra nacional y en segundo lugar aparece el apoyo cognoscitivo. La red Rebagliati muestra el menor porcentaje de Am con apoyo emocional (42.7%) y la Re Sabogal el mayor apoyo cognoscitivo (47.7%).

TABLA N° 207. TIPO DE AYUDA QUE RECIBE SEGÚN SEXO EN LAS REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD – 2016

Tipo de Ayuda		Total		Hombre		Mujer	
		N°	%	N°	%	N°	%
Lima Metropolitana	Materiales	1059	37.3	405	38.1	654	36.9
	Instrumentales	1024	36.1	393	37.0	631	35.6
	Emocionales	1499	52.9	580	54.6	919	51.8
	Cognoscitivos	1123	39.6	434	40.9	689	38.8
	Cognoscitivos	385	38.6	158	38.3	227	38.8

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

TABLA N° 208. TIPODE AYUDA QUE BRINDA AL ADULTO MAYOR POR REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD

Tipo de Ayuda	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Materiales	1059	37.3	250	35.6	445	39.1	364	36.5
Instrumentales	1024	36.1	214	30.5	449	39.5	361	36.2
Emocionales	1499	52.9	300	42.7	642	56.5	557	55.9
Cognoscitivos	1123	39.6	196	27.9	542	47.7	385	38.6

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016

TABLA N° 209. PARTICIPACION DEL ADULTO MAYOR SEGÚN REDES ASISTENCIALES DE LIMA METROPOLITANA. . POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD

Tipo de participación	Total		RA Rebagliati		RA Sabogal		RA Almenara	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Participación Social	105	9.4	53	14.1	47	12.8	5	1.3
Participación Ciudadana	62	5.6	12	3.2	24	6.6	26	7.0
Participación Comunitaria	65	5.8	14	3.7	34	9.3	17	4.6
Participación Política	3	0.3	1	0.3	1	0.3	1	0.3
Otros	12	1.1	0	0.0	6	1.6	6	1.6
No participa	821	73.8	269	71.5	242	66.1	310	83.6
Participación Religiosa	24	2.2	8	2.1	12	3.3	4	1.1
No sabe	19	1.7	17	4.5	0	0.0	2	0.5
No responde	2	0.2	2	0.5	0	0.0	0	0.0

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016

### 3.8.4 Calidad del apoyo que recibe la PAM

#### Nacional

Con respecto a la calidad del apoyo percibido se han realizado dos preguntas de percepción, acerca de la contribución de los servicios de EsSalud al bienestar de la PAM y el nivel de satisfacción con los servicios recibidos.

Se encontró que el 72% de los AM que usan los servicios de EsSalud percibe que estos han contribuido siempre o casi siempre a su bienestar y a cumplir su plan de vida. Esta percepción positiva es mayor en las mujeres respecto de los hombres.

Con relación al nivel de satisfacción con los servicios recibidos el 70% está satisfecho o totalmente satisfecho con los servicios recibidos, en este caso no hay diferencia significativa entre hombres y mujeres.

**TABLA N° 210. CALIDAD DE SERVICIOS DE ESSALUD PERCIBIDA POR EL ADULTO MAYOR SEGÚN SEXO. POBLACIÓN ADULTA MAYOR ESSALUD**

		Total		Hombre		Mujer	
		N°	%	N°	%	N°	%
Los servicios sociales han contribuido a mejorar su bienestar y cumplir su plan de vida	Total	148	100.0	52	100.0	96	100.0
	Nunca	4	2.7	1	1.9	3	3.1
	A veces	21	14.2	5	9.6	16	16.7
	Casi siempre	16	10.8	6	11.5	10	10.4
	Siempre	91	61.5	30	57.7	61	63.5
	No sabe	2	1.4	2	3.8	0	0.0
	No responde	14	9.5	8	15.4	6	6.3
Nivel de Satisfacción	Total	148	100.0	52	100.0	96	100.0
	Nada Satisfecho	2	1.4	0	0.0	2	2.1
	Poco Satisfecho	12	8.1	3	5.8	9	9.4
	Medianamente Satisfecho	17	11.5	6	11.5	11	11.5
	Satisfecho	82	55.4	29	55.8	53	55.2
	Totalmente Satisfecho	22	14.9	7	13.5	15	15.6
	No sabe	0	.0	0	.0	0	.0
	No responde	13	8.8	7	13.5	6	6.3

Fuente: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. Febrero – Abril 2016.

## CAPITULO 4. CONCLUSIONES

### DATOS GENERALES DE LA POBLACIÓN

- La muestra obtenida fue de 2,384 AM que hace una tasa de respuesta de 93%, Este porcentaje se encuentra dentro del rango esperado en el presente Estudio y es superior a lo obtenido en el Estudio SABE- Iberoamérica OPS. En la Selva del país se encontró la menor tasa de respuesta que fue de 87%.
- Respecto al porcentaje de entrevistas que requirieron de un sustituto fue de 8.8%, siendo la Costa la región donde se tuvo que recurrir a un mayor porcentaje de sustitutos con respecto a la Sierra y Selva.
- La población encuestada fue mayoritariamente femenina (63%) con una media edad de 75.27 años, de estado civil predominante casado (58.9%), cuyo grado de instrucción se distribuye entre técnico o universitario (30%), algún nivel de secundaria (30%) y algún nivel de primaria (32%); solo el 3% no tiene ningún nivel educativo.
- Los adultos mayores se encuentran realizando principalmente actividades en el hogar; no obstante, un 20.8% se encontraba trabajando la semana anterior a la encuesta; estos corresponden mayormente al grupo por debajo de los 70 años de edad. La Selva presenta mayor porcentaje de AM que trabajan con respecto a las otras regiones, en tanto que la Sierra muestra un mayor porcentaje de AM incapacitados. En Lima Metropolitana la cifra es similar al total de la muestra con un 20% de AM que se encuentra trabajando. Es importante anotar que el porcentaje de incapacitados en Lima Metropolitana es la mitad del valor encontrado en el nivel nacional. Las actividades principales en las que están trabajando los adultos mayores son en el sector de servicios (40%) y el comercio (27%).

### EL ENTORNO DE VIDA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

#### Servicios básicos en la vivienda

- El porcentaje de personas con acceso adecuado a servicio de energía eléctrica, servicios de agua y desagüe en el ámbito nacional se encuentra por encima del 90%; el acceso a telefonía fija que se encuentra en un 70.8% y es aún mucho menor los que cuentan con conexión a gas natural que es de 10.7%. Entre zonas geográficas no

existe diferencia estadísticamente significativa en cuanto a los servicios de agua y energía eléctrica. Sí se encuentra un menor nivel de acceso a servicios de alcantarillado, telefonía fija y gas natural en la selva con respecto a las otras dos regiones.

### **Características del hogar**

- Los electrodomésticos de mayor uso entre la PAM son la televisión y la radio, sólo el 47% usa celular, el 16% usa computador y el 10% internet; la Costa presenta mayor nivel de acceso con relación a la Sierra y la Selva. En el análisis por redes la Red Rebagliati muestra cifras mayores en el uso del computador y el acceso a internet.

### **Percepción acerca de ingresos económicos**

- El 73% de los encuestados percibe que sus ingresos son insuficientes para cubrir sus necesidades. No hay diferencia significativa entre la Costa y la Sierra; sin embargo, en la Selva se aprecia que el porcentaje de PAM es menor alcanzando el 63,9%. En Lima Metropolitana el porcentaje de AM que percibe que sus ingresos no son suficientes es del 70%.

### **Experiencias de Violencia**

- El 7.5% de la PAM manifiesta que ha sido víctima de la inseguridad ciudadana sufriendo algún atraco o robo, siendo algo mayor en mujeres; en segundo lugar, aparece la violencia verbal con 5.5%, seguida de la violencia física en 4.7%. En la Costa la cifra de atracos duplica lo encontrado en la Sierra y es cinco veces más que lo encontrado en la Selva. La violencia verbal es mayor en la Sierra con respecto a las otras dos regiones.
- El agresor es mayoritariamente calificado como *otro externo a la familia*, sin embargo, hay un 3% de la PAM encuestada que manifestó que es agredido por algún miembro de su propia familia.
- El porcentaje de AM que buscó ayuda fue 7.3%, siendo la región donde se busca ayuda en mayor porcentaje la Costa y la menor la Selva. El 4.9% de los AM buscó ayuda en alguna institución.

### **ESTADO COGNITIVO Y FUNCIONAL**

### **Percepción sobre la memoria**

- El 50% de la PAM asegurada califica su memoria como regular y un 46% de buena a excelente, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres. El 80% de la PAM percibe que su memoria se mantiene igual al año anterior. En la Costa se encontró una percepción de mejor condición de la memoria, en la Selva es mayor la proporción de AM que califica su memoria como regular, en tanto que en la Sierra una mayor proporción de AM percibe que su memoria ha empeorado. El 81% de la PAM asegurada en Lima Metropolitana percibe que su memoria se mantiene igual al año anterior.

### **Evaluación del Deterioro Cognitivo. Test Minimental**

- Existe sospecha de presencia de deterioro cognoscitivo en 8.8% de los AM, 7.8% de los varones y 9.4% de las mujeres, de acuerdo a los resultados del examen abreviado del estado mental (Mini Mental State Examination) adecuado para la encuesta SABE Bogotá. Un rasgo ya conocido, que se confirma con este examen, es que el deterioro cognitivo se incrementa conforme aumenta la edad. La evaluación por dominio cognitivo muestra mayor deterioro en la evaluación del lenguaje.

### **Evaluación de la Depresión**

- Al nivel nacional se encontró un 14.2 % de AM con depresión moderada y un 2.6% con depresión severa. No se evidencia diferencias estadísticamente significativas por sexo. Con relación con la edad se aprecia que a mayor edad también existe mayor depresión, existiendo un mayor porcentaje de hombres deprimidos en el grupo de 65 a 74 años con respecto al mismo grupo etáreo de mujeres.
- En cuanto a las regiones, hay una mayor proporción de AM que obtuvo un resultado de depresión moderada en la Sierra con respecto a las otras dos regiones. La Selva es la región donde los AM muestran menor proporción de depresión moderada o severa.

## **Evaluación de la Funcionalidad (Índice de Katz)**

- Se encontró que un 76% de los AM encuestados son independientes para todas las ABVD y un 3% son totalmente dependientes para todas las ABVD. Las mujeres muestran mayor grado de dependencia que los hombres en términos globales, en tanto que por grupos de edad se aprecia que tanto en hombre como en mujeres la dependencia se incrementa de manera directamente proporcional a la edad, siendo en los mayores de 74 años donde se encuentra la más alta proporción de dependencia total.
- Al comparar los datos por regiones geográficas se encontró que los AM en la Selva son los que presentan mayor grado de independencia total para las ABVD (82%); en tanto que en la Sierra esta cifra es de 70%, al mismo tiempo en esta región se observan el mayor grado de dependencia total para las ABVD que llega a 6%.

## **HÁBITOS SALUDABLES Y ESTADO DE SALUD**

### **Nutrición, actividad física, sexualidad, consumo de alcohol y cigarrillos**

- El 44% de la PAM encuestada presenta sobrepeso, y el 20% califica como obesos. El sobrepeso es mayor en las mujeres que en los hombres, con relación a la edad la obesidad es menor en el grupo de 75 y más años. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre regiones. En Lima Metropolitana se encontró que el 45% de los AM encuestados presenta sobrepeso y el 18% obesidad.
- En la aplicación del Mini Nutritional Assessment se encontró que el 11.8% de los adultos mayores de 60 años presentaban riesgo de desnutrición y el 1% presenta malnutrición. No hay diferencia estadística por sexo. En cuanto a la edad el grupo donde las cifras de riesgo son mayores está en los mayores de 75 años.
- Con relación a los hábitos alimenticios de la PAM se encontró que existe un 33% que consume menos de tres comidas al día. Más del 80% consume una dieta variada que incluye lácteos, proteínas, frutas y leguminosas. El 21.5% de la PAM consume menos de 2 vasos de agua al día. No hay diferencia significativa por sexo.
- Solamente un tercio de la PAM refirió haber realizado actividad física durante el último año, el porcentaje es ligeramente mayor en la Sierra. En Lima Metropolitana el 26% de AM manifestó haber realizado alguna actividad física en los últimos 12 meses.

- El 49.7% de los AM encuestados refiere que la sexualidad es importante o muy importante en su vida. No hay diferencia estadística significativa entre hombres y mujeres. En el análisis por regiones, la Selva muestra una proporción del 64% de AM que manifiesta que la sexualidad es importante o muy importante, cifra muy por encima de lo encontrado en las otras regiones. En Lima Metropolitana el 48.7 % de los AM encuestados refiere que la sexualidad es importante o muy importante en su vida. En el análisis comparativo por sexo se encontró que la proporción de hombres que consideran la sexualidad importante o muy importante es mayor que las mujeres.
- El 13% de los AM refieren que consumen bebidas alcohólicas un día en la semana. La proporción de AM que refieren consumir bebidas alcohólicas menos de una vez por semana es menor en la Sierra con respecto a las otras dos regiones. El licor que se consume en mayor cantidad es la cerveza que llega a un consumo de 4.6 copas por día, en tanto que de vino y otros licores se consume un promedio de 2 copas.
- Con relación al consumo de cigarrillos el 3% refiere que fuma actualmente. En el análisis comparativo en las tres zonas no se evidencia una diferencia significativa, estando por encima del 21% el comportamiento de los que antes fumaban y ahora no. El promedio de cigarrillos consumidos por día entre los que respondieron a la pregunta es de 5 y la media de edad en que los encuestados iniciaron el hábito de fumar es de 26.4 años.

### **Conducta en situaciones de emergencia**

- Respecto al conocimiento de las conductas a seguir en caso de emergencia los resultados indican que más del 80% de los AM conocen las medidas a tomar, las salidas de emergencia y zonas seguras en su hogar, sin embargo el porcentaje disminuye a 63% en lugares públicos y los que disponen de los kits de emergencia son mucho menos.

### **Imagen Social de la Vejez**

- El 23.1 % de los AM piensan que las personas de edad ocupan el lugar que merecen y el 22.6% dice sentirse viejo. Los AM consideran que una persona es vieja por la edad y las condiciones de salud (53%). Así mismo que la vejez está relacionada con la experiencia (64.7%) y una nueva etapa de vida (49.1%).

### **Estado de salud**

- La mayor proporción de AM percibe su salud como regular (53.4%), igual al año anterior (73.2%) e igual a la de otras personas de su edad (43%). En las regiones se encontró que la PAM de la Costa presenta una mayor proporción de AM que perciben su salud como buena actualmente, y mejor que el año anterior con relación a las otras dos regiones. Cuando los AM comparan su salud con la de otros en la Sierra se muestra la proporción más alta y la Selva la proporción menor de AM que percibe su salud mejor que la de otros.
- De las enfermedades crónicas la de mayor prevalencia entre la población encuestada es la hipertensión arterial (47.1%); no se evidencia diferencia estadística por sexo y solo esta enfermedad se incrementa con la edad. La Sierra muestra un porcentaje 10 puntos menor a las otras dos regiones en la prevalencia de hipertensión, en tanto que la prevalencia de diabetes y cáncer en la Sierra presenta los valores más bajos respecto a las otras regiones.
- Los tipos de cáncer más frecuentes en la población encuestada son el cáncer de mama, el cáncer de cuello uterino y el cáncer de próstata. Las cifras no son comparables entre regiones por tener valores menores o igual a 1.
- Las enfermedades más comunes entre la población encuestada son artritis, gastritis/ulcera y las enfermedades pulmonares (asma, bronquitis). En el análisis por regiones se aprecia que los tres grupos de enfermedad señalados se mantienen como primeras en las tres regiones.
- El 59% de la población encuestada presenta alguna discapacidad, esta proporción es mayor en la región de la Costa y menor en la Selva. Los tipos de dificultad más frecuentes identificados son las de pensar, memorizar y distinguir la luz, objetos o personas.

### **Uso de medicamentos**

- El uso de medicamentos es práctica común entre los adultos mayores. En concordancia con otros indicadores de morbilidad, el 76% de la población encuestada se encuentra tomando algún medicamento. Mayoritariamente los medicamentos han sido prescritos por un profesional médico (97%) y el tiempo promedio de consumo es de 4 años. El 75% de los encuestados obtiene los medicamentos a través de una EPS, pero un 38.6% refirió que realiza el o sus hijos realizar gastos en medicamentos.

## **USO Y ACCESO A SERVICIOS**

### **Uso de los Servicios de Salud en General**

- El 3.6% de los AM no acudió a consultar en un servicio de salud, aunque necesitaba hacerlo, las razones principales por las que no lo hizo fueron la percepción de mala calidad de los servicios y la desconfianza en los médicos. El servicio más utilizado para recibir atención de salud es el hospital. El porcentaje de población que no acude a los servicios es mayor en la Sierra y el servicio más utilizado en esta región son los centros de salud a diferencia de las otras regiones donde es el hospital. Con relación a las razones para no consultar la razón principal en la Sierra es la falta de dinero, seguida por una razón de índole cultural respecto a que no le agrada que lo miren durante el examen.

### **Uso de los servicios sociales para la PAM**

- Solamente el 5.7% de la PAM encuestada manifestó utilizar los servicios sociales que ofrece EsSalud. No existe diferencia estadísticamente significativa por sexo. En cuanto a la edad se observa que la frecuencia decrece ligeramente en los mayores de 75 años.
- El 72% de los AM que utilizaron los servicios sociales de EsSalud considera que estos han contribuido siempre o casi siempre a mejorar su bienestar. La percepción positiva es mayor en las mujeres y se incrementa en relación directa con la edad.
- El 64% de los AM que respondieron a la pregunta manifestaron estar satisfechos o totalmente satisfechos con los servicios recibidos en los servicios sociales de EsSalud.

### **FRAGILIDAD**

- Se reportó una prevalencia de fragilidad de 10.4%, no se evidencia diferencia estadística por sexo, pero sí un incremento progresivo con la edad. La prevalencia de adultos frágiles en la Sierra es el doble que el de la Costa y Selva. El grupo etáreo con mayor prevalencia es el de mayores de 75 años, y en este grupo las mujeres superan a los hombres en 5 puntos porcentuales.
- En Lima Metropolitana la prevalencia de fragilidad es de 7.9 %, no existiendo diferencia entre hombres y mujeres. En los grupos de edad la mayor prevalencia está entre los mayores de 74, siendo las mujeres quienes superan a los hombres por 3

puntos porcentuales. La Red Sabogal presenta la tasa más alta con relación a las otras dos redes de Lima.

- En el análisis de los criterios se observa que tienen mayor frecuencia entre los adultos con fragilidad la ausencia de actividad física con 62%, seguido de la pérdida de peso 24,6% y la disminución de la fuerza de agarre con 18%.

## **REDES DE APOYO SOCIAL**

### **Tamaño y conformación de la Red**

- En promedio el AM tiene una red conformada por 5 integrantes entre familiares, amigos no familiares e instituciones. No hay diferencia estadística en el tamaño de la red de apoyo entre hombres y mujeres. Los AM de la Selva refirieron tener una red social de 6 integrantes en promedio, los de la Costa de 5 y los de la Sierra de 4 integrantes. En Lima Metropolitana el AM tiene también una red conformada en promedio por 5 integrantes.
- La principal fuente de apoyo de los AM es la familia directa, el 75% de los AM recibe este tipo de ayuda. No existe diferencia entre hombres y mujeres. Solo el 6% acude a servicios de EsSalud dirigidos al AM, el grupo de edad que más acude es el grupo de mujeres de 60 a 64 años. Por regiones hay variación con respecto al ámbito nacional, si bien en la Costa y Sierra más del 70% de AM manifestaron recibir apoyo de la familia, en la Selva solamente el 48%. En Lima Metropolitana el 83% de los AM recibe apoyo de su familia, cifra por encima del promedio de la muestra nacional.
- Cuando se preguntó de manera específica sobre los programas a los que asisten los AM se encontró que el 6.2% acuden a los CAM de EsSalud, seguidos de los CIAM municipales con 0.5%. No se evidencia diferencia por sexo. Los hombres de 65 a 74 y las mujeres de 60 a 64 años son los que acuden en mayor proporción a los CAM.
- La población de la Selva es la que refiere acudir en mayor proporción a los CAM con un 10.7%, seguida de la Sierra con 7.5% y la Costa con sólo 4.5%. Se evidencia diferencia por sexo en la costa donde la proporción de mujeres que van a los CAM es mayor que la de los hombres.

### **Tipos de apoyo**

- La mayor proporción de los AM refiere que recibe ayuda emocional de la red, seguida de ayuda material. No se encuentra relación significativa por sexo y por grupo étnico. En la Sierra se encontró el menor porcentaje de AM que recibe apoyo material con respecto a las otras dos regiones. No existe diferencia significativa en los tipos de apoyo por sexo a excepción del apoyo cognitivo en la Sierra donde es ligeramente superior en los varones con respecto a las mujeres. En Lima Metropolitana el nivel de apoyo emocional referido por los AM es de 52%, por encima del encontrado en la muestra nacional y en segundo lugar aparece el apoyo cognoscitivo.
- Respecto a la ayuda que la PAM brinda en su hogar la que presenta mayor proporción es el apoyo material con un 84%, seguida del apoyo emocional. Las mujeres prestan mayor apoyo material a sus familias con respecto a los hombres.
- La mayor proporción de los AM no participa en espacios sociales, de participación ciudadana o políticos, sólo el 6% participa en espacios sociales y el 5% en espacios comunitarios sin diferencia significativa por sexo. Con relación a los grupos de edad se aprecia que las mujeres entre 65 y 74 años son las que muestran mayor porcentaje de participación comunitaria.

### **Calidad percibida del apoyo**

- El 72% de los AM que usan los servicios de EsSalud percibe que estos han contribuido siempre o casi siempre a su bienestar y a cumplir su plan de vida. Esta percepción positiva es mayor en las mujeres respecto de los hombres. Con relación al nivel de satisfacción con los servicios recibidos el 70% está satisfecho o totalmente satisfecho con los servicios recibidos, en este caso no hay diferencia significativa entre hombres y mujeres.

## **OTRAS CONCLUSIONES GENERALES**

### **Sobre la base de datos de EsSalud**

- La base de datos de la PAM no está actualizada, lo cual representa una gran dificultad no sólo para estudios como éste, sino, además para que EsSalud interactúe con la PAM y pueda diseñar nuevas estrategias.
- En la experiencia sobre la que se informa se han encontrado numerosos casos en los que ha sido muy difícil ubicar a los AM porque las direcciones no eran correctas o

estaban incompletas, la vivienda ya no existe, o el AM ya no habita en la vivienda que se consigna en la base de datos. Actualizar la base de datos sería de mucha utilidad para mejorar la comunicación y el acceso a la PAM.

## **CAPITULO 5. RECOMENDACIONES**

### **DATOS GENERALES DE LA POBLACIÓN**

- En las estrategias de los CAM y CIRAM debe considerarse que la población es mayoritariamente femenina, con una media edad de 75 años, con un 60% de AM que tienen un nivel educativo que les permitiría aprender actividades ocupacionales o recreacionales que requieran esta condición básica.
- La población estudiada con formación técnica o superior llega al 30%, sería conveniente explorar la experiencia laboral de esta población para diseñar programas que, valorando las capacidades de la PAM, permitan recuperar esa experiencia para que siga aportando a la sociedad articulándolos con organizaciones sociales o productivas que requieran de su experiencia. Esto permitiría establecer una nueva relación con la PAM que vaya más allá de su situación de vulnerabilidad o de carencia y contribuiría a elevar su autoestima.

### **EL ENTORNO DE VIDA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR**

- Considerando que el porcentaje de AM que usa tecnología de información es muy reducido se podría incluir en los CAM espacios para dar oportunidad de que aprendan el uso de estas herramientas y se integren a redes sociales que pueden ampliar el soporte que reciben.

### **Percepción acerca de ingresos económicos**

- Es importante tener en cuenta en las políticas y programas estrategias para generar ingresos adicionales a los AM a través de actividades laborales acordes a su edad, ya que este factor está relacionado con el grado de depresión.

### **Experiencias de Violencia**

- Es importante promover estrategias de comunicación para sensibilizar a la sociedad en general y a los familiares en particular de reducir la situación de violencia en la viven algunos AM en sus hogares. Así como informar a los AM los mecanismos que tienen para buscar ayuda en caso de sufrir de violencia.

## **ESTADO COGNITIVO Y FUNCIONAL**

### **Evaluación de la Depresión**

- Realizar una identificación de la PAM con depresión moderada para darle tratamiento oportuno y evitar que esta se convierta en depresión severa.

### **Evaluación de la Funcionalidad (Índice de Katz)**

- Es necesario que todo adulto mayor pase por una evaluación de dependencia, y posteriormente recibir consejería o capacitación él y su familia acerca de cómo proceder en cada caso.

## **HÁBITOS SALUDABLES Y ESTADO DE SALUD**

### **Nutrición, actividad física, sexualidad, consumo de alcohol y cigarrillos**

- El sobrepeso y la obesidad son un problema a ser atendido entre la población menor de 75 años, relacionado con la alimentación y la escasa actividad física. Esta debería ser una línea de trabajo a ser priorizada en los CAM y CIRAM,
- El 49.7% de los AM encuestados refiere que la sexualidad es importante o muy importante en su vida; no obstante, suele ser un tema muy poco abordado en las intervenciones sanitarias, es importante revisar si el paquete de consejería incluye suficientes contenidos para responder a las inquietudes sobre este aspecto.

### **Estado de salud**

- La hipertensión afecta casi a la mitad de la PAM encuestada, por ende, debe darse prioridad a las actividades de control en las familias y los servicios de salud. Así como a las actividades de tamizaje para la detección temprana de diabetes y cáncer.

## **USO Y ACCESO A SERVICIOS**

- El servicio más utilizado por los AM son los hospitales, considerando que muchas de las patologías corresponden a enfermedades crónicas que pueden ser controladas en establecimientos de menor complejidad debería considerarse la posibilidad de fortalecer los consultorios de atención preferencial a AM en los Policlínicos del primer nivel. Problemas a enfrentar son la desconfianza en los profesionales

médicos y percepción de mala calidad de atención de un pequeño sector de la población.

- Es importante prestar atención en la Sierra al hecho de que los asegurados no buscan atención por falta de dinero, cuando la atención al asegurado es gratuita, probablemente se requiera difundir mejor los servicios o identificar barreras en el tramo de traslado hasta el servicio, frente a lo cual los servicios domiciliarios son una alternativa. En esta misma población es importante prestar atención a las barreras culturales.
- Analizar las estrategias para lograr un mayor uso de los servicios sociales de EsSalud por parte de la PAM, así como para incrementar el nivel de satisfacción de la población que ya acude a dichos servicios.

## **FRAGILIDAD**

- Los AM en estado de prefragilidad requieren de atención para no pasar al estado de fragilidad y también los AM en estado de fragilidad, los factores a trabajar en este grupo son el desarrollo de actividad física y alimentación adecuada para su edad. Aspectos que se vienen trabajando desde los CAM pero que deben ampliarse hacia la familia a fin de encontrar el soporte correspondiente.

## **REDES DE APOYO SOCIAL**

### **Tamaño y conformación de la Red**

- El grado de uso de los CAM es bastante bajo entre la PAM encuestada. Se requiere identificar las barreras de acceso y desarrollar estrategias que permitan ampliar el uso de estos servicios en todas las regiones.
- La mayor proporción de los AM no participa en espacios sociales, de participación ciudadana o políticos, es necesario sensibilizar acerca de la necesidad de participación a los propios AM como a las instituciones públicas y sociales para promover la participación de ciudadana de este grupo en temas relevantes para la vida de la comunidad.
- Es necesario mejorar la percepción del 30% de los AM que usan los servicios de EsSalud pero que no perciben una contribución de estos a su bienestar y a cumplir su plan de vida o que por alguna razón no están satisfechos con los servicios

recibidos, para ello se requiere profundizar en las causas de esta percepción a fin de poder desarrollar estrategias de mejora.

#### **OTRAS RECOMENDACIONES GENERALES**

- Mejorar la base de datos de la PAM para que facilite las intervenciones del modelo de atención Integral basado en la familia y comunidad propuesto desde el MINSA.
- Utilizar la información de este estudio para la mejora de las políticas y estrategias de atención a la PAM asegurada de EsSalud, focalizando las intervenciones en las áreas de mayor necesidad.
- Es importante complementar el presente estudio con otros estudios que permitan profundizar en las causas de los principales problemas identificados en el presente estudio exploratorio.
- Difundir el Estudio con las entidades prestadoras a fin de que puedan orientar mejor sus estrategias de intervención con relación a puntos críticos como el tema de la movilización o realización de actividades físicas que tienen un rol importante en la calidad de vida de los AM, o el control de la hipertensión arterial.
- Diseñar una estrategia de comunicación para sensibilizar a la sociedad en general y a las familias de los AM en particular, respecto de problemas como la violencia, la dependencia, la depresión que sufren los AM y la necesidad de generar una red de apoyo familiar y social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;17(5/6):307–22.
2. Bennett N, Jarvis L, Rowlands O, Singleton N, Haselden L. *Living in Britain: results from the General Household Survey 1994*. Office for National Statistics. London HMSO 1996.
3. Bourgeois D, Nihtila A, Mersel A. Prevalence of caries and edentulousness among 65 - 74 year olds in Europe. *Bull WHO*. 1998;76:4:413-417.
4. Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey, M, Rose T.(1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontology*.
5. Challis D, Chessum R, Chersterman J et al. Community care for the frail elderly: an urban experiment. *British Journal of Social Work*. 1988;18:13-42.
6. E. Rios-Neto y C. Turra (2009). The impact of conditional cash transfers on interhousehold transfer behavior among the elderly in Brazil (mimeo). Belo Horizonte, Brazil: Department of Demography and Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). 112 *Economía Vol. XXXVII, N° 73, 2014 / ISSN 0254-4415*
7. EsSalud. Análisis Ejecutivo a Nivel Nacional 2015. Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo. Mayo 2016
8. EsSalud. Carga de enfermedad y lesiones en EsSalud. Estimación de los años de vida saludables perdidos. 2014
9. EsSalud. Plan Estratégico Institucional 2012- 2016
10. Gómez-Angulo, C. & Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10 (3), 735-743.
11. Jordi López Miquel y Gabriel Martí Agustí(2011):Mini-Examen Cognitivo, Instituto de Medicina Legal de Cataluña, Servicio de Clínica Medicoforense, Barcelona, España
12. Magno de Carvaiho, J.A y F.C.D. Andrade (2000).Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos, Santiago de Chile,CEPAL.
13. María Eugenia Domínguez Orozco (2012). Olvidos cotidianos en personas mayores, Universidad de Sevilla, Revista electrónica de Psicología Iztacala vol.15No.4
14. Martínez, S. (2007). Invertir el Bonosol para aliviar la pobreza: Retornos económicos en los hogares beneficiarios. En G. Aponte, L. C. Jemio, R. Laserna, S. Martinez, F. Molina, E.

- Schulze y E. Skinner (eds.), *La inversión prudente. Impacto del Bonosol sobre la familia, la equidad social y el crecimiento económico* (pp. 109-128). La Paz: Fundación Milenio.
15. Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmanshcap MA, van der Maas PJ. Demographic and epidemiological determinants of health care costs in Netherlands: cost of illness study. *British Medical Journal*. 1998; 317.- 111-115.
  16. MIMDES (2006). *Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores*. Lima: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Miranda, V.,
  17. MIMDES (2010). *Plan Nacional de Población 2010-2014*. Lima: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.
  18. MINSA – *Análisis de la Situación de Salud del Perú 2011*. 2012
  19. Muñoz, I., M. Paredes, R. Thorp (2006). *Acción colectiva, violencia política y dtnicidad en el Perú* (Cuadernos de Investigación Política, Documento de trabajo N°1, Maestría en Ciencia Política). Lima: PUCP.
  20. Nugent, J. B. (1985). The Old-Age Security Motive for Fertility. *Population and Development Review*, 11, 75-97. Olivera, Javier (2013). Perú. En R.
  21. O'Mullane D, Whelton H. *Oral health of Irish adults*. Dublin. Stationery Office 1992.
  22. Olivera, Javier y Blanca Zuluaga (2013). *The Ex-ante Effects of Non-contributory Pensions in Colombia and Peru* (University College Dublin Geary Institute WPS 2013). Próximamente en el *Journal of International Development*. Pal, S. y R. Palacios (2008). *Understanding Poverty among the Elderly in India: Implications for Social Pension Policy* (IZA DP No. 3431). Bonn: Institute for the Study of Labor – IZA.
  23. Osler M, de G.root LC, Enzi G. Intake of vitamins and minerals. Euronut SENECA investigators. *European Journal Clinical Nutrition* 1991; 45: Suppl 3. 121-138.
  24. Paulo, A. M. (2008). *A relação entre renda e composição domiciliar dos idosos no Brasil: um estudo sobre o impacto do recebimento do Benefício de Prestação Continuada*. Master thesis. UMFG/ CEDEPLAR, Brazil.
  25. Pillemer, K., Ph. Moen, E. Wethington y N. Glasgow (2000). *Social Integration in the Second Half of Life*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Posel, D., J. A. Fairburn y F. Lund (2006). *Labour Migration and Households: A Reconsideration of the Effects of the Social Pension on Labour Supply in South Africa*. *Economic Modelling*, 23(5), 836-853.
  26. Ramos, Miguel Ángel (2009). *Contribución económica de las personas adultas mayores a los hogares urbanos en situación de pobreza en el Perú*. En Miguel Ángel Ramos, David VeraTudela y María Kathia Cárdenas, *Las personas adultas y su contribución a la lucha contra la pobreza* (pp. 12-83). Lima: UNFPA.

27. Reis, M. y Camargo, J. M. (2007). Impactos de Aposentadorias e Pensões Sobre a Educação e a Participação dos Jovens na Força de Trabalho. *Pesquisa y Planejamento Economico*, 37(2), 221-246.
28. Rentería, E., C. M. Turra y B. L. Queiroz (2007). Abuelos y nietos ¿una convivencia beneficiosa para los más jóvenes? *Papeles de población*, 52, 2. Rofman, R. y M. L. Oliveri (2011). La cobertura de los sistemas previsionales en América Latina: conceptos e indicadores (Serie de Documentos de Trabajo sobre Políticas Sociales N° 7). Buenos Aires: Oficina Regional para América Latina del Banco Mundial.
29. Rofman, I. Apella y E. Vezza (eds.), Mas allá de las pensiones contributivas. Catorce experiencias en América Latina (pp. 393-423). Buenos Aires: World Bank.
30. WHO Regional Office for Europe. Public Health in Europe no 29. Health, lifestyles and services for the elderly. World Health Organization. Copenhagen 1989.



EXPERIENCIAS  
EXITOSAS E  
INNOVADORAS  
DURANTE LA GESTION  
INSTITUCIONAL DE  
ESSALUD 2012 – 2016



80 años  
Unidos para ti  
1936 - 2016



**EsSalud**  
Humanizando el Seguro Social