

Factores asociados a la percepción del estado de salud en las personas mayores
en seis regiones geográficas en la encuesta SABE Colombia 2015.

Diana Paola Castaño Salazar

Trabajo de investigación para optar al
Título de magister en salud pública.

Director trabajo de investigación
Doris Cardona Arango

Facultad de Medicina

Grupo de investigación
Observatorio de salud pública
Situación de salud

Universidad CES
División de Salud Pública
Medellín

2018.

Nota de Salvedad de Responsabilidad Institucional

“Las Universidades CES no se hacen responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”

“Es muy posible que un día las propias personas mayores con la fuerza, con la fuerza proveniente del aumento de su número e influencia, obliguen a la sociedad a adoptar un concepto de la vejez positivo, activo y orientado hacia el desarrollo”

Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento (1982).

	Pág.
Resumen	5
1. Formulación del problema	6
1.1. Planteamiento del problema	6
1.2. Pregunta de investigación	13
1.3. Justificación	15
2. Marco teórico	20
2.1 Referente conceptual	20
2.1.1 Regiones geográficas colombianas	20
2.1.2 Definición de salud.	20
2.1.3 Definición de percepción del estado de salud.	27
2.1.3.1 Origen de percepción del estado de salud	29
2.1.3.2 Escala de medición de percepción del estado de salud	34
2.2 Definición de adulto mayor o personas mayores	36
2.2.1 Tipos de envejecimiento	41
2.3 Estado del arte de factores asociados a la percepción del estado de salud en el adulto mayor	48
2.3.1.1 Componente demográficos	48
2.3.1.1 Condición biológica	48
2.3.1.2 Área de residencia según distribución geográfica	49
2.3.1.3 Región geográfica	50
2.3.1.4 Grupo etario	51
2.3.2 Componente económico	52
2.3.2.1 Ingreso y egreso per cápita	53
2.3.2.2 Seguridad social	60
2.3.2.3 Historia laboral y ocupacional	61
2.3.2.4 Nivel educativo	67
2.3.3 Componente interacción social y participación	71
2.3.3.1 Participación social	72
2.3.3.2 Redes de apoyo y soporte social	76
2.3.3.3 Estado civil o estar unido	78
2.3.3.4 Religiosidad y vivencia de la espiritualidad	81
2.3.4 Componente percepción de afecto	82
2.3.4.1 Síntomas depresivos	82
2.3.4.2 Indicios de maltrato y abuso	86
2.3.5 Componentes de capacidad funcional e independencia	89
2.3.6 Prevalencia de enfermedades crónicas no trasmisibles	92
2.3.6.1 Multimorbilidad	92
2.4 Marco Normativo	95
3. Hipótesis de trabajo	106

4.	Objetivos	107
4.1.	Objetivo general	107
4.2.	Objetivos específicos	107
5.	Metodología	107
5.1.	Enfoque metodológico	107
5.2.	Tipo de estudio	108
5.3.	Población	108
5.4.	Diseño muestral	109
5.5.	Descripción de las variables	110
5.5.1.	Diagrama de variables	111
5.5.2.	Tabla de variables	112
5.6.	Técnicas de recolección de Información	122
5.6.1.	Fuente de Información	121
5.6.2.	Instrumento de recolección de Información	122
5.6.3.	Proceso de obtención de la información	124
5.7.	Control de errores y sesgos	124
5.9.	Procesamiento de la información	126
5.9.1.	Técnicas de procesamiento de la información	126
5.9.2.	Plan de análisis	127
5.10	Plan de divulgación de los resultados	128
6.	Consideraciones éticas	128
7.	Resultados	130
8	Discusión	263
9	Conclusiones	287
10	Recomendaciones	290
11.	Referencias bibliográficas	301
12.	Anexos	329
12.1	Aprobación del comité operativo de investigación Institucional	329
12.2	Carta de solicitud y aprobación de la bases de datos	330

Introducción: La percepción de salud general es un indicador indirecto con fuerte asociación predictiva sobre la morbilidad y mortalidad, independientemente de evaluaciones objetivas clínicas (30,31) y un marcador de calidad de vida e integra un conjunto con el envejecimiento exitoso modelo de Rowen (1987) y Kann (1998)(1) modificado por Crowther et al, 2002(132). Conocer su impacto permite identificar oportunidades desde diferentes contextos geográficos en los adultos mayores en seis regiones de Colombia según estos contextos plurales y heterogéneos.

Objetivo: Construir y analizar un índice de percepción de estado de salud en las personas mayores en relación con factores demográficos, económicos, capacidad funcional, interacción social, percepción de afecto y multimorbilidad con la percepción del estado de salud en las 6 regiones geográficas, encuestados en la SABE Colombia 2015.

Metodología: estudio transversal con intención analítica observacional se usaron los 23.694 registros consolidados de la SABE 2015 (2) en adultos mayores o iguales a 60 años residente en Colombia; los factores estudiados con percepción del estado de salud se definieron: multimorbilidad, demográficos, económicas, capacidad funcional, percepción de afecto e interacción social(51). Se calcularon estadísticas descriptivas, análisis de interdependencia ($\chi^2 \leq 0.05$) con percepción de salud y cuantificación óptima para variables cualitativas para análisis factorial de extracción de componentes principales.

Resultados: Los ancianos oscilan entre 69,8 años de edad con primaria incompleta, predominó la mujer, residentes en urbes; principalmente en la región central, 64,7% refirieron multimorbilidad, 78% refiere independencia total, 8% maltrato, 57,4% sin indicios de depresión, 79% refirió relevancia al apoyo emocional, fortaleza y confort espiritual, el 54,6% no participan en grupos, el 52,3% se encontraron unidos y el 88,3% brindaron apoyo a terceros. La percepción negativa de salud fue prevalente en mujeres, en el área rural, cualquier región geográfica diferente al Pacífico, ningún grado de religiosidad, sin interacción social, baja escolaridad, indicio de maltrato y depresión. **Discusión:** La construcción de percepción de salud es el reflejo de las condiciones, capacidades y decisiones del individuo durante el ciclo vital, en este caso, los adultos mayores. La población objeto de este estudio, tiene particularidades por regiones geográficas y ciertas características diferentes a otros grupos etarios. Sin embargo, como se expresa anteriormente estamos en constante cambio y esta percepción es susceptible a modificaciones. El envejecimiento es inherente a la condición humana, sin embargo, la vulnerabilidad de intervención de algunos componentes claves son estructurales y difícilmente modificables en Colombia donde prevalecen profundas inequidades de pobreza, baja escolaridad y morbilidad lo hace más complejo una positiva percepción de salud. **Conclusión:** la variabilidad total de la percepción en salud de los adultos mayores se explica en un 85,2% por los factores de los 6 componentes; se construye el índice de percepción de salud en ancianos colombianos durante el 2015; compuesto de 3 partes: Situación economía e independencia, caracterización biogeográfica e interacción social del individuo con otros.

Palabras Clave: Anciano, geriatría, envejecimiento exitoso, encuestas epidemiológicas, autoimagen (fuente: DeCS, BIREME).

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Poseer 60 o más años no es equivalente de ser un individuo obsoleto, razón por la cual, muchos sujetos que integran esta población suelen caer en depresión, al sentirse excluidos, improductivos, desaprovechados e incluso llegan a ser percibidos como una carga para sus familias y su colectividad(3). Por consiguiente, el estrés puede disminuir de forma significativa la tolerancia física y mental de la persona(4,5),favorecer la progresión de enfermedades existentes, o ser un coadyuvante para su desarrollo; por ende, el control y la supresión del estrés son importantes para mejorar la calidad de vida y prevenir enfermedades(6,7).

En Colombia los informes referentes a la población adulta mayor tiende a centrarse principalmente en las condiciones de pobreza y vulnerabilidad, desde ahí, en la articulación de medidas asistenciales y de intervención a corto plazo(8,9), consecuente Cardona y colaboradores hacen énfasis en el propósito de contribuir al cambio de paradigma cultural de la vejez congruente con enfermedad, pérdida de autonomía y poca productividad en términos funcionales; a reconocer el inherente proceso del envejecimiento existe pero no es una enfermedad ni es sinónimo de discapacidad, por ende redimensionar el papel de acuerdo a sus posibilidades facilita el tránsito al envejecimiento exitoso(10). Ello en relación a las desigualdades y el capital social de cada región geográfica , éstas se reflejan en la percepción del estado de salud en proyecciones en términos generales en el nivel país(11) .

El presente promueve identificar una perspectiva reciente sobre la percepción del estado de salud en la población adulto mayor en 6 regiones del país (Atlántico, Bogotá D.C, Central, Pacífica, Oriental, Orinoquia y Amazonia)(12) según las características específicas de los participantes se pretende realizar un comparativo de los factores asociados en el marco de envejecer bien (13) en dichos territorios; lo cual favorece la comprensión de este concepto subjetivo e influyente en la búsqueda del envejecer bien mientras se enfrenta condiciones y retos similares

compartidas entre pares en diferentes áreas: desde lo biológico, mental y el entorno social en el cual convive(14).

Por su parte, Colombia está experimentando cambios demográficos con un marcado envejecimiento de la población, disminución de la fertilidad, urbanización rápida y cambios en el perfil epidemiológico con la persistencia enfermedades transmisibles y un aumento concomitante de las enfermedades crónicas no transmisibles(15). Por consiguiente; entender cómo influyen diferentes factores en la percepción del estado de salud permite dilucidar aspectos claves relacionados con la mortalidad (16,17) y morbilidad en los adultos mayores en seis regiones de Colombia según contextos plurales y heterogéneos.

Cabe resaltar, el proceso de envejecimiento poblacional, no sólo afecta a las personas mayores, sino también a la población joven- económicamente activa- (quienes paulatinamente relevaren y engrosaran dichos rangos etarios), el sistema de seguridad social, el mercado laboral por medio de las transferencias intergeneracionales y la distribución del ingreso(18), estos cambios estructurales ha dado resultado modificaciones profundas en la composición familiar, los patrones laborales y el sistema de protección social, la migración de los jóvenes a la ciudad, la ampliación de los procesos de urbanización y el mayor ingreso de las personas al mercado laboral(19). Esta contribución impacta fuertemente en condiciones socioeconómicas(19,20) y sanitarias; lo cual implica una restructuración presupuestal conectada a cambios en el capital poblacional.

El envejecimiento poblacional observado en un estudio longitudinal de Taiwán sobre dicho tema enuncia (11); con el aumento de la edad, los efectos combinados del funcionamiento físico, cognitivo, salud emocional y comorbilidades de los adultos mayores afectan significativamente sus cambios de salud. Li-Fan Liu y Pei-Fang Su concluyen en dicho estudio :” la salud se deteriora con las disparidades de edad y sexo, se encontró que los factores sólidos para predecir un envejecimiento

saludable son el estado educativo y económico, los comportamientos de salud y la participación social a nivel individual”(21).

Por estas razones, el rol de los determinantes sociales de la salud (DSS) como “las condiciones socioeconómicas en que los individuos nacen, crecen, viven, educan, trabajan y envejecen”; influyen en la salud de los individuos, las familias y las comunidades en conjunto. Estos establecen jerarquías para priorización en la adquisición de recursos físicos, sociales y personales (aspiraciones, necesidades básicas, educación, alimentación, empleo y adaptarse al medio) (22,23).

Se ha encontrado una estrecha relación entre estrés psicosocial, depresión y desenlaces adversos en salud ;inmunosenescencia, comorbilidades ,uso de medicamentos, depresión, desnutrición y sedentarismo, los cuales se sinergia con el proceso de envejecimiento (24). Por ende, exacerbación de enfermedades crónicas no transmisibles e incremento en la incidencia de crisis de enfermedades con mediación inmunológica e inflamatoria proliferando incidencia de enfermedades infecciosas, asma, cáncer, condiciones reumatológicas y autoinmunes (6) reflejado en el uso de servicios de salud y condiciones médicas de los individuos mayores.

En primer lugar, gran parte de los problemas de salud están vinculados a las condiciones socioeconómicas de la población que los padece(22); incide directamente en la oportunidad de llevar vidas saludables(25) y el significado cultural que rodea a los individuos y las poblaciones; quienes establece el tácito significado de la percepción del estado de salud y sus síntomas mientras se envejece.

En el contexto colombiano, Álvarez, (26) expone el impacto e influencia de las jerarquías en sociedades fuertemente desiguales determinándose así la exposición a factores puntuales que inciden en el desarrollo de los individuos y colectivos; principio directo de graves deterioros a la salud y generan discriminación sentida por aquellos ubicados en los lugares menos favorecidos de las estructuras poblacionales, desencadenando aparición de estrés, y éste acarrea a respuestas

fisiológicas de larga duración que predisponen a las personas susceptibles a las enfermedades.

Así mismo, despliega el impacto de la experiencia de vivir en sociedades altamente desiguales; ello potencia a las personas a comparar su estatus, patrimonios y otros bienes, generando en algunos grupos sociales sentimientos de minusvalía y auto desprecio favoreciendo en consecuencias comprobadas respuestas fisiológicas neuroendocrinas(26). Por su parte, estas sociedades desiguales rompen los vínculos y redes sociales, lo que conlleva un factor de deterioro para la salud (26,27). Ello evidencia los principales efectos en salud, y el reconocimiento de brechas generadas por las desigualdades sanitaria y de los determinantes sociales de la salud que inciden(16,28).

Es pertinente el interés entorno a la persona mayor(2,9,11) a envejecer bien, su impacto e influencia a respuestas dinámicas y adaptativas en estrecha interacción con diversos factores (31,32). Ello es producto entre cómo se ha vivido, los hábitos convertidos en conductas (17) y la exposición simultánea (3,33). Curcio, describe este proceso en cual el adulto mayor captan la información adyacente a su entorno y transformado en experiencias, algunas recuperadas del pasado y otras más actuales, se organizan para construir, modificar y re significar contemporáneamente una situación real, en este caso la salud(34).

Vale la pena referenciar, a Castaño al parafrasear a García sobre el concepto de salud en las personas mayores, en el cual, más que en otros grupos implica subjetividad, depende directamente de la conjunción de los efectos de condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social (35), la percepción del estado de salud, en específico, en este grupo etario van más allá de lo estrictamente clínico y semiológico; es transversal al impacto de los factores en el individuo y su entorno.

Según evidencian varios autores referencian la percepción del estado de salud como valoración del grado de bienestar integral,(36) es un indicador con fuerte asociación con la morbilidad en las personas mayores, independientemente de evaluaciones objetivas en función de enfermedades crónicas y deterioros (37,38); considerándose a su vez un marcador importante de calidad de vida destacan el impacto de diversos factores (28,37,39).

A pesar de la asociación colectiva entre la vejez sinónimo de deterioro o renuncia; es posible envejecer bien, sin dolor o con el mínimo de sufrimiento es posible ; con calidad de vida, bienestar, realización personal, vivacidad y vigor preservados(1,31). Envejecer bien trasciende a la “buena salud” a través de un proceso adaptativo positivo; a múltiples dimensiones: interacciones, funcionamiento físico óptimo, adecuado funcionamiento cognitivo, afecto positivo y participación social(40) es la base para fortalecer prosperar en la vejez ,y no sólo la capacidad para sobrevivir (1) reduciendo la carga de enfermedad y sus costos.

Dicho proceso parcialmente dependen del compromiso individual, adherencia a prácticas y hábitos de prevención de enfermedad y promoción de la conservación de salud (9) ,sin embargo, en los preceptos de la promoción de la salud se advierten: los factores de este proceso no se deben centralizar solamente sobre el individuo(41) para evitar una desorden demográfico, frenar la progresión de enfermedades y promover el bienestar de las personas durante el proceso de envejecimiento.

La percepción del estado de salud está afectada y presenta algunas variantes según sexo, edad, raza, nivel educativo, ingreso o gasto *per cápita*(42). Éstas dinámicas están estrechamente asociadas a factores y condiciones de vida: la clase social a la que se pertenece(26,35) ,el trabajo o rol desempeñado; se enfatiza a la posibilidad de mantenerse activos y productivos a través de la capacidad de trabajo(9,30),el área de residencia y entorno en el que se habita (rural o urbano),presencia de condiciones de marginación y carente de los servicios básicos(9,43).

Verbigracia, una baja percepción del estado de salud está conexas con la exposición a situaciones estresantes que inducen a cambios en el estado de salud, como producto de baja capacidad y reserva funcional física, presencia de enfermedades, la coexistencia de discapacidades y limitación funcional, asociado a múltiples eventos adversos por consiguiente a deterioro en actividades básicas cotidianas e instrumentales(44).

El proceso de envejecer con bienestar y en adaptación, al cual Vivaldi y Barra hace referencia expresa a la capacidad de integrarse y desenvolverse eficazmente en su familia y en la sociedad, superando las barreras culturales que le impidan desarrollar todo su potencial y mantener un nivel adecuado de bienestar personal(45), en otras palabras autónomo, activo y adaptado a su hábitat. En ésta etapa se presentan diversas y reiteradas pérdidas significativas y modificaciones en las redes de apoyo: el fallecimiento de la pareja, amigos, familiares y/o el retiro laboral; la mayoría de situaciones no son anunciadas, es decir, son crisis no normativas que pueden llevar al aislamiento; afrontamientos de duelos, pérdida del soporte social e institucionalización en hogares geriátricos.(6)

Cabe resaltar, el impacto tangible de las redes de apoyo para las personas mayores, son imprescindibles; sentirse útil en su sociedad(46,47) y facilitan la participación social, a su vez, modifican la percepción del envejecimiento, son definitivos en el grado de satisfacción con la vida y dan cimientos para resultados positivos; aumentan resiliencia y entereza en el individuo ante las transformaciones de la vida, los estresores diarios, las crisis personales y en momentos de adaptación o ajuste a las enfermedades, especialmente, las de carácter crónico; expresado en un estudio argentino sobre percepción del estado de salud(42).

Sin embargo en Colombia, el panorama informa de los 5'750.000 adultos mayores residentes en todo el país; el 9,3% vive solo o sin un cuidador sin embargo en Bogotá esta cifra aumenta a 11%(3).

El proceso de envejecimiento lleva consigo deterioro gradual de condiciones de salud física y mental (trastornos mentales y neurológicos) los cuales pueden modificarse. Precisamente, de estas dos últimas deviene otro de los grandes males

de la población mayor del país: el 40% de los adultos mayores sufre de depresión (3) y sin contar el subregistro de los casos de maltrato y violencia en dicha población, reduciendo los años esperados de vida activa y sana; este deterioro al acelerarse y afectar claramente la percepción de estado de salud en los adultos mayores y la capacidad funcional por ende la calidad del envejecimiento.

En la evidencia científica afirma la relevancia del goce de la seguridad económica permite a los ancianos satisfacer necesidades objetivas(48,49) que agregan calidad a los años e independencia en la toma de decisiones ,dicha autonomía sobre sus bienes tangibles e intangibles (económico y no económicos) y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos(50); constituyendo un elemento clave de la calidad en la vejez, mejora su autoestima, al propiciar el desempeño de roles significativos reduciendo la invisibilización social a pesar de ser un renglón en crecimiento.

En palabras de Domingo(51), se ha transitado evolutivamente desde una visión biomédica hasta incluir los últimos trabajos cualitativos ,desde la mirada de los ancianos y el significado de la percepción del envejecer bien y estado de salud “saludable”; está inmerso por hechos, valores y situaciones los cuales tienen peso y contenido en ambientes disímiles e igualmente relevantes; como la participación e inserción social, la capacidad funcional, factores culturales, demográficos ,económicos, afectivos con alto impacto en la percepción del estado de salud.

Las diferencias regionales están estrechamente relacionadas a desigualdades encadenadas a riesgos durante el ciclo vital por acumulación; está expresado en el comportamiento epidemiológico de diferentes eventos. Parafraseando a Whitehead y colaboradores; se inicia por reconocer y promover el pleno goce de la salud ,no sólo los servicio, sino un camino accesible del ejercicio de este derecho (52).

Conforme al aumento de la densidad poblacional en este grupo etario se generan cambios estructurales en el perfil epidemiológico que irán trasformando y haciendo más complejo los requerimientos(20) .Por ello, cobra relevancia para investigación en salud pública el estudio de los factores asociados a percepción de salud

relacionado con el envejecer bien, dan respuesta a la demanda de bienes y servicios.

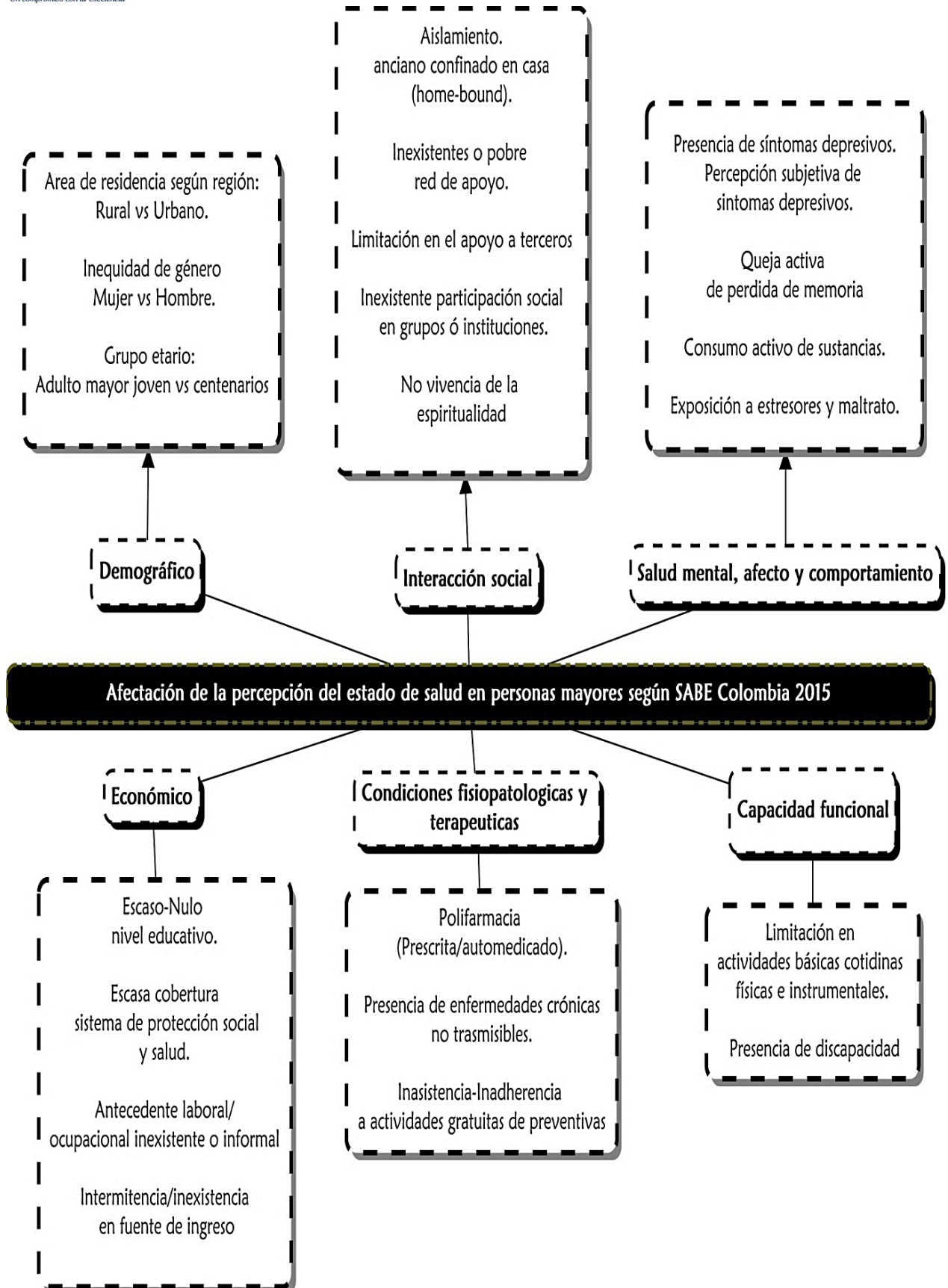
A su vez, conocer el impacto de la percepción del estado de salud al envejecer da respuesta a necesidades, dificultades y barreras que el anciano reclama al entorno, la economía, la familia y relaciones significativas, en búsqueda de la satisfacción y bienestar (10), sentirse capacitado, autónomo e independiente, también orientar destinación de recurso desde diferentes actores y da pistas sobre mirada del adulto mayor incluyendo.

Por tal motivo, el presente trabajo hace parte del reconocimiento de los factores y condiciones de vida que determinan en los adultos mayores de Colombia el envejecer bien durante el 2015, y en el impacto de estas características afectan la percepción del estado de salud en cada una de las regiones colombianas. De esta manera, se pueden generar estrategias, y distribuir de forma adecuada los recursos para el cumplimiento en la política de envejecimiento y vejez con enfoque diferencial en el Plan Decenal.

1.2. Pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores (interacción social, económicos, demográfico, multimorbilidad, capacidad funcional, percepción de afecto) que influyen en la construcción de percepción del estado de salud en los adultos mayores en las seis regiones geográficas, según los encuestados en la SABE Colombia 2015?

Figura 1. Análisis del problema.



1.3. JUSTIFICACIÓN

El reto del progresivo envejecimiento requiere de la propuesta de Elisa Dulcey ;con una mirada incluyente y enfoque diferencial con respecto a otros grupos etarios ,desde la construcción de sociedades; en términos de participación para la conformación y en la transformación del orden social para obtener resultados en el trabajo y la búsqueda conjunta de metas comunes (53). El punto de partida lo imprime cada cultura al intentar encontrar su propio significado de envejecimiento, asumiendo como ciertas, concepciones basadas desde el imaginario social, lo que ha promovido interpretaciones erróneas y con esto un temor a envejecer(54).

El panorama próximo que describe con agudeza en *Colombia envejece a pasos acelerados*:

"Para el 2050 cerca del 24 % de la población tendrá más de 60 años y más y los grandes desafíos son aumentar los gastos para protección en salud y pensión demandará millonarios recursos del Estado en salud, los gastos en el sector pasarían del 7 % del PIB a más del 8 % del PIB, razón por la cual se hacen indispensables medidas para la prevención de enfermedades"(55) en respuesta a lo anteriormente expuesto Gómez enfatiza sobre dicha proyección: "vivir más tiempo exige de políticas sociosanitarias, acciones e intervenciones dirigidas a estructurar y desarrollar estudios sobre envejecimiento de dichos territorios para fomentar estrategias en estilos de vida y comportamientos saludables que retrasen la aparición de inconvenientes de salud" (31).

Por ello, es pertinente identificar en las regiones geográficas colombianas la relación entre los factores asociados al envejecimiento exitoso que confluyen con la percepción de salud ejemplifica la diversidad e desigualdades territoriales se reflejan indirectamente el nivel de salud; a pesar de las políticas y el modelo de salud se requiere un ajuste racional de las metas, programas y estrategias nacionales y regionales con el objeto de mejorar la demanda y la calidad de los servicio(56).

En suma, O. Dziadkowiec y colaboradores, resalta el trabajo sobre las iniciativas de políticas destinadas a aumentar el capital social; éstas en primera instancia deben evaluar la percepción del estado de salud de los miembros de la comunidad enfatizando en cómo se afecta en dicha percepción para descubrir potenciales factores activos aún no potencializados(57) y en palabras de Li-Fan Liu y Pei-Fang Su al considerar atención en los factores que afectan el envejecimiento saludable, con un enfoque centrado en la persona es útil y crítico para que los responsables de las políticas entiendan las composiciones de los perfiles de salud en una perspectiva del curso o ciclo de la vida y no de grupos(21) desde una mirada no asistencial, que determinan indirectamente el uso de servicios de salud.

Para el país es relevante el re direccionamiento de las líneas de trabajo y compromiso hacia el adulto mayor, en coherencia a la identificación e intervención de condiciones sociales, económicas, ambientales y culturales en las que viven los seres humanos y evidencian el deterioro del estatus sanitario en los países. Por tal razón, reconocer los factores que construyen la percepción de estado de salud del adulto mayor, permite visibilizar la perspectiva de desigualdades y necesidades.

Para finalizar, Volken logra dilucidar por medio de un seguimiento de percepción del estado de salud; dar la orientación de las estrategias suizas de salud pública para dirigirse especialmente a los adultos más jóvenes con educación primaria completa o incompleta de ambos sexos; para las mujeres, para combatir las cargas de salud en sus primeros años de vida, y los hombres, para mitigar los problemas en su vida posterior(58) dicha iniciativa es oportuna extrapolar para gestión y previsión del ciclo vital en el contexto colombiano.

El tema convoca a mejorar las condiciones de vida de las personas mayores y elevar la calidad de vida de la población general en términos de una vejez saludable y satisfactoria, ya sea desde la operatividad en salud, siendo en salud regulada desde la resolución 4505 del 2012(45) a través de la cual se facilita el seguimiento a las

actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública.

Por otra parte, el Observatorio Nacional de Vejez y Envejecimiento de Colombia (OEV-Colombia) (43) facilita información para el seguimiento a la evolución y tendencia del fenómeno de envejecimiento en la población colombiana, el acceso efectivo de las personas mayores al sistema de salud y la política nacional de envejecimiento y vejez 2007-2019(10) con una orientación incluyente enmarcada en el fortalecimiento de acciones ciclo vital circunscribiendo responsabilidad intergeneracional en el marco de la legislación actual delimitada en los determinantes como el eje fundamental para un goce pleno del estado de bienestar.

Sin embargo ,para el logro de este objetivo, a causa de esto, es necesaria la participación activa ciudadana en trabajo sinérgico con esfuerzos intersectoriales de las entidades públicas y privadas (59).

Alvarado y Salazar referencian la pertinencia del estudio del proceso de envejecimiento en el cuidado y en la salud pública aduciendo para su aplicación el abordar las perspectivas del ser humano, en aras de fundamentar de explicar o predecir el efecto de la percepción del estado de salud en el entendimiento hacia el envejecimiento exitoso que lleven al adulto mayor y la población general a entender qué este proceso es posible y tangible , dónde la experiencia individual constituye la principal herramienta para la toma de decisiones y repercutirá para construcción y alcance en la posterior adaptación a los cambios(54).

Es pertinente, la salud pública y el desarrollo social, a través de la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud aplicados enfocada en ésta población específica (60) tienen rol preponderante. De acuerdo a lo programado, el interés de este estudio, viene suscitado en fortalecer capacidad de investigación en la población mayor colombiana; con el propósito de desarrollar proyectos

colaborativos en red y movilizar acción poblacional con incidencia en estrategias y políticas en salud equitativas.

Por consiguiente, éstas orientan acciones públicas en pro del envejecimiento activo y la vejez saludable; con el fin de contribuir en la sostenibilidad financiera del sistema de salud para las próximas generaciones incluidas en el sistema de salud (61). Adicional, proporciona sustentabilidad, eficacia y eficiencia en los procesos de prestación, inspección, vigilancia y gestión en los procesos de enfermedades crónicas no transmisibles las cuales representan el alto costo y fortalecer la operatividad articulada de estrategias; incluyendo la atención primaria en salud (APS) en los diferentes ejes del sistema general de seguridad social y salud (SGSS) en el territorio nacional.

Este proyecto constituye un insumo para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida durante el proceso de envejecimiento el cual inicia desde el nacer por ende las disposiciones y factores circundantes tienen implicaciones de colectivos, citando a García Puello(62): *“estimular un envejecimiento exitoso en el marco de la transición demográfica; dirigido a brindar oportunidades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo en la población adulta mayor, con el fin de hallar estrategias accesibles y costo efectivas para contribuir a la sostenibilidad y sustentabilidad en la economía colombiana desde la planeación y la proyección”*.

Lo anterior dar razón, sobre la relevancia y pertinencia a nivel conceptual y científico para orientar este proyecto de investigación ; cuyo propósito es contribuir a alcanzar un alto nivel de salud para la población bajo la visión economicista de la salud y la derivación de mayores recursos hacia los servicios curativos debe replantearse nuevamente(22).

El discernimiento y/o control de dichos puntos específicos puede tener impacto en la incidencia sobre la productividad de los individuos y poblaciones a lo largo del ciclo vital, no obstante, si las políticas son aplicadas de manera tardía, su impacto en la morbilidad es insignificante(18) siendo ésta una de las justificaciones

principales –expuesta por gobiernos, organismos internacionales, investigadores y académicos–, para impulsar las inversiones en salud; a su vez, permite identificar grupos de la población expuestos a diferentes riesgos de salud, los cuales se traducirán en demandas diferenciales en cuidados médicos (63) , bienes y servicios.

En síntesis, en Colombia existen pocos estudios recientes sobre percepción del estado de salud en personas mayores; por lo tanto; es interesante considerar a esta población objeto de estudio para identificación de factores asociados, y priorizar elementos según el impacto, consecuentes a la heterogeneidad contextual y poblacional en las regiones colombianas, proporcionando un comparativo entre ellas; en otras investigaciones.

Finalmente el presente ostenta factibilidad al disponerse con los recursos adecuados y suficientes (financieros, humanos y materiales) para llevarse a cabo; se empleará la base de datos con los registros recolectados en la encuesta poblacional, la cual es proporcionada a través del grupo de investigación Observatorio de Salud Pública de la Universidad CES, y obteniendo viabilidad al tener acceso a la encuesta poblacional sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento - SABE Colombia 2015; dirigido a personas de 60 y más años”(2) .

Cuyo propósito describe las condiciones de salud y bienestar en torno a los determinantes del envejecimiento activo en Colombia, por medio de la alianza temporal entre el Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias y la colaboración de la Universidad del Valle, de Caldas, de la Sabana y del Rosario, a través de grupos investigativos con experiencia en el tema. Finalmente, el presente pretende ser un insumo en la agenda de los entes públicos y privados con enfoque diferencial y a su vez conserva el propósito del estudio marco; al contribuir a la formulación de políticas y planificación de la asistencia sanitaria servicios, administración de bienestar y otros servicios sociales para personas mayores en Colombia(64).

2. MARCO TEÓRICO

2.1. REFERENTES CONCEPTUALES

2.1.1 REGIONES GEOGRAFICAS COLOMBIANAS:

Con referente es pertinente referirse a Posada y Berrocal(65) en el tema a través de Sánchez Valbuena (66) sobre la subdivisión de Colombia, del Instituto Geográfico Agustín Codazzi, en seis regiones geográficas (antes naturales); ante la inexistencia de unificación del mapa de regiones administrativas oficiales ante el proceso de diversa propuestas de enfoques de la regionalización nacional.

Sin embargo en el presente estudio observacional sobre regiones agrupada se organizan por segmentos representativos recolectados en la SABE 2015(64) por medio de la distribución político administrativos territorial de los departamental del país incluyendo sus ciudades capitales excluyendo el distrito capital nacional debido a su complejidad y dimensión se consideró un territorio específico, conservando similar distribución al estudio realizado por Tuesca Molina (67) realizado en población económicamente activa durante el 2013:

La *Región Bogotá D.C*; la *Región Atlántica*: Atlántico, César, Córdoba, Bolívar, Guájira, Magdalena, San Andrés Islas y Sucre. *Región Central*: Antioquía, Caquetá, Caldas, Huila, Tolima, Risaralda y Quindío; la *Región Oriental*: Boyacá, Cundinamarca, Norte de Santander y Santander, por otro lado, la disposición de la *Región Pacífica*: reúnen al Cauca, El Chocó, Nariño y Valle del Cauca y finalmente, la *Región Amazonía-Orinoquía* une los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Guaviare, Guainía, Meta, Putumayo, Vaupés y Vichada.

2.1.2 Definición de salud.

Es pertinente referenciar, a Quevedo al reseñar al pensamiento de Claude Bernard (1851): “la salud y la enfermedad no son dos modos que difieren esencialmente...no

hay que hacer de ellas principios distintos, entidades que se disputan el organismo vivo y que lo utilizan como teatro de sus luchas. En la realidad, no hay entre esas dos maneras de ser más que diferencias de grado: la exageración, la desproporción, la discordancia de los fenómenos normales constituyen el estado de enfermedad” (58).

En primer lugar, la OMS, en 1946 define, *“la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (53).*

Sin embargo, esta definición tiene múltiples limitantes; es un ideal utópico y atemporal al referirse a un “estado” de la salud y la enfermedad; su foco central es individual. Por lo demás, según de Aldous Huxley, las investigaciones sobre las enfermedades continúan avanzado tanto que cada vez es más difícil hallar a alguien totalmente sano (54). Así mismo, varios autores afirman no existe completo estado de bienestar, sino grados variables de bienestar individual; en coherencia a un proceso de equilibrio inestable entre el individuo, la comunidad y el medio ambiente (55).

En contraposición a lo anteriormente expuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Fernando y colaboradores (56), argumentan, si bien ,en el inicio el concepto de salud es corpóreo, con una noción limitada y operativa relativa a un grupo de dominios y capacidades intrínsecas a la persona como entidad biológica y define a la salud –al igual que la vida- como un proceso en “continuum”(41), el cual va desde el cuerpo pasando por una experiencia general de salud y alcanza la experiencia humana global (25,56,57). No hay que olvidar, la salud además de la normalidad fisiológica posibilita la realización de las funciones y, finalmente, de los proyectos vitales, contribuyendo a conformar la sensación de bienestar (58,59).

El bienestar es un concepto concerniente a la salud e indirectamente relacionados con ella, la autonomía e la integridad, es más, Karl Meninger, en 1947, hace reseña a la sensación de felicidad como factor intrínseco del concepto de salud.(56) Para la Academy Health incluya el bienestar (well-being) en la definición de salud ,en dicha aproximación enfatiza en un concepto multidimensional de salud, el cual incluye lo físico, lo mental y social(60) es concordante con la apreciación de Grisbog ,quien precisa el significado de la salud en términos de bienestar en las áreas del amor, del trabajo y de la diversión (61).

Por su parte Sen, ve el bienestar de los individuos concebido como la calidad o bondad de su vida(68) dentro de un enfoque de capacidades y potencialidades(69) centrado en la satisfacción de los deseos individuales y la felicidad sin esgrimir el contexto ético (70) , así mismo, enfatiza que la objetividad depende en gran medida de los parámetros de posición, utilidad y felicidad del sujeto, que no necesariamente son de representación locativa sino a través de una cosmovisión(69,70).

El concepto de bienestar es intercambiable con el de calidad de vida (CV) desde una perspectiva más amplia entendiendo al individuo como una entidad biológica y social (71); por consiguiente, Dulcey, Botero y Pico afirman que éste concepto incluye en la satisfacción con la vida individual (acceso a servicios, salud, educación), el grado de realización de sus aspiraciones personales y la percepción poblacional de las condiciones globales de vida, traduciéndose en una valoración positivos o negativos (72,73).

Sin embargo Sen, desde el desarrollo humano, concibe la calidad de vida como la expansión de las capacidades o libertades de los individuos concerniente a disponer el interés en cuanto a su habilidad real para lograr realizaciones valiosas como parte de su vida y no en la evaluación de la utilidad y de los ingresos(74) .

La calidad de vida al igual que la percepción del estado de salud son construcciones complejas, multifactoriales y cambiantes: subjetiva hace referencia al concepto de bienestar con la vida asociado a la “felicidad”, satisfacción y estado de ánimo

positivo, por su parte es objetiva al relacionarse con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida“: estado de bienestar”(75).

Por su parte, la calidad de vida corresponde a un concepto multidimensional, dinámico y de paradigma modular, el cual está influenciado por los mecanismos psicológicos relativos a la capacidad de adaptación a la enfermedad (76).

En palabras de Alonso enfatiza que la salud de las personas depende y se construye en el propio entorno familiar, desde la gestación, en el entorno escolar y luego posteriormente en el grado de bienestar social que se consigue en el seno de la comunidad, o también a través de la realización personal en el medio socio laboral, estableciéndose una relación de equilibrio entre las capacidades de la persona y de lo que de él exige el medio(77).

La calidad de vida se relacionada con salud (CVRS) representa una evaluación subjetiva, afectada directamente por el estado de salud actual y la capacidad para realizar aquellas actividades significativas para el individuo(78), además, habla sobre la modificación en el valor asignado a la duración de la vida en estrecha relación con la percepción enmarcado en restricciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud(79).

La salud es una constitución dependiente de la cultura, la cual aporta patrones, creencias y hace referencia a una apreciación humana sobre el bienestar, en simples expresiones ser o estar sano. Al citar Alonso:” la salud, y sobre todo la sensación de salud, es un sentimiento complejo influenciado por diversos pilares; la familia, los profesionales de la sanidad y la propia sociedad, mucho más que las más sofisticadas tecnologías(77)”. El mismo autor enfatiza en la sensación de salud tiene una unidad psicológica principal, en el que influyen también los conceptos integrales de amar y de ser amado(77).

Entonces, es pertinente traer a colación el pensamiento epistemológico de Almeida Filho, al enfatizar, que la salud forma parte de un sistema de totalidades parciales

con distintos niveles jerárquicos heurísticos no lineales. Esto permite al objeto salud ser abordado transdisciplinariamente (80). De manera similar, existen múltiples axiomas y acepciones entorno al significado de la salud; los cuales no se limitan al significado netamente biológico.

Asimismo, Jaime Breilh expone que *“la salud es un objeto/concepto/campo polisémico que se vincula con la praxis (modo intersubjetivo) y en tal sentido se configura como el sujeto (individual/colectivo) en el que intervienen diferentes mediaciones y distintos simbolismos como el lenguaje y las formas culturales y metodológicas que estructuran el pensamiento epidemiológico como una herramienta auténticamente “colectiva” para la defensa y promoción de la vida, lo que implica que la salud es compleja y dinámica, y se mueve dialécticamente”*(81).

Puntualizando, Blanco y colaboradores, condensan la salud como un proceso real inconstante; el cual no está correspondido con normalidad e intrínsecamente unida con la enfermedad casi es imposible precisar cuándo se pasa de una a otra; prevalece lo biológico, psíquico y lo social, es decir, es holístico; por ende es inalienable se acerca a otras formas del capital humano: la educación, el conocimiento profesional, las aptitudes atléticas, entre otras(82).

Para mayor comprensión ;es pertinente referenciar a Garzón y Gómez al parafrasear a Castellanos(83) sobre el concepto de salud-enfermedad sobre el proceso de reproducción y construcción social comprende por lo menos cuatro momentos principales: el momento de reproducción de procesos biológicos, las relaciones y procesos ecológicos, las formas de conciencia y conducta y finalmente las relaciones económicas(84).

Castellanos (83) argumenta sobre el abordar una situación de salud desde lo particular permite identificar la acumulación que produce el perfil de salud enfermedad de cada grupo e identificar las acciones que en cada nivel se producen ,se pueden modificar y el tipo de hechos necesarios para producir para acumular posibilidades de transformarlas, cierran Garzón y Gómez(83).

La salud es un objeto cimentado en la cultural, lo social e histórico como producto de la existencia humana(85).Para occidente, la comprensión de la salud se ha desarrollado teniendo como referente la enfermedad (85) .Por tanto, la salud va a ser al fin y al cabo ;un equilibrio consensuado de los seres humanos entre sí mismos, cuerpo, alma, y entorno; por su lado la enfermedad tendrá componentes multifactoriales, para su etiología y condiciones terapéuticas.

De igual modo, Castro cita a Asa Cristina Lauren al conferenciar sobre *“la enfermedad tiene carácter histórico y social...la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos...no es en el estudio de los enfermos que vamos a aprehender mejor el carácter social de la enfermedad, sino en los perfiles patológicos que es reflejo de los grupos(86)...El proceso salud-enfermedad colectivos determina las características básicas sobre las cuales gravita la variación biológica individual”*(86).

Cabe resaltar la validez y perspectiva del pensamiento cualitativo y el significado de este proceso, definidos por formas de vida estrechamente ligados al contexto dónde y cómo se vive. De esta manera, da aporte la antropología médica al considerar el conocimiento colectivo, y al conocimiento científico en particular, en la construcción de una experiencia subjetiva de una colectividad de individuos en según el influjo de una cultura establecida; específicamente de las comunidades minoritarias colombianas; indígenas, afrodescendientes, palenqueras, ROM ,entre otros, evidenciando diversidad de representaciones alrededor la salud - enfermedad, y sus interacciones relacionadas con ellas, diferentes a las concepciones construidas de la medicina occidental.

Para aclarar lo anterior, Quevedo cita a Myriam Jimeno: *“la salud y la enfermedad son partes inseparables de la organización ideológica, del sistema de interpretación religiosa y las formas de adaptación ecológica, de la organización familiar, política, de la producción...es preciso considerar que la enfermedad en sí no existe, sino*

dentro de un contexto social amplio, donde adquiere determinadas formas y como tal se explica y trata”(87).

Parafraseando a Bersh al referirse a H. Blum, *“el fenómeno salud debe entenderse como el proceso continuo de variaciones ininterrumpidas, que acompañan el fenómeno vital del hombre, las cuales son producidas o influidas por factores hereditarios, de comportamiento y ambientales, así como por factores o acciones provenientes de los servicios de salud. Dichas variaciones se presentan cada vez en la forma de curva normal de distribución. Los efectos de tales variaciones producen en el fenómeno vital se reflejan en el grado de éxito que este fenómeno tiene en el cumplimiento de su fin” (62).*

Basándose en la obra *Planning for Health* de H. Blum , acerca del llam “campo de la salud”, Mark La Londe, lo cita para referencia la salud como un resultado *de un gran número de fuerzas, las cuales él agrupa en cuatro entradas “inputs” que en realidad son categorías de factores; éstos son: el ambiente, el comportamiento, la herencia y los servicios de salud” (87).* La Londe manifiesta que la carencia de alguno de ellos, ha desarrollado y generará un desequilibrio, en paralelo, lo complementa ésta premisa, para mayor comprensión a través del modelo de los determinantes de la salud, aún vigente, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente - incluyendo la influencia del componente social en un sentido más amplio(88)

Dicho de otro modo, el proceso salud-enfermedad se manifiesta empíricamente de distintas maneras: se expresa en indicadores como la expectativa de vida, las condiciones nutricionales y la constitución somática adicional a ello, las maneras específicas de enfermar y morir, reflejado en el perfil patológico del grupo dado por la morbilidad y/o la mortalidad(89).

Vale la pena aclarar, cómo Asa Cristina Lauren hace hincapié en el proceso salud enfermedad del grupo, su efecto en la colectividad, entendiendo la dinámica específica interna en el grupo ;se da el proceso biológico de desgaste y

reproducción, destacando como momentos particulares la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto es, la enfermedad.(89)

Finalmente, entender la articulación entre condiciones de vida y situación de salud implica asumir una perspectiva epistemológica de la salud desde las ciencias de la complejidad(90).En consecuencia, el reto consiste en superar la noción antropocéntrica de la salud como inherente al ser humano y potenciar la conexión entre las ciencias sociales y la salud para ampliar y profundizar la reflexión sobre el proceso salud-enfermedad para superar el abordaje reduccionista, determinista y mecanicista que se le ha dado desde la salud pública tradicional para avanzar (90).

2.1.3 Definición de percepción del estado de salud.

Este es un referente, marcador o indicador importante de calidad de vida, indicador indirecto de morbilidad, mortalidad y discapacidad al integrar un conjunto de factores: condiciones de fisiopatológicas y terapéuticas individuales, condiciones económicas, alta capacidad funcional, afecto positivo y activa interacción social (51).

Por consiguiente, para elucidar la interpretación de la percepción del estado de salud pasa por la jerarquización de tres tipos de subjetividad y discernimiento de los problemas de la reproducción social: subjetividad comunal, subjetividad estatal y subjetividad sociedad. Los sujetos se movilizan entre problemas reales, problemas representados y problemas afrontados, esta es la dinámica para complejizar la relación enfermedad y atención (56). Por esta razón, se parte del concepto individual que se posee de sí, y con base a ello, se procesa y organiza la información del contexto, en una estructura que le proporciona la base de principios para actuar en el presente y en el futuro (52).

El clásico término «estado de salud» o «status de salud» se encuentra extendido para nombrar un índice jerárquico que agrega o resume información en categorías

específicas; estable, grave, crítico etc. (54) El estado/status corporal, pasa a ser estado/status funcional (referido al funcionamiento) y, finalmente, a ser estado/status de bienestar. Por supuesto, sobre cada nivel operan dos perspectivas diferentes, la biológica de la salud (objetivas; los valores de paraclínicos) y la percibida por el individuo (subjetiva; el hallarse bien, regular, mal) (54). Está influida por la función física, presencia de enfermedades, existencia de discapacidades y limitaciones funcionales otras variables (38).

De manera análoga, Gonzáles y colaboradores, son enfáticos en el caso de la percepción del estado de salud (en comparativo la deliberación sobre la perspectiva de dos personas diferentes pueden razonar y asumir un estado de salud muy bueno, a pesar de encontrarse en condiciones muy distintas, en la medida del conjunto de bienes tangible e intangibles (incluyendo los medios necesarios para tratar y sobrellevar la enfermedad) de una es más amplio que el de la otra (61).

Según Sarmiento y colaboradores exterioriza la relevancia y utilidad de la percepción del estado de salud es una medida confiable del estado de salud general de una población a pesar de ser una medición subjetiva que integra factores biológicos, mentales, sociales y funciones del individuo (51).

2.1.3.1 Origen de percepción del estado de salud.

La teoría general de sistemas fue concebida por Ludwig von Bertalanffy en la década de 1940 con el fin de proporcionar un marco teórico y práctico a las ciencias naturales y sociales(91) a partir de este enfoque puede existir una integración entre las partes y el todo, con relaciones bidireccionales, en consecuencia ,tiene un efecto multifactorial(37).

Esta teoría permitió aportar una mirada de la realidad que influyó en la construcción de la nueva teoría sobre la comunicación e interacción humana; a través del modelo de los sistemas se halló una manera holística de observación que desveló el

entendimiento de estructuras complejas como las relaciones humanas y la construcción de los significados a través del consenso como la percepción del estado de salud contextualizado. Sin embargo en ese entonces se omitía su significancia real y el impacto de estos sistemas sobre el conjunto de individuos con historia y reglas, que comparten propósito en un fin común(91).

Los sistemas viviente propende el mantenimiento de la homeostasis y a dar respuestas al cambio constante, la entropía favorece la conservación de identidad colectiva, ello se sinergia ante evidenciarse cualquier cambio en alguna de las partes; pues por mínima que sea la modificación afecta los demás componentes de este en su totalidad y la complejidad del sistema , dicho trasciende las características individuales que lo conforman y todos estos complejos conllevan metas comunes con una finalidad definida(91).

Por su parte dicha teoría expone divisiones en varios niveles de complejidad: sistema: generalidad vinculada, como la familia, el supra sistema; lo que rodea y da soporte al sistema (amigos, vecindad, familia extensa) y finalmente el subsistema: unidades del sistema; individuos.(91) Los principios de dicha teoría señalan el rol de la selección natural , la competencia y la auto sostenibilidad que mantiene la homeostasis interna (91).

Así mismo, los sistemas mantienen una constante regulación de intercambio de información entre las partes tiene características de flexibilizar los límites facilitando el intercambios de energía e información con el medio más amplio en que viven, a su vez limita, preservar y regulan las mismas con el propósito de garantizar la equifinalidad, la capacidad de adaptación del sistema; al actuar independientes de las condiciones iniciales y mediado por la fuerza equipotencial del sistema permite redistribuir dichas funciones a las partes restantes asumir las funciones ante la presencias de cambios intrínsecos y extrínsecos (77) dando como es resultado el proceso de envejecimiento poblacional (91).

2.1.3.1 Origen de percepción de estado de salud.

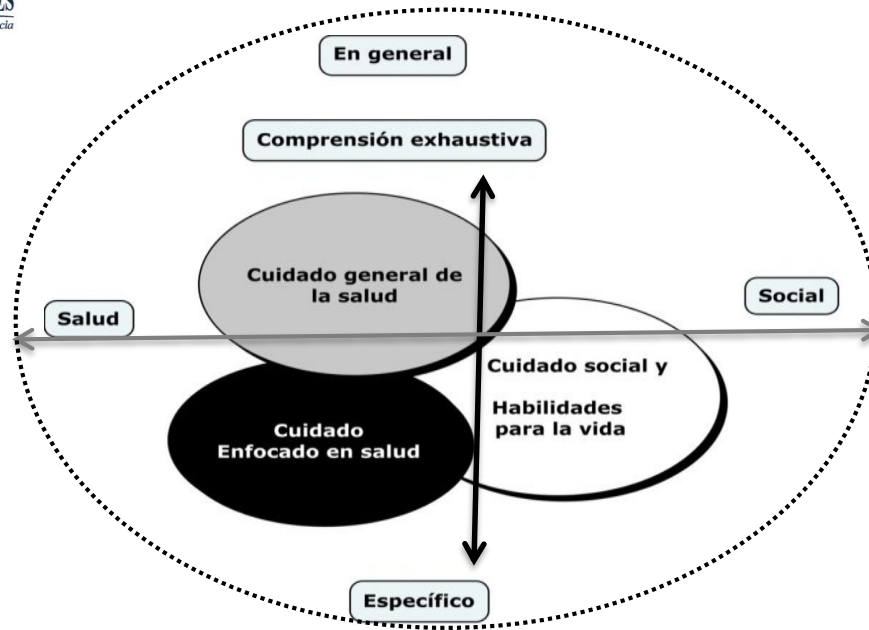
En contraposición al modelo médico (83), George Engels en 1977 propuso el modelo biopsicosocial derivado de la teoría general de los sistemas (83) donde la salud parte desde la interacción social del individuo: comportamientos, formas y estilos de vida, pensamiento, el cuerpo: desde lo social hasta lo molecular, pueden preservar o deteriorar su salud (84) no sólo es la ausencia de enfermedad (83).

A partir de la década de 1950, la percepción del estado de salud ha sido ampliamente aceptado, ésta es una medida subjetiva integra componentes desde lo general a lo específico: biológicos, mental, social y funcional, dimensión espiritual y de salud con relación individual (85)(86), la cual es altamente sensible del estado global de salud en el adulto mayor(38) con interacción multidimensional integra información y proyección del perfil de morbilidad durante el proceso de envejecimiento.

En el nivel práctico, en consecuencia, se asocian relaciones inaparentes, por ejemplo, entre el cáncer y el estrés, la personalidad y la enfermedad cardiovascular, el asma y las relaciones intrafamiliares (83). La experiencia subjetiva del paciente como un contribuyente esencial para un diagnóstico preciso, resultados de salud y a propósito de cuidado humano. (83)

En la revisión, Griffiths y colaboradores, explican los dominios que componen la percepción del estado de salud se encontraron cuatro dimensiones (85), específica en que se enfocan, sin olvidar las interacciones y características entre ellas; depende de la predominancia a evaluar. En la figura nro.2 se ilustran los tipos de interacciones del modelo de percepción del estado de salud según Griffiths y colaboradores:

Figura 2. Diferentes dimensiones e interacciones de percepción del estado de salud.
(autoevaluación/ determinación)(92)



Fuente. Traducido y adaptado de: Griffiths, P; Ullman, R; Harris, R. Self-assessment of health and social care needs by older people: a multi-method systematic review of practices, accuracy, effectiveness and experience. London: NCCSDO, 2005(82).

Dominio del cuidado de la salud: está enfocado en la valoración específica de salud en aspectos y problemas. Esta perspectiva logra sustituir la valoración del profesional de salud, en grupos de personas mayores; con base en dicho enfoque se han realizado investigaciones para identificar síndromes geriátricos, enfermedad mental, hipoacusia, pérdida visual, malnutrición y su asociación a morbilidad, deterioro de capacidad funcional, entre otros. Así mismo, predice necesidades inmediatas y futuras. Este eje enfatiza exclusivamente aspectos internos del individuo (85,87).

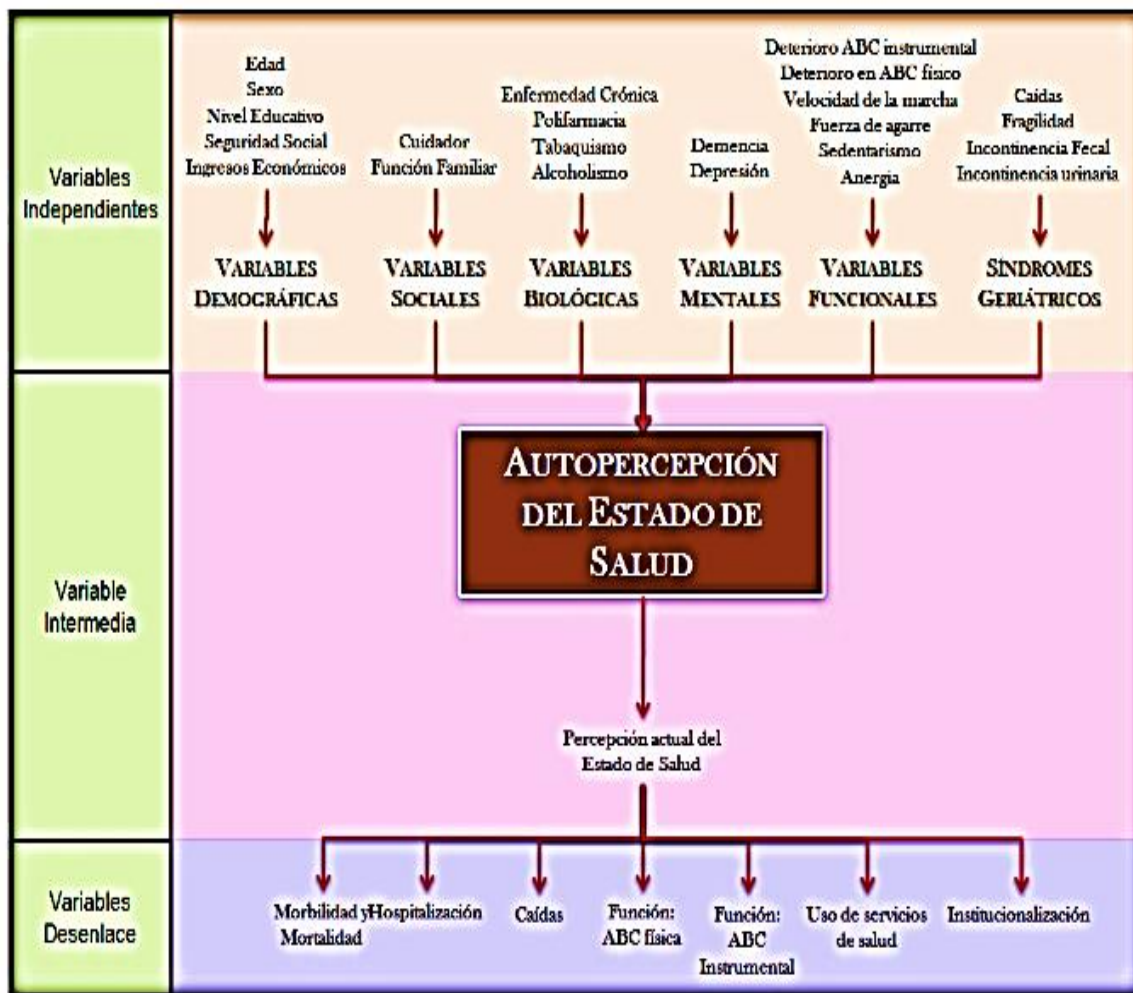
Dominio del cuidado general de la salud: amplia valoración sobre un rango de factores relacionados con el cuidado de la salud. Su objetivo principal es mejorar e intervenir en general la correlación entre el paciente (poblacional o individualmente) y los profesionales de la salud. En investigación se ha ahondado en el estado mental, capacidad funcional y uso de servicios de salud. Dicho eje reconoce oportunidades de mejora, determinar necesidades actuales y futuras del sujeto, sin embargo, no permite identificar los recursos que dispone el individuo. Este eje considera aspectos internos y externos del individuo. (85,87)

Dominio de cuidado social y las habilidades para la vida: se centra en realizar evaluación de aspectos cotidianos del individuo, los cuales no son frecuentemente apreciados en consulta por el profesional de salud (seguridad del hogar, accidentabilidad vial, valoración de exposición a riesgos, etc...) tienen un apreciable aporte para la valoración y cuidado del paciente. Se consideran factores internos y externos del individuo, el medio ambiente y uso del tiempo (85,87).

Dominio multidimensional: En este comprenden componentes externos como los aspectos sociales-habilidades sociales y el impacto en los componentes internos como el estado de salud y bienestar de los individuos, específicamente en este proyecto, el adulto mayor. Su principal objetivo es aportar información de la distinción entre el enfoque del cuidado general de salud y el multidimensional para encontrar balance y peso que se le da a los problemas y servicios de salud (85,87).

Estos resultados son relevantes para la formulación de políticas y desarrollo de proyectos poblacionales, en último análisis sobre percepción de salud se enfocó bajo la influencia del capital social y desigualdad socio-sanitaria para el contexto como evidencia Ocampo ilustrándolo en un modelo multidimensional explicativo de su efecto (Ver figura 3) sobre la percepción del estado de salud, así mismo en Colombia se ha estudiado en personas edad económicamente activa (16 a 65 años) por regiones, por submuestras de Colombia se basó en la encuesta nacional de demografía y salud durante el 2007; realizado y liderando por la Universidad de Sucre(67) el cual contrasta con la presente población económicamente inactiva de 60 años y más.

Figura 3. Modelo de percepción del estado de salud con los diferentes desenlaces(93).



Fuente: Traducido y tomado de; Ocampo J. Autopercepción del estado de salud: importancia del uso en adulto mayor. Colombia Med. 2010; 41(3):275-89 (93).

Finalmente, parafraseando a Ocampo la percepción del estado de salud es una variable intermedia entre las variables independientes las cuales son bastante útiles para reflexionar sobre la influencia de variables demográficas, sociales, biológicas, mentales, funcionales y síndromes geriátricos(94) sobre el curso vital directamente en el resultado de las diferentes variables de desenlace las cuales tienen efecto directo sobre las estadísticas vitales e inversión de recursos cada vez más exiguos: morbimortalidad, caídas, hospitalizaciones, capacidad funcional: física e instrumental, institucionalización y el uso de servicios de salud según los resultados a los cuales se han encontrado circunscritos diferentes estudios cualitativos y cuantitativos(93).

2.1.3.2 Escalas de medición de percepción de estado de salud.

La interacción de múltiples variables permite obtener información sobre la autopercepción del estado de salud por de las personas mayores en diferentes contextos; estamentos internacionales recomiendan incorporar de manera regular en las diferentes encuestas poblacionales; Salud, bienestar y envejecimiento (SABE), encuesta nacional de demográfica y salud (ENDS), entre otras se han anexado en diferentes cuestionarios y test pre consultas para ser parte de la anamnesis inicial del examen clínico la cual tiene fácil aplicación por personal de salud, bajo costo, predice con veracidad eventos al relacionar condiciones fisiológicas, habilidades funcionales(95,96) y cognitivas(97), bienestar psicológico (98) y soporte social(73).

El cuestionario de la SABE 2015 se compone de varios ejes de estudio; para evaluar la percepción de salud (Figura 4) se empleó una estrategia concertada por la OMS de tres (3) preguntas estandarizadas y comparativas codificadas con precisión para medir la percepción del estado de salud poblacional, con un propósito claro es indirecto predictor de sobrevivencia; útil en salud pública como principal indicador para monitorear la calidad de vida y de salud , a pesar de la alta subjetividad, a través de diferentes versiones diseñada por OMS Europa en 1996 (99) .Por su parte, Bjoner K.B expone una versión alterna (94,100,101).

De manera adicional, brinda elementos prospectivos que orienten el curso o desarrollo de algún evento en el futuro entorno a las personas mayores(93,100) por medio de las siguientes preguntas se dividen en: Primero; un comparativo sobre la percepción del estado de salud general actual relativo con el individuo (referente) de hace un año previo, segundo; comparativo entre el perfil de la persona mayor evaluada (referente) con respecto a otros pares del mismo grupo de edad y, tercero; valoración intrínseca de la percepción del estado actual del estado de salud estado de salud.

Figura 4. Cuestionario usado para evaluar estado de salud vía percepción del estado de salud según versiones OMS EEUU y Europa.

1. Comparación del estado de salud actual con el de un año antes: ¿Cómo calificaría su estado general de salud actual, en comparación con su estado de salud hace un año?				
Mucho mejor ahora que hace un año.	Algo mejor ahora que hace un año.	Más o menos igual ahora que hace un año.	Algo peor ahora que hace un año.	Mucho peor ahora que hace un año.
2. Percepción del estado actual del estado de salud menor a 30 días. En general, ¿diría usted que su salud es? Versión EEUU				
Excelente	Muy bien	Bien	Regular	Pobre
En general, ¿diría usted que su salud es? Versión OMS Europa(99,100)				
Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala
3. Comparación del estado actual de salud con otras personas de edad similar.				
Mejor	Más o menos igual	Peor	No lo sé.	

Fuente: Ocampo 2009(84). Ocampo J. Autopercepción del estado de salud: importancia del uso en adulto mayor. Colomb Med. 2010; 41(3):275-89.

Las personas mayores con envejecimiento patológico se asocia a mala percepción del estado de salud(93), fisiológicamente el deterioro se acelera a partir de los 60 años(39,102) asociados a variables demográficas, socioeconómicas y mentales(44) ello confirma lo expuesto por Idler “la percepción del estado de salud individual es un resultado multidimensional”(103) .Allí radica la utilidad sobre la percepción de salud general en estrecha relación con la mortalidad en adultos mayores con una percepción del estado de salud general negativa(104) le dan igual validez que los scores clínicos para evaluar y predecir la evolución del estado de salud en el tiempo(103).

Así mismo ,varios autores(39,98,104–107) validan la utilidad de la percepción del estado de salud en personas mayores como predictor independiente y significativo para desarrollar morbilidad (93); todavía más al aportar información sensible del estado global de salud en los adultos mayores y el tipo de envejecimiento(108), influido por condiciones fisiopatológicas, cambios en estado de ánimo (40,105), nivel de dependencia y discapacidad (cambios en ABC funcional e

instrumental(95,96,109,110), incluyendo factores asociados a síndromes geriátricos como la fragilidad(111–113), caídas(95,110,114) , deterioro cognitivo(97,107), entre otras.

2.1.4 Definición de adulto mayor o personas mayores

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desde 1994 ajusto la edad y señalo la edad de inició en 65 años o más de edad, aclaro el impacto del contexto de los países en relación a condiciones socioeconómicas y ambientales (106,177,107) se asume que dicha población está en la culminación de un ciclo natural con deficiencias funcionales, resultado de cambios biopsicosociales, estilos de vida y factores ambientales en que el individuo ha vivido (6).

Desde el 2002 hasta la actualidad según consenso en todas las Naciones Unidas; de los 60 años en adelante se encuentra estandarizado para proyecciones demográficas para describir las edades “más antiguas”. Es importante reconocer que la edad cronológica no es siempre el mejor marcador de los cambios que acompañar el envejecimiento; cabe aclarar en palabras de Peggy Edwards y colaboradores; dicha acotación puede parecer “joven” en algunas áreas geográficas desarrolladas donde las colectividades de los individuos de mayores de 60 años disfrutan de un buen nivel de vida y salud (109).

Parafraseando a Gómez y Curcio al referirse a la clasificación por edad cronológica sugerida por las Naciones unidas; advierte que aunque dicha clasificación no es un consenso, estas subdivisiones han permitido identificar tendencias del envejecimiento por las cohortes de ancianos según el perfiles por subgrupos más definidos; anciano jóvenes; quienes posean edad menores o iguales a 74 años, los intermedios entre 75 a 84 años ,entre 85 a 89 se encuentran muy viejos o viejos-viejos, los “antepasados” son mayores de 90 años y centenarios quienes tienen 100 o más años(24).

Así mismo otra perceptiva propone una clasificación con 3 subgrupos por etapa del ciclo vital, en orden a criterios de actividad económica, intelectual-cognoscitivo, cultural, de salud y de esperanza de vida a esas edades citando a Martín, expone

en “*Los factores definitorios de los grandes grupos de edad de la población: tipos, subgrupos y umbrales*” (115), descritos a continuación:

1. Vejez inicial o incipiente, entre los 60 y 69 años de edad, donde aún son muchas personas activas que no han salido del mercado laboral, total independencia y buenas condiciones de salud. En los individuos activos; la edad de egreso de la actividad económica formal está regulada según reglamentación por la legislación laboral vigente; ello se producirá en los países desarrollados en promedio a los 65 años, aunque se puede retrasar hasta los 70 y en los independientes es una decisión autónoma a una edad más indeterminada (115).

Marcándose una época de transición y adaptación a una nueva situación, reestructuración de roles; lo cual que implica menos ingresos por la situación de cese laboral y mayor disposición de tiempo libre (una ruptura traumática al pasar de la actividad al ocio; con el reto de administrar la nueva jornada sin trabajo) según sea la percepción de finalización de las expectativas debidas al principio de generatividad puede provocar conflictos e insatisfacción o ser visto como una oportunidad(115).

2. Vejez intermedia, entre el 70 y el 84 onomástico, etapa donde ya casi todas las personas han salido del mercado laboral formal, salvo ciertos trabajadores independientes: campesinos, labores a destajo, no remunerados, empresarios, intelectuales, etc., Se realizan explícitas actividades para conservar ciertas condiciones de salud mental y física, paulatinamente se aumenta en edad la mortalidad aumenta de una forma ya progresiva, los problemas de salud se agravan y el carácter crónico de muchas enfermedades acarrea cierta incapacidad (115).

De una forma progresiva las parejas se van rompiendo, por muerte de uno de los cónyuge o compañero, frecuentemente el hombre, con cual la proporción de féminas mayores conviven en soledad por más tiempo y son más vulnerables al ir perdiendo la red de apoyo primaria, además, se añade el declive del nivel de ingresos (rentas, protección social y pensiones) lo cual conlleva que el miembro de

la pareja sobreviviente en muchas ocasiones no pueda valerse por sí mismo con calidad de vida ni cubrir en suficiencia y satisfacción las necesidades básicas (115).

3. Vejez avanzada, igual o mayor a 85 años de edad: la discapacidad aumenta cada vez más por enfermedades crónicas prevalentes y la incidencia de nuevos procesos patológicos, de tal manera que la esperanza de vida se reduce de una forma progresiva hasta situarse entre un máximo de 3 o 4 años, algo más elevada en la mujer (115).

El significado del envejecimiento y la vejez se asocia estrechamente con la experiencia construida en reacción un contexto y en contacto con los otros (116) por ello, Garay y Avalos expresan directa asociación entre la percepción sobre la salud física y el estado mental de las personas mayores(117) ,independientemente del nivel social, la zona de residencia o la edad, el envejecimiento biológico se reconoce como un proceso irremediable como la llegada la etapa final de la vida.

Es interesante resalta la construcción de la cosmovisión del adulto mayor sobre su percepción ;con una dinámica diferente con respecto al individuo y colectividad no perteneciente a dicho grupo; existe una marcada distancia entre “ser viejo” y “sentirse viejo”, se evidencia una marcada delimitación entre la propia condición – situación- y la de otros la experiencia se convierte en la principal estrategia para afrontar los cambios ;donde son enfáticos al afirmar que “*ser viejo no implica envejecer*” (54) ni mucho menos sentirse viejo u obsoleto; para ellos “*los viejos son los otros*” (34) en su mayoría no se reconocen como mayores o” viejos” al referirse a la sumatoria de años cronológicos.

Colombia no es ajeno a la marcada disminución de la fecundidad y la mortalidad el respectivo aumento de la esperanza media de vida al nacer aumentó en 20 años desde 1950 y llegó a 66 años, y se prevé que para el año 2050 haya aumentado 10 años más (107) en la población general; producto de la transición demográfica ha dado como resultado, lo que se conoce como envejecimiento poblacional o demográfico, por ello cada vez más personas están viviendo más tiempo (4).

Sin embargo, con el incremento en la supervivencia no ha tenido directa inclinación homogénea con mejores condiciones de vivir y desarrollarse comparables en el bienestar, la salud y la calidad de vida de los individuos en continuo proceso de envejecimiento (108). Razón por la cual existen marcadas diferencia en el proceso de envejecer según condición biológica, sociodemográficas, percepción y ubicación geográfica llegando a ser individuos plurales en pequeños territorios.

En coherencia, el análisis de situación en salud (ASIS) de Colombia 2015, se encuentra experimentando la segunda fase de transición demográfica (13). Para 2005, por cada 100 mujeres en edad fértil (15-49 años) había 38,03 niños entre 0 a 4 años; para 2015 esta cifra descendió a 34,22 y se proyecta para 2020 pase a 33,51(13). Así mismo, en el 2015 la población menor de 25 años corresponde al 26,68% (12.863.023) de toda la población, es cuatro puntos porcentuales menor que en 2005 y se proyecta para el 2020 continúe en descenso hasta representar el 25,39% de la población (13).

Mientras tanto, la población mayor de 65 años representa el 7,49% de toda la población mostrando incremento en un punto porcentual con respecto a 2005 y se proyecta para el 2020 la proporción continúe aumentando hasta llegar a 8,50%(13); lo cual evidencia un acelerado envejecimiento. Se estima entre 1998 a 2042, la relación de dependencia se mantendrá por debajo de dos dependientes por cada tres personas en edad activa (PEA) (13).

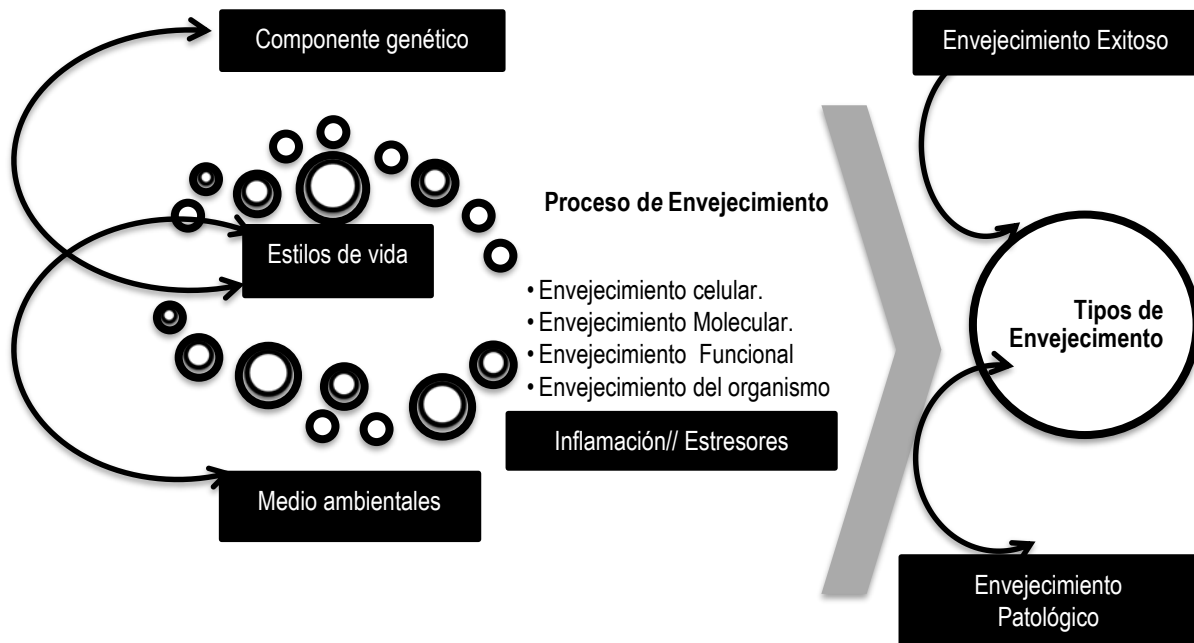
El envejecimiento es un proceso irreversible, complejo e inherente a la vida humana; (Figura 5) donde se aprecian la diversidad del contexto: demográfico, geográficos, económico, cultural, políticos, que determinan la experiencia de vivir de manera heterogénea y expresa su significados a través los estilos de vida, la formación de la familia y la percepción en sí del individuo incidiendo en respuestas endógenas y exógenas relacionado con el medioambientales, genéticos, psicológicos, sociales y biológicos (4) .

En la edad avanzada se aprecia con mayor precisión y asequibilidad la expresión realista de las condiciones desigualdades entre las personas que no han tenido las ventajas en condiciones de vida en el pasado que faciliten y conduce a envejecer

bien, especialmente en Colombia, los países en vía de desarrollo, donde existen profundas desigualdades (109).

El envejecimiento se entiende como un fenómeno multidimensional que involucra todas las superficies de la vida humana (44), en palabras de Alvarado y Salazar al citar a Agudelo y Cardona en “la flor de la vida” al referirse a la vejez, como la última etapa de la vida, donde el ser humano ha alcanzado su máxima expresión de relación con el mundo; ha llegado a la madurez total a través de una gran cantidad de experiencias adquiridas durante los momentos e instantes disfrutados y experimentados” (44).

Figura 5. Modificación del modelo global del proceso del envejecimiento, tomado y adaptado de Gutiérrez R, LM. Concepción holística del envejecimiento, disponible en La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa.(118), Estrés y enfermedades del adulto mayor ,Ocampo ,M(6) e Inflammaging. An evolutionary perspective on immunosenescence(5).



Fuente: Modificado con conceptos de Estrés y enfermedades del adulto mayor ,Ocampo ,M(6) e Inflammaging. An evolutionary perspective on immunosenescence(5) y adaptación gráfica, tomado de Concepción holística del envejecimiento, disponible en La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa.(118) citado en Envejecer a todos nos toca a todos (10) escrito por Cardona, D; Estrada, A y Agudelo, H.

De tal manera los adultos mayores exhibirán los rasgos de personalidad que el medio ambiente donde vive la cotidianidad y permite asociación según la dinámica de envejecimiento en una sociedad contemporánea la cual le da preponderancia a

la productividad y la figura efímera de la eterna juventud (110), así la vejez puede y debe ser una etapa saludable aún en presencia de alguna enfermedad.

Según un estudio colombiano realizado en población adulta mayor durante el 2015, el incremento de la esperanza de vida en el país ha supuesto una mayor diferenciación de los tres tipos de vejez que suelen presentarse en el panorama actual, con mayor representación en el adulto mayor normal con el 60% de representación, el de vejez acelerada y el exitoso(3).

2.2.1 Tipos de envejecimiento.

Citando a Ocampo refiriéndose(106):” El cambio progresivo de envejecimiento exitoso al patológico al asumir que el estado pro inflamatorio es una condición fisiológica , donde la inflamación es un fenómeno evolucionario positivo que permite al organismo reaccionar y neutralizar daños de agentes exógenos sin embargo si este estímulo persiste puede representar un factor que favorezca la susceptibilidad para enfermar (17,109) pues la función inmune declina con la edad; sin embargo, este cambio no explica del todo el estado de vulnerabilidad en la cual se encuentra una persona mayor ante un agente estresor(17)

Prosigue Ocampo en su exposición sobre el impacto del estrés y el envejecimiento al puntualizar con la edad hay aparición de enfermedades y deterioro funcional asociados que hacen palpable en el individuo que las padece evidencie las diferencias en las variantes genéticas de fragilidad en contraposición con un estado genético robusto, es decir, sin fragilidad y sin discapacidad (17,109).

El desarrollo de la mayoría de enfermedades dependientes de la edad tiene dos tipos de componentes: los genéticos y los factores ambientales (17,109).

El primer componente se refiere a la posible herencia de los mecanismos responsables del fenómeno inflamatorio, mientras que el segundo hace

referencia a los genes que confieren robustez o fragilidad (17,109). En consecuencia, Ocampo afirma; si el individuo tiene de forma concomitante un estado inflamatorio más la presencia de variantes genéticas de fragilidad o ausencia de genes robustos, ello puede explicar de porque algunos individuos son más proclives a ciertos tipos de enfermedades (17,109).

Lo anteriormente expresado es consecuente con Herrera sobre el impacto de la percepción de amenaza física o psíquica vaya acompañada de una percepción de incapacidad para afrontarla, lo que produce estrés. Las alteraciones de la conducta pueden influir secundariamente en la salud somática (22) es enfático al describir al estrés como mecanismo de defensa no es nocivo, siempre y cuando no se presente en niveles altos o de manera crónica (22).

Prosigue Herrera (22) explicando por la tolerancia y la adaptación al estrés son influidas por la genética y experiencias traumáticas previas del individuo, estos factores hacen que el estado de salud de un individuo pueda deteriorarse cuando está sometido a estrés crónico y sobre todo al desbordar la posibilidad de soluciones; concluye al referirse al proceso dinámico de salud y enfermedad en dónde el estrés del individuo, la familia y la sociedad se puede convertir en elemento negativo para la salud del individuo(22,89) afectado el tipo de envejecimiento.

En palabras de Pórtela Ortiz : *“El envejecimiento es un proceso endógeno, deletéreo e irreversible determinado por la acción del tiempo que conduce a cambios morfológicos y fisiológicos de nuestros sistemas autor reguladores(119)”* lo anterior, está estrechamente relacionado con la teoría del envejecimiento biológico orientado por el envejecimiento sin enfermedades crónicas, que sería lo contrario del envejecimiento patológico(120).

Los individuos que llegan a ser personas mayores quieren envejecer con éxito ;más allá de la ausencia de enfermedad o incapacidad; enfatizan la relevancia las

relaciones sociales, comportamientos de producción y la influencia a lo largo de la vida en el establecimiento de relaciones jerárquicas sobre la senescencia entre los tres componentes y establece que ciertos aspectos son reversibles o prevenibles; en lo psicológico sólo considera aspectos cognitivo: resiliencia ante el afrontamiento al sobrellevar pérdidas, el estímulo para realizar actividades significativas para el individuo y reforzar capacidades de reserva (física y cognitivas) al fin de compensar las debilidades (31).

Un estudio brasileiro aportó en el grupo de envejecimiento exitoso en tiene marcada asociado a mayor nivel socioeconómico y adquisitivo(121) con especial énfasis el impacto de la educación, las oportunidades laborales, las opciones de ocio y las actividades sociales están menos estructuradas en todas las edades en los países en desarrollo en comparación con las regiones más desarrolladas del mundo(121).

A esta teoría se le critica es un normativa y elitista (31) pues no todos los individuos tiene la posibilidad de elegir y priorizar, no incluye diferencias socioculturales, se centra en el individuo y los aspectos sociodemográficos se mencionar vagamente, sin embargo el envejecimiento exitoso es un ideal a obtener, no diferencia entre oportunidades y elecciones los criterios para evaluar las elecciones son subjetivos y no garantiza el éxito(31).

Envejecimiento exitoso o saludable

La relevancia para las personas mayores de las diversas definiciones de envejecimiento exitoso sigue siendo incierta permitirá la determinación de predictores verdaderamente relevantes para las personas que están envejeciendo cada vez más informadas (122). Aún no existe consenso sobre una definición de envejecimiento exitoso tiene relevancia en los clínicos permite dilucidar la importancia de discutir directamente con los adultos mayores, sus valores e ideales relacionados con el proceso de envejecimiento, incluida su concepción personal del envejecimiento exitoso, para garantizar que haya una comprensión mutua de sus objetivos y prioridades de salud para los últimos años de vida(122).

El envejecimiento exitoso ocurre cuando las personas sienten satisfacción por poder adaptarse a las situaciones cambiantes de su vida (123), es decir, citando a Lehr U manifiesta : no deja de ser un criterio subjetivo, sometido a la comparación entre las necesidades individuales y el contexto concreto del desarrollo presente (120); este planteando la posibilidad de concebir al proceso de envejecimiento de una manera distinta a la habitualmente ligada al deterioro progresivo e irreversible de las capacidades funcionales, o cierta discapacidad, lo que algunos adultos mayores denominan “*envejecimiento habitual*”(51,119).

La parcial perspectiva del modelo biomédico hace hincapié en la ausencia de enfermedad y la preservación de un “buen” estado mental y funcional, sin embargo para el “envejecimiento exitoso”, es necesaria una configuración distinta pero consecuente y complementaria para integrarse a una síntesis del concepto, el modelo psicológico subraya relevancia en la satisfacción de la vida, en la participación social y el funcionamiento (integración) y, en los recursos psicológicos, incluyendo el crecimiento personal, así, en contraste con el enfoque “orientado a los resultados” de Rowel y Kahn, se han propuesto una serie de modelos “orientados al proceso” orientado a la adaptación.(40)

De tal manera, Bathes y Smith explican como las personas mayores por medio de la priorización de circunstancias da respuestas a las demandas medio ambientales con los recursos que posea alcance (pe: buenas relaciones personales, uso de tecnología, participación social)(124), por medio de una minimización de deterioros causados por la edad (compensación) ,maximización de las ganancias (selección y optimización) con el propósito de lograr equilibrio(conservación o compensación) (40) como lo explican varios autores (40,125) ;la secuencia de selección, optimización y compensación (SOC)(23,126).

El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, con discapacidad o que necesitan asistencia representa los cambios biológicos universales producidos con el envejecimiento no influenciados por la enfermedades o agentes externos del entorno(114).Delimitar predictores de

envejecimiento exitoso (figura 6) en el adulto mayor relevantes en poblaciones en proceso constante de envejecimiento(122).

Este tipo de envejecimiento es anhelado, pero pocas veces conscientemente proyectado y desarrollado desde la infancia pues demanda responsabilidad, compromiso y esfuerzo para obtener dichos resultados, en contraste parafraseando a Curcio y Gómez(31), éste envejecer es respuesta de elecciones y capacidades individuales cabe señalar que la vulnerabilidad de intervención de algunos componentes claves no están al alcance de la población y son difícilmente maleables o modificables en el medio colombiano donde prevalecen profundas inequidades de pobreza ,baja escolaridad y morbilidad lo hace más complejo de ser alcanzada.(31)

Por otro lado, el envejecer bien referencia un estado positivo y libre de enfermedades. En oposición las complicaciones de salud son el resultado, y no sólo la presencia de enfermedades crónicas que coexisten en un mismo sujeto, sino la interacción de ellas con el proceso de envejecimiento, esta interacción genera relevantes transformaciones donde la capacidad funcional prevalece protagonismo (127–129).

Pertinente citar haciendo énfasis en la postura de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe Mundial sobre Envejecimiento y Salud donde amplía el concepto de Envejecimiento Saludable(130) al proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite envejecer de manera saludable no significa envejecer sin enfermedades sino; envejecer de manera saludable significa ser capaz de hacer durante el máximo tiempo posible las cosas a las que da valor(127–129).

Igualmente una particularidad en los individuos que logran satisfacción personal a medida que envejecen es la capacidad de adaptación, resiliencia y flexibilidad en la consecución de los objetivos con las cambiantes circunstancias personales(122,131).

En primera instancia el primer componente tiene estrecha relación con el funcionamiento fisiológico(132), ausencia de la enfermedad y discapacidad, hace énfasis en la prevención por medio de estilos de vida saludables como estrategia para el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles concomitantes con al proceso de envejecimiento con el propósito de mantener un bajo riesgo de enfermedad y de discapacidad relacionada deficiencias funcionales (24,34,116).

Masora argumenta aún con modificación del ambiente y estilo de vida, no se puede prevenir un grave deterioro funcional, ya que es inherente resultado de procesos de vida fundamentales(135) sin embargo un estudio danés, Andersen-Bamberg y colaboradores (136) concluyeron que los centenarios sanos no existen, pero los centenarios autónomos sí.

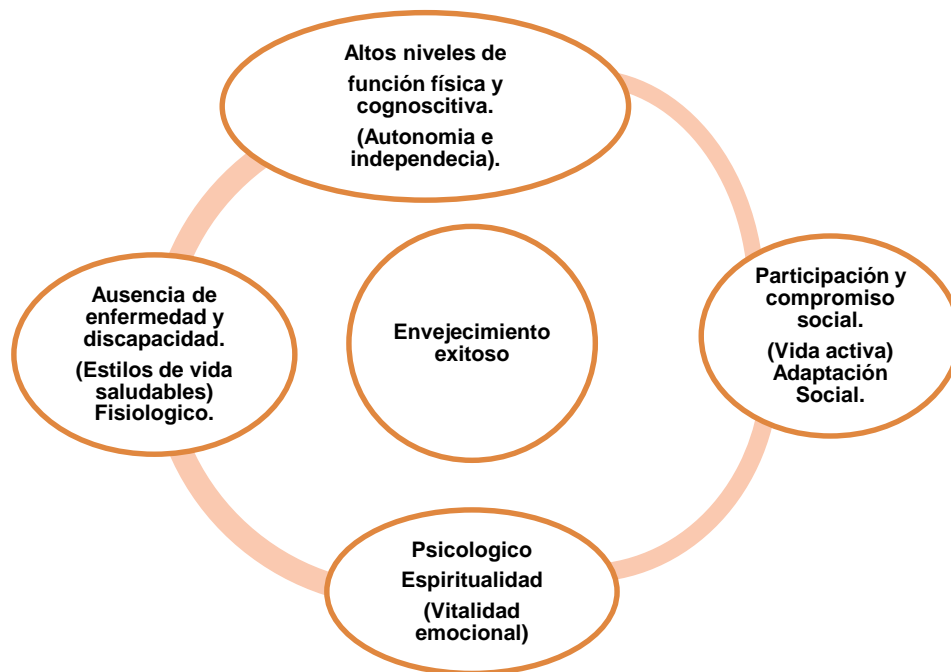
Puntualizando en prevenir morbilidad y discapacidad los estudios en población de centenarios y húngaros revelaron entre el 40% y el 50% de los centenarios examinados estaban demente(137,138), un tercio de los centenarios franceses necesitaron ayuda para comer, 50% requirieron ayuda para ir al baño y 66% necesitaron ayuda para vestirse(139), han demostrado que es básicamente imposible, llegar a la edad avanzada libres de comorbilidad y cierto grado de discapacidad (137,140,141). A pesar de estos cambios, la adaptación funcional y la autonomía aún pueden ser alcanzables(132).

El alto nivel de función cognitivo y capacidad funcional tienen directa asociación con el grado de independencia de los adultos mayores, favorece los procesos de duelo y aprehensión ante la presencia de las pérdidas, la cuales son prevenibles y/o recuperadas a través de procesos adaptativos ante la limitación o perdida(40), en la conservación activa, dinámica y proactiva para preservar y mantener la funcionalidad holística (31,40,126,132,142) impacta paulatinamente la calidad de vida de las personas mayores, su entorno incluyendo la red primaria (31,40,126,134,140,143). Allí cobra relevancia la comprensión contextual del adulto mayor: ¿cómo se ha vivido durante el ciclo vital para llegar a el proceso vigente de envejecimiento?

La adaptación social (132), la satisfacción con la vida y el contacto social a través de la participación e interacciones sociales respaldan respuesta adaptativas ante los cambios, pérdidas o reemplazo, perpetuar los roles que proporciona bienestar, satisfacción y sentido al existir y sustenten evaluar la calidad de las relaciones, los grupos a los cuales pertenecen y actividades la contribución a la sociedad a la cual pertenecen y lo viabilicen (31,40,47,126,134,144).

2.2.2. Factores relacionados con el envejecimiento exitoso según el modelo modificado por Crowther et al, 2002(145) de la propuestas anteriores por Rowen y Kahn .

Figura 6. Factores relacionados con el envejecimiento exitoso modelo de Rowen (1987) y Kann (1998)(1) modificado por Crowther et al,(2002) (132).



Fuente: Tomado y adaptado de Rowe and Kahn's Model of Successful Aging Revisited: Positive Spirituality—The Forgotten Factor (145) Envejecimiento Exitoso: Consideraciones Críticas. Rev. Asoc Colomb Gerontol y Geriatr. 2014;28(1):1955-77.(40) Gómez, F; Curcio, Salud del anciano (31), Young, Y; Frick, K; Phelan E. Can Successful Aging and Chronic Illness Coexist in the Same Individual? A Multidimensional Concept of Successful Aging. J Am Med Dir Assoc [Internet]. 2009;10(2):87-92 (132).

El componente espiritual se integra al modelo del envejecimiento exitosos de Rowen y Kann con la modificación de Crowther(145,146) desde la espiritualidad positiva relacionada área psicológica (132) enfatiza en la vitalidad emocional, alto sentido de dominio personal, ser feliz, tener poca ansiedad o ausencia de síntomas depresivos (47,132,147) .

La relevancia de la vivencia de la espiritualidad(146,148) o la religiosidad(148,149) y la fe (1,132) puede reducir el sentido de la pérdida de control y desamparo que afecten a la enfermedad, proporcionar cambios en el comportamiento; reduce la tensión, favorece procesos y propósito para enfrentar y asumir la enfermedad(145). Tiene una relación íntima con la espiritualidad y ofrecer evidencia que los vínculos positivos con la salud, teniendo impacto desde el envejecimiento exitoso hasta los cuidados al final de la vida(146).

Los comportamientos religiosos públicos mejoran el afrontamiento en tiempos de enfermedad física incluyen, entre otros, participar en los servicios de adoración, orar con otros (y hacer que otros oren por la salud de uno) y visitas de líderes religiosos en casa o en el hospital favorece al reducir el sentido del aislamiento y aumentar el sentido del control sobre la enfermedad o la salud (145).

2.3. ESTADO DEL ARTE

2.3.1. Factores asociados con la percepción del estado de salud percepción del estado de salud en las personas mayores al envejecer.

2.3.1.1 Componente demográfico

2.3.1.1.1 Condición biológica: Son características cromosómicas, anatómicas, morfológicas y hormonales diferenciales entre hombres y mujeres que no está influenciado por la cultura (4) por su parte el género representa un significado social y cultural construido en la cosmovisión a cada uno de los sexos, de esta manera implica representaciones entre hombres y mujeres dentro de un contexto sociocultural, económico e histórico específico (4).

En Colombia, una parte de la jefatura femenina guardar relación con la sobre mortalidad adulta masculina y el desplazamiento forzado, y puede reflejar condiciones mayores de vulnerabilidad para las mujeres y sus hogares(150) así mismo ,la trayectoria de las mujeres y hombres son efectivamente diferentes,

principalmente en la etapa de la vejez existe mayor sobrevivencia de las mujeres se traduce en una mayor experiencia de discapacidad y de mala salud(151).

Adicional, Garzón y Gómez encontraron en población mayor en trabajo informal y su impacto en la percepción del estado salud evidenció en las mujeres peor percepción de salud que los hombres(84). Por lo tanto, cuando los hombres mayores juzgan su salud como pésima, están más cercanos a la muerte que una mujer de la misma edad con igual percepción de salud (151). De igual forma, los mujeres mayores, con excelente percepción de salud, probablemente vivirán más tiempo que un hombre de su misma edad con igual reporte de salud (151).

2.3.1.2 Área de residencia según distribución geográfica

Entender la conciliación implícita entre necesidades, competencias, estilos de vida y preferencias de los individuos en referencia a los ambientes donde viven sean urbanos o rurales donde esté ubicada la vivienda(152).

A su vez, la vejez puede contribuir a limitar las posibilidades de movilidad de los individuos, cabe resaltar lo poco amigable para esta población el enfrentarse ante barreras arquitectónicas, geográficas y socioculturales (8).Ello influye en la calidad de vida y la percepción del estado de salud; ya sea por la reducción de las áreas verdes y espacios públicos en grandes ciudades(153,154); si bien el estándar internacional recomienda al menos 10 metros cuadrados en área verde por habitante (155),difícilmente se disfruta de dicha recomendación en las urbes en comparación, la zona rural se caracterizan por baja accesibilidad a los servicios de salud, falta de personal capacitado, grandes distancias y escasos programas sistemáticos de atención, en cuanto a las viviendas aproximadamente 40% carecen del servicio público de alcantarillado, falta la cloración del agua, hay un manejo inadecuado de basuras y no tienen artefactos sanitarios(96).

Por consiguiente ,las personas mayores campesinos son un grupo que requiere una mayor atención de los agentes de salud, tienen mayor cantidad de problemas y

factores de riesgo para desarrollar discapacidades en cuanto a condiciones de salud (los principales problemas de salud en los ancianos son: respiratorios y cardíacos, hipertensión arterial, accidentes y violencia)(96).

2.3.1.3 Regiones geográficas colombianas

Según la encuesta colombiana de demografía y salud del 2015 (150) en sus resultados confirman la tendencia mundial de aumento del número de personas con discapacidad debido al envejecimiento de la población y al incremento de los problemas crónicos de salud asociados con las enfermedades respiratorias, renales o cardiovasculares (150).

Los mayores porcentajes de población con discapacidad se encontraron en Bogotá D.C. y los departamentos con alto nivel de desarrollo en presencia de poblaciones más envejecidas: Risaralda, Quindío, Valle, Antioquia y, en los departamentos cuyo porcentaje de personas mayores de 64 años es superior a la del total del país: Boyacá, Tolima y Cundinamarca(150).

Es pertinente citar del características generales y situación de mujeres y hombres(150) en el aparte sobre percepción del estado de salud de mujeres y de hombres en la encuesta de demografía y salud del 2015 realizada en Colombia:

“Mujeres y hombres de la región Central coinciden en considerar con mayor frecuencia su estado de salud como excelente o muy bueno (139), las mujeres de Bogotá y los hombres de la región Atlántica son las y los que con mayor frecuencia califican su estado de salud como bueno (139). Las mujeres y hombres de Orinoquía y Amazonía encuentran con mayor frecuencia su estado de salud como regular o malo (139). Barranquilla, Medellín y Cali, además de Atlántico, San Andrés y Bolívar Norte, y Caldas, Risaralda y Quindío, son las subregiones donde las mujeres declaran con mayor frecuencia un estado de salud excelente o muy bueno(150).

En el caso de los hombres, a estas subregiones se adiciona Bogotá y se resta Atlántico, San Andrés y Bolívar Norte (139). Mujeres y hombres concuerdan en afirmar con mayor frecuencia un estado de salud regular en Guajira, Cesar, Magdalena; Guajira, Sucre, Córdoba; los Santanderes; Boyacá, Cundinamarca, Meta; Antioquia, sin Medellín; Valle, sin Cali ni Litoral; Cauca y Nariño, sin Litoral; Litoral Pacífico y Orinoquía y Amazonía (139).

2.3.1.4 Grupo etario.

Para el grupo más joven, la percepción de salud predice un mejor tiempo de supervivencia para las mujeres, cuando se ingresa solo y se agregan las covariables (146). En el modelo final, el riesgo de mortalidad entre las mujeres que reportan una percepción de salud deficiente es casi el doble que el de las mujeres que presentan una percepción de salud excelente o buena, aunque para esta muestra más pequeña este aumento del riesgo no es significativo ($p = .11$; IC 0.85–4.90) (146).

Para los hombres, la probabilidad para la percepción de salud deficiente es menor que para las mujeres (146). En el modelo final no hay un aumento en el riesgo para los hombres con deficiencia en comparación con una percepción de salud excelente o buena (146). En el grupo de mayor edad, los resultados para las mujeres son similares a los de los hombres: la probabilidad o chance de la percepción de salud deficiente es inferior al del grupo más joven, y disminuye aún más y no es significativo después de agregar las variables de salud y funcionamiento (146).

La precisión de la regla, mala o muy mala y de los buenos o excelentes percepción presenta las tasas de mortalidad para el rango de tiempo más corto en cada grupo de respuesta a dicha percepción, para mujeres y hombres en la edad de edad (75–84) y edad (85–94) grupos (146). Está claro que, para todos los grupos, las tasas de mortalidad fueron más altas

entre los participantes que calificaron su salud al inicio como deficiente, como se esperaba (146). Sin embargo, entre las personas de 85 a 94 años, casi la mitad de los que calificaron su salud como buena o excelente también murieron en los próximos años (146).

Por lo tanto, para las personas de edad avanzada, el riesgo de mortalidad por una percepción de salud deficiente no es mucho mayor que el de una mejor evaluación de la salud, pero esto no se debe a que la percepción de salud pobre no esté relacionada con la mortalidad, sino porque a esta edad la percepción de salud buena o excelente a menudo era no es predictivo de supervivencia (146).

En el grupo de edad más joven, aproximadamente la mitad de los hombres y un tercio de las mujeres que calificaron su salud como pobres murieron (146). La pobre percepción de salud de los hombres fue más precisa como predictor de mortalidad, en el sentido más hombres con esta calificación no sobrevivieron (146). La probabilidad más alta para la mortalidad se muestra en las mujeres más jóvenes asociado a mayor precisión de las evaluaciones de buena o excelente salud entre las mujeres: solo el 12.3% de estas mujeres no sobrevivieron durante el período de seguimiento, en comparación con 28.6 % de los hombres (146).

2.3.2. Componente económico

2.3.2.1 Ingreso y egresos per cápita

Las estructuras socioeconómica afecta las condiciones durante el ciclo vital con relación directa con la percepción de salud(57,156) en los mayores índices de riqueza en los hogares con adultos mayores son los pensionados, quienes tiene otros ingresos bancarios o viven de los alquileres y quienes reciben remesas de familiares desde el exterior, en tanto los niveles más bajos reciben ayuda de familiares dentro del país o reciben itinerantemente subsidio estatal (31).

El ingreso económico es una variable individual e interna con impacto externo, en primer lugar, identifica las fuentes de dicho: por salarios, honorarios, ganancias, subsidios, remesas, trabajo independiente, rentas, etc. El ingreso por cada uno de estos conceptos depende de las condiciones del mercado, las características más importantes de quienes contribuyen; jefe de hogar o cónyuge : número de contribuyentes, características intrínsecas del hogar ,tiempo de conformación, roles establecidos dentro sobre los ingresos y egresos que influyen en la economía familiar ;según de las características personales relevantes en el mercado es decir la economía de la canasta familiar y del hogar (157).

Este factor es determinante principal del consumo corriente de los hogares; el tamaño y la composición por edades de los miembros del hogar no sólo precisan la estructura de gasto, sino el nivel total de gastos, pues si éste cambian puede cambiar el nivel de ahorros y definitiva el gasto total corriente(157). Lo anteriormente expuesto se explica por la hipótesis de Duesenberry (158) a cerca del consumo ; el cual depende del ingreso del individuo, la posición relativa del gasto dentro de la clase social a la cual pertenece, así mismo el ingreso esperado se refleja sobre el gasto del hogar ; es claro afirmar que disminuye: si aumenta la incertidumbre de obtener el ingreso esperado; como precaución: ello estrechamente ligado a determinantes del consumo individual y colectivo.

Según se especifica el efecto determinante de las características socioeconómicas afecta la decisión de consumo de los hogares con modificación según el conjunto presupuestal relacionado :el estrato, las condiciones de la vivienda en donde habitan y la condición de pobreza, y relación con el jefe de hogar y finalmente características individuales: la actividad económica/ocupación del jefe, el nivel educativo, el origen étnico y el tipo de aseguramiento en salud (159) del jefe o proveedores, experiencia laboral , posición ocupacional, edad y sexo; aunque existan políticas de equidad de género existen diferencias de salariales entre

hombre/mujer aun en mismo cargo y responsabilidad, con las demás características iguales, pueden ser bastante significativas en contra de esta última(157).

Ello está relacionado con el estrato socioeconómico de la vivienda en la cual residen; según lo expuesto por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE):

“la vivienda es un bien de inversión de largo plazo para el bienestar de la familia nivel social y económico”(160);la decisión de adquirir, arrendar, ampliar o mejorar la vivienda; sin embargo, asumir la decisión de construir, adquirir o habitar una determinada vivienda que reúna en mayor o menor grado las cualidades necesarias, está condicionada por factores como los recursos disponibles (económicos),la necesidad de espacio familiar (demográficos),costumbres familiares (sociales y culturales) y la oferta del mercado inmobiliario (viviendas disponibles)(160,161).

El DANE especifica sobre la estratificación de la vivienda van desde lo funcional e indispensable hasta lo estético y lujoso por ello se subdividen en: 1(bajo-bajo), 2 (bajo) y 3 (medio bajo) estos albergan a los usuarios con menores recursos, los cuales son beneficiarios de subsidios en los servicios públicos domiciliarios; hasta los estratos 5 (medio alto) y 6 (alto) corresponden a los usuarios con mayores recursos económicos, los cuales deben pagar una contribución sobre el valor de servicios públicos domiciliarios, por su parte el nivel 4(medio)no es beneficiario de subsidios, ni debe pagar sobrecostos (160,161).

Si dos hogares tienen igual tamaño pero difieren en el número de adultos, es probable que el hogar con más adultos tenga más ingresos pues éstos pueden trabajar y los niños no, o sí lo hacen, es en condiciones precarias(157). La tasa de dependencia es menor en el primer hogar(157). Así mismo, si hay niños pequeños es posible que permanezca un adulto para cuidarlos, quien tendrá restricciones para entrar al mercado laboral y generar ingresos, así mismo ;el hecho que en el hogar tenga miembros que no sean de la unidad de gastos también influye en su ingreso; como es el caso de los pensionados, quienes aportarían ingresos adicionales(157).

Los hogares destinan sus ingresos a cubrir las distintas necesidades de sus miembros, según prioridades :alimentación, vivienda, salud, educación y otras en segundo lugar se asocian con el ocio, la recreación y la cultura, entre otras (159).Paradójicamente en el campo colombiano han demostrado entre el 11- 23% tienen una ingesta inadecuada dietaría con exceso de carbohidratos y bajos niveles de calcio y hierro ;la población rural campesina evidencia un menor consumo de proteínas, vitaminas A,C,E,B6, B12 y minerales esenciales calcio, magnesio y fósforo relacionado con baja ingesta de frutas y verduras comparativamente con el área urbana pues la dieta en el campo está asociada a la supervivencia, dificultades en el transporte ,situación económica y accesibilidad a alimentos(31).

Dicho estudio consideró las mayores diferencias en el nivel de ingresos, se encuentran en los hogares compuestos exclusivamente por adultos mayores; por ejemplo, el porcentaje del gasto de los adultos mayores de sus ingresos asignan el 19,5% a alimentos, frente al 48% en los de menores ingresos; y el 30,9% a transporte, frente al 4,1% en los más pobres(162).

En cuanto a la inflación, los tres tipos de hogares de adultos mayores experimentaron mayor inflación que el promedio nacional y, dentro cada grupo; es así como los hogares ricos compuestos exclusivamente de adultos mayores experimentaron menor inflación que el hogar nacional promedio(162) resalta como los hogares de menores ingresos la más elevada inflación en comparación que los hogares con ingresos altos.

Cabe tener presente los ingresos de los adultos mayores son ajustados por la inflación como las mesadas pensionales, razón por la cual pueden estar perdiendo poder adquisitivo, en especial los de menores ingresos; avala lo expresado por Álvarez sobre las brechas de diferencias económicas (26,162). Una propuesta de Montenegro y Ramírez recomiendan ajustar todas las mesadas pensionales por el mismo porcentaje de ajuste del salario mínimo, el cual tiende a superar la inflación(162) sin embargo la viabilidad en la economía colombiana no se ha vislumbra cercana o factible.

Así mismo, los egresos están estrechamente ligados al efecto de inflación en la canasta familiar colombiana y adultos mayores en Colombia; por tal razón la Universidad Javeriana evidencia un comparativo con el promedio nacional, los hogares compuestos exclusivamente por adultos mayores (el más representativo) gastan una mayor proporción en alimentos, vivienda y salud, en una menor proporción en vestuario, educación, recreación, transporte, comunicación y otros(162).

Citando el informe del banco de la República de Colombia sobre una mirada al gasto de bolsillo (159) según la estructura etaria del hogar y el ingreso per cápita resultaron altamente significativos, de modo que la presencia de grupos de vulnerabilidad en el hogar y los ingresos altos aumentan la probabilidad de realizar gastos en salud (152) .

Respaldando la hipótesis de Duesenberry sobre el ingreso y el consumo se realizó un análisis de los gastos de bolsillo en salud de los hogares y sus determinantes sobre la relevancia sobre el impacto del sector de la salud y educación ;los cuales definen y determinan herramientas importantes en el desarrollo de una región o país a vez determinar los perfiles de consumo de las familias (152) ;en este tipo de bienes para los cuales las familias deben hacer desembolsos modificando directamente la capacidad de pago para el consumo de otros bienes y servicios se mantiene la tendencia en la cual los hogares de menor capacidad adquisitiva son los que mayor carga de bienes y servicios de la salud deben afrontar (158,159).

Adicional, según el régimen de afiliación al sistema general de seguridad social y salud (SGSSS) del jefe de hogar, el estudio expresa el pertenecer a un régimen especial o subsidiado, está relacionado con la probabilidad de hacer pagos directos a la salud. Para el caso de las minorías étnicas los resultados no son concluyentes, ya que parece existir una relación opuesta para quienes se auto reconocen como indígenas y quienes lo hacen como afrodescendientes(159).

Lo anterior , se asocia al tipo de bienes y servicios de la salud de mayor adquisición y gravamen en los hogares; en la frecuencia de obtención son: el grupo de productos farmacéuticos(159). En segundo lugar se encuentran los pagos

complementarios a la seguridad social :cuotas moderadoras en medicina general, en odontología, en especialistas, medicamentos y en exámenes, los pagos por servicios de medicina general, de odontología y sus diferentes especialidades son otros servicios de alta frecuencia de adquisición por parte de los hogares(159).

En el panorama colombiano en el 2015 no es alentadora ,Gómez y Curcio, reportan: *"El 39% de los hombres y 60.9% de las mujeres son pobres, es decir , no reciben ingresos o cuando los reciben son menores a 1 salario mensual legal vigente(SMLV) , algunos reciben subsidio son los mayores de 74 años de las zonas rurales(31)"* sin embargo las personas que no trabajan y que no tienen ninguna clase de ingreso son especialmente mujeres, de área rurales, mayores de 89 años sin embargo desarrollan actividades claves que facilitan y promueven la economía dentro de la esfera doméstica principalmente gratuita y sólo es remunerada al realizarse en un hogar diferente al propio a pesar que dicho servicio es necesario para el "desarrollo y mantenimiento del tejido social, salud y capacidades de la fuerza de trabajo" (163).

Así mismo, una de cada tres personas no está satisfecha con sus ingresos(1). Del total de los que no trabaja el 42% no tienen personas a cargo , sin embargo 24% tiene una persona adicional,16% dos persona más y 18% tiene 3 o más personas adicionales a su cargo(31).

En contraste en Colombia ;casi la tercera parte de las personas que no trabaja vive de ayuda económica de familiares residentes en el país (27) o fuera de él (4%) y casi otra tercera parte (28%) son jubilados, el 9% vive de otros ingresos (rentas o bancarios),hay un 13% que recibe subsidio de bienestar social para su supervivencia y 30% que no tiene ningún ingreso(31); evidencia los bajos ingresos por beneficios jubilatorios o su ausencia, junto con deficiente o inexistente cobertura de seguridad social, generan distintos grados de satisfacción con la vida, alterando las posibilidades de enfrentar las dificultades (164)

En su estudio sobre determinantes del ingreso y del gasto de los hogares Muñoz puntualiza sobre tres grupos de hogares donde se reciben menos ingresos que un hogar de referencia:” *los de jefes empleados domésticos, sin importar el nivel educativo; cuyo ingreso es 20% menor, los de obreros con primaria completa o menos y los independientes con primaria completa o menos que tienen, en promedio; un ingreso 10% menor, los hogares cuyo jefe es mujer reciben un ingreso 15% menor en promedio. Se observó según el nivel educativo, los hogares con mayores ingresos son los que tienen jefes patrones, después los de jefes empleados y luego los de independiente(157)*”.

Por su parte al referirse al ámbito laboral; un estudio realizado en Manizales se evidenció en la gran mayoría de los participantes en el estudio se han desempeñado en ocupaciones no manuales durante la mayor parte de sus vidas, entre las mujeres están el servicio doméstico y ama de casa, y entre los hombres obreros y jornaleros. Relacionado con los dos anteriores, el nivel de ingreso es bajo y con diferencias significativas entre hombres y mujeres, una mayor proporción de mujeres no recibe ingresos y cuando los reciben son menores(31,165).

En el contexto colombiano Gonzáles y colaboradores(166) ilustran con cómo influyen el efecto del nivel de ingreso respectiva distribución en la población sobre la percepción de salud: “ *las personas con menor ingreso o comunidades con mayor desigualdades, tienden a percibir un peor estado de salud que aquellos con ingresos superiores o comunidades más equitativas*” ;estas relaciones no actúan de forma independiente, es así como la pobreza se relaciona directamente con mayor discapacidad y enfermedad (167).

Las personas mayores que habitan en las áreas con menos recursos económicos mueren más temprano en comparación con aquellas que viven en áreas con mayor poder adquisitivo (168,169) así mismo en relación con la estratificación socioeconómica se reportó una relación indirecta con un envejecimiento funcional y con el mayor riesgo de morbilidad (170).

El efecto del ingreso depende del grado de la desigualdad y viceversa(166) pertinente la postura de Cardona et al quienes respaldan dicho planteamiento sobre la vulnerabilidad en adulto mayor colombiano con relación directa con la pobreza medida desde los ingresos monetarios, ha sido, probablemente, el principal enfoque en el desarrollo de los estudios sobre vulnerabilidad (171)

El nivel socioeconómico en etapas iniciales de la vida influencia la percepción de salud ; una situación económica favorable se asocia a una excelente salud en los primeros 15 años, aumenta la probabilidad de envejecer bien con buena salud(18).Citando a Chavarriaga Ríos; encontró en las personas mayores fuerte asociación entre efecto de la percepción de salud y el ingreso económico, nivel de escolaridad, actividades desarrolladas relacionado con nivel de independencia (posibilidad trabajar, oficios del hogar o son jubilados) y situación de discapacidad (27) al igual Castaño evidenció peor percepción de salud en adultos mayores asociados al ser más longevo, sexo femenino, gasto adicionales en salud, comorbilidad, no recibir tratamientos y poca accesibilidad a otros servicios de salud, presentar peor estado emocional: signos depresivos y maltrato (35) , consecuentemente los individuos que se encuentran satisfechos con su ingreso actual reportaran, una salud mejor (18).

2.3.2.2 Seguridad social

Si bien en la actualidad colombiana evidencia en las personas mayores; el 90% de la población colombiana está cubierta bajo algún régimen de aseguramiento al sistema de salud ; difiere la cobertura del sistema general de seguridad social y salud en comparación al acceso real a los servicios de salud (3) delimitados por barreras que ocasionan demoras en la atención con calidad, Por otro lado cabe señalar que sólo el 26% de las personas mayores de 65 años en el país goza de una pensión(3). Es decir, el 79% de los individuos no adquieren garantía de “una pensión social universal no contributiva”, lo cual los deponen en situaciones de

mayor vulnerabilidad; muchos viven en pobreza extrema, expuestos a con violencia, maltrato, abuso.

Los diferentes tipos de regímenes de afiliación en salud exponen a la población a inequidades en el acceso a servicios de salud a favor de aquellos con mayores coberturas quienes poseen mayor nivel educativo y nivel adquisitivo(49), por ello se indica que el acceso es fragmentado los esquemas del sistema general de salud y seguridad social (SGSSS) generan una utilización desigual de los servicios de salud y por ende el resultados de salud para los ancianos no son los mejores (49).

Específicamente que las transferencias del sistema de seguridad social; cerca de la mitad de la población anciana no accede a una jubilación o pensión para enfrentar los riesgos derivados de ingreso en la vejez; esto se debe a la fuerte orientación de tipo contributiva que ha tenido los sistemas de seguridad social y que deja fuera a un importante segmento de la población, compuesto, entre otros, por mujeres, campesinos, trabajadores informales y migrantes, que pese a la contribución social que haya realizado durante su vida, no cuenta con una garantía suficiente de recursos económicos en la vejez (31).

El sistema pensional es regresivo y solidario ,sólo quienes cumplen con los requerimientos establecidos podrán acceder (172), es preocupante la situación referente al sistema pensional y de protección durante el envejecimiento, donde una pequeña minoría es consciente desde temprana edad en realizar los aportes , por esta razón; las personas más pobres están más desprotegidas (al no ser conscientes del conceptos de ahorro y pensión como un ítem relevantes) que quienes contribuyeron al sistema y cumplieron los requisitos mínimos. Gómez lo ilustra al referirse que durante el 2004 solamente el 1,7% de la población tenía algún tipo de pensión de jubilación y exclusivamente eran hombres(165).

En este estudio se encontró que 11,9%, de las personas mayores de la zona rural cuenta con una pensión, mientras que en la zona urbana la tiene el 33,9%, es decir una minoría, por otro lado, Curcio aporta al referirse a la falta de pensión es un

problema estructural que muestran todos los estudios y las estadísticas oficiales(165) .

Dicho no es solo para los que se quedaron sin ella, mientras entre 40% y 50% de los hombres pagan en su totalidad los gastos de la casa, comida, ropa, paseos y transporte, entre 18% y 28% de las mujeres pagan en su totalidad dichos gastos, 81% de los hombres y 47% mujeres son jefes de hogar y tienen la responsabilidad de proveer y ayudar económicamente a sus familias (173), es decir ,muy pocos reciben pensión (ingreso económico fijo)y muchos favorecen los gastos del hogar, sin embargo pocos asumen las responsabilidades económicas contributiva de ellos(31).

2.3.2.3 Historial laboral y ocupacional

El valor de las personas es percibido a través de la productividad por medio del empleo y el trabajo ya se formal o no remunerado (subsistencia, doméstico, cuidados familiares y voluntario)(8) por ello, el no poder trabajar y ser remunerado cómo antes promueve un gran sentido de pérdida(34) además, es incomparable cuando el retiro o cese de actividades se da por interés o voluntad propia, a cuando es forzoso por circunstancias como despido con o sin justa causa(8).

Dulcey y Curcio se refieren al trabajo como la actividad humana fundamental y organizadora de la existencia de los individuos al punto de catalogárseles socialmente “*los visibiliza* “ a través de su capacidad de trabajar y producir, no sólo porque es necesario para poder comer y proveer a familia, sino al ser es esencial, habla de la identidad individual, expresan que la capacidad de trabajo y en la valorización de los demás: representa estatus, poder y discriminación (34); ello conlleva sesgos relacionados con identidad ,género, edad ,el tipo de actividad o incluso con la institución a la cual pertenece; existen múltiples acepciones, no obstante, no es equivalente trabajo, empleo o actividad remunerada en el mercado laboral (8) formal o informal.

Según señala el informe de la asociación colombiana de gerontología y geriatría junto con la universidad de la Sabana enfatiza sobre el modelo de trabajo colombiano no es idóneo para las necesidades de las personas mayores; pues suelen caer muy rápido en la obsolescencia. A los adultos mayores se le deben dar más oportunidades de trabajo y estas deben adaptarse a las condiciones físicas y mentales de ellos (23). Lo cual significa mayor apertura –por parte de los empleadores– a la flexibilidad laboral y al incremento de oportunidades de desarrollo y crecimiento humano de estas personas (23) siendo un desafío y tiene importantes implicaciones para la política de salud pública, lo cual acentúa las brechas marcada ligado a los ejes de desigualdad (34) con efecto acumulativo por generaciones.

Referente a ello, Garzón y Gómez citan a Laurell al referirse al proceso laboral el cual tienen la cualidad poder transformar los procesos corporales y psíquicos y analizar cómo interactúan y como se modulan entre sí; es así como las cargas, se agrupan en función de sus características, en aquellas que tienen materialización externa al cuerpo (físicas, químicas, biológicas y mecánicas) y aquellas internas (fisiológicas y psíquicas) que sólo adquieren materialidad a través del cuerpo humano al transformar sus procesos(84,174). El proceso de desgaste por su parte, es aquel que consigna las transformaciones negativas en los procesos bio psíquicos, originadas entre otras cosas por la interacción dinámica de las cargas laborales...Adicional, es necesario subrayar que el proceso de desgaste no es irreversible, ya que con frecuencia existe la posibilidad de recuperar capacidades perdidas y desarrollar potencialidades modificando las condiciones que las determinan (84,174).

Cobra relación en la apremiante cotidianidad en la búsqueda de la subsistencia se le presta poca atención al cuidado y a la búsqueda del bienestar –silenciosa e omnipresente-, dado que esta es sólo es valorada y deseada cuando la enfermedad “grave o muy grave” aparece y es ahí cuando por transposición de términos(84), como lo decía Cardona(175) se busca y desea lo que se perdió, pero que sólo se extraña cuando ya no está. Garzón y Gómez van más allá a referirse al tener salud

en condiciones laborales, económicas, políticas y sociales críticas, con un sistema de atención a la enfermedad tan complejo y desigual, es un deseo que en muchos casos termina en eso, pues la salud es un complejo entramado de condiciones que potencian o desvirtúan que esta se dé, donde lo biológico es sólo una parte del todo, que debe ir acompañado de lo psicológico, lo político, lo económico y por su puesto lo social(84).

Por medio del trabajo informal se caracteriza por la evasión estatal, es común en contextos de necesidad de subsistencia individual y colectiva aún en condiciones de precariedad: escasa protección frente el despido, salarios bajos, restringido o abolido ejercicio a derechos laborales (176). Se calcula que cerca del 30% de las personas mayores trabajan por razones de necesidad debido a mayor probabilidad enfrenta situaciones de inseguridad económica y laboral aunada a pobre escolaridad y escasa o nula preparación en campo tecnológico e imposibilidad de ahorro(177).

La población adultos mayores colombianos presenta condiciones de vulnerabilidad social, por la precariedad de las características económicas, sociales, relacionales, en el sentido holístico de salud mental, físico y biológico, que unidas a las condiciones laborales pueden representar riesgos directos e indirectos para la salud, y tal como lo argumenta Giatti, L. en su investigación de protección social, trabajo, desempleo y salud en áreas metropolitanas de Brasil, 1998-2003 (178)“el empleo sin protección es una desventaja social”.

También puntualiza y argumenta Giatti, (178)que es posible que las grandes de privaciones materiales y el empleo inseguro en el caso de Colombia el “ trabajo informal” explique, al menos en parte, porque los individuos en trabajos sin protección social tienen peor percepción de salud que quienes tienen trabajos con protección social integral.

Garzón y Gómez lo referencian en un estudio mixto realizado en población trabajadora informal con participación de adultos mayores (84) ; donde el trabajo es identificado como fuente de equilibrio y desequilibrio, pues este representa tanto la manera de subsistir, tener una familia, ser una persona productiva, así mismo el origen de muchas dolencias y dificultades por las cargas que se ejercen y el desgaste que conlleva(84). Dichas situaciones conllevan a la enfermedad, la cual es temida, pero no se le presta atención por las formas precarias de trabajo que se tienen, la imposibilidad de atenderla y el miedo de reconocer el daño en el cuerpo y la mente”(84)

Continuando en el estudio de trabajadores definen:” el equilibrio debe ser físico y mental; el cual está dado por ser joven, el dinero, la familia, la tranquilidad, el trabajo y dios. El desequilibrio a su vez lo representa la edad avanzada, pues a medida que se envejece se pierden fuerzas y capacidades, (tal como los mismos trabajadores lo manifiestan) , los vicios, el trabajo, las formas de ejercerlo, la soledad, y la intranquilidad” refiriéndose a priorizar cubrimiento inmediato de necesidades básicas diarias para sobrevivir que el intervenir ante un facultativo idóneo al sentirse y ser conscientes de estar enfermos(84).

Lo anteriormente expuesto en “Condiciones de salud enfermedad de un grupo de trabajadores informales " venteros " del centro de Medellín” donde en grupos focales evidenciándose; marcadas diferencias y desigualdades en los estratos, específicamente en los más bajos como una obligación para subsistir por medio del rol de mano de obra no calificada y con ingresos intermitentes ,contrastando en los estratos altos está representado como una opción para emplear el tiempo; asociado a pre saberes y experiencia laboral(34), representación clara de desigualdad en la cual hacen parte dentro de la comunidad.

Cabe hacer énfasis en el postulado de Garzón y Gómez sobre “la enfermedad se considera de acuerdo a la responsabilidad que se tenga; quien tiene más

responsabilidad “más personas a cargo, especialmente” no puede aceptar fácilmente que está enfermo y mucho menos la gravedad de la misma (145)”.

Por ello es relevante citar a Cardona y colaboradores al consideran la diferencia derivada del sexo; mientras el hombre adulto mayor al pensionarse después de haber sido un trabajador productivo desde una edad más temprana, por su parte la mujer quien tradicionalmente ha participado mucho menos en la fuerza laboral formal ; limitando el acceso a la obtención de ingresos y servicios esenciales ; representan un reglón poblacional amplio el cual aportan fuerte dentro de la economía del hogar y la sociedad pero son invisibles (observándose en la vejez, en especial mujeres viudas sin apoyo familiar son quienes tienen mayor riesgo de sufrir deterioro en percepción de estado de salud y en la calidad de vida)(10).

En Colombia, el cuidado informal de la salud corresponde en mayor medida a la familia, la cual constituye el pilar básico en la provisión de cuidados a los pacientes; el perfil del cuidador (14) está entre los 50 años, el nexo con el paciente es 61 % hijos , luego el 10% cónyuge y los padres o hermanos en un 14%(8,10) ,en situación de jubilación, más del 30% han tenido que hacer ajustes en su vida laboral y el 12% se han visto obligados a abandonar su trabajo para dedicarse al cuidado de su familiar(11), el 76,6% (7)vive con quien cuida, dicha actividad terapéutica en mayor medida transcurre sin recibir una remuneración representativa el 84,9% no cotiza en fondo de pensiones (7), al ser asumida generalmente por mujeres de la familia en un 83,9% (7,15) encargado de proporcionar cuidado al paciente y no suele contar con el apoyo del resto de la familia a la hora de cuidarlo (1) (10,16).

El cuidar en casa a un familiar es una actividad tan común que pasar inadvertido y es entendido como algo natural en la vida familiar(179,180), sin embargo como lo expresan Dulcey y De la Cuesta; en muchos casos tal labor de cuidado de niños, enfermos y de otros pares no solamente carece de posibilidades de descanso o ‘respiro’; sino que además carece de remuneración económica ;además de la carga domestica (179,181,182),dichas actividades son altamente desgastantes

propiciando una marcado deterioro holístico en el estado de salud en los cuidadores (183–185).

Citando a Carrillo y colaboradores sobre el estudios de competencias de cuidadores en hogar de personas con enfermedad crónica en cuidadores en Colombia durante el 2015 (186) refieren que los pacientes y cuidadores tienen niveles de competencia heterogénea, que esta es diferente de acuerdo con las regiones del país y que dista de manera importante de ser adecuada para asumir el rol de cuidado garantizando calidad y seguridad en el mismo , lo cual se complementa con los resultados de la encuesta de salud bienestar y envejecimiento SABE 2015 aplicada a los adultos mayores; donde el 86% (7) muestra interés para formación y capacitación en aspectos de salud, practicas sobre cuidado, afectivo y emociones y autocuidado en la actividad de cuidar ,por su parte el 54% consideran tener insuficientes conocimientos y habilidades requiriendo para ello una continua preparación,35% refiere que cualquier individuo puede hacerlo ,9% consideró que solo se requiere cuando la persona en situación de discapacidad total o tiene demencia y la mayoría de los cuidadores no han participado en ninguna de las opciones de formación mencionadas .

De la Cuesta y Martínez hablan del sentir ante la experiencia subjetiva de las cuidadoras familiares con procesos crónicos de salud que cuidan a un familiar dependiente; al contrastar su vida pasada con su vida actual se hacen conscientes de las pérdidas que han ido sufriendo a lo largo del tiempo(187,188). Se sienten menos fuertes, más tristes y menos libres, les preocupa cómo hacer frente a las demandas del cuidado familiar(179,185).

2.3.2.4 Nivel educativo

En el contexto colombiano vigente; la ENDS 2015(150) sobre el nivel educativo principalmente con mayor participación económica, con la superación de los esquemas tradicionales de distribución de roles y con un mayor grado de autonomía

de los miembros del hogar, asocia con una mejor situación socioeconómica de los hogares, y con mayores oportunidades de trabajo.

Dicha encuesta resaltó en las mujeres de las zonas rurales tienen proporciones muy inferiores a las de las zonas urbanas en los niveles de secundaria completa y superior (150). Las brechas educativas a favor de las zonas urbanas son muy altas: 24.7 por ciento, contra 16.5 por ciento (1.5 veces) en secundaria completa y 39.6 por ciento, contra 10.6 por ciento (3.7 veces) en superior(150). En cambio, las mujeres que viven en zonas rurales tienen mayor prevalencia en los niveles inferiores secundaria incompleta, primaria y sin educación(150).

La distribución de educación secundaria completa y superior en mujeres se encuentran en Bogotá (25% y 44.2% respectivamente) y las menores en Orinoquía y Amazonía (21.9% y 24% respectivamente) (150). Las otras regiones tienen porcentajes similares entre sí, de mujeres con secundaria completa (alrededor del 30%) y con educación superior (alrededor de 31%) (150).

La brecha entre Bogotá y Orinoquía y Amazonía, en participación de sus mujeres en educación superior es de 1.8 veces(150). Otro aspecto importante , la mayor proporción de mujeres sin educación se presenta en la región Atlántica (2.7 %)(150). A nivel departamental, Atlántico, San Andrés, Bolívar, Santander, Meta, Bogotá, Antioquia, Quindío y Valle son los departamentos que han logrado un mayor porcentaje de mujeres con nivel educativo superior; en general, departamentos que tienen mayores niveles de desarrollo(150).

En los hombres ENDS 2015 revela un panorama donde la brecha urbano/rural en educación secundaria completa es de 1.6 veces y en educación superior es de 4.1 veces(150). La mediana de años de educación en las zonas urbanas es 1.8 veces mayor que la de las zonas rurales(150). Estas brechas con algo superiores para los hombres que para las mujeres(150) contrasta con lo encontrado en encuesta SABE Panamá 2005 ha reportado que los hombres tienen mayor escolaridad de nivel superior y que la diferencia se incrementa con el aumento de la edad (189).

Bogotá es la región que tiene mayor proporción de hombres con secundaria completa (29.7%) y con educación superior (36.6%) y la única región que supera los diez años de mediana de educación (150). La Orinoquía y Amazonía, tiene las menores proporciones en esos dos niveles(150). Las brechas entre esos valores regionales extremos son grandes: 1.4 en secundaria completa y 1.7 en educación superior (150). Las otras cuatro regiones no se diferencian sustancialmente en sus proporciones de hombres en educación superior (alrededor de 26%), ni en secundaria completa (alrededor de 23%). Esto significa un logro muy importante de la región Pacífica(150). En cambio, se destaca que la región Atlántica mantiene un porcentaje alto de hombres sin educación (3.7%).

Fuera de Bogotá, las subregiones que presentan mayores niveles educativos de su población masculina, dado que tienen simultáneamente proporciones de hombres en educación secundaria completa y en educación superior por encima del promedio nacional, son Barranquilla; Atlántico, San Andrés y Bolívar Norte; Boyacá, Cundinamarca y Meta; Medellín; Caldas, Risaralda y Quindío y Cali, los Santanderes, por su proporción en educación superior y Valle, sin Cali ni Litoral, por su proporción en secundaria completa(150).

De nuevo son los departamentos que albergan las ciudades principales y se distinguen por un mayor nivel de desarrollo(150) . Cabe destacar también que los niveles de educación superior alcanzados no son sustancialmente diferentes entre los departamentos, salvo el caso de Guainía con solo 13.2 por ciento de hombres con educación superior y el caso de Vaupés con solo 14 por ciento de hombres con educación secundaria completa (150). Por otro lado, se observan situaciones preocupantes en varios departamentos de la Costa Atlántica, que tienen proporciones muy elevadas de hombres sin educación (9% en el caso de la Guajira, 6.1% en el caso de Magdalena)(150).

Las diferencias durante el curso de vida en educación aumentan las brechas en la vejez e incrementan el riesgo de tener menor calidad de vida; se ha descrito que un

mayor nivel educativo amplifica la asociación entre más ingreso y menos discapacidad, lo que sugiere que los de mayor nivel educativo gozan más de los beneficios económicos, que los de bajo nivel educativo (190). Adicional, la desigualdad de género se evidenció en las personas con educación primaria y secundaria, donde las mujeres superaron a los hombres a partir de los 65 años - con niveles educativos más bajos parecen ser las más vulnerables en términos de percepción de estado de salud(58); lo cual es coyuntural para el presente estudio. Si bien, las mujeres informan tener una salud más baja que los hombres, la desigualdad de género en la percepción del estado de salud ha disminuido e incluso se ha revertido con el tiempo y está sustancialmente relacionada con las diferencias en el nivel educativo(58).

La educación inicial en los primeros años de vida y las oportunidades de aprendizaje durante la vida proporcionan mayores oportunidades e independencia a través de aptitudes y habilidades que les permiten tener opciones con calidad durante el ciclo vital(10), además, el efecto de la escolaridad durante los primeros años y las edades medias tienen un efecto favorable en el envejecimiento exitoso, es decir; con menor morbilidad ,independencia y capacidad funcional conservada (170).

El nivel educativo es fundamental en la estructura socioeconómica de la población, por ende en la salud (191,192), es decir , niveles bajos de educación y alfabetización se correlaciona con un mayor riesgo de discapacidad y morbimortalidad en las personas mayores difiere a mayor nivel educativo menor riesgo de enfermedades neurodegenerativas se disminuye un 17% con cada año de educación (10). Finalmente, Whitney y colaboradores encontraron asociaciones bidireccionales entre cognición con educación, ocupación e ingresos fueron particularmente fuerte(156).

La educación tiene un efecto mediador en la calidad de vida y con el ingreso. Así, las diferencias durante el curso de vida en educación aumentan las brechas en la vejez e incrementan el riesgo de tener menor calidad de vida(1), así mismo a un

mayor nivel educativo amplifica la asociación entre más ingreso y menos discapacidad, lo que sugiere que las personas de mayor nivel educativo gozan de más beneficios económicos, que los de bajo nivel educativo (193).

En Finlandia se puntualizó sobre el efecto protector de la educación, en especial, la superior(13); ciertamente, ésta es individual e imperecedera, a diferencia de las ocupaciones y los ingresos, por otro lado, la medición por educación evita los problemas de comparación causados por el desempleo(13) .

En Suiza, un estudio longitudinal arrojó resultados sobre el efecto de la educación superior con una probabilidad sustancialmente mayor sobre aquellos con educación primaria al referir una buena percepción del estado de salud, a su vez con una postergación de la maternidad y paridad(46),afirmado en la ENDS 2015 proporciona :”siguiente perspectiva “ un mayor nivel educativo de hombres y mujeres se asocia con una mejor situación socioeconómica de los hogares, y con mayores oportunidades de trabajo, elementos del contexto también proclives a los cambios reproductivos descritos”(182).

En general, existe una relación directa positiva con el nivel educativo y con el quintil de riqueza la percepción del estado de salud excelente o muy buena, guardan una clara relación (37).Se ha reconocido qué la educación tiene un efecto mediador con la calidad de vida en asociación directa con el ingreso (188); por ende los sujetos con menor nivel de escolaridad o que no saben leer ni escribir reportan una más baja percepción de salud(194).

Por su parte Blanco hace hincapié :” en quienes a pesar de tener algún tipo signo o síntoma asociado a una enfermedades crónicas no trasmisibles, no evidenció ser un impedimento para establecer estilos de vida activos, más parece depender de los recursos personales y sociales de apoyo que tenga una persona mayor, además de contar con un nivel cognitivo que le permita adaptarse a las demandas cognitivas que su medio le exige; incluso, poder enfrentarse a procesos educativos permanentes (142)”.

En un estudio colombiano sobre la veracidad del mini mental test de Folstein en población mayor de 50 años arrojó:” Las puntuaciones del MMSE poseen una alta correlación con el nivel educativo. Su baja especificidad lleva a que una gran cantidad de sujetos de baja escolaridad, sin demencia, requieran posteriores evaluaciones (258)” a pesar de una sensibilidad y especificidad fueron del 92,3 y 53,7%;16 de las 19 preguntas de la prueba mostraron diferencias significativas ($p < 0,001$) según la escolaridad (258). La diferencia entre los sexos a favor de los hombres es significativa en niveles educativos bajos ($p < 0,001$) pero no en sujetos con más de cinco años de estudio (258).

2.3.3 Interacciones sociales y participación

Un estudio de cohorte en el Oeste de Escocia cita lo manifestado por la OMS en 2011 sobre el impacto de la inclusión social por medio de la participación partiendo del modelo de Rowen-Kahn ;ya que mueve la noción del envejecimiento exitosos de medidas exclusivamente clínicas para abarcar actividad individual y autonomía, por ejemplo, a través de una mayor actividad social, que a su vez puede mejorar el funcionamiento y reducir la discapacidad(156).Whitney y colaboradores afirman el compromiso social, indirectamente impactan en la percepción de salud, tuvo fuerte asociación todos los aspectos de condiciones socioeconómicas; adicional a ello, las asociaciones con las relaciones interpersonales definida en términos de compromiso fue consistentemente más fuerte que la prevalencia de enfermedad, discapacidad, y funcionamiento físico(156).

Cardona hace hincapié en esta etapa de la vida donde el proceso de adaptación es determinante ante los cambios permanentes: perdidas de personas significativas(física o emocional),deterioro comunicativo y aislamiento, la inadaptación a la jubilación por el paso brusco de una situación activa a pasiva e improductiva, insatisfacción con actividades cotidianas, pérdida de roles que limita acciones (10). Por esta razón los adultos mayores necesitan fortalecer su rol

,comprensión durante el proceso de envejecimiento conservando una voz activa en la participación y discusión en las decisiones que los afecta (10).

Se distinguen tres tipos de funciones de apoyo social: el primero; el apoyo emocional, el dar confianza y ánimo, preocuparse, el amor y el cuidado, etc., en segundo lugar: el apoyo de información que da consejo y crítica constructiva acerca de lo que el sujeto hace y en tercer, el tangible en forma de ayuda financiera, atención personal(7); puede ser unidireccional o bidireccional, entre pares o intergeneracional .

Las relaciones sociales constituye el eje del funcionamiento social de las personas mayores, decir, la red de contactos de soporte del individuo con quien tiene comunicación, los nexos establecidos y el tipo de interacciones que se producen hace referencia a conjunto de provisiones tangible o intangibles recibidas o percibidas-suministradas por la redes de pares y personas de confianza (31).

Existen cuatro tipos de soporte social(195): 1) el material o tangible,2) el emocional requiere el establecimiento de un vínculo y transferencia , 3)el instrumental asociada a los diferentes tipos de asistencia y ayuda útil para solucionar situaciones de la vida diaria y finalmente,4)el soporte cognoscitivo o informacional no implica el establecimiento de vínculo afectivo para educar, dar consejo, referencias, comprensión de dificultades(117,196).

2.3.3.1 Participación social:

La participación social se ha asociado a resultados tan variados como el pronóstico tras un infarto de miocardio, una mayor felicidad y un menor riesgo de depresión, mayor supervivencia y bajas tasa de mortalidad(108).El efecto de las relaciones sociales, el tamaño de la red y la interacción social (dentro y fuera de la familia) se relacionan al efecto positivos/negativo en la salud, según sea el tipo y la calidad del

intercambio; es así como entornos estresantes o soledad extrema pueden generar asociaciones notablemente negativas con los riesgos de discapacidad(108).

A pesar de las disminuciones relacionadas con la edad ,el funcionamiento físico y cognitivo son evidentes, la función social y psicológica puede cambiar poco hasta una edad muy avanzada (40) por ello la participación es decisiva (108,126); en palabras de Monchiatti y Krzemien(197):

"Si bien las personas al envejecer experimentan un progresivo gradual desgaste del funcionamiento orgánico, ello no implica necesariamente un proceso degenerativo ni involución en términos de salud; esta declinación de habilidades se debe, con frecuencia, más a la falta de actividad y al aislamiento social que al proceso de envejecimiento mismo(187) ...,enfatisa en el marco de la OMS al definir el estado de salud en términos de sostenimiento y desarrollo de la capacidad funcional del individuo"(187–189)

Cabe resaltar las ancianas son más vulnerables desde el punto de vista de la salud y la participación no sólo desde la iniciativa que podría vincularse a variables individuales sino, con el lugar que la sociedad asigna a la mujer que envejece; es decir, hay creencias culturales, que ofrecen distintos roles sociales a la mujer que limitan su participación e integración con pares y personas en roles intergeneracionales (195).

Considerando desde la apropiación activa y comprometida en la interacción social incluye parámetros subjetivos, en el individuo en el establecimiento de vínculos significativos también en la percepción de los mismos; en cuatro dimensiones básicas (187), a continuación, se exponen los 4 ítems identificados por Monchiatti y Krzemien que facilitan la comprensión:

- 1) Educación continua: favorece el desarrollo y conservación de facultades cognoscitivas en un medio de relaciones significativas a través de grupos de lectura, de estudio, discusión, formación para el trabajo y cualificación, entre otras. (197).

2) Labores u ocupación: actividades grupales con objetivos productivos y/o culturales determinados ; por ejemplo el trabajo rentado, voluntariado, etc. (197). En Singapur (198) evidenciaron ; el vivir una vejez activa, específicamente participando de un voluntariado, otorga a los adultos mayores un mayor grado de bienestar psicológico independientemente del estado de salud física; en ese estudio los adultos mayores jubilados que realizan voluntariado arrojaron resultados significativamente mejores en rendimiento cognitivo, menos síntomas depresivos, mejor bienestar mental y satisfacción con la vida, en comparación con los adultos mayores no voluntarios (199).

Un estudio SABE Chile 2000 al interactuar con las personas mayores cita sobre la participación en algún tipo de organización, el 22,6% lo hace en una organización religiosa, un 15,9% participa en clubes o grupos de adultos mayores, un 14,7% participa en junta de vecinos, un 5,1% participa en clubes deportivos; un 12,5% participa en alguna actividad relacionada con la salud en actividades recreativas-deportivas (6,4%) y en talleres de desarrollo personal (3,8%) (189).

En relación a la participación por sexo; las mujeres participan mayoritariamente en las organizaciones religiosas (22,9%) y grupos de adultos mayores (20,9%) mientras que los hombres lo hacen en clubes deportivos (9,1%) y juntas de vecinos (21,3%) (189).

Entre las principales razones para participar en organizaciones comunitarias se encuentran porque le gusta (42,9%), por distracción (18%), por contribuir a la sociedad (16,4%), para mejorar la salud (8,9%), por obligación (8,3%) y para obtener beneficios (5,6%) (189). Entre quienes no participan ; la principal causa para no participar en ambos sexos es la falta de interés en un 45% y razones económicas en un 48% (189).

En la SABE Chile 2000 el 75% de las personas mayores realiza alguna actividad de tiempo libre, un 62% de estas actividades son realizadas en el hogar sin compañía : 58%: jardinería 17%, leer 10%, mirar TV 23%, escuchar música 7%, jugar naipes 7,4%, manualidades un 15%, el 12,3% camina, el 5,8% realiza ejercicio físico y un 7,3% mantiene contactos sociales (189). El 24% de las personas mayores

no realiza ningún tipo de actividad por problemas de salud, un 17% porque no tiene tiempo y un 6% porque se encuentra cansado(189).

Significativa percepción del 45% de las personas de 65 y más años tiene dificultad para recrearse siendo las mujeres las que tienen más dificultad para recrearse que los hombres, con un 14,8% versus un 11,6% (189).

3)Actividad física grupal: propician y presumen una interacción social entre las cuales sobresalen :los entrenamientos físicos, la gimnasia grupal, participación en programas deportivos, grupos de baile entre otras; (197).

La participación periódica en actividades físicas moderadas puede retrasar el declive funcional y reducir el riesgo de padecer enfermedades crónicas el ejercicio físico o la actividad física, mantienen y mejoran la función músculo esquelética, osteoarticular, cardiocirculatoria, respiratoria, endocrino metabólica, inmunológica y psiconeurológica de las personas mayores tanto en los sanos como en aquellos que con eventos patológicos, mejora la salud mental y favorecer las redes de apoyo a través de los contactos sociales ayudar a conservar la independencia durante un mayor período, reducir el riesgo de caídas(114,200).

Por su parte , existe positiva respuesta en relación al mejora el auto concepto, la autoestima y la imagen corporal, a la vez que se asocia con la disminución del estrés, la ansiedad, el insomnio, el consumo de medicamentos; así mismo mejora la salud mental (114).

La relación entre percepción de salud y bienestar psicológico en un estudio realizado en Chile evidenció el impacto entre bienestar y apoyo social, lo cual se podría explicar por el hecho que las personas mayores participantes tenían en general un buen estado de salud y siempre que se conserven físicamente activos (201).

4)La interacción e integración social especialmente la naturaleza, frecuencia y satisfacción de las relaciones familiares y extra familiares desarrolladas por medio

de reuniones familiares, sociales; pertenencia a clubes y asociaciones, centros religiosos, centro de jubilados, etc. (197).

La participación social significativa de los adultos mayores ha sido tradicionalmente abordada desde el individuo relacionada con ser parte de cualquier actividad religiosa, intelectual, recreativa, social, cívica; que proporcione sentido de pertenencia y cumplimiento (27,126,140), también se ha asociado en distintas actividades de uso del tiempo libre y ocio, en programas, grupos y asociaciones (27, 120,134).

2.3.3.2 Redes de apoyo y soporte social

En palabra de Sánchez y Gómez (46), el apoyo social por las redes sociales que las personas mayores tienen a su alrededor en las cuales se afirma el soporte de las personas mayores se dividen en formales: instituciones dentro de la estructura sociopolítica y las informales corresponde a grupos o asociaciones con reglamentos y normatividad, según el propósito de su constitución; por su parte éstas se fraccionan en primarios: familiares más convivientes, y secundarios constituida por vecinos, amigos y parientes(31) .

La familia juega un rol fundamental del sistema social como principal soporte informal a través del fortalecimiento de los vínculos afectivos favorece la supervivencia, el bienestar físico y necesidades básicas que facilitan la seguridad, alimento, lucha contra la soledad, entre otros, además, tiene un rol relevante en el proceso salud-enfermedad integral desde la prevención primaria hasta terciaria según sea la calidad de las redes (10,202).

Igualmente, pertenecer a un núcleo de amistades el poder intercambiar información, realizar actividades de ocio y tiempo libre, puede ser muy importante a la hora de combatir el sentimiento de soledad(202). No son menos importantes las actividades de voluntariado, donde la solidaridad y el deseo de ayuda a otro se retorna hacia el adulto mayor donante del voluntariado ; satisfaciendo la necesidad de sentirse útil en relación con otras personas y significativo para quien puede estar en situación de mayor vulnerabilidad(202).

Los amigos ,las instituciones y la participación en actividades lúdicas o en grupos en uso de favorecen el bienestar en el envejecimiento por su parte Herrera hace referencia a tres tipos de funciones de soporte social, el primero: el apoyo emocional, incluye el dar confianza y ánimo, el preocuparse, el amor y el cuidado, etc.(10) En segundo lugar, el apoyo de información que da consejo y crítica constructiva acerca de lo que el sujeto hace. En tercer lugar, es tangible en forma de ayuda financiera, consejo, tiempo compartido y atención personal o servicios diversos(7).

El efecto positivo del soporte social ;amigos y la familia se refleja en una menor mortalidad en los adultos mayores casados y aumenta en los mayores solteros, viudos o divorciados; (10) exaltando la relevancia de la constante interacción social, afecto, comprensión , cuidados y atención de necesidades de su estado de salud entorno a la familia(203). El aislamiento social en la vejez está relacionado con un declive de las capacidades físicas y mentales(202,204).

Se apreciar que el bienestar psicológico global presenta una correlación moderada con la percepción de salud, relación que es notoriamente mayor en los hombres que en las mujeres, y por otra parte presenta una relación muy significativa con el apoyo social percibido, de una magnitud similar en ambos sexos en tres dimensiones del bienestar psicológico: relaciones positivas, auto aceptación y propósito en la vida ; por otro lado, la dimensión de autonomía muestra la menor relación con el apoyo social percibido en la muestra total y particularmente en las mujeres evidencian mayor crecimiento personal en comparativo con los hombres(201).

Un estudio chileno expresa:" Se consideran factores protectores de la salud mental, el optimismo, el control personal, el tener proyectos de vida, la realización de ejercicios físicos, la participación frecuente en actividades recreativas placenteras como leer, tomar un curso y capacitarse, viajar, jugar juegos de estrategia como el ajedrez o resolver un rompecabezas y el participar en grupos de

voluntariados”(204).En Ecuador un estudio en población indígena identificó como factor protector de salud y bienestar en los vínculos sociales con calidad entre los adultos mayores y los miembros de su familia(205)

El mismo estudio cita los factores de riesgo sociales son las dificultades económicas, el desempleo, las condiciones de trabajo, el bajo capital social, el deterioro de las redes sociales de apoyo a la familia, la escasa participación social, las escasas relaciones sociales, el hacinamiento, los menores niveles de educación(204).

2.3.3.3 Estado civil y estar unido

Sequeira y colaboradores expresan en un estudio sobre factores de riesgo y protectores de la soledad en el adulto mayor describe el panorama mundial, el 80% de los hombres mayores de 60 años o más, pero menos de la mitad de las mujeres de ese grupo de edad viven con la pareja, se estima que el 19% de las mujeres mayores viven solas contrasta con el 9% de los hombres mayores; estrechamente relacionado con la mayor sobrevivencia de las mujeres y su menor propensión a volver a unir, es más probable la prevalencia de la soledad femenina(204).

La soledad(202,206) es un factor desencadenante de mortalidad en el anciano, es un fenómeno que afecta a todas la edades, especialmente a aquellas que viven en las grandes ciudades(204).Según informe de la asociación colombiana de gerontología y geriatría y la universidad de la Sabana revela en Colombia: hay próximamente 5'750.000 adultos mayores según el DANE; de ellos unos 995.000 residen en Bogotá y cerca de 400 son abandonadas cada año en la capital(3).El panorama en el centro del país es el más preocupante, toda vez que seis de cada 10 adultos mayores vive en Bogotá y el resto en los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, Santander y Atlántico(3), por ello es decisivo en la percepción del estado de salud del adulto mayor como trazador indirecto de mortalidad(3).

Parafraseando a Herrera y Ocampo al referirse sobre el efecto de la calidad de las relaciones personales sobre el bienestar del sujeto, y su carencia aumenta la vulnerabilidad de los individuos reflejado directo o indirecto en su salud en el manejo y somatización la ansiedad y el estrés por medio de procesos pro inflamatorios que desencadenan morbilidad en el individuo(6,7).

En cuanto al estado civil del jefe de hogar se percibe más bien un efecto de composición del hogar, en donde los hogares cuyo jefe unido(casados o en unión libre) están relacionados positivamente con la probabilidad de realizar gastos de la salud, mientras que los hogares monoparentales (separados/divorciados o viudos) lo hacen en forma opuesta así mismo ;las personas mayores que viven solas tienen un mayor riesgo de experimentar aislamiento social y privación económica, éstas requerirán por lo tanto un apoyo especial(204),en algunos casos ello indica carencia de ingreso según los requerimientos específicos (159).

Entre los adultos mayores, las diferentes fuentes de apoyo fueron relevantes para la salud en todas las sociedades; la buena salud en Canadá esta relacionada con el alto soporte de apoyo de amigos y compañero, mientras que en América Latina menos depresión y mejor calidad de vida se evidenció en presencia de alto apoyo de la familia, cuidado de niños y el compañero (207).

El efecto de estar unido o tener pareja es controversial en alguna literatura es calificado como factor protector para la calidad de vida de las personas mayores con disminución en mortalidad por todas las causas; principalmente asociado enfermedad cardiovascular y menor morbilidad en relación a los no unidos, incluso después de considerar las diferencias por grupo etario(208,209). En comparación con las personas casadas, todos los estados alternativos (en pareadas, divorciados/separados y nunca casados) tienen un riesgo significativamente mayor de muerte, aunque es evidente un exceso de mortalidad ligeramente mayor para las personas divorciadas / separadas”(208).Por su parte algunos artículos las personas divorciadas / separadas exponen un exceso de mortalidad mayor que en quienes

nunca se unieron asociado a el estrés de la disolución de la unión y es más probable que tengan problemas financieros que las personas nunca unidas (210,211).

Sin embargo Manzoli y colaboradores refieren: "El apoyo de la pareja se asocia con una reducción del riesgo de mortalidad por todas las causas que oscila entre el 5% y el 15% (IC superior del 95% cuando se agrupan solo los 53 estudios con datos disponibles) dichas estimaciones no variaron sustancialmente según el sexo, la calidad del estudio, el tipo de análisis estadístico y la definición de la exposición(208)"..." no se ha demostrado una relación de efecto-efecto y los resultados no se pueden extrapolar a otras edades", estos hallazgos sugieren que los profesionales de la salud y los responsables de las políticas deben conocer la calidad de los vínculos entre las redes sociales y la salud(208).

De igual manera los resultados de una revisión sistemática y meta análisis refirió sobre estado civil y mortalidad en población mayor concluyo el efecto del matrimonio fue similar para hombres y mujeres, por lo que la asociación entre el matrimonio y la mortalidad en los ancianos no parecía depender sustancialmente del género(208).

Es relevante reportar las limitación en la evaluación del soporte , la calidad y el potencial de los efectos positivos y negativos de las relaciones sociales deben ser medidos por métodos cualitativos(208) que permite observar o dilucidar el efecto de los desacuerdos conyugales y la hostilidad conyugal como fuente de estrés y ansiedad relacionado con peores resultados de salud (7,212) ,presencia de síntomas y signos depresivos (213) potentemente asociado morbilidad (214).Es decir, la naturaleza y calidad de la relación conyugal es significativamente proporcional al riesgo de muerte de los adultos mayores (215).

2.3.3.4 Religiosidad y vivencia de la espiritualidad

El retorno a una práctica religiosa se hace más evidente, y por muchos percibe como indispensable en la vejez(216) por ello, se evidencia la en varios estudios:

Koenig en estudio longitudinal sobre supervivencia observó en los adultos mayores, especialmente las mujeres, asistentes activas a servicios religiosos al menos una vez a la semana presentaban una ventaja de supervivencia sobre quienes referían menor frecuencia en asistencia o solicitud de los servicios, agrega dicho estudio quienes asisten frecuentemente a actos religiosos o espirituales eran más propensos a casarse, tenían redes sociales más grandes, los participantes religiosos eran físicamente más saludables, tenían más apoyo social y estilos de vida más saludables que los asistentes menos frecuentes(149).

Similares resultados se encontraron en las mujeres a la hora de mejorar las malas conductas de salud y la salud mental, de acuerdo con las diferencias de género conocidas en las asociaciones entre la asistencia religiosa y la supervivencia(217), así mismo un estudio colombiano expone la práctica religiosa podría ser un apoyo importante para la salud de los pacientes mayores se evidenció observó que en la mayoría de adultos mayores con síntomas depresivos la oración no hacía parte de su vida diaria (148).

Adicional a ello, en 2005, en Porto Alegre (218) mostro la relevancia en la espiritualidad y las creencias personales fueron factores predictores del envejecimiento exitoso de las mujeres quienes daban mayor significado a sus vidas más posibilidades de cursar con envejecimiento con éxito, en comparación con aquellos que no las poseían(146).

De la misma forma citando a Lucchetti et al,(146)referencia a Wong las actividades religiosas y la vivencia de la religiosidad facilitan e el modo de tratar con la enfermedad utilizando la religión (coping religioso)identifico en dicha población mayor significado con la vida siendo predictores de aquellos que envejeció de manera exitosa o no(219).

2.3.4 Percepción de afecto

Parafraseando a Garzón y Gómez al referirse a la salud mental en los hallazgos se hace alusión a la tranquilidad, representada en la familia, estar sano, ausencia de

problemas... “la estabilidad más grande que yo tengo, la familia, yo por ellos me levanto a trabajar [...]”. (E-H2.1)(84).

2.3.4.1 Síntomas depresivos

En el estudio de Fundación Saldarriaga y Concha del 2015 (220) se expresa textualmente : *”A pesar que la depresión ha sido reconocida como una de las patologías mentales más frecuentes en la vejez, muchas veces no es tratada, ni reconocida como tal; cabe enfatizar en los mayores de 60 años, la prevalencia puede ser tan alta como del 25.2% ,asociado a los factores psicológicos ; los estados afectivos de depresión y ansiedad y el estrés psicosocial, que a su vez pueden afectar de forma significativa la fisiología humana y contribuir a desenlaces adversos en salud”*(6,221).

La depresión es un factor relevante a tener presente al indagar por maltrato, este puede ser causa y consecuencia de la misma(222). Es frecuente que los síntomas de este trastorno en los adultos mayores se pasen por alto y no se traten porque coinciden con otros problemas de esa etapa de la vida cabe resaltar dicho trastorno aumenta la percepción de tener mala salud y la utilización de los servicios médicos(222).

En contraposición, Monchietti y Krzemien citando lo expuesto por la OMS 1998 sobre la definición del bienestar psíquico, refiriéndose a la capacidad funcional y de adaptación al medio; cuyos indicadores indirectos se refieren a ausencia de ansiedad, insomnio, depresión, temores irracionales, tensión, angustia, capacidad de concentración cognitiva, memoria o productividad, entre otros (187).

Según el Boletín de salud mental de la subdirección de enfermedades no transmisibles de marzo del 2017: los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe (OPS) y representan una elevada carga de la enfermedad en términos de

morbilidad, mortalidad, discapacidad y dependencia; la depresión se ha convertido en un problema de salud pública por el impacto que tiene al volverse crónica y disminuir la capacidad en el individuo, su familia y la comunidad(223).

Los problemas de salud mental o emocionales en las personas mayores pueden ser causadas o agravadas por enfermedades físicas que originan limitaciones físicas y pérdida de la autonomía, como los trastornos endocrinos, la osteoporosis o la artritis; o por tratamientos médicos y/o farmacológicos de larga duración como es el caso de las enfermedades crónicas o el cáncer(204).

En este contexto ,según la guía colombianos para este evento ; ha definido mayor riesgo de sufrir episodio depresivos en personas de 18 años y más: individuos con historia previa o familiar de episodio depresivo; factores psicosociales (alejamiento de los hijos, pérdida del empleo o dificultad económica, perdida o separación conyugal, privación de la libertad, persona sin hogar); enfrentar eventos vitales estresantes; abuso y dependencia de sustancias incluyendo alcohol y cigarrillo; enfrentar enfermedades crónicas -hospitalización-,especialmente con compromiso de la funcionalidad (enfermedad cardiovascular, diabetes, dolor crónico y trastornos neurológicos), efecto colateral de medicamentos; diagnóstico de trastornos psiquiátricos; cambios hormonales como la menopausia; historial de intentos de suicidio e individuos sedentarios(10,224).

De acuerdo a los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) del sistema integral de información de la protección social (SISPRO), consultado el 19 febrero 2017; el número de personas atendidas por depresión moderada en Colombia (CIE10 F321), de 2009 a 2015; los casos atendidos aumentaron a medida que aumentó la edad de las personas y alcanzaron su punto máximo en el rango de los 50 a 54 años de edad y luego la tendencia fue al descenso, para luego aumentar nuevamente de los 75 años en adelante(223).

En la población general la prevalencia ha sido mayor al 4%, predominando en el sexo femenino, en los estratos sociales bajos y escaso nivel académico; se han identificado zonas de mayor riesgo como Antioquia, Bogotá, Caldas, Huila, Nariño, Norte de Santander, Quindío y Santander(220). Complementando ,en Antioquia se realizó un estudio evidencia una situación que llama la atención y compromete la percepción del estado de salud de la población objeto de estudio : *”La salud mental del adulto mayor está seriamente comprometida, al registrar una prevalencia de riesgo de depresión de 26,3%, riesgo de ansiedad del 34,4% y riesgo de deterioro cognitivo del 83,2%, superior a otros estudios realizados en América Latina(225).”* Un estudio evidenció mayor prevalencia en adultos mayores con síntomas depresivos en el género masculino, ser viudo y las enfermedades crónicas(148).

El diagnóstico preciso de un trastorno depresivo en cualquier población, exige una cuidadosa evaluación clínica sin embargo, en estudios epidemiológicos y en los servicios clínicos no especializados, las escalas para tamizaje muestran razonables propiedades psicométricas en la identificación de posibles caso(226).

Relevante citar lo aportado por Segura et al en un estudio trasversal colombiano realizado en Antioquia (220) relacionado con el riesgo de depresión en el adulto mayor está más asociado a la dificultad para relacionarse con su entorno físico y afectivo, que a la condición biológica del padecimiento; además agrega dicho riesgo se explica por la dependencia funcional para realizar las actividades de la vida diaria, la percepción de una mala calidad de vida y el contar con pocas o nulas redes de apoyo.

En el área de salud mental del anciano colombiano y en el mundo ha sido considerada como una enfermedad inherente a la edad ante la presencia de las demencias y la depresión ; en publicación de la OMS/OPS sobre salud mental se considera factores que afectan potencialmente al anciano están asociados al aumento en la esperanza de vida y la disminución en la tasas de fertilidad, los cambios en la economía, la creciente migración del campo a la ciudad, mayor

escolaridad en los hijos ;por su parte existen factores que mitigan como mayor nivel educativo en los adultos, aumento del ingreso per cápita en algunos países y mejoras en la atención en salud (227).

Así mismo la encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE Bogotá) 2012 arrojó que los hábitos de vida poco saludables aumentan el riesgo de depresión, mientras que el consumo leve a moderado de bebidas alcohólicas parece ser un factor protector contra dicha entidad, y observó peor estado de salud medido mediante un conteo de comorbilidades se correlaciona con un mayor riesgo de depresión(228) .

En los adultos mayores la depresión es y remediable con el tratamiento apropiado, se puede medir usando la Escala de Depresión Geriátrica (GDS)(226) ,esta escala de tamizaje es usada para establecer cómo se sentían los encuestados el día de la entrevista. Para la interpretación los puntos de corte de las puntuaciones de 0 a 9 se consideran normales, de 10 a 19 sugieren una depresión leve y de 20 a 30 sugieren una depresión grave(226).

Para adultos mayores, se cuenta con la escala de Yesavahe para Depresión Geriátrica (GDS); esta escala tiene la particularidad que explora únicamente síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, con un patrón de respuesta dicotómica para facilitar el diligenciamiento por el evaluador(206,226).

Para el tamizaje de depresión se usa la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario completo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5,7,11y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente, por su parte 6-9 depresión leve y finalmente puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas. En el cuestionario completo de 15; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-

15 indica depresión severa. El cuestionario corto resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad, se puede completar en 5 a 7 minutos(229).

2.3.4.2 Indicios de maltrato y abuso

En estudio realizado en Manizales (Colombia) y Natal (Brasil) encontró que la experiencia de violencia física en alguna vez en la vida oscilo entre 2,2 y 18,3% según la ciudad y el sexo, la violencia psicológica fue más elevada en mujeres, en donde la violencia consumada por el compañero con un 19,4% en Manizales y 25,7% en Natal; por la familia 18,3% en Manizales y 10% Natal(230). Ello se encuentra estrechamente a que las mujeres mayores crecieron y se formaron en sociedades con roles de género marcados y aprendieron bajo la sumisión; razón por la cual toleran más y poseen menos herramientas para afrontar con asertividad relaciones abusivas(231) y violentas al carecer de independencia económica, nivel educativo bajo, entre otras características que dificultan la resolución y afrontamiento adecuado de dicha situación estresor.

El maltrato de las personas mayores, es un problema global ha sido reconocido sólo recientemente. El trabajo desarrollado por la INPEA (Red internacional de prevención del abuso y maltrato en la vejez), y el énfasis puesto por la Organización Mundial de la Salud para la prevención del maltrato de las personas mayores, han contribuido en forma significativa a elevar la toma de conciencia a nivel mundial(232).

Según la declaración el maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona mayor (156). Puede ser de varios tipos: físico,

psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión.

Son considerados factores predisponentes a situaciones de maltrato en la vejez, el analfabetismo, la soledad, el hacinamiento, la exposición a situaciones de conflicto aumentan los riesgos de morbilidad mental, discapacidad en edades más tempranas en las personas mayores.

Citando a Delgado:

“...Las dificultades de tipo económico, de habitabilidad en hogar, el mayor número de hijos de la familia, la ausencia de recursos y de apoyo social, la presencia de problemas de alcoholismo o toxicomanías, provocan un aumento del riesgo de violencia en los adultos mayores siendo estos objeto de comportamientos impetuosos y de malos tratos, pudiéndose convertir en centro de explotación y abuso, sobre todo cuando la persona mayor aún puede ser útil para determinados fines, ya sea por su patrimonio o poder económico o por los servicios y apoyos que puede prestar a las personas de su entorno más cercano”(233)

El maltrato existe subregistro en las estadísticas vitales en los diferentes tipos de maltrato en dicha población citando un estudio colombiano sobre maltrato psicológico concluyeron el sexo, el deterioro cognitivo, la depresión y el riesgo de ansiedad, fueron variables que ayudaron a explicar la presencia de éste(225); así mismo este evento tiene repercusiones personales, sociales y económicas: “Desde una perspectiva social, la consecuencia más grave del maltrato es el aislamiento y confinamiento de la persona mayor, la disminución de su autoestima y los sentimientos de inseguridad” (141) limita la participación.

Es así como Cardona y colaboradores son enfáticos al exponer :” cerca de uno de cada diez adultos mayores son objeto de algún tipo de maltrato, principalmente el psicológico, pero también se evidenció el físico, económico y sexual; como un indicio del deterioro en las relaciones familiares y una pérdida del tejido social que

rodea a la persona mayor, pero también se resalta el hecho que sean capaz de identificar la violencia que se ejerce contra ellos, ya que esta situación se invisibiliza a nivel social, al ser un ser querido el agresor (225).”... La violencia al envejecer ha demostrado efectos deletéreos en la funcionalidad, discapacidad como consecuencia mayor morbimortalidad(31).

Los tipos de maltrato en el adulto mayor se dividen en:

Maltrato físico: agresiones que dañan la integridad corporal con intencionalidad de provocar dolor, lesión o ambas, pueden ser acompañados de aislamiento físico y afectivo. (225,234,235).

Maltrato psicológico: Sucesos intencionales que producen malestar mental o emocional en la persona :agresiones verbales, aislamiento, amenazas de intimidación, humillación, falta de respeto a sus creencias, ridiculización, amenaza de abandono, institucionalización sin previo consentimiento, no consentimiento o participación en deseos y decisiones, sobreprotección que genera sentimiento de inutilidad o limita la capacidad de decidir(222,234).

Maltrato financiero: el uso y manejo de ingresos, apropiación de bienes, propiedades o el patrimonio en general del adulto mayor o una parte de ella, en beneficio propio, mediante fraude, engaño o amenazas. Este tipo de maltrato se puede observar deterioro elocuente respecto a su nivel socioeconómico(225,236).

Negligencia: Negar el cuidado o supervisión necesarios en necesidades básicas con evidencias directas o indirecta en la alimentación, vestuario, higiene y cuidados médicos apropiados cuando se requieren, para ello se requiere experticia(31,225). Puede ser pasiva, cuando es consecuencia de desconocimiento o incapacidad por parte del cuidador pasa a ser activa cuando se realiza de modo intencional(222,234).

Cabe resalta, algunos ancianos son cuidadores siendo muy frecuente y poco visibilizado en el cuidador principal evidenciándose en el síndrome del cansancio

del cuidador (SCC) es un conjunto de situaciones estresantes, enmarcado en depresión y ansiedad; alteraciones emocionales, en el patrón del sueño y alimenticias que menoscaban en el bienestar del cuidador y en el propio cuidado al enfermo, y su capacidad para atender, generando conductas agresivas hacia el paciente, e incluso el tratamiento del mismo (237–239).

El 88,8% de los cuidadores dedica de 6 a 7 días a prestar los cuidados, el 52,7% tiene jornadas de 8 o más horas sin relevo en dicha actividad y el 34,2% lleva 8 y más años prestando estos, de lo que se concluye que la ayuda dispensada es intensa y de larga duración(237) ,sin embargo del nivel de sobrecarga identificados el cuidador no desean dejar el cuidado de su familiar a otra persona(240).

Es importante tener claro, las consecuencias de desgaste del cuidador están relacionados con otro tipo de eventos ya vigilados sin embargo no se asocian , así mismo el cuidador está sometido a una gran presión externa e interna, no siempre se valora el esfuerzo y el tiempo dedicado a dicha actividad :la causa de mortalidad por genero se diferencia en los hombres en homicidios por su parte las mujeres mueren por neoplasias en primer lugar y agresiones físicas en segundo (31).

La violencia intrafamiliar ocupa el segundo lugar en el cuadro de la violencia no fatal, después de la violencia interpersonal y 12.415 (18,20%) a violencia entre otros familiares; 1.364 (2,00%) a violencia contra el adulto mayor(241) al igual que los eventos de salud mental ,dicho evento aún no existe vigilancia o control en este evento como consecuencia a ineficiente captación de los casos asociado a difícil identificación en comisarías de familia y centros de IPS no se asocia al síndrome cansancio del cuidador informal.

2.3. 5 Componente de capacidad funcional e independencia

Citando el Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud 2015, enfocado a envejecimiento exitosos refiere: “la capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es

significativo(130);se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que sobresaltan esa capacidad , las interacciones entre la persona y esas características es el producto de la combinación de todas las capacidades físicas y mentales(130). El entorno comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida”(130).

En el entorno en el cual los adultos mayores coexisten aspectos positivos y negativos que trascienden en la capacidad funcional y favorecen la susceptibilidad para desarrollar enfermedades, presentar accidentes, perder autonomía y morir(10): En Colombia ;la dependencia ,la pérdida o deterioro de sus capacidades con mayor relevancia la pérdida de la movilidad; alrededor del 30% se siente “viejo” y esta proporción aumenta con el incremento de la edad, sin diferencias por sexo; el porcentaje es ligeramente mayor en áreas rurales y en personas que reciben menos de 1 SMMLV, con menor nivel de escolaridad, y de la región Central del país, que concentra la mayor concentración de la población adulta mayor(34).

Varios autores puntualizan en la relevancia de la conservación de autonomía e independencia de los individuos en la vejez, a través de la movilidad o desplazamiento en diversos espacios en diferentes niveles del espacio vital desde la privacidad hasta espacios fuera del área de residencia refiriéndose al uso de este espacio vital y su relación inversa con mayores posibilidades de depresión y discapacidad(8,153,154).

El nivel de autonomía del anciano en la realización de actividades de la vida cotidiana proporciona una autoevaluación y autopercepción subjetivas más positivas y una mayor satisfacción en la vida, elementos favorables que constituyen al envejecimiento exitoso: gran actividad, buena salud subjetiva y buen nivel de satisfacción vital(242,243).

Cabe resaltar, los resultados del estudio de roles de género y función física en la vejez temprana en el estudio *the International Mobility in Aging Study* (IMIAs), donde se evidenció asociación entre la discapacidad de movilidad ,mayor prevalencia e incidencia de limitaciones funcionales de las extremidades inferiores y una

evaluación objetiva más pobre del rendimiento físico en con el rol de género femeninos e indiferenciados que el rol masculino en los ancianos (244).

Por su parte, el índice de Barthel (IB) es una escala utilizada en rehabilitación, por su validez y fiabilidad, fácil aplicación e interpretación, costo-efectividad y es útil para dar seguimiento a la evolución sólo requiere que el individuo realice algunas actividades básicas o bien observación de cerca su quehacer cotidiano(245).

La interpretación del índice de Barthel oscila entre un rango de posibles valores está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos para la versión original. Cuanto más cerca está de 0 el paciente presenta más dependencia, por el contrario cuanto más cerca está de 100, es indicativo de independencia(245–247)

Para el estudio se utilizó la escala de Barthel para cuantificar la discapacidad en el campo de la rehabilitación física y mejorar los niveles de dependencia de los pacientes (35) (248,249), cuya medida simple para obtención e interpretación asigna puntuación en función de grado de dependencia para realizar actividades básicas (comer, aseo, control de esfínteres anal y urinario, vestirse ,uso del inodoro, desplazamiento, traslado cama/silla, subir y bajar escalas) (250) y su respectivo puntaje a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda de un tercero para llevarla a cabo(247).

A continuación se ilustra la escala de Barthel con los intervalos interpretativos de los puntaje entre las categorías, resultando un rango global entre 0 y 20(251). La interpretación sugerida por Shah et all (246)es:

- 0 – 20: Dependencia total
- 21 – 60: Dependencia severa
- 61 – 90: Dependencia moderada
- 91 – 99: Dependencia escasa
- 100: Independencia.

El reconocimiento de estos factores puede ayudar a la aplicación de estrategias de selección, optimización y compensación (125) que apoyen la adaptación de un

adulto mayor en vista de la pérdida de recursos biofísicos, psicológicos y sociales asociados al envejecimiento(242).

2.3.6 Presencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

2.3.6.1 Multimorbilidad

Lo hallado por Gutiérrez y colaboradores al referirse (30) en la perspectiva de los adultos mayores sobre la enfermedad como prioritario además “se debe evitar”; sin embargo no poseen claridad frente el propósito de acciones preventivas y se desconocen la posibilidad temprana de detectar enfermedades prevalentes durante el envejecimiento, a pesar de conocer la existencia de estas patologías, no se encuentra una expectativa de prevención secundaria frente a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), más allá de la toma de medicamentos y la consulta médica, hacia las cuales algunos son escépticos(30) y siguen la medicina tradicional y alternativas(medicinas verdes).

Esta mirada plantea retos; identificar las barreras de acceso :desconocimiento o inaccesibilidad en la colectividad del propósito de las acciones preventivas gratuitas incluidas en la normatividad obligatoria(252,253),la inoportunidad del diagnóstico temprano para la atención a los diferentes eventos prevalentes en la población adultas mayores el entendimiento y aceptación del proceso de la enfermedad, lo cual conlleva un tardío proceso terapéutico y prevención secundaria y terciaria que conforme pasa el tiempo, observándose mayor complejidad ante el proceso natural del morbilidad(117) ,favoreciendo la aparición de discapacidad(220) y los síndromes geriátricos(167) implicando en directamente la calidad de vida, así como en la economía familiar(117,159) a través del gasto de bolsillo para cubrir la cobertura de servicios de salud.

El análisis de la morbilidad atendida muestra que las enfermedades crónicas no transmisibles con el 50 % de la causas de atención desde la adolescencia en todos los departamentos del país (16), conclusiones del ASIS 2015(16). Es prioritario la

identificar las fallas en prestación de los servicios de salud, promoción de la salud y prevención de la cronicidad de enfermedades acordes a cada contexto con directa incidencia en la productividad poblacional, y la identificación de factores de riesgo físicos deficiente salud física, la dependencia de la familia para el auto- cuidado personal, las enfermedades crónicas, el cáncer y los accidentes(204).

No obstante, aún se parte de la primicia donde los servicios de salud no son la principal fuerza que garantiza la salud al tener un reducido eje de trabajo intramural e impacto individual/poblacional; a pesar de recibir el mayor flujo de recursos(3). Aunado, este panorama es aún más “desafiante”, si se tiene en cuenta ;9 de cada 10 médicos que se formaron como profesionales de la salud, no tuvieron un abordaje o instrucción específica sobre el cuidado o manejo del adulto mayor(3).

La percepción de la salud está influenciada directamente por la presencia de comorbilidades, discapacidad y depresión, a través de una relación indirecta, por la ruta que une la presencia de comorbilidades, la discapacidad y la depresión (105) como lo expone Busto y colaboradores apoya el postulado que los adultos mayores con mala percepción del estado de salud presentaron mayor deterioro de salud, síndromes geriátricos y mayor frecuencia de uso de servicios de salud(167) lo cual es respaldado en un estudio sobre el estado de salud de los ancianos mexicanos con problemas de salud y con diagnóstico de enfermedades crónicas, son quienes informaron en mayor proporción tener una mala percepción de su salud(194).

Por su parte un estudio argentino sobre salud autocalificada y mortalidad por causas externas concluyo en parte que algunas “conducta de riesgo”(13) se abre a elección individuales reflejando elecciones conductuales y estilos de vida las cuales responde a consumo de sustancias y vivencia de la sexualidad.

Lo anterior, se apoya en un estudio longitudinal realizado en el este de Finlandia sobre percepción del estado de salud donde encontraron asociación parcial por la historia clínica, los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular (13); de manera que, el número de enfermedades crónicas es uno de los componentes más

claros que inciden en dicha percepción en casi todos los estudios realizados en personas mayores, en población española (3) (254) (255).

Un estudio mexicano ilustra la visión para la población adulta mayor general, ya que el tener buena salud, no sufrir de dolores y ser varón son las categorías que siguen guardando una relación importantes con el sentirse felices asociado a que el estado de salud físico de ellos es mucho mejor en comparación con el de las mujeres mayores, ya que de acuerdo a las enfermedades diagnosticados médicamente para la población con 60 años o más, las mujeres muestran tener en mayor proporción de morbilidad: hipertensión arterial, pérdida de la vista y diabetes mellitus; en dicha generación tuvieron altas de fecundidad que propenden en esta etapa de la vida en osteoporosis que les pueden provocar dolores e incluso fracturas(117).

Dicho estudio evidenció en dicha población no le dan relevancia o prioridad al diagnóstico clínico de la enfermedad se omiten las alteraciones de salud y después se reconoce dicho problema sin otorgarle mayor importancia o alternativa, esto mismo puede ser mucho más frecuente cuando solo se pregunta sobre su estado de salud en general(117) sin embargo le dan mayor relevancia a la funcionalidad, capacidad de socializar y desempeñarse con independencia mismo que al ser óptimo les permite mantenerse activos y al mismo tiempo influir en su visión sobre esta etapa de su vida(117).

En la vejez se acentúa en las mujeres el rol de cuidadoras más que receptoras del mismo, dicho rol se agudiza si este se desempeña y complejiza la perspectiva si tiene enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y/o algún tipo de discapacidad más algún tipo de dificultades en el acceso a servicios de salud con calidad aunado a ello a serios problemas económicos que perpetúan la feminización de la pobreza (35, 147,148).

La fragilidad fue más frecuente en los ancianos mayores, principalmente en mujeres y con mayores tasas de analfabetismo, directamente asociado con mayor proporción alta comorbilidad y mayor discapacidad, polifarmacia, menor desempeño

en capacidad física, al consecuente con menor función cognoscitiva y en presencia de síntomas depresivos (149,150).

Ello es más frecuente en mujeres , personas con enfermedades crónicas y personas institucionalizadas, entre sus causas de prevalencia en la población son: desconocimiento de suspensión del medicamento ,falta de revisión del facultativo, medicamentos compartidos por pares o auto prescritos (representan el 40% de los ingeridos) (31). Este evento es importante al agregar costos al sistema de salud, amplía el efecto de reacción adversa medicamentos, dificulta el seguimiento de la terapia y multiplica las interacciones(31).

2.4 Marco normativo

69° Asamblea Mundial de la salud. Organización mundial de la Salud.

Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud (22 de abril del 2016).

Enfatiza el desafío de vivir más años con oportunidades y repensar el ciclo de vida, reactivar la transición demográfica dependerá considerablemente de un factor determinante: la salud (119). En contra posición a la actualidad pocos individuos gozan de buena salud, existen pocos datos que sugieran que en la actualidad las personas mayores gozan de mejor salud que sus padres a la misma edad. Además, la buena salud en la edad avanzada no está equitativamente distribuida en los países ni entre ellos (119).

La mayoría de los problemas de salud de las personas mayores están relacionados con trastornos crónicos, especialmente enfermedades no transmisibles ;muchas de esas enfermedades se pueden prevenir o retrasar mediante comportamientos que propicien la salud(129). De hecho, aun en edades muy avanzadas, la actividad física y la buena nutrición pueden arrojar beneficios extraordinarios para la salud y el bienestar(129).

Otros problemas de salud y pérdidas de capacidades se pueden gestionar eficazmente, en particular si se detectan con suficiente antelación e incluso para las personas con pérdidas de capacidades, los entornos favorables pueden permitirles llevar una vida digna y continuar su desarrollo personal(129). Sin embargo, el mundo está muy lejos de este ideal, en particular para las personas mayores pobres y las pertenecientes a grupos sociales desfavorecidos (129).

Es preciso adoptar urgentemente medidas de salud pública, articulada en el contexto de los Objetivos del Desarrollo Sostenible, que promocionan una base para las actividades internacionales de 2015- 2013 en particular el objetivo 3: «Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades» a través de la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros.(129)

Proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. Finalidad(129).

1. En 2014, la 67.^a Asamblea Mundial de la Salud pidió a la Directora General «que elaborara, en consulta con los Estados Miembros y otros interesados y en coordinación con las oficinas regionales, dentro de los límites de los recursos existentes, una estrategia y un plan de acción mundiales integrales sobre el envejecimiento y la salud, para someterlos a la consideración del Consejo Ejecutivo en enero de 2016 y de la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2016».1 (129).

2. Las presentes estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud responden a los aprobados Objetivos de Desarrollo Sostenible(256), un conjunto indivisible e integrado de prioridades mundiales para el desarrollo sostenible. El envejecimiento se trata en 15 de los 17 objetivos, a saber:(129,256)

Objetivo 1. Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo – para todos los hombres y mujeres(129).

Objetivo 2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible, en particular para las personas mayores(129).

Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades a través de la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros(129).

Objetivo 4. Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos(129).

Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas(129).

Objetivo 8. Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos(129).

Objetivo 10. Reducir la desigualdad en los países y entre ellos promoviendo la inclusión social, política y económica de todas las personas, sea cual sea su edad (129).

Objetivo 11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles proporcionando acceso universal a zonas verdes y espacios públicos seguros, inclusivos y accesibles, en particular para las personas de edad(129).

Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas(129).

Plan de acción mundial sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020(129).

Se proyectan las contribuciones que los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS y otros organismos del sistema de las Naciones Unidas, así como los asociados nacionales e internacionales, pueden aportar directa e indirectamente a cada objetivo estratégico(129). En la adopción de las medidas definidas cada país tendrá un grado de preparación diferente así mismo, las medidas que sea necesario adoptar, y su orden, dependerán en gran medida del contexto y las prioridades de cada país(129).

Objetivo estratégico 1: Comprometerse a adoptar medidas sobre el envejecimiento saludable en cada país(129).

1.1 Establecer marcos de acción nacionales sobre el envejecimiento saludable(129).

1.2 Fortalecer las capacidades nacionales para formular políticas basadas en pruebas científicas(129).

1.3 Combatir el edadismo y transformar la comprensión del envejecimiento y la salud(129).

Objetivo estratégico 2: Crear entornos adaptados a las personas mayores(129).

2.1 Fomentar la autonomía de las personas mayores(129).

2.2 Propiciar la participación de las personas mayores(129).

2.3 Promover actividades multisectoriales (129).

Objetivo estratégico 3: Armonizar los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores (129).

3.1 Centrar los sistemas de salud en la capacidad intrínseca y la capacidad funcional(129).

3.2 Desarrollar y asegurar el acceso asequible de las personas mayores a la atención clínica integrada de calidad y centrada en la persona(129).

3.3 Velar por que haya personal sanitario sostenible y apropiadamente capacitado, desplegado y gestionado (129).

Objetivo estratégico 4: Desarrollar sistemas de prestación de atención a largos plazos sostenibles y equitativos (en el domicilio, la comunidad, las instituciones) (129).

4.1 Establecer y mejorar constantemente las bases de un sistema de atención a largo plazo sostenible y equitativo(129).

4.2 Desarrollar la capacidad del personal sanitario y prestar apoyo a los cuidadores(129).

4.3 Asegurar la calidad de la atención a largo plazo integrada y centrada en la persona(129).

Objetivo estratégico 5: Mejorar la medición, el seguimiento y la investigación sobre el envejecimiento saludable(129).

- 5.1 Acordar medios para medir, analizar, describir y hacer un seguimiento del envejecimiento saludable(129).
- 5.2 Reforzar las capacidades de investigación y los incentivos a la innovación(129).
- 5.3 Investigar y sintetizar pruebas científicas sobre el envejecimiento saludable(129).

Constitución Política de Colombia (1991)(59)

La constitución política de Colombia de 1991 en acto legislativo para salvaguardar un conjunto de derechos fundamentales, económicos y culturales de las personas mayores, se les da interpretación especial: derecho a la vida (artículo 11): adquiere significado la conservación y disfrute del restante período vital, el cual debe tener prioridad en su ejercicio y mayor seguridad y defensa de la existencia; A la libertad (artículos 24, 26, 28, 38), reconoce que aunque sea necesaria la ayuda y apoyo de otras personas, esto no elimina su autonomía e independencia; A la salud (artículo 49); A la igualdad (artículo 13): establece que las personas mayores gozan de la igualdad general, aunque la ley pueda consagrarles distinciones (discriminaciones positivas); el Al trabajo (artículos 25 y 53) plantea que la sociedad debe permitir el reconocimiento de sus aportes(59) no obstante este se adecua a condiciones personales porque exonera al mayor de 45 años de la imposición de trabajos forzosos(59).

El Derecho a la educación (artículos 27, 54, 64, 67, 68, 70), implica enseñar y aprender, de acuerdo con sus condiciones, por su parte se mostrarse de acuerdo el Derecho a la actividad humana útil (artículo 52), el aprovechamiento del tiempo libre, especialmente para aquellos que han entrado en receso laboral; el Derecho al descanso (artículos 52 y 53), no sólo dentro del desarrollo del trabajo, sino también como compensación al uso activo del tiempo disponible o libre; el Derecho a la recreación, al entretenimiento y a la diversión, bien sea de manera individual, familiar o colectiva. Por tal motivo se reconoce el derecho al deporte (artículo 52) como medio de actividad personal que contribuye al mejoramiento de las

condiciones de vida y salud, las personas mayores en su calidad ciudadanas, son sujeto de deberes frente a los particulares, la sociedad y el Estado (artículo 95)(59).

Respecto a los deberes del Estado, la sociedad y la familia, el artículo 46 establece que “concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria(59).

La resolución 412 del 2000 (253), la cual definen la norma técnica de estricto cumplimiento para la detección temprana de alteraciones del Adulto mayor de 45 años, un conjunto de guías, actividades, procedimientos e intervenciones, mediante los cuales se logra la detección temprana y el diagnóstico oportuno de una o algunas de las patologías crónicas propias de este grupo poblacional, con el fin de ofrecer opciones para el control de los factores de riesgo, el tratamiento o la rehabilitación.

A su vez, el seguimiento de estricto cumplimiento y validaciones de coherencia del anexo técnico de la Resolución 4505 de 2012 (252) se identifica que el anexo técnico definido para tal fin ha tenido diferentes interpretaciones y manejo de las opciones de respuesta, por parte de las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB), direcciones territoriales de salud(DTS) e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), de la misma manera se evidencian diferentes procesos de validación de la información por parte de las entidades.

El sistema de Seguridad Social en Colombia está reglamentado primordialmente por la ley 100 de 1993 expedida por el Congreso de Colombia, reúne un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales pueden tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una mejor calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana, la cual se divide en cuatro secciones que se refieren a los componentes principales del Sistema (257).

El primer libro: trata sobre el Sistema general de Pensiones; Con esta se autoriza la creación de las Sociedades Administradoras de Fondos de Pensiones, encargadas de administrar los recursos destinados a pagar las pensiones de los afiliados que

escojan pensionarse de acuerdo con las condiciones en que estos fondos operaran de acuerdo con las disposiciones que dicha ley exige(257).

La Reforma Pensional, Ley 797 de 2003 - artículo 7º-, aprobó el incremento en el monto de la cotización para pensiones obligatorias, siempre y cuando el crecimiento del PIB fuera igual o superior al 4% en promedio, durante los años 2005 y 2006, crecimiento que efectivamente se presentó. Los independientes cotizan sobre un 40% de los ingresos totales, pero pagan el 12.5% para las contribuciones correspondientes.

El segundo libro: trata el Sistema General de Seguridad Social en Salud; actualmente se usa el sistema para atención de lo relacionado con enfermedad general y, con riesgos no laborales(257), el gobierno destina los recursos en salud los cuales son manejados por la 'Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud' (ADRES) creado a partir del Decreto 1429 del 1 de Septiembre del 2016 como una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social manejada por encargo fiduciario y quien es la encargada de realizar una distribución a cada una de sus subcuentas para cubrir todos los frentes del sistema de seguridad social.

El tercer libro: trata el 'Sistema General de Riesgos laborales denominación modificada por la Ley 1562 de 2012 a "Sistema General de Riesgos Laborales" y finalmente, el cuarto libro: trata de los servicios sociales complementarios; pólizas adicionales planes complementarios , entre otros(257).

La ley 50 de 1990 por la cual se moderniza el código sustantivo del trabajo, que reglamentan las relaciones individuales entre el trabajador y el empleador buscando justicia y equilibrio entre ambas partes. (258)Esta ley modifica el antiguo régimen de cesantías en busca de crear condiciones más favorables para la estabilidad laboral de los colombianos y autoriza la creación de fondos dedicados al manejo de los aportes hechos a los trabajadores por este concepto(258).

La Ley 789 de 2002, crea el Sistema de Protección Social, definido como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, respecto a la garantía de los derechos durante la vejez especialmente los más desprotegidos partiendo de la idea que la ancianidad puede determinar la vulnerabilidad de las personas mayores a partir de situaciones tales como discapacidad, abandono y los riesgos económicos(259).

Las fuentes de riesgo y niveles considerados por el Sistema de protección social se constituyen como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. Para obtener como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo. El objeto fundamental, en el área de las pensiones, es crear un sistema viable que garantice unos ingresos aceptables a los presentes y futuros pensionados.(259)

En salud, los programas están enfocados a permitir que los colombianos puedan acceder en condiciones de calidad y oportunidad, a los servicios básicos, el sistema debe crear las condiciones para que los trabajadores puedan asumir las nuevas formas de trabajo, organización y jornada laboral y simultáneamente se socialicen los riesgos que implican los cambios económicos y sociales. Para esto, el sistema debe asegurar nuevas destrezas a sus ciudadanos para que puedan afrontar una economía dinámica según la demanda del nuevo mercado de trabajo bajo un panorama razonable de crecimiento económico(259).

Se complementa con la Ley 1251 :”por la cual se dictan normas interesadas a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores”(260) se dispone que se debe expedir la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez dándole el marco y fijando las áreas de intervención que debe tener en cuenta. Entre dichas áreas está la relativa a la “Protección a la salud y bienestar social (art.17, numeral 1), indicando que “los adultos mayores tienen derecho a la protección integral de la salud y el deber de participar en la promoción y defensa de la salud propia, así como la de su familia y su comunidad(260) Dicha precisa algunas obligaciones del Estado a través de sus entidades del orden

nacional, departamental, distrital y municipal, de conformidad con el ámbito de sus competencias, de las aseguradoras, las instituciones públicas y privadas del sector salud y de asistencia social(260)

En Diciembre de 2007 el Ministerio de la Protección Social elaboró el documento Política Nacional de Envejecimiento y vejez 2007 - 2019, enmarcado en cuatro aspectos: el envejecimiento biológico y su relación con el envejecimiento demográfico, los derechos humanos, el envejecimiento activo y la protección social integral (19), articula a todos los estamentos del gobierno y la sociedad civil en un propósito común de visibilizar e intervenir la situación del envejecimiento y la vejez(19). Contempla la diferencia por condición de discapacidad, las situaciones de vulnerabilidad social como la extrema pobreza, el desplazamiento forzado por el conflicto y otras víctimas(19).

Parte de dos objetivos generales y cinco objetivos específicos, que son: i) incidir de manera activa, a nivel intersectorial y territorial sobre las condiciones de desarrollo social, económico y cultural de los individuos, la familia y la sociedad, como medio para propiciar que los viejos de hoy y del futuro alcancen una vejez digna, saludable e integrada, dentro del marco de la promoción, prevención y restitución de los derechos humanos; ii) crear condiciones para el envejecimiento de la población, entendido como el derecho de toda la población a una vida digna, larga y saludable, reconociendo la trascendencia de la corresponsabilidad individual, familiar y social en este proceso(19).

Por su parte, la Ley 1171 de 2007, el objeto de dicha es conceder a las personas mayores de 62 años beneficios para garantizar sus derechos a la educación, a la recreación, a la salud y propiciar un mejoramiento en sus condiciones generales de vida(261)". Específicamente en salud se ilustran beneficios para las personas mayores de 62 años, relativos a establecer en las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPBs) atención prioritaria: la asignación de citas dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud por parte de éstos, en los servicios de consulta externa médica, odontológica, por médico especialista y apoyos diagnósticos, así como la entrega de medicamentos dentro de las 72 horas siguientes a la

prescripción, si éstos no se han entregado inmediatamente, salvo en los casos de extrema urgencia, cuando la entrega debe ser inmediata(261).

Esta ley establece beneficios económicos (descuentos para espectáculos en espacios oficiales e instituciones oficiales de educación superior, tarifas diferenciales en transporte público, en servicios de hotelería y turismo, gratuidad para ingreso a museos estatales, ventanillas preferenciales en sitios de atención al público)(261). El incumplimiento de esta norma es competencia a la Superintendencia Nacional de Salud para sancionar a quienes incumplan estas obligaciones(261).

La ley 1315 propende garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad al adulto mayor en las instituciones de hospedaje, cuidado, bienestar y asistencia social la presente tendrá en cuenta a persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más Centros de Protección Social para el Adulto Mayor. Instituciones de Protección destinadas al ofrecimiento de servicios de hospedaje, de bienestar social y cuidado integral de manera permanente o temporal a adultos mayores(235) .

Ley 1450 de 2010, por medio de la cual se expide Plan Nacional De Desarrollo 2010-2014, “Prosperidad para todos”, plantea la importancia de garantizar y disponer de mecanismos de protección para la población adulta mayor y vulnerable y la población económicamente activa reconociendo la heterogeneidad de la población ocupada en Colombia y su capacidad de ahorro al Sistema de Pensiones con la entrada en funcionamiento de los Beneficios Económicos Periódicos (BEP), conforme a lo dispuesto en el artículo 87 de la ley 1328 de 2009, se hace necesario redefinir la estructura de pensiones del país (262).

Este plantea la importancia de definir una estrategia solidaria y el subsidiario. Es decir que se espera evaluar la viabilidad de la Cuenta de Solidaridad Pensional, en virtud del desarrollo de los BEPS(Beneficios Económicos Periódicos; es un programa de ahorro voluntario diseñado para proteger a las personas a quienes sus recursos no les alcanza para cotizar a pensión), y por otro establecer una sola

gerencia operativa para los programas de protección de los ingresos para el adulto mayor (262).

Se evidencia la necesidad de definir mecanismos de protección a la vejez, en el contexto de la ejecución de la política de equidad, establece que es necesario continuar con los mecanismos de protección frente a las contingencias que afectan a los individuos en su vejez. Adicionalmente el Plan de Desarrollo plantea que se definirá el régimen de organización y administración del Fondo de Garantía de Pensión Mínima del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, en concordancia con lo establecido en el artículo 7 de la ley 797 de 2003 (262).

Se cita textualmente a continuación los algunos de los artículos pertinentes:

Artículo 162. Sistemas Unificados de Retención. El Gobierno Nacional podrá establecer sistemas unificados de retención en la fuente de impuestos y contribuciones parafiscales a la protección social de acuerdo con el reglamento que expida sobre la materia. Su consignación se efectuará a través de los mecanismos previstos en la normatividad vigente(262).

En el artículo 164 se especifica la naturaleza de Subsidio de Solidaridad Pensional. Tendrán acceso al subsidio de la subcuenta de subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional estipulada en la Ley 797 de 2003 en las personas que dejen de ser madres comunitarias y no reúnan los requisitos para acceder a la pensión, ni sean beneficiarias del programa de asignación de beneficios económicos periódicos (BEPS) del régimen subsidiado en pensiones y por tanto cumplan con las condiciones para acceder a la misma(262).

La ley 1850 del 19 de Julio del 2017 se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, modifica las leyes 1251 de 2008, 1351 de 2009, 599 de 2000 y 1275 de 2009, en dicha ley se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y otras disposiciones; establece dentro de las obligaciones del Estado y los demás entes en sus niveles territoriales, derecho a la alimentación, maltrato por descuido, negligencia, atención inmediata y el conjunto de entidades que conforman el Sistema de Seguridad Social en Salud, para crear programas especiales en

detección oportuna y tratamiento temprano de enfermedades crónicas entre los adultos mayores, así como de cuidado, soporte y auxilio en personas en situación de discapacidades funcionales; de manera vinculante generar capacitaciones para cuidadores formales e informales de adultos mayores (263).

Plan Decenal Nacional de Salud Pública (PDSP).

Fue el producto de la movilización social de actores, la concertación y articulación de las acciones sectoriales e intersectoriales. Para ello se articulan con enfoque poblacional, de determinantes y de enfoque de gestión social del riesgo, con el propósito de reducir la carga de la enfermedad y crear las condiciones para modificar la carga futura en la población(264).

Se tiene priorizadas “las enfermedades crónicas no transmisibles” cuyas metas están encaminadas a intervenir los principales factores asociados al riesgo y promover las acciones preventivas para mantener o reducir la prevalencia de limitaciones evitables y promover acciones de diagnóstico temprano de la enfermedades (264).

3. HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo

Existe asociación entre la percepción del estado de salud durante el proceso de envejecimiento con factores demográficos, económicos, capacidad funcional, interacción social, afecto y multimorbilidad.

Hipótesis nula

No se halló asociación entre la percepción del estado de salud durante el proceso de envejecimiento con factores demográficos, económicos, capacidad funcional, interacción social, afecto y multimorbilidad.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general:

Construir y analizar el índice de percepción de estado de salud en las personas mayores en relación con factores demográficos, económicos, capacidad funcional, interacción social, afecto y multimorbilidad con la percepción del estado de salud en las 6 regiones geográficas, encuestados en la SABE Colombia 2015.

4.2. Objetivos específicos:

- Evaluar en las personas mayores encuestadas en la SABE Colombia 2015 el nivel de percepción del estado de salud en las 6 regiones geográficas.
- Describir la composición y distribución de los componentes demográficos, económicos, capacidad funcional, interacción social, afecto y multimorbilidad en las personas mayores en las 6 regiones geográficas, encuestados en la SABE Colombia 2015.
- Comparar la correlación entre los factores en las personas mayores en las 6 regiones geográficas, encuestados en la SABE Colombia 2015 en relación la percepción del estado de salud.
- Explicar el efecto de los factores demográficos, económicos, capacidad funcional, interacción social, afecto y multimorbilidad en las personas mayores en las 6 regiones geográficas, encuestados en la SABE Colombia 2015.

5. METODOLOGÍA

5.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Empírico analítico cuantitativo; estudio transversal observacional (encuesta de prevalencia) con el propósito de medir múltiples factores en el marco del envejecimiento exitoso, las cuales influyeron directamente en la construcción del concepto de percepción del estado de salud de adultos mayores (265). De tal manera, la información que se obtuvo sea significativa para la estructuración, planeación y administración del servicios de salud, planes y proyectos en la población adulta mayor colombiana (64,266); así mismo para la interpretación se usaron herramientas de estadística, epidemiología clásica(267) y demografía.

5.2 TIPO DE ESTUDIO

Este estudio fue transversal descriptivo con intención analítica observacional; con el propósito de identificar la prevalencia en la asociación o anular dicha hipótesis de investigación con una sola medición de la exposición y evento en los sujetos de estudio en un momento específico con disponibilidad del dato retrospectiva sobre la percepción del estado de salud percepción del estado de salud consolidado en la encuesta nacional SABE Colombia 2015 aplicada en adultos mayores (268).

5.3 POBLACIÓN

5.3.1. Población de referencia (Target):

La población objetivo para SABE Colombia 2015 incluyo a todos los adultos de con 60 años o más que residieron en la comunidad en áreas urbanas y rurales Colombia en hogares en el territorio colombiano (64).

5.3.2 POBLACIÓN ACCESIBLE:

Para la ejecución del presente estudio se tomaron los registros de la base de datos con la información aportada por personas adultas mayores (con edad igual o mayor a 60 años y más) estuvo constituida por 23.694 registros, solos se obtuvo el 77 %

de la muestra calculada inicialmente con residencia en zonas urbanas y rurales del territorio nacional(2).

La proporción de respuesta de 250 municipios y variada por región y distribuciones urbanas y rurales específicamente, estas oscilaron entre el 62% en áreas urbanas a 77% en sitios rurales; por región se obtuvo 81% de la muestra en región Atlántico, Oriental 75%, Orinoquia y Amazonia 54%, Bogotá 78%, Central 78% y Pacífico 83%, en general se alcanzó el 77% de la muestra inicialmente calculada –muestra de población objeto fue 30.619 encuestas (12).

Según informe de Encuesta SABE Colombia: Situación de Salud, Bienestar y Envejecimiento en Colombia 2015 se especifica: Bogotá por su constitución poblacional fue seleccionada como región independiente, por su parte la Orinoquia y Amazonia se consideró una única región por su menor densidad poblacional al compararse con el resto de las demás regiones del país (2)(64,191). Cabe resaltar que escasas áreas en el país se consideraron inseguras para el trabajo de campo por ende se excluyeron de la muestra; se obtuvo presente aspectos relevantes a situaciones de violencia, redes de desplazamiento, vivienda e ingresos integradas, situación socioeconómica, política, y orden público; en un modelo conceptual de los determinantes sociales de la salud (64).

5.4. DISEÑO MUESTRAL

5.4.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

En la SABE 2015 la muestra total estuvo constituida por 239694 registros(12) consolidados (2) para dicha selección se realizó por muestreo probabilístico estratificado en zona urbano y rural disperso con representatividad regional incluyendo en las principales ciudades del país. Este diseño muestral, fue polietápico en los 32 departamentos del país en 250 municipios del país, al extraer muestras menores contenidas de una muestra grande en etapas sucesivas, hasta tener representatividad de la población a investigar(269).

Los investigadores explicaron la decisión la exclusión de la región oriental al distrito capital como región independiente: *“El distrito capital; Bogotá, fue seleccionada de forma independiente con un total de 545 segmentos urbanos y un segmento rural; en promedio se estimó encontrar 4.7 personas adultas mayores por segmento. Por su parte la Orinoquia y la Amazonia se consideraron una única región, en tanto que su densidad poblacional fue significativamente menor que la del resto del país. Por otro lado, dentro de región caribe el archipiélago de San Andrés y Providencia se consideró como una unidad de inclusión forzosa en la muestra, no sometida a selección probabilística, por cuanto su aporte es fundamental en el reconocimiento de población raizal”*(48 191).

Para el presente estudio sobre las regiones estuvieron contuvo a las ciudades principales a diferencia la Santa fé de Bogotá; distrito capital ,el cual por sus características, complejidad y dimensiones se identifica como una región más junto con la Central, Oriental, Pacífica, Atlántica y, finalmente la Orinoquia/Amazonia(64).

Con previa verificación de los criterios de inclusión ser residente en Colombia, edad cronológica igual o mayor a 60 años, habilidad comunicación con el investigación, aceptar y firmar el consentimiento informado por escrito(12) .Para el presente estudio en las 6 regiones del país; se tuvo presente en los registros de la base de datos SABE 2015: residente en Colombia, edad cronológica igual o mayor a 60 años, registros de variables asociadas de los 6 componentes nivel educativo, nivel de ingreso per cápita, área de residencia, estado civil, diligenciamiento completo del área de percepción del estado de salud, percepción de afecto; relacionadas con maltrato(222,232) escala completa de Yesavage (226), capacidad funcional :escala completa ABC instrumental e índice de Barthel(250), multimorbilidad.

Según pertinencia se eliminaron variable no confiable (escalas y registros incompletos) e irrelevantes al evidenciarse un subregistro mayor o igual a 20% de la muestra total en los factores asociados de los 6 componentes

Descripción de las variables.

5.5.1 Definición de variable dependiente.

La percepción del estado de salud es un marcador importante de calidad de vida, indicador indirecto de morbilidad, mortalidad y discapacidad integra un conjunto de factores: condiciones fisiopatológicas y terapéuticas individuales, económicas, alta capacidad funcional, afecto positivo y activa interacción social (51). Según el contexto en el cual se ha vivido durante el ciclo vital, de tal manera este cambio depende del comportamiento e interacción con otras variables; surge como respuesta consecuencia o efecto de los cambios de variables independientes en el marco del envejecimiento exitoso(11,93).

En la encuesta SABE se evaluó a través de 3 preguntas con el propósito de realizar un comparativo entre percepción del estado de salud reportado en los últimos 30 días en respuesta a : muy buena, buena, regular, mala, muy mala, el comparativo del estado de salud actual con la referida hace un año entre mejor ,igual y peor) y finalmente, en comparación con otras personas de su edad con las siguientes categorías ; mejor ,igual y peor (191).

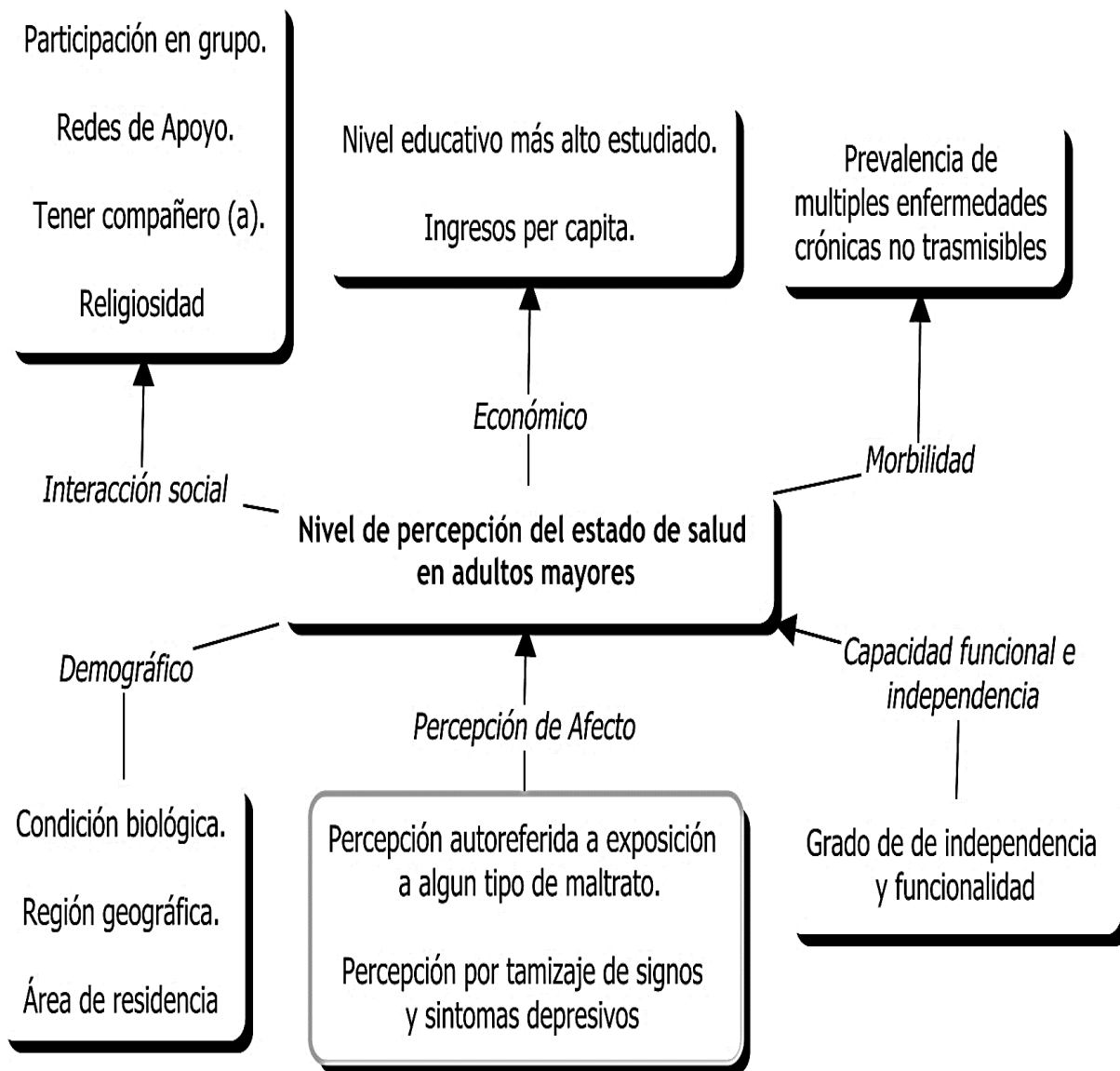
5.5.2 Definición de variables independientes.

Su modificación produce variaciones en la variable dependiente con la cual está relacionada; para este estudio las variables independientes están categorizados en: demográficas, económicas, percepción de afecto, capacidad funcional, interacción social, presencia de morbilidad.

5.5.3 Diagrama de variables

A continuación, se ilustran las variables explicadas en el marco teórico para ser analizadas en el estudio sobre factores asociados de la percepción del estado de salud en el marco del envejecimiento exitoso, en el contexto de la SABE Colombia 2015:

Figura 7. Diagrama de variables para el estudio.



5.5.2 Tabla de variables

En las siguientes tablas se observó la operacionalización de la variable (independiente y dependiente), relacionada con el estudio sobre los factores asociados a la percepción del adulto mayor en la encuesta SABE, Colombia 2015 por regiones geográficas:

Tabla1: Operacionalización de variables: Componente demográfico.

Nombre	Categoría	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categoría
Edad	Independiente	Tiempo que ha vivido en una persona en años	Cuantitativa	Razón	Años	Número de años cronológicos. Edad clasificación Naciones unidas. Tipos de vejez
Sexo	Independiente	Condición biológica	Cualitativa	Nominal	N/A	Hombre Mujer
Área de residencia	Independiente	Lugar geográfico donde la persona desarrolla actividades de la vida cotidiana y vive	Cualitativa	Nominal	N/A	Cabecera municipal Centro poblado. Rural disperso.

Tabla 2. Operacionalización de variables: componente económico

Nombre	Categoría	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categoría
Protección social y salud	Independiente	Régimen de afiliación fondo de pensiones	Cualitativa	Nominal	N/A	Público Privado No No responde No sabe
	Independiente	Régimen de afiliación al SGSSS, para recibir servicios de salud	Cualitativa	Nominal	N/A	Contributivo Subsidiado De excepción Especial No afiliado No responde No sabe .
	Independiente	Razones por las cuales no está afiliado a un sistema de seguridad de salud	Cualitativa	Nominal	N/A	Porque no tenía dinero Por falta de visión de futuro No pensó que iba a necesitar Pensó que en No quería Por descuido No responde No sabe

Nivel educativo	Independiente	Nro. De años de educación terminados	Cuantitativa	Discreta de razón.	Nro. de años	Nro. de años: ____ No responde No sabe
	Independiente	Nivel educativo más alto alcanzado	Cualitativa	Ordinal politómico	Grados de escolaridad	Ninguno Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnico o tecnológico sin título Técnico o tecnológico con título Universitario sin título Universitario con título Postgrado sin título Postgrado con título No responde No sabe
	Independiente	Actualmente se encuentra estudiando en algún establecimiento de educación.	Cualitativa	Nominal	N/A	1-Sí ¿Cuál? Alfabetización Escuela primaria Secundaria Técnico/ Tecnológico Universitario Postgrado Otro 2. No 3. No responde 4.No sabe
Antecedente ocupacional o laboral.	Independiente	Alguna vez en su vida tuvo algún trabajo por el que ha recibido algún pago en dinero o en especie	Cualitativa	Nominal	N/A	Sí No No responde No sabe
	Independiente	Razones para no trabajar para recibir una remuneración en especie o monetaria	Cualitativa	Nominal	N/A	Problemas de salud No tenía necesidad económica Se dedicó a cuidar su familia Se casó muy joven No había oportunidades de trabajo Sus padres no lo dejaron Ama de Casa No responde

							No sabe
Independiente	Principal rol o trabajo desempeñado	Cualitativo	Nominal	N/A	Obrero o empleado empresa particular. Obrero o empleado del gobierno Jornalero rural o peón de campo Patrón, empleador o propietario de un negocio Trabajador por cuenta propia/Independiente. Trabajador sin remuneración Profesional independiente Trabajador a destajo Empleado doméstico Otro, No responde No sabe		
Independiente	Trabaja actualmente	Cualitativo	Nominal	N/A	Si No		
Independiente	Principal razón por la que actualmente NO labora	Cualitativo	Nominal	Independiente	No consigue trabajo Problemas de salud Su familia no quiere que trabaje Encargarse de las labores del hogar Se jubiló o se pensionó Perdió el trabajo (cesante) No necesita trabajar No responde No sabe		
Independiente	Principal razón para trabajar actualmente	Cualitativo	Nominal	N/A	Necesidad del Ingreso Para ayudar a su familia Para mantenerse ocupado Para sentirse útil Porque le gusta su trabajo No responde No sabe		
Relación de dependencia económica	Independiente	Nro. de personas dependientes a su cargo económica de los ingresos	Cuantitativo	Razón	Nro. De personas	Nro. De personas (0,1, 2,3...)	

							dependiente
							ente
	Independiente	Dependencia económica de un tercero		Cualitativo	Nominal	N/A	Usted mismo Su compañero Sus hijos Otros familiares Otra persona: amigos o vecinos No responde No sabe
Ingresos	Independiente	Fuentes actuales de ingresos	Cualitativo	Nomina			
							Actividad laboral
							N/A
							Pensión o sustitución pensional Subsidio Estatal. Arriendos, rentas, inversión, Giros, remesas de familiares en el exterior. Aporte familiar en el país Alguna institución o tercero.
	Independiente	Rangos de ingresos que recibe mensualmente		Cuantitativo	Ordinal	Intervalo de ingresos por SMLV	Menos de un SMLV (-644.350) Un SMLV (644.350) Más de 1 SMLV a 2 SMLV (644.351 a 1.288.700) Más de 2 SMLV a 3 SMLV (1.288.701 a 1.933.050) Más de 3 SMLV a 4 SMLV (1.933.051 a 2.577.400) Más de 4 SMLV (2.577.401) No responde No sabe
	Independiente	Nivel de satisfacción con los ingresos		Cualitativo	Nominal	N/A	Muy satisfecho Satisfecho Ni satisfecho/ Ni insatisfecho Poco satisfecho Insatisfecho No responde No sabe

	Independiente	Nivel de suficiencia de los ingresos para satisfacer sus necesidades	Cualitativo	Ordinal	Nivel de suficiencia económica del ingreso	Muy suficientes Suficientes Insuficientes Muy insuficientes No responde No sabe.
Egresos	Independiente	Gastos personales	Cualitativo	Nominal	N/A	Casa: Servicios públicos, impuestos, arreglos locativos. Comida Ropa Recreación y transporte
	Independiente	Gastos médicos	Cualitativo	Nominal	N/A	Visitas al médico Hospitalizaciones Ortesis/Prótesis dental o servicios odontológicos Medicamentos
Características de la Vivienda	Independiente	Estrato socioeconómico	Cualitativo	Ordinal Politómico	N/A	Bajo-Bajo Bajo Medio Bajo Medio Medio alto y alto
	Independiente	Tipo de vivienda	Cualitativo	Nominal	N/A	Casa Apartamento Cuarto Inquilinato Cuarto otra estructura Vivienda indígena Otro tipo de vivienda
	Independiente	Modalidad de propiedad de vivienda	Cualitativo	Nominal	N/A	Arriendo o Subarriendo. Vivienda propia pagando (Hipotecada) Vivienda propia pagada Vivienda en usufructo Vivienda en empeño Posesión sin título (Ocupante de hecho) Propiedad Colectiva. Vivienda de propiedad familiar o de un Tercero

Tabla 3. Operacionalización de variables: Interacciones sociales.

Nombre	Categoría	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categoría
--------	-----------	------------	------------	-------------------	------------------	-----------

Redes de apoyo y soporte social						
Estado civil	Independiente	Estado civil actual	Cualitativa	Nominal	N/A	Casado(a) Unido(a) Separado(a) Viudo(a) Soltero(a)
Con quien vive	Independiente	Persona con quien comparte el día a día, bajo el mismo techo.	Cualitativa	Nominal	N/A	Solo Pareja Hijos Nietos Parientes Amigos Otros
Afiliación con jefe de hogar	Independiente	Relación con el jefe de hogar del núcleo primario	Cualitativo	Nominal	N/A	Jefe de hogar Cónyuge/compañero. Hijo Nieto Padres Suegro Herman(o)s Otro parentesco Acompañante No familiar No responde No sabe
Espiritualidad	Independiente	Se considera una persona religiosa	Cualitativo	Ordinal	Grados de percepción de vivencia espiritual	Nada religiosa Poco religioso Muy religiosa No responde No sabe
	Independiente	¿Qué tanto considera la religión fuente de fortaleza y confort?	Cualitativo	Ordinal	Grados de apoyo emocional de vivencia espiritual	Mucho Un poco Nada No responde No sabe
Participación social	Independiente	Participación en grupos	Cualitativo	Nominal	N/A	Grupos religiosos Grupos deportivos Grupos políticos Grupos culturales Grupos comunitarios

En compromiso con la excelencia

							Grupos de salud
							Grupos de personas mayores
							Gimnasia, ejercicio, actividad física
							Ninguno
Apoyo o ayuda a personas cercanas en los últimos 3 meses	Independiente	1) Quehaceres en la casa, arreglos, trámites, transporte, compras. 2) Dar consejo. 3) Cuidado personal. 4) Económico. 5) Emocional 6) Cuidado de nietos.	Cualitativo	Nominal	N/A	Si No No Aplica No Responde No sabe	

Tabla 4. Operacionalización de variables: Capacidad funcional e independencia.

Nombre	Categoría	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categoría
Nivel de independencia y funcionalidad	Independiente	Clasificación puntaje del índice de Barthel. Alimentación, Aseo, vestirse, arreglo personal, control de esfínteres, uso de inodoro, traslado en cama-silla. Subir y bajar escalas	Cualitativa	Ordinal	N/A	0 – 20: Dependencia total 21 – 60: Dependencia severa 61 – 90: Dependencia moderada 91 – 99: Dependencia escasa 100: Independencia.
Actividades instrumentales de la vida cotidiana	Independiente	Necesita ayuda para realizar sin ayuda las siguientes tareas: Manejo de dinero. Compras diarias. Preparar comida Manejo de medicamentos Uso de transporte público Uso de teléfono.	Cuantitativo	Ordinal	Intervalo de destreza para realizar actividades instru	Sin dificultad lo realiza sin ayuda Con dificultad lo realiza sin ayuda Necesita ayuda para hacerlo No es capaz

mental
es

Tabla 5. Operacionalización de variables: Multimorbilidad

Nombre	Categoría	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categoría
Percepción del estado de salud	Dependiente	Percepción de salud menor a 30 días. Percepción del Estado de salud actual individual	Cualitativo	Ordinal	N/A	Muy buena Buena Regula Mala Muy mala No responde No sabe
	Dependiente	Comparativo temporal entre la percepción de su salud actual vs su misma hace un año	Cualitativo	Ordinal	N/A	Mejor Igual Peor No responde No sabe
	Dependiente	Percepción del estado de salud comparativa con otras personas contemporáneas .	Cualitativo	Ordinal	N/A	Mejor Igual Peor No responde No sabe.
Multimorbilidad	Independiente	Auto reporte de presencia de 2 o más enfermedades crónicas no transmisibles Hipertensión Arterial. Enfermedad coronaria ECV Dislipidemia Osteoporosis Diabetes Artritis/Artrosis. Enfermedad Pulmonar Cáncer Enfermedad Mental	Cualitativo	Nominal	N/A	Si No No responde No sabe

Medicamentos	Independiente	Uso de hierbas (medicina verde) o productos. Homeopáticos	Cualitativo	Nominal	N/A	Si No No responde No sabe
	Independiente	Actualmente utiliza medicamentos o remedios Tradicionales	Cualitativo	Nominal	N/A	Si No

Tabla 6. Operacionalización de variables: Percepción de afecto.

Nombre	Categoría	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Unidad de medida	Categoría
Percepción de síntomas depresivos	Independiente	Clasificación puntaje de Yesavage	Cualitativa	Ordinal	N/A	Sin depresión
						Depresión leve
						Depresión instaurada
Maltrato y abuso	Independiente	En los últimos 3 meses, ¿Ha experimentado algún tipo de maltrato por parte de los miembros de su familia, hogar o convivientes? Comportamiento irrespetuoso, deshonesto o insultante Uso indebido de medicamentos. Gritos o insultos. Maltrato físico. Agresión sexual Abandono de parientes No proveer recursos extra al requerirlos. Dejarlo solo por largos tiempo Abuso económico.	Cualitativa	Ordinal	N/A	No Si No responde No sabe

5.6 Técnicas de recolección de la información

5.6.1. Fuentes de información

La fuente de la presente investigación fue secundaria consolidado realizado por la unión temporal SABE Universidad de Caldas y del Valle, en conjunto con Colciencias y el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia hace parte del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud, del Ministerio de Salud y Protección Social (SNEEPS) (2); con el propósito de conocer en el territorio colombiano (2) el resultado del ciclo vital entendiendo el contexto desde el modelo de los determinantes sociales de la salud(12) para direccionar las necesidades de las personas mayores en la política pública de envejecimiento activo la situación actual de las personas adultas mayores en Colombia durante el 2015(34).

Dicha información fue proporcionada con fines estrictamente académicos para desarrollar los objetivos del presente estudio, para lo cual se firmó acuerdo de confidencialidad al recibir la base de datos objeto de estudio.

En específico la base de información perteneciente sobre el estado general de determinantes sociales y los factores del envejecimiento activo en la población adulta mayor de 60 años del país contando con una perspectiva individual y poblacional sobre aspectos de los entornos de vida (características demográficas, económicas, medio ambientales, funcionalidad e independencia, cognición, afecto, interacción social, condiciones médicas y de salud, uso y acceso a servicios de salud, antropometría y valoración funcional).

5.6.2. Técnicas de recolección

En el estudio marco según se explica en el protocolo de la investigación :SABE Colombia: “Surrey en Health, Well-Being, and Aging in Colombia—Study Design and Protocol”; el diseño metodológico y protocolo de la encuesta sabe 2015 por los investigadores principales de la unión temporal SABE : “Todos los datos fueron recolectados y administrados utilizando una base de datos programa en específico diseñado para SABE Colombia, (Synkron, sincronización de carpetas), se estandarizó el proceso de control de calidad y procedimientos de aseguramiento

de calidad fueron implementados en el campo y usar la verificación telefónica de los datos registrados para controlar para valores errados y omisos(12). Sólo personal autorizado y entrenado tuvo acceso al sistema de la base de datos.

5.6.3. Instrumento de recolección de información

En el cuestionario de la encuesta poblacional de “Salud , bienestar y envejecimiento (SABE) Colombia 2015 fue diseñado por el trabajo conjunto en unión temporal de diferentes grupos académicos del país con énfasis en geriatría, gerontología y vejez, epidemiología , salud poblacional y estudios de familia(173) y financiación por parte de Colciencias, el Ministerio de Salud y Protección Social(2) ”.

Antes de comenzar el trabajo de campo, el instrumento fue calibrado a través de una prueba piloto con 84 personas se llevó a cabo para evaluar la aplicación del cuestionario entre diferentes grupos étnicos y culturas que participan en el estudiar(12). Procedimientos operativos estándar fueron escritos para todos los procedimientos en el protocolo y un manual de estudio fue establecido para guiar el trabajo externo(12).La estructura del cuestionario (268) estuvo conformado por 13 ejes :socioeconómico, entorno social, entorno físico, factores personales ,factores conductuales ,condiciones de salud y uso -acceso a servicios de salud consolidando 405 preguntas y sus respectivas escalas de valoración geriátricas previamente valoradas(266) en el estudio marco se estandarizó la aplicación del instrumento con los encuestadores posteriormente fue aplicada.

Según lo especificado en el protocolo metodológico del estudio marco: todos los participantes fueron entrevistados y sus respuestas registradas en dispositivos de captura móviles (tabletas), y en algunas contextos (inseguridad y sin acceso a internet para cargar cuestionarios) se recurrió a versiones impresas del cuestionario para ser aplicadas y luego fueron digitalizadas(12),lo cual evidencia control de sesgos.

En la presente investigación puede contener sesgo de cortesía –omitir /mentir- en especial en preguntas sensibles relacionadas con dinámica familiar percepción de afecto (maltrato/depresión), además de posibles errores humanos al digitar o manipular dicha información. Toda la información fue almacenada usando estándares protocolizados para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos recopilados, la totalidad de estos se encuentran recopilados, se mantienen bajo custodia y recolectada en Oficina Epidemiológica en el Ministerio de Salud Nacional, Bogotá Colombia(12) y la Universidad del Valle.

Dicha base de datos consolidó la información de la encuesta SABE Colombia 2015 aplicada a adultos mayores; empleada como fuente de información secundaria, se centró para el desarrollo de la presente investigación sobre factores asociados a percepción del estado de salud a la población adulta mayor en las 6 regiones geográficas colombianas. Previamente se efectuó proceso de limpieza de los registros con las variables pertinentes filtrando para el análisis sólo las variables de interés para el presente estudio referente a factores demográficos, económicos, percepción de afecto, capacidad funcional, interacción social y morbilidad.

5.6.4. Proceso de obtención de la información

Con el aval de aprobación del comité de ética de investigación de universidad CES, con apoyo del co- líder del Observatorio de Salud Pública se envió solicitud formal al líder de la unión temporal SABE (grupo de investigación del gerontología y geriatría de la Universidad del Valle) con el propósito de solicitar acceso a la base de datos sin metadatos de dicha encuesta poblacional para iniciar con el proceso de análisis de datos con uso estricto con fin académico y confidencialidad, dando cumplimiento a los compromisos asumidos.

Se anexó copia de la carta de solicitud para el acceso al consolidado de datos sin metadatos, elucidando claramente los compromisos establecidos con dicha

institución, y se adjuntó la respuesta del grupo de investigación de la Universidad del Valle. (Ver anexos).

5.6.5 Control de errores y sesgos

La base de datos tiene un 23 % de error del tipo B, se consolidó el 77 de la muestra inicialmente calculada para el diseño principal. Con respecto a la validez interna; se refiere principalmente a los errores cometidos durante el proceso de selección de la población adulto mayor, durante las mediciones realizadas en dicha población para el control de este sesgo; ello se comparará con los grupos de adultos mayores estudiados de las 6 regiones geográficas, sin embargo, se dificulta la comparación con otros grupos etarios al no ser parte del estudio lo cual ampliaría la perspectiva, no existió sesgo de temporalidad para este diseño para verificar la causa-efecto, por ende solo se exponen factores asociados.

En el presente estudio posiblemente se consumió el sesgo de información al emplear fuente secundaria, por ende, se admitió la posibilidad de la existencia de datos faltantes por omisión del informante o cortesía del encuestado, errores de codificación y/o digitación, subregistro, errores en el contenido (265) para control de ello; se reemplazan los datos por una mediana, media con el propósito de no alterar los vacíos y se evidenció la cantidad de datos perdidos. Por otro lado, los datos fuera de rango para el estudio de poblaciones se informaron en la discusión.

Asumió la validez de la prueba piloto del estudio marco (para evitar lenguaje técnico y palabras no entendibles), se aplicarán los criterios de inclusión y exclusión previamente especificados, se efectuó una exhaustiva revisión bibliográfica pertinente para las variables elegidas para la investigación, y revisión por pares externos expertos.

En la discusión se precisó claridad sobre el ajuste de las variables las cuales requirieron ajustes en el tamaño muestral, si existen valores fuera de límites, no

cumplieron con las condiciones o presentaron un comportamiento homogéneo razón por lo cual se replanteó eliminar las variables no sustanciales o irrelevantes para el análisis de los resultados, discusión del estudio y planeación de medidas necesarias para los cálculos demográficos, estadísticos y epidemiológicos(270) así se evita el sesgo estadístico de solo reportar lo significativo, lo cual se puede relacionar con características de interés, (28) relacionado con el adulto mayor se aplican los criterios de inclusión y exclusión anteriormente especificados al eje de interés para el estudio.

Por otro lado, se tuvo la posibilidad de incidir en el sesgo estadístico al solo reportar lo estadísticamente significativo lo cual implica indirectamente en sesgo de publicación; se planteó conservar la imparcialidad en dichos procesos, especificando claramente si se proporcionó modificación del tamaño muestral por localizar inconsistencias en aquellas que tengan más del 20% de datos faltantes. Se avaló la confidencialidad de los individuos registrados en la base de datos de la SABE 2015 sin metadatos empleado sólo para fines de acuerdo al objetivo de la misma.

Para controlar los posibles sesgos de las fuentes de información secundaria, se tomaron las bases de datos de entidades oficiales, encargadas de dirigir, generar y controlar la información: Ministerio de Protección social y salud, también se procura que los resultados tuvieran el rigor y tratamiento metodológico necesario y preciso para garantizar y validez de la información. Finalmente, para controlar las posibles variables de confusión en específico en factores, se realizará un análisis multivariado con el modelo estadístico análisis de componentes principales.

5.9. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos

5.9.1. Técnicas de procesamiento

Para la operacionalización de pruebas demográficas, epidemiológicas y estadísticas, establecido en el plan de análisis de datos se realizó por medio de

paquete estadístico IBM SPSS Statistics complementado con MIWIN para el análisis multivariado versión 22.1, de igual forma para la redacción del texto, figuras y tablas Microsoft Office, con las licencias vigentes de Universidad CES.

Se efectuó un análisis univariado, bivariado y multivariado; para el univariado se empleó herramientas de estadística descriptiva básica (rango, media aritmética, desviación estándar, etc.). Posteriormente, en el análisis bivariado uso previa verificación de la pruebas pertinentes para la relación de variables según la escala de medición con sus respectivas medidas para cuantifican la intensidad en la asociación entre las dos variables; previa realización según el comportamiento de distribución de las variables (paramétricas o no paramétricas).

Para la interpretación del análisis bivariado, se aplicó el estimador puntual con valor de significancia estadística del 5%, pruebas de hipótesis (χ^2 de independencia y estadístico de Wald), e intervalo de confiabilidad del coeficiente del 95%, de acuerdo a lo anteriormente, se concluye si existe o no dependencia significativa entre el factor y la percepción del estado de estado de salud entre las 2 categorías (muy buena, buena), y regular ,mala, y muy mala)(253) en relación a las categorías que reúne los factores propuestos en el adulto mayor en menos de 30 días.

Finalmente, se planeó un modelo estadístico multivariado para el control de sesgo de las variables que generan confusión a través de la aplicación cuantificación óptima a las variables cualitativas y se utilizó análisis factorial seleccionado como método de extracción el análisis de componentes adicional el procedimiento de PRINQUAL(171,236)(171,236)(171,236,232) facilita el entendimiento ¿cuáles de los factores por modelo teórico de envejecimiento exitoso explican y aportan mayor influencia en la construcción de la percepción de estado de salud?.

5.9.2. Plan de análisis de los datos.

Para el plan de análisis de datos del estudio en las diferentes unidades geográficas en el territorio colombiano durante el 2015; se obtuvieron 23.694 registros de la base de datos del MPSS con la información aportada por personas adultas mayores en

las variables de interés; se prosiguió a aplicar los criterios de inclusión y exclusión. Para el correspondiente análisis descriptivo general posterior especificación por regiones geográficas previa aplicación de factores de expansión para obtener una referencia poblacional de 5.292.318 individuos. Se prosigue al análisis interdependiente y dependiente sin los factores de expansión para el cumplimiento de cada objetivo según las pruebas estadísticas y epidemiológicas.

5.10. Plan de divulgación de los resultados

Se realizará por medio de sustentación oral y escrita ante pares académicos expertos, reposa el manuscrito en la Biblioteca Fundadores, un artículo en una revista indexada de Colciencias.

6. Consideraciones éticas

Citando a Marianne Gaudlitz H :“una investigación biomédica ética está en primer término orientados a la protección y respeto a las personas que participaron en pro del bien social del otros” (265), en consonancia a la resolución 8430 del Ministerio de Salud (266), esta investigación puede ser catalogada “sin riesgo” dado a que el presente se centró en fuente de información secundaria; el presente estudio fue ejecutado a través de la base de datos de la encuesta SABE Colombia 2015 aplicada en adultos mayores: sólo se utiliza con fines investigativos, no se establecerá contacto directo con las personas participantes del estudio marco para retroalimentar información complementaria para el presente proyecto.

La presente yace sobre los 7 principios: valor, validez científica, selección equitativa de los sujetos que participan en la investigación, el beneficio supera al riesgo al propender aportar al bienestar y el conocimiento de la población adulta mayor en las 6 regiones geográficas del país durante el proceso de envejecimiento. Para la recopilación de la información se aplicó previamente al instrumento se obtuvo consentimiento informado de los participantes, quienes, voluntaria y conscientemente participan en dicho proceso, razón por la cual no se contactará a los participantes.

Dentro del proceso de la presente investigación es validada y contará con evaluación por pares externos, calificados independientes a la institución educativa para identificar fallas en el proceso investigativo, las cuales se retroalimentarán por escrito cómo insumo prioritario y esencial durante en las diferentes fases del proceso investigativo, se contará con un director y pares externos los cuales aportarán e imprimirán integridad e imparcialidad al proceso investigativo.

Por su parte se asume la veracidad y calidad del estudio marco en técnicas aleatorias y equitativas, respetó a la información suministrada por los individuos inscritos durante la investigación al garantizarles la confidencialidad y protección en las instalaciones de la Universidad CES para la ejecución de la presente investigación; utilizada para dar cumplimiento a los objetivos del estudio: al seleccionar las variables relevantes correspondientes a los registros se basó en la evidencia científica.

Por estas razones, se solicitó formalmente a la Universidad del Valle y Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia ,para el acceso a la base de registros asumiendo los compromisos de confidencialidad, previo a la recepción de la documentación asumiendo el compromiso ético y profesional , aceptando correcto uso de la información anónima respetar su reserva y el uso específicamente académico de los datos en dicho archivo se anexa (ver anexos), para garantizar tanto a la Universidad CES, Universidad del Valle y demás colaboradores incluyendo a los adultos mayores participante en el territorio nacional a través de la encuesta demográfica SABE 2015 recolectada, no se posee conflicto de intereses.

En cuanto hace mención a los intereses y el bienestar de las personas tendrán prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad, se respetará la dignidad humana, de igual forma la privacidad y la confidencialidad de la información, sólo se utilizará para fines distintos de los que determinaron su disposición o para los que se obtuvo el consentimiento, así como los resultados de

los mismos y consignados en los artículos 17 y 18 de la ley estatutaria entorno a la protección de datos personales en Colombia (267).

Según lo estipula el código de Núremberg en busca de resultados fructíferos para el bien de la sociedad debe ser conducido de manera tal que evite todo sufrimiento y daño innecesario sea físico o mental(268) ,así mismo la resolución de situaciones que alteren el bienestar y de alguna forma de los derechos humanos(269) ,en especial , cumplir a cabalidad los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad orientado en la responsabilidad deontológica del ejercicio profesional en Colombia en cualquier ámbito en el que se desempeñe en el territorio nacional (270).

Este estudio fue aprobado por el Comité operativo de investigaciones la Universidad CES mediante acta No.189;16 de abril del 2018. Anexo Acta 189 Proy007.

7. Resultados

En este primer aparte se expondrán los estadísticos descriptivos para analizar la influencia de los factores dentro del contexto regional geográfico en la construcción de la percepción de estado de salud en los ancianos residentes en el territorio colombiano.

Dicho análisis se hará iniciando por las características demográficas, seguido por los rasgos económicos, se continua con las interacciones sociales, el nivel de independencia y capacidad funcional en actividades básicas cotidianas (ABC), percepción de religiosidad o espiritualidad, las prevalencias de multimorbilidad concluyendo con el área de percepción del afecto; donde se indagó sobre síntomas y signos por tamizaje de depresión e indicios de maltrato.

Por otro lado, se utilizarán se expresaron en razones y proporciones para facilitar la comprensión de las características, las estimaciones puntuales, intervalos de

confianza del 95%, calcular medidas de impacto potencial además en el presente texto para mayor comprensión.

Estos serán divididos en el análisis de las variables cuantitativas y cualitativas. Finalmente se realizó un análisis factorial con cualificación óptima por medio de análisis de componentes principales para identificar en la construcción de la percepción del estado de salud de los adultos colombianos.

1. Explorar en las personas mayores encuestadas en la SABE Colombia 2015 el nivel de percepción del estado de salud en las 6 regiones geográficas.

6. Percepción del estado de la salud poblacional

Resultado multidimensional”(103);el principal indicador predictor de sobrevivencia ante la morbilidad y mortalidad al igual que los scores clínicos para evaluar y predecir la evolución del estado de salud en el tiempo (98) pesar de ser una medición subjetiva que integra factores biológicos, mentales, sociales y funciones del individuo (51). Tiene precisión para monitorear la calidad de vida y de salud indirecto. A pesar de su alta subjetividad es útil como indicador de salud pública ; ello confirma lo expuesto utilidad sobre la percepción de salud general en relación con la mortalidad en adultos mayores con una negativa de salud general (104).

De manera análoga, Gonzáles y colaboradores, puntualiza en el caso de la percepción de salud; esta es examinada por dos personas diferentes y ambas pueden razonar asumir su salud positivamente, a pesar de encontrarse en circunstancias y contextos muy distintas. Asociado al conjunto de experiencias, recursos y bienes tangible e intangibles sean diferentes y en condiciones de desigualdad entre una persona y otra (61) Se divide en:

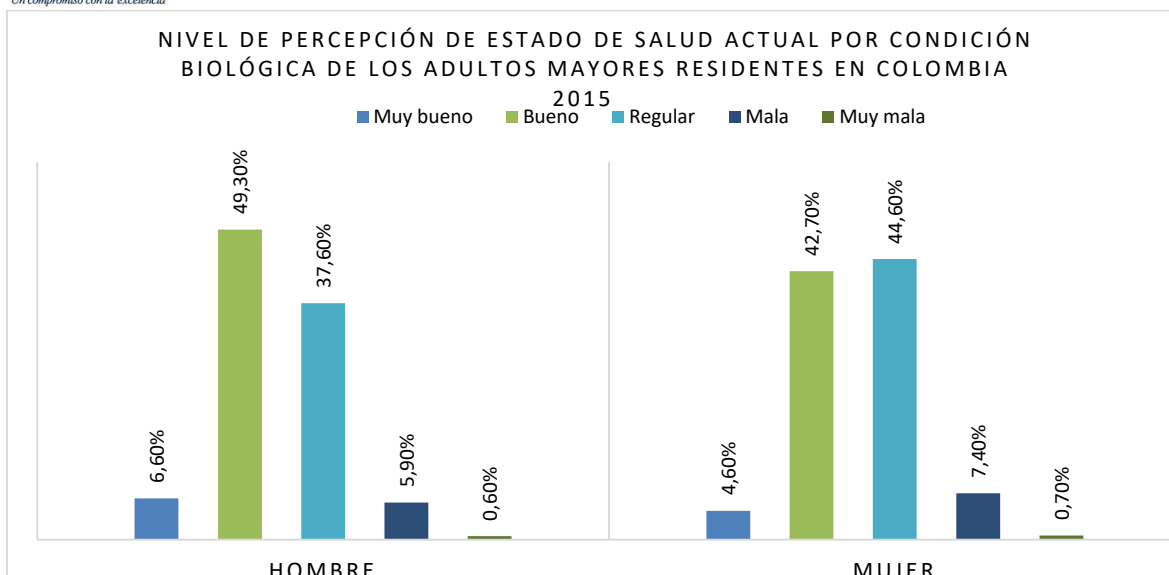
Percepción del estado de salud actual individual

En la información recolectada sobre la apreciación personal menor de 30 días se encontraron 82,4% (4.358.957) con datos relevantes sin embargo no aportaron para la comprensión el 17,2% (932.623) de los datos. En general, la percepción de los adultos mayores sobre su salud es buena en un 45,7% (1.993.411), seguido por el 41,4 % (1.803.144) como regular en las regiones geográficas, el 5,6% (242.476) la refiere muy buena y solo el 0,7% (28.348) muy mala.

Presentaron una mejor percepción del estado de salud los hombres que las mujeres (figura 8); especificado en ellos prevalece en un 49,3% (997.973) auto reconocen buena salud, seguido de 37,6% (761.600) en dicha población como regular, sólo el 6,6% (134.404) refieren muy buena salud, muy mala 5,9% (119.827) y sólo 6 de cada 1000 hombres adultos mayores perciben su salud como muy mala (11.603).

Por condición biológica contrastan las mujeres quienes en un 44,6% (1.041.543) tienen una perspectiva regular de su salud, el 42,7% (995.438) con un buen estado de salud, un 7,4% (171.753) adultos mayores afirmaron asumir una mala salud, muy buen estado de salud el 4,6% (10.871) y sólo 7 mujeres mayores de 1000 mujeres manifiestan poseer muy mala percepción de salud (16.741).

Figura 8. Distribución porcentual de los adultos mayores, según nivel de percepción de estado de salud actual por condición biológica. Colombia 2015, Encuesta SABE.



Por clasificación por edad según las Naciones Unidas, los adultos mayores jóvenes refieren presentar una buena percepción del estado de salud 47,9% (1.688.369), regular estado de salud en un 39,4% (1.390.440), el 6,4% (208.215) refirió muy bueno y sólo 5 de cada 100 personas refieren muy mal estado. Los intermedios, es decir; entre 75 a 80 años se encuentran en un 50,1% (253.643) en regular estado de salud, un buen estado de salud fue referido por el 36,5% (184.784); en mínima aportación se observa que el 4,4% (13.066) percibe muy buena salud y sólo el 1,6 adulto mayor de cada 100 una mala percepción sobre su salud.

En el grupo de 80 a 89 años; en los viejo-viejos se reitera una mayoritaria proporción en regular percepción del estado de salud con 47,5% (141.109), el 38,3% (113.883) refirió una buena salud, seguido de menor peso porcentual del 8,7% (25.759) estimó su salud como mala, sólo 4,4 adultos mayores de cada 100 refieren una muy buena salud y finalmente el 1,1 de cada 100 adultos mayores poseen una muy mala salud.

Por otro lado, los antepasados; entre los 90 a 99 años, en ellos persiste el 66,8% (17.937) una marca percepción regular sobre su estado de salud y por su parte una minoría en el 20,8% (5.581) tuvo una buena percepción del estado de salud, consecuente una mala salud fue apreciada por el 8,7% (25.759) de su población para cerrar, por cada 4,4 de adultos distinguen su muy buena salud concluyendo una mala salud fue reportada por 168 ancianos (0,6%) de dicho intervalo etario.

Los centenarios comprendidos por quienes tienen 100 o más años sólo se congregaron entre dos grupos una buena percepción de salud equivalente al 98,3% correspondiente a 794 adultos mayores y el otro subgrupo con sólo 14 adultos refieren regular percepción del estado de salud; 1,7 adultos mayores de cada 100 compartieron esta configuración.

En los diferentes territorios colombianos se identifica en la región que lidera la Atlántica con el 49,3% (364.005) con buena percepción, seguido de Bogotá; región con menor porcentaje (tabla 7). Por su parte; en el índice presenta un mínimo porcentaje de muy buena percepción de estado de salud de los adultos mayores entre las regiones en la Central se observa un mayor porcentaje por región geográfica, seguido de Bogotá, Pacífico, Atlántico, Oriental y finalmente Orinoquia/Amazonia. La región con mayor regular percepción del estado de salud actual es la Oriental y en último lugar es la región Atlántica, entre negativa percepción el primer lugar lo ocupa la región Orinoquia/amazonia y en ultimo con menor porcentaje Bogotá D.C; en especial la región Central resalta en muy mala 0,9% (10.911) y menor porcentaje la Atlántica en un 0,2% (1.553).

Tabla.7 Distribución porcentual de los adultos mayores, según percepción del estado actual de salud por regiones geográficas. Encuesta SABE, Colombia, 2015.

Región Geográfica		Muy bueno	Bueno	Regular	Mala	Muy mala	Total
Central	Frecuencia	104.065	492.200	471.508	85.945	10.911	116.462
	%	8,9%	42,3%	40,5%	7,4%	0,9%	100,0%
Oriental	Frecuencia	16.992	319.162	344.233	60.878	4.171	745.436
	%	2,3%	42,8%	46,2%	8,2%	0,6%	100,0%
Pacífica	Frecuencia	39.578	390.463	330.317	57.289	5.561	823.208
	%	4,8%	47,4%	40,1%	7,0%	0,7%	100,0%
Atlántica	Recuento	22.900	364.005	294.520	55.986	1.553	738.964
	%	3,1%	49,3%	39,9%	7,6%	0,2%	100,0%
Orinoquia	Frecuencia	592	27.063	29.831	6.732	522	64.740
Amazonia	%	0,9%	41,8%	46,1%	10,4%	0,8%	100,0%
Bogotá	Frecuencia	58.349	400.518	332.735	24.748	5.630	821.980
	%	7,1%	48,7%	40,5%	3,0%	0,7%	100,0%
Total	Frecuencia	242.476	1.993.411	1.803.144	291.578	28.348	4.358.957
	%	5,6%	45,7%	41,4%	6,7%	0,7%	100,0%

En área de residencias se observa un comportamiento similar en ambas percepciones, es decir mientras en las urbes se destaca una buena percepción de salud con un 46,6%

(1.630.244) comparado con un 42,1% (36.167) en la ruralidad el cual ocupa la siguiente posición. Por área rural se observa un regular estado de salud con un 44,2% (381.277) sin embargo en la cabecera urbana en segundo lugar con el 40,7% (1.421.866) menor. En el resto de conservan iguales porcentajes, es decir; el 2,8 % (24.400) refirió muy buena salud del campo a la igual muy mala salud tanto en cabecera municipal 0,7% (22.701) adultos mayores y en el campo se observa el 0,7% sólo 5.648 de ellos lo afirmó y sólo el 6,2% (218.076) de adultos mayores residentes en las urbes tiene muy buena salud.

Según estrato socioeconómico se observa en nivel uno o bajo-bajo ; el mayor porcentaje dentro de este estrato refirió mala con el 41,6% (121.209), el 36,3 % (10.286) de dicho nivel corresponde a muy mala, el 27,2% corresponde a regular; contrasta con una minoría porcentual se identifica en buena en el 23,1% (460.590) de las personas mayores residentes y finalmente sólo 18,1% (43.879) tiene una percepción muy buena del estado de salud. En el nivel bajo predomina con se observa predominante una muy mala percepción del estado de salud con 42,4% (12.027); seguido el 41,6% (748.941) la define como regular en el 39,8% (793.189) de dicho nivel tener una buena percepción de su salud, por otro lado, una buena percepción sólo fue evidenciada en el 39,8% (793.189) y sólo el 34,8% (84.277) poseen una muy buena percepción de estado de salud.

En medio bajo 7,4 de cada 100 personas mayores residentes en dicho estrato refieren tener muy buena percepción del estado de salud con el 35,5% (86.149) de la población residente, en orden ascendente sigue el 28, % (558.100) de la población con una buena, una regular percepción fue reportada por 25,6% (461.931), muy mala se identificó el 20% (5.695) de población, y para cerrar el 18,2% (53.171) de residente en dicho nivel reportó mala su salud.

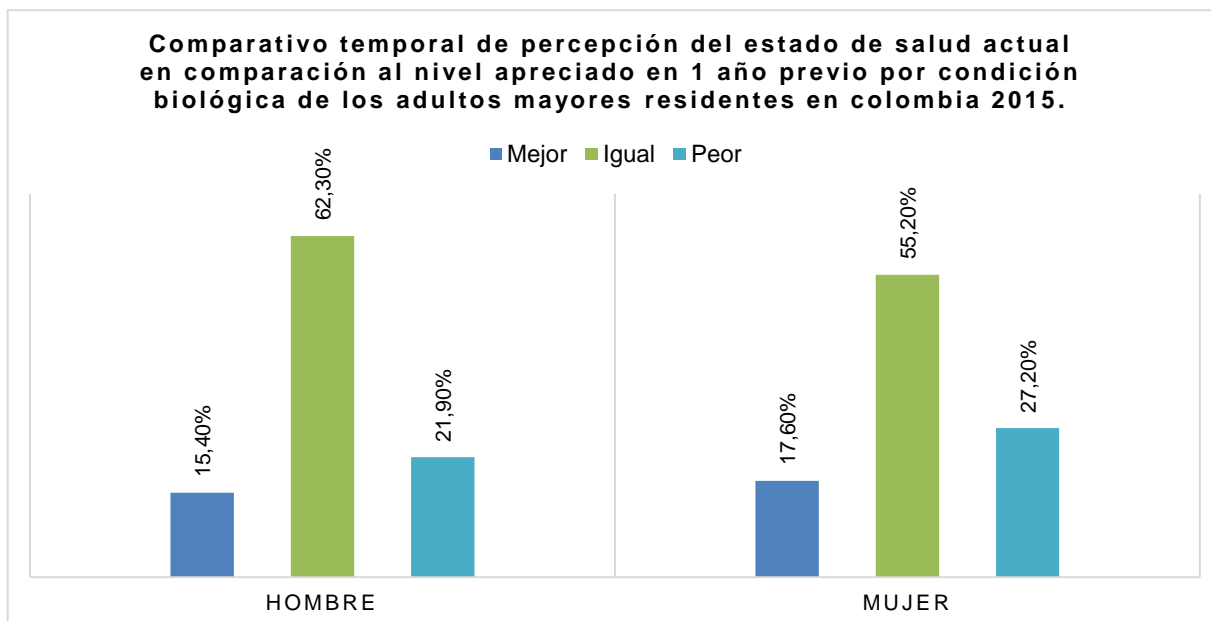
A medida que se progresa en los niveles socioeconómicos mejora el porcentaje de la percepción; en nivel medio el 6,7% (16.293) tienen muy buena, el 5,9% (116.948) en buena, sigue el 4,4% (78.470) como regular y en menor proporción mala con el 2,8% (8.227) y sólo el 1,2% correspondiente a 341 personas interpretan su salud como muy mala. Así mismo en medio alto y alto con una mayor representación en positiva percepción comparado con su contraparte; el 4,9% (11.878) en muy buena sumado a ello el 3,2%(64.585) la observa su salud como buena, por su parte regular sólo 1,3% (23.131) y mala sólo 1.588 personas, ningún integrante reportó su salud como muy mala.

Comparativo temporal de la percepción del estado salud actual contrastada con la misma hace 365 días.

Se contó con un 17,6% (932.623) corresponde a datos que no aportaron información sobre este ítem, para labor en dicho se trabajó con el 82,1% muestral (4.346.779). El 16,6% (721.207) de la población refiere al contrastar su salud actual con respecto a un año previo evidencian mejor apreciación del estado de salud en las mujeres 17,6% (409.883) que los hombres en un 15,4% (311.324) (Figura 9); es decir, 56,8 mujeres y 43,2 hombres de cada 100 reportan mejor apreciación de su salud. De igual manera entre más jóvenes mejor percepción comparativa; se evidenció en los menores de 74 años con el 16,8% (590.941) seguidos los intermedios con 16,3% (82.228) personas, posteriormente los muy viejos – viejos; entre 80 a 89 años representan el 9,8% (2.633), y ninguno de ellos es centenario.

Según estratificación socioeconómico cabe resaltar una positiva valoración de su salud en comparación a un año; el 25,6% (25.950) de los residentes en estrato medio alto y alto, el 18,9% (212.252) piensan que están mejor que hace un año viven en bajo-bajo, continua el 15,8% (274.955) de los habitantes del bajo, seguido en el bajo con el 15,8% (274.955) y concluye con el 11,4% (25.114) en nivel medio; de ellos el 16,9% (588.041) residen en cabecera municipal refieren mejor percepción comparativa en menor porcentaje quienes residen en el campo el 15,5% (133.166).

Figura 9. Distribución porcentual de los adultos mayores residentes en Colombia 2015, según condición biológica al realizar comparativo temporal de percepción del estado de salud actual contrastado con el mismo apreciado en 365 días previos. Encuesta SABE.



Con respecto al comparativo a 365 días previos; quienes reportaron sin alguna modificación la mayoría se identifica su estado de salud sin modificación en un 58,7% (2.552.331); por condición biológica con convencimiento porcentual en un 62% (1.266.250) de los hombres y el 55% (1.286.081) de las mujeres; hay 62,7 hombres y 55,2 mujeres con dicha apreciación por cada 100 individuos (figura 4).

Por grupos de etarios el 81,5% de los centenarios; es decir 658 personas no ven ningún cambio, seguido de los más jóvenes (menores o iguales de 74 años) el 59,8% (2.104.141), seguidos del 55,1% (277.102) de los intermedios, el 53% (158.524) de los viejos- viejos comparten la misma posición y contrasta con el 44,3% (11.906) de los antepasados continúan con igual discernimiento.

Sin cambio en la percepción sobre su salud se evidencia un descenso en orden decreciente; desde el nivel medio alto y alto el 69,3% (70.084), consecuente el nivel socioeconómico medio con el 64,6% (141.990), sigue el medio bajo el 63,8% (745.068) con menor porcentaje en niveles bajos el 59,5%(1.034.459) del nivel bajo y el 50,1% (563.731) de quienes residen en bajo-bajo. Según área de residencia se observó igual comportamiento al realizar un comparativo donde el 60% (2.091.473)

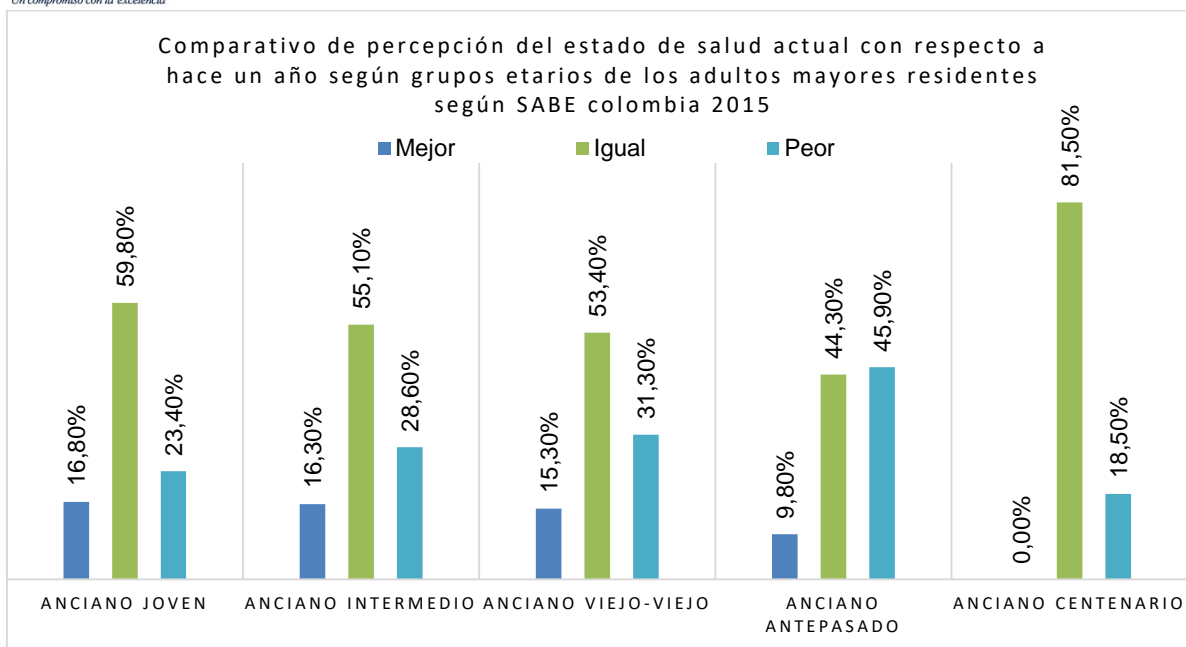
de quienes residen en las urbes y el 53% (460.858) de quienes residen en el campo no evidencien cambio alguno.

El 24,7% (1.073.239) de los adultos evidencia una modificación negativa con un peor estado de salud en semejanza un año previo; por condición biológica se evidencia el 21,9% (441.1169) de los hombres comparten esta percepción con el 27,2 % (632.017) de las mujeres adultas mayores residentes en Colombia; cabe resaltar que por cada 58,9 mujeres. Por su parte por grupo etario allí lideran el 45% (12.314) de los antepasados, hay 41,1 hombres con peor estado del estado de salud al compararse 365 días previos. Por grupos etarios resaltan los viejos-viejos; entre 80 a 89 años donde el 31,3% (92.984), el 28,6% (143.851) de los ancianos intermedios, el 23,4% (823.941) de los ancianos jóvenes lo refiere y sólo el 18,5% correspondiente a 149 ancianos centenarios (figura 10).

Lideran los residentes en niveles socioeconómicos bajos con la peor percepción auto referida consecuentemente el 31,1% (349.518) viven bajo-bajo y el 24,6% (428.294) en bajo, el 24,1% (53.017) hacen parte de quienes tienen peor discernimiento de su salud pertenece al nivel económico medio, por su parte en medio bajo sólo el 20,4% (237.264) y finalmente sólo el 5,1% (5.147) pertenece a los niveles más altos.

Las personas mayores residentes en área rural dispersa en un 30,9% (265.752) han referido peor salud en comparación a un año inmediatamente anterior con respecto a las personas residentes en cabecera municipal con un 23,2% (807.488) con igual percepción.

Figura 10. Distribución porcentual de los adultos mayores residentes en Colombia, por grupos etarios al realizar comparativo de la percepción del estado de salud actual vs dicha apreciación hace un año, según SABE Colombia 2015.



Por regiones geográficas colombianas en el 16,6% (721.207) se evidencia una mejor percepción de estado de salud al realizar comparativo entre el momento actual con un año previo, el 58,7% (2.552.331) no observa ningún cambio absoluto entre este momento comparado a 365 días y sólo el 24,7% (1.073.240) percibe una marcado empobrecimiento en su estado de salud ; el 22% (162.590) residen en la región con mayor representación en dicha es la Atlántica; seguidos por el 19,3 % (158.100) en el Pacífico (tabla 11) y sólo el 15,6% (128.092) con la menor representación en la capital.

Por su parte en la región donde se percibe sin modificaciones en el estado de salud en mayor proporción en la región Oriental con 61.5 adultos mayores por cada 100 residentes en dicha zona al igual que Bogotá donde 61,4 adultos mayores por cada 100 residentes no manifiestan cambios, contrasta con la región Atlántica con la menor posición en este; con 51,1 personas por cada 100. Al responder por peores condiciones de salud y vida en comparación a un año lidera la región Amazonia y Orinoquia sigue la Central en contraste el territorio capitalino en penúltimo y el menor porcentaje reside en la zona Pacífica.

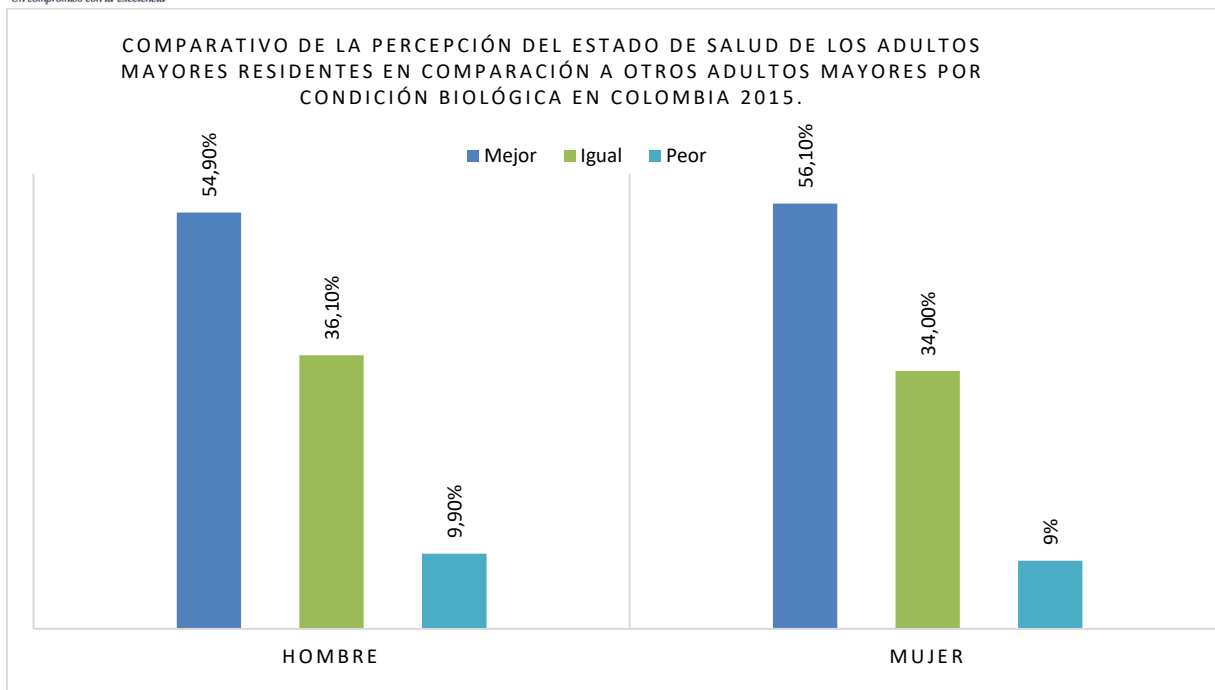
Tabla 11. Distribución porcentual de los adultos mayores según región geográfica de residencia en relación a la percepción del estado de salud en comparativo en dicho ítem en 365 días previos.

Región Geográfica		Mejor	Igual	Peor	Total
Central	Frecuencia	154.228	702.756	303.887	116.0871
	%	13,3%	60,5%	26,2%	100,0%
Oriental	Frecuencia	106.779	457.995	179.818	744.592
	%	14,3%	61,5%	24,1%	100,0%
Pacífica	Frecuencia	158.100	476.986	184.432	819.518
	%	19,3%	58,2%	22,5%	100,0%
Atlántica	Frecuencia	162.590	77.607	198.487	738.684
	%	22,0%	51,1%	26,9%	100,0%
Orinoquia y Amazonia	Frecuencia	11.418	34.369	18.675	64.462
	%	17,7%	53,3%	29,0%	100,0%
Bogotá	Frecuencia	128.092	502.618	187.941	818.651
	%	15,6%	61,4%	23,0%	100,0%
Total	Frecuencia	721.207	2.552.331	1.073.240	4.346.778
	%	16,6%	58,7%	24,7%	100,0%

Percepción del estado de salud comparativa con respecto a otros contemporáneos.

La muestra contó del 79,2% (4.191.138) con datos de los adultos mayores y el 17,6% (1.101.179) corresponde a datos que no aportaron información sobre este ítem. En general el 55,5% (2.327.117) de los adultos mayores encuestados ha asumido una mejor autopercepción de su estado de salud al compararse con sus pares; por condición biológica la mejor percepción al compararse con otros adultos mayores se encuentra en las mujeres con 56,1%(1.254.706) y seguido de los hombres en un 54,9% (1.072.411) (Figura 12). Entre las regiones geográficas entre sus residentes resalta la capital del país con el 64% (515.934) de los adultos mayores con mejor autopercepción de su salud entre pares y la Oriental evidencio el menor porcentaje de la categoría por región sólo con el 48,6% (347.851) (tabla 9).

Figura 12. Distribución porcentual del comparativo de la percepción del estado de salud de los adultos mayores residentes en el territorio colombiano según condición biológica ante la comparación con otros adultos mayores. Encuesta SABE 2015.



Quienes residen en cabecera municipal presentan el 58,3% (1.970.647) de mejor percepción por su parte el 43,8% (356.470) viven en el área rural disperso. Según estrato socioeconómico quienes poseen mejor percepción se ubica con el 61,4% (683.137) en nivel medio bajo, seguido del medio con el 60,1 % (130.157), prosigue el nivel bajo 55,5% (935.449) de su grupo; este grupo representa el 40,2 % de las personas con mejor percepción del estado de salud respecto sus pares; el 49,4% (531.766) de los residentes de bajo-bajo se identifican en dicha y finaliza en el nivel medio alto y alto con 46,8% (46.608) de quienes residen allí.

Así mismo por grupo etario los adultos mayores centenarios con mejor apreciación con respecto a sus pares representan el 18,5% sólo 149 ancianos de 100 y más años se perciben en mejores condiciones siendo el grupo minoritario en los 5 grupos etarios. Cabe resaltar, en general los demás grupos son más equitativos: el 47,7% (11.526) de quienes están entre 90 a 99 años; los antepasados, le siguen los intermedios entre los 75 años a 80 años con el 52,4% (249.317) de sus integrantes, los viejos-viejos entre 80 a 89 años representan el 52,9% (148.700) y el grupo etario con mejor autopercepción de su salud comparativo con sus pares son los ancianos jóvenes con el 56,2% (1917.425) individuos.

Tabla 13. Distribución porcentual de la percepción del estado de salud de los adultos mayores, al reportar comparativo con otros adultos mayores residentes en Colombia 2015 según región geográfica. Encuesta SABE.

Región geográfica		Mejor	Igual	Peor	Total
Central	Frecuencia	599.897	387.817	132.739	1.120.453
	%	53,5%	34,6%	11,8%	100,0%
Oriental	Frecuencia	347.851	296.877	71.656	716.384
	%	48,6%	41,4%	10,0%	100,0%
Pacífica	Frecuencia	444.552	263.344	75.692	783.588
	%	56,7%	33,6%	9,7%	100,0%
Atlántica	Frecuencia	385.490	253.566	66.623	705.679
	%	54,6%	35,9%	9,4%	100,0%
Orinoquia y Amazonia	Frecuencia	33.393	20.325	5.663	59.381
	%	56,2%	34,2%	9,5%	100,0
Bogotá D.C	Frecuencia	515.934	244.005	45.715	805.654
	%	64,0%	30,3%	5,7%	100,0%
Total	Frecuencia	2.327.117	1.465.934	398.088	4.191.139
	%	55,5%	35,0%	9,5%	100,0%

En la población total sólo el 35% (1.465.934) donde no evidenciaron cambio en percepción de estado de salud al confrontar con otros adultos mayores contemporáneos predominan el 41,4% (296.877) perceptible talante en la región Oriental el grupo se refiere al compararse con otras las personas mayores sin cambios al contrastar con iguales lidera con una minoría poblacional poco representativa del 30,3% (244.005) describieron sentirse igual a sus pares en Bogotá D.C (Tabla 13).

Al puntualizar por el área de residencia se observa un estasis en la percepción con mayor predominio en el área rural con un 39,0% (316.956) y sólo el 34,0% (1.148.978) en las urbes con igual percepción del estado de salud; el mayor concentración por nivel socioeconómico ubicado en el medio alto y alto con el 50% de su población se apreció sin modificaciones en su salud con respecto a sus pares, prosigue en nivel bajo con el 36,5% (614.928), el 35,2% (76.336) del nivel medio continua menor presentación del 34,8% (374.128) en el bajo-bajo y menor porcentaje fue el 31,5% (350.790) de la población en el nivel medio .

Adicional a ello, en los hombres lideran en conformidad al realizar dicha comparación se encuentra en un 36.1% (705.331) y en las mujeres en 34% (760.603) no observan diferencia con respecto a la salud de su iguales Por su parte los adultos mayores centenarios el 81,5%

(658) perciben en su mayoría iguales condiciones en el estado de salud al compararse con pares, el 37,8% (179.699) de quienes se integran el grupo entre 75 a 80 años de edad aprecian tener iguales condiciones de salud, en el 37,7% (9.101) comparten esta observación en el grupo de 90 a 99 años (antepasados) los viejos-viejos refirieron el 36,1% (101.136) en iguales circunstancias que sus semejantes y finalmente el menor porcentaje reside en los jóvenes con 34,5% (1.175.039).

Del total de los encuestados sólo el 9,5% (398.088) manifestó abiertamente peor estado de salud al prestar atención al diferenciarse con sus contemporáneos; por condición biológica se evidenció en el 9,9% (222.584) son mujeres y el 9% (175.504) son hombres.

Por su parte en región geográfica se evidenció mayor participación en esta clasificación en las regiones geográficas Central y Oriental contrasta con el menor número de personas con dicha apreciación en Bogotá D.C(Tabla 9); se acentúa una peor percepción del estado de salud en los campos con un 17,6% (139.854) y un ínfimo porcentaje del 7,6% (258.233) personas residentes en las urbes.

En esta posición hubo una minoría del 9,5% (398.088) quienes identificaron su situación actual peor al observarse con sus pares etarios ; el mayor peso porcentual lo tienen los antepasados con un 14,6% (3.540), sólo el 11% (30.802) en los viejos-viejos pertenecientes entre los 80 a 89 años de edad del total del subgrupo, en los intermedios pertenecientes entre los 75 a 80 años la representación fue del 9,8% (46.477) y sólo el 9,3% de los jóvenes con 74 años o menos aprecia su salud como peor al confrontar con sus pares.

El mayor peso porcentual dentro de la categoría peor percepción en comparación a sus pares lo obtuvo el nivel socioeconómico bajo-bajo con el 42,7%(169.941) a su vez corresponde al 18,8% entre los niveles socioeconómicos en orden ascendente en los niveles el 8,1 % (136.360) en nivel bajo, seguido de 7% (78.414) en medio bajo, el 4,7% (10.164) en medio y sólo el 3,2% equivalentes a 3.208 adultos mayores residentes en nivel medio alto y alto.

Describir el comportamiento y distribución de los factores demográficos, económicos, capacidad funcional, interacción social, percepción de afecto,

interacción social y multimorbilidad en las personas mayores en las 6 regiones geográficas, encuestados en la SABE Colombia 2015.

6.1 Características demográficas de los adultos mayores.

Estructura etaria, condición biológica y área de residencia de la población objeto de estudio

Según los aspectos demográficos individuales puntualizados se observó la población de personas adultas mayores encuestada en el país presentó una edad promedio de 69,81 años, con desviación ($DE \pm 7.94$), edad mínima de 60 y máxima de 108 años. El 50 % de los participantes tiene edad igual o inferior a los 68 años así mismo la diferencia máxima observada en el 50% central fue 12 años (RI).

Al categorizar por cuartiles, se halló el 25% de la población tiene 63 años o menos y el 75% de la mismas posee 75 años o menos, se identificó un comportamiento homogéneo en ambos sexos y con respecto al total poblacional con medidas de tendencia central de posición y dispersión de edad de población. La edad total y diferenciada por condición biológica evidencio una distribución no normal según a la prueba de Kolmogorov- Smirnov con corrección de Lilliefors ($p < 0,05$), (tabla 10).

Tabla 14. Medidas de tendencia central de posición y dispersión de edad según condición biológica de población objeto de estudio SABE Colombia 2015.

Sexo	Tendencia Central			De Posición		De dispersión			
	Media	IC 95%	Mediana	Q1	Q3	DE	CV	RI	K-S
Hombres	68,31	68,3 - 68,32	67	63	72	6,7	11,16	11	0,000
Mujeres	70,07	70,06 - 70,8	68	63	75	8,08	11,53	12	0,000
Población Total	69,81	69,81 - 69-82	68	63	75	7,94	11,37	12	0,000

Q1: cuartil 1; Q3: cuartil 3, DE: desviación estándar, CV: coeficiente de variación; RI: Rango Intercuartil. Prueba Normalidad K-S.

En Colombia se observa diferentes características demográficas con respecto a la distribución en las regiones geográficas conformadas por departamentos con características similares; desde la perspectiva de la clasificación con 3 subgrupos por etapa del ciclo vital, según criterios de actividad económica, intelectual-cognoscitivo, cultural, de salud y de esperanza de vida citando a Martín(115):

Durante en el 2015 la mayor representación porcentual poblacional nacional encuestada de adultos mayores se encontró en vejez inicial o incipiente con un 59,4% (3.010.447) con respecto a la totalidad poblacional encuestada; dicha etapa está comprendida entre los 60 a 69 años, cuando inicia una paulatina transición y adaptación hacia la inactividad económica, se conserva total independencia y buenas condiciones de salud; ello impacta en los demás factores.

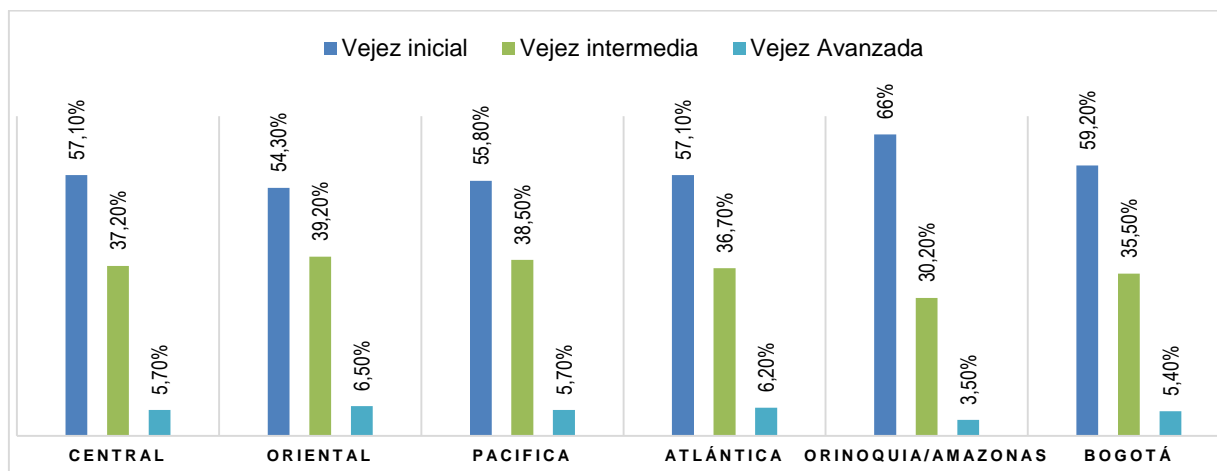
En análisis por regiones lidera Orinoquia con 66,3% (48.471 ancianos), seguido por 59,2% (532.460 ancianos) residen en Bogotá D.C, 2 zonas geográficas del país comparten el 57,1% en la región Central viven 815.166 individuos y en región Atlántica 57,1% reside 571.733 personas adultas mayores, 55,8% (584.431 personas adultas mayores) viven en zona Pacífica, finalmente el 54,3% (458.186 ancianos) residen en zona Oriental (figura 6).

De la población total encuestada se encuentra entre los 70 a 84 años en vejez intermedia estuvo representada el 37,3% (1.974.199 ancianos) ;resalta en esta etapa el cese laboral formal y paulatino que quienes son independientes en el área productiva; se realizan determinadas actividades para conservar la interacción social ,el bienestar enmarcado en la salud mental y física, paulatinamente se aumenta en edad la mortalidad principalmente en los hombres aumenta progresivamente con la prevalencia de enfermedades crónicas algunas conducen cierta discapacidad (115).

Con respecto a la totalidad poblacional por regiones lidera su concentración en zona Oriente con 39,2% (330.988 adultos mayores), por su parte zona Pacífica con el 38,5% (402.739 personas), zona Central corresponde a 37,2% (531.456 personas), le sigue Atlántico con el 36,7% (367.614 habitantes), por su parte Bogotá D.C tiene el 35,5% (319.277 ancianos) y zona con menor población entre dicha etapa es Orinoquia/ Amazonia con 30,2% (22.125 adultos) (figura 6).

Por su parte ,en la SABE Colombia 2015 , es evidente una marcada disminución en la densidad poblacional este grupo representa con respecto al total de la población encuestada solo el 5,8% (307.673) con mayor número de mujeres sobrevivientes es decir por cada 100 adultos del subgrupo de vejez avanzada , comprendida por personas con edad igual o mayor a 85 años; 56,49 son mujeres; como cita Martín “la discapacidad aumenta cada vez más por enfermedades crónicas prevalentes y la incidencia de nuevos procesos patológicos se agudiza la mortalidad (115).

Figura.11. Distribución porcentual de las personas adultas mayores encuestadas SABE 2015 según clasificación de subgrupos de tipos de vejez en el adulto mayor en las diferentes regiones geográficas colombianas.



En las regiones geográficas dentro de dicho grupo de vejez avanzada se observa mayor porcentaje: en zona Oriental con 6,5% (54.412) de los adultos mayores, seguido de la región Atlántica con el 6,3% (62.335) de los adultos mayores. En igual representación porcentual están la región Central correspondiente al 5,7% con 80.665 individuos y el 5,7% (59.454) ancianos residentes en la zona Pacifica con (figura 6), sigue el 5,4% (48.242) son de Bogotá, del total del subgrupo de vejez avanzada y finalmente el 3,5% (2.565) adultos ancianos residen en la Amazonia/Orinoquia colombiana.

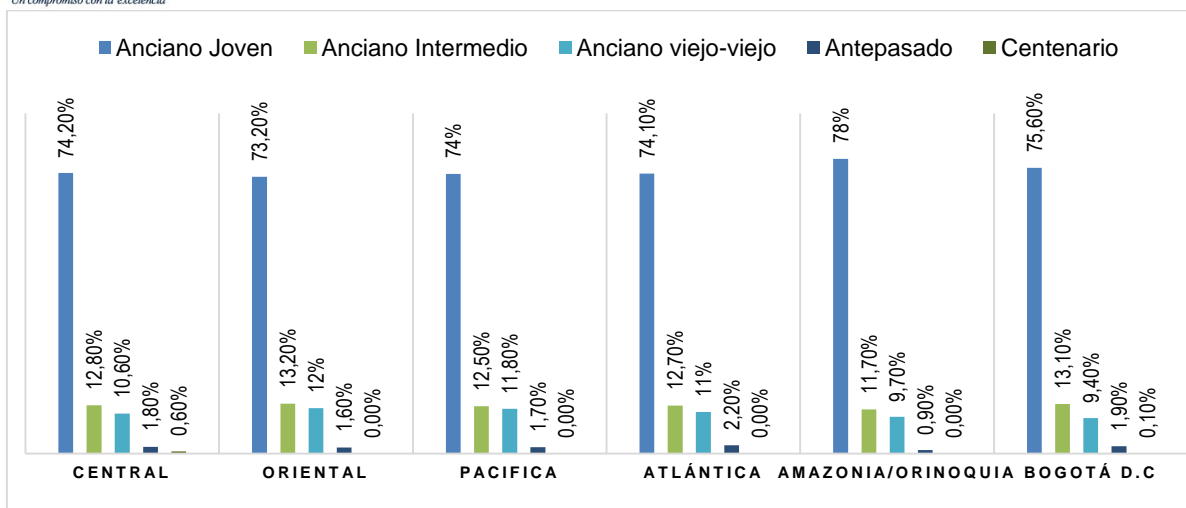
Según la clasificación de las Naciones Unidas sugerida por Gómez y Curcio en Salud del ancianos: valoración (31) advierte que aunque dicha clasificación no es un consenso, estas subdivisiones han permitido identificar tendencias del envejecimiento, en el territorio nacional se observa mayor población en el grupo de los ancianos jóvenes correspondiente a quienes cronológicamente poseen edad menor o igual a 74 años representa el 74,3% del total (3.929.552 personas); por sexo se concentra en un 72,3% de las mujeres y los hombres con 75,9% (figura 7); en distribución comparativa interna de conformación etaria de las regiones geográfica lidera la región Orinoquia/Amazonia posee el 77,7% (56.855 personas) a pesar de su pequeña submuestras, le siguen en orden descendente Bogotá D.C con 75,6% (680.128 individuos), la zona Central representa el 74,2% con 1.058.678 ancianos jóvenes, en región Atlántica constituye el 74,1% (742.023 individuos), región pacífica tiene 74,0% con 774.604 personas, y, por su parte la última región es la Oriental representa en dicho grupo 73,2% (617.264) ancianos jóvenes.

El 12,8% del total general (678.905 personas) pertenecen a los ancianos intermedios entre 75 años a 80 años; con el 13,2% zona Oriental representa a 617.264 adultos, el 13,8% (118.058) adultos mayores intermedios residen en Bogotá, le sigue la región central posee el 12,8% (182.595), zona Atlántica refleja 12,7% (121.368 personas), la región Pacífica el 12,5% (130.607 individuos) y la región Orinoquia/amazónica 11,7% (8.530 personas).

El grupo de “viejos-viejos” corresponden al 10,9% (577.819 individuos); región Oriental corresponde a 12% (101.110 adultos mayores), en la zona Pacífica representa el 11,8% (123.965 personas), en la zona Atlántica con un 11,0% (109.802 personas), la región central representa el 10,6% (151.625), Orinoquia/amazonia tienen 9,7% 7.130 personas y finalmente en Bogotá representa el 9,4% con 84.187 individuos.

En Colombia sólo el 1,8% (96.546 individuos) encuestado pertenecieron a los antepasados; es decir entre los 90 a 99 años. En la región Atlántico son 22.211 personas quienes constituye el 2,2% de los adultos mayores encuestados, en la capital del país conviven 16.811 adultos mayores representando el 1,9%, por su parte en la zona Central corresponde a 26.204 ancianos 1,8% residen, en la región Pacífica coexisten 17.368 sujetos con una mínima representación del 1,7% del total, por su parte en la zona Oriental cohabitan 13.306 personas representada por 1,6%, y finalmente en la región Orinoquia/Amazonia sólo tiene 0,9% con 646 adultos mayores con dichas característica.

Figura 11. Distribución porcentual de los adultos mayores a través de clasificación Naciones Unidas en subgrupos de etarios según región geográfica colombiana de residencia. Encuesta Sabe 2015.



Para concluir; los centenarios, es decir, quienes tienen 100 años o más con sólo representan el 0,2% de población encuestada son 9.494 adultos distribuidos en su mayor porcentaje en la zona Central con 0,6% dentro de la región con 8.184 adultos mayores y Bogotá D.C 0,1% posee 794 individuos; ínfimos porcentajes con el 0,0% ;se hallaron en las regiones Atlántica con 278 personas en este periodo de tiempo, así mismo en la Oriental con 159 individuos y sólo 79 personas con estas características residen en el territorio Pacifico ,por su parte cabe resaltar no encontraron centenarios encuestados en la región Orinoquía/Amazónica (figura 11).

Se evidencian mayor proporción porcentual del envejecimiento en las mujeres a nivel nacional, en las regiones y en los grupos etarios afianzado y confirmando la feminización del envejecimiento especialmente en Bogotá D.C, en la región central con índices de 124,121 en comparación con la nación 120 mujeres por cada 100 hombres mayores de 60 años respectivamente.

Por su parte dentro del contexto nacional la región Orinoquía/Amazonia presenta el más bajo índice de feminización del envejecimiento con 109 mujeres adultas mayores por cada 100 hombres con edad mayor o igual a 60 años. De igual manera a medida que aumenta la edad entre los grupos etarios por quinquenio se observa una mayor feminización del envejecimiento con mayor énfasis a partir de los 70 años en adelante con 130 mujeres hasta alcanzar 142 mujeres por cada 100 hombres por cada 100 hombres con edad mayor o igual a 60 años.

Tabla 15. Distribución porcentual de las personas adultas mayores según condición biológica, por grupos etarios por quinquenio y residencia en regiones geográficas.

Grupo etario	Hombre		Mujer		Población total		
	n	Porcentaje	N	Porcentaje	Total	Porcentaje	Índices de feminización
60-64	806.524	47,05	907.449	52,29	1.713.973	32,4	112
65-69	603.769	46,57	692.703	53,42	1.296.473	24,5	115
70-74	418.439	45,52	500.668	54,47	919.107	17,4	120
75-79	295.061	43,46	383.844	56,53	678.905	12,8	130
80-108	281.676	41,18	402.184	58,81	683.859	12,9	142
Región Geográfica		porcentaje		porcentaje	Total		Índice de feminización
Central	644.054	45,12	783.232	54,87	1.427.287	27,1	121
Oriental	385.460	46,69	458.126	54,30	843.585	15,9	119
Pacífica	479.774	45,84	566.850	54,15	1.046.625	19,8	118
Atlántico	460.762	45,99	540.920	54,00	1.001.682	18,9	117
Orinoquía	34.935	47,75	38.225	52,24	73.161	1,4	109
Amazonia							
Bogotá	400.484	44,49	499.495	55,50	899.979	17	124
Total	2.405.470	45	2.886.848	54,5%	5.292.318	100	120

Según el área de residencia se observó mayor distribución proporcional y porcentual en el territorio nacional el 78% de los adultos encuestados residen en zona urbana equivalente a 2.272.651 individuos contrasta con 614.195 adultos mayores representan el 21,8% quienes viven en el campo; por cada 100 ancianos en el campo hay 357 ancianos viviendo en las cabeceras; este comportamiento es consistente en ambos sexos en los diferentes grupos etarios por quinquenios (tabla 16) con menor peso demográfico en área rural:

En las regiones geográficas por distribución proporcional por tasas, en específico la urbanización de la residencia se acentuó en la capital del país con una representación del 17 % del total nacional (899.979 personas); se identificó que por cada persona con residencia en área rural disperso residen en 483 personas en la cabecera municipal. Igual comportamiento manifestó en la Orinoquia/Amazonia constituye el 1,4 % de la muestra con 73.161 personas adultas mayores del territorio nacional total; es decir por cada 100 ancianos residentes en el campo en la cabecera municipal viven 654; cabe acentúa la aclaración sobre las características geográficas inaccesibilidad para la recolección de los datos y seguridad con amplias zonas selváticas de 2 zonas fueron consolidadas.

La región central con mayor representación en el estudio (el 27%) con 644.055 participantes, se evidenció por cada 100 personas adultas mayor en el campo hay 343 en urbes de dicha región, la región atlántica tuvo una representación de 1.001.682 individuos; donde por cada adulto mayor que reside en el campo hay 304,7 que se encuentran en las cabeceras, el Pacífico colombiano se observó por cada 100 ancianos en el campo hay 285 en las zonas urbanas. Por otro lado, contrasta con la región Oriental (15,9%) con población de 843.585 adultos mayores encuestados; por cada 100 personas que residen en el área rural dispersa en las urbes viven 170,3 adultos de 60 y más años.

Tabla 16. Distribución porcentual del área de residencia por condición biológica por grupo edad por quinquenio y región geográfica.

Mujeres							
Área de residencia	Urbana	%	Rural	%	Total	%	% acumulada
Grupo etario							
60-64	704.875	77,7	202.574	22,3	907449	31,4	31,4
65-69	546.650	78,9	146.053	21,4	692703	24,1	55,5
70-74	392.286	78,4	108.382	21,3	500668	17,3	72,8
75-79	311.163	81,1	72.681	18,9	383844	13,3	86,1
80 y más	317.677	79,0	84.507	21	402184	13,9	100
Región geográfica							
Central	613.202	78,3	170.030	21,7	783.232	27	27
Oriental	293.884	64,2	164.242	35,8	458.126	15,9	42,9
Pacífica	421.286	74,3	145.564	25,7	566.850	19,6	62,5
Atlántica	409.245	75,7	131.675	24,3	540.920	18,7	81,2
Orinoquia/ Amazonia	36.537	91,4	1.688	8,6	38.225	1,3	82,5
Bogotá	498.497	99,8	997	0,2	499494	17,5	100
Total	2.272.651	78,72	614.196	21,27	2886846	100	
Hombres							
Área de residencia	Urbana	%	Rural	%	Total	%	% acumulada
Grupo etario							
60-64	615.505	76,3	191.019	23,7	806.524	33,5	33,5
65-69	692.703	60,0	121.789	40,0	603.769	25,1	58,6
70-74	308.697	73,8	109.742	26,2	418.439	17,4	76,0
75-79	236.181	80,0	58.880	20,0	295.061	12,3	88,3
80 y más	219315	78,0	62.360	22,0	281.675	11,7	100
Región geográfica							
Central	492.017	76,4	152.038	23,6	644.055	26,8	26,8
Oriental	237.621	61,6	147.840	38,4	385.461	16,3	43,1
Pacífica	353.489	73,6	126.285	26,4	479.774	19,2	62,3

Atlántica	344.977	97,2	115.785	25,2	460.762	19,2	82,5
Orinoquia/ Amazonia	33.952	97,2	983	2,8	34.935	1,5	83,4
Bogotá	399.623	99,7	861	0,2	400.484	16,6	100
Total	1.861.679	77,39	543.790	22,6	2405469	100	

6.2 Características económicas de la población objeto de estudio

Los aspectos relacionados con dicho componente son amplios e inciden múltiples factores al ser el resultado del medio cultural, contexto geográfico y la individualidad dando como resultado condiciones particulares de seguridad económica a los adultos mayores expuesto permite entender que influye en la construcción de la percepción del estado de salud. A continuación, se describen los recursos tangibles e intangibles de las personas adultas mayores con las cuales refieren, identificar satisfacer sus necesidades y exposición a riesgos en un país en vías de desarrollo en transición demográfica plena se subdivide por áreas: nivel del estrato socioeconómica y las características de la vivienda, seguridad social, nivel educativo, historia laboral, relación de dependencia financiera, relación ingresos-egreso.

6.2.1 Características de la vivienda.

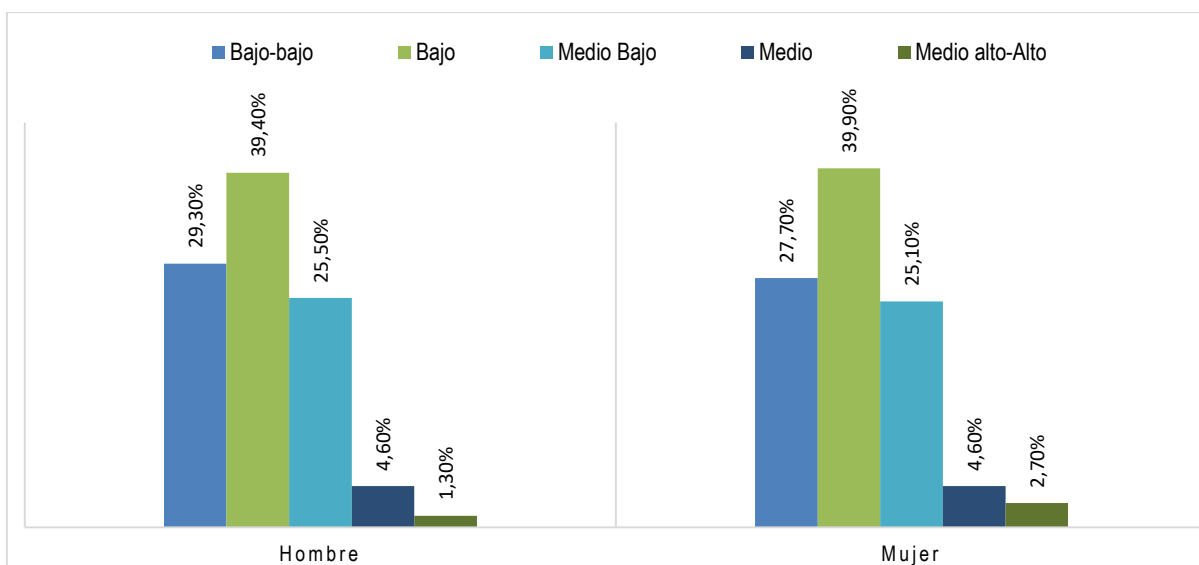
Estratificación socioeconómica de la vivienda de residencia

Según clasificación de estratificación socioeconómica de la vivienda en el territorio colombiano donde residen la población según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en coherencia; la población anciana colombiana está distribuida en 5 niveles, se identifica en este sentido la pertenecía de ambos sexos y regiones geográficas, así:

El 28,4%(1.502.843) al estrato bajo-bajo (nivel 1); el 29,3% (704.031) son hombres y 27,7% (798.812) son mujeres, el 39,7% (2.099.647) pertenece al bajo (nivel 2); es decir, 39,4% (946.816) hombres y 39,9% (1152.831) mujeres. El 25,3% (1.337.929) al medio bajo (nivel 3); la población masculina corresponde a 25,5% (612.662) y la femenina al 25,1% (725.267), en nivel medio 4,6% (244.396) de quienes residen poseen iguales representaciones por condición biológica; 111.079 hombres y 133.317 mujeres, finalmente sólo el 2,0% (107.502) residen en medio alto y alto (nivel 5 y 6); el 1,3% (30.881) población masculina y el 2,7% (76.621) femenina.

Según estratificación social de la población encuestada el 93,4% (4.940.419) de la población adulta mayor reside como máximo en estrato medio bajo (figura 8); en el nivel bajo de estratificación se concentran el 39,4% (946.816) de los hombres y 39,9% (1.152.831) de las mujeres, seguido del nivel medio bajo donde los hombres 25,5% (612.662) y 25,1% (725.267) mujeres adultas mayores colombiana (figura 8).

Figura 12. Distribución porcentual del adulto mayor por condición biológica según la estratificación socioeconómica de la vivienda donde reside en las regiones geográficas colombianas, Encuesta SABE.



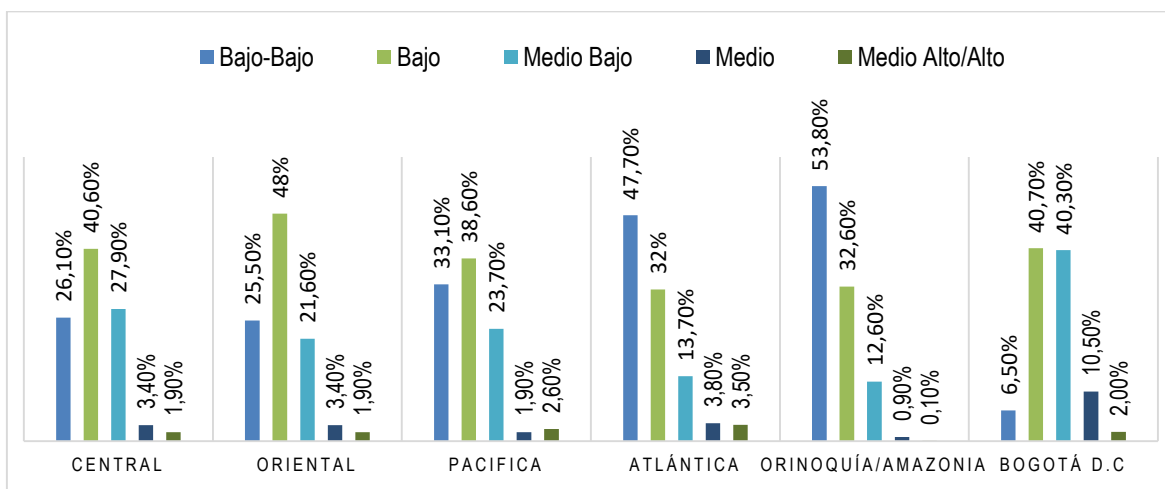
En las regiones geográficas la estratificación socioeconómica, es un reflejo más próximo a la cotidianidad del adulto mayor, en según la estratificación socioeconómica (figura 9); cabe resaltar el comportamiento de la capital del país se observa una concentración en el nivel bajo con un 40,7% (366.428), seguido del medio bajo con 40,3% (362.372), el nivel medio con 10,5% (94.868), el 6,5% (58.612) reside en estrato bajo-bajo y medio alto y alto sólo el 2% (17.698). Por su parte en la zona central se observó una mayor residencia en nivel bajo con 40,6% (580.029), seguido del 27,9% (398.196) en nivel medio bajo, prosigue en nivel bajo-bajo el 26,1% (372.736), sólo el 3,4% (4.146) residen en estrato medio, en el medio alto y alto moraron el 5,3% (76.325) de los adultos mayores residentes en dicha zona.

Así mismo; en la zona Oriental tiene 48,0% (404.621) adultos mayores en estrato bajo, seguido de 25,5% (215.207) en bajo-bajo, el 21,6% (181.902) en medio bajo y finalmente sólo 5,0 % (41.856) residen en medio, medio alto y alto. Por su parte, la mayor representación del nivel de la vivienda donde moraron los adultos mayores en la región Orinoquia/amazónica fue el 53,8% (39.341) es bajo-bajo, segundo lugar; en bajo reside en

el 32,6% (23.851), tercer lugar; en el nivel medio bajo convivieron en el 12,6% (9.231) de los ancianos y cuarto sólo el 1% (738) vive en medio, medio alto y alto (figura 12). En la zona Atlántico en su conjunto en el 47,7% (470.321) de los ancianos residen en bajo-bajo, el 32% (320.605) de personas adultas mayores viven en bajo, 13,7% (137.690) viven en medio bajo y 7,3% (73.065) residen en estratificación medio, medio alto y alto.

En la zona Pacífico los adultos mayores residen en el nivel de la vivienda en mayor relación en el 38,6% (404.113) en estrato bajo, el nivel bajo-bajo se encontró el 33,1% (346.626) de total de esta región, el estrato nivel medio bajo está representado por 23,7% (248.538) de los adultos mayores y finalmente en el nivel medio, medio alto y altos sólo vive el 4,5% (47.348) ancianos (figura 13).

Figura 13. Distribución porcentual de la vivienda de los adultos mayores según la estratificación socioeconómica de la residencia del adulto mayor en las regiones geográficas colombianas, Encuesta SABE 2015.



Modalidad y tipo de vivienda

Según se apreció en el 80 % (4.231.723) de los adultos mayores colombianos reside en casa, el 15,6% (823.081) en apartamento, 1,3% (69.216) en cuarto de inquilinato, 0,9% (48.982) en cuarto de otra estructura, en vivienda indígena el 0,5% (24.455) y el 0,4% (18.827) reside en carpa, vagón, tienda o embarcación.

Cabe resaltar que según la modalidad del hogar con relaciona al total general el 62,5 % (3.260.664) residen en vivienda propia pagada , dicho hallazgo es consistente en los diferente regiones; el 71% (706.689) de la región Atlántica , continua la región oriental con 65,2% (546.175), el 60,8% (855.355) vive en propiedad en la zona central, en Pacifica el

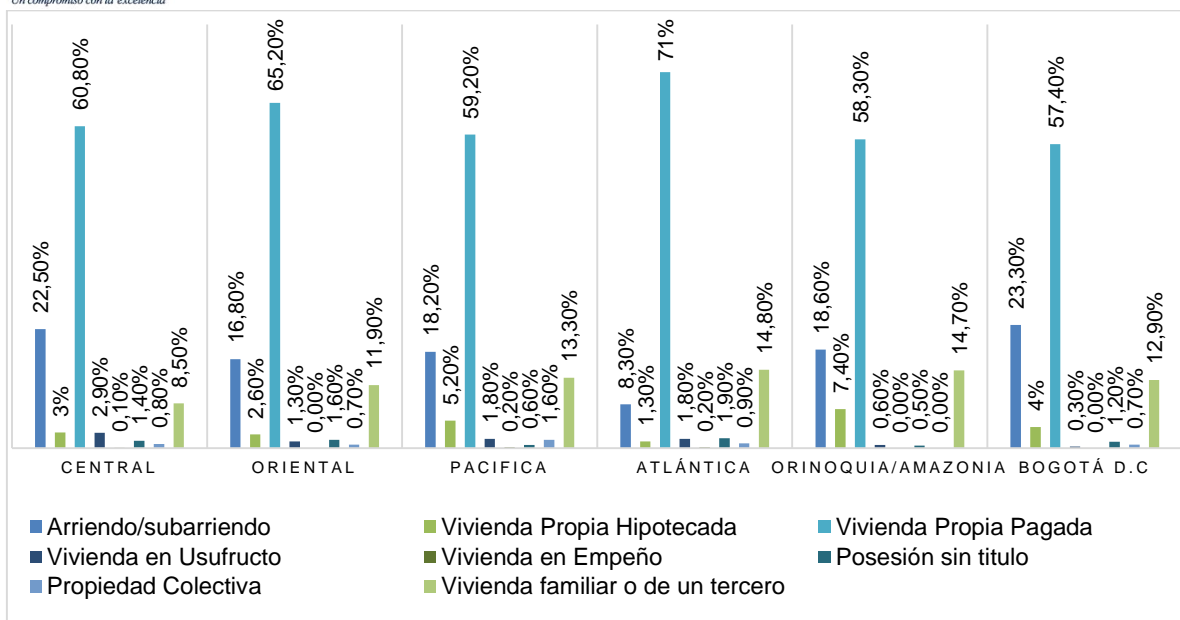
59,2% (603.129), en región Orinoquía/Amazonia se observa un 58,3% (42.452) y la región con menor porcentaje en dicha singularidad es Bogotá 57,4% (506.864) (Figura 10).

Del total de los ancianos colombianos el 17,9% (946.154) del total residen en arriendo/subarrendó; entre las regiones lidera Bogotá con 23,3% (207.694) de los adultos mayores residentes, le sigue de cerca la zona central con 22,5% (315.978) dentro de su región, la Orinoquía/amazonia tiene un 18,6% (13.526) del total de su región, la oriental posee el 16,8% (140.711) de los ancianos viven en dicha modalidad, y la región con menor modalidad es Atlántico donde sólo el 8,3% (82.855) de sus ancianos viven en arriendo/subarriendo (Figura 14).

El 12 % (627.678) personas adultas mayores en territorio colombiano habitan en vivienda familiar o de un tercero; en la región Pacífico se observa mayor concentración 14,8% (147.547) están viviendo en dicha modalidad, se observa un 14,8% (147.547) de ancianos residentes en el territorio Atlántico seguido del 14,7% (10.681) adultos viven en Orinoquía/Amazonia, seguido del Pacífico con el 13,3% (135.302), Bogotá, representa el 12,9% (114.029) por el contrario; presenta los porcentajes más bajos la región Oriental con el 11,9% (99.975) conjunto con la zona central 8,5% (120.144) respectivamente.

La vivienda propia hipotecada representa el 3,2% (169.332) de la población de la tercera edad que habita en Colombia por su parte, el mayor porcentaje está en la región Orinoquía/amazonia 7,4% (5.419), continua con 5,2% (52.591) en la región Pacífica, seguido de Bogotá con 4% (35.489) individuos del distrito capital, la Central tiene 3% (41.591) adultos en dicha modalidad y finalmente las regiones con menor porcentaje en dicha modalidad Oriental con 2,6% (21.679) y región Atlántico con 1,3% (12.563).

Figura 14. Distribución porcentual de la modalidad de vivienda de residencia del adulto mayor por regiones geográficas Colombia 2015. Encuesta SABE.



Del total nacional, los ancianos están en vivienda en usufructo el 1,7 % (90.539), por regiones se evidenció un 2,9% (41.149) personas residen en zona Central, continua en iguales porcentajes de 1,8% en los territorios Pacífico (18.597) y el Atlántico (17.448) individuos dentro de sus regiones respectivamente, en menor porcentaje están zona Oriental con 1,3% (10.623) y 0,8% (42.452) en la región Orinoquía /Amazonia (Figura 10). Seguido del 1,3% (68.634) del territorio nacional reside en calidad de posesión sin título en el territorio nacional, en las regiones se observa que en el 1,9%(18.961) la región Atlántico, prosigue la zona Oriental con 1,6% (13.232), 1,4% (19.284) residen en la zona Central, y las regiones con menor representación porcentual respectivamente son los territorios del pacífico 0,6% (6.431) y el 0,5% equivalente a 354 adultos mayores residentes en la Orinoquia/amazonia.

Para concluir, las menores representaciones a nivel nacional en la modalidad de la vivienda en población adulta mayor total residen en propiedad colectiva con un 0,9% (47.907) con mayoritaria participación en el territorio el Pacífico con 1,6% (16.185), seguido de la región Atlántico con el 0,9% (8.602), continúa Bogotá D.C con 0,7% (5.967) y en igual porcentaje zona Oriental con 5.648 y para finalizar el 0,0% de la Orinoquia/amazonia sólo 19 adultos mayores residen en dicha modalidad.

Otra dependencia en mínimo perfil; la vivienda en empeño en Colombia tuvo una representación del 0,1% (4.604) adultos mayores sin representaciones la región Orinoquia y amazonia ni en capital del país, minoritariamente el 0,0%(67) personas en la Oriental, sin

embargo, se encontró un 0,2% (1.950) en zona Pacífica, el 0,1% con 1.377 personas mayores en la central y 1210 adultos mayores en Atlántica. (Figura 14).

6.2.2 Seguridad Social

Los aspectos relacionados con la seguridad social fueron estudiados mediante la encuesta aplicada a los mayores de 60 años en territorio nacional relacionado con las características de afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), al fondo de pensiones individual o solidario. Se encontró una pérdida de información del 1% (3.325) de las personas mayores encuestadas refirieron no desconocer su pertenencia a alguno de ellos o decidieron no responder por esta razón se omite dicha información para el análisis.

Afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS):

El 99,9% (5.288.993) de la población adulta mayor colombiana se encuentra afiliada en los diferentes regímenes del sistema de seguridad social; oscilando entre el 45% (2.403.508) y 54,6% (.2885.485); tanto en hombres como mujeres en similares proporciones incluyendo el régimen especial 1,5% (81.921) dicho comportamiento se descarta en régimen excepción representa el 0,4% (22.370) y vinculados donde existe mayor porcentaje masculino.

Los no afiliados al SGSSS o vinculados son el 2,2% (115.591) de los adultos mayores estudiados no dieron razón de la aseguradora del régimen de salud a la que pertenecían tiene una mayor proporción de población masculina 2,9% (68.733) frente a la no afiliación femenina solo 1,6% (46.858); es decir por cada 10 mujeres afiliadas hay 14,5 hombres vinculados (Figura 11).

Así mismo según dividiendo poblacional de mayor a menor según la estratificación se observa en el régimen contributivo se concentra; es decir, el 95,5% (102.636) en los estratos medio y medio alto y alto, el 81,6% (199.527) en medio, el 70% (939.969) en medio bajo, 49,1% (1.030.815) en medio bajo y 20,9% en bajo-bajo (313.891).

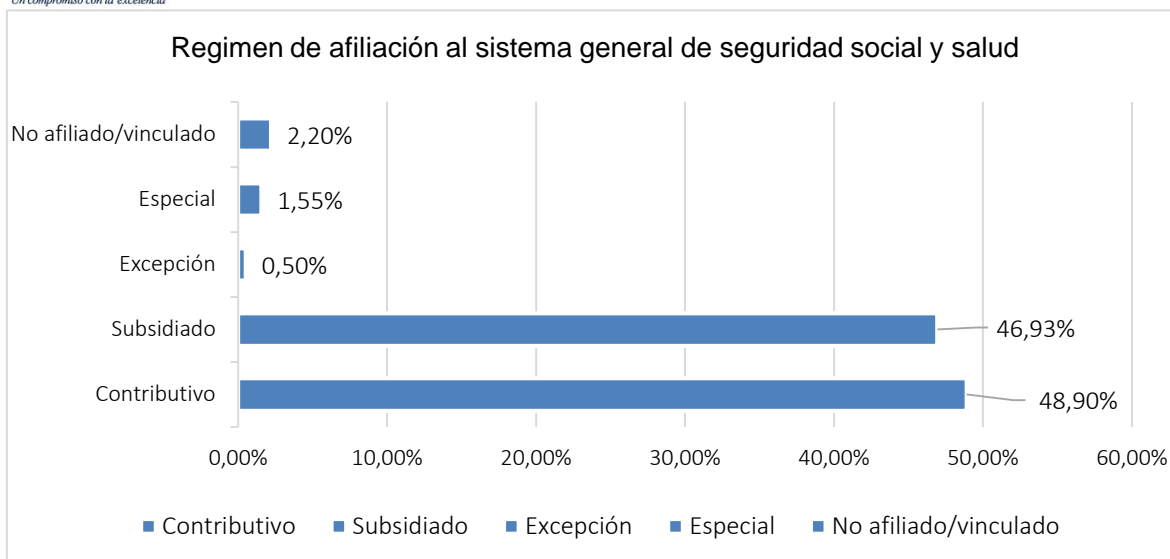
La población adulta mayor colombiana está afiliada en el régimen contributivo; por cada 100 mujeres hay 80,36 hombres, 46,9% (2.482.273) al régimen subsidiado; por cada 100 mujeres hay 84,10 hombres, el 0,4% (22.370) al régimen de excepción con mayor proporción masculina; es decir, por cada 100 mujeres afiliadas en este régimen hay 131 hombres, el 1,5% (81.921) al régimen especial por cada 100 mujeres hay 76,3 hombres afiliados.

Dentro del régimen subsidiado se observa mayor peso porcentual en estrato bajo-bajo el 76,4% (1.145.647), continua con un 46,7% (979.968) en el nivel bajo, seguido de un 24,5% (328.310) en el estrato medio bajo; y partir de este nivel inicia a disminuir la concentración de afiliación en dicho régimen, y se observa una notoria reducción en el estrato medio con 10% (24.455) y sólo 3,6% (3.893) residen en estrato medio alto y alto. A su vez comparten la misma red de prestadores de salud con los no afiliados (vinculados) quienes tienen mayor concentración poblacional en el nivel bajo con un 40,7% (47.023), el 28,8% (33.260) residen en medio bajo y un 1,7% (1918) viven en medio, medio alto y alto.

El régimen de excepción el 32,6% (7.295) al igual que régimen especial el 35,4% (28.989) tienen una fuerte presentación y concentración significativa de afiliados residentes en estrato medio bajo, seguida en el mismo patrón con medio bajo con un 38,5% (8.611) y el 39,5% (32.399), en medio poseen el 14,1% (3.155) y el 18,9 % (15.521) y en los estratos alto y medio alto excepción posee el 0,2% (191) y régimen especial sólo el 0,7% (602) de los ancianos residentes en Colombia para el 2015.

Entre la población vinculada o no afiliada al sistema de seguridad social en salud son 115.590 personas adultas mayores entre las cuales; se dividen el 59,5% (68.733) hombres y 40,5% (46.858) son mujeres, es decir por cada 100 mujeres sin afiliación hay 147 hombres en iguales condiciones. Por regiones colombianas; dicha situación se evidencia con mayor concentración en la Pacífica con 321% (37.054), seguido de la Atlántica con 25,2% (29.135), el 15,5% (17.946) hace parte de la región Central, el 12% (14.653) residen en zona Oriental, en la capital del país vivió el 11,2% (12.900) de los ancianos no afiliados y en Orinoquia/Amazonia 3,4% (3.902) viven los ancianos sin afiliación al SGSSS.

Figura 15. Distribución porcentual de la población adulta mayor colombiana según el régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud.



La no afiliación a algún régimen dentro del SGSSS está explicada porque refirió entre las razones por las cuales 46,9% (54.221) personas refieren un descuido el no estar dentro del sistema de salud, el 31,8% (36.757) la carencia de dinero, el 8,6% (9.940) no quiere o desea estar afiliado, por su parte hubo quienes refirieron no necesita estar afiliados corresponden al 7,2% (8.322), el 5,4% (6.241) personas falta de visión en atender dicha área, refieren que alguien más se encargará de cubrir las necesidades para atención en salud con un 2,4% (2.774) de población no afiliada al SGSSS.

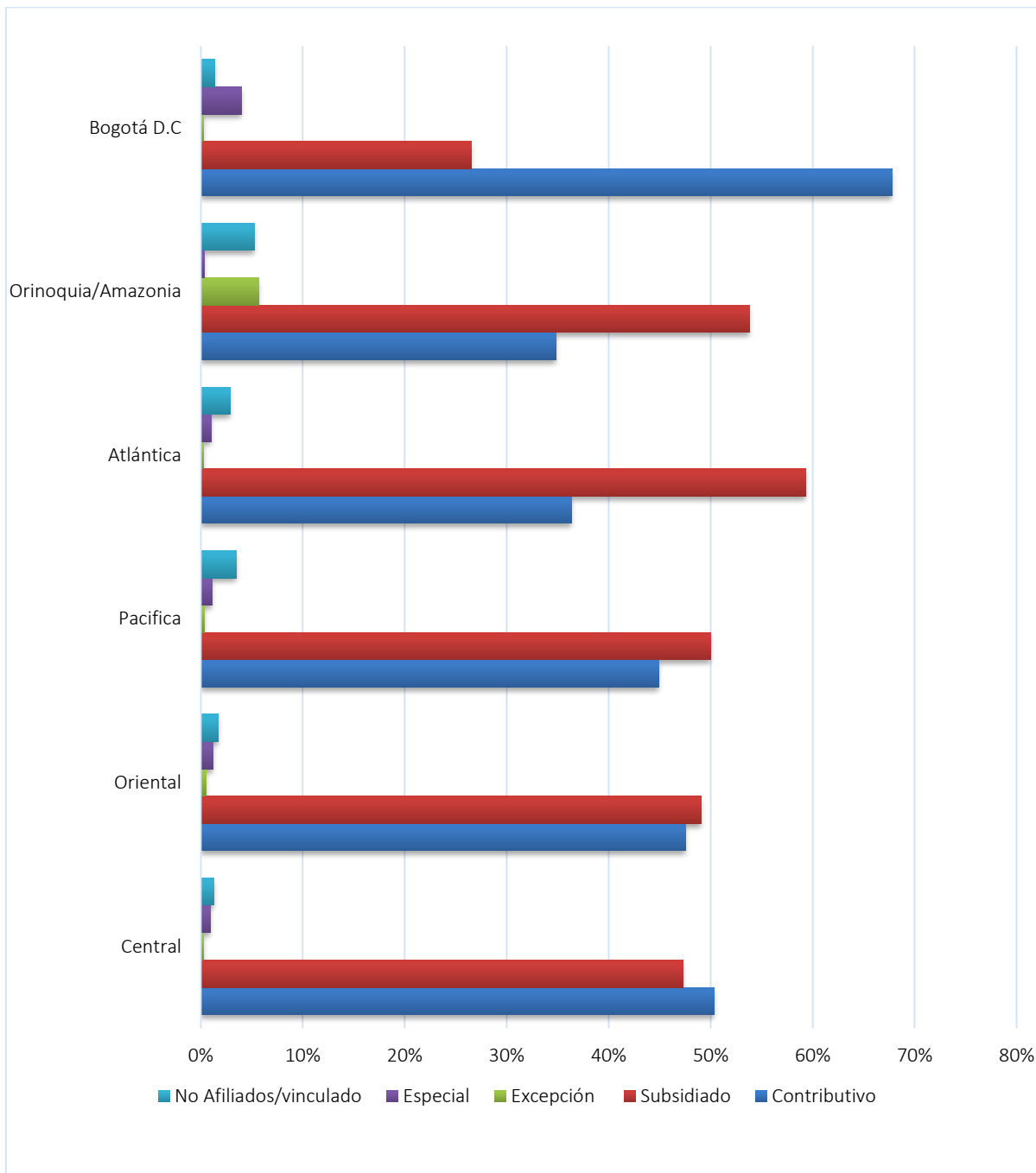
Dicha situación debe observarse detalladamente dentro de las regiones geográficas del país según el tipo de afiliación en salud: En la región central el 50,3% (717.107) de los adultos están en contributivo, 47,3% (674.007) pertenecen al subsidiado, 1,3% (17.946) personas adultas mayores no identifican el régimen de afiliado al SGSSS –vinculado-, por su parte en el régimen especial el 0,9% (13.136) de ancianos y en el régimen de excepción están 3.686 equivalente al 0,3% (Figura 16).

La ciudad de Bogotá D.C lidera en la afiliación al contributivo con 67,8% (609.794) ancianos entre las regiones, por su parte sólo tiene el 26,5% de su población adulta mayor hace parte del régimen subsidiado, el 4% (36.101) son parte del régimen especial, 1,4% (12.900) no se encuentra afiliado al sistema de seguridad social hace parte de la población vinculada, y sólo el 0,3% (2.677) de los ancianos hace parte del régimen exceptuado (Figura 16).

El territorio Oriental posee 49,1% (414.105) adultos mayores en régimen subsidiado se acentúa la proporción en dicho régimen al aumentar la edad y el progreso, en los tipos de vejez y es inversamente proporcional en régimen contributivo al avanzar en los tipos de

vejez 47,5% (400.315) están en contributivo, el 1,7% (17.946) personas no se reconocen como afiliadas al SGSSS, en el régimen especial sólo el 1,2% (10.405) son ancianos, en excepción se evidencian el 0,5% equivalente a 3.905 adultos mayores (Figura 16).

Figura 16. Distribución porcentual de la población adulta mayor colombiana de los regímenes de afiliación al SGSSS de población objeto de estudio según las seis regiones geográficas colombianas. Encuesta SABE 2015.



En el territorio Atlántico lidera con la mayor concentración entre las regiones afiliada al régimen subsidiado (Figura 12) en población mayor con 59,3% (593.982), el 36,4% (364.665) en el contributivo, le sigue el 2,9% (29.135) adultos mayores no están afiliadas al SGSSS, sólo el 1% (10.077) hace parte del régimen especial y 0,3% (3.214) en régimen excepción.

En el Pacífico se evidencia un comportamiento similar; el 50%(522.427) son adultos mayores afiliados al régimen subsidiado, por parte el 44,9% (469.513) hacen parte del contributivo, el 3,5% (37.054) son personas sin afiliación, sólo el 1% (11.925) son parte del régimen especial y sólo el 0,4% (4.703) hacen parte del régimen de excepción (Figura 16).

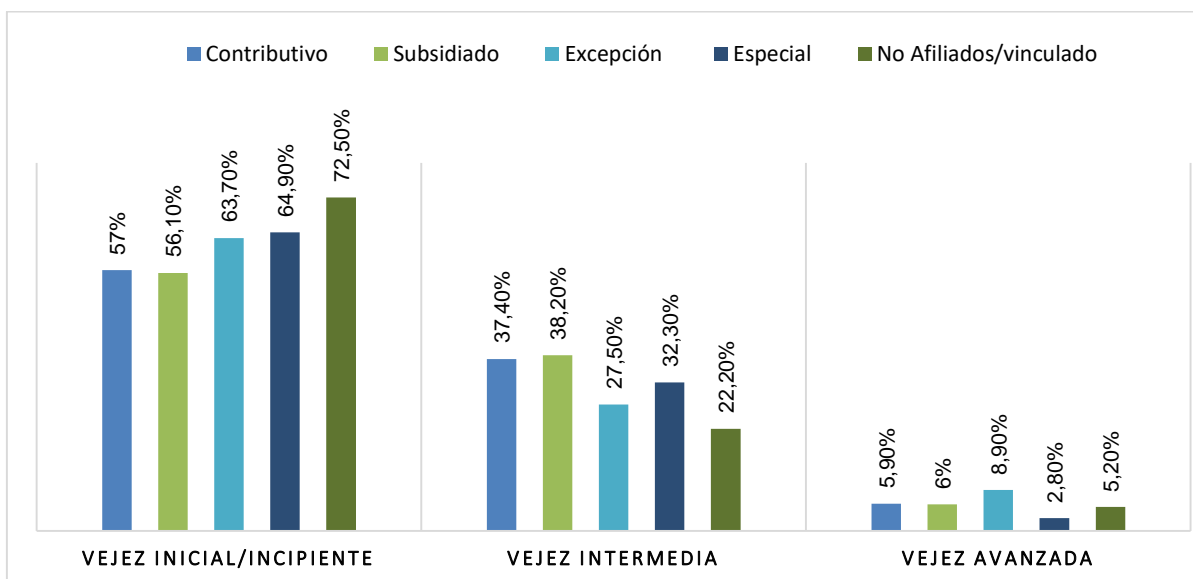
La Orinoquia/Amazonia el 53,8% (39.337) de su población es atendida bajo el subsidiado así mismo posee el 5,3% (3.902) adultos mayores sin afiliación al SGSSS significativo para las condiciones en que las cuales se recolecto la muestra; la cual es atendida bajo la misma red de prestación de servicios de salud, el 34,8% (25.443) está en contributivo, 5,7% (4.185) están en régimen de excepción y sólo el 0,4% correspondiente a 278 ancianos está en régimen especial (Figura 16).

Al comparar las poblaciones entre los diferentes regímenes de afiliación se identifica; en la vejez inicial resalta el 72,5% (83.831) personas mayores vinculadas lo cual dificulta acciones de seguimiento de gestión del riesgo y financiación del sistema, prosiguen el 64,9% (53.157) regímenes especiales y el 63,4% (14.246) en excepción finalmente el 56,7% (1.465.712) contributivo y el 56,1% (1.392.180) está cubierto por el subsidiado.

En vejez intermedia resalta el régimen subsidiado con el 38,2% (947.354), en el 37,4% (967.521) contributivo, continua el 32,3% (26.476) en especial, el 27,5% (6.144) hacen parte del régimen de excepción finalmente el 22,2% (25.715) de las personas están vinculadas y finalmente en vejez avanzada quienes más requieren de los servicios de salud; el 8,9% son parte del régimen excepción, el 5,9% (153.605) están en contributivo, el 5,8% (142.739) están en subsidiado, el 5,2% (6.045) no afiliadas y sólo el 2,8% (2.289) están en el especial.

En régimen subsidiado se acentúa representación en la proporción de personas mayores afiliadas a este régimen al aumentar el progreso de la edad en los tipos de vejez y es inversamente proporcional en régimen contributivo (figura 17), Por su parte al avanzar en los tipos de vejez con mayor frecuencia se observa en las regiones Orinoquia, Atlántica, y en menor representación en Bogotá y Central. (Figura 15)

Figura 17. Distribución porcentual de la población adulta mayor colombiana por regímenes de afiliación al SGSSS de población objeto de estudio según tipos de vejez. Encuesta SABE 2015.



6.2.3 Sistema de Pensionales

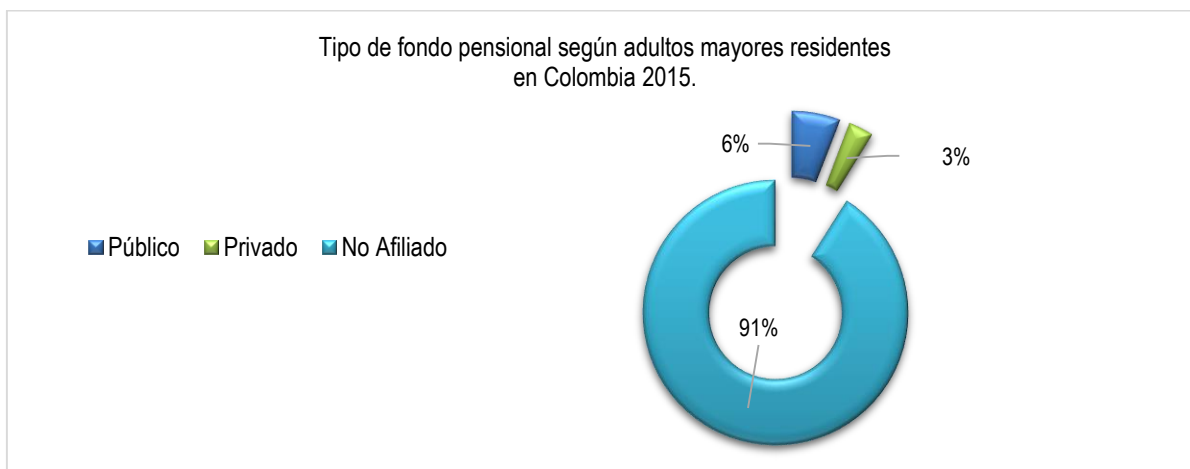
En este perímetro se observa un panorama diferente al anterior donde el aseguramiento para atención en salud dentro de sus objetivos busca la universalidad en la población, sin embargo el presente presentó un diferente conducta estrechamente asociado a los sistemas económicos de producción ; en donde se observa el 90,99% (4.789.529) de la población adulta mayor no está afiliada a fondo de pensiones o recibe dicha; es decir 89% (2.133.040) de los hombres y 92,5% (2.656.489) mujeres no hacen parte del sistema pensional por cada 10 mujeres sin afiliación en el sistema pensional hay 8 hombres .

Sólo el 5,9% (310.843) hace parte del fondo público fondo de prima media Solidario conocido como Colpensiones y el 3,1% (163.158) hace parte de los fondos privados. así mismo el 5 % de la población (28.788) adultos mayores omitieron dar información sobre este ítem por ello se extrajo del análisis de afiliación (figura 18).

Por cada 100 hombre hay 7,1 hombres en fondo público ,3,8 hombres en fondo privado y 89,2 sin afiliación a fondos de pensiones, para complementar en las

mujeres se observa por cada 100 mujeres encuestadas hay 5,3 mujeres en fondo público, 2,75 mujeres afiliadas en fondo privado y 92,5 de ellas sin afiliación al sistema pensional. Los afiliados a fondo público su residencia el 87,4 %(2.71.771) se encuentra en cabecera municipal esta y el 12,6% (39.072) en fondo público, fondo privado se observa una distribución del 84,9% (1.384.468) en las urbes y 15,1% (24.690) en los campos ; es decir, por cada 100 personas del área rural sin afiliación en pensiones hay 5,8 personas afiliadas en alguno de los 2 fondos por su parte en el área urbana se evidencia la misma situación ; por cada 100 adultos mayores sin afiliación al sistema pensional hay 9,97 en alguno de los fondos de pensiones.

Figura 18. Distribución porcentual de la población adulta mayor colombiana al cual hicieron referencia a afiliación según fondo de pensiones. Encuesta SABE 2015.



Por su parte en la distribución de la afiliación al fondo de pensiones en las regiones geográficas es similar; en Bogotá tiene el 92,3% (826 .685) de población residente comparándola con el resto de las regiones geográficas (Figura 15), sólo el 7,6% (68.764) están afiliadas 5,3% (47.892) en el sector público y 2,3% (20.872) en privado; es decir, se evidenció que 8,3 personas están afiliadas por cada 100 sin afiliación. La región Oriental el 92,1% (772.958) no poseen afiliación y 7,9% (65928) – 2,8% (23.722) en privado y 5% (42.206) en público; es decir por cada 100 personas sin afiliación hay 8,5 personas con afiliación.

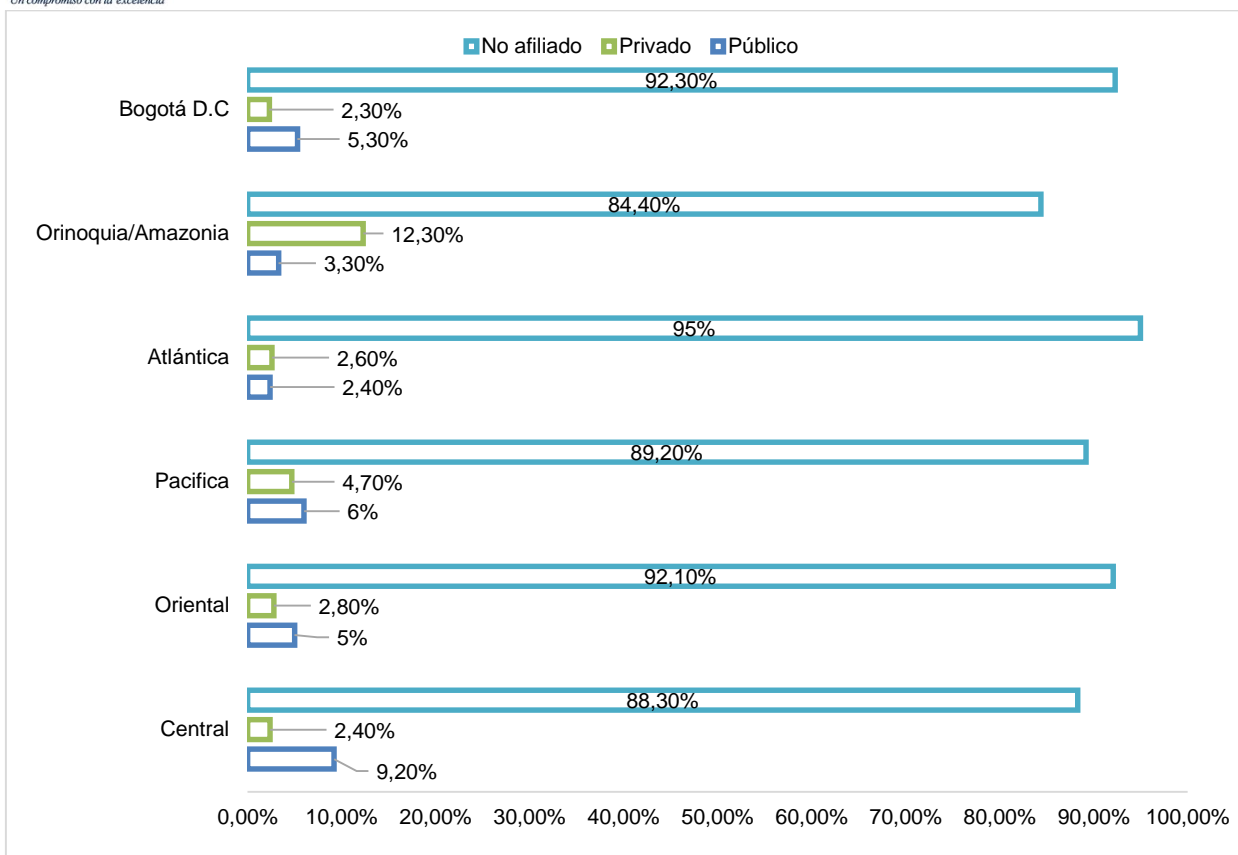
En la región central se evidencia 88,3% (1.251.719) no afiliada a pensiones; es decir por cada 100 personas sin afiliación en pensiones hay 13,2 adultos mayores con afiliación a cualquier fondo representa el 11,6% (165.430)- 9,2% (130.939) en fondo estatal y 2,4% (34.491) manos de privados -, dicha región concentra el segundo mayor porcentaje de adultos mayores afiliados a fondos de pensiones dentro de las regiones colombianas.

En la región Atlántica concentra el mayor número de personas adultas mayores sin afiliación 95%(948.218) (Figura 19) y 5% (50.329)- 2,4% (24.543) en fondo estatal y en fondo privado el 2.6% (25.786)- de ellos cuenta con afiliación a pensiones, es decir, por cada 100 anciano sin acceso a fondo de pensiones hay 5,5 ancianos con acceso a cualquier fondo de pensiones. La correspondiente tiene el menor porcentaje de cobertura en afiliación a pensiones en población objeto de estudio.

En el territorio Pacífico colombiano el 89% (928.269) de la población adulta mayor no posee afiliación a fondo de las pensiones y 10.8% (112.126) ancianos están en cualquiera de los fondos – el 6% (62.852) está en fondo estatal y en privado el 4,7% (49.274); para precisar solo 12 ancianos están en algún fondo de pensiones por cada 100 que no lo están.

En la zona Orinoquia/Amazonia posee el 92,3% (61.679) de personas adultas mayores sin afiliación a pensiones y 15,6% (11.425) hacen parte de cualquier fondo pensional: el 12,3% hace parte e fondo privados y sólo el 3,3% tiene su ahorro pensional con el fondo estatal-; por cada 100 individuos sin acceso a fondo de pensiones existen 18,5 adultos mayores adscritos a cualquier fondo. Esta región presenta la mayor representación de población mayor con cobertura en afiliación a fondo de pensiones con respecto a las otras regiones.

Figura 19. Distribución porcentual del tipo de afiliación a fondo de pensiones reportado por población objeto de estudio según las seis regiones geográficas colombianas. Encuesta SABE 2015.



6.2.3. Nivel educativo.

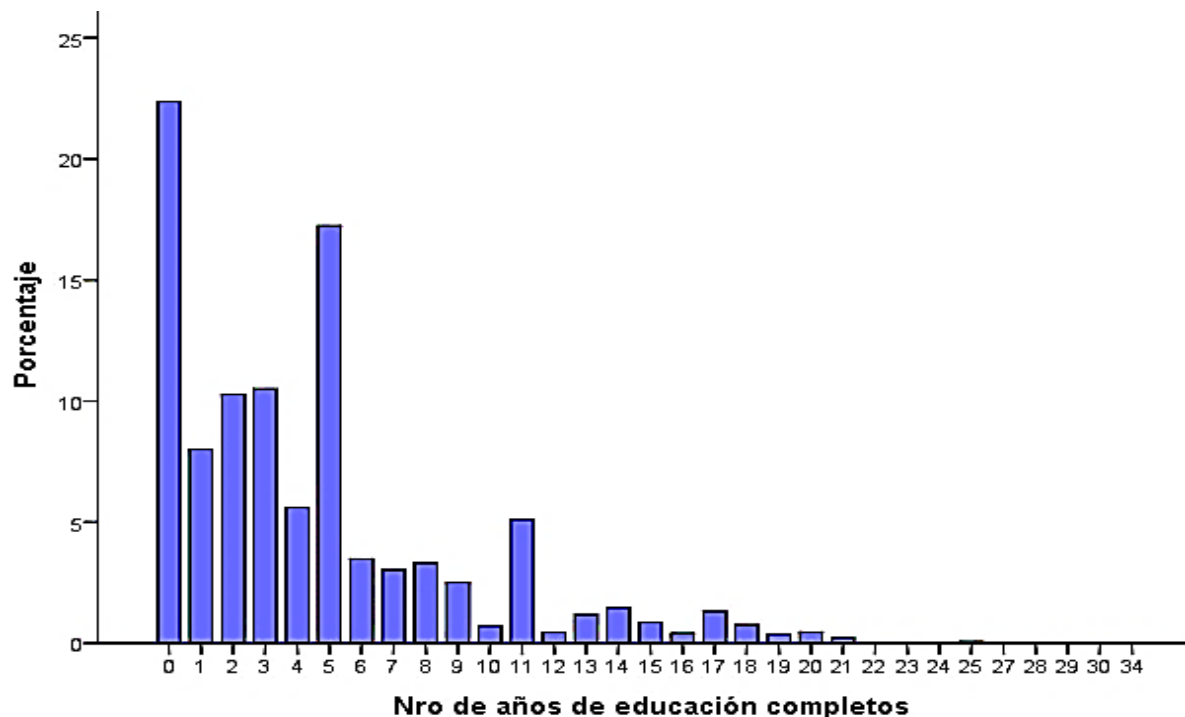
Dentro de los antecedentes educativos relevantes de la población mayor en las regiones colombianas se indagaron tres aspectos: el número de educación completa en años, nivel educativo más alto y se indagó sobre si actualmente se encuentra estudiando, dicha información fue proporcionada por 99,3% (5.252.838) y omitida por el 0,7% (39.480) de los participantes.

La población adulta mayor colombiana presenta el 50 % tiene tres años de escolaridad o menos; primaria incompleta con una diferencia máxima observada en el 50% central de cinco años (RI); el 25% de la población curso primero de primaria y 75% primer año de educación básica secundaria, lo que indica una deficiente formación académica en dicha población lo cual lo hace más vulnerable (Figura 20). De acuerdo con el número de años estudiado, sólo 5,1% (268.885) de la población

analizada alcanza la secundaria completa; esta aproximación hace ver el acceso a la educación como un lujo, aunque sea visto como necesidad (tabla 13).

La escolaridad observada permite describir las precarias condiciones y limitaciones para el acceso a oportunidades laborales y del empleo en las cuales se obtienen el sustento. con respecto al número de años de educación completos de población nacional y de las regiones; ninguna distribuye normal ($p \leq 0,005$).

Figura 16. Distribución porcentual del número de años con educación completa de los adultos mayores colombianos por población según la encuesta SABE 2015.



El comportamiento del número de años escolarizados completos difiere según regiones colombianas (tabla 13); se observa en la capital del país tiene una mayor heterogeneidad en el número de años de educación completa dentro de los adultos mayores sin embargo dicho territorio residen los adultos mayores con mayor número de años aprobados, el 50% de ellos tiene cinco años de escolaridad con una diferencia máxima observada en el 50% de siete años: el 75 % de la población anciana residente en Bogotá posee nueve años o menos completos de escolaridad; es decir educación básica secundaria (tabla 17).

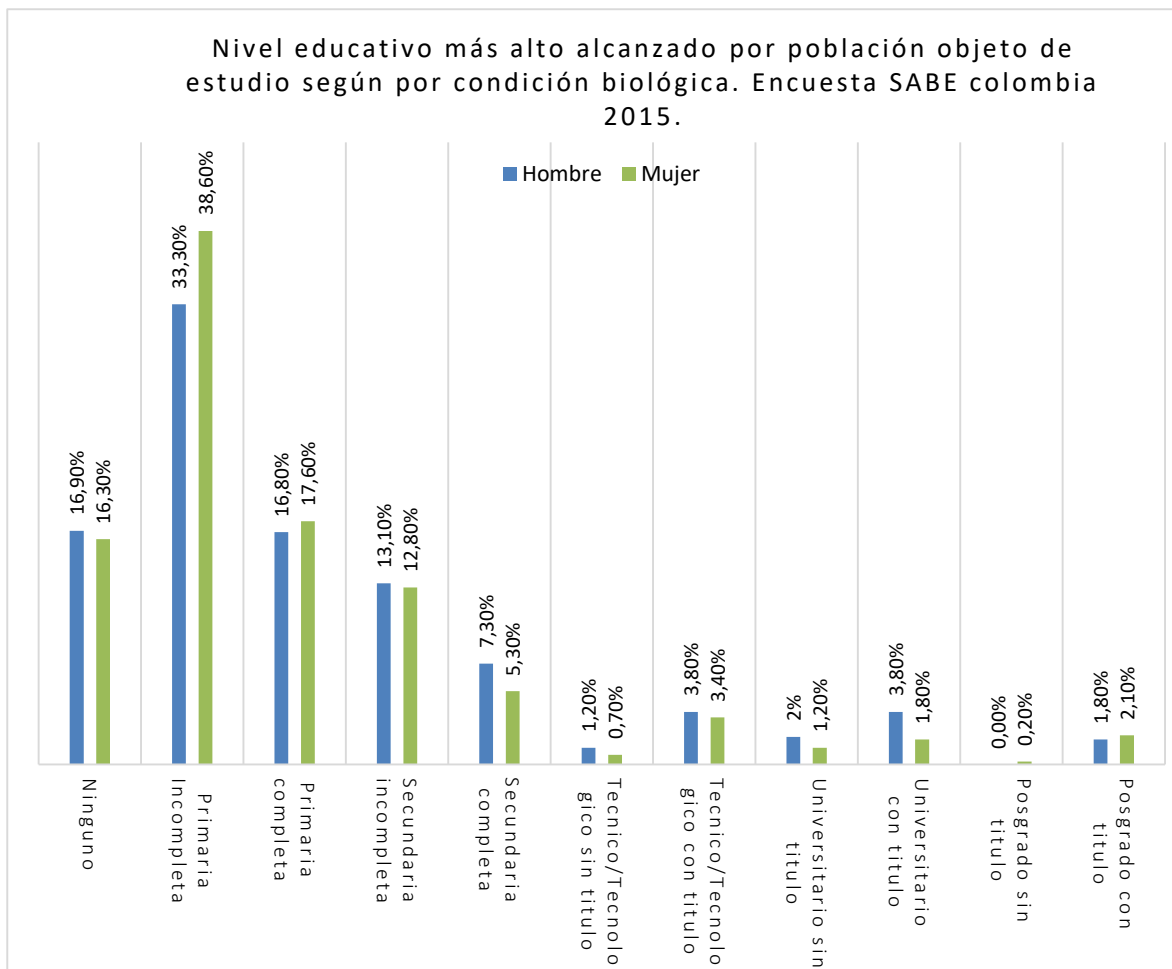
Por su parte en la Orinoquia /Amazonia y Atlántica presentan heterogeneidad en sus datos sus ancianos tienen tres años de escolaridad o menos oscilando con cinco años difiere con el resto de las regiones en dicha característica, conservando las demás características similares a las observados en la nación.

Tabla 17. Medidas de tendencia central, de posición y dispersión del número de años de escolaridad aprobados por los adultos mayores en las seis regiones geográficas.

Región Geográfica	N	Mediana	(RI)	Mínimo- Máximo	P 25	P 75	CV	Sig. (K-S)
Central	1.423.524	3	4	0- 29	1	5	15,71	0,000
Oriental	840.487	3	4	0- 30	1	5	17,75	0,000
Pacífica	1.024.490	3	4	0-34	1	5	17,48	0,000
Atlántica	997.634	3	5	0-30	0	5	21,6	0,000
Orinoquia/Amazonia	72.893	3	5	0-21	0	5	25	0,000
Bogotá D.C	893.809	5	7	0-30	2	9	30,7	0,000

Al indagar por el nivel educativo más alto alcanzado estuvo con mayor frecuencia representado en la primaria incompleta con 36,0% (1.905.789) ; donde resalta la población femenina con un 38,6% (1108.247) y la masculina con 33,3% (797.538); seguido por primaria completa el 17,3% (909.061) con distribución minoritaria entre el 17,6%(506.082) en las mujeres y concurridamente en los hombres en un 16,8% (402.979),consecutivamente por el peso porcentual la carencia de alguno nivel educativo se representó con16,6% (874.033) se halló ningún año escolar concluido con mayor representación de los hombres con el 16,9% (405.338) en contraste los16,6 % (468.695) mujeres comparten dicho nivel educativo; la secundaria incompleta refleja el 12,9%(681053) dividido en mayor proporción masculina con 13,1% (313.169) y menor en las mujeres con el 12,9%(367.884) en menor representación es 6,2% (325.790) quienes terminaron la educación secundaria menor en las mujeres en el 5,3% (151.477) y lideran los hombres en el 7,3% (174.313) como se aprecia en la figura 21.

Figura 21. Distribución porcentual del nivel educativo más alto alcanzado por población objeto de estudio según por condición biológica. Encuesta SABE 2015.



La educación superior, técnica y tecnológica para el trabajo fue distinguida como un lujo ante la inaccesibilidad y los recursos para dar adecuada plena culminación a estos; es claro entonces la educación técnica y para el trabajo es decir ; técnico/tecnológico representó el 3,6% (189.706) de los adultos mayores fue muy semejante entre el 3,8% (91.259) de los hombres y el 3,4% (98.447) de las mujeres ,sólo el 0,9% de mismo nivel no obtuvieron dicho nivel sólo el 0,7% (19.022) de las mujeres y el 1,2% (28.291) de los hombres.

En la educación superior se comprobaron menores participaciones el 0,1% (7.279) de los adultos mayores tienen postgrado sin título sólo 1.173 hombres y 6.103 mujeres,) segundo lugar sólo el 2,% (103.016) obtuvieron posgrado con título

(tabla10) con mayor proporción femenina representado por el 2.1% (59.479) (figura 21) en comparación a la población masculina con el 1,8% (43.538), en tercero y en cuarto lugar el 2,7% (143.448), en tercer lugar el 2,7% (143.448) obtuvieron título universitario allí los hombres representan el 3,8% (92.192) y el 1,8% (51.256) de las mujeres son profesionales, sin embargo sólo el 1,5% (80.575) de los adultos mayores estuvieron en instituciones de educación superior sin obtener el título universitario 2 de cada 100 de ellos son hombres y sólo 1,2 de cada 100 son mujeres.

Al observar el comportamiento por regiones geográficas explicado del nivel educativo más alto entre los encuestados en la tabla 14; la primaria incompleta es el nivel educativo prevalente en los adultos mayores encuestados se observa mayor concentración con el 42,3% (355.814) individuos pertenecen a la zona Oriental, continúa el 40,1% (571.003) de personas residentes en zona central, el 39,3% (405.559) vive en la región Pacífico y, el menor porcentaje de adultos mayores se encuentra en la región Atlántico con 28,7% (287.224).

El analfabetismo en el país se representa dentro de las regiones; con mayor peso porcentual en la región Atlántico 24,6% (246.258), seguido por el 18,6% (13.557) en la región Orinoquia/Amazonia, continúa en orden la zona Oriental con 17,2% (144.856) contrasta con el menor porcentaje de adultos mayores analfabeta sólo el 8,3% (74.402) residente en Bogotá D.C. (figura 17). En el territorio Atlántico el 18% (179.499); obtuvo la mayor representación poblacional con primaria completa, continúa la región Oriental seguido por la zona Central 17,3% (244.930) en la misma posición se encuentra la región Orinoquia/Amazonia el 17,3% (12.618), seguido del territorio Pacífico con el 17,1% (176.049), y la capital del país posee el menor porcentaje dentro de su población sólo el 16,7% (150.066) alcanzó primaria completa.

La capital del país lidera con el mayor porcentaje poblacional de personas mayores con el 15,8% (14.2046) con educación secundaria incompleta, seguido por la región Pacífica, continúa en su orden la central, los territorios del Pacífico y el Atlántico sin embargo la región oriental presentó el menor porcentaje dentro de su población sólo

el 8,9% (74.487) alcanzó dicho nivel. Lidera el perfil en educación media completa (secundaria completa) entre los adultos mayores con el 8,2%(73.177) está ubicado en Bogotá D.C, continua en la central, seguido Oriental, región Atlántico y Pacífica, contrasta con región Orinoquia/ Amazonas con 2,9% (2.128) adultos mayores con la menor concentración (tabla 22).

Tabla 22. Distribución porcentual del nivel educativo más alto alcanzado en población adulta mayor en las regiones geográficas colombianas ,2015.

Nivel educativo más alto	Central		Oriental		Pacífica		Atlántico		Orinoquia/ Amazonia		Bogotá D.C		Total nivel educativo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ninguno	225.532	17,2	144.856	17	169.427	16,4	246.25	24,	13.55	18,6	74.402	8,3	874.03	16,6
				,2			8	6	7				2	
Primaria Incompleta	571.003	40,1	355.814	42	405.559	39,3	287.22	28,	26.73	36,6	259.45	28,	1.905.	36,2
				,3			4	7	4		1	9	785	
Primaria Completa	244.930	17,2	145.899	17	176.049	17,1	179.49	18	12.61	17,3	150.06	16,	909.06	17,3
				,3			9		8		6	7	1	
Secundaria incompleta	202.198	14,2	74.687	8,	134.328	13,0	120.81	12,	6.975	9,5	142.04	15,	681.05	12,9
				9			7	1			6	8	1	
Secundaria completa	89.881	6,3	48.761	5,	56.192	5,5	55.650	5,6	2.128	2,9	73.177	8,2	325.78	6,2
				8									9	
Técnico /tecnológico sin título	9.855	0,7	7.297	0,	7.837	0,8	8.427	0,8	334	0,5	13.562	1,5	47.312	0,9
				9										
Técnico / tecnológico con título	27.955	2	33.394	4,	35.618	3,5	28.219	2,8	4.432	6,1	60.090	6,7	189.70	3,6
				06									8	
Universitario sin título	17.163	1,2	7.590	0,	12.257	1,2	8.803	0,9	1.045	1,4	33.718	3,8	80.516	1,5
				9										
Universitario con título	25.760	1,8	10.628	1,	22.551	2,2	26.979	2,7	476	0,7	57.055	6,4	143.44	2,7
				3									9	
Posgrado sin título	756	0,1	235	0,	32	0,0	351	0,0	0	0,0	5.902	0,7	7.276	0,1
				02										
Posgrado con título	9.633	0,7	12.910	1,	11.050	1,1	37.225	3,7	4.782	6,5	27.417	3,1	103.01	2,0
				5									7	
Total acumulado	1.424.666	100	842.071	10	1.030.9	100	999.45	10	73.08	100	896.88	10	5.267.	100
				0	00		2	0	1		6	0	056	

La ciudad de Bogotá posee el mayor porcentaje en el nivel técnico/tecnológico sin título, seguido de la región oriental, pacífica y atlántica comparten igual porcentaje

0,8% de los ancianos, sigue la zona central y el menor porcentaje lo posee la zona Orinoquia/Amazonia. Persiste el perfil nivel técnico/tecnológico en los adultos mayores están ubicados en la capital del país 6,55 (60.090) y en la zona Orinoquia/Amazonia 6,1%(4.432), continua la región Oriental, sigue los territorios del Pacífica y Atlántica, en menor representación el 2% (27.955) en la zona Central (tabla 22).

Las regiones del país con mayor concentración de los adultos mayores universitarios estuvieron ubicadas en Santa fé de Bogotá D.C (57.0055) con el 6,4%, continua el territorio Atlántico, seguida de la zona pacífica, oriental, y en última instancia la Orinoquia/Amazonia. Quienes estudiaron en instituciones de educación superior pero que no obtuvieron el título universitario se concentran en mayor porcentaje en Bogotá 3,8% (80.516), seguido de Orinoquia/Amazonia 1,4% (33.718), zona central (17.163) y la pacífica (12.551) compartiendo un 1,2% de ambas poblaciones (tabla 22).

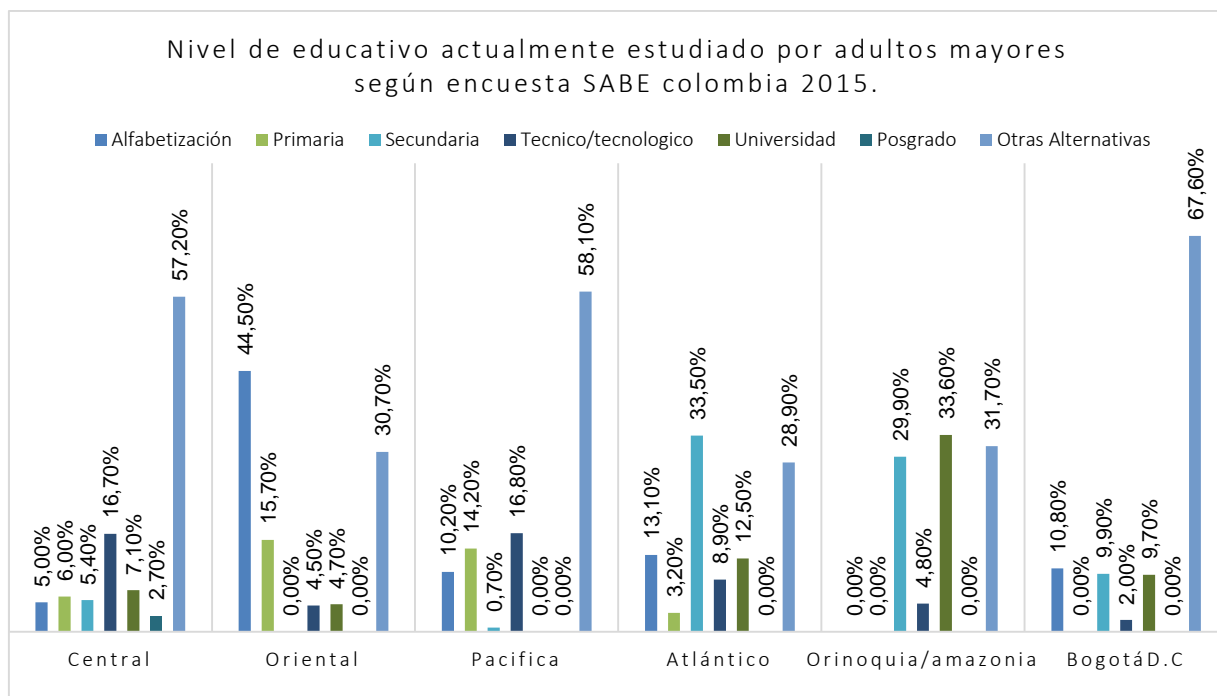
Los adultos mayores con formación de postgrado se concentran en zona Orinoquia/amazonia de Colombia con 6,5% (4.782), continúa en la zona Atlántico con 3,7% (37.2225), Bogotá 3,1% (27.417), Oriental con 1,5% (12.910) por su parte la región con la menor concentración es la zona central. Las regiones con adultos con formación de postgrado sin títulos son habitan en Bogotá el 0,7 % (5.902), en la zona central con 0,1% (756), región Oriental con 0,02% (235); por su parte en los territorios se observa un porcentaje mínimo; región Atlántico 351 adultos y en la pacífica sólo 32 personas (tabla 22).

Nivel educativo actual estudiado.

Actualmente el 98,9% adultos mayores (5.235.968) del total general no se encuentran ampliando conocimientos o habilidades relacionadas por medio de la formación o estudio, en contraste una minoría del 0,9% (50.077) se encuentra aprendiendo; entre las elecciones más frecuentes dentro de la oferta educativa los adultos mayores prefirieron en el 49% (24.594) aprende a través de cursos y capacitaciones de corta duración a través de diferentes modalidades, el 15,7% (7.881) alfabetización, el 11,6(5.797) cursa formación técnica/ tecnológica, el 9,5%

(4.742) en educación primaria, el 8,2% (4.084) cursa educación media, el 10,5% (2.979) cursa educación superior y posgrados.

Figura 22. Distribución porcentual del nivel de educativo en cual se encuentra actualmente estudiando los adultos mayores en las seis regiones geográfica. Encuesta SABE Colombia 2015.



Se profundizo en la distribución en las regiones del nivel educativo actual estudiado: ilustrado en la figura 22; la alfabetización en la tercera edad tiene mayor peso porcentual en la región Oriental con el 44,5% representado en 3.890 personas, seguido por zona Atlántica con 13,1% (1.109), la Pacífica con 10,2% (1.831). En la educación básica primaria en el 15,7 % (1.372) de los adultos mayores de la región Oriental se encuentra en este, continua el 14,2% (2.560) en el Pacífico, el 6% (537) hacen parte de la región Central y el 3,2% (273) de los adultos de la región Atlántica y finalmente, la región Orinoquia/Amazonia y la capital del país carecen de personas en dicho nivel educativo.

La zona Atlántica tiene el 33,5% (2.846) de su población adulta mayor estudiando educación básica secundaria (educación media completa), Orinoquia/Amazonia posee el 29,9% (81) seguido de Bogotá con 9,9% (553), el 5,4% (458) en la zona

central, 119 personas en región Pacífica en dicho nivel representan el 0,7%, en contraste no hay ningún individuo en la zona Oriental estudiando en educación media (secundaria).

La alternativa con mayor acogida por la población objeto de estudio para adquirir conocimientos por medio de educación no formal a través de diferentes modalidades; en artes, habilidades o para el trabajo se observan mayor porcentaje en Bogotá con el 67,6% (3.791), seguido del 58% (10.1458) en la región Pacífica, seguido de 57,2% (5.123) en zona central, el 31,7% (86) en la Orinoquia/Amazonia, el 30,7% (2.682) en la Central y menor participación el 28,9% (2.455) en el territorio Atlántico.

La educación técnica o tecnológica en las regiones tiene mayor peso en los adultos de la región Pacífica con 16,8% (3.026), seguido de la zona central con 16,7% (1.495), 8,9% (755) en la Atlántica, el 4,8% (13) de su población de región Orinoquia/amazónica y minúsculo porcentaje en Bogotá D.C con 114 adultos mayores que representa el 2, %. Por su parte en el nivel de educación superior en la zona Orinoquia/Amazonia 33,6% correspondiente a 91 personas, continúa la región Atlántica posee el 12,5% (1.059) de su población mayor, en zona central 633 de ellos correspondientes al 7,1% y sólo el 4,7% (413) de la región Oriental residentes en dicha área geográfica; en contraste en la región pacífica no existen adultos formándose en dicho nivel; y únicamente se observó en la región central con 2,7% con 239 adultos mayores cursando estudios en el nivel postgrados.

6.2.4 Antecedente laboral en los adultos mayores

El valor de las personas ha sido percibido en la productividad leída e interpretada en el empleo o el trabajo ya sea formal o informal, remunerado o no (8); aunque no sea acreditado o extendido el reconocimiento del no remunerado entre los individuos de la propia población. El trabajo es definida como la actividad humana fundamental y organizadora de la existencia de los individuos al punto de catalogárseles socialmente “*los visibiliza*” a través de su capacidad de trabajar y producir, no sólo porque es necesario para satisfacer sus necesidades básicas y

familiares, sino al dar esencial, habla de la identidad individual (34) les hace sentirse útiles y sanos.

Alguna vez trabajo por remuneración en forma en dinero o en especie: El 90,3%(4.780.005) del total de población colombiana ha tenido trabajo remunerado, ello es consistente en las diferentes regiones Colombianas con mayor porcentaje en capital del país con 96,4% (867.813) seguido de Orinoquia / Amazonia con 94,6% (69.205), zona Oriental 91,2% (768.940), Atlántica (911.456), el territorio Pacífico cuenta con 90,6% de su población mayor y la Central el 85,1% (1.214.668) de las personas mayores laboraron por una remuneración , sin embargo sólo el 9,7% (511.505) no laboro/trabajo por una contribución tuvo una mayor representación femenina por cada 100 personas que no trabajaron por una remuneración 96.89 son mujeres y se observa equidad en acceso al trabajo remunerado al observarse 50 mujeres y en 49.99 hombres por cada 100 personas en el trabajo remunerado.

El principal rol o trabajo desempeñado por más tiempo: Los adultos mayores encuestados refirieron en el 34,4% (1.636.860) fue parte de una empresa particular el 47,16% son (772066) mujeres y 52,83% (864.794); la región con mayor porcentaje fue Bogotá con 47,7% (411.816), el 34,5% (416.800) en la central, el 32,1% (302.623) en la zona Pacífica, 27,6% (250.952) en la zona Atlántica y en menor porcentaje en la Orinoquia/Amazonia 17,5% (11.997).

Así mismo, el 20,3% del total fueron trabajador por cuenta propia con un 52,2% (504.815) son hombre; en las regiones Atlántica 27,9% (269.949) es donde se concentra el mayor porcentaje de las regiones, le sigue el 19% (183.278) de la pacífica, el 18% (174.324) en la central, el 17,2%(166.050) en la Oriental y solo1,4% (13.789) en Orinoquia/amazonia (Figura 23).

El 16,4% (782.445) laboraron como jornaleros rurales o peón de campo; con mayor porcentaje masculino 77,5% (606.049); en su mayoría ubicados en la zona Central en un 23,7% (286.443), le sigue la Oriental con 18,8%(144.589), el 18,5% (174.046)

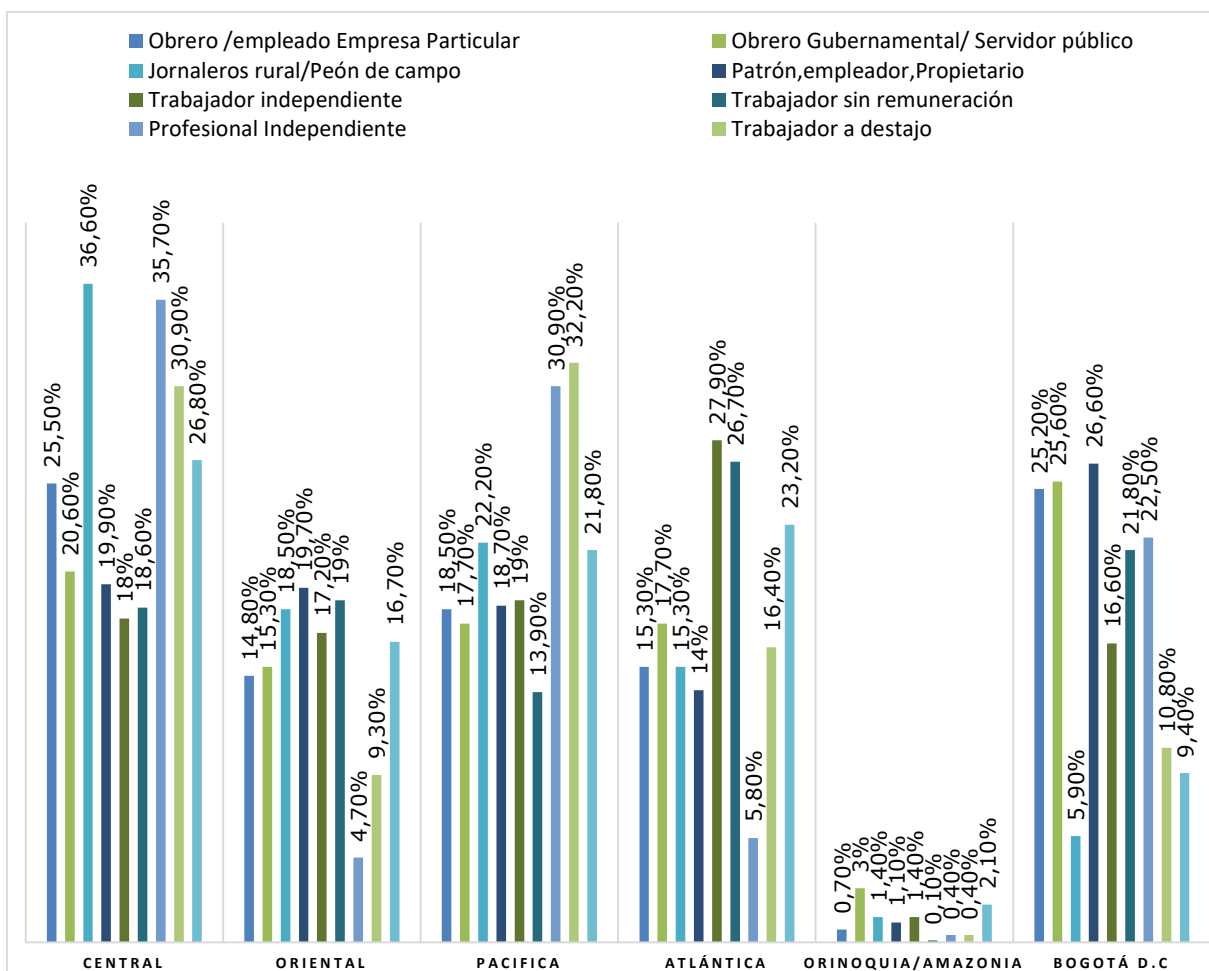
en el Pacífico, el 13,2% (119.8139) en la Oriental y sólo el 5,4% (46.370) residen en Bogotá. (Figura 23) .Otra área se observó que el 12,5% fueron trabajadores o empleados estatal representan (594.421) son mujeres 45,5 (2470073) y 54,6% (324.348) son hombres; el 26,2% (17.926) de los adultos mayores fueron parte del sector público, le continua Bogotá con 17,6% (152.193), la Oriental posee el 11,8% (144.589) , continua el 11,6% (105.200) en el región Atlántico y el 11,2% (105.467) de los adultos mayores que habitan el región Pacífico laboraron en dicho sector por su parte la menor región fue la Orinoquia/Amazonia 3% (17.926)

Sólo el 1,5%(69.141) se reconoce como propietario de negocio, patrón o empleador; 45,9%(31.734) son hombres y 54,1% son mujeres, por otro lado, las labores domésticas representan el 12,5% (594.583) son lideradas por la mano de obra femenina en un 99,2%; en las regiones lidera la zona central (159.186; 26,8), sigue el territorio Atlántica (137.797; 23,2%) Pacífica (129.846; 21,8%), Bogotá sólo representa el 9,4% (56.156) y menor proporción la Orinoquia/amazonia 2,1% (12.291). (figura 22) El trabajador a destajo representó el 1,1% (54.641) con una distribución equitativa entre hombres 48% (20.554) y mujeres 52,0% (28.435); entre las regiones el mayor porcentaje está en la zona Pacífica 32,2% (17.587), continua en su orden la Central tiene el 30,4% (16.884), en la región Atlántico se observa el 16,4% (8.936), el 10,8% (5.900) Bogotá D.C y sólo el 0,4% (243) de esta modalidad de trabajo se concentra en la Orinoquia/Amazonia.

Por otro lado, los profesionales independientes (figura 23) una minoritaria representación sólo representa el 1 % (45.532)) del total de los adultos encuestados, con mayor porcentaje en la zona Pacífica con 1,5%(14.084), el 1,3% (16.274) vive en zona central, continua con 0,3% la región Atlántico con 2.633, en la oriental posee 2.123 y la Orinoquia/amazonia con 188 adultos mayores con dicho nivel. Sólo el 0,4% (17.411) fueron trabajadores sin remuneración; con mayor perfil femenino 86% (14.921); por regiones se observa 0,5% (2.633) viven zona Atlántica, donde la región Orinoquia/ Amazonia sólo reportó 9 adultos mayores en dicha actividad, el

0,4% (3.309) viven en zona Oriental, 0,3% lo constituyen la zona Central con 3.241 y 2.420 personas en el pacifico colombiano.

Figura 23. Distribución porcentual del trabajo/empleo ejercido por la población objeto durante más tiempo ejercido por regiones geográficas, SABE 2015.



Por su parte se indago sobre las razones para no realizar un trabajo remunerado dicha población manifestó en el 55,8% (285.648) se dedicó exclusivamente al cuidado familiar; con un perfil mayoritario de mujeres 98,5% (36.005) con mayor representación con el 66% (59.438) en la región Atlántica (tabla 12) y el 62,4% (46.060) de los adultos mayores que no refieren haber trabajado residentes en la región Oriental.

En el 16% (81.688) de la población se propuso a ser ama de casa con 99,86% de mujeres con especial concentración en el 25,7% (1.016) de los adultos mayores residentes en el territorio de Amazonia/Orinoquia prosigue la región Oriental con el 18,7% (13.778). Quienes refieren con el 10,6% (53.789) el no acceder a la fuerza laboral remunerada por motivo nupcialidad a temprana edad se observa con énfasis el 19,9% (788) con mayor porcentaje en la zona Orinoquia/amazonia (tabla 23 y figura 24) en ambos motivos de no laborar.

Por su parte no manifestó necesidad económica en el 7,2% (36.781) en dicho grupo prevaleció el sexo femenino en un 97,8% (36.005); mayor representación el 8,8% (18.649) en la región Central, el 8,1% (7.893) en el Pacífico colombiano y el 7,4% (6.677) de los adultos mayores residen en el Atlántico aducen esta limitante. Por otro lado, el 5,1% (25.813) sus padres no permitieron que trabajase con total de la población fue femenina; con mayor porcentaje en el 6,2 % (5.585) de la región Atlántica (tabla 12) y el 5,7% (1819) de los residentes de la capital de país.

Finalmente 3% (15.389) presentó problemas de salud; es decir, 39,8 hombres y 60,1 mujeres por cada 100 personas que refirió dicha, dentro de las regiones tuvo mayor representación en el territorio Central correspondiente al 4,4%(9.424), Bogotá con una representación del 3,7 % (1.191) y el 2,4% (2.324) del Pacífica. Adicionalmente el 2% (10.304) adultos mayores representan quienes refieren dificultad en el acceso al empleo/ trabajo por falta de oportunidades laborales resaltan el 2,9% (2.845) de las personas mayores sin participación activa refieren dicha razón en la región Oriental y el 3,4% (136) de quienes refieren dificultad aducen su situación en la Orinoquia/amazonia

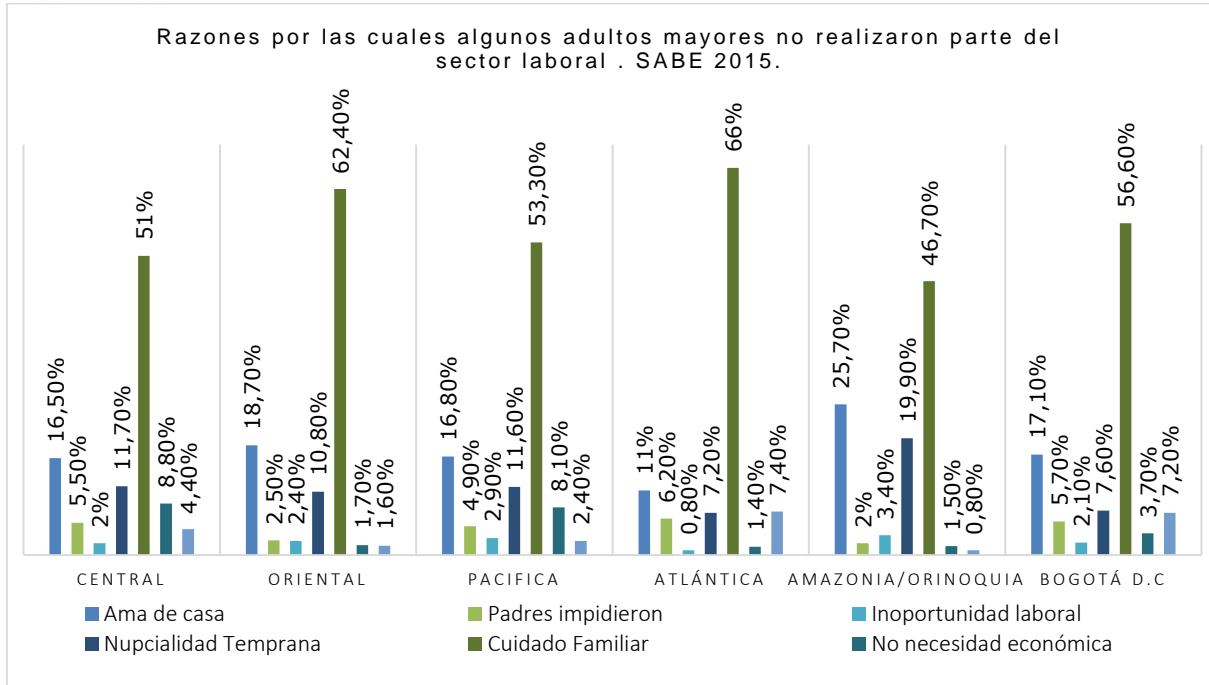
Llama la atención que dicha población encuestada no reconoce la participación en la economía familiar al excluir los trabajos/empleos manuales y no manuales no remunerados explícitamente en dinero pero si especie al contribuir en tiempo y dinero indirectamente en los otros miembros de la familia ; especialmente el cuidado familiar directo, ama de casa, y demás servicios como un trabajo/labor activa dentro del engranaje de participación con eficacia y eficiencia en la dinamización en la economía del hogar y de la región; a pesar que estos contribuyen fuertemente al

facilitar procesos internos, lo cual evidencia un difícil acceso al ahorro y recursos económicos por parte de las mujeres adultas mayores quienes representan el 97% de la población total que no accedió trabajo formal o informal por una remuneración tangible.

Tabla 23. Distribución porcentual de adultos mayores según regiones geográficas por razones por las cuales algunos no realizaron parte del trabajo remunerado. Encuesta SABE 2015.

Razones de no trabajo remunerado	Central		Oriental		Pacífica		Atlántica		Orinoquia Amazonia		Bogotá D.C		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Problemas de salud	9.424	4,4	1.160	1,6	2.324	2,4	1.231	1,4	59	1,5	1.191	3,7	15.389	3,0
No necesidad económica	18.649	8,8	1.225	1,7	7.893	8,1	6.677	7,4	32	0,8	2.307	7,2	36.783	7,2
Dedicación exclusiva a familia	108.134	51	46.060	62,4	51.954	53,3	59.438	66	1.847	46,7	18.215	56,6	285.648	56,1
Nupcialidad temprana	24.750	11,7	7.971	10,8	11.336	11,6	6.485	7,2	788	19,9	2.458	7,6	53.788	10,6
No oportunidades laborales	4.142	2	1.808	2,4	2.845	2,9	711	0,8	136	3,4	662	2,1	10.304	2
Padres no lo permitieron	11.694	5,5	1.829	2,5	4.806	4,9	5.585	6,2	79	2	1819	5,7	25.812	5,1
Ama de casa	35.033	16,5	13.778	18,7	16.404	16,8	9.944	11	1.016	25,7	5.513	17,1	81.688	16
Total	211.826	100	73.831	100	97.562	100	90.071	100	3.957	100	32.165	100	509.412	100

Figura 24. Distribución porcentual de adultos mayores según regiones geográficas por razones por las cuales algunos no realizaron parte del trabajo remunerado. Encuesta SABE 2015.



Actualmente labora/Trabaja:

Al contestar sobre si actualmente los adultos mayores colombianos encuestados hacían parte de la fuerza laboral se observó gran porcentaje de los datos perdidos por el sistema con un consolidado del 89,7% (5.292.317) corresponde a información perdida, omitida o no responde por su parte sólo el 10,3% (545.612) respondió dicha variable se eliminará para el análisis. El 95% (522.197) de la población total refiere no realizar actividades laborales o trabajos y sólo el 4,3% (23.415) de los adultos aun labora con mayor representación en la zona Oriental con 8,8% (6967) del subgrupo, continua la región Pacífica con 6.716 correspondiente a 6,4%, la Orinoquia /Amazonia con el 4,9% tiene 231 individuos, la zona central sólo representa el 2,5% con 5.579 personas y el menor porcentaje lo posee Bogotá con 0,3% con 108 adultos activos en el mercado laboral.

En las razones para trabajar actualmente se evidenció que sólo el 32% de la muestra total respondió dicho ítem quedando con una submuestra de 1.717.821 adultos mayores y 67,5% (3.574.496) de población son datos no válidos o perdidos, -no es significativa para análisis bivariado y multivariado-. Entre las razones por las

cuales los ancianos actualmente laboran son: Necesidad de ingreso con el 60,7% (1.042.285); dentro del subgrupo en las regiones geográficas se observa liderando en la zona Orinoquía/Amazonia con 76,6% (24.729) el 70,6% (260.736) en la región central, seguido por la Oriental 60,8% (178.612), Pacífica con 60,6% , Atlántico con 56% y Bogotá con el 52,9%.entre las otras razones para trabajar en su orden subsecuente esta e 13,2% (226.168) ayudar a la familia, 9,1% (156.732) mantenerse ocupado, 7,5% (129.599) lo hace por sentirse útil y finalmente el 9,5% (162.37) lo hace porque lo disfruta y le gusta su trabajo en este subgrupo lidera a zona Oriental con el 12 % (35.252) .

El 67% (3556246) de los adultos mayores participaron se halló entre quienes participaron para describir las razones por las cuales no trabaja/ labora los adultos mayores actualmente no trabajan se encuentra como principal razón se destaca : El 39% (1406.142), asociado a problemas de salud, el 22,9% 8815.322) se jubiló/ pensionó: entre la regiones con mayor número se encuentra Bogotá con el 35,7% (211.251), el 23,5% (165872) reside en la región Pacífico, el 22,1% (232.976) en región central, el 17,8% (109.110) vive en la Atlántica, el 16,6% (91.047) residen en la Oriental y sólo 12,4% reside en zona Orinoquia/Amazonia. Por su parte el encargarse de labores domésticas y del hogar representa el 13,5% (480.522) el 9% (318.628) del total no consigue empleo / trabajo con mayor representación en la capital del país, región oriental y central. Por su parte el 32,8% (1.736.071) son valores inválidos (adultos que aun laboran).

6.2.4 Distribución de Ingresos y egresos en los adultos mayores en Colombia.

Fuentes de ingresos.

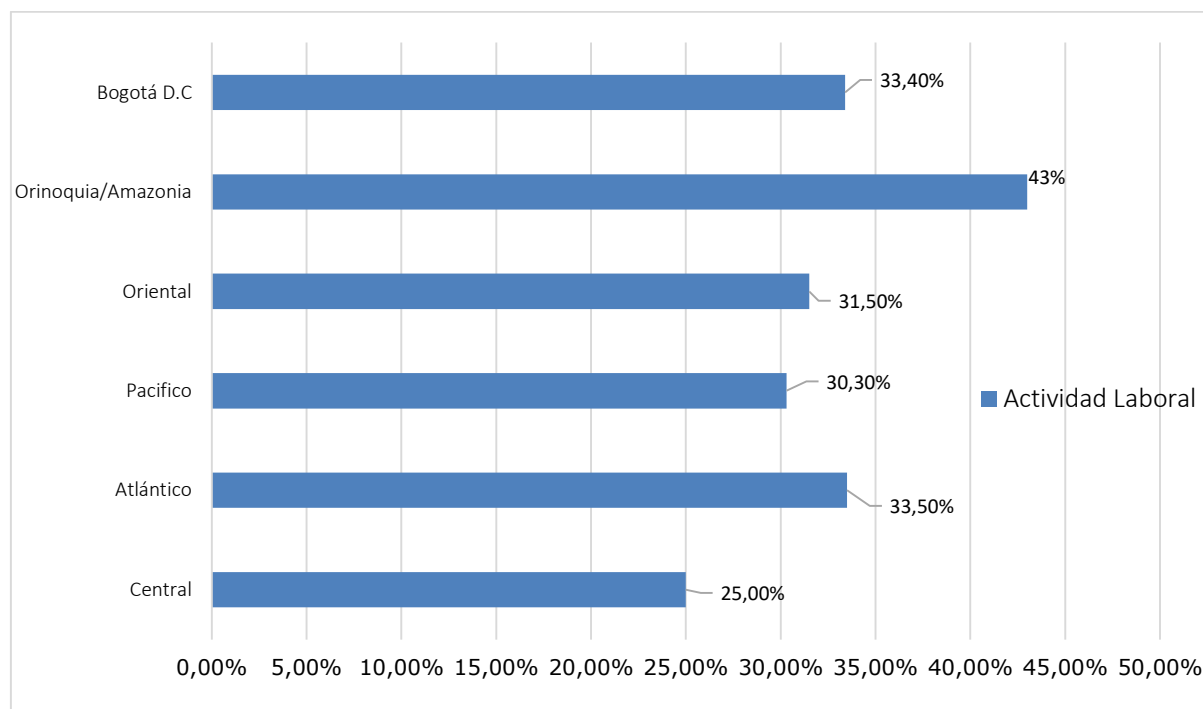
Según información aportada por los encuestados permitió entender las principales fuentes de entrada de dinero a través de ingreso por medio de las actividades laborales, la sustitución pensional; los arriendos, rentas e inversiones, los subsidios estatales, los aportes de familiares en el país, los giros o remesas de familiares en

el exterior y finalmente el aporte de algún institución o tercero, a continuación, se detalla cómo están distribuido en los adultos mayores:

Según el ingreso por actividades laborales exclusivamente el 30,4% (1.607.728) del total encuestado de los adultos mayores reportan de la población general refieren recibir por dicha modalidad en mayor participación del 42,6% (1.024.421) los hombres contrastan al respecto a las mujeres con sólo el 20,2% (582.816) de la participación laboral ya sea formal o informal.

Cabe señalar siendo los más jóvenes menores de 74 años o menos en un 90,4% (1453386,112) con mejores oportunidades, intermedio obtuvo el 16,4% (257.728); seguidos de quienes están entre 80 a 89 años con 7,1% (40.960) y los grupos menos representativos los antepasados 2,5% (2.439) y con el 1% centenarios son 93 de ellos (Figura 25).

Figura 25. Distribución porcentual de los adultos mayores del ingreso vía actividad laboral desempeñada por población objeto de estudio según clasificación naciones unidad grupo etario. Encuesta SABE 2015



Quienes aún laboran y reciben remuneración económica residen en estratificación socioeconómica baja con un 42, % (675.325) se observó mayor porcentaje, continua el 34,1% (516514) en el bajo-bajo, seguido del medio bajo con 20,6% (331.843), con menor representación el medio con 3,8% (61.459) y en medio alto y alto sólo el 1,4% (22.117) : así mismo ese observa mayor concentración de remuneración con el 74,6% (1.198.887) en la cabecera municipal aun siendo con respecto al total general el 22,6% y en área rural el 25,4% (408.369) reciben remuneración ,comparado con la población total representa el 7,7 personas de cada 100 ;marcándose una minoritaria.

El 30,4% (1.607.265) que aun trabaja para recibir una remuneración por actividad laboral Por regiones las zonas con menor son representación por actividad laboral la central con el 25% (356.936), el 30,3% (316.766) de los ancianos residentes en el territorio Pacifico , el 31,5% (265.964) de los encuestados en el territorio Oriental, prosigue el 33,4 % (300.680) de los adultos mayores capitalinos encuestados, continua el 33,5% (335.4826) de la región y sobresale el 43,0% de los ancianos del territorio de la Amazonia/Orinoquia colombiana .

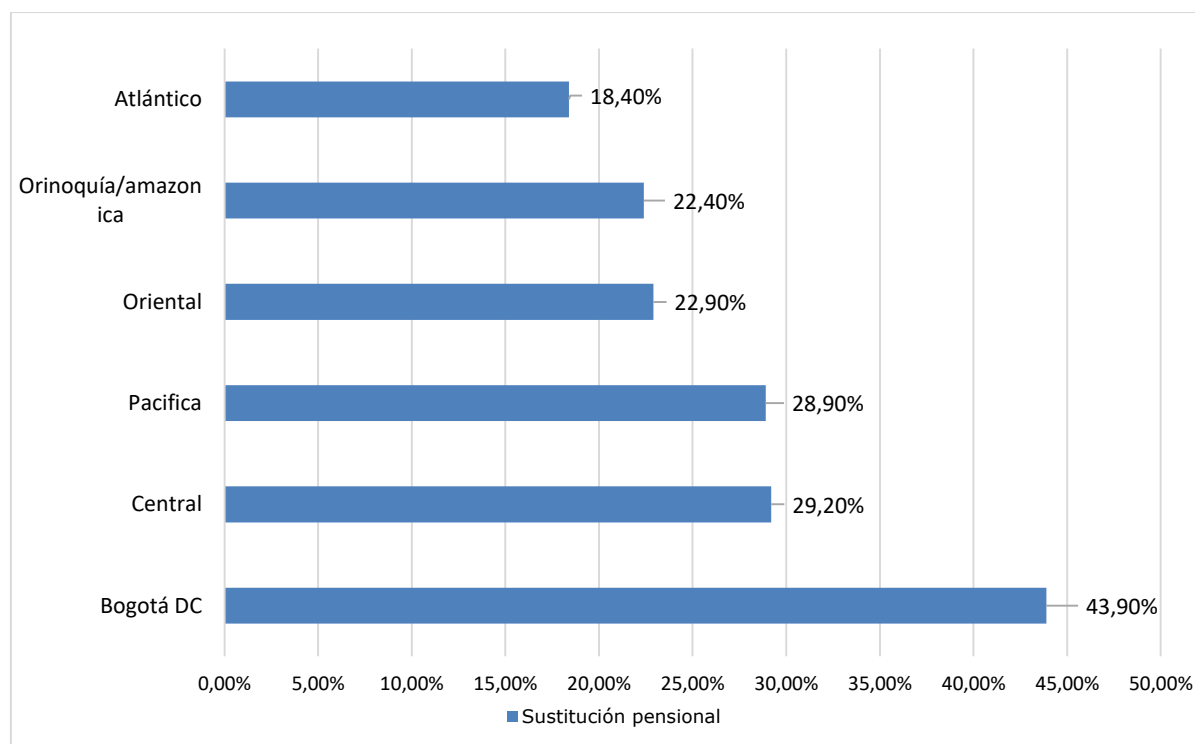
El aporte familiar por parte de personas moradores en el país representa el 29,7% de los ingresos que reciben por remuneración los adultos mayores con mayor número de mujeres 67,5 que hombres 32,5 por cada 100; dicho ingreso tiene un importante peso urbano donde se encuentran 79,5 personas comparado con solo 20,5 personas en el área rural donde por cada 100 adultos mayores residentes en territorio nacional. Según estratificación se observa en el nivel bajo-bajo representa esta modalidad el 31, % (465.331), en medio alto y alto tiene el 30,4% (32.730) de los ancianos poseen dicha renta por este medio, seguido por el nivel bajo con 30,7%(644.646), el medio bajo representa la solidaridad familiar un 28 % (376.340), y el menor se observa en el 21) % (53.612) en el nivel medio.

El mayor aporte nacional por dicho aporte residen en el Pacifico con el 47,5% (496.804) del total, quienes vive en Bogotá representan el 29,9,3 % (263.459), el 27,9% (278958) recibe ingreso por medio de sus familiares en el región Atlántico, el 26,5 % (223.600) en la Oriental y menor porcentaje la región central con sólo el

20,2% (288.020) de sus adultos mayores es decir, sólo 5, 4 adultos reciben apoyo familiar de sus familiares con respecto al total general de los adultos mayores encuestados.

El ingreso vía pensión o sustitución pensional representa el 28,5% (1.508.003) de total general reciben remuneración por este modelo, donde el 52,6% (792.727) son hombres; 33 varones de cada 100 persona con este tipo de ingreso y 47,4% (715.276) son mujeres; 24,8 féminas de cada 100 persona con este tipo de ingreso .se observa mayor número de beneficiados en edades centenarias con 91,1% (8.646) seguido por ante pasados con 27,% (26.303) , ancianos viejo –viejo 26,6% (151.448), seguidos de quiénes están entre 75 a 80 años con el 31,1% (211.351) y finalmente con el menor peso del grupo jóvenes; menores de o iguales a 74 años dentro su población total sólo el 28% (1.110.255) reciben dicha fuente de ingreso (Figura 26). En las urbes se concentra en un 91% (1.372.592) en dicha modalidad, por cada 100 personas hay 25,9 adultos con sustitución.

Figura 26. Distribución porcentual de los adultos mayores del ingreso vía sustitución pensional reportada por población objeto de estudio según regiones geográficas. Encuesta SABE 2015.

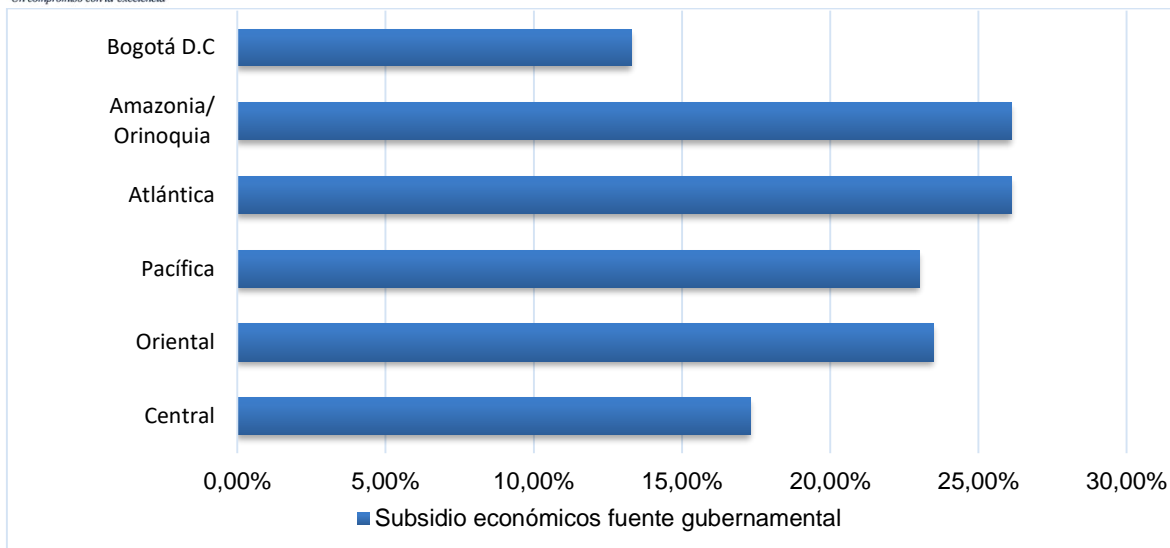


Según del estrato socioeconómico quienes reciben pensión residen en su mayor porcentaje el 57% (61.305) en medio alto y alto, 49,8% (121.619), el 26,6% (557.810) hace parte del medio bajo y menor porcentaje de participación el bajo con 37 % (557.810) y el nivel bajo-bajo sólo se identifica el 11,3% (169.176). Bogotá concentra el 43,9% (395.229) de las personas mayores con pensión, seguido por la central con 29,2% (417.127), el 28,9 % (301.869) en región Pacífica, prosigue el 22,9% (193.217) de la población de la Oriental, el 22,4% (16.402) en Orinoquia/Amazonia y finalmente solo el 18,4 % (184.159) en Atlántica.

El 20,6% (1.087.154) de poblacional nacional en los adultos mayores obtiene ingresos por medio de subsidios de origen gubernamental/ estatal por medio de diferentes programas donde son priorizados; Se observa mayor proporción de mujeres en comparación a los hombres decir; hay 57,4 mujeres y 42,6 hombres por cada 100 personas beneficiarios de los programas estatales para el adulto mayor, sin embargo al darle una mirada con la población general cambia la percepción por cada 19,3 hombres y 21,6 mujeres adultos mayores son beneficiarios en este tipo de beneficios del total encuestados por cada 100.

La iniciativa gubernamental para la protección del adulto mayor vía transferencia directa de recursos económicos en igual porcentaje que se observa distribuido a nivel nacional al analizarse cada región internamente y posteriormente compararse con las demás regiones ; se observa con mayor representación en los territorio de Amazonia y Orinoquia colombiana con el 26,1% (19.644) adultos mayores , seguido de la región Atlántica el 26,1% (261.832) (figura 27) , continua la Oriental con el 23,5% (198.336) de cerca el pacífico representa el 23,0% (240.521) , finalmente el 17,3% (246.793) adultos residentes en la región central y sólo el 13,3% (120.028) de las personas mayores del distrito capital.

Figura 27 Distribución porcentual de los adultos mayores del ingreso vía subsidio gubernamental reportado por población objeto de estudio según regiones geográficas colombianas. Encuesta SABE 2015.

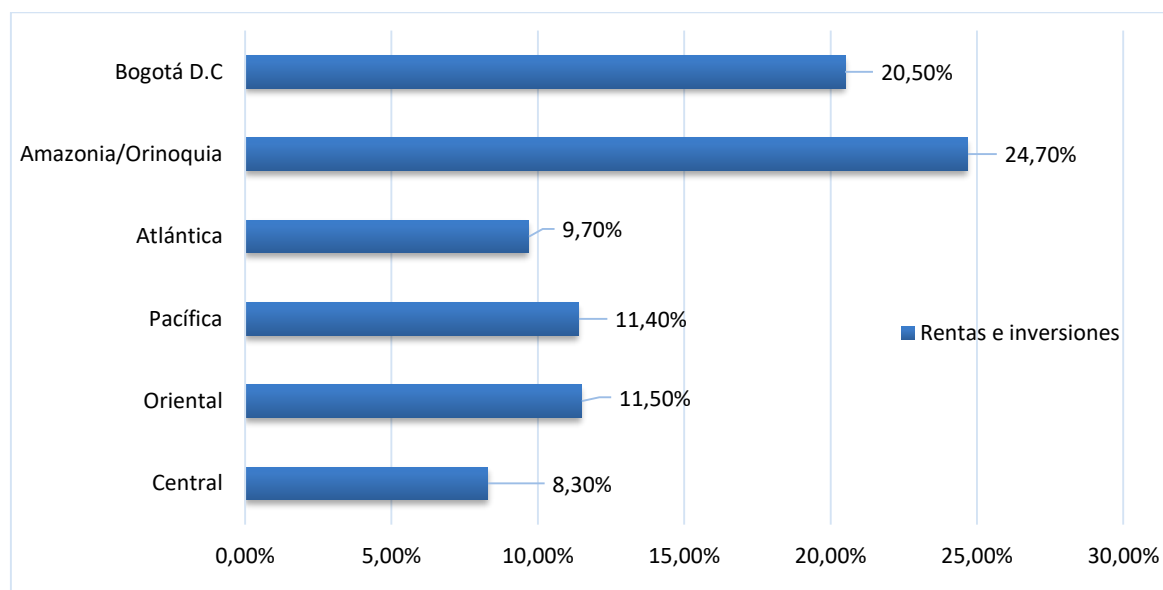


Los beneficiarios de subsidios estatales están distribuidos por clasificación etaria en población mayor según de las Naciones Unidas así; se observa mayor protección en los ancianos de 80 a 89 años con 31%(183.195), luego ancianos intermedios entre 75 a 85 años con 28,1% (190.469), seguidos de antepasados con 29,8 % (28.744) finalizando con los más jóvenes con el 17,4%. Por su parte 100 adultos mayores que reciben apoyo estatal 61,8 de ellos están ubicados en área urbana y sólo 38,2 viven en el campo; dicha sido una estrategia dirigida para sectores con menos recursos económico ; se observó que el 39,9 % (599.464) viven en estratificación bajo-bajo, continua el 18%(377.459) de quienes residen en nivel bajo ,subsiguiente el 7,4% (99.537) en nivel medio bajo y en minoritaria participación 3.8% (9.311)en el medio y sólo el 1.3% (1.383) están en nivel medio alto y alto.

Los arriendos, rentas e inversiones representan ingreso económico en el 12% de la población general de adultos mayores encuestados, sólo el 4,5 % de quienes reciben ingresos por dicha fuente son mujeres y 3,2% (75.779) son hombres por cada 100 beneficiados de esta fuente. Entre los grupos etarios se observa unos pequeños porcentajes de individuos quienes reciben dicha fuente de ingreso; el 1,4% (136), 10,4% (10.006) son antepasados,11,6% (454.893) tienen edades iguales o menores a 74 años y quienes reciben mayor porcentaje son quienes tienen entre 75 a 80 años de edad equivalente a 14,9% (100.918).

Cabe resaltar en este tipo de fuente se concentran en poblaciones con mayor poder adquisitivo es decir en nivel alto y medio alto con el 44,7%(48.057), el medio con el 23, % (57.347); el medio bajo con 14,5% (193.288) el bajo con el 11,6% (242.625) y sólo el 6,1% (91.965) en nivel bajo-bajo. Generalmente dichos individuos residen en el área urbana en un 92,3 %(584.318) y sólo el 7,7% (48.964) en el rural disperso. Principalmente georreferenciados (Figura 28) en la zona Orinoquía/Amazonia en un 24,7% (18.076), el 20,5% (184.084) en Bogotá, 11,5% (97.336) están en zona Oriental seguidos por la Pacífica en el 11,4% (118.707), con menores representaciones en el territorio Atlántico con el 9,7% (97.375) adultos con dicho tipo de ingreso y sólo el 8,3% (117.704) de la zona Central.

Figura 28. Distribución porcentual de los adultos mayores por ingreso vía rentas, arriendos e inversiones según reporte población objeto por georreferenciación en las regiones, SABE Colombia 2015.



El 3,9% (206.865) de los adultos mayores reciben giros y remesas de familiares en el exterior; corresponde a,3,2% (75.779) sin embargo el 63,3 son mujeres por cada 100 personas beneficiarios de dicha fuente y sólo el 4,5% (131.086); es decir 36,6 son hombres por cada 100 beneficiados por esta fuente. Dentro del grupo etario el 4,5% (30.388) de los ancianos entre 75 a 80 años son quienes reciben en mayor porcentaje; seguidos del 4,3% de los ancianos entre 80 a 89 años, entre los más

jóvenes sólo el 3,8% (149.760) y el que menos recibe son los antepasados con 2,1% (2.058).

La población favorecida por las remesas tuvo una representación mayoritaria del área urbana 90,2 adultos mayores viven en las cabeceras municipales; en este caso corresponde a los estratos más altos; alto y medio alto aportan con el 9,9% (10.641) de ellos, el 6,4% (15.692) del medio, el 5,2% (69.472) de medio bajo, y en menor representación los estratos bajos: 3,5 % (74.042) en bajo y sólo el 2,5% (37.018) en bajo-bajo. Con una marcada participación geográfica en la región Pacífica recibe el 8% (84.042) por dicha modalidad, en zona central sólo el 3,5% (49.423), en Bogotá recibe el 3,4% (30.692), zona Atlántico lleva el 2,9% (29.489), el 1,7% (1251) corresponden al territorio de Amazonia/Orinoquia y sólo el 1,4% (11.968) de los adultos mayores percibido en ingresos por esta modalidad por la Oriental.

Finalmente, el 3,2% (170.116) de total de los adultos mayores colombianos reciben ingresos por instituciones o terceros, (personas naturales) 3,4% (99.324) de las mujeres; es decir 58,4 mujeres y 41,6 hombres de cada 100 personas con ingresos por esta vía sólo representa el 2,9% (70.792). El 79,9 viven en cabecera municipal y solo 20, 1 en el campo de cada 100 personas quienes reciben ingresos por esta modalidad. En mayor porcentaje se observó en la estratificación socioeconómico de nivel medio con 6,6% (1.6201), seguido por 4,6% (4.986) en nivel medio alto y alto, el 3,5% (52.855) hacen parte del bajo-bajo, seguido del 2,8% (5.9703) residen en bajo y sólo el 2,7% (36.371) en medio bajo.

Las personas de 80 a 89 años son quienes recibe mayores aportes de terceros benefactores con 4,1%, en el segundo lugar el 3,9% (26.752) poseen entre 75 a 80 años, en tercer lugar, con el 3% (117.032) son los más jóvenes y en último lugar el 2,9% (2.761) son ancianos entre 90 a 99 años. La zona con mayor porcentaje de beneficiadas por dicha es la Atlántica con 5% (5.097), seguido de Pacífica con 3,7% (38.298) en igual porcentajes con el 3% están Bogotá D.C con 26.972 adultos

mayores y la zona Orinoquia/Amazónica con 2164 individuos, el 2,7% (38.900) residen en la Central y en mínima representación esta la zona Oriental con el 1,6% (13.383).

6.2.5 Rango de ingresos según salario mensual legal vigente 2015.

A continuación, se evidenció al progresar entre los grupos etarios durante el proceso de envejecimiento una relación inversa con los ingresos (tabla 13) y residir en sectores bajos de la estratificación socioeconómica, quienes viven en área rural poseen menores ingresos que quienes viven en las urbes y especialmente en la ciudad capital; Bogotá (Tabla 14).

El 14,5% (589.982) del total encuestado quienes viven en urbes sin ingreso y el 19,4% (220.160) residen en el campo en igual condición y viven en su mayor concentración en estratos bajo 40% (323.747), bajo-bajo con el 29% (240.938 (tabla 14)) y 16,6% (218.160) en nivel medio bajo con menores porcentajes en el 9,3%(22.396) en medio y el 4,7% (4.929) en alto residen en lugares con estratificación dentro de este rango de ingreso la mayoría de los adultos viven con ingresos inferiores a 1 salario mínimo legal vigente para el año 2015 , por condición biológica se observa un comportamiento inversamente proporcional al ingreso, especialmente en las mujeres evidenciándose mayor acceso en los hombres (Figura 29).

El 15,5%(810.142) de los adultos mayores del total general no cuentan con ingreso mensual con una mayor representación en las mujeres 65,5%(530.663) por cada 100 personas adultos mayores sin este; equivale al 18,7% en las mujeres en total encuestadas y en los hombres representa el 11,8% (2794.479) del total de población masculina. (figura 25) resalta que la mayor representación gana menos del ingreso mínimo contemplado por la legislación para el 2015 corresponde al 47% (2495.001) de la población total donde sobresale la población femenina mujeres con el 59,5% (1.485.378) de peso porcentual por su parte el 40,5% (1.009.623) pertenecen a los hombres.

Se observa una mayor proporción de adultos mayores sin ingreso en las regiones geográficas; en la Central 21,6 por cada 100 habitantes residentes, le sigue la Oriental con 17,7 % (147.266) de la totalidad de los ancianos residentes, Atlántico posee 17% (168.767), continua Bogotá D.C con 9,9 adultos mayores sin remuneración por cada de ellos 100 encuestados y la región con menor número de ancianos sin remuneración es la Orinoquia/amazonia con el 8,4% (6.122)

Dentro del grupo con ingresos inferiores a 1 SMLV 2015; se observa el 40,8% (1.013.038) vive en el nivel bajo; seguido del 39,5% (985.489) en nivel bajo-bajo; además al observar con respecto al total indica las fuentes escasas entradas de dinero con los cuales viven cotidianamente los adultos mayores. En dicho nivel bajo-bajo se concentra el 66,7%(985.489) del total los ancianos residentes en Colombia en nivel bajo-bajo poseen dicho ingreso (tabla 24). En medio bajo el 16,6% (420.960), el 2,2% (53.953) en medio y sólo el 0,6% (15.561) residen en medio alto y alto.

El 47,9%(2.495.001) tuvo un ingreso inferior a 1 salario mensual legal vigente(SMLV) en dicho grupo sobresalen las mujeres con 52,3 por cada 100 adultos mayores con dicho ingreso (Figura 29); cabe resaltar que el 52,3% (1.485.378) del total de las mujeres encuestadas ganan dicha suma y el 42,5%(1.009.623) de los hombres encuestados en la población mayor poseen ese ingreso, por su parte el 71,1% de quienes habitaron en el campo lideran con 63% (721.430) del total de las personas encuestadas se encuentran con menos de 1 SMLV y 43,5% (1.773.571) han vivido en cabecera municipal dentro del nivel de menor de 1 SMLV.

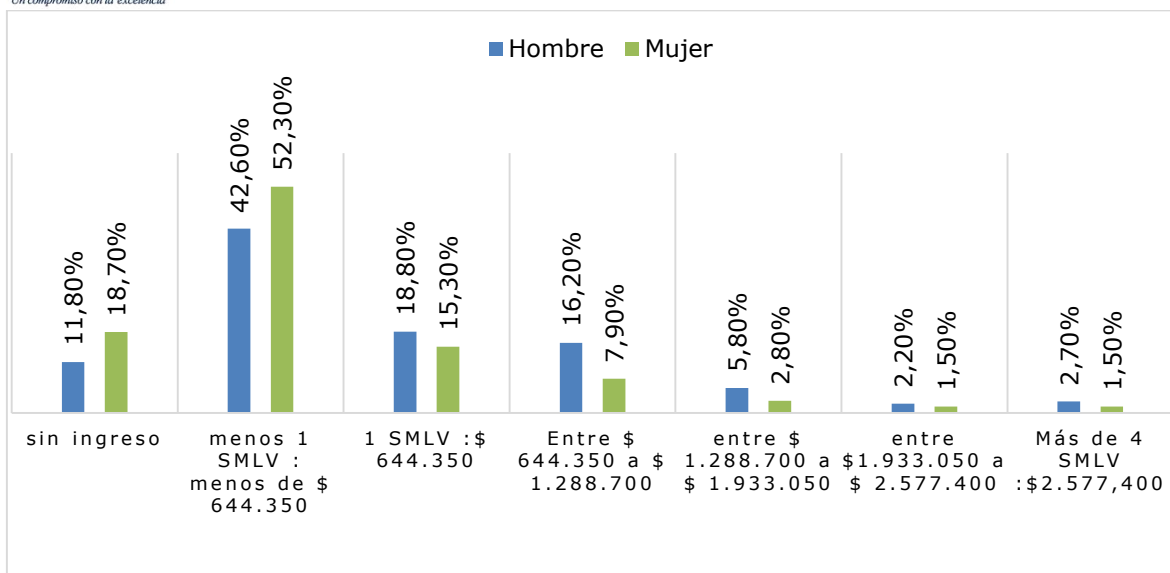
Tabla 24. Distribución porcentual de los adultos mayores del ingreso económico en población objeto de estudio según rangos de ingreso según números de salarios mínimos legal vigente 2015 por clasificación Naciones Unidad de grupos etarios en adulto mayor.

Rango de ingresos en SMLV	Anciano Joven		Anciano Intermedio.		Anciano viejo-viejo		Anciano Antepasado		Centenario		Total
	N	%	n	%	N	%	n	%	N	%	
Sin ingreso	594.688	73,4	87.325	10,8	108.171	13,4	19.752	2,4	206	0,0	810142

Menos de 1 SMLV (644.350)	1.809.316	72,5	339.778	13,6	301.179	12,1	44063	1,8	665	0,0	2495001
1 SMLV (644.350)	652.340	74,1	120.944	13,7	80.761	9,2	18643	2,1	7966	0,9	880654
Más de 1 SMLV. a 2 SMLV(644.350 a 1.288.700).	463.259	76,1	76.260	12,5	58.846	9,7	9653	1,6	658	0,1	608676
Más de 2 SMLV a 3 SMLV (1.288.700 a 1.933.050)	180.844	83,1	25.201	11,6	10.502	4,8	1004	0,5	0	0,0	217551
más de 3 SMLV a 4 SMLV (1.933.050-2.577.400)	75.887	81,8	13.950	15	1.682	1,8	1217	1,3	0	0,0	92736
Más de 4 SMLV (2.577.400)	88.463	83,9	7.466	7,1	9.519	9	0	0,0	0	0,0	105.448

La región Orinoquia/Amazonia con el 56,7% (41.413) tuvo una mayor representación con ingreso inferior a un salario mínimo legal vigente 2015; continua el territorio Pacífico con 56,1% (577.3150), prosigue la zona Atlántica posee el 54,2% (538.605) continua la Oriental con el 49,3% (411.441), el 43,3% (605.027) y solo el 36,4% (321.200) reside en Bogotá de los adultos mayores con ingreso inferior a un mínimo.

Figura.29 Distribución porcentual del ingreso cuantitativo referenciado por los adultos mayores por rangos de salario mínimo legal vigente para Colombia durante el 2015 según condición biológica. Encuesta SABE.



El 16,9% (880.654) de los adultos mayores encuestados reciben 1 SMLV equivalente a \$ 644.350 pesos para el año 2015; donde el 18,8% (446.707) son hombres y 15,3% (433.947) corresponde a mujeres del total de ambas poblaciones por condición biológica encuestadas. Cabe resaltar a partir del intervalo del salario mínimo la población femenina inicia a disminuir su presentación con el 15,3% (433.947) mujeres comparado con el 18,8% (446.707) hombres, sólo el 17,7% (605.677) ganan entre 1 SMLV a 2 SMLV; los hombres poseen el 16,2% (383.990) y el 7,9% (224.687) en las mujeres.

Este montón de ingreso se centra en los tres niveles inferiores de estratificación; el bajo con 46,9% (413.281), el 28 % (253.363) en medio bajo y 18,6% (164.168) residente recibe dicha suma por su parte en nivel medio sólo el 3,4% (30.015) y el 2,3% medio alto-alto (tabla 25). Quienes ganan un mínimo para dicho año el 19,8% (277.041) residió en la zona central, el 18,2% (187.638) en el pacifico colombiano, el 16,3% (144.212) refiere residir en la capital del país, en el territorio Oriental el 16,2% (134.763) de loa adultos refieren dicho ingreso en menores porcentajes el 12,9% (128.646) viven en el territorio Atlántico y sólo el 11,4% (8.354) estuvieron ubicados en Amazonia y Orinoquia.

El 11,7% (608.677) de los adultos mayores ganaban más de 1 SMLV a 2 SMLV (entre \$ 644.350 a \$ 1.288.700), con un 16,2 % (383.990) son hombres y 7,9% son

mujeres –se inicia a evidencia la disminución en la población femenina-. En estratificación se distribuye en el 40,7% (247.721) está en medio bajo, en el 39,3% (239.458) en bajo, prosigue el 11,7% (71.469) en bajo-bajo, y sólo el 5,7% (34.468) residen en medio, finalmente el 2,6% (15.560) en medio alto-alto según este rango (tabla 25).

Entre 1 a 2 salarios mínimos refiere devengar dicha suma por territorios sobresale la capital del país; en Bogotá reside el 18,8% (165.595) devenga dicha cantidad de dinero, 13,8% (10.046) en Orinoquia/Amazonia, el 11,6% (22.066) reside en la zona central, el 10,8% (90.163) vive en la Oriental, el 10,6% (108.675) están en el Pacífico y sólo el 7,2% (71.720) adultos mayores residen en la zona Atlántica.

Tabla 25. Distribución porcentual de los adultos mayores según distribución por niveles de estratificación socioeconómica por rango de ingresos por SMLV año 2015.

Rango de ingreso por SMLV 2015		Bajo-bajo	Bajo	Medio Bajo	Medio	Medio alto Alto	Total
Sin ingreso	Frecuencia	240938	323747	218160	22369	4929	810143
	%	16,3%	15,6%	16,6%	9,3%	4,7%	15,5%
Menos 1 SMLV(644.350)	Frecuencia	985489	1019038	420960	53953	15561	2495001
	%	66,7%	49,2%	32,0%	22,5%	15,0%	47,9%
1 SMLV(644.350)	Frecuencia	164168	413281	253363	30015	19827	880654
	%	11,1%	19,9%	19,3%	12,5%	19,1%	16,9%
Más de 1 SMLV a 2 SMLV(644.350- 1.288.700)	Frecuencia	71469	239458	247721	34468	15560	608676
	%	4,8%	11,6%	18,8%	14,4%	15,0%	11,7%
Más de 2 SMLV a 3 SMLV(1.288.700- 1.933.050)	Frecuencia	10864	48891	94092	52752	10952	217551
	%	0,7%	2,4%	7,2%	22,0%	10,5%	4,2%
Más de 3 SMLV a 4 SMLV (1.933.050- 2.577.400)	Frecuencia	2971	18835	46654	18708	5568	92736
	%	0,2%	0,9%	3,5%	7,8%	5,4%	1,8%
Más de 4 SMLV (2.577.400)	Frecuencia	2115	9764	34504	27410	31655	105448
	%	0,1%	0,5%	2,6%	11,4%	30,4%	2,0%
Total estratificación	Frecuencia	1.478.014	2.073.014	1.315.454	239.675	104.052	5.210.209
	%	28,4	39,8	25,2	4,6	2	100

El 4,2% (217.551) de los adultos mayores que devengan más de 2 SMLV a 3 SMLV (entre \$1.288.700 a \$ 1.933.050), Entre 2 a 3 SMLV el 4% (217.551) de la población total encuestada; el 5,8% (137.244) hombres y sólo el 2,8% (80.307) de las mujeres (Figura 24); cabe resaltar que aunque dentro del rango de ingreso cada porcentaje sea representativo en el grupo de ingreso al compararlo dentro de los propios grupos de la estratificación su peso porcentual es insignificante: el 43,3% (94.092) residen en medio bajo pero 7,2 personas de cada 100 que residen en dicho nivel tienen este ingreso (tabla 25), el 22,5% (48.891) residen en nivel bajo ;dicho grupo dentro de la estratificación general sólo representa el 2,4% del nivel bajo.

Por su parte el 24,2% (52.752) se ubican en medio devengando dicha suma, sin embargo, tiene una representación significativa dentro de este estrato del 22% con respecto al grupo estratificación medio y finalmente sólo el 5% (10.952) de nivel medio alto y alto reciben dicho rango de ingresos y dentro de la estratificación representa el 10% de la población residente con dicho ingreso.

Quienes reportan ingresos entre \$ 1.288.700 a \$ 1.933.050 se ubica principalmente los adultos mayores en Bogotá con el 11,3% (99.879), seguido de 3,8% (31.427) de los residentes del territorio Oriental, el 3,4% (2.516) de los residentes mayores de la Amazonia y Orinoquia, el 3,2% (32.822) de los adultos mayores del pacifico colombiano, sólo el 2,9% de los mayores de la zona Atlántica, finalmente en insignificante representación el 1,6% (22.066) en la región Central parte de dicho rango de ingresos.

Tan sólo el 1,8% (92.737) de los adultos mayores ganaba más de 3 SMLV a 4 SMLV (entre \$ 1.933.050 a \$2.577.400) de población mayor colombiana con un marcado liderazgo de los hombres con el 2,2% (50.990) y el 1,5% (41.747) de las mujeres , el 50,3 % (46.654) con ingresos de este nivel residen en nivel medio bajo, sin embargo en dicha estratificación sólo hay 3,5 adultos mayores residentes por cada 100 en dicho nivel con este nivel de ingresos ,contrasta con el 20,2% de los adultos mayores en estrato 4 (medio) por su parte el 7,8 adultos mayores de cada 100 que residen en dicho estrato socioeconómico tienen ingresos entre \$ 1.288.700 a \$

1.933.050 ; el porcentaje restante se distribuyen entre los extremos ;en el medio alto y alto con el 6,0% (5.568) y el 3,2% (2.971) vive en nivel bajo (tabla 25) .

En la Orinoquia/Amazonia se concentra la mayor cantidad de personas concentra la mayor con un ingreso entre 3 a 4 salarios mininos legales vigentes, es decir el 5,8% (4.244) ubicados en Amazonia y Orinoquia, seguido de Bogotá con el 4,1% (36.325), el 1,6% (16.330) en el Atlántico, el 1,3% (18.257) en la Central, sólo el 1% (8.566) personas mayores, por su parte con insignificante representación en el pacifico colombiano con el 0,9% (9.014). (Tabla 26).

Tabla 26. Distribución porcentual de las personas mayores según por región geográfica colombianas a través del rango de ingreso tomando referencia salarios mínimo legal vigente 2015.

Rango de ingreso por SMLV 2015		Central	Oriental	Pacífica	Atlántica	Orinoquia /Amazonia	Bogotá	Total
Sin ingreso	Frecuencia	302.378	147.266	98.355	168.767	6.122	87.255	810.143
	%	21,6%	17,7%	9,6%	17,0%	8,4%	9,9%	15,5%
Menos 1 SMLV(644.350)	Frecuencia	605.027	411.441	577.315	538.605	41.413	321.200	2495.001
	%	43,3%	49,3%	56,1%	54,2%	56,7%	36,4%	47,9%
1 SMLV(644.350)	Frecuencia	277.041	134.763	187.638	128.646	8.354	144.212	880.654
	%	19,8%	16,2%	18,2%	12,9%	11,4%	16,3%	16,9%
Más de 1SMLV a 2 SMLV(644.350- 1.288.700)	Frecuencia	162.477	90.163	108.675	71.720	10.046	165.595	608.676
	%	11,6%	10,8%	10,6%	7,2%	13,8%	18,8%	11,7%
Más de 2SMLV a 3 SMLV(1.288.700- 1.933.050)	Frecuencia	22.066	31.427	32.822	28.841	2.516	99.879	217.551
	%	1,6%	3,8%	3,2%	2,9%	3,4%	11,3%	4,2%
Más de 3 SMLV a 4 SMLV (1.933.050- 2.577.400)	Frecuencia	18.257	8.566	9.014	16.330	4.244	36.325	92.736
	%	1,3%	1,0%	0,9%	1,6%	5,8%	4,1%	1,8%
Más de 4 SMLV (2.577.400)	Frecuencia	11.322	10.095	14.630	40.914	317	28.170	105.448
	%	0,8%	1,2%	1,4%	4,1%	0,4%	3,2%	2,0%
Total		1.398.568	833.721	1.028.449	993.823	73.012	882.636	5.210.209
%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Para finalizar sólo el 2 %(105.448) tiene ingresos superiores a 4 salarios mínimos mayores ganan más de 4 SMLV (\$2.577.400); en donde el 60,2% son hombres (63.496) ; donde el 2,7% (63.496) son hombres y el 1,5% (41.952) las mujeres ;es

decir 2,7 hombres por cada 100 del totales encuestados y 39.8% (41.952) son mujeres; sólo 1,5 mujer por cada 100 del total de mujeres adultas mayores encuestadas y 2,7 hombres por cada 100 de total de hombres adultos mayores encuestados gana más de 4 SMLV (Figura 24).

Se observa según la ubicación en la estratificación socioeconómica (tabla 14) se concentra el nivel de ingresos en nivel medio bajo sin embargo al observar dentro del dicho nivel su representación es insignificante puesto que solo 2,6 personas mayores con dicho rango de ingreso residen en estrato 3(medio bajo) , por su parte en el nivel medio alto y alto se observa el 30% (31.655) de la población encuestada residen en dicho lugar con un ingreso de 4 SMLV consistente , es decir en dicho estrato residen 30,4 personas mayores con ingreso igual o superior a esta suma residente por cada 100 personas encuestadas en la clasificación medio alto y alto, por su parte las menores representaciones se encuentran en nivel bajo con 9,3% (9764) y 2% (2.115) bajo –bajo con dicho rango de ingresos (tabla 25).

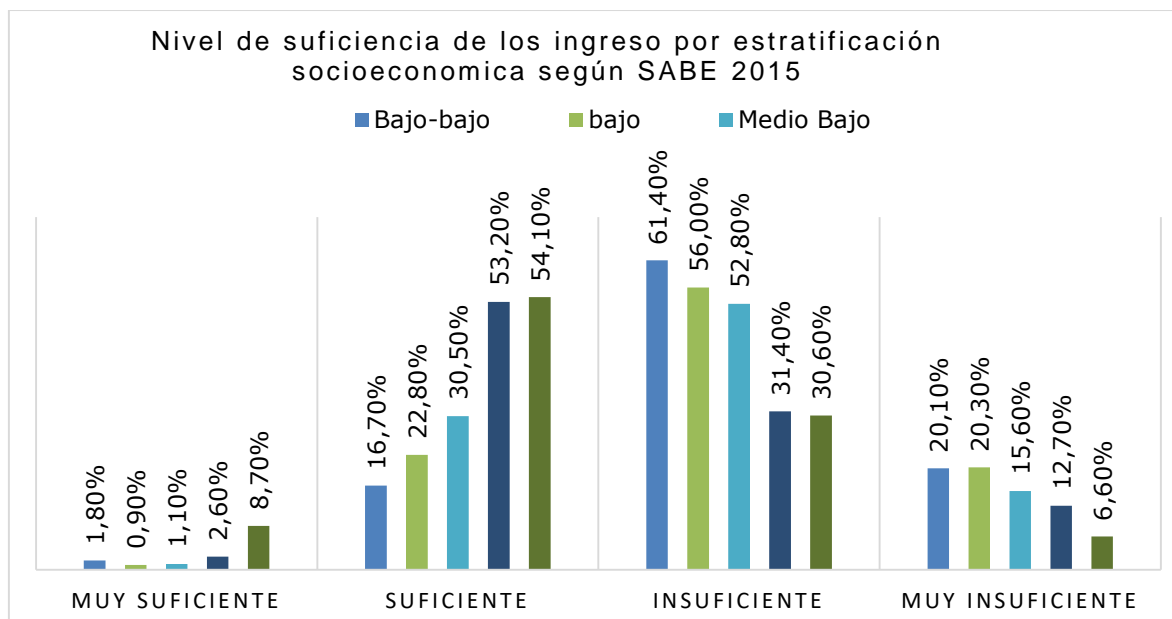
Por territorio geográfico se observa con la mayor proporción de adultos mayores con ingreso mayores de Los mayores con ingreso superiores a \$2.577.400 para el año 2015 sólo represento el 2% (105.448) ubicados en concentración en el territorio Atlántico con el 4,1% (14.630), seguido de Bogotá con el 3,2% (28.170), el 1,4% (14.630) del Pacífico colombiano, el 1,2% (10.095) de la zona Oriental en mínimos representación el 0,8% (11.322) de la zona Central y sólo el 0,4% que son 371 adultos mayores residentes en la Amazonia y Orinoquia del país. (Tabla 26).

6.2.6 Nivel de suficiencia de los ingresos para dar cubrimiento a necesidades básicas.

La población adulta mayor encuestada sobre el nivel de suficiencia el 54.7% (2.364.123) refiere insuficiente en sus ingresos para el cubrimiento de necesidades básicas en sus recursos; el 56,9 hombres y 52,8 mujeres de cada 100 personas de correspondiente condición biológica, en la cabecera municipal residen el 1,2% del total de personas que residen en la cabecera municipal con 42.677 personas y sólo el 2,3% (19.512) de población total residente en el área rural dispersa. EL 61,4% del nivel bajo-bajo considera insuficientes sus ingresos para dar respuesta/

cobertura a sus necesidades básicas, 56 % (968.478) de los adultos residentes en nivel bajo, el 52,8% (605.828) de quienes residen en medio bajo, el 31,4% (69.015) de nivel medio y finalmente sólo 30,6% (30.809) en medio alto y alto.

Figura 29. Distribución porcentual de las personas mayores según el nivel de suficiencia de los ingresos cubrimiento de necesidades básicas reportado por estratificación socioeconómica de población adulta mayor colombiana en 2015, Encuesta SABE.



Sólo el 25,6% (1.103.925) de los adultos mayores tienen una perspectiva suficiente de sus ingresos para cubrir sus necesidades básicas; el 23,3% (467.928) de los hombres totales encuestados y el 27,5% (635.997) son mujeres del total de esta población encuestada. Según el área de residencia se observa en mayor concentración en las urbes solo el 27% (935.377) de población total de cabecera municipal y 19% (168.548) de total de la población rural disperso.

En estratificación socioeconómica jerarquización de más alto al más bajo-bajo: en este grupo lidera el nivel medio alto y alto de estratificación con el 54,1% (54.504), en medio se observa el 53,2% (116.933), el medio bajo representa 30,5% (349.664), el 22,8% (394.714) en el nivel bajo y finaliza con 16,7% (20.237) se ubicaron en bajo-bajo. De cada 100 refieren dicha suficiencia sobre sus ingresos hay 23,3 adultos mayores hombres de cada 100 hombres encuestados y 27,5 adultas mayores mujeres. Cabe señalar en la tabla 16; como los centenarios reportan el

81,5% (658) de suficiencia en sus ingresos continúan el 35,4% (9.341) del grupo de los antepasados, seguido por el 30,2% (152.317) de los ancianos entre 75 a 80 años, el 26,3% (77.418) ubicados entre 80 a 89 años y finaliza el 24,7% (864.190) del grupo de los más jóvenes.

El 18,3% (789.564) de los adultos mayores tienen una perspectiva muy insuficiente de sus ingresos para cubrir sus necesidades básicas; el 52,8% (415.484) de las mujeres y el 47% (374.081) de los hombres tiene dicha perspectivas. En las urbes solo el 18,3 % (635.212) de población total de cabecera municipal y 18,1% (154.352) de total de la población rural. Sólo el 20,1% (226.032) del nivel bajo-bajo, el 44,4% (350.440) de quienes residen nivel bajo perciben dicho, el 15,6% (178.510) de quienes residen en medio bajo, en el nivel medio el 12,7% (27.964) del nivel medio dicha percepción y sólo el 6,6% (6.618) del nivel alto piensan que sus recursos son muy insuficientes.

Entre los grupos etarios; cabe resaltar sólo 149 de los adultos centenarios (0,0%) tuvo perspectiva muy insuficiente de sus ingresos; con el 14,3% (3.770) de los antepasados (90 a 99 años) comparado con los jóvenes quienes el 18,6% (650.002) evidencian mayor insuficiencia; es decir a mayor número de años menor perspectiva de insuficiencia de ingresos (Tabla 27).

Tabla 27. Distribución porcentual de las personas mayores del nivel de suficiencia del ingreso para cobertura de necesidades básicas según la clasificación Naciones unidad de grupos etarios de adultos mayores colombianos 2015.

Nivel de suficiencia de ingresos Necesidades Básicas		Anciano Joven	Anciano Intermedio	Anciano Viejo -viejo	Antepasado	Centenario	Total
Muy suficiente	Frecuencia	48.739	5.867	5.485	2.098	0	62.189
	%	1,4%	1,2%	1,9%	8,0%	0,0%	1,4%
Suficiente	Frecuencia	864.190	152.317	77.418	9.341	658	1.103.924
	%	24,7%	30,2%	26,3%	35,4%	81,5%	25,6%
Insuficiente	Frecuencia	1.931.075	253.837	167.908	11.153	149	2.364.122
	%	55,3%	50,3%	57,1%	42,3%	18,5%	54,7%
Muy insuficiente	Frecuencia	650.022	92.424	43.349	3.770	0	789.565
	%	18,6%	18,3%	14,7%	14,3%	0,0%	18,3%
Total	Frecuencia	3.494.026	504.445	294.160	26.362	807	4.319.800

%	80,9%	11,7%	6,8%	0,6%	0,0%	100,0%
---	-------	-------	------	------	------	--------

Sólo el 1,4% (42.677) refiere muy suficientes sus recursos; en la cabecera municipal residen el 1,2% del total de personas que residen en la cabecera municipal con 42.677 personas y sólo el 2,3% (19.512) de población total residente en el área rural dispersa. El 8,7% de estrato medio alto y alto considera que son muy suficientes, el 2,6% (5.757) tiene dicha percepción en el medio, el 1,8% (20.237) de los adultos están ubicados en el nivel bajo-bajo y sólo el 0,9% (14.800) que residen en el nivel bajo. En dicho grupo el 35,2% (21.908) es decir; 1,1 cada hombre por cada 100 encuestados refiere esta perspectiva y sólo 1,7 de cada 100 mujeres; es decir el 64,8% (40.281) la comparte.

Según grupo de edad los más mayores que identifican muy suficientes sus ingresos lideran los muy viejos (entre 80 a 89 años) con 1,9% (5.485), seguidos del 1,4% (48.739) hacen parte de los más jóvenes, por su parte los adultos mayores intermedios es decir quienes están entre 75 a 80 años representan el 1,2% (5.867) de los adultos encuestados y ninguno de los centenarios se identificó dentro del grupo.

En las regiones con mayor perspectiva de suficiencia en el ingreso en necesidades básicas son el 2,6% (29.766) en la zona Central, continua en orden descendente los residentes de región Pacífica con el 1,8% (15.165), prosigue el 0,9% (7.444) de población adulta mayor bogotana continua la Oriental con el 0,7% de su población (5.214), luego la Atlántica con el 0,6 % (4.530 y tan sólo el 0,1% correspondiente a 77 personas del total de los adultos mayores encuestados de Orinoquia/Amazonia refieren en las diferentes zonas perciben sus ingresos como muy suficientes.

6.2.7 Nivel de satisfacción de los ingresos reportado por la población objeto de estudio

Las personas mayores al referirse al nivel de satisfacción de ingreso respondieron en un 2,5% (109.369) refieren estar muy satisfecho; existe una relación directa entre la satisfacción y el estrato socioeconómico, es decir por cada 1,4 adultos mayores en estrato bajo –bajo en el bajo 1,5 adultos, en medio bajo 1,9 personas contrasta con los estratos medio con 6,9 y en el medio alto / alto hay 30 adultos satisfechos con su ingreso por cada 100 adultos mayores encuestados (Figura 26). Por condición biológica hay 1,7 hombres (34.856) muy satisfechos por cada 100 hombres adultos mayores encuestados y 3,2 mujeres (74.513) por cada 100 mujeres encuestadas.

Por distribución geográfica el mayor número de habitantes muy satisfechos con sus ingresos residen en la zona Atlántica con el 4,2% (30.804) de su población encuestada, la Central 2,7% (308.997) y el menor está representado por el 0,5%; es decir sólo 302 de las personas mayores residentes de la Orinoquia/Amazonia (tabla 17).

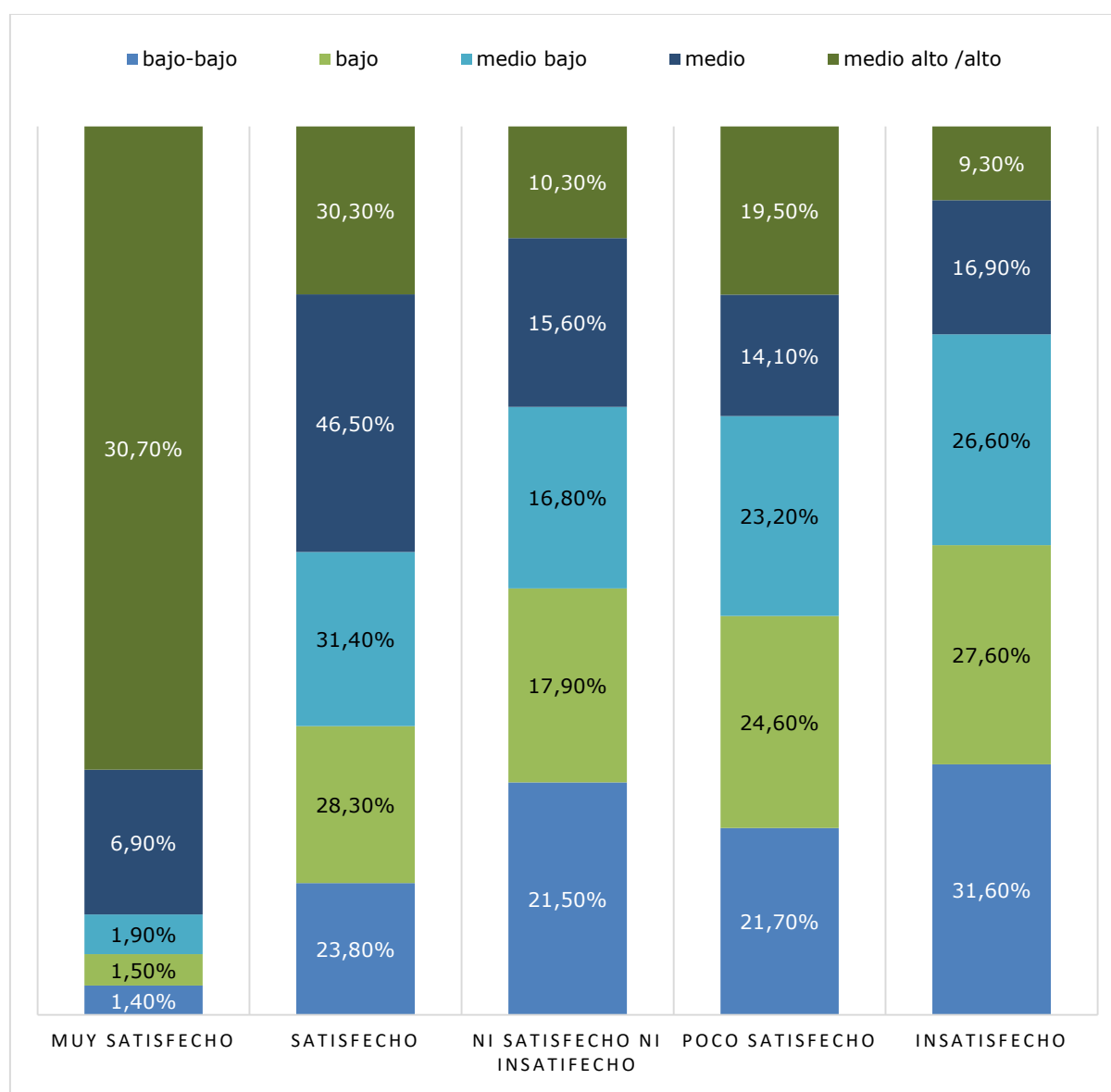
El 29% (1.251.788) informó satisfecho; sin embargo, la mayor concentración de adultos mayores con el 46,5% (102.291) se evidencia en nivel medio, continua el nivel medio bajo con el 31,4% (360.087) del estrato, continua el medio alto y alto con el 30,3% (30.636), en el bajo se observa el 28,3% de los adultos mayores de este nivel y el bajo-bajo reporta el 23,8% (266.638) de los adultos mayores (Figura 26.).

Con la mayor proporción en las mujeres se observa por condición biológica hay 30 de cada 100 mujeres (695.874) y hay 27,6 hombres adultos mayores (554.915) refiriendo satisfacción de sus ingresos por cada 100 del total de los encuestados respectivamente. Las regiones geográficas donde los adultos mayores refirieron dicha apreciación coexistieron en Bogotá, y el territorio Atlántico.

El 18,3% (788.904) no se encuentra ni satisfecho ni insatisfecho; el 21,5% (240.010) de los adultos mayores residentes en el nivel bajo-bajo, el 17,9% (310.894) residían en el nivel bajo, el 16,8% (193.184) reside en medio bajo, (Figura 26.) por condición biológica hay 18,4 hombres adultos mayores (370.870) y 18,1 mujeres mayores (418.034) manifestaron ni satisfacción ni insatisfecho por cada 100 adultos mayores

encuestadas. Por su parte el 21,1% (156905) de la región Oriental y el 20,8% (238.174) de los adultos mayores lideran entre las regiones con esta posición.

Figura 28. Distribución porcentual de población adulta mayor colombianas al referirse al nivel de satisfacción de los ingresos para cobertura de necesidades básicas por estratificación socioeconómica de la vivienda, Encuesta SABE 2015.



El 22,8% (986.840) está poco satisfecho con sus ingresos con mayor porcentaje en el nivel 24,6% (427.784) en bajo, a continua el 23,2% (265.851). personas en medio bajo, el bajo-bajo con el 21,7% (242.393), en el medio alto y alto se observó el 19,5% (19.773) de los adultos mayores (Figura 28), y para cerrar en el medio el 14,1%

(31.039) de los adultos mayores residentes comparten este nivel de satisfacción. Por condición biológica hay 23,4 hombre adulto mayor (471.466) y 22,3 mujeres mayores (515.374) poco satisfechos con sus ingresos por cada 100 encuestados por respectivamente. La región Orinoquia/ Amazonia lidera con el 37,2% (23.752) y en la Pacífica el 24,4% (200.433) de sus adultos mayores refieren dicha posición con respecto a sus ingresos.

El 27,4 % (1.185.376) de los adultos mayores se reportó insatisfecho con el nivel de ingresos se observa relación directa al nivel socioeconómico; es decir por cada 31,6 personas mayores en bajo-bajo por cada 100 encuestados en dicho de estratificación, 27,6 ancianos en bajo por cada 100 en el mismo nivel, en medio bajo 26,6 personas de cada 100, cada de 16,9 adultos mayores de cada 100 viven en medio y hay 9,3 personas mayores en medio alto y alto con la misma apreciación (Figura 28). Por condición biológica hay 28,8 adulto mayores hombres y 26,2 adultos mayores mujeres se encuentran insatisfechos con sus ingresos por cada 100 encuestados. Por su parte los territorios con mayor insatisfacción en el nivel de ingresos son el Pacífico con el 32,9 % (270019) y el Atlántico con el 29,8% (218105) de los adultos mayores encuestados.

Tabla 29. Distribución porcentual del nivel de satisfacción ingreso reportado por los adultos mayores en las seis regiones geográficas. Encuesta SABE 2017.

Región Geográfica		Muy satisfecho	Satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Poco satisfecho	Insatisfecho	Total
Central	Frecuencia	30.512	308.997	238.174	273.974	294.025	1.145.682
	%	27,9%	24,7%	30,2%	27,8%	24,8%	26,5%
Oriental	Frecuencia	17.991	220.492	156.905	176.008	172.144	743.540
	%	16,4%	17,6%	19,9%	17,8%	14,5%	17,2%
Pacífica	Frecuencia	14.540	210.130	125.850	200.433	270.019	820.972
	%	13,3%	16,8%	16,0%	20,3%	22,8%	19,0%
Atlántica	Frecuencia	30.804	228.913	129.890	125.158	218.105	732.870
	%	28,2%	18,3%	16,5%	12,7%	18,4%	17,0%
Orinoquia Amazonia	Frecuencia	302	12.367	11.326	23.752	16.105	63.852
	%	0,3%	1,0%	1,4%	2,4%	1,4%	1,5%
Bogotá	Frecuencia	15.220	270.890	126.759	187.516	214.978	815.363
	%	13,9%	21,6%	16,1%	19,0%	18,1%	18,9%

Total	Frecuencia	109.369	1.251.789	788.904	986.841	1.185.376	4.322.279
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

6.2.8 Distribución y disposición de los egresos de los adultos mayores colombianos:

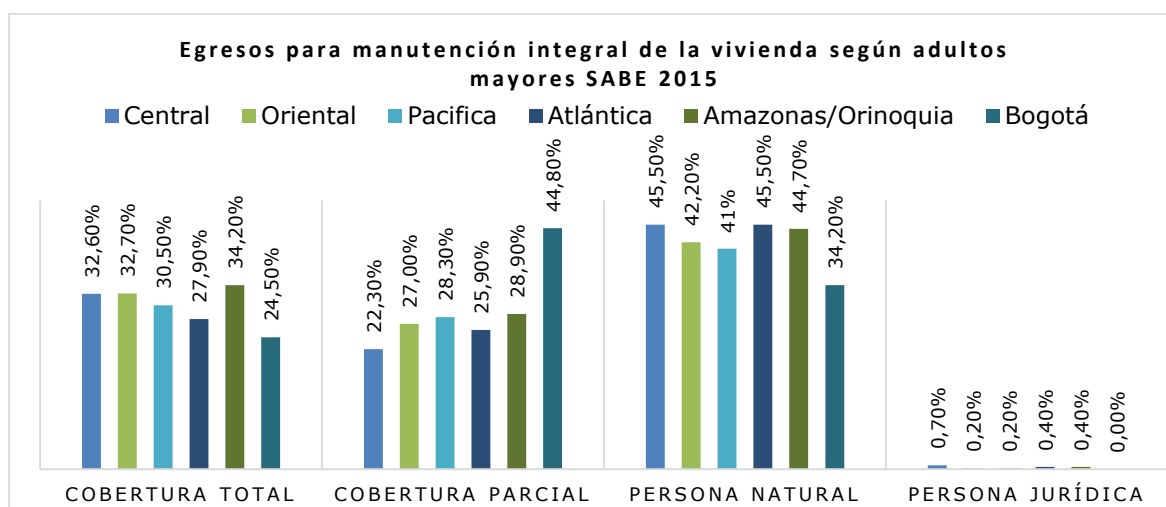
Los egresos delinear la composición de la canasta familiar de los hogares colombianos; por ello con respecto a la destinación de los gastos personales, se inició con lo referente al inmueble; la vivienda (servicios públicos, impuestos, arreglos locativos) donde mora el adulto mayor para su mantenimiento y disfrute pleno: de ellos el 30% (1.585.699) de total de encuestados asumen la totalidad con una representación masculina en el 41,6% (1.001.658) y sólo el 20,2% (584.041) mujeres en los territorios se observa el 34,2% (25.030) residen en la Amazonia y Orinoquia Colombiana, seguido del 32,7% (275.37) de zona Oriental, el 32,6% (465.499) región central sólo el 30,5% (319.448) en el pacifico colombiano y solo el 27,9% (279.870) en el territorio Atlántico y sólo el 24,5% (220.415) residen en la capital del país (Figura 27.)

por otro lado, el 28,8% (1.526.499) asume parcialmente; de ellos el 30,5% (733.721) son hombres y el 27,5% (792.778) son mujeres, residen en el 44,8% (403.463) en la capital del país, el 28,9% (21.141) de Amazonia y Orinoquia seguido del 28,3% en el pacifico colombiano, continua el 27% (227.933) en la Oriental, el territorio Atlántico con el 25,9% (259.767) de los adultos mayores lo refieren y sólo el 22,3% de la zona central lo comparte. El 42,1% (2.230.407) son sufragados por una persona natural; ello fue referido por el 53% (1.529.743) mujeres y 29,1% (700.664) hombres con mayor georreferenciación dos regiones con el mismo peso porcentual en el Atlántico colombiano con el 45,5% (455.640) y la central con 649.459 adultos mayores, prodigue la Amazonia y Orinoquia con el 44,7% (32.718), finalmente el Pacifico con el 41% (428.759) (Figura 30).

Una minoría corresponde al apoyo brindado por han sido asumidos por personas jurídicas (instituciones o empresas legalmente constituidas) el 0,3%

correspondiente a 17.864 adultos mayores; de sus benefactores principalmente son mujeres el 0,4% (10.807) y sólo el 0,3% (7.057) son hombres; las zonas con mayor apoyo en el territorio central con el 0,7% (9.467) ,continua el 0,4% en dos regiones geográficas; en la Atlántica con 4.242 y Amazonia/Orinoquia con 287 adultos mayores beneficiados, continua el 0,2% en dos regiones en la Pacífica con 1966 personas y en el territorio Oriental con 1.691 adultos , cierra en Bogotá con sólo 210 personas correspondientes al el 0,0% .

Figura 30. Distribución porcentual de los adultos mayores sobre la disposición del egreso para manutención integral de la vivienda en las seis regiones geográfica colombianas según SABE 2015.



En la disposición presupuestal orientada a seguridad alimentaria y nutricional, se observa el 29,3% (1.550.750) de los adultos mayores cubre en su totalidad la provisión de alimentos y suministros; con un perfil masculino del 43,0% (1.034.699) comparado a un 17,9% (516.050). Para la plena disposición y gasto para cubrimiento de alimentos; se lideró la Orinoquia/Amazonia en el 35,1% (25.675), seguido de la Central se observa el 30,7% (438.315), posterior al 30,6% (257.723) en la Oriental, el Pacífico con el 29,9% (313.211), finalizando Bogotá con el 27,7 % (249.647) y en menor porcentaje el territorio Atlántico con 26,6% (266.179).

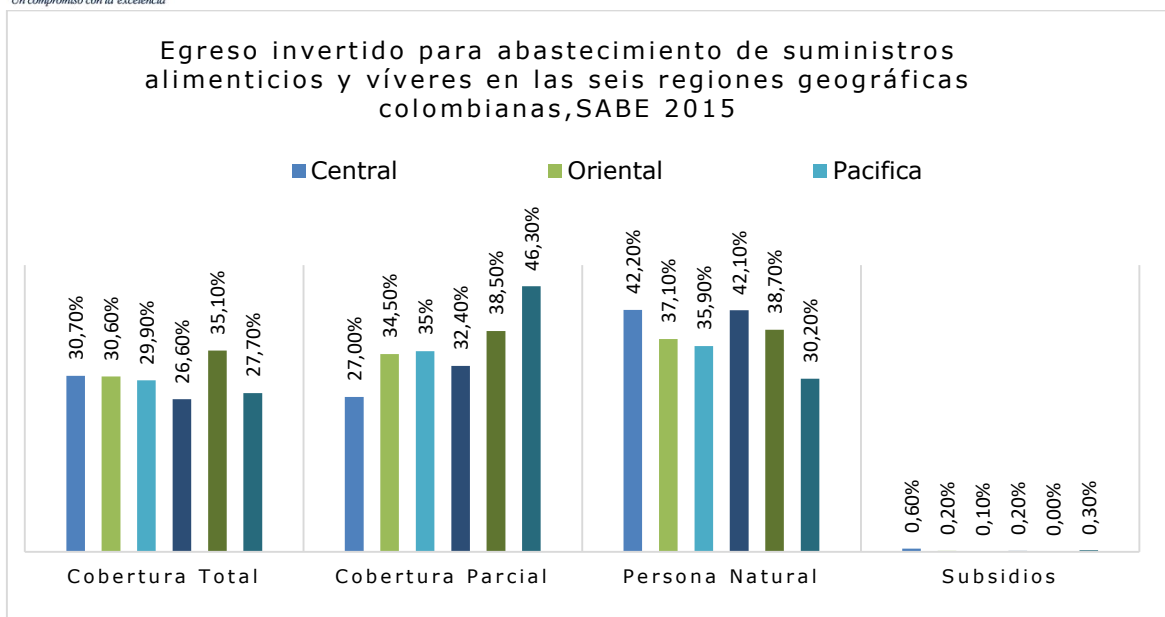
Sin embargo, el 34,4% (1.822.927) observa cubrimiento parcial en el abastecimiento de alimentos con mayor participación masculina con el 35,5% (854.854) y el 33,5%

(968.073) de las mujeres, la zona con mayor modalidad en la adquisición de provisiones es Bogotá con el 46,3% (416.844), Orinoquia/Amazonia con el 38,5% (28.203), el Pacífico en el 35% (366.638), sigue la Oriental con el 34,5% (291.307), finaliza con el 32,4% (324.698) de la población mayor residente en el territorio Atlántico y en la central se concentra el menor participación sólo el 27,1% (395.237).

El 38 % (2.012.974) de los alimentos consumidos por los ancianos son aportados por personas naturales; principalmente las personas mayores receptoras de víveres y suministros generalmente son mujeres en un 50,3% (1.451.971) y sólo el 23,3% (561.003) de los hombres reportan ser patrocinados. Ellos residen en el 42,2% (602.321) en la zona central, segundo en el 42,1% (421.795) en territorio Atlántico, en tercero en la Orinoquia/Amazonia con el 38,7% (28.346), seguido del 37,1% (313.098) de la Oriental, el 35,9% (375.957) del territorio Pacífico y finalmente el 30,2% correspondiente a 271.458 personas mayores residentes en la capital del país (Figura 31).

Cabe realzar una mínima representación de 0,3% correspondiente a 15.351 adultos mayores reciben subsidios para cubrir necesidades alimentarias; las mujeres beneficiadas representan el 0,4% (10.243) con mayor representación con respecto a los hombres con el 0,2% (5.107). Según región de residencia la zona central 0,6% (8.878) lidera, le sigue Bogotá con el 0,3% (2.437) continua el 0,2% en dos regiones; en el territorio atlántico con 1.887 beneficiarios y 1.546 de la oriental, en minoría se encuentran sólo el 0,1% del Pacífico; 569 adultos y 33 adultos mayores residente en la Orinoquia/Amazonia.

Figura 31. Distribución porcentual de los adultos mayores sobre la disposición del egreso para el abastecimiento de suministros alimenticios y víveres en las seis regiones geográficas colombianas, según SABE 2015



Se indagó sobre el presupuesto destinado para la adquisición de indumentaria especialmente de la población encuestada resalta que entre el 39,7% (2.100.684) de los adultos encuestados destinan presupuesto total; son los hombres quienes ostentan el 54%(1.320.237) y sólo el 27% (70.448) de las mujeres refieren dicha iniciativa; con mayor concentración en Bogotá en un 44% (395.695), el 42,8% (41.835) reside en Orinoquia/Amazonia, el 42,3% (356.944) en la Oriental, en la Central el 39,2% (559.775), el 38,9% (407.289) del Pacífico y menor representación en el Atlántico con el 34,9% (349.655).

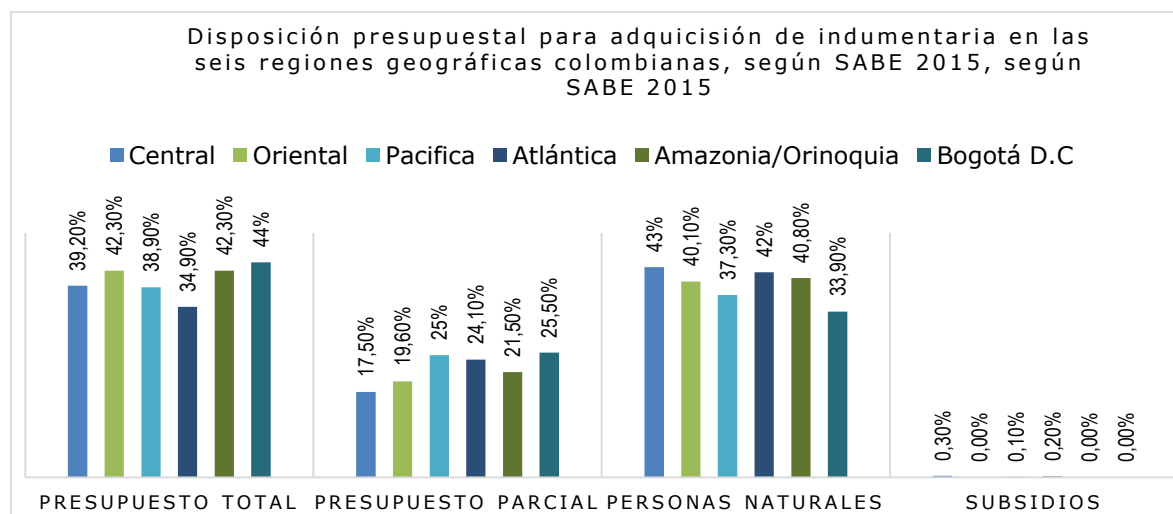
En contraste el 22% (1.165.638) sólo destinan dinero para egreso parcial destinado a su vestimenta en proporciones equitativas por condición biológica; 22,7% (654.4590) mujeres y el 21,3% (511.180) hombres. Dicha modalidad de compra parcial de ropa es frecuente en las regiones en el 25,5% (229.413) Bogotá, en el 25% (261.303) del territorio Pacífico, el 24,1% (241.849) en la zona Atlántica, el 21,5% (15.715) de la Orinoquia/Amazonia, el 19,6% (165.542) de la Oriental y sólo el 17,5% (251.816) de región Central. El 21,7% (1.149.655) destina gasto parcial para disfrutar tiempo de ocio por medio de recreación y transporte; el 22,2% (641.661) mujeres y 21,1,1% (507.994) hombres; en dicha disposición de recursos

por regiones se observa en orden descendente el 27,4%(246.931) en Bogotá, el 22,9% (192.996) en la Oriental, el 22,3% (16.351) en la Orinoquia/ Amazonia, el 22,1% (224.725) de la Pacífica y el 17,4% (247.666) en zona central.

En el suministro de indumentaria corresponde a el 39,6% (2.098.294) describe acoger ayudas a través de terceros; en su mayoría son mujeres en el 51,9% (1.497.868) y sólo el 25% (600.426) son hombres; se observa con mayor porcentaje en la región central (43 %; 613.813), el 42% (421.021) del Atlántica, el 40,8% (29.839) la Orinoquia/Amazonia, el 40,1% (338.314) de la Oriental, el 37,3% (390.592) Pacífico y finalmente el 33,9% (304.715) Bogotá.

Sólo el 0,1% referencia a 7.759 personas mayores refieren que su ropaje proviene de subsidios; cabe resaltar el 0,0% de las regiones Orinoquia/Amazonia los adultos mayores representaron no recibe subsidio para vestimenta , en Bogotá sólo 235 personas y compartido con los 403 adultos mayores residentes en la Oriental, el 0,1% se ubica en el territorio Pacífico sólo 544 adultos reciben dicho subsidio, 1.755 en el Atlántico correspondiente al 0,2% y 4.822 adultos mayores que residen en la Central son beneficiarios representan el 0,3% de la población beneficiaria.

Figura 32. Distribución porcentual de los adultos mayores sobre la disposición presupuestal para adquirir indumentaria en las seis regiones geográficas colombianas, según SABE 2015



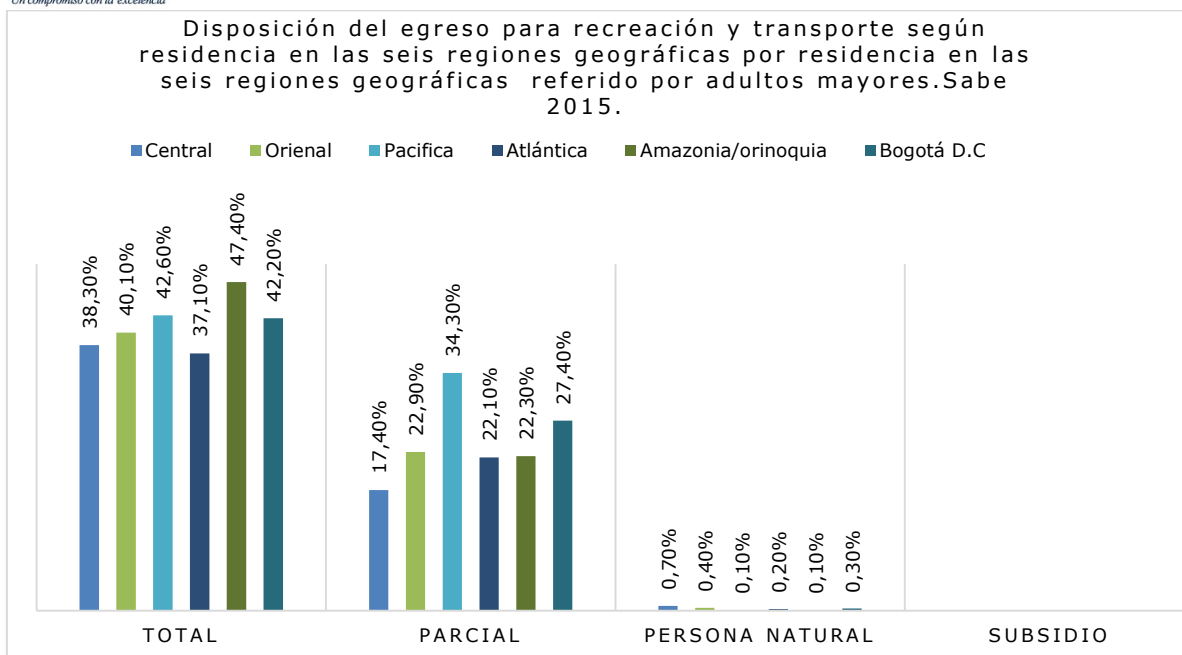
En relación al consumo en recreación y transporte; el primer lugar el 40% (2.116.569) de los encuestados dispone de sus propios recursos; de ellos el 55,1% (1.326.056) corresponden a hombres y el 27,4% (790.514) a mujeres. En las regiones se observa mayor representación en la Orinoquia/Amazonia con el 47,4% (34.681), seguido el 42,6% (445.695) en el Pacífico, seguido del 42,2% (380.175) de Bogotá, el 40,1% (337.993) de la Oriental, continúa el 38,3% (546.478) de zona central y 37,1% (371.548) del Atlántico.

La destinación parcial para diversión y movilidad se refleja en el 21,7% (1.149.655) adultos mayores con un mayor peso en las mujeres con el 22,2% (641.661) y el 21,1% (507.994) hombres, según distribución geográfica se observa dicha planeación de recursos en mayor representación en la capital del país con el 27,4% (246.931), seguido del 22,9% (192.996) en la zona oriental, el 22,3% (16.351) de quienes residen en la amazonia y Orinoquia colombiana, el 22,1% (220.986) de la zona Atlántica, y en último lugar la Central con el 17,4% (247.666) personas mayores.

En segundo lugar, el 37,3% (1.974.502) refieren a través de personas naturales obtienen acceso a dicha diversión o facilitar la movilidad; con mayor representación en las mujeres con el 49,5% (1.428.544) y hombres el 22,7% (545.958). En las regiones el 41,2% (588.129) en la central, el 40,7% (407.681) en zona Atlántica, el 37% (27.085) de la Orinoquia/Amazonia, el 36% (303.863) de la Oriental, 34,3% (358.662) de la Pacífica y finalmente el 32,1% (289.083) de Bogotá.

Sólo el 0,4% es decir; 19.193 adultos mayores: 9.000 hombres y 10.193 mujeres refieren consuman actividades recreativas con recursos provenientes de subsidios; en las regiones distribuidos en orden descendente inicialmente en región central (9.692), la Oriental (3.713), Bogotá (2.668), la zona Pacífica (778) y finalmente; 57 adultos en la Orinoquia/Amazonia.

Figura 33. Distribución porcentual de los adultos mayores sobre la disposición del egreso para recreación y transporte según residencia en las seis regiones geográficas colombianas. Encuesta SABE 2015.



Adicional a lo anteriormente nombrado, se incluye a los egresos indirectos a la canasta familiar que afectan en la dinámica económica del hogar por ello se analizó sobre el impacto en el gasto de bolsillo relacionado con los asuntos médicos y servicios de salud, pues algunos de ellos están incluidos bajo la cobertura integral del sistema general de seguridad social y salud colombiano en todos los regímenes, sin embargo, resalta:

En las visitas a profesionales de la salud: el 29% (1.552.636) de los adultos pagan totalmente las citas médicas, destacan los hombres son quienes sufragan en el 38% (914.903) por este servicio en contraste sólo el 22,1% (637.734) de las mujeres lo realiza; ubicados en el nivel medio del a estratificación socioeconómica en 48,1% (102.939) y medio bajo en el 37,1% (495.713), conviven principalmente en Bogotá en el 43% (386.998), seguidos de la zona Oriental con el 31,7% (267.637) , el 28,8% (410.977) de la zona central, el 27,1% (283.527) del territorio Pacífico y finalmente con mínima representación el Atlántico con el 18,4%(184.342).

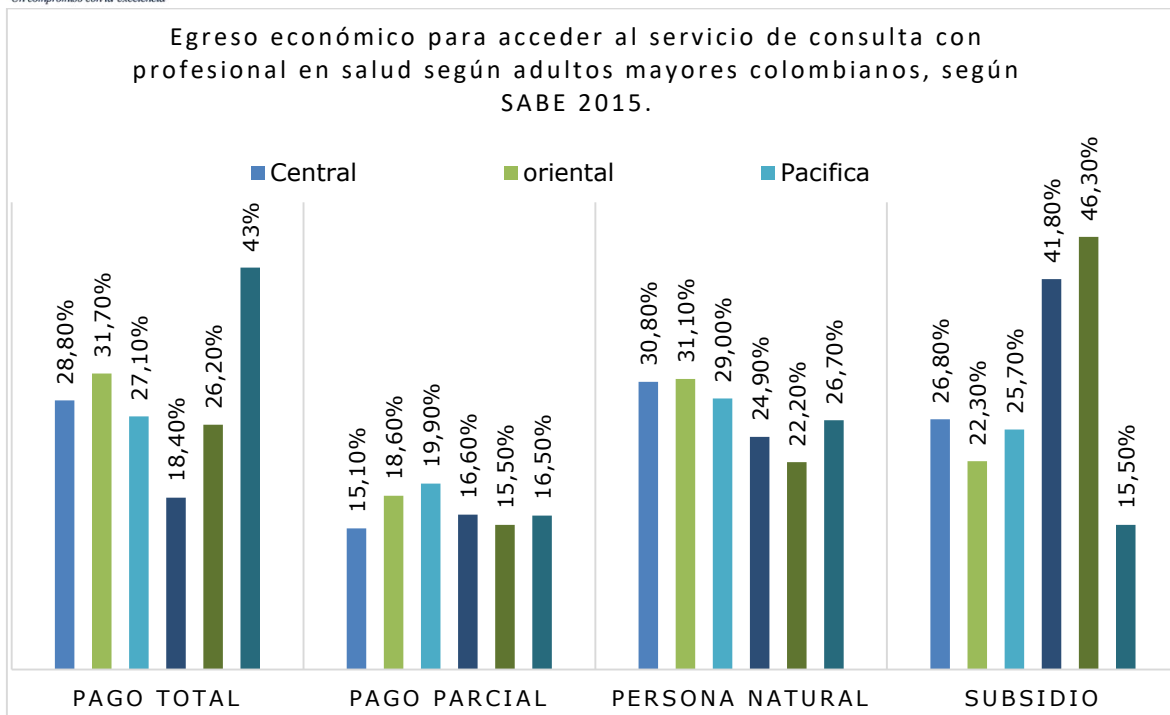
El 17,1% (906.397) pagan parte de las consultas médicas; el 16,7% (476.029) son mujeres y el 17,9% (430.368) principalmente residen el 45,7% (49.083) del nivel alto y medio alto y el 16% de medio (39.179) y medio bajo (213.552). Se concentra en el

19,9% (208.535) de la región Pacífica, el 18,6% (156.557) viven en la zona Oriental, en el territorio Atlántico el 16,6% (166.265) ,el 16,5% (148.359) de los adultos mayores residentes de Bogotá, el 15,5% (11.370) de la Orinoquia/Amazonia y sólo el 15,1% (215.311) de la zona central.

El 28,6% (1.511.591) refieren que otras personas favorecen en el pago de las visitas con profesionales del área de la salud ;principalmente el 36,9% (1.066.632) las mujeres son apoyadas y el 18,5% (44.959) hombres especialmente en estrato medio en el 34,5% (84.216) y en del medio bajo con 32,5% (434.920); residen en la región oriental con el 31,1% (262.733), el 30,8 % (439.740) la central, el 29% (303.295) del pacífico, el 26,7% (240.240) de Bogotá y sólo el 22,2% (16.260) de los adultos mayores residentes en la Orinoquia/Amazonia.

El 27,0% (1.430.909) han recibido dicho servicio médico por medio de subsidio; por condición biológica tiene iguales tributo porcentual el 27% (648.895) de los hombres y el 27,1% (782.014) de las mujeres; principalmente el nivel bajo-bajo con el 41,5% (623.122), seguido del 26,4% (553.411) y menor en el medio bajo con el 16,2% (216.151).En las regiones se observa la distribución geográfica de los beneficiarios en el territorio Orinoquia/Amazonia el 46% (33.855),el 41,8% (419.117) en la zona Atlántica, el 26,8% (381.825) de la zona central, el 25,7% (268.500) del Pacífico, el 22,3% (188.414) de la Oriental y sólo el 15,5% (139.198) de Bogotá.

Figura 34. Distribución porcentual de los adultos mayores sobre la disposición del egreso económico para servicio de consulta con profesional en salud según residencia en las regiones geográficas colombianas, según SABE 2015.



El 16,8% (887.966) han tenido contribución parcial en el consumo de servicios de hospitalización ; el 19,3% es sufragado por los hombres (464.892) y el 14,7% (423.074);especialmente ubicados en los estratos socioeconómicos del nivel alto y medio alto en el 47,4% (50.929) y 26,3% del medio; entre las regiones geográficas lidera Bogotá(21,3% (192.106),La zona Oriental con el 19,2% (161.765), el territorio de la Orinoquia/Amazonia con el 17,9% (13.127), el Pacífico colombiano con el 15,8% (161.765) posterior a ellos la zona Central 15,1%(215.552) y cerrando la zona Atlántica con el 13,9% (139.705) (Figura 29)

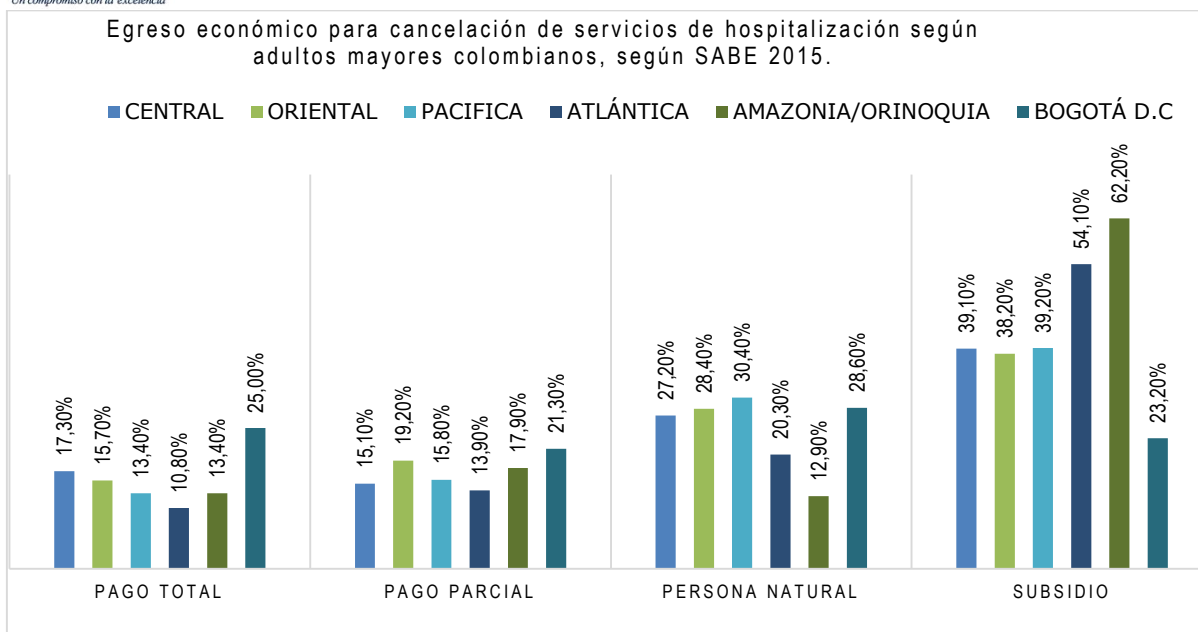
Sólo el 16,3% (861.464) de las personas mayores han cancelado en su conjunto con recursos propios por servicios de hospitalización quienes asumen dicho costo han sido fundamentalmente el 21,7% (521.192) de los hombres sólo el 11,8% (340.273) de las mujeres; principalmente residen en sectores de estratificación socioeconómica medio bajo en el 22,7% (303.558) y el 20,4% (49.912) en medio .Entre las regiones (Figura 29) lidera Bogotá con el 25% (225.060), en la zona Central 17,3% (246.467),consecuentemente en el territorio Oriental con el 15,7% con 132.618 adultos mayores y el 13,4% es compartido por dos regiones la Pacífica

con 139.775 adultos mayores contribuyentes y en la Orinoquia/Amazonia son 9.833 de ellos.

En el consumo por la atención en servicios de salud con hospitalizaciones corresponde al 39,9% de las personas mayores encuestadas aprovechan los subsidios; por distribución condición biológica se observa el 39,4% para ambos sexos correspondiente a 1.138.030 mujeres y 948.185 fueron hombres se observa un mayor porcentaje 39,4% (2.086.215) han sido subsidiadas concentrado en los niveles inferiores de la estratificación el 58,4% (877.463) en bajo-bajo, el 36,7% (769.661) y finalmente el 27,9% (372.889) del medio bajo. Las personas mayores beneficiadas residen en el 62,2% (45.499) los territorios de la Orinoquia y Amazonia, el 54,1% (542.124) de la región Atlántica, el 39,2% (410.707) en el territorio Pacífico, el 39,1% (557.441) de la zona central, el territorio Oriental refleja el 38,2% (321.883) y el 23,2% (208.562) de los adultos mayores bogotanos (Figura 29).

Un 26,7% (1.413.343) los servicios de hospitalización han sido costeadas por personas naturales; el 33,8% (975.936) en las mujeres y el 18,2% de los hombres (437.407) reciben ayuda de un tercero para costear por dicho servicio. Se concentran a nivel medio con el 37,7% (92.133) y el medio bajo en el 30,4% (406.811); entre las regiones con dicha modalidad de colaboración lidera el 30,1% (315.453) del Pacífico, el 28,6% (257.309) de la población residente en Bogotá, la oriental representó el 28,4% (239.758) de las personas mayores, el 27,2% (387.776) de quienes residen en la Central, y menor representación poblacional; el 20,3% (203.604) la zona Atlántica y el territorio de la Orinoquia y Amazonia con 9455 adultos mayores equivalentes al 12,9 % (Figura 29).

Figura 35. Distribución porcentual de la disposición del egreso económico para cancelación de servicios de hospitalización según adultos mayores colombianos, según SABE 2015.



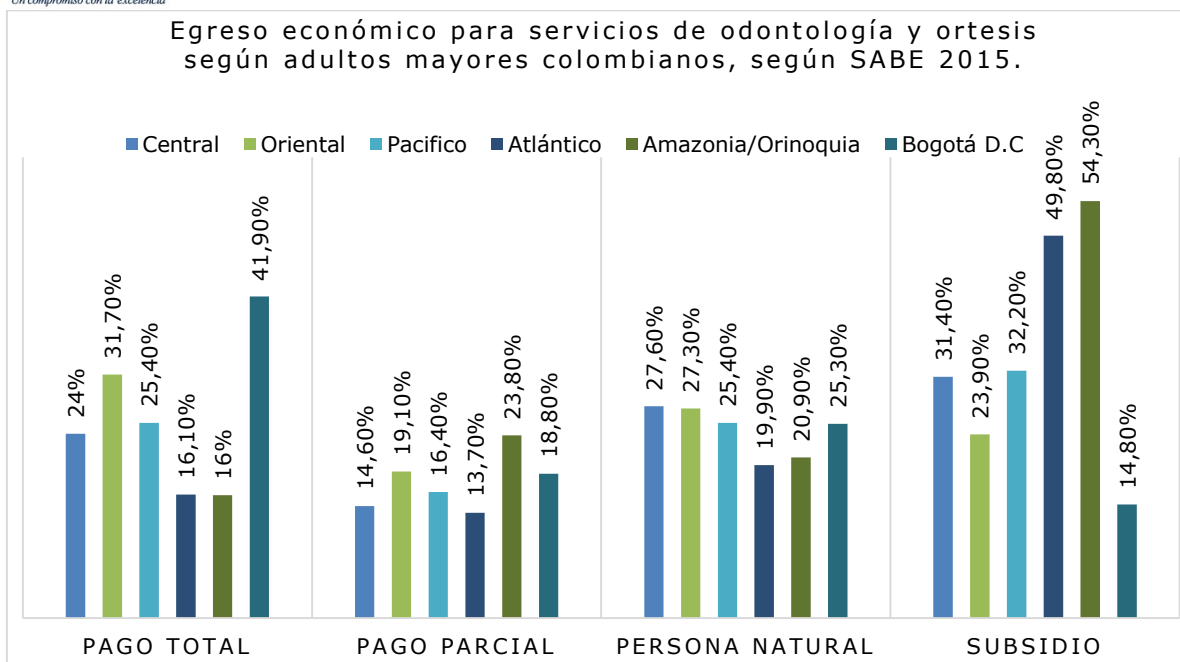
El 26,9% (1.425.011) de ellos asumen la totalidad de atención odontológica y prótesis; el 33,9% (817.824) de los hombres y el 21,1% (610.187) de las mujeres adultas mayores), residen en nivel medio en un 35% (87.62), el 33% (440.919) en medio bajo, el 28,8% del bajo y el 24,7% en medio alto y alto ; el 41,9% (377.520) están ubicado en Bogotá ,el 31,7% (267.062) en la región Oriental, el 25,4% (265.473) del Pacifico, el 24% (342.069) residentes en la zona central de los adultos mayores y en menor representación el 16,1% de la zona Atlántica y sólo el 16% (11.671) de Orinoquia/Amazonia de los adultos mayores residentes en dichas regiones sufragan el 100% del consumo.

Sólo el 16,3% (864.601) realizan tributo parcial por servicio odontológico, principalmente hombres con el 17,8% (427.121) y el 15,2% (437.480); en el 43,8% (47.128) residen en alto y medio alto, el 21,2% (51.854) en medio y el 17,5% (234.107) en medio bajo , en las regiones se destaca la ubicación en el 23,8% (17.415) quienes residen en la amazonia y Orinoquía, el 19,1% (161.475) de la Oriental, el 18,8% (169.314) ubicados en Bogotá, el 16,4% (171.421) del Pacifico, en la central el 14,6% (207.702) y la minoría representada por el 13,7% (137.273) del Atlántico.

El 25,2% (1.332.676) de los servicios odontológicos son aportado por personas naturales; en mayor representación el 33% (953.038) mujeres y el 15,8% (379.637) de los hombres, principalmente residen en nivel medio en el 32,9% (80.397) en medio y el 29,2% al medio bajo en los territorios según el 27,6% (394.437), prosigue el 27,3% (229.918) en la Oriental, 25,4% (266.203) en el territorio Pacífico, el 25,3% (227.817) de los residentes de Bogotá y 19,9% (198.988) de la región Atlántica.

En los servicios odontológicos y prótesis dental según los adultos mayores reciben el 31,4% (1.660.368) vía subsidios; el 31,6% (759.088) hombre y el 31,2% (901.208) representado por mujeres. Principalmente los niveles bajo-bajo con el 49,4% (742.491), el 29% (609.306) del bajo y el 19,8% (265.471) del medio bajo; los mayores beneficiarios se reportan en el territorio Amazónico y Orinoquia representa el mayor número de beneficiarios con el 54,3% (39.728), en el Atlántico con el 49,8% (498.944), el 32,2% (337.441) de las personas mayores del Pacífico, el 31,4% (448.660) de la zona central, en mínima representación el 23,9% (202.037) de la Oriental y 14,8% (133.558) de los adultos mayores Bogotanos son beneficiarios del paquete odontológico.

Figura 36. Distribución porcentual de los adultos mayores sobre la disposición del egreso económico para servicios de odontología y ortesis según residencia en las regiones geográficas colombianas, según SABE 2015.



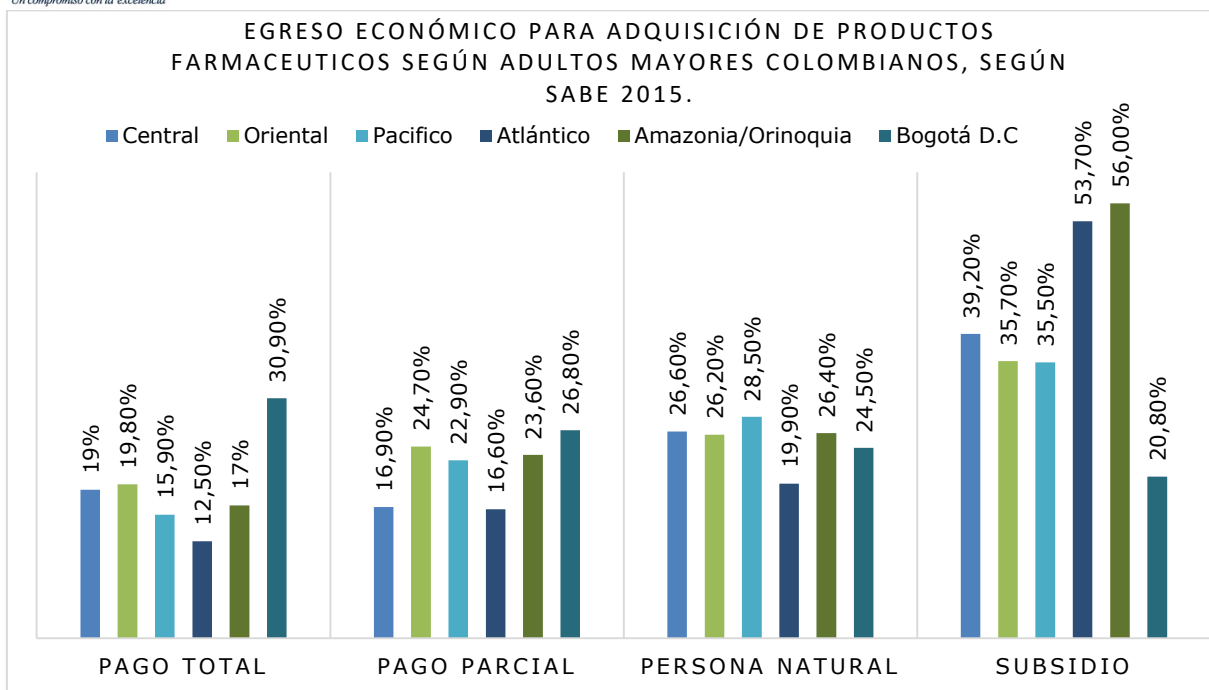
Desde la adquisición total de productos farmacéuticos por personas mayores representa el 19,3% (1.023.014); el 14,3% de los gastos son sufragados por mujeres mientras quienes tienen mayor poder adquisitivo son el 25,4%(610.856) correspondiente a hombres, quienes residen principalmente en posiciones con nivel adquisitivo medio en el 27,6% (67.420) alto-medio alto en el 19,7%(21.195) destacan en las regiones (Figura 30); el 30,9% (278.398) de quienes residen en la capital del país, el 19,8% (166.954) de la Oriental, 19,1% (273.088) de la Central, el 17,1% (12.484) de la región Orinoquia y Amazonia y el 15,9%(166.919) de los adultos mayores de la región Pacífica.

Los medicamentos son parcialmente adquiridos el 21,1% (1.114.307); el 23,1% (556.378) de los hombres contrasta con el 19,3% (557.929) residente principalmente en los niveles socioeconómicos el 32%(78.193) en medio y el 48,9% (52.527) de los residentes de alto y medio alto; ubicados principalmente en Bogotá con el 26,8% (241.529) de sus adultos mayores, seguido del 24,7% (208.323) residentes en la Oriental, el 23,6% (17.247) de la región Orinoquia y Amazonia, seguido del Pacífico con el 22,9% (23.902) en contraste las regiones con menor porcentaje fueron el 16,9% (241.343) de la Central y Atlántica con 16,6% (165.963).

El 25,3% (1.338.695) de los fármacos son suministrados por terceros es decir otras personas; predomina el 32,6% (940.820) de las mujeres son beneficiadas, por su parte los hombres sólo representan el 16,5% (397.875); él se evidencia con mayor porcentaje en los estratos medio bajo en el 29,9% (400.090), el 26,2% (549.316) del bajo y el 20,1% (301.491) del bajo-bajo. Dicho fenómeno en las regiones se observa principalmente en el 28,5% (298.427) de los adultos mayores ubicados en el territorio Pacífico, seguido por el 26,6% (379.487) en la Central, el 26,4% de los adultos mayores residentes de la zona Amazónica/Orinoquia, el 26,2% (221.245) de la región Oriental y menor representación en Atlántica con sólo el 19,9% (199.347).

Los medicamentos en el 37,8% (1.999.564) se subsidian principalmente para beneficiar a los adultos mayores; en mayor representación los hombres con el 38,2% (1.101.493) comparado con el 37,3% (898.071) de los hombres; esencialmente en los estratos 1 bajo-bajo con el 56,6% (851.037) ,2; bajo con el 35,6% (748.154) y 3; el medio bajo con 25,8% (345.101). En las regiones geográficas resalta el 56% (40.992) de población mayor beneficiada reside en la Amazonia y Orinoquia, el 53,7% (537.990) vive en el territorio Atlántico, en menor representación la zona central con el 39,2% (560.187), el 35,7% (300.986) de los adultos mayores de la Oriental, el 35,5% (371.902) ubicado en el Pacífico colombiano y la menor representación reside en Bogotá sólo el 20,8% representado por 187.506 adultos mayores adquieren sus medicamentos accediendo por subsidios(Figura 30).

Figura 37. Distribución porcentual de los adultos mayores sobre la disposición del egreso para compra de productos farmacéuticos según residencia en las regiones geográficas colombianas, según SABE 2015.



En el componente económico resalta las desigualdades internas de la población adulta mayor colombiana; en especial de estratos más bajos, las mujeres y las personas de mayor edad de 80 años y más, residente en el área rural concentran la mayor proporción de población con bajo nivel educativo, menor porcentaje de afiliación al Régimen Contributivo de salud, menores ingresos y mayor proporción de ocupaciones menos calificadas. Adicional a lo anterior, en comparación con las mujeres, los hombres poseen mayor capacidad económica dependen principalmente de sus propios ingresos para cubrir sus consumos, tienen más años de historia laboral y mayor acceso al mercado laboral formal o informal con algún tipo de remuneración, ellos cuentan con menos aportes de familiares sin embargo poseen mayores ingresos que ellas, quienes dependen de terceros y residen en zonas geográficas diferentes a la capital o la Orinoquia/Amazonia. Esta situación refleja la afectación en la calidad de vida de este grupo en particular(191).

6.2.9 Número de personas cargo.

La dependencia referida permite describir tendencia hacia la precariedad y limitaciones para la distribución de los ingresos/egresos; estrechamente asociado a dar cobertura a necesidades básicas sólo una pequeña representación nacional tiene a su cargo entre 4 a 11 personas, con respecto a subordinación económica nacional y de las regiones ninguna

distribuye normal ($p \leq 0,005$). La población adulta mayor colombiana se presenta el 50 % tiene cero personas a cargo diferencia máxima observada en el 50% central de dos personas bajo su responsabilidad (RI); el 90 % de los adultos mayores refieren poseer 3 personas a cargo o menos; con alguno pocos individuos de 60 años y más refieren valores extremos de respaldar hasta las 11 personas, lo que indica una positiva posición de independencia económica (Figura 31).

El 51,1% (2.701.804) de los adultos mayores no poseen bajo su responsabilidad; es decir; mayoritariamente son mujeres con el 64,4% (1.854.903) y tan solo el 35,2% son hombres: la Central con el 54% (767.510) de su población es independiente así mismo sobresalen en los territorios los ancianos residentes en la capital del país con el 52,5% (472.861) seguido de región Oriental el 52,1% (439.253) en menor representación en los territorios Atlántico con el 48,7% (448.048) seguido del Pacífico colombiano con el 47,9% (501.096), finalmente la población encuestada con el 45,2% (33.037) Amazonia y Orinoquia. Cabe resaltar se mueven desde centenarios hasta lo más jóvenes son los mayores de 100 años y más quienes lideran este grupo con el 85,4% (8.105), sigue el 73,2% (70.666) son antepasados, el 67,4% (388.137) de los viejos-viejos, los intermedios representan el 55,6% (377.333) y el 47,3% de los menores o iguales a 74 años.

Quienes refieren tener a una persona a cargo fue identificado en el 21,5% (1.136.204); de ellos el 26,6% (637.806) son población masculina y sólo el 17,3% (498.398) femenina; por territorios se observa liderazgo en el 23,4% (197.501) de la región Oriental y con el Pacífico colombiano con el 23,2% (242.654) de la población encuestada, el 22,4% (201.409) residen en Bogotá manifestaron con dicha responsabilidad económica, en el 20,4% (203.841) se ubican en la región Atlántica, finalmente los menores porcentajes fueron referidos en la 19,6% (277.992) vivieron en la zona Central y sólo el 17,5% (12.807) residen en la Orinoquia y Amazonia colombiana, los adultos mayores entre 75 a 80 años –intermedios– presentan el 23,3% (158.029) responden por 1 persona, prosiguen los jóvenes con el 22% (861.498), los viejos-viejos en tercer lugar representan el 17,9% (102.834), los antepasados son el 13,6% (13.112) adultos mayores y sólo el 7,7% es decir 732 personas centenarias responden por otro individuo.

El 11,1% (588.308) con 2 individuos están bajo la responsabilidad económica son los más jóvenes quienes lideran en este grupo con el 12,4% (484.884), prosiguen el 8,4% (57.189)

los intermedios, dos grupos etarios tiene el 6,9% de representación los centenarios con sólo 658 personas y 39.998 adultos mayores de los viejos-viejos, la menor representación son los antepasados el 5,8% (5.579) por condición biológica el 14,4% (345.891) es liderada por los varones y por su parte el 8,4% (242.417) son damas principalmente las personas mayores con dicho número de personas a cargo residen en el 16,5% (12.096) en la Orinoquia/Amazonia, el 13,1% (117.702) viven en la capital del país en porcentajes, en donde regiones del país comparten el 10,8% de la población de la población de la zona Central refiere a 153.139 individuos y en la Pacífica son 112.640 adultos mayores ,el 10,5% (105.548) de los adultos mayores residentes del territorio Atlántico para finalizar sólo el 10,3% (87.183) adultos mayores residen en la zona Oriental.

Las personas mayores que refieren ser subsidiarios de 3 personas tienen un peso porcentual del 6,7% (354.544); los jóvenes presentan el 7,6% (296.850), el 5,3% (35.987) pertenecen a grupo de los intermedios, el 4,6% (4.462) son antepasado y finalmente sólo el 3% (17.245) son viejos-viejos, ninguno pertenece a los centenarios. las mujeres representan el 4,4% (125.887) de dicho subgrupo y los hombres con el 9,5% (228.657); principalmente en el 12,1% (8.842) residen en la zona Amazónica y Orinoquia del país, seguido del 8% (83.397) adultos mayores del pacifico colombiano, el 7,2% (72.020) residen el territorio Atlántico, finalmente el 6,8% de los residentes de la región Oriental, el 6,1% (86.638) de ancianos de la central son responsables de dicho número de personas y sólo el 5,2% (46.662) reside en Bogotá D.C.

Sólo el 4,9% (260.019) auxilian a 4 personas; principalmente son hombres el 7,3% (176.509) y el 2,9% (83.510) son mujeres quienes realizan dicha tarea; por territorio se ubican el 6,3% (62.775) del territorio Atlántico, el 5,8% (4.238) de ancianos residentes en zona Orinoquia/ Amazonía, continua el 5,2% (73.262) residen en el territorio central, el 4,9% (43.860) de la capital del país, el 4,6% (48.220) del pacifico colombiano y sólo el 3,3% (27.663) ancianos residentes en la zona Oriental. Cabe resaltar que a mayor número de personas a cargo menor representación porcentual en los adultos mayores encuestados; el 2%(107.018) tienen a cargo 5 personas de las cuales el 3% (72.285) varones y sólo 1,2% (34.733) son féminas; la mayor representación geográfica de este grupo es el territorio Atlántico con el 3,4% (33.964) con dicho número de personas a cargo ,seguido el 2,4% (24.691) de los ancianos que refieren dicha cantidad de personas viven en el pacifico colombiano, la zona Oriental posee el 1,7% (14.696) de sus personas mayores, el 1,6%

(22.913) en la Central y para finalizar el 1,1% en la Orinoquia/Amazonia con 793 y la capital del país con 9.961 de sus respectivas poblaciones .

Entre los adultos mayores que tienen a 6 personas a cargo son representadas por 1,3% de ellos se dividen por condición biológica; hombres con el 1,9% (46.552) y sólo el 0,7% (19.928) mujeres; por zonas geográficas el 1,7% (16.566) de los adultos residentes en Atlántica, seguido del 1,6% (16.563) vive en el pacífico colombiano, el 1,5% (12.446) ocupa en la zona Oriental; el 1,1% (16.223) de los residentes en la zona Central, el 1,1% representado por sólo 737 adultos mayores residentes en la Amazonia/Orinoquia y Bogotá con el 0,4% (3.945) comparten dicho. El 0,5% (28.596) de los ancianos manifiestan por 7 personas; lideran los hombres con el 0,9% (22.182) y el 0,2% (6.414) de las mujeres, en los territorios están divididos en el 0,8% (11.812) habitaron la zona central, el 0,6% es compartido por los territorios compartido en el Atlántico con 6264 personas mayores y sólo 6.421 de los ancianos del territorio Pacífico, el 0,3% (2.568) personas mayores tiene a cargo 7 personas a cargo y dos regiones comparten el 0,2%: en el territorio Amazónico y Orinoquia sólo 130 personas mayores y en Bogotá D.C son 1400 individuos con esta responsabilidad.

Sólo el 0,4% es decir 20.472 adultos mayores residentes en Colombia adquieren responsabilidad a su cargo a 8 personas con mayor tensión en la población masculina con 15.031 con un mínimo representativo del 0,6% y sólo 5.441 de la población femenina con un peso porcentual del 0,2%; dentro de las regiones geográficas el Atlántico lidera con 6.243 personas mayores con el 0,6%,continúa el 0,5% (7.611) de la central, seguido del Pacífico colombiano con el 0,4%(3.718),prosigue el 0,3% representado en 218 adultos mayores residentes en el área de la Amazonia/Orinoquia, sólo el 0,2% (1.616) personas con dicha responsabilidad viven en Bogotá D.C y finalmente sólo el 0,1% (1.065) de la población Oriental están a cargo de 8 sujetos.

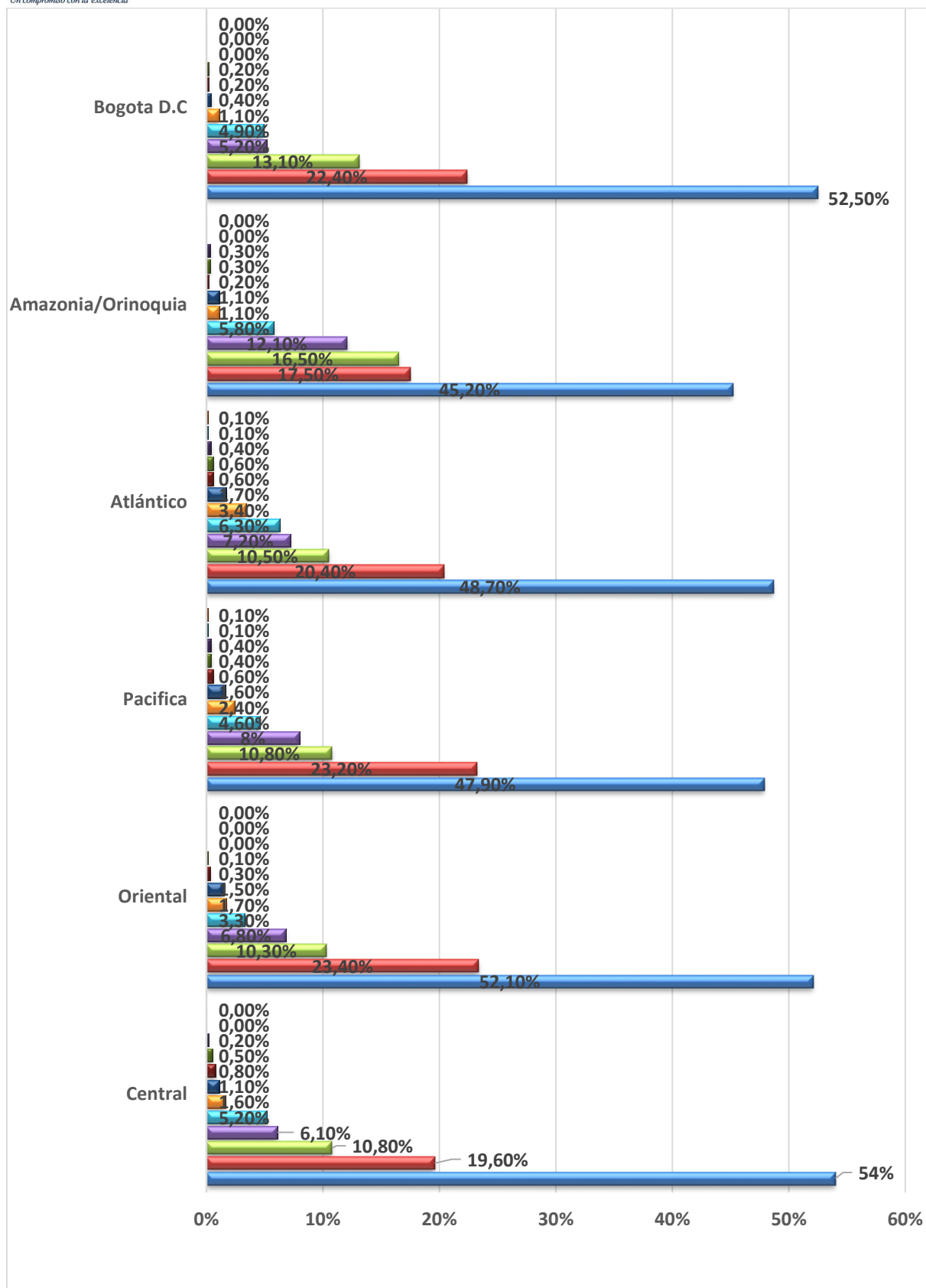
El 0,2% (11.066) se autodefine como responsable de 9 personas con el 0,2% (5.921) de la población masculina en igual representación porcentual de población femenina (5.145); el 0,4% de las personas mayores comparten 2 regiones residentes en las regiones con litorales; principalmente en Pacífico colombiano con 4.152 adultos y en el Atlántico con 3.712; sólo 192 adultos mayores residentes en la Amazonia/Orinoquia, lo cual representa el 0,3%;en el 0,2% (2.536) de las personas residentes en zona Central, en ínfima

representación de los adultos mayores con este número de personas responsables residen en la región Oriental con 290 adultos mayores y en Bogotá D.C en 184 individuos .

Sólo el 0,1% (7.535) de los adultos mayores refieren estar al frente de 10 personas a cargo; el 0,2% (4.703) son hombres y el 0,1% (2.832) son mujeres; los territorios los adultos mayores con mayor peso porcentual el 0,3% (2.848) en la región Oriental, el 0,1% de los territorios de las regiones ;en la zona Oriental 2.848 adultos mayores lo comparten, Central (1915), Atlántico en ella 1.431 ancianos lo intervienen y sólo 63 de los adultos de ellos viven en Amazonia/Orinoquia y sólo el 286 adultos con dicha responsabilidad estuvieron residiendo en la capital del país.

Finalmente, sólo el 0,1% refieren ser responsable de 11 personas son 3.075 individuos; por sexo las mujeres representaron el menor porcentaje 0,0% (1.378) y sólo 1.697 hombres el 0,1% de la población encuestada. Por territorios se observa un mayor peso en los territorios del Pacífico (1.537) y Atlántico (1.257), el resto de las regiones geográficas (0,0%) pocos adultos mayores tienen a su cargo menos de una docena de persona ;94 de ellos residen en la Oriental, 91 de ellos en Bogotá, 88 en la región Central y sólo 8 personas mayores en la Orinoquia/Amazonia.

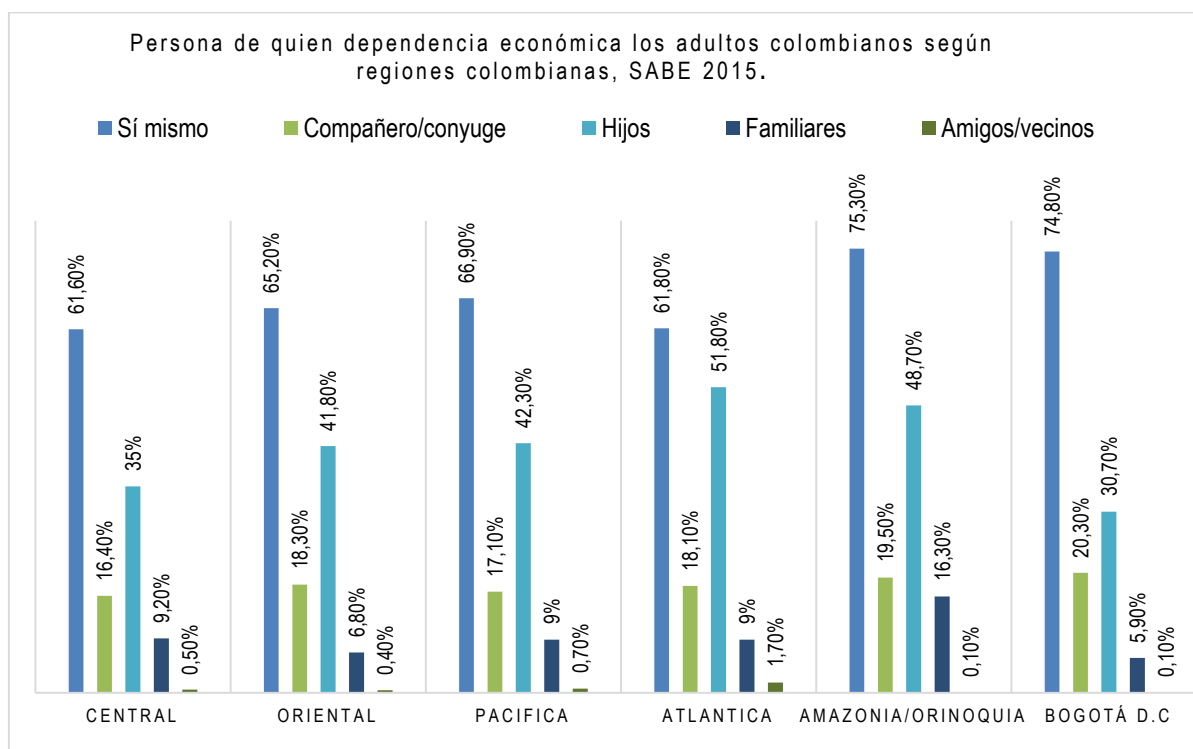
Figura 38. Distribución porcentual del número de personas referenciadas con dependencia de la población adultos mayores, según regiones geográficas colombianas. Encuesta SABE 2015.



6.2.10 Dependencia económica

Para entender la relación de subordinación económica entre quien provee dichos recursos y el receptor de los mismos; resalta la alta representación de los adultos mayores refieren independencia económica; el 65,7% (3.476.587) por condición biológica se evidenció mayor proporción en la población masculina que en la femenina es decir 82,3 hombres mayores (1.980.216) por cada 100 y 51,8 mujeres mayores (1.496.371) por cada 100; las regiones con mayor concentración de adultos mayores con dependencia: con el 75,3% (55.069) en la zona Orinoquia, seguido con el 74,8% (673.426) reside en Bogotá, seguido, el 66,9% (699.730) en el territorio Pacífico, seguido por el 65,2% (550.225) la zona Oriental y sólo el 61,6% (878.629) en la central.

Figura 39. Distribución porcentual de los adultos mayores referenciado la dependencia económica, según regiones geográficas colombianas. Encuesta SABE 2015.



Sólo el 17,9% (944.856) de los adultos mayores encuestados refieren dependencia de su compañero o cónyuge; de ellos la mayor proporción son mujeres; es decir, por cada 24,6 mujeres hay 9,8 hombres por cada 100 adultos mayores dependientes de su pareja por regiones geográficas se observa el 20,3% (182.736) reside en Bogotá, continúa el 19,5% (14.283) la Orinoquia, prosigue el 18,3% (154.079) de los ancianos residentes en la zona

Oriental, la zona Atlántica con el 18,1% (180.933), penúltimo lugar el 17,1% (179.399) vive en el territorio Pacífico, y en último lugar está la zona central con el 16,4% (233.426) con dicha dependencia.

La procedencia de recursos económica a través de los hijos se observa en el 40% (2.135.645) de los adultos mayores encuestados; resalta el 51,8% (1.495.617) de las mujeres contrasta con una minoría de los hombres con el 26,6% (640.028). Por regiones geográficas lidera la Atlántica con 51,9% con 520.200 beneficiados de sus hijos, seguido de la Orinoquia/Amazonia donde el 48,7% (35.612), continua en el 42,3% (443.207) de los habitantes en territorio Pacífico, el 41,8% (352.434) de las personas residentes en la Oriental, empieza a reducir el apoyo de los hijos en el territorio central con el 35% (507.477) y Bogotá sólo 276.707 personas mayores con el 30,7%.

Los soportes económicos a través de otros miembros de la familia representan el 8,3% (438.157) donde son más mujeres 9,2% (266.669) beneficiadas que hombres 7,1% (171.488); quienes residen en región Orinoquia/Amazonia lideran con el 16,3% (11.891), seguido de 9,2% (131.985) en la Central, con el 9% ambos territorios costeros; Atlántico con 90.132 personas mayores y el Pacífico con 93.732 y para finalizar en menores representación la Oriental 6,8% (56.950) y la ciudad capital con el 5,9% (53.466).

Por medio de terceros ;es decir a través de los amigos y vecinos ello refleja una minoritaria dependencia de sólo el 0,7% correspondiente a 35.556 adultos mayores; en iguales porcentajes por condición biológica adultos mayores :hombres 15.895 y mujeres 19.661, esta dependencia es habitual en las regiones costeras; primero en la zona Atlántica en el 1,7% (16.997) y segundo en la zona pacífica en 0,7% (7.637), seguido de la Central con 0,5% (6.893) de los adultos mayores residentes, con menor frecuencia en el territorio Oriental con 0,4% (3.430) y 0,1% en ambas regiones; Bogotá D.C con 560 personas entre 60 años y más y en la región Orinoquia/Amazonia con 39 individuos.

6.3. Interacciones sociales.

6.3.1 Estado civil

Cabe resaltar el 52,3% (2.769.791) de la población objeto de estudio se encuentran unidos a una persona con mayor representación territorial con el 54,5% (546.261) en la zona Atlántica, el 53,4% (480.009) residen en la ciudad capital, el 52,6% (443.881) de los adultos mayores unidos residen en la zona Oriental, existen dos regiones que comparten el 51,2% de población adulta mayor ; con 721.207 adultos mayores en la zona central y 536.242

ancianos residen en el Pacífico colombiano, finaliza en el 44,1% (32.191) de la población objeto encuestada.

El 37,9%(2.003.846) de la población objeto encuestada se encuentra casado; el 49,1% (1.181.426) pertenecen a hombres con marcada participación y sólo el 28,5% (822.420) son mujeres. Por territorios cabe resaltar en 40,8% (582.250) adultos mayores residen en la zona central, prosigue el 40,7% (343.456) en la Oriental, el 39,8% (358.157) reside en la capital del país, el territorio Pacífico posee 34,7% (363.233) de su población encuestada, el 33,1% (331.938) viven en la zona Atlántico.

El 14,5% (765.947) se encuentran en unión libre; el 19,7% (471.662) hombres y sólo el 10,2% (294.285) mujeres; los territorios con litorales ; el 21,4% (214.324) Atlántico y el 16,5% (173.009) Pacífico lideran en dicho estado civil , seguido del 13,5% (121.852) población residente en Bogotá D.C, el 11,9% (100.425) de los encuestados en la zona Oriental ,prosigue la zona central con el 10,4% (148.958) de la población mayor encuestada en dicha zona geográfica y concluye con a zona Orinoquia y Amazonia con el 10,1% (7.379) de su población encuestada.

Los separados representan el 12,1% (640.962) de la población objeto; ligera mayor representación en mujeres con el 13,3% (383.435) mujeres y el 10,1% (257.527) hombres. En los territorios se observa mayor representación en la zona Atlántica con el 15,7% (157.053) y el 15% (10.939) Amazonia/Orinoquia, el 13% (116.677) de los adultos mayores residentes en Bogotá están en dicho estado civil, el 11,7% (166.552) de quienes están separados residen en la zona central, el 10,4% (87.618) de personas mayores residían en la zona Oriental finalmente el Pacífico sólo el 9,8% (102.123).

El 47% de la población objeto que no se encuentra no unido tiene mayor peso la región Orinoquia/ Amazonia con el 55,9% (40.868) adultos mayores, el 48,8% de los solitarios se comparte en dos regiones ; se observa en el territorio Central con 696.079 ancianos y el Pacífico con 510.382 individuos, en la región Oriental se evidencia el 47,4% (399.643) de la población residente en dicha región, sólo el 46,6% (419.564) de los adultos mayores residentes de la capital y sólo el 45,5% (455.421) viven en la región Atlántico.

El 22,7% (1.202.599) de población objeto refieren estado civil viudez donde el 33,2%(958.601) son viudas con marcada participación a diferencia del 10,1% (243.998). Por territorios se concentran en la amazonia/Orinoquia el 27% (197.730) de la población mayores residente en dicha región, el territorio Oriental evidenció el 24,8% (209.051) viudez, las zonas Pacífico (237.377) y Atlántico (227.092) comparten el 22,7% en sus respectivas zonas, la zona central representa el 22% (314.056) de las personas mayores residentes en dicha zona, el 21,7% (195.292) de los ancianos separados se reportan en Bogotá.

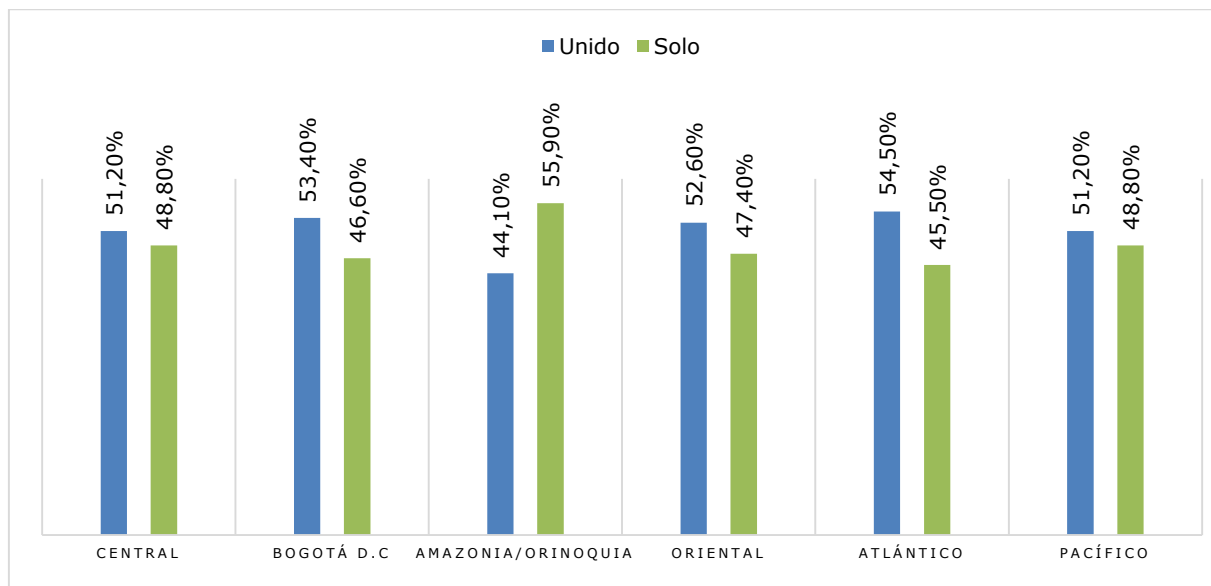
Sólo el 12,8% (678.396) corresponden a los solteros; el 14,8% (427.677) son mujeres y el 10,4% (250.719) hombres; el 16,3% (170.882) de los ancianos vive en el Pacífico; el 15,1% (215.472) de los adultos mayores residen en el territorio Central, el 14 % (10.198) de los ancianos solteros viven en Amazonas/Orinoquia, la Oriental tiene el 12,2% (102.973) de los adultos mayores de este territorio son solteros y presenta el 7,1% de los ancianos residentes en el Atlántico.

6.3.2 Personas con quienes convive

No unidos o Solo: sólo el 9,1% (482.024) por condición biológica el 10,3% (247.861) son hombres y el 8,1% (234.163) son mujeres, con el 13,4% (9.792) residen en el Orinoquia/Amazonia, el 11,3% (101.729) de los adultos mayores residentes en Bogotá, el 9,6% (100.706) de adultos mayores viven en el pacífico colombiano, el 9,5 % es compartido en dos regiones; 1.352.257 personas mayores residentes en la Central y 80.244 en la Oriental, y finalmente los adultos mayores que residen solos sólo son el 5,4% (54.295) viven en la zona Atlántica.

Unidos o con pareja: El 50,3% (2.663.923) de los adultos mayores se encuentran en pareja; en principal proporción las mujeres con el 63,8% (1.840.566) y los hombres representan el 34,2% (823.357) por su parte en orden de mayor a menor en la región con mayor número de ancianos con pareja residen en la Orinoquia/Amazonia con el 57,7% (42.188), el 52,0% (543.811) de los adultos mayores en el Pacífico colombiano, seguido de la Central con el 51,4% (733.953), el 49,2% (493.256) residen en la zona Atlántica y sólo el 47,9% (431.507) de los mayores residen en Bogotá.

Figura 40. Distribución porcentual de la presencia de unión referido por los adultos mayores, según regiones geográficas colombianas. Encuesta SABE 2015.



El 40,3% (2.132.188) de los ancianos quienes viven con los hijos; de ellos el 45,8% (1.101.468) son hombres y el 35,7% (1.030.720) son mujeres; por territorios están distribuidos en su mayoría con el 42,5% (607.681) en la zona central, prosigue la Oriental con el 40,5% (341.919), el 40,1% (360.834) de los adultos mayores conviven con los hijos en Bogotá, el 40% (418.354) de las personas mayores del Pacífico colombiano, en menor proporción porcentual se encuentran acompañados por los hijos en el 37,9% (379.498) los adultos de la zona Atlántica y el 32,7% (23.902) de la Orinoquia/amazonia

En su mayoría el 62,5% (3.307.584) los adultos refieren convivir con sus nietos, destacándose el 69,6% (1.674.378) adultos hombres y el 56,6% (1.633.206) mujeres; principalmente se ubican en el capital del país con el 69,2% (622.904), el 66,3% (945.827) residen en la región central, el 63,6% (536.453) residen en el territorio Oriental continua el 63,2% (661.622) conviven en el pacifico colombiano con sus nietos; finalmente las regiones donde se registró menor proporción de convivencia con menores fue en la Orinoquia-Amazonia con el 55,4% (40.543) y sólo el 49,9% (500.235) viven en los departamentos que componen el territorio Atlántico.

El 81,9% (4.333.425) de los adultos refieren convivir en el día a día con parientes con mayor participación del hombre con el 82,6% (1.986.799) y sólo el 81,3% (2.346.626) mujeres, distribuidos en la nación el 90% (65.823) de los adultos mayores residentes en la Orinoquia

y Amazonia colombiana, en la Oriental el 83,7% (706.049) de la población objeto encuestada, seguido con la capital de país con el 83,1% (7.682) de los ancianos encuestados, en el Pacífico colombiano el 82,1% (859.235), continúa el 81,9% (820.280) de los ancianos residentes en el Atlántico y finalmente el 79,5% (1.134.357) personas mayores conviven con familiares en la zona central.

En relación con las relaciones interpersonales el 97,8% (5.173.426) de los adultos mayores convive con amigos; en similares representaciones porcentuales por condición biológica; es decir el 97,6% (2.347.367) de los hombres y el 97,9% (2.826.059) de las mujeres, por representación geográfica se evidencia el 98% en tres regiones colombiana; Bogotá con 882.133 adultos mayores, 1.398.048 residen en la central y 826.588 adultos mayores encuestados en la región Oriental lo refieren, en el Pacífico colombiano el 97,8% (1.024.069) tienen interacción con amigos, en el territorio Atlántico se evidencia que el 97,1% (972.535) comparten con los amigos y en menor porcentaje la Orinoquia/ Amazonia colombiana con el 95,8% (70.052) relatan convivir.

El 85,6% (4.531.933) de los adultos mayores refieren convivir con otros individuos incluyendo familiares en diferentes grados de parentesco por consanguinidad y afinidad; resaltan que algunos adultos mayores refieren convivir con personas con/para quienes aún laboran o reciben servicios (inquilinos, acompañantes, cuidadores, trabajadores) refiriendo a diferentes tipologías de familias. Los ancianos residentes en Bogotá refieren en un 92% (828.377) de la población encuestada, en el 88,3% (745.153) de los ancianos residentes en la zona Oriental, el 88,1% (1.257.041) residen en la zona Central, el 85,1% (891.189) de las personas mayores conviven con otros individuos finalmente el 75,3% (753.879) de los adultos mayores residentes en el territorio Atlántico. Por condición biológica se identifica el 87,2% (2.097.262) son población masculina y el 84,3% (2.434.671) son féminas quienes refieren convivir con otros.

6.3.3 Relación con el jefe de hogar

El 62,2% (3.283.386) de los adultos mayores se auto perciben como jefe de hogar con una marcada participación masculina del 80,5% (1.933.195) comparado con el 46,9% (1.350.191) de las mujeres cabeza de hogar. Por territorios se observa marcada representación el 69,6% (50.838) en el territorio Amazónico/ Orinoquia el 64% (640.560) en el territorio Atlántico, el 63,5% (571.173) de los adultos encuestados en la capital del país

comparten dicha referencia, el 62,6% (654.666) de los ancianos residentes del territorio pacífico colombiano, el 61,6% (519.024) de las personas mayores en la zona Oriental y el 59,8% (847.125) de los adultos mayores residentes en la zona central.

El 18,8% (995.009) de la población objeto encuestada representa la relación con el jefe de hogar como su cónyuge o pareja con mayor representación femenina 29,9% (859.700) comparado con el 5,6% (135.309) de los hombres que lo manifestaron desde la clasificación de los territorios el 20,7% de los adultos mayores residentes de la zona Oriental lo refieren al igual que el 20,3% (182.552) de los residentes de la ciudad capital (ver tabla 30).

El 4,2% (221.933) personas mayores referencia a sus Hijos; en especial la población femenina con el 5,8% (167.188) comparado con el 2,3% (54.745), resaltan las regiones el 5,6% (79.105) de los adultos mayores residentes en el territorio central y el 5,3% (55.195) de los ancianos del Pacífico colombiano con mayores porcentajes (ver tabla).

Tabla 30. Distribución de los adultos mayores encuestados de la afiliación/relación con la persona identificada como cabeza de hogar según regiones geográficas colombianas. SABE 2015.

Relación con el Jefe Hogar		Central	Oriental	Pacífica	Atlántica	Orinoquia Amazonia	Bogotá	Total
Cabeza o Jefe de hogar	Recuento	847.125	519.024	654.666	640.560	50.838	571.173	3.283.386
	%	59,8%	61,6%	62,6%	64,0%	69,6%	63,5%	62,2%
Cónyuge Compañero Pareja	Recuento	274.445	174.564	186.112	168.536	8.799	182.552	995.008
	%	19,4%	20,7%	17,8%	16,8%	12,0%	20,3%	18,8%
Hijo (a) Hijastro (a)	Recuento	79.105	27.236	55.195	33.762	2.558	24.076	221.932
	%	5,6%	3,2%	5,3%	3,4%	3,5%	2,7%	4,2%
Nieto (a)	Recuento	1.821	810	5.224	906	25	2.052	10.838
	%	0,1%	0,1%	0,5%	0,1%	0,0%	0,2%	0,2%
Padre/Madre	Recuento	82145	52.814	60.610	67.640	3.461	63.009	329.679
	%	5,8%	6,3%	5,8%	6,8%	4,7%	7,0%	6,2%
Suegro(a)	Recuento	29148	9.357	13.404	26.801	1.038	8.872	88.620
	%	2,1%	1,1%	1,3%	2,7%	1,4%	1,0%	1,7%
Hermanos (as)	Recuento	52658	14.814	22.250	18.504	2.624	24.708	135.558
	%	3,7%	1,8%	2,1%	1,8%	3,6%	2,7%	2,6%
Otro familiar	Recuento	37.190	37.332	33.237	24.329	922	16.626	149.636
	%	2,6%	4,4%	3,2%	2,4%	1,3%	1,8%	2,8%
Cuidador o acompañante	Recuento	472	469	4101	2.751	0	0	7.793
	%	0,0%	0,1%	0,4%	0,3%	0,0%	0,0%	0,1%
No familiar	Recuento	12.803	6.554	11.352	17.250	2.813	6.642	57.414
	%	0,9%	0,8%	1,1%	1,7%	3,8%	0,7%	1,1%
Total	Recuento	1416.912	842.974	1046151	1.001.039	73.078	899.710	5.279.864
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Los nietos fueron referenciados en un 0,2% (10.839) principalmente por las mujeres mayores con el 0,3% (9.853) y ínfimo 0,0% porcentaje de los hombres sólo 986 individuos. Por regiones del país (ver tabla) se identifica el territorio pacífico posee el mayor porcentaje 0,5% (5.224) de adultos mayores donde identifica dicha referencia.

Los padres fueron referidos como cabeza de hogar por el 6,2%(329.680) de las personas encuestadas las mujeres fueron quienes marcada representación con el 8,8% (254.051) identificaron a sus progenitores en comparación a los hombres con sólo 3,1% (75.629), según los territorios geográficos (ver tabla) se destaca la ciudad capital con el 7% (63.009) de los adultos mayores con dicha percepción, el 6,8% (67.640) de la población objeto residente en los departamentos que componen la región Atlántica.

Los suegros sólo el 1,7% (88.619) de la población adulta mayor identifica a esta línea familiar como cabeza de hogar principalmente por las mujeres con el 2,2% (64.459) en comparación a los hombres con sólo el 1% (24.160). Entre las regiones se observan 2 regiones con destacada participación en la Atlántica con el 2,7% (26.801) y de la central donde el 2,1% (29.148) de la población objeto de estudio.

El 2,6% (135.557) identifican a los hermanos como cabeza de hogar principalmente en el 3,2% (76.406) de los hombres versus a lo manifestado por las mujeres con el 2,1% (59.151), por territorios se observa destacada representación en la central con el 3,7% (52.658) de los adultos mayores residentes y en la región amazónica/ Orinoquia con el 3,6% (2.624) de la población objeto de estudio.

El 2,8% (149.635) de los ancianos encuestados refieren que otros integrantes de la familia a los nombrados previamente son identificados como jefe de hogar; lideran los hombres con el 2,9% (69.220) y sólo el 2,8% (80.415) mujeres mayores en los territorios resalta el 4,4% (37.332) de los ancianos residente en la zona Oriental y el 3,2% (33.237) de pacífico colombiano.

Sólo el 0,1% (7.794) de la población objeto encuestada refiere que Cuidadores o acompañantes como jefe de hogar principalmente por hombres en un 0,2% (5.604) versus un 0,1% (2.190) de las mujeres, principalmente referenciado en los territorios con litorales; en el Pacífico colombiano se evidenció el 0,4% (4.101) y sólo el 0,3% (2.751) de los adultos mayores del Atlántico.

Terceros o personas naturales son identificados por el 1,1%(57.414) de los adultos mayores como cabeza de hogar en igual porcentaje entre los sexos; las mujeres con 30.594 y los

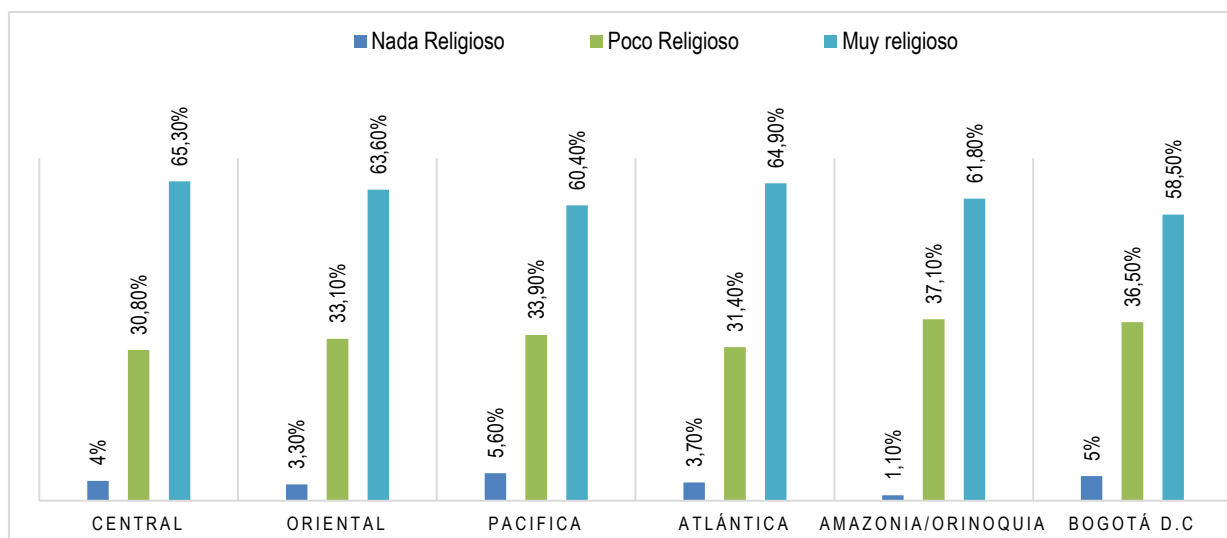
hombres con 26.820 principalmente lo adultos mayores se ubicaron con dicho referenciación en el 3,8% (2.813) residen en la Orinoquia/amazonia y en el territorio Atlántico con el 1,7% (17.250) de los ancianos que reseña estas personas como jefe de hogar.

6.3.4 Grados de percepción de vivencia espiritual o religiosidad

Según la encuesta SABE 2015 realizada en los adultos mayores se evidenció en un 4,3% (185.581) refieren ser nada religiosa; en especial los residentes principalmente en región pacífica con el 5,6% (45.930), seguido a los adultos mayores residentes en Bogotá con el 5% (41.162), el 4% (45.721) de la población objeto reside en la zona central, el 3,7% (27.498) ancianos con dicha referencia viven en zona Atlántica, el 3,3% (24.576) viven en la zona oriental y sólo el 1,1% (694) residen en la Orinoquia/Amazonia. El 33%(1.431.031) se percibió como poco religioso dentro del territorio nacional resalta la zona Amazónica/Orinoquia con el 37,1% (24.000), seguido por la capital del país con el 36,5% (298.102), el 33,9% (276.464) se ubican en el Pacífico colombiano, en la zona Atlántica se observa el 31,4% (230.781) individuos que lo refieren por su parte en la zona Oriental el 33,1% (245.888) ancianos lo comparten y sólo el 30,8% de la población objeto encuestada de la zona Central.

Finalmente, en el 62,7% (2.715.771) se identificó muy religiosa; lidera la región Central con el 65,3% (755.341) de los adultos mayores, por su parte el 64,9% de los adultos de la zona Atlántica lo refieren, prosigue el 63,6% de la población objeto de la zona Oriental, en la Orinoquia/Amazona con el 61,8% (39.953) de los adultos mayores, sólo el 60,4% (492.056) de la región Pacífica y en la capital del país se identifica el 58%(478.136).

Figura 41. Distribución de la percepción de religiosidad referida por la población objeto de estudio según región geográfica de residencia.



Por otro lado, al hablar sobre los grados de apoyo emocional, vivencia fortaleza y confort espiritual de la población objeto de estudio; el 79,9% (3.455.879) de ellos refieren considerable relevancia en este aspecto de la vida; en las regiones es significativo en la región Orinoquia/Amazonia con el 87,6% (53.791), seguido de la Atlántica con el 81,9% (598.206), seguido de la región Oriental 81,4% (604.827), el 81,2% (661.576) de la población mayor del pacifico y el 75% (613.941) de la población objeto de estudio Bogotá comparte dicha percepción.

EL 15,6% (673.968) de los ancianos colombianos encuestados consideran poco decisiva la religión como fuente de confort o espiritualidad; los bogotanos refieren en un 18,6% (152.371), el 16,6% (123.406) de quienes residieron en la zona Oriental, en la zona central el 15% (173.517) de los ancianos residentes, el 14,9% (.121.215) de los adultos mayores del Pacifico colombiano, el 13,2% (96.603) de población objeto residente en la zona Atlántica y sólo el 11,2% (6.856) de los adultos encuestados en la Orinoquia/Amazonia .Sólo el 4,6% (197.004) de la población adulta mayor expresa que no existe ninguna relevancia la religión como fortaleza o confort principalmente manifestado por el 6,4% (52.546) adultos mayores de Bogotá, el 5,3% (61.438) de la Central, seguido del 4,8% (35.351) de población resiente en el territorio Atlántico, el 3,9%(32.152) del territorio Pacifico seguido del 2,0%(14.732) de residentes del región Oriental, y sólo el 1,3% referente a 785 ancianos residente en la Orinoquia-Amazonia.

6.3.5 Uso del tiempo en actividades.

El 61,3% (3.244.743) ancianos encuestados usualmente en su tiempo libre leen; principalmente en la ciudad capital el 72,7% (6.542.244), el 67% (48.983) del territorio Orinoquia-Amazónica, seguido por el 63 % (631.114) en la región Atlántica, el 60,4% (632.485) de la población objeto de estudio residente en el pacifico, el 56,4% de quienes residen en la región central y sólo el 56,1% (473.179) de adultos mayores residente en la región oriental. Sólo el 24,9% (1.317.944) se dedican tiempo libre en la escritura; principalmente en la capital del país en el 31,2% (281.073), continua el 26,4% (22.878) de la zona Oriental, seguido del pacifico con el 25,9% (270.881), el 22,6% de los adultos mayores es compartido por dos regiones; en la central son 322.847 ancianos en la Orinoquia/ Amazonia se representan en 16.541 ancianos residentes y sólo el 20,3% (203.724) personas del territorio Atlántico.

El 40,2% (2.125.653) refiere resolver operaciones matemáticas de los adultos mayores principalmente el 57,4% (41.969) de quienes residen en la Orinoquia/Amazonia, el 54,2% (487.500) de los adultos mayores residen en la ciudad capital, el 45% (379.683) personas adultas de la zona oriental, el 43,9% (459.778) del pacifico disfrutan realizar operaciones matemáticas, el 38,9% (389.864) de las personas mayores del territorio Atlántico y sólo el 33% (471.377) de las personas residentes de la zona Central.

El 29,7% de los adultos mayores encuestados realiza pasatiempos; principalmente en ciudad capital con el 39,3% (353.107) de los ancianos encuestado, el 29,8% (312.063) de quienes residen en zona Pacifica, el 28,8% (411.390) adultos de la zona Central y sólo 21.063 de quienes viven en la Amazonia/Orinoquia, y sólo el 27,2% (242.344) de la región Atlántica.

EL 79,6% (4.205.949) de los encuestados disfrutan escuchar radio principalmente en la región se identificó en la zona Amazónica-Orinoquia en el 84,1% (61.520), el 83,1% (747.786) de las personas que residen en la capital del país, el 81,8% (856.361) de los ancianos residentes en el pacifico colombiano, en la zona central el 79,9% (1.135.155) de los adultos mayores , el 79,6% (671.593) de la población adulta mayor la zona Oriental, finalmente el 73,2% (733.534) de la población adulta mayor residen en la zona Atlántica.

El 90,8% (4.804.219) de los ancianos encuestados dedican el uso del tiempo a ver televisión ; en mayor representación en Bogotá con el 96,6%, el 92,1% (67.372) de los adultos mayores de la Orinoquia/Amazonia, el 90,3% de 2 regiones destinan tiempo en dicha actividad ; en la central con 1.289.015 ancianos y en la Oriental con 762.119 ancianos, el 89,8% (940.089) de los adultos mayores encuestados de la región Pacífica seguido del 87,5% (876.238) de la población objeto residen en la región Atlántica.

El 26,1% (1.380.535) participar en juegos de mesa, en los territorios sobresale la capital del país en un 31,9% (287.093), continua el 29,3% (21.428) de los ancianos de la amazonia/Orinoquia seguido del 28,8% (301.675) de los ancianos residentes en el pacífico colombiano, en el 25,4% (362.298) viven en la región central seguido la región Oriental el 22,6% (190.452) de las personas mayores y finalmente el 21,7% (217.589) de los adultos mayores de la zona Atlántica.

El 25,7% (1.357.749) de los adultos mayores destinan tiempo para hacer manualidades; principal participación de los adultos de la región de 33,7% (303.166) residentes en Bogotá, el 32,8% (23.993) de las personas mayores de la Amazonia/Orinoquia, seguido de 26,7% (278.858) en el pacífico colombiano, el 24,9% (249.363) de las personas mayores en el territorio Atlántico, el 24,5% (206.359) de la población encuesta en la zona Oriental, en la zona central se observa el 20,8% (296.010) que destinan el tiempo a dicha actividad.

El 76,1 % (4.023.798) de los adultos mayores distribuyen tiempo para visitar familiares, principalmente el 87% (63.654) de ancianos de la Orinoquia/ Amazonia, el 83,6% (837.326) de la zona Atlántica, seguido por el 78% (701.745) de los ancianos de Bogotá, el 76,7% (802.595) de quienes residen en el Pacífico, el 74,4% (627.596) de los residentes en la zona Oriental. El 70% (3.696.209) de los adultos mayores opinan que destina su tiempo a compras; ubicados en el 78% (701.731) de los adultos mayores residentes de Bogotá, seguido del 77,5% (56.730) de los ancianos residentes en el territorio Amazónico/ Orinoquia, 73,9% (773.020) de las personas mayores del pacífico, el 70,9% (589.554) de la población mayor residente en la región oriental lo refiere y finalmente 60,4% (861.611) personas mayores residentes de la región central.

Entre los adultos mayores el 50% (2.672.768) de quienes residen en el territorio nacional refieren viajar como una de las actividades para dedicar en el tiempo libre; con mayor

relevancia en los ancianos capitalinos con el 59,7% (537.269), seguido del 55,3% (579.277) de adultos mayores residentes en el pacífico colombiano, el 54,6% (39.919) de quienes residen en la amazonia/ Orinoquia, el 53,1% (532.213) de adultos mayores residentes en el Atlántico lo refirieron, el 52,9% (439.924) de los residentes mayores de la zona Oriental, y sólo el 38,1% (544.166) de los ancianos de la zona Central.

El 43,9% (2.325.891) de los adultos mayores realizan ejercicio o actividad física; principalmente en los territorios se observa el 59,8% (537.771) residentes de Bogotá, el 48,2% (35.251) de la Amazonia/ Orinoquia, el 45,2% (472.738) de quienes residen en la zona Pacífica colombiana, sigue el 43,6% (367.401) de los ancianos residentes del territorio Oriental, el 39,5% (563.427) de las personas mayores de la zona central, en el 39,5% (563.427) de los adultos mayores residentes en la zona central y sólo el 34,9% (349.303) de personas mayores residentes en el territorio Atlántico.

El 11,3% (598.307) de los adultos mayores asiste a cursos o clases para ocupar sus tiempos, principalmente en la ciudad capital con el 21,2% (190.580) adultos mayores; por su parte el 15,3% (11.224) de los adultos mayores de la amazonia/Orinoquia, el pacífico colombiano dio el 10,7% (112.263) de adultos mayores, seguido del 10% de la zona Oriental, y sólo el 9,2% (131.666) adultos mayores residente de la zona central.

El 11,9% (630.060) de la población objeto de estudio en Colombia en el uso del tiempo lo utiliza para visita museos y bibliotecas; con igual comportamiento la capital del país lidera con el 21,8% (196.408), seguido de la zona Amazónica/ Orinoquia con el 12,9% (9435) individuos, posterior a ellos se observa la población de la región Oriental en el 11,6% (96.300) y a su vez en el Pacífico colombiano el 11,3% (118.049) de los ancianos residentes, las dos regiones con menor uso de museos y bibliotecas residen en la zona central con el 8,7% (123.586) de los ancianos encuestados y Atlántica con el 8,6% (86.282).

El 25,6% (134.9951) de los adultos mayores asisten a eventos culturales con mayor presencia en por los adultos mayores de la zona Amazónica/ Orinoquia con el 37% (27.106), seguido por Bogotá el 32,7% (294.116), subsecuente los adultos residentes de la zona Oriental con el 26,6% (221.266), el 26,4% (276.203) residentes en la zona Pacífica, en el atlántico el 25,2% (25.012) los adultos mayores refieren asistencia a dichos eventos y sólo el 19,6% (279.248) de los residente son residentes de la zona Central.

El 10,2% (537.324) navegar por internet como pasatiempo de los adultos mayores en la capital del país se identifica el 18,4% (165.670) el 9,7% (101.750) de las personas mayores del pacifico colombiano, seguido del territorio Atlántico con el 8,8% (87.741), el 8,4% (71.035) de la zona Oriental, en la zona central el 7,5% (1.064.429) de los ancianos destino tiempo para ello y sólo el 6,4% (4.699) de loa ancianos.

El 2,2% (1.122.245) de los adultos mayores destina en su tiempo libre para hobbies, artesanías y manualidades; en los territorios lidera Bogotá con el 30,8% (276.644), el 28,1% (20.592) de las personas residentes en la Amazonia/Orinoquia, seguido la zona Pacifica con 22,1% (231.406) de su población mayor encuestada, el 20,5% (172.877) individuos de la zona Oriental ,sin embargo en menor representación se observan la región Atlántica con el 18,5% (185.653) personas mayores y prosiguen de cerca los ancianos de la región Central con el 16,9% (235.073) .

6.3.6 Participación activa en grupos

Para identificar sobre la participación en diferentes tipos de grupos por parte de los adultos mayores encuestados el 54,6% (2.891.040) no participan en ningún tipo de grupo; resalta en el 60,3% (860.452) de ancianos residentes de la zona central, seguido por el 59,1% (498.320) de quienes residen en la Oriental, el 53,8% (484.190) de la capital del país, el 51,8% (542.266) de los que residen en la zona Pacifica, en la región Atlántica el 47,4% (474.596) y el 42,7% (31.216) de la Orinoquia/Amazonia.

La participación en grupos religiosos tiene un peso del 30% (1.587.097) de la población encuestada con mayor número de individuos en la amazonia/Orinoquia; el 44% (32.199) del país seguido , continua el 41,2% (412.566) de la zona Atlántica, luego el con el 31,3 % (327.464) de la región Pacifica, prosigue el 27,1% (244.165) de los ancianos de Bogotá, continua el 25,2% (359.862) de la zona Central y finalmente se observa una representación del 25%(210.841) de los adultos mayores de la región Oriental.

En la participación en grupos deportivos sólo el 4,2% (219.850) de los adultos según territorios se observa mayor participación en la Amazonia/Orinoquia con el 8,8% (6.465) de los ancianos, seguido del pacifico colombiano con 4,9% (51.344) de los ancianos

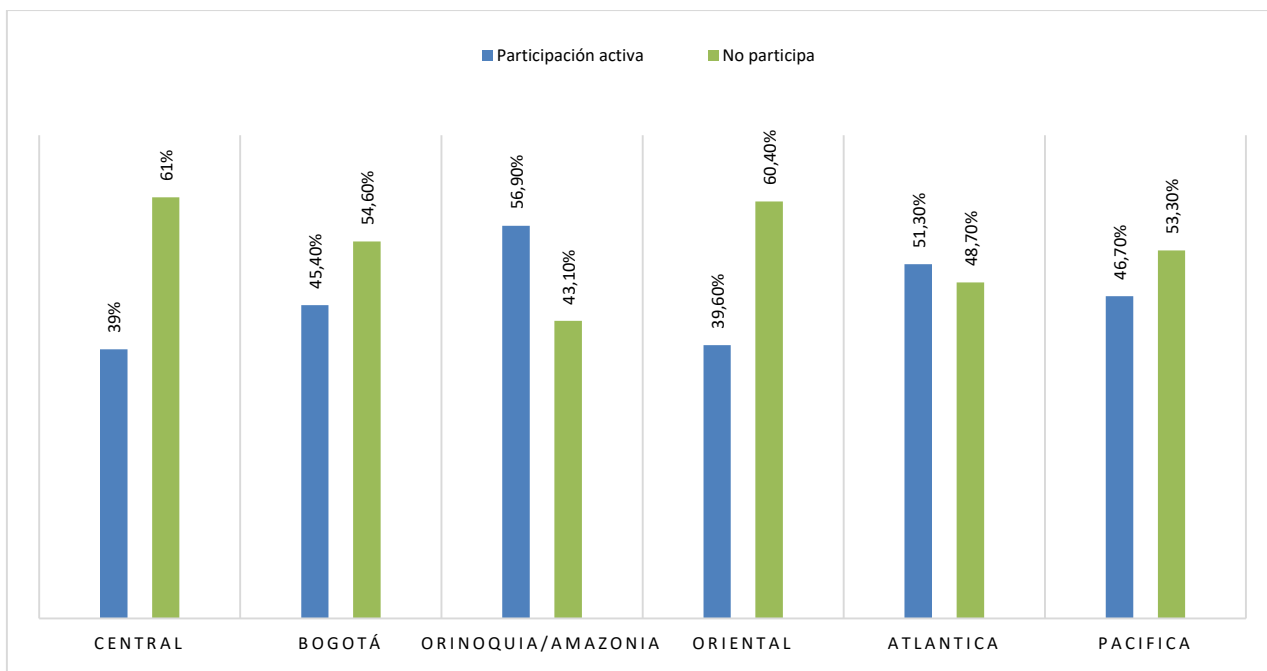
encuestados, el 4,5% se evidencian en el territorio Atlántico (44.984) y en la Oriental (38.380), seguido del 4,3% (38.845) adultos mayores residentes en la capital del país y el 2,8% (39.832) de los adultos mayores de la región central.

En grupos políticos la suscripción es mínima sólo el 2,6% (135.756) adultos mayores; en mayor proporción la región Amazónica/ Orinoquia presenta el 7,4% (5.423) de los ancianos, el 3,6% (37.176) de los ancianos del pacifico seguidos por el 3,1% (30.742) del territorio Atlántico, seguido por el 2,2% de personas mayores de la Oriental, el 2,1% (29.379) de personas mayores de la zona Central, y finalmente el 1,6% (14.800) de los bogotanos encuestados.

La cooperación en grupos culturales se evidencia en el 3,2% (168.393), en los territorios colombianos se observa el 5,4% (48.201) de los adultos mayores residente de la capital del país hacen parte, el 4,1% (42.496) del pacifico colombiano, seguido de la zona amazónica/ Orinoquia con igual porcentaje con 2.989 adultos residentes en dicha región, sólo el 2,6% (2.5575) de los ancianos de la región Atlántica y el 2,2% es compartido por dos regiones 18.189 de los ancianos residente en la Oriental y finalmente el 3.946 de la población adulta mayor de la región Central.

Por su parte la participación en grupos relacionados con personas mayores el 9,7% (511.408) adultos mayores colombianos; con principal representación en el 12,3% (9.034) de los residentes de la Orinoquia/ Amazonia, el 10,5% (94.649) hacen parte en la capital del país, el 10,1% (143.360) de la zona central del país, el 10,3% (87.191) en la zona Oriental, en el pacifico colombiano se observa el 9% (93.767) adultos mayores y sólo el 8,3% de los ancianos encuestados en la zona Atlántica. En gimnasia, ejercicio, actividad física el 5,7% (299.800) de los ancianos encuestados, principalmente el 8,8% (794.492) de residentes de Bogotá, el 7% (100.154) de la zona central manifiestan participar, el 5,9% (61.372) del pacifico colombiano, el 4,4% (3.196) de la Orinoquia/Amazonia participa en actividad física grupal y sólo el 2,3% (22.685) del territorio Atlántico. En los grupos comunitarios el 5,6% (293.729) de los adultos mayores colombianos encuestados pertenecen a dicha organización; en los territorios el 7,9% (70.934) de los residentes de Bogotá, el 6,4% (54.079) de los ancianos de la zona Oriental, el 5,6% (58.687) de los ancianos residentes del pacifico hacen parte de dichos grupos corporativos, el 4,9% (48.847) del territorio Atlántico, el 4,1% (59.102) de los individuos de la zona central y sólo el 2,8% (2.080) de la Orinoquia/Amazonia.

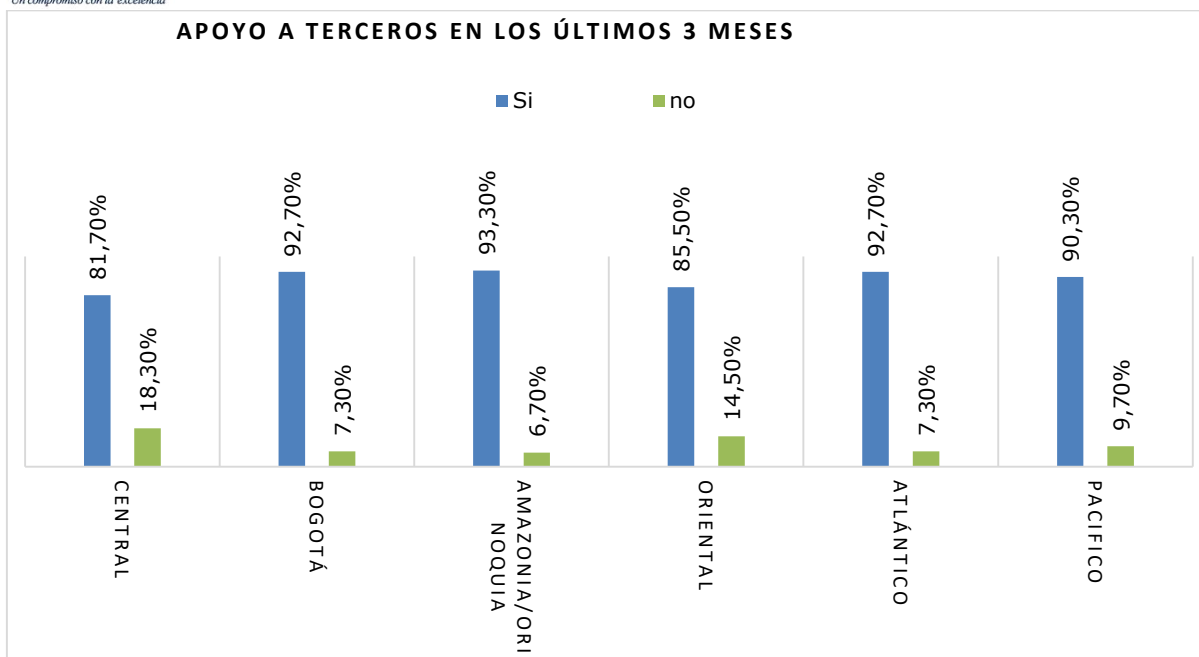
Figura 42. Distribución porcentual de la participación grupal referida por la población objeto de estudio según región geográfica de residencia.



Brindar apoyo a terceros en 3 meses.

Se visibilizando a los mayores a través del apoyo significativo brindado a personas cercanas en 3 meses por los adultos mayores encuestados otra manera tangible en el establecimiento de vínculos a través de la interacción con los otro ;resalta la alta proactividad al brindar apoyo al otro del adulto mayor evidenciada con el 81,7%; lidera la Amazonia con el 93,3% de la Amazonia/Orinoquia, seguido del 92,7% (5.723) del territorio Atlántico y el 92,7% (1.856) de la capital nacional, el 90,3% (3.943) del Pacífico Colombiano, el 85,5% (2.931) de la región Oriental y el 81,7% (5.172) de la zona central.

Figura 43. Distribución porcentual de manifiesto apoyo a terceros en los últimos 3 meses referida por la población objeto de estudio según región geográfica de residencia.



Respecto el 76% (4.020.429) de los adultos mayores encuestados refieren a dar consejo a personas cercanas; principalmente en la región Amazónica/Orinoquia con el 89,5% (65.456), en la Atlántica se observa que el 83,9% de los adultos mayores residentes prosigue el 76,4% (800.055) de la región pacifica lo referencia, el 71% (598.604) de la zona Oriental, el 70,4% (1.004.777) de la zona central lo manifiestan.

El apoyo emocional aportado por los mayores a otros se evidenció en el 66,1% (3.499.874) de la población colombiana encuestada por su parte en los territorios se observa mayor representación del 83,8% (61.279) en la región Amazónica/ Orinoquía, seguida en la capital del país por el 77,2%, prosigue el 70% (732.583) de la región Pacífica, el 68,4% (685.161) de la región Atlántica en menor peso porcentual se observan en la región Oriental con el 59,3% (500.516) y sólo el 57,8% (825.674) ancianos encuestados en la zona central lo manifestaron.

En el 56,6% (2.993.641) de los adultos mayores apoyan en el cuidado de sus nietos, principalmente en el 70,4% (707.040) de los residentes encuestados en la zona Atlántica, el 58,8% (43.030) de los encuestados de la zona Orinoquia/Amazonia refieren apoyo a terceros a través de esta modalidad, en la zona Oriental el 57,7% (486.502) de las personas mayores refieren dicha manera modalidad, el 57,1% (598.060) de la región pacífica y finalmente el 45,3% (646.575) de la zona central participa en el cuidado de sus nietos.

Así mismo el 41,3% (218.599) de los adultos mayores destacan la contribución para la realización de quehaceres del día a día en la casa, arreglos, trámites, transporte, compras; principalmente en la región Orinoquia/amazonia con el 67,8% (49.532) ancianos, en el pacifico colombiano se observa el 44,5% (466.214), en Bogotá el 49,4% (444.476), el 42,2% (422.728) de la región Atlántica, el 37,4% (315.462) de los habitantes de la zona Oriental, y finalmente el 34,2%(488.127) de la zona central.

El 42% (2.224.783) apoyo económico brindado por los adultos mayores a otros individuos ;en especial en la región Orinoquia/Amazonia con el 52,6% (38.496) adultos encuestados en dicha región, seguidos por el 47% (422.913) de los ancianos residentes en Bogotá, prosigue la región Pacífica con el 44,7% (467.571) de los ancianos afirmar proveer financieramente, el 44,5% (445.943) de los residentes en la zona Atlántica, finalmente el 38,2% (545.340) de la zona central han tenido un rol determinante en este aspecto junto con el 36,1% (304.520) de quienes residen en la zona Oriental.

Finalmente, el 19,8% (1045.801) de los adultos mayores encuestados contribuyen en el cuidado personales , sin embargo tiene un mayor peso porcentual en la zona Amazónica-Orinoquia con el 26,5% (19.378), en la zona Atlántica se observó el 26% (260.278), el pacifico representó el 20,9% (218.915) de los anciano residentes encuestados, en igual porcentaje en la ciudad de Bogotá se manifestaron 187.933 adultos mayores, en la oriental el 15,9% (133.892) de los adultos encuestados y solo el 15,8% (225.405) de los adultos mayores residentes en la región central.

6.4 Capacidad funcional e independencia.

6.4.1 Nivel de dependencia y funcionalidad

Si el puntaje es igual a 100 el individuo podrá hacer sus actividades diarias de autocuidado sin ayuda sin embargo en cuanto más cerca de 0, mayor será su dependencia.

Según el consolidado del puntaje total obtenido en los adultos mayores el índice de Barthel, determina la clase de la funcionalidad e independencia para realizar actividades La población adulta mayor colombiana presenta el 50 % tiene 100 puntos en la escala de Barthel o menos; es independiente con una diferencia máxima observada en el 50% central

de 0 puntos (RI); sin oscilación entre el 25% de la población con 100 puntos y 75% poblacional con igual puntaje o menos. Según la prueba de Kolmogorov-Smirnov ($p < 0,000$).

De acuerdo al puntaje se hace la clasificación según Shah et al: en Colombia en el nivel de dependencia total sólo el 0,7% (36.367) de los adultos encuestados liderando la ciudad capital con 10.176 adultos mayores los ancianos con dependencia total (puntaje inferior a 20 puntos).

En la población adulta mayor colombiana encuestada solo se observa el 1,5% (77.420) en la dependencia severa se encuentra (entre 21-60 puntos), principalmente en dos geográficas: el territorio central posee en 1,7% (24.220) y consecuentemente la zona Pacífica con el 1,7% (18.236) y el 1,6% (13.388) adultos mayores del territorio Oriental, por su parte el 9,6% (506.707) adultos mayores presentan dependencia moderada (entre 61-90 puntos) liderado por el 11,7% (122.488) de los adultos residentes en la zona Oriental.

El 9,5% (502.102) de las personas mayores colombianas encuestadas presentan dependencia leve/ escasa (entre 91-99 puntos) representado en su mayoría en el 13 % (129.884) de los ancianos del territorio Atlántico prosigue y el 11,5% (97.213) de los adultos residentes en la zona Oriental. El 78,8% (4.169.724) de los adultos mayores colombianos poseen independientes refiere la máxima puntuación (100 puntos); principalmente en las regiones se ubican en la Orinoquia/Amazonia con el 88,5% (64.758) y en la el 83,3% (749.467) residen en Bogotá.

Tabla 31. Distribución del nivel de capacidad funcional e independencia de los adultos mayores según región geográfica colombianas de residencia.

Nivel de dependencia y capacidad funcional		Central	Oriental	Pacífica	Atlántica	Orinoquia Amazonia	Bogotá	Total
Dependencia	Frecuencia	13.800	4.068	4.980	3.295	48	10.176	36.367
Total	%	1,0%	0,5%	0,5%	0,3%	0,1%	1,1%	0,7%
Dependencia Severa	Frecuencia	24.220	13.388	18.236	11.440	1.061	9.075	77.420
	%	1,7%	1,6%	1,7%	1,1%	1,5%	1,0%	1,5%
Dependencia moderada	Frecuencia	143.748	70.848	122.488	95.277	3.124	71.222	506.707
	%	10,1%	8,4%	11,7%	9,5%	4,3%	7,9%	9,6%
Dependencia Escasa	Frecuencia	124.119	97.213	86.678	129.884	4.170	60.038	502.102
	%	8,7%	11,5%	8,3%	13,0%	5,7%	6,7%	9,5%
Independencia Total	Frecuencia	1.121.399	658.070	814.243	761.787	64.758	749.467	4.169.724

	%	78,6%	78,0%	77,8%	76,1%	88,5%	83,3%	78,8%
Total	Frecuencia	1427286	843587	1046625	1001683	73161	899978	5292320
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

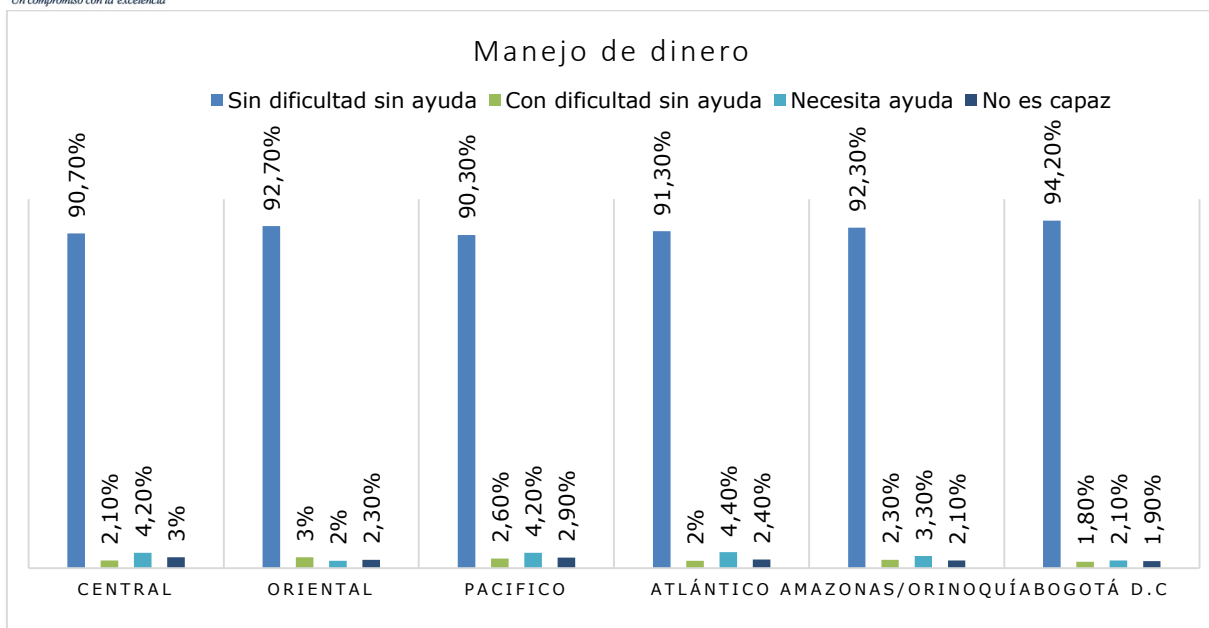
6.4.2. Actividades de la vida cotidiana instrumentales

Al referirse a las actividades instrumentales de la vida cotidiana (AVC), al referirse sobre el manejo del dinero el 91,6% (4.800.183) de los ancianos colombianos no refieren dificultad ello ni necesitan ayuda; en los territorios geográficos se evidenció en el 94,2% de los bogotanos encuestados, el 92,7% (776.342) de la zona Oriental seguidos del 92,3% (67.216) de los encuestados en la región Amazónica/ Orinoquia, el 90,7% (1.277.751) en la zona central y finalmente el 90,3% (934.051) del pacífico colombiano.

Sólo el 2,3% (119.310) de los ancianos colombianos realizan el manejo con dinero con dificultad, pero sin ayuda; en los territorios destaca el 3% (24.877) de la región Oriental, el 2,6% (27.144) del pacífico, el 2,3% (1.653) de la Orinoquia/ Amazonia, el 2,1% (30.043) de la zona Central, finalmente el 2% (19.937) de la zona Atlántica y sólo el 1,8% (15.656) de las personas mayores residentes en Bogotá.

Las personas que necesitan ayudan para manejar el dinero en un 3,5% (185.438); en el territorio geográfico se observa el 4,4% (43.698) de la región Atlántica, seguido del 4,2% (43.857) del pacífico colombiano, el 3,3% 2.398, en menor presentación el 2,1% (18.569) de los mayores encuestado en Bogotá, y finalmente el 2% (17.042) de la Oriental. Para concluir sólo el 2,5% (133.059) de los ancianos encuestado refieren no ser capaces de manejar el dinero con mayor representación porcentual en la zona Central con el 3% (41.640), seguido del 2,9% (29.720) de pacífico colombiano, el 2,4% (23.649) de la región Atlántica, el 2,3% (19.286) de la región Oriental, el 2,1% (1.541) de Amazonia/Orinoquia y finalmente el 1,9% (17.223) de los adultos mayores de Bogotá.

Figura 43. Distribución porcentual de los adultos mayores según región geográfica para el manejo de dinero.

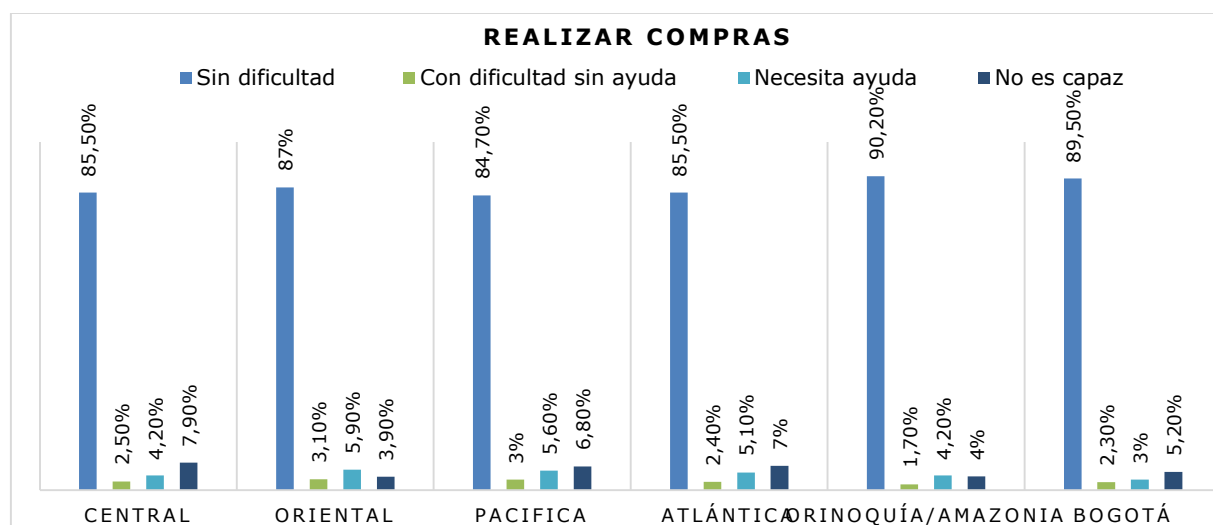


Las compras diarias el 86,3% (4.538.898) de los ancianos encuestados refieren realizarlos sin dificultad y sin ayuda dicha tarea; el 90,2% (65.820) de los ancianos de la Orinoquia/amazonia comparten dicha referencia, el 89,5% (800.961) de los bogotanos, el 87% (731.139) de zona Oriental, el 85,5% es compartido en 2 regiones el (850.584) de la región Atlántica, y en la zona central con 1.214.205 ancianos y el 84,7% (876.189) en la región Pacífica. Con dificultad lo realiza sin ayuda el 2,6% (136.961) de los ancianos; distribuido en los territorios de las regiones Oriental con el 3,1% (25.981), el 3% (30.606) de pacifico colombiano, el 2,5% (34.898) de la zona central, el 2,4% (23.751) de las personas encuestadas del territorio Atlántico y finalmente el 2,3% (20.490) de las personas mayores residente en Bogotá.

Quienes necesitan ayuda para adquirir sus compras diarias representan el 4,7% (247.977) de los adultos mayores, en los territorios resalta la zona Oriental con el 5,9% (49.827) de los ancianos encuestados, el 5,6% (57.727) de la zona Pacífica, el 5,1% (51.012) de los residentes de la región Atlántico, en menor representación en dos regiones del país con el 4,2% en la central con 59.143 adultos mayores y 3.043 adultos mayores en la región Amazonia/Orinoquía y finalmente sólo el 3 % (27.225) de los ancianos encuestados residentes en Bogotá. El 6,4% (334.238) de los ancianos refieren no ser capaces de realizar las compras diarias; resalta en la región central con el 7,9% (112.255), seguido del territorio Atlántico con el 7% (69.514), el 6,8% (70.287) del pacifico colombiano, seguido del 5,2%

(46.123) de los bogotanos, el 4% (2.895) de los residentes en la Orinoquia/Amazonia lo refieren y finalmente la región con menor representación en la Oriental con el 3,9% (33.164) ancianos.

Figura 44. Distribución porcentual de los adultos mayores según región geográfica para adquirir productos.



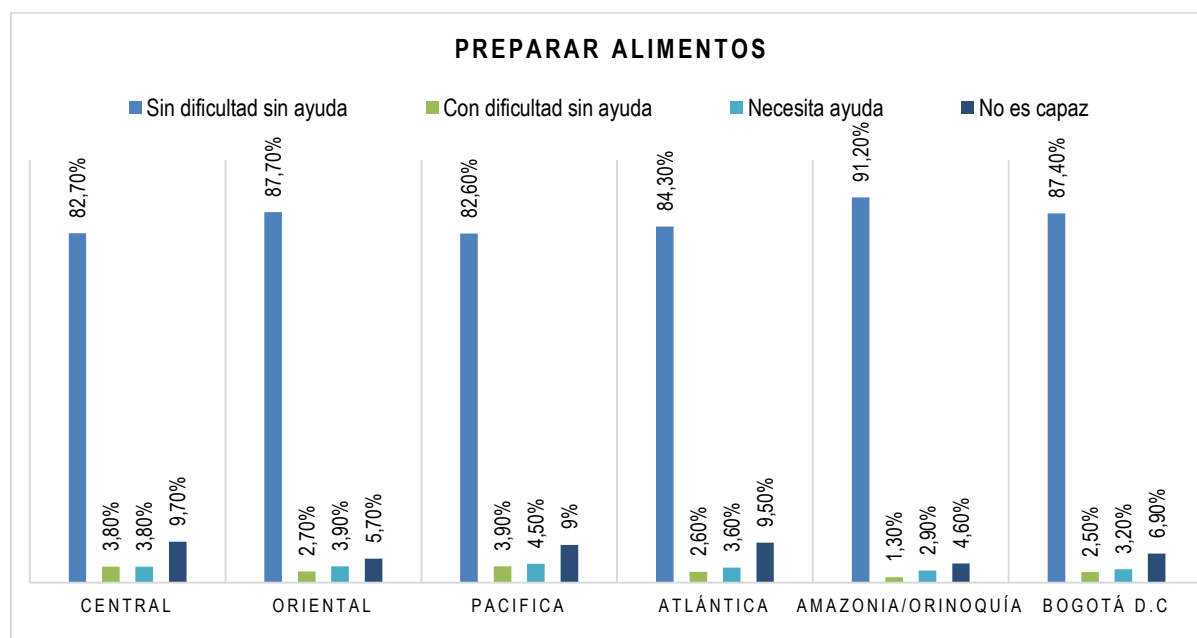
En la elaboración de alimentos se observa que el 84,7% de los encuestados realizan dicha actividad sin problemas, evidenciando en una mayor presentación en las regiones en el 91,2% (65.841) de la zona Orinoquia/Amazónica, el 87,7% (728.110) de la región Oriental, el 87,4% (782.793) de Bogotá, el 84,3% (837.962) de la región Atlántica, el 82,7% (1.171.795) de la zona central, se observa que el 82,6 % (856.577) del pacifico colombiano.

Con dificultad para la elaboración sin ayuda se evidenció en el 3,1% (164.918) de los encuestados con una representación del 3,9% (40.622) en la zona pacifica seguido del 3,8% (53.263) de la región central, el 2,7% (22.286) de la región Oriental, el 2,6% (25.736) refieren dicha dificultad para preparar comidas en la región Atlántica, por su parte el 2,5% de los ancianos capitalinos comparten esta y solo el 1,3% (950) de los residentes encuestados en la Orinoquia/ Amazonia. Sin embargo, el 3,8% (198.805) de los ancianos colombianos necesitan ayuda para preparar sus alimentos; principalmente evidenciado en las regiones central con el 9,7% (137.909), seguido por la región Atlántica con el 9,5% (94.018) de las personas mayores encuestados, el 9% (93.765) del pacifico colombiano

encuestado, el 6,9% (62.215) de los bogotanos mayores, el 5,7% (47.233) de la zona Oriental y el 4,6% (3.329) de la zona Orinoquia/Amazonia.

Concluyendo el 8,4% (43.469) de los ancianos colombianos encuestados no es capaz de preparar sus alimentos resalta dentro del subgrupo el territorio central con el 9,7% (137.909) de sus ancianos encuestados, seguido por las regiones Atlántica con el 9,5% (94.018), el 9% (93.765) de la Pacífica, en menor porcentaje se evidencia el 6,9% (62.215) de quienes residentes en Bogotá y el 4,6% (3.32) de la zona Orinoquia/Amazonia.

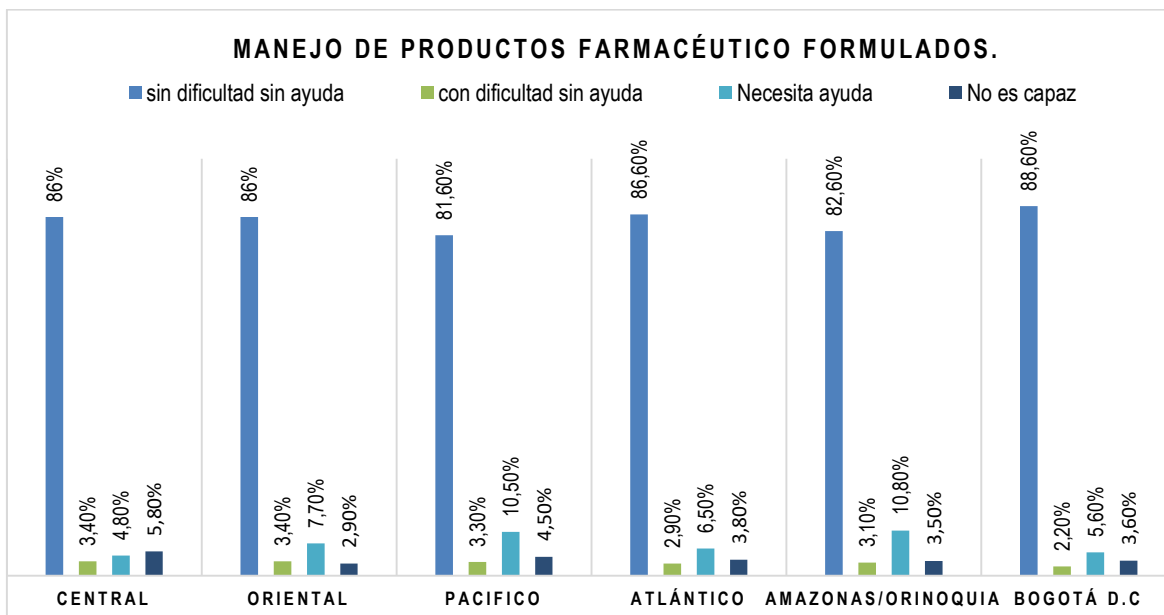
Figura 45. Distribución porcentual de los adultos mayores según región geográfica para preparar alimentos.



El manejo de medicamentos se realiza con destreza por parte de 85,7% (4.482.570) de las personas mayores; por subregiones de observa mayor independencia en los adultos mayores de bogotanos con el 88,6%, el 86,6% (866.521) de la zona Atlántica, el 86% (719.338) de la zona Oriental y en la central (1.213.616) de ancianos, el 81,6% (839.735) de los residentes de la zona Pacífica .El 3,1% (161.286) de los ancianos realiza con dificultad y sin ayuda la manipulación de los fármacos en las subregiones colombianas se identifican el 3,4% en dos regiones ; en la central con 47.576 adultos mayores y en la Oriental con 28.611, el 3,3% (34.196) en el pacifico colombiano, el 3,1% (2.192) de los individuos de la Amazonia/Orinoquia, en menor proporción el 2,9% (29.240) de la región Atlántico y finalmente el 2,2% (19.471) de los ancianos residentes en Bogotá.

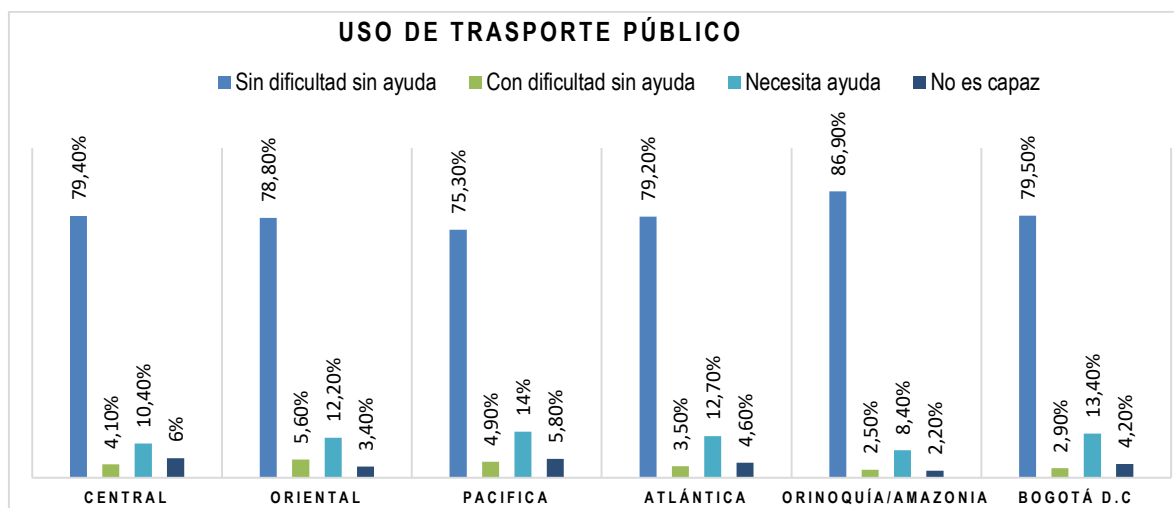
Necesita ayuda para administrar sus medicamentos en un 6,9% (363.373) de los ancianos colombianos; el 10,8% (7.628) de los ancianos residentes en la zona Amazónica/Orinoquia, el 10,5% (108.188) del pacifico, el 7,7% (64.394) de la zona Oriental, el 6,5% (64.882) del Atlántico, el 5,6% (49.946) de la capital del país, y finalmente el 4,5% (46.541) del pacifico. Sólo el 4,3% (223.539) de los ancianos colombianos encuestados en la región central el 5,8% (81.438), el 4,5% (46.541) del pacifico, el 3,8% (37.437) residen en el Atlántico, el 3,6% (31.667) de los ancianos residentes en Bogotá y finalmente sólo el 2,9% (24.026) de la región Oriental.

Figura 46. Distribución porcentual de los adultos mayores según región geográfica para el manejo de productos farmacéutico formulados.



El uso del transporte público se evidenció el 78,6% (4.072.878) de las personas mayores; el 86,9% (59.728) de la zona Amazónica/Orinoquia, el 79,5% (709.558) de la población mayor residente en Bogotá, el 79,4% (1.110.661) de la región central, el 79,2% (776.187) del Atlántico, el 78,8% (641.900) en el territorio Oriental y para concluir el 75,3% (774.844) del pacifico. Con dificultad usa el sistema de transporte público el 4,2% (216.083) de la población objeto de estudio, el 5,6% (45.780) en la zona Oriental, el 4,9% (50.593) de pacifico colombiano, el 4,1% (57.873) de la región central, en el 3,5% (34.283) del Atlántico, en menor representación el 2,9% (25.855) en Bogotá y el 2,5% (1.699) de las personas residente en la Amazonia/Orinoquia.

Figura 47. Distribución porcentual de los adultos mayores según región geográfica para el uso de transporte público.



El 12,3% (639.096) de los ancianos necesitan ayuda movilizarse en servicio público; en las regiones se observa el 14% (144.228) de residentes de Pacífico, el 13,4% (113.194) de la población adulta mayor de Bogotá, seguido por el 12,7% (124.668) del Atlántico y el 12,2% (99.240) de la zona Oriental finalmente el 8,4% (5.800) de los ancianos residentes en la zona Orinoquia/amazónica.

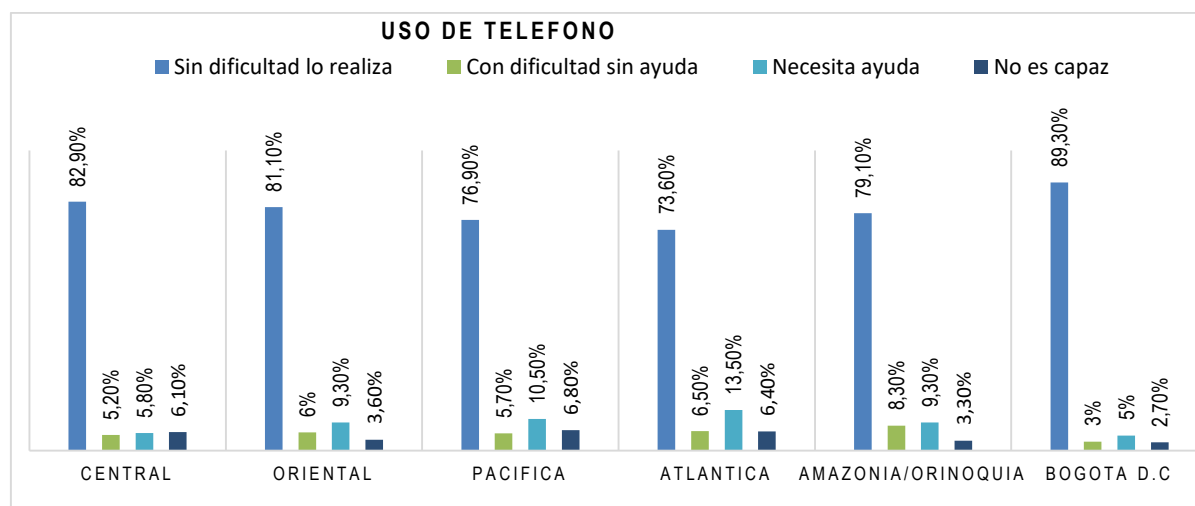
El 4,9% (255.429) de los adultos mayores encuestados no son capaces de usar transporte público; el 6% (84.138) en la Central manifiestan dicha dificultad, el 5,8% (59.386) en la Pacifica, el 4,6% (45.376) de la Atlántica, el 4,2% (37.389) de la población mayor bogotana y en menor represente el 3,4% (27.611) en la Oriental y sólo el 2,2% (1.529) de los ancianos de la zona Amazonia/ Orinoquia.

Por su parte para el uso del teléfono y su manipulación es realizado sin problemas en el 80,7% de la población adulta mayor encuestada; en las regiones resalta el dominio de dicho elemento en la capital del país en el 89,3% (798.337), el 82,9% (1.165.132) en la zona central, el 81,1% (66.448) de la Oriental, en la amazonia/oriental se auto reporto un 79,1 % (57.113) evidenció destreza para manipular dicho gadget, el 76,9% (790.179) de la región pacífica, y el 73,6% (730.042) en la Atlántica. El 5,3% (278.097) de los ancianos encuestados refieren utilizarlo con dificultad sin requerir ayuda para emplearlo con mayor representación en la Orinoquia/Amazonia en el 8,3% (5.967), seguido de 6,5% (64.274) de los adultos mayores residente en la zona Atlántica, el 6% (49.261) de la zona Oriental, el

Pacífico posee el 5,7% (58.876), el 5,2% (72.785) de la zona central y sólo el 3% (26.934) de la población mayor bogotana refiere utilizarlo con dificultad, pero sin ayuda.

En el 8,7% (451.239) necesita ayuda para manejar este gadget; resalta dificultad en el Atlántico con el 13,5% (134.042), el 10,5% (108.265) de la pacífica, dos regiones comparten el 9,3% en la región amazónica/ Orinoquia con 6.735 adultos mayores y en la Oriental se evidenció en 76.669 adultos mayores; finalmente en menor representación el 5,8% (80.928) de la zona central y el 5% (44.600) de la capital refiere dificultad y necesitar ayuda para utilizarlo. EL 5,3% (275.165) de los adultos mayores colombianos encuestados refirieron no ser capaces para manejar un teléfono en mayor representación en el Pacífico con el 6,8% (70.125), en el territorio Atlántico se evidenció el 6,4% (62.962) con dicha condición, el 6,1% (85.818) de la zona central comparten dicha incapacidad junto con el 3,6% (29.396) de la zona Oriental y el 3,3% (2.377) de la Orinoquia/amazonia.

Figura 47. Distribución porcentual de los adultos mayores según región geográfica para el manejo teléfono.



6.5. Morbilidad referida

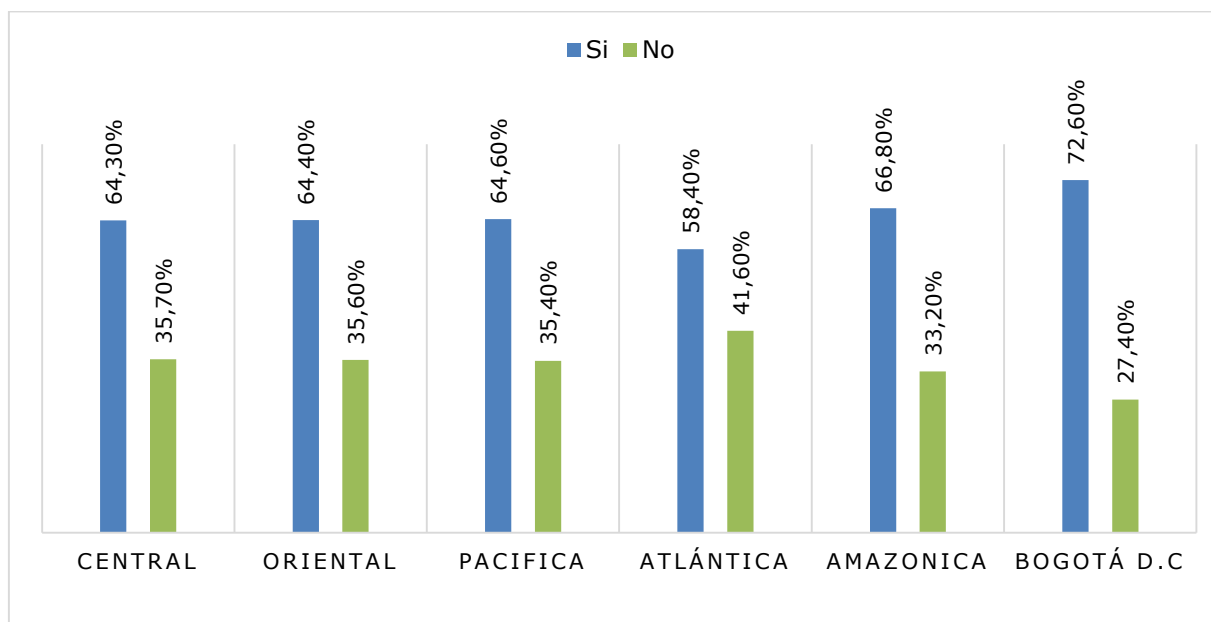
6.5.1. Presencia de multimorbilidad por crónicas no trasmisibles.

En el país el 64,7% (3.422.548) de los adultos mayores encuestados refirieron diagnóstico de mayor o igual de 2 enfermedad crónica no trasmisible (figura 48), a continuación detallará en el uno a uno de las patologías :en la capital del país lidera con el 72,6% (653.049) , seguido de la Orinoquia-Amazonia en el 66,8%(48.854) de los participantes residente en dicha zona, los habitantes del Pacífico colombiano encuestados representan el 64,6%

(675.650) adultos mayores, prosigue la zona Oriental con el 64,4% (543.341), los adultos de la zona Central reportan el 64,3% (917.190) multimorbilidad y finalmente los ancianos residentes en el territorio Atlántico representan el 58,4% (584.494) más de un evento crónico de interés (figura 48).

De los adultos mayores al auto referirse a las patologías de larga data se observó diferentes tipos de cáncer en el 54,2% (2.863.938) de los adultos encuestados afirman hipertensión arterial ; en los territorios se dividen en mayor porcentaje el 57,8% (596.390) del pacifico colombiano, seguido del 56,8% (810065) de los ancianos de la región central, prosigue el 53% (529.732) de la región Atlántica, el 51,9% (436.899) de la Oriental finaliza con el 51,1% (459.792) de las personas mayores encuestadas residentes en Bogotá y el 42,5% (31.060) de la Orinoquia/amazonia colombiana con dicha ECNT .

Figura 48. Distribución porcentual la prevalencia de multimorbilidad (2 o más enfermedades crónicas no transmisibles) en los adultos mayores según región geográfica. SABE 2015.



El hipercolesterolemia se refleja en el 48,8% (2.567.807) de los ancianos en mayor representación de los adultos mayores de la capital del país con el 57,7% (517.787), el 54,8% (40.004) de la Orinoquía/Amazonia, el 48,8% (410.537) de la Oriental, el 47,8% (477270) de la región Atlántica prosigue en el 47,3% (487.907) de la zona Pacifica y el 44,6% (634.302) de la zona central. Continuando con las Dislipidemia el 38,8% de los ancianos encuestados refieren diagnóstico de hipertrigliceridemia en especial resalta en la

ciudad capital del país con el 49% (436.651), seguidos de la zona de Orinoquia/Amazonia con el 48% (34.994), el 40,9% (342.884) de la zona Oriental, el 36,8% (518.739) de la central, el 35,1% (360.844) del pacifico colombiano y finalmente el 34,2% (340.523) de la zona Atlántica.

El 26 % (1.406.938) de los adultos mayores encuestados en el país refieren diagnóstico de alteración o enfermedad en articular; es decir artritis o artrosis; el territorio Oriental lidera con el 33,6% (283.547), seguido por el 29,6% (266.030) de Bogotá, prosigue el 26, 3% en dos regiones del país en la central con 374.599 ancianos y el 273.927 de la región pacifica, en menor representación en la Amazonia/ Orinoquia con el 20,4%(14.948) y finaliza el 19,4% (193.932) de la zona Atlántica.

Con respecto a la diabetes fue reportada en el 18,1% (957.947) personas mayores residentes en colombiano donde primo en la zona central con el 20,8% (296.197), el 19,1% (171.489) en Bogotá, el 17,3% (180.819) de los ancianos residentes del pacifico colombiano, prosigue el 17% (143.020) de la zona Oriental, el 15,6% (155.587) del territorio Atlántico y el 14,8% (10.835) de los residentes en la zona Orinoquía/Amazonia. En la prevalencia de enfermedad coronaria se observa el 14,5% (768.143) de los ancianos con dicha, resalta el 17,4% (156.175) de los residentes de Bogotá, seguido del 17,1% (12.484) de Orinoquia/Amazonia, el 15,2% (158.611) del pacifico colombiano, el 14,2% se refleja en 202.562 personas mayores de la región central y 119.487 de la región Oriental y finaliza el 11,9% (118.734) adultos que residen en el Atlántico.

La prevalencia de osteoporosis auto reportada fue del 12,4%(654.337) ancianos, con mayor representación en Bogotá con el 18,1% (162.354), el 17,5% (12.614) de la zona Orinoquia/Amazónica, el 14% (146.146) de la pacifica, el 12,4% (103.922) de las personas de la zona Oriental, el 10,5% (149.675) de los individuos de la zona central y el 8% (79.629) de los individuos de la zona Atlántica. Al preguntarles por la prevalencia de enfermedad pulmonar se evidencia en el 11,5% (606.021) de los adultos mayores en específico con mayor concentración en Bogotá con el 15% (135.704,) el 15% (126.622) de los ancianos residentes en zona Oriental, el 11,6% (8.473) de la Orinoquia/Amazonia, el 11,4% (162.336) adultos en la zona central, por su parte en la zona pacifica se concentran el 9,9% (103.728) adultos con dicha patología y sólo el 6,9% (69158) de los ancianos residentes en el territorio Atlántico.

En los encuestados sobre la prevalencia de enfermedad mental se observa un 8,7%(457.066) de los ancianos; con el 11,2% (116.986) relata la población del Pacífico colombiano, seguido del 8,9% (126.989) de la Central, el 8,3% (82.765) de la zona Atlántica, el 8,1% (67.439) de la zona Oriental afirma y sólo el 7,4% de la Amazonia/Orinoquia.

Al indagar por el cáncer el 5,3% (280.438) de los ancianos; principalmente ubicados en la zona central con el 6,6% (93.883) y en la capital del país con el 6,4% (57.090) de los ancianos refirieron dicha condición, el 5,6% (46.890) de la zona Oriental, el 4,5% (46.589) de la zona Pacífica, el 3,4% (33.670) de la zona Atlántica y finalmente el 3,2% (2.316) de la zona Orinoquia/ amazónica colombiana.

El 4,7% (250.221) de los adultos mayores poseen enfermedades cerebro vasculares de ellos el 9,8% (7.183) viven en la Orinoquia/Amazonia, el 5,2% (54.294) de los ancianos residen en pacífico colombiano, el 5% (72.041) en la central, el 4,5% (54.294) de los ancianos encuestados en Bogotá, el 4,2% (42.134) de la zona Atlántica y finalmente el 4% (33.898) en la Oriental.

6.5.2 Uso de medicamentos y productos farmacéuticos

Se observa el siguiente comportamiento en los productos el 72,3% (3.825.757) de los adultos mayores; en mayor representación los adultos de la capital colombiana con el 79,5% (715.402), seguidos de 73,8% (1.053.101), el 70,6% (595.677) de los ubicados en la zona Oriental, el 69 % (722.209) de residente del pacífico colombiano, el 69% (50.515) de los residentes de la Orinoquia finalmente el 68,8% (688.853) de los ubicados en la región Atlántica. Comprimario a ello se les indagó por el uso de medicamentos homeopáticos o medicinas verdes donde el 35,9% (1.892.207) de ellos lo afirman el pacífico colombiano posee la mayor representación con el 46% (479.332), seguido de la Orinoquia/Amazonia el 43,5% de los adultos mayores, seguido por el 38,2% de los residentes de la zona Oriental, el 34,2% es compartido por 307.548 residentes de la ciudad de Bogotá y 486.369 de la zona central y sólo el 26,8% (268.328) de las personas mayores residentes en la zona Atlántica.

6.Componente: Percepción de afecto

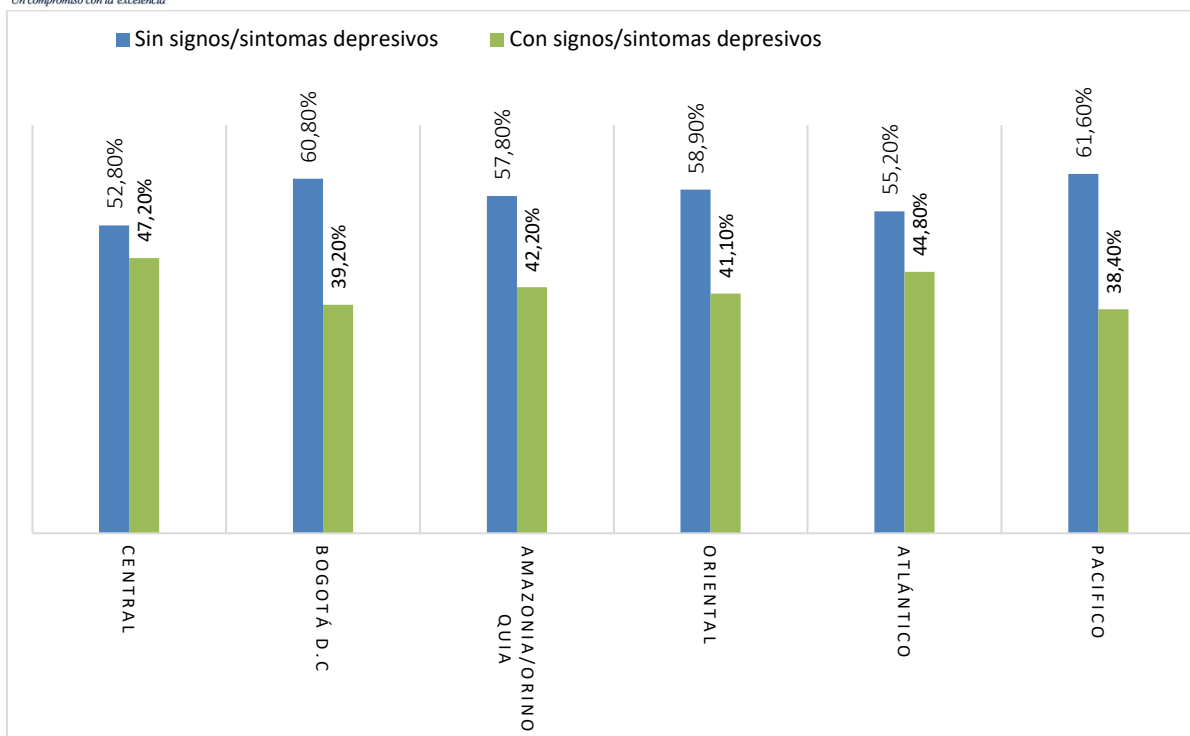
6.1 Síntomas y signos indirectos de depresión

Según la clasificación por escala de Yesavage ;la cual identifica por medio de signos y síntomas indirectos para identificar tamizaje de depresión se identificó que el 57,4% (3.035.733) de los ancianos no presentan signos ni síntomas depresivos, principalmente se encuentran ubicados en la región pacífica con el 61,6% (644.257), el 60,8% (546.843) de ellos residen en la capital del país, el 58,9% (496.518) viven en la región Oriental, el 57,8% (42.304) en la Orinoquia y amazonia, finalmente en la región Atlántica se observa el 55,2% (552.561) de ellos y el 52,8% (753.250) en la central.

La depresión moderada se representa en el 41,5 % (2.193.758): principalmente con el 45,8 % (654.227) de los ancianos residentes de la zona Central, el 44,5% (4.445.493) de la región Atlántica, continua el 41,5 % (30.348) de los adultos mayores de Orinoquia/Amazonia, el 40,1 % (338.450) residen en la región Oriental y finalizan el 37,3% (335.803) de los ancianos ubicados en la capital del país junto con el pacífico colombiano con el 37,2% (389.437) ancianos.

La depresión establecida se observó el 1,2 % (62.827) de los adultos mayores residente en Colombia principalmente en Bogotá con el 1,9 % (17.333) personas mayores, el 1,4 % (19.810) de quienes residen en la zona Central, el 1,0 % (8.618) de la región Oriental, el 1,2 % (12.930) de los adultos mayores del pacífico colombiano, para finalizar el 0,7% (508) ancianos encuestados en la región Amazónica/ Orinoquia y el 0,4 % (3.628) de quienes residen en la región Atlántica.

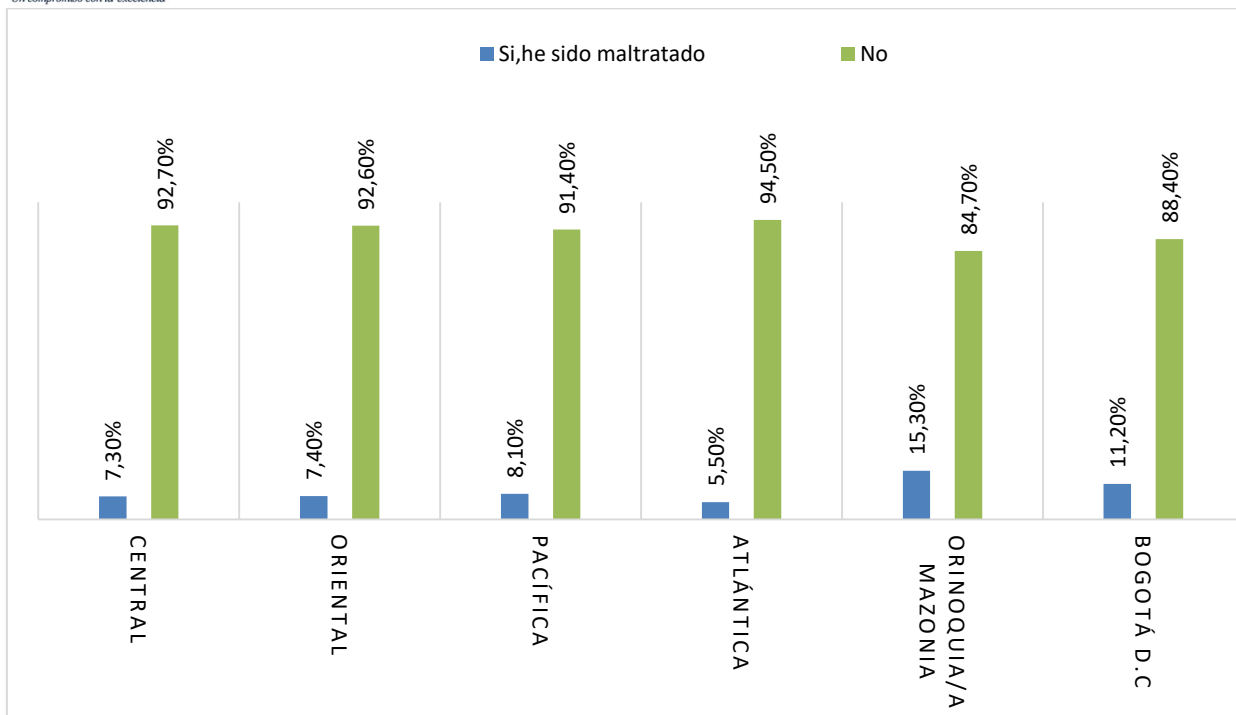
Figura 49. Distribución porcentual la prevalencia de signos y síntomas indirecto de depresión según escala Yesavage en los adultos mayores según región geográfica. SABE 2015.



6.2 Exposición a maltrato

En el ítem concerniente a exposición a algún tipo de maltrato o abuso referido por los adultos mayores se le preguntó sobre experimentado alguna de las siguientes situaciones por parte de los miembros de su familia, hogar o convivientes se identificó en las regiones la siguiente distribución porcentual en las regiones colombianas: el 8 % (422.461) los adultos mayores encuestado en Colombia reportaron algún tipo de maltrato (figura 41) en especial se observa mayor exposición en la zona Orinoquia/Amazónica con un 15,3% (11.209), seguido del 11,6% (104.032) de Bogotá D.C continua el 8,1% (85.221) en el territorio Pacífico, prosigue en similar peso porcentual el 7,4% (62.541) Oriental, el 7,3% (104.486) de la zona Central y el 5,5% (54.672) de la región Atlántica lo manifestaron ante los encuestadores (figura 49.) A continuación, se exponen en los diferentes tipos de maltrato a los cuales algunos adultos mayores identifican:

Figura 49. Distribución porcentual la prevalencia de exposición a maltrato en los adultos mayores según regiones geográfica. SABE Colombia 2015.



El comportamiento irrespetuoso, deshonroso o insultante representa el 7% de la población adulta refiere este tipo de maltrato representado en el 10,8% (7.879) de los adultos mayores de la zona Orinoquia/Amazonia, el 10,5% (805.671) de los residentes en Bogotá, el 6,7% (56.660) de la zona Oriental, el 6,4% (91.110) de la central, el 6,1% (63.984) de los ancianos del pacifico colombiano y finalmente el 5,6% (56.165) de la zona Atlántica. En contraste el 93% (4.922.212) de los ancianos no han evidenciado dicho tipo de maltrato.

El uso indebido de medicamentos se evidenció en el 0,9% (49.891) de los adultos mayores principalmente en el pacifico colombiano se evidenció el 2,3% (24.033) personas mayores lo refirieron , por su parte en la zona central con el 1% (14.822) de la zona central, en la capital del país se evidencia el 0,6% () de los ancianos con dicho tipo de abuso medicamentoso, el 0,4% (3.347) de las personas mayores de la zona Oriental, el 0,3% (199) de la zona Amazónica/ Orinoquia, seguido del 0,2% (24.033) personas residentes del territorio Atlántico, por su parte el 99,1% (5.242.428) de la población mayor residente en el territorio colombiano negó haber recibido este tipo de abuso.

Los gritos o insultos sólo fueron reportados en el 7,8% (412.293) de los ancianos encuestados, con una mayor representación en el territorio Bogotano con el 11,7%(105.036), seguido del 10,7% (7.798) de la zona Amazónica/Orinoquía, el 7,8%

(110.939) de la zona central, el 7,3% (61.530) de la zona Oriental, el 7% (73.150) del pacífico colombiano y sólo el 5,4% del territorio Atlántico, el 92,2% (4.880.022) de la población encuestada negó ser víctima de gritos e insultos.

El maltrato físico se evidenció sólo en el 2% (105.834) en la población objeto de estudio; con mayor representación en la zona amazónica y Orinoquia con un 7,5%(5.489) adultos, el 3% (42.482) de la zona central, el 2% (20.887) de la región pacífica, el 1,5% (13.072) de la zona Oriental, y finalmente el 1,3% (13.075) de la zona Atlántica; en contraste el 98% (5.186.484) personas mayores encuestadas negaron esta manifestación de maltrato.

La agresión sexual 0,4% (3.584) de la población objeto de la encuesta residente en la región Atlántica lo refiere, seguido del 0,3% (3.271) de la región Pacífica, el 0,2% se observa en dos regiones en la central con 3.347 personas mayores y 1.879 en la región Oriental para concluir sólo el 0,1% fue manifestado en dos regiones en la Orinoquia/amazonia con 60 adultos mayores y en Bogotá con 720 personas mayores; por otro lado contraste con el 99,8% las personas mayores negó haber sido ser víctima de abuso sexual.

La privación de contactos se presenta en el 1,2% (63.843) adultos mayores encuestados; principalmente en Bogotá con el 2,4% (21.535), el 1,9% (19.952) de los individuos de la zona Pacífica, el 1,3%(922) de la Orinoquia y Amazonía, el 0,8% (6.637) de la Oriental complementa, el 0,7% (9.707) de los ancianos residente en la zona central y el 0,5% de la región Atlántica. Cabe resaltar que el 98,8% (5.228.474) de la población encuestada no referenció dicha modalidad e maltrato.

En el caso de la negligencia o el abandono de parientes se evidenció en el 2,1% (112.713) de los ancianos, por su parte la zona con mayor número de caso fue la Orinoquia/Amazonía con el 4,9% (3.608), seguido del 3% (27.398) de quienes se encuestaron en Bogotá, el 2,7% (21.222) de la zona Oriental, el 2,5% (25.875) del Pacífico, el 1,5% (21.222) de la región central y sólo el 1,2% (12.177) de la zona Atlántica. El 97,9% (5.179.604) de los ancianos no evidencian dicha modalidad.

El 3% (156.721) de la población objeto de la encuesta refieren no proveer recursos extra al requerirlos; principalmente en la región Amazónica/Orinoquia con el 9,6% (7.024), continua

el 4,3% (38.784) de Bogotá, seguido por el 3% (31.528) de la región pacífica, el 2,9% (24.266) de la región Oriental, el 2,5% (35.680) de las personas residentes en la zona central en contraste el 97% (5.135.597) reciben recursos extras cuando lo solicitan.

El 0,5% (24723) ancianos presenta institucionalización forzada con mayor frecuencia en la zona Pacífica con el 0,8% (8.115), el 0,6% (4.994) de población encuestada de Bogotá, el 0,4% se comparte en tres regiones; 5.222 adultos mayores residentes en la región central, 4.132 de la región Atlántica y 306 ancianos de la Orinoquia y amazonia, finaliza el 0,2% (1.954) de la Oriental, por su parte el 99,5% (5.267.596) no han experimentado dicha modalidad de maltrato.

La soledad impuesta se evidencia en un 5,2% (273.028) de los ancianos encuestados, el dejarlo solo por largos tiempos se evidenció con mayor porcentaje en el 8,1% (5.938) de la zona Orinoquia/Amazonia, seguido de 6,6% (59.500) de Bogotá, seguido del 6,5% (68.510) de región pacífica, el 5,3% (44.433) de la zona Oriental, continúa el 4% (40.563) de la zona Atlántica y solo el 3,8% (54.084) de la zona central contrasta con el 94,8% (5.019.290) de los ancianos encuestados no refieren dicho tipo de maltrato.

El abuso económico se evidenció en el 1,3% (66.564) de los adultos mayores con mayor peso en la zona Amazónica y Orinoquía con el 6,3% (4.573), prosigue el 1,4% (12.924) de los adultos mayores de la capital del país, el 1,2% se evidencia en dos regiones; en el Pacífico con 12.346 adultos mayores y en la central con 16.728, finaliza con el 1% (8.107) de la zona Oriental el 98,7% (5.225.755) de los ancianos no refiere dicho tipo de abuso.

Al remitirse a los anexos 2 (página 329); encontrará el consolidado gráfico con las 6 regiones y Colombia en descriptivos comparativos consolidados ítems de factores asociados a percepción del estado de salud por regiones geográficas, SABE 2015 en el marco del envejecimiento exitoso según el modelo teórico de envejecimiento exitoso de Rowen (1987) y Kann (1998)(1) modificado por Crowther et al, 2002(132).

Establecer la asociación entre los factores expresados por las personas mayores en las 6 regiones geográficas, encuestados en la SABE Colombia 2015 en relación la percepción del estado de salud según la encuesta en la SABE Colombia 2015.

Para identificar asociaciones y comparar los factores que construyen la percepción actual del estado de salud de los adultos mayores durante 30 días previos a la aplicación, en comparativo a un año y finalmente comparándose con otros individuos contemporáneos de la encuesta en el territorio colombiano durante el 2015 subdividido en regiones; se aplicaron la prueba χ^2 y test de Wald para las características se muestran en la tabla 32 según literatura son influyen en la construcción de la percepción del estado de salud:

Entre condición biológica y percepción del estado de salud se encontró hallazgos estadísticamente significativos ($\chi^2=171,759$ $p\leq 0,05$). La prevalencia de percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala en mujeres mayores es 1,424 veces en comparación a los hombres mayores que comparten dicha percepción con IC 95% [1,351 - 1,501].

Se observa asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=65,8652$ $p<0,05$) entre área de residencia y percepción actual del estado de salud; la percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala en adultos mayores residentes en el campo fue 23 % mayor que en aquellos adultos mayores quienes residen en las urbes con Regular/mala/Muy mala percepción del estado de salud con IC 95% [-1,206 -1,358].

Se evidenció asociación estadísticamente significativa según valores de p arrojados ($p\leq 0,05$) acompañados de intervalos de confianza del 95 % confirmando dicha entre la región geográfica y la percepción del estado de salud. Teniendo a la Pacifico como “región referencia” para el análisis. Se permite observar el comportamiento de las variables en estudio en contraste con la percepción de salud.

La prevalencia de percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala en adultos mayores residentes en la región Pacifico es 1,023 veces comparados

con sus pares residentes en la región Central con igual percepción actual de salud con IC 95% [1,585 -1,865].

Adicional a ellos por cada caso de percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala en adultos mayores residentes del pacifico colombiano hay 1,68 casos en las personas mayores residentes en Bogotá D.C con percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala en adultos mayores con IC 95% [1,507 – 1,875].

Cercano a ellos se observó que la prevalencia de percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala en las personas mayores residentes en pacifico fue 46,8% mayor en los residentes adultos mayores encuestados en la zona Orinoquia/Amazonas con IC 95% [1,295 -1,663].

La prevalencia de percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala en adultos mayores residentes en el Pacifico es 36,4% mayor que en sus pares residentes en la zona Oriental colombiana con IC 95% [1,241 -1,499]. Para finalizar por cada caso de percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala en adultos mayores residentes en la región Pacifico colombiano se encontraron 1,31 casos de percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala en adultos de ancianos residentes en la zona Atlántica colombiana con IC 95% [1,207 – 1,423].

Se encontró hallazgos estadísticamente significativos entre el antecedente educativo y la percepción actual del estado de salud ($\chi^2=171,759$ $p\leq 0,05$) con IC 95% que confirman dicha relación con los diferentes niveles educativos alcanzados y la percepción actual de estado de salud

La prevalencia de percepción de salud actual regular, mala o muy mala en adultos mayores con estudios técnicos/tecnológicos es 21,9 % menor que en quienes perciben regular, mal o muy mal su salud con educación superior IC 95% [0,635 - 960]. Por su parte,

la prevalencia de percepción de salud regular, mala o muy mala en personas mayores con educación secundaria completa o incompleta es 45,2% menor que en

quienes educación superior completa o incompleta con igual percepción con IC 95% [0,470-0,639].

Continuando, la percepción de salud actual regular, mala o muy mala con primaria completa o incompleta es 67,8% menor que en quienes tiene estudios universitarios completos o incompletos y comparten igual percepción de salud con IC 95% [0,279-0,371].

Finalmente, la percepción de salud regular, mala o muy mala en ancianos sin antecedente educativo es 79,7% menor que en pares que comparten dicha percepción actual del estado de salud con estudios universitarios y postgrado completos o incompletos con IC 95% [0,175-0,235].

Según los valores de p arrojado ($p \leq 0,05$) se encontró relación estadísticamente significativa entre rango salarial de ingresos mensual legal vigente (SMLV) y la percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala en adultos mayores con ingreso iguales o inferior a 1 SMLV fue 60% menor a quienes comparten dicha percepción con ingresos mayores a 3 SMLV, con un IC 95% [0,341 - 0,451].

sin embargo, entre 1 a 3 SMLV y percepción actual del estado de salud no existe asociación evidenciado por valores de p ($p > 0,05$); por lo tanto, la percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala con ingresos entre 1 a 3 SMLV fue 72,7% menor que quienes comparten dicha percepción y tienen ingresos superiores a 3 SMLV con IC 95% [0,777 – 1,066].

La percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala en adultos mayores con ingresos inferiores o iguales al 1 SMLV es 2,375 veces la hallada en adultos mayores con ingresos superiores a \$644.351 con igual percepción con IC 95% [2,205 – 2,559]

Se halló relación estadísticamente significativa entre percepción de maltrato y percepción del estado de salud. Por cada adulto mayor con percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala con reporte de maltrato hay 1.325 adultos mayores con percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala sin referencia de maltrato con IC 95% [1,192-1,472].

Entre la presencia de signos y síntomas depresivos por escala de Yesavage y la percepción actual del estado de salud regular, mala y muy mala se encontró relación estadísticamente significativa con valores de $p \leq 0,05$ según estadístico χ^2 (763,851). La prevalencia de regular, mala o muy mala percepción de salud en ancianos sin síntomas o signos depresivos es 63% menor en comparativo con sus pares con negativa percepción de salud con algún síntoma o signos de depresión con IC 95% [0,450 -0,501].

Se encontró asociación estadística entre presentar multimorbilidad (igual o mayor a 2 enfermedad crónica no trasmisible) y percepción del estado de salud ($\chi^2=538,784$ $p \leq 0,05$) y percepción del estado de salud ($\chi^2=538,784$ $p \leq 0,05$) con IC 95% [1,789 – 1,992]; confirmando esta relación. La prevalencia de mala percepción de salud en ancianos con multimorbilidad es 1,88 veces que en los adultos mayores con igual percepción de salud sin multimorbilidad.

Existe asociación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional y percepción del estado de salud según los valores de p arrojados por la prueba ($\chi^2=1360,041$ $p \leq 0,05$), por cada caso de regular, mala o muy mala percepción de salud en personas mayores con algún grado de dependencia funcional hay 2,695 casos de mala percepción de salud en adultos mayores funcionales e independientes con IC 95% [2,531 –2,870]

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la participación grupal y percepción actual del estado de salud con ($\chi^2=22,636$ $p \leq 0,05$); es decir la prevalencia de percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala en aquellos que no participan en cualquier tipo de grupo es 14% mayor comparado a quienes si brinda soporte a terceros en participación activa en cualquier tipo de grupos con IC 95% [1,078 – 1,198].

El brindar apoyo a terceros y la percepción del estado de salud tuvo asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=102,722$ $p \leq 0,05$); es decir por cada persona mayor con percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala que no

brindó soporte en 3 meses hay 1,6 personas con prevalencia de percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala que si lo hicieron con IC 95% [1,432 – 1,702].

Se halló asociación estadísticamente significativa entre la percepción del estado de salud y el grado de fortaleza de la religiosidad/ espiritualidad ($\chi^2=81,636$ $p\leq 0,05$); es decir por cada persona mayor con percepción de salud regular, mala o muy mala con algún grado de religiosidad hay 2,102 personas mayores con negativa percepción de salud sin ningún grado de religiosidad con igual con IC 95% [1,078 – 1,198].

Por otro lado, se encontró relación estadísticamente significativa entre estar solo o no unido y percepción del estado de salud según los valores de p arrojados ($\chi^2=122,872$ $p\leq 0,05$), es decir, por cada caso de prevalencia de negativa percepción en no unidos hay 1,35 casos de negativa percepción de salud en unidos//la prevalencia de percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala en ancianos solos es 1,347 veces la hallada en quienes se reconocen estar unidos con IC 95% [1,278 -1,420].

Tabla 32. Factores que intermedian en una regular/mala/Muy mala percepción del estado de salud actual según adultos mayores residentes en la encuesta SABE 2015.

Característica		Regular/mala/ Muy mala percepción de salud		Muy buena/ Buena percepción de salud		Total		X² Valor de p	RP IC (95%)
Demográ fico	Condición biológica	N	(%)	N	(%)	N	%		
	Hombre	4.741	34,9	8.841	65,1	13.582	57,32	(171,759) 0,000	1,424 [1,351– 1,501]
	Mujer*	4.378	43,3	5.734	56,7	10.112	42,67		1,000
Área de residencia									
	Urbana	6.887	40,1	10.302	59,9	17.189	72,54	(65,852) 0.000*	1,230 [1,206 – 1,358]
	Rural*	2.232	34,3	4.273	65,7	6.505	27,45		1,000
Región geográfica colombiana									
	Pacífica*	1.354	31,0	3.013	69,0	4.367	18,4	(195,490) 0,000**	1,000
	Atlántica	2.287	37,1	3.884	62,4	6.171	26,04	(41,375) 0,000**	1,310 [1,207 – 1,423]
	Oriental	1.303	38,0	2.126	62,0	3.429	14,47	(41,713) 0,000**	1,364 [1,241 -1,499]
	Amazonia Orinoquia	554	39,7	840	60,3	1.394	5,88	(36,197) 0,000**	1,468 [1,295 -1,663]
	Bogotá D.C	862	43,0	1.141	57,0	2.003	8,45	(86,852) 0,000**	1,681 [1,507– 1,865]
	Central	2.759	43,6	3.571	56,4	6.330	26,71	(171,432) 0 ,000**	1,023 [0,924 – 1,132]
Económi co	Antecedente de nivel educativo más alto estudiado								
	Ed. superior sin/con título*	575	64,8	313	35,2	888	3,7	(827,728) 0,000**	1,000
	Técnico/tecnólogo sin/con título	393	58,9	274	41,1	667	2,8	(5,504) 0,019**	0,781 [0,635 – 0,960]
	Secundaria incompleta/ completa	1.730	50,2	1.718	49,8	3.448	14,6	(59,311) 0,000**	0,548 [0,470 – 0,639]
	Primaria incompleta/complet a	5.000	37,1	8.462	62,9	13.462	56,8	(244,978) 0,000**	0,322 [0,279 – 0,371]
	Ninguno	1.421	27,2	3.808	72,8	5.229	22,1	(430,576) 0,000**	0,203 [0,175 -0,236]
	Ingreso salario mensual vigente 2015								
	Mayor de 1 SMLV (644.351)	1.883	56,7	1.439	43,3	3.322	14	(519,733) 0,000**	2,375 [2,205 – 2,559]
Inferior o igual un SMLV *	7.236	35,5	13.136	64,5	20.372	86		1,000	
Afecto	Auto referenciación algún tipo de maltrato								
	Si*	546	32,5	1.134	67,5	1.680	7,09	(27,225) 0,000*	1,0001,000
	No	8.573	38,9	13.441	61,1	13.441	92,90		1,325 [1,192 – 1,472]
	Presencia de síntomas o signos depresivos por Escala de Yesavage								
	Sin signos o síntomas	3.897	30,4	8.909	69,6	12.806	54	(763,851) 0,000	0,475 [0,450 – 0,501]
	Con signos o síntomas*	5.222	48,0	5.666	52,0	10.888	46		1,000
Morbilida d	Multi morbilidad por enfermedades crónicas no trasmisibles								
	Si*	4.725	32,6	9.765	67,4	14.490	61,15	(538,784) 0,000*	1,000
	No	4.394	47,7	4.810	52,3	9.204	38,85		1,888 [1,789 – 1,992]
Capacida d funcional	Grado de independencia y funcionalidad								
	Independencia Total	10.213	55,3	8.252	44,7	18.465	77,9	(1360,041) 0,000**	2,695 [2,531 – 2,870]

	Algún grado de dependencia*	867		4.362		5.229	22,1		1,000
Interacción Social	Participa en grupos								
	Si	4.111	40,2	6.112	59,8	10.223	43,15	(22,636) 0,000*	1,137 [1,078 - 1,198]
	No*	5.008	37,2	8.463	62,8	13.471	56,85		1,000
	Brindar apoyo a otras personas cercanas los últimos 3 meses								
	Si	8.299	39,7	12.627	60,3	20.926	88,31	(102,722) 0,000*	1,561 [1,432 - 1,702]
	No*	820	29,6	1.948	70,4	2.768	11,68		1,000
	La religiosidad/espiritualidad brinda fortaleza y confort								
	Algún grado	8.771	47,6	14.305	62,0	150.398	97,7	(81,636) 0,000	2,102 [1,789 - 2,470]
	Ningun grado*	348	56,3	348	43,7	618	3,3		1,000
	Se encuentra solo /sin pareja (divorciado, soltero, viudo)								
	Si*	3.869	34,8	7.258	65,2	11.127	46,98	(122,872) 0,000*	1,000
	No	5.249	41,8	7.308	58,2	12.557	53,01		1,347 [1,278 - 1,420]
									*x ² **test de Wald

3. Explicar el efecto de los factores demográficos, económicos, capacidad funcional, interacción social, afecto y multimorbilidad en las personas mayores en las 6 regiones geográficas, encuestados en la SABE Colombia 2015. Análisis de componente principales: Percepción de salud en adultos mayores colombianos. SABE 2015.

En el análisis de componentes principales para datos categóricos utilizando la cuantificación óptima (Optimal Scaling) y el procedimiento PRINQUAL, se encontró en general los componentes los cuales dan mejor explicación a la percepción de salud en adultos mayores colombianos en 2015 según modelo de Rowen (1987) y Kann (1998)(38) modificado por Crowther et al, 2002(132) relacionados con el envejecimiento exitoso incluyen factores económicos ,demográficos, interacción social ,percepción de afecto, capacidad funcional y multimorbilidad; estos explican en un 85,2% la variabilidad total de la percepción en salud de los adultos mayores.

De tal manera, se encontró que las variables relacionadas con la economía e independencia explica en un 51,5% el comportamiento de este; seguido del 39,7 % lo explican “Caracterización Bio geográfica” y finalmente el 24% la interacción social. Observándose como dichas variables explican en buena medida el comportamiento de cada componente o dimensión. Tabla 33.

Tabla 33. Variabilidad total y específica explicada por los componentes de percepción de salud adulto mayor. Colombia 2015.

Componentes percepción de salud adulto mayor colombiano 2015	Alfa de Cronbach	Conteo total de la varianza (Eigenvalue)
1.Economía e independencia	0,515	1,915
2. Caracterización Bio geográfica	0,397	1,585
3. Interacción social del individuo	0,240	1,287
Total	0,852	4,787

Los componentes que compone el índice de percepción de salud son explicados por la variabilidad que más agrupan en el primer componente llamado “Situación economía e independencia”, son aquellas que muestran el grado de independencia individual financiera, intelectual y funcional; nivel educativo, rango de ingresos, capacidad funcional del individuo y auto evaluación de salud en los últimos 30 días.

El segundo componente denominado “Caracterización biogeográfica individual” conformado por las variables, relacionado con el entorno externo y el efecto de eventos individuales del adulto mayor asociado con el proceso interno del envejecimiento; el área dónde reside, condición biológica, presencia de multimorbilidad y la soledad. Tabla 34.

El tercer componente denominado “interacción social” agrupa las variables que tiene relación con referencia a la interacción con el otro, adaptación de roles y el “sentirse útil con el otro”; visto desde la familia, amigos, conocidos y cercanos sean pares u otros grupos etarios, desde los grupos informales y formales hace referencia al efecto que tiene: la participación grupal y el ayudar a otros individuos en un lapso de 30 días.

Tabla 34. Componentes principales de la percepción de salud del adulto mayor. Colombia 2015.

Componentes principales percepción del estado de salud

Situación economía e independencia		Caracterización Bio geográfica individual		Interacción social	
Ingreso	0,543	Área de residencia	0,579	Participación grupal	0,512
Nivel educativo más alto	0,613	Condición biológica	-0,554	Ayudar a otros	0,512
Capacidad funcional	0,534	Multimorbilidad	0,536		
Percepción de salud 30 días	-0,581	Soledad	0,414		

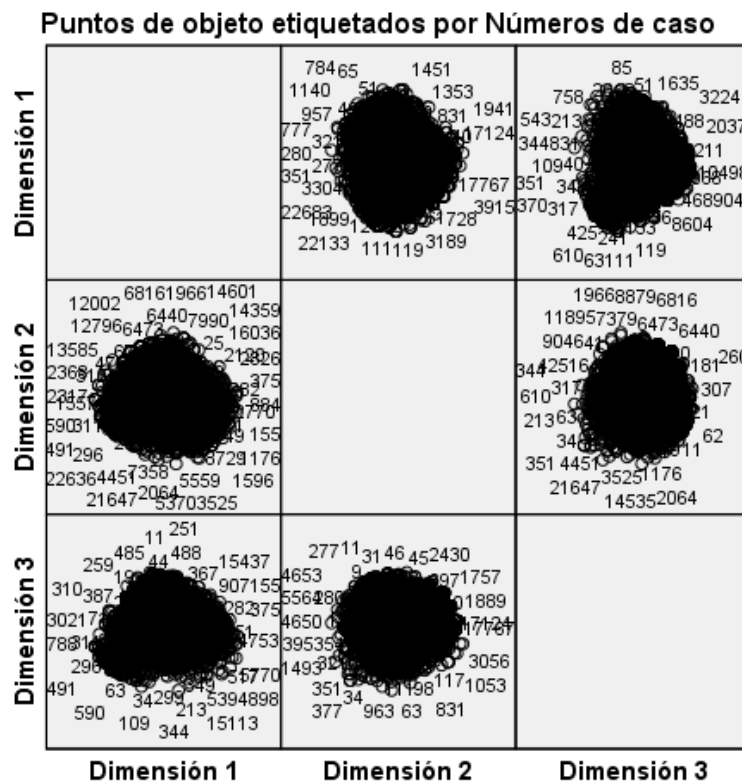
Las variables objetivas que hacen referencia la vivencia de la espiritualidad, región geográfica y percepción de afecto (maltrato y depresión) fueron excluidas del modelo, ellas no deben ser tenidas en cuenta en una futura caracterización de percepción de salud en adultos mayores en Colombia; su peso fue inferior al 40%. De las variables específicas con ítems relacionados con el modelo de envejecimiento exitoso: 14 variables estudiadas se pasaron a 10 reduciéndose al 71% el instrumento aplicado, a través de componentes principales.

En forma general, se evidenció como en lo relacionado con la percepción de salud cobra importancia lo concerniente a aspectos objetivos y subjetivos de los adultos mayores en lo referente a componente económicos y nivel educativo, capacidad funcional, autonomía e independencia, lugar donde convive, ser mujer u hombre, presencia de eventos que afectan la salud, la relación con el otro definida en interacción social.

Lo anterior ofrece elementos importantes en el análisis de percepción de salud en el adulto mayor, en el sentido de poner mayor atención a reales necesidades de este grupo, permite priorizar políticas e intervenciones encaminadas a necesidades intangibles

En conclusión, el índice de percepción de salud en ancianos colombianos durante el 2015; se compone de 3 partes: primero: Situación economía e independencia,

segundo: Caracterización Bio geográfica y tercero: interacción social del individuo con otros.



Normalización de principal de variable.

8.Discusión

Desde comienzos del siglo XXI el direccionar esfuerzos hacia adulto mayor y el envejecimiento poblacional se han considerado piedra angular en la promesa de transformación social, económica, política y cultural de las sociedades, radicando aquí la importancia de su abordaje desde diferentes disciplinas académicas y desde el sector político. Este estudio contó con limitaciones que generan restricciones al alcance del resultado expuestos, se partió de la información consignada en la SABE durante el 2015 vía archivos entregados por representante conservación dicha base del Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información correspondiente a la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Protección y salud(271), la cual fue representativa para el territorio colombiano comprendiendo una muestra representativa de la extensión con los 32 departamentos, el marco

muestral de esta investigación fueron las personas adultas mayores de 60 años y más residentes en hogares colombianos, lo cual indica que estos resultados podrían inferirse a la población mayor colombiana .

Para la realización de esta investigación ,los registros fueron obtenidos de fuente secundario por lo que la información pudo haber sido afectada por posibles inconvenientes en el registro de la misma, ocasionando que no se encuentren registrados todos los eventos ocurridos referentes a percepción del estado de salud, además es posible que hayan existido inconvenientes en el registro y consolidado de la información puede haber incluido valores errores o valores no permitidos, el control de este tipo de inconvenientes es ajeno a la posibilidad de los investigadores actuales. Se procuró que los resultados tuviesen el rigor y el tratamiento metodológico necesario y preciso para garantizar la confiabilidad y validez de la información.

Dentro de las limitaciones del estudio, cabe resaltar que posiblemente debido a el tamaño muestral es grande se podría encontrar significación estadística entre las variables donde realmente no existe; otra limitación de la investigación hace referencia a que el instrumento de medición se emplea para medir riesgo de depresión (tamizaje de signos y síntomas) o presencia, no para confirmar un diagnóstico como tal, de igual manera puede existir sesgo de cortesía al omitir información clave para el estudio por parte de la población objeto al indagar por temas relacionados con depresión e indicios de maltrato donde el núcleo primario(222) debido al estigma social que recae sobre el núcleo primario donde convive y hacia el maltratador en nuestro país; esto hace que los ancianos consideren omitir referirse sobre el maltrato sufrido, en pro de contribuir conservar la convivencia familiar.

En la recolección de datos del presente estudio, al momento de la recolección de la información el maltratador pudo estar presente, por ende el adulto mayor no respondió con total autonomía la misma, se debe anotar que este no es un asunto de solo estadística, sino una situación y problema que afecta a seres(222,231).

Así mismo, se evidenció limitación al no encontrarse estudios de percepción de estado de salud recientes en todas las regiones geográficas colombianas o en todos los factores (depresión, maltrato, religiosidad) donde comprendan todas las variables presentes en la actual investigación en población mayor, se utilizó ENDS 2015 por la cobertura nacional sin embargo dicha sólo aportan información de personas que al momento de la encuesta tenían hasta 69 años(150).

A pesar de su heterogeneidad y diversidad de sus regiones geográficas colombianas se presentaron resultados similares en las 6 regiones en las variables de interés para entender la construcción de la percepción del estado de salud en los adultos mayores.

Demográfico

Según los aspectos demográficos individuales puntualizados se observó la población de personas adultas mayores encuestada en el país presentó una edad igual o inferior de 68 años, con RI (12 años) edad mínima de 60 y máxima de 108 años ;es decir con mayor porcentaje poblacional de ancianos jóvenes según clasificación Naciones Unidas (31) o vejez incipiente comprendida hasta los 69 años(115), con comportamiento uniforme en las diferentes regiones geográficas del país es consecuente con lo expuesto (31) referente a la transición demográfica en las 6 regiones expuesto en misión Colombia envejece 2015 (30) medida que el siglo XXI va transcurriendo, las personas de 60 años o más empiezan a adquirir un peso relativo mayor en las regiones más urbanizadas y desarrolladas, como Antioquia (Región Central), Bogotá y Valle del Cauca (Pacífico), en las que la proporción aumenta más a lo largo del tiempo, comparada con otras regiones como la Atlántica y la Amazonia/Orinoquia.

Percepción de salud y condición biológica

En Colombia la percepción del estado actual de salud es buena en un 51,3% con similar peso porcentual que la encuesta de demografía y salud 2015(150) ,en comparación nacional de percepción de salud el 51,8% es buena observada en la SABE 2015 ; en las regiones el comportamiento oscilo de la siguiente manera

:positivamente en la zona central con el 56,4% seguido del 52,2% del Pacífico, el 55,8% de la capital del país, 52% Atlántico y Bogotá, y en comparación a lo referenciado en el estudio de González y col con un 75,% de buena o muy buena percepción en el año 2003(70) refieren buena percepción del estado de salud, sin embargo difiere con la percepción de salud de la SABE en las regiones Oriental y Orinoquia/Amazonia respectivamente con el 55% y 57% con percepción regular de su salud coherente al referirse en dicha encuesta con percepción a regular percepción (posiblemente exista un componente cultural, idiosincrasia o contexto), contrasta con referenciada Bastos y Vignolo por población adulta mayor chilena durante el 2009 con el 62% la percepción de salud no fue buena(272).

Otra perceptiva fue un estudio realizado en Santiago de Cali (39) que avala una prevalencia en general, 40.1% reportaron diferenciada por mujeres 42.9%, hombres 35.0% negativa percepción actual del estado de salud en personas mayores no institucionalizados y el estado de salud en un estudio brasilero fue considerado bueno o muy bueno por 190 (47.5%) sujetos, mientras que 72 (18.0%) percibieron su estado de salud como pobre o muy pobre(218). 42 % de la población mexicana con 60 años o más -hombres y mujeres- adultos mayores consideraron que su salud era regular(117).

Así mismo cabe citar a Damián et al (254) en un estudio español donde evidenció en peor estado de salud actual en las féminas en un 25% en comparación a los hombres con IC 95% [0,87-1,80], Gallego(273) apoya al reportar por cada hombre con negativa percepción de salud hay en las mujeres un 29% mayor peor percepción del estado de salud IC 95% [1,14-1,45] ;según la ENDS 2015 las mujeres califican su salud más negativamente que los hombres (150) compatible con los hallazgos encontrados en la presente investigación donde la percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala en mujeres mayores fue 1,424 veces en comparación a los hombres mayores que comparten dicha percepción IC 95% [1,351-1,501] al igual que Tuesca y Salazar(67) en las diferentes regiones del país refieren peor percepción salud en las mujeres; región Atlántica con una

probabilidad de 66% menor de buena salud con IC 95% [0,38-0,52], en la región oriental el 47% menos de probabilidad de buena salud con IC95% [0,39-0,59], las mujeres de Bogotá tuvieron un 49% menos probabilidad de positiva percepción de salud con IC 95% [0,31-0,99], en la región Orinoquia/Amazonia con un 46% menor probabilidad de buena percepción de salud con IC 95% [0,41-0,71] consecuente con los resultados de la presente investigación.

Área de residencia

Se observó el 54,5% (2.886.846) son mujeres principalmente residen en las urbes en un 78,7% (2.272.651) en los campos sólo residen el 21,3% (614.196) y el 45,5% (2.405.469) son hombres de ellos el 22,6% (54.790) viven el campo y el 77,4% (1.861.679) en las cabeceras municipales consistente con lo evidenciado en donde se encontraron similitud en proporción distribución por condición biológica con región Oriental sobre un estudio sobre envejecimiento rural en la zona central colombiana y la encuesta nacional de demografía y salud del 2015 (96,150) por su parte se observa una marcada feminización del envejecimiento en la totalidad de las regiones colombianas más consistente en Bogotá, la región central (70) Gonzales et al; refieren mayor porcentaje de mujeres residentes en dicho territorio, lo cual reafirma lo encontrado en el presente menor participación mayor (30) en Misión Colombia(30) envejece al enfatizar sobre el proceso de envejecimiento en las áreas rurales, a diferencia de las urbanas, en la población en las próximas dos décadas no será tan intenso: en parte por el hecho de la marcada transición demográfica ocurrió primero en las zonas urbanas y en parte como consecuencia de la migración del campo a las ciudades.

En la ENDS 2015 halló favorable percepción del estado de salud superior en la zona urbana, que en la rural(150); al igual que en el presente estudio donde se evidenció peor percepción del estado de salud actual fue 23 % mayor en adultos mayores residentes en el campo que en aquellos adultos mayores quienes residen en las urbes con igual percepción del estado de salud con IC 95% [-1,206 -1,358] confirmando dicha asociación, al igual en otro estudio mexicano evidencia la

probabilidad de percepción negativa del estado de salud es 60 % en la ruralidad en comparación con los adultos mayores que viven en el área urbana (23).

Un estudio colombiano de Tuesca y Salazar (56,67) en diferentes regiones del país dicha relación entre ruralidad y negativa percepción de salud; en el pacifico colombiano se evidenció la probabilidad de buena percepción de salud es 70% menor en quienes residen en área rural(67) con IC 95% [0,18-0,48] al igual que los ancianos encuestados de la región Oriental quienes evidenciaron un 17% menor probabilidad de buena percepción de salud al residir en el área rural igual situación en la región central la posibilidad de buena percepción de salud en los residentes de área rural es 30% menor que quienes residen en las urbes co IC 95% [0,50-0,97].

Región geográfica:

Por cada caso de regular, mala o muy mala percepción del estado de salud actual en adultos mayores residentes en la región Pacífico es 1,72 veces comparados con sus pares residentes en la región Central con igual percepción actual de salud con IC 95% [1,585 -1,865] Se compara con los resultados de Tuesca en adultos mayores de la región Central tienen una probabilidad de 48% menor percepción del salud con IC 95% [0,33-0,80] (67) en dicho estudio en la región Pacífica se evidenció la más alta probabilidad de tener una percepción negativa de salud con un 70% más probabilidad con IC 95% [0,18-0,48].

Adicional a ellos por cada caso de percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala en adultos mayores residentes del pacifico colombiano hay 1,68 casos en las personas mayores residentes en Bogotá D.C con percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala en adultos mayores con IC 95% [1,507 – 1,875], en el estudio de Tuesca se evidenció un 45% de probabilidad de negativa percepción de salud IC 95% [0,31-0,99] en personas de 60 años y más años.

Cercano a ellos se observó que la prevalencia de percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala en las personas mayores residentes en pacifico fue

46,8% mayor en los residentes adultos mayores encuestados en la zona Orinoquia/Amazonas con IC 95% [1,295 -1,663]. En la investigación de Tuesca identifico en las personas de 60 años y más años de edad tienen un 51% de probabilidad de tener percepción negativa de salud con IC95% [0,24-0,99]

La prevalencia de negativa percepción del estado de salud actual en adultos mayores residentes en el Pacifico es 36,4% mayor que en sus pares residentes en la región Oriental colombiana con IC 95% [1,241 -1,499]. Según Tuesca se encontró en los adultos mayores de 60 años reporto el 63% de probabilidad de mala percepción de salud con IC 95% [0,23-0,59].

Para finalizar por cada caso de percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala en adultos mayores residentes en la región Pacifico colombiano se encontraron 1,31 casos de percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala en adultos de ancianos residentes en la zona Atlántica colombiana con IC 95% [1,207 – 1,423] en el estudio de Tuesca y Salazar (67).

Económico.

Nivel educativo/escolaridad

Aunque entre los adultos mayores encuestados el máximo nivel educativo fue el postgrado con título(especialización, maestría o doctorado), en general del país al indagar por este ítem predomina en la población objeto de estudio con mayor frecuencia la primaria incompleta con 36,0% (1.905.789); donde resalta la población femenina con un 38,6% (1108.247) y la masculina con 33,3% (797.538) con nivel tercero de primaria incompleta o menos en el 50% de la población encuestada con una diferencia máxima observada en el 50% de 5 años de nivel educativo y el 75% de los adultos mayores tenían 6 años de estudio ; primer nivel de secundaria incompleta o menos de nivel educativo similar resultado encontrado al estudio de vulnerabilidad en adultos mayores en 3 ciudades colombianas(236).

Entrando en detalle de la presente investigación en las regiones geográficas se observó en las personas mayores encuestadas alcanzaron primaria incompleta o

menos en el 50% de la población encuestada con una diferencia máxima observada de 4 años y el 75% de los adultos mayores tenían 5 años (primaria completa) o menos de nivel educativo; el patrón del nivel educativo nacional se repite para el nivel de educativo de los participantes : el 40,1% (571.003) en la Central, el 39% (405.559) Pacífico y el 42,3% (355.814) de los encuestado en la Oriental .

Según consolidado ENDS 2015(150) estas regiones no se diferencian sustancialmente en sus proporciones de hombres en educación superior (alrededor de 26%), ni en secundaria completa (alrededor de 23%) (139). Estas regiones tienen porcentajes similares entre sí, de mujeres con secundaria completa (alrededor del 30%) y con educación superior (alrededor de 31%) coherente con lo encontrado(150).

Por su parte Bogotá, tiene un comportamiento diferente al resto de las regiones sólo el 28% (259.451) de las personas mayores tiene primaria incompleta o menos en el 50% de la población encuestada con una diferencia máxima observada en el 50% central de 7 años de nivel educativo coherente(70) con el estudio de efectos del nivel de ingreso y desigualdad con rango entre 0 a 21 años de educación y el 75% de los adultos mayores tenían 9 años de estudio de básica secundaria completa.

Esta región tiene mayor proporción de hombres con secundaria completa (15,8%) con percentil 75% de 9 años de escolaridad o menos similar a un estudio brasilero en Porto Alegre el 72,3% tenían menos de 9 años de escolaridad (218). Bogotá presenta el 36,6% educación superior siendo la única región que supera los diez años de mediana de educación según ENDS 2015(150) afirma en dicho territorio se encuentran las mayores proporciones de mujeres con educación secundaria completa y superior (25% y 44.2% respectivamente) datos concordantes con los hallazgos en la población adulta mayor residente en Bogotá encuestada en la SABE 2015.

Sin embargo, ENDS 2015 evidenció menor participación de la población en niveles superiores y de secundaria en Orinoquía y Amazonía secundaria 21.9% y 24%

respectivamente similar a lo encontrado en los resultados. En todo caso, cabe destacar también que los niveles de educación superior alcanzados no son sustancialmente diferentes entre los departamentos, salvo el caso de Guainía con solo 13.2 por ciento de hombres con educación superior y el caso de Vaupés con solo 14 por ciento de hombres con educación secundaria completa (150).

Por su parte SABE evidenció en población adulta mayor residente en dicho territorio en el 36% (26.734) de las personas mayores tiene primaria incompleta o menos en el 50% de la población encuestada con una diferencia máxima observada en el 50% central de 5 años de nivel educativo y el 75% de los adultos mayores tenían 5 años de estudio de básica primaria completa *resaltan en la* Orinoquía y Amazonía, la región que tiene las menores proporciones en los niveles secundaria completa y educación superior en hombres (150).

Por otro lado, la ENDS 2015 se observan situaciones preocupantes en varios departamentos ;se destaca que la región Atlántica mantiene un porcentaje alto de hombres sin educación (3.7%) consistente que la mayor proporción de mujeres sin educación se presenta en la región Atlántica (2.7 %)(150) en específico en proporciones muy elevadas de hombres sin educación ; 9% en el caso de la Guajira, 6.1% en el caso de Magdalena (150) . Lo anterior es consistente con SABE 2015 el 36,6% (26.734) de los adultos mayores encuestados tiene primaria incompleta o menos en el 50% de la población encuestada con una diferencia máxima observada en el 50% central de 5 años de nivel educativo y el 75% de los adultos mayores tenían 5 años de estudio de básica primaria completa.

Por otra lado , en el presente estudio se encontró en los ancianos con estudios técnicos/tecnológicos con negativa percepción de salud presentan un 21,9% menor que quienes tiene percepción negativa de salud con educación superior IC 95% [0,635 - 0,60] difiere con el estudio de Gallego(273) en ancianos mexicanos donde la posibilidad de mala percepción del estado de salud en ancianos con carrera técnica fue 46% menor que en los ancianos sin ningún tipo de escolaridad con igual percepción con IC 95% [0,45-0,93].

Por su parte, Gallego refiere la posibilidad de mala percepción de salud en ancianos mexicanos con estudios secundario fue 21% menor que en adultos mayores sin estudio alguno que comparte dicha percepción con IC 95% [0,52 -1,02](274), difiere con los hallazgos de la presente donde la prevalencia de mala percepción de salud en ancianos con estudios secundarios es 45,2% menor que en sus pares con igual percepción con estudios superiores con IC 95% [0,47-0,639].

En México (273) se encontró por cada caso de mala percepción del estado de salud en ancianos sin escolaridad hay 1,12 casos de mala percepción de salud en ancianos con estudios básica primaria con IC95% [0,95-1,32] sin embargo en Colombia Sabe 2015 encontró la prevalencia de mala percepción de salud en ancianos con primaria completa o incompleta es 67,8% menor que quienes tienen educación superior y comparten dicha percepción con IC 95% [0,279-0,371].

En adición la prevalencia de percepción de salud regular, mala o muy mala en ancianos colombianos sin antecedente educativo fue 79,7% que en quienes comparten dicha percepción con educación superior con IC 95% [0,175-0,235] difiere con los hallazgos de Gallego(273) en población mexicana donde evidencia: la posibilidad de mala percepción de salud en ancianos con licenciatura (pregrado) es 48% menor que en ancianos sin antecedente educativo alguno con IC 95% [0,36-1,05] en el caso de los ancianos con postgrado con igual percepción de salud disminuye aún más la posibilidad de mala percepción de salud en un 69% con respecto a los adultos mayores sin antecedente educativo alguno con IC 95% [0,04-0,239].

Ingreso económico

La mediana de años de educación alcanzada por los hombres del quintil más alto de riqueza (11.4) es más del doble de la que alcanzan los hombres del quintil más bajo (cinco años)” situación evidenciada en las 6 regiones geográficas(150) con un ingreso mensual para el año 2015 inferior al 1 salario mensual vigente (644.350 pesos colombianos) 2015 .

En la SABE 2015, se indagó por el rango de ingreso per cápita en las regiones nivel de ingreso económico referenciado a través del salario mensual legal vigente 2015

(644.350 pesos colombianos), se observó en los adultos mayores encuestados del país: el 47,9% (2.495.001) por personas reportaron ingresos mensuales inferiores, por regiones geográficas se observó: el 56,7% de la región Orinoquia/amazonia refiere dicho ingreso, el 56,1% en el pacífico, el 54,2% de la zona Atlántica lideran en su población mayor con ingresos inferior a 1 SMLV.

Prosigue el 49,3% de la Oriental, seguido de 43,3% de central y el 36,4% (321.200) en Bogotá D.C de los ancianos refieren dicha suma como ingreso mensual congruente comportamiento en las regiones geográficas responde a lo evidenciado en el ASIS Colombia 2015 a través de la encuesta Nacional de ingresos y gastos 2006-2007 el 32,13% (12.377.090) de total de personas en hogares refieren ganar menos de 1 salario mínimo legal vigente(16,275) siendo Bogotá con el 36,4% la región más afín a dicho reporte estadístico. De igual , en una investigación en 2 ciudades latinoamericanas; Natal (Brasil) y Manizales (Colombia) : se encontró la comparación a la suficiencia de dinero entre ciudades para cada sexo mostró que 70,3% hombres y 77,6% mujeres mayores de Natal presenta más problemas con insuficiencia económica; el 69% hombres y 72,8% mujeres mayores de Manizales(276).

Muñoz expresa en “Determinantes del ingreso y del gasto corriente de los hogares” la relación del ingreso con condiciones mercantiles, dinámicas laborales e internas del hogar; número de aportantes ,contribución de diferentes miembros en el gasto y el pago que recibe cada uno depende de las características personales relevantes en el mercado(157).Adicional en el contexto general colombiano observado por Gómez y Curcio(31) expresan que el 39% de los hombres y 60.9% de las mujeres son pobres, es decir o no reciben ingresos o cuando los reciben son menores a 1 salario mensual legal vigente(SMLV)(31), y ENDS 2015(150,277) en su análisis por departamentos según la distribución del nivel educativo citando lo encontrado :

” Esta relación se aprecia claramente en los datos de la ENDS 2015: los porcentajes de mujeres que alcanzan los niveles menos avanzados de educación son decrecientes con el quintil de riqueza, mientras que el porcentaje de mujeres que

alcanzan el nivel de educación superior, es creciente con el quintil de riqueza...La brecha educativa por quintil de riqueza es dramática: el porcentaje de mujeres que solo alcanza primaria incompleta en el quintil más bajo de riqueza completando el panorama en los hombres la proporción de hombres que solo llegan al nivel educativo primaria incompleta (23.9%) en el quintil más bajo de riqueza es 34 veces superior a la que se da en el quintil más alto de riqueza (0.7%) .

Así mismo citando a Cardona et al para profundizar en el tema (10) referenciando en su discurso a la vejez urbana en Colombia: el resultado de oferta laboral de población joven más capacitada que los adultos mayores genero una amplia diferencia entre los salarios de los jóvenes y los adultos mayores (limitado por el salario mínimo legal vigente-SMLV) dando consigo reemplazo permanente y preferente de adultos mayores por jóvenes liberación de cargas prestacionales asociada con la antigüedad que ha reducido sustancialmente las esperanzas laborales de los adulto mayores que solo les permite trabajar de manera independiente o informal(172) lo cual revela condiciones de poca autonomía e insuficiencia económica soportado en una investigación realizada en 2 ciudades de Latinoamérica se evidencia mayor autonomía financiera en Natal(Brasil) fue más alta que en Manizales (Colombia)(276).

En general en la ENDS 2015, la percepción de un estado de salud, excelente o muy bueno, guardan una clara relación positiva con el nivel educativo y con el quintil de riqueza(150)es como las personas adultas mayores con ingresos superiores a un salario mínimo y con mayor nivel educativo calificaron mejor la salud (150) coherente con los resultados hallados en la actual investigación donde los adultos mayores con percepción de salud regular, mala o muy mala con ingresos inferiores o iguales al 1 SMLV tienen 2,375 veces peor percepción que sus pares con ingresos superiores a \$644.351 con igual percepción con IC 95% [2,205 – 2,559] ,confirmando los hallazgos de un estudio realizado en población adulta mayor antioqueña (278) revelo que la percepción de la situación económica fue el factor que resultó asociado de manera estadísticamente significativa ; los jubilados que manifestaron pasar una situación económica entre regular y mala se sentían más

insatisfechos con la vida (al igual que el presente estudio con $\chi^2 = 519.733$; $p = 0,000$) con relación estadísticamente significativa entre nivel de ingreso y percepción de salud.

Participación en grupos

A pesar de la oferta de diferentes grupos para población mayor; por medio de diferentes modalidades y organismos en Colombia sólo el 44% (2.343.372) de su población mayor encuestada tiene participación grupal fue de en la Orinoquia del 56,9% (41.596), el 51,3% la zona atlántica, en el Pacífico fue del 46,7% (488.666), seguido de Bogotá con el 45,4% (408.146 ancianos), el 39,6% (334.358) en la Oriental y el 39% (556.591) de la Central.

Lo anterior esta al unísono con los hallazgos de un estudio en adultos mayores de Medellín en el año 2002 donde el 71% de los ancianos encuestados no participa en ningún tipo grupos y el 57% refieren no tener participación activa en la toma de decisiones del hogar (10) ,por su parte los adultos mayores en un programa de ejercicios altamente adaptable, fue desarrollado por la Universidad de Washington en 1997(108) con el 85% de los sujetos completaron el programa de 6 meses con un 90% de asistencia a las clases de ejercicios , de igual manera otro estudio narra los resultados (114) en los Estados Unidos, el 60 % de las personas consideradas mayores no participan regularmente en actividades físicas(279,280) y en otros países desarrollados, entre el 30-80 % de las personas son físicamente inactivas (281,282) estos últimos estudios tuvieron mayor relación con los hallazgos de la población objeto de estudio de la SABE 2015.

La prevalencia de percepción de salud regular, mala o muy mala en aquellos no participantes en cualquier tipo de grupo es 37% mayor que en quienes tiene participación activa en grupos con igual percepción de salud con IC 95% [1,078 – 1,198] estos resultado se equiparan con un estudio colombiano en regiones colombianas donde influencia en desigualdades sociosanitarias y percepción en el

2014 de Tuesca y Salazar (67) abordando la participación grupal de los ancianos colombianos por regiones evidenciando en la región Atlántica evidenció la posibilidad de percepción positiva de salud en quienes no participan con la comunidad es un 22% menor que en quienes participan con IC 96% [0,79 -0,97], al igual que la probabilidad de positiva percepción de salud en quienes no participan en grupos en la región Pacífica es 24% menor que en quienes participan activamente en actividades comunitarias con IC 95% [0,77-0,96], el chance de positiva percepción de salud en ancianos sin participación grupal es 44% menor que aquellos con participación activa en la comunidad con IC 95% [0,50-0,85].

La probabilidad de buena percepción de salud en los adultos mayores sin participación en la región central fue 19% menor que en aquellos con participación en la comunidad con IC 95% [0,73-0,90] y finalmente en la Amazonia/Orinoquia el chance de positiva percepción de salud en adultos mayores sin participación grupal es 16% menor que aquellos que si participan activamente en grupos con IC 95% [0,80-1,10](67)

Capacidad funcional e independencia

En general en el 78,8 % de los ancianos residentes en Colombia y en sus regiones predominantemente son totalmente independientes: el 88,5% de la región Amazonia/Orinoquia, el 83,3% de los adultos mayores de la capital del país, el 78,6% de la central ,el 78% de la Oriental, el 77,8% de los encuestados del Pacífico y el 76,1% en la región Atlántico se puede equiparar a con un estudio transnacional de la discapacidad en personas de 75 años o más en América Latina y el Caribe (283) usando la encuesta SABE en siete ciudades latinoamericanas se evidenció la mayor prevalencia de dificultades actividades básicas cotidianas se reportó en Sao Paulo 33.8% y la más baja en Montevideo 12.0% en adultos mayores 75 años ,así mismo un estudio mexicano aporta sobre la discapacidad(23) observada en un 14.5 % de la población adulta mayor, principalmente en mujeres para todos los grupos de edad.

El IMIAS tuvo participo activa de Colombia (244), el rendimiento físico se evaluó utilizando de pruebas de la función de la extremidad inferior: la batería de rendimiento físico corto (SPPB) instrumento diferente al usado en SABE 2015 ; sin embargo se encontró en discapacidad de movilidad se evidenció un 66,2% mujeres y 32,4% en hombres el estudio IMIAS reporto en países latinoamericanos (247) se dificulta la comparación de resultados al no compartir la mismo medio de medición de resultados.

Citando en la Encuesta Nacional de Salud, ENDS 2015(150), se reporta medición de discapacidad con otro instrumento diferente al índice de Barthel los resultados son difícilmente comparables por la diferencia de metodología de evaluación evidenció la dificultad severa para la realización autónoma de las tareas relacionadas con el autocuidado llegó al 0.8 % en la región Central, al 1.0 % en Boyacá y Caldas mientras que la alta dificultad para relacionarse o interactuar con los demás fue reportada por el 0.9 % de las personas en las subregiones Barranquilla A.M., Cali A.M. y Valle sin Cali ni Litoral y por el 1 % en el departamento de Tolima.

En el presente estudio se evidenció la prevalencia de negativa percepción de salud en adultos mayores con cualquier grado de dependencia funcional es 2,695 veces que en quienes son adultos mayores funcionales e independientes con igual percepción de salud con IC 95% [2,531– 2,870] otros estudio avalan dicha asociación por ejemplo: Gallego y colaboradores (273) reporta en población mayor mexicana aquellos que reportaron padecer algún tipo de discapacidad o limitación física o mental más probabilidad de percibir mal su estado de salud (OR=2.15; IC 95%: 1.81- 2.54)(274)], así mismo relacionado con lo hallado por Damián en un estudio en población mayor española (254).

Morbilidad

En palabras de Ocampo et al existen factores psicológicos, sociales y culturales están relacionados con el bienestar, el estado de salud y la presencia de enfermedad en los ancianos(6) pese a esto, el estrés crónico puede incrementar la

velocidad de la desregulación del sistema inmune que se produce con el envejecimiento de manera que potencia las complicaciones de la enfermedad(221).Según el análisis de situación en salud (ASIS) Colombia 2015 se reportó el 50 % de prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (más prevalentes en los adultos mayores) sin embargo en el país se diagnostican desde la adolescencia en todos los departamentos del país, para dimensionar del presente se tomó multi morbilidad prevalencia de mayor o igual a 2 enfermedades crónicas lo cual redujo en el país a 64%, sin embargo en las regiones se evidenciaron porcentaje entre el 72,6% en Bogotá seguido del 66,8% de Orinoquia/Amazonia, el 64,6% del pacifico colombiano, el 64,4% en la Oriental, el 64,3% en la central, hasta el 58,4% en la región atlántica colombiana en adultos mayores avalan la alta carga de morbilidad en población adulta mayor en una muestra para un estudio en Cali se reportó que el 55% de su población es hipertensa, el 20% es diabética, el 10% afecciones cardiacas, el 36% es obesa (IMC >30), y el 21% tiene artritis en una muestra poblacional de 314 adultos mayores (39).

Dichos cambio fisiopatológico genera cambios sustanciales en la prevalencia de negativa percepción de salud se evidenció en el presente encontrándose peor percepción de salud en quienes presentan diagnóstico de 2 o más enfermedades coherente con la literatura científica por estudio en población española (254) evidenció el presentar 1 enfermedad crónico no transmisible favorece en 1,68 veces la mala percepción del estado de salud con IC 95% [1,36-1,69] así mismo el mismo refiere presentar 3 eventos o más de ECNT potencia la mala percepción del estado de salud en 3,78 veces más que en un persona mayor sana con IC 95% [2,49-4,85] y en Cali se encontró peor percepción de salud en ancianos con diagnóstico de diabetes ; la prevalencia de mala percepción de salud en ancianos diabéticos fue 3,16 veces que en quienes no tienen diagnóstico de diabetes con IC 95% [2,04-4,89](39).

Adicional a ello, Gallego et al en un estudio mexicano sobre percepción de salud en diferentes al diagnóstico de diferentes eventos de morbilidad y se observa peor percepción del estado de salud en comparación a personas potencialmente

sanas(273): en diabetes RP:1,57 [1,36-1,81],Hipertensión arterial RP:1,46 [1,28-1,65],enfermedad de vías urinaria RP:1,53 [1,28-1,84] y finalmente, insuficiencia renal crónica RP:2,77 [1,78-4,3].

Indicio de maltrato:

Citando el International Mobility in Aging Study, estudio longitudinal de base poblacional en adultos mayores que se llevó a cabo en las ciudades de Tirana (Albania), Natal (Brasil), Manizales (Colombia), Kingston (Canadá) y Saint-Yacence (Canadá) sobre la experiencia de violencia física ocurrida alguna vez en la vida encontró entre 2,2 y 18,3% según la ciudad y el sexo(230). En Manizales las mujeres mayores reportaron una prevalencia de violencia psicológica familiar fue reportada en 19,4% IC 95% [9,7-29,1] vs hombres mayores con 10,7% IC 95% [5,5-15,9],violencia familiar psicológica reportada por los hombres en un 52% [45,7-60] y las mujeres mayores en 47,1% IC 95%[40-54,3] (230).

Por otro lado dicha investigación La violencia psicológica fue más elevada en mujeres, siendo la violencia perpetrada por el compañero de 25,7% en Natal y 19,4% en Manizales; y por la familia de 18,3% en Manizales y 10% en Natal (230) similar al porcentaje nacional. Casi la mitad de los participantes informaron haber sufrido violencia psicológica alguna vez en la vida (276) además de la violencia intrafamiliar ocupa el segundo lugar en el cuadro de la violencia no fatal, después de la violencia interpersonal y18,20% a violencia entre otros familiares; 2,% de la violencia contra el adulto mayor(241) .

Dichos resultados son próximos a la realidad colombiana consignada en la SABE 2015 con el 8% de maltrato nacional en adultos mayores ,específicamente en las 6 regiones se observan prevalencia de algún tipo de maltrato desde el máximo valor 15% en la Orinoquia/Amazonia, el 11,6% en Bogotá, el 8,7% en el Pacifico colombiano, el 7,4% en la región Oriental, el 7,35 de la región Central finalizando en el 5,5% en la zona Atlántica colombiana se aproxima a lo registrado por el estudio en Antioquia con el 7,6% de las personas mayores del departamento fueron objeto de algún tipo de maltrato (225).

En el presente estudio se encontró que la prevalencia de regular, mala o muy mala percepción de salud en ancianos con auto reporte de maltrato fue 1.325 veces que en quienes no están expuestos a maltrato con igual percepción de salud con IC 95% [1,192-1,472]. Los hallazgos de la presente investigación evidencian que a mejores relaciones familiares mejor percepción del estado de salud en los adultos mayores de Cali con un $p\text{-valor}=0.000(93)$ citando a Mora al referencia a Estes y Rundall... Las relaciones sociales afectan a la salud concluyen que consistentemente se ha observado que un número escaso de relaciones, o relaciones de baja calidad, aumentan los riesgos de muerte (284)".

En palabras de los investigadores de brecha de género en violencia domestica (276) : "La percepción que tiene el adulto mayor respecto de la calidad de relación con su hijo adulto es un factor importante que influencia la ocurrencia de maltrato físico al analiza el tipo de violencia actual en las 2 ciudades latinoamericanas se evidenció en relación mujer/hombre ajustado por edad y ciudad con mayor prevalencia violencia de pareja $RP = 2,14$ IC 95% [1,41-3,26] vs familiar actual con $RP = 1,91$ IC 95% [1,25-2,92]".

Tamizaje para síntomas y signos depresivos

En la SABE se evidenció baja prevalencia de riesgo de depresión por tamizaje (Yesavage) en SABE 2015 a nivel país se observó en ancianos un 57% de ellos sin depresión en las regiones oscilo entre un intervalo del 61,6% en el Pacífico continua el 60,8% de la capital, el 58,9% de la región Oriental seguido del 57,8% de Orinoquia/Amazonia, el 55 % en el Atlántico, el 52,8% en la región central, de regiones geográficas incluyendo el panorama nacional.

Difiere con los resultados en Antioquia sobre prevalencia de riesgo de depresión fue 64,2% eran mujeres y el 35,8% eran hombres(285) por otro lado un estudio trasversal realizado en 4 ciudades de América evidenció en Kingston mostro una prevalencia de depresión en hombres del 5% y 10,8% en mujeres, en Saint – Hyacinth el 6,28% en hombres y 12,86% en mujeres, en Natal el 6,25% en hombres y 31,9% en mujeres , en el contexto colombiano se encontró en dicho el 17,68% en hombres y 28,71% en mujeres en Manizales(207) a través de otra la escala de

tamizaje a usada en SABE 2015 utilizando la escala del Centre for Epidemiological Studies Depression (CES-D) .

La investigación sobre cambio de percepción de estado de salud en población mayor de Cali en los años 2009-2010 tuvo con una asociación estadísticamente significativa en ancianos no deprimidos con $p < 0,000$ sin embargo en los deprimidos no es significativo con una $p = 0,13$ tamizados por Yesavage(93). Contrasta con un estudio en población mayor española sobre percepción de salud donde Damián y colaboradores(254) encontraron 3,67 veces peor percepción del estado de salud en ancianos con depresión o problemas nerviosos que quienes no los tenían con IC 95% [2,36-5,70], Ocampo y colaboradores(39) refieren sobre la prevalencia de mala percepción de salud en ancianos con signos de depresión por escala GDS por cada caso de mala percepción en ancianos sin depresión hay 6,19 casos de ancianos con depresión con mala percepción de salud con IC 95% [2,34-16,41] coherente con lo hallado en la SABE 2015 la prevalencia de mala percepción de salud en ancianos sin síntomas depresivos (GDS) fue 63% menor que en los ancianos con síntomas depresivos con IC 95% [0,45-0,501].

Confort o fortaleza religiosidad

El grado de confort o fortaleza a través de la religiosidad en los ancianos encuestados en el territorio colombiano fue 79,9%; guarda consistente comportamiento entre las 6 regiones geográficas lidero en la región Orinoquia con 87,6%,81,9% de la región atlántico,81,4% de la zona Oriental, el 81,2% del pacifico colombiano, sólo el 79,7% de la zona central y 75% de los adultos encuestados en la capital se consideran muy religiosos congruente con la investigación promovida por Instituto Gallup Internacional en 2005, en 65 países del mundo los ancianos fueron aquellos con mayor grado de religiosidad casi el 70% se declararon religiosos(146,286).Adicional los adultos colombianos en Cali mostraron una mayor orientación en religiosidad intrínseca 54.4%(148) y un estudio sobre el envejecimiento exitoso y sus determinantes el 85,3% refirieron se considera bastante espirituales (1).

Es pertinente citar a Medieros y colaboradores expresan el efecto de la religiosidad sobre la negativa percepción de salud en ancianos (196) la prevaecía de mala percepción de salud en ancianos sin prácticas religiosas es 1,08 veces que en ancianos con mala percepción de salud con prácticas activas religiosas con IC 95 [0,92-1,26] estrecha relación con lo evidenciado en SABE 2015 ; por cada persona mayor con mala percepción de salud con algún grado de religiosidad hay 2,102 personas mayores con mala percepción de salud que no son religiosa con IC 95% [1,078 – 1,198], por otro lado un estudio realizado en el Valle del Cauca colombiano encontró relación estadísticamente significativa entre los adultos mayores que oraban no estaban deprimidos; por el contrario, en los adultos mayores deprimidos la oración no hacía parte de sus vidas diarias ($p=0.03$)(148) al igual que un meta-análisis de los principales estudios que involucra el tema espiritualidad y calidad de vida, hubo una correlación moderada ($r = 0.34$, 95% CI: 0.28-0.40) entre niveles más altos de espiritualidad / religiosidad y mejor calidad de vida(287).

Brindar ayudar a personas cercanas en 3 meses.

A través de distintas maneras voluntariamente la persona mayor brindar apoyo a terceros en diferentes esferas de la vida cotidiana (quehaceres de la casa, arreglos, trámites, transporte, compras, dar consejo, apoyar en el cuidado personal apoyo económico ,emocional y cuidado de nietos), ello aporta alto grado de satisfacción coherente con los resultados encontrado en la SABE Colombia 2015 corresponde alrededor del 90,2% de los adultos mayores residentes llama la atención la alta proactividad con el otro en especial en las regiones geográficas; el 94,1% del territorio Atlántica ,el 95,6% de Orinoquia-Amazonia, 93% de los anciano residentes en la capital, el 92,4% en Pacífico, 84% en la Central, cabe afirmar en las palabras de Méndez Paz sobre la relevancia de “las relaciones intergeneracionales son fundamentales en la atención a las personas adultas mayores en nuestro país, incluso podría ser más importante que el cuidado de los cónyuges o parejas”(191) incluso en población mayor andaluz se evidenció en el 75% de los voluntarios españoles (288) .

De igual manera diferentes estudios avalan la relevancia del apoyo o soporte social de las redes (familia, amigos y niños) como lo evidenciaron en la población objeto de SABE 2015 se encontró la prevalencia de regular, mala o muy mala percepción de salud en quienes no aportan apoyo o soporte en 3 meses a personas cercanas fue 1,56 veces que en quienes si brindan soporte a otros con igual percepción con IC 95% [1,43-1,702]

En un estudio en cuatro ciudades de América (207) realizado en el IMIAS comparó dos contextos socioculturales diferentes; los ancianos latinos tuvieron un comportamiento diferente sobre el soporte social, los hallazgos latinos son próximos a la investigación actual:

Se evidencia que por cada caso de buena percepción de salud en adultos mayores latinos con bajo soporte de lazos de amistad hay 1,26 casos de buena percepción de salud en quienes no tienen amigos con IC 95% [0,99-1,63](207) sin embargo los lazos de soporte para el latinoamericano son muy relevante dicho hechos e reflejo en la percepción de salud ; la prevalencia de buena percepción de salud en ancianos latinos con alto soporte familiar es 1,25 veces en comparativo a quienes refieren bajo soporte familiar y tiene buena percepción con IC 96% [0,99-1,58] así mismo se observa el impacto de no existencia de estos lazos filiales la prevalencia de buena percepción de salud en ancianos latinos sin soporte familiar es igual a quienes tienen bajo soporte familiar y refieren buena percepción de salud IC 95% [0,59-1,69](207) .Así mismo el alto apoyo en actividades de cuidado a menores propenden por la buena percepción de salud de los ancianos con RP=1,20 IC95% [0,95-1,52](207) y se observa un 21% menor prevalencia de buena percepción de salud en quienes no cuidan niños IC 95% [0,61-1,31](207).

Contrasta con la realidad referida por los ancianos canadienses que tenían un alto apoyo de amigos tenían una mayor prevalencia de buena salud (PR = 1,09; IC del 95% 1,01 a 1.18)(207) contrasta con los adultos sin amigos la prevalencia de buena percepción de salud en ancianos canadienses sin soporte de amigos es 20% menor

vs quienes tiene buen soporte de amigos con IC 95% [0,62-1,02]; es así como dicha sociedad proporciona apoyo y servicios que brindan los familiares en otras culturas(289,290) ; la prevalencia de buena percepción de salud en ancianos canadienses es 12% menor que quienes refieren bajo soporte familiar con buena percepción de salud con IC 95% [0,91-1,12](207). Los ancianos canadienses refieren sobre el proveer soporte al cuidado de niños se encontró que quienes no cuidan niños tienen mejor percepción de salud con RP=1,01 IC 95% [0,91-1,12] contrasta en la prevalencia de buena percepción de salud en quienes dan bajo apoyo con niños es igual a quienes dan alto soporte RP=1,00 IC 95% [0,92-1,08](207).

Unido/ No unido

En Manizales viven el 62,2% de los hombres y el 72% de las mujeres con pareja hijos y sólo con la pareja 22,7% de los hombres y 13,4% de las mujeres mayores de Manizales encuestados en IMIAS 2012 en contraste en Natal el convive con pareja, hijo y otros miembros; en hombres el 69% y en mujeres el 78,6 % , solo convivencia con la pareja 25% de hombres y 13,8% de las mujeres (276).

En general en Colombia los adultos mayores en el 52,3% se encuentran unidos o tienen compañero (a) en las diferentes regiones geográficas situación similares; Bogotá presenta el 53,4% de su población unida, el 52,6% ,el 51,2% de la central ,el 54,5% de la región Atlántica y el 51,% del pacifico colombiano independientemente de la condición biológica , más del 50% se encuentra soltero, separado, viudo o divorciado(225) en comparativo con referenciado por Méndez con respecto a la encuesta SABE Internacional del 2001(191,291), entre las ciudades participantes, el porcentaje más alto de población masculina casada o en unión fue 75,8% en Ciudad de México, seguido de 74,7% en Buenos Aires y 74,3% en Sao Paulo y en población femenina el mayor porcentaje se encontró en Buenos Aires (43,3%) y difiere del territorio Amazónico/Orinoquia colombiano donde el 55,9% se encuentran solos o no unidos independientemente de la condición

biológica y no dista de lo encontrado en Porto Alegre 47.3% estaban casados o tenían pareja, y 37.3% eran viudas / viudos(218).

Sin embargo un estudio de Tieska sobre capital social en Colombia(56) enuncia la variabilidad de estado de marital sobre a percepción de salud :observó discriminado por sexo el estar no unido se asocia con peor percepción de salud ; en mujer se evidenció un 20% menor buena percepción en comparación a quienes estaban unidas con IC 95% [0,72-0,88] y en hombres se evidencio igual comportamiento con un 10% menos buena percepción de salud que en hombres unidos con IC 95% [0,64-0,87], ello es consistente con los hallazgos de la presente investigación donde la prevalencia de percepción del estado de salud actual regular, mala o muy mala en ancianos solos es 1,347 veces la hallada en quienes se reconocen unidos con IC 95% [1,278 -1,420].

Lo anterior es similar a lo observado por Gallego (273) la prevalencia de mala percepción de salud en viudos es 10% mayor en ancianos mexicanos con IC 95% [0,0,99-1,26], al igual a lo encontrado en solteros con un 2% mayor peor percepción de salud comparado en ancianos en unión libre IC 95% [0,2-1,31] sin embargo se halló algo poco común en dicha población adulta mayor divorciada en el mismo estudio tuvieron un 50% más probabilidad de percibir mejor su estado de salud IC 95% [0.20-0.90].

Otro estudio se observó en Manizales, (Colombia) y Natal, (Brasil)se estudió en los ancianos sobre el efecto de estar unidos y percepción de salud; prevalencia de buena percepción de salud en ancianos con alto soporte de la pareja fue 1,21 veces que en quienes tuvieron bajo soporte de su pareja con igual percepción IC 95% [0,93-1,57] similar a la presente investigación. en contraste en los canadienses la buena percepción de salud con buen apoyo del compañero es igual que en los individuos con bajo soporte de su pareja con IC 95% [0,93-1,07](207) difiere con los hallazgo en la presente investigación población colombiana.

Entre los canadienses; los que no tenían pareja tenían una menor prevalencia de buena salud (RP = 0,90; IC del 95%: 0,82 a 0,98) (207) paradójicamente en los ancianos latinos la buena percepción de salud sin pareja fue 19% mayor que en quienes refirieron bajo soporte de la pareja con IC 95% [0,91-1,57](207). El efecto de la pareja se evidenció más en los ancianos canadienses que en los latinos.

Ello resalta la importancia no sólo del estar unido ,si no la calidad del soporte del vínculo afecta la percepción de salud lo cual explicaría el resultado del estudio mexicano podrían explicarse por dilucidar el efecto de los desacuerdos conyugales y la hostilidad conyugal como fuente de estrés y ansiedad estrechamente relacionado con peores resultados de salud (7,212).

La investigación estableció que los compontes que mejor explica de mejor manera la percepción de salud del adulto mayor en Colombia, según modelo de envejecimiento exitoso; son económicos (nivel de ingreso y nivel educativo), capacidad funcional e independencia junto con percepción de salud en 30 días con un 51,5 %, prosigue el 38,7% de área de residencia, condición biológica, multimorbilidad y soledad y el 24% la interacción social de variabilidad total de la percepción de salud de los adultos mayores.

Resultando ser aspectos subjetivos en su gran mayoría dan peso al mayor a la seguridad económica e independencia ,lo material es significativo con ello se debe dar prelación a al primer componente, la percepción de salud y las redes sociales resulta similar a lo planteado Fernández –Ballesteros(10,292) quien afirma el efecto multidimensional de la calidad de vida con la salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividades de ocio, satisfacción u determinantes socio ambientales como redes de apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente y culturales. Adicional, es similar a los hallazgo de Cardona y col (171) sobre vulnerabilidad en ancianos se hace similar con capital social donde se refieren a la convivencia familia, el capital funcional.

9. Conclusiones

El adulto encuestado en la SABE ,por clasificación por edad según las Naciones Unidas, los adultos mayores jóvenes , es decir, quienes 74 años o menos refieren presentar una buena percepción del estado de salud 47,9% (1.688.369). Los ancianos jóvenes correspondiente a quienes cronológicamente poseen edad menor o igual a 74 años representa el 74,3% del total (3.929.552 personas) ;por sexo se concentra en un 72,3% de las mujeres y los hombres con 75,9% (figura 7);en distribución comparativa interna de conformación etaria de las regiones geográfica lidera la región Orinoquia/Amazonia posee el 77,7% (56.855 personas) a pesar de su pequeña submuestras ,le siguen en orden descendente Bogotá D.C con 75,6% (680.128 individuos), la zona Central representa el 74,2% con 1.058.678 ancianos jóvenes, en región Atlántica constituye el 74,1% (742.023 individuos), región pacífica tiene 74,0% con 774.604 personas, y, por su parte la última región es la Oriental representa en dicho grupo 73,2% (617.264)ancianos jóvenes.

En general, la percepción de salud es una sumatoria de factores que definen un patrón de determinantes de la salud autoevaluada similar al de otras poblaciones a pesar de las diferencias socioculturales; en especial en las personas mayores perciben el estado de su salud más claramente que las personas más jóvenes siendo indicador de morbilidad y propensión a situación de discapacidad.

La percepción de salud en los adultos mayores colombianos durante el 2015 es mejor en los hombres 49,3% (997.973) que en las mujeres con el 44,6% (1.041.543). En los diferentes territorios colombianos se identifica en la región que lidera la Atlántica con el 49,3% (364005) con buena percepción, seguido de Bogotá; región con menor porcentaje. Por su parte; en el índice presenta un mínimo porcentaje de muy buena percepción de estado de salud de los adultos mayores entre las regiones en la Central se observa un mayor porcentaje por región geográfica, seguido de Bogotá, Pacífico, Atlántico, Oriental y finalmente Orinoquia/Amazonia. La región con mayor regular percepción del estado de salud actual es la Oriental y en último lugar es la región Atlántica, entre negativa percepción el primer lugar lo ocupa la región Orinoquia/amazonia y en ultimo con

menor porcentaje Bogotá D.C; en especial la región Central resalta en muy mala 0,9% (10911) y menor porcentaje la Atlántica en un 0,2% (1.553).

Según el área de residencia se observó mayor distribución proporcional y porcentual en el territorio nacional el 78% de los adultos encuestados residen en zona urbana equivalente a 2.272.651 individuos contrasta con 614.195 adultos mayores representan el 21,8% quienes viven en el campo. La región central con mayor representación en el estudio (el 27%) con 644.055 participantes, se evidenció por cada 100 personas adultas mayor en el campo hay 343 en urbes de dicha región, la región atlántica tuvo una representación de 1.001.682 individuos; donde por cada adulto mayor que reside en el campo hay 304,7 que se encuentran en las cabeceras, el Pacífico colombiano se observó por cada 100 ancianos en el campo hay 285 en las zonas urbanas. Por otro lado, contrasta con la región Oriental (15,9%) con población de 843.585 adultos mayores encuestados; por cada 100 personas que residen en el área rural diferente en las urbes viven 170,3 adultos de 60 y más años.

Resaltan las prevalencias de desigualdades internas de la población adulta mayor colombiana no sólo en número absoluto se suma la tendencia a pobreza; en especial en las mujeres y las personas de mayor edad de 80 años y más, residente en el área rural concentran con menores ingresos presencia de multimorbilidad, maltrato y signos de depresión. A pesar de los esfuerzos para cerrar las diferencias aún en algunos sectores poblacionales (295), se concluyó:

En general, demográficamente se evidencia una mayor longevidad femenina con una peor percepción de salud en ellas comparativo con hombres en el mismo grupo etario. Un gran porcentaje reside en las urbes y sólo el 21%; una minoría poblacional reside en el área rural sin embargo la población mayor rural manifiesta peor percepción de su salud en comparación a sus pares residentes en área urbana; con necesidades sentidas a intervenir con medidas ajustadas a la población para direccionar acciones de promoción y prevención.

La mayor proporción de población cuenta con primaria incompleta o menos [bajo nivel educativo] ,con ingresos iguales o inferiores a 1 salario mensual vigente para el 2015 (9) en condiciones que dificultan vivir con calidad en las condiciones socioeconómica adversas en este grupos etario (156) ambas condiciones propenden una peor percepción de salud.

Adicional, en comparación con las mujeres, los hombres poseen mayor capacidad económica dependen principalmente de sus propios ingresos para cubrir sus consumos, mayor antecedente laboral y mayor acceso al mercado laboral formal o informal con algún tipo de remuneración, ellos cuentan con menos aportes de familiares sin embargo poseen mayores ingresos que ellas, quienes dependen de terceros y residen en zonas geográficas diferentes a la capital o la Orinoquia/Amazonia

La negativa percepción de salud se relaciona con vivir y residir en regiones geográficas como Bogotá D.C, Amazonas y Orinoquia, la Oriental, la región Atlántica y en la zona Central comparado con los adultos residentes en el Pacífico colombiano.

Confirmando el efecto del bajo percentil de nivel educativo o escolaridad asociado a una negativa percepción de salud con directa relación al nivel de ingreso económico; cabe resaltar el alto porcentaje de personas mayores en ambas condiciones de inseguridad económica y vulnerabilidad en el país, principalmente en quienes tienen menor nivel educativo y participación en el mercado formal de la economía (mujeres mayores, personas residentes en la ruralidad, población trabajo informal.)

El 99,9% (5.288.993) de la población adulta mayor colombiana se encuentra afiliada en los diferentes regímenes del sistema de seguridad social; oscilando entre el 45%(2.403.508) y 54,6%(2.885.485); tanto en hombres como mujeres en similares proporciones incluyendo el régimen especial 1,5% (81.921) dicho comportamiento se destaca en régimen excepción representa el 0,4% (22.370) y vinculados donde existe mayor porcentaje masculino.

En pensiones se observa el 90,99% (4.789.529) de la población adulta mayor no está afiliada a fondo de pensiones o recibe dicha; es decir 89% (2.133.040) de los hombres y 92,5% (2.656.489) mujeres no hacen parte del sistema pensional por cada 10 mujeres sin afiliación en el sistema pensional hay 8 hombres. Sin embargo, la distribución de la afiliación al fondo de pensiones en las regiones geográficas es similar; en Bogotá tiene el 92,3% (826 .685) de población residente comparándola con el resto de las regiones geográficas sólo el 7,6% (68.764) están afiliadas 5,3% (47.892) en el sector público y 2,3% (20.872) en privado; es decir, se evidenció que 8,3 personas están afiliadas por cada 100 sin afiliación. La región Oriental el 92,1% (772.958) no poseen afiliación y 7,9% (65928) – 2,8% (23.722) en privado y 5% (42.206) en público; es decir por cada 100 personas sin afiliación hay 8,5 personas con afiliación.

En la región central se evidencia 88,3% (1.251.719) no afiliada a pensiones; es decir por cada 100 personas sin afiliación en pensiones hay 13,2 adultos mayores con afiliación a cualquier fondo representa el 11,6% (165430)- 9,2% (130.939) en fondo estatal y 2,4% (34.491) manos de privados -, dicha región concentra el segundo mayor porcentaje de adultos mayores afiliados a fondos de pensiones dentro de las regiones colombianas. En la región Atlántica concentra el mayor número de personas adultas mayores sin afiliación 95%(948.218) y 5% (50.329)- 2,4% (24.543) en fondo estatal y en fondo privado el 2.6% (25.786)- de ellos cuenta con afiliación a pensiones, es decir, por cada 100 anciano sin acceso a fondo de pensiones hay 5,5 ancianos con acceso a cualquier fondo de pensiones. La correspondiente tiene el menor porcentaje de cobertura en afiliación a pensiones en población objeto de estudio

En el territorio Pacífico colombiano el 89% (928.269) de la población adulta mayor no posee afiliación a fondo de las pensiones y 10.8% (112.126) ancianos están en cualquiera de los fondos – el 6% (62.852) está en fondo estatal y en privado el 4,7% (49.274); para precisar solo 12 ancianos están en algún fondo de pensiones por cada 100 que no lo están.

En la zona Orinoquia/Amazonia posee el 92,3% (61.679) de personas adultas mayores sin afiliación a pensiones y 15,6% (11.425) hacen parte de cualquier fondo pensional: el 12,3% hace parte e fondo privados y sólo el 3,3% tiene su ahorro pensional con el fondo estatal-; por cada 100 individuos sin acceso a fondo de pensiones existen 18,5 adultos mayores adscritos a cualquier fondo. Esta región presenta la mayor representación de población mayor con cobertura en afiliación a fondo de pensiones con respecto a las otras regiones.

Al indagar por el nivel educativo más alto alcanzado estuvo con mayor frecuencia representado en la primaria incompleta con 36,0% (1.905.789) ; donde resalta la población femenina con un 38,6% (1108.247) y la masculina con 33,3% (797.538); seguido por primaria completa el 17,3% (909.061) con distribución minoritaria entre el 17,6%(506.082) en las mujeres y concurridamente en los hombres en un 16,8% (402.979),consecutivamente por el peso porcentual la carencia de alguno nivel educativo se representó con16,6% (874.033) se halló ningún año escolar concluido con mayor representación de los hombres con el 16,9% (405.338) en contraste los16,6 % (468.695) mujeres comparten dicho nivel educativo; la secundaria incompleta refleja el 12,9%(681053) dividido en mayor proporción masculina con 13,1% (313.169) y menor en las mujeres con el 12,9%(367.884) en menor representación es 6,2% (325.790) quienes terminaron la educación secundaria menor en las mujeres en el 5,3% (151.477) y lideran los hombres en el 7,3% (174.313).

La primaria incompleta es el nivel educativo prevalente en los adultos mayores encuestados se observa mayor concentración con el 42,3% (355.814) individuos pertenecen a la zona Oriental, continua el 40,1% (571.003) de personas residentes en zona central, el 39.3%(405.559) vive en la región Pacífico y, el menor porcentaje de adultos mayores se encuentra en la región Atlántico con 28,7%(287.224).

La población adulta mayor colombiana presenta el 50 % tiene tres años de escolaridad o menos; primaria incompleta con una diferencia máxima observada en el 50% central de cinco años (RI); el 25% de la población curso primero de primaria

y 75% primer año de educación básica secundaria, lo que indica una deficiente formación académica en dicha población lo cual lo hace más vulnerable; la escolaridad observada permite describir las precarias condiciones y limitaciones para el acceso a oportunidades laborales y de empleo en las cuales se obtienen el sustento con respecto al número de años de educación completos de población nacional y de las regiones ;se observa en la capital del país tiene una mayor heterogeneidad en el número de años de educación completa dentro de los adultos mayores sin embargo dicho territorio residen los adultos mayores con mayor número de años aprobados ,el 50% de ellos tiene cinco años de escolaridad con una diferencia máxima observada en el 50% de siete años :el 75 % de la población anciana residente en Bogotá posee nueve años o menos completos de escolaridad; es decir educación básica secundaria.

Por su parte en la Orinoquia /Amazonia y Atlántica presentan heterogeneidad en sus datos sus ancianos tienen tres años de escolaridad o menos oscilando con cinco años difiere con el resto de las regiones en dicha característica, conservando las demás características similares a las observados en la nación.

El 47,9% tuvo un ingreso inferior a 1 salario mensual legal vigente(SMLV) en dicho grupo sobresalen las mujeres con 52,3 por cada 100 adultos mayores con dicho ingreso; cabe resaltar que el 52,3% (1.485.378) del total de las mujeres encuestadas ganan dicha suma y el 42,5%(1.009.623) de los hombres encuestados en la población mayor poseen ese ingreso, por su parte el 71,1% de quienes habitaron en el campo lideran con 63% (721.430) del total de las personas encuestadas se encuentran con menos de 1 SMLV y 43,5% (1.773.571) han vivido en cabecera municipal dentro del nivel de menor de 1 SMLV.

Principalmente el proceso de envejecimiento va en relación decreciente con los ingresos y residir en sectores bajos de la estratificación socioeconómica, quienes viven en área rural poseen menores ingresos que quienes viven en las urbes y especialmente en la ciudad capital; Bogotá.

La región Orinoquia/Amazonia con el 56,7% (41.413) tuvo una mayor representación con ingreso inferior a un salario mínimo legal vigente 2015; continua

el territorio Pacífico con 56,1% (577.3150), prosigue la zona Atlántica posee el 54,2% (538.605) continua la Oriental con el 49,3% (411.441), el 43,3% (605.027 y solo el 36,4% (321.200) reside en Bogotá de los adultos mayores con ingreso inferior a un mínimo.

El presente estudio verifico el efecto de la presencia de síntomas depresivos y la exposición a cualquier tipo de maltrato (incluyendo todos tipos de violencia) afectan directamente la percepción del estado de salud, aunque exista subregistro intencional por los participantes del estudio. La normalización de la violencia y el maltrato se encuentra estrechamente ligado al modelo de crianza y formación en sociedades con marcados roles de género marcados y aprendieron bajo la sumisión; razón por la cual toleran más y poseen menos herramientas para afrontar con asertividad relaciones abusivas(231) y violentas al carecer de independencia económica, bajo nivel educativo, entre otras características que dificultan la resolución y afrontamiento adecuado de estresores.

Se reprodujo en la presente el presentar cualquier nivel de dependencia funcional se refleja en negativa percepción de salud, del mismo modo la prevalencia de enfermedades (multimorbilidad) menoscaba dicha percepción.

El efecto de la baja interacción social por medio de redes primaria y secundarias sociales afecta negativamente la percepción del estado de salud; por ende, se evidenció en ancianos con solos (aislados) o no unido; con nula participación en grupos; no manifiestan brindar apoyo a otros individuos en 3 meses y ningún grado de religiosidad evidenciaron peor salud que sus pares con redes sociales activas.

Ello resalta la importancia no sólo del estar unido ,si no la calidad del soporte del vínculo afecta la percepción de salud lo cual explicaría el resultado del estudio mexicano podrían explicarse por dilucidar el efecto de los desacuerdos conyugales y la hostilidad conyugal como fuente de estrés y ansiedad estrechamente relacionado con peores resultados de salud (7,212).

Esta situación refleja la afectación en la percepción de salud y calidad de vida de este grupo en particular.

10.Recomendaciones

La percepción de salud y sus factores asociados a ella, pueden ser utilizados para valorar el nivel de salud de la población mayor a pesar que dichas son personales y subjetivas, teniendo en cuenta las diferencias existentes por condición biológica, área de residencia, región geográfica; algunos estudios han mostrado que la morbilidad y situación de discapacidad percibida coincide en un alto porcentaje con la diagnosticada por los profesionales de la salud, por esas razones quienes toman de decisiones gubernamentales y no gubernamentales, el personal de salud deben tener en cuenta estos ítems al trabajar con esta población objeto en pro reducir el declive funcional en edades tempranas, disminuir la morbilidad, prolongar los años con calidad de vida.

Pertinente citar a Cardona et al sobre el efecto del contexto en una mirada alternativa del envejecimiento (10): “ Si bien la vejez representa una condiciones biológicas con características propias, son las estructuras sociales, culturales, sociales y económicas las que delimitan su participación y la desvinculación de la sociedad, argumentando su inferioridad física y el deseo de descansar, meditar y aislarse de los demás”.

La posibilidad de vivir más tiempo es un recurso valioso para cada uno de nosotros como individuos, y para la sociedad en general. Las personas mayores pueden participar en la sociedad y contribuir a ella de muchas maneras, como mentores, cuidadores, artistas, consumidores, innovadores, emprendedores y miembros de la fuerza de trabajo (129). Este compromiso social puede a su vez reforzar la salud y el bienestar de las personas mayores mismas(129).

Lo anteriormente recopilado correspondería a ser insumo para la toma de decisiones relacionadas con acciones específicas y para reducir la deserción en los programas determinados para la población general mayor en colombiano:

Organismos o entes gubernamentales y no gubernamentales

En los entes institucionales gubernamentales y no gubernamentales, el conocimiento de los cambios en las variables demográficas en la estructura poblacional de interés en la planificación de los recursos del sector salud, educativo y de planeación estratégica de los recursos territoriales, permite dilucidar la magnitud y priorización de los grupos poblacionales vulnerables expuestos a riesgos y las demandas institucionales potenciales:

- Identificar a través de los análisis de situación en salud (ASIS) según el perfil demográfico de los territorios y la caracterización poblacional de las EAPBS por género, área de residencia y grupo etario para la distribución de recursos para identificar el potencial perfil en años próximos en transición a población envejecida con alta demanda en servicios, programas y bienes; con el propósito de dar priorización a recursos con enfoque diferencial con el propósito de invertir en el capital social existente
- Adaptar según la idiosincrasia regional e implementar estrategias de promoción y prevención en experiencias exitosas en otros países con envejecimiento igual o superior que incentiven la conservación de independencia funcional; actividad física, participación social, seguridad alimentaria y nutricional, manejo de la depresión y la soledad en la población mayor.
- Fortalecer en el marco jurídico, estratégico y operativo la cobertura integral en acceso a servicios de salud, protección y seguridad social en especial en zonas de difícil acceso en especial los más dispersos (Amazonia/Orinoquia con el 5% de su población mayor sin cobertura en servicios de salud y alto porcentaje de los mayores colombianos sin soporte pensional).
- Identificar el impacto de los programas actuales para reorientar las necesidades de cobertura en programas sociales nacionales, departamentales y locales en población con extrema vulnerabilidad con el propósito encontrar la posibilidad de inserción social y posible fuentes de ingreso regulares bien sea por trabajo o servicios.

- Fortalecer los programas de prevención de riesgo enfermar y realizar una adecuada gestión del riesgo en la población general para enfermedades y discapacidad en las diferentes fases del ciclo vital; enfatizando en la infancia, los jóvenes y adultos jóvenes para reducir la carga de morbilidad y discapacidad que garantice un envejecimiento exitoso en adultos mayores futuros, influyendo en la construcción de percepción de salud.
- Promover y fortalecer programas y estrategias de salud mental para la identificación de signos y síntomas indirectos de depresión y maltrato, así como los aspectos relacionados con ella en adultos mayores, que la investigación señala como críticos y vulnerables.
- Promover, difundir e incentivar los espacios y recursos la práctica del ejercicio físico en todo el ciclo vital en espacios públicos ampliar las actividades recreativas, culturales y de desarrollo personal en los jubilados principalmente gratitas en diferentes espacios.

Academia e investigación

Los sectores académicos requieren conocimiento sobre percepción del estado de salud de las poblaciones, denota información para diferentes disciplinas y áreas del conocimiento en la resolución de situaciones problemáticas y sus posibles soluciones.

- Fortalecer la formación del talento humano en área gerontológica y geriátrica para dar respuesta a las necesidades del cambio poblacional marcado en Colombia y el mundo, permitirían una visión holística de ciclo vital, yendo más allá del grupo etario ante el cambio epidemiológico actual que tiende a agudizarse en los próximos años.
- Realizar monitoreo y seguimientos para evidenciar cambios en la percepción de salud en cada región geográfica de los factores socioeconómicos, interacción social incluyendo el efecto de las practicas espirituales y religiosas, capacidad funcional y percepción de afecto en adultos mayores a través del trabajo investigativo de estudiantes de pregrado y posgrado con

un enfoque salubrista, con el propósito de determinar el nivel y los factores asociadas a esas condiciones desde la idiosincrasia, desde los cuales se puedan establecer estrategias de intervención puntuales.

- Profundizar en el ámbito universitario en la investigación sobre baja participación en grupos a pesar de su alta oferta, la normalización o silenciamiento del maltrato y violencia, el efecto de la soledad y presencia de depresión en adultos mayores colombianos en adultos; son temas con alto subregistro repercusión en salud mental y percepción de salud.
- Incentivar la investigación sobre la población adulta mayor colombiana da para dar respuesta a los retos de sostenibilidad económica, transición demográfica, capacidad de respuesta del sistema de salud de países de ingresos medios enfrentan y enfrentarán con mayor intensidad en los próximos años.

Sector productivo y educativo

Contribuir en redimensionar el paradigma social del envejecimiento es un proceso inexorable, que dista de su connotación limitante o patológica

- Preparar a la población joven y adulta de hoy que serán los ancianos del futuro para adoptar actitudes y aptitudes positivas ante el envejecimiento desde la adopción de comportamientos y hábitos individuales y grupales en salud, economía, medio ambiente y asertividad que faciliten envejecer saludables.
- Capacitar a los individuos pre-pensionables en la planeación del retiro, instauración de metas, identificación de las actividades que disfruta /quieren realizar en el futuro, construcción de proyectos de vida, reivindicación del rol social, ingreso en programas de pares que faciliten la adaptación y cambio de roles.
- Incentivar en los colaboradores de los procesos en la participación en actividades grupales, artes o destrezas diferentes a su labor u oficio como parte del programa de bienestar laboral y social; con el propósito de crear

rutinas alternativas para el fortalecimiento de redes y uso del tiempo; disminuir los eventos mentales.

- Involucrar a las familias en el proceso de adaptación a la jubilación de las personas que se retiran, a través de conferencias y visitas domiciliarias, con el propósito de que estas identifiquen su rol y logren un adecuado ajuste a la jubilación.

Instituciones prestadoras de bienes y servicios:

- Promover la inserción de adultos mayores en labores de acuerdo al perfil y experiencia a través de programas ocupacionales (adonmerem o remunerado) e inserción al mercado laboral y educativo en los diferentes niveles educativo, cuidado, artes u oficios de la vida cotidiana.
- Incluir en la planeación, formulación de los proyectos de participación grupal en la toma de decisiones las necesidades y sugerencias de los adultos mayores más adherentes y comprometidos en los grupos donde participan con respecto a los horarios, lugar de encuentro y opciones de elección (Bailes, gimnasia, cocina, costurero, artes plásticas, música, tardes recreativas, manualidades) a los cuales desean participar según el contexto donde se encuentren residiendo; estudiar la posibilidad de recuperar la asistencia cuando por causa enfermedad no pueda asistir.

Los profesionales, personal técnico, tecnológico y operativo en las diferentes áreas con contacto directo e indirecto con adultos mayores deben respetar creencias, prácticas y vivencias individuales-gregarias en la cosmovisión y comprensión de la espiritualidad y religiosidad desde una mirada laica:

- Respetar y facilitar las prácticas individuales y colectivas (si es posible) espacios de oración, se establecerán acuerdos guiados por la observación y experiencia entre las áreas administrativas con el fin de evitar tropiezos en los procesos en la programación de actividades o encontrar alternativas para la disposición de visita de un líder o representante que facilite o medie

fortaleza o confort, ya que dicha área, en esta fase vida ,es un factor mediador de percepción de salud con su impacto en la morbilidad.

- Facilitar espacios de privacidad en los individuos dentro de las instalaciones, independiente de su postura religiosa o espiritual.

Sistema de salud y modelo de atención en salud en población geriátrica.

- Se argumenta la importancia de fortalecer la atención médica junto con atención primaria fortaleciendo las rutas integrales de salud (RIAS) en un modelo integral de salud (MIAS) en contexto comunitario siendo complementario ,especialmente ,recomendado en área rurales e incluso asistencia social en función a resultados de salud en lugar del aseguramiento por titularidad que favorece el contacto y adherencia a largo plazo (165) lo que beneficiará particularmente a los grupos más vulnerables en zonas más dispersas en lo tradicional modelo de tratamiento médico no se adapta a la población envejecimiento y desafíos causados por enfermedades crónicas(49), en donde muchos adultos mayores no asisten a los programas o son in adherentes por insuficiencia de recursos.
- Establecer una ruta integral de atención en el MIAS para la atención de violencia y maltrato al adulto mayor específica en áreas rurales y urbanas con lugares de paso establecidos como Hospital día o centros de desarrollo geriátrico (CDG) con enfoque de desarrollo de habilidades ancianos a través de convenios establecidos por la academia y entidades privadas fortaleciendo ambos sectores. Facilitaría el entrenamiento de cuidadores legos de ancianos y reduciría el cansancio del cuidador, favorecería la socialización entre adultos mayores que conservando la funcionalidad e interacción entre pares.

Ello da respuesta a la presente investigación en concordancia con lo aportado por Segura et al (220) relacionado con el riesgo de depresión en el adulto mayor está más asociado a la dificultad para relacionarse con su entorno físico y afectivo, que a la condición biológica del padecimiento; situación que se podría

prevenir si se refuerzan los lazos familiares y se propende por un envejecimiento más activo y funcional , además agrega dicho riesgo se explica por la dependencia funcional para realizar las actividades de la vida diaria, la percepción de una mala calidad de vida y el contar con pocas o nulas redes de apoyo.

- En implicaciones para la salud pública, incluso una reducción del 5% en la mortalidad por todas las causas entre los ancianos tiene una relevancia importante: puede ser aconsejable desarrollar estrategias específicas para las solas o fortalecer las intervenciones psicosociales existentes cuando se dedican a esta población a identificar a las personas “en riesgo” para obtener resultados de salud negativos y podrían integrarse en los programas actuales para la estimación del riesgo de mortalidad” (211) estrechamente asociado con la soledad(205) y pobres redes de apoyo(3,56).

Sociedad en general

Las organizaciones gregarias como la comunidad en general deberían ser concientizada del conocimiento sobre percepción del estado de salud en ancianos, podrá proyectar en generaciones más jóvenes modificaciones en comportamientos actuales que le permitan envejecer mejor y con calidad.

1. Promover en la comunidad en general desde la primera infancia sobre la importancia de la cultura del manejo responsable consciente del dinero y ahorro por medio de la cotización regular a fondo pensional, la adquisición de vivienda propia u otro tipo de dividendos.
2. Fortalecer los vínculos intergeneracionales de las redes sociales formales e informales primarias y secundarias para reducir la soledad y mejora la cooperatividad entre los individuos.

11. Referencias bibliográficas

1. Curcio B, C L; Pineda I, A, Rojas Z Á, Muñoz, S L; Gómez F. Envejecer bien: un estudio sobre el envejecimiento exitoso y sus determinantes. *Rev médica sanitas*. 2017;4.
2. Ministerio de Salud y Protección Social;Colciencias. Estudio nacional de salud, bienestar y envejecimiento (SABE) Colombia 2015. Resumen Ejecutivo. [Internet]. Vol. 1, Minsalud. 2015 [cited 2017 Sep 7]. Available from:
<http://asuntosmayores.org/sitio/especiales/cifras/1188-comienza-sabe,-encuesta-sobre-condiciones-de-salud-y-bienestar-de-mayores-de-60-años.html>
3. Ortigón F. Cerca de 400 adultos mayores son abandonados cada año, advierte informe de la Universidad de La Sabana [Internet]. 31/05/2017. 2017 [cited 2017 Oct 15]. Available from:
https://www.unisabana.edu.co/menu-superior-1/prensa/comunicados-de-prensa/detalle-de-comunicados/?tx_news_pi1%5Bnews%5D=14306&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=eb9a097dae3dfa8fea172d660121c18d
4. Vasto S, Candore G, Balistreri CR, Caruso M, Colonna-Romano G, Grimaldi MP, et al. Inflammatory networks in ageing, age-related diseases and longevity. *Mech Ageing Dev*. 2007;128(1):83–91.
5. Franceschi, C; Bonafe', M;Valensin, S; Olivieri, F; De Luca, M;Ottaviani, E; De Benedictis G. Inflammaging. An evolutionary perspective on immunosenescence. *Ann N Y Acad Sci* 2000; 908 244-54. 2000;908:244–54.
6. Ocampo J. Estrés y enfermedad en el adulto mayor. In: Programa Editorial Universidad del Valle, editor. Herrera, JPsiconeuroinmunología para la práctica clínica. 21st ed. Santiago de Cali: Universidad del Valle; 2009. p. 109–29.
7. Herrera J. Ansiedad y estrés. In: Psiconeuroinmunología para la práctica clínica. Universidad. Santiago de Cali; 2009. p. 15–25.
8. Dulcey, Elisa;Sánchez, J ;Arrubla P. Envejecimiento y vejez en Colombia. 2013;
9. Dulcey E. Envejecimiento y vejez. Categorías conceptuales. Fundación Cepsiger para el desarrollo humano, editor. Bogotá; 2013. 510 p.
10. Cardona, D; Estrada, A; Agudelo H. Envejecer nos toca a todos.Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor Medellín 2002. Facultad Nacional de Salud Pública U de A, editor. Medellín: Facultad

Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia; 2003. 157 p.

11. Agudelo, SM; Giraldo, A; Romero VI. Percepción del estado de salud en la región central colombiana: Encuesta Nacional de Salud, 2007 . Rev Salud Pública. 2012;14(6):899–911.
12. Gomez, F; Corchuelo, J; Curcio, CL; Calzada, MT; Mendez F. SABE Colombia: Survey on Health, Well-Being, and Aging in Colombia—Study Design and Protocol. Curr Gerontol Geriatr Res [Internet]. 2016 Nov 13 [cited 2017 Dec 24];2016:1–7. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/cggr/2016/7910205/>
13. Heistaro, S; Jousilahti, P; Lahelma, E; Vartiainen, E; Puska P. Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. J Epidemiol Community Heal [Internet]. 2001; Available from: <http://jech.bmj.com/content/jech/55/4/227.full.pdf>
14. Barros C. Aspectos sociales del envejecimiento. In: Científica P, editor. La atención : un desafío para los años noventa. Washington, D.C: Organización panamericana de la salud (OPS); 1994. p. 546.
15. Gomez, F ; Curcio, C. and Duque G. Health care for older persons in Colombia: a country profile. J Am Geriatr Soc. 2009;57(9):1692–6.
16. Colombia. Ministerio de protección social y salud. Análisis de situación de salud (ASIS) Colombia 2015. Ministerio de salud y protección social (MSPS), editor. Bogotá, D.C.: Imprenta Nacional de Colombia; 2015. 1-238 p.
17. Cerquera, AM ; Flórez , LO; Linares M. Autopercepción de la salud en el adulto mayor. Rev Virtual Univ Catol del Norte [Internet]. 2010;2(31):407–28. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194214587018>
18. Todd R, Jewell RT, Rossi M, Triunfo P, Todd R, Triunfo M, et al. EL estado de salud del adulto mayor en América Latina. Cuad Econ. 2007;26(46):147–67.
19. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez [Internet]. <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>. 2007 [cited 2017 Sep 10]. 1-50 p. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/POLÍTICA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ.pdf>
20. Centro Latinoamericano y del Caribe de Demografía (CELADE). La nueva era demográfica en América Latina y el Caribe. La hora de la igualdad según el reloj poblacional. In: Primera Reunión de la Mesa Directiva de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de

- América Latina y el Caribe [Internet]. Santiago de Chile: CELADE; 2014 [cited 2017 Sep 10]. p. 80. Available from:
https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/6/53806/MPD_ddr2_esp.pdf
21. Liu LF, Su PF. What factors influence healthy aging? A person-centered approach among older adults in Taiwan. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17(5):697–707.
22. Urbina M BM. La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. [Internet]. Primera. Instituto Nacional de Salud Pública AN de M de M, editor. México D,F: 2012; 2012 [cited 2017 Nov 13]. 1-132 p. Available from:
http://medicinaweb.cloudapp.net/observatorio/docs/ss/li/Ss2012_Li_Importancia.pdf
23. González M. Factores asociados a la autopercepción del estado de salud de los adultos mayores en México. 2008.
24. Díaz Vega, P;Facal, D;Yanguas Lezan J. Funcionamiento psicológico y envejecimiento. Aprendizajes a partir de estudios longitudinales. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45(6):350–7.
25. Labonté R, Schrecker T. Globalization and social determinants of health: Introduction and methodological background (part 1 of 3). *Global Health*. 2007;
26. Álvarez L. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev Gerenc Polit Salud, Bogotá* [Internet]. 2009 [cited 2017 Sep 27];8(17):69–79. Available from:
<http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/viewFile/2657/1918>
27. Chavarriaga Ríos, MC; Cardona Arango D. Medición de la inequidad en salud en adultos mayores de Medellín, 2009. *Rev Fac Nac Salud pública* [Internet]. 2014;32(3):209–304. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v32n3/v32n3a04.pdf>
28. Jewell, R T; Rossi, M; Triunfo P. El estado de salud del adulto mayor en América Latina. [cited 2017 Oct 15]; Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/2821/282121961006.pdf>
29. Revista semana. Ser adulto mayor en Colombia, todo un karma [Internet]. 06/01. 2017 [cited 2017 Oct 15]. Available from: <http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/calidad-de-vida-de-los-adultos-mayores-en-colombia-2017/527154>
30. Fundación Saldarriaga Concha F. Misión Colombia Envejece;cifras, retos y recomendaciones. [Internet]. 1st ed. Fundación Saldarriaga Concha, editor. Bogotá DC; 2015. 706 p. Available from: www.saldarriagaconcha.org
31. Gómez , F; Curcio C. Salud del anciano:valoración. 1era ed. Asociación Colombiana de

Gerontología y Geriátría, editor. Manizales, Caldas: Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátría; 2014. 854 p.

32. Garcia F. Autopecepción de la salud y envejecimiento. Cienc E Innovación En Salud. 2013;1(1):69–77.
33. Uribe Rodríguez AF V, Orbegozo LJ MLJ. Salud objetiva y salud psíquica en adultos mayores colombianos. ACTA Colomb Psicol 10 75-81 [Internet]. 2007 [cited 2017 Sep 27];1:75–81. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/798/79810108.pdf>
34. Ministerio de Salud y Protección Social -Departamento administrativo de ciencia tecnología e innovación CU del V y U de C. Encuesta SABE Colombia: Vejez y Calidad de vida en Colombia. Editorial PREGRAF IMPRESORES S.A.S., editor. Bogotá D.C; 2016. 1-116 p.
35. Castaño, D;Cardona D. Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. Rev salud pública [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 15];17(2):171–83. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n2/v17n2a02.pdf>
36. Moreno, X;Huerta, M; Albala C. Autopercepción de salud general y mortalidad en adultos mayores. Gac Sanit [Internet]. 2014;28(3):246–52. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/ga/v28n3/revision.pdf>
37. Peláez, E ; Acosta LD; CED. Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 27];41(4):638–48. Available from: <http://scielo.sld.cu>
38. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. Am J Public Health [Internet]. 1982;72(8):800–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1650365/pdf/amjph00655-0034.pdf>
39. Ocampo-Chaparro JM, Zapata-Ossa HJ, Cubides-Munévar AM, Curcio CL, Villegas JD R-OC. Prevalence of poor self-rated health and associated risk factors among older adults in Cali, Colombia. Colomb Med [Internet]. 2013 Dec 31 [cited 2017 Nov 13];44(4):224–31. Available from: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/1362/2308>
40. Curcio C. Envejecimiento Exitoso: Consideraciones Críticas. Rev Asoc Colomb Gerontol y Geriatr. 2014;28(1):1955–77.
41. Restrepo,H; Malaga H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. In: Médica Internacional, editor. Agenda para la acción en promoción de la salud. Bogotá; 2001. p. 34–

42. Alazraqui, M; Diez, AV, Fleischer, N; Spinelli H. Salud autoreferida y desigualdades sociales, ciudad de Buenos Aires, Argentina, 2005. Cad Saúde Pública Rio Janeiro,. 2009;25(9):1990–2000.
43. Diez , A; Mair C. Investigating neighborhoods and area effects on health. Ann NY Acad Sci [Internet]. 2010;1186:125–45. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1749-6632.2009.05333.x/epdf>
44. Ocampo J. Self-rated health: Importance of use in elderly adults. Colomb Med. 2010;41(3):275–89.
45. Vivaldi, F; Barra E. Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. Ter PSICOLÓGICA. 2012;30(2):718–4808.
46. Lidia RS, Gómez. Combatir la soledad en las personas mayores por medio del apoyo social [Internet]. Universidad de Valladolid; 2015 [cited 2018 Jan 24]. Available from: https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/14954/1/TFG-G_1601.pdf
47. Gallardo, L; Conde, D; Córdova I. Asociación entre envejecimiento exitoso y participación social en personas mayores chilenas. 2016 [cited 2018 Jan 19];27(3):104–8. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v27n3/04_originales3.pdf
48. Abellán, A; Rodríguez-Laso, Á; Pujol, R; Barrios L. A higher level of education amplifies the inverse association between income and disability in the Spanish elderly. Aging Clin Exp Res. 2015;27(6):903–312.
49. Liu X, Wong H, Liu K. Outcome-based health equity across different social health insurance schemes for the elderly in China. BMC Health Serv Res [Internet]. 2015 Dec 14 [cited 2018 May 3];16(1):9. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/16/9>
50. Huenchuan S, Guzmán J. Seguridad Económica y Pobreza en la Vejez: Tensiones, Expresiones y Desafíos para Políticas. In: Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe [Internet]. Santiago de Chile: CEPAL; 2006. p. 2–23. Available from: https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/5/27255/huenchuan_guzman.pdf
51. Domingo M. Envejecimiento exitoso. Rev Med Clin Condes. 2009;20(2):167–74.
52. Whitehead, M; Göran , D; Gilson L. Construcción de una respuesta política a la falta de equidad en la salud: una perspectiva mundial. 2002;

53. Dulcey Ruiz; E; Fundación para el Desarrollo Humano Cepsiger RL de GR. Retos del envejecimiento y la vejez: una mirada incluyente. Colombia;
54. Alvarado, A; Salazar A. Análisis de concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 15];25(2):57–62. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
55. Revista Semana. Colombia envejece a pasos acelerados [Internet]. 28 de Septiembre del 2015. 2015 [cited 2018 Apr 30]. Available from: <https://www.semana.com/nacion/articulo/colombia-envejece-pasos-acelerados/444211-3>
56. Tuesca Molina, R; Amed EJ. Capital social y su relación con la percepción de salud. Encuesta nacional de salud, Colombia 2007. Colomb Med [Internet]. 2014 [cited 2017 Nov 22];45(45):7–14. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28330908002>
57. O. Dziadkowiec, G.J. Meissen ECM. Perceptions of community, social capital, and how they affect self-reported health: a multilevel analysis. R Soc Public Heal [Internet]. 2017;152:9–16. Available from: [http://www.publichealthjrnl.com/article/S0033-3506\(17\)30206-8/abstract](http://www.publichealthjrnl.com/article/S0033-3506(17)30206-8/abstract)
58. Volken T, Wieber F, Rüesch P, Huber M, Crawford RJ. Temporal change to self-rated health in the Swiss population from 1997 to 2012: the roles of age, gender, and education. Public Health [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2018 Jan 5];150:152–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28802181>
59. Constituyente CA. Constitución Política de Colombia 1991 [Internet]. Consejo Superior de la Judicatura(CENDOJ), editor. Bogotá D.C: 2010; 1991 [cited 2017 Sep 10]. Available from: <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf/8b580886-d987-4668-a7a8-53f026f0f3a2>
60. Restrepo Zea,J;Silva Maya ,C; Andrade Rivas,F;Vh-Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Colomb Rev Gerenc Polít Salud [Internet]. 2014 [cited 2017 Sep 13];13(1327):242–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyeps13-27.assa>
61. Ministerio de salud y protección social.Dirección de epidemiología y demografía.Grupo de gestión de conocimiento y fuentes de información. ROSS.Guía metodologica modulo epidemiológico registros,observatorios,sistemas de seguimiento y salas situacionales nacionales en salud. [Internet]. Versión 2. Ministerio de salud y protección social.Dirección de epidemiología y demografía, editor. Bogotá, D.C: 2013; 2014. 44 p. Available from: www.minsalud.gov.co

62. Garcia F. Autopercepción de salud y envejecimiento . Cienc E Innovación En Salud. 2013;1(1):69–77.
63. Todd, J; Rossi, M ;Triundo P. El estado de salud del adulto mayor en América Latina. Cuad Econ. 2007;XXVI(46):147–67.
64. Gomez, F;Corchuelo, J;Curcio, C;Calzada, MT;Mendez F. SABE Colombia: Survey on Health, Well-Being, and Aging in Colombia.Study Design and Protocol. Curr Gerontol Geriatr Res [Internet]. 2016;2016:1–7. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/cggr/2016/7910205/>
65. Posada, A; Berrocal A. Reconfiguración regional en el marco del ordenamiento territorial; Francia, un espejo para Colombia. Rev UDCA Act Div Cient. 2015;1(18):271–81.
66. Sánchez Valbuena H. Regionalización y ordenamiento territorial: Una propuesta para Colombia. Rev UDCA Act Div Cient. 2004;7(2):3–10.
67. Tuesca, R; Salazar E. Influencia de las desigualdades sociosanitarias y el capital social en la autopercepción de salud de los colombianos.Un análisis por regiones. REVISALUD Unisucre. 2014;1(2):2339–4072.
68. Sen A 1996: Capacidad y bienestar. In: Económica F de C, editor. Nussbaum, M; Sen, A, comp La calidad de vida. 1996th ed. Mexico, D.F: Económica, Fondo de Cultura; 1993. p. 54–83.
69. Sen A. Commodities and Capabilities. Press OU, editor. New, York.; 1985. 1999.
70. González, J; Sarmiento, A; Alonso, C; Angulo, R; Espinosa F. Efectos del nivel de ingreso y la desigualdad sobre la autopercepción en salud: análisis para el caso de Bogotá. Rev Gerenc y Políticas Salud [Internet]. 2005;4(9):120–40. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54540906>
71. Fernández, J;Fidalgo, M ;Alarcos C. Los conceptos de calidad de vida,salud y bienestar analizados desde la persepectiva de la clasificación Internacional de funcionamiento (CIF). Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2010 [cited 2018 Jan 12];84(2):169–84. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005
72. Asociación interdisciplinar de Gerontología-AIG de Colombia;Dulcey, E; Izquierdo, ME; Franco , MI; Mantilla GFNRM. Ciclo vital,vejez y calidad de vida en el Chocó.Envejecer Chocó. :15–63.
73. Botero ,B ;Pico M. Calidad de vida de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos

- mayores de 60 años: una aproximación teórica. Hacia la promoción la salud [Internet]. 2007 [cited 2017 Sep 12];12:11–24. Available from:
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
74. Sen A. El desarrollo como libertad. In 2001. p. 19–76.
 75. Tuesca R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. Rev Científica Salud Uninorte. 2012;21(180).
 76. Serdà B. Calidad de vida y gerontología: Descripción de una línea de investigación. Eur J Investig Heal Psychol Educ [Internet]. 2014 [cited 2018 Jan 13];4. Available from:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/european-journal-cancer-03-2015.pdf>
 77. Alonso R. El paciente crónico y su entorno social. Nefrología. 1994;1.
 78. Naughton MJ, Shumaker SA, Anderson RT CS. Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. In: iQuality of Life and Pharmaco economics in Clinical Trials. 1996. p. 117–13.
 79. Patrick D EP. Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation. York OUPN, editor. New York; 1993.
 80. Samaja J; Galende E. Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires; 2009.
 81. J B. Epidemiología: economía política y salud. Bolívar EUA simón, editor. Quito; 2010.
 82. Blanco, JH; Maya J. Conceptos básicos. In: Biologicas(CIB) C para investigaciones, editor. Fundamentos de salud pública. Medellín, Antioquia, Colombia; 2005.
 83. Castellanos P. Sobre el concepto de salud enfermedad. In: OPS O de PLS, editor. Boletín epidemiológico OPS. 4th ed. Washington; p. 40–55.
 84. Garzón, M; Gómez R. Condiciones de salud enfermedad de un grupo de trabajadores informales " venteros " del centro de Medellín. Universidad de Antioquia; 2009.
 85. Caponi S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. História, Ciências, Saúde [Internet]. 1997 [cited 2018 Jan 12];IV(2):287–307. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n2/v4n2a05>
 86. Castro R. Teoría social y salud. CRIM-UNAM, editor. Buenos Aires; 2011.
 87. Quevedo E. El proceso salud-enfermedad: Hacia una clínica y una epidemiología no

- positivista. In: Universidad de Antioquia, editor. Seminario permanente Salud y administración. Bogotá; 1990. p. 1–47.
88. Ávila M. Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. *Acta Med Costarric* [Internet]. 2009 [cited 2018 Jan 12];52(2):71–3. Available from: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n2/art02v51n2.pdf>
 89. Lauren A. La salud-enfermedad como proceso social. *Cuad Médico Soc* [Internet]. 1982 [cited 2018 Jan 12];19. Available from: <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/laurell.pdf>
 90. Casallas A. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Rev Ciencias la Salud* [Internet]. 2017 Oct 5 [cited 2018 Jan 12];15(3):397. Available from: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/6123>
 91. von Bertalanffy L. Teoría General de los Sistemas. Fundamentos, desarrollo , aplicaciones [Internet]. Sexta. México, DF: Fondo de cultura económica S.A de C.V; 1968 [cited 2018 Jan 14]. Available from: http://www.cyta.com.ar/biblioteca/bddoc/bdlibros/Bertalanffy_Teoria_General_De_Los_Sistemas.pdf
 92. Griffiths, P; Ullman, R; Harris R. Self assessment of health and social care needs by older people: a multi-method systematic review of practices, accuracy, effectiveness and experience. London School of Hygiene and Tropical Medicine. London, UK: National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO). 2005; 2005. 1-227 p.
 93. Mora P. Cambios en la autopercepción del estado de salud y factores asociados ,en adultos mayores residentes en la comuna 18 de Cali 2009-2010 [Internet]. Universidad del Valle; 2009 [cited 2018 Jan 15]. Available from: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/xmlui/bitstream/handle/10893/10552/BD-0520940.pdf?sequence=1>
 94. Ocampo J. Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colomb Med*. 2010;41(3):1–15.
 95. Curcio CJJ. Caidas recurrentes en ancianos. *Acta médica Colomb* [Internet]. 2009 [cited 2017 Nov 22];34(3):103–10. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v34n3/v34n3a3.pdf>

96. Gómez, JF;Curcio, C;Orjuela, JE; Ramírez J. Envejecimiento en comunidades campesinas: proyecto envejecer en el campo. Corporación Ed Médica del Val Colombia Médica. 1998;121(4).
97. Moreno Royo, L;Botella Rocamora P. Factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo. Univ Cardenal Herrera [Internet]. 2014; Available from: [http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/7040/1/Factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo_prevencci3n desde la oficina de farmacia_Tesis_Mar%20a%20Teresa%20Climent%20Catal3a.pdf](http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/7040/1/Factores%20de%20riesgo%20asociados%20al%20deterioro%20cognitivo_prevencci3n%20desde%20la%20oficina%20de%20farmacia_Tesis_Mar%20a%20Teresa%20Climent%20Catal3a.pdf)
98. Alonso,LM;Rios, A; Caro, S;Maldonado, A; CampoL;Quiñonez,D ;Zapata Y. Percepci3n del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores de Hogar Geriatrico San Camilo de Barranquilla. SaludUninorte [Internet]. 2010 [cited 2018 Jan 15];26(2):250–9. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v26n2/v26n2a08.pdf>
99. World Health Organization(WHO) Regional Publication. Statistics netherlands.Hearh interview surveys:towards international harmonization of methodology and instrument. [Internet]. World Health Organization Regional office for Europe, editor. Copenhagen,Denmark: WHO Regional office for Europe,WHO Regional publications; 1996 [cited 2018 Jan 15]. 1-170 p. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107328/1/E72841.pdf>
100. Bjoner K. Self-rated health: a used concept in research,prevention and clinical medicine. Stockholm,, Swedish: Ord & Form; 1996.
101. Sarmiento, MC; Curcio COM. Autopercepci3n de salud en personas mayores de 4 municipios de Caldas (Chinchiná,La Dorada, Salamina y Riosucio). Universidad de Caldas; 2015.
102. Liang, J;Shaw, BA; Krause, N; Bennett, J;Kibayashi, E;Fukaya T. How does self-assessed health change with the age? A study of older adults in Japan. J Gerontol BPsychological Sci Soc. 2005;60(s):224–32.
103. Idler, E;Banyamini Y. Self-rated health and mortality:a review af twenty-seven community studies. J Heath Soc behavior. 1997;38(1):21–37.
104. Moreno, X;Huerta, M; Albala C. Autopercepci3n de salud general y mortalidad en adultos mayores. Gac Sanit. 2014;
105. Bustos, E;Fernández , J;Astudillo CI. Self-rated health, multimorbidity and depression in older adults: proposal and evaluation of a simple conceptual model. Biomédica. 2017;37(1):92–103.

106. Griffiths, P;Ullman, R,Harris R. Self Assessment of Health and Social Care Needs by Older People: A multi-method systematic review of practices, accuracy, effectiveness and experience Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO. Natl Co-ord Cent NHS Serv Deliv Organ [Internet]. 2005;1–272. Available from: <https://www.scie-socialcareonline.org.uk/self-assessment-of-health-and-social-care-needs-by-older-people-a-multi-method-systematic-review-of-practices-accuracy-effectiveness-and-experience/r/a11G00000017r8cIAA>
107. Darker CD, Donnelly-Swift E, Whiston L, Moore F, Barry JM. Determinants of self-rated health in an Irish deprived suburban population – a cross sectional face-to-face household survey. BMC Public Health. 2016;16:767.
108. Martínez, IL;Chaves P. Envejecimiento activo y participación social. In: Tratado de medicina geriátricaSección IEI anciano como diana de atención sanitaria especializada [Internet]. Elsevier España; S.L.; 2015. p. 36–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-84-9022-120-4/00005-7>
109. Arana, B;García, ML;Cárdenal, L;Hernández Y. Cuidado profesional de enfermería aplicado a la población de los adultos mayores en una institución pública.
110. Gómez, F;Curcio, C; Orjuela, JE;Ramírez J. Envejecimiento en comunidades campesinas: proyecto envejecer en el campo. Colomb Med [Internet]. 1998 [cited 2017 Nov 22];121(4):121–4. Available from: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/viewFile/102/101>
111. Gómez,JF;Curcio, CL; Henao G. Fragilidad en ancianos colombianos. RevMedicaSanitas [Internet]. 2012 [cited 2017 Nov 23];15(4):8–16. Available from: <http://www.unisanitas.edu.co/Revista/45/08 ANCIANOS DFN.pdf>
112. Jürschik, P;Escobar MA;Nuin, C;Botigué T. Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. Aten Primaria. 2011;43(4):190–6.
113. Alexandre, T;Corona, LP;Brito, T;Santos, J;Duarte, Y;Lebrão M. Gender differences in the incidence and determinants of components of the frailty phenotype among older adults: findings from the SABE Study. Journal of Aging and Health. 2018.
114. Landinez, NS;Contreras, K;Castro Á. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2012 Dec [cited 2018 Jan 17];38(4):562–80. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

115. Martín J. LOS FACTORES DEFINITORIOS DE LOS GRANDES GRUPOS DE EDAD DE LA POBLACIÓN: TIPOS, SUBGRUPOS Y UMBRALES. *Scr Nov Rev electrónica Geogr y ciencias Soc* [Internet]. 2005 [cited 2018 Jun 21];9(2). Available from: <https://www.raco.cat/index.php/scriptanova/article/view/55937>
116. Meléndez J. La autopercepción negativa y su desarrollo con la edad. *Geriatrka*. 1966;12:389.
117. Garay, S; Avalo R. Autopercepción de los adultos mayores sobre su vejez. *Rev Kairós* [Internet]. 2009 [cited 2017 Nov 23];12(1):39–58. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2779/1814>
118. Anzola P; M. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa [Internet]. Vol. 38, *Salud Pública de México*. 1996 [cited 2018 Feb 14]. 548-550 p. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/106/10638618.pdf>
119. Portela J. Envejecimiento exitoso. *Fisiopatol la ancianidad*. 2008;66(6).
120. Sarabia C. Envejecimiento exitoso y calidad de vida, su papel en las teorías del envejecimiento. *GEROKOMOS* [Internet]. 2009 [cited 2018 Jan 17];20(4):172–4. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v20n4/breve1.pdf>
121. Chaves, ML; Camozzato, A LEizirik, C.L; Kaye J. Predictors of normal and successful aging among urban-dwelling elderly brazilians. *Journals Gerontol - Psychol Sci Soc Sci*. 2009;64(5):597–602.
122. Phelan E, Laison E. “Successful Aging” Where next? *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(7):1308–2002.
123. Havighurst RJ. *Developmental tasks and education*. McKay, editor. New York; 1972. 1948 p.
124. Baltes PB SJ. New frontiers in the future of aging. In: *successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age*. 2nd ed. *Gerontology*; 2003. p. 123–35.
125. Baltes P. On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *Psychologist A*, editor. Vol. 52, *Psychologist, American*. 1997. 366-380 p.
126. Petretto, D; Pili, R; Gaviano, L; López, C; Zuddas C. Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016;51(4):229–41.

127. Organización Panamericana de la salud(OPS). Envejecimiento Saludable [Internet]. [cited 2018 Apr 24]. Available from:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13634:healthy-aging&catid=9425:healthy-aging&Itemid=42449&lang=es
128. Organización Panamerica de la Salud.OMS. Plan de acción sobre la salud de las personas mayores incluido el envejecimiento activo y saludable [Internet]. 28 de Septiembre , CD49/8 OPS-OMS; 2009. Available from: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-08-s.pdf>
129. Organización Mundial de la Salud. Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. 22 de abril 2016, A69/17 2016 p. 1–43. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf
130. Organización Mundial de la salud(OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Ginebra; 2015 [cited 2018 Apr 24]. 1-282 p. Available from: http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240694873_spa.pdf
131. SullivanMD. Maintaining good morale in old age. *West J Med.* 1997;167:276–84.
132. Young, Y;Frick, K;Phelan E. Can Successful Aging and Chronic Illness Coexist in the Same Individual? A Multidimensional Concept of Successful Aging. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2009;10(2):87–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2008.11.003>
133. Jiménez X. Envejecimiento Exitoso.
134. Dahany MM, Dramé M, Mahmoudi R, Novella JL, Ciocan D, Kanagaratnam L, et al. Factors associated with successful aging in persons aged 65 to 75 years. *Eur Geriatr Med.* 2014;5(6):365–70.
135. Masoro E. Dietary restriction and metabolism and disease. In: Springer-Verlag, editor. *Armbrecht HJ, Prendergast JM and Coe RM, eds Nutritional Intervention in the Ageing Process.* New York; 1984. p. 88–94.
136. Andersen, K; Schroll , M; Jeune B. Healthy centenarians do not exist, but autonomous centenarians do: A population-based study of morbidity among Danish centenarians. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49:900–8.
137. Ivan I. Neuropsychiatric examination of centenarians. In: Karger, editor. *E Beregi, ed Centenarians in Hungary: A Sociomedical and Demographic Study. Interdisciplinary Topics*

in Gerontology.; 1990. p. 53–64.

138. Loujiha J. Finish centenarians [dissertation]. Helsinki,Finland; 1994.
139. Allard M. La recherche du secret des centenaires. Le Cherche-Midi, editor. Paris; 1991.
140. Foster J. Successful coping, adaptation and resilience in the elderly: An interpretation of epidemiologic data. *Psychiatr Q.* 1997;68:189–219.
141. Terry, DF; Sebastiani, P; Andersen, SL; Perls T. Sentangling the roles of disability and morbidity in survival to exceptional old age. *Arch Intern Med.* 2008;168:277–83.
142. Blanco M. Predictores psicosociales del envejecimiento activo:evidencias en una muestra de personas adultas mayores. *An en Gerontol* [Internet]. 2011 Jan 1 [cited 2018 Feb 14];6(6):11–29. Available from:
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/8868>
143. Depp , CA;Jeste D. Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studie. . *Am J Geriatr Psy-chiatry.* 2006;14:6–20.
144. Luz Martínez I, Chaves PHM, Peláez M. Envejecimiento activo y participación social EVIDENCIAS DE IMPACTO EN LA SALUD.
145. Crowther, M;Parker, M; Achenbaum, W A;Larimore W, Koenig H. Rowe and Kahn's Model of Successful Aging Revisited: Positive Spirituality—The Forgotten Factor. *Gerontologist.* 2002;42(5):613–20.
146. Lucchetti, G ;Granero, A; Modena, R; Nasri, F ; da Ponte S. O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento The elderly and their spirituality: impact on different aspects of aging. *REV BRAS Geriatr E Gerontol.* 2006;8(1).
147. Orozco Ríos AM, López Velarde Peña T, Martínez Gallardo Prieto L. Estrategias para un envejecimiento exitoso. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 Sep [cited 2018 Jan 17];51(5):284–9. Available from:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211139X15002036>
148. Ocampo, J; Romero, N;Saa, H;;Herrera, J; Reyes C. Prevalencia de las prácticas religiosas , disfunción familiar , soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores . Cali , Colombia 2001 Colombia Médica hay entre la religión y los adultos mayores , se observó que las ciones de estrés que lleva cons. *Colomb Med.* 2006;37(Supl 1):26–30.
149. Koenig, H; Hays, J;Larson, D;George L, Cohen, H;Mccullough M, Meador, K; Blazer D.

- Does Religious Attendance Prolong Survival? A Six-Year Follow-Up Study of 3,968 Older Adults. *J of Gerontology Med Sci* [Internet]. 1999;54(7):37–376. Available from: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article-abstract/54/7/M370/541415>
150. Colombia.Ministerio de salud y protección social P. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Ministerio de Salud y Protección Social, editor. Bogotá, D.C: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. 1-430 p.
 151. Benyamini Y, Blumstein T, Lusky A, Modan B. Gender differences in the self-rated health-mortality association: Is it poor self-rated health that predicts mortality or excellent self-rated health that predicts survival? *Gerontologist*. 2003;43(3):396–405.
 152. Lawton M. Assessment, integration and environment for older people. In: *The Gerontologist*. 1970. p. 38–46.
 153. Brown C. trajectories of life-space mobility after hospitalization. *Annu Intern Med*. 2009;6:372–8.
 154. Peel C. Assessing mobility in older adults: the university of Alabama at Birmingham(UAB) study of aging life-space assessment. *Phys Ther* [Internet]. 1985;10:1008–19. Available from: <http://physicaltherapyjournal.net/content/85/10/1008>
 155. Flórez J. Comunicación virtual. 2004.
 156. Whitley, E; Benzeval, M; Popham F. Associations of Successful Aging With Socioeconomic Position Across the Life-Course: The West of Scotland Twenty-07 Prospective Cohort Study. *J Aging Health*. 2018;30(1):52–74.
 157. Muñoz M. Determinantes del ingreso y del gasto corriente de los hogares. *Rev Econ Inst* [Internet]. 2008 Aug 8 [cited 2018 Apr 30];6(10):1–17. Available from: <http://revistas.uexternado.edu.co/index.php/ecoins/article/view/177/163>
 158. Duesenberry JS. La renta, el ahorro y la teoría del comportamiento de los consumidores. Alianza Editorial, editor. 1967.
 159. Pérez, GJ; Silva A. Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia [Internet]. Banco de la República, editor. Cartagena; 2015 [cited 2018 Apr 26]. 1-61 p. Available from: http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_218.pdf
 160. DANE DAN de E. Preguntas frecuentes sobre estratificación [Internet]. Información Vía Web. Bogotá D.C; 2016. p. 7. Available from: https://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Preguntas_frecuentes_estratificacion.pdf

161. Departamento administrativo nacional de estadísticas (DANE). ALGORITMO PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL ÍNDICE DE POBREZA MULTIDIMENSIONAL – IPM [Internet]. Bogotá D.E: 1997; Available from:
https://formularios.dane.gov.co/Anda_4_1/index.php/catalog/254/download/3830
162. Montenegro Á, Ramírez LM. La inflación de los adultos mayores en Colombia. Rev Econ Inst [Internet]. 2016 Nov 29 [cited 2018 Apr 26];18(35):197. Available from:
<http://revistas.uexnado.edu.co/index.php/ecoins/article/view/4721>
163. Salvador S. Estudio comparativo de la “economía del cuidado” en Argentina, Brasil, Colombia, México y Uruguay. In: capítulo Latinoamericano [Internet]. 2007. Available from: <http://www.generoycomercio.org/areas/investigacion/salvador07.pdf>
164. Natalicio J. Calidad de vida en la tercera edad. Rev Psiquiatr dinámica y Psicol clínica. 2000;3(9).
165. Gómez, J F; Curcio C. Envejecimiento rural. Cuad Investig. 2004;3(1):153.
166. González, J; Sarmiento, A; Alonso, CE; Angulo, RC; Espinosa F. Efectos del nivel de ingreso y la desigualdad. Rev Gerenc y Políticas Salud [Internet]. 2005;4(9):120–40. Available from:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=24035708&lang=es&site=eds-live>
167. Zapata H. Autopercepción de salud en adultos mayores y desenlaces en salud física, mental y síndromes geriátricos, en Santiago de Cali . Rev Salud Pública [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 22];17(174):589–602. Available from:
<http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n4.36944>
168. Fuentes, A; Sánchez, H; Lera, L; Cea, X; Albala C. Desigualdades socioeconómicas en el proceso de discapacidad en una cohorte de adultos mayores de Santiago de Chile. Gac Sanit [Internet]. 2013; Available from:
<http://aoemj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40557-015-0057-0>
169. Hirai H, Kondo K, Kawachi I. Social determinants of active aging: Differences in mortality and the loss of healthy life between different income levels among older Japanese in the ages cohort study. Curr Gerontol Geriatr Res. 2012;
170. Britton, A; Shipley, M; Singh-Manoux; Marmot M. Successful aging: the contribution of early-life and midlife risk factors. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2008;56(6):1098–105. Available from: 10.1111/j.1532-5415.2008.01740.x

171. Cardona D, Segura Á, Segura A, Muñoz D, Jaramillo D, Lizcano D, et al. Índice de vulnerabilidad de adultos mayores en Medellín, Barranquilla y Pasto. *Biomédica* [Internet]. 2017;38:108–20. Available from:
<https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3846>
172. Fundación Friedrich Ebert de Colombia-Fescol. *La vejez urbana en Colombia*. Bogotá; 1993.
173. Colombia.Ministerio de salud y protección social. Encuesta SABE será base para formular política de envejecimiento y vejez en Colombia [Internet]. [cited 2017 Oct 1]. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Encuesta-SABE-sera-base-para-formular-politica-de-envejecimiento-y-vejez-en-Colombia.aspx>
174. Laurell A. La construcción teórico metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores. In: *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Washington, D.C: Serie PALTEX. Salud y Sociedad; 2000. p. 13–53.
175. Cardona J. El concepto de salud enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción. *Rev Centroam Adm pública*. 1987;12:103–136.
176. Organización Internacional del trabajo-Oficina de actividades para los trabajadores (ACTRAV). *Políticas y regulaciones para luchar contra el empleo precario*. 2011.
177. Paz J. Envejecimiento y empleo en América latina y el Caribe. [Internet]. Ginebra,Suiza; 2011. Available from: http://www.ilo.org/wcmsp5/group/public/@ed-emp/@emp_policy/documents/publication/wcms_140847.pdf
178. Giatti , LBS; César C. Social protection at work, unemployment and health in Brazilian metropolitan areas, 1998 and 2003. *Saude Pública*. 2009;
179. de la Cuesta C. La artesanía del cuidado: cuidar en la casa a un familiar con demencia avanzada. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2005 Dec 1 [cited 2018 Mar 20];15(6):335–42. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862105711402?via%3Dihub>
180. Aranda C. Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Rev Costarric Salud Pública*. 2006;15:1 citation_lastpage=7.
181. Dulcey EC de PG. Diálogos sobre envejecimiento y vejez. In: Fundación CEPISIGER, editor. *Buscando caminos para hacer viables un envejecimiento y una vejez dignos* [Internet].

- Bogotá, D.C.: Fundación CEPISIGER; 2010 [cited 2017 Nov 13]. p. 1–37. Available from:
<http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPolíticas/Políticas Poblacionales/Envejecimiento y Vejez/Documentacion/Dialogos Envejecimiento y Vejez Fundacion Cepsiger- CCON.pdf>
182. De La Cuesta C. «Estar tranquila»: la experiencia del descanso de cuidadoras de pacientes con demencia avanzada. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2009 Jan 1 [cited 2018 Mar 20];19(1):24–30. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862108000120>
 183. Rodríguez , AM;Rodríguez, E;Duarte, A; Díaz, E; Barbosa, Á; Clavería, A. Zarit G. Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Aten Primaria* [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 20];49(3):156–65. Available from: www.elsevier.es/ap
 184. Martínez Marcos M, De la Cuesta Benjumea C. La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes. *Atención Primaria* [Internet]. 2016 Feb [cited 2018 Mar 30];48(2):77–84. Available from:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656715001249>
 185. Martínez, M; De la Cuesta C. La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes. [cited 2018 Mar 20]; Available from:
https://ac.els-cdn.com/S0212656715001249/1-s2.0-S0212656715001249-main.pdf?_tid=83ab5d3d-6b29-40e0-9ada-3defcf3d907e&acdnat=1521568337_08cf78393a97c3710c06d7016a1ed6ae
 186. Carrillo, G; Barreto, R; Arboleda, L; Gutiérrez, O; Melo, B; Ortiz V. Competencia para cuidar en el hogar de personas con enfermedad crónica y sus cuidadores en Colombia. *Rev la Fac Med* [Internet]. 2015 Dec 10 [cited 2018 Apr 12];63(4):665–75. Available from:
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/50322>
 187. De la Cuesta C. Una vida que no es normal: el contexto de los cuidados familiares en la demencia. *Index de Enfermería* [Internet]. 2011 Jun [cited 2018 Mar 30];20(1–2):41–5. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 188. Dueñas, E; Martínez, MA; Morales, B; Muñoz, C; Viáfara, AS; Herrera JA. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colomb Med* [Internet]. 2006 [cited 2018 Mar 27];37(2). Available from:
<http://www.bioline.org.br/pdf/rc06034>

189. Albala, C;Marín, P; Vio;F García C. Salud, Bienestar y Envejecimiento, Región Metropolitana, Chile. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud. [Internet]. Santiago de Chile,Chile; 2000. Available from:
<http://www.ucursos.cl/medicina/2005/0/.../1/material.../63207%0AÁlvarez>,
190. Campos ACV, Ferreira EF e., Vargas AMD, Albala C. Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: Factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. Health Qual Life Outcomes. 2014;
191. Ministerio de Salud y Protección social-departamento administrativo de Ciencia Tecnología e innovación CU del V y U de C. Encuesta SABE Colombia:Situación de Salud,Bienestar y Envejecimiento en Colombia. Colombia; 2016. 476 p.
192. International Longevity Centre Brazil. Envejecimiento activo: Un marco político ante la revolución de la longevidad [Internet]. International longevity centre Brazil, editor. International longevity centre Brazil; 2015 [cited 2018 May 3]. 126 p. Available from:
<http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Envejecimiento-Activo-Un-Marco-Político.pdf>
193. Abellán , A; Rodríguez, Á; Pujol , R; Barrios L. A higher level of education amplifies the inverse association between income and disability in the Spanish elderly. Aging Clin Exp Res. 2015;27(6):903–9.
194. Gallegos K, García Peña C, Duran Muñoz C, Reyes H, Durán Arenas L. Autopercepción del estado de salud: Una aproximación al los ancianos en México. Rev Saude Publica. 2006;40(5):792–801.
195. Guzmán , JM;Huenchuan, S;Montes de Oca V. Redes de apoyo social de las personas mayores:marco conceptual. In: CELADENotas de Población,año XXIX,nro77. Santiago de Chile,Chile: Organización de las Naciones Unidas; 2003.
196. Medeiros, SM;Santos, L;Carneiro, J;Fagundes, GC;Fernandes , AT; Prates A. Factors associated with negative self-rated health among non-institutionalized elderly in Montes Claros, Brazil. Cien Saude Colet [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 13];21(11):3377–86. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n11/en_1413-8123-csc-21-11-3377.pdf
197. Monchietti, A;Krezemien D. Envejecimiento femenino:participación social significativa y salud. Psiquiatria.com [Internet]. 2002;6(1). Available from:
<https://psiquiatria.com/psicogeriatria/envejecimiento-femenino-participacion-social-significativa-y-salud/>

198. Ferrada , L;Zavala M. Bienestar psicologico :Adultos mayores a través del voluntariado. Cienc y Enferm XX [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 17];1(1):123–30. Available from: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v20n1/art_11.pdf
199. Schwingel A, Niti M, Tang C NT. Continued work employment and volunteerism and mental well-being of older adults: Singapore longitudinal ageing studies. 2009;38(5):531–8.
200. Rolland Y, Van Kan GA VB. Physical activity and Alzheimer's disease. In: Prevention to therapeutic perspectives J Am Med Dir Assoc. 2008. p. 390–405.
201. Vivaldi, F;Barra E. Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. Ter Psicológica. 2012;30(2):718–4808.
202. Rodriguez M. La soledad en el anciano. Gerokomos [Internet]. 2009 [cited 2018 Feb 15];20(4):159–66. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003
203. Darnton Hill I. El envejecimiento con salud y calidad de vida. In: Foro mundial de la salud. 1996.
204. Sequeira, D;Cabezas,JL;Olmos,J;Montero M. La Soledad en las personas mayores: Factores protectores y de riesgo. Evidencias empíricas en Adultos Mayores chilenos. Universidad de Granada; 2011.
205. Waters, W;Gallego C. Salud y bienestar del adulto mayor indigena [Internet]. OPS-OMS. 2010. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=16715&Itemid=270&lang=es
206. Estrada, Al;Cardona, D;Segura, ÁM;Chavarriaga, L;Ordóñez, J;Osorio J. Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. Biomédica [Internet]. 2011 [cited 2017 Sep 12];31:492–502. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/843/84322449004.pdf>
207. Bélanger E, Ahmed T, Vafaei A, Curcio CL, Phillips SP, Zunzunegui MV. Sources of social support associated with health and quality of life: A cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults. BMJ Open. 2016;6(6):1–10.
208. Manzoli, L;Villari, P; Pirone, G;Boccia A. Marital status and mortality in the elderly: A systematic review and meta-analysis. Soc Sci Med. 2007;64(1):77–94.
209. Va P, Yang W-S, Nechuta S, Chow W-H, Cai H, Yang G, et al. Marital status and mortality among middle age and elderly men and women in urban Shanghai. Kiechl S, editor. PLoS

- One [Internet]. 2011 Nov 2 [cited 2018 May 3];6(11):e26600. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0026600>
210. Prigerson, H G; Maciejewski, PK; Rosenheck R. The effect of marital dissolution and marital quality on health and health services use among women. *Med Care*. 1999;37:858–873.
 211. Waldron, I; Weiss, C; Hughes M. Marital status effects on health: Are there differences between never married women and divorced and separated women? *Soc Sci Med*. 1997;4:1387–1397.
 212. Murphy, M; Glaser, K; Grundy E. Marital status and long-term illness in Great Britain. *J Marriage Fam*. 1997;(59):156–164.
 213. Beach, S; Fincham, F; Katz J. Marital therapy in the treatment of depression: Toward a third generation of therapy and research. *Clin Psychol Rev*. 1998;(18):635–661.
 214. Saz, P; Dewey ME. Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: A systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;(16):622–630.
 215. Bookwala J. The role of marital quality in physical health during the mature years. *J Aging Heal*. 2005;17:85–104.
 216. Cavalcante A. a psicologia do idoso. *Psiquiatr line Bras* [Internet]. Available from: <http://www.polbr.med.br/Arquivo/mour0502.htm>
 217. Strawbridge, W; Shema, M.S; Richard, D; Cohen MAAK. Religious attendance increases survival by improving and maintaining. *Ann Behav Med*. 2001;23(1):68–74.
 218. Moraes JFD De, Souza VBDAE. Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(4):302–8.
 219. Wong P. Spirituality, meaning and successful aging. In: PTP Wong & PS Fry, editor. *The human quest for meaning: a handbook of psychological research and clinical applications* [Internet]. NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1998. p. 359–94. Available from: <http://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fhum0000062>
 220. Arango, VE; Ruiz I. Diagnostico de los Adultos Mayores en Colombia. *Fund Saldarriaga Concha* [Internet]. 2005;1–84. Available from: http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf%5Cnhttp://www.dane.gov.co/files/comunicados/cp_informfinal08.pdf

221. A. T. Psychosocial factors and health: community and workplace study. *J Epidemiol.* 2005;65(9).
222. Cano, S;Garzón, MO;Segura, ÁM;Cardona D. Maltrato psicológico en los adultos mayores del departamento de Antioquia, 2012 Psychological abuse in older adults in the department of Antioquia, 2012. *RevFacNacSalud Pública.* 2014;31(1):99–106.
223. Mental. M de salud y protección social. S de ENT salud. Boletín de salud mental :Depresión. [Internet]. 2017. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
224. Ministerio de Salud y Protección Social; Colciencias. Guía de práctica clínica, detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. Bogotá, D.C; 2013.
225. Cardona, D; Segura, A; Garzón, M; Segura , Al; Cano S. Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia. *Rev Bras Geriatr e Gerontol* [Internet]. 2016;19:71–86. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/es_1809-9823-rbgg-19-01-00071.pdf
226. Gómez-Angulo C, Campo-Arias A. Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15 y GDS-5): Estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Univ Psychol.* 2011;10(3):735–43.
227. Desjarlais R e. al. Ancianos. In: *Salud mental en el mundo :problema y prioridades en poblaciones de bajos ingreso.* Washington, D.C; 1997.
228. Cano, C;Gómez, A;Samper, R;Rodríguez, C;Arciniegas, A ; Borda M. Estilos de vida y depresión en la población adulta mayor estudio SABE Bogotá. *Rev Asoc Colomb Gerontol Geriatr* *Rev Asoc Colomb Gerontol Geriatr* [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 12];29(3). Available from: http://www.acgg.org.co/pdf/pdf_revista_15/29_3_original.pdf
229. Kurlowicz L. Prácticas de excelencia en los cuidados de enfermería de adultos mayores La escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés). *Hartford Inst Geriatr Nursing, New York Univ Coll Nurs* [Internet]. 2007 [cited 2018 Jun 8];4. Available from: <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-4-spanish.pdf>
230. Taurino, D;Curcio, C;Alvarado, B;Zunzunegui, MV;Guerra F. La brecha de género en violencia doméstica en adultos mayores en América Latina:el estudio IMIAS. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;37(4/5):293–300.

231. CEY A. Maltrato en el adulto mayor institucionalizado: realidad e invisibilidad. *Rev.med.clin.condes.* 2012;23(1):84–90.
232. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores [Internet]. Available from: http://www.inpea.net/images/TorontoDeclaracion_Espanol.pdf
233. Delgado A M. Violencia hacia el adulto mayor en la ciudad de Punto Fijo. Estado Falcón. Venezuela. [Trabajo de grado para optar al título de licenciado en gerontología]. Violencia hacia el adulto mayor en la ciudad de Punto Fijo. Estado Falcón. VenezuelÁrea Ciencias de la Salud, Programa de gerontología]: Universidad Nacional Experimental «Francisco Miranda»; 2009.
234. Franco, CA;Cely, JG;Monroy, HE;Rodriguez L. Boletín salud mental.Prevenición de la violencia contra el adulto mayor. Brigadier de la tercera edad.Dirección de sanidad Militar Bogotá. 2015.
235. Colombia.Congreso de la República. Ley 1315 de 2009 [Internet]. 13 de Julio 2009, 1315 2009. Available from: <http://www.lexbase.co/lexdocs/indice/2009/l1315de2009>
236. Cardona , D; Agudelo, A; Restrepo, L; Segura A. Índice de vulnerabilidad de la población en situación de discapacidad en Medellín . *Rev salud pública.* 2014;16(1):1–13.
237. Pajares, M; Del Gallego R. Cansancio del rol del cuidador. REDUCA (Enfermería, Fisioter y Podol [Internet]. 2012;4(1):717–50. Available from: <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1015/1028>
238. De valle Alonso, MJ; Hernández .IE; Zuñiga, ML; Martínez P. Sobrecarga y burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Univ* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 27];12(1):19–27. Available from: www.elsevier.es/reu
239. González F, Ana G, Diego P JP. Sobrecarga del cuidador en personas con lesiones neurológicas. *Rev del Hosp JM.* 2004;4(1):1–22.
240. Vega, GP;Gallegos, RM;Xeque ,SÁ;Juárez,A;Perea M. Nivel de sobrecarga en el cuidador principal del paciente crónico hospitalizado. [cited 2018 Mar 27]; Available from: http://www.uaq.mx/investigacion/revista_ciencia@uaq/ArchivosPDF/v7-n1/03Articulo.pdf
241. Colombia.Ministerio de salud y protección social.Instituto Nacional de Salud, Ortiz, M;Forero, LJ; Armenta, A; Gutiérrez N. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública:violencia de

- género. Colombia: Instituto Nacional de Salud Pública; 2014 p. 1–25.
242. Oswaldo, C; Quiroz, M AL, Rangel G-C. Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Psicol y salud*. 2009;19(2):289–93.
 243. Horgas, A., Wilms, H. y Baltes M. Daily life in very old age. Everyday activities as expression of successful aging. *Gerontologist*. 1998;38(5):556–67.
 244. Ahmed, T; Vafaei, A; Auais, M; Guralnik, J; Zunzunegui M. Gender Roles and Physical Function in Older Adults: Cross-Sectional Analysis of the International Mobility in Aging Study (IMIAS). *PLoS One*. 2016;1–18.
 245. Barrero, CL; Servando, A; Ojedo A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plast y Restauración Neurológica* Plast y Restauración Neurológica [Internet]. 2005 [cited 2018 Apr 24];4(4):81–5. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice_de_barthel.pdf
 246. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. Shah S, Vanclay F, Cooper B. *J Clin Epidemiol*. 1989;42:703–9.
 247. CM. W. Measuring end results of rehabilitation of patients with stroke. *Public Heal Rep*. 1967;82(8):893–8.
 248. Wylie, CM; White B. A measure of disability. *Arch Env Heal*. 1964;1(8):834–9.
 249. Mayor, L; Martínez, CI; Sierra L. Disability in the elderly : characteristics and relevant factors. 2014;27–33.
 250. Cid Ruzafa J, Damián Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Publica*. 1997;71(1):127–37.
 251. Wade DT CC. The Barthel ADL Index: A Standard measure of physical disability? *Int Disabil Stud*. 1988;10:64–7.
 252. Colombia, Ministerio de salud, protección social y salud D de E y D. Resolución 4505 de 2012. [Internet]. Primera, 4605/2015 Colombia.: Ministerio de salud y protección social; 2016 p. 1–78. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/lineamientos-diligenciamiento-anexo-tecnico-res-4505-2012.pdf>
 253. Salud CM protección social y. Resolución 412 de 2000 [Internet]. primera, 412 Ministerio de salud y protección social; 2000 p. 1–6. Available from:

[http://www.ins.gov.co/normatividad/Resoluciones/RESOLUCION 0412 DE 2000.pdf?Mobile=1&Source=%2Fnormatividad%2F_layouts%2Fmobile%2Fview.aspx%3FList%3Dcd8e9ace%252Da894%252D4549%252D881d%252Deb05c834961c%26View%3Dd96f3ca8%252D3243%252D4dac%252Da96](http://www.ins.gov.co/normatividad/Resoluciones/RESOLUCION_0412_DE_2000.pdf?Mobile=1&Source=%2Fnormatividad%2F_layouts%2Fmobile%2Fview.aspx%3FList%3Dcd8e9ace%252Da894%252D4549%252D881d%252Deb05c834961c%26View%3Dd96f3ca8%252D3243%252D4dac%252Da96)

254. Damian, J;Ruigomez, A;Pastor, Vi; Martin J. Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. J Epidemiol Community Heal. 1999;53:412–6.
255. Van Den Brink CL, Tijhuis M, Van Den Bos GAM, Giampaoli S, Nissinen A, Kromhout D. The contribution of self-rated health and depressive symptoms to disability severity as a predictor of 10-year mortality in European elderly men. Am J Public Health. 2005;95(11):2029–34.
256. Programa de las naciones unidas para el desarrollo (UNDP). Objetivos de desarrollo sostenible [Internet]. [cited 2018 Apr 24]. Available from: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/background.html>
257. Colombia R de. Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social Integral. Colombia: ECOE Ediciones.; 1994.
258. República CC de la. Ley 50 de 1990. Colombia; 1990 p. 33.
259. Colombia.Congreso de la República. Ley 789 de 2002 [Internet]. 2002. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6778>
260. Colombia.Congreso de la República. Ley 1251 de 2008 [Internet]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=33964>
261. República CC de la. Ley 1171 [Internet]. 2007. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=27907>
262. Colombia.Congreso de la República. LEY 1450 DE 2011 Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014 [Internet]. 16-06-2011, 1450 2011 p. 2010–4. Available from: https://www.arlsura.com/files/ley1450_2011.pdf
263. Colombia.Congreso de la República. Ley 1850 [Internet]. 19 de Julio 2017, 1850 Colombia.Congreso de la republica,C; 2017 p. 1–8. Available from: [http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY 1850 DEL 19 DE JULIO DE 2017.pdf](http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY_1850_DEL_19_DE_JULIO_DE_2017.pdf)
264. Salud. CM de protección social y. Plan decenal de salud pública 2012-2021. Ministerio de la Protección Social y salud, editor. Bogotá D.C, Colombia: Imprenta Nacional de colombia; 2012. 1-452 p.

265. Hernández B, Velasco-Mondragón HE. Encuestas transversales. Salud Publica de Mexico. 2000.
266. Universidad del Valle. Cuestionario encuesta nacional de salud, bienestar y envejecimiento SABE 2015. santiago de Cali; 2015.
267. Moreno A; López, S; Corcho A. Principales medidas en epidemiología. Salud Publica Mex. 2000;42(4):337–48.
268. Morillo L. Estudio de corte transversal. In: Alvaro Garrido Madrid, editor. Ruiz M, A; Morilo Z, LEpidemiología Clínica. Primera. Bogotá D.E: Panamericana Formas e Impresos S.A; 2004. p. 197–211.
269. Ardila, J; Rodríguez, M; Armando J. Población y muestreo. In: Alvaro Garrido Madrid, editor. Ruiz, A; Morillo; LEEpidemiología Clínica, investigación clínica. Primera. Bogota D.E: Editorial Medica internacional; 2004. p. 129–39.
270. Ruiz A. Epidemiología clínica : investigación clínica aplicada [Internet]. Panamerica. Editorial medica internacional Ltda., editor. Bogotá, D.C. Colombia: Panamericana; 2004. 1-567 p. Available from: <https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/3848/Epidemiologia-Clinica.html>
271. Ministerio de Salud y Protección Social - Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología e Innovación CU del V y U de C. Encuesta SABE Colombia: Situación de Salud, Bienestar y Envejecimiento en Colombia. Bogotá; 2016. 476 p.
272. Bastos, A; Vignolo C. Mejorando la calidad de servicios para el adulto mayor [Internet]. Universidad de Chile. Facultad de ciencias Físicas y matemática. Departamento de ingeniería industrial.; 2009 [cited 2017 Sep 9]. Available from: http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2009/cf-bastos_a/pdfAmont/cf-bastos_a.pdf
273. Gallego, K; Garcia, C; Duran, C; Reyes, H; Durán L. Autopercepción del estado de salud: una aproximación al los ancianos en México. Rev Saude Publica [Internet]. 2006;40(5):792–801. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240155008>
274. Gallegos , K; García , Carmen; Durán, Carlos; Reyes, Hortensia; Durán L. Autopercepción del estado de salud: una aproximación al los ancianos en México. Rev Saude Publica [Internet]. 2006;40(5):792–801. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240155008>
275. Departamento administrativo nacional de estadísticas (DANE). Encuesta Nacional de

ingresos y gastos 2006-2007. Bogotá D.C; 2007.

276. Taurino Guedes D, Curcio CL, Alvarado Llano B, Zunzunegui MV GR. La brecha de género en violencia doméstica en adultos mayores en América Latina : el Estudio IMIAS. *Pan Am J Public Heal*. 2015;37(7):293–300.
277. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud [Internet]. 2011 [cited 2017 Sep 14]. Available from: [http://profamilia.org.co/docs/ENDS TOMO I.pdf](http://profamilia.org.co/docs/ENDS_TOMO I.pdf)
278. Patiño F, Cardona D. Depresión en un grupo de jubilados participantes en programas de actividad física y / o asociaciones de la Universidad de Antioquia, Medellín 2005. *Rev Investig y Educ en enfermería*. 2007;25(1):82–8.
279. Services. D of H and H. Physical activity and health: of the Surgeon General. Services D of H and H, editor. Atlanta, GA: U.S.; 1996.
280. Yusuf, HR; Croft, JB; Giles W. Leisure-time physical activity among older adults:United State. *Arch Intern Med*. 1996;156:1321–6.
281. Authority S council and health education. Allied Dubar National Fitness survey:a report on activity patterns and fitness levels. 1992.
282. Owen,N ; Bauman A. The descriptive epidemiology of sedentary lifestyle in adults Australians. *Intern J epidemiol*. 1992;21(305):315.
283. Reyes-Ortiz CA, Ostir GV, Pelaez M OK. Cross-national comparison of disability in Latin American and Caribbean persons aged 75 and older. *Arch Gerontol Geriatr*. 2006;42(1):21–33.
284. Estes, C.L.; Rundall TG. Social Characteristics, Social Structure, and Health in the Aging Population. In: ORY, M.G; ABELES, R.P;LIPMAN P, editor. *Aging, Health, and Behavior*. Newbury Park, California: Sage Publications, Inc.; 1992. p. 299–326.
285. Segura-Cardona A, Cardona-Arango D, Segura-Cardona Á, Garzón-Duque M. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. 2012 Risk of depression and associated factors in older adults. Antioquia, Colombia. 2012. *Rev salud pública*. 2015;17(2):184–94.
286. James M. Voice of the people 2005 : religiosity around the world [Internet]. Gallup International. 2005. Available from: <http://extranet.gallup-international.com/%0AUploads/internet/%0AREligiosity%2520around%2520the%2520world%25%0A20VoP%252005%2520press%2520release.pdf>.

287. Sawatzky, R; Ratner, PA; Chiu L. A Meta-Analysis of the Relationship Between Spirituality and Quality of Life. Soc Indic Res. 2005;72(2):153–88.
288. Ballesteros V. El voluntariado gerontológico de/con mayores. Estudio de caso. In: El voluntariado y las personas mayores, aproximación al voluntariado gerontológico. 4; 2012. p. 305.
289. Vafaei A, Alvarado B, Zunzunegui MV et al. Neighbourhood environment factors and the fall injuries in community-dwelling Canadian older adults: a validation study and exploration of structural confounding 68th Annual Scientific Meeting of the. In: 68th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society. 2015.
290. Huxhold O, Miche M, Schüz B. Benefits of Having Friends in Older Ages : Differential Effects of Informal Social Activities on Well-Being in Middle-Aged and Older Adults. J Gerontol. 2013;69(August):366–75.
291. Salud OP de la, (OPS). Encuesta multicéntrica Salud bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Informe preliminar. Washington, D.C; 2001.
292. Fernandez -Ballesteros, R; Zamarrón, M; Macías A. Componentes de calidad de vida en ancianos institucionalizados y en ancianos asistente a programas de puertas abiertas. Trabajo de grado. Universidad Autónoma de Madrid; 1997.
293. Herrera , R; Rico, A; Casado J. Estudio de valoración de la calidad de vida en población anciana andaluza. Rev Psicogerontología. 1997;6.

12.1 Anexos.

Medellín, 10 de diciembre del 2017

Fabián Méndez Paz

Sandra Lorena Girón Vargas

María Teresa Calzada Gutiérrez

Jairo Corchuelo Ojeda

Grupo de Gerontología y Geriatria Universidad del Valle

Directores Generales de la encuesta SABE Colombia 2015

Unión temporal SABE: Universidad del Valle.

Asunto: Solicitud acceso a base de datos consolidados Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento para Colombia (SABE) 2015.

Cordial saludo,

Por medio del presente, se solicita administrativamente el acceso a la base de datos del estudio consolidada en la encuesta poblacional Salud, Bienestar y Envejecimiento Colombia 2015 sin metadatos ,esta se usara para fines académicos y conservando la confidencialidad, derechos de autor a través del observatorio de Salud Pública de la Universidad CES está avanzando un estudio sobre los factores asociados a la construcción de la percepción del estado de salud asociada de la salud de los adultos mayores, en la encuesta SABE 2015 Colombia.

De ante mano agradecemos la atención prestada y oportuna, atenta ante su respuesta y observaciones,

Doris Cardona Arango. PhD Demografía, MsC Salud Pública y Epidemiología.

Coordinadora Maestría en Salud Pública

Colíder Observatorio de Salud Pública

Docente Facultad de Medicina | Universidad CES.

Diana Paola Castaño Salazar

Estudiante Maestría en Salud Pública

Facultad de Medicina | Universidad CES.

Medellín, 18 de abril de 2018

Estudiante
DIANA PAOLA CASTAÑO SALAZAR
Maestría en Salud Pública
Medellín

dianapaolacastanos5@gmail.com

Asunto: Comunicación del Comité Operativo de Investigaciones **Código: Acta189Proy007**

Proyecto: Factores asociado a la percepción del estado de salud en personas mayores en seis regiones geográficas en la encuesta SABE 2015 Colombia

Respetada estudiante:

En el Comité Operativo de Investigaciones de la Facultad de Medicina de nuestra Universidad se aprobó y se asignó asesor, como consta en el Acta No. 189 del 16 de abril de 2018, para su proyecto "FACTORES ASOCIADO A LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN PERSONAS MAYORES EN SEIS REGIONES GEOGRÁFICAS EN LA ENCUESTA SABE 2015 COLOMBIA". Recibirá la asesoría de la Dra. Doris Cardona y pueden contactarla en el correo electrónico dcardona@ces.edu.co.

El Director del Trabajo de Investigación le presentará una serie de recomendaciones que le hicieron al proyecto los evaluadores encargados de revisarlo. El proyecto se inscribe en el Grupo de Investigación Observatorio de la Salud Pública. En este grupo deben quedar registradas la asesoría del trabajo y los productos derivados de esta investigación (Informe final y artículo).

Cordial saludo,


UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN
CALLE 104 No. 22-04 A.A. 054 591 Medellín, Colombia

MÓNICA M. MASSARO C, MD. MSc.
Jefe División Investigación e Innovación
Facultad de Medicina

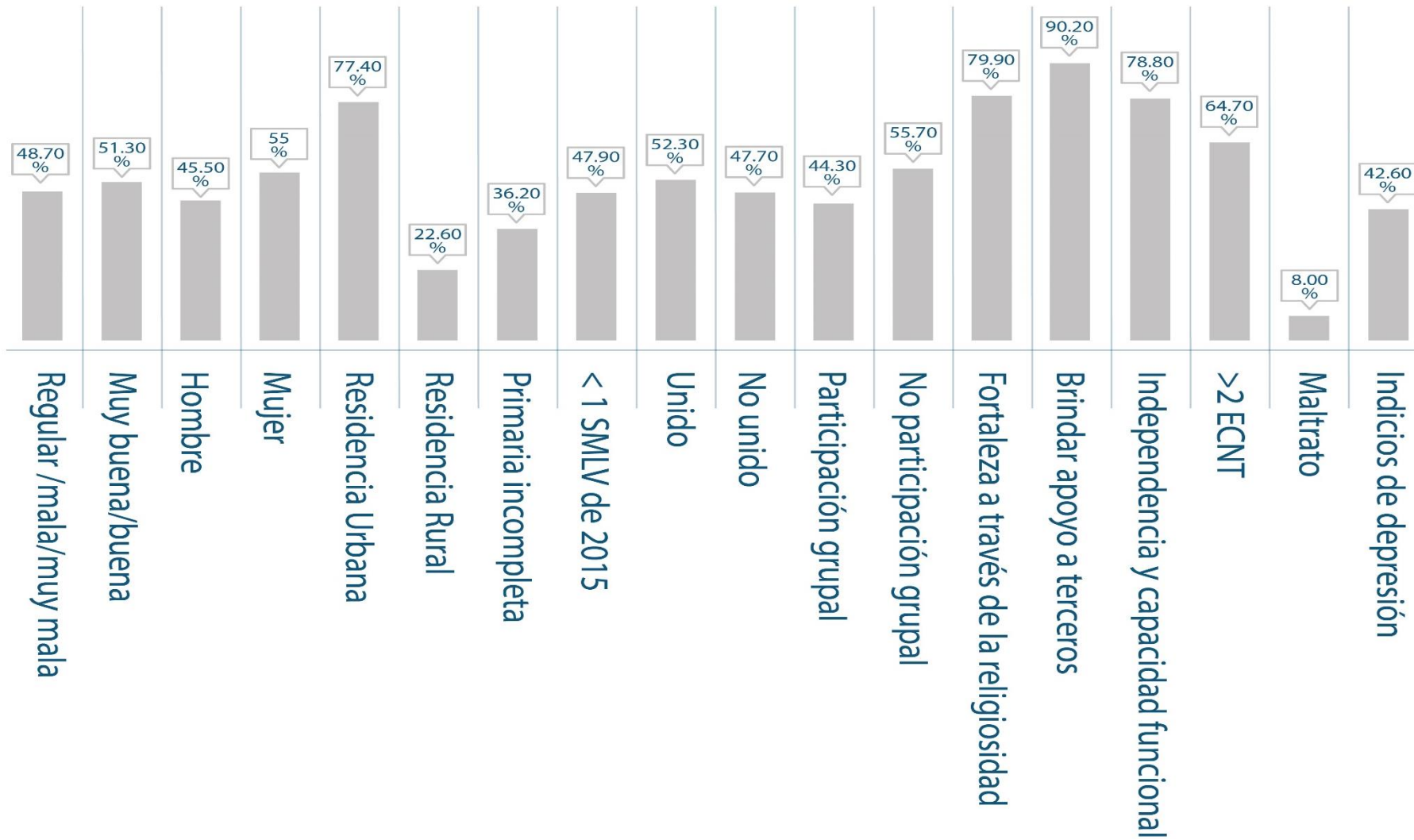
Copia:

Dra. Doris Cardona. Directora Trabajo de Investigación y Coord. Programa (dcardona@ces.edu.co)

Dr. Hernán García. Jefe División de Salud Pública (hgarcia@ces.edu.co)

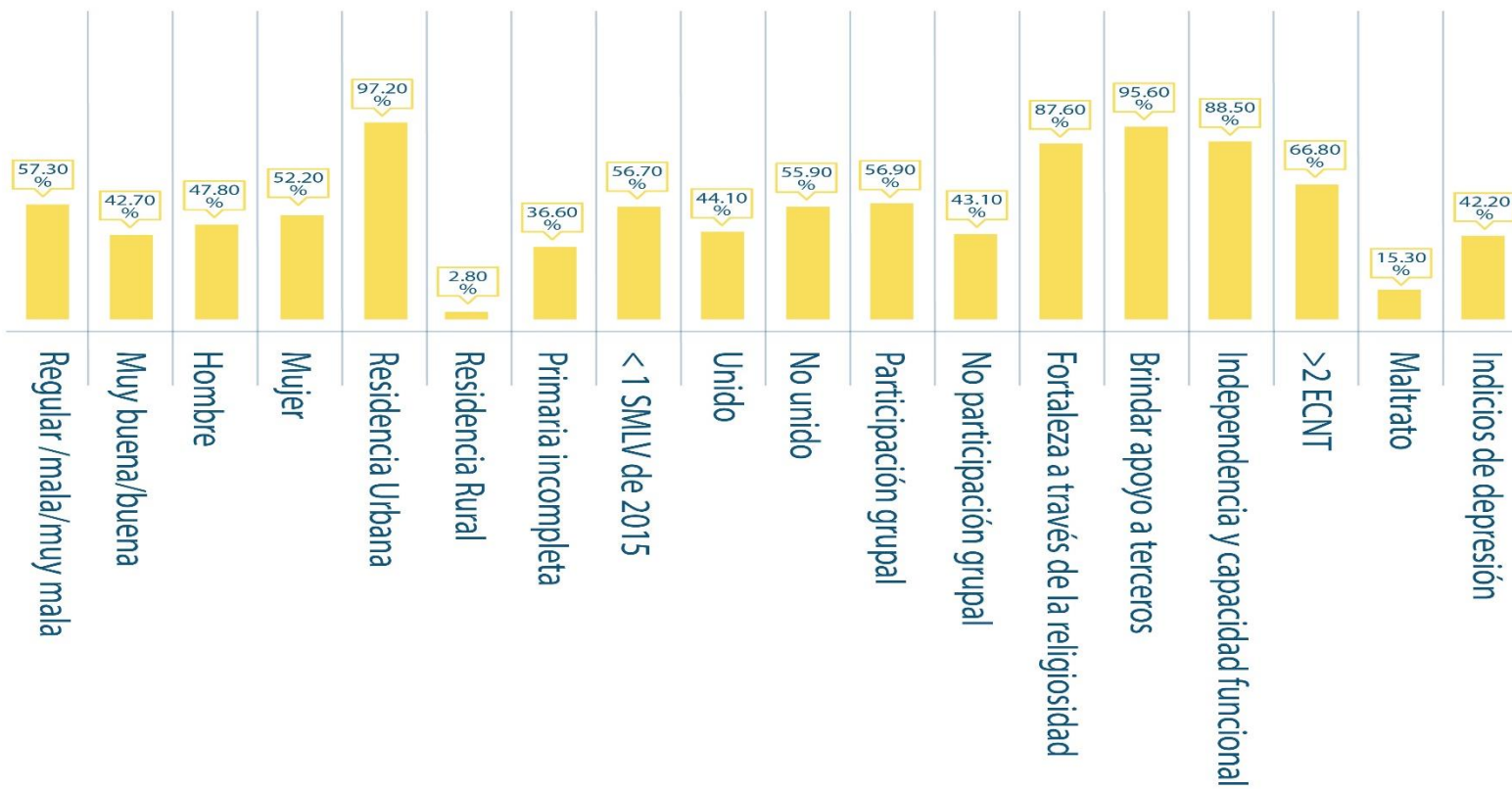


COLOMBIA



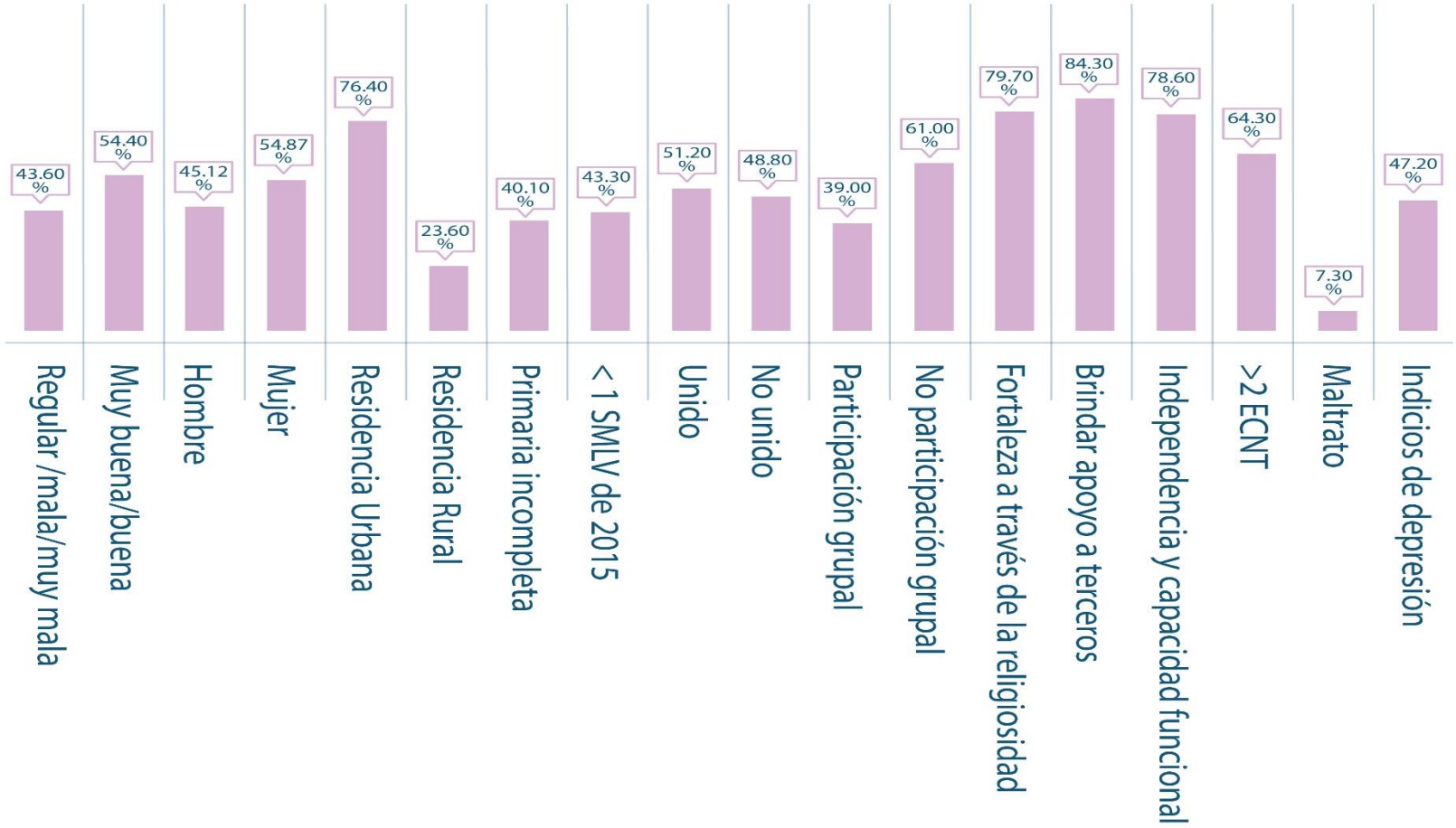


ORINOQUIA - AMAZONIA



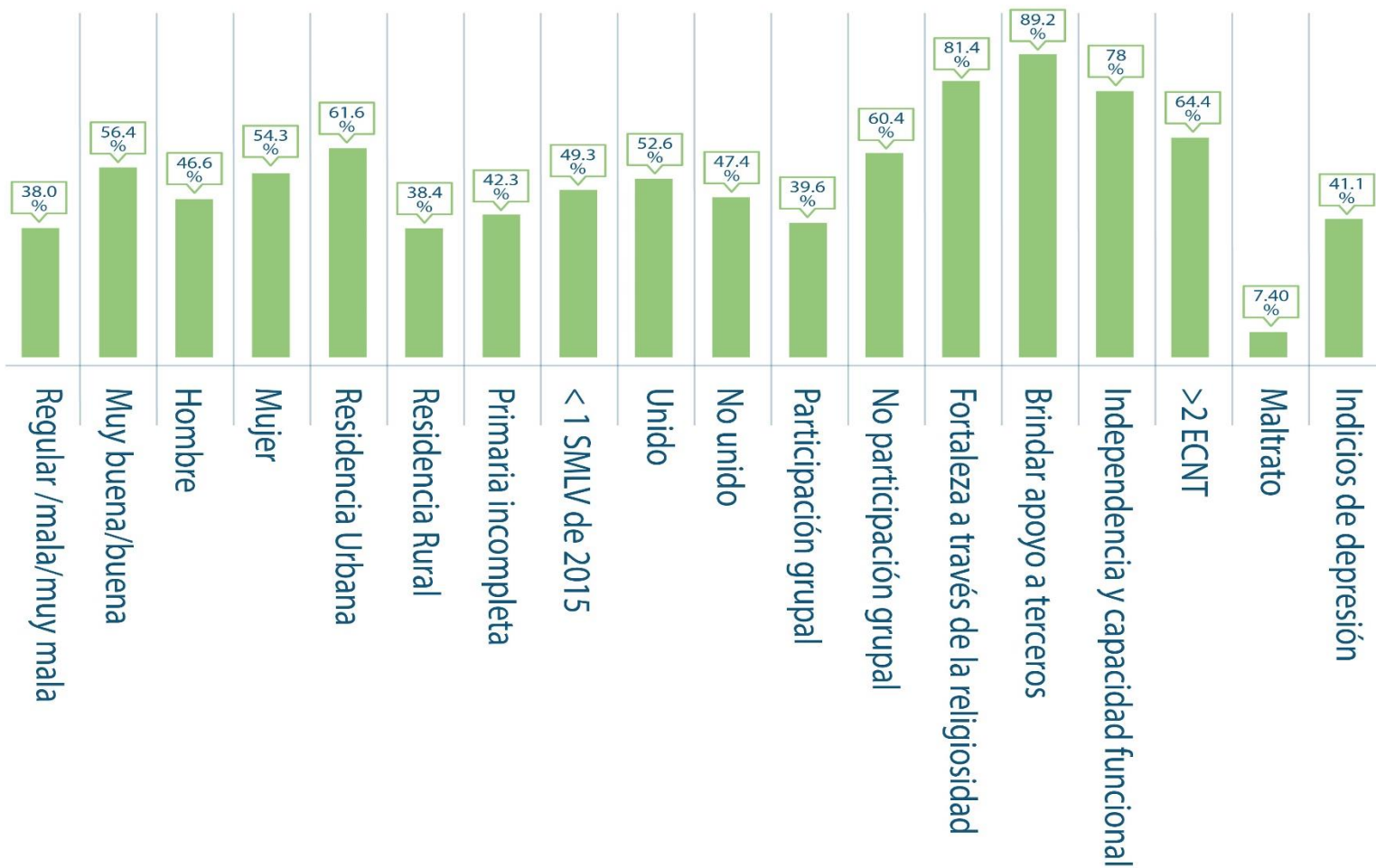


CENTRAL



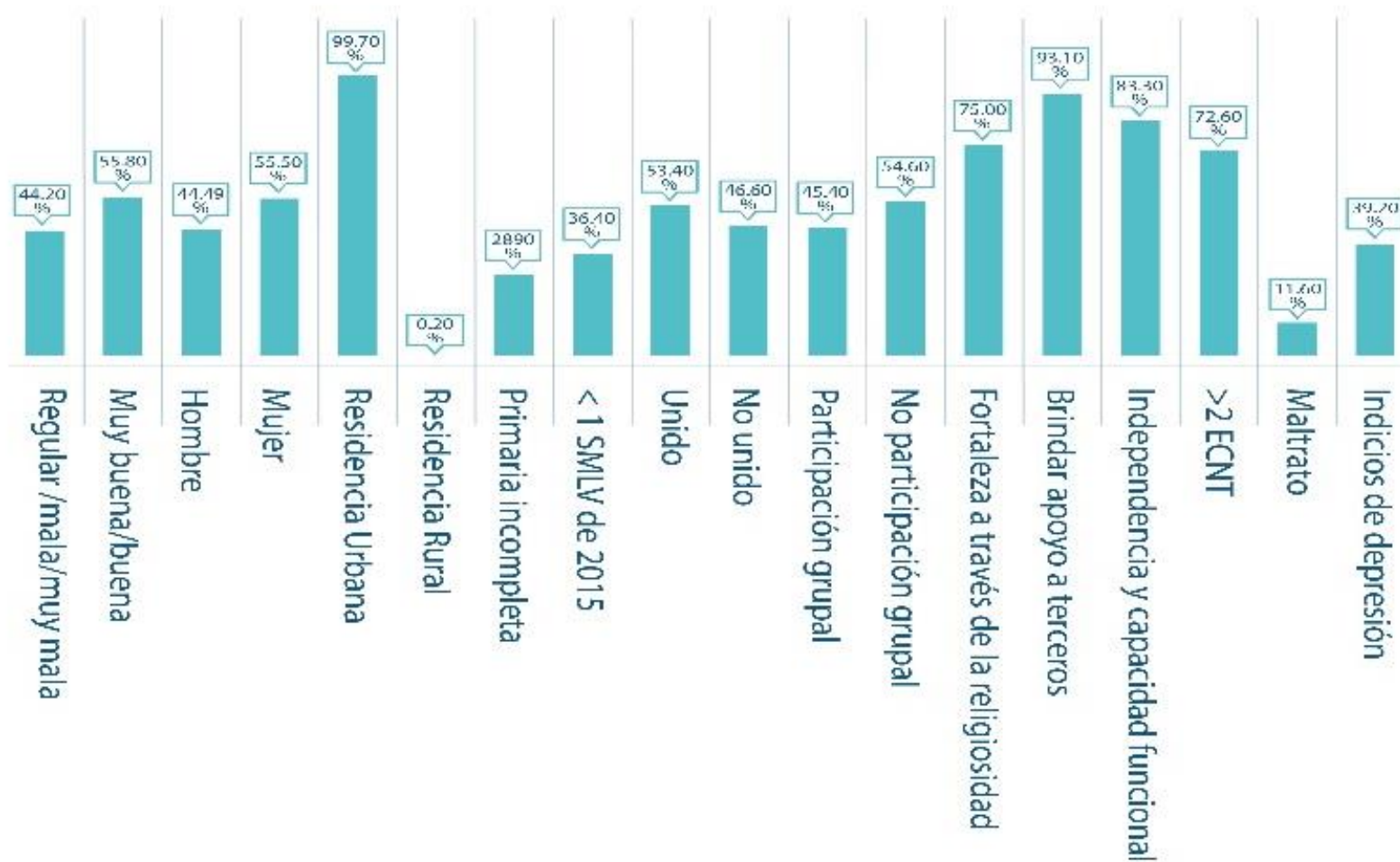


ORIENTAL



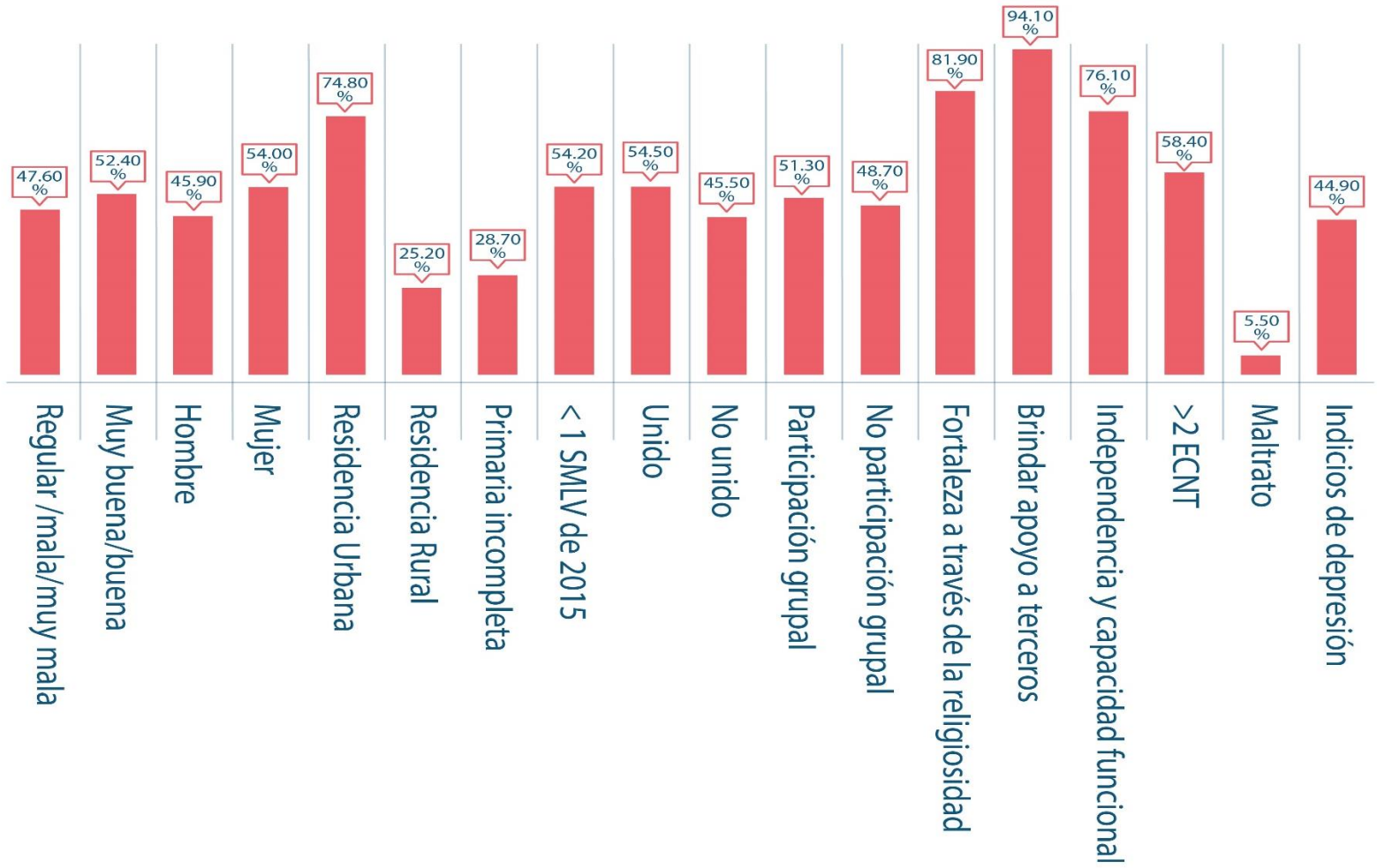


BOGOTÁ



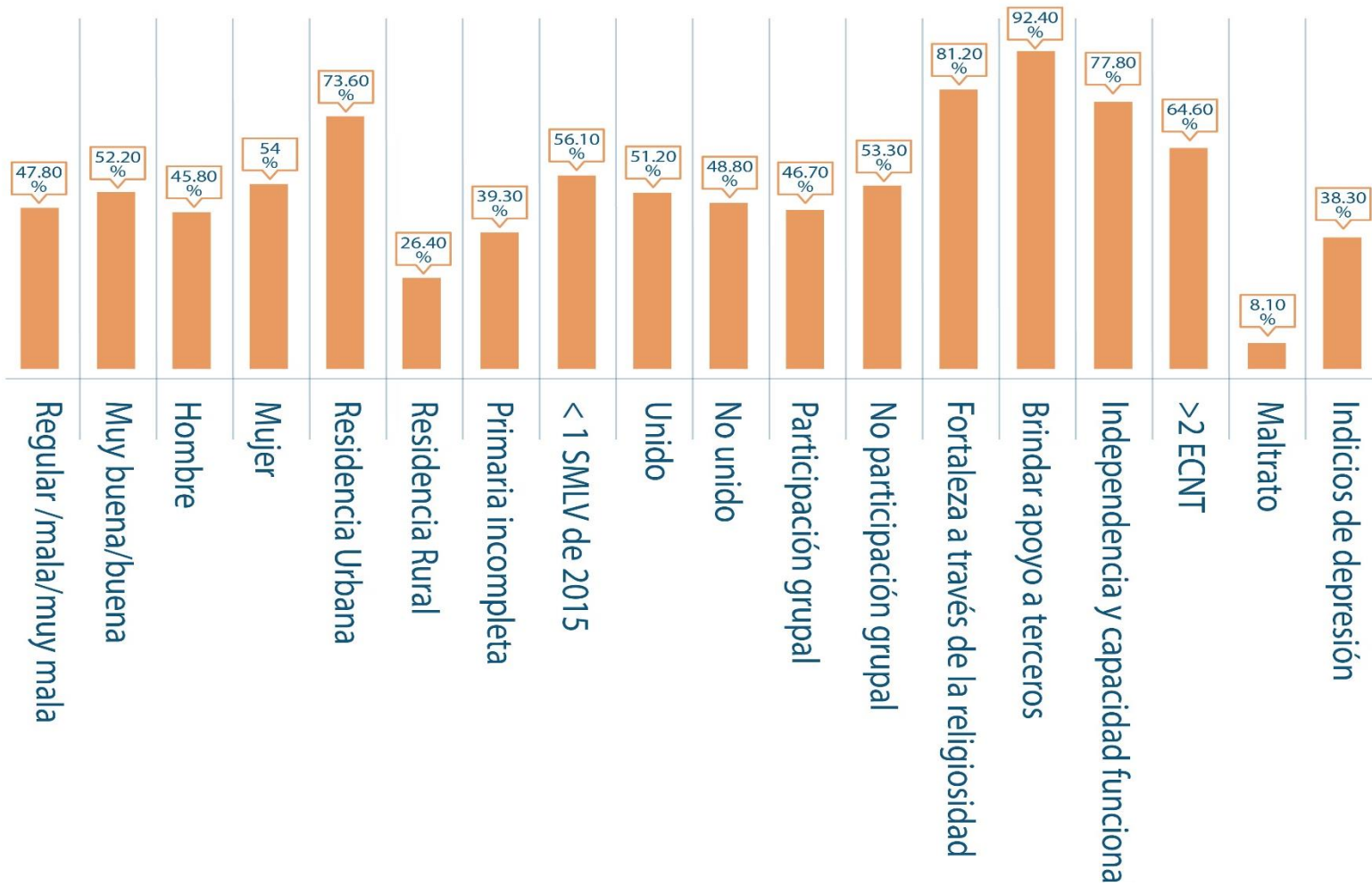


ATLANTICO





PACIFICO



Análisis

descriptivo

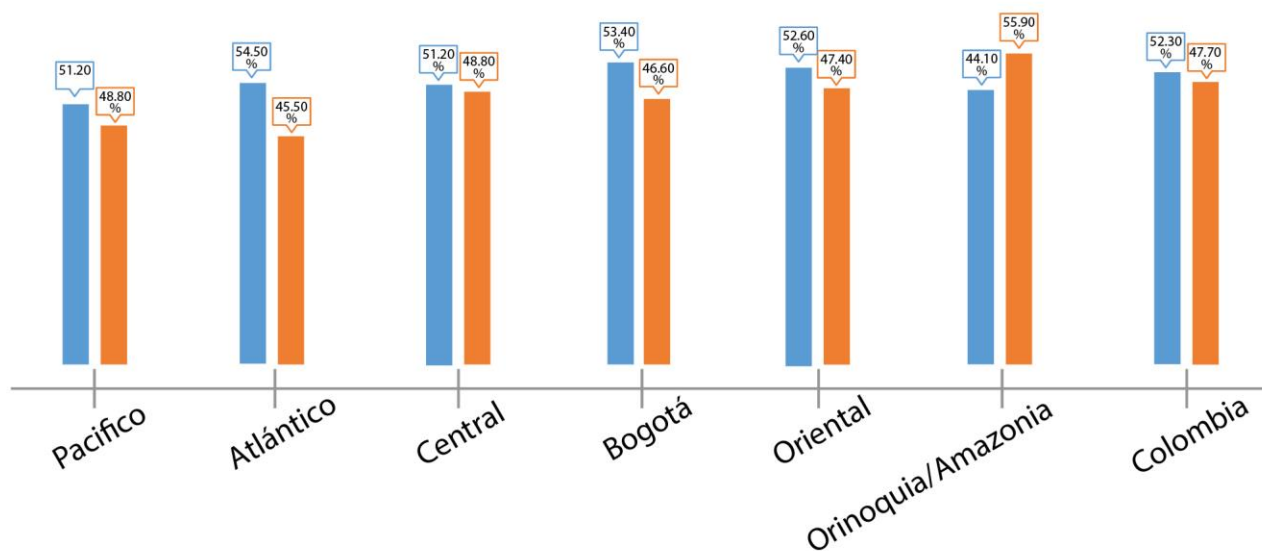
por

variables:

TENER COMPAÑERO(A)

UNIDO

NO UNIDO

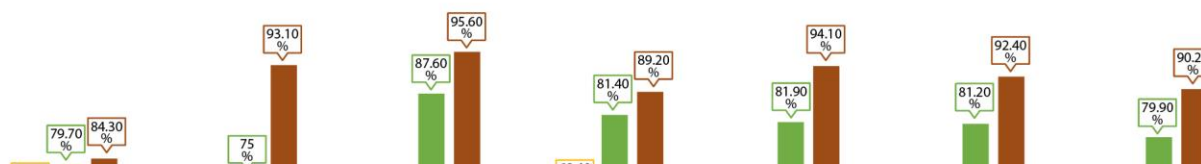


PARTICIPACION ACTIVA

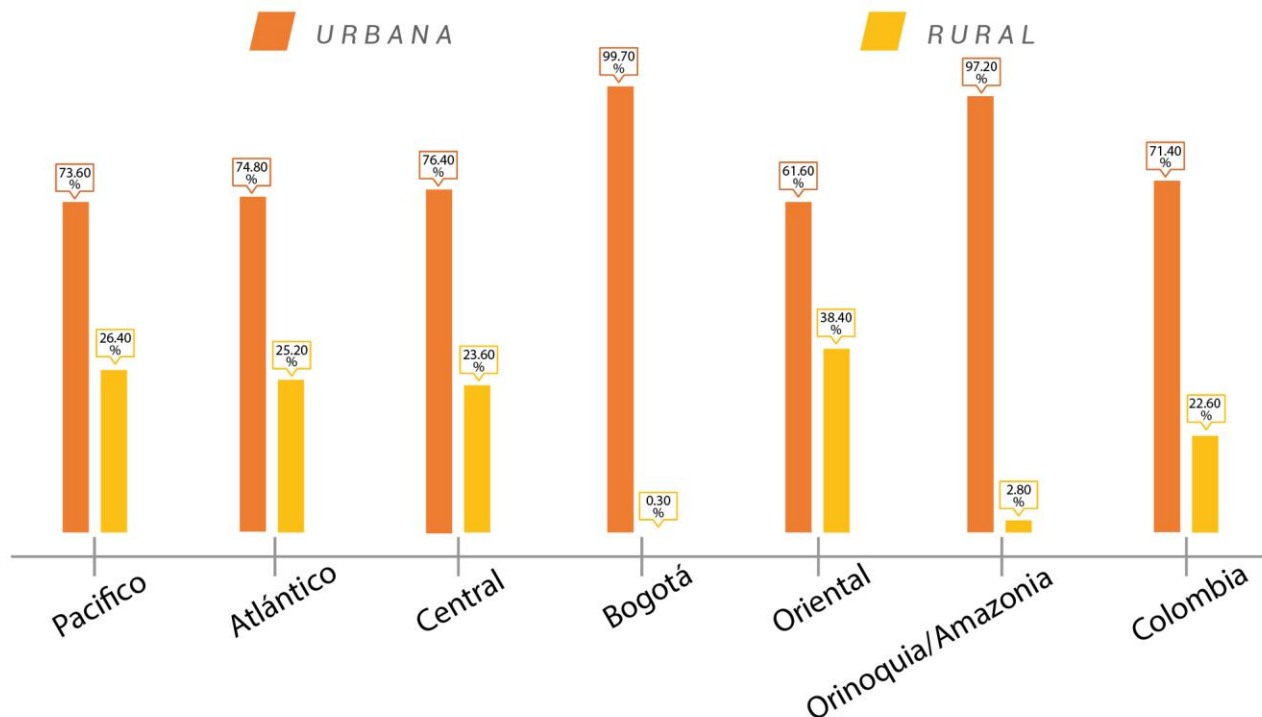
NO PARTICIPA

FORTALEZA RELIGIOSA

BRINDAR APOYO A TERCEROS



AREA DE RESIDENCIA



COMPONENTE ECONOMICO

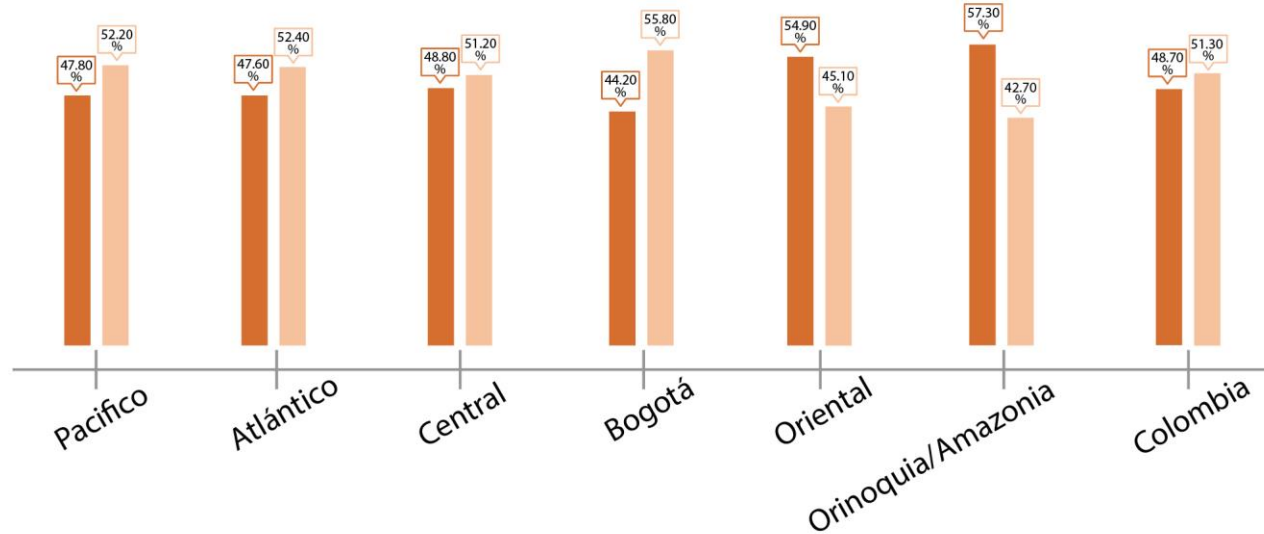
■ PRIMARIA INCOMPLETA

■ INGRESOS < A 1 S.M.L.V DE 2015



PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD ACTUAL

REGULAR/MALA/MUY MAL



CONDICION BIOLOGICA

HOMBRE MUJER



