

Comparativo de la calidad de vida del adulto mayor. Medellín, 2008

Comparison of quality of life of the elderly. Medellin, 2008

Doris Cardona A¹.

¹ Administradora de Empresas, magíster en Salud Pública, magíster en Epidemiología. empleada administrativa, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: doris.cardona@gmail.com.

Recibido: 15 de junio de 2010. Aprobado: 29 de julio de 2010.

Cardona D. Comparativo de la calidad de vida del adulto mayor. Medellín, 2008. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2010; 28(2): 149-160

Resumen

Objetivo: comparar la calidad de vida del adulto mayor de Medellín con dos grupos poblacionales. **Metodología:** estudio descriptivo comparativo con fuente de información secundaria, usando los 82.601 registros de la Encuesta de calidad de vida del año 2008, distribuida en tres grupos: jóvenes, adultos y adultos mayores. El análisis realizado fue univariado y bivariado, de las características demográficas, económicas, de seguridad social y salud, acompañado de pruebas estadísticas de asociación. **Resultados:** en lo demográfico, los adultos mayores representan el 9,2%, con ventaja femenina; el estado civil fue el de casado, con marcada diferencia en la condición de viudez y el 39% no registró ningún nivel educativo. En lo económico se halló que el 34,7% se dedican al hogar, el 34,1% son jubilados y el 9,5% continúa trabajando con un

ingreso promedio de un salario mínimo. El 71,4% esta afiliado al régimen contributivo, se realizan consultas preventivas médicas en mayor proporción que los jóvenes y el 31,3% no lo hace. Solo el 7,3% se sintió enfermo el mes anterior y sus padecimientos fueron: hipertensión, estrés y depresión.

Conclusiones: el adulto mayor no presentó diferencias frente a los otros dos grupos poblacionales, pero la edad lo hacen más vulnerable en lo económico y en las condiciones que salud al tener limitaciones para acceder a las oportunidades, al no acceder a las exigencias que el medio productivo y la sociedad requieren, olvidando su experiencia y sabiduría adquirida en el transcurso de su vida.

-----*Palabras clave:* Adulto mayor, calidad de vida, Medellín.

Abstract

Objective: compare the quality of life of older adults in Medellín with two groups. **Methodology:** comparative descriptive study of secondary information source, using the 82,601 records in the Quality of Life Survey of 2008, distributed into three groups: youth, adults and seniors. The analysis was univariate and bivariate, the demographic, economic, social and health security, together with statistical tests of association. **Results:** older adults account for 9.2%, with female advantage, marital status was married, with a marked difference in the condition of widowhood and 39% did not record any education. Economically it was found that 34.7% engaged in the home, 34.1% are retired and 9.5% continues to work with an

average income of a minimum wage. The 71.4% is affiliated to the contributive regime, preventive medical consultations take place at higher rates than young and 31.3% do not. Only 7.3% fell ill last month and his sufferings were hypertension, stress and depression. **Conclusions:** the older adult with no differences against the other two groups, but age makes it more vulnerable in economic and health conditions have limited the access to opportunities, by not acceding to the demands that the means of production and society require, forgetting their experience and wisdom gained in the course of his life.

-----*Key words:* Aged, quality of life, Medellin.

Introducción

El concepto de bienestar ha ido sucediéndose en el tiempo y adoptando diferentes significados: renta per cápita, nivel de vida, condiciones de vida, satisfacción con la vida y calidad de vida (1).

Por nivel de vida se consideró el dominio del individuo sobre los recursos en forma de dinero, posesiones, conocimiento, energía mental y física, relaciones sociales, seguridad y otros medios con los cuales el individuo puede controlar y dirigir conscientemente sus condiciones de vida (1). Las condiciones de vida hacen parte de la calidad de vida del ser humano, por ser fundamentales en su desarrollo y en la satisfacción de necesidades materiales. Aunque la calidad de vida no se puede reducir a las condiciones socioeconómicas, éstas son fundamentales para el bienestar del ser humano (2); las condiciones de vida son el conjunto de bienes que conforman la parte social de la existencia humana, están conformadas por: salud, educación, alimentación, sanidad ambiental y vivienda, y en algunos casos incluye el medio cultural y político, por ser el entorno social que influye en la formación de las capacidades humanas (v.gr. estado de salud, nivel de conocimientos) y el logro de objetivos (seguridad, integridad personal, respeto a la dignidad humana, ejercicio de la libertad y derechos políticos) (3).

La satisfacción con la vida está relacionada con la valoración individual, apreciaciones subjetivas y objetivas donde se trasciende lo económico y se mira la percepción, opinión, satisfacción y expectativas de las personas (4). Por lo tanto, es presuntuoso aspirar a unificar un criterio de calidad de vida, por cuanto los valores, apetencias e idearios varían notoriamente en el tiempo en el interior de las esferas y estratos que conforman las estructuras sociales (5).

La calidad de vida se debe mirar desde dos puntos: la parte individual (privada) y la parte colectiva (pública) (3). Desde la parte individual o privada es importante mirar: percepción, sentido de vida, utilidad, valoración, felicidad, satisfacción de necesidades y demás aspectos subjetivos que son difícilmente cuantificables, pero que hacen que una vida tenga calidad con responsabilidad moral. Desde la parte colectiva o pública es fundamental determinar el contexto cultural en el que vive, crece y se desarrolla un individuo pues en él se concentra un capital humano, que con responsabilidad y ética responde a significados que él mismo ha tejido con el apoyo de los demás y que corresponden a la trama de sentido de los eventos de la vida cotidiana, y le permiten valorarla, al contrastarla con criterios colectivamente válidos en la sociedad en que vive (6).

La calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye situación económica, estilos de vida, condiciones de salud, vivienda, satisfacciones personales, entorno social, entre otras. Se conceptúa de acuerdo con

un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones personales objetivas y subjetivas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la calidad de vida como: “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones” (7). A medida que se aumentan los años, la calidad de vida está determinada por la capacidad para mantener la autonomía (capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias) y la independencia (capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, capacidad de vivir recibiendo poca ayuda o ninguna, de los demás) (7).

Para el CELADE (8), el concepto de calidad de vida debe incluir las especificidades propias de la vejez, tanto fisiológicas como sociales, y considerar las diferencias respecto a las anteriores etapas del ciclo de vida. A ello se suma la necesidad de identificar los elementos de naturaleza objetiva (redes de apoyo, servicios sociales, condiciones económicas, entorno, entre otros) y subjetiva (satisfacción, autopercepción) intervinientes. La calidad de vida de las personas adultas mayores está altamente relacionada con su capacidad funcional y con el conjunto de condiciones que le permitan cuidarse a sí mismas y participar en la vida familiar y social. Es evidente que, según avanza la edad, aumenta la prevalencia de la discapacidad o deterioro en la funcionalidad física. Alrededor del 20% de las personas adultas mayores entrevistadas en la Encuesta multicéntrica Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) para América Latina y el Caribe manifiestan tener dificultades para realizar las actividades básicas del vivir diario (ABVD), cifra que aumenta al 26% entre los adultos de 70 y más años de edad (9).

Así, los sistemas de seguridad social y de salud se han convertido en las redes de servicios más importantes para el adulto mayor (10), suministrando cobertura, acceso y calidad en los servicios de salud. Por lo anteriormente expuesto, este estudio buscó comparar la calidad de vida del adulto mayor de Medellín, con dos grupos poblacionales de la ciudad de Medellín en el año 2008, según componentes demográficos, económicos, de seguridad social y de salud, con el fin de construir una nueva imagen social del adulto mayor de la ciudad.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo comparativo con fuente de información secundaria, cuya población de referencia

fueron los 2.291.378 habitantes de la ciudad de Medellín en el año 2008. La población de estudio fueron 82.601 personas registradas en la encuesta de calidad de vida de 2008 (ECV 2008), por el Departamento Administrativo de Planeación Municipal (11).

Las características analizadas fueron aquellas relacionadas a los aspectos demográficos (edad, sexo, estado civil, nivel educativo alcanzado y comuna de residencia), económicos (actividad realizada en la semana anterior a la ECV 2008, cargo, ingresos por trabajo, estrato socioeconómico de la vivienda, tipo de vivienda), estado de salud (percepción estado de salud, consultas preventivas, exámenes preventivos, enfermedad en el último mes, hospitalización en el último año, limitaciones permanentes y maltrato) y seguridad social (afiliación al sistema de seguridad social en salud y pensiones).

La información se manipuló solo con fines investigativos; se procesó en el paquete estadístico SPSS versión 15 y se realizó análisis univariado en el análisis de cada una de las características, y análisis bivariado para el comparativo entre los tres grupos poblacionales: jóvenes (menores de 20 años), adultos (de 20 a 64 años) y adultos mayores (de 65 años y más), apoyado en evidencias estadísticas de asociación como la prueba Chi cuadrado, con valor de $p < 0,05$.

Resultados

Aspectos demográficos

Según la ECV 2008 los jóvenes representaron el 30,6% (25.266), con mayor participación de los hombres (33,4%) que las mujeres (28,2%); los adultos representaron el 60,1% (49.612) con mayor porcentaje de mujeres (61,4%) que de hombres (58,4%) y los adultos mayores representaron 9,3% (7.723), con predominio femenino (10,3%) sobre el masculino (8,2%).

Los encuestados registraron una edad promedio de 33,8 años (DE 21,2), donde el 50% tienen una edad de 31 años o menos y la más frecuente fue de 17 años. Por sexo, la edad promedio de los hombres fue de 32,2 años (DE 20,9) y el 50% registró 28 años o menos; mientras las mujeres presentaron una edad promedio de 35,2 años (DE 21,3) y el 50% presentó una edad de 33 años o menos.

La distribución por sexo mostró que el 45,5% de los encuestados son hombres y el 54,5% son mujeres. En el grupo de los jóvenes, los hombres aventajan a las mujeres pero en los adultos y en los adultos mayores, las mujeres representan una mayor proporción. El sexo y el grupo poblacional están asociados estadísticamente (tabla 1).

Tabla 1. Características demográficas de la población encuestada, según tres grupos poblacionales. Encuesta Calidad de Vida. Medellín, 2008.

Características demográficas	Grupo poblacional						Valor		
	Joven (<20 años)		Adulto (20 a 64 años)		Adulto mayor (>65 años)		Prueba	P	
	N (25.266)	%	N (49.612)	%	N (7.723)	%			
Sexo	Hombre	12.564	33,4	21.968	58,4	3.072	8,2	313,8	0,000*
	Mujer	12.702	28,2	27.644	61,4	4.651	10,3		
Comuna	Popular	1.792	39,8	2.428	53,9	282	6,3	1751,3	0,000*
	Santa Cruz	1.456	37,5	2.153	55,5	271	7,0		
	Manrique	1.937	34,2	3.271	57,8	450	8,0		
	Aranjuez	1.638	31,4	3.075	59,0	501	9,6		
	Castilla	1.422	30,8	2.760	59,8	430	9,3		
	Doce de Octubre	2.073	33,9	3.549	58,0	498	8,1		
	Robledo	1.871	32,2	3.473	59,8	461	7,9		
	Villa Hermosa	1.850	34,7	3.055	57,3	425	8,0		
	Buenos Aires	1.642	31,1	3.209	60,8	427	8,1		
	La Candelaria	699	24,8	1.802	64,0	316	11,2		
	Laureles-Estadio	696	17,6	2.583	65,2	682	17,2		

Características demográficas	Grupo poblacional						Valor		
	Joven (<20 años)		Adulto (20 a 64 años)		Adulto mayor (>65 años)		Prueba	P	
	N (25.266)	%	N (49.612)	%	N (7.723)	%			
Comuna	La América	847	22,4	2.400	63,4	539	14,2		
	San Javier	1.959	34,9	3.212	57,2	448	8,0		
	El Poblado	821	20,6	2.728	68,4	437	11,0		
	Guayabal	735	27,0	1.668	61,3	316	11,6		
	Belén	1.715	23,6	4.713	64,8	841	11,6		
	Área rural	2.113	35,0	3.533	58,4	399	6,6		
Estado civil	Soltero (a)	24.913	98,6	20.583	41,5	1.065	13,8	39591,5	0,000*
	Casado (a)	73	0,3	15.798	31,8	3.360	43,5		
	Viudo (a)	10	0,0	1.711	3,4	2.495	32,3		
	Sep/divorc.	8	0,0	3.481	7,0	492	6,4		
	Unión libre	262	1,0	8.039	16,2	311	4,0		
Ultimo nivel educativo aprobado	Ning/preesc	7.243	37,9	5.899	11,9	3.015	39,0	20160,2	0,000*
	Primaria	6.478	33,9	12.911	26,0	2.864	37,1		
	Secundaria	5.292	27,7	20.788	41,9	1.257	16,3		
	Tec/teg	117	0,6	3.590	7,2	164	2,1		
	Universitario	0	0,0	5.460	11,0	331	4,3		
	Posgrado	0	0,0	962	1,9	92	1,2		

Fuente: Medellín, Departamento Administrativo de Planeación Municipal, Unidad de Clasificación Socioeconómica y Estratificación. Encuesta de Calidad de Vida en Medellín, año 2008. Cálculos de la investigadora. En la distribución por comuna de residencia de los encuestados, se observa que en Laureles-Estadio, La América, El Poblado, Belén y Guayabal la población adulta mayor representa un porcentaje mayor que en las demás comunas; mientras la población menor de 20 años tiene una mayor participación en las comunas Popular, Santa Cruz, San Javier, Villa Hermosa y el área rural. Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el grupo poblacional y la comuna donde residía (tabla 1).

El estado civil que predominó entre los encuestados fue el de soltero con el 56,4%, los casados representaron el 23,3%, en unión libre estaban el 10,4%, viudos el 5,1% y separados o divorciados el 4,8%. Entre los jóvenes, la condición civil de soltero predominó tanto en hombres como en mujeres; en los adultos, los solteros fueron porcentualmente más que los casados, siendo mayor el porcentaje en la población masculina; mientras en los adultos mayores, los casados superan a los viudos, principalmente en los hombres (66%) mientras las mujeres superan en su condición de viudas (44,7%). Las solteras ascienden al 13,8% en mayor medida las mujeres (tabla 1).

El nivel educativo de secundario fue el que presentó una participación mayor, con el 35,8% siendo los adultos quienes más reportaron este nivel; seguido de la

primaria con el 29,1% siendo los jóvenes y los adultos mayores quienes registraron esta formación y los que no registraron ningún nivel educativo fueron el 21,1%, donde los adultos mayores encuestados fueron los que reportaron una mayor proporción de no tener formación educativa, frente a los otros dos grupos poblacionales. El 7,6% registró estudios universitarios y el 1,4% posgrados a nivel de especialización, maestría y doctorado, donde los adultos de 20 a 64 años fueron los que registraron con mayor frecuencia esta formación (tabla 1).

Aspectos económicos

Para los aspectos económicos se toman 71.740 registros de personas mayores de edad que están en capacidad de prestar su fuerza de trabajo y recibir remuneración. La actividad habitual durante la mayor parte del tiempo de

la semana anterior a la realización en la ECV 2008 fue la de estar trabajando (41,2%), seguido de los estudiantes (19,9) y en oficios del hogar (19,8%); los jubilados o pensionados ascendieron al 6,4%, dedicados a otra actividad el 5,7% y 3181 personas equivalentes al 4,4% estuvieron buscando trabajo. El restante 0,3% se declaró rentista.

Para los jóvenes, la principal actividad fue la de estar estudiando, pero un 5,7% de personas menores de 20 años manifestaron haber estado trabajando; el 56,4% de los

adultos se ocuparon en actividades laborales, en mayor proporción los hombres (72,8%) que las mujeres (43,3%) y un 22,1% en oficios del hogar, siendo las mujeres las que más se dedicaron a esta actividad. Para los adultos mayores, la principal actividad fue la de oficios del hogar (34,7%) en su mayoría mujeres (54%); se destaca que el 34,1% manifestó estar jubilado o pensionado, los hombres en mayor medida (49,1%) que las mujeres (24,1%), y el 9,5% de los mayores de 65 años manifestó haber estado trabajando, los hombres principalmente (16,3%) (tabla 2).

Tabla 2. Características económicas de la población encuestada, según tres grupos poblacionales. Encuesta Calidad de Vida. Medellín, 2008.

Características económicas	Grupo poblacional						Valor		
	Joven (<20 años)		Adulto (20 a 64 años)		Adulto mayor (>65 años)		Prueba	p	
	N (14.409)	%	N (49.608)	%	N (7.723)	%			
Principal actividad en la semana anterior a la ECV 2008	Trabajando	822	5,7	27.976	56,4	732	9,5	59162,7	0,000*
	Buscando trabajo	353	2,4	2.791	5,6	37	0,5		
	Estudiando	11.648	80,8	2.629	5,3	19	0,2		
	Oficios del hogar	591	4,1	10.966	22,1	2.677	34,7		
	Rentista	6	0,0	168	0,3	51	0,7		
	Jubilado o pensionado	5	0,0	1.977	4,0	2.631	34,1		
	Otra actividad	915	6,4	2.290	4,6	874	11,3		
	Incapacitado perman.	69	0,5	811	1,6	702	9,1		
Cargo	Obrero o empleado	600	73,0	17576	62,8	191	26,1	750,1	0,000*
	Obrero o empleado del gobierno	28	3,4	1293	4,6	5	0,7		
	Empleado doméstico	15	1,8	652	2,3	23	3,1		
	Cuenta propia	142	17,3	7831	28,0	492	67,2		
	Patrón o empleador	6	0,7	431	1,5	14	1,9		
	Trab fliar sin remuner	12	1,5	41	0,1	1	0,1		
	Otro	13	1,6	79	0,3	4	0,5		
	NS/NR	6	0,7	73	0,3	2	0,3		
Ingresos por trabajo	De 0 a \$250000	94	17,2	627	4,7	23	17,4		
	De \$250001 a \$350000	34	6,2	390	2,9	8	6,1		
	De \$350001 a \$400000	18	3,3	317	2,4	6	4,5		
	De \$400001 a \$999999	383	70,1	9517	71,9	74	56,1		
	De \$1000000 a \$2500000	14	2,6	1933	14,6	13	9,8		
	De \$2500001 a \$5000000	1	0,2	343	2,6	6	4,5		
	Más de \$5000000	2	0,4	105	0,8	2	1,5		

Características económicas	Grupo poblacional						Valor		
	Joven (<20 años)		Adulto (20 a 64 años)		Adulto mayor (>65 años)		Prueba	p	
	N (14.409)	%	N (49.608)	%	N (7.723)	%			
Estrato de la vivienda	Bajo bajo	4041	16,0	5151	10,4	511	6,6	2036,6	0,000*
	Bajo	10799	42,7	17918	36,1	2316	30,0		
	Medio bajo	6935	27,4	15451	31,1	2673	34,6		
	Medio	1756	7,0	5258	10,6	1089	14,1		
	Medio alto	1097	4,3	3782	7,6	822	10,6		
	Alto	638	2,5	2052	4,1	312	4,0		
Tipo de vivienda	De desechos	269	1,1	261,0	0,5	24	0,3	160,6	0,000*
	Cuartos	136	0,5	184,0	0,4	17	0,2		
	Inquilinatos	18	0,1	41,0	0,1	3	0,0		
	Apartamento	12429	49,2	24505,0	49,4	3510	45,4		
	Casa	12414	49,1	24621,0	49,6	4169	54,0		

Fuente: Medellín, Departamento Administrativo de Planeación Municipal, Unidad de Clasificación Socioeconómica y Estratificación. Encuesta de Calidad de Vida en Medellín, año 2008. Cálculos de la investigadora.

Al comparar los tres grupos poblacionales, los trabajadores y aquellos que más buscaron trabajo fueron los adultos entre 20 y 64 años, los estudiantes fueron los jóvenes, los dedicados a los oficios del hogar, jubilados o pensionados, incapacitados permanentes y dedicados a otra actividad fueron los adultos mayores (tabla 2).

Para aquellos que manifestaron haber estado trabajando, el salario mediano fue de \$480.000 mientras el más frecuente fue el equivalente a un salario mínimo legal vigente (SMLV), que para ese año ascendió a \$461.500. Por grupo poblacional, tanto los jóvenes como los adultos mayores, registraron un ingreso mediano equivalente a un salario mínimo, mientras para los adultos fue de cuatrocientos ochenta mil pesos (tabla 2).

Las viviendas de los encuestados se ubicaron en el estrato 2 (bajo) el 37,6%, en el estrato 3 (medio bajo) estaban residenciados el 30,3%, en el estrato 1 (bajo bajo) estaban el 11,7%, en el estrato 4 (medio) se ubicaron el 9,8% y el restante 10,5% estaban en los estratos 5 (medio alto) y 6 (alto). La residencia de los jóvenes y los adultos está principalmente en el estrato bajo, seguido por los residenciados en estrato medio bajo; mientras los adultos mayores tenían sus viviendas en el estrato medio bajo seguido de los de estrato bajo. Es decir, los mayores tienen ubicadas sus viviendas en estratos socioeconómicos mejores que los otros dos grupos poblacionales (tabla 2).

El tipo de vivienda de los encuestados es similar entre casa (49,9%) y apartamento (49%), el restante 1,2% se distribuye en vivienda de desechos, cuartos e inquilinatos, pero en estas tres categorías los adultos mayores son los que presentaron una menor frecuencia relativa; a su vez, son los que registraron el tipo de vivienda casa, en mayor proporción que los jóvenes y los adultos. La vivienda de desechos es habitada en mayor medida por los jóvenes (tabla 3).

Aspectos de seguridad social y salud

La afiliación de los encuestados en la ECV 2008 al Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS) fue principalmente al régimen contributivo (cotizante, beneficiario o régimen especial) en un 61,4%, los del régimen subsidiado fueron el 24,5% y los vinculados al sistema fueron el 12,9%, equivalente a los que no están afiliados estando identificados en el Sisben y los que no se encuentran ni afiliados ni identificados. El restante 1,2% no sabe o no respondió al interrogante.

Los tres grupos poblacionales se encontraban afiliados al régimen contributivo, pero en mayor proporción los adultos mayores y los adultos, mientras los jóvenes son los que presentan la mayor proporción de afiliación en el régimen subsidiado o están vinculados al sistema (tabla 3).

Tabla 3. Características de seguridad social y estado de salud percibido de la población encuestada, según tres grupos poblacionales. Encuesta Calidad de Vida. Medellín, 2008.

Características de seguridad social y estado de salud percibido		Grupo poblacional						Valor	
		Joven (<20 años)		Adulto (20 a 64 años)		Adulto mayor (>65 años)		Prueba	p
		N (25.266)	%	N (49.612)	%	N (7.723)	%		
Tipo de afiliación al SGSSS	Contributivo	13534	53,6	31688	63,9	5514	71,4	15796,6	0,000*
	Subsidiado	7623	30,2	11030	22,2	1568	20,3		
	Vinculado	3830	15,2	6267	12,6	569	7,4		
	NS/NR	279	1,1	627	1,3	72	0,9		
Afiliación a pensiones	Si	208,0	2,3	12659,0	29,9	1445,0	20,5	4243,9	0,000*
	No	8672,0	97,7	29675	70,1	5601,0	79,5		
Percepción Estado de salud	Malo	88	0,3	425	0,9	365	4,7	6163,3	0,000*
	Regular	1241	4,9	4636	9,3	2468	32,0		
	Bueno	22499	89,0	41639	83,9	4637	60,0		
	Excelente	1408	5,6	2881	5,8	251	3,3		
	NS/NR	30	0,1	31	0,1	2	0,0		
Consultas preventivas	Médico	3203,0	12,7	7031	14,2	2715,0	35,2	2702,9	0,000*
	Odontólogo	2072,0	8,2	3201	6,5	183,0	2,4		
	Ambos	10049,0	39,8	20411	41,1	2368,0	30,7		
	Ninguno	9861,0	39,0	18669	37,6	2419,0	31,3		
	Otro	3,0	0,0	15	0,0	4,0	0,1		
	NS/NR	78,0	0,3	285	0,6	34,0	0,4		
Exámenes preventivos	Mamografía	0	0,0	7.445	15,0	2.334	30,2	14581,1	0,000*
	Antíg Protát	0	0,0	3.482	7,0	1.627	21,1		
	Próstata	0	0,0	3.519	7,1	1.679	21,7		
	VIH-SIDA	1.391	5,5	5.148	10,4	333	4,3		
Enfermedad en el último mes	Si	846,0	3,3	1905	3,8	567,0	7,3	259,5	0,000*
	No	24374,0	96,5	47640	96,0	7150,0	92,6		
	NS/NR	46,0	0,2	67	0,1	6,0	0,1		
Hospitalización en el último año	Si	831	3,3	1.979	4,0	881	11,4	994,7	0,000*
	No	24.387	96,5	47.587	95,9	6.837	88,5		
	NS/NR	48	0,2	46	0,1	5	0,1		
Limitaciones permanentes	Caminar	150	0,6	661	1,3	610	7,9	1991,8	0,000*
	Usar brazos	88	0,3	337	0,7	231	3,0		
	Ver	256	1,0	884	1,8	516	6,7		
	Oír	108	0,4	259	0,5	237	3,1		
	Hablar	206	0,8	311	0,6	85	1,1		
	Aprender	296	1,2	468	0,9	102	1,3		
	Relacionarse	169	0,7	456	0,9	85	1,1		

Características de seguridad social y estado de salud percibido	Grupo poblacional						Valor		
	Joven (<20 años)		Adulto (20 a 64 años)		Adulto mayor (>65 años)		Prueba	p	
	N (25.266)	%	N (49.612)	%	N (7.723)	%			
Problemas de salud	Depresión	7.157	28,3	13.251	26,7	2.074	26,9	36,6	0,000*
	Estrés	10.545	41,7	19.487	39,3	2.745	35,5	124,9	0,000*
	Anorexia	172	0,7	329	0,7	29	0,4		
	Obesidad	1.388	5,5	2.638	5,3	372	4,8		
	Hipertensión	6.679	26,4	16.567	33,4	4.608	59,7	2959,8	0,000*
Maltrato	Físico	1.248	4,9	1.979	4,0	246	3,2	73,4	0,000*
	Psicológico	1.705	6,7	2.695	5,4	301	3,9	112,0	0,000*
	Sexual	428	1,7	559	1,1	63	0,8	67,9	0,000*
	Económico	1.778	7,0	2.729	5,5	396	5,1	91,1	0,000*

Fuente: Medellín, Departamento Administrativo de Planeación Municipal, Unidad de Clasificación Socioeconómica y Estratificación. Encuesta de Calidad de Vida en Medellín, año 2008. Cálculos de la investigadora. La afiliación al sistema de pensiones fue del 24,6% en los encuestados. En los jóvenes se encontraba afiliado el 2,3%, en los adultos la afiliación fue del 29,9% y en los mayores del 20,5%.

En cuanto a la percepción sobre el estado de salud, el 83,3% lo consideraron bueno y el 5,5% lo consideró excelente, mientras el 11,2% manifestó que era regular o malo. Entre los jóvenes, la percepción de un buen o excelente estado fue del 94,6%, en los adultos del 89,7% y en los adultos mayores del 63,3%. Es decir, el 36,7% de los mayores opinaron que su salud era regular o mala en mayor proporción que los otros dos grupos poblacionales y principalmente las mujeres (38,7%) que los hombres (33,7%) (tabla 3).

Las consultas preventivas anuales fueron realizadas por el 62,5% de los encuestados, siendo los adultos mayores quienes no consultaron al médico ni al odontólogo de forma regular y los más lo hicieron fueron los jóvenes. Tabla 3.

En el último mes antes de la ECV 2008, el 4,0% presentó alguna enfermedad, accidente, o algún problema de salud que no implicó hospitalización, principalmente en los adultos mayores, mientras los otros dos grupos registraron una frecuencia relativa similar. La hospitalización en los últimos doce meses fue para el 4,5% de las personas encuestadas, siendo los adultos mayores los más afectados con el 11,4% (tabla 3).

Otros problemas de salud como síntomas de depresión (sentirse triste, melancólico o aburrido) lo presentó el 27,2% de los encuestados, en proporciones muy similares los tres grupos poblacionales. Los síntomas de estrés (sentirse preocupado, tensionado o ansioso) fue presentado por el 39,7% con mayor manifestación en los jóvenes. (tabla 3).

En los trastornos con la alimentación, se presentó la anorexia y la bulimia en el 0,6% de los encuestados, con menor proporción en los adultos mayores. La obesidad se registró en el 5,3% con mayores problemas en el grupo de los jóvenes, y la hipertensión arterial se presentó en el 33,7% con una gran proporción de los adultos mayores, donde dos de cada tres la presentó (tabla 3).

Los maltratos que se registraron fueron físicos (4,2%), psicológicos (5,7%), sexuales (1,3%) y económicos (5,9%) fueron menores en los adultos mayores y mayores en el grupo de los jóvenes (tabla 3).

Los exámenes preventivos más comunes fueron: las mamografías en mujeres de 40 años o más de edad (11,8%), antígeno prostático en hombres de 40 años o más de edad (6,2%) y el examen de próstata realizado a los hombres en ese mismo grupo de edad fue del 6,3%, la prueba de VIH/sida fue realizada por el 8,3%, siendo los jóvenes quienes más lo hicieron. Los demás exámenes preventivos fueron realizados en mayor medida por los adultos mayores, principalmente la mamografía (tabla 3).

En general, la proporción personas con limitaciones permanentes para ver fue del 5,2%, a pesar de usar lentes o gafas (2,0%), para moverse o caminar (1,7%), para aprender o entender (1,0%), para relacionarse con los demás por problemas mentales (0,9%), para usar brazos o manos (0,8%), para hablar y para oír aún con aparatos especiales (0,7% respectivamente). Así como los exámenes preventivos, los adultos mayores registraron una mayor presencia de limitaciones permanentes, principal-

mente en las dificultades para caminar y para ver, que los hace dependientes de sus familiares o amigos.

Aunque los adultos mayores registren un mayor deterioro en su salud y presentar más limitaciones permanentes que los otros dos grupos poblacionales, su estado de salud sigue siendo bueno, pues solo el 7,3% presentó enfermedad, accidente u otro problema relacionado con su salud, y sólo el 11,4% fue hospitalizado en los últimos doce meses.

Los problemas que más los afectan están relacionados con la hipertensión arterial, el estrés y la depresión, problemas que también afectaron a los otros dos grupos, pero en menor proporción. Pero los jóvenes registraron una mayor frecuencia relativa en problemas como el estrés, la obesidad y la hipertensión; además de registrar maltrato psicológico, físico, económico y sexual en mayor medida que los otros dos grupos.

Discusión

Vale recordar que la ECV 2008 fue representativa por comuna de residencia, por lo tanto los resultados por grupo poblacional no son generalizables a los grupos étnicos de la ciudad, pero el gran número de personas recolectado en cada grupo se distribuyó de forma similar a la general, lo que permite mostrar un panorama muy cercano a la realidad.

Características demográficas

Para el año 2008, la población adulta mayor encuestada en la ciudad registraba un 66% de adultos mayores masculinos casados y un 13,5% viudo, mientras que las mujeres presentaban un 28,6% de casada y un 44,7% viudas, porcentajes similares a los encontrados en los estudios realizados en varios países de América Latina y el Caribe para el año 2002, donde el estado de viudez de las mujeres se daba en países como Brasil en un 43,3% y 33,9% en Cuba (12). En la región, el estado civil más predominante en los adultos mayores es el de viudo y Colombia es el país en donde se presenta el porcentaje más alto de mujeres mayores en esta condición civil, ocasionado en gran parte por la menor esperanza de vida y mortalidad masculina que se registra (12).

Según Saad (2003) cuanto más envejecida la población, se espera una menor proporción de casados y mayor proporción de viudos. La proporción de casados en países menos envejecidos, como Brasil y México, son relativamente más altas que los más envejecidos, como Uruguay y Barbados. El estado conyugal, suele ser una de las características demográficas de la población adulta mayor con mayores diferenciales por sexo, al considerarse que la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres, que la edad media al casarse de

las mujeres es más baja que la de los hombres, y que las posibilidades de un nuevo matrimonio después de la viudez o el divorcio son mayores entre los hombres que entre las mujeres, tiende a observarse una predominancia de casados entre los hombres y de viudas entre las mujeres mayores (13).

Otra característica, el nivel educativo que tiene el adulto mayor encuestado en la ciudad de Medellín, como en muchos países de América Latina y del Caribe (14), es bajo, debido a que en épocas anteriores eran los niveles más altos que se alcanzaban; estos niveles fueron de primaria (37,1%) principalmente pero se halló un alto porcentaje sin instrucción o con preescolar solamente (39%), que evidencia la disminución de posibilidades del grupo poblacional frente a otros grupos, restándole oportunidades de acceder a mejores condiciones de vida.

Las personas mayores están entre los segmentos poblacionales con menor escolaridad, dado que experimentaron su fase de acumulación de activos educacionales en el pasado, cuando la cobertura del sistema de enseñanza formal en la región era muy inferior a la actual. Efectivamente, el analfabetismo es más alto entre las personas mayores de 60 años y oscila entre un 50% en Bolivia y 13% en Chile (9).

Características económicas de los adultos mayores

En estas características se encontró que la capacidad de las personas de disponer de bienes en general, económicos y no económicos, constituye un elemento clave de la calidad de vida en la vejez. Según Huenchuan y Guzmán en este sentido, la seguridad económica de las personas mayores se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida. El goce de la seguridad económica permite a las personas mayores satisfacer las necesidades objetivas que agregan calidad a los años, y disponer de independencia en la toma de decisiones. Además, mejora su autoestima, al propiciar el desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos. Así, la seguridad económica es la contracara de la pobreza en tanto permite generar las condiciones para un envejecimiento con dignidad y seguridad (15).

Uno de los compromisos adquiridos en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento, realizada en Chile en el año 2003 fue “contribuir firmemente a superar las representaciones negativas y estereotipadas de la vejez, trabajando por el reconocimiento y valorización del aporte económico de las personas adultas mayores, así como por el respeto y ampliación de sus derechos sociales y económicos” y como recomendación se tuvo que “el Estado debe garantizar un in-

greso económico mínimo y digno a las personas adultas mayores como un derecho humano fundamental (16).

Según las disposiciones internacionales, la situación económica del adulto mayor es un aspecto importante que forma parte fundamental en su diario vivir, debido a que en esta etapa de la vida, las dificultades abundan más que en cualquier otra ciclo de la vida, se depende de unos ingresos que no son generados por la actividad que se está realizando sino por la retribución originada en el trabajo, en este caso de pensiones, de aportes familiares o de redes sociales; esta situación obedece al modelo económico o estructuras administrativas que se manejan en el país, que de acuerdo a como se esté comportando el ámbito económico, se afecta la economía de todos (12).

En la ciudad el 34,1% de adultos mayores encuestados estaban jubilados o pensionados en su mayoría hombres; mientras que a las labores del hogar se dedican el 34,7% aventajando las mujeres. Se destaca que el 9,5% se encontró trabajando y el 9,1% presentó incapacidad permanente. Estos resultados difieren de la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE) (14), donde el mayor porcentaje de adultos mayores son jubilados o pensionados (81% en Montevideo, 76% en Santiago de Chile y 65% en Buenos Aires) e igualmente las mujeres predominan en las labores del hogar, restándoles posibilidades de acceder a mejores condiciones de vida y disminuir el riesgo asociado a fuentes económicas, como es la falta de ingresos en la vejez, que lo lleva a un estado de vulnerabilidad (17).

Para Huenchuan y Guzmán (15), la seguridad económica de las personas mayores se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurarla. Esta seguridad satisface las necesidades objetivas que agregan calidad a los años, permite la autonomía, mejora su autoestima, propicia el desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos.

El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) (18), plantea que uno de las principales dificultades de los sistemas de protección social de los países de la región, es su desigual desarrollo, al encontrarse que más de la mitad de las personas mayores no tienen acceso a jubilaciones y pensiones, la protección social es desigual y no tienen como enfrentar los riesgos derivados de la pérdida de ingresos en la vejez que los ubica en condición de vulnerabilidad.

La situación laboral del adulto mayor ha sido tema de preocupación para los organismos internacionales. En la II Asamblea Mundial de Envejecimiento, se dieron alertas sobre la situación laboral y pensional de las personas mayores; en dicho foro se pidió al mundo pro-

mover el acceso, en condiciones de igualdad, “al empleo decente, a la formación continua y al crédito para emprendimientos propios o comunitarios” para la población adulta (19). Con esta situación negativa y excluyente del adulto mayor del mercado laboral se ven afectados sus ingresos, lo que los lanza a condiciones desfavorables de dependencia económica del Estado, la sociedad o la familia, contradiciendo el mandato constitucional de protección estatal y no mendicidad social (13).

Tal como ha destacado la CEPAL (2003) la participación laboral de las personas mayores se encuentra relacionada directamente con la deficiente cobertura del sistema de seguridad social, que obliga a continuar trabajando para subsistir. De este modo, los aspectos relativos a la institucionalidad del sistema de seguridad social y su financiamiento son factores coadyuvantes para determinar la participación o no de las personas mayores en el mercado de trabajo (15).

En general, las características económicas de la población adulta mayor de Medellín lo colocan en condición de vulnerabilidad frente a los registrados en la encuesta SABE, al presentar menor proporción de personas jubiladas o pensionadas. También se evidencia como al adulto mayor lo tienen excluido del mercado laboral por presentar bajos niveles de calificaciones básicas y una formación obsoleta, estando en capacidad todavía de cumplir con actividades formales e informales (19); sin embargo son reemplazados por profesionales más jóvenes, capacitados para las nuevas exigencias del medio tecnológico (20).

Características de seguridad social y salud

La afiliación en salud del adulto mayor a la salud en Medellín se da principalmente en el régimen contributivo con un 71,4%, según la fuente utilizada correspondiente a la ECV 2008, seguido por el subsidiado con un 20,3%; es llamativo el poco incremento de estas cifras con respecto a los resultados de la encuesta de calidad de vida de 2001 (21), siendo una población que más requiere y demanda la atención en salud por problemas relacionados con su condición física y mental, pero los estilos de vida saludable pudieran estar disminuyendo la demanda registrada.

La relación entre transición demográfica y epidemiológica tiene como consecuencia directa, la demanda de los servicios y el derecho a acceder y a disfrutar del más alto nivel de salud posible (19). Dice el Informe sobre la salud en el mundo (2008) (22), que el fenómeno del envejecimiento ha puesto de relieve una cuestión que reviste especial importancia para la organización de la prestación de servicios: la frecuencia cada vez mayor de la multimorbilidad. En el mundo industrializado, un 25% de las personas de 65 a 69 años y un 50% de las de

80 a 84 años padecen dos o más afecciones crónicas al mismo tiempo.

Las personas mayores tienen requerimientos de salud específicos y más complejos que las personas más jóvenes, pero los sistemas de vigilancia epidemiológica no tienen documentadas esas necesidades ni registran la prevalencia o incidencia de los problemas de salud graves en esa etapa de la vida, pues las personas mayores necesitan la atención adecuada para prevenir enfermedades, promover su independencia y mejorar su calidad de vida (23).

Según la percepción del estado de salud en los últimos meses del año 2008, el 36,7% de los mayores encuestados lo consideraron regular o malo, principalmente las mujeres, resultados un poco inferiores a los reportados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (23) y del 40% de las mujeres y 50% de los hombres mayores de 60 años de Santiago de Chile, Ciudad de México y La Habana que declaran tener regular o mala salud (9). Esta diferencia en la percepción del estado de salud de los adultos mayores, según sexo, ha sido explicada en que los problemas de salud afectan de diferente forma a hombres y mujeres, y según Peláez: “dado que las mujeres han participado menos en la fuerza laboral, su acceso a fuentes de ingreso en la vejez es mucho menor que el de los hombres. A no ser que el apoyo familiar compense esa diferencia, es de esperar que el deterioro de la salud y el bienestar de las mujeres de edad avanzada sea peor que el de los hombres de la misma edad” (24).

La proporción de adultos mayores que declaran tener dificultad en algún tipo varía desde poco menos de 14% en la muestra de Barbados, hasta un 22% en la de Chile. Las proporciones son mayores que los que informaron tener dificultad en algún tipo de actividad instrumental de la vida diaria (AIVD), variando desde poco más de 17% en Uruguay hasta un 32% en Brasil. Lamentablemente en Medellín solo se indagó por las limitaciones permanentes, siendo las principales dificultades para caminar y para ver, que oscilan entre 6% y 8%.

Dentro de los principales problemas de salud registrados por los mayores, se encontró la hipertensión arterial (59,7), el estrés (35,5%) y la depresión (26,9%). La hipertensión registró un porcentaje similar entre hombres y mujeres, pero es mayor que el registrado en la encuesta SABE, donde la prevalencia osciló en torno al 48% (morbilidad subjetiva o percibida) (25) y considera CELADE que es posible especular que por lo menos 20 millones de adultos mayores en América Latina y el Caribe sufren de hipertensión. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbi-mortalidad en las personas adultas mayores y el riesgo de tener una enfermedad del sistema cardiovascular en las personas de 60 años y más es de aproximadamente 18% para los hombres y 20% para las mujeres (9).

En cuanto a los trastornos mentales, según la OMS, el crecimiento de la población adulta mayor trae consigo inevitablemente un aumento de las enfermedades relacionadas con la edad, como las demencias y la depresión (26). Es de esperar que el envejecimiento poblacional se acompañe de cambios importantes en la frecuencia y la distribución de los trastornos somáticos y mentales, así como en la interrelación entre estos dos.

Se considera que los factores que afectan potencialmente la salud mental del anciano están originados en el aumento de la esperanza de vida seguido por una baja en las tasas de fertilidad, los cambios en la economía, la creciente migración del campo a la ciudad, la mayor educación de los hijos; otros factores son positivos y mitigan los posibles resultados en salud mental, como son: la mayor educación de los adultos, el aumento del ingreso per cápita en algunos países y las mejoras en la atención en salud (26). En Medellín, similar al nacional, la depresión en el adulto mayor afecta a uno de cada cuatro personas en este grupo de edad, pero se evidenció que los jóvenes presentaron una prevalencia mayor.

Pero cada vez es más frecuente el despliegue de leyes que especifiquen los derechos humanos de los grupos humanos vulnerables, marginales, desfavorecidos o socialmente excluidos. Este nuevo enfoque de desarrollo basado en derechos propicia la titularidad de los adultos mayores, pues alienta a conciliar las necesidades e intereses, independiente de su edad, con sus propios derechos y responsabilidades; visualiza una persona que reclama un tratamiento particular en razón de su edad e introduce nuevas reivindicaciones para especificar y profundizar en sus derechos y libertades fundamentales (19).

Conclusiones

Según la encuesta de calidad de vida del año 2008 realizada en la ciudad, el estado civil que predominó entre los adultos mayores encuestados fue el de casado seguidos por los viudos y se evidenció asociación estadística entre el estado civil y el sexo mostrando la condición de casado más relacionado con el sexo masculino, mientras la condición civil de viudez se relaciona en mayor medida con el sexo femenino.

El último grado de escolaridad aprobado fue el de primaria pero se encontró un alto porcentaje de adultos mayores de la ciudad sin ninguna escolaridad que evidencia la disminución de posibilidades y le resta oportunidades de acceder a mejores condiciones de vida. Vale recordar que ellos son de cohortes nacidas a principios del siglo xx donde el nivel de primaria era el mayor grado educativo alcanzado y a medida que se avanza en el tiempo se encontraron adultos mayores con nivel de secundaria, universitaria y de posgrado.

Es importante destacar que en Medellín el adulto mayor no presenta diferencias sustanciales frente a los otros dos grupos poblacionales usados como comparación, pero características demográficas como la edad, lo hacen más vulnerable en lo económico y en las condiciones de salud al tener más limitaciones para acceder a las oportunidades existentes en la sociedad y por ende, podrían presentar mayor vulnerabilidad social, considerada como la desventaja socioeconómica que tiene el adulto de 65 años y más, frente a los demás grupos poblacionales, debido a que ellos no cumplen con las exigencias que el medio productivo y la sociedad requieren, dejando de lado su experiencia y sabiduría que han adquirido en el transcurso de su vida.

Referencias

- Erikson R. Descripciones de la desigualdad: el enfoque sueco de la investigación sobre el bienestar. En: Sen M, Nussbaum M, compiladores, editores. *La Calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica; 1998. Págs. 101-120.
- Lugones BM. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2002; 18(4): 287-289.
- Rodado NC, Grijalba de RE. *La tierra cambia de piel: Una visión integral de la calidad de vida*. 2.ª ed. Bogotá: Editorial Planeta Colombiana S.A.; 2001.
- European Foundation for the improvement of living and working conditions. *Quality of life in Europe*. Alemania: Publications Office; 2005.
- Espinosa O. Apuntes sobre calidad de vida, desarrollo sostenible y sociedad de consumo: una mirada desde América Latina. *Rev Contribuciones de la Fundación Konrad Adenauer de Alemania y el CIEDLA* 1999; 63(3): 119-148.
- Cardona AD, Agudelo GH. Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Rev Facultad Nacional de Salud Pública* 2005; 23(1): 79-90.
- Organización Mundial de la Salud, Programa Envejecimiento y Ciclo Vital. *Envejecimiento activo: un marco político*. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37(S2):74-105.
- Naciones Unidas, CELADE/CEPAL. *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Santiago de Chile: CELADE/CEPAL; 2006.
- CELADE, CEPAL, UNFPA, OPS, OIT, BID, et al. *Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas*. Santiago de Chile: CELADE/CEPAL; 2003.
- Videla J. Los ancianos y las políticas de servicios en América Latina y el Caribe. En: *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Publicación Científica No.546. Washington: OPS; 1994.
- Medellín, Departamento Administrativo de Planeación Municipal, Unidad de Clasificación Socioeconómica y Estratificación. *Encuesta de Calidad de Vida en Medellín, año 2008*. Medellín, Alcaldía, 2008.
- Hernández R. Cuba: el estado conyugal de los adultos mayores. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Córdoba: ALAP; 2008.
- Saad P. Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América latina y el Caribe: estudio comparativo de encuestas SABE. *Papeles de Población* 2003; 77:175-218.
- Findling L, Lehner M, Ponce M, Venturiello M, Mario S. Adultos mayores: percepción de salud y redes sociales. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Córdoba: ALAP; 2008.
- Huenchuan S, Guzmán JM. Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para políticas. Santiago: CELADE/UNFPA; 2006.
- Díaz L. Desde la sociedad civil: situación de las personas mayores, aportes para la formulación de una estrategia regional de intervención en América Latina y el Caribe. Dirección electrónica: http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/1/13611/lucio_diaz.pdf Consultado: mayo de 2009, Santiago de Chile: CELADE/CEPAL; 2003.
- Departamento Nacional de Planeación. *Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional*. Bogotá: DNP; 2008.
- CELADE/CEPAL, UNFPA. *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*. [Boletín 6]. Santiago de Chile: CELADE/CEPAL; 2008.
- Organización de las Naciones Unidas, Huenchuan S. *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago de Chile: ONU; 2009.
- Guzmán J. *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Serie Población y Desarrollo No.28. Santiago de Chile: CELADE/CEPAL; 2002.
- Cardona A D, Estrada R A, Agudelo G H. *Envejecer nos Toca a todos*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia; 2003.
- Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: OMS; 2008.
- Loewy M. *La vejez en las Américas*. *Perspectivas de Salud* 2004;9(1).
- Peláez M, Palloni A. *La salud en el envejecimiento: agenda de investigación para América Latina y el Caribe*. Capítulo 3. [Internet] [Acceso 15 de enero de 2010]. En: Engler TA, Peláez MB. *Mas vale por viejo*. Disponible en: http://books.google.com.co/books?id=LTmfAlAQ3dQC&printsec=frontcover&dq=%22MAS+VAL+E+POR+VIEJO%22+%26+PELAEZ&source=bl&ots=qQVemCWXLj&sig=Z8cg09sG9zLoGgh8j2twm87eg4U&hl=es&ei=kxRfS9rBGs2Vtgej7930Cw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CAcQ6AEwAA#v=onepage&q=&f=false.
- Organización Panamericana de la Salud, División de Promoción y Protección de la Salud. *Encuesta multicéntrica Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe*. 2005. Washington: OPS/OMS; 2001.
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A. *Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington: OPS; 1997.