

CAPÍTULO 6

Estado de salud

Cerca de la mitad de las personas adultas mayores en Costa Rica reporta una percepción de su salud como regular o mala; ello es más frecuente en las mujeres y en quienes viven fuera de la Gran Área Metropolitana (GAM). Sin embargo, a pesar de que las condiciones de salud se presentan más desventajosas para las mujeres, son los hombres quienes tienen mayores tasas de mortalidad. Adicionalmente, las personas mayores residentes de las regiones Huetar Atlántica, Chorotega y Pacífico Central, presentan indicadores generales más desfavorables.

Entre las enfermedades crónicas que reportaron padecer las personas adultas mayores, las más frecuentes son la hipertensión, diabetes, enfermedades pulmonares, osteoporosis y artritis. De ellas, la hipertensión arterial y la diabetes son los principales factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular, la cual es, en este grupo, y en la población en general, la principal causa de muerte. A pesar de ello, alrededor de una sexta parte de las personas hipertensas y diabéticas no utiliza medicamentos para controlar su enfermedad. Esta población podría tener un riesgo más elevado de padecer otras enfermedades asociadas si no controlan su padecimiento con formas alternativas como dieta y ejercicio.

A medida que avanza la edad, las personas adultas mayores sufren una serie de cambios asociados a la funcionalidad, la discapacidad y la dependencia de cuidados de otras personas. Una encuesta reciente (CRELES) permite describirlos; algunos de los más notables son:

- Las dificultades de movilidad, funcionalidad básica e instrumental son más frecuentes en las mujeres y se incrementan con la edad, lo que las hace más vulnerables. Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, los trastornos cognitivos

y la depresión también tienen efectos sobre el funcionamiento físico.

- En lo que se refiere a las disfunciones sensoriales, tres de cada diez personas adultas mayores manifiestan haber sido diagnosticadas con cataratas, pero de ellos sólo la mitad han sido operadas.

- Alrededor de una sexta parte de las personas adultas mayores costaricenses padece algún grado de depresión. El porcentaje de las personas con depresión severa o en riesgo de depresión se mantiene más o menos constante con la edad.

En Costa Rica, alrededor del 24,3% de las personas adultas mayores presentan bajo peso según los criterios de corte para el índice de masa corporal (IMC) de la Oficina Panamericana de la Salud. Los hombres muestran un mayor porcentaje de peso normal, mientras que el porcentaje de mujeres en riesgo de complicaciones metabólicas, según la circunferencia de la cintura, es cerca del triple que el de los hombres. La proporción de adultos mayores con desnutrición aumenta con la edad, lo cual habla de la aparición de síndromes geriátricos de alta complejidad que requieren atención especializada.

La construcción de protocolos de abordaje nutricional diferenciados para este grupo de población debería tener como prioridad de intervención, el bajo peso más que la intervención del sobrepeso.

El perfil de salud de la población adulta mayor caracterizado sobre todo por enfermedades crónicas de larga evolución tal como la hipertensión y diabetes, implica la necesidad de la detección temprana y de acciones preventivas que permitan que las personas lleguen a su vida adulta mayor preservando su funcionalidad, su capacidad cognitiva y su autonomía.

Autorreporte de la salud

Una forma común de estimar la salud en la población adulta es preguntándole su opinión personal de cómo valoran su salud. Esta información ha demostrado ser un buen predictor de la mortalidad y de la salud en general, tanto a nivel poblacional como individual (Idler & Benyamini, 1997). Esta medida representa la medición subjetiva del estado de salud, la cual es una representación general de las condiciones y de la calidad de vida de las personas. La salud autorreportada no sustituye los diagnósticos médicos, pero sí ofrece una aproximación cercana a las condiciones generales de vida de las personas.

Para evaluar la prevalencia de enfermedades crónicas se utilizó el autorreporte de salud, es decir, las respuestas obtenidas al preguntarle a la persona adulta mayor si alguna vez un médico le había dicho que padecía ciertas enfermedades. Aspectos relacionados con funcionalidad física, sintomatología, problemas sensoriales, salud y reproductiva, así como cuidados preventivos, también se refieren a autorreportes (ver anexo 2).

Cerca de la mitad de las personas adultas mayores en Costa Rica reporta una percepción de la salud regular o mala

La evaluación de la autopercepción de salud mostró que las respuestas más comunes que emitieron las personas adultas mayores de Costa Rica fueron "salud regular" (39%) y "buena" (32%). Las respuestas extremas de "excelente" o "mala" fueron elegidas por el 8% cada una. Al agregar en un solo grupo las respuestas "regular" y "mala", el 47% de las personas mayores de 65 años en Costa Rica se ubica en esta categoría.

Este porcentaje es diferencial por sexo, siendo las mujeres adultas mayores quienes reportan peores condiciones de salud (50%) que los hombres (46%). También existen diferencias por grupo de edad y por zona de residencia. El porcentaje de personas adultas

mayores de 65 a 69 años que reporta salud "regular" o "mala" es de 44% y, entre quienes tienen 70 años y más, el reporte de "mala" salud se da en el 50% de los casos. Un dato importante es que de las personas que viven en el Gran Área Metropolitana (GAM), solo un 41% reporta salud "regular" o "mala", comparado con un 56% de quienes viven fuera de ella.

El porcentaje de mujeres que autorreportaron salud regular o mala fue mayor que el de hombres

En todas las ciudades estudiadas, como parte del Proyecto SABE: Salud, Bienestar y Envejecimiento 2000-2001 (Wong et al 2006), la proporción de personas que reportó gozar de una salud "excelente" fue baja (6% o menos). En estas ciudades, al igual que en Costa Rica, el porcentaje de mujeres que reportaron salud "regular" o "mala" fue mayor que el de hombres. Como se observa en el cuadro 6.1, México D.F. fue la ciudad con mayor proporción de personas con salud "regular" o "mala" (66% en hombres y 71% en mujeres). Buenos Aires, Argentina, fue la ciudad con menor proporción de individuos con salud "regular" o "mala" (28% de hombres y 38% de mujeres). Los hombres costarricenses reportan porcentajes de salud "regular" o "mala" en mayor proporción que los de Bridgetown, Montevideo y Buenos Aires. Las mujeres costarricenses, por su parte, reportan porcentajes de salud "regular" o "mala" superiores a los encontrados en La Habana, Montevideo y Buenos Aires.

Al agregar en un solo grupo las respuestas "regular" y "mala", el 47% de las personas mayores de 65 años en Costa Rica se ubica en esta categoría.

Un dato importante es que de las personas que viven en el Gran Área Metropolitana (GAM), solo un 41% reporta salud "regular" o "mala", comparado con un 56% reportado de quienes viven fuera de ella.

Cuadro 6.1: Porcentaje de personas que autorreportan salud "regular" o "mala" en Costa Rica y siete ciudades participantes del proyecto SABE

País / Ciudad	Hombres	Mujeres
Costa Rica	46	50
México DF	66	71
Santiago	54	65
La Habana	54	38
Sao Paulo	50	54
Bridgetown	38	51
Montevideo	30	44
Buenos Aires	28	38

Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de CRELES y de Wong et al., 2006.

Es posible que la autoevaluación de la salud difiera en razón de cuán saludables sean las poblaciones entre países, de manera que, en poblaciones más saludables, una buena percepción de la salud puede depender de la salud emocional, de enfermedades crónicas o de funcionalidad física, mientras que en poblaciones con peor salud puede depender más bien de la incidencia de enfermedades infecciosas (Wong et al., 2006). Esto hace que, a pesar de que se formuló la misma pregunta en Costa Rica y en cada una de las siete ciudades, las respuestas obtenidas no sean plenamente comparables. Sin embargo, es útil como una guía para valorar el estado de salud general de las personas adultas mayores costarricenses respecto a las de otras poblaciones.

Morbilidad autorreportada

Las condiciones crónicas autorreportadas más frecuentes son la hipertensión, la hipercolesterolemia, la diabetes mellitus, la enfermedad pulmonar, la artritis y la osteoporosis

En el cuadro 6.2, se muestran los porcentajes de personas que autorreportan (considerando que un médico o personal de salud le haya informado que lo padece) cada una de las enfermedades o condiciones crónicas estudiadas por CRELES. Las seis condiciones crónicas con una prevalencia mayor al 10% son: hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes

Cuadro 6.2: Porcentaje de personas adultas mayores que autorreportan enfermedades crónicas (2006)

Enfermedad	Todos
Hipertensión	50,4
Hipercolesterolemia	37,1
Diabetes	20,6
Enfermedad pulmonar	16,6
Artritis	15,9
Osteoporosis	10,2
Infarto	4,9
Cáncer	6,6
Derrame	4,8

Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de CRELES.

mellitus, enfermedad pulmonar, artritis y osteoporosis. Las tres primeras condiciones son consideradas como factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular, principal causa de muerte en Costa Rica.

La prevalencia de las enfermedades crónicas varía por grupo de edad y por sexo (gráficos 6.1 y 6.2). El porcentaje de hombres que indica padecer enfermedades crónicas (gráfico 6.1) es menor que el de las mujeres (gráfico 6.2). De esta forma, tanto para hombres como para mujeres, la hipertensión arterial y el colesterol alto son las patologías más frecuentes. Los hombres presentan una prevalencia de hipertensión y de colesterol más baja (41% y 32%, respectivamente) que las mujeres (55% y 46%, respectivamente).

De las personas adultas mayores que reportaron ser hipertensas, un 71,2% tiene menos de 20 años de padecer la enfermedad, un 25%, entre 20 y 39 años de sufrir hipertensión y el resto tiene más de 40 años con el padecimiento. Al comparar por sexo, un 35,58% de mujeres tiene más de 20 años de tener el diagnóstico de hipertensión comparado con un 20,3% de los hombres. Esto puede deberse, entre otras razones, a que a las mujeres se les diagnostica más tempranamente la enfermedad porque acuden frecuentemente a los servicios de salud, según se presenta en el capítulo 7.

Para las personas adultas mayores que reportaron padecer diabetes, se observa que un 60% de la población adulta mayor registra menos de 10 años de padecer la enfermedad y, al comparar por sexo, los hombres tienen menos tiempo de sufrir la enfermedad. Un 65,2% de los hombres y un 56,3% de las mujeres tienen 10 años o menos de tener diabetes mellitus. Un 72,1% de las personas que tienen diabetes mellitus, también tiene hipertensión arterial, lo cual aumenta el riesgo de complicaciones de este grupo.

Entre los hombres, la hipertensión y las enfermedades de pulmón prevalecen con tendencia ligeramente creciente conforme aumenta la edad. Otras enfermedades como la osteoporosis y la

artritis, los infartos, el cáncer y los derrames son más frecuentes en los grupos de edades mayores. El cáncer es otra enfermedad cuyo porcentaje de personas que la padecen aumenta considerablemente con la edad, pasa de una frecuencia del 3% en los grupos de edades jóvenes a un 11% en los grupos de edades más avanzadas.

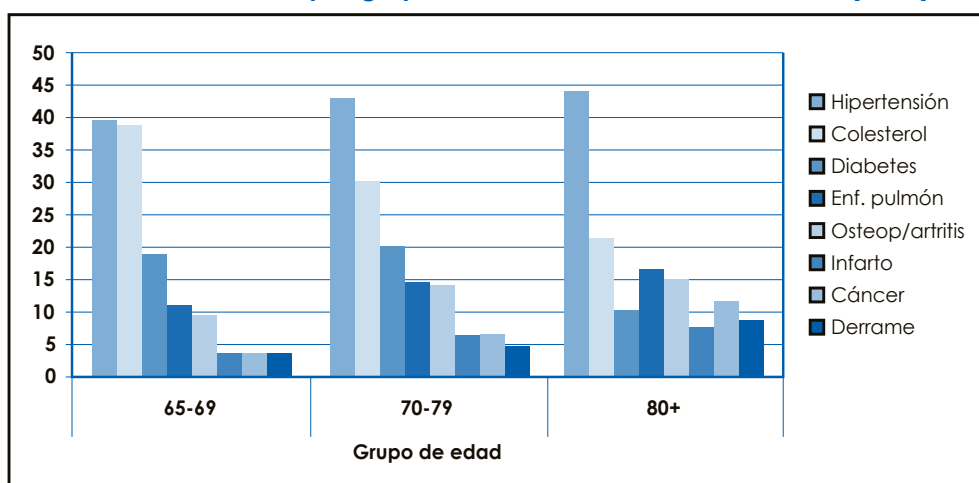
En las mujeres, las enfermedades pulmonares, la osteoporosis y la artritis presentan porcentajes más elevados que en los hombres y, además, se mantienen constantes en los distintos grupos de edad (20% y 31%, respectivamente).

Una tendencia contraria sucede con la diabetes y con el colesterol elevado. Veinte de cada cien hombres de 70 a 79 años son diabéticos, pero este porcentaje

disminuye a la mitad en el grupo de edad de 80 años y más. El porcentaje de hombres con colesterol alto también disminuye con la edad. Este patrón también se observa entre las mujeres. Este último fenómeno podría explicarse debido a la mortalidad provocada directa o indirectamente por la misma diabetes o la hipercolesterolemia, la cual provoca que, entre las personas de 80 años o más, haya un menor porcentaje de diabéticos. Esto también podría explicarse por diferencias en estilos de vida o en funcionamiento metabólico.

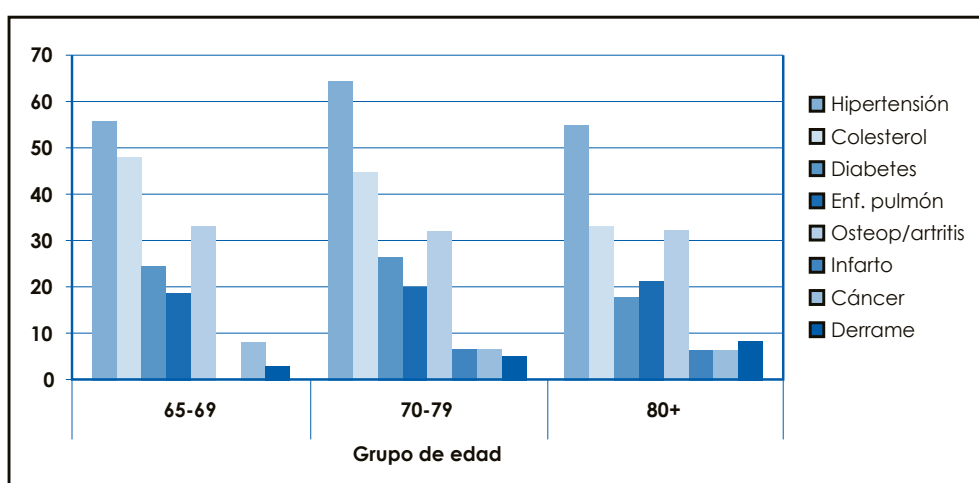
Una indicación que refuerza esta última hipótesis es que entre los adultos mayores costarricenses del proyecto CRELES, la prevalencia de obesidad, niveles altos de triglicéridos (mayores a 150 mg/dl) y alto consumo calórico

Gráfico 6.1: Porcentaje de personas adultas mayores que reporta tener enfermedades crónicas por grupo de edad. Población masculina (2006)



Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de CRELES.

Gráfico 6.2: Porcentaje de personas adultas mayores que reporta tener enfermedades crónicas por grupo de edad. Población femenina (2006)



Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de CRELES.

disminuye con la edad (Fernández y Méndez, 2007).

En cuanto a la prevalencia de enfermedades crónicas por zona de residencia, el aspecto a resaltar es que el porcentaje de hipertensos en la GAM es mayor (52%) que en el resto del país (45%). Este dato coincide con las mayores tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares observadas en la Región Central, en donde se encuentra la GAM.

Si se compara con otras poblaciones (cuadro 6.3), Costa Rica se distingue por un menor porcentaje de personas adultas mayores con artritis (16%). La hipertensión arterial es similar entre Costa Rica (50%) y la mayoría de ciudades de los otros países, en las que la prevalencia está en un rango de 44% a 54%.

Las ciudades con mayores prevalencias de diabetes mellitus son Bridgetown y México D.F. (22%). En Costa Rica prevalece la diabetes en forma similar a la de estas dos ciudades (21%), mientras que Santiago y Buenos Aires son las ciudades con más baja prevalencia (13%). La frecuencia relativa de enfermedades pulmonares crónicas (17%) y de cáncer (6%), en Costa Rica, se encuentra entre las más altas; esta última prevalencia es similar a las observadas en Montevideo y Buenos Aires. La alta frecuencia de personas adultas mayores costarricenses con cáncer también coincide con la información sobre mortalidad

expuesta anteriormente. Costa Rica es, entre los países latinoamericanos avanzados en la transición epidemiológica, el que registra mayores tasas de mortalidad debido a neoplasmas.

La patología y la sintomatología prostática son relevantes para los hombres

En Costa Rica es posible estimar la incidencia del cáncer, gracias al Registro Nacional de Tumores. La incidencia de cáncer de próstata en los adultos mayores es alta (gráfico 6.3). En el grupo de 65-69 años es de 355 por cien mil personas en esa edad y se incrementa considerablemente entre quienes tienen 80 y más años (863 por cada 100.000 hombres de 80 y más).

En las mujeres el cáncer que más afecta su sistema reproductor es el de mama y el de cérvix

Las tasas de mortalidad e incidencia de cáncer de mama se han incrementado en las últimas dos décadas entre las mujeres de varios países de Latinoamérica y el Caribe (Reyes-Ortiz et al., 2006). El cáncer cervical es el segundo cáncer más común en las mujeres alrededor del mundo.

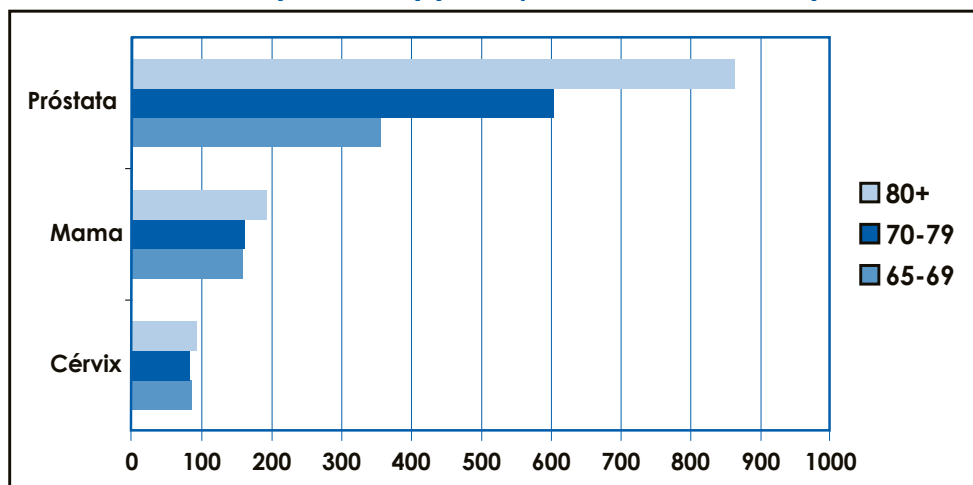
La principal causa de cáncer de cérvix es la infección con tipos altamente riesgosos del virus del papiloma humano. Reviste implicaciones para los sistemas

Cuadro 6.3: Frecuencia relativa de enfermedades crónicas seleccionadas, en personas adultas mayores de Costa Rica, población de México-americanos y siete ciudades participantes del proyecto SABE

Población	Artritis	Hipertensión arterial	Diabetes mellitus	Cáncer	Enf. pulmonar crónica
Costa Rica	15,9	50,5	20,7	6,6	16,7
Buenos Aires	52,5	49,0	12,5	4,9	8,5
Bridgetown	47,1	47,9	22,2	3,5	4,2
Sao Paulo	32,2	53,8	17,7	3,7	12,6
Santiago	29,5	52,3	13,3	4,5	12,7
La Habana	56,0	44,1	15,2	3,5	12,6
México D.F.	23,8	43,1	21,9	2,0	9,7
México-Americanos	39,9	-----	27,8	5,6	2,5
Montevideo	48,3	44,9	13,0	6,0	9,2

Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de CRELES, de Al Snih et al., 2006, Patel et al., 2006, y de Menéndez et al., 2005.

Gráfico 6.3: Tasas de incidencia de cáncer en el sistema reproductivo, según edad. (1999-2003) (Tasas por 100.000 habitantes)



Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de CRELES.

de salud en cuanto a la prevención por medio de vacunas (todavía en fases incipientes en los países en desarrollo), así como en la prevención secundaria a través del tamizaje. Este tipo de cáncer afecta desproporcionadamente a las regiones más pobres, en donde, usualmente, el tamizaje por medio del papicolau ocurre con menor frecuencia.

La incidencia de cáncer de mama entre las mujeres de 65 a 69 años es de 158 casos por 100.000 mujeres, mientras que en el grupo de 80 y más años es de 193. En esta población, el cáncer de cérvix (invasor e in situ) muestra incidencias más bajas que el de mama (gráfico 6.3).

Consumo de medicamentos

La polifarmacia es alta principalmente en las mujeres

De las personas adultas mayores de CRELES, un 79% de la población refirió consumir medicamentos, la mayoría mujeres (58%) residentes de la GAM. Dichos medicamentos proceden, en especial, de la Caja Costarricense del Seguro Social (87%), y de ellos destacan los grupos terapéuticos: antihipertensivos (18%), antitrombolíticos (11%), diuréticos (8%), hipoglicemiantes (7%), hipolipemiantes (6%), que concordaron con el autorreporte de hipertensión, colesterol elevado y diabetes. El 60% de las personas adultas mayores utiliza de 1 a 4 medicamentos, el 40%

tiene polifarmacia (5 a 17 medicamentos), en especial las mujeres que predominan como usuarias en todas las edades y en todas las agrupaciones de medicamentos.

No toda la población adulta mayor que reporta padecer hipertensión arterial recibe tratamiento

Al revisar el botiquín de las personas adultas mayores de CRELES, se encuentra que un 44% toma medicamentos para el control de la hipertensión. El consumo es mayor entre las mujeres (49%) respecto a los hombres (37%). A pesar de que un 50% de la población adulta mayor sabe que es hipertensa, un 18% de ella no tiene antihipertensivos en su botiquín. Este grupo de personas adultas mayores podría presentar un riesgo más elevado de complicaciones asociadas a la hipertensión si no estuvieran controlando la enfermedad con formas alternativas como, por ejemplo, dieta y ejercicio. Por otra parte, se identificó un 9% que no conoce su condición de hipertenso, pero sí cuenta con medicamentos antihipertensivos en su botiquín, lo cual informa de deficiencias en la educación en salud.

Respecto a la diabetes, un 18% de todas las personas adultas reporta medicamentos vía oral o subcutánea para el control de

El 60% de las personas adultas mayores utiliza de 1 a 4 medicamentos; el 40% tiene polifarmacia (5 a 17 medicamentos), en especial las mujeres que predominan como usuarias en todas las edades y en todas las agrupaciones de medicamentos.

A pesar de que un 50% de la población adulta mayor sabe que es hipertensa, un 18% de ella no tiene antihipertensivos en su botiquín.

esta enfermedad. Este reporte es mayor entre las mujeres (21%) que entre los hombres (15%).

En cuanto a la medicación para reducir los niveles lipídicos, el medicamento frecuentemente encontrado en los botiquines del grupo de adultos mayores costarricenses es la estatina (inhibidor de la HMG-

CoA reductasa); un 16% tiene este tipo de medicamento en sus botiquines, aunque entre aquellos con diagnóstico de hipercolesterolemia esta proporción es de un 35%. No obstante, un 5% de las personas que no reporta este tipo de diagnóstico está consumiendo este medicamento. Entre las personas con este diagnóstico, las mujeres y los

Recuadro 6.1: Carga de enfermedad (AVISA) del grupo mayor de 65 años

Tabla 6.1: Años saludables de vida perdidos por discapacidad (AVISA) y tasa por mil habitantes según evento para personas adultas mayores de 65 años

Evento/ Enfermedad	AVISA	Tasa x 1000 habitantes
Infarto agudo del miocardio	8314,7	33,5
Diabetes mellitus	4606,9	18,5
Artritis reumatoide	1483,9	6,0
Asma	1090,7	4,4
Trastornos depresivos mayores	500,2	3,8
Vehículo motor	679,6	2,7
Dependencia al alcohol	361,2	1,5
VIH	272,5	1,1
Sida	96,9	0,4
Lesiones (fracturas de caderas, clavícula, cúbito, huesos cara, mano, lesión medular)	102,3	0,4
Total AVISA y tasa nacional por mil habitantes	17508,9	70,3

Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica. Documento borrador de la Estimación de la Carga de Enfermedad en Costa Rica 2005.

En el 2006, el Ministerio de Salud anunció que las tres principales causas de mortalidad general fueron: enfermedad del aparato circulatorio, tumores y causas externas. No obstante, al no conocer cuál es la carga de enfermedad ocasionada por estos eventos o enfermedades, se solicitó al Banco Interamericano de Desarrollo financiar un proyecto para realizar esa investigación. El objetivo del estudio fue estimar los años de vida saludables perdidos por discapacidad en el año 2005, tomando en cuenta todos los cantones, el sexo y los grupos de edad por quinquenio. Se calculó, entonces, el indicador AVISA, que es la suma de dos indicadores: los años de vida vividos con discapacidad (AVD) y los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP). El cálculo se realizó a 64 eventos clasificados en 3 grupos. En el grupo 1 se ubicaron las enfermedades infecciosas de reproducción, perinatales y deficiencias nutricionales; en el grupo 2, las enfermedades no transmisibles y, en el grupo 3, las lesiones. El total de AVISA para el país fue 358.509 años. Los eventos o enfermedades que ocuparon el 65% de la estimación fueron: VIH/SIDA, trastornos depresivos mayores, infarto agudo del miocardio, artritis reumatoide, accidentes de vehículo motor, trastornos depresivos mayores, diabetes mellitus, asma bronquial y lesiones como las fracturas de caderas, clavícula, cúbito, huesos cara, mano, y lesión medular. En este grupo de eventos, los mayores de 65 años ocuparon un total de 17.508,9 años.

La carga de enfermedad calculada para este grupo representa el 3,7% del total calculado para el país. Dicho dato representa las características de esta metodología, en donde los grupos de menor edad siempre tendrán mayores contribuciones a la carga de enfermedad por diferentes causas. No obstante, es notoria la contribución del infarto agudo del miocardio y la diabetes mellitus a los años de vida saludables perdidos por discapacidad de las personas adultas mayores, lo cual es congruente con la morbilidad y la mortalidad en este grupo.

habitantes de la GAM tienen mayor probabilidad de contar con estatinas en su botiquín. Este diferencial por región podría indicar limitado acceso a este tipo de medicamento entre la población adulta mayor que vive en las regiones periféricas.

Funcionalidad física y cognitiva

El deterioro cognitivo tiene especial importancia dado su efecto sobre las actividades de la vida diaria y la autonomía de la persona adulta mayor. Según progresa el deterioro, la persona adulta mayor tiende a perder su autonomía hasta para las actividades básicas como bañarse, alimentarse y vestirse. Al reducirse su independencia, requerirá del apoyo de cuidadores quienes podrían pertenecer, en su mayoría, al núcleo familiar o de amigos inmediatos, y deberían ser considerados en los programas de atención tanto en lo referente a capacitación para la

atención, como para la prevención de problemas de salud debidos a la responsabilidad de atender individuos con afecciones de la funcionalidad física y cognitiva. La relación entre disfuncionalidad física, deterioro cognitivo y maltrato son discutidos en los capítulos 5 y 10 de este Informe.

Las dificultades para la movilidad, funcionalidad básica e instrumental son más frecuentes en las mujeres y se incrementan con la edad

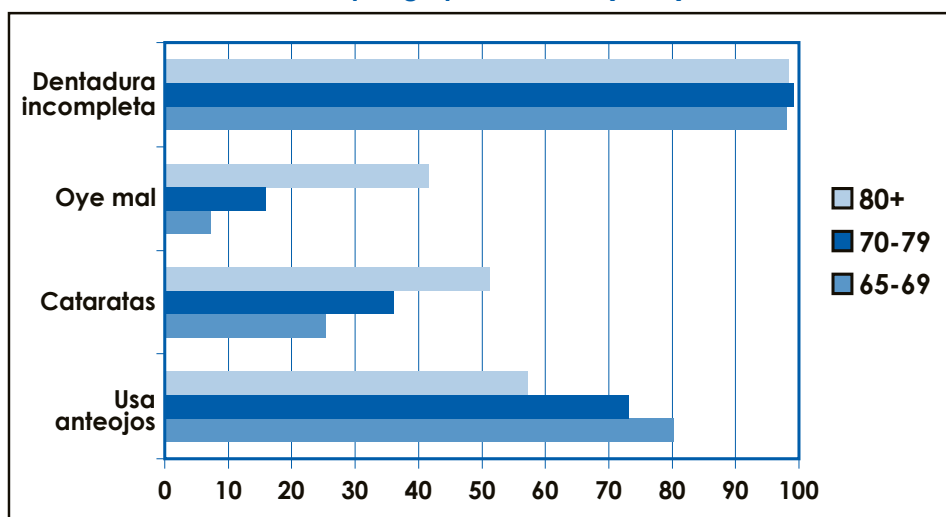
La funcionalidad se define como la capacidad de la persona para realizar sus actividades básicas y las actividades instrumentales de la vida diaria. Así, la discapacidad será la inhabilidad o habilidad parcial de realizar tales actividades, lo que afecta su autonomía y la define como una persona en necesidad de cuidado, lo cual podría ponerla en riesgo de perder su capacidad para participar en la vida familiar y social.

Cuadro 6.4: Frecuencia relativa de personas adultas mayores con dificultad en aspectos de movilidad, funcionalidad básica e instrumental (2006)

Indicador	Total	Sexo		Edad (en años)		
		Hombres	Mujeres	65 a 69	70 a 79	80 y más
Acciones de movilidad						
Subir escaleras	56,7	47,0	65,1	46,3	55,2	76,8
Caminar	41,6	34,2	48,1	28,3	40,0	66,8
Empujar objetos	39,7	30,8	47,5	30,7	38,4	57,0
Levantar brazos	11,5	8,9	13,8	5,3	11,3	22,1
Funcionalidad básica						
Acostarse/levantarse de la cama	10,2	8,7	11,6	5,9	8,9	20,3
Bañarse	9,7	7,6	11,4	2,7	7,9	24,8
Cruzar cuarto caminando	7,7	6,6	8,7	2,6	6,3	19,1
Usar el inodoro	6,7	5,2	8,1	1,9	5,0	18,3
Comer	4,1	3,7	4,5	1,3	2,6	11,8
Dificultad en al menos una actividad de movilidad o funcionalidad básica	64,3	54,6	72,8	55,8	62,0	83,1
Funcionalidad instrumental						
Hacer compras	23,3	17,0	28,9	9,2	20,2	53,3
Tomar medicinas	16,8	15,4	18,1	6,2	14,5	39,4
Cocinar	16,5	17,8	15,3	5,2	13,5	41,4
Manejar dinero	13,9	11,4	16,1	4,8	11,2	34,6
Dificultad en al menos una actividad de funcionalidad instrumental	27,1	23,1	32,1	12,1	25,1	60,4

Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de CRELES.

Gráfico 6.4: Porcentaje de personas adultas mayores con problemas sensoriales por grupo de edad (2006)



Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de CRELES.

El estudio de la funcionalidad física de las personas adultas mayores es vital debido a que el deterioro funcional es un indicador pronóstico de discapacidad y de dependencia de servicios de salud, así como de cuidados de largo plazo (Albala et al., 2007).

Las actividades del diario vivir se han clasificado en tres categorías: tareas básicas para el cuidado personal o actividades básicas de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y movilidad (Katz & Akpom, 1976; Rosow & Breslau, 1966). En las personas adultas mayores de CRELES, las dificultades de movilidad, funcionalidad física e instrumental son más frecuentes en las mujeres y se incrementan con la edad (cuadro 6.4). La acción de movilidad en la que la población adulta mayor muestra más dificultad es subir escaleras (57%), y en la que menos dificultad presenta, es en levantar los brazos (12%). Entre 4% y 10% de las personas tienen dificultad para realizar actividades básicas y entre un 14% y un 23% tiene dificultades instrumentales del diario vivir. No hay diferencias significativas en cuanto a la proporción de personas con limitaciones funcionales entre quienes viven en la GAM y aquellos que viven fuera de ella.

Las áreas en las que se muestra mayor dificultad deberían ser consideradas para todo lo concerniente a diseño urbano y arquitectónico.

La salud ocular es deficiente en la población adulta mayor

Los defectos visuales son causa considerable de limitación funcional en las personas adultas mayores, especialmente en países en desarrollo en donde los recursos para prevención y tratamiento son escasos (Albala et al., 2007). En Costa Rica, un 74% de la población adulta mayor utiliza anteojos, ya sea para ver de lejos (2%), de cerca (32%) o ambos (37%). El uso de anteojos es ligeramente menor entre los hombres (67%) respecto a las mujeres (77%). Las mujeres utilizan, en mayor porcentaje, los lentes para ver de cerca y de lejos (44%) que los hombres (30%).

El gráfico 6.4 muestra que el uso de anteojos disminuye con la edad. Esto no quiere decir, necesariamente, que las personas adultas de 80 y más años estén en condiciones visuales mejores que los jóvenes, ni que la visión mejore con la edad. Esto puede estar relacionado con un inadecuado comportamiento preventivo conforme aumenta la edad, pues –como se verá en el apartado sobre servicios preventivos– el tener un examen de la vista durante el último año es menos frecuente entre los más viejos. ¿Hasta dónde la baja frecuencia de exámenes de la vista puede estar relacionada con limitaciones inherentes al sistema preventivo de salud? Esta interrogante se discutirá

En Costa Rica, un 74% de la población adulta mayor utiliza anteojos, ya sea para ver de lejos (2%), de cerca (32%) o ambos (37%). El uso de anteojos es ligeramente menor entre los hombres (67%) respecto a las mujeres (77%)

en el capítulo 7 sobre salud y acceso a servicios de salud.

La presencia de cataratas aumenta con la edad, pasando de un 25% en las edades jóvenes (65-69) a un 52% en los adultos de 80 y más años (gráfico 6.4). Tres de cada diez personas adultas mayores manifiesta que un especialista le ha detectado cataratas y de ellas solo un 50% ha sido operado. A su vez, de esta mitad que no ha sido operada, una tercera parte no usa anteojos. Este grupo podría estar en un mayor riesgo de discapacidad o limitación funcional debido a su reducida capacidad visual y falta de anteojos. Otro problema relacionado con la vista es el glaucoma, no obstante, este es reportado solo por un 2% de las personas adultas mayores.

La calidad de la audición se evaluó con una escala entre 1 ("mal") y 7 ("excelente") donde la persona seleccionó el número que mejor representaba la audición y, también, a partir de la percepción del entrevistador. La escogencia de números bajos (1-3) por parte del entrevistado coincidió con la percepción de dificultad de audición por parte del entrevistador. De manera análoga, la elección de números altos (6-7) por parte del adulto mayor, también coincidió con la percepción del

entrevistador al clasificarlos como que "escuchaban inmediatamente". En el gráfico 6.4 se muestra el porcentaje de la población adulta mayor a quien se le percibió (por parte del entrevistador) con problemas de audición, los cuales aumentan con la edad.

El deterioro cognitivo severo es diferente por sexo y por área de residencia

El deterioro cognitivo se refiere a un decaimiento progresivo de la capacidad mental en el que la memoria, la reflexión, el juicio, la concentración, el seguimiento de instrucciones y la capacidad de aprendizaje disminuyen (Sánchez-Ayéndez et al., 2003). Este deterioro progresivo puede, además, afectar rasgos de la personalidad de la persona adulta mayor. Por lo tanto, es de gran relevancia conocer cómo se encuentra esta población en este aspecto de su salud.

La prueba Mini-mental modificada (ver anexo 2) se hizo en CRELES al principio de la entrevista para determinar si la persona entrevistada necesitaba la ayuda de otra persona (conocido como un "proxy") para responder a las preguntas. Un grupo de personas (6% de la muestra ponderada) ni siquiera pudo hacer el Mini-mental y el entrevistador lo catalogó directamente como re-

Cuadro 6.5: Grado de depresión y deterioro cognitivo según sexo, edad y área de residencia (2006)

Indicador	Total	Sexo		Edad (en años)			Área de residencia	
		Hombres	Mujeres	65-69	70-79	80+	GAM	Resto del país
Estado anímico								
Según Escala Yesavage								
Normal(0-5)	82,7	85,7	79,9	81,6	84,3	80,4	86,3	78,1
Riesgo de depresión(6-9)	11,1	9,1	12,9	11,5	9,8	14,0	8,7	14,1
Deprimido(10+)	6,3	5,2	7,2	6,9	5,9	5,6	5,0	7,8
Deterioro cognitivo								
Según Mini-mental Folstein								
Sin deterioro(14-15)	27,9	26,0	29,6	26,8	13,0	27,9	32,7	22,3
Moderado(10-13)	53,8	57,3	50,7	57,8	43,1	53,8	50,8	57,3
Severo(0-9)	18,3	16,8	19,7	15,4	43,9	18,3	16,5	20,5

Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de CRELES.

El 18% de las personas adultas mayores de Costa Rica acusa un deterioro cognitivo severo (cuadro 6.6) cuando se consideraba un puntaje de 0 a 9. La proporción es ligeramente mayor entre las mujeres que viven fuera de la GAM.

quiriendo ayuda por falta de habilidad cognitiva. Un 18% de las personas adultas mayores de Costa Rica acusa un deterioro cognitivo severo (cuadro 6.5) cuando se consideraba un puntaje de 0 a 9. La proporción es ligeramente mayor entre las mujeres quienes viven fuera de la GAM. Los porcentajes de las personas adultas mayores variarán en las diferentes categorías conforme cambie la interpretación del puntaje de la prueba.

La depresión afecta a hombres y mujeres

En Costa Rica, de acuerdo con la escala de Yesavage (ver anexo 2), el 17% de las personas adultas mayores incluidas en el proyecto CRELES está deprimido o en riesgo de estarlo (cuadro 6.5). El 11% se encuentra en riesgo de depresión y el 6% ya tiene depresión. Un 20% de las mujeres y un 14% de los hombres padecen de depresión o están en riesgo de padecerla. El porcentaje con depresión se

mantiene más o menos constante a partir de los 65 años (alrededor del 6%). La proporción de adultos mayores en riesgo de depresión varía entre un 10% y un 14% según la edad (cuadro 6.5). Las personas adultas mayores que viven fuera del área metropolitana presentan más depresión que quienes viven en la GAM.

Mediciones objetivas del estado de salud de la persona adulta mayor

Las principales mediciones objetivas del estado de salud se realizan por medio de exámenes físicos, análisis de laboratorio y de mediciones antropométricas. Mediante el proyecto CRELES, a cada persona adulta mayor se le tomó la presión arterial en dos ocasiones, se le pesó, se midió su estatura y la circunferencia de su cintura y cadera. Además, se tomó una muestra de sangre en ayunas al día siguiente de que se le aplicó la entrevista. Con base en

Cuadro 6.6: Porcentaje de personas adultas mayores en riesgo de problemas de salud según biomarcadores, por sexo, edad y zona de residencia (2006)

Categoría de biomarcadores	Porcentaje de la población en riesgo						
	Total	Sexo		Edad		Residencia	
		Hombres	Mujeres	65 -79	80+	No GAM	GAM
Función cardiovascular							
Presión diastólica alta (≥ 90 mmHg)	38	36	39	40	32	38	38
Presión sistólica alta (≥ 140 mmHg)	65	65	66	65	67	65	66
Actividad metabólica							
Hemoglobina glicosilada alta ($\geq 6.5\%$)	11	9	14	12	9	12	11
Glucosa en ayunas alta (≥ 126 mg/dL)	16	15	17	17	12	13	18
Triglicéridos altos (≥ 150 mg/dL)	43	40	46	44	40	41	45
Colesterol HDL bajo (≤ 40 ó 50 mg/dL*)	58	51	63	58	55	56	59
Colesterol total alto (> 250 mg/dL)	21	14	26	21	19	19	23
Razón col. total/HDL (≥ 5.92)	25	29	23	26	24	23	28
Razón cintura/cadera (≥ 1.0)	24	27	22	25	24	25	24

* ≤ 40 mg/dL para hombres y ≤ 50 mg/dL para mujeres

Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de CRELES

estas medidas, se obtuvieron una serie de biomarcadores de su estado de salud, los cuales se presentan en el cuadro 6.6. Estas medidas complementan los reportes que esta población hizo sobre su salud, y se consideran medidas más objetivas.

Se observa que un alto porcentaje (65%) de adultos mayores presenta valores de presión sistólica promedio superiores a 140 mm Hg, siendo una condición constante por sexo, edad y zona de residencia. La proporción de personas con niveles de triglicéridos superiores al punto de corte es de 43%. El control metabólico medido por la hemoglobina glicosilada muestra que el 11% tiene valores superiores a lo esperado, siendo este control menor en las mujeres. El porcentaje de población adulta mayor con niveles de HDL considerados bajos es superior al 50%.

Los datos de biomarcadores para las mujeres adultas mayores muestran en general mayores porcentajes fuera de los rangos de normalidad. La población adulta mayor del sexo masculino muestra, en general, menores porcentajes de biomarcadores fuera de los rangos de normalidad.

Las personas de mayor edad presentan menor riesgo en los indicadores relacionados con la actividad metabólica. Estas diferencias varían entre un punto porcentual para la razón cintura/cadera hasta ocho en el porcentaje de personas con presión diastólica alta. No se encuentran diferencias marcadas entre el GAM y el resto del país, con excepción del porcentaje en riesgo medido por la razón colesterol total / HDL.

Las diferencias observadas entre el porcentaje de personas que autorreportan la presencia de enfermedades crónicas diagnosticadas por un profesional en Medicina (hipertensión, diabetes y colesterol alto) y el porcentaje con valores fuera de rango, de acuerdo con los biomarcadores, podrían deberse a varios factores:

- un control adecuado de la enfermedad que hace que la medida

biológica esté dentro de los rangos de normalidad,

- desconocimiento de la presencia de la enfermedad a pesar de que el biomarcador esté fuera del rango de normalidad; o
- no hubo un adecuado ayuno antes de la toma de la muestra por lo que los resultados podrían estar alterados.

El síndrome metabólico es, aproximadamente, el doble más frecuente entre las mujeres que entre los hombres

Otro indicador del estado de salud de los adultos mayores que se estimó a partir de los biomarcadores es el porcentaje de personas con el llamado síndrome metabólico, una combinación de cinco condiciones de salud que identifica individuos con alto riesgo de enfermedad cardiovascular. Debido a la alta prevalencia de enfermedad cardiovascular, la identificación de personas con este síndrome ha cobrado mayor importancia en los últimos años. Según la Federación Internacional de Diabetes (IDF, 2006), el síndrome metabólico se manifiesta si la persona presenta obesidad abdominal (cintura >94 cm. hombres y 80 cm. mujeres) y al menos dos de las siguientes cuatro condiciones: hipertensión, diabetes, triglicéridos altos (≥ 150 mg/dl), o colesterol HDL bajo (≤ 40 mg/dl en hombres o ≤ 50 mg/dl en mujeres). En Costa Rica, casi la mitad (47%) de las personas adultas mayores padece síndrome metabólico según esta definición. El síndrome metabólico es aproximadamente el doble más frecuente entre las mujeres que entre los hombres.

Salud bucodental

La mayoría de los trastornos bucodentales en las personas adultas mayores no son resultado del envejecimiento, sino el producto de escasa higiene oral durante la vida y la falta de acceso a servicios dentales oportunos en la edad adulta. Los problemas de la salud oral han sido relacionados

Cuadro 6.7: Condición de edentulismo de las personas adultas mayores residentes en el área metropolitana

Año	Lugar	N	Edentulismo total (%)	Fem	Masc
1998	Coronado	405	49	60	40
1999	Curridabat	310	50	56	39
2000	Montes de Oca	239	32	32	30
2001	Desamparados	228	50	61	39
2002	Guadalupe	132	45	47	32
2003	Goicoechea	161	45	47	39
2004	Moravia	91	46	53	35

Fuente: Murillo, 1998. Aguilar et al., 1999. Esquivel et al 2000. Agüero, et al., 2002. Beita et., al 2003. Arias et al., 2004.

con la malnutrición y la modificación de la cantidad y la calidad de los alimentos consumidos.

El edentulismo total es superior al 45% y varía según el lugar de residencia de la persona adulta mayor; este porcentaje es mayor en las mujeres

Los servicios odontológicos están considerados en el artículo 17 de la Ley 7935, y se incluyen como parte de los criterios de calidad de la atención integral que ofrece la CCSS. No obstante, a pesar de ofrecer estos servicios a la población general, no existe un programa particular dirigido al grupo de personas adultas mayores, ni es considerado como parte de los compromisos de gestión de dicha institución.

De esta manera, la información acerca de la situación de la salud bucodental a nivel nacional es escasa, y en su lugar, representa esfuerzos aislados por caracterizar y por atender a esta población. Los datos que se presentan se refieren al Programa Marco de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica, el que, desde 1998, colecta información sobre este grupo. De esos datos, podemos observar que el edentulismo total es superior al 45% y varía según el lugar de residencia de la persona adulta mayor. Son, en este caso, más afectadas las mujeres que los hombres. Por lo tanto, urge generar información que oriente programas preventivos y resolutivos

de la problemática bucodental de este grupo (cuadro 6.7).

Estado nutricional y factores de riesgo para la salud

Alrededor del 24,3% de las personas adultas mayores presenta bajo peso y éste aumenta con la edad

El estado nutricional de las personas adultas mayores está determinado por múltiples factores como dieta, factores socioeconómicos, funcionales, mentales y fisiológicos (Ministerio de Salud, 2004; Genua, 2001). La nutrición adecuada es fundamental para mantener un buen estado funcional y algunas mediciones permiten evaluar nutricionalmente a una persona. Lo más simple es el peso adecuado en relación con la estatura y una forma de expresarlo es por medio del Índice de Masa Corporal (IMC). Otra medida es la circunferencia de la cintura que mide riesgos de complicaciones metabólicas y es diferencial por sexo.

Adicionalmente, conviene retomar que la nutrición adecuada es fundamental para mantener un buen estado funcional. En Costa Rica, alrededor del 24,3% (cuadro 6.8) de la población adulta mayor indica bajo peso según los criterios de corte para el índice de masa corporal de la Oficina Panamericana de la Salud. Los hombres evidencian un mayor porcentaje de peso normal, mientras que el porcentaje de mujeres en riesgo de complicaciones metabólicas según la circunferencia de la cintura es cerca del triple que en los hombres.

La proporción de personas adultas mayores con desnutrición aumenta con la edad, lo cual habla de la aparición de síndromes geriátricos de alta complejidad que requieren atención especializada. El sobrepeso y la obesidad son mayores en las mujeres. Fuera de la GAM, el porcentaje de personas con un bajo peso es mucho mayor mientras que el sobrepeso es mayor en la misma localidad.

El porcentaje de mujeres en riesgo de complicaciones metabólicas, según la circunferencia de la cintura, es cerca del doble que en los hombres

Estos datos podrían estar asociados al hecho de que solamente un 28% se declaró activo y de este la mayoría son hombres. Conforme se incrementa la edad, las personas adultas mayores tienden a reducir sus niveles de actividad física, de modo que entre esta población suele haber un porcentaje considerable de sedentarismo. Se ha demostrado que adquirir un hábito de vida de tipo sedentario está asociado significativamente con un peor estado de salud autorreportada (Reig, et al., 1996). La falta de actividad también se asocia con la discapacidad, y las personas de mayor edad enfrentan mayor probabilidad de sufrir de limitaciones funcionales.

Dietas bajas en energía son consumidas principalmente por mujeres o por los mayores de 80 años

El consumo de alimentos se registró utilizando un cuestionario abreviado validado por el proyecto CRELES (anexo 2). A partir de este se estimó, entre otras cosas, el consumo de energía, el cual muestra que un 18% de los adultos mayores consume menos de 1500 kilocalorías al día; en su mayoría son mujeres o mayores de 80 años. Además un 12% consume más de 3000 kilocalorías diarias, y un 14% más de 40 gramos diarios de grasa. Estos niveles altos de consumo suceden más frecuentemente entre hombres y entre las personas adultas mayores más jóvenes.

La adecuación de la ingesta se presenta en el cuadro 6.9. La ingesta

Un 18% de los adultos mayores consume menos de 1500 kilocalorías al día; en su mayoría son mujeres o mayores de 80 años.

Cuadro 6.8: Factores de riesgo de la salud de la persona adulta mayor (2006)

Indicador	Total	Sexo		Edad (en años)			Área de residencia	
		Hombres	Mujeres	65 a 69	70 a 79	80 y más	GAM	Resto del país
Estado nutricional (IMC= Kg./m²)								
Bajo peso (<23)	24,2	26,4	22,4	16,9	22,6	40,2	20,7	28,2
Peso normal (23-28)	43,2	47,3	39,6	46,7	41,9	40,0	44,1	42,2
Sobrepeso y/o obesidad (≥29)	32,6	26,3	38,0	36,4	35,5	19,9	35,2	29,7
Circunferencia de cintura en riesgo	44,8	21,5	65,1	45,3	48,0	36,7	35,2	29,7
(>88cm en mujeres y >102cm en hombres)								
Tabaquismo								
Fumador activo	8,8	14,6	3,8	11,8	8,1	5,6	7,2	10,7
Antes fumaba	33,2	50,6	17,9	29,6	34,0	37,3	33,1	33,3
Nunca ha fumado	58,0	34,8	78,3	58,5	57,9	57,2	59,6	56,0
Uso de bebidas alcohólicas								
Tomador diario	2,1	4,0	0,4	2,4	1,8	2,4	3,0	1,1
Tomador ocasional	28,7	38,0	20,6	33,6	29,0	20,2	30,2	27,0
Antes tomaba	32,2	50,1	16,6	29,3	32,8	35,9	29,7	35,2
Nunca ha tomado	37,0	7,9	62,5	34,8	36,5	41,5	37,2	36,7
Actividad física								
Activos	27,8	35,1	21,3	35,9	28,3	13,3	28,1	27,4
Consumen <1500 kcal diarias	19,9	12,8	22,0	17,5	16,0	21,8	18,7	16,6
Consumen >3000 kcal diarias	11,5	15,2	8,2	13,5	11,7	7,8	11,2	11,9
Consumen >40g grasa diarios	14,4	17,4	11,7	15,7	14,4	12,2	13,8	15,1

Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 con base en datos de CRELES

estimada se calculó con base en los reportes de consumo de alimentos por parte de la persona adulta mayor. La ingesta recomendada se refiere al contenido que, para cada uno de los nutrientes se recomienda que aporte la dieta de este grupo etario. El porcentaje de adecuación es un estimado de la proporción de cada nutriente que las personas adultas están ingiriendo en su dieta. Como se observa en el cuadro 6.9, el consumo proteico es inferior a lo recomendado. También se aprecia una ingesta de carbohidratos y de grasa, principalmente saturada, monoinsaturada y trans, mayor que la ingesta recomendada, lo cual puede informar de consumo de alimentos de bajo costo y suave textura.

Los fumadores activos y los bebedores diarios se reducen con la edad

En Costa Rica, de todas las personas de 65 años y más, el 9% es fumadora activa (cuadro 6.8) Un mayor porcentaje de hombres (15%) respecto a las mujeres (4%) se encuentra en esa categoría. Dicho comportamiento se reduce sustancialmente en las personas de 80 años y más.

En relación con el consumo de bebidas alcohólicas, un porcentaje alto, en especial hombres y residentes en la GAM son tomadores diarios u ocasionales (2% y 29%, respectivamente). Las mujeres son quienes, en su mayoría (62%), manifiestan que nunca han tomado bebidas alcohólicas.

Características de la mortalidad de las personas adultas mayores

Si se toma en consideración el perfil de salud autorreportada y medida objetivamente, se podrán, entonces, explicar las principales características de la mortalidad de este grupo. Estas no difieren en forma sustancial de las características de la mortalidad general para el país, pero evidencian diferencias por sexo y por región que deben ser consideradas para la identificación de políticas, planes y programas en salud requeridos para la prevención de las principales causas de morbilidad y muerte.

La tasa de mortalidad en las personas adultas mayores ha experimentado una considerable disminución durante las últimas siete décadas

Cuadro 6.9: Adecuación de la alimentación de las personas adultas mayores (2006)

Nutriente	Ingesta estimada	Ingesta recomendada	% Adecuación
Proteína (%)	13,1	15	87,3
Carbohidratos(%)	57,0	55	104
Grasa (%)	30,9	30	103
Saturada (%)	11,4	10	114
Monoinsaturada (%)	10,2	10	102
Poliinsaturada (%)	7,6	10	76
Trans (%)	1,2	1	120
Colesterol dietario (mg/d)	246,2	300	82
Fibra dietaria (g/d)	22,6	25	90
Calcio (mg/d)	782,8	1200	65,2
Hierro (mg/d)	16	8	200
Razon n-3/n-6	1:8	1:5	
Índice glicémico	75,9	56-69(Med)	
Carga glicémica	227,2	<120	

Fuente: Fernández-Rojas & Méndez-Chacón, 2007.

Nota: Se refiere a personas de 60 años y más.

De manera análoga al fenómeno observado en la esperanza de vida, la mortalidad en la población masculina ofrece niveles más altos que para la femenina: 56 vs. 48 muertes por mil habitantes para el año 2006 (Méndez y Santamaría, 2008).

Como es de esperar, las tasas de mortalidad de las personas adultas mayores alcanzan los valores más altos en las edades más avanzadas. En general, la mortalidad es mayor en la población masculina y aumenta con la edad. La región que presenta menor mortalidad total es la Huetar Norte (34 muertes por cada mil personas), seguida por la Brunca (38 muertes por mil). La tasa de mortalidad total es mayor en las regiones Chorotega, Pacífico Central, Huetar Atlántica y Central. En estas cuatro últimas regiones, la mortalidad es muy similar y va de 40 a 42 muertes por cada mil habitantes. En todas las

regiones de salud la mortalidad aumenta con la edad (gráfico 6.5).

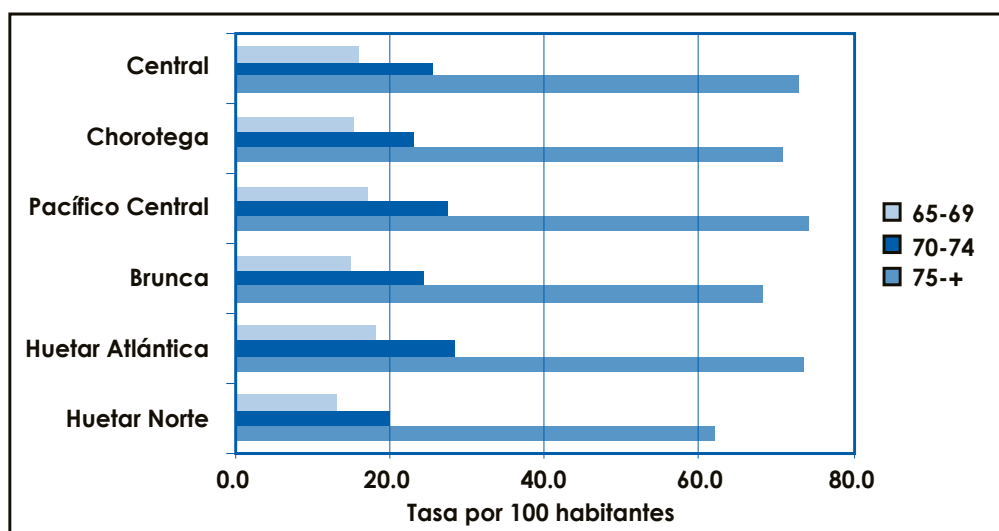
Las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de muerte

Las enfermedades cardiovasculares, tal y como se observa en el gráfico 6.6, representan la principal causa de muerte entre la población adulta de 60 años o más, y es mayor en los hombres. Esta diferencia es principalmente notoria en la mortalidad por causas violentas. Las

muerres por causas externas ocupan el cuarto lugar en importancia, pero son las que presentan la brecha más pronunciada entre la población masculina y femenina: la tasa de mortalidad entre los hombres es el doble que entre las mujeres.

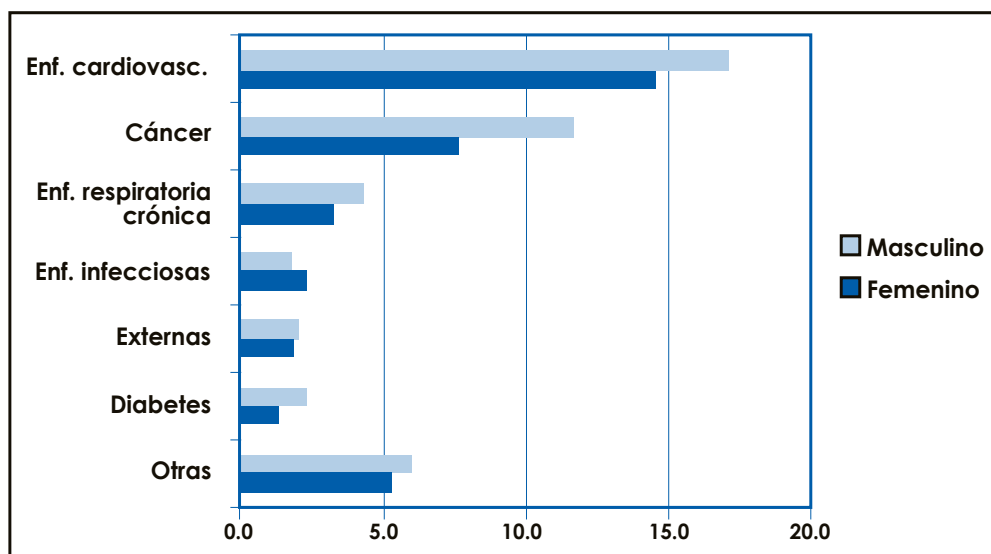
La principal causa de muerte por causas externas son los accidentes que no son de tránsito, seguida por los accidentes de tránsito, el homicidio y, en última instancia, el suicidio. La proporción de muertes por causas externas debido a accidentes que no son de tránsito es

Gráfico 6.5: Tasas de mortalidad por región y edad (2001-2005)
(Tasas por mil habitantes)



Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de estadísticas vitales y de población. INEC-CCP.

Gráfico 6.6: Tasas de mortalidad por causa y sexo (2001-2005)
(Tasas por mil habitantes)



Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de estadísticas vitales y de población. INEC-CCP.

mucho mayor en la población femenina que en la masculina (84% vs. 49%). Los hombres tienen una mayor proporción de muertes en las restantes tres causas de muerte violenta en comparación con las mujeres. Así, por ejemplo, mientras que un 10% de las muertes violentas entre los hombres mayores obedece a suicidio, solo 1% de las muertes violentas entre las mujeres se origina por esta causa.

La segunda brecha más notable ocurre en la mortalidad debido al cáncer, en la que las mujeres presentan una tasa que es dos terceras partes de la que ocurre en la población masculina. Esta brecha es ligeramente menos pronunciada para las enfermedades respiratorias (la tasa de mortalidad en la población masculina es 19% mayor que en la femenina) y las cardiovasculares (la tasa de mortalidad en la población masculina es 15% más elevada que en la femenina).

De manera interesante, la tendencia de la brecha en mortalidad por sexo se revierte cuando la diabetes es la causa de muerte. Menos mujeres mueren por esta causa en la población adulta mayor costarricense. La tasa de mortalidad por diabetes es un 43% menor entre las mujeres.

Las causas de muerte de las personas adultas mayores varían por región

La trascendencia de ciertas causas de muerte sobre otras varía según región (cuadro 6.10). Para el período 2001-2005, la Región Central fue la líder en mortalidad debido a enfermedades

cardiovasculares, cáncer y enfermedades infecciosas. La mortalidad por males cardiovasculares también fue igualmente alta en la Región Huetar Atlántica. Defunciones por enfermedades respiratorias crónicas y por causas externas (accidentes, homicidios, suicidios) son más comunes en las regiones Huetar Atlántica y Chorotega. Estas dos regiones, junto con el Pacífico Central, son también de más altas tasas de muerte por diabetes. La región Huetar Norte se mantiene con los niveles más bajos de mortalidad en personas adultas mayores independientemente de la causa de muerte. Únicamente, la Región Brunca tiene una tasa de defunción menor en las muertes por diabetes mellitus.

El análisis de la situación de salud, ya sea por medio de la información auto-reportada por la persona adulta mayor, o por las mediciones objetivas, muestra una asociación evidente entre la morbilidad por hipertensión y por diabetes y las causas principales de mortalidad. Al ser este un informe del estado de salud de la población mayor de 65 años visto desde una perspectiva poblacional, y a la complejidad del diagnóstico médico en este grupo no detalla la patología de la población adulta mayor "geriátrica" (Ver Recuadro 7.1). Esta se podría definir como portadora de múltiples problemas de salud o síndromes geriátricos, que, si bien pudieron tener como base los problemas generales descritos para este grupo etario, en su descripción general aparecen nuevas entidades como la fragilidad u otros conceptos que requerirán un análisis más detallado para su descripción en futuros informes.

Cuadro 6.10: Tasas específicas de mortalidad (por mil habitantes) por causa de muerte, según región de residencia. Población de 65 años y más (2001-2005)

Causa de muerte	Región						Total
	Central	Chorotega	Pacífico Central	Brunca	Huetar Atlántica	Huetar Norte	
Cardiovascular	2,1	1,9	2,2	1,4	1,9	1,1	2,0
Cáncer	10,0	8,1	9,6	8,8	8,7	8,0	9,6
Respiratoria crónica	3,5	4,9	4,4	4,7	4,9	3,4	3,8
Diabetes	2,1	2,4	2,5	1,7	2,6	2,0	2,1
Infecciosas	1,5	1,3	1,5	1,0	1,3	0,8	1,4
Externas	1,7	2,3	1,8	1,9	2,3	1,8	1,8
Otras	5,9	5,5	5,8	4,7	5,2	4,1	5,6
Total	41,2	40,1	41,8	38,1	42	33,7	40,6

Fuente: Méndez y Santamaría, 2008 a partir de datos de estadísticas vitales y de población. INEC-CCP.

Anexos

Anexo 1: Fuentes de información utilizadas

Se presenta una descripción del estado general de salud de la población adulta mayor de Costa Rica, y su distribución por edad, sexo y ubicación geográfica. Se incluye información referente al estado de salud física y emocional, así como estilos de vida y riesgos para la salud. En la medida de lo posible, se compara la situación de salud de las personas adultas mayores costarricenses con otras poblaciones de Latinoamérica. Los datos para el análisis provienen, principalmente, del Estudio CRELES: Costa Rica: estudio de longevidad y envejecimiento saludable, un novedoso estudio a cargo del Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica.

La información proveniente de CRELES es representativa de la población adulta mayor costarricense y es única en su género; no solo ofrece información autorreportada sino, también, mediciones antropométricas, pruebas de laboratorio y revisión del botiquín de las personas adultas mayores. Además, se consultaron datos del Registro Nacional de Tumores del Ministerio de Salud, las proyecciones de población y estadísticas vitales del Instituto Nacional de Estadística y Censos, así como indicadores demográficos publicados en la página web del Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica.

En lo posible, este capítulo presentará comparaciones de Costa Rica con las siete ciudades mencionadas: México DF, Santiago, La Habana, Sao Paulo, Bridgetown Montevideo y Buenos Aires. La información de CRELES es representativa del grupo de adultos mayores de Costa Rica. Es preciso recalcar que se están comparando los datos de nuestro país con los de estas siete ciudades que no necesariamente son representativas del país al que pertenecen. Se utilizan estas poblaciones por razones de disponibilidad de información sobre adultos mayores, más que por la similitud que pueda existir entre Costa Rica y dichas ciudades. Un dato relevante es que los cuestionarios utilizados en el estudio SABE se diseñaron de manera tal que la información fuera lo más comparable posible entre las ciudades. Los cuestionarios utilizados en el proyecto CRELES tienen muchos elementos en común con los de SABE.

Anexo 2: Aspectos metodológicos del proyecto CRELES

Para evaluar la prevalencia de enfermedades crónicas se utilizó el autorreporte de salud, es decir, las respuestas obtenidas al preguntarle a la persona adulta mayor si alguna vez un médico le había dicho que padecía ciertas enfermedades. Aspectos relacionados con funcionalidad física, sintomatología, problemas sensoriales, salud sexual y reproductiva, así como cuidados preventivos, también se refieren a autorreportes.

Los datos de CRELES fueron recogidos por medio de una visita domiciliar en la que, al principio de la entrevista, se aplicó una versión modificada de la prueba Mini-Mental Folstein, en su adaptación para América Latina (Folstein & Folstein, 1975, Quiroga, Albala & Klaasen, 2004) para determinar si la persona entrevistada necesitaba ayuda de otra persona (conocido como un "proxy") para responder a las preguntas. Un 16% de las personas (de la muestra ponderada) necesitó asistencia para responder a las preguntas por falta de habilidad cognitiva. Esto quiere decir que el autorreporte de aspectos de salud, en ese 16% de personas, no procede directamente de su criterio sino del emitido por alguien que le colaboró



en sus respuestas. Para medir el estado anímico se utilizó la escala de depresión geriátrica (Sheikh & Yesavage, 1986).

Como parte del proyecto CRELES, se midió y se pesó a cada persona adulta mayor. Esta información se utilizó para calcular el índice de masa corporal (IMC) de esta población, y calcular la razón entre el peso en kilogramos y la talla en centímetros al cuadrado. El consumo de calorías fue calculado a partir del registro de alimentos mediante una versión abreviada del cuestionario de frecuencia de alimentos. Este instrumento fue desarrollado y validado específicamente para valorar la ingesta de nutrientes en la población adulta de Costa Rica (Kabagambe et al., 2000). El consumo de medicamentos se midió registrando las medicinas que la persona adulta mayor estaba tomando a partir de la revisión de su botiquín.

Para el cálculo de tasas de incidencia de cánceres del sistema reproductivo, se utilizaron datos del Registro Nacional de Tumores y las Proyecciones Nacionales de Población, ambos disponibles en el sitio <http://ccp.ucr.ac.cr> del Centro Centroamericano de Población.

Los siguientes estudios fueron preparados para este capítulo:

- Méndez, Ericka y Santamaría, Carolina. (2008). Situación de salud del adulto mayor en Costa Rica. Documento preparado para el I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica, UCR/ CONAPAM.

En los talleres sobre este tema participaron:

- Patricia Allen Flores (INCIENSA), Mayra Cartín B.(UCR), Olga Chaves Pérez (CCSS), Andrea Collado (UCR), Adrián Díaz (MEP), Roberto del Águila V.(OPS-OMS), Zaida Esquivel, Xinia Fernández (UCR), Giselle García (UCR), Erick Hess (MIVAH) Miriam León Solís (CCSS), Wei Wei Lu Chen (CONAPAM), Karen Masís Fernández (UCR), Andrea Milla (MIVAH), Guido Miranda Gutiérrez (UNED), Cleidy Monge (Ministerio de Salud), Marisol Rapso (PIAM-UCR), Arodys Robles (UCR), Melissa Rodríguez, Rodolfo Rojas (CONAPAM), Luis Bernardo Sáenz y Carolina Santamaría.

El recuadro 6.1: Carga de enfermedad (AVISA) del grupo mayor de 65 años, fue preparado por

- Azálea Espinoza

Se agradecen los comentarios de

- Alberto Cubero, Vilma García, Fernando Morales, Patricia Allen, Luis Bernardo Sáenz.

Se agradece la colaboración de

- Olga Marta Murillo, por haber facilitado información sobre salud bucodental.

La edición del capítulo estuvo a cargo de

- Xinia Fernández y Gilbert Brenes.

