

Factores sociales del estado de salud autorreportado de personas mayores, en Chile

SANDRA ALVEAR^{1,a}, PATRICIA RODRÍGUEZ^{1,b},
CAROLINA RIVEROS^{2,c}, ÁNGELA ARENAS^{2,d}, JORGE CANTEROS³

Factors influencing self-reported health in Chilean older people

Background: Self-reported health is subjective and depends on external factors such as socioeconomic status, presence of chronic diseases and working status, among others. **Aim:** To determine which factors influence self-reported health among older people in Chile. **Material and Methods:** A secondary analysis of the National Socioeconomic Characterization survey done in 2015. A dichotomous response model was used classifying health status as good or bad. A logit regression model was carried out. **Results:** The model had a good calibration and correctly classified 72 and 68% of men and women, respectively. The main factors that influenced health status self-perception were: not having health problems; having undergone a mental health interview, to receive supplemental nutrition, education, to have a productive work; and to having a social network. **Conclusions:** There are health, cultural, economic and environmental factors that influence self-perceived health status.

(Rev Med Chile 2019; 147: 1407-1414)

Key words: Frail Elderly; Healthy Aging; Logistic Models; Public Health; Self Report.

La sociedad chilena vivencia un envejecimiento poblacional que requiere ser enfrentado con un enfoque sistémico y holístico, sin embargo, la evidencia muestra que a nivel país aún se presentan diversos desafíos¹.

Para planificar políticas públicas asociadas al envejecimiento de la población, desde la evaluación en salud, se pueden plantear dos miradas complementarias. Desde el punto de vista clínico, incorporando aspectos objetivos en salud. Desde la perspectiva de calidad de vida relativa a la salud, basadas en la percepción subjetiva relacionada con el bienestar y la percepción², de ahí la importancia de contar con este tipo de estudio en los adultos mayores, en adelante mayores.

El estado de salud autorreportado se basa en criterios subjetivos, que incluye aspectos bio-

lógicos, psicológicos y sociales, influenciados por la condición socioeconómica, género, edad, presencia de enfermedades crónicas, ocupación o no ocupación, entre otros factores³⁻⁵. El estado de salud autorreportado es un indicador de salud global y permite predecir necesidades asistenciales, la organización de programas, que reflejan elementos de salud y también sociales⁶.

Por consiguiente, es relevante contar con modelos de decisión que evalúen las políticas públicas implementadas, con un enfoque multidimensional⁷, específicamente para los mayores, incorporando una mirada subjetiva, tal como el estado de salud autorreportado. La Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen) 2015⁸ incluyó una pregunta que mide el estado de salud autorreportado de los indivi-

¹Facultad de Economía y Negocios. Universidad de Talca. Talca, Chile.

²Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad de Talca. Talca, Chile.

³Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital de Curicó. Curicó, Chile.

^aContador Público y Auditor. PhD en Ciencias de la Educación.

^bContador Público y Auditor. PhD en Economía y Dirección de Empresas.

^cAbogada. PhD en Derecho.

^dAbogada. PhD en Teoría e Historia del Derecho Europeo.

Investigación, financiada por CONICYT mediante el proyecto FONDEF ID16AM0006: El maltrato estructural a las personas mayores en Chile. Formulación de un índice multidimensional (2017-2019). Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 30 de agosto de 2018, aceptado el 13 de noviembre de 2019.

Correspondencia a:
Sandra Alvear
Universidad de Talca.
Casilla 721. Talca, Chile.
salvear@utalca.cl

duos. Del total de mayores en estudio, alrededor de 82,5% de ellos califica su estado de salud con nota igual o superior a 4, es decir, de regular a bueno. La autovaloración positiva del estado de salud expresa la sensación de bienestar individual⁹ y la mala percepción es un buen predictor de mortalidad¹⁰.

El presente estudio tiene como objetivo evaluar en el estado de salud autorreportado por los mayores en Chile y analizar los factores asociados a ella.

Material y Métodos

Se trata de un análisis de datos secundarios, obtenidos de la encuesta Casen 2015, los que son de uso público y de propiedad del Estado de Chile⁸.

Esta encuesta es ampliamente usada para investigación científica en el país, sin requerimiento de evaluación de Comité de Ética. Los datos de los mayores se encuentran anonimizados en la encuesta, por ello no fue necesario solicitar consentimiento informado¹¹.

Como criterio de inclusión se consideró a los mayores, cuya edad es igual o superior a 60 años, según la Ley N° 19.828 del año 2015, que fija la adultez mayor en 60 años o más¹². Dado que la Casen 2015 es una encuesta a hogares con diseño muestral probabilístico, se empleó un expensor regional (expr), un factor que expande a la proyección de población regional⁸, y, así, se tiene validez sobre la población objetivo, la totalidad del país, y corrige los errores estándares. Se conformó una muestra de 1.743.112 mayores, 59% de sexo femenino y 41% masculino.

La variable dependiente del estudio es dicotómica y representa la autovaloración del estado de salud de los mayores, obtenida a partir de la respuesta dada a la siguiente pregunta "Ahora, en una escala de 1 a 7, donde 1 corresponde a muy mal y 7 a muy bien, ¿qué nota le pondría a su estado de salud actual?". El análisis de respuestas la agrupamos en dos categorías, según la escala de evaluación culturalmente aceptada en Chile: Autovaloración positiva = 1 y autovaloración negativa = 0. Se consideró como autovaloración positiva las respuestas 4, 5, 6 y 7 y como autovaloración negativa las respuestas 1, 2 y 3. Se realizó un segundo análisis agrupando las respuestas 6 y 7 para autovaloración positiva. Los resultados no cambian y se mantiene la robustez del modelo.

Como variables independientes definimos de esta forma: Sexo, otorgando valor 1 para hombre y 0 para mujer. Nacionalidad, con valor 1 para chilena y 0 para extranjera. Educación, fue categorizada en básica, media, superior y sin escolaridad, tomando el valor 1 si se reportaba escolaridad y 0 si no lo reportaba. Trabajo, tomando el valor 1 si hubiera trabajado la semana anterior a la encuesta y 0 si no lo hubiera hecho. Sistema previsional, con valor 1 si la persona pertenece al sistema previsional Fonasa o era indigente y 0 si la persona cotiza en Isapre u otro sistema. Patología, asignamos el valor 1, si la persona en los últimos meses ha estado en tratamiento médico por patología cardiovascular, trastorno del ánimo (patologías descritas en forma independiente en la encuesta), otra condición de salud y toma el valor 0, si no ha estado en tratamiento médico. Redes de apoyo, considerando el valor 1, si la persona, debido a su estado de salud, alguna persona del hogar le prestó ayuda y asignando el valor 0 si no recibió ayuda. Condición permanente, que fue expresado en la encuesta de la manera que se utiliza en el trabajo, asignamos el valor 1, si la persona tenía dificultad física o de movilidad, mudez o alteración del habla, dificultad psiquiátrica, dificultad mental o intelectual, sordera o dificultad para oír, ceguera o dificultad para ver y toma el valor 0, si no se reportaba dicha condición. Problemas de salud, con valor 1, si la persona en los últimos tres meses presentó un problema de salud, enfermedad o accidente, y 0 si no presentó problemas de salud. Nutrición, asignamos el valor 1, si la persona, en los últimos tres meses, había recibido o retirado, gratuitamente alimentos del consultorio, y 0 si no hubiera retirado dichos alimentos. Consulta mental, asignando el valor 1, si la persona, en los últimos tres meses realizó consulta mental, y 0 si no realizó consulta mental. Exámenes del laboratorio, toma el valor 1, si la persona, en los últimos tres meses previos a la encuesta hubiera realizado exámenes de laboratorio y 0 si no si no se hubiera realizado exámenes. Quintil de ingresos, variable dividida en cinco subvariables, quinta parte o 20% de los hogares nacionales ordenados en forma ascendente de acuerdo al ingreso autónomo per cápita del hogar, donde el primer quintil representa el 20% más pobre del país y el quinto quintil el 20% más rico de estos hogares, cada una de ellas toma el valor 1, si la persona pertenece al tramo de ingresos que se analiza y 0 si

no pertenece. El país está dividido en 15 regiones geográficas y analizamos la relevancia de vivir en una determinada región, tomando el valor 1 si la persona habita en la región y 0 si no habita en ella.

El análisis estadístico de los datos se realizó con el apoyo del *software* Stata 13. El regresor se refiere a un modelo logit y su especificación es:

$$y_i = F \left(\begin{aligned} &\beta_0 + \beta_1 \text{ Nacionalidad}_i + \beta_2 \text{ Educación}_i + \\ &\beta_3 \text{ Trabajo}_i + \beta_4 \text{ Sistema Previsional}_i + \\ &\beta_5 \text{ Redes de apoyo}_i + \beta_6 \text{ Problemas de Salud}_i + \\ &\beta_7 \text{ Alimentación}_i + \beta_8 \text{ Consulta Mental}_i + \\ &\beta_9 \text{ Exámenes de laboratorio}_i + \sum_{j=10}^{15} \beta_j \text{ Patología}_{ji} \\ &+ \sum_{k=16}^{21} \beta_k \text{ Condición permanente}_{ki} + \\ &\sum_{l=22}^{27} \beta_l \text{ Quintil de Ingreso}_{li} + \sum_{m=28}^{43} \beta_m \text{ Región}_{mi} \end{aligned} \right) + \varepsilon_i$$

Donde $F(\cdot)$ corresponde la función de distribución acumulada que se asume logística¹³, la cual cumple el rol de enlace entre los determinantes y la probabilidad de tener buena salud autorreportada por los mayores. Por lo tanto, el modelo logit a estimar corresponde a:

$$y_i = \frac{e^{\sum_{p=0}^{34} \beta_p X_{pi}}}{1 + e^{\sum_{p=0}^{34} \beta_p X_{pi}}} + \varepsilon_i$$

Donde X_{pi} corresponde a las 43 determinantes previamente especificadas.

La diferencia entre los valores predichos y observados se resumen en el estadístico chi cuadrado de Pearson χ^2 , tomando el valor (97170,44) para los hombres y (130914,35) para las mujeres, ambos con 34 grados de libertad. El estadístico tiene un valor-p menor a 0,005, en tanto, el modelo presenta un buen ajuste a los datos. En general, el modelo clasifica correctamente 64,97% y 64,75% de los casos, para hombres y mujeres, respectivamente (Tabla 1).

Resultados

En general, no existen diferencias significativas entre el estado de salud autorreportado por mujeres y hombres. Las mujeres reportaron un buen estado de salud en 48% de las encuestadas y los hombres lo hicieron en 50% (Tabla 2).

Los mayores que reportaron preferentemente un buen estado de salud: trabajaban o habían trabajado en la última semana (61%), su sistema

previsional era privado (59%), poseían dificultad física (55%), presentaban problemas de salud (56%), no se habían realizado exámenes de laboratorio (53%) y estaban clasificados en los quintiles de ingresos 4 y 5 (52%, 61%) (Tabla 2).

Los mayores que reportan preferentemente un mal estado de salud: eran de nacionalidad extranjera (56%), no habían asistido al sistema

Tabla 1. Evaluación del modelo de regresión logística

	Hombre	Mujer
Log likelihood	-449223,61	-644197,8
Número de observaciones	718.305	1.025.007
LR χ^2 (34)	97170,44	130914,35
Probabilidad > χ^2	0,0000	0,0000
LR (34)	97170,44	130914,35
Probabilidad > LR	0,0000	0,0000
McFadden's R2	0,098	0,092
Count R2	0,650	0,647
Akaike (AIC)	1,251	1,257
Adj Conut R2	0,295	0,269
R2 Cox & Snell	0,1265	0,1199
R2 adj. Nagelkerke	0,1687	0,1599
Sensibilidad	71,52%	68,28%
Especificidad	58,34%	61,45%
Correctamente clasificados	64,97%	64,75%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Casen, 2015. LR: Likelihood-ratio test after estimation. Prob: Probabilities. McFadden's 2: choice model, which is a specific case of the more general conditional logistic regression model fit by clogit. Count: Count R-Squared does not approach goodness of fit in a way comparable to any OLS approach. It transforms the continuous predicted probabilities into a binary variable on the same scale as the outcome variable (0-1) and then assesses the predictions as correct or incorrect. Akaike: Estimates stats reports model-selection statistics, including the Akaike information criterion (AIC) and the Bayesian information criterion (BIC). These measures are appropriate for maximum likelihood models. Adj Conut: The Adjusted Count R-Square mirrors approach 2 from the list above. This adjustment is unrelated to the number of predictors and is not comparable to the adjustment to OLS or McFadden's R-Squareds. R2 Cox&Snell: The ratio of the likelihoods reflects the improvement of the full model over the intercept model (the smaller the ratio, the greater the improvement). R2 adj. Nagelkerke: It adjusts Cox & Snell's so that the range of possible values extends to 1. To achieve this, the Cox & Snell R-squared is divided by its maximum possible value, $1 - L(\text{MIntercept})/2/N$.

Tabla 2. Descripción de las variables

		Buen estado de salud autorreportada		Mal estado de salud autorreportada		Total
Sexo	Mujer	494.209	48%	530.541	52%	1.024.750
	Hombre	361.121	50%	357.241	50%	718.362
Nacionalidad	Chileno(a)	850.952	49%	881.773	51%	1.018.536
	Extranjero(a)	4.684	44%	5.903	56%	6.471
Educación	Asistió a la educación formal	809.369	50%	809.303	50%	1.618.672
	No asistió a la educación formal	46.312	37%	78.328	63%	124.640
Trabajo	Con trabajo	242.472	61%	157.792	39%	399.664
	Sin trabajo	613.209	46%	730.439	54%	1.343.648
Sistema previsional	Fonasa	747.107	48%	811.207	52%	1.558.314
	Privado	108.574	59%	76.424	41%	184.998
Patología	Cardiovascular	428.269	50%	421.659	50%	849.928
	Trastornos del ánimo	482.354	48%	514.700	52%	997.054
	Otra patología	410.941	51%	397.473	49%	808.414
	Sin patología	350.412	44%	439.034	56%	780.446
Redes de apoyo	Tiene ayuda	755.537	56%	603.021	44%	1.358.558
	No tiene ayuda	100.144	26%	284.610	74%	384.754
Condición permanente	Dificultad física	757.390	55%	611.733	45%	1.369.123
	Sordera o dificultad para oír	822.280	49%	848.788	51%	1.671.068
	Ceguera o dificultad para ver	826.634	49%	845.575	51%	1.672.209
	Otra condición permanente	839.649	50%	854.039	50%	1.693.688
	Sin condición permanente	176.771	31%	390.389	69%	567.160
Problemas de salud	Sin problemas de salud	290.934	40%	437.187	60%	728.121
	Con problemas de salud	564.747	56%	450.444	44%	1.015.191
Nutrición	Recibe alimentos PACAM	212.187	43%	276.620	57%	488.807
	No recibe alimentos PACAM	643.494	51%	611.011	49%	1.254.505
Consulta mental	Realizó consulta mental	24.064	35%	44.347	65%	68.421
	No realizó consulta mental	831.617	50%	843.274	50%	1.674.891
Examen laboratorio	Sin exámenes	550.887	53%	479.258	47%	1.030.145
	Con exámenes	304.594	43%	408.573	57%	713.167
Quintil de ingresos	Quintil de ingreso 1	175.147	42%	244.396	58%	419.543
	Quintil de ingreso 2	179.918	46%	207.943	54%	387.861
	Quintil de ingreso 3	189.376	50%	187.195	50%	376.571
	Quintil de ingreso 4	170.842	52%	159.866	48%	330.708
	Quintil de ingreso 5	140.398	61%	88.231	39%	228.629
Región	Región Metropolitana	321.009	48%	353.944	52%	674.953
	Otra Región	534.672	50%	533.687	50%	1.068.359

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Casen, 2015.

de educación formal (63%), presentaban patologías asociadas a trastornos del ánimo (52%), no presentan patología (56%), reconocían no recibir ayuda de familiares o cercanos (74%), presentaban sordera o dificultad para oír (51%), ceguera o dificultad para ver (51%), recibían alimentos del Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) (57%), habían realizado consulta mental (65%), estaban calificados en los

quintiles de ingresos 1, 2 y 3 (58%, 54%, 50%), habitan mayoritariamente en la Región Metropolitana (52%) (Tabla 2).

Los hombres y mujeres mayores que solicitan ayuda aumentaban en 94% y 100%, respectivamente, la probabilidad de tener una mejor auto-percepción de salud. También, hombres y mujeres mayores sin problemas de salud aumentaron en 64% y 48%, respectivamente, la probabilidad de

Tabla 3. Modelo de regresión logística estimado

Variables Variables		Hombres			Mujeres		
		Odds Ratio	Signifi- cación	Intervalos de Confianza Odds (95% Conf.)	Odds Ratio	Signifi- cación	Intervalos de Confianza Odds (95% Conf.)
Nacionalidad	Chileno	1,29	0,000	1,21 – 1,39	1,95	0,000	1,85 – 2,06
	Extranjero	----	----	---	----	----	---
Educación	Asistió a la educación formal	1,34	0,000	1,31 – 1,3	1,27	0,000	1,25 – 1,29
	No asistió a la educación formal	----	----	---	----	----	---
Trabajo	Con trabajo	1,24	0,000	1,23 – 1,26	1,21	0,000	1,19 – 1,22
	Sin trabajo	-----	-----	---	-----	-----	---
Sistema previsional	Fonasa	1,16	0,000	1,14 – 1,18	1,19	0,000	1,17 – 1,21
	Privado	-----	-----	---	-----	-----	---
Patología	Cardiovascular	0,85	0,000	0,84 – 0,86	0,72	0,000	0,71 – 0,73
	Trastornos del ánimo	0,82	0,000	0,78 – 0,87	0,69	0,000	0,68 – 0,72
	Otra patología	0,62	0,000	0,61 – 0,63	0,55	0,000	0,54 – 0,56
	Sin patología	----	----	---	----	----	---
Redes de apoyo	Solicita ayuda	1,94	0,000	1,91 – 1,97	2,02	0,000	1,99 – 2,04
	No solicita ayuda	----	---	---	----	---	---
Condición permanente	Dificultad física	0,46	0,000	0,45 – 0,46	0,45	0,000	0,43 – 0,46
	Sordera o dificultad para oír	0,79	0,000	0,77 – 0,81	0,82	0,000	0,80 – 0,84
	Ceguera o dificultad para ver	0,61	0,000	0,59 – 0,62	0,72	0,000	0,70 – 0,73
	Otra condición permanente	0,56	0,000	0,53 – 0,58	0,49	0,000	0,48 – 0,51
	Sin condición permanente	---	---	----	---	---	----
Problemas de Salud	Sin problemas de salud	1,64	0,000	1,62 – 1,66	1,48	0,000	1,46 – 1,49
	Con problemas de salud	----	---	---	----	---	---
Nutrición	Recibe alimentos del PACAM	1,16	0,000	1,14 – 1,17	1,04	0,000	1,02 – 1,04
	No recibe alimentos del PACAM	---	---	---	---	---	---
Consulta mental	Realizó consulta mental	1,47	0,000	1,42 – 1,53	1,24	0,000	1,21 – 1,27
	No realizó consulta mental	----	----	---	----	----	---
Examen de laboratorio	Sin exámenes	1,17	0,000	1,16 – 1,18	1,20	0,000	1,19 – 1,21
	Con exámenes	----	---	---	----	---	---
Quintil de ingreso	Quintil de ingreso 1	0,43	0,000	0,42 – 0,44	0,61	0,000	0,6 – 0,62
	Quintil de ingreso 2	0,57	0,000	0,56 – 0,59	0,65	0,000	0,64 – 0,67
	Quintil de ingreso 3	0,67	0,000	0,66 – 0,68	0,72	0,000	0,71 – 0,73
	Quintil de ingreso 4	0,70	0,000	0,69 – 0,72	0,69	0,000	0,67 – 0,70
	Quintil de ingreso 5	---	---	---	---	---	---
Región	Tarapacá	1,41	0,000	1,34 – 1,48	1,82	0,000	1,74 – 1,90
	Antofagasta	0,96	0,040	0,93 – 0,99	1,77	0,000	1,72 – 1,83
	Atacama	0,91	0,000	0,87 – 0,96	1,19	0,000	1,15 – 1,24
	Coquimbo	1,13	0,000	1,10 – 1,16	1,13	0,000	1,11 – 1,16
	Valparaíso	1,42	0,000	1,39 – 1,44	1,39	0,000	1,38 – 1,42
	O'Higgins	1,06	0,000	1,04 – 1,09	0,96	0,067	0,95 – 0,98
	Maule	1,03	0,009	1,01 – 1,04	1,13	0,000	1,11 – 1,15
	Biobío	1,45	0,000	1,43 – 1,47	1,31	0,000	1,29 – 1,32
	Araucanía	1,29	0,000	1,27 – 1,32	1,20	0,000	1,18 – 1,22
	Los Lagos	1,46	0,000	1,42 – 1,49	1,58	0,000	1,55 – 1,61
	Aysen	1,66	0,000	1,54 – 1,79	1,55	0,000	1,45 – 1,66
	Magallanes	0,89	0,000	0,84 – 0,94	1,68	0,000	1,59 – 1,75
	Metropolitana	---	----	---	---	----	---
	Los Ríos	1,41	0,000	1,36 – 1,45	1,36	0,000	1,32 – 1,40
	Arica y Parinacota	1,22	0,000	1,16 – 1,28	1,14	0,000	1,09 – 1,20
Constante	0,10	0,000	0,09 – 0,11	0,13	0,000	0,12 – 0,14	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Casen, 2015.

tener una mejor autopercepción de salud. Red de apoyo y problemas de salud fueron las dos variables que presentaron la mayor magnitud estadística del estudio (Tabla 3).

Tener la nacionalidad chilena incrementó la razón de buen estado de salud autorreportado en 1,29 y 1,95 veces, para hombres y mujeres, con respecto a ser un hombre o mujer extranjero mayor (Tabla 3).

El haber asistido a la educación formal aumentó la razón de buen estado de salud autorreportado en 1,34 y 1,27 veces, para hombres y mujeres, con respecto al mayor que sí participó del sistema de educación formal (Tabla 3).

El haber trabajado como mínimo una hora en la semana anterior a la entrevista, incrementó la razón de buen estado de salud autorreportado en 1,24 y 1,21 veces, para hombres y mujeres, con respecto al mayor que no había trabajado (Tabla 3).

Participar del sistema previsional Fonasa incrementó la razón de buen estado de salud autorreportado en 1,16 y 1,19 veces, para hombres y mujeres, con respecto al mayor que estaba afiliado del sistema de financiamiento de salud privada. Tabla 3.

Un mayor que recibe ayuda de un familiar incrementó la razón de buen estado de salud autorreportado en 1,94 y 2,02 veces, para los hombres y mujeres, con respecto a los que no recibieron ayuda (Tabla 3).

Un adulto mayor que no tuvo problemas de salud incrementó la razón de buen estado de salud autorreportado en 1,64 y 1,48 veces, para hombres y mujeres, con respecto a quien declaró poseer problemas de salud (Tabla 3).

Recibir alimentos a través del sistema de salud público incrementó la razón de buen estado de salud autorreportado en 1,16 y 1,04 veces, para hombres y mujeres, con respecto al mayor que no los recibió (Tabla 3).

Haber realizado una consulta mental incrementó la razón de buen estado de salud autorreportado en 1,47 y 1,24 veces, para hombres y mujeres, con respecto al mayor que no la hubiera realizado (Tabla 3).

El hecho de no haberse realizado exámenes de laboratorio incrementó la razón de buen estado de salud autorreportado en 1,17 y 1,20 veces para hombres y mujeres, con respecto al mayor que sí los había realizado (Tabla 3).

Padecer una patología cardiovascular, trastornos del ánimo u otro problema de salud disminuyó la razón de buen estado de salud autorreportado en 0,85; 0,82; 0,62 y 0,72; 0,69; 0,55 veces, respectivamente, para hombres y mujeres, respectivamente, en comparación con el mayor que no presentaba problemas de salud (Tabla 3).

Padecer la condición permanente de dificultad física, sordera, ceguera u otra condición disminuyó la razón de buen estado de salud autorreportado en 0,46; 0,79; 0,61; 0,56 y 0,45; 0,82; 0,72 y 0,49 veces, respectivamente, para hombres y mujeres, con respecto al mayor que no presentaba una condición permanente de dificultades físicas (Tabla 3).

Pertenecer a los quintiles de ingreso 1, 2, 3 y 4 disminuía la razón de buen estado de salud autorreportado en 0,43; 0,57; 0,67 y 0,7 y 0,61; 0,65; 0,72 y 0,69 veces, respectivamente, para hombres y mujeres, con respecto a quienes pertenecían al último quintil de ingresos (Tabla 3).

Para los hombres, habitar en las regiones de Aysén, Los Lagos, Biobío o Valparaíso incrementaba la razón de buen estado de salud autorreportado en 1,66; 1,46; 1,45 y 1,42 veces. Sin embargo, para las mujeres, habitar en las regiones de Tarapacá, Antofagasta, Magallanes o Los Lagos incrementaba la razón de buen estado de salud autorreportado en 1,82; 1,77; 1,68; 1,58, veces, respectivamente. Lo anterior, con respecto a los mayores que habitaban en la Región Metropolitana (Tabla 3).

Discusión

En Chile existe un estudio que emplea la Casen 2015 para efectos de investigar la equidad en el acceso a salud en Chile¹⁴. Paralelamente, la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (2010) mide la autopercepción de salud en la dimensión "condiciones de salud"¹⁵, mostrando que la percepción de los mayores sobre el buen estado de salud mejoró al año 2010, con respecto al año 2007.

También, existen estudios que muestran que analizar el estado de salud de los mayores como grupo homogéneo es una limitante, porque puede ocultar la naturaleza de las necesidades, las diferencias sociales y de género en salud¹⁶. Dichos estudios muestran que la percepción de mala sa-

lud fue superior en las mujeres, en línea con los resultados del presente estudio. En América Latina existen estudios que muestran que la autopercepción de la salud de los mayores está asociada positivamente con mayor educación¹⁷. También, el presente estudio para mujeres y hombres mayores el haber asistido a la educación formal incrementa la razón de buen estado de salud.

Asimismo, se ha planteado que la autopercepción positiva de salud se explica, en parte, por el tipo de enfermedad que padece el mayor y el apoyo de su entorno próximo¹⁸. Este estudio muestra que las personas con patologías cardiovasculares o asociadas al trastorno del ánimo reportan un mal estado de salud, y quienes cuentan con redes de apoyo tienen un estado de salud autorreportado positivo.

También existen estudios que muestran que una buena nutrición y un estilo de vida activo influyen positivamente en la autopercepción de salud de los mayores¹⁹⁻²⁰. Este estudio muestra que los mayores que reciben alimentos del Programa PACAM presentan un estado de salud autorreportado más favorable que aquellos mayores que no lo hacen, lo anterior, logra uno de los objetivos del programa, que es contribuir a mantener el estado nutricional y la funcionalidad de los mayores y optimizar su calidad de vida²¹.

Se muestra que un mayor que realiza consulta mental presenta un mejor estado de salud autorreportado, en relación a un mayor que no lo hace. El deterioro cognitivo y demencias alcanzan su prevalencia en la medida que aumenta la edad. Se puede inferir, pero no asegurar, que la consulta mental en los mayores actúa como una medida preventiva. Es importante señalar que la mayor prevalencia de demencia en Chile se ubica en niveles socioculturales bajos y en población rural²².

Existen estudios que muestran que el nivel socioeconómico y la autopercepción de la salud de los mayores están estrechamente asociados entre sí²³⁻²⁵. Este trabajo muestra que los mayores que pertenecen a los quintiles de ingreso más bajos tienen más baja autopercepción de salud, con respecto al quinto quintil de ingresos más alto. Se puede inferir que los mayores presentan una relación estrecha entre estado de salud autorreportado y quintil de ingreso.

Finalmente, teniendo presente el diseño de un modelo de decisión para evaluar el impacto de la políticas públicas, se puede inferir que los

factores sociales que explican el estado de salud autorreportado en los mayores se pueden agrupar multidimensionalmente en cuatro dimensiones: cultural, económica, salud y entorno. En la dimensión cultural, los factores relevantes son: nacionalidad, educación y región en que se habita. En la dimensión económica son: trabajo y quintil de ingresos. En la dimensión salud: sistema de atención sanitaria pública, las patologías cardiovasculares y trastornos del ánimo, condición de patología permanente, nutrición, salud mental y control preventivo usando exámenes de laboratorio. En la dimensión entorno se encuentran las redes de apoyo.

También se puede inferir que el buen estado de salud autorreportado por los mayores en Chile es preferentemente masculino, en una sociedad que presenta un envejecimiento muy heterogéneo y mayoritariamente femenino.

Referencias

1. Villalobos P. Panorama de la dependencia en Chile: avances y desafíos. *Rev Med Chile* 2019; 147: 83-90.
2. Saldivia S, Vicente B, Torres F. Medición de resultados en evaluaciones económicas. *Rev Med Chile* 2010; 138 (Supl 2): 79-82.
3. Meléndez M, Montero R, Jiménez C, Blanco L. Auto-percepción de salud en ancianos no institucionalizados. *Atención Primaria* 2001; 28 (2): 91-6.
4. Savassi L. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2010; 5 (17): 3-5.
5. Dutra F, Costa L, Sampaio R. A influência do afastamento do trabalho na percepção de saúde e qualidade de vida de indivíduos adultos. *Fisioter Pesqui* 2016; 23 (1): 98-104.
6. Gallegos K, García C, Durán C, Reyes H, Durán L. Auto-percepción del estado de salud del estado de salud: un aproximación a los ancianos de México. *Rev Saúde Pública* 2006; 40 (5): 792-801.
7. Riveros C, Rodríguez P, Palomo R, Alvear S, Fernández MA, Arenas A. El maltrato estructural a personas mayores en Chile y la necesidad de formular un índice multidimensional. *UNIVERSUM* 2017; 32 (2): 163-76.
8. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN). 2015. Acceso: 14/11/2017. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2015.php
9. Segovia J, Bartlett R, Edwards A. An empirical analysis

- of the dimensions of health status measures. *Soc Sci Med* 1989; 29: 761-8.
10. Mossey J, Shapiro E. Self-rated: a predictor of mortality among the elderly. *Public Health* 1982; 72: 800-8.
 11. Peña C. (2012). "Ética y derecho en la investigación en ciencias sociales" en *Bioética en Investigación en Ciencias Sociales*. Acceso: 14/11/2017. Disponible en: <http://www.conicyt.cl/fondecyt/files/2012/10/Libro-3-Bio-C3%A9tica-en-investigaci%C3%B3n-en-ciencias-sociales.pdf>.
 12. Ley N° 19.828; Convención Interamericana sobre Protección de Derechos de Personas Mayores, 2011. Acceso: 14/11/2017. Disponible en: Biblioteca del Congreso Nacional. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=202950>.
 13. Collett D. *Modelling Binary Data*. Chapman and Hall. London, 1991.
 14. Frenz P, Delgado I, Villanueva J, Muñoz F, Navarrete M, Kaufman J. Salud y Equidad. Análisis de la Equidad en el acceso a la salud en Chile con datos de la encuesta CASEN. *Rev Med Chile* 2013; 141 (9): 1095-106.
 15. Encuesta Calidad de Vida en la vejez, UC-Caja de compensación Los Andes, (2017). Acceso: 14/11/2017. Disponible en: https://www.cooperativa.cl/noticias/site/artic/20170429/asocfile/20170429174326/iv_encuesta_de_calidad_de_vida_en_la_vejez.pdf.
 16. Séculi E, Fusté J, Brugulat P, Juncá Rué M, Guillén M. Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida. *Gac Sanit* 2001; 15 (3): 217-23.
 17. Jewell T, Rossi M, Triunfo P. El estado de Salud del Persona Mayor en América Latina. *Cuad Econ* 2007; 26 (46): 147-67.
 18. Peláez E, Acosta D, Laura C. Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. *Revista Cubana de Salud Pública* 2015; 41(4): 638-48.
 19. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2015. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Acceso: 14/11/2017. Disponible en: http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240694873_spa.pdf.
 20. Osorio P, Torrejón M, Anigstein M. Calidad de vida en personas mayores en Chile. *Revista Mad-Universidad de Chile* 2011; 24: 61-75.
 21. Ceroni P, Alvear S, Pino G. Determinantes de no-participación en el programa de alimentación complementaria de personas mayores, resultados de la CASEN 2015. *Rev Chil Nutr* 2019; 46 (1): 50-6.
 22. Servicio Nacional del Persona Mayor-SENAMA (2010): Estudio Nacional de la Dependencia en las personas mayores. Acceso: 14/11/2017. Disponible en: <http://www.superacionpobreza.cl/wp-content/uploads/2014/01/estudiodependencia.pdf>.
 23. Subramanian V, Delgado I, Jadue L, Kawachi I, Vega J. Inequidad de ingreso y autopercepción de salud: un análisis desde la perspectiva contextual en las comunas chilenas. *Rev Med Chile* 2003; 131: 321-30.
 24. Venkata S, Delgado I, Jadue L, Kawachi I, Vega J. Inequidad de ingreso y autopercepción de salud: un análisis desde la perspectiva contextual en las comunas chilenas. *Revista Med Chile* 2003; 131(3): 321-30.
 25. Todd J, Rossi M, Triunfo P. El estado de salud del Persona Mayor en América Latina. *Cuadernos de Economía* 2007; 26(46): 147-67.