



DIAGNÓSTICO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

INFORME DE RESULTADOS

ESTUDIO SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ADULTO MAYOR

Diciembre - 2018
Santo Domingo, República Dominicana



DIAGNÓSTICO DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

INFORME DE RESULTADOS

ESTUDIO SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL ADULTO MAYOR

Principales hallazgos sobre condiciones sociodemográficas y de salud del adulto mayor en las provincias de aplicación del diagnóstico para la elaboración de programas y proyectos del Sistema Nacional de Desarrollo Integral que permitirá mejorar la calidad de vida del adulto mayor con un enfoque de atención integral en materia de envejecimiento: activo, productivo y participativo.

Diciembre - 2018
Santo Domingo, República Dominicana

CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS, CUADROS Y GRÁFICAS	4
SIGLAS.....	5
AGRADECIMIENTOS	6
ÁREA DE ESTUDIO.....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
Contexto del problema a partir de fuentes secundarias	11
OBJETIVO GENERAL.....	18
Objetivos específicos	19
Instrumentación de las dimensiones.....	19
Aspectos metodológicos	20
Mapa de la distribución muestral asociada a las provincias del diagnóstico.....	24
INFORME DE RESULTADOS.....	24
DIMENSIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL ADULTO MAYOR	26
Aspecto social	26
Aspectos sobre educación.....	27
Aspectos laborales.....	28
Aspectos económicos y acceso a políticas sociales.....	29
Aspectos de condiciones de la vivienda	30
Aspectos sobre acceso a servicios	30
DATOS SOBRE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR	31
Cuidador para un potencial acompañamiento	¡Error! Marcador no definido.
Características demográficas del cuidador potencial	32
Enfermedades más comunes	33
Distribución de la morbilidad en el adulto mayor	35
Distribución de la atención médica según tipo de centro	39
Acceso a la atención especializada	39
CONCLUSIONES	40
Referencias bibliográficas.....	45
ANEXOS	46
Tablas de Referencias.....	46

ÍNDICE DE TABLAS, CUADROS Y GRÁFICAS

1	Proyecciones de tasas de mortalidad, natalidad y esperanza de vida 1980-2025	12
2	Proyecciones de la población por grupos etarios 1980, 2000 y 2025 en RD.....	13
3	Casos de violencia en el adulto mayor según años.....	15
4	Instrumentación de las dimensiones	19
5	Estimaciones muestrales, parámetros y supuestos	22
6	Mapa de la distribución muestral	24
7	Distribución de la población adulto mayor según sexo	26
8	Nivel de competencia sobre lectoescritura	27
9	Nivel de competencia del adulto mayor	27
10	Estado civil del adulto mayor e índice de participación entre sexos	28
11	Nivel de competencia del adulto mayor en asuntos laborales.....	28
12	Acceso a remesas y ayudas económicas del Estado según región	29
13	Tipos de productos de políticas sociales en el adulto mayor	30
14	Acceso a los servicios según región	30
15	Media de hijos que tuvo y cantidad que viven con el adulto mayor	32
16	Perfil de la persona que cuida al adulto mayor	32
17	Enfermedades más comunes padecidas por el adulto mayor	34
18	Distribución de la morbilidad en el adulto mayor según grupos de edad.....	36
19	Índice de participación en las enfermedades más comunes padecidas por el adulto mayor	38

SIGLAS

SIG	Sistema de Información Geográfica
MMM	Marco Maestro Muestral
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ONE	Oficina Nacional de Estadística
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UN	Naciones Unidas
CELADE	Centro Latinoamericano de Demografía
SENASA	Seguro Nacional de Salud
UNIMDSOD	Unión Médica Social Dominicana
SECARE	Servicios, Capacitación y Recreación

AGRADECIMIENTOS

Para el logro de las metas resulta vital el apoyo de quienes nos impulsen hacia ellas. Alcanzarlas es una tarea que requiere escalar peldaño a peldaño y en ese proceso nos fortalecemos cuando recibimos el respaldo de personas e instituciones que comparten nuestro propósito.

Por tal razón, es nuestro deber expresar sincero agradecimiento al señor presidente de la República, licenciado Danilo Medina Sánchez, por la confianza que nos ha depositado, su identificación con la causa del adulto mayor y el empeño que ha puesto para que este segmento poblacional fuera incluido en las políticas estatales. Gracias a su visión y su compromiso se ha comenzado a reconocer la participación del adulto mayor en la sociedad dominicana, como ente activo, productivo, participativo y protegido.

Asimismo, manifestamos nuestra gratitud al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), pues debido a la solidaridad y el entusiasmo puestos por este organismo a la disposición del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE) ha sido posible la publicación del Diagnóstico de la Población Adulta Mayor.

¡Muchísimas gracias!

ANTECEDENTES

El incremento de la población adulta mayor a nivel mundial, producto de la disminución de las tasas de fecundidad, natalidad y mortalidad, ha dado como resultado un cambio demográfico significativo. A esta transición demográfica se le agrega un aumento en la calidad de vida de la población, lo cual se traduce a una mayor esperanza de vida al nacer. Se tiene proyectado que este aumento poblacional se siga incrementando, tanto en países desarrollados como en los en vía de desarrollo.¹ Para el año 2018, este cambio demográfico trajo como resultado que, por primera vez en la historia, los adultos mayores (60 años y más de edad) registran el 10.3% (1,058,752) de la población total, siendo más que los niños de cinco años o menos, que para este año representan el 9.4% (961,511) . Además, se tiene estimado que para el 2030 el número de adultos mayores será casi el doble de niños de cinco años o menos.²

Dado que cada vez es más la proporción esperada de adultos mayores, se debe considerar el diseño y la implementación de políticas públicas que garanticen las necesidades y demandas de este grupo etario para una vejez activa y participativa. Es por esto que es necesario evaluar los modelos sanitarios y de asistencia social existentes en el país para prevenir y asistir a los adultos mayores vulnerables, en especial a los dependientes.

En la República Dominicana se crea el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE), mediante la Ley 352-98 sobre Protección de la Persona Envejeciente, es la entidad responsable de diseñar e implementar las políticas públicas nacionales a favor de la población adulta mayor. Esta ley y su Reglamento de Aplicación No. 1372-04 tienen como objetivo sentar las bases institucionales y establecer los mecanismos para la atención y protección integral de los adultos mayores, como la garantía de sus derechos y promover una vida activa, productiva, participativa y protegida, en una

¹World report on disability, disponible en: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/

² Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). Proyecciones 2000-2030

sociedad donde se les respete su dignidad, libertad, convivencia familiar y comunitaria y, sobretodo, que se traten con igualdad.

El CONAPE tiene la responsabilidad de orientar y regir a las entidades públicas y/o privadas autorizadas a servir al adulto mayor en la aplicación de las políticas del sector. Entre otros, el CONAPE realiza esfuerzos por contribuir al cumplimiento del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre envejecimiento. Con los grandes retos que tiene el país en materia de envejecientes es una prioridad gubernamental el tema del adulto mayor, por lo que el presidente Danilo Medina, a través del CONAPE, ha dispuesto la implementación de un **Sistema Nacional de Desarrollo Integral para el Adulto Mayor**, con un nuevo concepto de atención en materia de envejecientes, cuyo objetivo es hacer que esta población esté activa, productiva, participativa y protegida.

En abril del 2015, el presidente de la República emitió, entre otras disposiciones, el Decreto 83-15, que modifica el Decreto No.1372-04 y suprime la Dirección General de la Protección a la Vejez, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dispone la transferencia de sus funciones y atribuciones, sus recursos humanos y los bienes asignados o puestos a su disposición, a la Dirección Ejecutiva del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE). En este decreto, entre los renglones transferidos al CONAPE, por parte de Salud Pública, se encontraban los centros de atención al adulto mayor en sus modalidades de “centros de día y permanentes”.

La situación del crecimiento demográfico representa un desafío a la economía, sobre todo en términos fiscales, que afecta al desarrollo de los países. Es por esto que el CONAPE prepara las condiciones socioeconómicas de la población adulta mayor para dar respuesta oportuna a este sector y que no represente una amenaza al desarrollo sostenible del país. Es en este contexto que el CONAPE inicia acciones para la obtención de información actualizada, con el fin de diseñar y formular políticas que contribuyan a disminuir las dificultades que se presentan por falta de información sobre la situación actual y la amplitud de algunos enfoques sobre el adulto mayor.

ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio se enmarca dentro de las investigaciones sociales, por estar enfocado en el levantamiento de variables sociodemográficas y por desarrollarse mediante las técnicas de un **diagnóstico** a un grupo poblacional de 60 años y más de edad, conforme a lo establecido en el artículo 1 de la Ley 352-98, que dicta lo siguiente: “Se considera persona envejeciente a toda persona mayor de 65 años de edad o de menos, que debido al proceso de envejecimiento, experimente cambios progresivos desde el punto de vista psicológico, biológico, social y material”; considerado como la **población meta** y que para los fines de análisis se califican como **adultos mayores**, la cual estará intervenida por los *programas y proyectos* del Sistema Nacional de Desarrollo Integral para el Adulto Mayor que implementa el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dada la **realidad actual** sobre la “transición demográfica” y la pronunciada disminución de las tasas de fecundidad, natalidad y mortalidad en nuestro país, aunque tal cosa no debería considerarse una teoría ni una ley, sino, sencillamente, un proceso que atraviesan las sociedades cuando pasan hacia una situación caracterizada por una fecundidad y natalidad bajas en ambos casos. Consecuentemente, en este estado social, la población se envejece o, dicho en términos más familiares, “dura más”.³

Ante el panorama de la transición demográfica y el consecuente aumento de la población de adultos mayores, la ejecución de la leyes No. 352-98 sobre Protección de la Persona Envejeciente, No. 87-01 de Seguridad Social, y los diversos programas que desarrolla el CONAPE, han aportado a la obtención de grandes logros en cuanto a la garantía de los derechos del adulto mayor. A pesar de esto, se hace necesario gestionar **provisiones de datos precisos concernientes al estudio de las condiciones de vida del adulto mayor en el territorio nacional**, especialmente en las provincias donde se realizó el diagnóstico (Santo Domingo, La Vega, Hermanas Mirabal, Sánchez Ramírez, Santiago, El Seibo, La Romana, Bahoruco, Barahona, Elías Piña, Independencia, Peravia, San Cristóbal, San Juan y el Distrito Nacional), trabajado desde dos dimensiones fundamentales:

- A. Dimensión **sociodemográfica**, que aloja las variables económicas, laborales, educativas, condiciones en las que el adulto mayor ocupa la vivienda, condiciones de la vivienda, acceso a servicios, cuidador potencial para su acompañamiento y características demográficas del cuidador potencial.

³Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2017) *Análisis de Situación Poblacional de la República Dominicana*. Disponible en https://dominicanrepublic.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ Analisis%20SituacionPoblacional_RD%20-%20Web_0.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) (2014) *Proyecciones de Población, Observatorio Demográfico de América Latina y el Caribe*: Núm. 11, Santiago de Chile, CEPAL, 155 pp.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2011), *Envejecimiento Poblacional*, Observatorio Demográfico de América Latina, Núm. 12, Octubre 2011, Santiago de Chile, CEPAL, 195 pp.

- B. Dimensión **sobre datos de salud** del adulto mayor para la revisión de programas y políticas públicas del Sistema Nacional de Desarrollo Integral, tales como enfermedades más comunes, distribución de la atención médica según tipo de centro y acceso a la atención especializada.

Las estadísticas disponibles respecto a estas dimensiones de estudio, presentan **vacíos de información** que generan brechas en el ámbito de la implementación de las políticas públicas sobre el Sistema Nacional de Desarrollo Integral del Adulto Mayor y, por lo tanto, se convierte en un **problema fundamental** a la hora de formular programas y proyectos con esta escasez de datos. Por esta razón, se iniciaron los aprestos para la realización de un diagnóstico que contribuiría a disminuir las dificultades de provisiones de información.

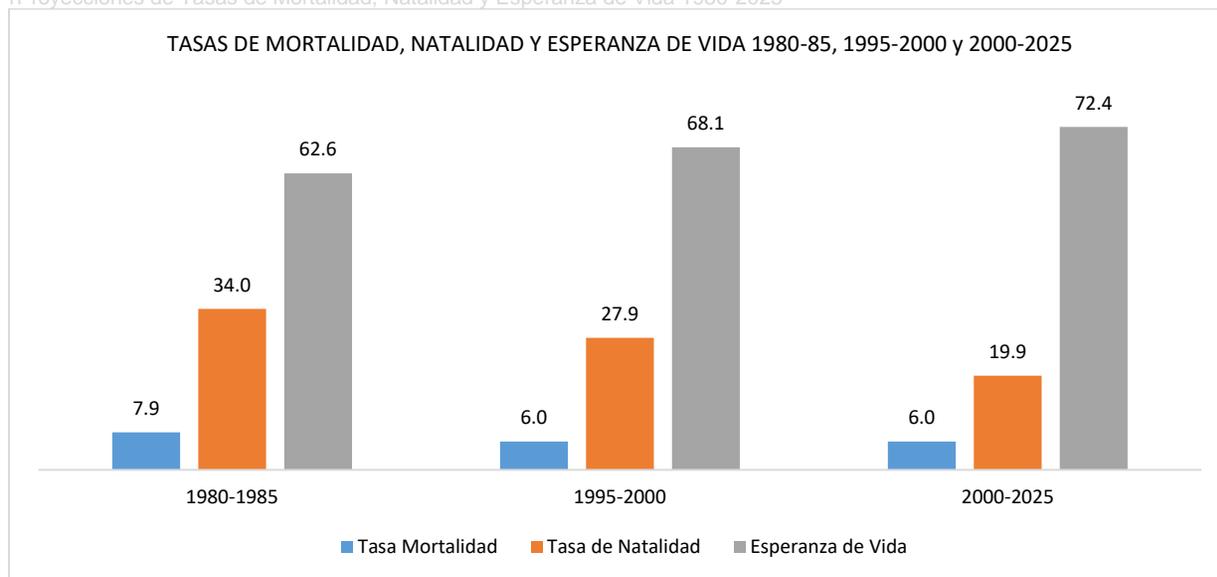
Contexto del problema a partir de fuentes secundarias

El análisis documental y lectura a fuentes secundarias de información sobre la problemática de investigación, disponibles en plataformas digitales y bibliotecas ha robustecido la triangulación de datos del diagnóstico y a través de ello se ha entendido mejor las tendencias sociales y comportamiento en el que se desarrolla la población meta, ya que aportan conocimientos sobre la cultura en que se desenvuelven los adultos mayores en su entorno.

En la búsqueda de información y datos sobre la **DIMENSIÓN SOCIODEMOGRÁFICA** del adulto mayor y referente a la **transición demográfica**, tenemos que entre los organismos que han estudiado el tema se encuentra la Organización de las Naciones Unidas (ONU), con proyecciones de población que muestran una marcada tendencia de disminución en la tasa de natalidad y se verifica en la expansión de la transición demográfica, vistas desde las tasas de fecundidad, mortalidad y natalidad del 1980 al 2025, las cuales indican un creciente número de adultos mayores. A esto se debe sumar el aumento en la esperanza de vida, como resultado de los programas de protección social y bienestar del adulto mayor, indicando que definitivamente se

debería iniciar acciones de desarrollo para atender la demanda social que implicaría un crecimiento constante positivo de la esperanza de vida, de al menos seis puntos porcentuales cada 20 años, en contraste con una pronunciada disminución de la tasa de natalidad y mortalidad por control de las enfermedades infecciosas⁴.

¹Proyecciones de Tasas de Mortalidad, Natalidad y Esperanza de Vida 1980-2025



Fuente: Proyecciones elaboradas por la Naciones Unidas.

En relación a las proyecciones de la población por grupos etarios en los años 1980, 2000 y 2025 en República Dominicana, según las proyecciones del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), para 1999 se estimaba en 8,364,458 personas, con una tasa de crecimiento estimado de 16.5 por mil habitantes. Las cifras de población total, según el Censo Nacional de Población realizado en septiembre de 1993, reportaron un total de 7.1 millones de habitantes. La población de personas de 60 años y más de ambos sexos, según la estimación del CELADE, era de 554,131 personas para 1999, lo que representó el 6.6 % de la población total. De esa totalidad, 273,550 eran hombres y 280,581 mujeres para un índice de masculinidad de 97.5%. El 35% de la población dominicana se encontraba por debajo de los 15 años. Según las proyecciones de las Naciones Unidas, por grupos etarios, la población de adulto mayor desde 1980-2000 iba a crecer al menos 1.2% y para el 2025 crecería unos 4.8 puntos porcentuales.

⁴Proyecciones de Tasas de Mortalidad, Natalidad y Esperanza de Vida 1980-2025.

2 PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS ETARIOS 1980, 2000 y 2025 EN RD			
Edades	1980	2000	2025
0-14	44.8	35.5	28.3
15-59	50.8	58.9	61.2
60+	4.4	5.6	10.4

Fuente: Proyecciones de Naciones Unidas.

Todas las proyecciones consultadas muestran una gran similitud respecto al tema de la transición demográfica; la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) estimó que para el año 2015 *“la población de más de 60 años era de 986,428 personas, representando el 9.7% de la población dominicana”*.⁵

Estas mismas proyecciones elaborada por la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) estima que para el 2025 *“el 12.5% de la población nacional tendría más de 60 años y que para el 2050 sería de un 21.4%”*.⁶

Los datos de referencias concernientes a las variables **acceso a los servicios, condiciones en las que ocupa la vivienda y condiciones de la vivienda** del adulto mayor, no se pudieron revisar desde fuentes secundarias ya que las datas consultadas no discriminan esta información por los hogares de la población meta del diagnóstico; no obstante, las variables **económicas y laborales** del adulto mayor se han podido visualizar previo al levantamiento, desde importantes fuentes, aunque algunas pasan los cinco años de actualización, entre ellas, la Ley 87-01 de Seguridad Social, la cual establece que la edad de retiro oficialmente es a los 60 años de edad, sin embargo, la gran mayoría permanece laborando por tiempo indefinido. Los trabajadores rurales lo hacen porque al carecer de planes de pensiones no podrían subsistir si dejan de trabajar. Los que logran un empleo en el sector público permanecen laborando porque el sistema de pensiones no es automático y aun solicitándola el proceso es largo y los trabajadores callan porque reciben su salario completo mientras dura el proceso.⁷

⁵ ONE (2015). Población por año calendario, según sexo y edades simples, 2010-2020.

⁶ ONE (2016). Envejecimiento Demográfico: Desafío al Sistema de Seguridad Social en RD.

⁷ SIPEN (2015). Una reforma exitosa para garantizar el bienestar de los dominicanos.

La Oficina Nacional de Estadística (ONE), en su informe titulado “Envejecimiento Demográfico y Desafío al Sistema de Seguridad Social en República Dominicana”, hace referencia a que “las provincias de vocación agropecuaria, baja densidad poblacional (excepto San Juan) y escasa diversidad de empleo y servicios, como Santiago Rodríguez (14%), Hermanas Mirabal (13%), San Juan, El Seibo, Dajabón y San José de Ocoa (12%), que son las que tienen más elevado porcentaje de población mayor de 60 años”. En este mismo orden, “la mayor parte de la población mayor de 60 años en las zonas urbanas son mujeres (53% vs. 46%), mientras que en las zonas rurales la mayoría son hombres (54% vs. 45%). El 46.7% de las personas adultas mayores sufre de alguna discapacidad”. “La población económicamente activa es de 21.1% y la ocupada de 13.6% vs. 51% y 46% de la población general” y “el 25.8% labora en el mercado formal, comparado con el 44.3% de la población general”.⁸

Respecto a los datos del **cuidador potencial para el acompañamiento** del adulto mayor y las **características demográficas de los potenciales cuidadores**, las referencias existentes sobre estas variables son escasas, ya que ni las datos censales ni ningún estudio detallan si los hogares donde hay adultos mayores están siendo acompañados y de igual manera no se conocen a plenitud las características demográficas de los que cuidan al adulto mayor y con qué frecuencia lo hacen. Estas informaciones producirán datos valiosos para guiar y adaptar los proyectos de cuidado integral y sostenible de uno de los objetivos de la ley del adulto mayor que ejecuta el CONAPE, que es *“promover la permanencia de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario, con el fin de facilitarles una vejez plena y sana”*.

En este orden y con el fin de recabar información que reoriente los proyectos de cuidado integral y sostenible del adulto mayor, según el estudio “El maltrato hacia las personas mayores en la República Dominicana, *el 91% es víctima de violencia emocional; en el 29% de los casos los perpetradores son sus hijos.*”⁹

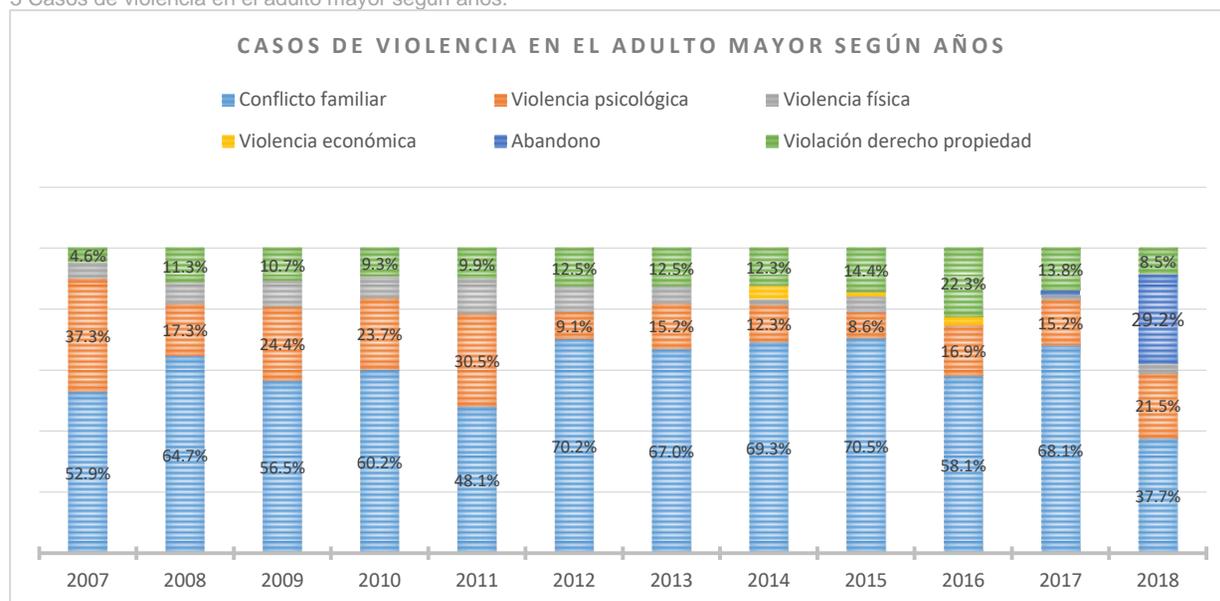
⁸ ONE (2016). Envejecimiento Demográfico: Desafío al Sistema de Seguridad Social en R.D.

⁹ CONAPE-UNFPA-CEAPA (2011). El Maltrato hacia las Personas Mayores en la R.D.

Los datos sobre violencia arrojados del Departamento Jurídico del CONAPE describen una población en la que el 52.7% de las personas adultas mayores tiene algún conflicto familiar, el 19.1% sufre violencia psicológica, el 12.4% es víctima de abandono, al 10.4% le violan sus derechos de propiedad, el 4.8% experimenta agresión física y el 0.6% sufre violencia económica.¹⁰ Estos datos indican una tendencia creciente, sobre todo en el *abandono* al adulto mayor, que para el año 2018 se ha convertido en el evento más importante de los casos atendidos. El conflicto familiar tiene un promedio anual del 57.8% y la violencia psicológica de un 19.2%. Las demás violencias tienen una frecuencia menor; sobre todo la violencia económica, que se comporta escasa.

Los datos desagregados por años indican que entre los años 2017 y 2018 es donde más casos de abandono al adulto mayor se han registrado. Los años 2007, 2009, 2010 y 2011 fueron años de la violencia psicológica y física. Los años 2008, 2012 y 2013 fueron años de muchos conflictos familiares en los hogares de los adultos mayores. Los años de 2014, 2015, 2016 y 2017 fueron tiempos donde hubo muchas violaciones de derecho de propiedad al adulto mayor.

3 Casos de violencia en el adulto mayor según años.



Los datos de referencias tocantes a las variables **educativas** del adulto mayor y, tomando como partida el año 1996, en la República Dominicana, el 41.8% de la

¹⁰ Fuente: Departamento Jurídico del CONAPE - 2018.

población mayor de 65 años era analfabeta, un 32.0% había cursado los niveles primarios de forma incompleta, el 15.1% había completado la primaria, el 3.2% tuvo estudios secundarios y el 3.4% había alcanzado un nivel superior. Sin duda alguna, el bajo nivel de instrucción de nuestras personas mayores ha constituido un factor limitante para su sobrevivencia y su calidad de vida. Aunque se han hecho esfuerzos por mejorar el nivel de alfabetización durante la tercera edad, aún persiste una gran cantidad de adultos mayores sin ningún nivel de instrucción y muchos analfabetos funcionales.¹¹ Para el año 2016, se alcanzan mejorías significativas, ya que la Oficina Nacional de Estadística (ONE) revela que el 25% de la población adulto mayor no ha recibido grado de instrucción formal.¹²

Hoy día, una de las más sobresalientes iniciativas para la alfabetización de adultos lo es el programa “Quisqueya Aprende Contigo”, que ha tenido éxitos probados en toda la geografía nacional con su objetivo fundamental de reducir en un 6.6% el índice de analfabetismo existente en el país en un plazo de dos años, a través de la movilización amplia de la sociedad, de acciones de alfabetización desarrolladas en espacios denominados núcleos de aprendizaje, propiciando en estas personas su acceso a la educación, a la inclusión social y ciudadana, a oportunidades de desarrollo e inserción al trabajo para una mejor calidad de vida mediante un proceso de movilización social nacional, en aras de construir una sociedad que supere los niveles de exclusión existentes que contribuya a elevar la calidad de vida y la equidad social y a superar el analfabetismo en la República Dominicana en un plazo de dos años, propiciando en estas personas acceso a la educación. En este orden, el diagnóstico tiene como objetivo, conocer la proporción de personas adultas mayores que no sabe leer y escribir para observar potenciales soluciones en materia de incorporación a potenciales oficios.

Los datos de referencias relativos a la **DIMENSIÓN SOBRE DATOS DE SALUD** para revisión de programas y políticas públicas del Sistema Nacional de Desarrollo Integral

¹¹ONE. ENHOGAR (2016). El analfabetismo en República Dominicana.

¹²ONE (2016). Envejecimiento Demográfico: Desafío al Sistema de Seguridad Social en RD.

del Adulto Mayor, tales como, la ***distribución de la atención médica según tipo de centro y el acceso a la atención especializada***, muestran que, en la República Dominicana, el cuidado específico y diferenciado de la salud del adulto mayor en la gran mayoría de los hospitales públicos, es escaso. En las ciudades de Santo Domingo y Santiago existe una unidad en cada ciudad y, por lo tanto, el acceso a ellas para la población empobrecida, es difícil. Otros hospitales tienen geriatras en su personal, pero su trabajo es incompleto porque carecen de los servicios de rehabilitación y el equipo multidisciplinario que permite dar el seguimiento necesario para asegurar la permanencia de la salud en estos pacientes.¹³

La salud del adulto mayor merece un plan de acción en pos de que mejore la atención primaria y que esta sea asequible para todos, ya que los mitos más frecuentemente encontrados en la población general es el considerar los adultos mayores como personas frágiles, muy susceptibles a las enfermedades y aunque si bien es cierto que conforme avanza la edad los sistemas naturales de defensa del organismo se van debilitando, el riesgo de muerte o enfermedad en esa etapa de la vida no es homogéneo.¹⁴

Las ***enfermedades más comunes*** del adulto mayor y las causas de muerte difieren en cierto modo de las causas de ingreso en los diferentes centros de salud. Las encuestas realizadas hasta el momento demuestran que existe un gran subregistro en las actas de defunción por la ausencia de necropsias obligatorias, donde se destaca que el mayor número de decesos es atribuido a los llamados estados morbosos mal definidos, encabezando el siguiente listado:

Las 10 primeras causas de muerte son:

- » Estados morbosos mal definidos
- » Enfermedad cerebrovascular
- » Enfermedades de circulación pulmonar

¹³Situación del adulto mayor. Disponible en: <https://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/dominicana.pdf>

¹⁴Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. Miguel, Luis G. Instituto Nacional de Geriatria, México.

- » Cardiopatía isquémica
- » Neoplasias
- » Enfermedad hipertensiva
- » Enfermedad respiratoria aguda
- » Infección intestinal
- » Tuberculosis pulmonar
- » Accidentes de tránsito

Las 10 primeras causas de enfermedad son:

- » Hipertensión arterial
- » Gastroenteritis
- » Accidentes cerebrovasculares
- » Enfermedad prostática
- » Infecciones agudas del tracto respiratorio
- » Cataratas
- » Diabetes mellitus
- » Infecciones urinarias
- » Anemias
- » Artrosis

OBJETIVO GENERAL

A la luz de la problemática planteada, el objetivo general del diagnóstico es identificar las *condiciones sociodemográficas del adulto mayor* en las provincias para la *elaboración de programas y proyectos, con el fin de cerrar las brechas en la implementación de políticas públicas* del Sistema Nacional de Desarrollo Integral del Adulto Mayor que permitirá mejorar la calidad de vida de este, con un concepto de atención en materia de envejecimiento activo, productivo, participativo y protegido.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos del diagnóstico fueron:

- Identificar los principales datos sociodemográficos del adulto mayor, con el fin de producir perfiles sociales para la implementación de programas con un concepto de atención en materia de envejecimiento activo, productivo, participativo y protegido;
- Identificar el entorno familiar directo del adulto mayor;
- Identificar las características demográficas del cuidador;
- Identificar la morbilidad del adulto mayor;
- Conocer la proporción de adultos mayores atendidos en algún centro de salud; y
- Nivel de conocimiento del adulto mayor sobre la instalación y existencia de los centros de atención especializada.

Instrumentación de las dimensiones

4 INSTRUMENTACIÓN DE LAS DIMENSIONES			
Dimensiones	Objetivos específicos	Variables	Indicadores
Condiciones sociodemográficas	Identificar los principales datos sociodemográficos del adulto mayor con el fin de producir perfiles sociales para la implementación de programas con un concepto de atención en materia de envejecimiento, actividad, productividad y participación	Social	Proporción de hombres y mujeres
			Edad
			Estado civil actual
		Económica	Promedio de ingreso por remesas
			Promedio de ingreso por ayuda económica del Estado
			Tenencia de productos de políticas sociales
			Índice de NBI a partir de tenencia de artículos del hogar
		Laboral	Habilidad laboral o productiva
		Educación	Analfabetismo funcional-lectoescritura
		Condiciones en la que ocupa la vivienda	Propia
			Alquilada
			Cedida o prestada
		Condiciones de la vivienda	Material predominante de las paredes exteriores
			Material predominante del techo
Material predominante del piso			
Acceso a servicios	Combustible para cocinar		
	Alumbrado		
	Fuentes de agua potable		
	Sanitario		
Datos sobre la	Identificar el entorno	Entorno familiar	Media de hijos nacidos vivos que tuvo

salud del adulto mayor para la revisión de los programas y políticas públicas del Sistema Nacional de Desarrollo Integral	familiar directo del adulto mayor	directo	Media de hijos que viven junto al adulto mayor
	Identificar las características demográficas del cuidador	Características demográficas	Sexo
			Estado civil actual
			Nivel académico
	Identificar la morbilidad del adulto mayor	Enfermedades más comunes	Parentesco respecto al adulto mayor
			Enfermedad terminal y sus niveles de riesgo
			Enfermedades propias del adulto mayor
	Conocer la proporción de adultos mayores atendidos en algún centro de salud	Distribución de la atención médica	Frecuencia de la atención según tipos de centros
	Nivel de conocimiento del adulto mayor sobre la instalación y existencia de los centros de atención especializada	Acceso a la atención especializada	Conocimiento de la existencia de centros geriátricos
			Participación de los servicios de SECARE
Opinión sobre la instalación de un microcentro geriátrico			

Las técnicas de salida de los datos se realizaron a propósito del plan de tabulación de la instrumentación de las dimensiones en base a estadísticos descriptivos (frecuencias simples y promedios) de los indicadores y cruces de variables sociodemográficas y geográficas (región operativa: Gran Santo Domingo, norte, sur y este) así como cruces de variables socioeconómicas de la población meta, ejercicios que aseguraron la medición de los objetivos propuestos.

Aspectos metodológicos

Atendiendo a los requerimientos de información y a partir de los objetivos específicos del levantamiento se elaboró una serie de preguntas, guiadas por las variables de estudio y sus indicadores, lo que dio lugar a una herramienta cuantitativa usada como instrumento de recolección de información y aplicado con modalidad presencial, administrada por un encuestador de campo. En este sentido, las fuentes secundarias se han usado para hacer análisis documental, las cuales ayudaron a estructurar la herramienta.

El diseño contempló técnicas de muestreo por *conglomerados*¹⁵ aleatorio sistemático en dos etapas, con probabilidad no proporcional pero representativo de los adultos mayores por provincias; el uso de estas técnicas surge de la necesidad de tener

¹⁵ Provincias estratégicamente divididas en espacios geográficos que facilitan las operaciones de visitas domiciliarias de los equipos de CONAPE; en algunos casos están formados por provincias completas y en otros, por municipios o grupos de municipios, mientras que en el D.N., y Sto. Dgo. se dividen por grupos de barrios.

muestras independientes y representativas de cada conglomerado, con el fin de generar estadísticas que supongan errores muestrales aceptables para observarlas de manera particular. El Marco Muestral usado para la selección ha sido el listado de *segmentos censales*,¹⁶ el cual ha sido procesado con las herramientas de los Sistemas de Información Geográficas (GIS) para integrar los análisis espaciales de las delimitaciones de los conglomerados en formato Shape File y obtener las geolocalizaciones de los elementos muestrales previo al levantamiento. Las *estimaciones de muestras* por conglomerados vienen dadas de fijar un margen de error (i) deseado cercano a ± 3.2 , esto supone un tamaño de muestra (n) de 947 casos efectivos en promedio, partiendo de una población (N) de unos 19,855¹⁷ hogares por conglomerados en promedio, nivel de confianza (Z) igual al 95%, un supuesto de escenarios donde la población objeto de estudio tuviera dividida con proporciones de éxito (P) del 50% y una proporción de fracaso (Q) del 50%; con estos parámetros se logró los objetivos propuestos en cada nivel de análisis contemplado en el diagnóstico.

El método contempló técnicas de selección bietápica, como presentamos a continuación:

- A. **Primera etapa:** en este paso se elaboraron los cálculos para los requerimientos y selección de las *Unidades Primarias de Muestreo (UPM)* que para este diseño en particular fueron los *segmentos censales*, considerados estos como “*segmentos compactos*”,¹⁸ por suponer población homogénea en sus variables sociodemográficas. En este caso y, para estimar la cantidad de segmentos censales que se debía seleccionar, se partió de calcular el intervalo de hogares para conseguir cuando menos un adulto mayor en el recorrido de campo de un segmento, cálculo hecho con la relación del universo de adulto mayor entre la cantidad de hogares del conglomerado, cuya probabilidad es cercana a 2.5 hogares por un (1) adulto mayor; estas probabilidades varían por provincias,

¹⁶Unidad mínima de la división censal del Censo 2010. ONE

¹⁷Media de hogares de los conglomerados.

¹⁸Unidad muestral en el que cada hogar es semejante al contiguo o al vecino de al lado.

pero con diferencias no significativas. A partir de estas probabilidades y del supuesto de que un segmento contiene en promedio 76 hogares, se pudo estimar que se esperaban al menos 30 adultos mayores en promedio por cada segmento censal. Estos supuestos guiaron el requerimiento de la cantidad de segmentos censales requeridos por conglomerados y a su vez por provincias. La selección de las UPM o segmentos censales se hizo de manera aleatoria, generando fracciones muestrales que produjeron “serpentinadas”, producto de la acumulación de los hogares contenidos en los segmentos censales de cada conglomerado. Este ejercicio estuvo dominado por un arranque aleatorio en el que todos los segmentos tuvieron la misma probabilidad de ser elegido.

B. **Segunda etapa:** en esta etapa se eligieron las *Unidades Secundarias de Muestreo (USM)*, que en este caso fueron los *hogares*,¹⁹ por alojar la población meta. Luego de tener el *punto de partida*²⁰ en las UPM, se realizó un mapeo o “barrido” determinado por un filtro, el cual discriminaba entre los hogares que tenían o no la población meta y que a su vez, estuvo dominado por la incidencia o probabilidad de conseguir por lo menos un (1) adulto mayor por cada 2.5 hogares. En definitiva, la muestra final registrada estuvo afectada por la variación en la incidencia de la población meta en los “segmentos compactos” seleccionados. En términos generales, la muestra alcanzó un 94% de efectividad de casos registrados respecto a lo esperado en los cálculos iniciales; esta efectividad representa el 12.1% del universo estimado de adultos mayores.

Las estimaciones muestrales detalladas, se muestran en la tabla siguiente:

5 ESTIMACIONES MUESTRALES, PARÁMETROS Y SUPUESTOS	
PROVINCIAS	Parámetros y supuestos

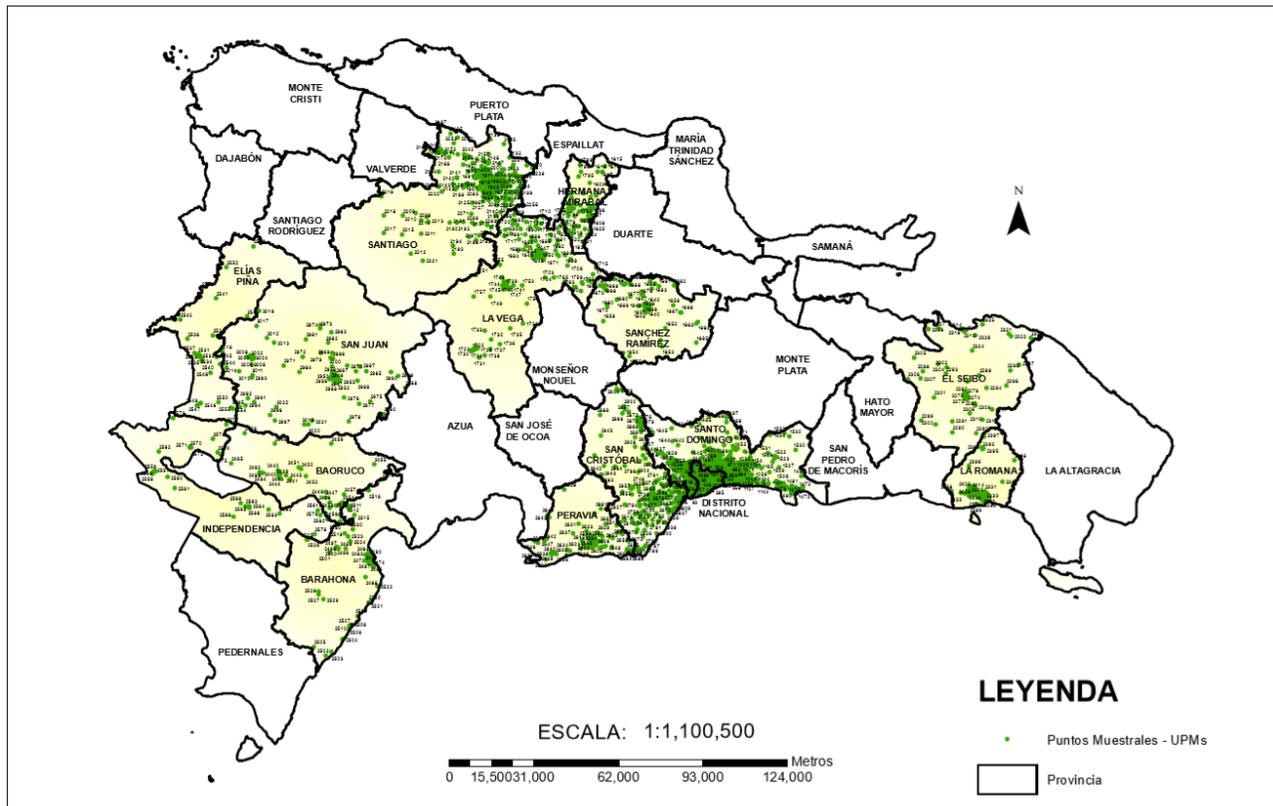
¹⁹ Unidad social conformada por una persona o grupo de personas que se asocian para compartir sus necesidades de alojamiento, alimentación y otras necesidades básicas para vivir. Es decir, el hogar es el conjunto de personas que residen habitualmente en la misma vivienda o en parte de ella (viven bajo el mismo techo), que están unidas o no por lazos de parentesco y que cocinan en común para todos sus miembros (comen de la misma olla).

²⁰ Coordenadas geográficas seleccionadas aleatoriamente para usarla como punto de partida del recorrido de campo.

	# de hogares (Censo 2010)	Universo adulto mayor (60+ años)	Intervalos de hogares para conseguir al menos un (1) adulto mayor	# posibles de adulto mayor en un (1) segmento censal	# de conglomerados	Promedio de hogares de los conglomerados	Error según conglomerados	Promedio de muestra esperada según conglomerado	Muestra esperada según provincia	# de segmentos censales necesarios para lograr la muestra esperada	Muestra registrada según provincia	Efectividad
Distrito Nacional	289,655	124,279	2.3	33	14	20,690	2.2%	1,987	27,824	853	36,756	1.32
Santo Domingo	663,021	236,682	2.8	30	25	26,521	3.2%	963	24,077	803	18,244	0.76
La Vega	108,693	46,340	2.3	32	4	27,173	3.2%	964	3,856	119	3,124	0.81
Hermanas Mirabal	26,428	13,088	2.0	38	3	8,809	3.3%	898	2,693	72	2,302	0.85
Sánchez Ramírez	41,410	18,870	2.2	35	2	20,705	3.2%	953	1,907	55	1,686	0.88
Santiago	279,311	110,945	2.5	30	12	23,276	3.2%	958	11,499	381	7,480	0.65
El Seibo	25,721	11,161	2.3	33	2	12,861	3.2%	927	1,855	56	1,622	0.87
La Romana	70,323	24,519	2.9	26	3	23,441	3.2%	959	2,876	109	2,187	0.76
Bahoruco	24,508	11,053	2.2	34	1	24,508	3.2%	960	960	28	1,566	1.63
Barahona	48,517	19,120	2.5	30	2	24,259	3.2%	960	1,920	64	1,972	1.03
Elías Piña	15,614	7,554	2.1	37	1	15,614	3.2%	939	939	26	677	0.72
Independencia	13,371	5,724	2.3	33	1	13,371	3.2%	930	930	29	1,174	1.26
Peravia	49,308	20,381	2.4	31	3	16,436	3.2%	942	2,826	90	2,674	0.95
San Cristóbal	151,677	56,494	2.7	28	8	18,960	3.2%	949	7,595	268	5,176	0.68
San Juan	63,592	30,998	2.1	37	3	21,197	3.2%	954	2,863	77	2,701	0.94
TOTALES	1,871,149	737,208	2.5	30	84	19,855	2.9%	1,126	94,619	3,029	89,341	0.94

Mapa de la distribución muestral asociada a las provincias del diagnóstico

6 MAPA DE LA DISTRIBUCIÓN MUESTRAL



INFORME DE RESULTADOS

En este apartado se comparten los principales hallazgos sobre la situación actual de la población intervenida en el diagnóstico. El mismo se presenta por apartados, con una temática a propósito de los contenidos de la investigación en la instrumentación de las dimensiones. En estos apartados se desarrollan análisis descriptivos a partir de sus valores absolutos y relativos en formatos de cuadros, tablas y gráficas.

La redacción contempla análisis narrativos, donde se resaltan los hallazgos más relevantes que anticipan a una información gráfica o ilustración que sirve de “mapa” del dato expresado, así que, la manera usada para conectar la redacción con la gráfica o ilustraciones que el párrafo contiene al pie, la cual es una referencia que lo envía a la información gráfica consiguiente de este o en anexo, en donde se puede ampliar la información presentada en cada tema.

El contenido del documento se elabora a partir de un lenguaje sencillo con ilustraciones de fácil interpretación. Los valores relativos se presentan en formato de porcentaje (%) y en la mayoría de los casos estarán entre paréntesis, los valores absolutos están en estilo de millares (,000) y los valores de índices aparecen en decimales. Las tablas están elaboradas con estadísticas anidadas para facilitar la interpretación de los datos; a propósito de esto, las tablas que responden a preguntas de múltiples respuestas son anidadas intrínsecamente colocando los valores de la dicotomía positiva, en tanto que las tablas elaboradas con preguntas de única respuesta tienen las variables en columnas y las alternativas en filas. Las ilustraciones han sido elaboradas en gráficas de barras en la mayoría de los casos.

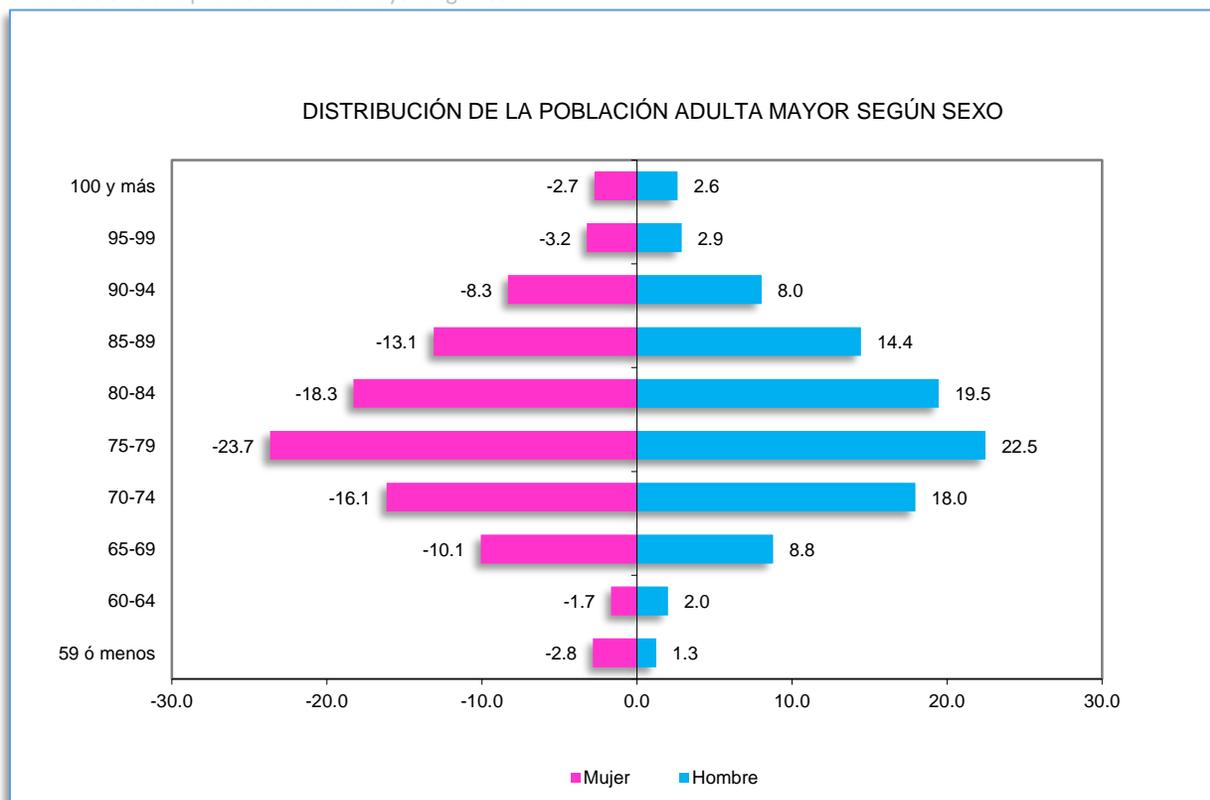
Las temáticas del informe de resultados expresan el contenido de dos ejes o dimensiones del diagnóstico, las cuales se refieren a PERFILES DE LA DIMENSIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL ADULTO MAYOR, entre ellas, aspecto social, económicos, condiciones de la vivienda, aspectos sobre acceso a servicios, laborales, educación; y sobre la dimensión DATOS SOBRE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR, se encontrarán temas sobre el cuidador para un potencial acompañamiento, características demográficas del cuidador potencial, enfermedades más comunes del adulto mayor, distribución de la atención médica según tipo de centro, acceso a la atención especializada y datos sobre la distribución de la morbilidad en el adulto mayor.

DIMENSIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL ADULTO MAYOR

Aspecto social

La distribución de la población del adulto mayor tiene su punto de inflexión en el grupo etario de 70-79 años de edad por concentrar en este el 43.4% del total de los envejecientes; el 22.4% lo componen los de edades de 69 o menos, mientras que el 34.1% está compuesto por las edades de 80 años y más. El diagnóstico registra un índice de masculinidad de 0.71, lo que representa una proporción de hombres de 41.6% frente a las mujeres, el cual es de un 58.4%, así que en términos de paridad existe por lo menos 20 puntos porcentuales de diferencia.

7 Distribución de la población adulta mayor según sexo.



Fuente: Diagnóstico del Adulto Mayor.-CONAPE- 2018.

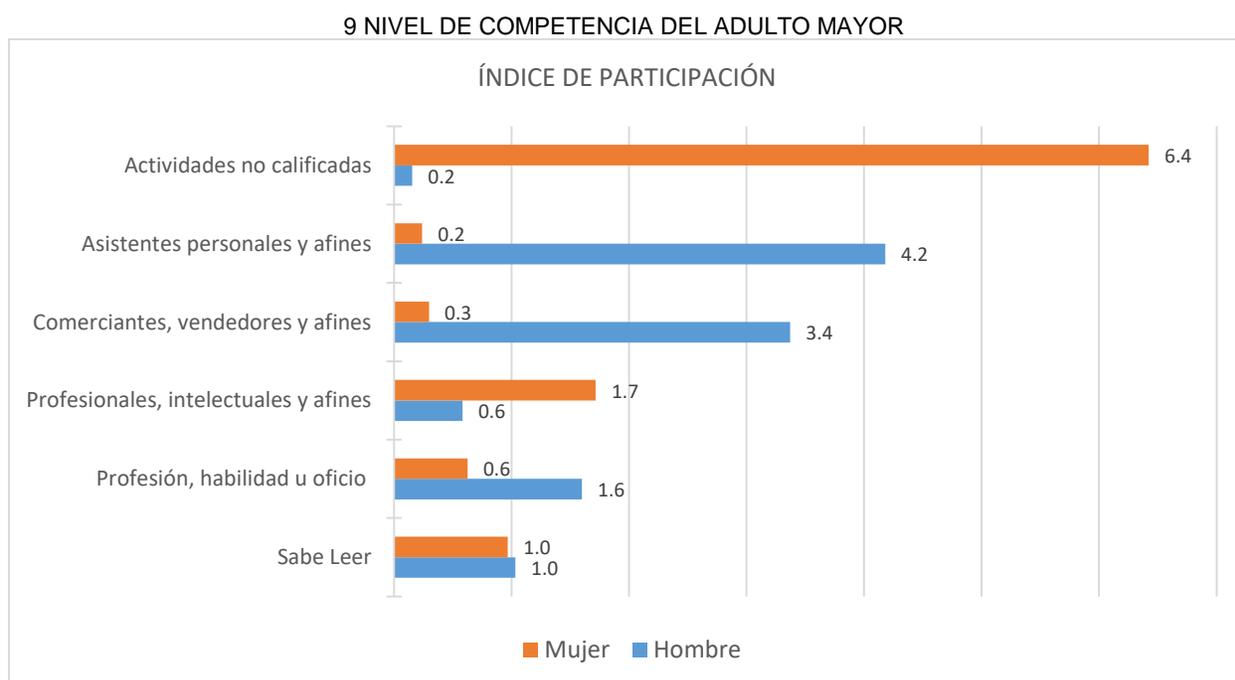
Aspectos sobre educación

En materia educativa, el diagnóstico indica que al menos 6 de cada 10 adultos mayores *saben leer y escribir*. Si observamos el dato por región geográfica, tenemos que un 64.0% de ellos lee en el Gran Santo Domingo, un 51.6% en la región norte, un 50.6% en el este y en un 49.9% en el sur.

	8 NIVEL DE COMPETENCIA SOBRE LECTOESCRITURA				
	REGIÓN				
	Gran Sto. Dgo.	Norte	Este	Sur	Total
Sabe leer y escribir	64.0	51.6	50.6	49.9	60.5

Fuente: Diagnóstico del Adulto Mayor.-CONAPE- 2018.

En un análisis comparativo del perfil educacional y laboral entre géneros, observamos una tendencia de paridad de índice en saber leer y escribir. En el aspecto de habilidades, existen por lo menos dos hombres con alguna habilidad u oficio por cada mujer y hay un mínimo de dos mujeres profesionales por cada hombre. Con habilidades de comerciantes, hay cuando menos tres hombres por cada mujer y como oficios de asistencias personales y afines hay un mínimo de cuatro hombres por cada mujer. En las actividades no calificadas hay por lo menos seis mujeres por cada hombre.



Fuente: Diagnóstico del Adulto Mayor.-CONAPE- 2018.

Según la data del diagnóstico, el 40.0% de los adultos mayores declara estar soltero, el 14.4% vive en unión libre, el 24.7% dice estar casado y el 20.8% manifiesta ser viudo. En términos de paridad, existen casi dos (1.4) mujeres solteras por cada hombre. Más de un hombre (1.3) en unión libre por cada mujer. Como casado, existe una carga igual entre hombres y mujeres. En términos de viudez, casi cuatro (3.8) mujeres es viuda por cada hombre. En términos condición de viudez y soltería, tenemos una población de adulto mayor que asciende al 60.8%.

10 ESTADO CIVIL DEL ADULTO MAYOR E ÍNDICE DE PARTICIPACIÓN ENTRE SEXOS							
Estado civil	Sexo del envejeciente (por filas)		Índice		Sexo del envejeciente (por columnas)		Total
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Soltero/a	41.5	58.5	0.7	1.4	39.9	40.1	40.0
Unión libre	57.1	42.9	1.3	0.8	19.7	10.6	14.4
Casado/a	50.4	49.6	1.0	1.0	29.9	21.0	24.7
Viudo/a	20.8	79.2	0.3	3.8	10.4	28.3	20.8
Total	42.6	57.4	0.7	1.3	100.0	100.0	100.0

Fuente: Diagnóstico del Adulto Mayor.-CONAPE- 2018.

Aspectos laborales

La situación de los indicadores de la variable **laboral** del adulto mayor, es como sigue: el adulto mayor tiene una profesión, habilidad u oficio en por lo menos el 3.5% como promedio general; este mismo dato por región tiene un comportamiento heterogéneo, ya que en el Gran Santo Domingo baja un poco (2.4%), es similar en el norte (2.5%), se triplica en el sur con un 6.8%, mientras que en el este aumenta significativamente respecto a los anteriores con un 19.4%. En términos de oficios especificados, la mitad (50.2%) de los adultos mayores ha servido como asistentes personales y afines, mientras que el 40.7% estuvo involucrado en actividades no calificadas.

11 NIVEL DE COMPETENCIA DEL ADULTO MAYOR EN ASUNTOS LABORALES						
	Sí	REGIÓN				Total
		Gran Sto. Dgo.	Norte	Este	Sur	
Profesión, habilidad u oficio del adulto mayor		2.4	2.5	19.4	6.8	3.5
Categoría ocupacional	Profesionales, intelectuales y afines	6.4	2.0	0.0	.7	3.6

Comerciantes, vendedores y afines	8.9	6.1	2.2	1.3	5.5
Asistentes personales y afines	56.0	45.5	38.6	46.7	50.2
Actividades no calificadas	28.6	46.5	59.2	51.3	40.7

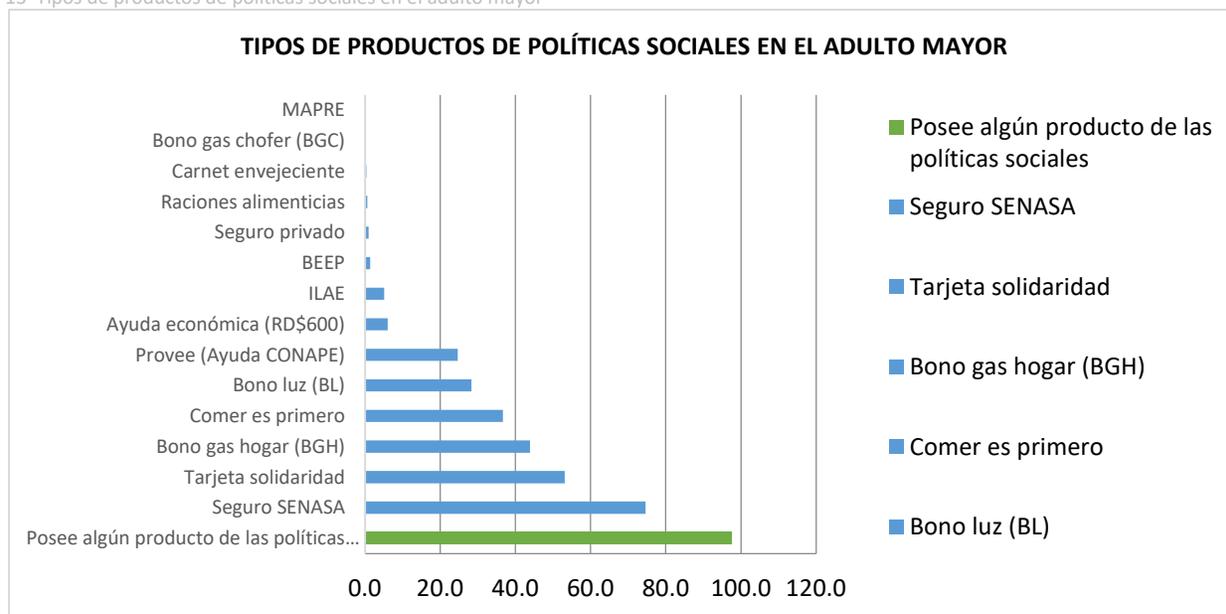
Fuente: Diagnóstico del Adulto Mayor.-CONAPE- 2018.

Aspectos económicos y acceso a políticas sociales

En términos generales, la variable económica tiene como indicadores las **ayudas económicas del Estado** y la recepción de **remesas**. Las recepciones de remesas son escasas, ya que no alcanzan el 1%, en tanto que las posesiones de algún tipo de **ayuda económica del Estado** alcanzan en promedio el 7.5%.

12 ACCESO A REMESAS Y AYUDAS ECONÓMICAS DEL ESTADO SEGÚN REGIÓN						
Indicadores	Alternativas	REGIÓN				
		Gran Sto. Dgo.	Norte	Este	Sur	Total
Remesas	Remesas	.5	.3	.9	.3	.5
Ayuda económica del Estado	Ayuda económica del Estado	8.1	5.9	7.2	6.0	7.5

La población adulta mayor “*posee algún tipo de ayuda del Estado*” en un 97.6% como parte de los **productos de las políticas sociales**. En orden de importancia, la tenencia de *seguro SENASA* en un 74.6%, *tarjeta Solidaridad* en un 53.1%, *Bono Gas Hogar (BGH)* en un 43.9%, *Comer Es Primero* 36.7%, *Bono Luz (BL)* 28.4%, *Provee - asistencia del CONAPE-* 24.6%, *Transferencia Económica para el Adulto Mayor (TE-AMA)*, *(RD\$600 00)* en un 6.1% e *Incentivo a la Asistencia Escolar (ILAE)* en un 5.2%. En término de distribución de los beneficios en los que el adulto mayor participa, no existen diferencias marcadas por región, sin embargo, los beneficios tales como *Bono Gas Hogar (BGH)*, *Bono Luz (BL)* y *Comer Es Primero* tienen una mayor distribución en la región este.



Fuente: Diagnóstico del Adulto Mayor.-CONAPE- 2018.

Aspectos de condiciones de la vivienda

La situación de los indicadores de las **condiciones de la vivienda** del adulto mayor, es como sigue: casi siete de cada diez de los adultos mayores tienen viviendas con paredes exteriores de *concreto* (68.6%) y de *madera*, cerca de una tercera parte (27.9%). El techo de la vivienda del adulto mayor es de *concreto*, en un 26.7% y de zinc en un 72.7%. Casi nueve de cada diez viviendas de adultos mayores son de piso de cemento (87.2%).

Aspectos sobre acceso a servicios

En los indicadores de **acceso a servicios**, el *combustible para cocinar* en el hogar del adulto mayor es gas propano en un 94.8% y, de igual manera, el *alumbrado* es del tendido eléctrico en un 99%. El *agua de manejo* diario es del *acueducto dentro de la casa* en un 86.5% y del *acueducto de la llave pública* es de un 11.1%.

14 ACCESO A LOS SERVICIOS SEGÚN REGIÓN					
Servicios	Alternativas	REGIÓN			
		Gran Sto. Dgo.	Norte	Este	Sur

Paredes exterior	Bloque o concreto	71.4	62.4	56.0	57.0	68.6
	Madera	26.2	31.5	40.3	34.8	27.9
	Tabla de palma	1.9	5.7	3.2	6.6	2.8
	Tejamanil	.1	.1	0.0	.4	.1
	Yagua	.0	.1	.1	.1	.0
	Otro	.4	.4	.4	1.0	.5
Techo	Concreto	29.8	15.4	13.0	16.0	26.7
	Zinc	69.8	83.8	85.4	82.9	72.7
	Asbesto cemento	.3	.6	1.1	.5	.4
	Yagua	.0	.1	0.0	.3	.1
	Cana	.0	0.0	.5	.1	.1
	Otro	.1	.1	0.0	.2	.1
Pisos	Granito/mármol/cerámica	3.4	4.3	4.2	4.0	3.6
	Mosaico	9.5	4.6	2.7	2.6	8.1
	Cemento	86.3	89.8	92.1	90.5	87.2
	Tierra	.8	.9	1.0	2.7	1.0
	Madera	.0	0.0	0.0	.1	.0
	Otro	.0	.4	0.0	.2	.1
Combustible para cocinar	Gas propano	95.4	95.7	94.0	90.8	94.8
	Carbón	.8	1.4	2.0	3.7	1.3
	Leña	.8	1.7	3.4	3.7	1.3
	Electricidad	.1	.1	0.0	.0	.1
	No cocina	2.9	1.0	.6	1.7	2.6
Servicio alumbrado	Tendido eléctrico	99.5	98.6	95.4	97.3	99.0
	Planta propia	.1	.0	.2	.1	.1
	Gas propano	.1	.1	1.5	.7	.2
	Vela	.4	1.2	3.0	1.9	.7
Servicio de agua	Acueducto - casa	87.9	87.1	61.9	82.3	86.5
	Acueducto - llave pública	10.6	9.3	26.2	12.5	11.1
	Del río o arroyo	.5	1.5	8.3	1.6	.9
	Pozo	.4	.6	2.3	1.2	.5
	Lluvia	.4	.5	.5	.3	.4
	Camión tanque	.3	.9	.8	2.1	.6

Fuente: Diagnóstico del Adulto Mayor.-CONAPE- 2018.

DATOS SOBRE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR

Entorno familiar del adulto mayor

Conocer sobre el entorno familiar del adulto mayor para un potencial acompañamiento ha sido uno de los objetivos planteados en el diagnóstico y, en este indicador, el levantamiento registra un gran número de adultos mayores que a pesar de tener en promedio 4.2 hijos nacidos vivos, estos quedan solos, ya que se registran pocos hijos (0,9) acompañándolos.

15 MEDIA DE HIJOS QUE TUVO Y CANTIDAD QUE VIVE CON EL ADULTO MAYOR

	Cantidad de hijos del Adulto Mayor	Cantidad de hijos que viven con el Adulto Mayor
Media	4.2	.94
Moda	0	0
Desviación estándar	3.106	1.247
Varianza	9.647	1.556
Mínimo	0	0
Máximo	12	7

Fuente: Diagnóstico del Adulto Mayor.-CONAPE- 2018.

Características demográficas del cuidador potencial

El diagnóstico ha arrojado que el cuidado del adulto mayor recae en una persona no pariente de él, de género femenino en el 88.4% de los casos, solteros/as en un 96.8% y sin ninguna formación académica en un 99.1%, es pareja del adulto mayor en una mínima frecuencia (9%), en el 5.4% de los casos es atendido por hijo/a, sin embargo, en el 78.9% de los casos es atendido por un no pariente.

16 PERFIL DE LA PERSONA QUE CUIDA AL ADULTO MAYOR		
Variables	Alternativas	Distribución
Sexo	Mujer	88.4
	Hombre	11.6
Estado civil	Soltero/a	96.8
	Unión libre	.9
	Casado/a	.2
	Viudo/a	2.1
Nivel Académico	Ninguno/a	99.1
	Básica /Primaria	.3
	Media/Secundaria	.2
Parentesco	Esposo/a	9.0
	Hijo/a	5.4
	Hijastro/a	.1
	Sobrino/a	.2
	Primo/a	.0
	Cuñado/a	.2
	Padre/Madre	.2
	Padrastra/Madrastra	.1
	Suegro/a	.1
	Tío/a	.3
	Otro familiar	5.5
	No pariente	78.9

Enfermedades más comunes

De acuerdo al diagnóstico de la población adulta mayor, el 1.4% declara padecer de **enfermedad terminal**; de este porcentaje, un poco más de la mitad (56.6%) es padecida por mujer y el 43.4% es padecida por hombres; esto representa tres hombres por cada cinco mujeres. El nivel de riesgo (declarado por el adulto mayor) “no es definido” en cuando menos el 99.5% de los casos, esto indica que el adulto mayor no maneja esta información. Los picos más altos se encuentran registrados en los rangos de edad de 70-74 donde se declaran mayores números de enfermedades terminales. Las regiones donde hay mayores incidencias son el Gran Santo Domingo y el sur. La carga de enfermedades terminales de ambas regiones está incidida por la acumulación de casos del Distrito Nacional y en el sur por las provincias Peravia y San Juan, sin embargo, este dato carece de **significancia estadística**, por lo cual no se presentan las distribuciones, ya que toda la información se desprende del 1.4% del total.

Las **enfermedades más comunes** padecidas y declaradas por el adulto mayor, en orden de relevancia son: problemas cardiovasculares o hipertensión arterial 46.9%, enfermedades no especificadas 27.3%, accidente cerebrovascular 9.7%, diabetes 9.5%, problemas de la vista 7.8%, osteoporosis 5.4%, artritis 4.8%, dolores musculares 4.7%, gastritis/úlceras 4.4%, reumatismo 2.8%, colesterol y triglicéridos 2.8%, problemas de circulación 2.4%, discapacidad 2.3%, hernia 1.9%, asma 1.8%, problemas de los riñones 1.5%, problemas de la próstata 1.5%, problemas de la tiroides 1.5% y ceguera 1.4%. Las demás mencionadas se colocan por debajo del 1% en toda su dimensión.

Si observamos los datos por región geográfica, se nota una pronunciada diferencia entre los datos de las regiones por las principales enfermedades. La región Este tiene por lo menos 20 puntos porcentuales respecto a las demás regiones en los problemas cardiovasculares o hipertensión arterial. En detalle, las enfermedades más comunes en el adulto mayor por regiones geográficas son: problemas cardiovasculares o

hipertensión arterial (46.9%), que se comporta con una incidencia en el Gran Santo Domingo de 55.1%, en el norte con un 54.7%, en el este con un 32.7% y en el sur con un 42.5% de participación; los estados no declarados (27.3%) se comportan con una incidencia en el Gran Santo Domingo de 27.9%, en el norte con un 17.8%, en el este con un 22.9% y en el sur con un 30.5% de participación; accidentes cerebrovasculares (9.7%), con una incidencia en el Gran Santo Domingo de 10.2%, en el norte con un 7.8%, en el este con un 12.6% y en el sur con un 9.5% de participación; la diabetes (9.5%), que se comporta con una incidencia en el Gran Santo Domingo de 15.2%, en el norte con un 12.3%, en el este con un 3.3% y en el sur con un 6.8% de participación y por último tenemos los problemas de la vista (7.8%), con una incidencia en el Gran Santo Domingo de 14.9%, en el norte con un 6.4%, en el este con un 4.6% y en el sur con un 4.4% de participación. Este evento demuestra que las regiones, en términos de incidencias de enfermedades, se ordenan así: primero el sur, le sigue el Gran Santo Domingo, luego el norte y por último el este por ser la región de menos incidencia de enfermedades. A continuación, el detalle de las enfermedades más comunes por región.

17 Enfermedades más comunes padecidas por el adulto mayor

ENFERMEDADES MÁS COMUNES EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN REGIÓN GEOGRÁFICA					
Enfermedades más comunes	REGIÓN				
	Gran Sto. Dgo.	Norte	Este	Sur	Total
Problemas cardiovasculares/hipertensión arterial	55.1	54.7	32.7	42.5	46.9
Estados morbosos no declarados	27.9	17.8	22.9	30.5	27.3
Accidente cerebrovascular	10.2	7.7	12.6	9.5	9.7
Diabetes	15.2	12.3	3.3	6.8	9.5
Problema de la vista	14.9	6.4	4.6	4.4	7.8
Osteoporosis	6.9	9.7	5.9	3.3	5.4
Artritis	8.5	4.6	6.9	2.4	4.8
Dolores musculares	4.6	5.2	6.5	4.3	4.7
Gastritis/úlceras	5.3	6.3	2.3	3.8	4.4
Reumatismo	2.8	2.6	3.7	2.7	2.8
Colesterol y triglicéridos	6.0	4.9	1.4	0.6	2.8
Problemas de circulación	4.7	2.6	2.8	0.9	2.4
Discapacidad	3.4	4.2	3.2	0.9	2.3
Hernia	3.1	1.3	0.9	1.7	1.9

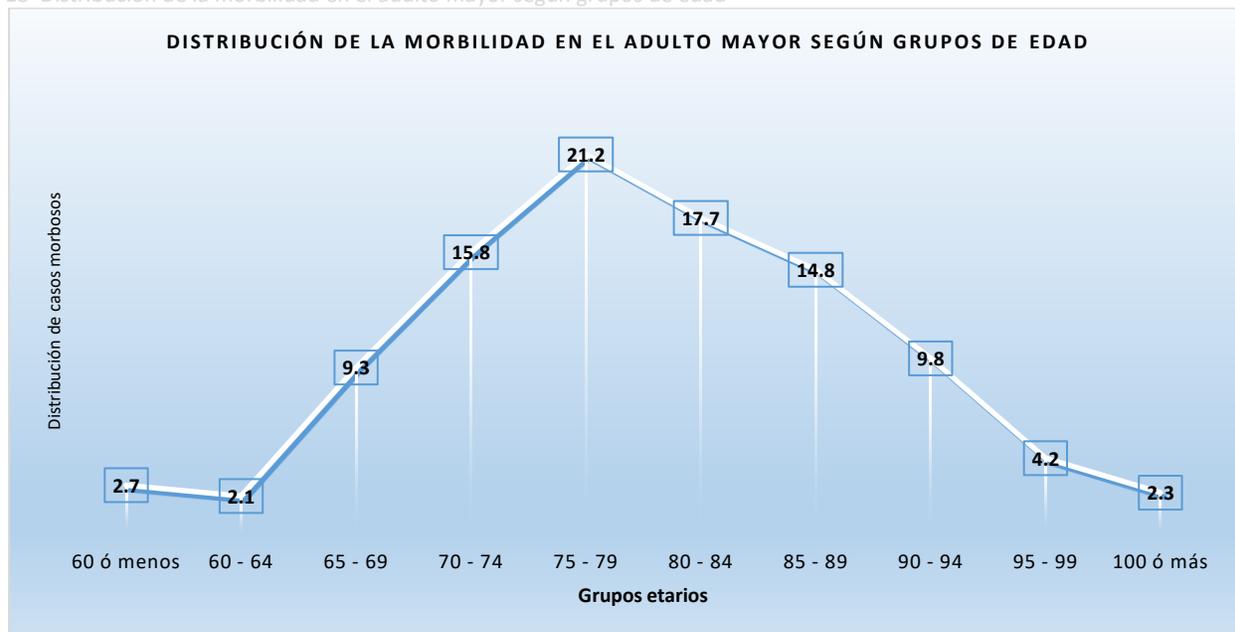
Asma	2.3	2.9	4.2	0.6	1.8
Problemas de los riñones	1.3	2.3	1.9	1.4	1.5
Problemas de la próstata	2.0	4.2	0.5	0.7	1.5
Problemas de la tiroides	1.5	1.0	2.8	1.4	1.5
Ceguera	1.5	1.3	1.9	1.4	1.4
Sinusitis	0.8	2.3	0.5	0.8	1.0
Cataratas	2.0	0.3	0.5	0.7	1.0
Alzheimer	1.0	0.3	2.3	0.8	0.9
Problemas siquiátricos	1.3	1.3	1.8	0.5	0.9
Grasa en el hígado	1.1	1.3	0.5	0.6	0.9
Parálisis general	1.0	0.6	0.9	0.6	0.8
Cáncer	0.8	1.6	0.0	0.5	0.7
Problemas gastrointestinales	1.0	1.3	0.9	0.3	0.7
Problemas de la vesícula	0.3	1.0	0.5	0.6	0.6
Parkinson	0.8	0.3	0.0	0.4	0.4
Bocio	0.3	0.0	0.9	0.5	0.4
Sordera	1.0	0.3	0.0	0.2	0.4
Bronquitis	0.3	0.7	0.0	0.4	0.4
Hemorroides	0.3	0.3	0.5	0.4	0.4
Neumonía	0.3	0.7	0.0	0.2	0.3
Tuberculosis	0.0	0.7	0.5	0.3	0.3
Bursitis	0.5	0.0	0.5	0.2	0.3
Soriasis	0.0	0.3	0.0	0.4	0.2
Leucemia	0.0	0.3	0.5	0.1	0.1
VIH/SIDA	0.3	0.0	0.0	0.1	0.1

Fuente: Diagnóstico del Adulto Mayor.-CONAPE- 2018.

Distribución de la morbilidad en el adulto mayor

Por lo visto, la edad incide en los casos de morbilidad; es evidente que el pico más alto de participación de casos morbosos sucede en el grupo etario de 75-79 años, el cual se pudiera considerar el punto de inflexión, ya que en este rango de edad los casos suben a un 21.2% de participación. En tanto, los demás rangos, registran menor participación en los padecimientos de salud.

18 Distribución de la morbilidad en el adulto mayor según grupos de edad



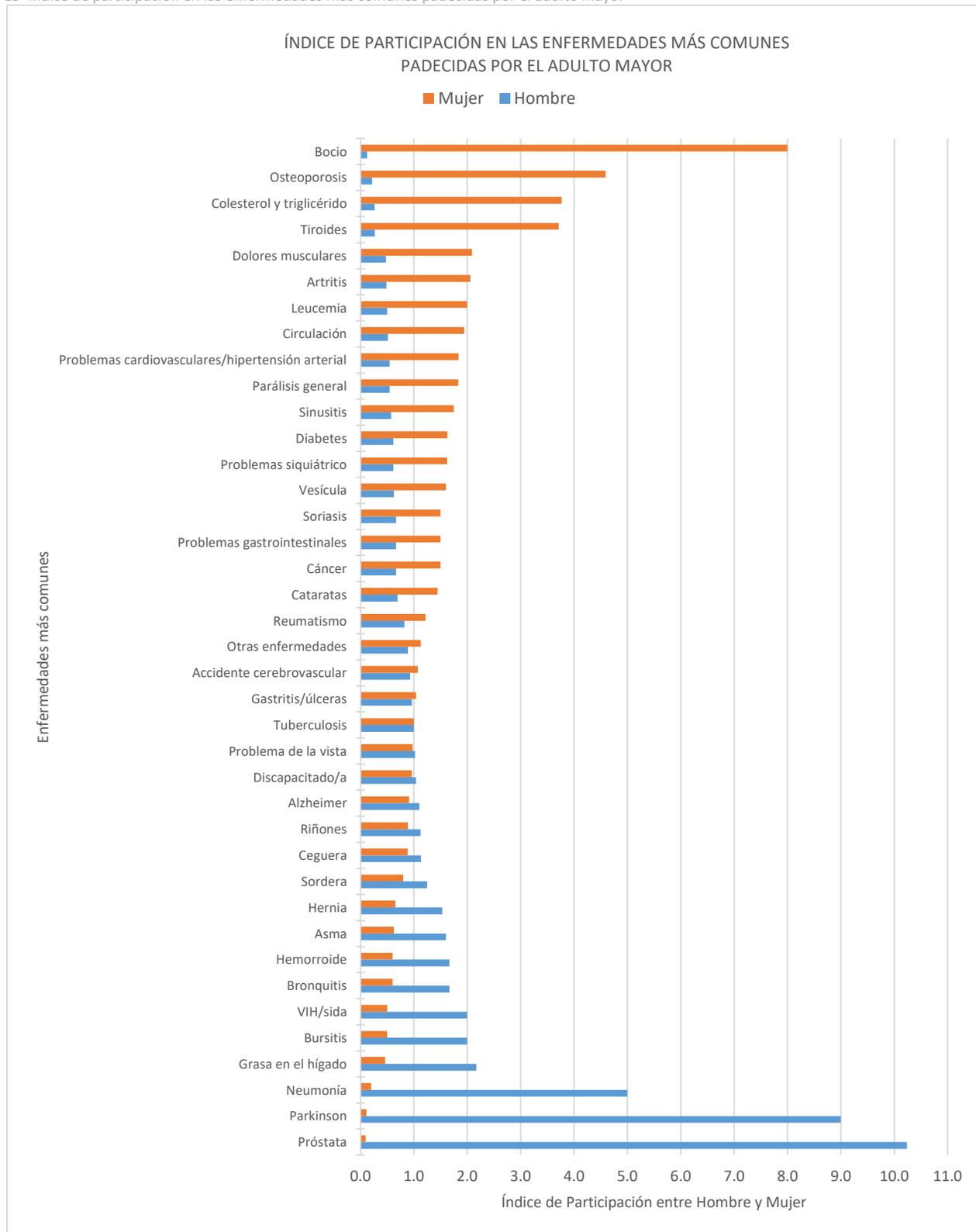
Fuente: Diagnóstico del Adulto Mayor.-CONAPE- 2018.

Índice de participación de las enfermedades más comunes según sexo

En término de participación, el diagnóstico de la población adulta mayor arroja datos en donde se establecen marcadas diferencias en torno a las distintas enfermedades entre hombres y mujeres. Existen enfermedades comunes en las mujeres, en las cuales el índice de participación es de 10.2 en los hombres frente a las mujeres y hasta 8.0 en las mujeres frente a los hombres. En este orden, las enfermedades con más elevado índice en el hombre por cada mujer, en orden de relevancia, son: problemas en la próstata 10.2, Parkinson 9.0, neumonía 5.0, grasa en el hígado 2.2, bursitis 2.0, VIH/SIDA 2.0, bronquitis 1.7, hemorroides 1.7, asma 1.6, hernia 1.5, sordera 1.3, ceguera 1.1, problemas de los riñones 1.1 y Alzheimer 1.1.

Las enfermedades con más elevado índice en la mujer por cada hombre, en orden de relevancia, son: bocio 8.0, osteoporosis 4.6, colesterol y triglicéridos 3.8, problemas de la tiroides 3.7, dolores musculares 2.1, artritis 2.1, leucemia 2.0, problemas de circulación 1.9, problemas cardiovasculares e hipertensión arterial 1.8, parálisis general 1.8, sinusitis 1.8, diabetes 1.6, problemas siquiátricos 1.6, problemas de la vesícula

1.6, cáncer 1.5, problemas gastrointestinales 1.5, soriasis 1.5, cataratas 1.4, reumatismo 1.2, otras enfermedades 1.1, accidente cerebrovascular 1.1. Cabe señalar que las tres enfermedades que igualan la carga son: *problemas de la vista, tuberculosis y gastritis/úlceras digestivas*, en las cuales hay un hombre por cada mujer que padece estas dolencias.



Fuente: Diagnóstico del Adulto Mayor.-CONAPE- 2018.

Distribución de la atención médica según tipo de centro

Para el dato sobre el objetivo de conocer el porcentaje de adulto mayor que está siendo atendido en algún centro de salud, el diagnóstico arroja que cuando esta población desarrolla algún padecimiento, el 50.4% de ellos acude a un establecimiento de salud y el 49.6% declara no estar siendo atendido en un centro médico. En términos de distribución, lo hacen a un centro de salud público (65.0%), UNAP (13.4%), subcentro de salud (11.7%), centro de salud privado (8.0%), unidad móvil (1.8%), Unión Médica Social Dominicana (UNIMDSOD) 0.1% y seguro social, zona franca (0.1%).

Acceso a la atención especializada

Conocer la opinión del adulto mayor sobre la instalación en su comunidad de centros geriátricos ha sido parte de los objetivos, a lo que el diagnóstico arroja que al 98.8% le gustaría tener cerca de su comunidad un centro SECARE y a una proporción similar también le agradaría la cercanía de su comunidad de un microcentro geriátrico, teniendo estos una demanda similar en ambos sexos, todos los rangos de edad y todos los espacios geográficos estudiados.

CONCLUSIONES

La situación de los adultos mayores en la República Dominicana ha sido de interés para el Estado Dominicano, elaborando e implementando un conjunto de acciones destinadas a lograr que estos reciban atención integral. La entrada del país en una etapa avanzada de la transición demográfica se refleja en el aumento del número de adultos mayores, producto de una disminución en las tasas de fecundidad, natalidad y mortalidad, con el consiguiente aumento de la expectativa de vida.

Las acciones que ha desarrollado el Estado dominicano para el beneficio de los adultos mayores del país incluyen: la creación del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE) en el año 1998, el cual mediante la Ley 352-98 que lo crea y su Reglamento de Aplicación No. 1372-04 sientan las bases para que los adultos mayores reciban protección integral. Más adelante, se implementa el Sistema Nacional de Desarrollo Integral para el Adulto Mayor, el cual introduce un nuevo concepto de atención en materia de envejecimiento y que tiene el objetivo de promover la actividad, productividad y participación de los adultos mayores en la sociedad dominicana.

El Diagnóstico de la Población Adulta Mayor identifica las condiciones sociodemográficas de un subconjunto de los adultos mayores de la República Dominicana, aquellos que se encuentran en quince provincias entre las cuales el CONAPE desarrolla sus acciones. El método utilizado en el diagnóstico fue una encuesta en hogares, utilizando un muestreo por conglomerados con técnicas de selección bietápicas. Los datos colectados en el diagnóstico son contextualizados con información secundaria relevante sobre los adultos mayores dominicanos.

El objetivo general ha sido *identificar las condiciones sociodemográficas del adulto mayor en las provincias focalizadas por el diagnóstico para la elaboración de programas y proyectos con el fin de cerrar las brechas en la implementación de políticas públicas del Sistema Nacional de Desarrollo Integral del Adulto Mayor que permitirá mejorar la calidad de vida de esta población.*

Los adultos mayores alcanzarán el 9.7% de la población dominicana para el año 2025. El rango de edad en el que se encuentra la mayor cantidad de adultos mayores es el de 70-79 años, donde se sitúa un 43.4%. En cuanto al sexo, se observa que estos son mujeres en su mayoría, las que suman el 58.4% de los adultos mayores. El estado civil predominante es el correspondiente a estar soltero (40.0%) y a este le sigue en nivel de relevancia, la viudez (20.8%). En algún tipo de unión se encuentra el 39.1% de los adultos mayores.

Las características laborales de los adultos mayores indican que el 3.5% tiene una profesión, habilidad u oficio. En relación a los oficios, el 50.2% de los adultos mayores ha servido como asistentes personales y afines, mientras que el 40.7% estuvo involucrado en actividades no calificadas.

En relación a la recepción de ayudas sociales de parte del Estado dominicano, un 97.6% de los adultos mayores indica poseer algún tipo de ayuda estatal. Los productos sociales más frecuentes en esta población son: seguro SENASA (74.6%), tarjeta Solidaridad (53.1%), Bono Gas Hogar (43.9%), Comer Es Primero (36.7%), Bono Luz (28.4%) y Provee -asistencia del CONAPE- (24.6%).

Las condiciones de las viviendas en los que viven los adultos mayores indican un alto nivel de precariedad de las mismas, en el cual el uso de la madera como material de construcción de las paredes alcanza el 68.6% de las viviendas, las láminas de metal (zinc) un 72.7% de las viviendas, aunque el piso de cemento llega al 87.2% de las viviendas.

Acerca del acceso a servicios, se observa que un 94.8% utiliza como combustible para cocinar el gas propano, el servicio de energía eléctrica en el 99% de los hogares se realiza a través del tendido eléctrico y el acueducto dentro de la casa para suplirles de agua potable alcanza el 86.5% de los hogares.

Los adultos mayores de la República Dominicana registran un promedio de 4.2 hijos nacidos vivos, pero esto no se traduce necesariamente en acompañamiento, ya que el promedio de hijos con los que viven los adultos mayores alcanza una media de 0.94 hijos por adulto mayor. Entonces, el cuidado recae sobre personas con las cuales los adultos mayores no tienen relaciones de parentesco, que son el 78.9% de los cuidadores. Los cuidadores se caracterizan por ser mujer (88.4% de los casos), soltera (96.8%), sin nivel académico (99.1%).

Los casos de morbilidad entre los adultos mayores son más elevados en el grupo de edad de 75-79 años, donde un 21.2% de estos presenta algún caso morboso. Las enfermedades más comunes en la población de adultos mayores son: problemas cardiovasculares o hipertensión arterial (46.9%), estados morbosos no declarados (27.3%), accidente cerebrovascular (9.7%), diabetes (9.5%), problemas de la vista (7.8%) y osteoporosis (5.4%). El padecimiento de enfermedades se diferencia entre los sexos observándose como unas son más frecuentes en mujeres que entre los hombres y viceversa. Los hombres padecen en mayor proporción que las mujeres de problemas de próstata, Parkinson, neumonía y grasa en el hígado; mientras que las mujeres tienen en mayor proporción bocio, osteoporosis, colesterol y triglicéridos, problemas de la tiroides, dolores musculares y artritis.

La atención médica alcanza al 50.4% de los adultos mayores, siendo la mayoría de estos establecimientos de salud públicos (65.0%). Cuando los adultos mayores fueron consultados acerca de su opinión de tener en su comunidad un centro SECARE, el 98.8% respondió de manera positiva.

La discusión que surge a partir de los resultados del diagnóstico es que el Estado dominicano, a través del Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE) y en coordinación con las instituciones y sectores vinculantes, debe iniciar acciones que:

- Fortalezcan el Sistema Nacional de Desarrollo Integral para el Adulto Mayor, debido al incremento poblacional y las necesidades diferenciadas de los mismos.

- Considerar las necesidades diferenciadas de los adultos mayores en función al sexo, ya que la mayoría son mujeres, por tanto los programas deben orientarse tomando en consideración las demandas de las mismas.
- Establecer programas y proyectos para los adultos mayores en unión conyugal, ya que casi cuatro de diez de estos se encuentran en algún tipo de unión.
- Ampliar los niveles de cobertura de los productos sociales que beneficiarían a los adultos mayores, en especial el producto Transferencia Económica del Adulto Mayor (TE-AMA) (6.1%).
- Mejorar las condiciones estructurales de las viviendas de los adultos mayores, garantizando su acceso a una vivienda digna.
- Implementar programas laborales que se basen en la transferencia del conocimiento de los adultos mayores, ya que una alta proporción de los mismos cuentan con profesiones, oficios y habilidades.
- Mejorar el nivel educativo de los cuidadores de los adultos mayores, ya que el nivel educativo predominante entre estos es ninguno. En este sentido, se hace necesario implementar programas particulares de alfabetización y el acceso a la educación para adultos. También debe contemplarse la habilitación de cursos para asistentes del hogar y técnicos de enfermería o cuidadores.
- Desarrollar un programa de promoción, prevención y acceso a los medicamentos, enfocados a las enfermedades cardiovasculares, que son las de mayor incidencia en la población de adultos mayores.
- Expandir el nuevo modelo de gestión SECARE, para dar atención integral y especializada a los adultos mayores.

Referencias bibliográficas

World report on disability, disponible en: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/

Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). Proyecciones 2000-2030.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2017) *Análisis de Situación Poblacional de la República Dominicana*. Disponible en https://dominicanrepublic.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Analisis%20SituacionPoblacional_RD%20-%20Web_0.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) (2014) *Proyecciones de población, Observatorio*.

Demográfico de América Latina y el Caribe: Núm. 11, Santiago de Chile, CEPAL, 155 pp.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2011), *Envejecimiento poblacional*, Observatorio

Demográfico de América Latina, Núm. 12, Octubre 2011, Santiago de Chile, CEPAL, 195 pp.

Proyecciones de Tasas de Mortalidad, Natalidad y Esperanza de Vida 1980-2025.

ONE (2015). Población por año calendárico según sexo y edades simples, 2010-2020.

ONE (2016). Envejecimiento Demográfico: Desafío al Sistema de Seguridad Social en RD.

SIPEN (2015). Una reforma exitosa para garantizar el bienestar de los dominicanos.

ONE (2016). Envejecimiento Demográfico: Desafío al Sistema de Seguridad Social en R.D.

CONAPE-UNFPA-CEAPA (2011). *El Maltrato hacia las Personas Mayores en la R.D.*

Departamento. Jurídico del CONAPE. - 2018.

ONE. ENHOGAR (2016). *El analfabetismo en República Dominicana*.

ONE (2016). Envejecimiento Demográfico: Desafío al Sistema de Seguridad Social en RD.

Situación del adulto mayor; Disponible: <https://gerontologia.org/porta1/archivosUpload/uploadManual/dominicana.pdf>

Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción, Miguel, Luis G. Instituto Nacional de Geriátría, México.

ANEXOS

Tablas de Referencias

ENFERMEDADES MÁS COMUNES PADECIDAS POR EL ADULTO MAYOR SEGÚN GRUPOS ETARIOS										
ENFERMEDADES	Grupos etarios									
	60 o menos	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 99	100 o más
Accidente cerebrovascular	2.7	4.1	7.7	15.8	23.1	20.8	16.7	7.2	.5	1.4
Alzheimer	4.8	0.0	0.0	19.0	19.0	14.3	23.8	9.5	0.0	9.5
Artritis	1.0	1.0	9.5	12.4	29.5	20.0	10.5	6.7	5.7	3.8
Asma	7.7	0.0	7.7	5.1	20.5	20.5	28.2	2.6	2.6	5.1
Bocio	0.0	0.0	11.1	22.2	44.4	11.1	0.0	11.1	0.0	0.0
Bronquitis	0.0	12.5	0.0	0.0	12.5	37.5	25.0	12.5	0.0	0.0
Bursitis	0.0	0.0	50.0	16.7	16.7	16.7	0.0	0.0	0.0	0.0
Cáncer	6.7	6.7	20.0	20.0	6.7	26.7	6.7	6.7	0.0	0.0
Cataratas	0.0	0.0	4.5	13.6	13.6	27.3	22.7	13.6	4.5	0.0
Ceguera	0.0	3.1	9.4	15.6	3.1	25.0	21.9	9.4	9.4	3.1
Problemas de la circulación	1.9	1.9	3.8	15.1	18.9	32.1	17.0	7.5	1.9	0.0
Colesterol y triglicéridos	0.0	3.3	8.2	18.0	31.1	16.4	13.1	6.6	3.3	0.0
Diabetes	0.0	.9	9.4	18.9	25.5	18.4	12.7	8.0	2.4	3.8
Discapacidad	3.9	2.0	5.9	11.8	11.8	19.6	15.7	11.8	9.8	7.8
Dolores musculares	2.9	1.0	6.7	13.3	27.6	22.9	13.3	9.5	1.9	1.0
Gastritis/úlceras	1.0	3.0	4.0	20.0	28.0	22.0	12.0	8.0	1.0	1.0
Grasa en el hígado	0.0	0.0	15.8	10.5	31.6	10.5	21.1	0.0	10.5	0.0
Hemorroides	0.0	0.0	0.0	37.5	50.0	0.0	12.5	0.0	0.0	0.0
Hernia	0.0	2.3	14.0	11.6	32.6	14.0	11.6	7.0	4.7	2.3
VIH/SIDA	0.0	0.0	33.3	66.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Leucemia	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	66.7	0.0	0.0
Neumonía	0.0	0.0	16.7	0.0	33.3	16.7	16.7	16.7	0.0	0.0
Osteoporosis	.8	1.6	4.1	22.1	27.9	24.6	11.5	2.5	4.1	.8
Parálisis general	0.0	6.3	0.0	12.5	31.3	18.8	6.3	18.8	6.3	0.0
Parkinson	0.0	0.0	10.0	0.0	20.0	40.0	20.0	10.0	0.0	0.0
Problemas cardiovasculares/hipertensión arterial	.5	.5	6.9	17.2	23.3	20.1	15.0	10.2	4.0	2.2
Problema de la vista	0.0	1.1	5.6	15.8	27.7	16.9	15.8	11.3	2.8	2.8
Problemas gastrointestinales	6.7	6.7	6.7	6.7	13.3	20.0	0.0	6.7	6.7	26.7
Problemas psiquiátricos	4.8	4.8	9.5	19.0	19.0	14.3	9.5	9.5	9.5	0.0
Problemas de la próstata	2.9	0.0	0.0	17.6	14.7	26.5	17.6	5.9	11.8	2.9
Reumatismo	0.0	0.0	3.2	16.1	27.4	17.7	17.7	8.1	9.7	0.0
Problemas de los riñones	2.9	0.0	2.9	23.5	35.3	14.7	8.8	8.8	2.9	0.0
Sinusitis	0.0	4.5	9.1	9.1	36.4	22.7	9.1	0.0	9.1	0.0
Sordera	11.1	0.0	0.0	33.3	0.0	11.1	33.3	11.1	0.0	0.0
Soriasis	0.0	0.0	20.0	0.0	0.0	0.0	60.0	0.0	20.0	0.0
Problemas de la tiroides	0.0	6.1	12.1	24.2	15.2	12.1	12.1	12.1	0.0	6.1
Tuberculosis	0.0	0.0	0.0	16.7	16.7	0.0	16.7	33.3	16.7	0.0
Problemas de la vesícula	7.7	7.7	23.1	0.0	15.4	23.1	7.7	7.7	0.0	7.7
Otras enfermedades	3.5	2.1	12.3	16.7	24.8	14.4	13.9	6.3	3.9	2.3
Total	2.7	2.1	9.3	15.8	21.2	17.7	14.8	9.8	4.2	2.3

Fuente: Diagnóstico del Adulto Mayor.-CONAPE- 2018.

NIVELES DE RIESGOS SENTIDOS EN LA ENFERMEDAD TERMINAL

		Enfermedad terminal				
		Riesgo no definido	Nivel 1 (bajo riesgo)	Nivel 2 (mediano riesgo)	Nivel 3 (alto riesgo)	Total
Sexo del envejeciente	Hombre	99.6	.3	.1	.0	100.0
	Mujer	99.5	.3	.1	.1	100.0
	Total	99.5	.3	.1	.1	100.0
Grupos etarios	60 o menos	99.5	.3	0.0	.2	100.0
	60 - 64	99.5	.3	.1	.1	100.0
	65 - 69	99.5	.4	.1	.0	100.0
	70 - 74	99.5	.3	.1	.1	100.0
	75 - 79	99.6	.3	.1	.1	100.0
	80 - 84	99.6	.2	.1	.0	100.0
	85 - 89	99.5	.4	.1	0.0	100.0
	90 - 94	99.6	.2	.1	.1	100.0
	95 - 99	99.7	.3	0.0	0.0	100.0
	100 o más	99.2	.3	0.0	.5	100.0
Total	99.5	.3	.1	.1	100.0	
REGIÓN	Gran Sto. Dgo.	99.8	.1	.1	.1	100.0
	Norte	99.7	.1	.1	.1	100.0
	Este	94.7	4.7	.6	.1	100.0
	Sur	99.0	.7	.2	.0	100.0
	Total	99.5	.3	.1	.1	100.0
Población	Distrito Nacional	99.8	.1	.1	.1	100.0
	Bahoruco	99.7	0.0	.1	.1	100.0
	Barahona	94.4	4.2	1.3	.1	100.0
	Elías Piña	98.4	1.3	.3	0.0	100.0
	El Seibo	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
	Independencia	99.8	.2	0.0	0.0	100.0
	La Romana	90.1	8.7	1.1	.1	100.0
	La Vega	99.6	0.0	.1	.3	100.0
	Peravia	99.8	.1	.1	0.0	100.0
	Hermanas Mirabal	99.7	.1	.2	0.0	100.0
	San Cristóbal	99.7	.3	0.0	0.0	100.0
	San Juan	99.8	.1	.0	.0	100.0
	Sánchez Ramírez	99.8	.2	0.0	0.0	100.0
	Santiago	99.7	.1	.1	.1	100.0
	Santo Domingo	99.6	.1	.2	.1	100.0
Total	99.5	.3	.1	.1	100.0	

Fuente: Diagnóstico del Adulto Mayor.-CONAPE- 2018.

Tipos de productos de políticas sociales en el adulto mayor según región

	REGIÓN			
	Gran Sto. Dgo.	Norte	Este	Sur
Posee algún tipo de ayuda del Estado	98.8	93.4	93.2	94.3
Tarjeta Solidaridad	51.7	56.3	63.3	57.1
Seguro SENASA	75.1	69.1	73.5	75.4
Seguro privado	1.2	.6	.1	.3
Provee (asistencia del CONAPE)	24.8	23.2	27.1	24.0
Ayuda económica (RD\$600 00)	7.2	2.9	1.9	2.5
Carnet envejeciente	.4	.3	.6	.6
Bono Gas Hogar (BGH)	43.4	41.0	55.6	45.7
Bono Gas Chofer (BGC)	.2	.0	.6	.0
Bono Luz (BL)	27.5	26.0	41.4	31.5
Raciones alimenticias	.4	.2	1.7	1.9
ILAE	4.8	5.4	7.7	6.2
Comer Es Primero	36.2	35.5	49.6	37.6
BEEP	1.4	1.0	2.8	1.3
MAPRE	.1	.0	0.0	.0

Fuente: Diagnóstico del Adulto Mayor.-CONAPE- 2018.