
Mortalidad y morbilidad atendida de personas mayores Medellín (Colombia)

Doris Arango Cardona¹
Enrique Peláez²

Resumen

La situación epidemiológica que se observa en algunos países de América Latina y el Caribe lleva a que las demandas en salud se distribuyan en atenciones a las enfermedades infecciosas junto con las no infecciosas, habitualmente crónicas, muy ligadas a determinados estilos de vida cuyos efectos se evidencian en edades avanzadas. Por eso, conforme envejecen las poblaciones se tienen más personas de edad avanzada que necesitan más atenciones en salud que las personas jóvenes. Es importante señalar que no debe equipararse el envejecimiento con mala salud, discapacidad o enfermedad, ya que buena parte de los mayores no padecen de enfermedades graves durante casi toda su vejez, pero deben ejercer su derecho a la salud como el resto de la población. El estudio de la mortalidad, así como su distribución por causas, sexo y edad es una aproximación a las condiciones de salud de una población. Por eso se plantea el objetivo de analizar las tendencias de las cinco primeras causas de mortalidad de los adultos mayores de la ciudad de Medellín (Colombia), y determinar las primeras causas de morbilidad atendida, utilizando certificados de defunción de 1999-2006 y los registros individuales de prestación de servicios 2002-2006, analizadas con medidas demográficas, estadísticas y epidemiológicas, apoyado por paquetes computacionales especializados.

Palabras clave: mortalidad, morbilidad atendida, adulto mayor, necesidades en salud y derecho a la salud.

Abstract

Mortality and morbidity attended of elderly. Medellín – Colombia

The epidemiological situation is observed in some countries in Latin America and the Caribbean leads to demands for health care are distributed in infectious diseases in conjunction with non-infectious, usually chronic, very attached to certain lifestyles whose effects are evident in old age. So the populations as they age are more elderly who need more health care than younger people. Importantly, aging should not be equated with ill health, disability or illness, as many of the elderly do not suffer from serious illness for most of his old age, but must exercise their right to health as the rest of the population. The study of mortality and its distribution by cause, sex and age is an approximation to the health status of a population. Arises is why the aim of analyzing the trends of the five leading causes of death among adults over the city of Medellín, Colombia, and determine the leading causes of morbidity attended, using death certificates from 1999-2006 and records individual services 2002-2006, analyzed demographic measures, statistics and epidemiology, supported by specialized computer packages.

Keywords: mortality, morbidity attended, senior adult, health needs and right to health.

-
- 1 Universidad CES, Medellín Colombia, doris.cardona@gmail.com; dcardona@ces.edu.co.
 - 2 Fondo de Población de Naciones Unidas, enpelaez@gmail.com; enpelaez@hotmail.com.

Introducción

El creciente envejecimiento poblacional que registran los países impone como reto a los gobiernos e instituciones adoptar medidas conducentes a atender los efectos actuales de este y prepararse para atender las necesidades futuras, con respuestas institucionales, sociales, económicas, políticas y culturales que den respuesta a la complejidad del fenómeno. El mismo cobra importancia para la investigación en diferentes ámbitos y especialmente en salud pública, ya que un cambio en la estructura poblacional con el aumento de personas adultas mayores, incrementa las demandas de intervención para las enfermedades infecciosas simultáneamente con las crónicas degenerativas.

El recurso humano en salud que la humanidad requerirá en el futuro para afrontar el fenómeno del envejecimiento poblacional dependerá básicamente del tamaño y composición de las poblaciones, del riesgo de enfermar de la población, de la demanda de servicios de atención y de la oferta de servicios (Birch *et al.*, 2007). En los países latinoamericanos, esta situación se sumará a otros problemas sin resolver, como la pobreza, la exclusión social y la vulnerabilidad de algunos grupos poblacionales, como las personas mayores (Huenchuan y Guzmán, 2006).

Las condiciones de salud de los adultos mayores plantean un complicado esquema que no sólo se compone de enfermedad y muerte, sino de discapacidad y limitación de actividades de la vida diaria (Peláez, 2005). Por tanto, conforme envejecen las poblaciones no sólo tienen más personas de edad avanzada, sino que estos necesitan más de los servicios de salud; sin embargo, aunque una gran parte de las atenciones en salud son en adultos mayores, no debe equipararse el envejecimiento con la mala salud, ya que buena parte de los adultos mayores no padecen de enfermedades graves durante casi toda su vejez (Cano *et al.*, 2005).

Las condiciones económicas y sociales de los adultos mayores no dependen solamente de los mecanismos que ofrecen los sistemas de seguridad social, estatales o privados, sino del rol que cumple la familia y las relaciones entre sus miembros. Las familias con muchos hijos tradicionalmente eran vistas como una garantía de seguridad para los mayores, tanto en el sustento económico y arreglos residenciales, como para su integración en la sociedad. Sin embargo, el cambio demográfico producirá una enorme transformación en la estructura familiar, que se torna más pequeña, con menos hijos e integrada por varias generaciones simultáneamente (Chackiel, 2000).

Además, las personas mayores no cuentan con programas especiales en salud que les permitan mantener la autonomía funcional,

constituyéndose la vejez en una causa de conculcación de derechos, teniendo poder limitado para hacerlos efectivos (Huenchuan y Morlachetti, 2007). El derecho a la salud y a la protección en salud de los adultos mayores (Organización Panamericana de la Salud, 2008) está contemplado en directrices internacionales (Organización Mundial de la Salud y Nota descriptiva 323, 2007), cuyo punto de partida no es la existencia de personas con necesidades, sino de sujetos con derechos que obligan su cumplimiento al Estado y al resto de la sociedad (Celade/CEPAL, 2006; Huenchuan, 2011).

Desde esta perspectiva se propicia la titularidad de derechos humanos a todos los grupos sociales, sobre la base de la igualdad y del respeto de la dignidad humana, independiente de la edad, género, estado de salud, entre otros (Huenchuan, 2009). Pero no basta con agregar años a la vida sino vida a los años, que con una mayor expectativa de salud y bienestar, por más tiempo requerirá un envejecimiento activo a fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores (Ham Chande, 2001), puesto que fomenta la autoestima y la dignidad de las personas y el ejercicio pleno de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales (CEPAL y Naciones Unidas, 2003).

Como lo plantea las Naciones Unidas (Huenchuan, 2009), América Latina y el Caribe envejecen a un ritmo más rápido que los países desarrollados. Asimismo la pobreza y la desigualdad social sigue siendo una deuda social pendiente en los países de la región y se observa una débil respuesta institucional, con sistemas de protección social de baja cobertura y calidad que llevan a mayores exigencias a la institución familiar.

Con el envejecimiento de la población, el aumento de la población adulta —particularmente los jubilados— y el desplazamiento de la carga global de la enfermedad hacia las enfermedades crónicas, el modelo de seguridad social de los países debe garantizar una asistencia coordinada y eficiente. Esto requerirá una nueva orientación de los sistemas de salud que actualmente se organizan alrededor de experiencias de enfermedades graves y episódicas, no adecuados para afrontar las necesidades sanitarias de las poblaciones (Medellín y Secretaría de Salud Municipal, 2003).

Los formuladores de políticas, los médicos, los conciudadanos y hasta las familias conocen limitadamente o descuidan la salud de las personas mayores, generando estigma y maltrato que pueden representar violaciones de sus derechos humanos básicos, como el derecho a la vida, a la integridad personal, a la dignidad, a la privacidad y al goce del grado máximo de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2008). El estudio de la mortalidad, así como

su distribución por causas, sexo y edad es una aproximación a las condiciones de salud de una población. Por esta razón se formula el objetivo de analizar las tendencias de las cinco primeras causas de mortalidad de los adultos mayores de la ciudad de Medellín, de 1999-2006 y determinar las primeras causas de morbilidad atendida en los servicios de consulta externa, urgencias y egresos hospitalarios de 2002-2006, con el fin de determinar la demanda y los requerimientos futuros en salud.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, con enfoque empírico-analítico, teniendo como población de referencia las personas mayores de 65 años que vivían en el municipio de Medellín en el año 2007, estimada en 164.894 personas, equivalentes a un 7,2% de 2.281.785 habitantes, según el Departamento Administrativo de Planeación Municipal, con base en Censo 2005 (Medellín, Departamento Administrativo de Planeación Municipal y Subdirección de Metroinformación, 2007). La población de estudio para mortalidad y morbilidad atendida fue:

- «Mortalidad: se analizaron 48.590 certificados de defunción de adultos mayores fallecidos en los años 1999-2006» (Colombia y Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2005; Medellín y Secretaría de Salud Municipal, 2007a).
- «Morbilidad atendida en consulta externa: se analizaron 1.052.471 registros individuales de prestación de servicios (RIPS) de los adultos mayores, registrados en los años 2002 a 2006» (Medellín y Secretaría de Salud Municipal, 2007b).

Con relación a los datos perdidos, tanto en mortalidad como en morbilidad atendida cuando estos representaban más del 5,0% se agregaron a las categorías «no sabe» o «sin información»; cuando dichos datos representaban menos del 5,0% de los datos, se estimaron mediante el método *missing complet at random* MCAR (utilizando la media). El método supone que los datos que faltan se den por completo al azar y es independiente de las variables observables y parámetros de interés invisible.

Tanto para la afección principal del estado mórbido —considerada como la afección diagnosticada al final del procedimiento de atención de la salud como la causa primaria de la necesidad de tratamiento o investigación, considerada la más importante en términos de significación clínica, procedimientos y recursos utilizados— como para la causa básica de muerte —enfermedad o lesión que inició la cade-

na de acontecimientos, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal— (Organización Panamericana de la Salud, 2002), se tomó la Clasificación Internacional de las Enfermedades, décima revisión (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 1995) agrupada según la nueva lista OPS 6/67: enfermedades transmisibles, neoplasias (tumores), enfermedades del sistema circulatorio, ciertas afecciones originadas en el período perinatal, causas externas y todas las demás enfermedades, que se subdividen en 67 grupos (Organización Panamericana de la Salud, 1999).

El análisis fue univariado para describir las características de la población objeto de estudio, en la mortalidad y la morbilidad atendida fue apoyado en el cálculo de indicadores demográficos (Hervada *et al.*, 2005) a través del cálculo de frecuencias, porcentajes, tasas globales y específicas, frecuencia en morbilidad atendida por mil habitantes y por cien mil habitantes, sobremortalidad y sobreatenciones.

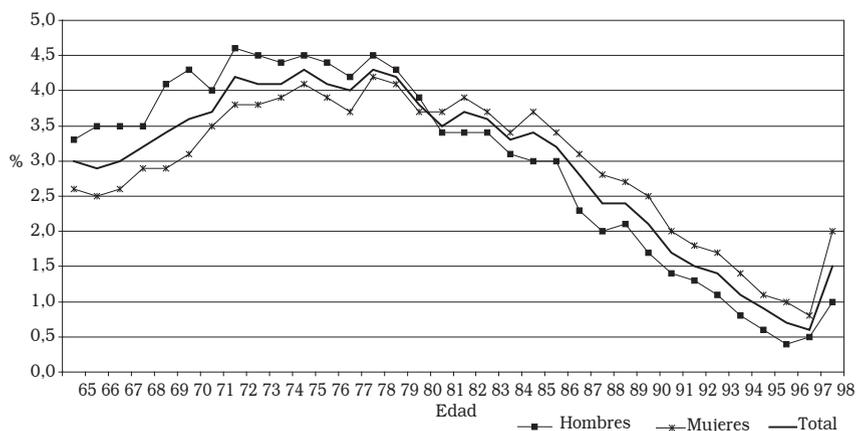
Resultados

Mortalidad, 1999-2006

Las características demográficas analizadas fueron: edad, sexo y causa básica de muerte. La población mayor de 65 años residente en el municipio de Medellín fallecida en el período de estudio se distribuyó entre 54,3% (26.368) defunciones de sexo masculino y 45,7% (22.222) de sexo femenino. La mayor concentración de las defunciones de los adultos mayores se presentó entre los 70 y 80 años y a partir de los 85 años se percibe una disminución en el número de fallecidos.

En los hombres la disminución se inicia a partir de los 83 años y su nivel más alto se registró a los 72 años (4,6%), mientras en las mujeres la disminución se presentó a partir de los 85 años y su máximo nivel se ubicó en los 78 años. La elevación que se insinúa a los 98 años pudiera ser explicada en la muerte de centenarios que no tienen registrada su edad exacta en la base de datos (véase gráfico 1).

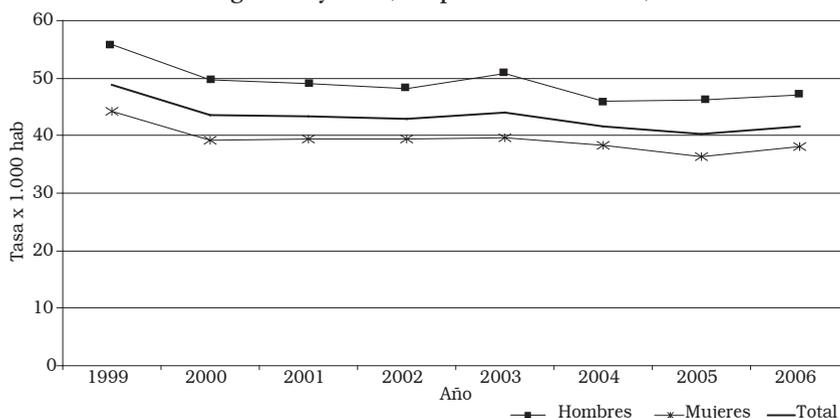
Gráfico 1. Medellín, 1999-2006: distribución porcentual de las defunciones de la población de 65 años y más, según edad y sexo



Fuente: elaboración propia con base en DANE. Certificado de defunción. Medellín, 1999-2003. Medellín, Secretaría de Salud. Certificados de defunción. Medellín, 2004-2006.

La tasa bruta de mortalidad (TBM) de los adultos mayores de la ciudad en el período estudiado fue de 43,3 fallecidos por cada mil personas (‰) de 65 años y más. El año que registró una tasa mayor fue 1999 con 48,9‰ y fue disminuyendo hasta ubicarse en 40,4‰ en el 2005 y para el 2006 ascendió a 41,7‰. Por sexo también mantuvo una tendencia estable pasando de 55,9 defunciones por mil adultos mayores en 1999 a 47 defunciones por mil habitantes con un pico de 50,8‰ en el año 2003, pero sigue siendo estable; en el caso de la población femenina, la tasa bruta de mortalidad fue de 39,5 defunciones por mil adultas mayores de la ciudad, la tendencia observada pasa de 44,2‰ en 1999 a 38,1‰ en el 2006 sin mayores variaciones en su comportamiento (véase gráfico 2).

Gráfico 2. Medellín, 1999-2006: mortalidad de la población de 65 años y más según año y sexo (tasa por 1000 habitantes)



Fuente: elaboración propia con base en DANE. Certificado de defunción. Medellín, 1999-2003. Medellín, Secretaría de Salud. Certificados de defunción. Medellín, 2004-2006.

La tasa bruta de mortalidad mediana (TBM) de la población adulta mayor fue de 43,3 defunciones por cada mil habitantes adultos mayores de la ciudad. La tasa de mortalidad específica por grupos OPS más alta presentada en el período de estudio, correspondió a las agrupadas en las enfermedades del sistema circulatorio con 1598 muertes por cien mil habitantes, seguida por los decesos ocasionados en todas las demás causas y las neoplasias (véase tabla 1).

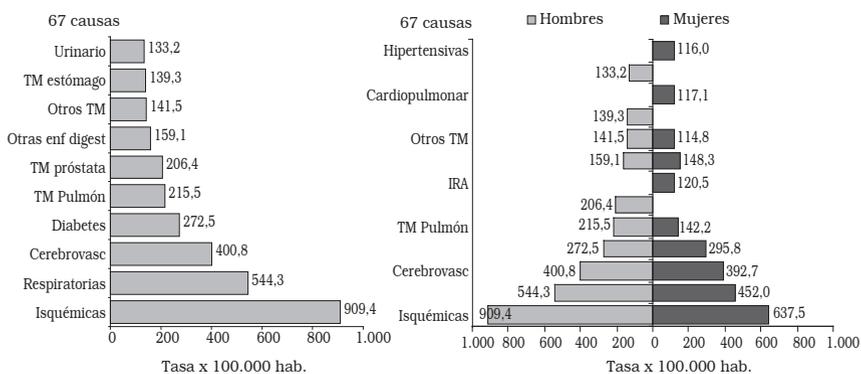
Tabla 1. Medellín, 1999-2006: mortalidad de la población con 65 años y más según cinco grandes grupos de la lista OPS 6/67 (tasa por 100.000 habitantes)

Grupos 6/67 - OPS		N	%	Tasa específica de mortalidad
1.00	Enfermedades transmisibles	2.594	5,3	216,2
2.00	Neoplasias (tumores)	11.134	22,9	1.005,4
3.00	Enfermedades del sistema circulatorio	17.513	36,0	1.597,9
5.00	Causas externas	1.235	2,5	108,3
6.00	Todas las demás causas	15.777	32,5	1.400,5
7.00	Signos, síntomas y afecciones mal definidas	337	0,7	25,2
Total		48.590	100,0	4.332,6

Fuente: elaboración propia con base en DANE. Certificado de defunción. Medellín, 1999-2003. Medellín, Secretaría de Salud. Certificados de defunción. Medellín, 2004-2006.

Por las 67 causas de la lista OPS, entre las diez primeras causas de mortalidad según sexo, las cuatro primeras son compartidas entre hombres y mujeres. Por enfermedades isquémicas del corazón los hombres aportaron 4132 muertos (tasa mediana de mortalidad 909,4 por cien mil habitantes) y las mujeres aportaron 4286 (637,5 por cien mil habitantes); en las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores el sexo masculino aportó 2473 defunciones (544,3 por cien mil habitantes) y la cuota del sexo femenino fue de 3039 defunciones (452 por cien mil habitantes); por las enfermedades cerebrovasculares las defunciones masculinas fueron 1821 (400,8 por cien mil habitantes) y las defunciones femeninas fueron 2640 (392,7 por cien mil habitantes); y por diabetes mellitus se presentaron 1238 defunciones masculinas (272,5 por cien mil habitantes) frente a 1989 defunciones femeninas (295,8 por cien mil habitantes) (véase gráfico 3).

Gráfico 3. Medellín, 1999-2006: diez primeras causas de mortalidad de la población de 65 años y más, según lista OPS 6/67 por sexo (tasa por 100.000 habitantes)

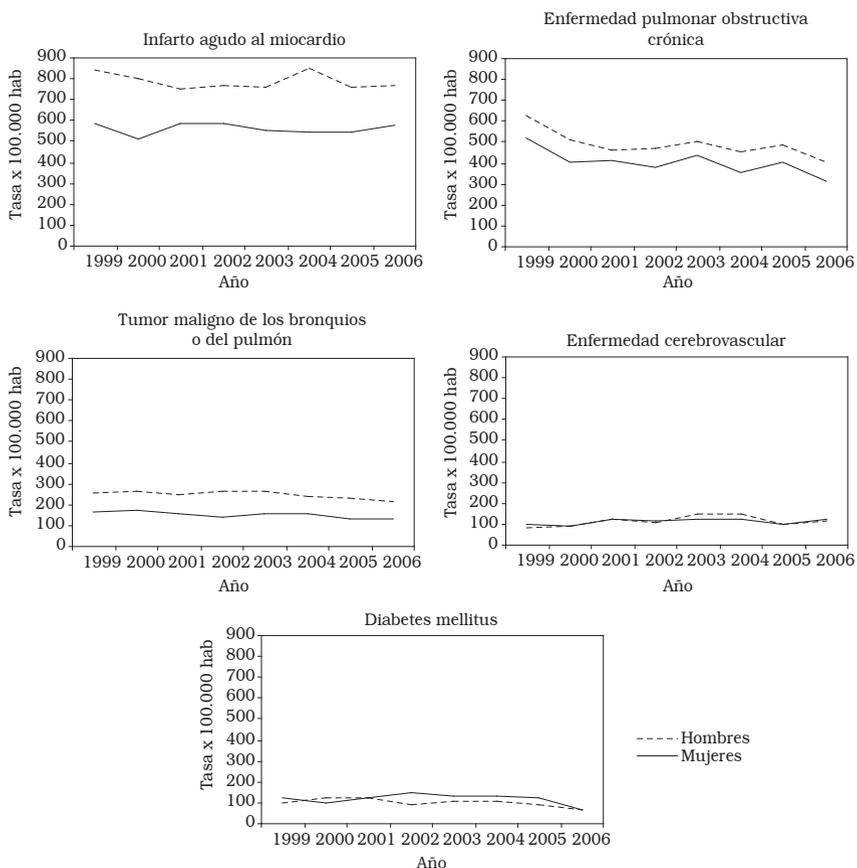


Fuente: elaboración propia con base en DANE. Certificado de defunción. Medellín, 1999-2003. Medellín, Secretaría de Salud. Certificados de defunción. Medellín, 2004-2006.

De las restantes seis causas se comparte, pero en diferente orden, el tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón, demás enfermedades del sistema digestivo y otras neoplasias; las otras causas se presentan en un solo sexo, como tumor maligno de la próstata, infecciones respiratorias agudas, enfermedades hipertensivas, tumor maligno del estómago, enfermedades del sistema urinario y enfermedad cardiopulmonar, de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón.

La población de 65 años y más masculina registró un riesgo de 1,5 de fallecer por tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón; es decir, por cada diez fallecimientos femeninos por cáncer de pulmón se presentaron 15 fallecimientos masculinos por la misma causa; por enfermedades isquémicas del corazón el riesgo fue 1,4, donde por cada diez mujeres fallecidas por esta causa se presentaron 14 defunciones masculinas; las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y otros tumores malignos registraron un riesgo de 1,2 cada uno. En el comportamiento de la mortalidad por las cinco primeras causas, la población masculina aportó principalmente en las causas: primera (infarto agudo al miocardio), segunda (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y tercera (tumor maligno de los bronquios y del pulmón) en todos los años de estudio, pero el riesgo relativo (RR) de fallecer por esta causa fue de 1,6 (RR=1,6) evidenciando que los hombres adultos mayores tienen un 60,0% más de riesgo que las mujeres adultas mayores de la ciudad de Medellín. En la cuarta causa (enfermedad cerebrovascular) el comportamiento de ambos sexos fue muy similar, mostrando un riesgo parecido para hombres y mujeres (RR=1,1). La población femenina hizo su aporte fundamental en la quinta causa (diabetes mellitus) a partir del año 2000 (véase gráfico 4).

Gráfico 4. Medellín, 1999-2006: cinco primeras causas básicas de muerte de la población de 65 años y más, por sexo según CIE-10 (tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: elaboración propia con base en DANE. Certificado de defunción. Medellín, 1999-2003. Medellín, Secretaría de Salud. Certificados de defunción. Medellín, 2004-2006.

Morbilidad atendida en consulta externa, 2002-2006

En el servicio de salud, consulta externa, se analizaron 1.052.471 registros individuales de prestación de servicios de salud, correspondientes a las atenciones en salud de las personas de 65 años y más, en el período 2002-2006; estos registros corresponden al 13,2% del total de atenciones registrados en la ciudad. La frecuencia promedio fue de 1390,3 atenciones por mil personas de 65 años y más; por sexo,

esta medida fue de 1145,4‰ hombres y 1555,8‰ mujeres, todos ellos adultos mayores.

La edad promedio de los adultos mayores atendidos en las instituciones de salud de la ciudad y reportados a la Secretaría de Salud Municipal fue de 75 años, con una desviación de 7,5 años, el 50,0% de las personas atendidas por consulta externa tenían 74 años o menos al momento de la atención, la edad más frecuente fue los 65 años, y el 74,5% tenían entre 65 y 79 años. La frecuencia en atenciones en salud aumentó a medida que se aumentó en edad, en una relación directamente proporcional; también fue evidente el mayor número de atenciones registrado por las mujeres, al presentarse una sobreatención femenina (SAF) de 1,4 indicando que las atenciones en salud registradas por las mujeres sobrepasaron las atenciones en los hombres en un 36,0% y conservándose esta diferencia en todas las edades.

Las cinco primeras causas de atención fueron: hipertensión esencial, dorsalgia, gastritis y duodenitis, los trastornos de acomodación y de relajación, y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. Las atenciones en salud causada por la hipertensión esencial registraron una frecuencia de atención de 228,4‰ adultos mayores de la ciudad; vale decir que por cada mil habitantes de 65 años y más, por lo menos 228 consultaron a los profesionales de la salud por problemas relacionados con hipertensión esencial, lo que equivale a decir que uno de cada cinco atenciones en consulta externa por esta afección es suministrada a un adulto mayor de la ciudad; por dorsalgia consultaron 42,2‰; por gastritis y duodenitis consultaron 35,0‰; por trastornos de la acomodación y de la relajación acudieron 27,5‰ y por otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas consultaron 27,2‰.

Las cinco primeras causas representan una cuarta parte del total de atenciones registradas en este grupo de edad (26,0% de las consultas masculinas y 25,2% de las consultas femeninas). La población femenina contribuyó en mayor medida en las cuatro primeras causas mientras la población masculina hizo una mayor contribución en la quinta causa; sin embargo, es más marcada la diferencia en las consultas por gastritis y duodenitis, al registrarse una sobreatención femenina del 88,0%.

El sistema anatómico comprometido, según la clasificación internacional de enfermedades en su décima versión, en las demandas en salud originadas en la consulta externa de los adultos mayores fue el sistema circulatorio, seguido de las afecciones en el sistema respiratorio y en el tejido osteomuscular y del tejido conjuntivo; en cuarto lugar se registraron las enfermedades del sistema digestivo y luego las endócrinas, nutricionales y metabólicas. Es llamativo que los trastornos mentales y del comportamiento sólo hubiesen originado un 2% de las consultas

externas, a sabiendas que la depresión es frecuente en este grupo de edad, originado en la soledad, la pérdida de la familia, el aislamiento, la impotencia y la sensación de vacío que registran las personas adultas mayores (véase tabla 2).

Tabla 2. Medellín, 2002-2006: sistema comprometido en la atención en salud a la población con 65 años y más en el servicio de consulta externa

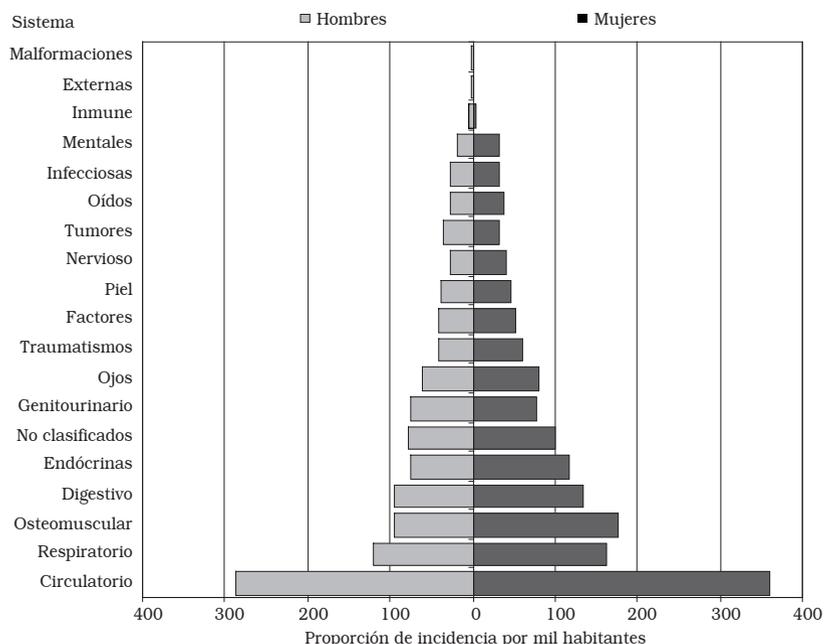
<i>Capítulo</i>	<i>Sistema comprometido</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Frecuencia por 1000 hab.</i>
IX	Enfermedades del sistema circulatorio	250.710	23,8	331,2
X	Enfermedades del sistema respiratorio	109.537	10,4	144,7
XIII	Enfermedades del tejido osteomuscular y del tejido conjuntivo	108.948	10,4	143,9
XI	Enfermedades del sistema digestivo	89.109	8,5	117,7
IV	Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas	76.008	7,2	100,4
XVIII	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos no clasificados en otra parte	69.439	6,6	91,7
XIV	Enfermedades del sistema genitourinario	57.800	5,5	76,4
VII	Enfermedades del ojo y sus anexos	54.778	5,2	72,4
XIX	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	40.770	3,9	53,9
XXI	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	35.831	3,4	47,3
XII	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	32.943	3,1	43,5
VI	Enfermedades del sistema nervioso	27.035	2,6	35,7
II	Tumores (neoplasias)	26.215	2,5	34,6
VIII	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoide	24.508	2,3	32,4
I	Ciertas enfermedades infecciosas parasitarias	22.926	2,2	30,3
V	Trastornos mentales y del comportamiento	20.887	2,0	27,6
III	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	3.469	0,3	4,6
XX	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	822	0,1	1,1
XVII	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	736	0,1	1,0
	<i>Total</i>	<i>1.052.471</i>	<i>100,0</i>	<i>1.390,3</i>

Fuente: elaboración propia con base en Medellín, Secretaría de Salud. Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud. Medellín, 2002-2006.

Tanto en la población masculina como en la femenina el sistema circulatorio fue el más comprometido en el período de estudio, con una frecuencia de 287,9 por cada mil hombres adultos mayores y de 360,4 por cada mil mujeres del mismo grupo de edad, por atenciones

en salud relacionadas con enfermedades que afectaron algún órgano del sistema y le siguen las enfermedades del sistema respiratorio con 119,0‰ para los hombres y 162,1‰ para las mujeres. Vale destacar que en todos los grupos estudiados las atenciones en consulta externa femeninas superan las masculinas, con excepción de los tumores malignos, donde la frecuencia se invirtió (véase gráfico 5).

Gráfico 5. Medellín, 2002-2006: sistema anatómico comprometido en la población de 65 años y más, en la consulta externa según sexo (frecuencia por mil habitantes)



Fuente: elaboración propia con base en Medellín, Secretaría de Salud. Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud. Medellín, 2002-2006.

En la población femenina, el primer sistema comprometido con las enfermedades que originaron la atención en consulta externa también fue el sistema respiratorio con una participación del 11,4% y una frecuencia de atención originadas en enfermedades del sistema respiratorio de 102,6 por mil mujeres de la ciudad; luego se ubican las enfermedades del sistema digestivo con 10,3% y una frecuencia de 92 por mil habitantes y las enfermedades del tejido osteomuscular con el 8,2% de participación y 73,7‰ habitantes femeninas. Las afecciones

de menor atención en salud fueron ciertas afecciones originadas en el período perinatal (0,1%) y las causas externas de morbilidad y de mortalidad (0,1%).

Conclusiones

El incremento de adultos mayores en las sociedades actuales plantea nuevos retos a las políticas sociales y públicas para atender las necesidades básicas y las demandas en salud de este grupo de la población. La ausencia del Estado en los sistemas de protección social actual recae sobre los gobiernos y las familias. Para los gobiernos, esta demanda se manifestará en la exigencia de extender la cobertura de los sistemas de seguridad social y de aplicar o ampliar los programas de protección social para los adultos mayores; para las familias, esta demanda se traducirá en transferencia de recursos hacia los adultos mayores que no estén cubiertos por algún sistema de protección social o cuya cobertura sea insuficiente para mantener un nivel de vida satisfactorio, situación obligatoria para la población económicamente activa.

Según el *Informe sobre la salud en el mundo 2008* (OMS, 2009), el fenómeno del envejecimiento pone de relieve la frecuencia cada vez mayor de la multimorbilidad, puesto que el 25,0% de las personas de 65 a 69 años y un 50,0% de las de 80 a 84 años padecen dos o más afecciones crónicas al mismo tiempo. Los países están haciendo esfuerzos por mejorar las prestaciones sanitarias dirigidas a la población adulta mayor. Entre las estrategias implementadas se encuentran el reforzamiento de la atención primaria en salud (Organización Mundial de la Salud, 2009) y la inclusión de prestaciones específicas para la atención de la población de edad avanzada, la asistencia especializada en el régimen ambulatorio, hospitalario y domiciliario, y los servicios farmacéuticos (Huenchuan, 2009).

La brusca caída en las tasas de fecundidad y el mejoramiento en la salud de los adultos que se han observado en América Latina durante los últimos cincuenta años han traído como resultado el hecho de que las personas mayores representen hoy en día un mayor porcentaje de la población total. El proceso de envejecimiento está ocurriendo de manera más rápida en aquellos países en los que se han observado las caídas más fuertes en las tasas de fecundidad: entre el año 2000 y el 2050, el porcentaje de la población con 65 o más años de edad aumentará, por ejemplo, del 10,0% a casi 27,0% en Cuba y del 5,0% al 18,0% en Brasil (Brea, 2003).

El cambio demográfico traerá dificultades para los países pobres y ricos. Dentro de poco, en muchos países industrializados habrá más abuelos que nietos y en los países en desarrollo también están viendo envejecer a sus poblaciones, lo que causa nuevos problemas, principalmente por las exigencias a los sistemas de asistencia pública, que deberán atender simultáneamente a todos los diferentes grupos poblacionales. Para el año 2050, 1.200 millones de los casi 1.500 millones de personas de 65 años de edad en adelante, a nivel mundial, residirán en los países menos desarrollados (Kinsella y Phillips, 2005).

La relación entre transición demográfica y epidemiológica tiene como consecuencia la demanda de los servicios y el derecho a acceder y a disfrutar del más alto nivel de salud posible (Huenchuan, 2009), pero estos cambios no son homogéneos según las condiciones socioeconómicas; los que tienen mejores condiciones tienen un mayor acceso a los servicios básicos, mientras las poblaciones más deprimidas presentan las enfermedades transmisibles como las principales causas de morbilidad y mortalidad, incluso en las edades avanzadas (Ham, 2003). Como resultado, el sistema de salud enfrenta un doble problema: aumento en la incidencia de enfermedades crónico degenerativas y la persistencia de enfermedades transmisibles, que generan nuevos desafíos por la demanda de prestaciones y tratamientos, pero son viejos desafíos por las carencias históricas en materia de equidad de acceso a los servicios de salud (Celade/CEPAL, 2006).

El envejecimiento poblacional plantea la necesidad de mirar este proceso desde dos ámbitos demográficos: los cambios que se suceden en el tamaño, crecimiento y composición de las poblaciones, y las condiciones de salud desde el Estado y la demanda de atención en los servicios de salud (Palloni, Pinto-Aguirre y Peláez, 2002). En los países de América Latina y el Caribe se logrará ganar veinte años de existencia después de los 60 años entre 1950 al 2025 (Palloni, Pinto-Aguirre y Peláez, 2002), pero según la OPS si se desea conservar esta tendencia creciente se deberá incrementar la prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares que hoy representan veinte veces el riesgo de morir por causas externas, seis veces el de morir por una enfermedad transmisible, tres veces el de morir por cáncer y dos veces el de hacerlo por cualquier otra causa. El 21,0% de los hombres y el 29,0% de las mujeres mayores de hoy tienen menos de probabilidades de morir por enfermedades del sistema circulatorio, en comparación con la década de los ochenta (Loewy, 2004).

En la región se observan cambios en los patrones de consumo y en los hábitos de vida de la población que llevan a una «transición en los riesgos», la cual se manifiesta en un alarmante incremento de algu-

nos factores de riesgo asociados con dietas abundantes en contenido graso, productos de origen animal y con poca fibra, y con inactividad física que contribuye al incremento de la prevalencia de enfermedades, tales como obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica (Menéndez *et al.*, 2005).

En Medellín, la mortalidad y la morbilidad atendida fue principalmente por enfermedades del sistema circulatorio, donde la hipertensión arterial está muy por debajo de la registrada por la encuesta SABE, donde la prevalencia osciló en torno al 48% (morbilidad subjetiva o percibida) (Organización Panamericana de la Salud y División de Promoción y Protección de la Salud, 2005; Celade *et al.*, 2003), pero como dicen Kohler y Soldo (2003), en la morbilidad y mortalidad, las comparaciones de los resultados pueden presentar diferencias, según la validez de los datos, los aspectos culturales, los riesgos de la salud y las expectativas de salud.

Este cambio en el incremento de defunciones por enfermedades no transmisibles y disminución de las infecciosas, origina la polarización epidemiológica (Kohler y Soldo, 2003) y pasará de un 59,0% en el 2002 a un 69,0% en el 2030, principalmente en las enfermedades isquémicas del corazón, cáncer, enfermedades pulmonares y diabetes mellitus, cuyos factores de riesgo son: uso de tabaco, dietas no saludables, sedentarismo y abuso de alcohol (United Nations y Department of Economic and Social Affairs, 2007), sumado al hecho de que los adultos mayores actuales son sobrevivientes de las enfermedades infecciosas durante sus primeros años de vida, principalmente los residentes en países en desarrollo, en comparación con los países desarrollados (Wong *et al.*, 2011).

Los países están haciendo esfuerzos por mejorar las prestaciones sanitarias dirigidas a la población adulta mayor. Entre las estrategias implementadas se encuentran el reforzamiento de la atención primaria en salud (Organización Mundial de la Salud, 2009) y la inclusión de prestaciones específicas para la atención de la población de edad avanzada, la asistencia especializada en el régimen ambulatorio, hospitalario y domiciliario, y los servicios farmacéuticos (Huenchuan, 2009). La atención primaria en salud suele ser el primer punto de contacto de las personas mayores con los servicios de salud y representa el ámbito donde se resuelven los problemas de salud a corto plazo y se maneja la mayoría de los problemas crónicos (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Los sistemas de seguridad social funcionan mediante mecanismos de reparto, cuyo financiamiento proviene de las contribuciones que realizan los empleados, empleadores y el gobierno; en Colombia se

da a través de este mecanismo pero también por pensión mínima contributiva y pensión mínima no contributiva (mediante prueba de necesidad) (Suárez y Pescetto, 2005). La población mayor de 65 años que registraba pensiones en el 2000 era del 15.2% a través de una combinación entre el sistema de seguridad social y las cuentas de capitalización individual (Suárez y Pescetto, 2005), pero los mayores restantes no cuentan con un sistema de protección social que les permita satisfacer sus necesidades básicas y de salud durante la vejez, violando el cumplimiento del derecho a la salud (Organización Mundial de la Salud y Nota descriptiva 323, 2007; Organización Panamericana de la Salud, 2009), dejándolos a merced de la caridad.

Ni la seguridad social ni la protección social está garantizada para los adultos mayores en Medellín, dado que las reformas a los sistemas no se complementaron con programas que previeran la situación económica, laboral y social a la que se llega en la vejez, más bien acabaron con el sistema de protección social y transfirieron las necesidades de consumo y de salud a las familias, a los programas asistenciales o a las instituciones de beneficencia (Suárez y Pescetto, 2005).

En conclusión, en la ciudad de Medellín (Colombia), uno de cada tres adultos mayores fallece por enfermedades del sistema circulatorio (infarto agudo al miocardio), del sistema respiratorio (enfermedades pulmonares obstructivas crónicas) o por diabetes mellitus; cerca de la mitad registran morbilidad atendida principalmente por enfermedades del sistema circulatorio (hipertensión esencial), del sistema respiratorio (enfermedades pulmonares obstructivas crónicas) y del sistema osteomuscular (dorsalgia y trastornos de acomodación y de relajación), pero según las reformas en seguridad social implementadas después de 1993, se cambió la protección social al asistencialismo y se transfirieron la atención de las necesidades de salud al adulto mayor, a su familia o a la sociedad, ya que son pocos los programas que les garanticen el derecho a la salud para lograr un envejecimiento digno, funcional e independiente.

Bibliografía

- Birch, S., Kephart, G., Tomblin-Murphy, G., O'Brien-Pallas, L., Alder, R., y MacKenzie, A. (2007). «Health human resources planning and the production of health: development of an extended analytical framework for needsbased health human resources planning», Research Paper n.º 168. A Program for research on social and economic dimensions of an aging population. Ontario, Canadá: SEDAP, en <<http://socserv.mcmaster.ca/sedap/p/sedap168.pdf>>, acceso agosto de 2009.
- Brea, J. (2003). «El envejecimiento de América Latina», Washington: Population Reference Bureau, en: <<http://www.prb.org/SpanishContent/Articles/2003/ElEnvejecimientoDeAmericaLatina.aspx>>, acceso 15 de mayo de 2009.
- Cano, C., Gutiérrez, L., Marín, P., Morales, F., Peláez, M., Rodríguez, L., Vega, E., y Zúñiga, C. (2005). «Propuesta de contenidos mínimos para los programas docentes de pregrado en Medicina Geriátrica en América Latina» en *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, Washington, DC: OPS/OMS, vol. 17, n.º 5-6, pp. 429-437.
- Celade, CEPAL, UNFPA, OPS, OIT, BID, BM y NU (2003). *Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas*, Santiago de Chile: Celade/CEPAL.
- Celade/CEPAL (2006). *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*, Santiago de Chile: Celade/CEPAL.
- CEPAL y Naciones Unidas (2003). *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, Santiago de Chile: Naciones Unidas/CEPAL.
- Chackiel, J. (2000). «El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?», en *Serie Población y Desarrollo*, Santiago de Chile: CEPAL/Celade, vol. 4.
- Colombia y Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (2005). *Certificados de defunción, Medellín 1994-2003*, Bogotá: DANE.
- Ham Chande, R. (2001). «Esperanzas de vida y expectativas de salud en las edades avanzadas», en *Estudios Demográficos y Urbanos* 48, México, D.F: El Colegio de México, vol. 16, n.º 3, pp. 545-560.
- (2003). *El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica*, México, D.F: El Colegio de la Frontera Norte.
- Hervada, X., Santiago, M., Vázquez, E., Castillo, C., Loyola, E., y Silva, L. (2005). *Programa para análisis epidemiológico de datos tabulados EPIDAT. [3.1]*, España: Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia (España), Organización Panamericana de la Salud, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (Cuba).
- Huenchuan, S. (2011). «La protección de la salud en el marco de la dinámica demográfica y los derechos», en *Serie Población y Desarrollo*, Santiago de Chile: CEPAL/Celade, n.º 100.
- y Murlachetti, A. (2007). «Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina», en *Notas de Población*, Santiago de Chile: CEPAL/Celade, vol. 85, n.º 85, pp. 145-80.
- Huenchuan, S. (ed.) (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*, Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Huenchuan, S. y Guzmán J. M. (2006). «Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para políticas», Reunión de expertos

- sobre población y pobreza en América Latina, Santiago de Chile, Chile, 14 al 15 de noviembre.
- Kinsella, K. y Phillips, D. (2005). «Global aging: the challenge of success», en *Population Bulletin*, Washington, DC: PRB, vol. 60, n.º 1, pp. 1-42.
- Kohler, I. y Soldo, B. (2003). «Cross-national comparability of health and mortality measures -evidence from the Mexican Health and Aging Study (MHAS) and the Health and Retirement Study (HRS)», Paper prepared for the Annual Meeting of the Population of America, Boston, MA, abril.
- Loewy, M. (2004). «La vejez en las Américas», en *Perspectivas de Salud*, Washington, DC: OPS/OMS, vol. 9, n.º 1.
- Medellín, Departamento Administrativo de Planeación Municipal y Subdirección de Metroinformación (2007). *Proyección de Población por género y edades simples. A junio de 2007*, Medellín: El Departamento.
- Medellín y Secretaría de Salud Municipal (2003). *La salud de Medellín en cifras, 1999-2001*. Medellín: La Secretaría.
- (2007a). *Certificados de defunción, Medellín 2004-2006*, Medellín: La Secretaría.
- (2007b). *Registros individuales de prestación de servicios, Medellín 2002-2006*, Medellín: La Secretaría.
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León, E., Marín, C., y Alfonso, J. (2005). «Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe», *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, Washington, DC: OPS/OMS, vol. 17, n.º 5-6, pp. 353-361.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud: Décima revisión*, Washington, D.C.: OPS/OMS (Publicación científica 554).
- (2009). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*, Ginebra: OMS.
- y Nota descriptiva 323 (2007). *El derecho a la salud*, Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1999). «Nueva lista 6/67 para la tabulación de datos de mortalidad CIE-10», en *Boletín Epidemiológico*, Washington, DC: OPS/OMS, vol. 20, n.º 3, pp. 4-9.
- (2008). *Derechos humanos y salud: personas mayores*, Washington: OPS/OMS.
- (2002). «De datos básicos a índices compuestos: una revisión del análisis de mortalidad», en *Boletín Epidemiológico*, Washington, DC: OPS/OMS, vol. 23, n.º 4, pp. 1-2.
- y División de Promoción y Protección de la Salud (2005). *Encuesta multicéntrica Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe*, Washington, DC: OPS/OMS.
- Palloni, A., Pinto-Aguirre, G., y Peláez, M. (2002). «Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean», en *International Journal of Epidemiology*, Oxford, Inglaterra: Oxford University, vol. 31, pp. 762-771.
- Peláez, M. (2005). «La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas» en *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, Washington, DC: OPS/OMS, vol. 17, n.º 5-6, pp. 299-302.
- Suárez, R. y Pescetto, C. (2005). «Sistema de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe», *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan*

- American Journal of Public Health*, Washington, DC: OPS/OMS, vol. 17, n.º 5-6, pp. 419-428.
- United Nations y Department of Economic and Social Affairs (2007). *Development in an ageing world*, Nueva York: Naciones Unidas.
- Wong, R., Gerst, K., Michaels-Obregon, A., y Palloni, A. (2011). *Burden of ageing in developing countries: disability transitions in Mexico compared to the United States*, Texas: University of Texas Medical Branch (working paper).