

Mortalidad y morbilidad atendida de personas mayores Medellín, Colombia *

Doris Arango Cardona[†]
Enrique Peláez[‡]

Resumen

Hablar de problemas de salud es hablar de la morbilidad desde el punto de vista médico y a necesidades de salud desde el punto de vista social o de la comunidad; existe un problema de salud cuando existe un estado que el individuo, el médico, el equipo de salud o la colectividad juzga como anormal. Las necesidades y problemas de salud se constituyen en la demanda de servicios de salud y su satisfacción se traduce en la oferta y prestación de los servicios de salud. En las personas mayores la relación entre la salud, las condiciones de vida, el uso de los servicios de salud y los estilos de vida es más evidente que en otros grupos poblacionales. Los resultados de este análisis sirven como base para el estudio del impacto del envejecimiento poblacional en la ciudad de Medellín, Colombia, en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor, en la estimación de recursos para atender las demandas futuras en salud, en la indicación de los requerimientos institucionales y ubicación geográfica que condicionan el estado de salud.

Palabras claves: Mortalidad, Morbilidad atendida, Adulto mayor, Necesidades en salud.

* Trabajo presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en La Habana, Cuba, del 16 al 19 de noviembre de 2010

[†] Universidad CES, Medellín – Colombia, dirección electrónica: doris.cardona@gmail.com.

[‡] Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba – Argentina, dirección electrónica: enpelaez@gmail.com

Mortalidad y morbilidad atendida de personas mayores Medellín, Colombia[§]

Doris Arango Cardona^{**}
Enrique Peláez^{††}

Introducción

El creciente envejecimiento poblacional que registran los países, impone como reto a los gobiernos e instituciones, adoptar medidas conducentes a atender los efectos del crecimiento del pasado y de preparación para atender las necesidades futuras, con respuestas institucionales, sociales, económicas, políticas y culturales que den respuesta a la complejidad del fenómeno. Este fenómeno 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 al proceso salud-enfermedad, simultáneamente de enfermedades infecciosas y crónicas degenerativas, con la consecuente demanda de recursos para su atención.

La salud no puede ser entendida como la ausencia de enfermedades. No existe persona y menos aún población que, salvo en circunstancias excepcionales y transitorias difícilmente imaginables, pueda ser considerada como absolutamente libre de todo proceso patológico. Cada individuo, familia, y comunidad en general, en cada momento de su existencia tiene necesidades y riesgos que le son característicos, sea por su edad, sexo u otros atributos individuales, por su ubicación geográfica y ecológica, por su cultura y nivel educativo, o por su ubicación económica y social, que se traducen en un perfil de problemas de salud que en mayor o menor grado afectan sus posibilidades de realización personal y colectiva. Desde un punto de vista práctico no es posible vivir sin tener "enfermedades" (en el sentido más general del concepto), solo la muerte significa la negación absoluta de la salud y la enfermedad. (Castellanos)

Hablar de problemas de salud es hablar de la morbilidad desde el punto de vista médico y a necesidades de salud desde el punto de vista social o de la comunidad; existe un problema de salud cuando existe un estado que el individuo, el médico, el equipo de salud o la colectividad juzga como anormal. Las necesidades y problemas de salud se constituyen en la demanda de servicios de salud y su satisfacción se traduce en la oferta y prestación de los servicios de salud (Pérez 2007). En las personas mayores la relación entre la salud, las condiciones de vida, el uso de los servicios de salud y los estilos de vida es más evidente que en otros grupos poblacionales.

La demanda de servicios de salud es consecuencia de una necesidad sentida que no puede ser definida únicamente desde el punto de vista del médico, sino que debe considerar los aspectos personales y socioculturales de los individuos demandantes (Musgrove P 1984). Por lo general las necesidades exceden a la demanda, en ocasiones las personas no se dan cuenta de que necesitan atención médica o los costes que genera la atención médica lo inhibe a

[§] Trabajo presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en La Habana, Cuba, del 16 al 19 de noviembre de 2010

^{**} Universidad CES, Medellín – Colombia, dirección electrónica: doris.cardona@gmail.com.

^{††} Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba – Argentina, dirección electrónica: enpelaez@gmail.com

buscarla (Musgrove P 1984). Paradójicamente una de las metas de los sistemas de salud y específicamente las instituciones de salud es hacer que las demandas y las necesidades de los usuarios coincidan pero son muy pocas las acciones realizadas para eliminar las barreras de accesibilidad que ponen los sistemas de salud a las personas y en especial a aquellas menos favorecidas y donde desafortunadamente los problemas de salud son mas graves. Pero la gran brecha que hay entre demanda de servicios y necesidades de la población también indica la existencia de problemas culturales o desconocimiento de la problemática epidemiológica (Tobar).

Según Tobar (Tobar), la demanda de salud tiene componentes subjetivos como la necesidad sentida que es función de la confianza en el sistema de salud, y componentes objetivos como: demográficos (crecimiento y el envejecimiento de la población que se aumenta a partir de los 40 años); situación epidemiológica (transición epidemiológica); enfermedades sociales (adicciones, sida, depresión, entre otras); tecnología asistencial (reduce unos niveles de enfermedad pero incrementa la demanda en servicios especializados) y organización del sistema de salud (modelo de atención, accesibilidad y políticas de regulación).

Existe una relación entre la salud de los ancianos, las condiciones de vida, el uso de los servicios de salud y el estilo de vida. No existe una coherencia entre la atención en salud para la población mayor de 60 años y su caracterización como grupo vulnerable debido a la baja cobertura de los servicios, su deficiente calidad, la gestión inapropiada, la escasez de recurso humano capacitado, la falta de una conciencia de autocuidado y de programas específicos en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que para este grupo no ha sido considerado prioritario (Botero & Agudelo 2001).

Se plantea así 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 primeas 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, Subdirección Metroinformación, con base en Censo 2005, certificación DANE para 2007 de población conciliada a junio 30 de 2005) (Medellín, Departamento Administrativo de Planeación Municipal, & Subdirección de Metroinformación). La población de estudio para mortalidad y morbilidad atendida fueron:

- Mortalidad: se analizaron 48.590 (50,1%) certificados de defunción de los adultos mayores fallecidos en los años 1999-2006, equivalentes al 50,1% del gran total de 97.004 (Colombia & Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas; Medellín & Secretaría de Salud Municipal).
- Morbilidad atendida: se analizaron 8'317.607 registros individuales de prestación de servicios (RIPS) de los adultos mayores, registrados en los años 2002 a 2006 en los tres servicios: consulta externa (7'950.941), urgencias (195.137) y hospitalización (171.529) (Medellín & Secretaría de Salud Municipal).

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

Tanto para la afección principal –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- (Organización Panamericana de la Salud 2002) del estado mórbido en los servicios de consulta externa y servicio de urgencias, y causa básica de la hospitalización -causa básica de la afección que determinó la hospitalización del paciente- (Organización Panamericana de la Salud 2002) como para la causa básica de muerte – enfermedad o lesión que inició la cadena 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.

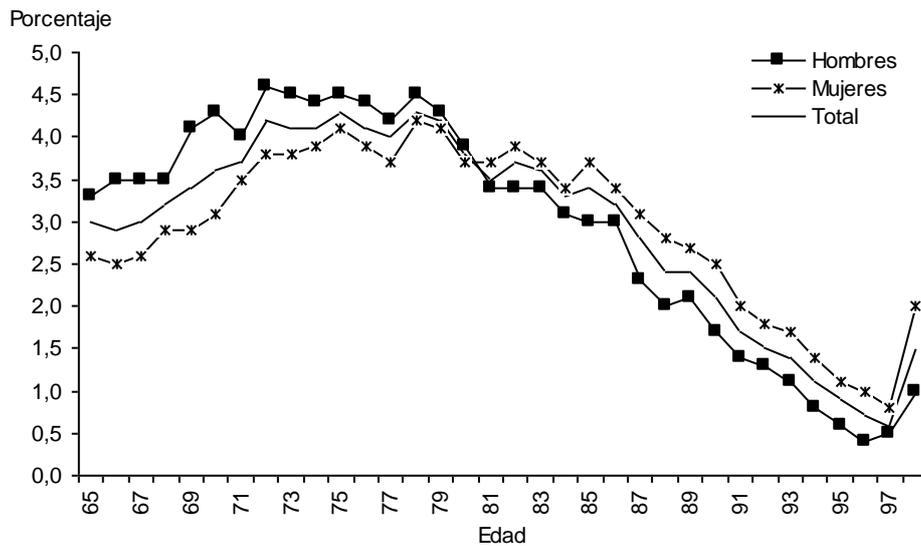
Resultados

Mortalidad, Medellín 1999-2006

Las características demográficas analizadas fueron: edad, sexo, estado civil y nivel educativo, afiliación a salud, en las condiciones de mortalidad se analizó la causa básica de muerte y causa directa o antecedente del deceso. 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 72 y 79 años (33,7%), 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. Figura 1.

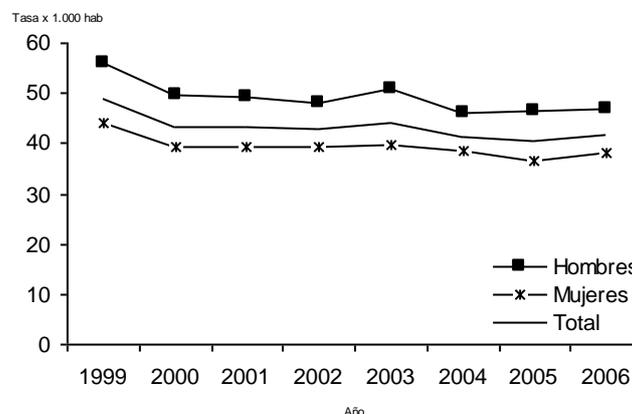
Figura 1. Distribución porcentual de las defunciones de la población de 65 años y más, según edad y sexo. Medellín, 1999-2006



Fuente: DANE. Certificado de defunción. Medellín, 1999-2003. Medellín, Secretaría de Salud. Certificados de defunción. Medellín, 2004-2006. Cálculos de la investigadora.

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 en 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. Figura 2.

Figura 2. Mortalidad de la población de 65 años y más según año y sexo (tasa por 1.000 habitantes). Medellín, 1999-2006



Fuente: DANE. Certificado de defunción. Medellín, 1999-2003. Medellín, Secretaría de Salud. Certificados de defunción. Medellín, 2004-2006. Cálculos de la investigadora.

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 reestudio, correspondió a las agrupadas en las enfermedades del sistema circulatorio con 1.598 muertes por cien mil habitantes seguida por los decesos ocasionados en todas las demás causas y las neoplasias. Tabla 2.

Tabla 2. Mortalidad de la población de de 65 años y más según cinco grandes grupos de la lista OPS 6/67 (tasa por 100.000 habitantes). Medellín, 1999-2006

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

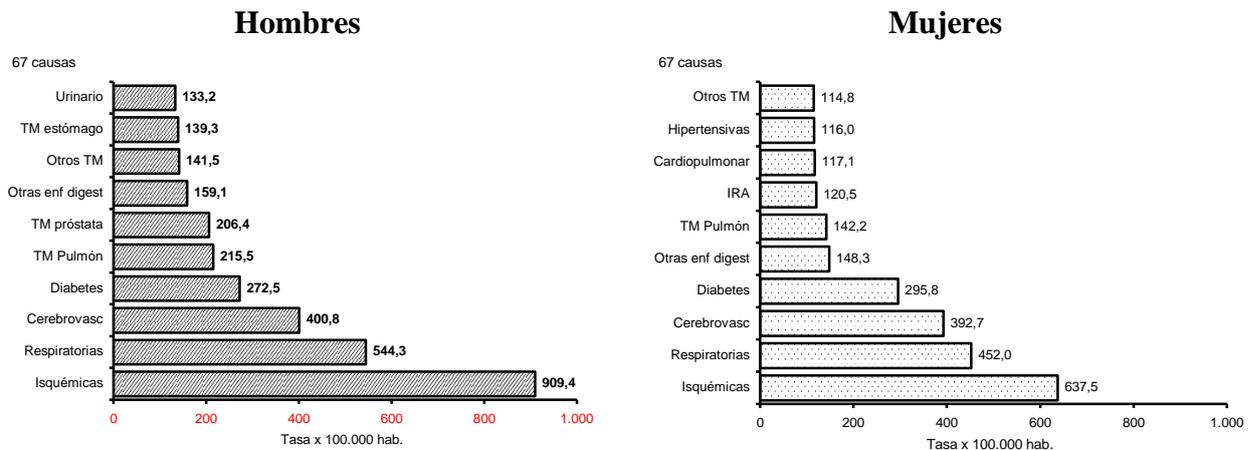
Fuente: DANE. Certificado de defunción. Medellín, 1999-2003. Medellín, Secretaría de Salud. Certificados de defunción. Medellín, 2004-2006. Cálculos de la investigadora.

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 4.132 muertos (tasa mediana de mortalidad 909,4‰) y las mujeres aportaron 4.286 (tasa mediana de 637,5‰); en las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores el sexo masculino aportó 2.473 defunciones (544,3‰) y la cuota del sexo femenino fue de 3.039 defunciones (452‰); por las enfermedades cerebrovasculares las defunciones masculinas fueron 1.821 (400,8‰) y las defunciones femeninas fueron 2.640 (392,7‰); y por diabetes mellitus se presentaron 1.238 defunciones masculinas (272,5‰) frente a 1.989 defunciones femeninas (295,8‰). Figura 3.

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. Figura 3.

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; el riesgo las enfermedades cerebrovasculares, tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón, las enfermedades del sistema digestivo y otros tumores malignos; mientras la población adulta mayor femenina presentó un riesgo mayor de fallecer por diabetes mellitus.

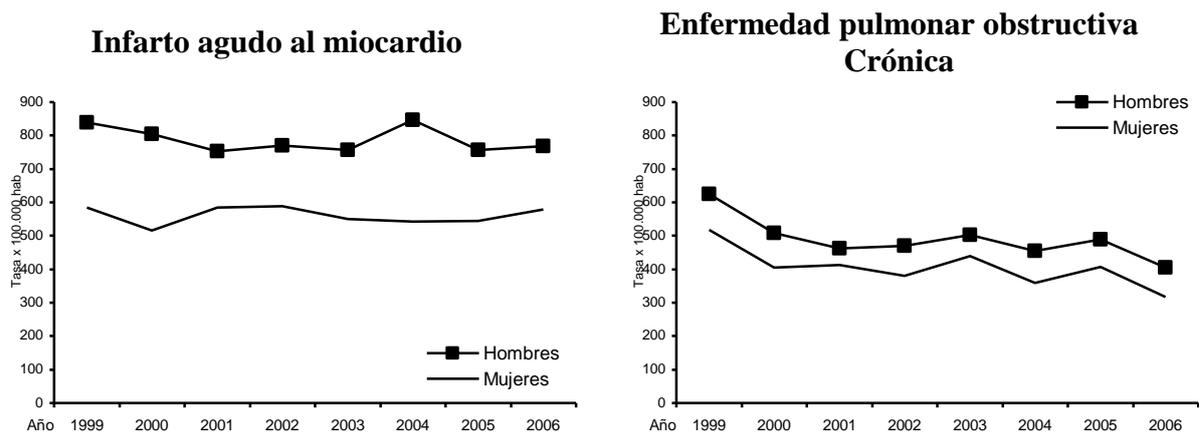
Figura 3. Diez primeras causas de mortalidad de la población de 65 años y más, según Lista OPS 6/67 por sexo (tasa por 100.000 habitantes). Medellín, 1999-2006



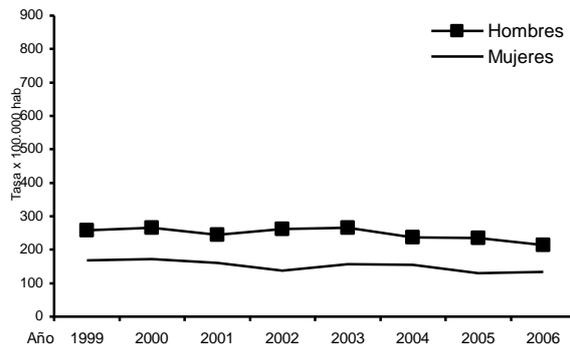
Fuente: DANE. Certificado de defunción. Medellín, 1999-2003. Medellín, Secretaría de Salud. Certificados de defunción. Medellín, 2004-2006. Cálculos de la investigadora.

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 de fallecer por esta causa fue de 1,6 (RR=1,6) evidenciando que los hombres adultos mayores tienen un 60% 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. Figura 5.

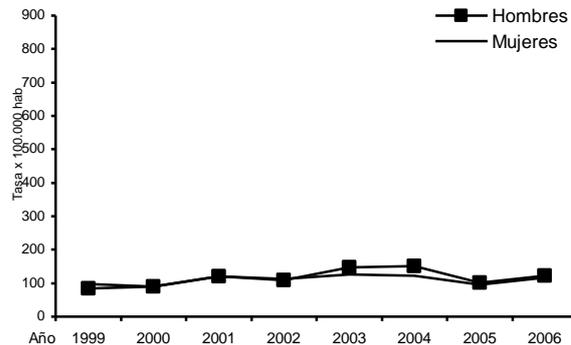
Figura 5. Cinco primeras causas básicas de muerte de la población de 65 años y más, por sexo según CIE-10 (tasa por 100.000 habitantes). Medellín, 1999-2006



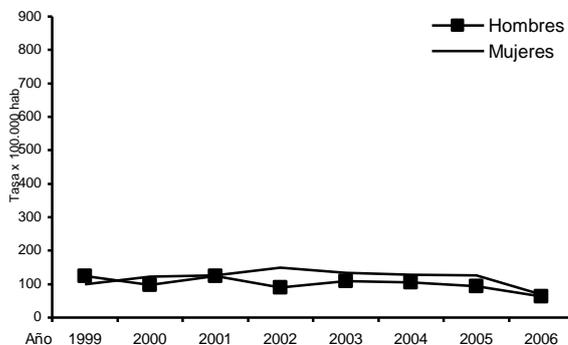
Tumor maligno de los bronquios o del pulmón



Enfermedad cerebrovascular



Diabetes mellitus



Fuente: DANE. Certificado de defunción. Medellín, 1999-2003. Medellín, Secretaría de Salud. Certificados de defunción. Medellín, 2004-2006. Cálculos de la investigadora.

Morbilidad atendida, Medellín 2002-2006

- Consulta externa

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 periodo 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‰ habitantes masculinos y 1555,8‰ habitantes femeninas, 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 (*DE* 7,5 años), el 50% 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% 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 y 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‰, 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% 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%.

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 endocrinas, nutricionales y metabólicas. Es llamativo que los trastornos mentales y del comportamiento solo 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. Tabla 6.

Tabla 6. Sistema comprometido en la atención en salud a la población de 65 años y más en el servicio de consulta externa. Medellín, 2002-2006

Capítulo	Sistema comprometido	N	%	Frec x 1000 hab.
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 endocrinas, 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
Total		1.052.471	100,0	1.390,3

Fuente: Medellín, Secretaría de Salud. Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud. Medellín, 2002-2006. Cálculos de la investigadora.

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‰ 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. Figura 6.

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%).

- Servicio de urgencias

En el servicio de salud, urgencias, se analizaron 21.436 registros únicos de prestación de servicios correspondientes a las atenciones a personas de 65 años y más, en el período 2002-2006; estos registros corresponden al 11% del total de atenciones registradas en la ciudad y

reportadas a la Secretaría de Salud, que utilizaron el servicio de urgencias en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de la ciudad. La frecuencia promedio de atención fue de 2831,7 atenciones por cien mil personas de 65 años y más; por sexo, esta medida fue de 2677 por cien mil habitantes masculinos y 3003,8 por cien mil habitantes femeninas, 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 76 años (*DE* 7,8 años), siendo el máximo de 107 años; el 50% de las personas atendidas en urgencias tenían 75 años o menos al momento de la atención, la edad más frecuente fue los 75 años. La frecuencia en atenciones en salud aumentó a medida que se aumentó en edad y también fue evidente el mayor número de atenciones registrado por las mujeres en cada año de edad, al presentarse una sobreatención promedio femenina (SAF) de 1,17 indicando con ello que las atenciones en salud registradas por las mujeres sobrepasaron las atenciones en los hombres en un 17%, pero no es uniforme esta diferencia tanto que se disminuye a medida que se crece en años y casi se iguala a partir de los 80 años.

La primera consulta prioritaria fueron los otros síntomas y signos generales, otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, hipertensión esencial, dolor abdominal pélvico y asma. La causa de atención que generó una frecuencia mayor en este servicio fueron los otros síntomas y signos generales, que registraron 230,8 atenciones por cien mil adultos mayores, otros problemas pulmonares ocasionaron 192,9 atenciones por cien mil, la hipertensión esencial, primera causa en el servicio de consulta externa, en este servicio fue causante de 115,2 atenciones por cien mil, el dolor abdominal acosó a 92,2 adultos mayores por cien mil y otra afección pulmonar (asma) generó una frecuencia de 71,3 atenciones por cien mil personas de 65 años y más.

Además de los síntomas, signos y hallazgos anormales que afectaron a hombres adultos mayores y a mujeres adultas mayores, en la población masculina el sistema circulatorio fue el más comprometido con una frecuencia de 431,8 por cien mil hombres de 65 años y más, seguido de las consultas por enfermedades del sistema respiratorio con PI de 425,2 y los traumatismos, envenenamientos con PI de 256,5 por cien mil. En las atenciones en salud, las proporciones de incidencia en las consultas femeninas superan las masculinas en casi todos los sistemas anatómicos, con excepción del circulatorio y malformaciones congénitas donde son iguales, y en el genitourinario, tumores y causas externas donde la incidencia de atenciones es mayor en el sexo masculino.

Después de los síntomas anormales no clasificados en otra parte, el primer sistema anatómico más comprometido en las atenciones femeninas fue el respiratorio con una frecuencia de 485,2 por cien mil mujeres de 65 años y más, luego se ubican las afecciones del sistema circulatorio con 417,5 y los traumatismos y envenenamientos con 335,1 por cien mil habitantes. Las afecciones de menor atención en salud fueron las malformaciones (0,1%), causas externas (0,2%) y las enfermedades de los ojos y sus anexos (0,5%).

- Egresos hospitalarios

Se tomaron 31.160 registros únicos de prestación de servicios correspondientes a las atenciones en mayores de 65 años que utilizaron el servicio de hospitalización en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS); estos registros corresponden al 18,2% del total de atenciones en el período 2002-2006. La frecuencia promedio fue de 4116,2

egresos hospitalarios por cien mil personas de 65 años y más; por sexo, esta medida fue de 4145,9 por cien mil habitantes masculinos y 4096,1 por cien mil habitantes femeninas, todos ellos adultos mayores.

La edad promedio de los adultos mayores hospitalizados en las instituciones de salud de la ciudad y reportados a la Secretaría de Salud Municipal fue de 76 años (*DE* 7,6 años), siendo el máximo de 107 años; el 50% de las personas atendidas en urgencias tenían 75 años o menos al momento de la atención, la edad más frecuente fue los 75 años. La frecuencia de los egresos hospitalarios aumentó a medida que se aumentó en edad, pero a diferencia de los dos servicios anteriores, en los egresos hospitalarios es mayor número de atenciones registrado por los hombres en cada año de edad, al presentarse una sobreatención promedio masculina (SAM) de 1,01 indicando que las hospitalizaciones en los hombres fueron superiores a las hospitalizaciones de las mujeres en un 1%, pero no es muy grande la diferencia.

La primera causa la constituyeron otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, neumonía, insuficiencia cardiaca, hipertensión esencial y fractura del fémur. La primera causa de egreso generó una frecuencia promedio de 345 atenciones por cien mil adultos mayores, las neumonías ocasionaron 206,1 atenciones por cien mil; le siguen la insuficiencia cardiaca hipertensión (PI de 160,9 por cien mil), la hipertensión esencial, primera causa en el servicio de consulta externa, en este servicio fue causante de 129,3 atenciones y la fractura del fémur originó la hospitalización de 125,6 adultos mayores por cien mil personas de 65 años y más.

En la población masculina, los mayores egresos hospitalarios se registraron en el sistema circulatorio con una frecuencia de 1132,9 por cien mil hombres de 65 años y más, seguido de los egresos por afecciones del sistema respiratorio con PI de 694,5 y del sistema digestivo con PI de 450,1 y del genitourinario con PI de 397,4 por cien mil. En la población femenina, la primera causa de egreso hospitalario esta relacionada con problemas del sistema circulatorio con una frecuencia de 952,7 por cien mil mujeres de 65 años y más, luego se ubican las afecciones del sistema respiratorio con 758,4, del sistema digestivo con 464 y los traumatismos y envenenamientos con 344 defunciones con cien mil mujeres en este grupo de edad.

Conclusiones

La relación entre transición demográfica y epidemiológica tiene como consecuencia directa, la demanda de los servicios y el derecho a acceder y a disfrutar del más alto nivel de salud posible (Naciones Unidas & Huenchuan). La primera causa de morbilidad atendida es la hipertensión esencial (morbilidad objetiva o atendida) está muy por debajo de la registrada por la encuesta SABE, donde la prevalencia oscila en torno al 48% (morbilidad subjetiva o percibida) (Organización Panamericana de la Salud & División de Promoción y Protección de la Salud 2005) y considera CELADE que es posible especular que por lo menos 20 millones de adultos mayores en América Latina y el Caribe sufren de hipertensión, dos tercios de los cuales son mujeres. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de morbimortalidad en las personas adultas mayores y el riesgo de tener una enfermedad del sistema cardiovascular en las personas de 60 años y más es de aproximadamente 18% para los hombres y 20% para las mujeres (CELADE et al.).

Pero los cambios epidemiológicos son heterogéneos y existen evidencias que muestran estas disparidades, donde las personas que tienen mejores condiciones socioeconómicas 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 Chande). 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).

Según la OPS, en el último medio siglo, la región logró ganar alrededor de nueve años de existencia después de los 60 años, pero si se desea conservar esta tendencia creciente se deberá incrementar la prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares que hoy representan 20 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. Los adultos mayores de hoy tienen un 21% (Meertens 2001) y un 29% (mujeres) menos de probabilidades de morir por enfermedades del sistema circulatorio, en comparación con la década de los 80 (Loewy 2004).

En Medellín, las defunciones de los adultos mayores por enfermedades del sistema circulatorio representan el 36% y equivalen a 14 veces el riesgo de morir por causas externas, siete veces el riesgo de morir por enfermedades transmisibles y dos veces de morir por cáncer. Solo en tres causas se registra un 30,9%: infarto agudo al miocardio, otras enfermedades obstructivas crónicas y diabetes mellitus no especificada.

En las Américas 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 algunos 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).

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) 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 (Naciones Unidas & Huenchuan). 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).

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 recaerá 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 transferencias 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.

Referencias bibliográficas

- Botero, B. & Agudelo, L. 2001, "Características de la atención en salud para los mayores de 60 años en Manizales, 1998", *Colombia Médica*, vol. 32, pp. 19-24.
- Castellanos, P. Epidemiología, salud pública, situación de salud y condiciones de vida. Consideraciones conceptuales. República Dominicana, OPS/OMS; 1995. 10-12-1995.
Ref Type: Generic
- CELADE, CEPAL, UNFPA, OPS, OIT, BID, BM, & NU. Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas. Santiago de Chile:CELADE/CEPAL; 2003.
Ref Type: Generic
- CELADE/CEPAL. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Santiago de Chile:CELADE/CEPAL; 2006.
Ref Type: Generic
- Colombia & Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Certificados de defunción, Medellín 1994-2003. Bogotá, D.C., DANE, 2005.
Ref Type: Generic
- Ham Chande, R. El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica. México, D.F: El Colegio de la frontera Norte; 2003.
Ref Type: Generic
- Hervada, X., Santiago, M., Vázquez, E., Castillo, C., Loyola, E., & Silva, L. Programa para análisis epidemiológico de datos tabulados EPIDAT. [3.1]. 2005. España, Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia (España); Organización Panamericana de la Salud; Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (Cuba).
Ref Type: Computer Program
- Loewy, M. 2004, "La vejez en las Américas", *Perspectivas de Salud*, vol. 9, no. 1. Medellín, Departamento Administrativo de Planeación Municipal, & Subdirección de Metroinformación. Proyección de Población por género y edades simples. A junio de 2007. Medellín, Alcaldía, 2007.
Ref Type: Generic
- Medellín & Secretaría de Salud Municipal. Certificados de defunción, Medellín 2004-2006. Medellín, La Secretaría; 2007.
Ref Type: Generic
- Medellín & Secretaría de Salud Municipal. Registros individuales de prestación de servicios, Medellín 2002-2006. Medellín, Alcaldía, 2007.
Ref Type: Generic
- Meertens, M. 2001, *Ensayos sobre tierra, violencia y género. Hombres y mujeres en la historia rural de Colombia*, Primera edn, CES, Editorial Universidad Nacional, Bogotá.
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León, E., Marín, C., & Alfonso, J. 2005, "Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe", *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, vol. 17, no. 5/6, pp. 353-61.
- Musgrove P 1984, "Estudios de demanda," in *Memorias Primer Taller Internacional de economía en salud*, Programa Post-Grado en Administración de Salud, ed., Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, pp. 41-43.
- Naciones Unidas & Huenchuan, S. Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Santiago de Chile: NU; 2009.
Ref Type: Generic

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.

Ref Type: Generic

Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud: Décima revisión. 1995. Washington, D.C., OPS/OMS; 1995. (Publicación científica 554).

Ref Type: Generic

Organización Panamericana de la Salud 1999, "Nueva lista 6/67 para la tabulación de datos de mortalidad CIE-10", *Bol Epidem*, vol. 20, no. 3, pp. 4-9.

Organización Panamericana de la Salud 2002, "De datos básicos a índices compuestos: una revisión del análisis de mortalidad", *Bol Epidem*, vol. 23, no. 4, pp. 1-2.

Organización Panamericana de la Salud & División de Promoción y Protección de la Salud. Encuesta multicéntrica Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. 2005. Washington, DC: OPS/OMS, 2001.

Ref Type: Generic

Pérez, V. 2007, *Condiciones de vida y demanda en salud. Zona 3 Municipio de Envigado, 2006*, Trabajo de grado (Gerencia de Sistemas de Información en Salud). Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.

Tobar, F. Historia de la demanda de salud. [en línea] Disponible en: <http://www.federicotobar.com.ar/pdf/Economiadelasalud/Historia-de-la-demanda%20de%20salud.pdf>. Consultado: 10 de diciembre de 2008.

Ref Type: Generic