



FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
“Héctor Abad Gómez”

40 Años

ENVEJECER NOS “TOCA” A TODOS

DORIS CARDONA ARANGO
ALEJANDRO ESTRADA RESTREPO
HÉCTOR BYRON AGUDELO GARCÍA

*Esta publicación fue realizada con recursos del
Fondo de Apoyo a la Investigación de la
Facultad Nacional de Salud Pública,
Universidad de Antioquia.*

ENVEJECER NOS "TOCA" A TODOS

CARACTERIZACIÓN DE ALGUNOS COMPONENTES DE CALIDAD DE VIDA
Y DE CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN
ADULTA MAYOR. MEDELLÍN, 2002

DORIS CARDONA ARANGO
ALEJANDRO ESTRADA RESTREPO
HÉCTOR BYRON AGUDELO GARCÍA



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
"Héctor Abad Gómez"
MEDELLIN
2003

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Eugenio Prieto Soto
Gobernador Encargado
Presidente del Consejo Superior
Universitario

Alberto Uribe Correa
Rector

Guillermo Londoño Restrepo
Vicerrector de Docencia

Gustavo Valencia Restrepo
Vicerrector de Investigaciones

Lavive Rebaje de Alvarez
Vicerrectora de Extensión

Álvaro Pérez Roldán
Vicerrector Administrativo

Luis Fernando Restrepo Aramburo
Secretario General Encargado

**FACULTAD NACIONAL DE SALUD
PÚBLICA**

Oscar Sierra Rodríguez
Decano

Álvaro Olaya Peláez
Vicedecano

Héctor Byron Agudelo García
Jefe Departamento Ciencias Básicas

Pascual Pérez Rivera
Jefe Departamento Ciencias Específicas

Elkin Martínez López
Jefe Centro de Investigaciones

Jairo Estrada Muñoz
Jefe Centro de Extensión

Jairo Ramírez Gómez
Asistente de Planeación

Mariela Osorio Lozano
Jefa de Servicios Generales y
Administrativos

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, por los recursos destinados a través del Fondo de Apoyo.

Al Grupo de Investigación Demografía y Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública por permitirnos hacer parte de ellos.

Al Departamento Administrativo de Planeación Municipal, por el otorgamiento de las bases de datos con la Encuesta de Calidad de Vida de la ciudad.

A la Secretaría de Solidaridad Municipal y a la Unidad de Atención a la Tercera Edad por su acompañamiento constante y confianza depositada.

Al Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE- por los registros de defunción de la ciudad para la caracterización de la mortalidad de los adultos mayores.

Al Ministerio de Protección Social por los registros médicos por egreso hospitalario que complementó la información sobre condiciones de salud de la población estudiada.

A los profesores de la Facultad Nacional de Salud Pública por estar siempre dispuestos a ofrecernos sus conocimientos y aportes.

A nuestras familias por su paciencia, comprensión, apoyo y confianza.

CONTENIDO

	Pág.
LISTA DE TABLAS	viii
LISTA DE FIGURAS	x
RESUMEN	xiii
INTRODUCCIÓN	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1. CONCEPTO DE ADULTO MAYOR	7
2.2. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA	9
2.2.1. Calidad de Vida en Colombia	13
2.3. COMPONENTE DEMOGRÁFICO DE MEDELLÍN	15
2.4. CONDICIONES DE SALUD	18
2.4.1. Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor	19
2.5. COMPONENTE DE SEGURIDAD SOCIAL	25
2.6. COMPONENTE SOCIAL	28
2.6.1. Redes de apoyo social	29
2.6.2. Familia	30
2.7. POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTECCIÓN Y SALUD	31
3. OBJETIVOS	33
3.1. OBJETIVO GENERAL	33
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
4. METODOLOGÍA	34
4.1. TIPO DE ESTUDIO	34
4.2. POBLACIÓN DE REFERENCIA	34
4.3. POBLACIÓN OBJETIVO	34
4.4. MUESTRA	35
4.5. TAMAÑO DE LA MUESTRA	35
4.6. SELECCIÓN DE LA MUESTRA	36
4.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	36
4.8. FUENTES DE INFORMACIÓN	37
4.9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	37
4.9.1. Variables del Componente Demográfico	37
4.9.2. Variables del Componente Económico	38
4.9.3. Variables de las Condiciones de Salud	39
4.9.4. Variables del Componente de Seguridad Social	41
4.9.5. Variables del Componente Social	41
4.10. CONTROL DE SESGOS	43
4.11. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	43
5. RESULTADOS	44
5.1. COMPONENTE DEMOGRÁFICO	44
5.2. COMPONENTE ECONÓMICO	50

5.3.	CONDICIONES DE SALUD	53
5.3.1.	Mortalidad de la población adulta mayor	53
5.3.2.	Morbilidad de la población adulta mayor	68
5.4.	COMPONENTE DE SEGURIDAD SOCIAL	80
5.5.	COMPONENTE SOCIAL	83
5.5.1.	Apoyo familiar	84
5.5.2.	Apoyo moral	87
5.5.3.	Participación social	88
5.5.4.	Autonomía e independencia	89
5.6.	ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES: CALIDAD DE VIDA	93
6.	DISCUSIÓN	95
7.	CONCLUSIONES	105
8.	RECOMENDACIONES	110
	BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA	113
	BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	118
	ANEXO: ENCUESTA TELEFÓNICA	119

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Prevalencia de trastornos mentales en población mayor de 60 años. Colombia 1997.	22
Tabla 2. Esperanza de vida de la población adulta mayor de la ciudad de Medellín según sexo. 1999	45
Tabla 3. Coeficiente de dependencia senil por sexo. Medellín, 1997 y 2001	50
Tabla 4. Condiciones de la vivienda del adulto mayor. Medellín, 1997 y 2001	51
Tabla 5. Principal fuente de ingresos de los adultos mayores . Medellín, 2002	52
Tabla 6. Percepción del adulto mayor frente a su actual situación económica Medellín, 2002	52
Tabla 7. Defunciones en la población adulta mayor, según año. Medellín, 1990-1999	53
Tabla 8. Diez primeras causas de mortalidad de la población adulta mayor. Medellín, 1990-1996	58
Tabla 9. Diez primeras causas de mortalidad de la población adulta mayor, según grupo de edad. Medellín, 1990-1996	60
Tabla 10. Diez primeras causas de mortalidad de la población adulta mayor. Medellín, 1990-1999	62
Tabla 11. Egresos hospitalarios en la población adulta mayor. Medellín, 1990-1997	68
Tabla 12. Promedio de edad y de días de estancia hospitalaria de los adultos mayores según el egreso hospitalario. Medellín, 1990-1997	70
Tabla 13. Promedio de días de estancia hospitalaria de los adultos mayores según edad y sexo. Medellín, 1990-1997	70
Tabla 14. Promedio de días de estancia hospitalaria según población menor de 65 años y adultos mayores. Medellín, 1990-1997	71

Tabla 15. Promedio de días de estancia hospitalaria de los adultos mayores según sexo y estado del adulto al egresar. Medellín, 1990-1997	72
Tabla 16. Diez primeras causas de morbilidad por egreso hospitalario en los adultos mayores de la ciudad de Medellín. 1990-1997	72
Tabla. 17. Diez primeras causas de morbilidad por egresos de la población adulta mayor de la ciudad de Medellín según grupos de edad. 1990 - 1997	74
Tabla 18. Letalidad según cinco principales causas de mortalidad. Medellín, 1990-1997	76
Tabla 19. Percepción de los adultos mayores encuestados sobre su estado de salud. Medellín, 2002	76
Tabla 20. Enfermedades sufridas por los adultos mayores encuestados. Medellín, 2002	77
Tabla 21. Tipo de tratamiento seguido por los adultos mayores encuestados. Medellín, 2002	79
Tabla 22. Razones principales por las cuales no se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud los adultos mayores. Medellín, 2002	82
Tabla 23. Sentimiento del adulto mayor con las relaciones familiares. Medellín, 2002	84
Tabla 24. Aspectos que producen mas preocupación al adulto mayor. Medellín, 2002	87
Tabla 25. Personas con las que vive el adulto mayor y con quienes pasa la mayor parte del tiempo. Medellín, 2002	87
Tabla 26. Funcionalidad para realizar las actividades básicas cotidianas (ABC) físicas de los adultos mayores. Medellín, 2002	90
Tabla 27. Funcionalidad para realizar las actividades básicas cotidianas (ABC) instrumental de los adultos mayores. Medellín, 2002	90
Tabla 28. Funcionalidad para realizar las actividades básicas cotidianas (ABC) sociales de los adultos mayores. Medellín, 2002	91
Tabla 29. Variabilidad total y específica explicada por los componentes de calidad de vida del adulto mayor. Medellín, 2002	93
Tabla 30. Componentes principales de la calidad de vida del adulto mayor. Medellín, 2002	94

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Modelo global del proceso de envejecimiento	8
Figura 2. Conceptualizaciones de Calidad de Vida	11
Figura 3. Distribución poblacional de la ciudad de Medellín por grandes grupos de edad. Años 1964 – 2005	15
Figura 4. Estructura poblacional según sexo de la ciudad de Medellín, Años 1964 – 2005	16
Figura 5. Índice de masculinidad de las personas mayores de 65 años en la ciudad de Medellín. 1964 - 2005	17
Figura 6. Esperanza de vida de la población de la ciudad de Medellín, 1985 - 2010	18
Figura 7. Tasa de envejecimiento de la población de la ciudad de Medellín, según sexo. 1995 - 2002	18
Figura 8. Coeficiente de dependencia económica de la población de la ciudad de Medellín, según sexo. 1955 - 2002	18
Figura 9. Población total de Medellín para los años 1964 y 2001	44
Figura 10. Población adulta mayor según grupos de edad. Medellín, 1997 y 2001	46
Figura 11. Población adulta mayor según grupos de edad por sexo. Medellín, 1997 y 2001	47
Figura 12. Población adulta mayor según sexo y estado civil. Medellín, 1997 y 2001	47
Figura 13. Población adulta mayor según parentesco con el jefe del hogar por sexo. Medellín, 1997 y 2001	48
Figura 14. Población adulta mayor según nivel de escolaridad. Medellín, 1997 y 2001	48
Figura 15. Número de hijos del adulto mayor. Medellín, 2002	49

Figura 16. Ocupación u oficio de los adultos mayores encuestados. Medellín, 2002	51
Figura 17. Percepción del adulto mayor sobre las condiciones económicas en el hogar respecto a las de hace 5 años. Medellín, 2002	52
Figura 18. Distribución de la mortalidad en la población adulta mayor por sexo y año. Medellín, 1990-1999	54
Figura 19. Tasas de mortalidad en la población adulta mayor por sexo y grupos de edad. Medellín, 1990-1999	55
Figura 20. Defunciones de la población adulta mayor por sexo y estado civil. Medellín, 1990-1999	56
Figura 21. Defunciones de la población adulta mayor según sexo y sitio de la defunción. Medellín, 1990-1999	57
Figura 22. Defunciones de la población adulta mayor por sexo según afiliación al Sistema de Seguridad Social . Medellín, 1998-1999	57
Figura 23. Diez primeras causas de mortalidad de la población adulta mayor. Medellín, 1990-1996	59
Figura 24. Diez primeras causas de mortalidad de la población adulta mayor según sexo. Medellín, 1990-1996	60
Figura 25. Primeras causas de mortalidad de la población adulta mayor, por grupo de edad. Medellín, 1990-1996	61
Figura 26. Diez primeras causas de mortalidad de la población adulta mayor. Medellín, 1990-1999	63
Figura 27. Primeras causas de mortalidad de la población adulta mayor por sexo. Medellín, 1990-1999	63
Figura 28. Mortalidad de la población adulta mayor por infarto agudo de miocardio. Medellín, 1990-1999	64
Figura 29. Mortalidad de la población adulta mayor por obstrucción crónica de las vías respiratorias no clasificada en otra parte. Medellín, 1990-1999	65
Figura 30. Mortalidad de la población adulta mayor por tumor maligno bronquio y pulmón sin otra especificación. Medellín, 1990-1999	66
Figura 31. Mortalidad de la población adulta mayor por diabetes mellitus sin mención de complicación. Medellín, 1990-1999	66

Figura 32. Mortalidad de la población adulta mayor por bronconeumonía, organismo causal no especificado. Medellín, 1990-1999	67
Figura 33. Distribución de los egresos hospitalarios de los adultos mayores según año y sexo. Medellín, 1990-1997	69
Figura 34. Estado de salud del adulto mayor al salir de la institución de salud Según sexo. Medellín, 1990-1997	71
Figura 35. Diez primeras causas de morbilidad por egreso hospitalario en la población adulta mayor. Medellín, 1990-1997	73
Figura 36. Primeras causas de morbilidad por egreso hospitalario en la población adulta mayor por sexo. Medellín, 1990-1997	74
Figura 37. Primeras causas de morbilidad por egresos de la población adulta mayor de la ciudad de Medellín según grupos de edad. 1990 - 1997	75
Figura 38. Padecimiento y consulta periódica de los adultos mayores de alguna enfermedad. Medellín, 2002	77
Figura 39. Población adulta mayor de la ciudad de Medellín según tipo de afiliación al SGSSS. Medellín, 1997 y 2001	80
Figura 40. Población adulta mayor de la ciudad de Medellín según tipo de afiliación al SGSSS por sexo. Medellín, 1997 y 2001	81
Figura 41. Instancia encargada de pagar mensualmente la afiliación al SGSSS de los adultos mayores. Medellín, 2002	82
Figura 42. Afiliación al fondo de pensiones por parte de los adultos mayores. Medellín, 2002	83
Figura 43. Personas con las que vive el adulto mayor. Medellín, 2002	84
Figura 44. Percepción del adulto mayor de las relaciones familiares. Medellín	85
Figura 45. Percepción sobre las oportunidades en que se toman las decisiones en familia. Medellín, 2002	85
Figura 46. Prestación de la atención en salud al adulto mayor. Medellín, 2002	86
Figura 47. Personas con las que vive el adulto mayor y con quienes pasa la mayor parte del tiempo. Medellín, 2002	88
Figura 48. Percepción del adulto mayor sobre grado de autonomía para realizar las actividades básicas cotidianas. Medellín, 2002	89
Figura 49. Ayudas ortopédicas que utiliza el adulto mayor. Medellín, 2002	92

RESUMEN

En el análisis de la calidad de vida del adulto mayor de la ciudad de Medellín, se abordaron aspectos relacionados con la demografía, economía, seguridad social, condiciones de salud y redes de apoyo social. Por tal motivo, se describieron las características de calidad de vida de la población adulta mayor de la ciudad de Medellín en los años 1997, 2001 Y 2002, que posibiliten la implementación de programas de promoción, prevención, atención y socialización del adulto mayor; apoyados de un estudio descriptivo longitudinal – transversal. El aspecto longitudinal permitió analizar la dinámica de la mortalidad de la población adulta mayor de la ciudad de Medellín para la década de 1990-1999, además de observar la morbilidad por egreso en el periodo de 1990-1997. En el aspecto transversal, se describieron las características demográficas, económicas, de seguridad social, morbilidad sentida y redes de apoyo social en los años 1997, 2001, 2002, a partir de la encuesta de calidad de vida (ECV) del Departamento Administrativo de Planeación Municipal efectuadas en los años 1997 y 2001, al igual que la encuesta telefónica realizada a una muestra de adultos mayores de la ciudad de Medellín en el 2002. El análisis de la información fue descriptivo, apoyado además por un análisis de componentes principales para datos categóricos con cuantificación óptima mediante el procedimiento Prinqual.

En la investigación se observó un aumento de la población adulta mayor (de 65 y más años) en la ciudad, enmarcado en el hecho que la población adulta mayor de la ciudad en el año 1964 representaba el 3.4% pasando a un 5.7% en el 2001 (incremento de 168%), asimismo en 1964 existían 8 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años, pasando a 21 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años en el 2001. Tal situación evidenció que la población de la ciudad esta entrando en una etapa de transición plena, que se expresa en un descenso mas acelerado de la fecundidad que de la mortalidad; destacándose el hecho que las personas experimentan mayores esperanzas de vida y se incrementa el número de personas de 65 y más años.

Igualmente, el perfil epidemiológico hallado en la población adulta mayor de la ciudad fue: las principales causas de mortalidad las constituyen las enfermedades crónicas: infarto agudo de miocardio, obstrucción crónica de las vías respiratorias, tumor maligno de los bronquios y los pulmones, diabetes mellitus y bronconeumonía; y las principales causas de morbilidad por egreso fueron: hiperplasia prostática, obstrucción crónica de las vías respiratorias, fractura del cuello del fémur, diabetes mellitus e insuficiencia cardiaca.

Otros aspectos que llaman la atención, son la perdida de poder adquisitivo por parte de los adultos mayores, donde el ingreso mensual del 2001 sufrió una perdida del 65% con relación a 1997. Los adultos mayores, dentro de su núcleo familiar, viven una situación en la que a pesar de estar acompañados por sus familiares, sus aportes y decisiones no son tenidas en cuenta en las decisiones del grupo familiar, lo que marca la perdida de autonomía, así como el aislamiento al que se exponen esta población vulnerada. El 97% de la calidad de vida del adulto mayor de la ciudad es explicada por los componentes: autonomía, seguridad social-economía y redes de apoyo social.

Todos estos factores citados anteriormente, deben alertar no solo a la población general, sino a las organizaciones gubernamentales y a las ONG's, puesto que si no se mejoran las condiciones de vida, de salud y los estilos de vida, se estará encaminando hacia poblaciones que viven mas tiempo, pero en condiciones menguadas con altos niveles de discapacidad.

Palabras Claves: Adulto mayor, calidad de vida, envejecimiento, demografía, redes de apoyo social, seguridad social, condiciones de salud.

INTRODUCCIÓN

Los avances tecnológicos, las investigaciones científicas, las políticas públicas en salud y los avances en la transición demográfica facilitan hoy en día un rápido incremento de la población en edades avanzadas; la disminución de la fecundidad y de las tasas de mortalidad, en todos los países del mundo, tienden a transformar la pirámide poblacional, ampliando su cúspide y estrechando la base haciendo que de manera paulatina, naciones desarrolladas o en vía de desarrollo, se enfrenten a esta realidad y asuman las consecuencias que de ella se deriven.

Las transformaciones en la distribución por edades de la población se produce a tal velocidad que hoy se está ante la realidad de atender los efectos del alto crecimiento poblacional del pasado y de preparación para atender las necesidades futuras con respuestas institucionales, sociales, económicas, políticas y culturales que den cuenta de la magnitud del fenómeno. Por ello se destaca el hecho de que el envejecimiento cobra especial importancia para la investigación en salud pública ya que, conforme este grupo aumente, los problemas de salud-enfermedad irán transformando y haciendo más complejo el perfil epidemiológico; se considera que un cambio en la estructura poblacional viene dada por la transición demográfica que se refiere a los cambios en las estructuras de la población, producto principalmente de las bajas en la fecundidad y la mortalidad* lo que condiciona a su vez el proceso de transición epidemiológica, la cual se refiere al cambio hacia menores incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento en las incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades crónico-degenerativas e incapacitantes**.

De hecho, hoy en día las condiciones de salud de este sector de la población plantean un complicado esquema que no sólo se compone de enfermedad y muerte, sino de discapacidad y limitación de actividades de la vida diaria; tarde o temprano los países no podrán dejar de incluir entre sus asuntos prioritarios de salud pública y economía el tema de las repercusiones del envejecimiento de la población¹. Igualmente el envejecimiento de la población, requiere de una reorganización de los servicios sociales y de salud orientada hacia el incremento del bienestar, conservar la autosuficiencia, la independencia económica y la promoción de programas de apoyo social para los adultos mayores.

Es así como el estudio de algunos componentes de la calidad de vida y de las condiciones de salud de este grupo poblacional adquieren cada vez mayor importancia, describiendo las características económicas, familiares, sociales, culturales, políticas y de salud que entraña ser un adulto mayor en una sociedad como la de Medellín, donde la población urbana mayor de 65 asciende al 5.7% (105.612 personas) del total, según las proyecciones de la Subdirección de Metroinformación, Departamento Administrativo de Planeación de la ciudad de Medellín. Produciendo conocimiento que permita impulsar planes y programas que den respuestas oportunas, adecuadas y económicamente

* Bourgeois-Pichat J. La démographie. París: NRF,1971.

** Omran AR. The epidemiological transition: A theory of the epidemiology of population change. Milbank Mem Fund Q, 1971.

factibles a los efectos de dicho envejecimiento y permitiendo la implementación de programas de promoción de la salud, de estilos de vida saludable y de envejecimiento sano, que posibiliten envejecer joven lo más tarde posible.

La generación de conocimiento sobre calidad de vida, salud, atención médica y destinación de recursos es una gran oportunidad para aportar al mejoramiento de las condiciones de vida del adulto mayor, desde la perspectiva de la salud pública de esta población que envejece y cuyas necesidades de salud rara vez reciben la atención que deberían, según la Organización Panamericana de la Salud¹. El planteamiento anterior se sustenta en la premisa que enuncia que el envejecer no es solo agregar años a la vida sino vida a los años, este es gramaticalmente un verbo intransitivo que invita a todos a transformarlo en un verbo activo, para lo cual se requiere formar una nueva ética y una nueva economía moral del ciclo de vida y del envejecimiento.

Para indagar sobre esos componentes de calidad de vida del adulto mayor de Medellín se diseñó un estudio descriptivo transversal – longitudinal. Longitudinal en aspectos relacionados con la morbilidad por egresos, la cual se analiza en el periodo de 1990 a 1997, y la mortalidad de la población adulta mayor que se analiza en la década de 1990 a 1999; y transversal, en aspectos demográficos, sociales, económicos y de seguridad social que son analizados en los años 1997, 2001 y 2002.

Este estudio constató como el cambio de composición poblacional de la ciudad de Medellín esta determinada por factores como el índice de envejecimiento, el cual pasó de 8 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años en 1964, a 21 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años para el 2001, situación que explica igualmente el cambio en la esperanza de vida, pasando de 60 años a mediados del siglo XX a estimar para el 2005 una esperanza de 73.2 años, aumentando mas en las mujeres.

Se encontró igualmente una pérdida adquisitiva por parte de los adultos mayores, en el sentido que sus ingresos para el año 2001 tuvieron una pérdida del 65% con relación a 1997, al pasar de 1.06 SMLV (\$182.510) a 0.69 SMLV (\$196.537). En lo relacionado con las condiciones de salud, desde el punto de vista de la mortalidad, las principales causas de muerte de los adultos mayores de la ciudad en la década de 1990-1999 fueron el infarto agudo del miocardio obstrucción crónica de las vías respiratorias, tumor maligno de los bronquios y pulmones, diabetes mellitus y bronconeumonía. Con relación a las causas de morbilidad por egresos hospitalarios, las principales causas fueron la hiperplasia prostática, obstrucción crónica de las vías respiratorias, fractura del cuello del fémur, diabetes mellitus e insuficiencia cardiaca. En los aspectos de la morbilidad sentida, se pudo determinar que las principales patologías padecidas por los adultos mayores son la hipertensión, diabetes, artritis, osteoporosis e hipercolesterolemia.

Relacionando los aspectos sociales con la calidad de vida del adulto mayor de la ciudad, se pudo corroborar como la familia es un factor de vital importancia para brindarle satisfacción y bienestar al adulto, así mismo, se determinó la importancia relativa que tiene el sentirse capacitado de realizar sus actividades cotidianas para suminístrale una mayor independencia en su accionar y una mayor autonomía, aumentando con ello su autoestima. Aceptando como la calidad de vida se debe considerar un fenómeno social complejo y un proceso de percepción personal del nivel de bienestar alcanzado a través de la combinación de las condiciones de vida y el grado de satisfacción con la misma.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En una época en que el descenso acelerado de la fecundidad modifica radicalmente el ritmo de crecimiento de la población y su estructura por edad, dos hechos llaman la atención: las personas viven en promedio más años que antes y se observa un importante crecimiento en el número de personas en edades avanzadas. Estos dos aspectos constituyen conceptos diferentes aunque relacionados: el primero es la prolongación de la vida de los individuos; el segundo corresponde al envejecimiento de las poblaciones, que generalmente se expresa en un aumento en la proporción de personas mayores, con repercusiones considerables en el funcionamiento de las estructuras sociales, que se expresan principalmente en los sistemas de pensión, jubilaciones, distribución de tareas dentro de las familias y un aumento en la necesidad de asistencia médica, planteando retos importantes al sistema de salud^{2,3}.

El fenómeno del envejecimiento, que no se delimita por la edad apta para laborar, sino en términos funcionales de riesgo, pérdida de autonomía, de adaptabilidad y disfuncionalidad motriz, es la consecuencia de dos procesos de transición: una es la demográfica que se caracteriza por los descensos de la mortalidad, prolongando la vida y disminuyendo la fecundidad³, donde la mortalidad favorece principalmente a la población infantil (reducción de las muertes en la infancia y la niñez temprana), lo cual redundando en un rejuvenecimiento de la población, alcanzando y beneficiando a la población de mayor edad; la fecundidad por su parte, como principal modelador de la pirámide poblacional, lleva a que su magnitud y persistencia sea responsable de transformar en forma “invertida” dicha pirámide.

El otro proceso de transición y que se encuentra condicionado por el primero es el epidemiológico, que se refiere al cambio hacia menores incidencias, prevalencias y letalidad de las enfermedades infecciosas y agudas, junto con el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas e incapacitantes originándose un incremento de la población y con ello un cambio en la estructura por edad de la población, que a su vez genera profundas variaciones en la manera de ser y de pensar de las personas y de las instituciones, puesto que tendrán que adaptarse a nuevos ritmos de vida social, originando problemas no solo por el número creciente de individuos que llegan a la vejez sino por las dificultades institucionales para dar respuestas satisfactorias a sus necesidades y demandas, en el ámbito económico, social, cultural, político y de salud.

En el ámbito económico debido a que con los procesos de globalización de los países se da una nueva orientación de las actividades económicas para poder acceder al mercado internacional, lo cual hace que se estanque el desarrollo de la fuerza de trabajo asalariada, y las políticas sociales del estado, en lo que respecta a las condiciones socioeconómicas, originando esto una gran desigualdad económica, beneficiándose un pequeño grupo de la sociedad y generando la propagación de sectores poblacionales pobres y quebrantos sociales, situación que se vuelve más crítica al considerarse los cambios demográficos y las tendencias hacia el envejecimiento de la población.

En lo político, se ha estado modificando el papel del Estado con respecto a la economía y la reorganización de los sistemas de seguridad social aparecen demandas sociales debido a la reorganización de la seguridad social, la salud y la jubilación, pasando así de ser una función de Estado a una función de mercado y de responsabilidades individuales o familiares. Recortando además los derechos de ciudadanía y existiendo un mayor distanciamiento del Estado; se llega así a una pérdida de discrecionalidad de la acción estatal, a la racionalidad económica de la población social, a una pérdida de control por parte del Estado y a la delegación de funciones a diferentes instancias e inclusive a las mismas personas.

En salud, hoy en día las condiciones de salud de este sector de la población ya plantean un complicado esquema que no sólo se compone de enfermedad y muerte, sino de discapacidad y limitación de actividades de la vida diaria⁴, en el futuro serán aún más requeridos los establecimientos geriátricos y especialistas en la atención de ancianos con enfermedades crónicas, vasculares y degenerativas y menos los obstétricos y los pediátricos. En salud pública, investigar sobre envejecimiento es de especial importancia, por la equidad social intergeneracional que debe existir entre los colectivos y porque conforme este grupo aumente, los problemas de salud-enfermedad irán transformando y haciendo más complejo el perfil epidemiológico. En educación, serán menos las exigencias de guarderías y de profesores de educación básica primaria y más las instituciones de bienestar del anciano, de puertas abiertas o clubes de vida.

De mantener la población la tendencia al envejecimiento, en los próximos años, se tendrá una estructura por edades diferente, en la cual la población en edad avanzada planteará exigencias mayores de seguridad social: mayor demanda de recursos destinados a las pensiones, jubilación, aporte de ingresos, distribución de tareas dentro de las familias, y aumento en los servicios de salud distintos a la de la población joven e infantil: asistencia médica, psicológica y socioeconómica debido al incremento en la frecuencia y número de enfermedades crónicas².

En Latinoamérica, y en el caso específico de Colombia, este proceso demográfico tendrá un mayor auge dentro de unas décadas más, por lo que la investigación sobre envejecimiento en el país comienza a darse, y hasta el momento se manifiestan ciertas preocupaciones como son: los efectos del deterioro físico; el deterioro de salud en el adulto mayor medido con respecto al resto de la población; la capacidad del sistema de seguridad social, el cambio demográfico y el papel que juega la familia en materia de atención a la vejez; las combinaciones en las transferencias económicas de tipo familiar destinadas a esta población; la discriminación en la participación de este segmento de la población en el mercado de trabajo; sus características sociodemográficas respecto a nivel de vida (ingresos, empleo, etc.); el aumento de seguridad y asistencia social para esta población, por mencionar algunos efectos de gran importancia.

Con todo lo anterior se generan preguntas, retos y preocupaciones de vital importancia: las sociedades del siglo XXI tendrán la capacidad de sostener el progresivo envejecimiento de la población?; se tendrá la capacidad de generar el suficiente excedente económico para satisfacer las necesidades o demandas de un mayor grupo de adultos mayores?; este grupo de personas tendrá el suficiente acceso a servicios de

salud y en general de bienestar social?; tendrán una mejor calidad de vida y unas mejores condiciones de salud?

El descenso en las tasas de fecundidad cambió los procesos de formación familiar, el tener menos hermanos con quienes compartir la responsabilidad del cuidado de los padres adultos mayores por un tiempo cada vez más largo, simultáneamente con el cuidado que debe prodigar a sus hijos menores, ha hecho que los adultos económicamente activos deban enfrentar una pesada carga que hace que la solidaridad intergeneracional y el apoyo familiar a los ancianos sea más precario cada día; esta situación en vez de fortalecer la unión familiar, deteriora el papel de la familia como apoyo del adulto mayor, requiriendo mecanismos y estrategias de atención social que fortalezcan estos lazos unidos por la sangre pero disueltos por la realidad.

También hay que considerar las diferencias derivadas del sexo, mientras el hombre adulto mayor de hoy que se pensiona, fue el trabajador productivo de hace 20 años y muere a una edad más temprana, la mujer que tradicionalmente ha participado mucho menos en la fuerza laboral, tiene un acceso limitado a la obtención de ingresos y servicios esenciales, y en la vejez, sobre todo las viudas sin apoyo familiar, son quienes corren el mayor riesgo de sufrir un deterioro en su calidad de vida¹; así las cosas, se requiere que el sistema de aseguramiento y de salud garantice a esta gran proporción de población, la oportunidad de disfrutar de niveles mínimos de bienestar que den respuesta satisfactoria a sus necesidades y reduzcan las diferencias en las condiciones de salud de las personas. Esta situación puede explicarse al hacer un análisis de las condiciones de calidad de vida de las personas adultas mayores, sabiendo como esta expresa fielmente el grado de bienestar social de una sociedad o de una comunidad, porque es una síntesis de todas las variables objetivas y subjetivas* que pueden expresarse en indicadores sociales de forma precisa y representativa⁵.

El Programa de Salud Mental de la OMS, en el Foro Mundial de la Salud realizado en 1996, definió la calidad de vida como: "la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales"⁶.

En otras palabras, la calidad de vida se asocia al concepto de desarrollo humano, éste según el PNUD, es un proceso en el cual se amplían las oportunidades de todo individuo, las más esenciales son: disfrutar de una vida prolongada y saludable; adquirir conocimientos; tener acceso a los recursos necesarios para lograr un nivel de vida digno; libertad política, económica y social; respetarse a si mismo; disfrutar de la garantía de los derechos humanos; ser creativo y productivo⁷.

Si este desarrollo y bienestar es el de una persona adulta mayor estos conceptos varían sustancialmente entre quienes proveen las cosas materiales y el adulto que las recibe y disfruta como algo necesario para su subsistencia; en la realidad, las desigualdades

* Por "subjetivo" se entiende aquello que depende de los sentimientos o de las impresiones personales y que no se puede medir directamente salvo preguntándose a los interesados; "objetivo" significa lo que se puede medir independientemente de los sentimientos.

sociales, económicas y políticas tejen una telaraña de desventajas en torno al adulto mayor que lo hace vulnerable frente a otros grupos poblacionales, por eso se plantea el interrogante de interés y relevancia para la investigación, a saber ¿Cuáles son las características de calidad de vida: económicas, familiares, sociales, de seguridad social y condiciones de salud de la población adulta mayor de la ciudad de Medellín que permitan orientar estrategias de intervención a este grupo poblacional?

2. MARCO TEÓRICO

2.1. CONCEPTO DE ADULTO MAYOR

Considerado en su totalidad, el problema del envejecimiento no es un problema en absoluto. Es solo la manera pesimista de considerar un gran triunfo de la civilización...⁸.

Una manera de referirse al adulto mayor es llamando a esta etapa de la vida como la "tercera edad", haciendo alusión a la etapa número tres luego de haber transitado por las dos primeras, juventud y vida adulta. Históricamente el término se ha generado para dar idea de una edad avanzada, pero dentro de un marco de funcionalidad y autonomía que permite llevar una vida independiente y con satisfacciones, como un estereotipo utópico de la edad dorada, luego del retiro de la actividad.

Cuando se analizan las experiencias en relación con las últimas etapas de la vida, lo común es encontrar que este periodo de descanso no existe realmente como tal, o que cuando se da tiene una terminación y que, salvo contadas excepciones -generalmente dadas por un infarto al miocardio-, con el avance de la edad llegan pérdidas severas de salud y de capacidades físicas, mentales, sociales o económicas. Este último proceso, por marcar una diferencia, ha sido denominado la "cuarta edad"⁹, con base en el proceso evolutivo que se vive hasta los 50 años y como de allí en adelante el proceso se vuelve involutivo.

Según la cultura oriental y en anteriores épocas de la occidental, la ancianidad representaba un periodo importante de la vida, en el siglo veinte la noción de juventud y productividad se torno en un ideal que marginalizó e invisibilizó la vejez. Bajo esta mirada, la "tercera edad", es una categoría difusa, ya que por su condición biológica y temporal es la antítesis de los ideales modernos; es objeto de un tratamiento social y cultural ambiguo donde los valores que le son asociados expresan una representación social particular tanto de la acción como de la existencia individual y social¹⁰.

Norberto Bobbio (1997) hace un análisis descarnado de lo que significa ser adulto mayor en una sociedad como la nuestra: la vejez es el descenso hacia ningún lugar, es largo, continuo e irreversible, bajas escalón por escalón, pero una vez apoyas el pie en la grada más baja, sabes que a la de arriba ya no volverás, no sabes cuantos escalones quedan, pero cada vez son menos (...) porque la medicina no hace vivir más a los viejos, solo les impide morir¹¹

Envejecer constituye un proceso en el que participan factores biológicos, psicológicos y sociales. El envejecimiento biológico es tanto de órganos como de funciones que se producen a diferentes niveles: molecular, celular, tisular y sistémico, siendo a la vez estructural y funcional. El celular se caracteriza por una disminución en diferentes procesos como: capacidad metabólica, descontrol en las funciones de proliferación, replicación (se duplican menos) y sobrevivencia, fosforilación oxidativa, síntesis de proteínas enzimáticas, estructurales, receptores celulares y factores de transcripción, así

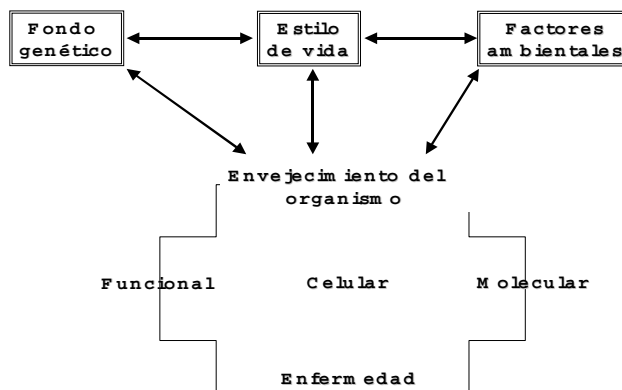
como de la capacidad de incorporar nutrientes y reparar el daño del material genético por la senescencia replicativa; es un proceso continuo, universal, progresivo, irreversible e incrementa la vulnerabilidad a la mayoría de las enfermedades².

La persona que envejece debe enfrentar condiciones cambiantes, tanto de su propio organismo como del medio social en que vive. El envejecimiento genera problemas comunes y retos similares para todos los que envejecen¹². Anteriormente, la sociedad veía al adulto mayor con respeto y veneración, lo premiaba nombrándolo gobernante, pontífice y consejero. Hoy, con el surgimiento de la familia nuclear se crea una serie de mitos alrededor de la vejez que la asocian con enfermedad, inutilidad, impotencia sexual, aislamiento, pobreza, debilidad, depresión⁸⁵. Este punto de vista “moderno” funciona como una profecía que se autopromueve, se considera al anciano de esta forma y ellos adoptan esa visión de sí mismos convirtiéndose en estereotipo legitimado por la sociedad¹³.

Según Ricardo Moragas¹⁴ la vejez, supone ciertas limitaciones para el sujeto pero también posee unos potenciales únicos y distintivos: serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social. Así los adultos mayores exhibirán la personalidad que el medio les permita, en algunos casos con elementos de desarrollo personal, aunque este desarrollo vaya en dirección contraria a los valores predominantes en la sociedad actual.

Hay una gran diversidad de factores involucrados en el proceso de envejecimiento y la complejidad de sus relaciones. En un sentido mas amplio, se puede asumir que el envejecimiento resulta de la suma de todos los cambios que ocurren a través del tiempo en todos los organismos, desde su concepción hasta su muerte¹⁵. Figura 1

Figura 1. Modelo global del proceso de envejecimiento



Fuente: Gutiérrez R, LM. Concepción holística del envejecimiento

En Colombia, el comportamiento de la vejez no resulta ajeno al de muchos otros países en desarrollo, en donde la cultura está condicionada por la producción y la competencia, el adulto mayor ha perdido poderes y derechos que lo han marginado de la sociedad creando una serie de estereotipos negativos de persona enferma, incapaz de producir, limitado e incompetente para asumir tareas y ejercer funciones; situaciones que han llevado al anciano y a la familia a optar por alternativas como la institucionalización¹⁶.

Una tesis básica es entonces que en la sociedad contemporánea junto con el proceso de envejecimiento, se producen cambios sociales cuyas consecuencias influyen negativamente en las condiciones de vida de los que envejecen; entre estos cambios sociales se señalan cuatro que influyen marcadamente en el empeoramiento de la calidad de vida del adulto mayor a medida que se envejece: respuesta social al deterioro biológico propio del envejecimiento; pérdida de la ocupación, disminución del ingreso y deterioro de la identidad social¹².

Estos nuevos desafíos que enfrenta la sociedad contemporánea son, a su vez, el resultado del desarrollo económico, social y cultural. Así, las relaciones entre el envejecimiento y el desarrollo son bidireccionales y de carácter interactivo¹⁷. A partir de lo dicho anteriormente, es importante destacar como en Colombia y específicamente en Medellín, el proceso de envejecimiento que experimenta, visualizado en relación a la población total, también se observa al interior de la población adulta mayor. Es decir, dentro de las personas de edad aumenta el peso relativo de aquellas edades extremas superiores; este hecho es importante ya que pueden identificarse básicamente dos grupos etáreos con características biológicas y sociales diferentes, el grupo de 60-74 y el de 75 y más¹⁷. Según Aranibar¹⁸ (2001) en América Latina, el primer grupo de adultos mayores lo conforman generalmente personas más independientes, muchas de ellas aún insertas en la fuerza de trabajo (en especial las de 60-64 años), y más integradas socialmente. Entre las personas del segundo grupo, pareciera ser más aplicable la visión de la vejez desde el punto de vista de las “pérdidas”.

La Organización Panamericana de la Salud OPS desde 1994 ajustó la edad y señaló como adulto mayor a la persona de 65 años o más de edad¹⁹, pero aclaró que como los países tienen condiciones socioeconómicas y ambientales tan diferentes, cada país debe ajustar su edad dependiendo de ellas. Por esta razón y basados en la esperanza de vida para Medellín, por sexo y por comuna realizado por el Grupo de Investigación Demografía y Salud, de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia²⁰, para este estudio, por adulto mayor se entenderá a toda aquella persona de 65 o más años; se asume que esta población se encuentra en la culminación de un proceso natural con deficiencias funcionales, como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionado por un fondo genético, los estilos de vida que se tienen desde la niñez y los factores ambientales en que vive el individuo.

2.2. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida, es una definición imprecisa y la mayoría de investigaciones que han trabajado en la construcción del concepto, están de acuerdo en que no existe una teoría única que defina y explique el fenómeno. El término calidad de vida pertenece a un universo ideológico, no tiene sentido si no es en relación con un sistema de valores, y los términos que le han precedido en su genealogía ideológica remiten a una evaluación de la experiencia que de su propia vida tienen los sujetos. Tal evaluación no es un acto de razón, sino más bien un sentimiento. Lo que mejor designa la calidad de vida es la calidad de la vivencia que de la vida tienen los sujetos²².

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables; sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación se popularizó en la década de los sesenta, hasta convertirse en un concepto utilizado en salud, educación,

economía, política, salud mental y el mundo de los servicios en general²¹. El término empieza a utilizarse principalmente a partir de los setenta como una reacción a los criterios economicistas y de cantidad que rigen en los llamados informes sociales, contabilidad social, o estudios del nivel de vida. De hecho la OCDE establece por primera vez en 1970, la necesidad de insistir en que el crecimiento económico no es una finalidad en sí mismo, sino un instrumento para crear mejores condiciones de vida, por lo que se han de enfatizar sus aspectos de calidad²².

Según Natalicio²³, la calidad de vida es un término que implica un estado de sensación de bienestar en las áreas de salud psicofísica y socioeconómica. Su objetivo es la satisfacción de las necesidades y demandas del individuo en cada etapa de su vida, esto implica la existencia de dos elementos: las necesidades humanas fundamentales, definidas como el conjunto de condiciones de carencias puntuales, reconocidas por todos los seres humanos, quienes poseen los medios para resolverlas y, los indicadores de satisfacción de las necesidades humanas, que son elementos de medición diferentes en cada país.

Analizar la calidad de vida de una sociedad, significa describir las experiencias subjetivas y objetivas vividas por los individuos que la integran. Exigiendo, en consecuencia, conocer cómo viven los sujetos, sus condiciones objetivas de existencia y qué expectativas de transformación de estas condiciones desean, y evaluar el grado de satisfacción que se consigue. Se requiere entonces una postura ideológica de partida, que llevará a una valoración del contexto de la salud, en su aspecto comunitario, médico y asistencial, y en su aspecto de calidad; de la interacción social, en el contexto ambiental y económico en cuanto a la disponibilidad y calidad de los recursos dentro de un equilibrio que supera lo meramente ecológico (pero que lo incluye), sin olvidar que estas expectativas vienen conformadas por un marco ideológico referente o dominante donde los parámetros subjetivos son influenciados y donde el individuo filtra los mensajes a través de propósitos conscientes²².

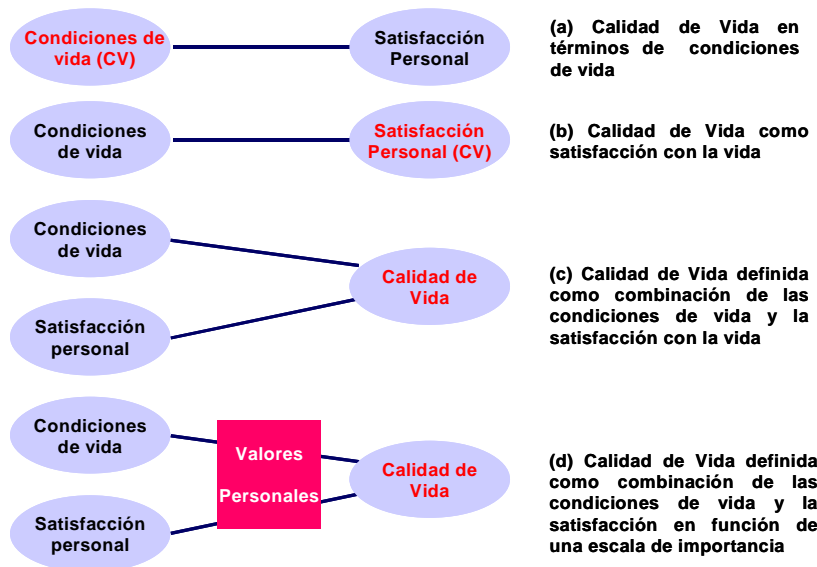
Levi y Anderson²⁴ señalan que, un alto nivel de vida objetivo (ya sea por los recursos económicos, el hábitat, el nivel asistencial o el tiempo libre), puede ir acompañado de un alto índice de satisfacción individual, bienestar o calidad de vida. Pero esta concordancia no es biunívoca. Para ellos, por encima de un nivel de vida mínimo, el determinante de la calidad de vida individual es el ajuste o la coincidencia entre las características de la situación (de existencia y oportunidades) y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo, tal y como él mismo las percibe.

Un concepto amplio de calidad de vida, podría ser lo que hace que una vida sea mejor, es decir, "una buena vida"²⁵. Esta definición se sustenta en tres grandes teorías: 1) la teoría hedonista, es subjetiva, se basa en las experiencias conscientes que se caracterizan como placer, felicidad o disfrute y que acompañan la satisfacción de los deseos; 2) la teoría relacionada con la satisfacción de las preferencias, también es de carácter subjetiva y tiene que ver con la satisfacción de los deseos pero no como experiencia consciente sino como objetos; 3) la teoría relacionada con los ideales específicos de una buena vida, es objetiva y explícitamente normativa, como por ejemplo la autodeterminación y la autonomía.

Para algunos autores, las dos primeras teorías son lo que se denomina “bienestar”²⁶, pero surge la pregunta sobre que preferencias deben satisfacerse para tener calidad de vida? Para los igualitaristas existe una medición con respecto a la satisfacción independiente del esfuerzo y deseo de los individuos, lo que los coloca en una posición paternalista ya que no tienen posibilidad de elegir. Para los detractores de esta posición se debe hablar de igualdad de oportunidades para el bienestar siempre y cuando ellas reflejen la oportunidad de las personas de elegir²⁶.

Para identificar la calidad de vida es necesario obtener un conocimiento realista del bienestar teniendo en cuenta los factores que influyen, sin limitarse a los puramente físicos sino incluyendo el verdadero sentido de la vida, el modelo de sociedad y la adquisición de aspiraciones individuales, pero no es susceptible a una definición simple y objetiva porque cada individuo juzgará de acuerdo con la percepción subjetiva de los factores objetivos de su existencia: expectativas, niveles de aspiración, grupos de referencia, valores personales, etc²⁷.

Figura 2. Conceptualizaciones de Calidad de Vida



Fuente: Conceptualizaciones de Calidad de Vida (Traducida y adaptada de Felce y Perry, 1995)

Con el desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 e inicios de los 80, comienza a definirse la calidad de vida como un concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos, pero falta una definición del constructo y su evaluación. En 1995, Felce y Perry encontraron tres modelos conceptuales de Calidad de Vida que ellos complementaron con una cuarta, a saber: (a) calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona; (b) calidad de vida como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; (c) calidad de vida como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta; (d) calidad de vida como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal, ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales²¹. Figura 2.

Por otro lado y según lo expone Amparo Belloch²⁸, no siempre cantidad se acompaña con calidad; hemos conseguido vivir mas tiempo, pero no esta claro que vivamos mejor, al menos en lo que se refiere al estilo de vida que llevan muchos ancianos en nuestras aparentemente desarrolladas “sociedades del bienestar”. Es fundamental entonces que los profesionales de la salud se ocupen no solo de alargar la vida, sino también de contribuir a dotarla de la mas alta calidad posible.

La calidad de vida no es un “estado”, es un fenómeno social complejo y un proceso activo que incluye la producción, distribución y percepción social de ciertos valores, objetivos y subjetivos, que son los que condicionan lo que han llamado “calidad de la vida” que es la que, a su vez, condiciona el grado de satisfacción o insatisfacción de la población, vale decir, el nivel de bienestar alcanzado²⁹.

El Programa de Salud Mental de la OMS, en el Foro Mundial de la Salud realizado en 1996, definió la calidad de vida como la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones; todo ello matizado por las dimensiones (facetas): *físico* (dolor, malestar, energía, cansancio, sueño, descanso); *psicológico* (sentimientos positivos, labor de reflexión, aprendizaje, memoria, concentración, autoestima, imagen y apariencia corporal, sentimientos negativos); *grado de independencia* (movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia respecto a medicamentos o tratamientos, capacidad de trabajo); *relaciones sociales* (relaciones personales, apoyo social, actividad sexual); *entorno* (seguridad física, entorno doméstico, recursos financieros, atención sanitaria y social, actividades recreativas, entorno físico, transporte); *espiritual* (espiritualidad, religión, creencias personales)⁶.

Recogiendo los conceptos de los anteriores autores, para este estudio la calidad de vida será entendida no como un “estado”, sino como un fenómeno social complejo y un proceso de percepción personal del nivel de bienestar alcanzado a través de la combinación de las condiciones de vida (variables objetivas que se pueden medir independientemente de los sentimientos) y el grado de satisfacción con la vida (variables subjetivas que dependen de los sentimientos y no se pueden medir directamente solo preguntándole a los interesados).

La calidad de vida es difícil de cuantificar porque involucra dimensiones personales subjetivas e intersubjetivas muy difíciles de definir, desde el enfoque empírico analítico. Se puede, mediante la creación de indicadores, explicar las diferencias en la satisfacción con datos objetivos, pues la satisfacción puede crecer cuanto más bienestar se posea. Los indicadores son unidades observables de un fenómeno social que establece el valor de un rango que no se puede observar ni cuantificar directamente. Los elementos o factores que podemos cuantificar son: recursos económicos, salud física, incapacidades funcionales, recursos familiares y sociales, vivienda, actividad y ocio.

Fernández-Ballesteros³⁰ en varias publicaciones enfatiza teóricamente, y con aplicación en la práctica, en la especificidad del concepto de calidad de vida en las personas mayores, que aunque mantienen aspectos comunes con otros grupos poblacionales, tienen otros factores importantes como es la autonomía. Rechaza la igualdad de calidad de vida con el estado de salud del individuo y concreta en la multidimensionalidad de factores personales como salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividades

de ocio, satisfacción y factores socioambientales como apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente y aspectos culturales.

2.2.1. Calidad de Vida en Colombia

La Constitución Política de Colombia, en su artículo 334, reza: “La dirección general de la economía estará a cargo del Estado. Éste intervendrá, por mandato de la Ley, en la explotación de los recursos naturales, en el uso del suelo, en la producción, distribución, utilización y consumo de los bienes, y en los servicios públicos y privados, para racionalizar la economía con el fin de conseguir el mejoramiento de la Calidad de Vida de los habitantes, la distribución equitativa de las oportunidades y los beneficios del desarrollo y la preservación de un ambiente sano. El Estado, de manera especial, intervendrá para dar pleno empleo a los recursos humanos y asegurar que todas las personas, en particular las de menores ingresos, tengan acceso efectivo a los bienes y servicios básicos”³¹.

En estudios poblacionales realizados en Colombia: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, Encuestas de Pobreza y Calidad de Vida y Encuesta Nacional de Demografía y Salud; el concepto de calidad de vida se equipara con nivel de vida y se explica a través de indicadores, porcentajes y estadísticas de cómo vive la gente y la satisfacción de sus necesidades básicas; se mide en términos físicos de vivienda, servicios públicos, área construida, etc³². Esta medición objetiva es adecuada para todos los países pero más para aquellos países desarrollados o en regiones de un nivel de vida elevado, donde la pobreza y la miseria no están tan generalizados como en la población adulta; en estos casos es necesario y adecuado considerar aspectos objetivos y aspectos subjetivos.

Dentro de la metodología más utilizada para evaluar la calidad de vida se encuentra la medición de variables a través de una serie de indicadores macro que dan cuenta del comportamiento de: salud, cultura, educación, recreación, vivienda y organización comunitaria; es decir, consideran las necesidades básicas o de primer orden y las de orden social y cultural necesarias para una calidad de vida de la población. Lo que hacen estos métodos, directo e indirecto, es establecer mediciones directas sobre carencias específicas que orientan el diseño de acciones y programas de mejoramiento, y detectan los denominados “grupos vulnerables” o “grupos de riesgo”⁷:

- **Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI):** también conocido como método directo, donde se establece una relación directa entre pobreza y necesidad manifiesta en carencia material de bienes, situación de marginamiento cultural y étnico y el cuestionamiento geográfico, institucional y político. Este método identifica como “pobres” aquellos hogares que tiene al menos uno de los cinco indicadores y, hogares con “miseria” aquellos que registran más de dos de los siguientes indicadores: hogares en viviendas inadecuadas, viviendas sin servicios públicos, hacinamiento crítico, hogares con ausentismo escolar, y hogares con alta dependencia del jefe del hogar³⁴.
- **Línea de Pobreza (LP):** método basado en el ingreso, también llamado método indirecto, permite diferenciar la capacidad del consumo familiar a través del cálculo de una canasta básica, fijación de línea de pobreza y el coeficiente de Engel. Este método es más sólido que el de NBI por contar con una mejor base estadística para la estimación de ingresos, consumo y acceso a servicios de la población³⁴.

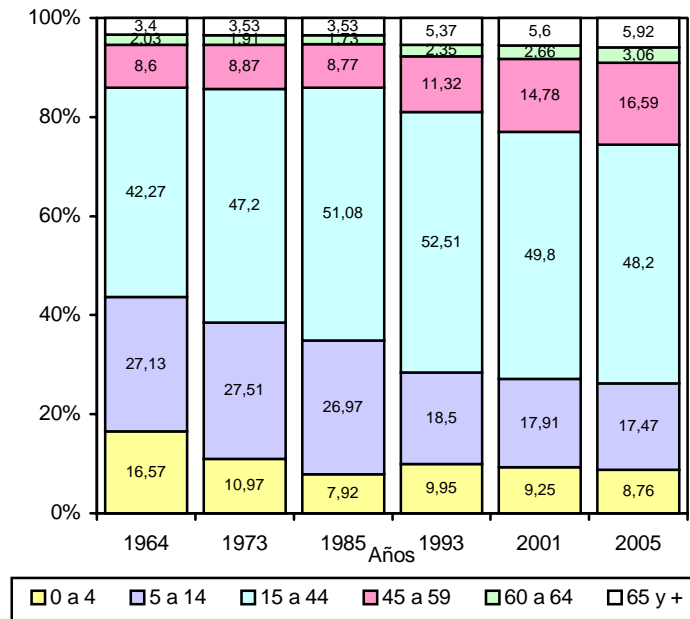
- **Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN):** diseñado para la aplicación de la ley 60/93 sobre destinación de recursos de la nación en educación, salud, vivienda, materia agraria, grupos vulnerables con NBI (niños, jóvenes, mujeres gestantes, discapacitados, tercera edad, etc.). Esta metodología intenta superar las imprecisiones de NBI y LP que no dan cuenta del cambio que sufren las necesidades con el tiempo, situación que se logra a partir de la evaluación socioeconómica de los hogares por medio de 150 variables. A diciembre de 2000, Medellín tenía identificados 121.086 (11,27%) adultos mayores de 60 años distribuidos entre 52.158 (10,31%) hombres y 68.928 (12,13%) mujeres³³.
- **Índice de Calidad de Vida (ICV):** nivel o grado adquirido por dicha población sobre un conjunto integrado de características consideradas deseables para satisfacer necesidades fundamentales para su existencia. Es una aplicación de métodos estadísticos a las variables socioeconómicas y demográficas de la población. En Medellín se han realizado dos Encuestas de Calidad de Vida (ECV), en el año 1997 y en el 2001; en 1997 el índice global de calidad de vida de los hogares residentes en la zona urbana, medido a través del índice medio general es de 73.48, valor similar a un hogar típico de Robledo o Castilla. Dentro de los factores que estudia el Índice de Calidad de Vida se encuentran: capital humano y físico, seguridad social salud, demográfico y vivienda³³.
- **Encuestas de Pobreza y Calidad de Vida:** en los estudios que sobre pobreza elaboró el DANE, se logró avanzar en forma importante en la comprensión del fenómeno de la pobreza, en la elaboración de indicadores que sirvieran para conocer el número de pobres y en el estudio de algunas de sus características. Se concibe la calidad de vida del hogar como las condiciones en las que habitan, conviven y se desarrollan los miembros del hogar. En ese sentido, se considera relevante tratar cuatro aspectos fundamentales, que no son exhaustivos ni independientes entre sí: hogar y el medio económico, hogar y su medio social, hogar y su medio cultural y político y relaciones de las personas dentro del hogar. El DANE ha realizado dos encuestas de pobreza y calidad de vida: una en Santafé de Bogotá del 14 de noviembre al 11 de diciembre de 1991, que en cierta medida se tomó como una experiencia piloto, igualmente desarrolló otras encuestas, entre ellas la encuesta nacional del 22 de noviembre al 17 de diciembre de 1997, la cual es representativa para Santafé de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla, total del resto urbano, total rural, total nacional³⁴.
- **Encuesta Nacional de Demografía y Salud:** PROFAMILIA en el año 2000 realizó un estudio de cobertura nacional con representatividad urbana y rural, por regiones y subregiones del país, que en primer nivel recopila información sobre la vivienda y el hogar, la composición y característica de sus miembros. En un segundo nivel, en la entrevista individual a las mujeres en edad fértil, se obtiene información de la mujer y de todos sus hijos menores de cinco años. También se realizó en los años 1986, 1990 y 1995, para examinar tendencias en la mayoría de las variables que se estudian³⁵.
- **Encuesta Nacional conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) en salud.** La ancianidad: realizada en 1991 por el Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, en ella determinó aspectos sociodemográficos: estado civil, seguridad pensional, fuente de ingresos y escolaridad; aspectos de salud: percepción, salud objetiva, autonomía y dependencia, estilos de vida; aspectos sociales y familiares: convivencia,

participación, apoyo y atención; aspectos ambientales: condiciones de la vivienda, de la población colombiana mayor de 60 años³⁶.

2.3. COMPONENTE DEMOGRÁFICO DE MEDELLÍN

La tendencia demográfica que se registra en la ciudad de Medellín, como lo demuestran los datos obtenidos en el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), es similar a las tendencias mundiales. Obviamente el índice de envejecimiento en cada país tiene un comportamiento único determinado por el momento, la magnitud y la velocidad del envejecimiento de la población, pero en casi todos, el grupo poblacional que más rápido crece es el de las personas en edad avanzada calculándose que se duplicará en los próximos dos decenios, fenómeno que representa un cambio poblacional sin precedentes¹.

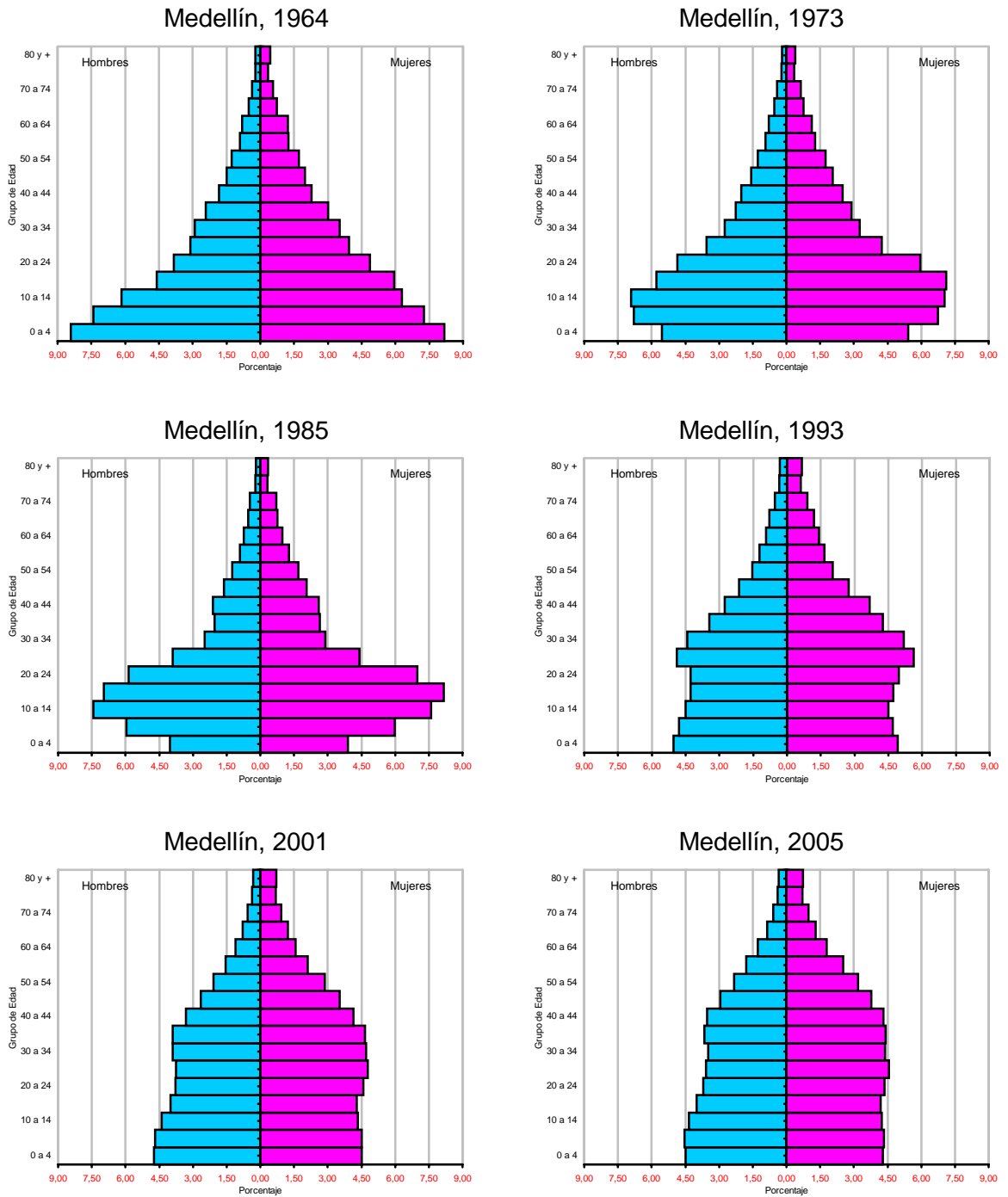
Figura 3. Distribución poblacional de la ciudad de Medellín por grandes grupos de edad. Años 1964 – 2005



Fuentes: DANE Censos de Población y Vivienda 1964,1973,1985. Planeación Municipal 1993, 2001,2005.

Medellín registraba en el censo nacional de 1964 una población adulta mayor de 65 años y más equivalente al 3,4% (26.271) de la población total, durante los años 1973 y 1985 la población de este grupo de edad se constituyó en un 3.53% del total de la población, con 38.598 y 57.060 respectivamente. A partir de esta fecha, la población anciana aumentó aceleradamente con respecto a otros grupos de edad respecto a los años anteriores con un total de 97.714 adultos mayores equivalentes al 5.37% del total de los habitantes de la ciudad; para junio de 2001 se calcula que la población ascendió al 5.7% con 105.612 adultos mayores en el área urbana, según las proyecciones de la Subdirección de Metroinformación, Departamento Administrativo de Planeación de la ciudad de Medellín³³. Figuras 3 y 4.

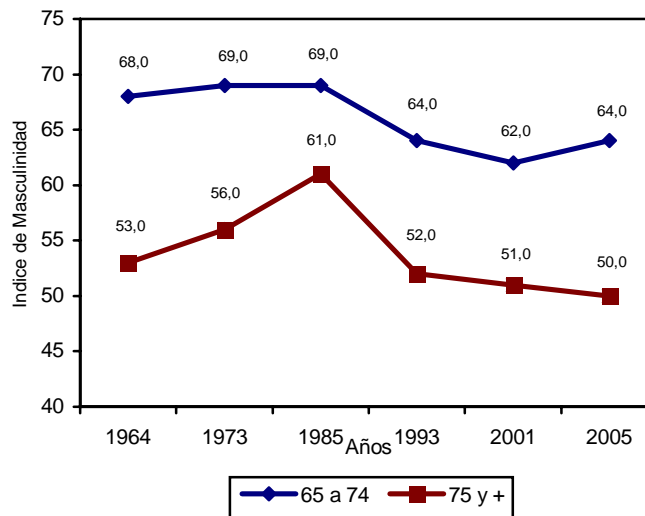
Figura 4. Estructura poblacional según sexo de la ciudad de Medellín, Años 1964 – 2005



Fuentes: DANE Censos de Población y Vivienda 1964,1973,1985.
Departamento Administrativo de Planeación Municipal, Proyección Poblacional 1993, 2001,2005.

Dentro de este grupo poblacional (mayores de 65 años), es importante destacar la preponderancia femenina, debido a que existe un efecto diferencial en la mortalidad que arroja una esperanza de vida mayor para las mujeres que para los hombres. Esto puede verse a través del índice de masculinidad, que arrojó para el año 2001 un índice de 62 hombres por cada 100 mujeres de 65-74 años; en el caso de las personas de 75 y más años, la relación baja a 51 hombres por cada 100 mujeres³³. Figura 5.

Figura 5. Índice de masculinidad de las personas mayores de 65 años en la ciudad de Medellín. 1964 - 2005

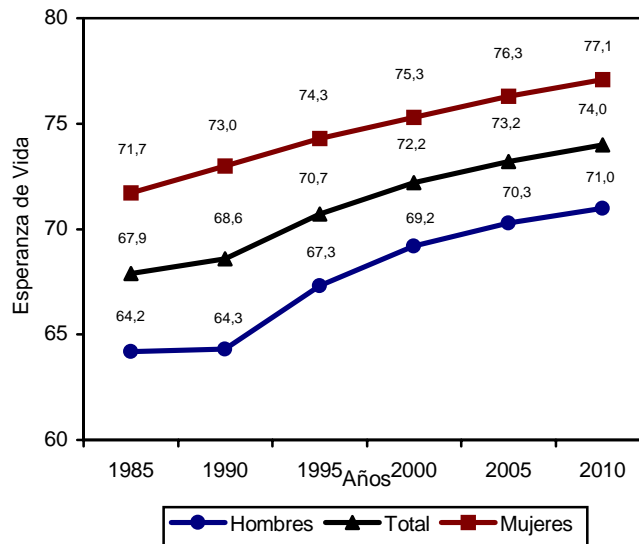


Fuentes: DANE Censos de Población y Vivienda 1964,1973,1985. Planeación Municipal 1993, 2001,2005.

Al analizar la esperanza de vida en la ciudad de Medellín se observa que viene en aumento y continuará con esta tendencia hasta el año 2010, siendo las mujeres las que presentan desde 1985 un crecimiento constante casi lineal de su esperanza de vida por encima de los hombres que registran un incremento marcado a partir de 1990 (para el año 2000 la esperanza fue de 75.3 para las mujeres y 69.2 para los hombres)³³. Figura 6.

Otras circunstancias que se encuentran asociadas con el proceso de envejecimiento que viene presentando la ciudad de Medellín, son la tasa de envejecimiento y el coeficiente de dependencia económica. Los cuales, para el año 2000 muestran como del total de la población de la ciudad de Medellín el 5.7% son adultos mayores, presentándose una mayor proporción en las mujeres (6.51%); por otro lado, nótese como el número de personas económicamente inactivas que tiene que sostener una persona en edad económicamente activa viene en aumento, y para el año 2000 era de 8.27, esto es, por cada individuo en edad activa, existen 8.27 personas en edad inactiva (>65 años), situación que se hace mas notoria en las mujeres, donde, cada mujer en edad activa tiene que sostener a 9.5 mujeres en edad inactiva³³. Figuras 7 y 8.

Figura 6. Esperanza de vida de la población de la ciudad de Medellín, 1985 - 2010



Fuentes: DANE Censos de Población y Vivienda 1964,1973,1985. Planeación Municipal 1993, 2001,2005.

Figura 7. Tasa de envejecimiento de la población de la ciudad de Medellín, según sexo. 1995 - 2002

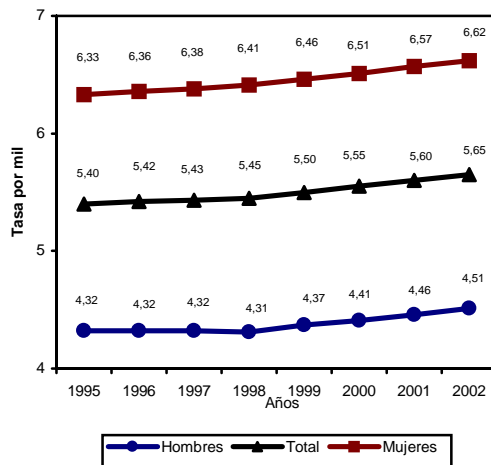
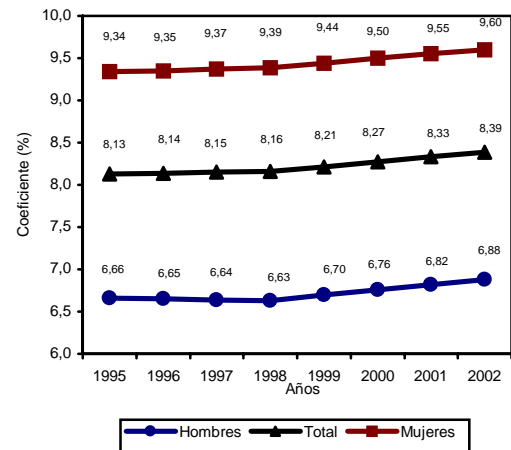


Figura 8. Coeficiente de dependencia económica de la población de la ciudad de Medellín, según sexo. 1995 - 2002



Fuentes: DANE Censos de Población y Vivienda 1964,1973,1985. Planeación Municipal 1993, 2001,2005.

2.4. CONDICIONES DE SALUD

El aspecto del envejecimiento poblacional que traerá el mayor impacto social y económico será el de las condiciones de salud, por las transiciones demográficas y epidemiológicas que harán un desplazamiento de las causas de morbilidad y mortalidad desde las enfermedades transmisibles hacia las crónicas, degenerativas e incapacitantes que

incrementarán los costos de atención y los sistemas de salud deberán adaptarse a estas transformaciones³⁷.

El envejecimiento es un signo y también un resultado del desarrollo económico y social. La salud y el bienestar de los ancianos son afectados por muchos aspectos entremezclados de su ambiente social y material: desde el estilo de vida y la estructura familiar hasta la organización y prestación de asistencia sanitaria, pasando por los sistemas de ayuda económica y social³⁸. Con el envejecimiento de la población, la muerte se convierte en un fenómeno propio de la vejez y se cambian los tipos de enfermedad predominantes en las comunidades; las afecciones isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares son las principales causas de defunción en personas de edad, seguidas por las neoplasias y las enfermedades respiratorias, principalmente la neumonía¹.

La determinación de los factores de riesgo comienza con las consecuencias no deseadas, ya se trate del fallecimiento, de la pérdida de autonomía o de una enfermedad o afección en particular. Los factores son eslabones de una cadena causal (o indicadores de esos eslabones) que conducen al desenlace, y la fuerza de su asociación con el desenlace permite el diagnóstico. De este modo el aislamiento social es un factor de riesgo de la depresión, el tabaquismo de la enfermedad pulmonar, y la muerte de un cónyuge del suicidio³⁸.

Las necesidades de salud de los adultos mayores constituyen motivos de preocupación entre la población, por cuanto requieren porcentajes muy altos de atención y cuidado, incrementando los costos y la incertidumbre por la naturaleza crónica de los padecimientos, que en muchas ocasiones termina por agotar las reservas de apoyo contenidas en las redes sociales, y la mayor frecuencia con que enferman trayendo la pérdida de funciones³⁹ y la dependencia física de los demás miembros de la familia.

Lucila Santagostino⁴⁰ considera el estado de salud percibida como el factor más importante de la calidad de vida en la vejez. Las personas consideran el estado de salud como uno de los bienes más preciados e importantes en su vida. La salud mental es percibida como el estado resultante de un adecuado uso del tiempo libre, llevada la idea de “ocio” a su expresión positiva. Por lo general el adulto mayor dispone de mucho tiempo libre, el cual puede ser ocupado por un “ocio creativo”, generador de crecimiento y equilibrio personal. La inmensa mayoría de las personas que han cumplido 65 años han dejado de lado el trabajo profesional para ocuparse de actividades que antes eran “complementarias” y ahora pasan a ser casi “fundamentales” en su vida.

2.4.1. Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor

Aun cuando el envejecimiento es un proceso que afecta por igual a todos los organismos vivos, en el caso de las poblaciones humanas, no todos los individuos lo hacen homogéneamente por los determinantes: expectativa de vida, cambios biológicos, capital genético, acumulación de riesgos, períodos de latencia de las enfermedades, contexto ecológico, características socioeconómicas, acceso y uso de los servicios de salud³⁹. Las necesidades de salud de una población se miden con diversos indicadores, tales como: morbilidad, discapacidad, mortalidad, indicadores positivos y cualitativos de procesos protectores.

- Morbilidad del adulto mayor

A medida que las naciones envejecen y se producen cambios en las condiciones de vida y de trabajo, es inevitable que aparezca un cambio en los patrones de las enfermedades, estos cambios afectan con mayor dureza a los países en vía de desarrollo. Incluso aunque estos países sigan luchando contra las enfermedades infecciosas, la desnutrición y las complicaciones del parto, se enfrentan al rápido aumento de las enfermedades no contagiosas; esta “doble carga de enfermedad” agota hasta el límite los ya escasos recursos⁴¹. De esta forma, el proceso de transición epidemiológica, aunado al hecho de que la población en edad avanzada es sobreviviente del régimen epidemiológico anterior, puede manifestarse como una carga de síntomas, limitaciones físicas e incapacidad⁴².

La vejez es un período que exige esfuerzos adaptativos especiales sobre la base de los cambios que se experimentan tanto dentro como alrededor del viejo. En el orden físico, la apariencia, el rostro, la tersura de la piel, el color y cantidad de los cabellos, la vista, el oído, la fuerza muscular, la agilidad, la resistencia a la fatiga y la vitalidad disminuyen en esta etapa. Intelectualmente es víctima de trastornos de tipo amnésico y de poder de concentración: aumenta el olvido, disminuye la capacidad para almacenar nueva información, la memoria remota permanece pero la memoria reciente se altera, hay disminución y alteración de la agudeza visual, auditiva y verbal, se presenta dificultad para resolver problemas abstractos, lógicos y se disminuye la flexibilidad cognitiva. Afectivamente es frecuente el sentimiento de abandono y soledad reforzado por la pérdida de familiares y amigos, el temor obsesivo de presenciar la muerte del cónyuge y la conciencia de estar viviendo el final de su propia existencia⁴³.

Entre los cambios biológicos se encuentran el daño molecular acumulado asociado a continuas alteraciones del ADN, ARN, las proteínas y los lípidos causando envejecimiento y lesión celular; cambios del sistema nervioso central –SNC- que se expresan en la disminución del peso y volumen cerebral, pérdida de neuronas, disminución en la arborización de las dendritas y del tejido conectivo, degeneración de las neurofibrillas, acumulación de placas seniles; cambios fisiológicos que se observan en la reducción del flujo sanguíneo cerebral, oxígeno y metabolismo de la glucosa⁴⁴.

Los cambios psicológicos son muy heterogéneos y variables, pero se sabe que en la vejez hay cambios en el funcionamiento cognoscitivo dependiendo de la edad: estable o incrementada la inteligencia cristalizada y disminuida la inteligencia fluida; estable la atención breve y disminuida la atención compleja; en el lenguaje permanece estable la comunicación, comprensión, conocimientos de sintaxis y palabras y se disminuye el lenguaje fluido y la nominación, por la dificultad en el acceso al léxico, el discurso es variable, impreciso y repetitivo; estable la memoria inmediata, disminuye la sensorial y reciente y es variable la memoria terciaria pero permanece intacta los aspectos importantes de la historia personal; la habilidad visuoespacial es variable para copia dibujos y se disminuye la orientación topográfica; se disminuye la capacidad de raciocinio para resolver problemas lógicos y es variable para el razonamiento práctico⁴⁵.

Los cambios fisiológicos que acompañan el envejecimiento provocan deficiencias funcionales de diversos órganos del cuerpo. A este curso normal de acontecimientos se agregan cambios patológicos que llevan a la enfermedad. Ahora bien: diferenciar entre los dos puede ser difícil o imposible. Es evidente que las familias y las redes de apoyo

social son las que mayormente proporcionan la atención a los ancianos débiles y logran que los enfermos se conserven en la comunidad. Ningún país puede facilitar servicios oficiales de salud y sociales adecuados que puedan sustituir al sistema extraoficial de asistencia aunque fuese deseable hacerlo así³⁸.

Según el Diagnóstico de la Situación de Salud de Antioquia, durante el año 1998, la población de 60 y más años registró como las cinco principales causas de morbilidad por consulta: la enfermedad hipertensiva (29.0%), otras enfermedades del aparato respiratorio (7.1%), otras enfermedades del aparato digestivo (4.5%), signos síntomas y estados morbosos mal definidos (4.3%), diabetes mellitus (4.1%)⁴⁶; y por egresos hospitalarios fueron en el mismo año: otras enfermedades del aparato respiratorio (11,3%), otras formas de enfermedades del corazón y de la circulación pulmonar (8,6%), neumonías (7,0%), otras enfermedades del aparato digestivo (5,7%) y diabetes mellitus (5,7%)⁴⁶. La enfermedad hipertensiva se constituye como la primera causa de morbilidad por consulta a partir de los 40 años y como novena causa de egreso hospitalario a partir de los 60 años. La enfermedad isquémica del corazón figura como sexta causa de egreso a partir de los 50 años. Las enfermedades de tipo cerebrovascular aparecen como causa importante de morbilidad a partir de los 65 años, con tendencia al incremento en edades superiores⁴⁶.

- Salud mental del adulto mayor

Según la Organización Mundial de la Salud, el crecimiento de la población adulta mayor trae consigo inevitablemente un aumento de las enfermedades relacionadas con la edad, como las demencias y la depresión⁴⁹, siendo considerada esta última como el principal problema de salud mental que enfrentará el mundo del futuro⁴⁷. Los trastornos mentales y conductuales perturban profundamente la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias, impacto negativo no solo por lo importante sino por lo prolongado del trastorno⁵⁰. Es de esperar que el envejecimiento poblacional se acompañe de cambios importantes en la frecuencia y la distribución de los trastornos somáticos y mentales, así como en la interrelación entre estos dos. La demencia tipo Alzheimer es casi exclusiva de los adultos mayores, pero también se observan altas tasas de prevalencia de depresión, ansiedad, trastornos psicóticos, suicidio y uso indebido de sustancias⁵⁰.

En la publicación de la OPS/OMS sobre la Salud Mental en el Mundo se considera que los factores que afectan potencialmente la salud mental del anciano están originados en el aumento de la esperanza de vida seguido por una baja en las tasas de fertilidad, los cambios en la economía, la creciente migración del campo a la ciudad, la mayor educación de los hijos; otros factores son positivos y mitigan los posibles resultados en salud mental, como son: la mayor educación de los adultos, el aumento del ingreso per capita en algunos países y las mejoras en la atención en salud⁴⁹.

Colombia por estar en la etapa de transición demográfica plena ya empieza a enfrentarse al problema, como lo demuestran los resultados del Segundo Estudio Nacional de Salud Mental para la población mayor de 60 años, la cual presenta una proporción de prevalencia de 25.2% de depresión frente a un 19.6% para todos los grupos poblacionales⁴⁸. Tabla 1.

Tabla 1. Prevalencia de trastornos mentales en población mayor de 60 años. Colombia 1997.

Trastorno	Población		Trastorno	Población	
	> 60	Total		> 60	Total
DEPRESIÓN			ANSIEDAD		
P. Anual	1.8%	→ 1.9%	P. Anual	1.9%	→ 3.5
P. Vida	25.2%	→ 19.6	P. Vida	2.3%	→ 4.3
TRASTORNO BIPOLAR			IDEACIÓN E INTENTO SUICIDA		
Bipolar Y	0.2%	→ 1.2	Ideación	2.5%	→ 4.7
Bipolar II	0.5%	→ 0.5	Intento	1.0%	→ 1.7
TRASTORNO DE PÁNICO			FOBIAS		
P. Anual	0.0%	→ 0.1	P. Vida	3.4%	→ 3.8
P. Vida	0.0%	→ 0.3			
TRAST. OBSESIVO-COMPULSIVO			ANOREXIA NERVIOSA		
P. Anual	0.6%	→ 3.1	P. Anual	0.0%	→ 1.8
P. Vida	2.0%	→ 3.6	P. Vida	3.8%	→ 2.3
ESQUIZOFRENIA			DEMENCIA		
P. Anual	0.1%	→ 0.6	P. Vida	4.2%	→ 2.6
P. Vida	2.9%	→ 1.4			

Fuente: Ministerio de Salud. Segundo Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia, 1997

La salud mental del anciano en Colombia y en el mundo ha sido considerada como enfermedad mental inherente a la edad, por esta razón es casi normal que se hable de la demencia y la depresión como “cosa de viejos”⁴⁹ haciendo alusión a los trastornos psiquiátricos que se presentan en otros grupos etáreos, pero no son relevantes en las estadísticas nacionales, a sabiendas que la cuarta parte de las personas mayores de 60 años (uno de cada cuatro) sufre de depresión. Tabla 1.

En cuanto al uso y abuso de drogas en la población adulta mayor en Colombia, se encontró que la sustancia psicoactiva que más utilizan es el cigarrillo, con una prevalencia mensual del 29% y de vida del 45%, (de cada 100 ancianos 45 han fumado cigarrillo alguna vez en su vida y de ellos 29 en el último mes). Las demás sustancias no son representativas en este grupo etáreo, pues existen otros grupos con prevalencias mucho más altas que las expuestas⁴⁸.

El incremento sostenido y gradual que han tenido los trastornos depresivos en los adultos mayores de 65 años, desde 1980 cuando el 15% de los ancianos registraba síntomas depresivos y el DSM-III-R consideraba que la depresión mayor, depresión bipolar, distimia y depresión atípica afectaba por los menor a 4% de la población anciana y de 1 a 2% con depresiones mayores⁴⁷, la mayoría de ellas son recidivas de disturbios que comenzaron en la juventud, que son a su vez personas más inestables en la vejez, que aquellas que presentan depresión con el inicio de la ancianidad.

Son factores psicosociales que precipitan los trastornos depresivos de los ancianos: pérdida del compañero o la compañera, alejamiento de los hijos, enfermedad y hospitalización, jubilación, dificultades económicas, incapacidades funcionales y efectos colaterales a medicamentos. Las enfermedades y las incapacidades funcionales aumentan el riesgo de depresión hasta cerca de tres veces; además de hacer más lenta la recuperación de cualquier enfermedad orgánica⁴⁷.

La depresión recidivante iniciada en la vejez presenta frecuencia elevada de comorbilidad con enfermedades cerebrales o la depresión orgánica, puede seguir a las enfermedades cerebrovasculares, especialmente si las lesiones cerebrales fueron frontales izquierdas, disturbios metabólicos como el hiper/hipotiroidismo y el hiper/hipoadrenocorticismos, o enfermedades como el carcinoma pancreático y enfermedades virales también pueden causar depresión orgánica⁴⁷.

Tiene buen pronóstico la depresión en ancianos cuando hay ausencia de dificultades cognitivas, aunque su tratamiento sea menos simple que en el resto de la población. Cuando hay demencia, la depresión puede ser el primer síntoma del síndrome demencial. La depresión acompañada de ideas delirantes y/o alucinaciones es de difícil tratamiento y tiene muy mal pronóstico por cuanto exige la administración de neurolépticos o electroconvulsoterapia⁴⁷.

También se ha encontrado que la población adulta mayor o anciana es la que más intentos hace para suicidarse y muchos consuman el hecho; las razones de ello se deben a que los trastornos depresivos duran mucho más tiempo que en otros grupos de población y a ello se le suma la enfermedad física, la incapacidad funcional, la pérdida de cónyuge y el vivir solo. Los suicidios, al igual que las tasas generales, son más frecuentes en adultos mayores hombres que en mujeres, pero el riesgo de suicidio en este grupo poblacional se incrementa en un 25% frente a la población joven⁴⁴.

- Discapacidad del adulto mayor

La discapacidad -entendida como cualquier restricción o pérdida de la capacidad de los individuos para desempeñar una actividad que se considera normal tanto en la manera de realizarla, como dentro de un intervalo de respuesta esperado en virtud de la edad, el sexo y el contexto cultural en que dicha actividad se efectúa- está siendo hoy utilizado en la planeación y oferta de servicios por cuanto los discapacitados representan solo un segmento reducido de la población con mayor afectación de la calidad de vida, a diferencia de las prevalencias de enfermedades crónicas que afectan casi la totalidad de la población adulta mayor sin afectación importante de la calidad de vida para muchos de ellos. La discapacidad se mide en términos de la funcionalidad: física, cognitiva, psicológica y social, así como también de las funciones sensoriales: visión y audición.

Uno de los parámetros que mide el estado de salud en la última etapa evolutiva del hombre es la "funcionalidad". La *funcionalidad física* es la que más valora la persona mayor y las que quiere mantener mientras viva, de la *funcionalidad psíquica* desea un instante de lucidez más que de vida y, de la funcionalidad social precisa suficiencia económica y relaciones sociofamiliares y en su defecto políticas adecuadas de pensiones, actividades culturales y ambientales que le faciliten su adaptación al ambiente y le garanticen un bienestar mínimo "necesidades básicas garantizadas" (alimentación,

vivienda, vestido, salud, cultura y ocio). El apoyo social interesa en relación a la salud y longevidad, las personas necesitan amar y sentirse amadas⁵¹.

Para fortalecer la capacidad funcional de los ancianos –entendida como la facultad presente en una persona, para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad- está íntimamente ligada al concepto de autonomía –entendida como el grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como deseen hacerlo, es decir, tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y reorientar las propias acciones- es el mejor indicador del estado de salud de las personas, porque para ello es necesario tener un funcionamiento adecuado tanto físico como mental y social⁵².

La utilidad de conocer la capacidad funcional de un adulto mayor, es la valoración de los elementos con que cuenta para enfrentar las situaciones difíciles de su vida (enfermedad, discapacidad, minusvalía) y determinar cuanta vulnerabilidad física, mental, social y funcional tiene y así poder formular criterios acerca de cómo emplear correctamente las aptitudes y habilidades existentes, estimar el nivel en que se realizan las tareas cotidianas y la necesidad de atención a corto y largo plazo. Estas condiciones difíciles que tienden a generar la pérdida de la autonomía en los ancianos, son los factores de riesgo ya analizados, pero que su detección lleva a emprender acciones en salud mental de tipo preventivo, encaminadas a retardar las consecuencias de la evolución natural de las enfermedades, especialmente las mentales⁵².

Para facilitar la evaluación de la capacidad funcional, se han definido tres niveles de funcionamiento de las actividades de la vida diaria o actividades básicas cotidianas (ABC)⁵²:

- **ABC físico:** incluye las actividades de autocuidado y supervivencia: alimentación, continencia, traslados, ir al baño, higiene y vestido. Se califica mediante el concepto de independencia o dependencia de acuerdo a que se lleven a cabo o no las actividades, aunque ellas requieran atención personal, asistencia o dirección.
- **ABC instrumental:** incluye actividades complejas que resultan de la interacción de factores físicos, y psicológicos: salir a la calle, usar transporte, tomar medicamentos, hacer su propia comida, hacer trabajo liviano y pesado en casa, cortarse las uñas, usar el teléfono, manejar dinero, abrir y cerrar ventanas, encender y apagar la radio y la televisión.
- **ABC social:** incluye actividades que implican contacto social e interrelación con las demás personas, resulta de la interacción de factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales. Estas actividades están determinadas por aptitudes, intereses y expectativas individuales para las cuales cada persona tiene patrones diferentes. Ellas son: relaciones sociales, participación en actividades sociales, recursos económicos y soporte social.

Según la Encuesta Nacional CAP en salud, el 54% de las personas mayores de 60 años no tienen impedimento para realizar las actividades de la vida diaria (funcionalidad física) y el 95% puede atender el cuidado personal como alimentarse, bañarse, vestirse,

peinarse e ir al sanitario. El 14% tiene incapacidad absoluta, el 28% tiene impedimento parcial o total de salir lejos de la casa y el 23% de tomar el bus³⁶.

Según el Ministerio de Salud, para las personas mayores de 60 años, la distribución de la carga de la enfermedad por enfermedades transmisibles está explicada por el 50% de infecciones respiratorias, y por enfermedades no transmisibles las causas de la carga son: cardiovasculares el 50%, cáncer el 18%, respiratorias crónicas el 11% y digestivas el 7%³⁶.

- Mortalidad del adulto mayor

La última manifestación de los estados de salud es la mortalidad –entendida como la acción de la muerte sobre la población- y muchos de los estudios se han basado en el análisis de ésta y sus características, aunque se debe admitir que este enfoque ha sido mayormente obligado ante la falta de información sobre la morbilidad. Se reconoce que el mayor resultado de los programas de salud pública y las acciones preventivas ha sido el rescate de la niñez y la juventud respecto de las enfermedades infecciosas. Las muertes evitadas por esas causas son explicación principal de las cada vez mayores probabilidades de alcanzar las edades adultas y la vejez. Los datos disponibles dan evidencias del desplazamiento en las causas de la mortalidad y de los cambios en la morbilidad. Se observa así que ha decrecido la presencia y letalidad por las enfermedades infecciosas y parasitarias, más propias de la infancia y la juventud, y cobran mayor importancia las enfermedades crónicas y degenerativas, junto con los accidentes, que son característicos de la vejez⁹.

La mortalidad como indicador fundamental de la situación de salud de las poblaciones, muestra a nivel mundial, una estructura compuesta por las enfermedades infecciosas y parasitarias seguidas por las enfermedades del aparato circulatorio y el cáncer que se ubica en tercer lugar. En Colombia en el año 1996, la primera causa de mortalidad fueron las enfermedades cardiovasculares; en 1998 ocupaban el primer lugar por causas de muerte en mujeres y la segunda en hombres y la primera causa en ambos sexos a partir de los 45 años. En Antioquia, a partir de los 60 años, las primeras diez causas de la mortalidad están constituidas por enfermedades crónicas y degenerativas, correspondiendo al grupo menos afectado por la violencia⁴⁶. Durante el año 1998, la población del Departamento de Antioquia mayor de 60 y más años registró como las cinco principales causas de mortalidad: las enfermedades isquémicas del corazón (20.4%), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (10.6%), enfermedades cerebrovasculares (9.8%), otras enfermedades del corazón (5.5%) y diabetes mellitus (4.8%)⁴⁶.

2.5. COMPONENTE DE SEGURIDAD SOCIAL

La razón de ser primordial de la seguridad social consiste en dar a los individuos y a las familias la tranquilidad de saber que el nivel y la calidad de su vida no sufrirán, dentro de lo posible, un menoscabo significativo a raíz de ninguna contingencia social o económica⁵³.

Los sistemas de seguridad social y de salud se han convertido en las redes de servicios más importantes para el adulto mayor⁵⁴, suministrando cobertura, acceso y calidad en los

servicios de salud, permitiendo el “subsidio” intergeneracional, en donde las personas en edad económicamente activa subsidian las pensiones de los adultos mayores, circunstancia que resulta de vital importancia, pues los sistemas de pensiones se convierten en el mecanismo de ingreso económico principal de este grupo poblacional. Sin embargo, a pesar de las bondades del sistema, las altas tasas de desempleo existentes en el país, han llevado a una caída en las tasas de crecimiento económico y aun crecimiento del sector informal, situación que impacta negativamente en los sistemas de seguridad social^{53,54}.

Otro aspecto negativo dentro de la seguridad social en lo concerniente al adulto mayor, es la exclusión y la inequidad social, los cuales son los aspectos más sensibles de la ciudad contemporánea. Por esto, la lucha contra la exclusión y a favor de la equidad, en momentos de crisis, constituyen imperativos actuales. Se considera entonces, como idea central, que la seguridad social y los sistemas de pensiones son, también un derecho esencial de las personas. Las políticas, en esta área, deben combinar eficiencia económica con eficacia social; alcanzar niveles competitivos en la productividad, asegurar protección a los trabajadores ante estados de necesidad y garantizar que el esfuerzo del trabajador sea recompensado adecuadamente^{53,54}.

Dentro de la seguridad social, las pensiones son un mecanismo para mejorar la calidad de vida en la vejez, haciéndose necesario un adecuado sistema de previsión social que incorpore además de un ingreso, una cobertura sanitaria plena (universal) y servicios sociales que demanda la gente de edad. Un aumento de la longevidad determina los niveles de prevención para tener una calidad de vida digna, respetable, apacible y tranquila. El aspecto pensional contribuye a mejorar la calidad de vida en cuanto al aseguramiento de ingresos monetarios que disminuyen la dependencia del adulto mayor de sus familiares o de la sociedad³.

Con la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Colombia en 1993, se buscó regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención⁵⁵. Esta ley promulga que todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, previo al pago de la cotización reglamentaria, o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales.

La Ley 100 de 1993⁵⁵ unificó el sistema público, privado y de seguridad social, impuso un modelo de competencia regulada para mejorar la eficiencia y la equidad de los servicios de salud, fomentó la operación de muchos proveedores de servicios (IPS) y aseguradores (EPS) y estableció las tarifas del servicio y los servicios mínimos que debe incluir cada uno, bajo los principios fundamentales: universalidad, obligatoriedad, integralidad, solidaridad, libre escogencia, descentralización, eficiencia y calidad. Introdujo, adicionalmente, el régimen subsidiado para la atención de la población sin capacidad de pago, el cual se financia con: un punto de solidaridad, aportes del Estado, aportes del 5-10% de las Cajas Compensación, aporte del situado fiscal, 15 puntos del 25% de las transferencias municipales y las rentas cedidas por el Departamento Nacional de Planeación. Los resultados muestran un aumento sustancial en la cobertura, particularmente en el régimen subsidiado: el 25 % más pobre de la población cuenta con una cobertura del 92% en salud⁵⁶.

Así como en salud, el Sistema General de Pensiones tiene por objeto garantizar a la población el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones consagradas en la ley, así es como propende por la ampliación progresiva de cobertura a los segmentos de población no cubiertos con un sistema de pensiones⁵⁵.

Dicho sistema de pensiones se compone de dos regímenes solidarios excluyentes pero que coexisten, a saber:

- **Régimen solidario de prima media con prestación definida**, el cual es el mismo sistema tradicional del ISS, reformado. Este es conocido como de prestación definida, en la medida que el afiliado conoce de antemano el nivel de pensión que puede obtener dado un nivel de cotización y un tiempo para mantenerla⁵⁷. Así mismo, este régimen está basado en la solidaridad intergeneracional, esto es, las pensiones no se pagan con el ahorro de cada persona, sino con las contribuciones que hacen los nuevos cotizantes jóvenes.
- **Régimen de ahorro individual con solidaridad, o fondos privados de pensiones (AFP)**. Donde el afiliado conoce cuanto debe cotizar y durante cuánto tiempo, pero el nivel pensional que puede lograr depende de la tasa de rentabilidad que logre el manejo fiduciario de sus ahorros, durante el tiempo que dure la constitución de su ahorro individual⁵⁷.

Actualmente y según la Ley 797 del 29 de enero de 2003 sobre la reforma pensional, las edades para la pensión de vejez son de 60 años para los hombres y 55 años para las mujeres, debiendo cotizar las personas un mínimo de 1.000 semanas para acceder a ella; a partir del 01 de enero del 2009 la edad se incrementará a 58 años si es mujer y 62 años si es hombre y las semanas de cotización aumentarán a 1.200. En el régimen de prima media (RPM) en el 2005 el tope de semanas será de 1.050 y a partir del 2006 aumenta 25 semanas cada año hasta llegar a 1.300; el porcentaje de pensión de vejez oscilará entre el 55% y 80%, siendo más bajo para las personas de salarios más altos. En el régimen de ahorro individual (RAIS) se obtiene este derecho a los 62 años los hombres y 57 las mujeres y se hayan cotizado al menos 1.150 semanas; a partir del 2009 se incrementarán 25 semanas por año hasta las 1.325 semanas en el año 2015. En el régimen de transición estarán aquellas personas que a abril de 1994 tenían 35 años mujeres y 40 años hombres ó habían cotizado por lo menos 15 años⁵⁸.

Así mismo, los afiliados que a los 62 años de edad, si son hombres, y 57 si son mujeres, no hayan alcanzado a generar la pensión mínima de que trata el artículo 35 de la ley 100 de 1993, y hubiesen cotizado por lo menos mil ciento cincuenta (1.150) semanas tendrán derecho a que el Fondo de Garantía Estatal de Pensión Mínima del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, en desarrollo del principio de solidaridad, les complete la parte que haga falta para obtener dicha pensión⁵⁸.

En relación a lo anterior, la ley de seguridad social, ha traído consigo algunos “problemas”, especialmente en lo relacionado con la privatización del sector salud, el incremento en los costos de la salud, la desprotección de algunos grupos poblacionales y la selección adversa que se hace por parte de algunas administradoras. Situación que

afecta de forma muy directa a la población adulta mayor, pues este grupo población suele sufrir en carne propia muchas de estas situaciones surgidas con dicha Ley. Según Maya LE (1998), el 83.6% de las personas mayores de 60 años del Barrio París, Bello Antioquia no tenían pensión por haber trabajado en el sector informal de la economía¹⁶; acorde a ello la Encuesta Nacional CAP encontró que el régimen de pensiones protege al 12% de los ancianos de Colombia, en una relación de tres hombres por una mujer³⁶ y el 68.34% de las personas mayores del Departamento de Antioquia pertenecen al régimen subsidiado de salud¹⁶.

2.6. COMPONENTE SOCIAL

Cuando se envejece se asocia este estado con un deterioro económico, físico y mental que genera una pérdida de autonomía, donde los parientes, familiares y amigos se consideran como fuente de apoyo directo. El apoyo social, entendido como todas aquellas formas de ayuda (material, emocional y de información) que ofrece la sociedad y que los individuos requieren en las diferentes etapas de su vida, se clasifica en familiar o de tipo informal, ofrecido por los miembros de la familia, vecinos, amigos o compañeros, residan o no con el anciano, y el apoyo institucional o de tipo formal, donde organismos públicos y privados asisten a la población, entre ellos se cuentan las instituciones de atención en salud, fondos de pensiones, grupos religiosos y humanitarios⁵⁹.

Las consecuencias sociales del envejecimiento han sido estudiadas por la gerontología social en múltiples formas, a saber⁷:

- Imagen de la vejez: fluctúa desde el autoconcepto o autoimagen hasta la imagen que otros puedan tener de él. La incorporación que una sociedad haga de un adulto mayor refleja el grado de desarrollo, no solo desde el punto de vista humanitario, sino también económico, social y mental.
- Incorporación social: existe un envejecimiento normal determinado por la creatividad, actividad, integración y autonomía, pero también se haya el envejecimiento patológico dado por la depresión, pasividad, aislamiento y dependencia.
- Derechos humanos de la vejez: en la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de Viena, Austria, en 1982, un grupo de personas viejas hizo este pronunciamiento con respecto a los derechos de todas las personas y por supuesto en la vejez: a una existencia física, a una existencia económica, a una existencia social, a una existencia cultural y a una existencia autodeterminada.

Tradicionalmente, el discurso político sobre el envejecimiento se ha construido sobre la base de la solidaridad y la defensa de los derechos humanos, mientras que el discurso sobre la modernidad se traza sobre los valores derivados de la competencia, la acumulación de capital, el consumo, el poder y el prestigio. En este contexto, los esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades de atención médica o social de los adultos mayores, no rebasan los límites de la caridad, el altruismo y la beneficencia pública, loables pero insuficientes².

- Factores de riesgo social: pérdidas de familiares, esfuerzos para evitar envejecer, consumo irracional de cosméticos e intervenciones quirúrgicas, aislamiento, ausencia

de confidentes, inactividad, inadaptación a la jubilación, insatisfacción con actividades cotidianas, pérdida de papeles sociales, institucionalización, condiciones materiales de vida, edad superior a los 75 años⁷.

Durante la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento y Salud realizada en España 2002, se determinó que existen cinco desafíos que la comunidad presente y futura deberá enfrentar: rápido envejecimiento de la población, discapacidad y la doble carga de la enfermedad, modificación de un paradigma desfasado, feminización del envejecimiento y las desigualdades respecto a o otros grupos poblacionales⁶⁰.

El rápido envejecimiento de la población en los países en vías de desarrollo va acompañado de espectaculares cambios: la urbanización, la migración de los jóvenes a las ciudades en busca de trabajo, el menor tamaño de las familias y un mayor número de mujeres que se vinculan al sector de trabajo formal significa que haya un menor número de personas disponibles para cuidar de los mayores. La exclusión y el empobrecimiento de las personas mayores suele ser fruto de las desigualdades estructurales de los países tanto en vías de desarrollo como desarrollados. Las desigualdades sufridas en los primeros años de la vida en el acceso a la educación, el empleo y la atención sanitaria y las que se basan en el género y la raza están relacionadas de manera crítica con la situación y el bienestar de la vejez. Aunque las mujeres cuentan con la ventaja de vivir más años, es más probable que sufran violencia doméstica y discriminación a la hora de acceder a la educación, los ingresos, la alimentación, a un trabajo gratificante, la atención sanitaria, la herencia, las medidas de seguridad social y el poder político. En consecuencia, aunque los países desarrollados se enriquecieron antes de envejecer, los países en vías de desarrollo están envejeciendo antes de que se produzca un aumento considerable de la riqueza⁶⁰.

2.6.1. Redes de apoyo social

Las redes de apoyo social con que cuenta el adulto mayor pueden dividirse de acuerdo a su naturaleza: las redes formales corresponden a entidades privadas o gubernamentales, instituidas dentro de las estructuras sociopolíticas del estado; las redes informales corresponden a grupos y asociaciones que funcionan con normas y reglamentos propios establecidos según el propósito y objetivo de su constitución, las redes de apoyo informal pueden ser primarias conformada por familiares y convivientes, y las secundarias conformadas por vecinos, amigos y parientes⁵².

El adulto mayor vive en un entorno en el cual coexisten aspectos positivos y negativos que pueden repercutir en la capacidad funcional del anciano y que se asocia con un incremento de la susceptibilidad para que éste desarrolle enfermedades, se accidente, pierda autonomía o muera. En lo concerniente a los aspectos negativos se encuentra: pérdida física o espiritual de un amigo, familiar o cónyuge; aislamiento y falta de comunicación; ausencia de confidentes a quien comunicar sentimientos significativos e íntimos; inactividad por el desarrollo de sentimientos de frustración; inadaptación a la jubilación por el paso brusco de una situación activa a otra pasiva e improductiva; insatisfacción con actividades cotidianas cuyo descontento genera irritabilidad; pérdida de papeles sociales que limitan su radio de acción; institucionalización por la desvinculación del medio familiar. En lo relacionado con los aspectos positivos se tienen: apoyo en caso de necesidad; aceptación como un miembro más de la familia; participación en la

discusión y solución de problemas de interés común; comprensión de conductas; y protección en caso de dependencia y limitaciones funcionales⁷.

2.6.2. La familia

La familia, como sistema social y como red de apoyo social informal cumple con dos funciones básicas a saber: la primera es asegurar la supervivencia, el bienestar físico, la suficiencia de alimento y vestido, y la seguridad a los miembros de ella; y la segunda, proporcionar los vínculos afectivos de los mismos miembros, juega un papel importante no solo en el proceso generador de las enfermedades sino en el de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas.

El apoyo familiar y social, las oportunidades para la educación y el aprendizaje durante toda la vida y las políticas de protección frente a la violencia y el abuso son factores fundamentales del entorno social que mejoran la salud, la independencia y la productividad en la vejez. Son considerados factores negativos: la soledad, el aislamiento social, el analfabetismo y la falta de educación, el abuso de los mayores, la explotación financiera y la exposición a situaciones de conflicto aumentan enormemente los riesgos de enfermedad mental, de discapacidad y de muerte prematura en las personas mayores. El aislamiento social en la vejez está relacionado con un declive de las capacidades físicas y mentales; la comunicación con los miembros de la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros y los grupos comunitarios es fundamental para la salud en todas las edades, ya que es más probable que las personas mayores pierdan a sus seres queridos y amigos y sean más vulnerables a la soledad, al aislamiento social y a la disponibilidad de un grupo social más reducido⁵⁹.

Los niveles bajos de educación y alfabetización correlacionan con un factor de mayor riesgo de discapacidad y muerte en las personas mayores. La educación en los primeros años de la vida, junto con las oportunidades de aprendizaje durante toda la vida, puede proporcionar a las personas mayores las aptitudes cognitivas y la confianza necesaria para adaptarse y seguir siendo independientes. Existen investigaciones donde se ha encontrado que a mayor nivel educativo menor riesgo de padecer enfermedad mental (demencia) y por cada año de educación se disminuye el riesgo de padecer la enfermedad en un 17%. Al igual que los jóvenes, los ciudadanos mayores necesitan de formación en las nuevas tecnologías agrícolas, la comunicación electrónica y otras recientes tecnologías. El autoaprendizaje, el aumento de la práctica y las adaptaciones físicas (como el uso de ordenadores con pantalla más grande) pueden compensar las pérdidas de agudeza visual, audición y memoria a corto plazo y así se constituyen las nuevas tecnologías en factores protectores o positivos²⁷.

Los cambios sociales que sufren los adultos mayores de hoy se refieren a que la ancianidad por sí sola no confiere estatus social, las sociedades industrializadas hablan de rol sin rol, es decir, el anciano ocupa una posición social pero sin obligaciones laborales que le representen un estatus económico y una vida digna, se le libera de un trabajo obligatorio pero pierde poder social, económico y laboral⁴⁴. En esta etapa de la vida, el desempeño de roles establecidos como marido, padre, trabajador se cambia por abuelo, viudo, jubilado, etc., y la familia como apoyo informal o las instituciones como apoyo formal, se convierten en el único sustento y satisfactor de las necesidades básicas, físicas, psíquicas y sociales del anciano⁵⁹.

Las personas mayores presentan un riesgo cada vez mayor de ser víctimas de violencia, pero las formas más comunes de violencia contra las personas mayores (sobre todo las mujeres) son la explotación financiera y el abuso de los mayores cometido por los miembros de la familia o por otros individuos (como los cuidadores institucionales) que son bien conocidos por sus víctimas⁵⁹.

Según la Red Internacional para la Prevención del Abuso de los Mayores, el hecho de abusar de los mayores es “un acto único o repetido, o la falta de medidas apropiadas que se produce dentro de cualquier relación donde hay una expectativa de confianza que causa daño o angustia a una persona mayor”. Se incluye el abuso físico, sexual, psicológico y económico, así como el desprecio, y es notorio que este tipo de abuso se denuncia muy poco en todas las culturas. Se trata de una violación de los derechos humanos y una causa importante de lesiones, enfermedades, pérdida de productividad, aislamiento y desesperación⁶⁰.

2.7. POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTECCIÓN Y SALUD

Desde el artículo primero de la Constitución Nacional se establece que la República de Colombia se funda en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las que la integran; y en su artículo 46, hace responsables al estado, a la sociedad y a la familia de la protección y asistencia a las personas de la tercera edad³¹.

En la formulación de Política Nacional de Salud Mental promulgada en mayo de 1998, que orienta y guía la implementación de los planes y programas de salud mental en el país, basándose en principios constitucionales en armonía con los fundamentos del Sistema de Seguridad Social y las políticas generales del sector; sustentó su existencia en una clara voluntad política de incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población, en aquellas etapas y acontecimientos cruciales del ciclo vital humano que requieren de espacios y de apoyo institucional para abordarlos de manera que beneficie al individuo, a su grupo familiar y social⁶¹.

En consonancia con las políticas públicas, el Departamento de Antioquia en su plan estratégico para los años 2001-2003, en la búsqueda de una sociedad equitativa (capítulo 1.1)⁶² propuso un modelo de desarrollo que supere la inequidad social, como camino expedito para lograr el acceso de oportunidades a toda la población, en especial a las personas más pobres o excluidas⁶², como los adultos mayores del departamento. Para ello consideró las tendencias mundiales, nacionales y departamentales en materia demográfica, destacando como la población del planeta tenderá a envejecer en especial los países en desarrollo como el nuestro. A nivel nacional, hacia el año 2020 la población adulta mayor tenderá a aumentar en términos porcentuales y la edad media de la población antioqueña será de 33.3 años (capítulo 4.5)⁶². Con el ánimo de brindar seguridad y bienestar a los ancianos institucionalizados, la Gobernación de Antioquia promulgó en el año 2000, la Resolución 10926.

La Administración Municipal actual, desde su plan de desarrollo valora la vejez como un proceso natural en el cual la riqueza cultural, la experiencia y la sabiduría del adulto mayor se ponen al servicio de la sociedad, para ello hace esfuerzos para la conservación, asistencia y reincorporación del anciano a la dinámica del desarrollo social, político, cultural, económico y ambiental de la ciudad. Este postulado es la base del programa

para adultos mayores o tercera edad de la ciudad de Medellín que lidera y coordina la Secretaría de Solidaridad, dependencia del área básica del Municipio de Medellín, que proporciona el mejoramiento de la calidad de vida, a través de los procesos de diagnóstico, proyección social y asistencia social, en coherencia con la política social, departamental y nacional⁶³.

La atención al adulto mayor de la ciudad de Medellín, se circunscribe en la línea estratégica de Cultura Ciudadana, cuyo objetivo es crear y sostener condiciones para que la ciudad se constituya en el escenario donde se forman en igualdad de condiciones, todos los ciudadanos para un democracia cimentada en la paz, la convivencia y la solidaridad; línea en la cual el programa de Justicia Social, un Compromiso Inaplazable, busca crear las condiciones para que los grupos poblacionales más pobres y vulnerables ingresen a la vida social y cultura de la ciudad y acceder preferencialmente a los bienes y servicios básicos para lograr una vida digna⁶³.

Esta investigación se inscribe en el programa de justicia social que adelanta la Administración Municipal a través de la Secretaría de Solidaridad, puesto que también busca rescatar y valorar los derechos del adulto mayor como una condición inevitable del ser humano, generar conocimiento sobre el entorno social y ambiental en que vive el adulto mayor como uno de los grupos poblacionales más vulnerables de la ciudad, y aportar fundamentos teóricos que apoyen la toma de decisiones , en cuanto a políticas públicas, programas y proyectos municipales.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Describir las características de calidad de vida: económicas, familiares, socio-demográficas, de seguridad social y de condiciones de salud de la población adulta mayor de la ciudad de Medellín en los años 1997, 2001 y 2002, que posibiliten la implementación de programas de promoción de la salud, prevención, atención y socialización del adulto mayor.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las características demográficas de la población adulta mayor de la ciudad de Medellín.
- Determinar la situación económica de la población adulta mayor de la ciudad de Medellín.
- Describir el perfil de morbilidad: sentida y por egresos hospitalarios de los ancianos de la ciudad.
- Analizar las causas de mortalidad de la población mayor de 65 años durante la última década registrada.
- Determinar el nivel de cobertura en el aseguramiento que brinda el Sistema General de Seguridad Social al adulto mayor, en la ciudad de Medellín.
- Analizar las redes de apoyo social que tiene el adulto mayor en la ciudad de Medellín.

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE ESTUDIO

Se desarrolló un estudio de tipo descriptivo, en el cual se abordaron algunas de las características y condiciones que conforman la calidad de vida de la población adulta mayor de la ciudad de Medellín. En conjunto, el estudio presenta componentes longitudinales y transversales; es longitudinal en aspectos relacionados con la morbilidad y la mortalidad de la población adulta mayor, por cuanto, en la morbilidad se hizo un análisis del período 1990 a 1997 de los egresos hospitalarios en la ciudad y para la mortalidad se realizó el análisis de los años 1990 a 1999; los componentes transversales, están constituidos por los aspectos demográficos, sociales, económicos y de seguridad social, los cuales se refieren a información de los años 1997, 2001 y 2002.

El estudio tuvo en cuenta en cada componente, variables de naturaleza cualitativa y cuantitativa que permitieron un análisis estadístico univariado, bivariado y multivariado, según el caso.

4.2. POBLACIÓN DE REFERENCIA

La población de referencia para el estudio sobre caracterización de la calidad de vida del adulto mayor, está conformada por las personas mayores de 65 años que viven en las 16 comunas la ciudad de Medellín, la cual es la tercera ciudad con más habitantes de Colombia, después de Bogotá y Cali, con una población adulta mayor de 65 y más años de 105.612 estimada por la Subdirección de Metroinformación, Departamento Administrativo de Planeación Municipal, para el año 2001, equivalente a un 5.7% del total distribuidas en un 2,1% (38.171) hombres y un 3.6% (67.441) mujeres⁶⁴

4.3. POBLACIÓN OBJETIVO

Para el análisis de cada componente, la investigación contó con diferentes poblaciones de fuentes diversas, complementados cada uno de ellos con la información obtenida a través de una encuesta telefónica realizada en el año 2002, que tomó como población objetivo los 6.498 adultos mayores de 65 o más años que poseían servicio telefónico en sus viviendas y estaba registrado su número en la base de datos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) realizada en la ciudad de Medellín en el año 2001, por el Departamento Administrativo de Planeación Municipal⁶⁵. En general, para las tasas específicas se tomó la población de la ciudad Medellín de 65 y más años a 30 de junio de 1985 y 1993 de los datos censales y los cálculos oficiales de la Subdirección de Metroinformación del Departamento Administrativo de Planeación⁶⁴; los cálculos de la población por grupos de edad fue obra de los autores, tomando el indicador de crecimiento promedio aplicado en las proyecciones oficiales. Estas fueron las poblaciones objetivo:

- **Componentes demográfico y económico:** se utilizó la ECV realizada por el Departamento Administrativo de Planeación Municipal de Medellín, quien utilizó un diseño muestral por conglomerados polietápico con representatividad por comuna en

los años 1997 (4.832 adultos mayores equivalentes al 6,5% de los 74.869 encuestados) y 2001 (7.296 adultos mayores equivalentes al 7,5% de los 99.230 encuestados)⁶⁵.

- **Condiciones de salud:** para el análisis de la mortalidad se utilizaron los certificados de defunción del DANE de la década 1990 a 1999 (56.560 adultos mayores fallecidos equivalentes al 34,9% de 162.050 defunciones registradas en la ciudad)⁶⁶; para la morbilidad por egresos hospitalarios se utilizaron los registros del Ministerio de Salud de los años 1990 a 1997 (177.121 egresos de adultos mayores equivalentes al 12% de 1.480.405 total de egresos hospitalarios)⁶⁷, y para la morbilidad sentida se encuestaron telefónicamente a 637 adultos mayores.
- **Componentes social y de seguridad social:** se realizó una encuesta telefónica a 637 adultos mayores seleccionados por muestreo sistemático aleatorio de los 6.498 registrados en la ECV del 2001 con número telefónico, además de la información de la ECV realizada por el municipio de Medellín en 2001⁶⁵.

4.4. MUESTRA

La muestra de adultos mayores para la encuesta telefónica fue obtenida mediante un muestreo probabilístico, sistemático aleatorio en población finita, constituida por los 6.498 adultos mayores registrados en la ECV realizada por el Departamento Administrativo de Planeación de Medellín en 2001 y cuyo número estaba registrado en la misma fuente.

- Es probabilístico, porque todas las personas con edades de 65 ó más años registradas en la base de datos de la ECV en Medellín del año 2001, tuvieron probabilidad de selección conocida y mayor que cero.
- Es sistemático aleatorio, porque la selección se realizó utilizando una fracción de muestreo que indicó la amplitud del intervalo con el que se seleccionaron las personas a encuestar.

4.5. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo del tamaño muestral, se utilizó la fórmula para una proporción en poblaciones finitas, con un nivel de confianza $1-\alpha=95\%$, una población de $N=6.498$ adultos mayores, un error del 4% y con $p= 0.5$ que permitió el mayor tamaño de la muestra:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 pq}{e^2 + \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 pq}{N}} = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.04)^2 + \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{6.498}} = 549 \text{ personas}$$

Donde:

- $Z_{1-\alpha/2}$: Es el coeficiente de la normal tipificada para un nivel de confianza dado.
- p: Es la proporción del fenómeno en la población
- q: Es el complemento de p, así, $q = 1 - p$
- e: Es el margen de error, precisión o tolerancia para las estimaciones de las mediciones.
- N: Tamaño de la población

Para efectos de controlar las presuntas pérdidas en la recolección de la información como no respuesta, números equivocados, fallecimiento o traslados del lugar de las unidades de análisis, la muestra se incrementó en un 16% el cual le confiere una potencia en las pruebas del 95%, por lo tanto el tamaño de la muestra fue de 637.

$$n_a = n * (1 + 0.16) \qquad n_a = 549 * (1.16) = 637 \text{ personas}$$

4.6. SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para el proceso de selección de la muestra sistemática aleatoria se procedió de la siguiente forma:

1. Se calculó una fracción (salto) de muestreo que se obtuvo de dividir la población objetivo (6498) por el tamaño de la muestra (637), el valor resultante fue la fracción de muestreo (9.4723) y esta fue la amplitud del intervalo o salto que se utilizó para seleccionar cada registro de la base de datos.
2. Para empezar el proceso de selección, se tomó un número aleatorio entre 1 y 10,20, (el número aleatorio fue 9.21) el registro número 9 se buscó en la base de datos de la ECV de Medellín año 2001, y esta fue la primera persona a encuestar.
3. El segundo adulto seleccionado fue el resultado de sumar el número aleatorio con la fracción de muestreo (9.21 más 9.4723), hasta completar el tamaño de la muestra; se continuó sumando el salto de muestreo tantas veces como fue necesario, hasta agotar la muestra.
4. Para los 250 reemplazos por número telefónico equivocado, cambio de residencia, muerte del adulto mayor o no estar dispuesto ni en condiciones de responder la encuesta, se repitieron los pasos 1,2,3 excluyendo los 686 iniciales.

4.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Para la selección de las unidades de muestreo, se tuvieron en cuenta algunas características, las cuales sirvieron como criterios de inclusión o exclusión de los adultos mayores. Dichos criterios fueron:

- Se seleccionaron de la base de datos de la ECV realizada en Medellín en 2001, los registros de las personas de 65 ó mas años y que tenían número telefónico. Según la cobertura de servicios públicos de la ciudad, en el año 1997 el 98% de las viviendas contaba con energía, acueducto, alcantarillado, telecomunicaciones y recolección de basuras; por esta razón se consideró que los registros de la ECV con éste servicio eran representativos para tomar la información de los adultos mayores.
- Al momento de llamar a las viviendas donde vivían los adultos mayores seleccionados, los encuestadores se encontraron con situaciones como: 1) la familia o persona mayor ya no vivía allí; 2) el número telefónico registrado no correspondía a la persona; 3) la persona no quiso responder la encuesta (por alguna discapacidad); 4) el anciano no quiso responder la encuesta; 5) el adulto mayor registrado había fallecido o 6) luego de tres (3) intentos no se pudo localizar al adulto mayor. Cuando algunas de estas situaciones se presentaron, se procedió a reemplazar la persona, dicho reemplazo se efectuó conservando el salto de muestreo determinado.

Para las fuentes de información secundaria se tomó como criterio de inclusión que fueran datos correspondientes a la ciudad de Medellín, en el período seleccionado y que fueran personas de 65 y más años.

4.8. FUENTES DE INFORMACIÓN

La presente investigación utilizó fuentes primarias y secundarias como medio para la obtención de la información de la población adulta mayor. Como fuente primaria utilizó la información recolectada a través de la encuesta telefónica, como fuente secundaria, utilizó la información de los adultos mayores de 65 o más años de la ciudad de Medellín, consignada en las diferentes bases de datos:

Fuente de información		Población o muestra	Componente Estudiado				
Código	Descripción		Demográf.	Económico	Social	Seguridad Social	Condiciones de Salud
F1	DANE – Censo Pobl.	N=105.612	X				
	DANE – Defunciones	N=56.560					X
F2	Planeación Municipal – ECV	N ₍₁₉₉₇₎ =4.832 N ₍₂₀₀₁₎ =7.296	X	X		X	
F3	Ministerio de Salud – Egresos Hospitalarios	N=177.121					X
F4	Encuesta telefónica	n=637	X	X	X	X	X

4.9. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

4.9.1. Variables del Componente Demográfico

Nombre de la variable	Rotulo	Nivel de medición	Valores asignados		Código Fuente de Información
Dirección	dir_res	Nominal			F2
Teléfono	tel_res	Nominal			F2
Barrio	Barrio	Nominal			F2
Numero de llamadas	Llamadas	Ordinal			F4
Quién responde la encuesta	Responde	Nominal	1	Adulto mayor	F4
			2	Otra persona	
Sexo (del adulto mayor)	Sexo	Nominal	1	Masculino	F2
			2	Femenino	
Años cumplidos	Edad	Razón			F2
Estado civil	Estado_civil	Nominal	1	Soltero	F2
			2	Casado	
			3	Viudo	
			4	Separado	
			5	Unión libre	
Nivel educativo alcanzado por usted	Niv_educativ	Ordinal	1	Ninguno	F2
			2	Preescolar	
			3	Primaria	
			4	Secundaria	
			5	Técnico-Tecnológico	
			6	Univerdidad sin título	
			7	Universidad con título	
			8	Postgrado	
Personas con las que vive	pers_vive	Nominal	1	Familiares	F4
			2	Amigos	
			3	Empleados	
			4	Solo(a)	

Nombre de la variable	Rotulo	Nivel de medición	Valores asignados	Código Fuente de Información
Número de hijos	num_hijos	Razón		F4

4.9.2. Variables del Componente Económico

Tipo de vivienda	tipo_vivien	Nominal	1 2 3 4	Casa Apartamento Cuarto Vivienda-Inquilinato	F2
Estrato socioeconómico de la Vivienda	Estrato	Ordinal	0 1 2 3 4 5 6	Estrato-0 Estrato-1 Estrato-2 Estrato-3 Estrato-4 Estrato-5 Estrato-6	F2
Material predominante de las paredes	mater_pared	Nominal	1 2 3 4 5 6 7	Bloque Tapia-Pisada Bahareque Madera-Burda Guadua-Cana Zinc-Tela Sin Paredes	F2
Material predominante del piso	mater_pisos	Nominal	1 2 3 4 5 6	Mármol Alfombra Baldosa Madera-Burda Cemento-Gravilla Tierra	F2
Material predominante del techo	mater_techos	Nominal	1 2 3 4 5	Teja Con Cielo Raso Sin Cielo Raso Paja Desechos	F2
Servicios públicos con los que cuenta la vivienda	ser_pub	Nominal	1 2 3 4 5 6 7	Energía Teléfono Gas Acueducto Alcantarillado Recolección de basuras Ninguno	F2
Tenencia de la vivienda	propieda_viv	Nominal	1 2 3 4	Propia Arriendo Ocupante Usufructo	F2
Ingresos mensuales	ingresos	Razón			F2
Fuente de ingresos económicos	fte_ingresos	Nominal	1 2 3 4 5 6	Ama de casa Sueldo Pensión / Jubilación Aportes familiares Renta Otra	F4
Ocupación u oficio	ocupación	Nominal	1 2 3 4	Empleado/Obrero Pensionado / Jubilado Ama de casa Desempleado	F4

Nombre de la variable	Rotulo	Nivel de medición	Valores asignados		Código Fuente de Información
Nivel de las condiciones económicas en su hogar respecto a las que tenía 5 años atrás	nivel_de_vi	Ordinal	1 2 3	Mejor Igual Peor Por qué?	F4
Sentimiento frente a su actual situación económica	aspec_emp	Ordinal	1 2 3 4	Muy bien Bien Mal Muy mal Por qué?	F4

4.9.3. Variables de las Condiciones de Salud

- Mortalidad

Nombre de la variable	Rotulo	Nivel de medición	Valores asignados		Código Fuente de Información
Sexo	sexo	Nominal	1 2 3	Masculino Femenino Ignorado	F1
Edad	edad	Razón			F1
Estado civil	estado_civil	Nominal	1 2 3 4 5	Soltero Casado Viudo Separado Unión libre	F1
Nivel educativo	niv_educativ	Ordinal	1 2 3 4 5 6 7 8	Ninguno Preescolar Primaria Secundaria Técnico-Tecnológico Universidad sin título Universidad con título Postgrado	F1
Sitio de defunción	Sitio	Nominal	1 2 3 4 5 6 7	Hospital/clínica Casa/domicilio Centro/puesto de salud Lugar de trabajo Vía pública Otro Sin información	F1
Régimen de seguridad social	Seg_social	Nominal	1 2 3 4	Contributivo Subsidiado Vinculado Ignorado	F1
Probable manera de muerte	Man_muerte	Nominal	1 2 3 4 5	Natural Suicidio Homicidio Accidente de tránsito Otro accidente	F1
Recibió asistencia medica durante el proceso que lo llevo a la muerte	energía	Nominal	1 2 3	Si No Ignorado	F1
Causa directa de la muerte	Cua_direct	Nominal			F1
Causas antecedentes	Cau_antec	Nominal			F1

- Morbilidad por Egreso Hospitalario

Nombre de la variable	Rotulo	Nivel de medición	Valores asignados		Código Fuente de Información
Sexo	sexo	Nominal	1 2	Masculino Femenino	F3
Edad	edad	Razón			F3
Número de días de permanencia en la institución	estancia	Razón			F3
Estado del adulto mayor al salir de la Institución	estado	Nominal	1 2 3 4	Mejor Igual o peor Muerto antes de 48 h Muerto después de 48 h	F3
Causa de morbilidad según CIE-9	causa	Nominal			F3

- Morbilidad Sentida

Nombre de la variable	Rotulo	Nivel de medición	Valores asignados		Código Fuente de Información
Su estado de salud en general es	Estado_salud	Ordinal	1 2 3 4	Muy bueno Bueno Malo Muy malo	F4
Durante los últimos doce meses tuvo que acudir a una institución de salud para su atención	Estuvo_hospi	Nominal	1 2	Si No	F4
Padecimiento de alguna enfermedad	enfer_cronic	Nominal	1 2	Si No	F4
Consulta periódicamente por esta Enfermedad	cons_periodi	Nominal	1 2 99	Si No No aplica	F4
Enfermedades que presenta Actualmente	Sist_enf	Nominal			F4
Tipo de tratamiento que sigue Actualmente	trat_actual	Nominal	1 2 3 4 5 99	Farmacológico Psicológico Rehabilitación Otro Ninguno No aplica	F4
Autonomía para realizar las actividades cotidianas	Auto_act	Nominal	1 2 3	Dependiente Parcialmente dependiente Independiente	F4
Ayudas ortopédicas funcionales que Utiliza	aparat_ort	Nominal	1 2 3 4 5 6 7 8	Anteojos Bastón Caminador Audífonos Silla de ruedas Muletas Ninguno Otro	F4
Aspectos que le producen mas tensión o preocupación	produc_tensi	Nominal	1 2 3 4 5 6	Familiares Legales Salud Económicos Otros Ninguno	F4

Nombre de la variable	Rotulo	Nivel de medición	Valores asignados		Código Fuente de Información
Cuando se enferma quien lo cuida	atenc_enf	Nominal	1 2 3 4 5 6	Familia Servicios de salud Amigos Vecinos Otros Ninguno	F4

4.9.4. Variables del Componente de Seguridad Social

Nombre de la variable	Rotulo	Nivel de medición	Valores asignados		Código Fuente de Información
Protección por una entidad de SGSSS	afilia_salud	Nominal	1	Si No	F2
Calidad de la afiliación al SGSSS	calid_salud	Nominal	1 2 3 4 5	Afiliado Beneficiario Subsidiado Particular Ninguna	F2
Razón principal por la cual no esta cubierto por una entidad de seguridad social en salud	razon_no_afi	Nominal	1 2 3 4 5 6 7	Falta de dinero Mucho trámite No le interesa No sabe si debe afiliarse No trabaja en empresa Espera el carne Otra razón	F4
Tiene carne del sistema de identificación de beneficiarios	tiene_sisben	Nominal	1 2	Si No	F4
Entidad que le brinda los servicios de Salud (cotizante, beneficiario o subsidiado)	Entidad_salud	Nominal	1 2 3 4 5 6 7 8 9	EPS / ARS Empresa Solidaria Caja Previsión Caja Compensación Regímenes especiales Particulares IPS Otra Ninguna	F4
Persona o entidad que paga mensualmente por la afiliación al SGSSS	Quien_paga	Nominal	1 2 3 4 5 6	Usted y empresa Solo usted Tiene pensión Solo empresa Familiar de afiliado No paga	F4
Esta afiliado a un fondo de pensiones	Fondo_pensi	Nominal	1 2 99	Si No No aplica	F4

4.9.5. Variables del Componente Social

Nombre de la variable	Rotulo	Nivel de medición	Valores asignados		Código Fuente de Información
Percepción sobre las relaciones con los familiares con los que vive	aspec_fam	Ordinal	1 2 3	Bien Regular Mal Por qué?	F4

Nombre de la variable	Rotulo	Nivel de medición	Valores asignados		Código Fuente de Información
Tipo de relaciones familiares	relac_fam	Nominal	1 2 3 4	Conflictivas Estables Ocasionales No se dan Por qué?	F4
Satisfacción con la ayuda familiar que recibe cuando tiene problemas	ayuda_fam	Ordinal	1 2	Si No	F4
Las decisiones importantes se toman en conjunto con la familia	decis_fam	Ordinal	1 2 3 4 99	Siempre Casi siempre A veces Nunca No aplica Por qué?	F4
Número de personas con quien comparte su habitación	hab_ind	Razón			F4
La mayor parte del tiempo la pasa con	festivos_junt	Nominal	1 2 3 4 5 6	Familia Amigos Vecinos Ancianos Solo Otro	F4
Participa en grupos sociales como	partic_soc	Nominal	1 2 3 4 5 6 7	Oración Grupos de la 3ª edad Acción comunal Programas hospitalarios Grupos políticos Otro Ninguno	F4
Cuando se siente deprimido el apoyo moral lo recibe de	apoyo_mor	Nominal	1 2 3 4 5 6 7	Familia Amigos-Vecinos Profesionales Oración Música Drogas Otro	F4
Capacidad de manejar su propio dinero?	Dinero	Nominal	1 2	Sí No	F4
Capacidad de hacer las compras solo (comprar la ropa o comida)?	Compras	Nominal	1 2	Sí No	F4
Capacidad de preparar la comida?	prep._comi	Nominal	1 2	Sí No	F4
Capacidad de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?	Vecindario	Nominal	1 2	Sí No	F4
Capacidad de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico?	Poner_aten	Nominal	1 2	Sí No	F4
Capacidad de recordar compromisos y acontecimientos familiares?	Compromisos	Nominal	1 2	Sí No	F4
Capacidad de administrar o manejar sus propios medicamentos?	Medicament	Nominal	1 2	Sí No	F4
Capacidad de andar por el vecindario y encontrar el camino de regreso a casa?	Cami_cas	Nominal	1 2	Sí No	F4
Capacidad de quedarse solo en la casa sin problemas?	Solo_casa	Nominal	1 2	Sí No	F4

Nombre de la variable	Rotulo	Nivel de medición	Valores asignados		Código Fuente de Información
Capacidad de bañarse	Bañarse	Nominal	1 2	Sí No	F4
Capacidad de tomar sus alimentos	Alimentos	Nominal	1 2	Sí No	F4
Capacidad de salir a la calle	Salir_calle	Nominal	1 2	Sí No	F4
Capacidad de tomar el bus / metro	Bus_metro	Nominal	1 2	Sí No	F4
Capacidad de cepillarse los dientes	Cepillarse	Nominal	1 2	Sí No	F4
Capacidad de subir y bajar escalas	Escalas	Nominal	1 2	Sí No	F4
Capacidad de vestirse	Vestirse	Nominal	1 2	Sí No	F4
Capacidad de peinarse	Peinarse	Nominal	1 2	Sí No	F4
Capacidad de realiza sus necesidades fisiológicas	Nece_fisio	Nominal	1 2	Sí No	F4

4.10. CONTROL DE SESGOS

Para el control de sesgos de la fuente de información primaria, se realizó una prueba piloto al formulario de recolección de información que se aplicó en la encuesta telefónica, la cual complementó la información ya suministrada en la ECV de Medellín en 2001. Con ella se probó la coherencia, claridad, pertinencia de las variables incluidas en el formulario, la correcta elaboración y categorización de las preguntas, la metodología de recolección, la facilidad de acceder a los adultos mayores, la estimación del tiempo de realización de cada una y la no respuesta. Igualmente, como medida de control se realizó una capacitación o estandarización a los encuestadores, en lo relacionado con la forma de abordar a las personas, de hacer las preguntas, diligenciar el formulario de datos, entre otras. Así mismo, los investigadores llamaron nuevamente a una fracción de personas entrevistadas, con el fin de corroborar la veracidad de la información recolectada.

Para controlar los posibles sesgos de las fuentes de información secundarias, se tomaron las bases de datos de entidades oficiales encargadas de dirigir, generar y controlar la información: DANE, Ministerio de Salud y Municipio de Medellín. También se procuró que los resultados tuvieran el rigor y tratamiento metodológico necesario y preciso para garantizar la confiabilidad y validez de la información

4.11. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se hizo un procesamiento automatizado, discriminado de la siguiente manera: para la tabulación y entrada de datos, se utilizó el programa Epi-Info versión 6.04d, en el cual se almacenó la información. A partir de esta base de datos se exportó la información a los programas SPSS versión 10 y Access para el análisis estadístico de los datos, manipulación y generación de cuadros de salida. De igual forma para la presentación de los informes se utilizó el procesador de texto Microsoft Word, y para la generación de gráficos, se trabajó con programas tales como Microsoft Power Point y Excel.

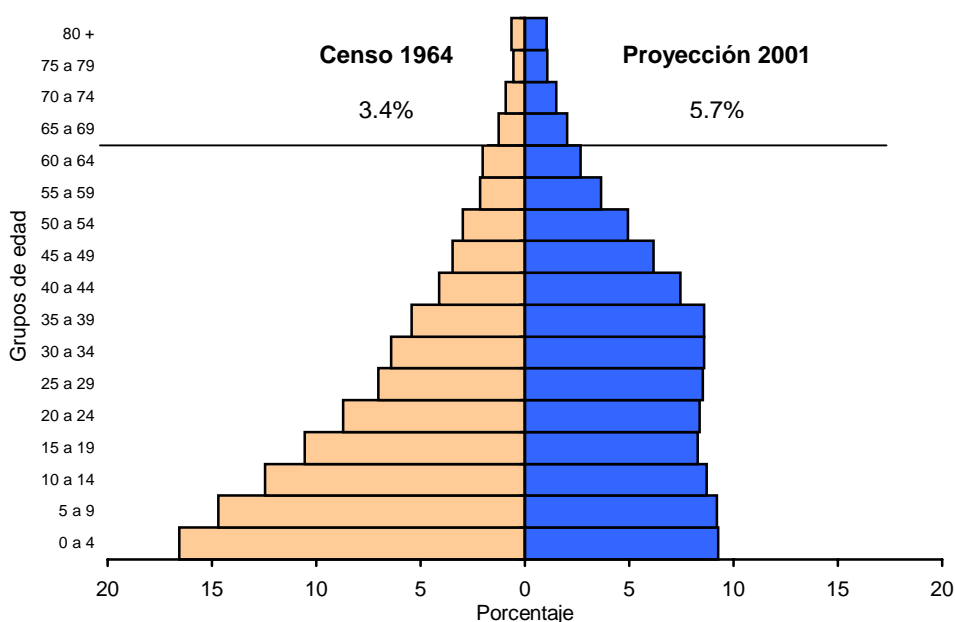
5. RESULTADOS

5.1. COMPONENTE DEMOGRÁFICO

En Medellín el envejecimiento poblacional aun no se ha traducido en un cambio considerable en el porcentaje de adultos mayores, pero si se observa un incremento gradual; situación que se constata al comparar la población de Medellín según el censo de 1964 con la proyección de población para el 2001, observándose la existencia de una disminución en los grupos de 5 a 19 años, permitiendo ver como la estructura poblacional se va reduciendo en los grupos menores de 30 años y expandiéndose en los grupos poblacionales mayores de 30.

Referente a la población adulta mayor (de 65 o más años) ha variado su aporte a la estructura poblacional en estos dos años, en el censo de 1964 constituían el 3.4% (26.271) y para la proyección de 2001 ascendía a 5.7% (112.110). El incremento de la población adulta mayor con respecto a la población total entre los años 1964 y 2001 fue del 168%. Figura 9.

Figura 9. Población total de Medellín para los años 1964 y 2001



Fuentes: DANE Censos de Población y Vivienda 1964 y 1993
Departamento Administrativo de Planeación Municipal, Proyección Poblacional 2001

La población escolar y juvenil (5-19 años de edad) de Medellín, presentó un marcado descenso entre 1964 y 2001, puesto que pasó de representar el 39% aproximadamente de la población a conformar el 25,5% de ésta, a esta situación han contribuido decididamente el descenso en las tasas de fecundidad y el aumento de la mortalidad en la

población joven y adulta joven. Por su parte, los grupos poblacionales de 30 a 64 años, y los de 65 y más años han venido presentando un aumento paulatino, es así como para el primer grupo el crecimiento es aproximadamente de un 2% en cada una de los grupos de edad comprendidos entre 35 y 54 años; para el segundo grupo, el crecimiento es de un 0.5% en cada grupo de edad comprendidos entre 65 y más años.

En el año 1964 la población de Medellín presentaba 87 hombres por cada 100 mujeres y en los adultos mayores habían 62 hombres por cada 100 mujeres; para el año 2001 habían 85 hombres por cada 100 mujeres en la ciudad en la población total y en adultos mayores el índice era de 58 hombres por cada 100 mujeres. Estos datos muestran como no ha variado la proporción en relación a la población general pero si se ha disminuido considerablemente la población masculina adulta mayor con relación a la femenina, donde la proporción de mujeres pasó de 23% en 1964 a 27% en el año 2001.

El índice de envejecimiento de la ciudad de Medellín para estos años, entendido como el grado de envejecimiento de la población a través del tiempo, mostró que por cada 100 personas menores de 15 años de la ciudad en el año 1964 existían 8 adultos mayores y en el año 2001 ascendió a 21.

Según la ECV del año 1997, en Medellín las mujeres representaban el 58.8% (2.843) y los hombres el 41.2% (1.989); para el año 2001 la proporción no varía constituyéndose en un 42% (3.103) de hombres y un 58% (4.293) de mujeres. Este cambio de composición poblacional, ha llevado a un cambio en la esperanza de vida, donde se pasó de tener 60 años a mediados del siglo XX, a estimar que para el 2005 será de 73.2 años, siendo más marcado este aumento en las mujeres.

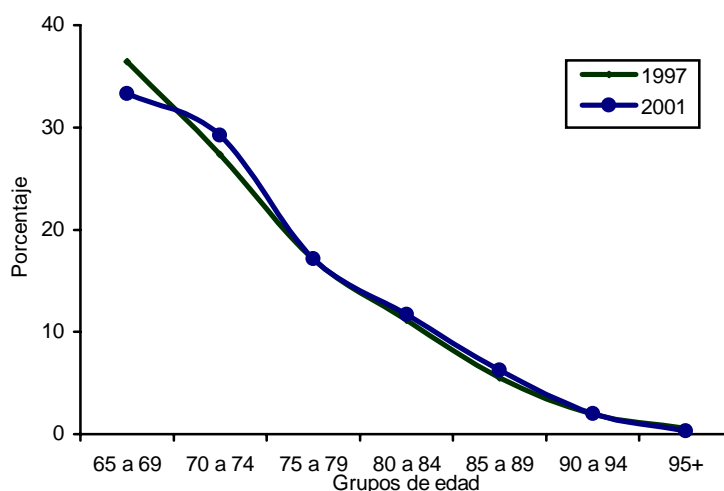
Tabla 2. Esperanza de vida de la población adulta mayor según sexo. Medellín, 1999

Edad	Total Medellín	Hombres	Mujeres	Edad	Total Medellín	Hombres	Mujeres
65	14,31	13,68	14,87	82	6,65	6,44	6,78
66	13,64	13,03	14,17	83	6,31	5,96	6,56
67	13,06	12,45	13,59	84	5,91	5,58	6,13
68	12,46	11,89	12,96	85	5,61	5,33	5,79
69	11,94	11,35	12,44	86	5,26	4,95	5,46
70	11,55	11,05	11,97	87	5,05	4,82	5,19
71	10,94	10,53	11,29	88	4,72	4,46	4,87
72	10,71	10,35	11,01	89	4,44	4,15	4,60
73	10,21	9,88	10,47	90	4,20	4,12	4,24
74	9,69	9,38	9,93	91	3,93	3,98	3,89
75	9,29	9,07	9,46	92	3,85	3,85	3,85
76	8,77	8,54	8,94	93	3,35	3,26	3,40
77	8,32	8,06	8,51	94	2,73	2,58	2,82
78	7,93	7,70	8,10	95	2,56	2,47	2,62
79	7,60	7,39	7,74	96	2,14	2,22	2,11
80	7,37	7,21	7,46	97	1,51	1,47	1,53
81	6,90	6,73	7,00	98	0,88	0,87	0,88

Según cálculo de los autores, una persona de la ciudad que llegara a los 65 años en 1999 tenía una esperanza de vida de 14.31 años, siendo mayor en el caso de las mujeres (14.9 años) con relación al total y a los hombres (13.7 años), diferencia que se mantiene por el resto de la vida. Tabla 2.

En promedio, la edad de los adultos mayores para los años 1997 y 2001 se comporta de forma similar. En 1997 la edad promedio fue 73.1 años con una desviación estándar de 6.9 años; el 68% de las personas se encontraba en un rango de edad de 66 y 80 años. Para el año 2001 la edad promedio fue 73.5 años con una desviación de 6.8 años, lo que significa que el 68% de los encuestados en este año se encontraba en un rango de edad entre 67 y 80 años. La mayor proporción de personas encuestadas se encontraban en el grupo de edad de 65 y 74 años, con un 63.7% (3.082) para 1997 y 62.5% (4.626) para el 2001. Figura 10.

Figura 10. Población adulta mayor según grupos de edad. Medellín, 1997 y 2001

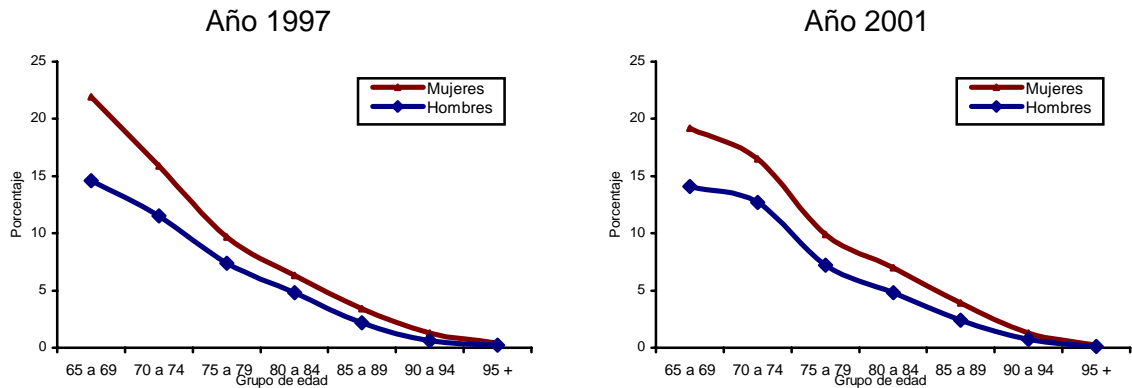


Fuente: Planeación Municipal, ECV 1997 y 2001

Discriminando la población según sexo, se encontró que para el año 1997, las mujeres sobrepasaban en un 50% a los hombres en el grupo de edad de 65 a 69 años y de 85 años en adelante; para el 2001 la ventaja se reduce al 36% en el grupo de 65 a 69 pero se aumenta de los 80 en adelante donde la diferencia alcanza el 88% . Figura 11.

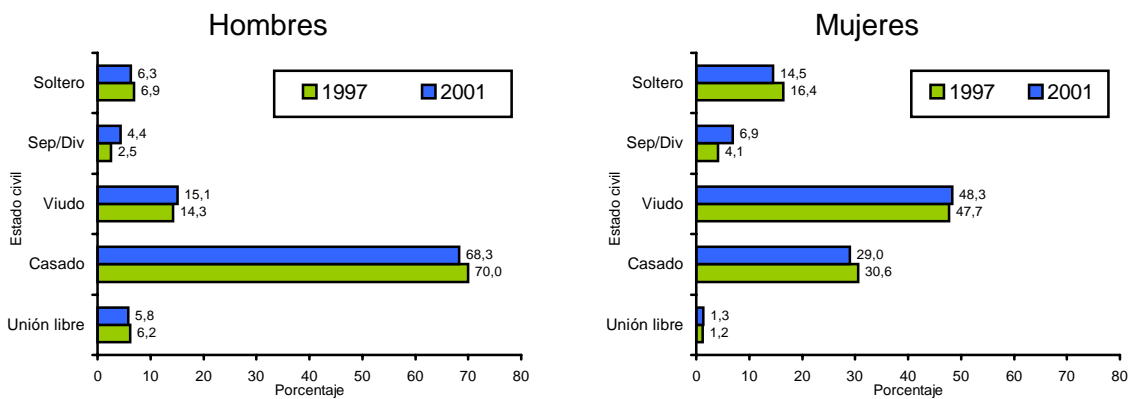
El estado civil de mayor proporción de los adultos mayores encuestados en los dos años de estudio es el casado, 46,9% (2.264) y 45,5% (3.365) respectivamente, seguidos de los viudos que no varían su aporte con 34% (1.642) y 34,4% (2.544), pero la condición civil que más variación registró es el separado que pasó de un 3.4% a un 5.9%. Llama la atención como el estado civil predominante en el hombre es el casado mientras para las mujeres el estado civil más común encontrado es viudas y en menor proporción casadas. Figura 12.

Figura 11. Población adulta mayor según grupos de edad por sexo. Medellín, 1997 y 2001



Fuente: Planeación Municipal, ECV 1997 y 2001

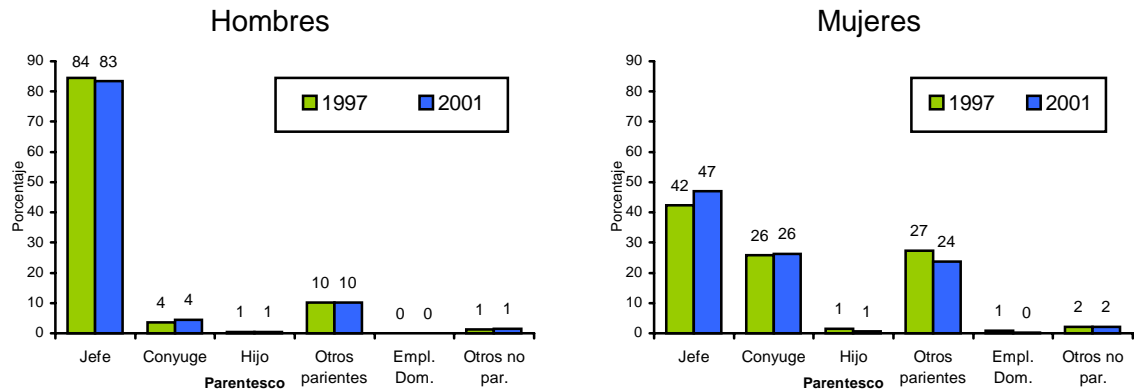
Figura 12. Población adulta mayor según estado civil por sexo. Medellín, 1997 y 2001



Fuente: Planeación Municipal, ECV 1997 y 2001

Cuando se investigó por el papel que desempeña el adulto mayor en su hogar, según la población total encuestada, se observó que estos eran jefes de hogar en un 59.7% (2.885), otros parientes en un 20.2% (976) durante el año 1997 y para el 2001, eran jefes de hogar en un 62.2% (4.604) y otros parientes un 18.1% (1.337). Al analizar la relación existente entre el hecho de ser mujer con el parentesco con el jefe del hogar, se encuentran discrepancias en cuanto a su situación frente a su esposo, hijos, sobrinos y demás miembros de la familia; ya se ha descrito como existen en la ciudad más adultos mayores del sexo femenino y su estado civil es primordialmente casadas o viudas, convirtiéndola automáticamente en cónyuge o tía a diferencia de los hombres que permanecen siendo jefes de hogar en su gran mayoría o siendo otro pariente, como en el caso de abuelo o suegro. Figuras 12 y 13.

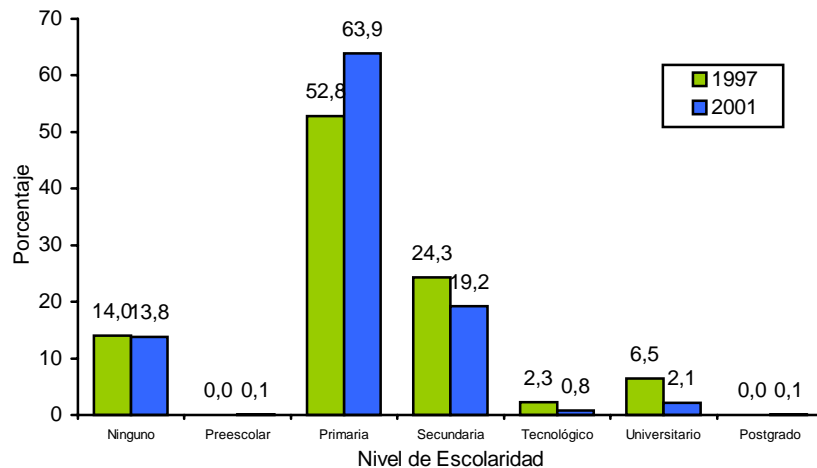
Figura 13. Población adulta mayor según parentesco con el jefe del hogar por sexo. Medellín, 1997 y 2001



Fuente: Planeación Municipal, ECV 1997 y 2001

Según el nivel de escolaridad alcanzado por los adultos mayores de la ECV, se halló que para el año 1997 el 52,9% (2.551) habían aprobado la primaria y el 24,3% (1.174) la secundaria. Para el año 2001 se encuentran grandes diferencias por cuanto bajó el grado de escolaridad al encontrar el 63,9% (4.726) con estudios aprobados de primaria y el 19,2% (1.419) de secundaria. Se evidenció un leve incremento en los estudios de posgrado alcanzado por los adultos mayores, ocho ancianos (cinco hombres y tres mujeres) encuestados en el 2001 manifestaron haber alcanzado este nivel. No hubo diferencias por sexo en el caso de no haber cursado ningún nivel. Figura 14.

Figura 14. Población adulta mayor según nivel de escolaridad. Medellín, 1997 y 2001

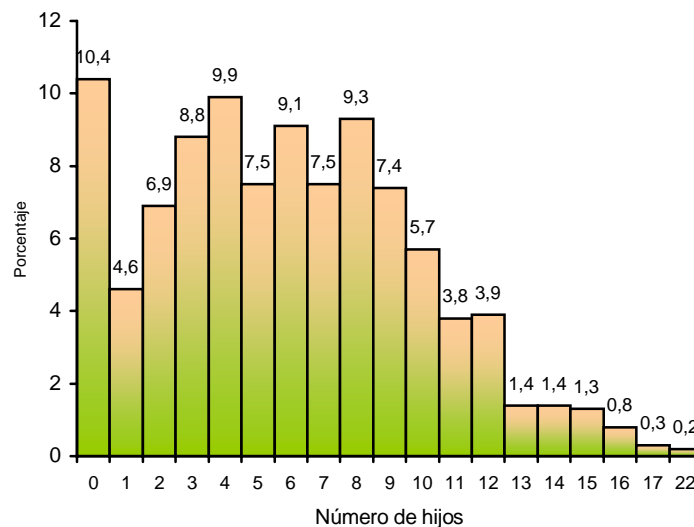


Fuente: Planeación Municipal, ECV 1997 y 2001

Dos de los aspectos demográficos que se recogieron en la encuesta telefónica realizada a los adultos mayores fueron el número de hijos de los adultos mayores y el número de personas con las que comparte la habitación el adulto. El primer aspecto da una idea del tamaño de la familia con la que vive el adulto, encontrándose que en promedio tienen 6

hijos, con una desviación estándar de 4 hijos, es decir, el 68% de los adultos mayores tienen entre 2 y 10 hijos; el 25% de los encuestados tienen 3 hijos o menos, el 50% tienen 6 hijos o menos y el 75% tienen 9 hijos o menos. Este número promedio de hijos se relaciona estrechamente con la tasa de fecundidad estimada por el DANE para el decenio 1950-1960, en el cual dicha tasa era de 6.76 hijos por mujer. Se realiza la comparación con este decenio, pues las adultas mayores de hoy, eran las mujeres que presentaban edades entre 18 y 28 años aproximadamente en dicha época. Figura 15.

Figura 15. Número de hijos del adulto mayor. Medellín, 2002



Con relación al segundo aspecto -número de personas con las que comparte la habitación-, se encuentra como el grado de hacinamiento en los hogares colombianos ha sido estudiado por las Encuestas de Hogares realizadas por el DANE, en ellas se considera que si una habitación es compartida por cinco personas o más se puede considerar como hacinados. En el caso del adulto mayor de la ciudad de Medellín y de acuerdo con el número de personas con las que comparte su habitación solo un 2,7% (11) manifestaron vivir con más de cinco personas en una misma habitación o en condiciones de hacinamiento; el 46,5% (296) comparten con una persona, el 5,3% (34) lo hacen con dos personas, el 2,2% (14) lo hacen con tres personas y el 44,3% (282) restante duermen solos en sus habitaciones.

Para hacer una descripción más detallada de cada componente se utilizó el análisis de componentes principales para datos categóricos, utilizando la cuantificación óptima (Optimal Scaling)⁸⁴ y el procedimiento PRINQUAL⁸³. Así se determinó dentro de cada componente de la investigación cuales eran las variables que mejor explicaban o más cargaban cada uno de ellos; inicialmente se tomó como criterio de selección el de Steven (1986) $(5.152 / \sqrt{n-2})$ para determinar cuales variables hacían parte de cada componente, pero el criterio era muy bajo, 0.204; con el fin de tener un aporte mayor de cada variable se decidió tomar como criterio las variables cuyos valores fueran mayores ó iguales a | 0.60 |.

Con este tratamiento de la información se encontró que las variables: quien responde la encuesta, estado civil, con quien vive el adulto mayor y número de hijos, son las que mejor explican el componente demográfico dentro de la población adulta mayor de la ciudad. Explicando en un 97% la variabilidad total de lo demográfico dentro de este grupo población.

5.2. COMPONENTE ECONÓMICO

Del total de adultos mayores registrados en la Encuesta Calidad de Vida durante 1997, el 44% manifestó no tener ningún ingreso mensual, el 50% recibía \$100.000 pesos o menos, equivalente al 58% de un salario mínimo legal vigente de ese año (SMLV \$172.005) y el 75% recibía \$180.000 o menos. Se deterioró el ingreso del adulto mayor en el año 2001, al registrar un 46% sin ingresos mensuales, el 50% recibía \$64.900 o menos, equivalentes al 23% de un salario mínimo legal vigente de ese año (SMLV \$286.000) y el 75% recibía \$286.000 o menos.

El ingreso mensual promedio de los adultos mayores en la ciudad de Medellín pasó de \$182.510, equivalentes a 1,06 SMLV de 1997 a \$196.537, equivalentes a 0,69 SMLV de 2001; es decir, los adultos mayores tuvieron una pérdida en sus ingresos del 65% en el año 2001 frente al 1997. También se observan diferencias cuando se analiza el ingreso mensual según sexo; mientras que en el año 1997 el 28% (372) de los hombres no recibían ningún ingreso, en promedio los adultos mayores recibían \$252.731 (1.47 SMLV), el 57% (889) de las mujeres no recibía ningún ingreso y en promedio recibían \$122.455 (0,71 SMLV). En el año 2001, el 30% (926) de los hombres adultos mayores no recibía ingresos mensuales y en promedio recibían \$281.901 (0,99 SMLV); en este mismo año, el 58% (2.478) de las mujeres no recibían ingresos y en promedio recibían \$134.836 (0,47 SMLV).

Al observar el índice de dependencia senil, se encontró que el número de personas en edad económicamente activas (15-64 años) que tienen que sostener a las personas económicamente inactivas considerados en este rango los adultos mayores, aumento en el 2001 con relación a 1997, pasando de 9.4 a 11.2 por cada 100 personas económicamente activas, en el año 2001; situación que es un poco mayor en las mujeres, donde existe una razón de dependencia de 12 por cada 100 mujeres. Tabla 3.

Tabla 3. Coeficiente de dependencia senil por sexo. Medellín, 1997 y 2001

Edad	Año 1997			Año 2001		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
De 15 a 64 años	22.613	28.532	51.145	29.932	36.099	66.031
De 65 años o mas	1.989	2.843	4.832	3.103	4.293	7.396
<i>Índice de dependencia senil</i>	8,8	10,0	9,4	10,4	11,9	11,2

Fuente: Planeación Municipal, ECV 1997 y 2001

Las condiciones de la vivienda del adulto mayor de la ciudad de Medellín fueron analizadas y comparadas en los dos años de aplicación de la Encuesta de Calidad de Vida, 1997 y 2001, pero no se encontraron diferencias significativas entre los dos años ni entre sus condiciones. En general, las viviendas de los adultos mayores encuestados, cuentan con servicios públicos, están construidas con buenos materiales y el 77% tienen

vivienda propia. Estas condiciones favorables reflejan hasta cierto punto una ventaja sustancial entre los adultos mayores que las poseen y aquellos que por no poseer servicio telefónico ni vivienda o ser desplazados no fueron incluidos en la ECV. Tabla 4.

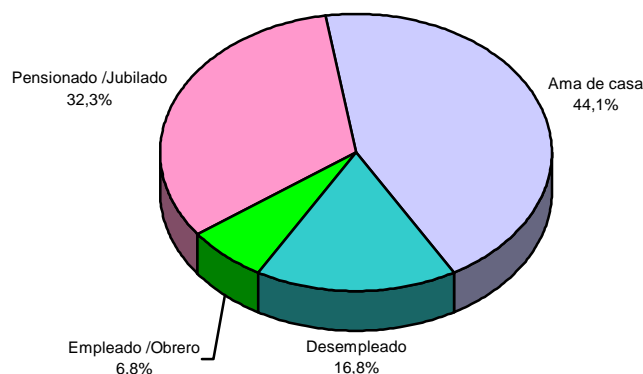
Tabla 4. Condiciones de la vivienda del adulto mayor. Medellín, 1997 y 2001

Condiciones	1997		2001	
	No.	%	No.	%
Paredes en ladrillo	4.614	96.4	7.214	97.5
Piso en baldosa	3.775	78.9	5.819	78.7
Acueducto de EE.PP	4.740	99.0	7.039	95.2
Alcantarillado de EE.PP	4.683	98.4	7.058	95.4
Recolectores de EE.VV	4.722	98.8	7.205	97.4
Vivienda propia	3.730	78.2	5.719	77.3
Vivienda arrendada	877	18.4	1.427	19.3

Fuente: Planeación Municipal, ECV 1997 y 2001

Para ampliar la discusión en el componente económico que rodea al adulto mayor de la ciudad de Medellín, se indagaron ciertos aspectos de esta índole en la encuesta telefónica, en la cual se averiguó sobre la ocupación u oficio actual y se encontró, que la mayoría de ellos tenían como ocupación u oficio el ser amas de casa el 44.1% (281), seguido por las personas pensionadas/jubiladas el 32.3% (206). Encontrándose como desempleados en ese momento el 16,8% (107) y eran empleados u obreros el 6,8% (43). Figura 16.

Figura 16. Ocupación u oficio de los adultos mayores encuestados. Medellín, 2002



Los adultos mayores encuestados presentaron como principal fuente de ingresos los aportes familiares y la pensión/jubilación representando el 41.1% para cada fuente de ingresos, se destaca además como una baja proporción de adultos tienen su sustento económico derivado en el sueldo (5.3%), situación explicable en el hecho que la jubilación se adquiere a partir de los 62 años para los hombres y los 58 para las mujeres. Igualmente, los adultos mayores consideran que su actual situación económica es peor comparada con la que tenían hace cinco años atrás (55.4%), seguido por un 32% de adultos que consideran que dicha situación se mantiene igual. Tabla 5.

Tabla 5. Principal fuente de ingresos de los adultos mayores . Medellín, 2002

Fuente de ingresos	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	5	0,8
Sueldo	34	5,3
Pensionado/jubilado	262	41,1
Aportes familiares	262	41,1
Renta	32	5,0
Otra	42	6,6
Total	637	100,0

Figura 17. Percepción del adulto mayor sobre las condiciones económicas en el hogar respecto a las de hace 5 años. Medellín, 2002

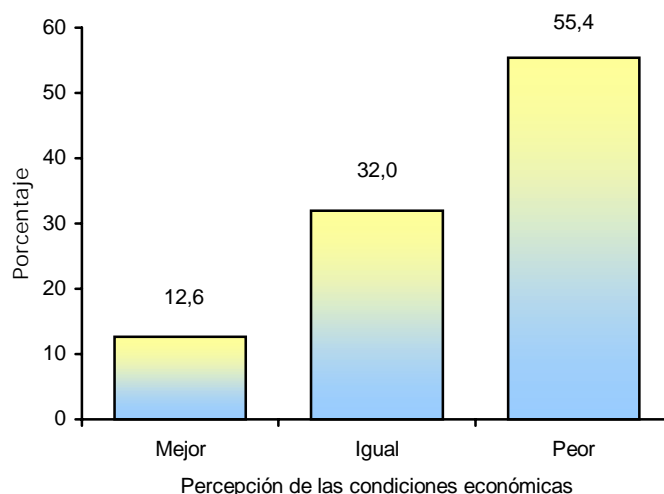


Tabla 6. Percepción del adulto mayor frente a su actual situación económica. Medellín, 2002

Como se siente	Frecuencia	Porcentaje
Muy bien	10	1,6
Bien	175	27,5
Mal	202	31,7
Muy mal	122	19,2
Regular	128	20,1
Total	637	100

Por otro lado, la mayor parte de adultos sienten que su actual situación económica es mala (31.7%), seguido por un 27.5% de adultos que sienten que dicha situación es buena. En términos generales no se observó una marcada inclinación frente a la actual situación económica por parte de los adultos mayores, en el sentido que no se halla un grupo inclinado predominantemente hacia lo bueno o lo malo de tal situación. Figura 17 y Tabla 6.

Según el análisis de componentes principales, en el componente económico, el material de los pisos de la vivienda, de donde toman el agua, que se hace con las basuras, tipo de servicios sanitarios, fuente de ingresos, ocupación de los adultos mayores, como son las condiciones económicas respecto a las que tenía hace cinco años y como se siente frente a la actual situación económica, son los ítems que explican en un 95% la variabilidad total del componente económico dentro de los adultos mayores. Observándose como las variables se agruparon según el aporte objetivo o subjetivo; es decir en dos factores se agruparon aquellas variables que proporcionan “condiciones objetivas” favorables como material del piso, ocupación, fuente de ingresos y tipo de servicios sanitarios, y en un factor mas se agruparon las “condiciones subjetivas” del adulto mayor frente a su situación como las condiciones económicas en su hogar respecto a cinco años atrás y como se siente el adulto mayor frente a su actual situación económica.

5.3. CONDICIONES DE SALUD

5.3.1. Mortalidad de la población adulta mayor

La mortalidad de la población adulta mayor de la ciudad de Medellín, fue analizada para la década 1990-1999, según los certificados de defunción registrados en la base de datos de la Subdirección de Metroinformación DANE.

De las 162.050 muertes registradas en la ciudad de Medellín durante los años 1990-1999, 56.560 (34.9%) correspondió a la población adulta mayor fallecida en ésta década. Las defunciones registradas de los adultos mayores en la ciudad de Medellín conservan una tendencia de crecimiento a lo largo de los años que va paralela al crecimiento poblacional registrado, con una tasa promedio de 57 adultos mayores por cada 1000 habitantes; la tasa más alta registrada fue la del año 1999 con 63 por cada 1000 habitantes adultos mayores, mientras que la mas baja se registró en el año 1991 con 50 fallecidos por cada 1000 personas del mismo grupo etáreo de la ciudad. Tabla 7.

Tabla 7. Defunciones en la población adulta mayor, según año. Medellín, 1990-1999

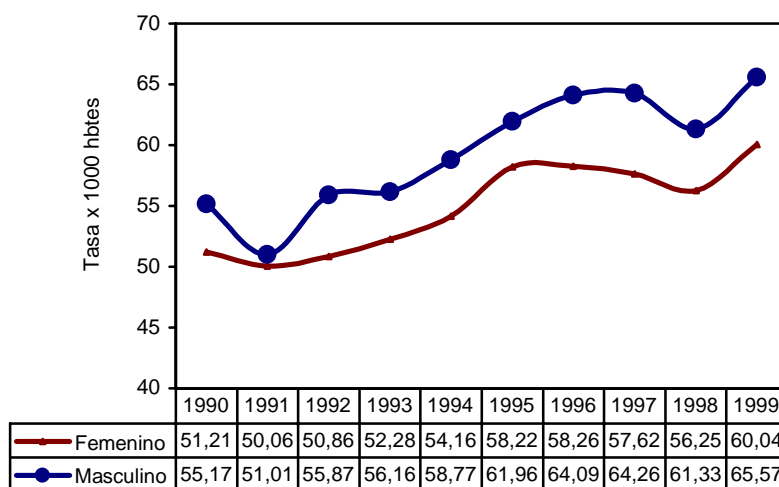
Año	Defunciones	Tasa x 1.000 hbtes
1990	4.972	52,99
1991	4.795	50,49
1992	5.105	53,11
1993	5.256	54,02
1994	5.537	56,23
1995	5.970	59,90
1996	6.143	60,87
1997	6.191	60,60
1998	6.051	58,53
1999	6.540	62,52
Total	56.560	57,05

Fuente: DANE. Registros de Defunción, 1990-1999

El incremento en las defunciones de los adultos mayores no ha sufrido una variación muy significativa, analizándolas año a año. El incremento porcentual del año 1999 frente al

año 1990 fue del 31.5%; el incremento mayor se dio en la anualidad de 1999 respecto al año anterior, con un 8% y durante el año 1991 hubo un decremento del 3.6% frente al año 1990. En promedio, las defunciones de los adultos mayores de la ciudad, sufren un incremento del 3.2% anual que si se conserva en el tiempo, se podría estar hablando que para el año 2005 las defunciones serían 7.901 frente a una población proyectada de 123.581 adultos mayores, lo que equivaldría a una tasa de 64 defunciones por 1000 adultos mayores de la ciudad.

Figura 18. Distribución de la mortalidad en la población adulta mayor por sexo y año. Medellín, 1990-1999



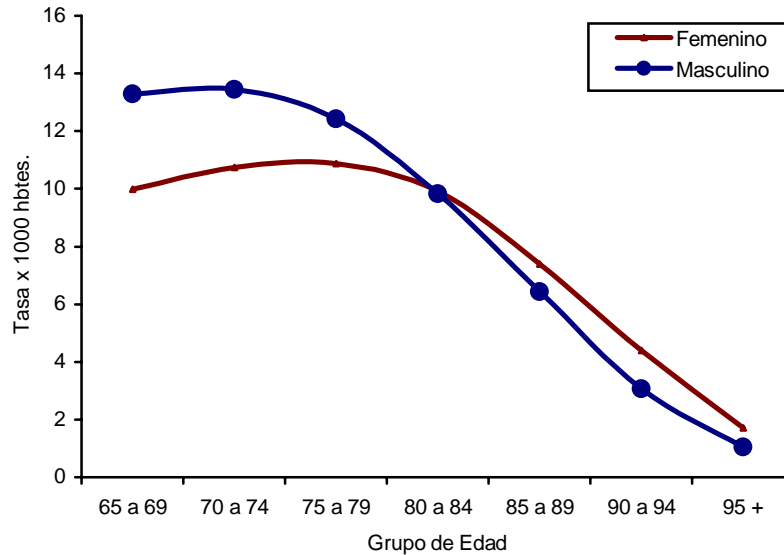
Fuente: DANE. Registros de Defunción, 1990-1999

Las 56.560 muertes registradas en la ciudad de Medellín durante los años 1990-1999 en la población adulta mayor, mostraron que por cada mil personas adultas mayores que vivieron en la ciudad durante este período de tiempo, fallecieron en promedio 57 de ellas y aunque proporcionalmente se distribuyen entre el 53.2% (30.062) del sexo femenino y 46.9% (26.498) del sexo masculino, en tasas promedio de mortalidad los hombres registraron 60 por cada mil adultos mayores y las mujeres 55 muertes por cada mil ancianas. Figura 18.

Al analizar la distribución de la mortalidad por edad en los adultos mayores de la ciudad de Medellín, durante los años comprendidos entre 1990 y 1999, se observó que la edad promedio de muerte fue de 77 años, la edad de 70 años es la que más se repite a lo largo de esta década, el 50% de los ancianos de la ciudad fallecen antes de los 78 años y el 75% lo hace antes de los 84 años de edad.

Por otro lado, al caracterizar la mortalidad de los adultos mayores de la ciudad de Medellín por grupos de edad, se observa que la tasa promedio más alta de mortalidad se registra en el grupo de 70 a 74 años donde 12 ancianos murieron por cada 1000 de los que vivieron en la ciudad en la década estudiada; el sexo masculino conserva en este grupo de edad la tasa promedio más alta con 13 ancianos fallecidos mientras que el sexo femenino registra una tasa media más alta en el grupo de 75 a 79 años con 11 fallecidas.

Figura 19. Tasas de mortalidad en la población adulta mayor por sexo y grupos de edad. Medellín, 1990-1999



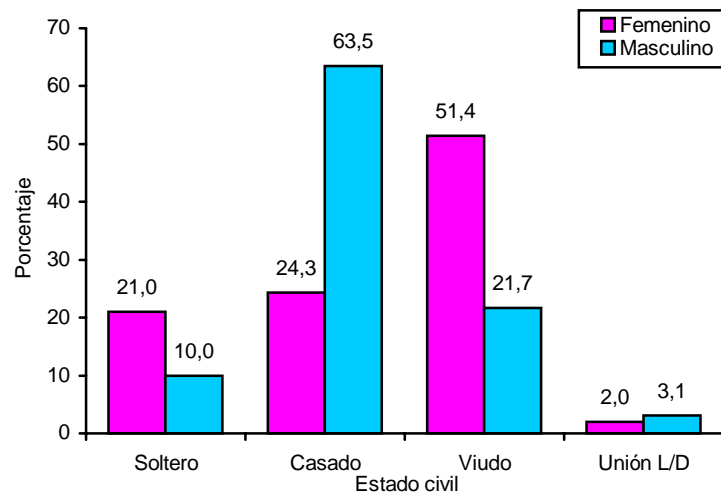
Fuente: DANE. Registros de Defunción, 1990-1999

La distribución de defunciones por sexo es muy similar, los datos muestran que el promedio de edad para el fallecimiento de las mujeres es a los 78 años, con una desviación estándar de 8.37 años, la edad promedio de 78 años coincide también con la edad que con más frecuencia fallecen las ancianas y con que el 50% de las mujeres mueren a esta edad o menos, el 25% fallecen de 71 o menos años y el 75% lo hacen de 84 o menos años. El 68% de las mujeres fallecen entre los 70 y los 87 años de edad, su distribución es homogénea con un 10.7% de variabilidad y su distribución no es normal ($p=0.000$). Figura 19.

En el caso de los hombres, el promedio de edad de muerte es de 76 años, con una desviación de 7.87 años; es a los 70 años cuando más frecuentemente fallecen los ancianos; el 25% lo hacen de 70 o menos años, el 50% de los adultos mayores fallecen de 76 años o menos y el 75% de 82 o menos años. El 68% de los hombres fallecen en las edades de 69 y los 84 años, su distribución es también homogénea con un 10.3% de variabilidad y no se halló normalidad ($p=0.000$).

En esta información no se observa diferencias importantes entre la distribución por edad de fallecimiento entre hombres y mujeres. Razón por la cual el análisis para determinar diferencias estadísticamente significativas entre la edad y el sexo se hizo utilizando la prueba no paramétrica U de Mann Whitney, la cual indicó como la mediana de la edad difiere significativamente entre hombres y mujeres ($p=0.000$).

Figura 20. Defunciones de la población adulta mayor por sexo y estado civil. Medellín, 1990-1999



Fuente: DANE. Registros de Defunción, 1990-1999

Analizando el estado civil de los 56.560 adultos mayores que fallecieron durante la década de 1990 a 1999 en la ciudad de Medellín, se encontró que el 42,3% (24.130) eran casados, siendo los hombres quienes más contribuyen a este porcentaje, y el 37,5% (21.204) eran personas viudas, presentando las mujeres una mayor proporción que los hombres. Si se analiza por sexo la distribución de las muertes en Medellín, según estado civil, se encuentra que el porcentaje de hombres casados sobrepasa al de las mujeres en un 230%; por otro lado, el porcentaje de mujeres viudas que fallecen sobrepasa al de los hombres viudos en un 268%. Además, de las muertes de adultos mayores solteros, las mujeres sobrepasaron a los hombres en un 238%. Figura 21.

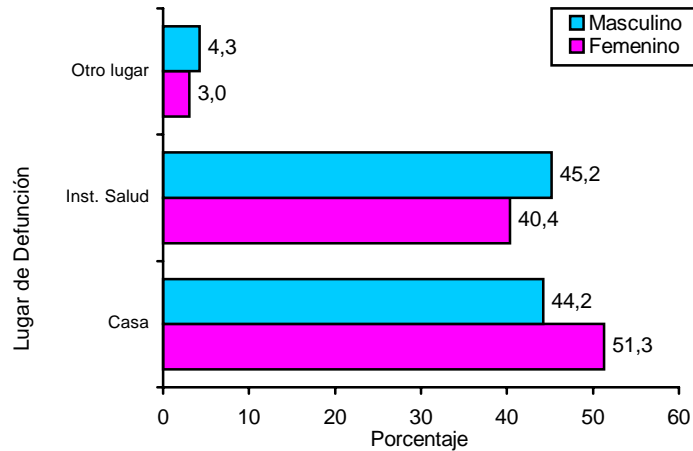
Para determinar la relación entre el estado civil y la edad, se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis al no hallar normalidad en la distribución de la edad. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre la mediana de la edad de los adultos mayores fallecidos y el estado civil de los mismos ($p=0.0000$); es decir, la edad mediana de los fallecidos viudos (80 años) es significativamente mayor a la edad de los fallecidos casados (74 años).

El lugar de defunción predominante en el adulto mayor es la casa o domicilio con un 48% (27.126) y en segundo lugar en una institución de salud como el hospital, clínica, puesto o centro de salud, en un 43% (24.115) de las veces; entre las mujeres el sitio de defunción más común fue la casa, con un 51,3% (15.410), mientras que en los hombres su deceso se registró en alguna institución de salud, con un 45,2% (11.978). Este resultado puede corresponder a la mayor severidad de la morbilidad que presenta el sexo masculino. Figura 21.

Al relacionar el lugar de defunción de los adultos mayores y la edad de los mismos al momento del fallecimiento, se encontró que la mediana de la edad difiere significativamente ($p= 0.0000$ Kruskal Wallis). La edad mediana de los fallecidos en la

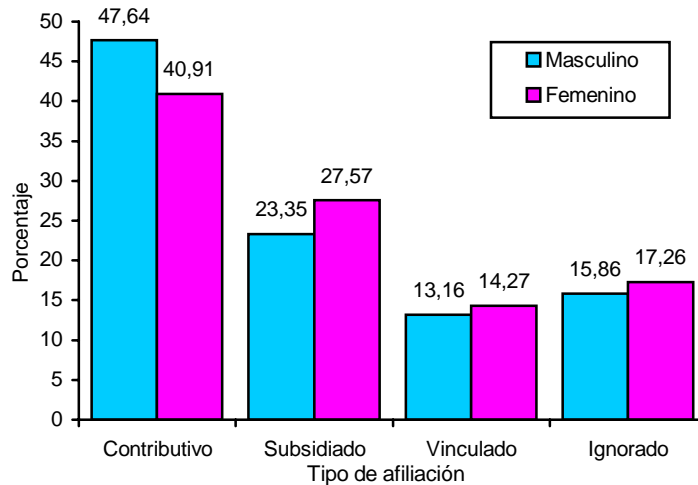
casa es significativamente mayor a la edad de los fallecidos en los demás lugares de defunción.

Figura 21. Defunciones de la población adulta mayor según sexo y sitio de la defunción. Medellín, 1990-1999



Fuente: DANE. Registros de Defunción, 1990-1999

Figura 22. Defunciones de la población adulta mayor por sexo según afiliación al Sistema de Seguridad Social. Medellín, 1998-1999



Fuente: DANE. Registros de Defunción, 1990-1999

Los adultos mayores fallecidos en la ciudad de Medellín durante los años de 1998 y 1999, que estaban afiliados al Sistema de Seguridad Social (SGSSS) a través del régimen contributivo representaban un 44,1% (5.407) y al régimen subsidiado un 25,6% (3.138). Aunque ambos sexos permanecen afiliados al sistema, se observa como el sexo masculino tiene una ligera ventaja sobre el sexo femenino, con un 71% de afiliación a ambos regímenes, superior en el contributivo, frente a un 68% de las mujeres. La menor proporción de afiliación al SGSSS por parte de las mujeres se debe a que la afiliación de estas se realiza más a través del régimen subsidiado, vinculado o ignorando su condición,

además de ser estas las que tienen menor acceso al campo laboral, e igualmente existe una alta proporción de viudas, lo que conlleva a que pierdan también la vinculación al sistema como beneficiarias. Figura 22.

- Mortalidad del adulto mayor según grupo de causa

Antes de analizar la mortalidad del adulto mayor, según los 56 grupos de causas, se debe aclarar que para el período 1990-1996 la Clasificación Internacional de Enfermedades era la novena revisión (CIE-9) con una población para este período de 681.291 adultos mayores; y para los años 1997-1999 se clasificó según la décima revisión (CIE-10) con una población de 310.149, lo que llevó a que algunos análisis se hicieran teniendo en cuenta estos períodos.

Tabla 8. Diez primeras causas de mortalidad de la población adulta mayor. Medellín, 1990-1996

Orden	Código CIE-56	Grupo de Causa*	Defunciones	%	% Acum	Tasa x 1000 hbtes
1	27	Enfermedad isquémica del corazón	7.339	19,43	19,43	10,77
2	32	Otras enfermedades del aparato respiratorio	5.557	14,71	34,14	8,16
3	29	Enfermedad cerebrovascular	3.774	9,99	44,13	5,54
4	9	Tumor maligno de otros órganos digestivos y del peritoneo	2.949	7,81	51,93	4,33
5	28	Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón	2.756	7,3	59,23	4,05
6	18	Enfermedades de las glándulas endocrinas, del metabolismo y trastornos de la inmunidad	2.063	5,46	64,69	3,03
7	34	Enfermedades de otras partes del aparato digestivo	1.898	5,02	69,71	2,79
8	10	Tumor maligno de órganos respiratorios e intratorácicos	1.630	4,31	74,03	2,39
9	26	Enfermedad hipertensiva	1.269	3,36	77,39	1,86
10	12	Tumor maligno de los órganos genitourinarios	1.177	3,12	80,51	1,73
		Demás causas	7.366	19,50	100,00	10,81
		Total	37.778	100,00		55,45

* Agrupado por 56 causas, según CIE-9

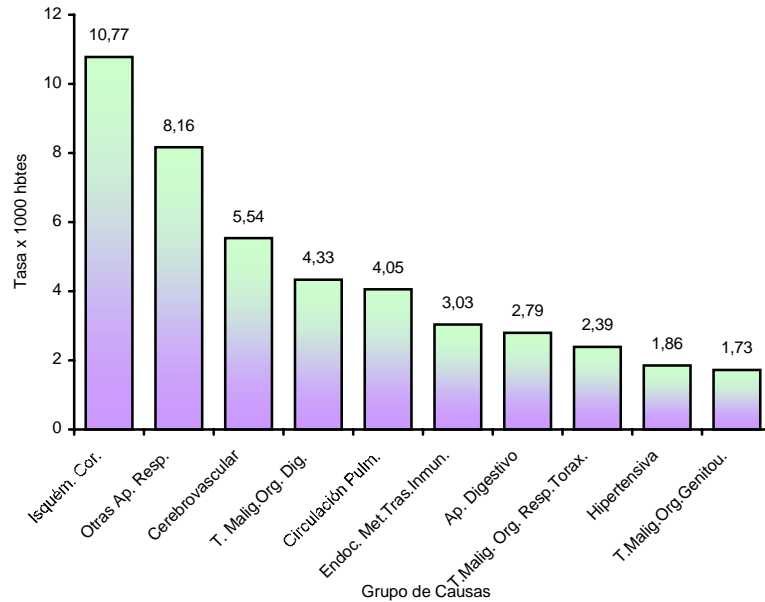
Fuente: DANE. Registros de Defunción, 1990-1999

Al distribuir la mortalidad según causa, se encontró que el 81% de las muertes de la población adulta mayor, durante el período de tiempo comprendido entre 1990 y 1996 agrupadas por los 56 grupos de causas, es explicada por 10 grandes grupos, los demás corresponden a muertes clasificadas como causas naturales (de origen biológico o bacteriano), el grupo de causa correspondiente a causas externas por accidentes de transporte aparece en la posición 15, con un 1.59% (600), siendo los hombres en un 71% de las veces las víctimas. Tabla 8.

Durante este tiempo, el grupo de causa de enfermedad isquémica del corazón registró un 19.4% (7.339) de fallecimientos, con una tasa promedio de 10,77 significando con ello que por cada 1000 adultos mayores que vivían en la ciudad entre los años 1990 y 1996, en promedio 11 murieron por enfermedad isquémica del corazón. En general, por enfermedades del aparato circulatorio fallecieron 34 adultos por cada 1000 habitantes en la ciudad y por neoplasias o tumores malignos en diferentes órganos del cuerpo

(digestivo, respiratorio, genitourinario) fallecieron 10 adultos por cada 1000 habitantes de este grupo poblacional.

Figura 23. Diez primeras causas de mortalidad de la población adulta mayor. Medellín, 1990-1996

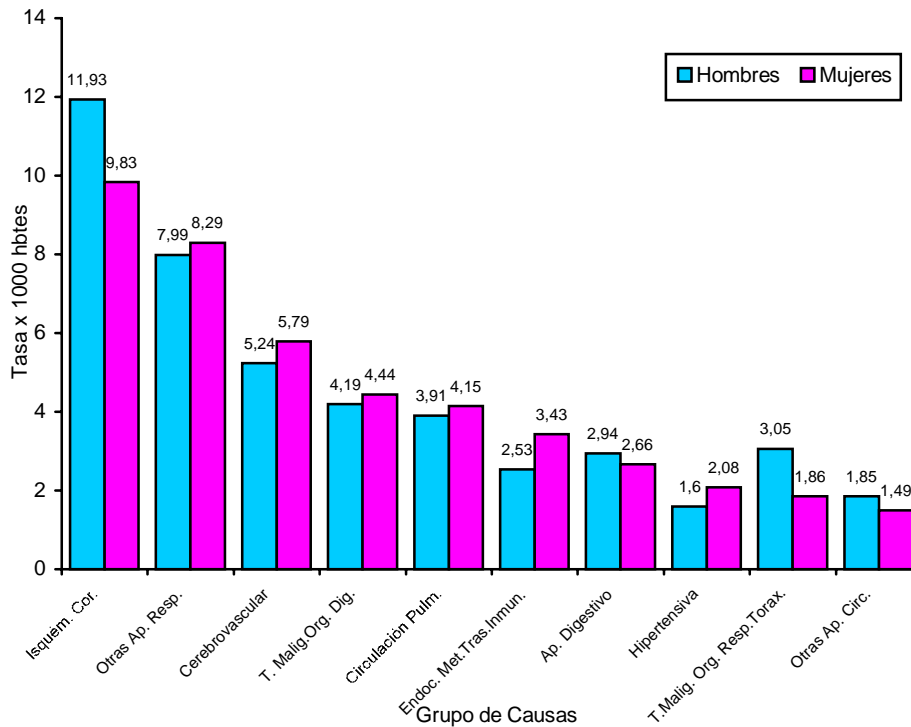


* Agrupado por 56 causas, según CIE-9
Fuente: DANE. Registros de Defunción, 1990-1999

La mortalidad de los adultos mayores distribuidos por las diez primeras causas entre la población masculina, mostró como en promedio un 20.7% (3.648) fallecen por enfermedad isquémica del corazón registrándose 12 fallecidos por esta causa en promedio, por cada 1000 hombres residentes en la ciudad de Medellín entre los años 1990 y 1996. Con un 18.3% (3.691) del total de muertes de la población femenina, se encuentra este mismo grupo como la principal causa de muerte, la tasa promedio para esta causa es de 10 ancianas por cada 1000 residentes en la ciudad. Figura 23.

Analizando las tasas de defunciones por 1000 habitantes en los diferentes grupos de causas por sexo, se encontró que la razón de mortalidad mayor es por accidente de transporte donde los hombres tienen 2.9 veces el riesgo de morir por esta causa que las mujeres; le siguen en su orden las defunciones por tumor maligno de los órganos genitourinarios donde los hombres tienen un riesgo de 1.8 veces que las mujeres; en el tumor maligno de órganos respiratorios e intratorácicos los hombres tienen un riesgo 1.6 frente a las mujeres. En el caso de las mujeres, éstas tienen un 4.9 veces el riesgo de morir por tumor maligno de los huesos, del tejido conjuntivo, de la piel frente a los hombres; por enfermedad de las glándulas endocrinas, del metabolismo y trastornos de la inmunidad tienen un riesgo de 1.4 veces y por enfermedad hipertensiva el riesgo es de 1.3 veces frente a los hombres que fallecen por la misma causa. Figura 24.

Figura 24. Diez primeras causas de mortalidad de la población adulta mayor según sexo. Medellín, 1990-1996



* Agrupado por 56 causas, según CIE-9
Fuente: DANE. Registros de Defunción, 1990-1999

Tabla 9. Diez primeros grupos de causas de mortalidad de la población adulta mayor, según grupo de edad. Medellín, 1990-1996

Grupo de Edad																				
65 a 69			70 a 74			75 a 79			80 a 84			85 a 89			90 a 94			95 y +		
C	D	%	C	D	%	C	D	%	C	D	%	C	D	%	C	D	%	C	D	%
27	1439	5,78	27	1620	8,89	27	1525	12,61	27	1248	17,27	27	879	24,10	32	503	32,91	27	164	31,91
32	910	3,65	32	1077	5,91	32	1112	9,20	32	1008	13,95	32	787	21,57	27	464	30,35	32	160	31,13
09	719	2,89	09	707	3,88	29	752	6,22	29	742	10,27	29	551	15,10	29	294	19,23	28	102	19,85
29	651	2,61	29	707	3,88	09	628	5,19	28	533	7,37	28	404	11,07	28	261	17,07	29	77	14,98
18	456	1,83	28	503	2,76	28	511	4,23	09	481	6,65	09	274	7,51	34	138	9,03	18	42	8,17
28	442	1,77	10	420	2,31	18	416	3,44	18	385	5,33	18	250	6,85	26	115	7,52	34	42	8,17
10	440	1,77	18	410	2,25	34	377	3,12	34	315	4,36	34	225	6,17	09	111	7,26	26	31	6,03
34	391	1,57	34	410	2,25	10	369	3,05	26	250	3,46	26	186	5,10	18	104	6,80	09	29	5,64
12	224	0,90	12	266	1,46	12	266	2,20	10	229	3,17	12	161	4,41	30	98	6,41	30	26	5,06
13	214	0,86	26	252	1,38	30	254	2,10	30	219	3,03	30	146	4,00	35	74	4,84	03	25	4,86

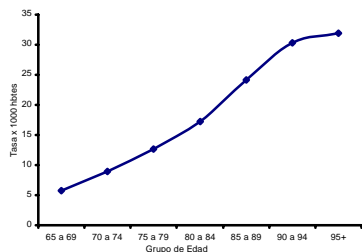
C: Código CIE-9 por 56 causas D: Defunciones %: Tasa por 1000 habitantes
Fuente: DANE. Registros de Defunción, 1990-1999

Al analizar la mortalidad del adulto mayor de la ciudad de Medellín por grupo de edad, durante el período de tiempo de 1990 a 1996, se halló que la enfermedad isquémica del corazón es la principal causa de muerte en las personas, con una quinta parte de las defunciones en todos los grupos de edad adulta mayor, con excepción del grupo de edad de 90 a 94 años donde la causa es otras enfermedades del aparato circulatorio, que es a

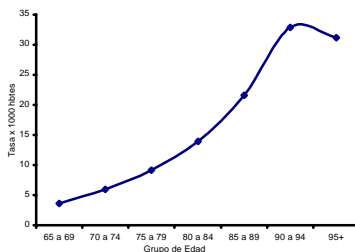
su vez la segunda causa de mortalidad en todos los grupos analizados. Las causas que conforman el grupo de las enfermedades cerebrovasculares ocupan el tercer lugar en las edades comprendidas entre 75 y 94 años, y es el cuarto grupo de causas para las edades de 65 a 74 años y en los mayores de 95. Tabla 9 y Figura 25.

Figura 25. Primeros grupos de causas de mortalidad de la población adulta mayor, por grupo de edad. Medellín, 1990-1996

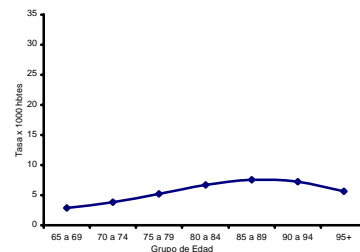
27 - Enfermedad isquémica del corazón



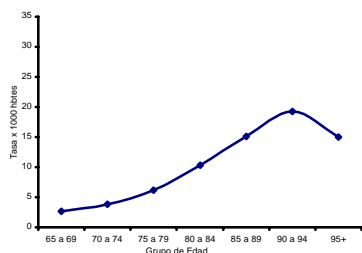
32 - Otras enfermedades del aparato respiratorio



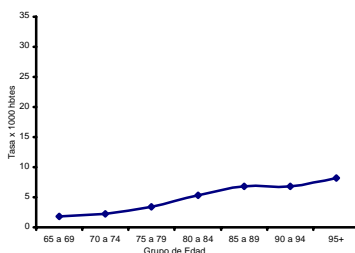
09 - Tumor maligno de otros órganos digestivos y del peritoneo



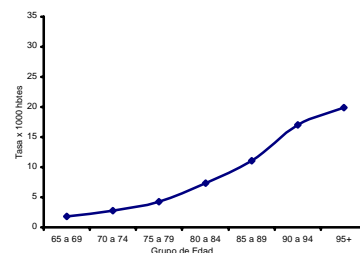
29- Enfermedad cerebrovascular



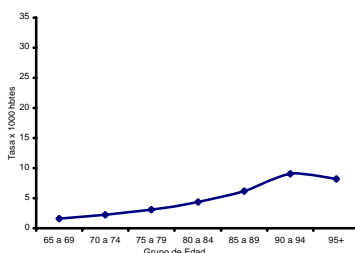
18- Enfermedades de las glándulas endocrinas, del metabolismo y trastornos de la inmunidad



28- Enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón



34 - Enfermedades de otras partes del aparato digestivo



* Agrupado por 56 causas, según CIE-9
Fuente: DANE. Registros de Defunción, 1990-1999

El grupo conformado por las enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón, son responsables de la tercera causa de defunción en los mayores de 95 años, y están ubicadas en cuarto lugar en el grupo de edad de 80 a 94 años, para el grupo de edad de 70 a 79 años esta causa ocupa el quinto lugar en las

defunciones registradas ante el DANE. La mortalidad por causa de tumor maligno de otros órganos digestivos y del peritoneo se ubica en el tercer lugar en el grupo de 65 a 74 años, en el grupo de 75 a 79 están en la cuarta posición, en la quinta para el grupo de 80 a 89, en la séptima en los de 90 a 94 años y en la octava en los mayores de 95 años.

- Mortalidad del adulto mayor según causa

La distribución de la mortalidad específica por causa en la población adulta mayor de Medellín, fue analizada según la décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) partiendo de la base de datos del DANE, mediante el registro del certificado de defunción, para los años comprendidos entre 1990 y 1999. Durante esta década se observa que las primeras diez causas de mortalidad están constituidas por las enfermedades crónicas y degenerativas para este grupo de edad, conservando el primer lugar el infarto agudo del miocardio, seguido por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el tumor maligno de los bronquios y del pulmón, durante los diez años de estudio. Tabla 10.

Tabla 10. Diez primeras causas específicas de mortalidad de la población adulta mayor. Medellín, 1990-1999

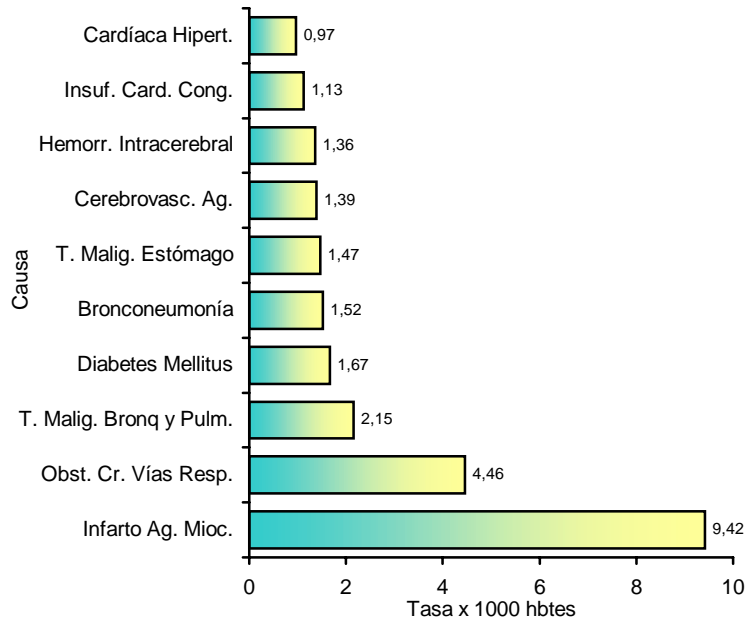
Orden	Código	Causa*	Defunciones	%	% Acum	Tasa x 1000 hbtes
1	4100	Infarto agudo del miocardio	9.344	19,79	19,79	9,42
2	4960	Obstrucción crónica de las vías respiratorias no clasificada en otra parte	4.424	9,37	29,15	4,46
3	1629	Tumor maligno bronquio y pulmón sin otra especificación	2.128	4,51	33,66	2,15
4	2500	Diabetes mellitus sin mención de complicación	1.655	3,50	37,16	1,67
5	4850	Bronconeumonía, organismo causal no especificado	1.511	3,20	40,36	1,52
6	1519	Tumor maligno del estómago parte no especificada	1.462	3,10	43,46	1,47
7	4360	Enfermedad cerebrovascular aguda pero mal definida	1.383	2,93	46,39	1,39
8	4310	Hemorragia intracerebral	1.346	2,85	49,24	1,36
9	4280	Insuficiencia cardíaca congestiva	1.125	2,38	51,62	1,13
10	4029	Enfermedad cardíaca hipertensiva no especificada como benigna ni como maligna	964	2,04	53,66	0,97
		Demás causas	31.218	55,19	100,00	31,49
		Total	56.560	100,00		57,05

* CIE-10 a cuatro dígitos

Fuente: DANE. Registros de Defunción, 1990-1999

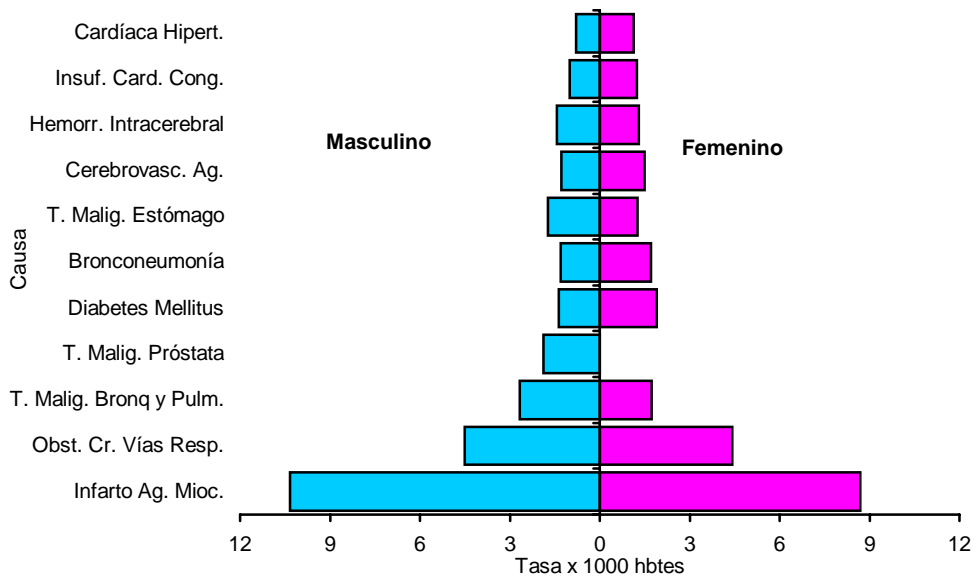
La diabetes mellitus, la bronconeumonía y la enfermedad cerebrovascular aguda, se intercalan en el cuarto y quinto puesto; pero el tumor maligno del estómago y la hemorragia intracefálica tienen su repunte a partir del año 1997 desplazando las causas del cuarto y quinto puesto, respectivamente. Aunque en estas modificaciones en el orden de importancia de las causas de muerte influye la participación relativa ante descensos en la incidencia y letalidad de otras causas competitivas de mortalidad, se nota concordancia con el patrón de la transición epidemiológica que registra la población, durante estos años. Figura 26

Figura 26. Diez primeras causas de mortalidad de la población adulta mayor. Medellín, 1990-1999



* CIE-10 a cuatro dígitos
Fuente: DANE. Registros de Defunción, 1990-1999

Figura 27. Primeras causas de mortalidad de la población adulta mayor por sexo. Medellín, 1990-1999



* CIE-10 a cuatro dígitos
Fuente: DANE. Registros de Defunción, 1990-1999

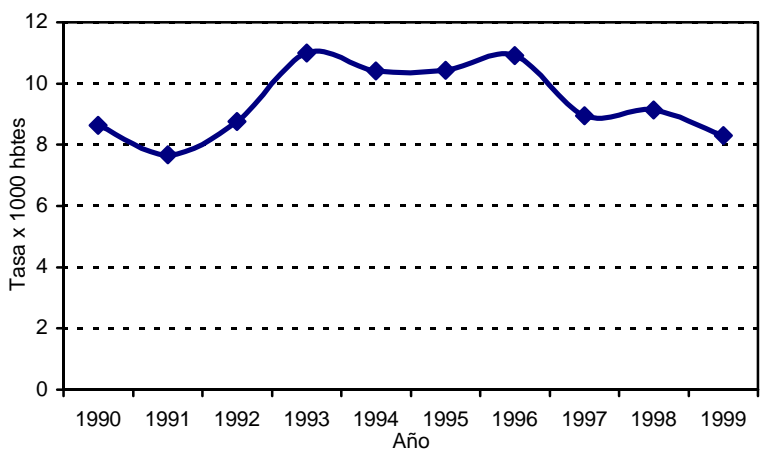
Las causas de muerte no son determinantes para un solo sexo, a excepción de aquellas propias de su condición biológica como tumor maligno de la próstata. En las demás las diferencias en las tasas promedio por 1000 habitantes, son relevantes a lo largo de los diez años analizados; en la causa tumor maligno de los bronquios y del pulmón es superior el promedio de los hombres sobre las mujeres en un 55%, el tumor maligno del estómago con un 38% y el infarto agudo del miocardio con diferencia del 19% en favor de los hombres. Figura 27.

Por cada mujer adulta mayor que falleció en estos diez años en la ciudad de Medellín lo hicieron 1.08 hombres; las mujeres duplicaron a los hombres en las causas de muerte: enfermedad cardiaca hipertensiva con un 45% promedio superior a los hombres, diabetes mellitus con un 39%, bronconeumonía con un 30%, insuficiencia cardiaca congestiva con un 24%. Como se puede observar, los hombres fallecieron más por neoplasias o tumores malignos en diferentes partes del organismo, mientras las mujeres lo hicieron por causas crónicas de mayor latencia durante su ciclo vital.

- Cinco primeras causas de mortalidad en el período 1990-1999

Para el análisis temporal, se tomaron las cinco primeras causas de mortalidad de la población adulta mayor de la ciudad de Medellín para la década de 1990-1999. La primera causa de mortalidad detectada es el Infarto Agudo del Miocardio (IAM) con un promedio de muertes por mes de 77.87, una desviación estándar de 15.98 y una tasa promedio de 9.5 defunciones por 1000 habitantes. Figura 28.

Figura 28. Mortalidad de la población adulta mayor por infarto agudo de miocardio. Medellín, 1990-1999



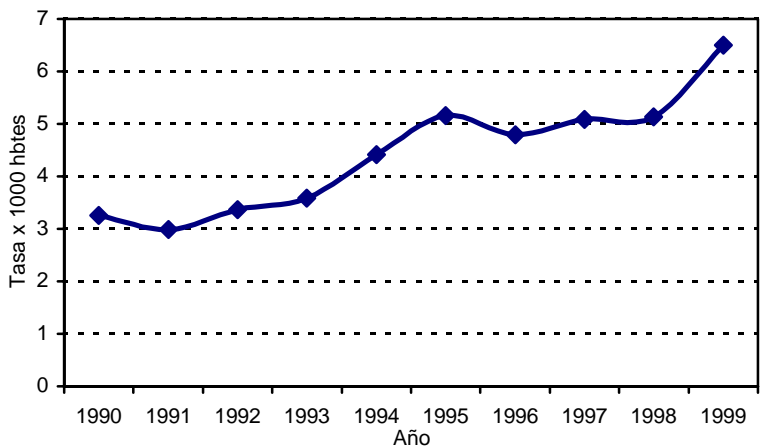
Fuente: DANE. Registros de Defunción, 1990-1999

Al mirar el comportamiento de las tasas de mortalidad año a año, por esta causa, no se nota una tendencia marcada al cambio puesto que se observa un leve crecimiento hasta 1993; hasta el año 1996 se estabiliza y de allí en adelante decrece mostrando una tendencia a la baja. Debido a que no pudo establecerse una tendencia en la serie, se busca la presencia de otro componente para lo cual se procedió a desestacionalizarla. Esto es, a buscar fluctuaciones periódicas y bastante regulares que se presentan durante un año. De esta forma se observa como en los meses de diciembre y enero se presentan

más muertes por esta causa, lo que sugiere un componente estacional donde año tras año durante estos dos meses, la tasa de mortalidad es más elevada que los otros diez meses.

Como segunda causa de muerte en la población adulta mayor de la ciudad de Medellín, se encontró la obstrucción crónica de las vías respiratorias no clasificada en otra parte, con un promedio de 36.87 casos por mes, una desviación estándar de 13.3 y una tasa promedio de 4.5 defunciones por cada 1000 habitantes. Esta causa muestra un comportamiento ascendente en ocho de los diez años estudiados, durante los años 1991 y 1996 la disminución no fue significativa y continuó su ascenso del 99.4% de 1990 a 1999. El mes de diciembre es el que muestra mayor número de fallecidos por esta causa y febrero el que menos registra, estas fluctuaciones muestran que la serie no presenta un comportamiento estacional, sino tendencia constante de crecimiento. Figura 29.

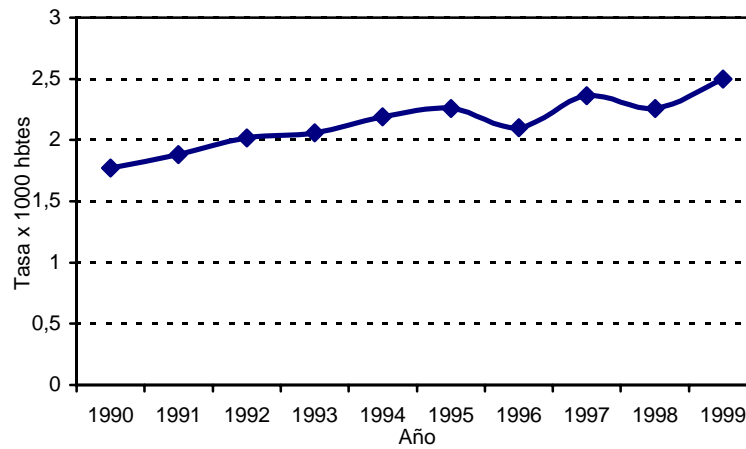
Figura 29. Mortalidad de la población adulta mayor por obstrucción crónica de las vías respiratorias no clasificada en otra parte. Medellín, 1990-1999



Fuente: DANE. Registros de Defunción, 1990-1999

El tumor maligno de los bronquios y los pulmones sin otra especificación, es la tercera causa de muerte de la población adulta mayor de la ciudad de Medellín, en la década 1990-1999, presentó un promedio de casos de mortalidad por mes de 17.73 defunciones, una desviación estándar de 5.26 y una tasa promedio de 2.2 muertes por cada 1000 habitantes adultos mayores de la ciudad, en ese período. Esta causa presenta un comportamiento casi lineal, no se percibe incremento o decremento significativo en la serie, por tal razón se busca algún componente de estacionalidad y se halla que durante los meses de mayo a agosto se presentan las mayores fluctuaciones en la serie. Es decir, estos meses presentan mayores proporciones de defunciones con relación a los demás meses del año; la serie en general presenta comportamiento estacional. Figura 30.

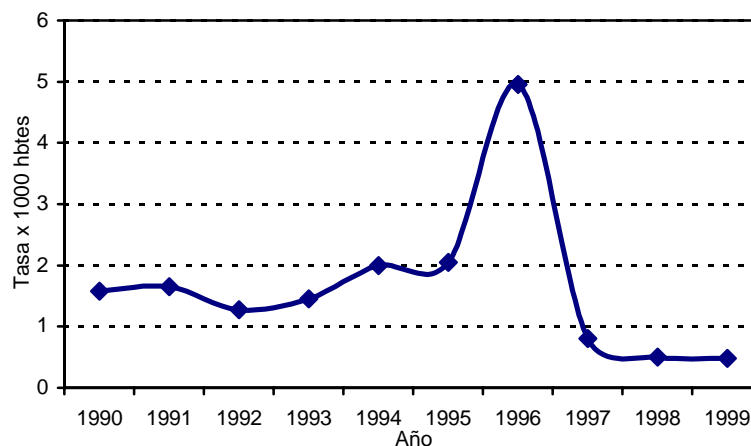
Figura 30. Mortalidad de la población adulta mayor por tumor maligno bronquio y pulmón sin otra especificación. Medellín, 1990-1999



Fuente: DANE. Registros de Defunción, 1990-1999

La mortalidad por causa de diabetes mellitus sin mención de complicación, es la cuarta causa de muerte en los adultos mayores de la ciudad de Medellín, con un promedio de 13.79 defunciones por mes y una tasa promedio de 1.7 fallecidos por cada 1000 habitantes. Al inicio de la serie, la causa de muerte por diabetes mellitus presenta un comportamiento irregular hasta el año 1994 donde permanece estable por tres años e inicia un declive a partir de 1996, hasta el último año analizado. Observando la diabetes por componentes estacionales no se encontró evidencia en la serie, sus índices se encuentra cercanos al valor de referencia (100%). Figura 31.

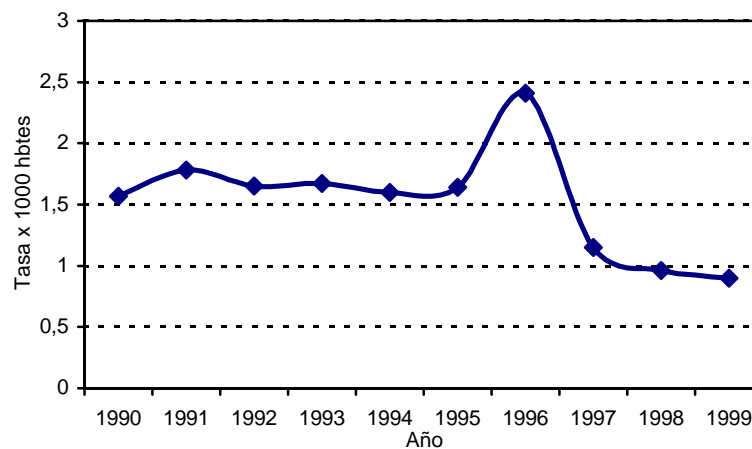
Figura 31. Mortalidad de la población adulta mayor por diabetes mellitus sin mención de complicación. Medellín, 1990-1999



Fuente: DANE. Registros de Defunción, 1990-1999

La quinta causa analizada es la bronconeumonía, organismo causal no especificado, en los adultos mayores de la década analizada, con un promedio mensual de defunciones de 13, con una desviación de 5.48 y una tasa promedio de 1.5 fallecidos por esta causa por cada 1000 adultos mayores de la ciudad. La serie muestra un incremento en el año 1996, pero en los demás años presenta un comportamiento tendiente a la baja. Al buscar componentes estacionales se encuentra que los meses de agosto y noviembre son los que más proporción de defunciones registra, respecto a los otros meses, presentando un comportamiento estacional. Figura 32.

Figura 32. Mortalidad de la población adulta mayor por bronconeumonía, organismo causal no especificado. Medellín, 1990-1999



Fuente: DANE. Registros de Defunción, 1990-1999

En términos generales, se puede decir que la mortalidad por infarto agudo del miocardio es la que presenta mayores tasas de mortalidad en los adultos mayores, pero a pesar de ello la obstrucción crónica de las vías respiratorias, diabetes mellitus y tumor maligno bronquio y pulmón vienen incrementando sus tasas de mortalidad en este grupo poblacional; y la bronconeumonía permanece estable con tendencia a la baja, a pesar de que durante los primeros años de esta década, ocupaba los primeros lugares como causa de muerte en los ancianos de la ciudad.

Esta situación puede tener sus posibles explicaciones, pero no únicas: el manejo del subregistro al diligenciar el certificado de defunción; el instrumento presenta problemas tanto de cobertura como de contenido; la implantación de la Ley 100 a partir del año 1994; el cambio registrado en la Clasificación Internacional de Enfermedades al pasar de la novena revisión a la décima en el año 1997, pasando de una codificación a otra; y la importancia que ha adquirido en los programas académicos la necesidad de contar con información confiable que proporcione los datos estadísticos requeridos para una mejor descripción del perfil epidemiológico de los diferentes grupos poblacionales.

5.3.2. Morbilidad de la población adulta mayor

- Morbilidad por egreso hospitalario

Para el análisis de la morbilidad de los adultos mayores de la ciudad de Medellín, se tomaron como fuente de información los 1.480.405 registros por egresos hospitalarios del Ministerio de Salud, en el periodo comprendido de 1990 a 1997, de los cuales 177.121 (12%), correspondían a adultos mayores. Esta información permitió mostrar un perfil de morbilidad de los adultos mayores.

Para el cálculo de algunos indicadores se tomaron como denominadores la población de adultos mayores de la ciudad de Medellín, esta se obtuvo a partir de datos censales de Planeación Municipal y cálculos realizados por los autores a partir de la tasa de crecimiento extrapolada de las proyecciones oficiales.

Tabla 11. Egresos hospitalarios en la población adulta mayor. Medellín, 1990-1997

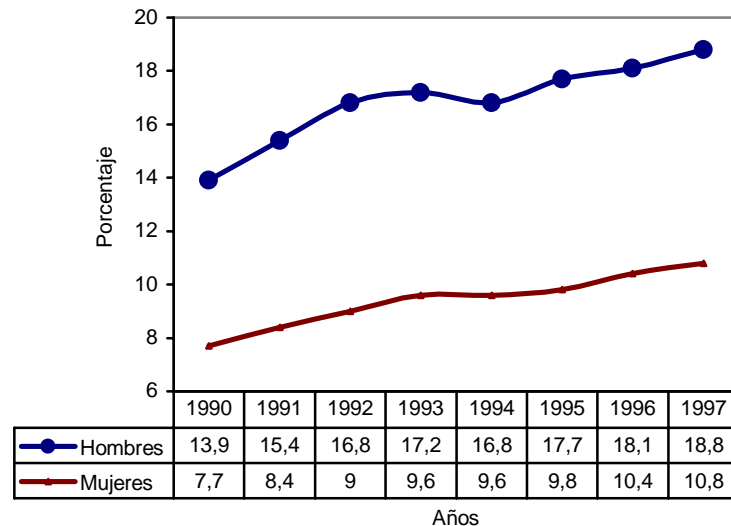
Año	Egresos adultos mayores	Porcentaje	Egresos totales	Porcentaje
1990	17.607	9,9	179.110	9,8
1991	18.568	10,5	173.470	10,7
1992	20.450	11,5	175.770	11,6
1993	21.768	12,3	179.455	12,1
1994	23.458	13,2	195.152	12,0
1995	23.730	13,4	190.340	12,5
1996	24.827	14,0	190.823	13,0
1997	26.713	15,1	196.284	13,6
Total	177.121	100,0	1.480.405	12,0

Fuente: Ministerio de Salud. Egresos hospitalarios, 1990-1997

Para el periodo comprendido entre 1990 a 1997 se presentaron en total 1.480.405 egresos hospitalarios, de los cuales el 12% (177.121) correspondían a egresos generados por los adultos mayores; al discriminar esta información por año, se observó que el porcentaje de egresos hospitalarios de la población adulta mayor ha venido en aumento con relación al total de egresos presentados en la ciudad de Medellín. Este mismo incremento se evidencia al interior de los adultos mayores, donde, el porcentaje de egresos presenta una tendencia incremental a través de los años, pasando del 9.9% del total de egresos de adultos mayores para 1990 a 15.1% para 1.997. Tabla 11.

De esta forma al realizar el análisis por sexo, se encontró que los hombres adultos mayores presentaron una proporción de egresos hospitalarios mas alta que las mujeres al compararlos con el total de egresos por sexo en la ciudad. Es así como los adultos mayores presentaron proporciones con relación al total de egresos que oscilan entre 13.9% y 18.8% para los años 1990 a 1997, a diferencia de las mujeres, las cuales presentaron proporciones que oscilan entre 7.7% y 10.8%. Dicha situación pudiera ser explicada entre otras por: los hombres se enferman mas que las mujeres; los hombres hacen un mayor uso de los servicios de salud, los hombres tienen un mayor acceso a los servicios de salud que las mujeres o las mujeres son consultadoras crónicas. Figura 33.

Figura 33. Distribución de los egresos hospitalarios de los adultos mayores según año y sexo. Medellín, 1990-1997



Fuente: Ministerio de Salud. Egresos hospitalarios, 1990-1997

Tras caracterizar la población adulta mayor, se encontró que el promedio de edad de los hombres fue de 74.8 años con un intervalo de confianza del 95% de 58,8 - 90,8 y una desviación estándar de 8 años; para las mujeres dicho promedio fue de 75 años con un IC 95% de 59 – 91 y una desviación de 8 años. Se encontró además como en los hombres un 50% de los egresos se encuentran en edades entre 70 y 79 años, mientras que en las mujeres este porcentaje abarca un rango mas amplio de edad (de 70 a 82 años).

Al analizar el comportamiento de la edad y de los días de permanencia en la institución hospitalaria, se observó como ambas no siguieron un comportamiento normal, razón por la cual el análisis para determinar diferencias se realizó a partir de pruebas no paramétricas. De esta forma se observó que existen diferencias estadísticamente significativas entre la mediana de la edad de los adultos mayores que egresan de las instituciones entre hombres y mujeres ($p = 0.000$ U de Mann Whitney). En lo que respecta a los días de permanencia en la institución, se encontró que los días de permanencia medianos difieren significativamente según sexo ($p = 0.000$ U de Mann Whitney).

En lo que respecta a los días de estancia, los hombres presentaron en general promedios mas altos que las mujeres (6.5 y 6.0 días respectivamente), pero existiendo una mayor variabilidad de estos días de estancia hospitalaria en las mujeres (14,5 días). Llama la atención sin embargo el hecho de que aunque en las mujeres existe mayor presencia de valores atípicos (valores muy grandes que se salen del comportamiento "homogéneo" de los datos), no se registra un promedio de días de estancia más alto en este sexo. Así, se encuentra entonces que el 50% de los adultos mayores, tanto hombres como mujeres, presentan días de estancia hospitalaria iguales o inferiores a 4 días, resultando este incremento mas marcado en los hombres. Tabla 12.

Tabla 12. Promedio de edad y de días de estancia hospitalaria de los adultos mayores según el egreso hospitalario. Medellín, 1990-1997

Sexo		Edad del paciente	Número de días de permanencia en la institución
Masculino	Media	74,8	6,5
	Desv. Estándar	8.0	8,2
	Percentil 25	69.0	2.0
	Mediana	73.0	4.0
	Percentil 75	79.0	8.0
Femenino	Media	75,0	6,0
	Desv. Estándar	8,0	14,5
	Percentil 25	69.0	2.0
	Mediana	74.0	4.0
	Percentil 75	80.0	7.0
Total	Media	74,9	6,3
	Desv. Estándar	8,0	11,9
	Percentil 25	69.0	2.0
	Mediana	73.0	4.0
	Percentil 75	79.0	7.0

Fuente: Ministerio de Salud. Egresos hospitalarios, 1990-1997

Realizando un análisis discriminado por sexo y grupos de edad para los promedios de días de estancia hospitalaria, para los hombres dichos promedios bajan a medida que se aumenta la edad, exceptuando el grupo población de 95 y mas, en los cuales las enfermedades terminales pudieran estar generando días de estancia mas elevados. Con respecto a las mujeres, estos promedios fluctúan alrededor de los 6 días de estancia, destacándose acá la gran variabilidad existente con relación al promedio, especialmente para los grupos de 70 a 74 y 85 a 89, en los cuales se presentan desviaciones de 21.6 días y 20.9 días respectivamente. Tabla 13.

Tabla 13. Promedio de días de estancia hospitalaria de los adultos mayores según edad y sexo. Medellín, 1990-1997

Grupo edad	Sexo Masculino		Sexo Femenino		Total	
	Promedio	Desv. Est.	Promedio	Desv. Est.	Promedio	Desv. Est.
65-69	6,7	8,7	5,9	8,2	6,3	8,5
70-74	6,6	7,8	6,2	21,6	6,4	16,4
75-79	6,4	7,7	5,9	9,7	6,1	8,8
80-84	6,2	6,9	6,0	12,1	6,1	10,1
85-89	5,8	6,4	6,0	20,9	5,9	16,3
90-94	5,9	6,1	5,7	7,9	5,8	7,2
95-Más	9,0	14,5	6,1	8,5	7,6	12,1
Total general	6,5	8,2	6,0	14,5	6,3	11,9

Fuente: Ministerio de Salud. Egresos hospitalarios, 1990-1997

En términos generales, el promedio de días de estancia hospitalaria oscila alrededor de 6 días para los grupos de 65 a 94 años, puesto que para el grupo de 95 y mas el promedio se aleja notoriamente de este referente.

Tabla 14. Promedio de días de estancia hospitalaria según población menor de 65 años y adultos mayores. Medellín, 1990-1997

Grupo de edad	Media	Desviación Estándar
< 65	4,3	8,9
>= 65	6,3	11,9
Total	4,6	9,3

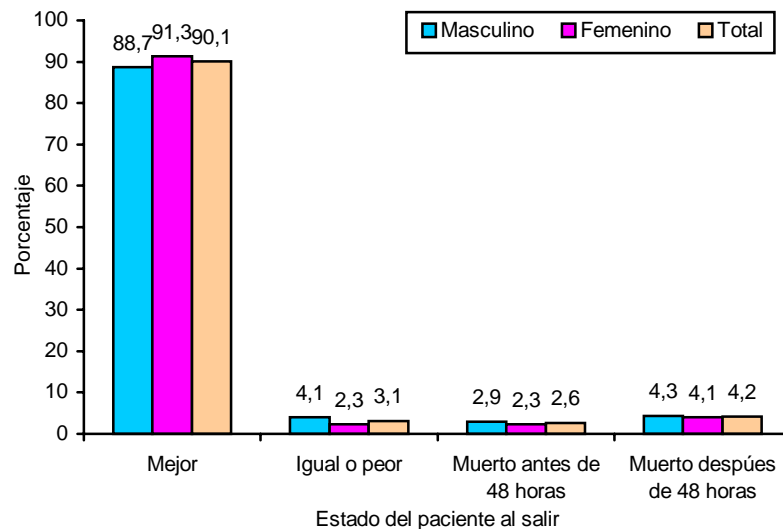
Fuente: Ministerio de Salud. Egresos hospitalarios, 1990-1997

Al mirar el promedio de días de estancia para todas las personas de la ciudad de Medellín en el periodo de 1990 a 1997 (1.480.405), este es superior al presentado por las personas menores de 65 años, pero al observar el promedio en los adultos mayores, este es mucho mas alto que el del total, y por ende mas alto aun que el de las personas menores de 65 años. Tabla 14.

Relacionando los días de permanencia en la institución por parte del adulto mayor y la distribución de grupos de edad de los mismos, se observó que los promedios de días de estancia difieren significativamente según grupo de edad ($p=0.000$ Kruskal Wallis).

En lo que respecta al estado en el cual egresa el paciente de la institución, la mayor proporción lo hacen en mejores condiciones (90.1%) y solo un 6.78% fallecen. Dicho comportamiento se mantiene constante al realizar la descripción por sexo. Figura 34.

Figura 34. Estado de salud del adulto mayor al salir de la institución de salud según sexo. Medellín, 1990-1997



Fuente: Ministerio de Salud. Egresos hospitalarios, 1990-1997

Tabla 15. Promedio de días de estancia hospitalaria de los adultos mayores según sexo y estado del adulto al egresar. Medellín, 1990-1997

Estado al salir	Masculino		Femenino		Total	
	Promedio	Desv. Est.	Promedio	Desv. Est.	Promedio	Desv. Est.
Igual o Peor	9,2	11,4	10,4	72,7	9,7	45,6
Mejor	6,5	7,9	5,9	9,3	6,2	8,7
Muerto antes de 48 horas	1,0	0,2	1,1	0,2	1,0	0,2
Muerto después de 48 horas	9,2	10,9	9,2	14,7	9,2	13,0
Sin información	3,9	7,9	5,6	4,7	4,9	6,2
Total	6,5	8,2	6,0	14,5	6,3	11,9

Fuente: Ministerio de Salud. Egresos hospitalarios, 1990-1997

Confrontando esta situación con el promedio de días de estancia, se encontró que los mayores promedios de días de estancia están cuando el paciente egresa igual o peor y cuando este sale muerto después de 48 horas, presentando estas categorías además las mayores variaciones (45.6 días y 13 días respectivamente), situación que se pudiera explicar por el padecimiento de enfermedades crónicas en este grupo población. Encontrándose además como los promedios de días de estancia difieren significativamente según estado del adulto mayor al egresar de la institución ($p=0.000$ Kruskal Wallis). Tabla 15.

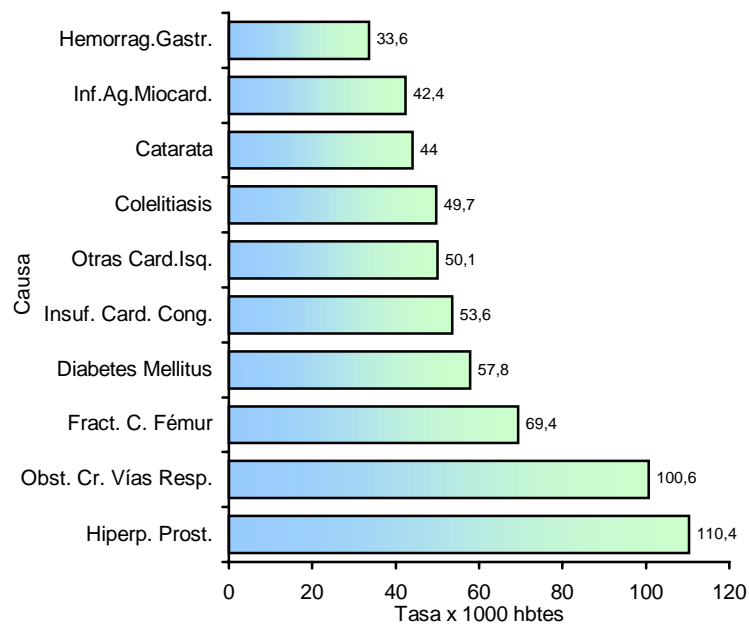
Tras observar el comportamiento de los egresos hospitalarios según algunas características de tiempo y de persona, se procedió a describir las patologías que generan mayor hospitalización en los adultos mayores. Para esto, se realizó una descripción de las 10 principales causas de morbilidad en forma general, por sexo y por grupos de edad; así como las 5 principales causas de muerte relacionadas con los egresos hospitalarios de estas mismas patologías.

Tabla 16. Diez primeras causas de morbilidad por egreso hospitalario en los adultos mayores de la ciudad de Medellín. 1990-1997

Causa de morbilidad según CIE-9	Total	%	Tasa x 1000 hbtes	% adultos mayores	Prom. Días de estanc.	Desv. Días de estanc.
Hiperplasia prostática	10809	6,1	110,4	60,5	5.72	3.80
Obstrucción crónica vías respiratorias no clasificable bajo otro concepto	9849	5,6	100,6	67,5	6.15	5.29
Fractura del cuello de fémur	6801	3,8	69,4	62,3	7.71	8.09
Diabetes mellitus	5663	3,2	57,8	41,1	8.42	10.28
Insuficiencia cardíaca	5250	3,0	53,6	60,3	6.22	5.32
Otras formas de cardiopatía isquémica crónica	4911	2,8	50,1	38,6	7.35	7.69
Colelitiasis	4871	2,8	49,7	18,0	4.87	4.96
Catarata	4311	2,4	44,0	60,8	1.62	1.51
Infarto agudo miocardio	4150	2,3	42,4	42,5	7.26	5.73
Hemorragia gastrointestinal	3293	1,9	33,6	44,5	4.31	3.87
Subtotal	59908	51,6	933,0	31,8		
Demás causas	117213	48,4	875,6	8,7		
Total general	177121	100,0		12,0		

Fuente: Ministerio de Salud. Egresos hospitalarios, 1990-1997

Figura 35. Diez primeras causas de morbilidad por egreso hospitalario en la población adulta mayor. Medellín, 1990-1997

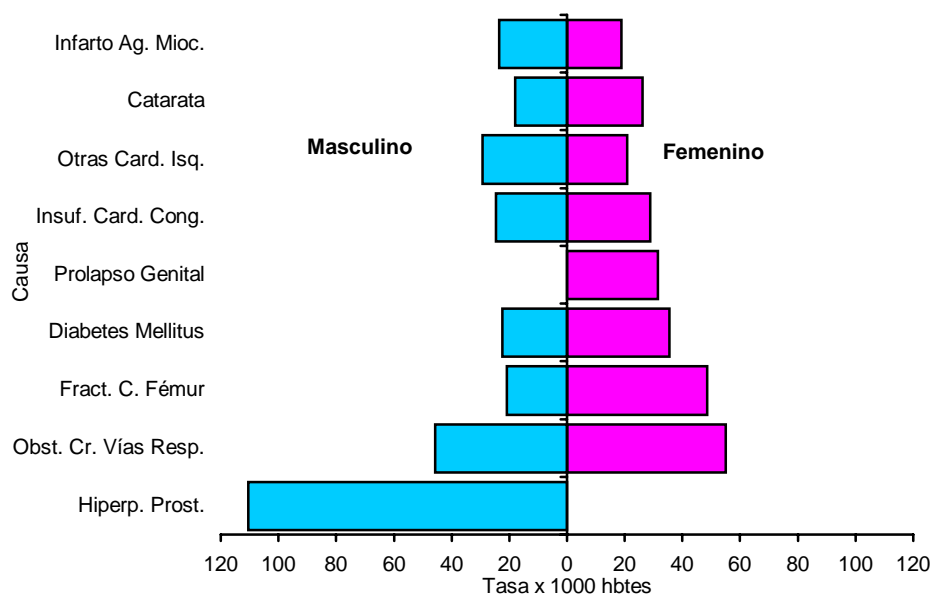


Fuente: Ministerio de Salud. Egresos hospitalarios, 1990-1997

Describiendo entonces este comportamiento, podemos decir que del total de egresos de los adultos mayores el 6.1% se debe a hiperplasia prostática, enfermedad propia de los hombres, la cual se presenta en 100,6 adultos por cada 1000 adultos mayores de la población; así mismo, del total de egresos por hiperplasia prostática en las personas de la ciudad de Medellín, la cantidad de egresos generados en el grupo de adultos mayores representa el 60.5%, situación que es explicable ya que esta patología comienza sus manifestaciones clínicas alrededor de los 45 años. Tabla 16 y Figura 35.

En lo relacionado con la obstrucción crónica vías respiratorias, estas representan el 5.6% de los egresos generados en los adultos mayores; la cual por cada 1000 adultos mayores en la población, 110.6 cuentan con dicha patología. Asimismo, del total de egresos por esta patología en la ciudad de Medellín en el periodo de 1990 a 1997, el 67.5% de los egresos se generan en la población adulta mayor.

Figura 36. Primeras causas de morbilidad por egreso hospitalario en la población adulta mayor por sexo. Medellín, 1990-1997



Fuente: Ministerio de Salud. Egresos hospitalarios, 1990-1997

Al efectuar esta descripción discriminada por sexo, se encontró en términos generales, que del total de egresos de los adultos mayores, las mujeres son las que presentaron una mayor proporción en relación con los hombres, situación que se hace mas evidente en patologías como la fractura del cuello del fémur, diabetes mellitus, colestiasis, catarata y la bronconeumonía, tras analizar las diez (10) primeras causas de morbilidad por egreso. Situación que se comportó similar al confrontar el número de egresos totales con la población adulta mayor según sexo, en el cual dichas patologías continúan mostrando una marcada diferencia con relación al comportamiento de estas en los hombres. Figura 36.

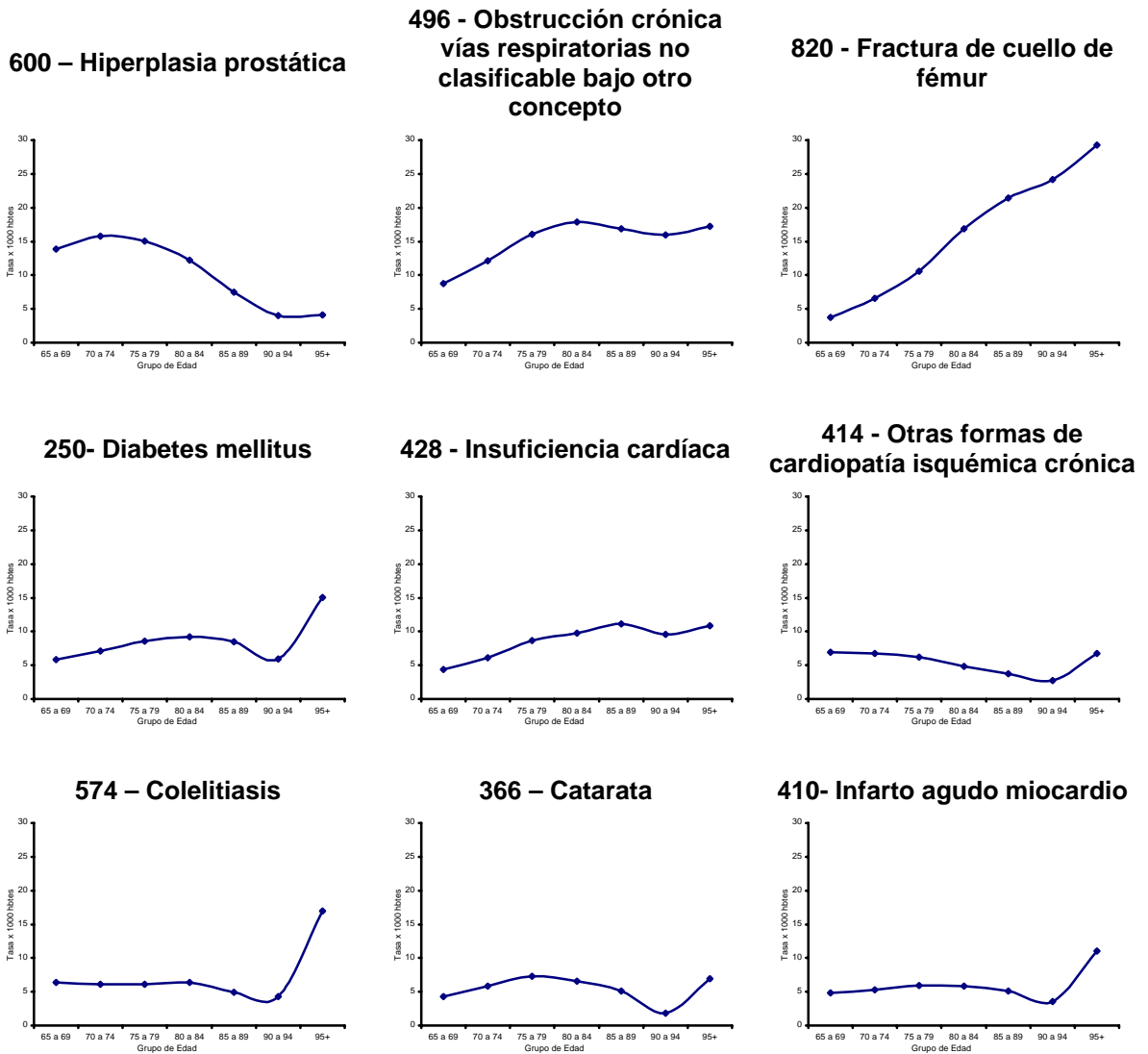
Tabla. 17. Diez primeras causas de morbilidad por egresos de la población adulta mayor de la ciudad de Medellín según grupos de edad. 1990 - 1997

Causa*	65 a 69		70 a 74		75 a 79		80 a 84		85 a 89		90 a 94		95 y +	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
600	3976	13,88	3313	15,82	2097	15,08	1015	12,21	313	7,46	71	4,04	24	4,06
496	2513	8,77	2533	12,09	2232	16,05	1483	17,84	706	16,83	280	15,93	102	17,26
820	1061	3,70	1367	6,53	1474	10,60	1404	16,89	898	21,41	424	24,12	173	29,27
250	1664	5,81	1494	7,13	1191	8,56	766	9,22	354	8,44	105	5,97	89	15,06
428	1255	4,38	1281	6,12	1204	8,66	809	9,73	468	11,16	169	9,61	64	10,83
414	1992	6,96	1415	6,76	859	6,18	400	4,81	157	3,74	48	2,73	40	6,77
574	1827	6,38	1282	6,12	847	6,09	532	6,40	207	4,93	76	4,32	100	16,92
366	1230	4,29	1231	5,88	1019	7,33	542	6,52	216	5,15	32	1,82	41	6,94
410	1388	4,85	1112	5,31	822	5,91	486	5,85	214	5,10	63	3,58	65	11,00
578	696	2,43	670	3,20	732	5,26	607	7,30	354	8,44	170	9,67	64	10,83

* Diagnóstico CIE-9 a tres dígitos

Fuente: Ministerio de Salud. Egresos hospitalarios, 1990-1997

Figura 37. Primeras causas de morbilidad por egresos de la población adulta mayor de la ciudad de Medellín según grupos de edad. 1990 - 1997



* Diagnóstico CIE-9 a tres dígitos

Fuente: Ministerio de Salud. Egresos hospitalarios, 1990-1997

Por grupos de edad se encuentra que para el grupo de 65 a 69 el mayor número de egresos se generaron debido a la hiperplasia prostática, al igual que en el grupo de 70 a 74 años, en los cuales por cada 1000 adultos mayores de dichos grupos de edad se presentaron 13.9 y 15.8 egresos por esta causa en estos grupos poblacionales. Para los grupos de 75 a 79 y 80 a 84 el mayor número de egresos se presentó por obstrucción crónica vías respiratorias, en los cuales por cada 1000 adultos mayores en dicho grupo población, se presentaron 16.0 y 17.8 egresos hospitalarios por esta causa. En los grupos de edad de 85 a 94 por cada 1000 adultos mayores de estos grupos poblacionales se presentaron 21.4 y 24.1 egresos respectivamente debido a fractura del cuello del

fémur, y en el grupo de 95 y más por cada 1000 adultos mayores de este grupo se generaron 30.3 egresos por bronconeumonía. Tabla 17 y Figura 37.

Tabla 18. Letalidad según cinco principales causas de mortalidad. Medellín, 1990-1997

Causas	Mejor	Igual o peor	Muerto antes de 48 horas	Muerto después de 48 horas	Total	Letalidad
Obstrucción crónica vías respiratorias no clasificable bajo otro concepto	8.692	205	340	612	9.849	6,44
Diabetes mellitus	4.950	200	212	300	5.663	5,50
Insuficiencia cardíaca	4.557	129	194	366	5.250	7,24
Infarto agudo miocardio	2.976	150	590	434	4.150	12,19
Bronconeumonía organismo sin especificar	2.786	69	125	183	3.163	6,02

Fuente: Ministerio de Salud. Egresos hospitalarios, 1990-1997

Se buscó además realizar una comparación entre la mortalidad y la morbilidad, para ello se tomaron como causas de interés las 5 primeras causas de mortalidad en la población adulta mayor en el periodo 1990 a 1999, con el fin de acercarse a la letalidad de estas patologías en este grupo población. Se procedió entonces a relacionar el número de egresos de las personas que salieron muertas de las instituciones de salud después de 48 horas con la diferencia entre el total de egresos y los muertos antes de 48 horas, originando una proporción de mortalidad institucional; encontrándose que la patología que presenta un mayor porcentaje de muerte es el infarto agudo del miocardio, el cual del total de egresos hospitalarios por esta causa, el 12.2% egresaron muertos después de 48 horas, seguido por la insuficiencia cardíaca, en la cual el 7.2% de los egresos son muertes después de 48 horas. Tabla 18.

- Morbilidad sentida

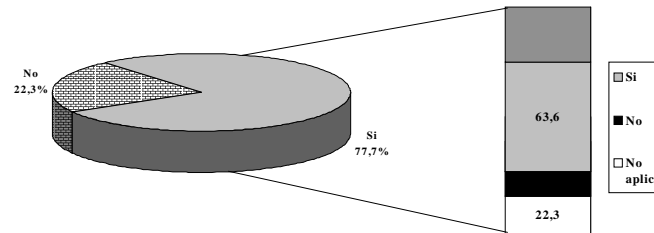
Los aspectos relacionados con la morbilidad sentida fueron indagados mediante la encuesta telefónica. En esta, se encontró que la percepción sobre su estado de salud por parte de los adultos mayores en un 34.4% (219) es considerado como bueno, seguido por un 25% (159) que lo consideran malo y un 19,8% (126) que lo perciben como regular. Se observa que no existe una marcada inclinación a un estado de salud específico por parte de los adultos encuestados, es diciente como un 7,8% (50) califican su estado como muy bien y un 13% (83) como muy mal. Tabla 19.

Tabla 19. Percepción de los adultos mayores encuestados sobre su estado de salud. Medellín, 2002

Su estado de salud es	Frecuencia	Porcentaje
Muy bien	50	7,8
Bien	219	34,4
Mal	159	25,0
Muy mal	83	13,0
Regular	126	19,8
Total	637	100

Por otro lado, el 80.4% (512) de adultos encuestados tuvo que acudir a una institución de salud durante los últimos doce meses. Situación que se encuentra relacionada con el hecho que el 77.7% (495) de adultos mayores actualmente sufren de alguna enfermedad, de estos el 63.6% (405) consultan periódicamente. Figura 38.

Figura 38. Padecimiento y consulta periódica de los adultos mayores de alguna enfermedad. Medellín, 2002



Al preguntarle a los adultos mayores de la ciudad de Medellín sobre las enfermedades que padecían, estos referían no solo enfermedades, sino también signos y síntomas, por tal razón para efectos del análisis se tomó la decisión de unirlas por sistemas o por grupos de patologías relacionadas. Para ello se utilizó como guía la clasificación por grandes grupos de la CIE- 10, además de la clasificación por sistemas del libro Harrison: Principios de Medicina Interna 15. ed. Tabla 20.

Tabla 20. Enfermedades sufridas por los adultos mayores encuestados. Medellín, 2002

Sistema / Grupo	Frecuencia	Proporción
Sistema cardiovascular	322	50,55
Hipertensión	243	38,15
Corazón	30	4,71
Varices	6	0,94
Otras	43	6,75
Tejido osteomuscular y conjuntivo	135	21,19
Artritis	43	6,75
Osteoporosis	32	5,02
Columna	9	1,41
Otras	51	8,00
Sistema endocrino y metabólico	135	21,19
Diabetes	84	13,19
Hipercolesterolemia	30	4,71
Tiroides	10	1,57
Otras	11	1,72
Sistema digestivo	63	9,89
Gastritis	28	4,40
Colon	11	1,73
Úlcera	8	1,26
Otras	16	2,51
Sistema respiratorio	57	8,95
Asfixia	23	3,61
Bronquitis	7	1,10

Sistema / Grupo	Frecuencia	Proporción
Asma	4	0,63
Otras	23	3,61
Sistema genitourinario	41	6,44
Próstata	16	2,51
Vejiga	7	1,10
Riñones	6	0,94
Otras	12	1,88
Desordenes oculares	35	5,49
Problemas visuales	18	2,83
Cataratas	7	1,10
Glaucoma	5	0,78
Otras	5	0,78
Sistema nervioso	29	4,55
Alzheimer	5	0,78
Parkinson	4	0,63
Cerebrales	3	0,47
Otras	17	2,66
Signos y síntomas no clasificables en otras partes	23	3,61
Pies	12	1,88
Hernia	3	0,47
Pies hinchados	2	0,31
Otras	6	0,94
Trastornos mentales y del comportamiento	10	1,57
Estrés	2	0,31
Perturbaciones, Debilidad cerebral, Delirio de persecución, Depresión, Desviación mental, Esquizofrenia, claustrofobia, Eufórico maniático depresivo	1	0,16
Otras	7	1,09
Desordenes auditivos	9	1,41
Sordera	6	0,94
Problemas auditivos	2	0,31
Oído	1	0,16
Tumores (neoplasias)	6	0,94
Cáncer	2	0,31
Tumor maligno en la nariz, de próstata, cerebral, maligno al lado de la ingle	1	0,16
Otras	3	0,47
Piel y tejido subcutáneo	5	0,78
Brotes en la piel	2	0,31
Soriasis	1	0,16
Urticaria	1	0,16
Zoonosis piel	1	0,16
Hematología y trastornos del sistema inmunológico	5	0,78
Artritis reumatoidea,	2	0,31
Púrpura, Lupus, Operado del vaso	1	0,16
Otras		
Enfermedades infecciosas y parasitarias	5	0,78
Culebrilla	2	0,31
Paludismo, Gota erisipela (pierna), Hongos	1	0,16
Otras	2	0,31

A partir de lo anterior, se encontró como los adultos mayores padecen patologías en uno o varios sistemas simultáneamente, las enfermedades, signos o síntomas que mas los aquejan son las relacionadas con el sistema cardiovascular, presentándose en el 51% de la población encuestada; dentro de este grupo la patología mas común es la hipertensión que la sufre un 38% de ellos. Dentro de los sistemas o grupos se encontró en segundo lugar las patologías del tejido osteomuscular y conjuntivo y del sistema endocrino y metabólico con un 21% cada uno; del sistema osteomuscular las tres patologías con mayor porcentaje de respuesta fueron la artritis (7%), osteoporosis (5%) y columna (1%), y del sistema endocrino los principales padecimientos fueron la diabetes (13%), hipercolesterolemia (5%) y tiroides (2%).

Al mirar los resultados con las patologías de estos tres sistemas, se muestra claramente como más de la mitad de los adultos mayores de la ciudad de Medellín sufre alguna enfermedad del sistema cardiovascular, y uno de cada cinco sufre enfermedades osteomusculares o endocrinas. Los encuestados hablaron de la morbilidad sentida siendo coherente con algunas patologías más frecuentes en los registros de morbilidad por egreso hospitalario de este estudio: fractura del cuello del fémur, diabetes mellitus e insuficiencia cardiaca; y coherente con las primeras causas de mortalidad: infarto agudo del miocardio y diabetes mellitus.

Las patologías sufridas en los demás sistemas afectan al adulto mayor, pero en menor proporción como la gastritis (4%) del sistema digestivo, la asfixia (4%) del respiratorio y enfermedades de la próstata (3%) del genitourinario. Llama la atención la poca referencia de patologías infecciosas y parasitarias por parte de los adultos mayores de la ciudad (1%), lo que corrobora nuevamente el cambio de perfil epidemiológico que tuvo la ciudad, pasando de este tipo de enfermedades a patologías crónicas. En términos generales, se evidenció como la hipertensión, la diabetes, la artritis, la osteoporosis y la hipercolesterolemia fueron los padecimientos más comunes de la población adulta mayor de la ciudad, convirtiéndose a la vez en factores importantes a tener en cuenta por parte de la administración pública, para la realización de campañas de intervención y el establecimiento de políticas públicas.

Tabla 21. Tipo de tratamiento seguido por los adultos mayores encuestados. Medellín, 2002

Tipo de tratamiento	Frecuencia	Proporción
Farmacológico	424	66,56
Psicológico	6	0,94
Rehabilitación	24	3,77
Otro	52	8,16
Ninguno	192	30,14
No aplica	8	1,26

Es de suponer que al presentar los adultos mayores patologías de prolongada latencia, su tratamiento sea también de largo periodo; por tal razón se indagó sobre el tipo de tratamiento más utilizado y se encontró que en el momento las dos terceras partes de los adultos mayores utilizan el farmacológico (67%) y la rehabilitación el 4%. Pero lo que llama la atención es como la tercera parte de los encuestados (30%) manifestó no utilizar ningún tipo de tratamiento para sus dolencias o enfermedades, mostrando que su

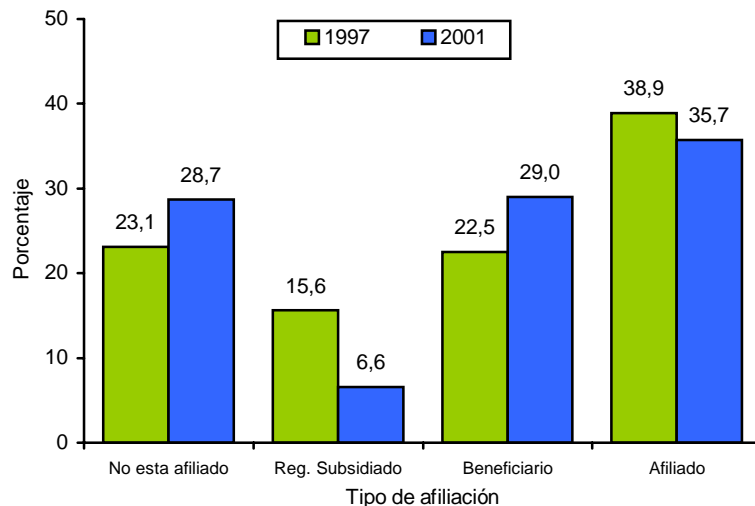
condición de salud es buena o no contar con los recursos ni la afiliación al sistema necesarios para proporcionárselo. Tabla 21

Con el fin de complementar la descripción de las condiciones de salud del adulto mayor de la ciudad, se hizo el análisis de componentes principales y se encontró un factor “objetivo” de morbilidad sentida y dos factores “subjetivos”; dentro del primero se tiene: acudir a una institución de salud durante los últimos doce meses, sufrir de alguna enfermedad en la actualidad, consultar periódicamente por dicha enfermedad, tipo de tratamiento que sigue el adulto mayor y ayudas ortopédicas utilizadas por los adultos; y los factores subjetivos son la consideración general del estado de salud, autonomía para la realización de las actividades cotidianas y quien lo cuida cuando se encuentra enfermo de salud; estos factores explican en un 95% el comportamiento del componente de salud en el adulto mayor de la ciudad de Medellín.

5.4. COMPONENTE DE SEGURIDAD SOCIAL

En lo relacionado con la afiliación al SGSSS de los adultos mayores y según la ECV suministrada por el Departamento Administrativo de Planeación Municipal de Medellín, para el año 1997 el 61,4% (2.876) se encontraban en el régimen contributivo como contribuyente directo o como beneficiario. En el régimen subsidiado se encontraban el 15,6% (731) y vinculados al sistema se encontraban el 23,1% (1.081); para el año 2001 se conservan las condiciones de afiliación al régimen contributivo en un 64,7% (4.786), baja la afiliación al régimen subsidiado a un 6,6% (485) y se aumenta la no afiliación al 28,7% (2.125).

Figura 39. Población adulta mayor de la ciudad de Medellín según tipo de afiliación al SGSSS. Medellín, 1997 y 2001



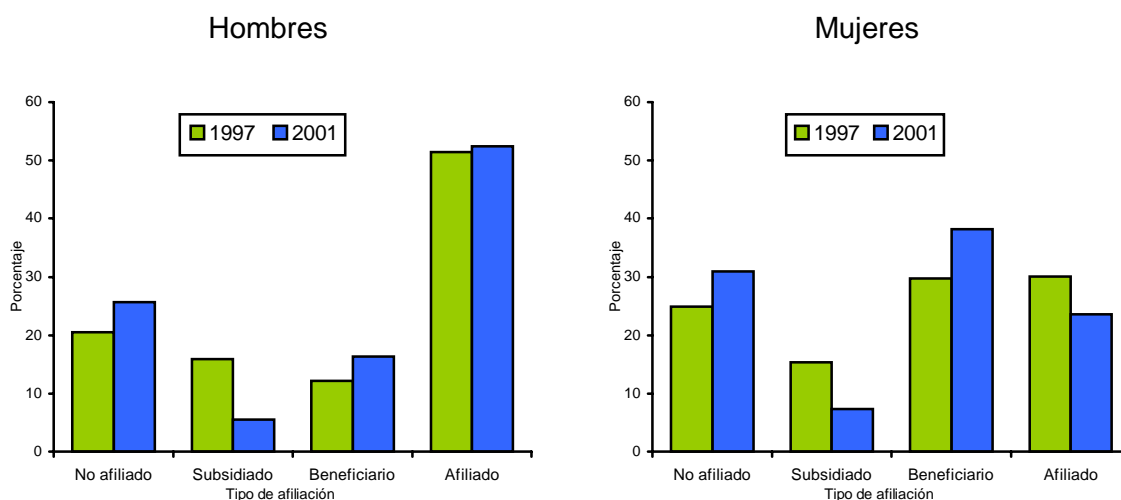
Fuente: Planeación Municipal, ECV 1997 y 2001

Llama la atención el aumento de personas no afiliadas al sistema o afiliadas como beneficiarias o dependientes y la baja en la afiliación a través de los dos regímenes, por cuanto muestra que las condiciones económicas y de salud de los adultos mayores de la ciudad sufren una baja considerable entre estos dos años, que influye directamente en la

atención preventiva, tratamiento oportuno y rehabilitación necesaria de los estado mórbidos y mortales que requiere. Figura 39.

El análisis por sexo según la afiliación al SGSSS mostró que los hombres conservan su afiliación principalmente al régimen contributivo en los dos años estudiados (51,4% y 52,4%), pero aumenta la no afiliación del 20,5% (396) al 25,7% (799) y el ser beneficiario pasando del 12,2% (236) al 16,3% (506); la afiliación al régimen subsidiado baja del 15,9% (307) al 5,5% (172). En el caso de las mujeres, la afiliación principalmente como beneficiarias o dependientes se conserva en los dos años pasando del 29,7% (817) al 38,2% (1.641), aumenta la no afiliación del 24,9% (685) al 30,9% (1.326), pero disminuye su participación como contribuyente directa del régimen contributivo pasando del 30,1% (829) al 23,6% (1.013) y al régimen subsidiado bajando del 15,4% (424) al 7,3% (313). Las diferencias de afiliación al SGSSS analizadas por sexo muestran que existe asociación estadísticamente significativa en cada uno de los años estudiados, para 1997 se observa un ($\chi^2 = 296,48, p = 0.0000$) y para el 2001 un ($\chi^2 = 741,83, p = 0.0000$). Es decir, para cada año estudiado, la afiliación de las mujeres al sistema es diferente a la afiliación registrada por los hombres. Figura 40.

Figura 40. Población adulta mayor de la ciudad de Medellín según tipo de afiliación al SGSSS por sexo. Medellín, 1997 y 2001

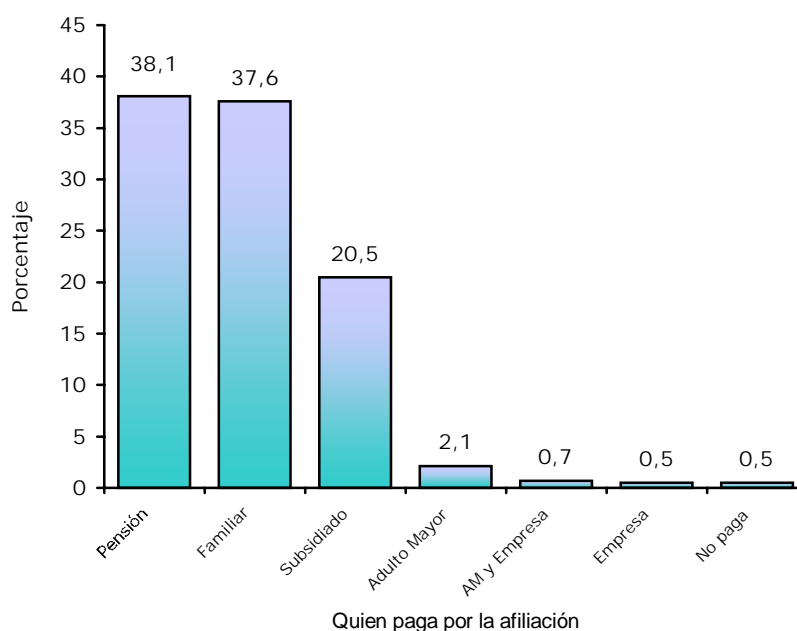


Fuente: Planeación Municipal, ECV 1997 y 2001

Para poder brindar mayor información sobre el componente de seguridad social, en la encuesta telefónica realizada a los adultos mayores se indagaron otros aspectos relacionados con su seguridad social.

La afiliación al SGSSS es asumida mensualmente por la pensión de jubilación 38,1% (221) que disfruta el adulto mayor; para el año 2001 los contribuyentes directos eran el 38,9% (1.823) y beneficiarios el 22,5% (1.053), según la ECV; de los encuestados telefónicamente se encontró que pagan directamente sus familiares el 37,6% (218) y son subsidiados por el Estado el 20,5% (119), es decir, directamente lo hacen quien pertenece al régimen contributivo, el porcentaje restante lo hacen por interpuestas personas o no lo hacen. Figura 41.

Figura 41. Instancia encargada de pagar mensualmente la afiliación al SGSSS de los adultos mayores. Medellín, 2002



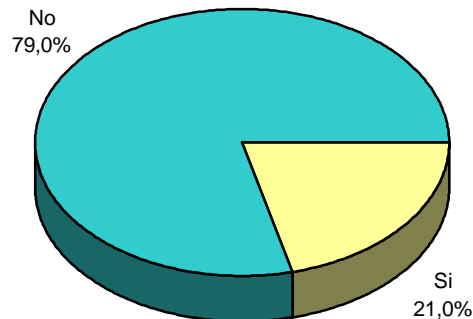
Asimismo, las 57 personas que no están cubiertas por el SGSSS, manifestaron como razones principales para no estar cubiertos la falta de dinero y otras razones (36.8% y 47.4% respectivamente). Tabla 22.

En lo relacionado con el sistema de pensiones se observó que una alta proporción (79%) de los adultos mayores encuestados no cuentan con un fondo de pensiones, el 21% (134) restante está afiliado y muchos de ellos ya disfrutaban de una pensión de jubilación en cumplimiento de las normas jurídico legales, por enfermedad o por ser cónyuge sobreviviente de un pensionado. Figura 42.

Tabla 22. Razones principales por las cuales no se encuentran afiliados al SGSSS los adultos mayores. Medellín, 2002

Razón principal	Frecuencia	Porcentaje
Falta de dinero	21	36.8
Mucho trámite	3	5.3
No le interesa	1	1.8
Espera el carné	5	8.8
Otra razón	27	47.4
Total	57	100.0

Figura 42. Afiliación al fondo de pensiones por parte de los adultos mayores. Medellín, 2002



Igualmente se hizo un análisis de componentes principales, en el componente de seguridad social en salud y se halló que todas las variables analizadas en la investigación que estaban relacionadas con dicho componente explican su comportamiento, agrupándose en tres factores: aquellas variables que proporcionan la “salud subjetiva” como son las consideraciones personales del estado de salud según los adultos mayores; variables que proporcionan “salud objetiva” que agrupa las variables cuya ejecución o cumplimiento están por fuera de la voluntad del adulto mayor como es el tipo de vinculación al SGSSS, pertenecer a algún fondo de pensiones y el pago mensual que se realiza por concepto de seguridad social; y por último se tiene el factor “infraestructura de salud” que lo constituye principalmente la entidad que le brinda la atención en salud.

5.5. COMPONENTE SOCIAL

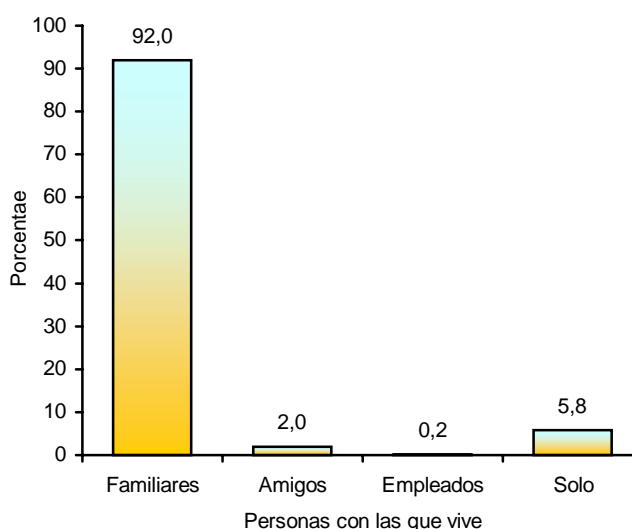
Los elementos constitutivos de este componente fueron analizados según la encuesta realizada por los investigadores a 637 adultos mayores de la ciudad de Medellín, seleccionados a través de un muestreo aleatorio sistemático utilizando como marco muestral los 6.498 adultos mayores que poseen servicio telefónico en sus viviendas y estaba su número registrado en la ECV de 2001.

De las encuestas realizadas, el 82.6% (526) fueron contestadas directamente por el adulto mayor y el 17.4% (111) fueron respondidas por otras personas que lo hicieron en su lugar, situación comprensible por cuanto en algunos casos las condiciones de salud del adulto eran tan precarias o incapacitantes que se tuvo que recurrir a la persona que le estaba prestando atención y cuidado, generalmente una hija. Para ello se cuidó que el encuestado escuchara tanto la pregunta como la respuesta dada. Los siguientes aspectos que no son exhaustivos de un componente como el social, si intentan explicar en buena parte la percepción del adulto mayor frente al apoyo familiar y al apoyo moral recibido, la participación social, la utilización del tiempo libre y el grado de funcionalidad que determinan la autonomía e independencia del adulto.

5.5.1. Apoyo familiar

La familia, como sistema social cumple con dos funciones básicas a saber: la primera es asegurar la supervivencia, el bienestar físico, la suficiencia de alimento y vestido, y la seguridad a los miembros de ella; y la segunda, proporcionar los vínculos afectivos de los mismos miembros, juega un papel importante no solo en el proceso generador de las enfermedades sino en el de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas. En el adulto mayor, la familia se constituye en la red de apoyo social informal que le proporciona el mayor sustento físico y moral en la vejez; este apoyo es considerado importante en esta investigación como un componente de la calidad vida, por las variables subjetivas de percepción personal y satisfacción con la vida que dependen más de los sentimientos que del nivel de vida que se tenga.

Figura 43. Personas con las que vive el adulto mayor. Medellín, 2002



Con respecto a las personas con las que vive el adulto mayor de la ciudad de Medellín, de los encuestados el 92% (586) manifestó que vivía con su familia comprendiendo en este término a: cónyuges o compañeros, hijos, yernos o nueras, nietos, hermanos, sobrinos y a todos aquellos con los que tenga un vínculo sanguíneo en primer o segundo grado; el 5.8% (37) manifestaron vivir solos o solas y el 2,0% (13) vive con amigos o personas con los que tenga algún vínculo afectivo. Figura 43.

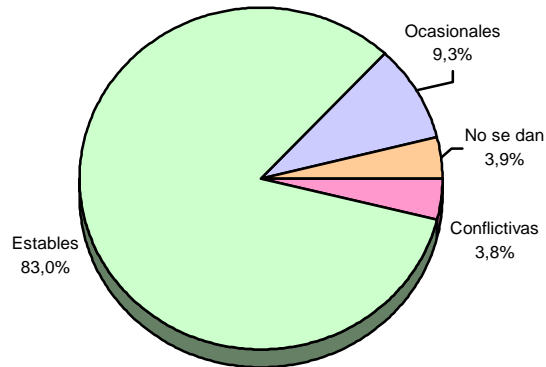
Tabla 23. Sentimiento del adulto mayor con las relaciones familiares. Medellín, 2002

Se siente	Frecuencia	Porcentaje
Bien	527	82.9
Regular	58	9,1
Mal	14	2,2
No aplica	37	5.8
Total	636	100

El sentimiento del adulto mayor frente a las relaciones con las personas con las que vive es considerado como bueno en un 82.9% (527) y regular en un 9.1% (58) de las veces;

este sentirse bien o regular está determinado por la percepción que tiene frente a la dinámica familiar al considerar que en su hogar y en su contexto más cercano las relaciones son estables sin mayores dificultades en un 83% (529); ocasionalmente son conflictivas en un 9.3% (59) pero no es el estado normal de las relaciones; y conflictivas se presentan en un 3.8% (24) de los hogares de los adultos mayores. Figura 44 y Tabla 23.

Figura 44. Percepción del adulto mayor de las relaciones familiares. Medellín, 2002



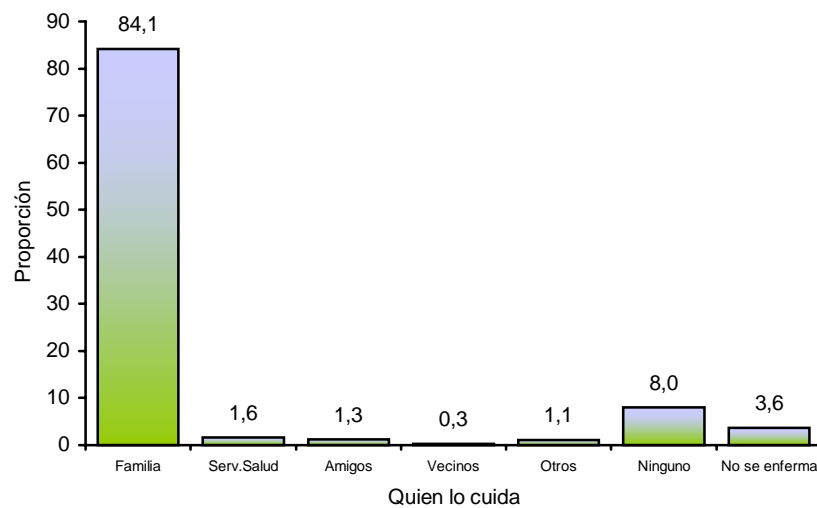
Un alto grado de satisfacción con el apoyo y la ayuda recibida por los familiares de los adultos mayores cuando éste tiene problemas se da en un 89.9% (473), el restante 10.1% (53) no se encuentra satisfecho con este apoyo que la familia debería brindarle. Esta percepción subjetiva sobre si la familia le proporciona esta ayuda o no, solo fue respondida por el adulto mayor, el análisis entonces se hizo con los 526 adultos mayores que contestaron la encuesta.

Figura 45. Percepción sobre las oportunidades en que se toman las decisiones en familia. Medellín, 2002



Las decisiones importantes y trascendentales que se deben tomar en el hogar donde habita, son consideradas por el adulto mayor que se hacen contando siempre con su participación, opinión y respeto en un 42.9% (273); ocasionalmente solicitan su opinión o requieren de su participación en un 22.3% (142) de las veces; esporádicamente o solo a veces permiten o requieren de la presencia del adulto mayor en un 19.2% (122) y nunca lo hacen en un 9.3% (59). Esta situación es el reflejo del “rol sin rol” que ocupan los adultos mayores en sus hogares, al no ser frecuentemente invitado a participar como un integrante más de la familia en un 57% en las oportunidades en que se deben tomar decisiones fundamentales en el hogar. Figura 45.

Figura 46. Prestación de la atención en salud al adulto mayor. Medellín, 2002



Los adultos mayores encuestados telefónicamente manifestaron que en las oportunidades en las que su estado de salud requiere de atención y cuidado, la familia es quien le presta el apoyo y los debidos cuidados, en un 84.1% (536); también lo hacen los servicios de salud en un 1,6% (10), los vecinos, los amigos y otras personas lo hacen en menor proporción. Lo más significativo de esta información es que el 8% (51) de los adultos mayores encuestados contestaron que cuando se enferman nadie los cuida, ellos mismos deben afrontar la situación delicada que se les presente; además de encontrar que el 3.6% (23) de los entrevistados no se enferman y por ello no requieren la atención de ninguna persona o ninguna institución. Figura 46.

Consultados los adultos mayores sobre los aspectos que más preocupación, tensión, estrés, depresión o ansiedad le generan, un 35.5% (226) manifestaron que los asuntos relacionados con la economía: la situación económica familiar muy precaria, las necesidades básicas insatisfechas y la imposibilidad de proporcionar un ingreso a la economía familiar eran los aspectos más preocupantes. Los asuntos familiares: relaciones deterioradas, conflictos internos y violencia fueron considerados en segundo lugar de las preocupaciones del adulto mayor con un 22.3% (142); los aspectos relacionados con la salud; dolencias, trastornos, enfermedades físicas o mentales y padecimientos de latencia prolongada les preocupa a los adultos mayores en un 19%

(121). Estos tres aspectos en su orden: económicos, familiares y de salud ocupan el 77% de las preocupaciones de los adultos mayores encuestados. Tabla 24.

Tabla 24. Aspectos que producen mas preocupación o tensión a los adultos mayores. Medellín, 2002

Aspectos	Frecuencia	Porcentaje
Familiares	142	22,3
Económicos	226	35,5
Salud	121	19,0
Otros	73	11,5
Ninguno	73	11,5
Legales	2	0,3
Total	637	100,0

5.5.2. Apoyo moral

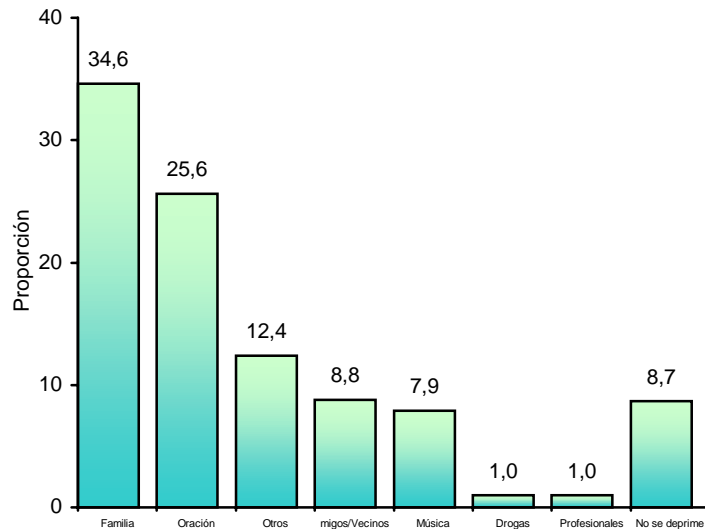
Los adultos mayores de la ciudad de Medellín pasan la mayor parte del tiempo cotidiano con sus familias, un 73.6% (469) de los encuestados consideró que por su condición de miembro de la familia, estar viejo o tener alguna dolencia debía permanecer en compañía de los suyos; en contraste con el 16.2% (103) de los adultos mayores que manifestaron permanecer solos la mayor cantidad de tiempo a sabiendas que el 11.46% (73) de ellos vive con sus familias. Tabla 25.

Tabla 25. Personas con las que vive el adulto mayor y con quienes pasa la mayor parte del tiempo. Medellín, 2002

Pasa el tiempo \ Vive	Familiares		Amigos		Empleados		Solo(a)	
	No.	Prop.	No.	Prop.	No.	Prop.	No.	Prop.
Familia	462	72,53	4	0,63			3	0,47
Amigos	32	5,02	7	1,10			2	0,31
Vecinos	7	1,10	1	0,16			3	0,47
Ancianos	5	0,78		0,00				0,00
Solo	73	11,46	1	0,16	1	0,16	28	4,40
Otro	7	1,10		0,00			1	0,16

La prueba de chi-cuadrado en el análisis bivariado muestra que existe asociación estadísticamente significativa entre: con quien pasan la mayor parte del tiempo y las personas con las que vive el adulto mayor ($\chi^2 = 178,67$, $p = 0.0000$) esta situación puede significar que aunque el adulto mayor tenga familia y viva con ella, no quiere decir que permanezca con ella todo el tiempo, su percepción es que permanece solo mucho tiempo que podría considerarlo, en algunos casos, como abandono por parte de sus seres más queridos y degenerarle en una sensación de vacío, desesperanza o depresión. Esta sensación y sentimiento de soledad llevada a su máxima expresión en la depresión, es considerada por la Organización Mundial de la Salud como el principal problema de salud mental que enfrentará el mundo del futuro, en Colombia la cuarta parte de las personas mayores de 60 años (uno de cada cuatro) sufre de depresión⁴⁸.

Figura 47. Apoyo moral recibido por el adulto mayor en caso de sentirse deprimido. Medellín, 2002



Cuando un adulto mayor se siente en estados depresivos, el ánimo decae y siente la soledad y el vacío dejado por los que partieron antes que él, entonces busca apoyo moral de los más allegados, es así como una cuarta parte de los encuestados encuentra ayuda a través de su familia en el 34,6%, en la oración encuentran consuelo el 25,6%, en los amigos y vecinos el 8,8% y en la música lo encuentran el 7,9%. Llama la atención como el 8,7% no se sienten deprimidos, el 1,0% acuden a los servicios profesionales de psicólogos y psiquiatras, y utilizan drogas lícitas como el alcohol y las anfetaminas u otras drogas ilícitas para salir del estado depresivo el 1,0%. Utilizan otra forma de apoyo moral para salir del estado depresivo el 12,4%. Figura 47.

5.5.3. Participación social

Al analizar la participación del adulto mayor en las organizaciones sociales se encontró que proporcionalmente el 71,7% de los encuestados no participa en ningún grupo, no lo hacen por voluntad propia, puesto que a muchas de estas organizaciones no se requiere sino la presencia del interesado, como es el caso de los grupos de oración que cada parroquia tiene y los grupos de la tercera edad o clubes de vida que existen más de 500 de estas organizaciones en la ciudad. Un programa donde se brinde la oportunidad de participar en actividades sociales a los adultos mayores, podrá incorporar más de las dos terceras partes de adultos mayores de la ciudad que permanecen apáticos a las actividades sociales diseñadas y planeadas por los entes oficiales para brindar bienestar, recreación y apoyo a este grupo poblacional.

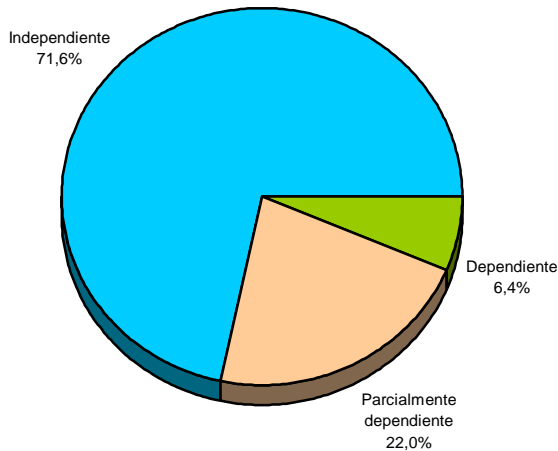
El 14% de los adultos mayores manifestaron pertenecer a grupos de oración y el 13% a grupos de la tercera edad; los demás encuestados dijeron pertenecer a programas preventivos de las instituciones de salud el 2,0%, grupos políticos el 1,3%, acción comunal el 0,7%, a otros grupos no especificados el 5,0% o a varios de ellos.

5.5.4. Autonomía e independencia

La capacidad funcional del adulto mayor o la valoración de los elementos con que cuenta para enfrentar las situaciones difíciles de su vida (enfermedad, discapacidad, minusvalía) determina cuanta vulnerabilidad física, mental, social y funcional tiene y puede formular los criterios acerca de cómo emplear correctamente las aptitudes y habilidades existentes, estimar el nivel en que se realizan las tareas cotidianas y la necesidad de atención a corto y largo plazo.

Para determinar el grado de autonomía del adulto mayor se indagó sobre la percepción que tienen sobre la capacidad funcional para realizar las actividades cotidianas básicas o necesarias, para llevar una vida independiente, autónoma y autodeterminada. En general, el 71,6% (456) se consideró independiente y el 6,4% (41) dependiente; pero al indagarle solo a los 526 adultos mayores que respondieron, el 77,4% (407) se consideró independiente y dependiente solo el 2,7% (14). Diferente consideración sobre el grado de autonomía tienen las 111 personas que respondieron por el adulto mayor, al considerar que solo el 44,1% (49) son independientes y el 24,3% (27) son dependientes. Figura 48.

Figura 48. Percepción del adulto mayor sobre grado de autonomía para realizar las actividades básicas cotidianas (ABC). Medellín, 2002



Las actividades básicas cotidianas de carácter físico, como: tomar los alimentos, utilizar correctamente los servicios sanitarios, manejar la incontinencia, traslados pequeños en el hogar, higiene personal y autocuidado de su persona, y seleccionar y ponerse los vestidos que desea son realizadas por los adultos mayores sin mayores dificultades, en el 96% de las actividades indagadas. Bañarse solo es la actividad para la que está más incapacitado, según la persona que lo cuida, con un 22,5% (25) de respuestas. Tabla 26.

Tabla 26. Funcionalidad para realizar las actividades básicas cotidianas (ABC) físicas de los adultos mayores. Medellín, 2002

ABC Físico	Funcionalidad	Quien responde la encuesta					
		Adulto mayor		Otra persona		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
Usted es capaz solo(a) de bañarse	Si es capaz	524	99,6	86	77,5	610	95,8
	No es capaz	2	0,4	25	22,5	27	4,2
Usted es capaz solo(a) de tomar sus alimentos	Si es capaz	523	99,4	101	91,0	624	98,0
	No es capaz	3	0,6	10	9,0	13	2,0
Usted es capaz solo(a) de cepillarse los dientes	Si es capaz	523	99,4	97	87,4	620	97,3
	No es capaz	3	0,6	14	12,6	17	2,7
Usted es capaz solo(a) de vestirse	Si es capaz	522	99,2	91	82,0	613	96,2
	No es capaz	4	0,8	20	18,0	24	3,8
Usted es capaz solo(a) de peinarse	Si es capaz	523	99,4	93	83,8	616	96,7
	No es capaz	3	0,6	18	16,2	21	3,3
Usted es capaz solo(a) de realizar sus necesidades fisiológicas	Si es capaz	524	99,6	95	85,6	619	97,2
	No es capaz	2	0,4	16	14,4	18	2,8

Tabla 27. Funcionalidad para realizar las actividades básicas cotidianas (ABC) instrumental de los adultos mayores. Medellín, 2002

ABC Instrumental	Funcionalidad	Quien responde la encuesta					
		Adulto mayor		Otra persona		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
Usted es capaz solo(a) de salir a la calle	Si es capaz	407	77,4	49	44,1	456	71,6
	No es capaz	119	22,6	62	55,9	181	28,4
Usted es capaz solo(a) de tomar el bus/metro	Si es capaz	355	67,5	37	33,3	392	61,5
	No es capaz	171	32,5	74	66,7	245	38,5
Usted es capaz solo(a) de subir y bajar escalas	Si es capaz	451	85,7	71	64,0	522	81,9
	No es capaz	75	14,3	40	36,0	115	18,1
Usted es capaz solo(a) de hacer sus compras	Si es capaz	415	78,9	44	39,6	459	72,1
	No es capaz	111	21,1	67	60,4	178	27,9
Usted es capaz solo(a) de preparar los alimentos	Si es capaz	470	89,4	67	60,4	537	84,3
	No es capaz	56	10,6	44	39,6	100	15,7
Usted es capaz solo(a) de administrar o manejar sus propios medicamentos	Si es capaz	500	95,1	59	53,2	559	87,8
	No es capaz	26	4,9	52	46,8	78	12,2
Usted es capaz solo(a) de andar por el vecindario y encontrar el camino de regreso a casa	Si es capaz	438	83,3	61	55,0	499	78,3
	No es capaz	88	16,7	50	45,0	138	21,7
Usted es capaz solo(a) de quedarse en la casa sin problemas	Si es capaz	510	97,0	80	72,1	590	92,6
	No es capaz	16	3,0	31	27,9	47	7,4
Usted es capaz solo(a) de manejar su propio dinero	Si es capaz	505	96,0	77	69,4	582	91,4
	No es capaz	21	4,0	34	30,6	55	8,6

Las actividades de más complejidad como las instrumentales que resultan de la interacción de factores físicos y psicológicos como: salir a la calle, usar transporte, tomar medicamentos, hacer su propia comida, hacer trabajo liviano y pesado en casa, cortarse las uñas, usar el teléfono, manejar dinero, abrir y cerrar ventanas, encender y apagar la radio y la televisión, son realizadas por los adultos mayores con un poco más de dificultad. Las actividades como salir solo a la calle con un 71,6% (456), tomar un medio

de transporte para desplazarse como bus, metro o taxi con un 61,5% (392) y hacer sus propias compras con un 72,1% (459) son las más difíciles de realizar, para las demás actividades relacionadas tienen un grado más de funcionalidad en su realización.

En general, el acompañante del adulto mayor considera que no está en capacidad de realizar las actividades relacionadas, salir a la calle con un 55,9% (62), tomar un bus, taxi o metro con un 66,7% (74), hacer sus compras en un 60,4% (67), subir y bajar escalas en un 36% (40), preparar sus propios alimentos con un 39,6% (44), autoadministrarse sus medicamentos en un 46,8% (52) y manejar su propio dinero con un 30,6% (34). Tabla 27.

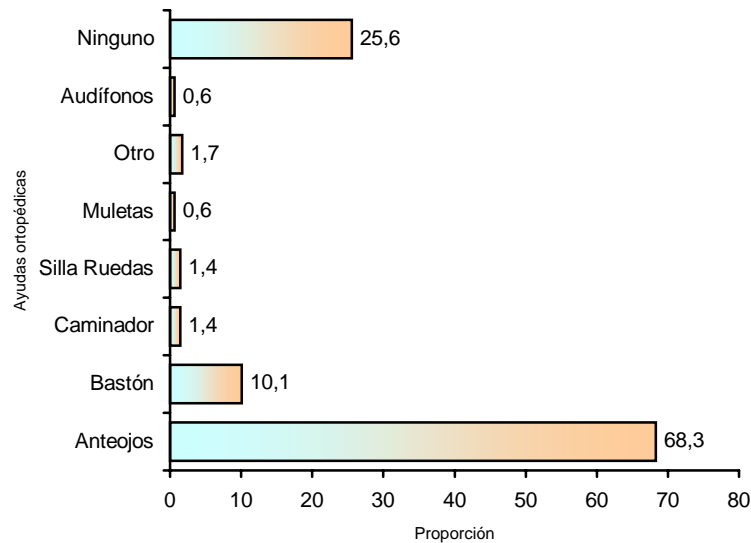
Tabla 28. Funcionalidad para realizar las actividades básicas cotidianas (ABC) sociales de los adultos mayores. Medellín, 2002

ABC Social	Funcionalidad	Quien responde la encuesta					
		Adulto mayor		Otra persona		Total	
		No.	%	No.	%	No.	%
Usted es capaz solo(a) de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario	Si es capaz	506	96,2	86	77,5	592	92,9
	No es capaz	20	3,8	25	22,5	45	7,1
Usted es capaz solo(a) de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico	Si es capaz	508	96,6	91	82,0	599	94,0
	No es capaz	18	3,4	20	18,0	38	6,0
Usted es capaz solo(a) de recordar compromisos y acontecimientos familiares	Si es capaz	451	85,7	79	71,2	530	83,2
	No es capaz	75	14,3	32	28,8	107	16,8

Aquellas actividades que implican contacto social e interrelación con las demás personas y que resultan de la interacción de factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales, por estar determinadas por aptitudes, intereses y expectativas individuales para las cuales cada persona tiene patrones diferentes, fueron consideradas por los encuestados estar en capacidades funcionales de realizarlas. El 96,6% (508) de los adultos mayores están capacitados para realizar actividades como: encender la televisión, la radio, leer una revista o un periódico y estar en capacidad mental de entender lo que allí se dice. Las otras personas que lo acompañan en su vivienda consideran que el adulto mayor realiza estas actividades, pero no está en condiciones mentales de entenderlas, así se muestra con el 28,8% (32) que cree que no está en capacidad de recordar los compromisos y acontecimientos familiares y el 22,5% (25) que considera que el adulto mayor no se entera de los acontecimientos del vecindario. Tabla 28.

En general, el 96% de los adultos mayores encuestados está en capacidad de realizar las ABC físicas, el 80% puede realizar las ABC instrumental y el 90% para realizar las ABC sociales.

Figura 49. Ayudas ortopédicas que utiliza el adulto mayor. Medellín, 2002



Respecto a las ayudas ortopédicas o mecánicas que requiere el adulto mayor para la realización de sus actividades básicas cotidianas o esporádicas, se encontró que el 68% de los encuestados utilizan anteojos y el 10% utilizan la ayuda del bastón. Otras ayudas ortopédicas que utilizan los adultos mayores de la ciudad son el caminador, la silla de ruedas y las muletas, todas ellas para facilitarle un desplazamiento y brindarle al adulto mayor, algún grado de independencia y autonomía en las actividades básicas cotidianas, como: caminar por su vivienda, ir al sanitario, visitar los vecinos, etc. Para mejorar la convivencia con los demás miembros de su familia y con sus amigos y vecinos, el 1% utiliza audífonos y el 2% alguna otra ayuda ortopédica. El 26% de los adultos mayores encuestados no utilizan ninguna ayuda mecánica que les posibilite vivir en armonía y convivencia y mejorar su calidad de vida, al utilizar las redes de apoyo social. Figura 49.

En la exploración del análisis de componentes principales de los aspectos sociales se encontró que las variables que hacen relación al entorno micro del adulto mayor, o sea la familia, y los aspectos de autonomía son los que determinan el comportamiento del componente social en un 97%. Los aspectos familiares agrupan aquellas variables que corresponden a las interacciones sociales del adulto mayor con las demás personas con las que habita su entorno más micro como son: el sentimiento frente a las relaciones familiares con los que vive, como son las relaciones familiares, las decisiones importantes se toman en conjunto con la familia y con quien la pasa la mayor parte del tiempo. Por su parte, los aspectos de autonomía están conformados por aquellas variables que hacen parte de las actividades básicas cotidianas “ABC Físico” como bañarse, cepillarse, peinarse, vestirse y realizar las necesidades fisiológicas completamente solo; por las actividades básicas cotidianas “ABC Instrumental” como son las variables salir a la calle, tomar un transporte público y realizar las compras; y por las actividades básicas cotidianas “ABC Social” que agrupa las variables que tienen que ver con la vida social que lleva el adulto mayor en su vecindario como recorrerlo y encontrar fácilmente el regreso a su casa, recordar compromisos adquiridos y ver televisión y recordar lo visto.

5.6. ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES: CALIDAD DE VIDA

En el análisis de componentes principales para datos categóricos utilizando la cuantificación óptima (Optimal Scaling) y el procedimiento PRINQUAL se encontró que en general, los componentes que mejor explican la calidad de vida de los adultos mayores de la ciudad de Medellín son: autonomía, economía – seguridad social y las redes de apoyo social, estos tres explican en un 97.4% la variabilidad total de la calidad de vida de los adultos mayores. De esta forma se encontró que las variables relacionadas con la autonomía explican en un 91.7% el comportamiento de este componente; las variables económicas y de seguridad social explican en un 83.9% el comportamiento de dicho componente y las variables de las redes de apoyo social lo explican en un 79.4%. Observando como dichas variables explican en buena medida el comportamiento de cada componente o dimensión. Tabla 29.

Tabla 29. Variabilidad total y específica explicada por los componentes de calidad de vida del adulto mayor. Medellín, 2002

Componentes	Alfa de Cronbach	Conteo total de la varianza (Eigenvalue)
Autonomía	0.91696806	10.2469656
Economía – Seguridad social	0.838341239	5.71525059
Redes de apoyo social	0.793700553	4.56867518
Total	0.973739659	23.9713154

Al observar los tres componentes se tiene que las variables que mas cargan o se agrupan en el componente llamado “autonomía” son aquellas que muestran el grado de funcionalidad que tiene el adulto mayor para realizar las actividades básicas cotidianas del orden físico como: ser capaz solo(a) de vestirse, peinarse, de hacer sus necesidades fisiológicas, bañarse, cepillarse y manejar su propio dinero, y actividades básicas cotidianas de orden instrumental donde combina actividades físicas con elementos o instrumentos, como: tomar un transporte público, desplazarse a los supermercados para realizar compras, regresar nuevamente a su vivienda, tomarse sus propios medicamentos, subir y bajar escalas. Este componente lo conforman variables subjetivas que muestran la dependencia o independencia del adulto mayor para realizarlas y la combinación de autonomía y estado de salud para realizar actividades comunes, dependiendo de su condición de salud. Tabla 30.

El segundo componente denominado “economía y seguridad social” esta conformado por las variables: calidad de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, quien paga mensualmente por la afiliación del adulto mayor, principal fuente de ingresos, valor de los ingresos, ocupación, estar afiliado a un fondo de pensiones, como considera el actual estado de salud. Dicho componente, está compuesto de variables objetivas que muestran la necesidad de protección del adulto mayor bien sea por si mismo con sus propios recursos o bien por el Estado, pero requiere sentirse protegido y seguro. Tabla 30.

Tabla 30. Componentes principales de la calidad de vida del adulto mayor. Medellín, 2002

Componentes					
Autonomía		Economía – Seguridad social		Redes de apoyo social	
Autonomía	0.7585	Ocupación	0.7718	Con quien vive	0.8580
Bañarse solo	0.8085	Fuente de ingresos	0.7778	Rel. Familiares	0.8429
Alimentarse solo	0.6836	Afiliación SGSSS	0.8717	Tipo de relaciones	0.6540
Salir a la calle	0.6438	Quien paga la SS	0.8117	Toma decisiones	0.8497
Tomar bus/metro	0.5997	Estado de salud	0.7654	Quien pasa tiempo	0.5129
Cepillarse dientes	0.7380	Valor ingresos m	0.7208	Quien lo cuida	0.4735
Subir escalas	0.6349	Fondo pensiones	0.6415		
Vestirse solo	0.8186				
Peinarse solo	0.8101				
Nec. Fisiológicas	0.8038				
Hacer compras	0.6492				
Preparar alimentos	0.5987				
Caminar vecindario	0.6496				
Entender TV / radio	0.5959				
Tomar medicament	0.6500				
Regresar a la casa	0.6386				
Quedarse solo	0.6724				
Manejar dinero	0.7359				

Por ultimo, el tercer componente nominado “redes de apoyo social” agrupa las variables que tienen que ver con el entorno micro del adulto mayor, referenciado en su familia, se encuentra conformado por: personas con las que vive el adulto mayor, como se siente con las relaciones familiares con los que vive, las decisiones importantes se toman en conjunto con la familia, como son las relaciones familiares, entre otras. Este componente está conformado por las redes de apoyo social informal que hace alusión a la familia como fuente primaria de apoyo, sostén económico y moral del adulto mayor de la ciudad. Tabla 30.

Las variables objetivas que hacen referencia a las condiciones materiales de la vivienda del adulto mayor y que le pueden proporcionar un nivel y una mejora en su calidad de vida fueron excluidas del modelo, ellas no deben ser tenidas en cuenta en una futura caracterización de la calidad de vida del adulto mayor de la ciudad de Medellín. De las 67 variables estudiadas se pasó a 31 reduciendo al 50% el instrumento aplicado.

En forma general, se evidenció como en lo relacionado con la calidad de vida del adulto mayor cobra una importancia significativa lo concerniente a aspectos subjetivos o percepciones de los adultos en lo referente a su convivencia, salud, independencia o autonomía, y aspectos objetivos como los económicos y de seguridad social, pasando a un segundo nivel algunas variables objetivas o aspectos materiales considerados como componentes principales para medir la calidad de vida en general, entre ellas, las relacionadas con la vivienda. Lo anterior ofrece elementos importantes en el análisis de la calidad de vida del adulto mayor, en el sentido de poner mayor atención a las reales necesidades de este grupo, que permiten priorizar políticas e intervenciones encaminadas a satisfacerlas, sin circunscribir todas las necesidades a aspectos materiales u objetivos.

6. DISCUSIÓN

Antes de entrar en la discusión de los resultados, es importante llamar la atención acerca de la calidad de los registros de morbimortalidad utilizados en el estudio. Según el Ministerio de Salud se estima que en Colombia cada año puede haber un subregistro del 25% en los egresos hospitalarios⁶⁸. Además, en Colombia el subregistro general de defunciones en el año 1996 fue de 34% y para el grupo de 70 y más años se estimó en un 29,8%⁶⁹; sumado a esto, dicho instrumento presenta problemas tanto de cobertura como de contenido. Entre estos se encuentran⁷⁰:

- Integridad del registro de defunciones: Uno de los errores más frecuentes en las estadísticas sobre mortalidad es la omisión. El subregistro es atribuible a diversos factores que tienen que ver con el proceso que sigue la ocurrencia del hecho vital hasta la aparición de las estadísticas, tales como la transcripción de datos, ilegibilidad de anotaciones, pérdida de documentos, etc.; pero el más importante es la ausencia del registro mismo.
- Certificación médica. El dato sobre la causa de muerte en las estadísticas sobre mortalidad constituyen una información muy importante por ser quizás una de las pocas maneras de conocer los problemas sanitarios de una población y desde luego la planificación de la salud pública; pero, su captación se dificulta por diversas razones, y una de ellas, tiene que ver con el correcto diagnóstico médico de la enfermedad o hecho que causó la muerte.
- Proporción de causas mal definidas. Otro indicador que se usa frecuentemente para evaluar las estadísticas sobre mortalidad por causas, lo representa el porcentaje de defunciones clasificadas como “síntomas y estados morbosos mal definidos”, que incluye aquellos estados patológicos en los cuales no se pudo obtener un diagnóstico clasificable en otra sección. En la medida en que esta proporción disminuye, significará una mejoría en las estadísticas sobre mortalidad por causas.

Medellín es una ciudad que ha venido presentando un lento pero progresivo aumento de su población adulta mayor. De la década de los 60's hasta hoy, esta población ha seguido un aumento porcentual del 2.3%, pasando del 3.4% (censo de 1964) a 5.7% en el 2001, situación que se hace similar a la vivida por el país, el cual pasó de 3.2% a 4.8% en el mismo periodo, representando un aumento del 1.6% (DANE). No obstante parecer pequeño el aporte porcentual de los adultos mayores en la estructura poblacional de Medellín, es muy significativo en números absolutos por cuanto se pasó de un índice de envejecimiento de 8 adultos mayores por cada 100 personas menores de 15 años en el año 1964 a 21 en el año 2001.

Como en muchas regiones del mundo, el envejecimiento de la población de Medellín tiene un mayor peso de personas femeninas al presentar una mayor longevidad, (el 58% de los adultos mayores son mujeres). Esta situación corrobora lo afirmado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la cual enmarca la feminización del envejecimiento como un desafío, por cuanto en casi todos los países las mujeres viven mas tiempo que

los hombres, mostrando así que los problemas de las mujeres son los problemas del adulto mayor⁴¹.

Igualmente, en la ciudad de Medellín se presenta un fenómeno evidenciado en muchos países del mundo, el cual es el número creciente de viudas en relación con los viudos. Esta situación se ve explicada en parte por lo enunciado anteriormente, pues al ser las mujeres las que viven más tiempo, es factible que lleguen a la vejez solas, y por el aumento en la esperanza de vida; de esta forma, Medellín acorde a esta tendencia mundial presentaba en el año 2001 un 70% de hombres casados y un 14% de viudos, mientras que las mujeres en ese mismo año presentaban un 31% de casadas y un 48% de viudas. Estos porcentajes se diferencian marcadamente de los observados en Europa central, donde más del 70% de las mujeres adultas mayores son viudas^{41,71,72}. A pesar de ello, no deja de llamar la atención la diferencia existente entre hombres y mujeres de la ciudad de Medellín en lo relacionado con el estado civil.

De mantenerse el crecimiento de la población adulta mayor de la ciudad de Medellín, se espera que para el año 2050 se llegue a una composición del 16,3%, similar a la de Colombia. A medida que el número de adultos mayores aumente, aumentará con ellos los problemas que tendrán gran impacto en la estructura social y en aspectos económicos de la ciudad. Situación que ya se percibió en los países desarrollados, teniendo como precedente y principal diferencia el hecho que estos países se enriquecieron antes de envejecer, mientras que el país se está envejeciendo antes de que se produzca un aumento considerable de la riqueza⁴¹.

Otro aspecto importante que rodea la vida del adulto mayor es su situación económica. Dicha situación en la ciudad de Medellín se ha deteriorado con el transcurso de los años, en parte debido a la crisis económica que atraviesa el país: crecimiento económico negativo en los últimos años, altas tasas de desempleo, incremento del trabajo informal, aplicación de reformas laborales que reducen las estructuras administrativas de las empresas que lanzan a la calle a un sinnúmero de personas económicamente activas. Situación que afecta directamente a las personas adultas mayores por cuanto son rotuladas con envejecimiento laboral no aptas para trabajar ni productivas para la sociedad, perdiendo la posibilidad de aportar a los ingresos familiares, convirtiéndose en ocasiones en dependiente¹².

Los adultos mayores de la ciudad de Medellín son en un 44% amas de casa, pensionadas/jubiladas el 32%, desempleados el 17%, empleados u obreros el 7%. Estos resultados contrastan con los hallazgos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe donde para Colombia en el año 1997, el 20% eran pensionados/jubilados, el 21% eran empleados u obreros y el 59% eran desempleados o amas de casa⁷³. Se muestra como el deterioro sufrido por los ancianos de la ciudad se debe principalmente al temprano retiro de la actividad laboral siendo activo todavía.

Hallazgo importante y que confirma el deterioro económico sufrido es el relacionado con el ingreso mensual del adulto mayor, donde se pasó de percibir un 1,06 SMLV en el año 1997, a un 0,69 SMLV en el año 2001. Esta pérdida en los ingresos representó un 65% en el año 2001 frente al 1997. El ingreso mensual también mostró diferencias cuando se analizó por sexo, puesto que se observó como las mujeres recibían menos ingresos que los hombres en ambos años analizados, situación comprensible si se tiene en cuenta que

los adultos mayores de hoy fueron los obreros y empleados de las décadas de los 50's y 60's donde la incursión de la mujer en la masa laboral no era tan generalizada como se registra en la actualidad y por regla general, el aporte económico de la mujer adulta mayor es menor que el de los hombres debido a la baja participación económica en la vida laboral activa del país⁷³.

El rápido crecimiento de la oferta laboral de los jóvenes más educados que los adultos mayores generó una amplia diferencia entre los salarios de los jóvenes (limitados por el salario mínimo legal vigente –SMLV) y los de los adultos mayores que aún laboran (regidos por sistemas escalafonados y por las reformas laborales). El resultado de este proceso ha sido el reemplazo permanente de adultos mayores por jóvenes, rotación permanente de personal, liberación de cargas prestacionales asociadas con la antigüedad que en definitiva ha menguado las esperanzas laborales de los adultos mayores que solo les permite trabajar de manera independiente o informal⁷⁴.

Tal vez uno de los aspectos más descuidados son las relaciones de género entre los grupos envejecientes, son ellas las que han sido víctimas de las desigualdades del desarrollo, muchas de ellas son viudas que dependen totalmente de los sistemas de pensión y de los arreglos familiares, siendo evidente el hecho de que tienen el más bajo nivel educativo. Así, estructuralmente están condenadas a vivir más tiempo en condiciones de suma pobreza⁷⁵, a ser más tiempo amas de casa, a permanecer en ella y a fallecer en ella, siendo el primer lugar de defunción de la población adulta mayor femenina (51%).

De forma general se evidencia como de los aspectos que más le producen preocupación o tensión al adulto mayor, el económico es el que presenta mayor relevancia; por otro lado, algunos estudios enuncian como único factor no biológico, y a la vez muy importante, que afecta la salud de una persona de edad su situación económica, considerando igualmente la nutrición y el nivel de educación⁷⁶.

Otro aspecto no menos importante que tiene que ver con el adulto mayor es el relacionado con su seguridad social. Desafortunadamente en la actualidad, existe poca información sobre el estado de salud de los adultos mayores, sus necesidades de servicios y los costos y eficiencia de los diferentes esquemas de diagnóstico y tratamiento, siendo uno de los grupos poblacionales de la ciudad que más requieren de la seguridad social, por el deterioro físico y mental que acumula el ser humano en el transcurso de su ciclo vital. Este deterioro hace que utilicen los servicios de salud más frecuentemente: el 12% de los egresos hospitalarios de Medellín en el año de 1997 fueron de personas de 65 y más años, según los registros del Ministerio de Salud. Sumado a ello, el 80% de los ancianos que respondieron la encuesta telefónica dijo haber acudido a una institución de salud en los últimos doce meses y consultar periódicamente por alguna enfermedad el 64%.

La seguridad social en Colombia es regresiva, las personas más pobres están más desprotegidas que las menos pobres⁷⁴, así mismo los adultos mayores registran una desprotección del SGSSS al encontrarse que en la ciudad de Medellín están afiliados al régimen contributivo como contribuyente directo o como beneficiario el 65%. Este resultado llama la atención por el aumento porcentual de personas adultas mayores no afiliadas al sistema, por cuanto muestra como las condiciones económicas y de salud

influyen directamente en la atención preventiva, tratamiento oportuno y rehabilitación necesaria de los estado mórbidos y mortales que requiere este grupo poblacional.

Como la seguridad social en salud cubre principalmente a la clase trabajadora, siendo la mujer quien menos aporta en este campo y los hombres están mejor protegidos por el sistema, principalmente cuando ingresan a laborar en empleos formales con la seguridad social garantizada⁷⁴. Medellín también conserva esta tendencia discriminada por sexo en donde para el 2001, el 31% de las mujeres no estaba afiliada al SGSSS frente al 26% de los hombres. Esto llevó a plantear una hipótesis de iniquidad de género en cuanto a la cobertura y accesibilidad a los servicios de salud, al derecho a la salud de todos los ciudadanos y a las condiciones psicosociales que se le proporciona a las adultas mayores.

Las pensiones en este grupo poblacional muestran una gran diferencia frente a grupos poblacionales más jóvenes de la ciudad, el 32% de los adultos mayores encuestados se encuentran afiliados a un fondo pensional, estando acorde estos hallazgos con lo registrado en América Latina, donde entre el 40% y el 60% de la población adulta mayor no obtiene ingresos por concepto de pensión⁷³, a pesar de que en promedio las pensiones reducen la pobreza en solo 3%, su impacto resulta ser muy importante en aquellos hogares donde el ingreso por concepto de pensiones representa una porción significativa o incluso el total de las entradas del hogar frente a la inestabilidad de las fuentes de trabajo para los demás miembros de la familia. En América Latina, en promedio, en uno de cada tres hogares, los recursos aportados por los adultos mayores por concepto de jubilaciones o pensiones representa más de la mitad del ingreso familiar⁷³.

La difícil situación económica que atraviesan los adultos mayores de la ciudad que no alcanza a superar la línea de pobreza, ni para satisfacer las necesidades básicas se constituye en un problema crítico en la medida en que a esta edad enfrentan gastos elevados y crecientes en salud, que en muchos casos llegan a absorber una parte muy considerable de sus escasos recursos disponibles⁷³.

Los incrementos en los gastos en salud, se pudieran explicar por el cambio epidemiológico que atraviesa la ciudad de Medellín, cambio que se desencadena como consecuencia de la transición demográfica, la cual se ve reflejada por una reducción en las enfermedades infecciosas en edades más jóvenes pero con un incremento en las incidencias de enfermedades crónicas y degenerativas, como las afecciones cardiovasculares, los tumores malignos, los trastornos de la salud mental, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas^{72,78}.

Estos cambios de forma general se miden mas comúnmente mediante indicadores de morbimortalidad y discapacidad, los cuales permiten a su vez evaluar la efectividad de los sistemas de salud, Desafortunadamente éstos no pueden por sí solo determinarlos, por cuanto los avances sociales y económicos producen cambios relevantes en aquellos indicadores. La salud es un elemento fundamental de la calidad de vida, pero en etapas avanzadas de la vida reviste una importancia fundamental por el número adicional de años de vida que los mayores tienen por delante. En general, las enfermedades no transmisibles crónicas son las causas principales de mortalidad, morbilidad y discapacidad en la vejez⁶⁰.

Acorde con la transición epidemiológica, esta investigación encontró que en Medellín las cinco principales causas de mortalidad para el año 1998 fueron: enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, diabetes mellitus, resto de enfermedades del sistema digestivo, situación que se corrobora en cuatro de las cinco causas de mortalidad registradas en el departamento de Antioquia para el mismo año, donde las cinco principales causas fueron: enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, enfermedades cerebrovasculares, otras enfermedades del corazón y diabetes mellitus⁴⁶, mas no en las tasas las cuales fueron disímiles.

Las mismas causas de mortalidad son importantes causas de morbilidad en los adultos mayores. Por egreso hospitalario las principales causas registradas en la ciudad de Medellín en el período 1990-1997 fueron: hiperplasia prostática, obstrucción crónica de las vías respiratorias, fractura del cuello de fémur, diabetes mellitus e insuficiencia cardíaca. Resultados diversos a los registrados en el departamento de Antioquia en el año 1998, donde las principales causas fueron: otras enfermedades del aparato respiratorio, otras formas de enfermedades del corazón y de la circulación pulmonar, neumonías, otras enfermedades del aparato digestivo y diabetes mellitus⁴⁶. Estas diferencias en las causas de morbilidad pudieran explicarse por las fuentes de información utilizadas, en la investigación a través de los registros hospitalarios del Ministerio de Salud y en el Diagnóstico de la Situación de Salud del departamento por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia⁶⁸.

La morbimortalidad de los adultos mayores de la ciudad es coherente con los datos de la Organización Mundial de la Salud^{72,78}, donde las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de mortalidad en casi todos los países de América, seguida de los accidentes cerebrovasculares que dejan secuelas incapacitantes y el cáncer de pulmón, estómago, mama y próstata que han manifestado un cambio de incidencia en los últimos años por la mayor exposición a factores de riesgo laborales con agentes cancerígenos⁷⁸; en Medellín el tumor maligno de pulmón y bronquios está presente en los diez años de estudio, siendo para los hombres la tercera causa de muerte y el cáncer de estómago hace su repunte a partir del año 1997.

Desde la década de los años 40 se sabe que las enfermedades cardiovasculares no se presentan al azar en la población ni deben ser consideradas como algo inevitable en el proceso de envejecimiento⁷⁷ sino que se desencadenan más fácilmente en aquellas personas expuestas a uno o más factores de riesgo: hipertensión arterial, hipercolesterolemia alto, consumo de tabaco y alcohol, obesidad, estrés, sedentarismo, antecedentes familiares, sexo masculino y edad⁷⁸, a diferencia de lo hallado en la población adulta mayor de Medellín, donde los hombres fallecieron más por neoplasias o tumores malignos en diferentes partes del organismo, mientras las mujeres lo hicieron por causas crónicas de mayor latencia durante su ciclo vital, como enfermedad cardíaca hipertensiva, diabetes mellitus y bronconeumonía.

No obstante al registrar la ciudad de Medellín, indicadores de morbimortalidad semejantes a los referenciados, se presenta un grupo de problemas que merecen especial atención. Los relacionados con la salud mental de los adultos mayores por el incremento en la incidencia, por la escasez de recursos que se destinan para su tratamiento, por las diversas enfermedades que la engloban, por el importante componente psicopatológico

de muchas de ellas y por la trascendencia familiar y social que tienen⁷⁸. La comorbilidad de los trastornos psicosociales, psicológicos y mentales está referenciado en enfermedades como la cirrosis con el consumo de alcohol, el cáncer de pulmón con el consumo de tabaco -en Colombia, la proporción de prevalencia anual es de 45% y la mensual de 29%⁴⁸, el suicidio con la depresión –en Medellín la depresión se estima que es similar a la hallada en Colombia, donde el 25% de las personas mayores de 60 años sufren de depresión y el 4% de algún tipo de demencia y en Estados Unidos se calcula que alrededor del 40% de los adultos mayores sufren algún tipo de alteración mental^{48,61,78}.

Visto el panorama demográfico de crecimiento de la población adulta mayor, de incapacidad económica, social y asistencial de las organizaciones públicas para resolver los crecientes problemas gerontológicos, no resulta lógico quitarle funciones al Estado, que por derecho propio le corresponden realizar, no es el individuo, ni la familia los encargados de velar por el sostenimiento económico y social del adulto mayor, es el Estado el encargado de suministrar los medios necesarios para que los adultos mayores se inserten de la mejor manera en el núcleo familiar y en la sociedad. Planteamiento contrario al de Ricardo Moragas Moragas que sugiere potenciar la ayuda familiar y social tanto económica como socialmente antes que establecer unidades asistenciales burocráticas¹⁴.

Las personas que en estos días llegan a la edad de jubilarse quieren envejecer con éxito. Este fenómeno es nuevo con relación a las generaciones anteriores, cada vez mas sujetos están a sus 65 años en muy buen estado de salud y desean mantenerlo, lo cual es comprensible porque su esperanza de vida promedio a tal edad es de mas de 20 años en algunas regiones del mundo⁷⁹. Para Medellín, la esperanza de vida a los 65 años es de 14.3 años, siendo para los hombres de 13.7 y para las mujeres de 14.9 años.

Es por ello que se deben brindar todos los elementos necesarios para que el adulto mayor se pueda desenvolver con autonomía, desmitificando esa creencia que se tiene respecto a que el adulto mayor es una persona eminentemente dependiente, la cual no puede desarrollar muchas de sus tareas del diario acontecer por si sola. Percepción que ha sido derrumbada por muchos expertos en el área y por organismos de salud a nivel mundial, es así como Moragas¹⁴ enuncia como los adultos mayores exhibirán la personalidad que el medio les permita, siendo negativos sino se les acoge y siendo positivos cuando encuentran un ambiente propicio.

Al ser entrevistados los adultos mayores en aspectos relacionados con la autonomía, sus respuestas resultaron ser disímiles, específicamente al separar las suministradas por los propios adultos mayores y las ofrecidas por las 111 personas que respondieron por el adulto mayor, donde un alto porcentaje de los primeros (adulto mayor) afirmaron ser muy independientes; los segundos consideraron que un menor porcentaje de adultos mayores son independientes, resultando ser mas alta la percepción de dependencia que tienen del adulto mayor las personas que rodean a estas. Esto puede significar que la inutilidad y dependencia que se considera cosa de viejos, es más del acompañante joven que del mismo estado limitante o discapacitante del adulto mayor, prevaleciendo el papel sobreprotector hacia esta población, llevándolo en ocasiones incluso a niveles de inactividad que resultan ser dañinos.

En la vida del adulto mayor coexisten una serie de factores que favorecen su bienestar, resultando además fundamentales en su entorno social, entre ellos se puede mencionar el apoyo social (familia, amigos, grupos a los que pertenece), las oportunidades para la educación y el aprendizaje durante toda la vida, la protección frente a la violencia y el abuso, la autonomía y la productividad en la vejez. Por su parte la soledad, el aislamiento social, el analfabetismo y la falta de educación, el abuso de los mayores y la exposición a situaciones de conflicto son aspectos que van en detrimento de ese bienestar, aumentando enormemente los riesgos de discapacidad y muerte prematura en las personas mayores⁶⁰.

Por ello se hace importante para los adultos mayores el mantenimiento de una red de contactos sociales. Un vínculo importante para mantener una red de apoyo emocional que implica mantenerse activo en la comunidad. La evidencia sugiere que este apoyo emocional puede tener como resultado la disminución de las hormonas que causan el estrés, cuando hay altos niveles de esas hormonas en la sangre en un periodo de tiempo, el sistema inmunitario se ve afectado en forma negativa. Además, las personas mayores necesitan tener una voz activa en el proceso de toma de decisiones y tener el derecho de participar en todas las decisiones que los afectan.

En Medellín, el 57% de los adultos mayores encuestados afirmaron no tener una participación activa en la toma de decisiones del hogar. Esta situación es el reflejo del “rol sin rol” que ocupan los adultos mayores en sus hogares, al no ser invitados a participar como un integrante más de la familia en las oportunidades en que se deben tomar decisiones fundamentales en el hogar, llevándolo a perder ese sentido de control que debe tener el adulto mayor sobre aspectos que están relacionados con su modo de vivir¹². Situación que además de aislar al adulto mayor de su vínculo familiar, lo lleva a retraerse y a deprimirse, ocasionando en muchas ocasiones sentimientos de pérdida, tristeza, desinterés por las actividades, merma de la energía, pérdida de la confianza y autoestima, sentimiento injustificado de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio⁵⁰.

Por otro lado, se ha observado que la mortalidad es menor en los adultos mayores casados y mayor entre las personas solteras, divorciadas o viudas. Lo cual da a entender tal vez la importancia que tiene no solo la familia sino la interacción social de cada día. Los efectos positivos del afecto social y el estar rodeado de la familia y amigos han demostrado ser reductores del riesgo de mortalidad⁷⁶.

Con lo anterior y al analizar las respuestas ofrecidas por los adultos mayores se observó como ellos viven y pasan principalmente su tiempo con familiares, además un alto porcentaje de ellos afirmaron que en las oportunidades en las que su estado de salud requiere de atención y cuidado, la familia es quien le presta el apoyo y los debidos cuidados. Es por ello que se considera la familia como ese entorno al que pertenece el adulto mayor y del que no debe abstraerse. Resultando ser el ambiente donde ellos pueden en mejor forma recibir el afecto y la comprensión necesaria para adaptarse a los cambios del envejecimiento.

Siendo la ancianidad, una etapa de la vida donde los mecanismos de defensa y equilibrio de la personalidad se hallan muy amenazados por numerosas tensiones, la familia puede proporcionar, como en otras etapas de la vida, un medio favorable para mantener la identidad personal y evitar los peligros del medio ambiente, afirmando su autoestima¹⁴.

Al igual que la familia, los grupos de amigos y la participación en actividades lúdicas o en grupos, hacen que mejore significativamente el bienestar en el envejecimiento, aumentando los niveles de autoestima y de autonomía. Así, los adultos mayores entrevistados en la ciudad de Medellín, contrario a lo dicho anteriormente, afirmaron tener una baja participación en tales grupos sociales, puesto que el 72% de los encuestados no participa en ningún grupo. Esta poca participación a los grupos sociales esta mas dada por falta de voluntad propia que por falta de convocatoria, lo cual preocupa pues en ocasiones el adulto mayor se puede aislar de la sociedad y de su entorno.

Se observa entonces como la familia, los amigos, y en general las redes sociales ayudan a mejorar considerablemente la calidad de vida del adulto mayor. Es de considerar sin embargo, que estos aspectos por si solos no brindan un envejecimiento exitoso, coexisten otros factores que ayudan a ello.

Muchos ancianos se perciben a sí mismos como individuos con una carga de experiencias a ofrecer y con sensación de bienestar. Consideran que envejecer no implica una declinación progresiva o, por lo menos, incontrolable. Esta satisfacción con la vida, no obstante, debe estar apoyada en la seguridad económica y social, una nutrición adecuada, un estado de salud relativamente bueno y relaciones familiares continentales, fallando cualquiera de ellos, la percepción de bienestar se modifica tanto transitoria como permanentemente. Por su parte, los factores socioeconómicos gravitan poderosamente en la sensación de bienestar general de los ancianos. Los bajos ingresos por beneficios jubilatorios, o su ausencia, así como la deficiente o ninguna cobertura de seguridad social, generan distintos grados de satisfacción por la vida, alterándola²³.

Según lo anterior y contrastándolo con lo que afirmaron los adultos mayores entrevistados, en lo concerniente a la percepción de sus condiciones de salud se encontró que un 34% consideran que su estado de salud en términos generales es bueno; el sentimiento del adulto mayor frente a las relaciones con las personas con las que vive es percibido como bueno en un 83%; este sentirse bien está determinado por la percepción que tiene frente a la dinámica familiar al considerar que en su hogar y en su contexto más cercano las relaciones son estables sin mayores dificultades en un 83%; además, un alto grado de satisfacción con el apoyo y la ayuda recibida por los familiares de los adultos mayores cuando éste tiene problemas se da en un 90%.

Los procesos de transición que presenta la ciudad de Medellín, demográfica y epidemiológica, generan una serie de desafíos para la administración municipal que deben ser considerados y ser referentes para el establecimiento de políticas públicas para la ciudad. Entre estos se tienen: el acceso a los servicios de salud por los niveles y restricciones de cobertura que presenta el SGSSS y pensiones para satisfacer las necesidades básicas de la población adulta mayor; otro desafío que se evidencia es la estigmatización y discriminación cultural y social que sufren los adultos mayores por ser considerados una carga social y por la relación entre enfermedad, discapacidad y vejez; un tercer desafío es el relacionado con los cambios en la composición de los hogares y la redefinición de los roles de los miembros de la familia⁷³; un desafío mas es el relacionado con la transición epidemiológica, en la cual convergen enfermedades infectocontagiosas y enfermedades crónico degenerativas, lo cual genera una doble carga de la enfermedad para este grupo población, emergiendo enfermedades como la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial, las cuales en esta investigación

tuvieron porcentajes altos de presencia en la población adulta mayor de la ciudad, además de la aparición de problemas en la esfera de la salud mental prioritarios, entre ellos la depresión.

Otro desafío es la exclusión y el empobrecimiento de las personas mayores como fruto de las desigualdades sufridas en los primeros años de la vida, tales situaciones son las exclusiones a mejores atenciones en salud, a actividades que generan ingresos, mejoran su calidad de vida, y le permiten una mejor educación. Aunque la actual generación de adultos mayores sea más proclive a mantenerse vigente y autónoma y se interese en adquirir nuevos conocimientos y así tener una vejez mejor en términos de calidad de vida, la pobreza intelectual puede ser tan limitante como la material, por las exigencias de la sociedad que aumenta la segregación de los que están en peores condiciones⁷¹, caso en el que se encuentra gran parte de los adultos mayores de la ciudad, donde en el año 2001, bajó el grado de escolaridad de los adultos mayores, al encontrarse que el 63.9% solo tienen estudios aprobados de primaria y el 19.2% de secundaria.

Estas situaciones o desafíos, además de evidenciar el proceso demográfico presentado por la ciudad de Medellín, llaman la atención sobre las posibles consecuencias que este proceso pudiera traer sino se establecen mecanismos que permitan implementar planes y programas específicos a dicha situación y al grupo de adultos mayores. Dichas consecuencias obligan a hacer hincapié en la necesidad de investigar, identificar y ejecutar estrategias tendientes a prevenir la manifestación prematura de enfermedades crónicas no transmisibles –principales causas de defunción en poblaciones donde la esperanza de vida aumentó y rebajó las tasas de natalidad, de mortalidad infantil y por enfermedades transmisibles⁸⁰.

De esta forma, se evidenció como Medellín se está viendo enfrentada a estos desafíos para lo cual aun no hay unas estructuras sociales, asistenciales y familiares acordes a las necesidades de este grupo poblacional; por otro lado el Gobierno Municipal, hasta ahora comienza a darle el realce que se merece dicha situación a través de programas de atención y asistencia a la tercera edad como: clubes de vida, programas de puertas abiertas, programa revivir, comedores y dormitorios de paso, asistencia familiar y centros de bienestar del anciano⁸¹.

El rápido aumento en número absoluto de personas adultas mayores en la ciudad plantea prioridades para los sistemas de salud, por cuanto los problemas de salud están íntimamente relacionados con el envejecimiento de la población. Se deberá investigar en: los factores que conducen a una vejez saludable; algunas enfermedades que dependen de la vejez como es el caso de la osteoporosis y las fracturas osteoporóticas, especialmente en las mujeres -en Medellín es la segunda causa de morbilidad por egreso hospitalario-; prevalencia de las enfermedades mentales, especialmente depresión y demencia, por la pesada carga para las familias y los sistemas de servicios de salud; y los cambios nutricionales y consumo de sustancias psicoactivas vinculados al envejecimiento⁸⁰. De igual forma, se deben fortalecer los lazos familiares y evitar la desprotección de los adultos mayores, dicha situación tiene sus explicaciones en el sentido que aquellos adultos que viven solos o quedan solos por la muerte de sus parejas o familiares, son más vulnerables y mueren más rápidamente, que aquellos que cuentan con sus parejas, familiares o grupos de amigos.

Con lo anterior, se enmarca como un aspecto importante dentro de la calidad de vida de los adultos mayores el vínculo familiar, circunstancia que resulta de vital importancia no solamente para acompañar al adulto mayor, sino para cuidarlo en todos los aspectos relacionados con la salud tanto física como mental, y brindarle un espacio en el cual tenga control y decisión sobre sus acciones. Situación que redundará en niveles altos de autoestima y de autonomía.

La investigación estableció que los componentes que explican de mejor manera la calidad de vida del adulto mayor en la ciudad de Medellín, son autonomía, economía – seguridad social y redes de apoyo social, explicando estas tres un 97% la variabilidad total de la calidad de vida de los adultos mayores. Resultando ser aspectos en su mayoría subjetivos, dejando de lado aquellos relacionados con las tenencias materiales, no significando con ello que estos sean poco importantes y se deban descartar por completo, solo que para la población objetivo priman más los aspectos de autonomía, seguridad social y percepción económica, la percepción del estado de salud y las redes de apoyo social. Resultado similar a lo planteado por Ian Darnton Hill⁷⁶, el cual consideró que los esfuerzos para atender las necesidades de las personas de edad deberían centrarse en tres factores: su seguridad socioeconómica, su bienestar psicosocial y su sensación de salud. El fomento de la salud, en su sentido más amplio de trabajar por lograr modos de vida sanos y entornos que contribuyan a la salud, tienen al parecer mucho que ofrecer para lograr el bienestar en la vejez.

Los resultados muestran como la calidad de vida del adulto mayor es multidimensional con componentes objetivos y subjetivos que comprende: salud, autonomía, nivel de satisfacción, ingresos, redes de apoyo, servicios sociales, vivienda adecuada, actividades de esparcimiento, participación social y oportunidad de toma de decisiones; teniendo un peso mayor aquellas variables de tipo subjetivo como autonomía, salud y redes de apoyo social confirmando lo hallado por Herrera y col⁸², donde la valoración de la calidad de vida de la población anciana esta compuesta por indicadores subjetivos como familia, salud; y lo hallado por Fernández-Ballesteros³⁰ quien afirma la multidimensionalidad de la calidad de vida con los factores: salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividades de ocio, satisfacción y factores socioambientales como apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y sociales, calidad del ambiente y aspectos culturales.

7. CONCLUSIONES

- La ciudad de Medellín presenta un progresivo crecimiento poblacional, especialmente en los grupos de personas mayores de 30 años. Evidenciando como, el grupo de adultos mayores (65 y más años), presenta un aumento porcentual del 2.3% al comparar el censo de 1964 con las proyecciones de población realizadas para el 2001. Este crecimiento lleva a pensar que la población de la ciudad se va envejeciendo, situación que se constata al observar el cambio sufrido por el índice de envejecimiento, el cual paso de 8 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años para 1964, a 21 adultos mayores por cada 100 menores para el 2001, explicando esto el grado de envejecimiento de la población de la ciudad a través del tiempo. Este cambio de composición poblacional ha llevado irremediamente a que haya un cambio en la esperanza de vida, donde se paso de tener una esperanza de vida alrededor de los 60 años a mediados del siglo XX, a estimar que para el 2005 ésta será de 73.2 años, siendo más marcado este aumento en las mujeres.
- En el año 2001, Medellín presentaba en el área urbana 105.612 adultos mayores equivalentes al 5.7% de la población, con las siguientes características demográficas: índice de masculinidad de 85 hombres por cada 100 mujeres, por estado civil se encontró que el 45.5% eran casados y el 34.4% eran viudos; la condición civil que más variación sufrió fue el separado que pasó de 3.4% en 1997 a 5.9% en el 2001.
- El nivel de cobertura en el aseguramiento que brinda el Sistema General de Seguridad Social al adulto mayor de la ciudad de Medellín es del 64,7% con afiliación a través del régimen contributivo, como afiliado directo o como beneficiario; al régimen subsidiado se encontraban el 6,6% y el 28,7% no se encontraban afiliados al sistema. Es preocupante el aumento de adultos mayores no afiliados al sistema o afiliadas como beneficiarias o dependientes y la baja en la afiliación a través de los dos regímenes, por cuanto esta situación influye directamente en la atención preventiva, tratamiento oportuno y rehabilitación necesaria de los estados mórbidos y mortales que requiere.
- Distribuida la población adulta mayor por sexo se encontró en el 2001 que el 58% eran mujeres; el 48,3% tenían como estado civil viudas y el 29% casadas; el 47% eran jefes de hogar y el 26% cónyuges; la afiliación al sistema de seguridad social es principalmente como beneficiarias o dependientes un 38,2%, no afiliadas se encontraban el 30,9%, en el régimen contributivo están el 23,6% y en el régimen subsidiado el 7,3%.
- La población masculina representaba el 42% en el mismo año; su estado civil predominante era casado en un 68,3% y viudo en un 15,1%; el 83% eran jefes de hogar y solo el 4% eran cónyuges; en el régimen contributivo del sistema de seguridad social está el 52,4%, no afiliados están el 25,7%, como beneficiarios está el 16,3% y en el régimen subsidiado está el 5,5%.

- Se observó que las condiciones sociales, económicas y de salud difieren por sexo al encontrarse que existen menos mujeres afiliadas al SGSSS y por ende con menor cobertura y accesibilidad a los servicios de salud, reciben en proporción menos ingresos mensuales que los hombres, presentan menos egresos hospitalarios y menos días de estancia hospitalaria y una proporción mayor de ellas fallece en su lugar de residencia, a sabiendas que viven más tiempo que los hombres y tienen una mayor esperanza de vida.
- En lo que respecta al nivel educativo de los adultos mayores se encontró que una alta proporción de estos solo han alcanzado estudios de primaria (63.9%), el 19.2% con secundaria y el 13,8% sin ninguna escolaridad, convirtiéndose en ocasiones tal situación en posible factor de discriminación en la sociedad, por lo tecnificada de la misma.
- El ingreso mensual del adulto mayor en el año 2001, sufrió una pérdida del 65% frente al recibido en 1997, al pasar de 1,06 SMLV (\$182.510) a 0,69 SMLV (\$196.537), y del 44% al 46% de la población adulta mayor que no recibía ningún ingreso mensual en estos dos años . Discriminado por sexo, el 58% de las mujeres y 30% de los hombres no recibían ingresos.
- El índice de dependencia senil para la ciudad es de 11,2; es decir, por cada 100 personas económicamente activas existen 11 personas de 65 y mas años que son considerados como población económicamente inactiva.
- Analizando las causas de mortalidad de la población mayor durante la década (1990 a 1999), se encontró que de las 162.050 muertes registradas en la ciudad de Medellín el 34,9% correspondieron a adultos mayores, con una edad promedio de 77 años, siendo el 53.2% del sexo femenino y 46.9% del sexo masculino, y el lugar de defunción fue su casa o domicilio en un 48% y en una institución de salud el 43%.
- Con relación a la mortalidad de los adultos mayores se encontró que el 42.7% eran casados, siendo los hombres quienes más contribuyen a este porcentaje, y el 37,5% eran personas viudas, presentando las mujeres una mayor proporción que los hombres. La distribución por sexo de las muertes en Medellín y según estado civil, se encuentra que el porcentaje de hombres casados sobrepasa al de las mujeres en un 230%; por otro lado, el porcentaje de mujeres viudas que fallecen sobrepasa al de los hombres viudos en un 268%. Además, de las muertes de adultos mayores solteros, las mujeres sobrepasaron a los hombres en un 238%.
- Las cinco primeras causas de mortalidad en la década estudiada fueron: infarto agudo del miocardio (9,4‰), obstrucción crónica de las vías respiratorias (4,5‰); tumor maligno de los bronquios y los pulmones (2,2‰), diabetes mellitus (1,7‰) y bronconeumonía (1,5‰).
- Las causas de muerte no son determinantes para un solo sexo, a excepción de aquellas propias de su condición biológica; los hombres fallecieron más por neoplasias o tumores malignos, mientras las mujeres lo hicieron por enfermedades de mayor latencia. Los hombres superaron a las mujeres en las causas; tumor maligno de los

bronquios y del pulmón con un 55%, tumor maligno del estómago con un 38% y el infarto agudo del miocardio con un 19%; las mujeres superaron a los hombres en las causas: enfermedad cardiaca hipertensiva con un 45%, diabetes mellitus con un 39%, bronconeumonía con un 30%, insuficiencia cardiaca congestiva con un 24%.

- La bronconeumonía a partir del año 1996 presenta un comportamiento tendiente a la baja al igual que la diabetes mellitus que presenta un comportamiento irregular hasta el año 1994 donde permanece estable por tres años e inicia un declive a partir de 1996, la única causa que registró tendencia constante de crecimiento fue la mortalidad por obstrucción crónica de las vías respiratorias. La diabetes mellitus y la bronconeumonía presentaron una tendencia al descenso a partir del año 1996; este comportamiento podría estar relacionado con el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas del periodo estudiado; disminución en las tasas de incidencia de la enfermedad y efectividad, en la mayoría de los casos, de las estrategias terapéuticas utilizadas en la atención de los eventos, por algunas enfermedades que tuvieron un repunte en los últimos años o en la calidad de las fuentes de información analizadas.
- Las enfermedades, signos o síntomas que mas aquejan a los adultos mayores entrevistados son las relacionadas con el sistema cardiovascular, presentándolas el 50.6% de ellos; dentro de este grupo la patología mas padecida es la hipertensión (38.1%). Dentro de los sistemas o grupos se encontró en segundo lugar las patologías del tejido osteomuscular y conjuntivo y las del sistema endocrino y metabólico (21.1% cada uno de ellos), resultando ser la artritis, la osteoporosis y la columna las que mas se presentaron dentro del grupo del tejido osteomuscular y conjuntivo; y la diabetes, la hipercolesterolemia y la tiroides las patologías que mas se presentan dentro del sistema endocrino y metabólico. Así mismo, un 9.9% de los adultos mayores manifestaron padecer enfermedades relacionadas con el sistema digestivo, siendo la gastritis, el colon y las úlceras las patologías que mas se presentan dentro de este sistema.
- La hipertensión (38.1%), la diabetes (13.2%), la artritis (6.8%), la osteoporosis (5.0%) y la hipercolesterolemia (4.7%), son los padecimientos más comúnmente manifestados por la población adulta mayor entrevistada, convirtiéndose a la vez en factores importantes a tener en cuenta por parte de la administración pública, para la realización de campañas de intervención y el establecimiento de políticas públicas.
- Para describir el perfil de morbilidad por egreso hospitalario se analizaron 1.480.405 registros de la ciudad de Medellín, de los años 1990 a 1997, de los cuales el 12% correspondía a adultos mayores, la edad promedio fue de 75 años y los hombres presentaron una proporción de egreso mas alta que las mujeres.
- En promedio, los días de estancia hospitalaria en las instituciones de salud fue de 6,3; los hombres registraron 6,5 días y las mujeres 6 días pero con una variación de (14,5 días). Un 90,1% egresa en mejores condiciones pero un 6.8% salen muertos.
- Las principales causas de morbilidad de los adultos mayores de la ciudad de Medellín, según egreso hospitalario en el período estudiado fueron: hiperplasia prostática

(110,4‰), obstrucción crónica de las vías respiratorias (100,6‰), fractura del cuello de fémur (69,4‰), diabetes mellitus (57,8‰) e insuficiencia cardíaca (53,6‰).

- Por sexo, las causas de morbilidad por egreso hospitalario fueron en el masculino: hiperplasia prostática (110,4‰), obstrucción crónica de las vías respiratorias (45,6‰), otras formas de cardiopatía isquémica crónica (29,3‰), infarto agudo del miocardio (23,5‰), insuficiencia cardíaca (24,7‰). En el sexo femenino fueron: obstrucción crónica de las vías respiratorias (54,9‰) fractura del cuello de fémur (48,6‰), diabetes mellitus (35,4‰), prolapso genital (31,6‰), e insuficiencia cardíaca (28,9‰).
- Para identificar las redes de apoyo social con que cuenta el adulto mayor de la ciudad de Medellín, se analizó la encuesta telefónica realizada en el 2002 a 637 adultos mayores, en la cual se determinó como a pesar de ser las relaciones con las personas que vive el adulto mayor consideradas como buenas por un 82.9% de ellos, lo cual es un aspecto importante y determinante para el bienestar de los adultos mayores, la poca participación que tienen estos en las decisiones familiares (42.9%), da una idea de la situación vivida por ellos, los cuales a pesar de estar acompañados, no son tenidos en cuenta en la toma de decisiones que afectan al grupo familiar.
- Se evidenció la sobreprotección que desarrollan las personas que están alrededor del adulto mayor para con este, llegando en ocasiones a considerarlos personas totalmente dependientes, limitándolos en su accionar. Esta situación se corroboró al encontrar como para los adultos mayores que respondieron la encuesta telefónica, el 71,6% se considero independiente y el 6,4% dependiente; por otro lado, las personas que respondieron por el adulto mayor afirmaron que solo el 44.1% de adultos mayores son independientes y el 24,3% son dependientes.
- En la valoración de la calidad de vida del adulto mayor cobra una importancia significativa lo concerniente a aspectos subjetivos o percepciones de los adultos en lo referente a su convivencia, salud, independencia o autonomía, y aspectos objetivos como los económicos y de seguridad social, pasando a un segundo nivel algunas variables objetivas o aspectos materiales considerados como componentes principales para medir la calidad de vida en general, entre ellas, las relacionadas con la vivienda. De las 67 variables estudiadas se pasó a 31 reduciendo al 50% el instrumento aplicado.
- Mirado el envejecimiento poblacional de la ciudad de Medellín, de una manera integral, se observa como el proceso de envejecimiento depende de factores genéticos, de las condiciones de vida y de los estilos de comportamiento durante todo el transcurso vital, aceptando la definición de calidad de vida propuesta por los autores en el sentido de que es un fenómeno social complejo y un proceso de percepción personal del nivel de bienestar alcanzado a través de la combinación de las condiciones de vida (variables objetivas que se pueden medir independientemente de los sentimientos) y el grado de satisfacción con la vida (variables subjetivas que dependen de los sentimientos y no se pueden medir directamente solo preguntándole a los interesados). Si falla alguno de estos componentes o factores que se relacionan con el envejecimiento y su calidad de vida, la percepción de bienestar se modifica tanto transitoria como permanentemente.

- Si bien la vejez representa una condición biológica con características propias, son las estructuras culturales, sociales y económicas las que delimitan su participación y la desvinculación de la sociedad, argumentando su inferioridad física y el deseo de descansar, meditar y aislarse de los demás.
- Las dificultades del sistema de información son evidentes; con los egresos hospitalarios, a partir de la implementación del nuevo sistema de registros individuales de atención (RIPS), a pesar que goza de un buen diseño y puede ofrecer información integral y pertinente sobre el proceso de atención, su utilidad, se ha enfocado de manera institucional y no colectiva; esto ha hecho imposible en ocasiones, para las autoridades de salud, consolidar la información de los entes territoriales.

8. RECOMENDACIONES

Entre las políticas públicas que se pueden adoptar están:

- Impulsar la creación de un marco jurídico que garantice al adulto mayor: la ampliación de la cobertura de seguridad social, ingresos regulares bien sea por trabajo remunerado o por aportes jubilatorios; acceso a la atención integral de su salud; actividades de recreación, artística y cultural; reducción en las tarifas de los medicamentos de consumo obligatorio; asistencia libre a espectáculos públicos y a actividades educativas; eliminación de barreras arquitectónicas; formación de recurso humano especializado en problemas de la vejez; reorientación social de la economía que deposite su inversión en el capital humano existente; recuperación del papel protagónico del adulto mayor en la familia y en la sociedad; fortalecimiento de las redes de apoyo social; y programas de promoción de la salud, prevención de las enfermedades y la discapacidad en los adultos jóvenes que garanticen un envejecimiento saludable a los adultos mayores futuros.
- Promover políticas públicas en pro del adulto mayor en donde se tenga en cuenta la condición de vulnerabilidad de esta población, pero también se apoyen programas ocupacionales y de inserción al mercado laboral; de atención, rehabilitación, prevención de las enfermedades y promoción de la salud; de fortalecimiento de las redes de apoyo social, tanto formales como informales; de cobertura, acceso y oportunidad al SGSSS; de incremento de la afiliación a los fondos pensionales.
- Fortalecer los servicios de salud orientados a promover la salud y a prestar prevención, atención, asistencia y rehabilitación a las necesidades de las personas mayores y mejorar su integración con otros niveles de atención para asegurar la necesaria continuidad en la atención, para la utilización óptima de los recursos y la constitución de la red de instituciones de salud que si requiere el grupo de los adultos mayores.

Entre los programas y proyectos en salud pública que se pueden adoptar están:

- Implementar estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, por parte de las instituciones de salud, cambiando el concepto teórico a uno más práctico y de fácil aplicación en toda la población adulta mayor de la ciudad de Medellín independiente del estrato socioeconómico, sexo o raza. El fomento de estilos de vida más saludable: permitir la actividad física adecuada, la alimentación sana, no fumar y el consumo prudente de alcohol y medicamentos en la vejez pueden evitar las enfermedades y el declive funcional, prolongar la longevidad y mejorar la calidad de vida, así se disminuirían las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias que son las que aportan el 80% de las causas de mortalidad y se contribuiría a las condiciones y calidad de vida en este grupo poblacional.

- Elaborar programas de salud mental que tengan en cuenta los trastornos y enfermedades que principalmente afectan a la población adulta mayor a fin de evitar situaciones de sufrimiento en el entorno familiar, social y personal.
- Establecer un vínculo directo en la ciudad entre el sector salud y el sector empresarial, tendiente al diseño de programas de promoción y prevención. El cual sería ejecutado con todos los trabajadores, pero enfatizando en los adultos jóvenes (trabajadores de 45 a 64 años), logrando con ello cambiar estilos de vida y condiciones de salud desfavorables en estas personas.

Entre los programas educativos que se pueden adoptar están:

- Capacitar más que discapacitar. Los procesos discapacitantes aumentan las necesidades de las personas mayores y llevan al aislamiento y la dependencia; los procesos capacitantes restablecen la función y extienden la participación de las personas mayores a todos los aspectos de la sociedad, por esta razón el sector educativo puede ofrecer durante toda la vida programas de aprendizaje y alfabetización; los servicios sociales pueden ofrecer ayudas auditivas o instrucciones en el lenguaje de signos que permitan a las personas mayores con dificultades auditivas continuar comunicándose con los demás; el sector sanitario puede proporcionar programas de rehabilitación e intervenciones rentables, como cirugía de cataratas y vacunas contra la gripe; los gobiernos y los organismos internacionales pueden ofrecer planes de crédito y las empresas pueden modificar el entorno laboral para que las personas mayores puedan continuar percibiendo ingresos y participando en las actividades de desarrollo.
- Promover en los medios de comunicación programas dedicados al rescate, valoración y participación de los adultos mayores de la ciudad, donde se demuestre el potencial humano de este grupo poblacional con su cúmulo de experiencias y conocimientos que pueden poder al servicio de la comunidad.
- La Universidad no ajena a la responsabilidad social, puede aportar en el diseño de programas comunitarios con participación de los adultos mayores (trabajo social), en proyectos de intervención (área de la salud), entre otros.
- Mostrar la necesidad y conveniencia de crear universidades o institutos únicamente para adultos mayores (50 años edad mínima de ingreso) con programas técnicos, tecnológicos y profesionales que brinden la posibilidad, -perdida para muchos y un sueño para otros tantos- de acceder a la educación superior. Así tendría oportunidad de permanecer ocupado, utilizar su tiempo -que no es tiempo libre ni de ocio-, se disminuirían las enfermedades mentales y se abogaría por el fomento de la capacidad funcional de los adultos mayores en edades más avanzadas.

Entre los programas sociales y culturales que se pueden adoptar están:

- Contribuir al cambio de paradigma cultural donde la vejez se ha relacionado con la enfermedad, la dependencia y la falta de productividad, por uno donde se considere al adulto mayor una persona autónoma, productiva, trabajadora y beneficiaria del desarrollo. El envejecimiento existe pero no es una enfermedad ni tiene que ser

limitante, se debe redimensionar su papel social con menores tensiones que permita vivir de acuerdo con las menores posibilidades vitales. El permitir un envejecimiento exitoso disminuirá el número de adultos mayores dependientes o sin ningún ingreso, puesto que se podrá bajar la proporción del 46% de adultos mayores que no percibían ingresos mensuales en el año 2001.

- Preparar a la población joven y adulta de hoy, que serán los viejos del mañana, para que adopten actitudes positivas ante la vida y ante el proceso natural al que se enfrentarán; en igual forma el sistema educativo puede apoyar iniciativas en este sentido puesto que es en estos establecimientos donde se encuentran concentrados los jóvenes y desde allí se puede incidir en la modificación o adopción de nuevos estilos de vida.
- Propiciar la creación de “Guarderías de las Abuelas” donde los niños sean atendidos por adultos mayores para que pongan en práctica los conocimientos adquiridos a través de toda la vida, para que se sientan útiles a la sociedad, reciban ingresos y generen empleo, y transmitan las creencias y costumbres del pueblo colombiano y antioqueño, al incluir a las instituciones del sector educativo como otra alternativa en la red de apoyo al adulto mayor.

En el campo de la investigación y la docencia se puede:

- Realizar investigaciones poblacionales tendientes a conocer las reales necesidades de los adultos mayores de la ciudad, sus actividades, espacios y percepciones, con el fin de poder guiar de mejor manera las decisiones de la administración pública para este grupo poblacional. Esto llenaría el vacío existente en el conocimiento de las condiciones de vida de los hombres y mujeres envejecientes de la ciudad y abriría la posibilidad de constituirse como un grupo de estudio que de luces a los retos, desafíos y consecuencias del proceso de envejecimiento de la ciudad y del país.
- Crear, mejorar y/o continuar en las facultades e institutos del área de la salud de las universidades, áreas temáticas y líneas de investigación en el plano del envejecimiento y la geriatría. Situación que ayudaría a preparar al sector salud para el cambio epidemiológico que sufre la población actualmente (transición epidemiológica), y así, poder establecer “una sociedad para todas las edades” con un sentido de compromiso intergeneracional.
- Diseñar proyectos de investigación con perspectiva de género donde se indague por las condiciones sociales, económicas y de salud desfavorables que presenta el sexo femenino de la ciudad y su análisis a la luz de los derechos fundamentales, que sustenta una hipótesis de iniquidad de género en la ciudad de Medellín.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

- 1 Organización Panamericana de la Salud. División de Promoción y Protección de la Salud. Salud de las personas de edad. Envejecimiento y Salud: un cambio de paradigma. En: Revista Panamericana de Salud Pública: Vol.7, No.1 (2000).
- 2 Villanueva LA. Sobre el envejecimiento: una perspectiva integral. En: Revista Hospital General "Doctor Manuel Gea González. Vol.3, No. 3, (2000).
- 3 Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – División de población. El envejecimiento de la población Latinoamericana: ¿Hacia una relación de dependencia favorable?. Santiago de Chile: CELADE, 2000 (Serie Población y Desarrollo).
- 4 Ruiz-Arregui, L. et al. Características de la morbilidad en población mexicana de edad avanzada: Un análisis de la Encuesta Nacional de Salud 1988. En: Revista de Salud Pública de México. Vol. 38, No. 6, (1996).
- 5 San Martín, H; Pastor y Aldeguer, V. Epidemiología de la vejez: ¿Que edad tendrá usted cuando tenga 70 años?. Madrid: McGraw-Hill, 1990.
- 6 Orley, J. ¿Qué calidad de vida?. En: Foro mundial de la salud. Vol.17, No.4, (1996).
- 7 Medellín. Secretaría de Bienestar Social. Diagnóstico Social de Medellín, 2000. Medellín: Alcaldía, 2002
- 8 Organización Mundial de la Salud. Departamento de Promoción de la Salud. Salud y Envejecimiento. Un documento para el debate. Segunda Asamblea Mundial. España, 2002.
- 9 Ham-Chande R. El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. En: Salud Publica de México. Vol. 38, No. 6, (1996).
- 10 Suárez M, R. Antropología del envejecimiento: ¿Es el envejecimiento normal una patología en el mundo moderno?. En: Revista Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. Vol. 14, No 3. (2000).
- 11 Bobbio, N. De Senectute. En: Revista Universidad de Antioquia, Medellín, 1997
- 12 Barros, C. Aspectos sociales del envejecimiento. En: La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Washington: OPS, 1994 (Publicación Científica, 546).
- 13 Tavares de A, J. Derechos de los ancianos y fortalecimiento de su poder. En: La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Washington: OPS, 1994 (Publicación Científica, 546).
- 14 Moragas, R. Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida. Barcelona: Herder, 1991
- 15 Gutiérrez, L. Concepción holística del envejecimiento. En: La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Washington: OPS, 1994 (Publicación Científica, 546).
- 16 Maya LE. Componentes de calidad de vida en ancianos institucionalizados y en ancianos asistentes a programas de puertas abiertas. Antioquia, Colombia, 1997. Trabajo de Grado, Universidad Autónoma de Madrid, España.
- 17 Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Envejecimiento. Cuatro facetas de una sociedad para todas las edades. Santiago de Chile: CELADE, 1997.

- 18 Aranibar M. PA. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Santiago de Chile: Centro de Capacitación CEC, 2001
- 19 Organización Panamericana de la Salud. Pronunciamiento de consenso sobre políticas de atención a los ancianos en América Latina. Santiago de Chile: OPS, 1996.
- 20 Fernández SY; Grisales H et al. Estudios sobre la mortalidad: Diferentes enfoques. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, DANE. Medellín: U. de A., 2001.
- 21 Gómez, M y Sabet, E. Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. [Artículo de Internet]. <http://www3.usual.es/inicio/investigación/invesinicio/calidad.htm>
- 22 Rueda, S. Habitabilidad y Calidad de Vida. [Artículo de Internet]. <http://habitat.aq.upm.es/cs/p2/a005.html>. Consultado: 25 de mayo de 2001
- 23 Natalicioj, JC. Calidad de vida en la tercera edad. En: Revista de Psiquiatría Dinámica y Psicología Clínica. Vol. 3, No 9. (2000).
- 24 Levi y Anderson. La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida. Citados por Rueda, S. Habitabilidad y Calidad de Vida. [Artículo de Internet]. <http://habitat.aq.upm.es/cs/p2/a005.html>. Consultado: 25 de mayo de 2001
- 25 Brock D. Medidas de calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética médica. En: Nussbaum MC, Sen A, compiladores. La calidad de vida. México: Fondo de Cultura Económica, 1998.
- 26 Cohen, GA. ¿Igualdad de que? Sobre el bienestar y las capacidades. En: Nussbaum MC, Sen A, compiladores. La calidad de vida. México: Fondo de Cultura Económica, 1998.
- 27 Buitrago, C y Sepúlveda, J. Autopercepción de las condiciones de vida de los viejos en zonas de alto y bajo riesgo en la ciudad de Armenia. Trabajo de grado, Universidad del Quindío, Armenia, 1977.
- 28 Belloch, A. Aspectos psicológicos del envejecimiento. En: La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Washington: OPS, 1994 (Publicación Científica, 546).
- 29 San Martín, H; Pastor y Aldeguer, V. Epidemiología de la vejez: ¿ Que edad tendrá usted cuando tenga 70 años?. Citado por Maya LE. Componentes de calidad de vida en ancianos institucionalizados y en ancianos asistentes a programas de puertas abiertas. Antioquia, Colombia, 1997. Trabajo de Grado, Universidad Autónoma de Madrid, España.
- 30 Fernández-Ballesteros R, Zamarrón M y Macías A. Calidad de Vida en la Vejez en los distintos contextos. Citado por Maya LE. Componentes de calidad de vida en ancianos institucionalizados y en ancianos asistentes a programas de puertas abiertas. Antioquia, Colombia, 1997. Trabajo de Grado, Universidad Autónoma de Madrid, España.
- 31 Colombia. Constitución Política de Colombia, 1991. Artículos 1, 46, 334. Bogotá: El Congreso, 1991.
- 32 Solano, BT. ¿Cuál calidad de vida? En el mejor de los casos esta superdeteriorada. Documento periodístico. Medellín, 1997.
- 33 Medellín. Departamento Administrativo de Planeación, Subdirección de Metroinformación. Distribución del número de personas encuestadas y clasificadas por el SISBEN, según grupos de edad y comuna de residencia habitual. Medellín: Alcaldía, 2000.
- 34 Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Calidad de Vida. Bogotá: DANE, 1997.
- 35 Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Bogotá: Profamilia, 2000.

- 36 Colombia. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. Encuesta Nacional conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) en salud 1986-1989. La ancianidad. Bogotá: El Ministerio, 1991.
- 38 Ham-Chande, R. Conceptos y significados del envejecimiento en las políticas de población. En: Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas. México: CONAPO, 1999.
- 38 Organización Mundial de la Salud. Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Ginebra: OMS, 1984 (Serie de informes técnicos, 706)
- 39 Garrido F, Ramírez D, Gómez H. Epidemiología del envejecimiento en México. En: Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas. México: CONAPO, 1999.
- 40 Santagostino, L. Epidemiología del envejecimiento en México. En: Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas. México: CONAPO, 1999.
- 41 Organización Mundial de la Salud. Departamento de Promoción de la Salud. Salud y Envejecimiento. Un documento para el debate. Segunda Asamblea Mundial. España, 2002.
- 42 Wong R., Lastra MA. Envejecimiento y salud en México: Un enfoque integrado. En: Estudios Demográficos y Urbanos. Vol. 16, No. 3, (2001).
- 43 Zepeda, E. Tercera Edad: Por una mejor calidad de vida. [Artículo de Internet]. <http://www.elnuevodiario.com/>. Consultado: Febrero 01 de 2001.
- 44 González, DL. Psiquiatría Geriátrica. En: Toro G, RJ; Yepes R, LE. Fundamentos de medicina. Psiquiatría. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, 1997.
- 45 Spar, JE y Rue, A. Citados por González, DL. Psiquiatría Geriátrica. En: Toro G, RJ; Yepes R, LE. Fundamentos de Medicina. Psiquiatría. Medellín, Corporación para investigaciones biológicas, 1997
- 46 Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Diagnóstico de la Situación de Salud de Antioquia. Revista Epidemiológica de Antioquia. Vol. 25, No.1-3, (2000).
- 47 Tavares, A. Jr. Enfermedades mentales. En: La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Washington: OPS, 1994 (Publicación Científica, 546).
- 48 Torres, Y. Segundo Estudio nacional de salud mental. Bogotá: Ministerio de Salud, 1997.
- 49 Desjarlais, R. et al. Ancianos. En: Salud Mental en el Mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington: OPS/OMS, 1997.
- 50 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS, 2001.
- 51 Ors Montenegro, A y Laguna, A. Reflexiones sobre el envejecimiento y la calidad de vida. [Artículo de Internet]. <http://departamento.enfe.ua.es/internet/cultura/numero2/teoria2.htm>. Consultado: 07 de octubre de 2001.
- 52 Gómez, JF; Curcio, CL; Gómez, DE. Evaluación de la Salud de los Ancianos. Manizales: 1995.
- 53 Cartilla de Seguridad Social y Pensiones. Bogotá: LEGIS, 1999
- 54 Videla, J. Los ancianos y las políticas de servicios en América Latina y el Caribe. En: La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Washington: OPS, 1994 (Publicación Científica, 546).
- 55 Colombia. Congreso. Ley 100 de 1993, Diciembre 23, por medio de la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá : El Congreso, 1993

- 56 Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones nacionales de población. Colombia: 1950-2025. Bogotá: DANE, 1995.
- 57 Martínez R, J. La reforma al sistema pensional colombiano: Breve comparación de propuestas. En: Revista de la Escuela Nacional Sindical. Cultura y Trabajo. No. 54, (2001).
- 58 Colombia. Congreso. Ley 797 de 2003, por medio de la cual se reforman algunas disposiciones del Sistema General de Pensiones. Bogotá : El Congreso, 2003
- 59 Montes de O, V. Relaciones familiares y redes sociales. En: Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas. México: CONAPO, 1999.
- 60 Organización Mundial de la Salud. Departamento de Promoción de la Salud. Salud y Envejecimiento. Un documento para el debate. Segunda Asamblea Mundial. España, 2002.
- 61 Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud Mental, Bogotá: 1998.
- 62 Departamento de Antioquia. Plan Estratégico de Antioquia –Planea- Hacia un nuevo modelo de desarrollo para Antioquia, 2001-2003. Medellín: Gobernación, 2001.
- 63 Municipio de Medellín. Plan de Desarrollo 2001-2003, Medellín Competitiva: Hacia una revolución de la cultura ciudadana. Medellín: Alcaldía, 2001.
- 64 Medellín. Departamento Administrativo de Planeación. Subdirección de Planeación Social y Económica. Proyección de la población. Medellín: Alcaldía, 2000.
- 65 Medellín. Departamento Administrativo de Planeación. Subdirección de Metroinformación. Encuesta Calidad de Vida 1997 y 2001. Medellín: Alcaldía, 2002.
- 66 Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Certificados de Defunción 1990-1999. Bogotá: DANE, 2002.
- 67 Colombia. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. Registros de egresos hospitalarios 1990-1997. Bogotá: El Ministerio, 2001.
- 68 Colombia. Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención. Situación de la tuberculosis en Colombia.. Informe Ejecutivo Semanal del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA. Bogotá: El Ministerio, 2000 (Semana epidemiológica, 12).
- 69 Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Vol. II, 1998.
- 70 Rodríguez L. Contribución de las causas de muerte al cambio en la esperanza de vida, México: 1970-1988. citado por: López AM, Hoyos C. Estructura de la mortalidad evitable, Medellín 1994 – 1998. Trabajo de Grado, Universidad de Antioquia, Medellín.
- 71 Domínguez, O. Encuesta de necesidades de los ancianos en Chile. Percepciones de los adultos mayores sobre si mismos. [Artículo de Internet]. <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/chien5.htm>. Consultada: Enero de 2001
- 72 Kinsella, K. Dimensiones demográficas y de salud en América Latina y el Caribe. En: La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Washington: OPS, 1994 (Publicación Científica, 546).
- 73 Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina, 1999-2000. Santiago de Chile: CEPAL/UNICEF, 2000.
- 74 Fundación Friedrich Ebert de Colombia - Fescol. La vejez urbana en Colombia. Bogotá: 1993.
- 75 Montes de O, V. Envejecimiento y modernidad. Impactos demográficos. En: Revista Nueva Sociedad. No. 129, (1994).

- 76 Darnton-Hill Ian. El envejecimiento con salud y la calidad de vida. En: Foro mundial de la salud. Vol. 16, No. 4, (1995).
- 77 Cook, G. Enfermedades cardiovasculares. En: La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Washington: OPS, 1994 (Publicación Científica, 546).
- 78 Organización Panamericana de la Salud, Programa Salud del Adulto. Salud del Adulto Mayor. Washington: OPS, 1993.
- 79 Pierre V. Envejecer exitosamente: concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva mas positiva. En: Revista Salud Pública de México. Vol. 38, (1996).
- 80 Litvak, J. El envejecimiento de la población: Un desafío que va más allá del año 2000. En: Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 109 No. 1, (1990).
- 81 Medellín. Decreto 151 de 2002, por medio del cual se determina el funcionamiento de la administración municipal nivel central, la nueva estructura administrativa, se definen las funciones de las dependencias y se dictan otras disposiciones. Medellín: La Alcaldía, 2002.
- 82 Herrera, R; Rico, A y Casado, JL. Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población anciana andaluza. En: Revista Psicogerontología, Vol.13 No. 6, (1997).
- 83 Castaño E. Cuantificación de variables cualitativas y análisis de componentes principales. Memorias Simposio de Estadística: Análisis Multivariado de Datos. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1994.
- 84 Young F W. Quantitative Analysis of Qualitative Data. En: Psychometrika No. 46, (1981). Castaño E. Cuantificación de variables cualitativas y análisis de componentes principales. Memorias Simposio de Estadística: Análisis Multivariado de Datos. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1994.
- 85 Colombia, Defensoría del Pueblo. La Nueva Constitución y la Vejez. Bogotá: 1996. Citado por: Medellín. Secretaría de Bienestar Social. Diagnóstico Social de Medellín, 2000. Medellín: Alcaldía, 2002

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Buitrago, C; Gómez G, R. Mejoramiento de la calidad de vida en la vejez: Una aproximación. En: Revista Universidad del Quindío. Vol. 6, No. 1, (1997).

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile: CEPAL, 1998 (Serie LC/G.2050-P).

Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano de Demografía. Santiago de Chile: CEPAL/CELADE, 1998 (Boletín Demográfico, 62).

Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano de Demografía. Santiago de Chile: CEPAL/CELADE, 1999 (Boletín Demográfico, 64).

Chesnais, J. C. El proceso de envejecimiento de la población. En: Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano de Demografía e Instituto Nacional de Estudios Demográficos. Santiago de Chile: CEPAL/CELADE/INED, 1990 (Serie LC/DEM/G, 87).

Ham-Chande R. Esperanzas de vida y expectativas de salud en las edades avanzadas. En: Estudios Demográficos y Urbanos. Vol.16 No.3, (2001).

Colombia. Ministerio de Salud. La carga de la enfermedad. Bogotá: El Ministerio, 1994.

Organización Panamericana de la Salud. Encuesta de Salud, Envejecimiento y Bienestar para América Latina y el Caribe (SABE). Mexico: OPS, 1999.

Pérez O, L. Las necesidades de las personas mayores: Vejez, economía y sociedad. Documentos técnicos. Madrid: IMSERSO, 1996

Colombia. Departamento Nacional de Planeación. División de Salud y Seguridad Social. Balance del Régimen de Salud. . Bogotá: DNP, 2000.

Pensiones: Gran polémica. En: Revista Dinero. No. 146, (2001).

Su pensión esta en juego. En: Revista Dinero. No. 150, (2002).

Rojano, R. Club 55. En: Psicología desde el Caribe. Barranquilla: Universidad del Norte. No. 6, (2000).

Tuirán, R. Desafíos del envejecimiento demográfico en México. En: Envejecimiento Demográfico de México: Retos y Perspectivas. México: CONAPO, 1999.

Welti, C. Las políticas de ajuste estructural y las políticas de población con referencia a los procesos de envejecimiento. En: Papeles de Población. Año 4, No.17. (1998).

Anexo 1



Facultad Nacional de Salud Pública
"Héctor Abad Gómez"

CARACTERIZACIÓN DE ALGUNOS COMPONENTES DE CALIDAD DE VIDA Y DE CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR MEDELLÍN, 2002

Formulario No.	ENCUESTA TELEFÓNICA	Número de llamada		
		1	2	3

Dirección	Teléfono	Barrio

Información personal

¿Quién responde la encuesta?	
1	Adulto mayor
2	Otra persona

1. Personas con las que vive el adulto mayor	
1	Familiares
2	Amigos
3	Empleados
4	Solo (a)

2. Número de hijos	

3. Ocupación u oficio	
1	Empleado/Obrero
2	Pensionado / Jubilado
3	Ama de casa
4	Desempleado

Información sobre aspectos de la vivienda y económicos

4. ¿Cuál es su principal fuente de ingresos?

1	Ama de casa
2	Sueldo
3	Pensión / Jubilación
4	Aportes familiares
5	Renta
6	Otra

5. ¿Las condiciones económicas en su hogar, respecto a las que tenía cinco años atrás son:?

1	Mejor
2	Igual
3	Peor

6. ¿Cómo se siente frente a su actual situación económica?

1	Muy bien
2	Bien
3	Mal
4	Muy mal

Información sobre seguridad social

7. ¿Actualmente esta cubierto por el SGSSS en calidad de:?

1	Afiliado
2	Beneficiario
3	Tiene Sisben (Subsidiado)
4	Particular
5	Ninguno. Pasa a la 9

8. ¿Entidad que le brinda los servicios de salud? (Cotizante, beneficiario o subsidiado)

1	EPS – ARS
2	Empresa solidaria
3	Caja de previsión
4	Caja de compensación
5	Regímenes especiales
6	Particulares
7	IPS
8	Otra
9	Ninguna

9. ¿Razón principal por la cual no se encuentra cubierto por una entidad de seguridad social en salud?

1	Falta de dinero
2	Mucho trámite
3	No le interesa
4	No sabe si debe afiliarse
5	No trabaja en empresa
6	Espera el carné
7	Otra razón

10. ¿Quién paga mensualmente por su afiliación al sistema de seguridad social en salud?

1	Usted y la empresa
2	Solo usted
3	Tiene pensión
4	Solo empresa
5	Familiar del afiliado
6	No paga

11. ¿Está actualmente afiliado a un fondo de pensiones?

1	Sí
2	No
99	No aplica

Información sobre condiciones de salud

12. ¿Considera que su estado de salud en términos generales es?

1	Muy bueno
2	Bueno
3	Malo
4	Muy malo

13. ¿Durante los últimos doce meses tuvo que acudir a una institución de salud?

1	Sí
2	No

14. ¿Actualmente sufre de alguna enfermedad?

1	Sí
2	No. Pasa a la 17

15. ¿Consulta usted periódicamente por esta enfermedad?

1	Sí
2	No
99	No aplica

16. ¿Qué enfermedades presenta usted actualmente?

--

17. ¿Si actualmente sigue un tratamiento de que tipo es?
(Marque la(s) respuesta(s) seleccionada(s))

1	Farmacológico
2	Psicológico
3	Rehabilitación
4	Otro
5	Ninguno
99	No aplica

18. En relación con la autonomía para realizar las actividades cotidianas, ¿usted se considera una persona?

1	Dependiente
2	Parcialmente dependiente
3	Independiente

19. ¿Cuales son las ayudas ortopédicas que usted mas utiliza? (Marque la(s) respuesta(s) seleccionada(s))

1	Anteojos
2	Bastón
3	Caminador
4	Audífonos
5	Silla de ruedas
6	Muletas
7	Otro
8	Ninguno

20. ¿Cuál de los siguientes aspectos le produce mas preocupación o tensión?

1	Familiares
2	Legales
3	Salud
4	Económicos
5	Otros
6	Ninguno

21. ¿Cuándo usted se enferma quien lo cuida? (Marque la(s) respuesta(s) seleccionada(s))

1	Familia
2	Servicios de salud
3	Amigos
4	Vecinos
5	Otros
6	Ninguno

22. ¿Cómo se siente usted en las relaciones con los familiares con los que vive?

1	Bien
2	Regular
3	Mal

23. ¿Las relaciones familiares son?

1	Conflictivas
2	Estables
3	Ocasionales
4	No se dan

24. ¿Esta satisfecho(a) con la ayuda familiar que recibe cuando tiene problemas?

1	Sí
2	No

25. ¿Con cuantas personas comparte su habitación?

--

26. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto con la familia?

1	Siempre
2	Casi siempre
3	A veces
4	Nunca
99	No aplica

27. ¿La mayor parte del tiempo usted la pasa principalmente con?

1	Familia
2	Amigos
3	Vecinos
4	Ancianos
5	Solo
6	Otro

28. ¿Participa en alguno(s) de los siguientes grupos sociales? (Marque la(s) respuesta(s) seleccionada(s))

1	Oración
2	Grupos de la tercera edad
3	Acción comunal
4	Programas hospitalarios
5	Grupos políticos
6	Otro
7	Ninguno

29. ¿Cuándo usted se siente deprimido, el apoyo moral lo recibe de? (Marque la(s) respuesta(s) seleccionada(s))

1	Familia
2	Amigos – vecinos
3	Profesionales
4	Oración
5	Música
6	Drogas
7	Otro

Información sobre autonomía y autodeterminación

30. ¿Usted es capaz solo(a) de:?

Actividad	Si es capaz	No es capaz
Bañarse		
Tomar sus alimentos		
Salir a la calle		
Tomar el bus / metro		
Cepillase los dientes		
Subir y bajar escalas		
Vestirse		
Peinarse		
Realizar sus necesidades fisiológicas		

31. ¿Usted es capaz solo(a) de:?

Actividad	Si es capaz	No es capaz
Hacer sus compras		
Preparar los alimentos		
Mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario		
Poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico		
Recordar compromisos y acontecimientos familiares		
Administrar o manejar sus propios medicamentos		
Andar por el vecindario y encontrar el camino de regreso a casa		
Quedarse en la casa sin problemas		
Manejar su propio dinero		

