



Facultad Nacional de Salud Pública  
"Héctor Abad Gómez"



Categoría B - Colciencias -

### **Nombre del proyecto:**

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.

### **Integrantes:**

- María Doris Cardona Arango.
- Alejandro Estrada Restrepo.

### **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.

### **Objetivo:**

Describir las características de calidad de vida: económicas, familiares, sociodemográficas, 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.

### **Método:**

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.

### **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 irremediablemente 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 estado 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 más 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 cardíaca hipertensiva con un 45%, diabetes mellitus con un 39%, bronconeumonía con un 30%, insuficiencia cardíaca 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 más 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.