

Condiciones de salud de los adultos mayores de Medellín, 1990-1999

Doris Cardona A.¹ • Alejandro Estrada R.² • Héctor Byron Agudelo G.³

Resumen

Objetivo: analizar las condiciones de salud de la población adulta mayor de la ciudad de Medellín en la década de 1990-1999.

Materiales y métodos: se realizó un estudio descriptivo con componente transversal y longitudinal. El aspecto longitudinal permitió analizar la evolución de la mortalidad de los adultos mayores en la década de 1990-1999 a partir de las bases de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. La morbilidad por egreso hospitalario del periodo 1990-1997 se analizó a partir de las bases de datos suministradas por el Ministerio de Protección Social de Colombia y la morbilidad sentida. El aspecto transversal se determinó a través de una encuesta diseñada por los investigadores y que se aplicó a 637 adultos mayores. **Resultados y conclusiones:** las principales causas de mortalidad las constituyen las enfermedades crónicas: infarto agudo de 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 bronconeumo-

nía (1,5%). La morbilidad por egreso está constituida por: hiperplasia prostática (110,4%), obstrucción crónica de las vías respiratorias (100,6%), fractura del cuello del fémur (69,4%), diabetes mellitus (57,8%) e insuficiencia cardíaca (53,6%). La morbilidad sentida la componen patologías de uno o varios sistemas simultáneamente, pero las más comunes son las del sistema cardiovascular, presentándose en la mitad (51%) de la población encuestada. En general, las enfermedades no transmisibles crónicas son las principales causas de mortalidad y morbilidad en los adultos mayores de la ciudad de Medellín; se presentan mayores tasas en los hombres que en las mujeres.

Palabras clave

Ancianos, condiciones de salud, morbilidad, mortalidad, Medellín, Colombia

Health conditions of senior citizens in Medellín city, 1990-1999

Summary

Objective: to analyze health conditions of the senior population in the city of Medellín during the 90's decade. **Materials and methods:** a descriptive study with both cross-sectional and longitudinal components. Evolution of mortality in the senior population during the 90's was analyzed based on death register of the National Administrative Department of Statistics (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE); morbidity in 1990-1997 period was analyzed using hospital discharge registers provided by the Colombian Social Protection Ministry, as well as perceived morbidity. Cross-sectional aspects were assessed by phone interview in 637 adults. **Results and conclusions:** main causes of mortality come from chronic diseases: heart attack (9.4%), chronic obstruction of breathing airways (4.5%), lungs and bronchial malignant tumours (2.2%), diabetes mellitus (1.7%), and bron-

chopneumonia (1.5%). Hospital discharge morbidity was due to the following conditions: prostate hyperplasia (110.4%), chronic obstruction of the breathing airways (100.6%), femur neck fracture (69.4%), diabetes mellitus (57.8%) and heart failure (53.6%). Perceived morbidity was composed of pathologies compromising one or several systems simultaneously, with the most common being the cardiovascular system, presented in half (51%) of the studied population. In general non transmissible chronic diseases are the principal causes of mortality and morbidity in the senior adults of Medellín city, showing higher rates in men than in the women.

Key words

Senior adults, health conditions, morbidity, mortality, Medellín, Colombia

1 Administradora de empresas, magíster en salud pública con énfasis en salud mental, estudiante de la maestría en epidemiología. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Cibercorreo: doriscar@guajiros.udea.edu.co

2 Gerente de sistemas de información en salud, magíster en epidemiología. Profesor ocasional en la Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia

3 Licenciado en educación, especialista en sistemas de información, magíster en salud pública, profesor titular de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia

Recibido: 21 de febrero de 2006 Aceptado: 27 de mayo de 2005

Introducción

El presente artículo es un componente de la investigación “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”, realizada con el apoyo del Centro de Investigaciones de la Facultad Nacional de Salud Pública, de la Universidad de Antioquia.

La tendencia demográfica hacia el envejecimiento 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 de América latina. El índice de envejecimiento en cada país tiene un comportamiento único, determinado por 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, que según se calcula se duplicará en los próximos dos decenios, fenómeno que representa un cambio poblacional sin precedentes.¹

En Medellín, el índice de envejecimiento 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 en el 2001, situación que puede explicarse por el cambio en la esperanza de vida, que pasó de 50 años a mediados del siglo XX a 73,2 años, según lo estimado para el 2005, con mayor aumento en las mujeres.¹ En el 2001, Medellín se encontraba en la etapa de transición demográfica (plena), con una población urbana mayor de 65 años, equivalente al 5,7% (105.612 personas) del total.

El aspecto del envejecimiento poblacional que traerá un mayor impacto social y económico será el de las condiciones de salud, debido a las transiciones demográfica y epidemiológica que implican un desplazamiento de las causas de morbilidad y mortalidad desde las enfermedades transmisibles hacia las crónicas, degenerativas e incapacitantes, lo cual incrementará los costos de atención, a la vez que indica, además, cómo los sistemas de salud deberán adaptarse a estas transformaciones.² Con el envejecimiento de la población 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 adulta, seguidas por las neoplasias y las enfermedades respiratorias, principalmente la neumonía.¹

Las necesidades de salud de los adultos mayores constituyen motivos de preocupación entre la población, por cuanto demandan altos niveles de atención y cuidado, lo que incrementa los costos y la incertidumbre por la naturaleza crónica de los padecimientos y en muchas ocasiones termina por agotar las reservas de apoyo contenidas en las redes sociales. Esto trae, a su vez, la pérdida de funciones³ y la dependencia física de los demás miembros de la familia. Por eso se hace necesario conocer las condiciones de salud de la población adulta mayor de la ciudad de la Medellín, en la

década 1990-1999, y poder así proyectar las necesidades futuras.

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; cambios que 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 recursos.⁴

Materiales y métodos

Estudio descriptivo con componente longitudinal en lo relacionado con la morbilidad y la mortalidad de la población adulta mayor; para la morbilidad por egresos hospitalarios se utilizaron los datos del Ministerio de Protección Social de Colombia de los años 1990 a 1997 (177.121 egresos de adultos mayores, equivalentes al 12% de 1.480.405, total de egresos hospitalarios).⁵ Para la mortalidad se utilizaron los datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), de la década comprendida entre 1990 y 1999 (56.560 adultos mayores fallecidos, equivalentes al 34,9% de 162.050 defunciones registradas en la ciudad).⁶ Debe aclararse que para el período 1990-1996, la Clasificación Internacional de Enfermedades aplicada era la novena revisión (CIE-9), con una población para este período de 681.291 adultos mayores. A partir del año 1997, se inició la aplicación de 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; igualmente, se realizó una homologación de las principales causas de mortalidad a la CIE-10.

Para la morbilidad sentida, se utilizó un componente transversal en la aplicación de una encuesta telefónica controlada por los investigadores a una muestra de 637 adultos mayores, seleccionados sistemáticamente de 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 Municipal.⁷ Esta se calculó teniendo en cuenta una confianza del 95%, un error de muestreo de 4%, una población de 6.498 individuos, una prevalencia del evento en la población del 50%; se aplicó un sobremuestreo del 20%. El criterio de inclusión en la muestra consistió en tener 65 o más años, tener registro en la base de datos, contar con servicio telefónico en su vivienda y estar en capacidades físicas y mentales de responder la encuesta.

Para el cálculo de las tasas específicas, se tomó la población de la ciudad Medellín de 65 y más años, la información censal suministrada por el DANE y de los cálculos oficiales de proyecciones de población de la Subdirección de Metroinformación del Departamento Administrativo de Planeación.⁸

Se realizó análisis univariado para la morbilidad y mortalidad según sexo, causa, estado civil, lugar de defunción, afiliación al Sistema General de Seguridad Social y días de estancia; también se hizo análisis bivariado según las variables estudiadas. Para el cálculo de las diferencias se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas, según las características de las variables. En el procesamiento de la información se utilizaron programas estadísticos como Epi-Info, versión 6.04d y SPSS, versión 10.

También se conservaron los aspectos éticos referenciados en el artículo 15 de la Constitución Nacional y la Resolución 8430 de 1993, que reglamenta la investigación en seres vivos; se garantiza la confiabilidad y veracidad en el manejo de las fuentes secundarias de información.

Resultados

Mortalidad de la población adulta mayor. La mortalidad registrada por los adultos mayores en la ciudad de Medellín conservó una tendencia al crecimiento a lo largo de la década de 1990 a 1999, con una tasa promedio de 57 adultos mayores por cada mil habitantes; la tasa más alta registrada fue en el año 1999, con 63 por cada mil habitantes adultos mayores, mientras que la mas baja se registró en 1991, con 50 fallecidos por cada mil personas del mismo grupo etáreo de la ciudad. Discriminada por sexo, la tasa de mortalidad

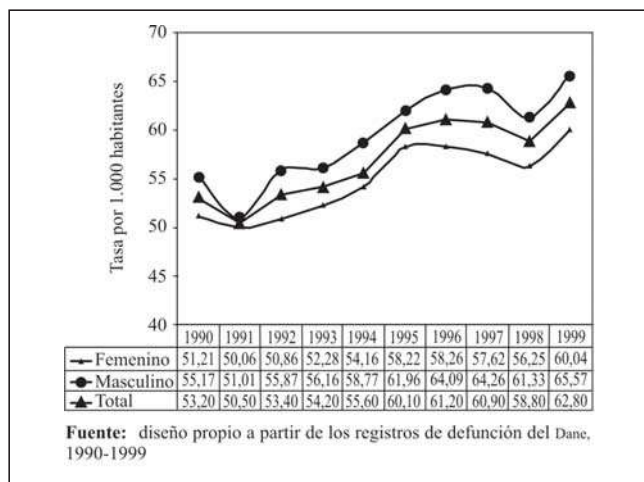


Figura 1A. Distribución de la mortalidad en la población adulta mayor por sexo y año. Medellín, 1990-1999

promedio para los hombres fue de 60 por cada mil y, para las mujeres, de 55 por cada mil (figuras 1A y 1B).

Según el estado civil, de los 56.560 adultos mayores fallecidos, el 42,3% (24.130) eran casados, siendo los hombres quienes más contribuyen a este porcentaje (63,5%), y el 37,5% (21.204) eran personas viudas, presentando las mujeres (51,4%) una mayor proporción que los hombres (21,7%). 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 230%; por otro lado, el porcentaje de mujeres viudas que fallecen sobrepasa al de los hombres viudos en 268%. Además, de las muertes de adultos mayores solteros, las mujeres sobrepasaron a los hombres en 238%.

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

Los adultos mayores fallecidos en la ciudad de Medellín durante los años de 1998 y 1999, que estaban afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a través del régimen contributivo, representaban 44,1% (5.407) y al régimen subsidiado, 25,6% (3.138). A pesar de que ambos sexos permanecen afiliados al sistema de seguridad social, se observó cómo el sexo masculino tiene una ligera ventaja sobre el sexo femenino, con 71% de afiliación a ambos regímenes, superior en el contributivo, frente a 68% de las mujeres. La menor proporción de afiliación al sistema de seguridad social por parte de las mujeres puede deberse a que su afiliación se realiza principalmente a través del régimen subsidiado o vinculado, además de ser ellas quienes 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.

Durante la década 1990-1999, se observó como las primeras diez causas de mortalidad para los adultos mayores están constituidas por las enfermedades crónicas y degenerativas, conservando el primer lugar el infarto agudo del miocardio, seguido por la enfermedad pulmonar obstructiva

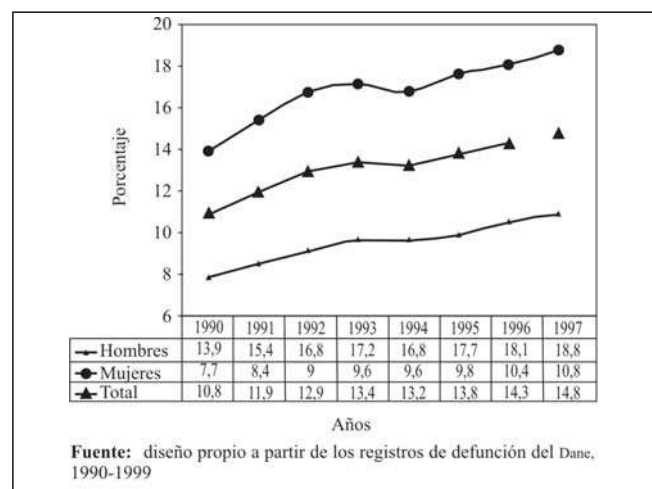


Figura 1B. Distribución porcentual de la mortalidad en la población adulta mayor por sexo y año. Medellín, 1990-1999

crónica y el tumor maligno de los bronquios y del pulmón, durante los diez años de estudio. La diabetes mellitus, la bronconeumonía y la enfermedad cerebrovascular aguda se intercalan en el cuarto y quinto lugar (figura 2).

El análisis temporal realizado a las cinco primeras causas de mortalidad mostró como primera causa el infarto agudo del miocardio (IAM), con un promedio mensual de 77,9 y una tasa promedio anual de 9,5 defunciones por mil habitantes; se presentaron más muertes por esta causa en los meses de diciembre y enero, lo que sugiere un componente estacional. La segunda causa fue la obstrucción crónica de las vías respiratorias no clasificada en otra parte, con un promedio mensual de 36,9 y una tasa promedio anual de 4,5 defunciones por cada mil habitantes; la serie temporal presentó tendencia constante de crecimiento. El tumor maligno de los bronquios y los pulmones sin otra especificación fue la tercera causa de muerte de la población adulta mayor, con un promedio mensual de 17,7 y una tasa promedio anual de 2,2 muertes por cada mil habitantes; el comportamiento lineal sugiere un comportamiento estacional entre los meses de mayo a agosto. La mortalidad por causa de diabetes mellitus sin mención de complicación es la cuarta causa, con un promedio mensual de 13,8 y una tasa promedio anual de 1,7 fallecidos por cada mil habitantes. Esta causa presentó un comportamiento irregular y se estabilizó en los últimos tres años de la serie. La quinta causa analizada fue la bronconeumonía, organismo causal no especificado, con un promedio mensual de 13 y una tasa

promedio anual de 1,5 fallecidos por esta causa por cada mil adultos mayores de la ciudad; también registró comportamiento irregular en el año 1996 y componente estacional en los meses de agosto a noviembre (figura 3).

Morbilidad por egreso hospitalario. 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 por todos los grupos poblacionales en la ciudad de Medellín. Este mismo incremento se evidencia en los adultos mayores, entre quienes el porcentaje de egresos presenta una tendencia de incremento a través de los años, pasando del 9,9% del total de egresos de adultos mayores en 1990 al 15,1% en 1997 (figura 4).

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), presentándose diferencias estadísticamente significativas según sexo ($P = 0,000$, U de Mann Whitney). Llama la atención, sin embargo, el hecho de que aunque en las mujeres existe mayor presencia de valores atípicos, no se registra un promedio de días de estancia más alto en este sexo. Por grupos de edad, el promedio de días de estancia hospitalaria oscila alrededor de 6 días para los grupos de 65 a 94 años y para el grupo de 95 y más, el promedio se aleja notoriamente de este referente.

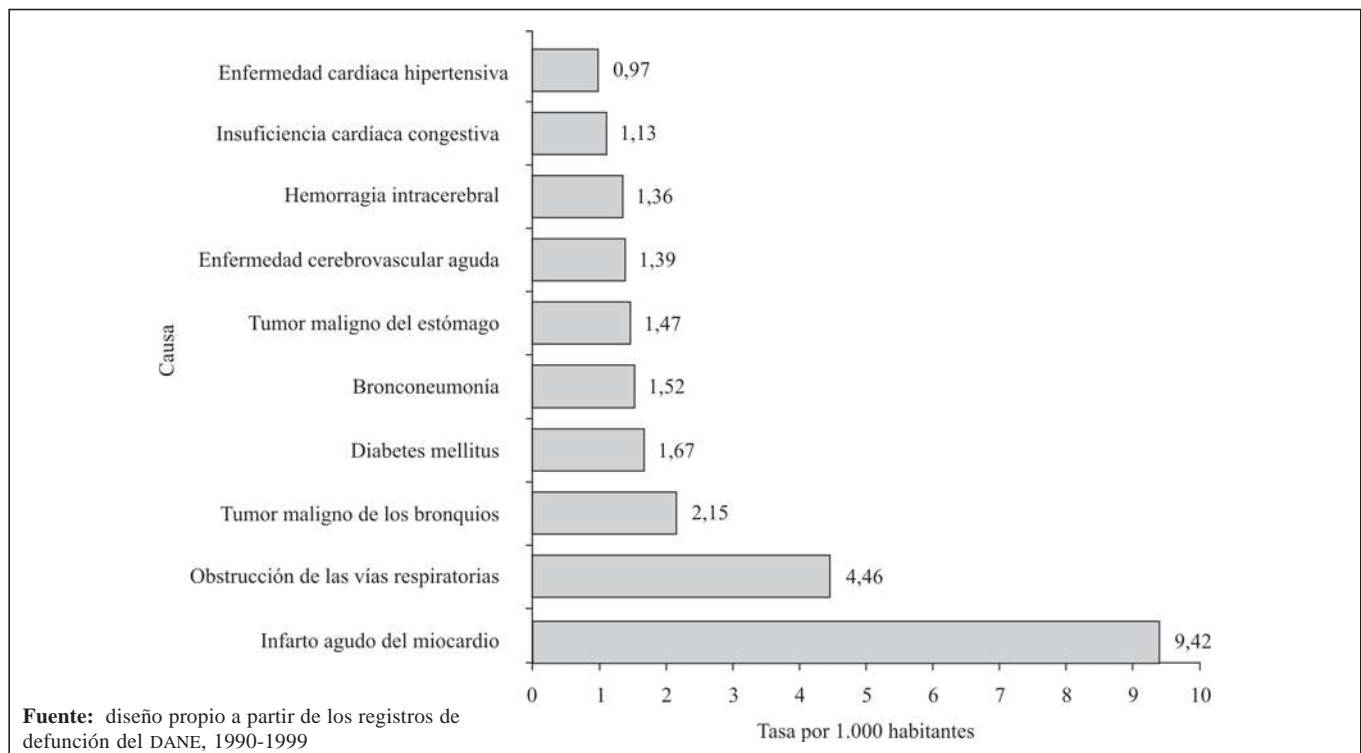


Figura 2. Diez primeras causas de mortalidad de la población adulta mayor. Medellín, 1990-1999

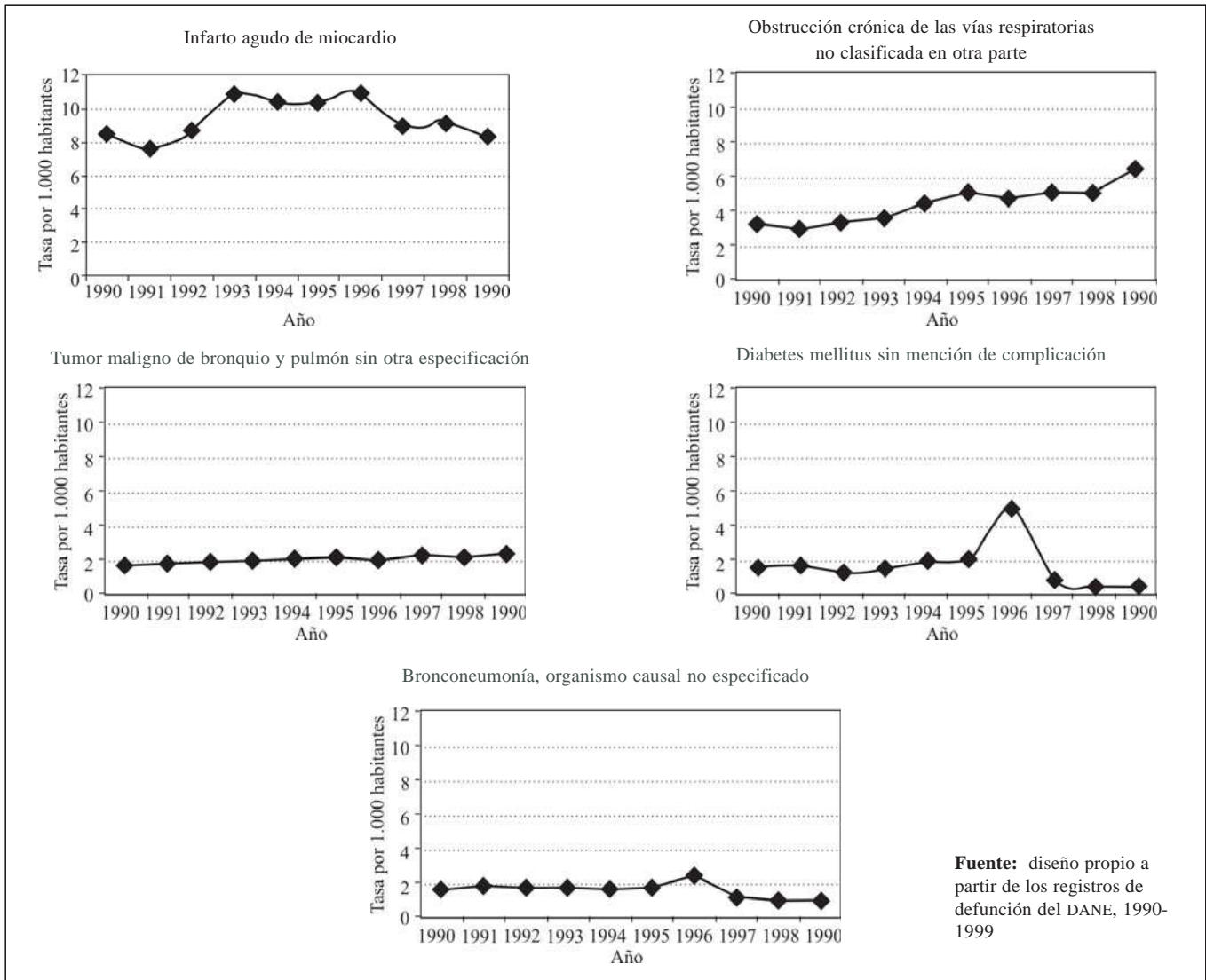


Figura 3. Tendencia de las cinco primeras causas de mortalidad de la población adulta mayor de Medellín, 1990-1999

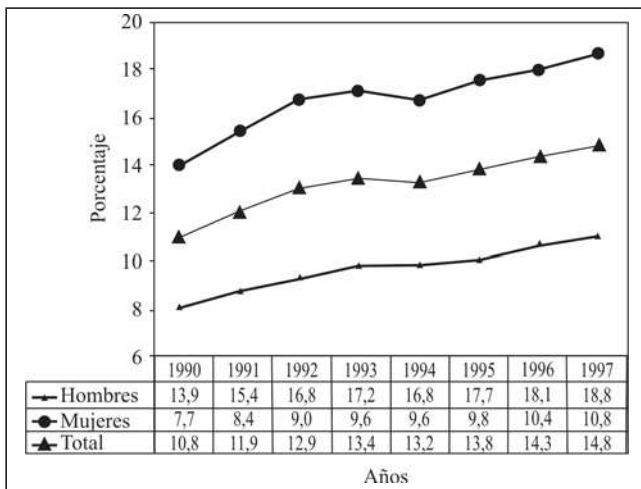


Figura 4. Distribución de los egresos hospitalarios de los adultos mayores según año y sexo. Medellín, 1990-1997

Fuente: diseño propio a partir de los registros de egresos hospitalarios del Ministerio de Salud, 1990-1997

Asimismo, las patologías que generan mayor hospitalización en los adultos mayores son la hiperplasia prostática, patología que representa el 6,1% de los egresos de los adultos mayores. Esta se presenta en 110 eventos por cada mil adultos mayores de la población. En lo relacionado con la obstrucción crónica de vías respiratorias, esta representa 5,6% de los egresos generados en los adultos mayores, de la cual, por cada mil adultos mayores en la población, 101 cuentan con dicha patología (figura 5).

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 fractura del cuello del fémur, diabetes mellitus, coleditiasis, catarata y bronconeumonía, tras analizar las diez (10) primeras causas de morbilidad por egreso.

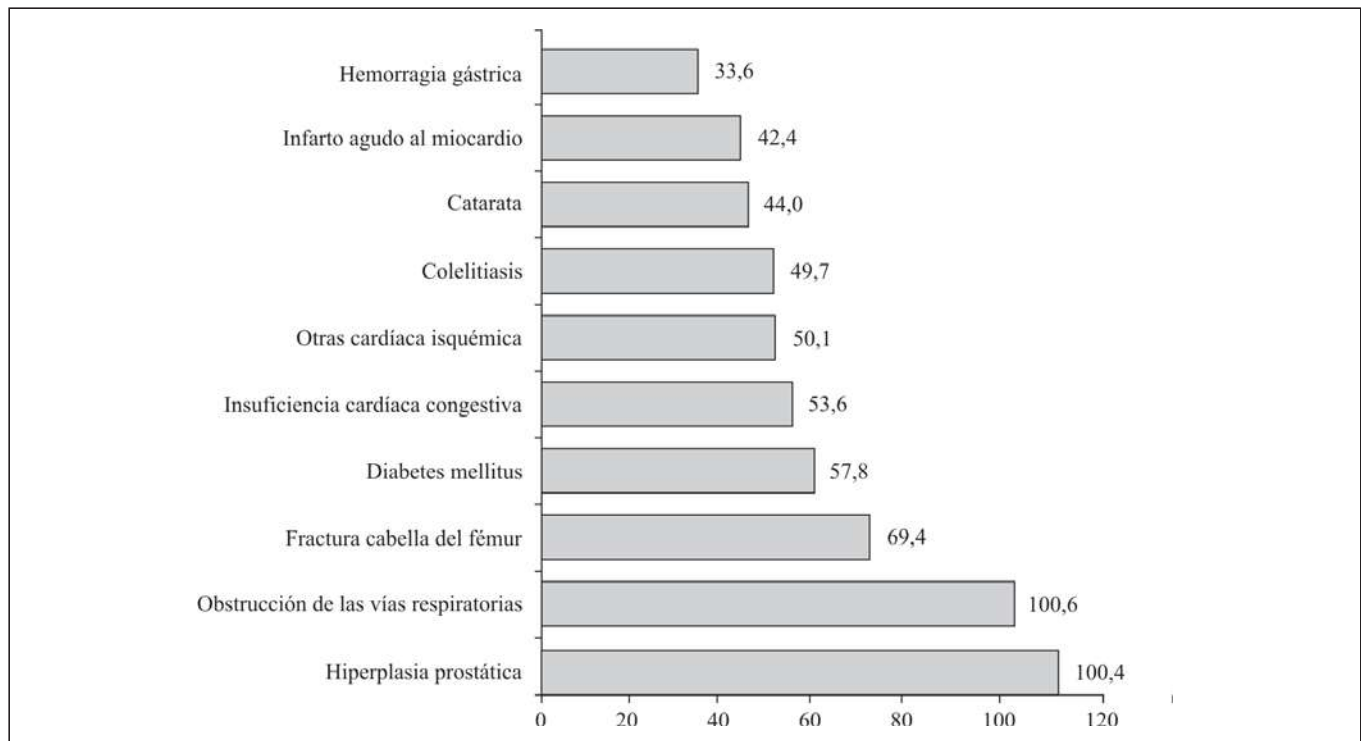


Figura 5. Diez primeras causas de mortalidad de la población adulta mayor. Medellín, 1990-1999

Fuente: diseño propio a partir de los registros de defunción del DANE, 1990-1999

Morbilidad percibida. Al indagar a los adultos mayores sobre las enfermedades que padecían en el momento (año 2002), estos referían no solo enfermedades, sino también signos y síntomas; por tal razón, para efectos del análisis se tomó la decisión de unirlos por sistemas o por grupos de patologías relacionadas, según la clasificación por sistemas de Harrison,⁹ y como guía se utilizó la clasificación por grandes grupos de la CIE-10.¹⁰

Se encontró cómo los adultos mayores padecen patologías en uno o varios sistemas simultáneamente. Las enfermedades, signos o síntomas que más los aquejan son las relacionadas con el sistema cardiovascular, que se presentan en 51% de la población encuestada; dentro de este grupo, la patología más común es la hipertensión, que la sufre 38% de ellos. Seguidamente están las patologías del tejido osteomuscular y conjuntivo y las del sistema endocrino y metabólico, con 21% cada uno. Es decir, 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 sistemas digestivo, respiratorio y genitourinario también fueron reportados en menor proporción, afectados por gastritis en 4%, asfixia en 4% y enfermedades de la próstata en 3%, respectivamente. 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 cómo la hipertensión, la diabetes, la artritis, la osteoporosis y la hipercolesterolemia fueron los padecimientos más comunes de la población adulta mayor de la ciudad.

Al presentar los adultos mayores patologías de prolongada latencia, su tratamiento también conserva esta característica, al utilizar tratamiento farmacológico el 67% de los encuestados y rehabilitación, el 4%. Pero lo que llama la atención es cómo la tercera parte de los encuestados, equivalente a 30%, manifestó que no utilizan ningún tipo de tratamiento para sus dolencias o enfermedades.

Discusión

Los incrementos en los gastos en salud de la población envejeciente¹⁷ se podrían 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.^{11, 12}

Estos cambios, de forma general, se miden más comúnmente mediante indicadores de morbilidad y discapacidad, los cuales permiten a su vez evaluar la efectividad de los sistemas de salud; desafortunadamente estos 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 vejez.⁴

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 y 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 mellitus.¹⁴

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 mellitus.¹³ 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 Protección Social de Colombia, y en el Diagnóstico de la Situación de Salud del departamento a través de los datos suministrados por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia.¹⁴

Los resultados de la morbimortalidad de los adultos mayores de la ciudad de Medellín corroboran la información de la Organización Mundial de la Salud,^{11, 12} 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 ha manifestado un cambio de incidencia en los últimos años por la mayor exposición a factores de riesgo laborales con agentes cancerígenos;¹² en Medellín, el tumor maligno de pulmón y bronquios está presente en los diez años de estudio, y es la tercera causa de muerte entre los hombres.

Desde la década de los años cuarentas, 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 envejecimiento,¹⁵ sino que se desencadenan

más fácilmente en aquellas personas expuestas a uno o más factores de riesgo: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, consumo de tabaco y alcohol, obesidad, estrés, sedentarismo, antecedentes familiares, sexo masculino y edad,¹² a diferencia de lo hallado en la población adulta mayor de Medellín, donde tanto hombres como mujeres fallecieron más por neoplasias o tumores malignos en diferentes partes del organismo, y otras causas crónicas 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, que son los relacionados con la salud mental de los adultos mayores, debido a su 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 tienen.¹² En la comorbilidad de los trastornos psicosociales, psicológicos y mentales están presentes enfermedades como la cirrosis con el consumo de alcohol, el cáncer de pulmón con el consumo de tabaco, el suicidio con la depresión; en Medellín, se estima que la depresión es similar a la hallada en Colombia, donde 25% de las personas mayores de 60 años sufren de depresión y 4%, de algún tipo de demencia.

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 mortalidad.¹⁶

En lo concerniente a la percepción de sus condiciones de salud, se encontró que 34% considera 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 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 83%; además, un alto grado de satisfacción, con el apoyo y la ayuda recibida por los familiares de los adultos mayores cuando este tiene problemas, se da en 90%.

Los procesos de transición que presenta la ciudad de Medellín, demográfica y epidemiológicamente, generan una serie de desafíos para la administración municipal que deben considerarse y, a la vez, deben 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 Sistema General de Seguridad Social en Salud y pensiones para satisfacer las necesidades básicas de la población adulta mayor; otro de-

saffo que se evidencia es la estigmatización y discriminación cultural y social que sufren los adultos mayores porque son 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 familia;¹⁷ un desafío más 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 de población, con emergencia de enfermedades como la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión arterial, que en esta investigación tuvieron porcentajes altos de presencia en la población adulta mayor de la ciudad, además de la aparición de problemas prioritarios en la esfera de la salud mental, entre ellos la depresión.

El rápido aumento en el 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); la 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 envejecimiento.¹⁸ 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 de que los adultos que viven solos o que 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.

Conclusiones

Las condiciones de salud de la población adulta mayor de la ciudad de Medellín en la década 1990-1999, analizadas en este artículo y que hacen parte de la dinámica poblacional de este grupo de personas, incluye la mortalidad, morbilidad por egreso hospitalario y morbilidad percibida, y muestran una tendencia creciente a lo largo de los años. La mortalidad observada pasó de una tasa promedio anual de 53,2 en 1990 a 62,8 en 1999 por cada mil adultos mayores. Según la morbilidad, se encontró un promedio anual de 10,8% en 1990, que para 1997 era de 14,8%, con mayores tasas en los hombres que en las mujeres.

Las enfermedades no transmisibles crónicas son las responsables del 80% de la mortalidad y morbilidad en los adultos mayores de la ciudad de Medellín, pero no son determinantes para un solo sexo, a excepción de aquellas propias de

su condición biológica; los hombres fallecen más por neoplasias o tumores malignos, mientras que las mujeres lo hacen por otras enfermedades, principalmente las relacionadas con las vías respiratorias. Los hombres superaron a las mujeres en las causas de tumor maligno de los bronquios y del pulmón, con 55%; tumor maligno del estómago, con 38%; y el infarto agudo del miocardio, con 19%; las mujeres superaron a los hombres en las causas de enfermedad cardíaca hipertensiva, con 45%; diabetes mellitus, con 39%; bronconeumonía, con 30%; e insuficiencia cardíaca congestiva, con 24%.

Con el fin de disminuir las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias, que son las que mayor aportan a la mortalidad en este grupo poblacional, se deberán implementar estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, así como promover el fomento de estilos de vida más saludable: incentivar la actividad física adecuada y la alimentación sana, reducir el consumo del tabaco y de alcohol y medicamentos en la vejez para así evitar las enfermedades y el declive funcional, prolongar la longevidad y mejorar la calidad de vida.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma. Rev Panam Salud Pública 2000;7(1):60-67.
2. Ham-Chande, R. Conceptos y significados del envejecimiento en las políticas de población. En: Consejo Nacional de Población. Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas. México, D. F.: Conapo; 1999.
3. Garrido F, Ramírez D, Gómez H. Epidemiología del envejecimiento en México. En: Consejo Nacional de Población. Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas. México, D. F.: Conapo; 1999.
4. Organización Mundial de la Salud. Salud y envejecimiento: un documento para el debate. Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento; Madrid 8-12 de abril de 2002. Madrid: OMS;2002.
5. Colombia. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. Registros de egresos hospitalarios 1990-1997. Bogotá: El Ministerio; 2001.
6. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Certificados de defunción 1990-1999. Bogotá: DANE; 2002.
7. Medellín. Departamento Administrativo de Planeación. Subdirección de Metroinformación. Encuesta calidad de vida 1997 y 2001. Medellín: Alcaldía; 2002.
8. Medellín. Departamento Administrativo de Planeación. Subdirección de Planeación Social y Económica. Proyección de la población. Medellín: Alcaldía; 2000.
9. Harrison TR, Kurt J. Principios de medicina interna. 15 ed. Nueva York: Interamericana McGraw-Hill; 2002.

10. Organización Panamericana de Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10.^a rev. Washington, D. C.: OPS; 1995. 3 v. (Publicación Científica, N.º 554).
11. Kinsella, K. Dimensiones demográficas y de salud en América latina y el Caribe. p. 3-18. En: Organización Panamericana de Salud. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington, D. C.: OPS; 1994. (Publicación Científica, N.º 546).
12. Organización Panamericana de la Salud. Programa Salud del Adulto. Salud del adulto mayor. Washington, D. C.: OPS; 1993.
13. Antioquia. Dirección Seccional de Salud. Diagnóstico de la situación de salud de Antioquia. Rev Epidemiol Antioquia 2000;25(1-3):9-239.
14. Colombia. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. Situación de la tuberculosis en Colombia. Sivigila 2000;(12):1-4.
15. Cook G. Enfermedades cardiovasculares. En: Organización Panamericana de Salud. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington, D. C.: OPS; 1994. (Publicación Científica, N.º 546).
16. Darnton-Hill I. El envejecimiento con salud y la calidad de vida. Foro Mund Salud 1995;16(4):381-391.
17. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama social de América latina, 1999-2000. Santiago de Chile: Cepal, Unicef; 2000.
18. Litvak J. El envejecimiento de la población: un desafío que va más allá del año 2000. Bol Of Sanit Panam 1990;109(1):1-5.