



2

Capítulo:
Salud física
y mental de
las personas
mayores

2 Capítulo: Salud física y mental de las personas mayores

Autores >>>

- > Giancarlo Buitrago Gutiérrez
- > Lina María González Ballesteros
- > Gabriel Fernando Torres Ardila
- > Augusto Galán Sarmiento
- > Sebastián Fernández de Castro González
- > Camila Andrea Castellanos Roncancio
- > Óscar Eduardo Gómez Cárdenas
- > Nicolás León Sanabria

ISBN (ONLINE)

978-958-53617-7-5



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial CompartirIgual 3.0 Unported.

Publicación de la Fundación Saldarriaga Concha. Todas las publicaciones FSC están disponibles en el sitio web www.saldarriagaconcha.org

El contenido y las posiciones de la presente publicación son responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen a la Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, PROESA y DANE.

Cítese como:

Fundación Saldarriaga Concha, Fedesarrollo, PROESA y DANE. (2023). Misión Colombia Envejece - Una Investigación Viva. Bogotá, D.C. Colombia. 597 páginas

Contenido

2.1.	Introducción.....	111
2.2.	Marco teórico.....	114
2.2.1.	Envejecimiento poblacional en América Latina.....	114
2.2.2.	Cambios dados por el envejecimiento normal.....	117
2.2.3.	Comorbilidades en la vejez.....	117
2.2.4.	Situación de salud de la persona mayor.....	118
2.2.4.1.	La jubilación.....	119
2.2.4.2.	Salud mental y jubilación.....	120
2.2.4.3.	Uso y costos de servicios en salud	121
2.2.4.4.	Costos de salud en la vejez	122
2.2.4.5.	Situación de los adultos mayores durante la pandemia	125
2.3.	Hallazgos	128
2.3.1.	El aseguramiento social en salud	128
2.3.1.1.	Tipo de aseguramiento	129
2.3.1.2.	Acceso a servicios de salud preventivos	132
2.3.1.3.	Acceso a servicios de salud ambulatorios financiados por el SGSSS.....	133
2.3.1.4.	Acceso a servicios de salud hospitalarios financiados por el SGSSS.....	134
2.3.2.	Consumo de servicios de salud de personas mayores.....	135
2.3.2.1.	Consumo de servicios de salud por individuo..	136
2.3.2.2.	Consumo de servicios de salud por enfermedad	140
2.3.3.	La enfermedad mental de personas mayores	141
2.3.3.1.	Prevalencia de síntomas de depresión.....	142
2.3.3.2.	Prevalencia de deterioro cognoscitivo leve y demencia.....	144
2.3.4.	Discapacidad en personas mayores	145
2.3.4.1.	Prevalencia de discapacidad severa	145

2.3.5. Mortalidad en personas mayores	148
2.3.5.1. Principales causas de muerte	149
2.3.5.2. Tasas de mortalidad ajustadas y años de vida perdidos por región.....	151
2.3.6. Gasto público y privado en salud	152
2.3.6.1. Gasto público en salud en el régimen contributivo	153
2.3.6.2. Gasto privado en salud.....	157
2.3.7. Jubilación laboral, enfermedad y utilización de servicios en salud	159
2.3.7.1. Fuentes de información.....	160
2.3.7.2. Población de estudio	160
2.3.7.3. Desenlaces.....	160
2.3.7.4. Análisis estadístico.....	160
2.3.7.5. Resultados.....	161
2.3.8. Análisis y discusión	165
2.3.8.1. Implicaciones de los resultados para el futuro del SGSSS	165
2.3.8.2. Fortalezas y debilidades de este análisis.....	168
24. Conclusiones	169
25. Recomendaciones para la formulación de políticas públicas	169
2.5.1. Recomendaciones estructurales del Sistema de Salud (Reforma en salud)	169
2.5.1.1. Fortalecimiento de la implementación de las guías de práctica clínica con el fin de promover una mejor calidad en la prestación de servicios de salud.....	169
2.5.2. Promoción de nuevos modelos de prestación de servicios dentro del SGSSS con el objetivo de mejorar la cobertura de servicios de salud en áreas rurales y apartadas	170
26. Recomendaciones generales	170
2.6.1. Sensibilización del personal de salud y comunidad en general sobre la enfermedad mental	170

2.6.2.	Formación en salud y promoción del bienestar de los cuidadores.....	171
2.6.3.	Educación para la promoción de hábitos y estilos de vida saludables en todo el curso de la vida	172
2.7.	Referencias.....	173
2.8.	Lista de figuras.....	179
2.9.	Lista de tablas.....	181



2.1. Introducción



Uno de los retos más importantes que afrontan la mayor parte de los sistemas de salud en el mundo es el incremento sostenido de la expectativa de vida de la población. Múltiples autores han descrito en forma consistente un incremento en los costos de la atención en salud asociado al incremento de la expectativa de vida (Di Matteo, 2005). Sin embargo, aun-

que existe consenso sobre la presencia de esta relación, los mecanismos causales de esta asociación siguen sin entenderse completamente (Zweifel, Felder, & Meiers, 1999; Zweifel, Felder, & Werblow, 2004).

Una de las hipótesis más aceptadas ha sido que el incremento en los costos de la atención en salud se asocia al fenómeno conocido como la ‘transición epidemiológica’ (Amos, McCarty, & Zimet, 1997; Arredondo & Aviles, 2015; Villarreal-Ríos et al., 2002). La transición epidemiológica hace referencia, entre otros varios fenómenos, al cambio del pico de

morbilidad y mortalidad de los jóvenes a los adultos mayores y al predominio de la morbilidad sobre la mortalidad (Frenk et al., 1991). Dada la creciente población de personas mayores y el incremento de la morbilidad asociada a la edad, el incremento de la expectativa de vida llevaría a un incremento sustancial de los costos de atención para los sistemas de salud.

Otra de las hipótesis propuestas sugiere que el principal generador del incremento en los costos de la atención en salud podría ser los costos incurridos durante el tiempo cercano a la fecha de muerte, de forma independiente a la edad (Zweifel et al., 1999; Zweifel et al., 2004). Múltiples autores han documentado que cuando el efecto de la edad sobre los costos en salud es ajustado por la cercanía a la fecha de muerte, el efecto de la edad deja de ser significativo (O'Neill, Groom, Avery, Boot, & Thornhill, 2000; Polder, Barendregt, & van Oers, 2006; Zweifel et al., 1999). Las implicaciones de este mecanismo causal radicarían en que, dado que el incremento de la expectativa de vida pospone la fecha de muerte, el envejecimiento poblacional no incrementaría por sí mismo los costos en salud.

Asimismo, otro de los factores asociados al incremento en los costos de atención podría ser la jubilación laboral. Múltiples estudios han evaluado el efecto de la jubilación laboral sobre el consumo de

servicios de salud con resultados diversos (Eibich, 2015; Laaksonen et al., 2012; Shai, 2018). Esta relación entre la jubilación laboral y el incremento de los costos de atención podría ser explicada por la disminución del costo de oportunidad del tiempo para asistir a servicios de salud o un efecto deletéreo de la jubilación sobre la salud de los individuos (Zhang, Salm, & van Soest, 2018).

En este capítulo se pretende estudiar la relación del sistema de salud con la transición demográfica y el envejecimiento poblacional en Colombia. Con la caída de las tasas de mortalidad (sobre todo infantil) se pasa de un escenario donde predominan las enfermedades transmisibles a uno donde la población envejece, los servicios sanitarios mejoran la calidad de vida y hábitos de autocuidado y nutrición, y permiten paralelamente longevidad y el aumento del peso relativo de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT): “esta es la transición epidemiológica en sentido estricto, que se refiere a los cambios de frecuencia, magnitud y distribución de las condiciones de salud, expresadas en términos de muerte y enfermedad” (Frenk et al., 1991).

Sin embargo, este proceso no es vivido de igual manera por todos los territorios y, si bien el aumento en el peso de las ECNT es transversal, el peso relativo de cada una de las enfermedades y sus

prevalencias depende de otros factores culturales, sociales y económicos.

La transición demográfica: “involucra múltiples transiciones, por lo que no se puede precisar una secuencia fija, sino que en ella concurren distintos perfiles epidemiológicos” (Cabrera-Marrero, 2014). Estos diferentes perfiles epidemiológicos son los que hacen que no haya una relación directa, más allá del incremento de las ECNT, entre Transición Demográfica (TD) y Transición Epidemiológica (TE).

Una cuestión de singular interés resulta al analizar los vínculos entre ambas teorías, que no vienen dados solamente porque una sirve de origen a la otra, sino que va más allá, en tanto ambos procesos de transformación de las poblaciones ocurren de manera solapada. De un análisis teórico podría extraerse que la reducción de tasas de mortalidad, en el origen de la TD comienza por las enfermedades infecciosas, aumentando la importancia relativa de los padecimientos crónicos y degenerativos. Pero estos últimos ganan una mayor importancia en el cuadro epidemiológico de una población, cuya estructura por edades ha sido impactada por un proceso de transición y el descenso de las tasas de fecundidad. De modo que ambas teorías se acercan por vías diferentes al mismo proceso de evolución y cambio de las poblaciones (Cabrera-Marrero, 2014).

Por eso es importante investigar sobre las estructuras epidemiológicas de los diferentes países en la región. La relación que tienen, que no es de determinación la una sobre la otra, sino una suerte de condicionamientos que permiten que haya múltiples perfiles epidemiológicos dentro de un mismo “estado” de la transición demográfica. Este hecho permitirá situar retos frente a los sistemas de salud, los perfiles de aseguramiento y la investigación en salud.

Debido a la transición epidemiológica en Latinoamérica, la planeación de los presupuestos en salud ante el envejecimiento poblacional cobra una especial importancia para los sistemas de salud de la región. Por tanto, es importante describir los costos y el acceso a los servicios de salud, así como la exploración de posibles explicaciones de estos.

2.2. Marco teórico



2.2.1. Envejecimiento poblacional en América Latina

El envejecimiento demográfico se define como el aumento progresivo de la población de 60 o más años respecto a la población total. El envejecimiento de las poblaciones y la incidencia que este tiene en su composición y crecimiento es el resultado de los cambios sostenidos que se han dado en los componentes demográficos, disminución de la mortalidad y, especialmente, de la fecundidad, llevando a que, de manera general, incluyendo América Latina y el Caribe, progresivamente sufran un proceso de envejecimiento poblacional (Naciones Unidas. CEPAL, 2006).

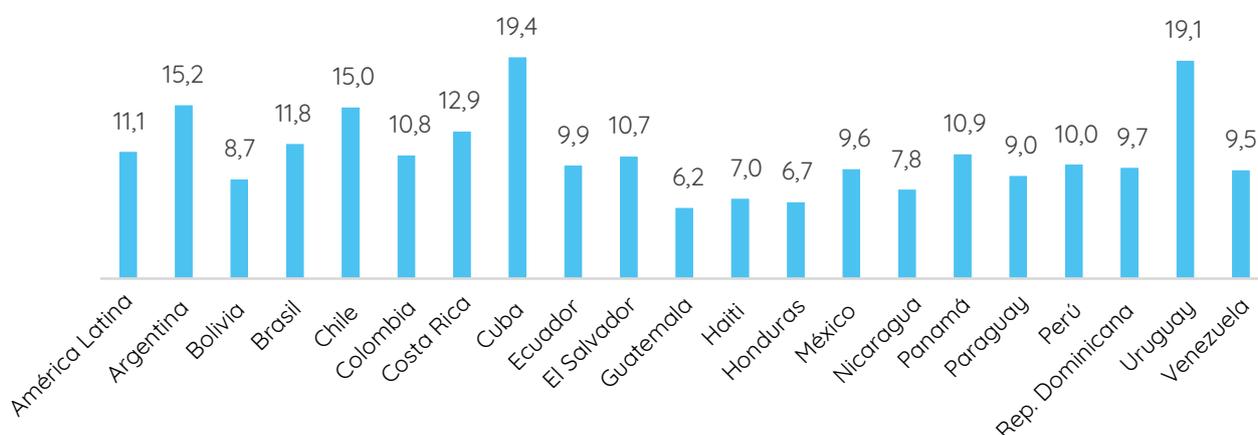
Este proceso se ha desarrollado con mayor o menor intensidad en todos los países de la región en las últimas décadas, periodo en el que se ha dado un aumento considerable de la población de personas de 60 o más años, pasando de 43 millones (8,2% de la población) en el año 2000 a 100,5 millones (15%) según las proyecciones para el 2025 y, 183,7 millones (24%) para 2050 (Naciones Unidas. CEPAL, 2009).

Aunque América Latina y el Caribe todavía no se considera una región envejecida, su proporción de población de adultos mayores de 60 años es alrededor del 11%, similar al nivel global, 12%, pero menor a Europa, 24%. Sin embargo, la tasa de envejecimiento es superior a lo observado en Europa, donde el envejecimiento poblacional tomó 60 años para consolidarse, siendo este periodo proyectado a 35 años para Latinoamérica y el Caribe (Aranco, Stampini, Ibararán, & Medellín, 2018).

Este proceso de envejecimiento no solo se traduce en cambios en la estructura poblacional de los países, puesto que, a nivel comunitario, la población de adultos mayores representa una mayor carga para la estructura sociopolítica y una disminución en su capacidad productiva, reflejada en el aumento de la incidencia de enfermedades crónicas y una creciente demanda de servicios de salud y cuidado (Aranco et al., 2018).

Existen algunas diferencias en cuanto a la proporción de población mayor respecto a la población total en los países de América Latina y el Caribe. En la Figura 1 se observa la población adulta mayor por país para el año 2015, según datos del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) a corte de la revisión de 2016 (CEPALSTAT, 2022).

Figura 1. Proporción de población de adultos de 60 o más años por país para 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CEPALSTAT, 2022.

La mediana de la proporción de personas mayores es de 9,95 (Rango intercuartil [RIC] 18,7 – 12,6), con un valor mínimo de 6,2, correspondiente a Guatemala y un máximo de 19,4, correspondiente a Cuba. Uruguay y Cuba representan valores extremos (>19), Guatemala, Honduras, Haití y Nicaragua se encuentran por debajo del cuartil inferior para la región y Costa Rica, Chile y Argentina por encima del cuartil superior.

Una aproximación complementaria para caracterizar mejor el peso de la población adulta mayor en una sociedad está dada por el índice de envejecimiento, que expresa la relación entre la cantidad de personas mayores y la cantidad de niños y jóvenes, al dividir la cantidad

de personas mayores de 65 años y más en la cantidad de personas menores de 15 años, multiplicado por 100 (Naciones Unidas. CEPAL, 2009).

Para el 2010, según el índice de envejecimiento por país, Cuba ocupó el primer lugar con un índice de envejecimiento de 100 (Naciones Unidas. CEPAL, 2009), es decir, 100 personas de 65 o más años por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años, una relación 1:1. El índice de envejecimiento también sirve para clasificar los países de acuerdo a la etapa de envejecimiento en que se encuentra: envejecimiento incipiente, envejecimiento moderado, envejecimiento moderadamente avanzado, envejecimiento avanzado y envejecimiento muy avanzado (Naciones Unidas. CEPAL, 2009).

La Tabla 1 evidencia el índice de envejecimiento para 2010 por país, con relación a la etapa de envejecimiento poblacional que representa. Estas diferencias pueden deberse a las condiciones culturales, sociales, políticas y económicas de cada país. En el documento El envejecimiento y las personas de edad: indicadores socio-demográficos para América Latina y el

Caribe, preparado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CE-LADE) - División de Población de la CEPAL, se evalúa la situación del envejecimiento poblacional de los países de América Latina y el Caribe en correspondencia con el Producto Interno Bruto (PIB) y algunos indicadores de cómo éste se invierte en el desarrollo social de las comunidades.

Tabla 1. Índice de envejecimiento por país y etapa de envejecimiento en que se clasifica

País	Índice de envejecimiento	Etapa de envejecimiento
Guatemala	15,2	Envejecimiento incipiente
Honduras	16,8	
Haití	18,0	
Nicaragua	18,1	
Bolivia	20,1	
Paraguay	22,8	
República Dominicana	27,6	Envejecimiento moderado
Perú	29,1	
Venezuela	29,3	
Colombia	29,8	
Ecuador	30,9	
El Salvador	32,2	
Panamá	33,6	
México	33,9	Envejecimiento moderadamente avanzado
Costa Rica	37,3	
Brasil	39,8	
Argentina	58,1	Envejecimiento avanzado
Chile	59,1	
Uruguay	81,7	
Cuba	100,0	Envejecimiento muy avanzado

Fuente: CEPAL, 2009.

En conclusión, la situación del envejecimiento en América Latina y el Caribe ha demostrado una tasa de envejecimiento superior a las regiones envejecidas del mundo. La relación entre la proporción de población mayor de 60 años y el índice de envejecimiento evidencia características propias de los procesos de transición demográfica, por ejemplo, no solo aumenta la población mayor, sino que la población joven disminuye, como es el caso de Cuba que en el 2010 mostró una relación 1 a 1. En la región se proyecta para el 2050, que 1 de cada 4 individuos sea persona mayor de 60 años, lo que implica que los estados deben planear de manera integral y desde el presente la atención que recibirá esta población en los próximos años.

2.2.2. Cambios dados por el envejecimiento normal

La vejez, al ser la última etapa del ciclo de vida, facilita examinar el resultado de todas las vivencias y transformaciones derivadas de las etapas anteriores. Esto no solo significa para la persona mayor el auge de la madurez personal sino también es una etapa de mayor impacto en su salud, como consecuencia, entre otros factores, del estilo de vida que ha llevado y del deterioro físico natural.

Es importante tener claro que el envejecimiento no es una enfermedad y que por lo general los cambios del en-

vejecimiento normal no deberían causar síntomas. Sin embargo, es evidente que en la vejez aumenta la susceptibilidad a muchas enfermedades y trastornos que experimenta la persona, por la disminución de la reserva fisiológica, es decir, de la capacidad que tiene el organismo de defenderse, adaptarse y recuperarse de la enfermedad.

En el último siglo, se ha evidenciado la transición de una morbimortalidad y fertilidad alta hacia una baja, proporcional al desarrollo socioeconómico de cada país. La “transición epidemiológica”, se caracteriza por la disminución de las enfermedades infecciosas y agudas y por el aumento paulatino de las ECNT y de las enfermedades degenerativas (Organización Mundial de la Salud, 2021).

2.2.3. Comorbilidades en la vejez

Según datos epidemiológicos y demográficos presentados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas se asocian con la pobreza, la desnutrición y la infraestructura limitada de los países en vías de desarrollo. En estas poblaciones suele haber un menor acceso a antibióticos y a medidas sanitarias de prevención de enfermedades infecciosas como son las vacunas. Por otro lado, en los países con mejores ingresos y que

registran una edad promedio de muerte mayor a los 50 años, las ECNT de mayor incidencia son: cardiovasculares, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Accidentes Cerebrovasculares (ACV), artritis, osteoporosis, hipertensión, diabetes, cáncer, enfermedades mentales (como depresión y demencia), y alteraciones sensoriales (alteraciones visuales y auditivas).

2.2.4. Situación de salud de la persona mayor

En Colombia también ha sido evidente la transición demográfica y epidemiológica. Hace algunas décadas la principal causa de muerte eran las enfermedades infecciosas, pero recientemente esta tendencia se ha inclinado hacia las ECNT, que ocasionan la muerte de personas mayores de 60 años, en especial por enfermedades crónicas de origen cardiovascular.

Los últimos estudios epidemiológicos en el país revelaron que la hipertensión arterial es la enfermedad más frecuente en los adultos mayores y se considera el principal factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades: cerebrovasculares, de las arterias coronarias e insuficiencia cardiaca. Se ha reportado el predominio de la Hipertensión Arterial (HTA), de 20-30% en población general y 60% en mayores de 60 años. Según un estudio conducido en la ciudad de Pasto

por el Dr. Alexander Morales y colaboradores, la mayor incidencia que se encontró de la HTA fue de 55.5%, dato similar a la tendencia de la estadística mundial (Morales et al., 2016).

Es importante resaltar que el cáncer le sigue a la HTA, como principal causa mundial de mortalidad de la persona mayor; luego la osteoartritis (52% en la población mayor de 85 en USA); la diabetes mellitus (que para el 2050 se prevé que aumente en prevalencia un 400%); la osteoporosis; y, enfermedades psiquiátricas o cognitivas como la demencia (la prevalencia mundial de la demencia puede aumentar de 47 millones en 2015 a 131 millones en 2050), la depresión y el envejecimiento cognitivo.

El aumento de las ECNT es multicausal, no solo se debe al incremento en la expectativa de vida promedio y al desarrollo de la medicina, sino también se relaciona con procesos de urbanización e industrialización, tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo. Además, se vincula con los cambios en el estilo de vida: la disminución de la actividad física, el incremento de comidas procesadas y de alto contenido calórico, y con el mayor consumo de azúcar, sal, cigarrillo y bebidas alcohólicas.

Es importante tener presente que hay cambios fisiológicos normales que se dan a medida que avanza el proceso de en-

vejecimiento. Esto conlleva a que la medición de variables fisiológicas esté sujeta al proceso individual de envejecimiento y a que pueda existir una alta heterogeneidad en dichas lecturas, encontrándose que valores por fuera de los rangos considerados normales para la población adulta, no necesariamente estén relacionados con patologías en los adultos mayores.

En la persona mayor los problemas médicos suelen ser diversos y por causa de varios factores (multimorbilidad y multifactorialidad), en consecuencia, los riesgos y trastornos físicos, cognitivos y afectivos, están abiertos al infradiagnóstico y la infravaloración.

Conforme a lo dicho, la etiología de las enfermedades de la persona mayor puede originarse por factores genéticos y ambientales, lo que significa que además de la predisposición biológica, hay un gran número de determinantes sociales en las distintas etapas de la vida que permiten o no, el desarrollo de una enfermedad crónica no transmisible.

2.2.4.1. La jubilación

Salud de la persona mayor jubilada

La jubilación presenta un efecto variable en la salud mental de la persona mayor. Diversos estudios alrededor del mundo evidencian distintas tendencias

de la salud mental del jubilado, según el país en el que se encuentra, la situación laboral anterior, el género, el estatus socioeconómico, el nivel de participación social, la salud física y la dependencia que desarrolle en los años posteriores a la jubilación.

Durante los últimos 5 años, en diversos estudios a nivel mundial, acerca de los efectos de la jubilación en la salud mental, se encuentran distintas correlaciones entre ambas variables, dependiendo del país y las características de la población en donde se hizo la investigación. Estas diferencias se pueden deber a las variaciones en las condiciones de empleo y a cómo las personas en cada región reciben culturalmente la jubilación.

La mayoría de los estudios en países europeos han demostrado que la jubilación tiene efectos beneficiosos en la salud mental de la persona mayor a corto y largo plazo. Sin embargo, algunos resultados en poblaciones asiáticas indican lo contrario, la transición a la jubilación es perjudicial para la salud mental.

En un estudio publicado en BioMed Central (BMC) sobre el efecto de la participación social en la salud mental de las personas mayores evidenció que la jubilación en la población japonesa mayor de 65 años aumentó los síntomas depresivos y fue más marcado en hombres de origen ocupacional inferior (no profesional).

Como explicó el artículo, esta asociación se debe a que, para muchos de los participantes, la jubilación significó la pérdida de su función social y por lo tanto de su sentido de vida. Esta asociación es lógica para esta población ya que entre los trabajadores japoneses que experimentaron el período de rápido crecimiento económico de posguerra, el empleo se caracterizó por largas horas de trabajo, así como por un sentido compartido de sacrificio con el objetivo de reconstruir la nación después de la destrucción causada por la Segunda Guerra Mundial (Laidlaw & Pachana, 2011).

2.2.4.2. Salud mental y jubilación

No todas las poblaciones tienen las mismas capacidades de ahorro para jubilarse. Varias encuestas alrededor del mundo han señalado que las personas mayores que no están cubiertas financieramente en la jubilación manifiestan mayores niveles de ansiedad y depresión.

En un estudio de cohorte longitudinal, realizado a 2.000 personas en China, se observó que las probabilidades de tener menos ansiedad o depresión son 0,36 (IC 95%: 0,16–0,43) veces menos, para las personas que pensaban que no habían ahorrado o no podrían ahorrar lo suficiente para su jubilación, de quienes decían estar preparados financieramente. Asimismo, demostró que tener más fuentes ex-

ternas de asistencia financiera, incluidos la familia y los gobiernos, no los ayudó a aliviar el sufrimiento mental. El análisis reveló también que la población rural dispone de la mitad de las probabilidades de estar preparada financieramente para la jubilación, independientemente de si permanece en zonas rurales o migran a las ciudades (Chen, Petrie, Tang, & Wu, 2018).

Del 2015 a 2050, la proporción de la población mundial de 60 años o más aumentará del 12 al 22%, y alrededor del 20% de este subgrupo de población sufrirá un trastorno mental o neurológico (Organización Mundial de la Salud, 2021). La implicación internacional de los hallazgos del estudio en China es que las estrategias de la salud también deben considerar el papel de la planificación financiera para facilitar la mejora de la salud mental de los adultos de mediana edad y mayores.

Por otro lado, es importante hacer hincapié en que más allá de las creencias culturales y la capacidad financiera del jubilado, las condiciones laborales previas y el nivel de actividad física y cognitiva que lleve la persona después de jubilarse tienen un efecto directo en el mantenimiento y mejoramiento de la higiene mental.

Las condiciones laborales previas a la jubilación han demostrado una asociación significativa con la magnitud de mejora en salud mental de la persona, des-

pués de la jubilación. El estudio Whitehall II, evaluó de forma longitudinal el cambio en salud mental de alrededor de 5 mil funcionarios públicos británicos y evidenció que las demandas psicosociales en el trabajo definen la salud mental de los participantes luego de su jubilación: si había más demanda psicosocial en el trabajo, la salud mental mejoraba significativamente a corto plazo y no mostraba diferencias a largo plazo. El estudio probó también, al igual que lo propuesto por Heller-Sahlen (2017), que entre menor nivel de autoridad ejercía la persona en el trabajo, previo a la jubilación, mayor era el beneficio en la salud mental (Fleischmann, Xue, & Head, 2020).

Cabe resaltar que la jubilación se asocia con disfunción física a lo largo del tiempo, sin embargo, las mujeres no se relacionan con dicha condición desde la angustia psicológica, mientras los hombres, con alto nivel de disfunción física, sí lo manifiestan. Los hallazgos apuntan a la importancia de atender las necesidades de salud física y mental, alrededor del período de jubilación, particularmente para los hombres con mala salud física (Byles et al., 2016).

El deterioro de la funcionalidad física de la persona mayor después de la jubilación se relaciona con el detrimento de la salud mental, especialmente en hombres. Este deterioro en la funcionalidad se debe

no solo el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, sino también es consecuencia del sedentarismo, la mala alimentación y la falta de asistencia a los controles médicos necesarios en esta etapa vital.

2.2.4.3. Uso y costos de servicios en salud

Uso de servicios de salud para la población mayor

Las personas mayores en Colombia, usuarios anuales de los servicios de salud, pasaron, de 3 millones en 2009 a 5 millones en 2019. Igualmente, el número de atenciones se incrementó de 27 millones en 2009 a 117 millones en 2019, en promedio 12 atenciones por persona mayor en 2020; cifra que supera el promedio de la población general, de 8 atenciones por persona (Cubillos, Matamoros, & Perea, 2020).

En la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), se entrevistaron 23.694 personas mayores, en promedio de 60 años (Rango 60 - 108). Los resultados evidenciaron algunos factores que podrían estar asociados con la disminución del uso de los servicios de salud y del mantenimiento de la salud, de las personas mayores. El 2,2% de los encuestados no tenía ningún tipo de afiliación al Sistema Nacional de Seguridad

Social en Salud (SGSSS), entre 25% y 50% reportaron condiciones que dificultarían el acceso a los servicios del SGSS: ausencia de transporte público cercano al lugar de vivienda (24,3%) e inexistencia de centros deportivos (48,3%) y lúdicos (43,5%) (Duran Cristiano & Gómez-Molina, 2020). En Colombia, en el primer semestre 2020, las personas mayores con afiliación al SGSSS fue de 95,97%: el departamento con la mayor proporción de población asegurada fue Santander (99,70%) y con la más baja afiliación, Cundinamarca, 81,13% (Cubillos et al., 2020).

Respecto al uso específico de los servicios del SGSSS se reportó que el 74,4% de las personas asistieron a servicios de atención ambulatoria, siendo los más frecuentes medicina general o especializada (94,9%). El 55,7% de los entrevistados consideraron la atención, buena o muy buena, y el 84,2% manifestaron la prescripción de algún medicamento durante la consulta (Duran Cristiano & Gómez-Molina, 2020).

De forma similar, también han sido reportados factores asociados con el uso de los servicios de salud. Para una muestra de 656 personas mayores de la ciudad de Cartagena, con edades promedio de 67,9 años, se halló que el uso se asociaba a encontrarse clasificado en los niveles 4, 5 y 6 del SISBEN ($p = 0,043$), tener una enfermedad diagnosticada crónica ($p = 0,008$) o esperar 30 minutos o menos

para ser atendidos ($p = 0,075$) (Melguizo-Herrera & Castillo-Ávila, 2012).

El mismo estudio mostró que la mayoría de los encuestados habían usado servicios de consulta programada (86,1%), asistido al servicio 1 o 2 veces en el último mes (92,4%) y en cuanto a la percepción del servicio, más de la mitad estaban muy poco satisfechos con la atención recibida (58,2%) (Melguizo-Herrera & Castillo-Ávila, 2012).

Los resultados en Antioquia indican que las barreras para acceder a los servicios de salud se relacionan con el tiempo de espera para la asignación de citas de medicina general, residir en área rural, pertenecer a los niveles 0 y 1 del SISBEN y estar afiliado al régimen subsidiado. Además, el reporte señala que los servicios de hospitalización habían sido utilizados por el 7,4% de las personas. Sin embargo y en contraste con los resultados en Cartagena, en Antioquia el 57,8% de las personas encuestadas calificaron como buena atención dentro del sistema de salud (Peña-Montoya, Garzon-Duque, Cardona-Arango, & Segura-Cardona, 2016).

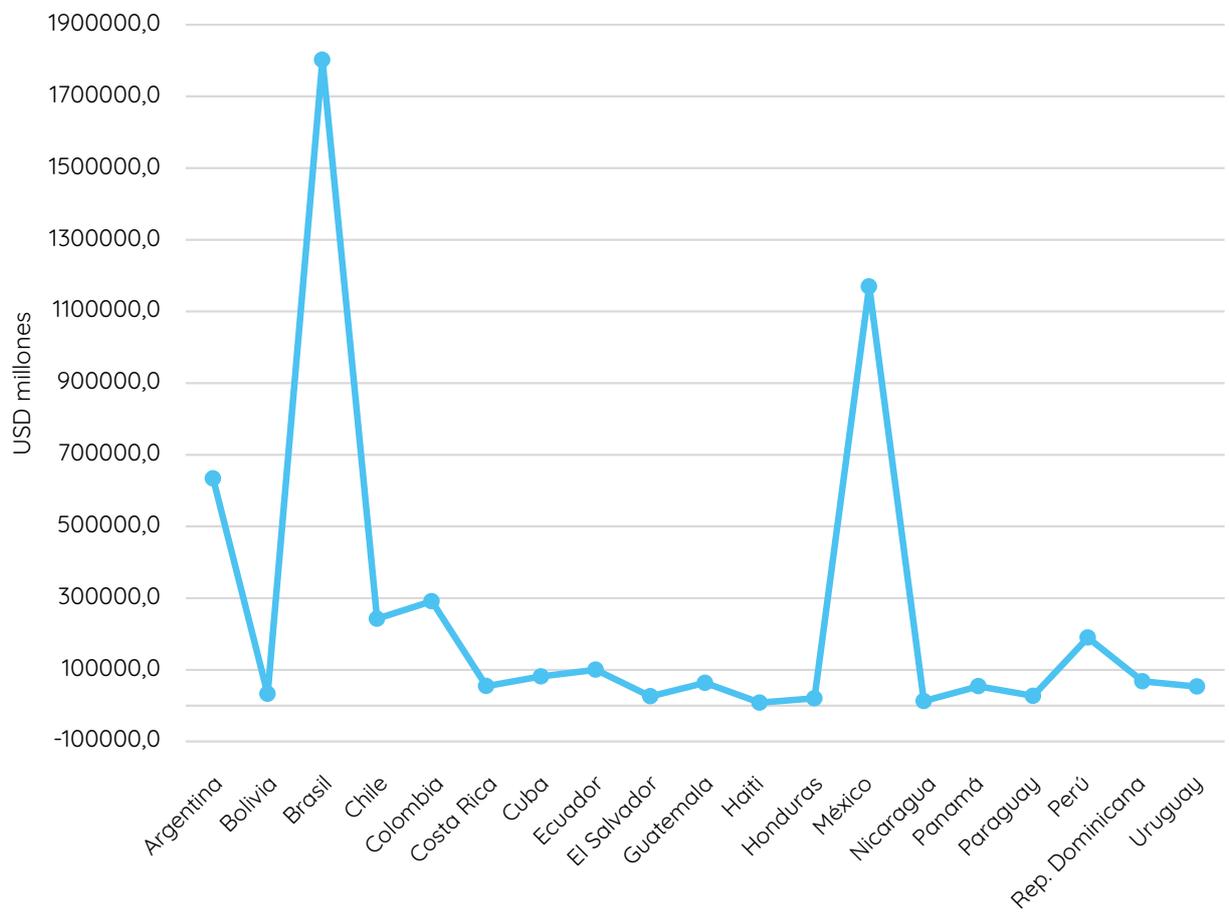
2.2.4.4. Costos de salud en la vejez

Algunos países han respondido tempranamente y cuentan con un gasto público importante destinado a la protección social. En el caso especial de Paraguay, la distribución del gasto social lo priorizan de manera

estratégica para planear las acciones de respuesta ante la transición demográfica que experimenta la región. En la Figura 2 se representa el Producto Interno Bruto (PIB) total anual a precios corrientes en dólares

para 2015, reportado en la Base de Datos y Publicaciones Estadísticas de CEPAL (CEPALSTAT, 2022); se excluye a Venezuela por no contar con registro en la base de datos para el año seleccionado.

Figura 2. Producto Interno Bruto (PIB) total anual* de los países de América Latina para 2015



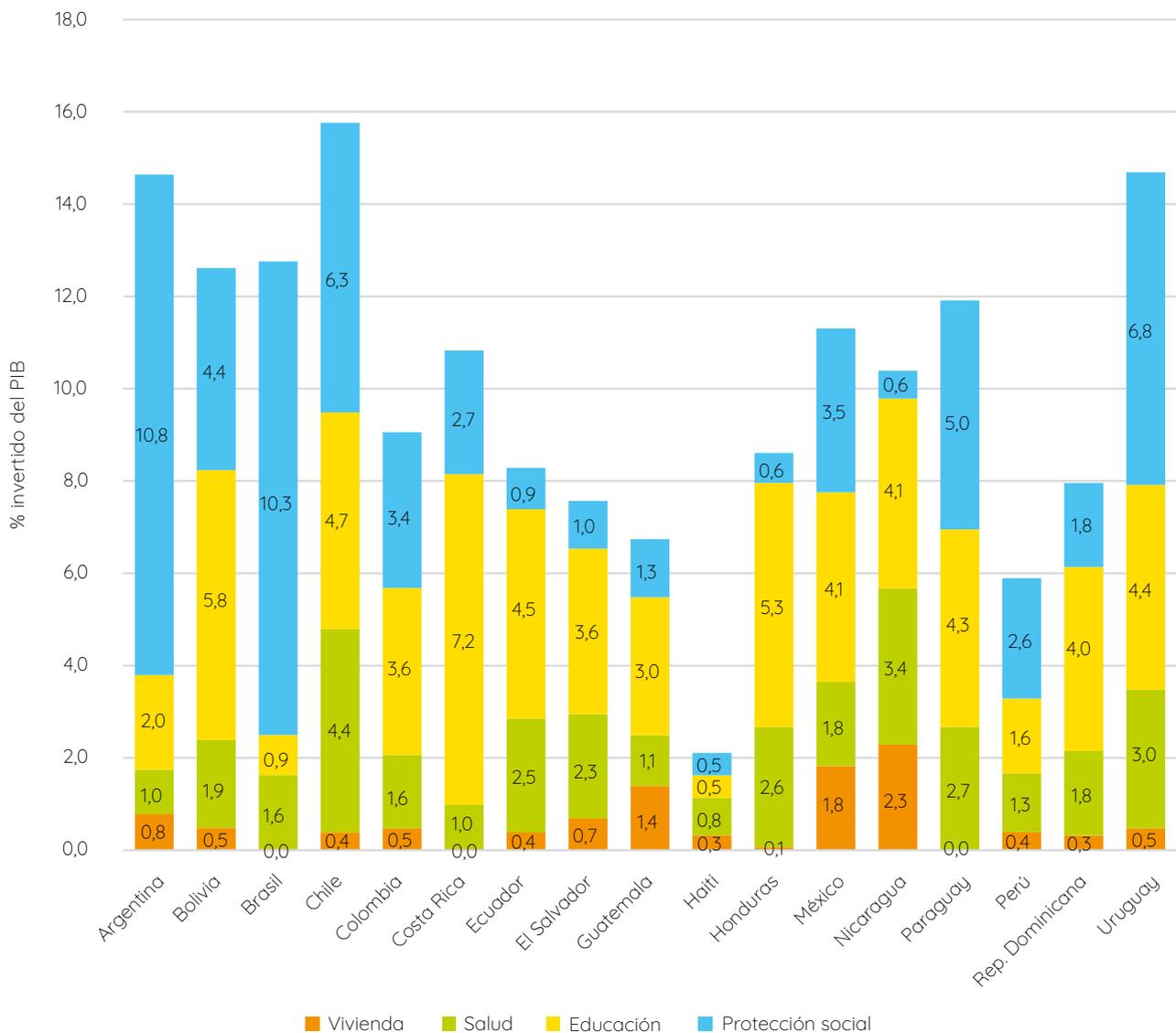
* PIB total anual a precios corrientes en dólares para 2015.

Fuente: CEPALSTAT, 2022.

La Figura 3 presenta el porcentaje del PIB, por país, que fue invertido en gasto social: vivienda, salud, educación y protección social para el año 2015. Al evaluar la relación entre el porcentaje de perso-

nas mayores por país y los parámetros descritos en este documento, se encontró una relación significativa con el PIB (Spearman 0,526 $p = 0,017$) y el índice de envejecimiento (Spearman 0,746 $p < 0,0001$).

Figura 3. Porcentaje del PIB gasta en inversión social por país en 2015



Fuente: CEPALSTAT, 2022

Países como Chile, Uruguay, Brasil y Argentina, que se encuentran en etapas avanzadas de envejecimiento poblacional, invierten un gran porcentaje del PIB en protección social, para favorecer al mismo tiempo, la atención de las personas mayores y responder a los cambios sociales y económicos que conlleva el aumento de la población mayor. Paraguay es el único país de los que se encuentra en una fase incipiente del envejecimiento, que invierte una mayor proporción del PIB en protección social, hecho que pudiera facilitar una respuesta temprana ante la tasa de crecimiento general que se observa en América Latina y el Caribe. A excepción de Haití, no hay diferencias considerables en la distribución del gasto entre los países con menor proporción de adultos mayores y los que se ubican entre los cuartiles inferior y superior.

En Colombia, teniendo en cuenta la estructura del SGSSS, los gastos reportados según el régimen de afiliación muestran que, para el caso del sistema contributivo, entre 2014 y junio de 2020 el gasto sumaba \$40,4 billones de pesos y para el régimen subsidiado el gasto total ascendía a \$35,7 billones de pesos. Además, el gasto representado por las personas mayores de 75 años era de cerca del 40% del total de la población adulta mayor (Cubillos et al., 2020).

La conformación de los registros poblacionales de cáncer en Colombia ha permitido estimar la tasa de incidencia de cáncer para las neoplasias priorizadas en el plan decenal para el control del cáncer en Colombia. La tasa por 100.000 personas año es: 33,8 cáncer de mama, 46,5 cáncer de próstata, 19,3 cáncer de cérvix, 12,2 cáncer de colon en hombres y 12,3 cáncer de colon en mujeres. Por último, para el cáncer de estómago en hombres la tasa de incidencia es de 18,5 y de 10,3 para mujeres (Bravo & Muñoz, 2018). Dentro de estos tipos de cáncer priorizados por el plan decenal, los más prevalentes reportados en personas mayores han sido el de estómago para ambos sexos, el de cérvix en mujeres y el de próstata en hombres, seguidos por las neoplasias del tejido sanguíneo y hematopoyético en hombres (Valencia-Cuéllar, Marulanda-Sánchez, Andrade-Pantoja, Arango, & Calvache, 2020). Se proyecta que la incidencia de cáncer en hombres mayores de 65 años aumente del 62% en 2020 al 75% en 2050, en mujeres este cambio se daría del 33% al 35% para el mismo periodo (Henríquez & de Vries, 2017).

2.2.4.5. Situación de los adultos mayores durante la pandemia

Alrededor del mundo las personas mayores no han sido ajena a las dinámicas y los cambios sociales por el coro-

navirus SARS-CoV-2. Tal es el caso de los cambios en la salud mental reportados para esta población en diferentes cohortes. Por ejemplo, en el estudio longitudinal de envejecimiento de Inglaterra los niveles de depresión aumentaron 16 puntos porcentuales, pasando del 12,5% al 28,5% entre el periodo prepandemia y diciembre de 2020, en el mismo periodo aumentó la percepción de soledad y el deterioro de la calidad de vida. Estos cambios no solamente mantuvieron un incremento con el avance de la pandemia, sino que respondieron a fenómenos propios de la situación de emergencia como la implementación de las medidas restrictivas y a factores propios de los individuos; encontrándose en mayor riesgo las mujeres, las personas que vivían solas y aquellas en condición de pobreza (Zaninotto et al., 2022).

De manera similar, el bienestar de las personas mayores durante la pandemia se relacionó con factores protectores, principalmente derivados de las acciones implementadas antes del inicio de la pandemia, en regiones con sistemas consolidados de seguridad. En el caso de un grupo de personas mayores de Beijing, con alto nivel de escolaridad y menor número de comorbilidades, se evidenció el mayor bienestar percibido y la disminución de los gastos públicos en salud. Lo anterior se ha relacionado con la capacidad de

adaptación y mejor uso de las fuentes de información facilitadas por las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) a la que accedieron los adultos mayores con mayor nivel educativo (Wu et al., 2022). Siendo esta condición, a su vez, parte de un grupo de factores protectores para garantizar el aseguramiento social de la población mayor: mejoramiento del tejido social y de las relaciones familiares y empleo de estrategias de regulación emocional y afrontamiento (Rodrigues et al., 2022; Strutt et al., 2022).

Una situación similar fue reportada para la cohorte de seguimiento del estudio longitudinal canadiense sobre envejecimiento, que calculó un índice de resiliencia a la multimorbilidad y lo asoció inversamente con el impacto del curso de la pandemia (OR = 0,84; $p < 0,001$; IC 95%: [0,81 a 0,87]) y la preocupación que generaba en las personas mayores (OR = 0,89; $p < 0,001$; IC 95%: [0,86 a 0,93]). A la luz de estos resultados se sugirió que el fortalecimiento de la resiliencia está implicado en la protección del bienestar de las personas con comorbilidades somáticas, con una bidireccionalidad en la relación con la presencia de factores protectores y trastornos de salud mental (Wister et al., 2022). Diversos reportes han sugerido que los factores que se asociaron durante la pandemia con una mayor vulnerabilidad de las personas mayores y que

afectaron su bienestar físico y psicológico fueron: ser mujer, las múltiples comorbilidades -que incluyen antecedentes de enfermedad mental-, condición de pobreza y un bajo nivel educativo (Webb & Chen, 2022; Wister et al., 2022; Zaninotto et al., 2022).

Adicionalmente, se ha explorado el efecto de las medidas de contención del avance de la pandemia, específicamente la cuarentena. Se encontró una relación entre el nivel de ansiedad y depresión de un grupo de personas mayores de Turquía y su nivel de discapacidad física, relacionado probablemente con un mayor nivel de desacondicionamiento físico y cambios en los hábitos nutricionales durante el mantenimiento de las medidas restrictivas (Özpinar et al., 2022). Al considerarse un subgrupo de particular interés, dentro de las personas mayores con antecedente de deterioro neurocognitivo, se evidenció una importante dificultad para la adaptación a los cambios inducidos por las restricciones durante la pandemia, menor capacidad de afrontamiento y mayor probabilidad de tener síntomas afectivos, principalmente depresivos, siendo mayor el riesgo de manera proporcional al grado de severidad del deterioro y asociado al sexo femenino (Beridze et al., 2022; Carlos et al., 2022).

Afectaciones en el nivel de la calidad de vida percibido por las personas mayores

evidencian un deterioro posterior al primer pico de contagios y acentuado durante los picos subsiguientes, un efecto acumulativo de deterioro probablemente inducido por la pandemia. Esta disminución de la calidad de vida se ha relacionado con la disminución del nivel de actividad física y de felicidad, alteraciones de la memoria y el estado de salud general, la edad y la percepción de soledad, de un grupo de adultos mayores de Montreal (Colucci et al., 2022).

La situación de soledad de las personas mayores en Colombia ha sido caracterizada por las fuentes estadísticas oficiales, como las producidas por el Departamento Nacional de Estadística (DANE). Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, las personas mayores de 65 años representan el 22,8% de los hogares unipersonales, es decir, 602.703 personas mayores, de las cuales aproximadamente el 30% reportó no tener una red de apoyo y confianza. También se observa el aumento gradual, entre 50 y 60% aproximadamente, de la proporción de mujeres solas de 60 años y más. La “edad avanzada” fue reconocida como la segunda causa más frecuente (29,8%), de las dificultades para el funcionamiento, la comunicación, la movilidad, las actividades instrumentales y el relacionamiento. Durante la pandemia, alrededor del 40% (39,8% mujeres y 30,7% hombres) de la población sola mayor de 55 años repor-

tó sentirse sola, estresada, preocupada o deprimida (Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2020).

Por otra parte, en enero de 2021 se estimó una tasa de mortalidad de 805 muertes por millón de habitantes, un aumento cercano al 15% desde el 2015. Esta situación se enmarca en factores de vulnerabilidad descritos previamente, como la presencia de comorbilidades y un bajo nivel de ingresos (Gutiérrez Cortes & Perdomo Morales, 2021). Dinámica que, a su vez, manifiesta la necesidad de priorizar la atención de las personas mayores con un enfoque de protección de los derechos de esta población, en el que se garantiza: acceso a servicios para la atención de patologías de curso agudo y crónico; estrategias de prevención que tiendan a reducir la carga de enfermedad tempranamente; fomento de la adopción de hábitos de vida saludable y estrategias de promoción del envejecimiento activo.

2.3. Hallazgos



2.3.1. El aseguramiento social en salud

La mayor parte de los países de alto ingreso poseen algún tipo de asegura-

miento social que permite el financiamiento colectivo de la prestación de servicios de salud. Este tipo de aseguramiento posibilita, entre otras cosas, una efectiva redistribución del ingreso y los servicios de salud hacia la población más necesitada (Zweifel, 2000). Colombia, a través de la ley 100 de 1993, crea el Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), el primer sistema de aseguramiento social en el país. El SGSSS permite la entrada del sector privado como opción adicional al Instituto de Seguros Sociales y crea el régimen subsidiado como responsable del aseguramiento de la población no trabajadora o con bajo ingresos.

Los logros de la implementación de la ley 100 han sido ampliamente reconocidos a nivel nacional e internacional, y uno de sus pilares es el incremento del aseguramiento en salud (Yepes Luján, 2010). Dicho incremento ha permitido proveer de protección financiera a los hogares colombianos de los gastos asociados al cuidado de la salud; mayor acceso a los servicios de salud, especialmente para poblaciones más necesitadas; y, ampliación sustancial en el consumo de servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Asegurar que los logros de la implementación de la ley 100 sigan beneficiando a los colombianos de generaciones futuras ante el reto del envejecimiento

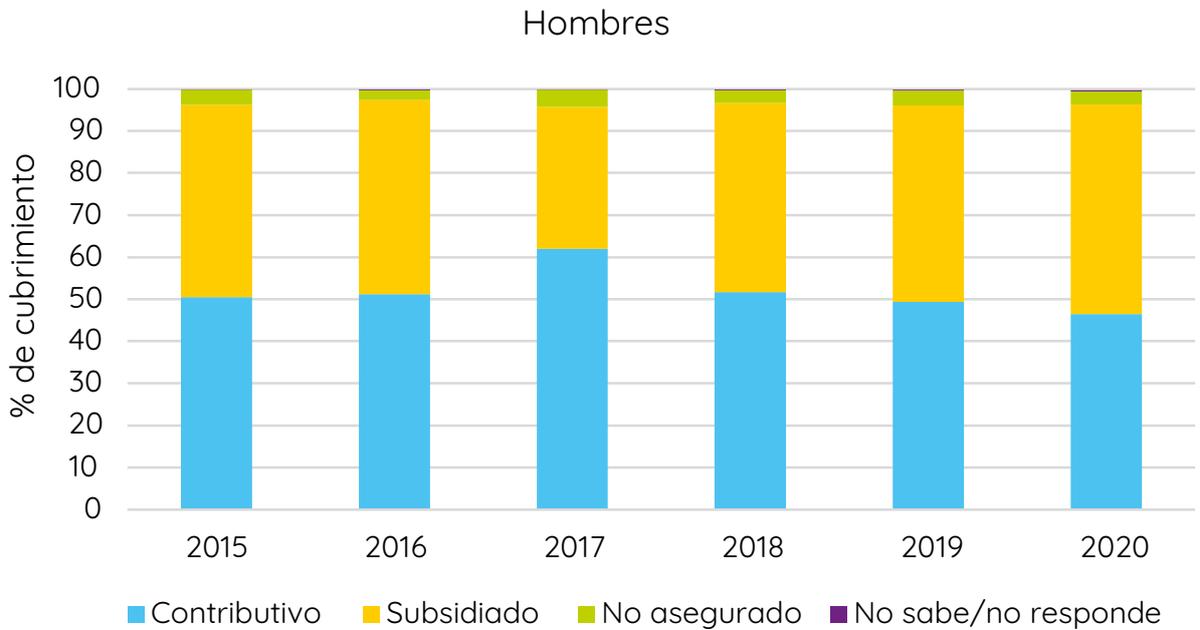
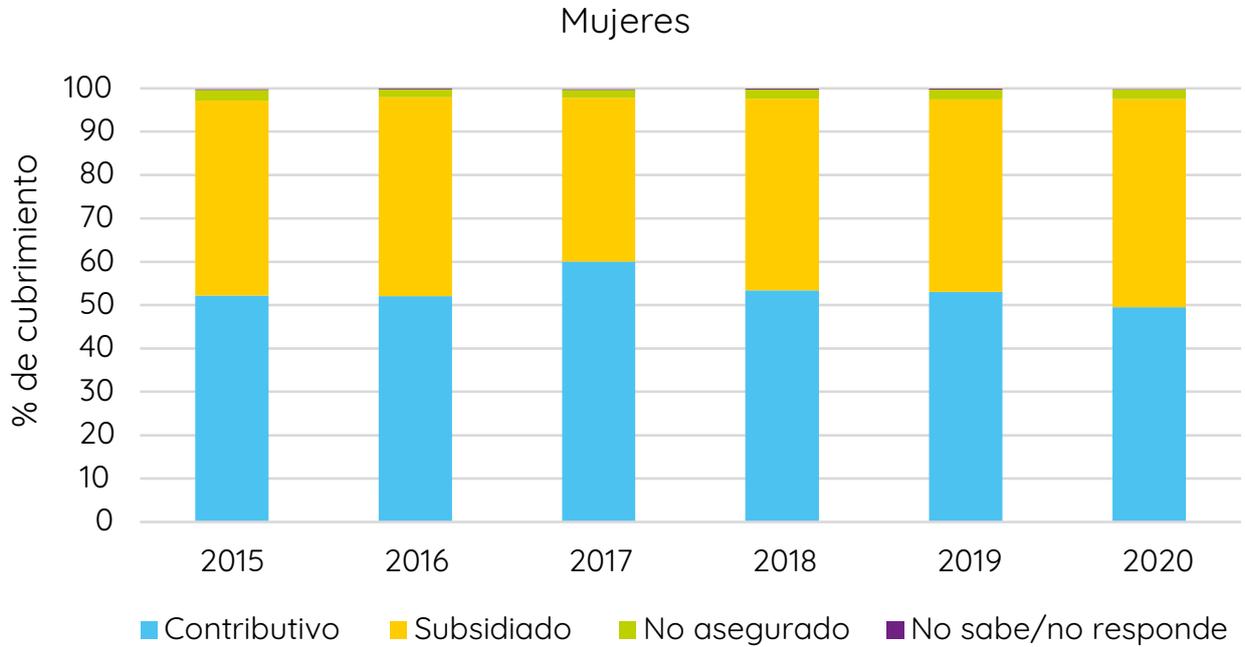
poblacional, hace necesario una evaluación continua en las condiciones de aseguramiento de la población. Es así, como en esta sección se explorarán los cambios recientes en el tipo de aseguramiento y el acceso a los servicios de salud (preventivos, ambulatorios y hospitalarios) de las personas mayores en Colombia. Los datos son obtenidos de las Encuestas de Calidad de Vida (ECV) del año 2015 hasta el 2020. En breve, las ECV son encuestas poblacionales realizadas anualmente por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) que buscan recoger información sobre diferentes aspectos y dimensiones del bienestar e incluyen temas como: acceso a bienes y servicios públicos, salud, educación, atención integral de los niños, entre otros.

2.3.1.1. Tipo de aseguramiento

La Figura 4 muestra los cambios en el tipo de aseguramiento de las personas mayores en Colombia entre 2015 y 2020. En términos generales, la proporción de la población adulta mayor a 55 años afiliada al régimen contributivo presentó una disminución sustancial durante el año 2020 (de 50.4% en 2015 a 46.5% en 2020 para hombres y de 52.2% en 2015 a 49.5% en 2020 para mujeres). Estos cambios en la proporción de la población afiliada al régimen contributivo afectaron en mayor medida a regiones como

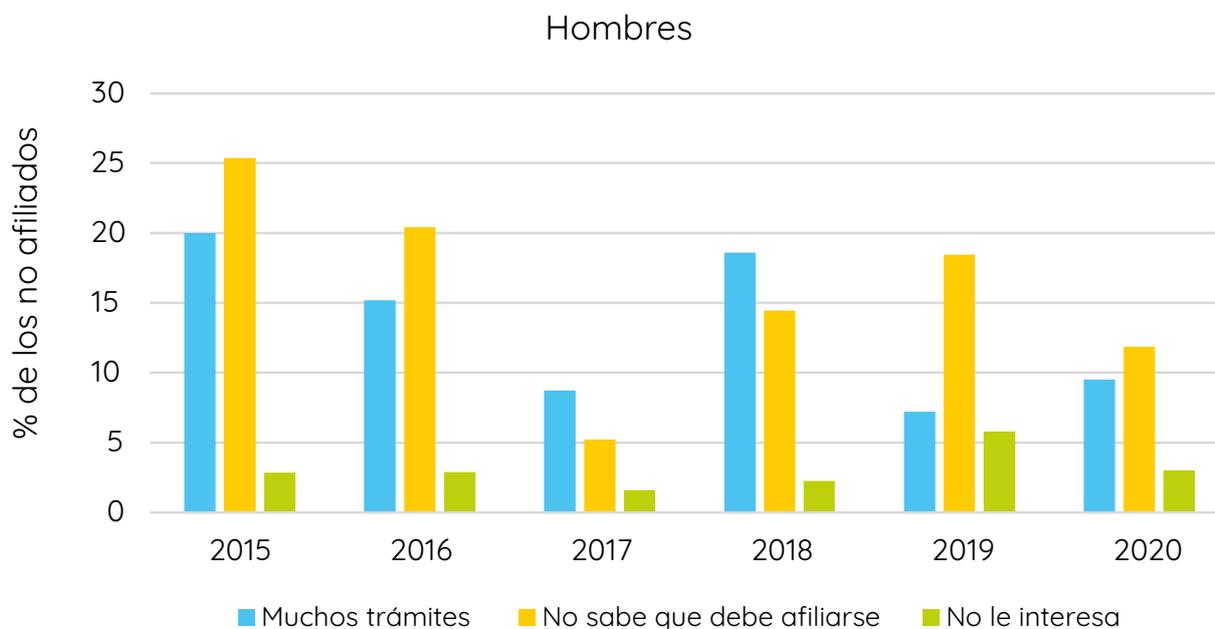
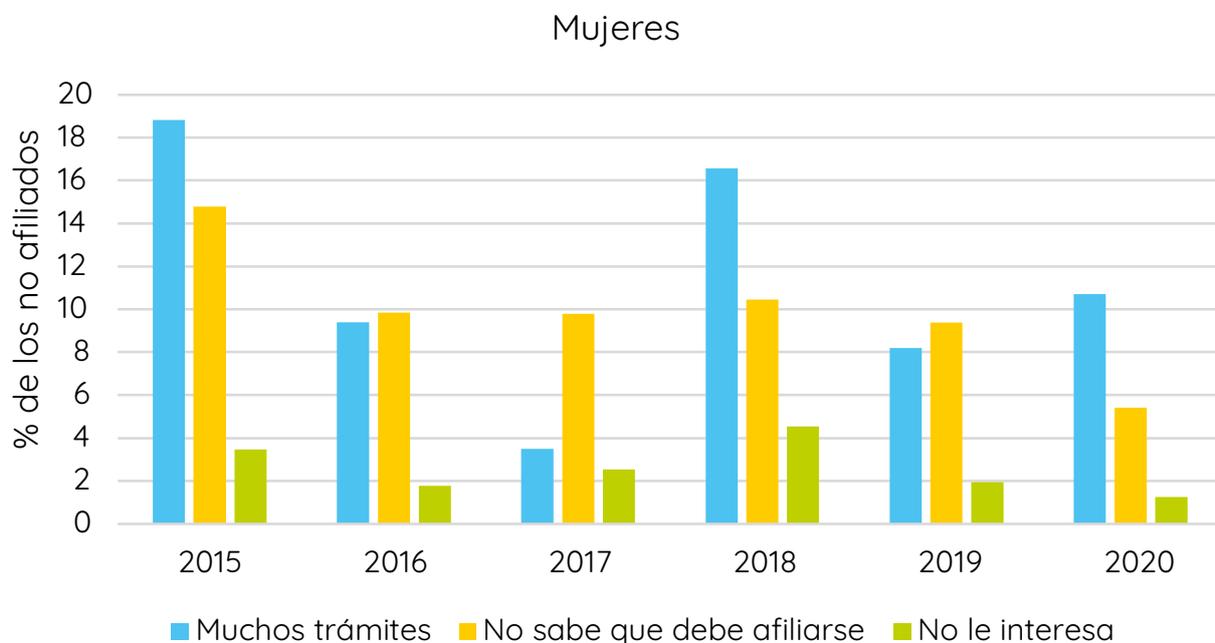
la Amazonía (de 31.2% en 2015 a 16.3% en 2020 para hombres y de 28.7% en 2015 a 17.4% en 2020 para mujeres) y la región Caribe (de 33.9% en 2015 a 27.3% en 2020 para hombres y de 37.7% en 2015 a 29.5% en 2020 para mujeres). En contraste, la proporción de población no afiliada se mantuvo estable durante los años 2015 a 2020 (de 3.4% en 2015 a 2.8% en 2020 para hombres y de 3% en 2015 a 1.8% en 2020 para mujeres). En forma similar, no se identificaron diferencias aparentes en la población asegurada al régimen contributivo en el área rural entre 2015 y 2020 (de 19.3% en 2015 a 18.3% en 2020 para mujeres y de 18.4% en 2015 a 18.2% en 2020 para hombres). Aunque las causas autoreportadas de la falta de aseguramiento han fluctuado en forma importante durante este periodo de tiempo, la percepción de tener que realizar “muchos trámites” y la falta de interés constituyeron las principales causas durante los años 2015 a 2020 (ver Figura 5).

Figura 4. Cambios en el aseguramiento de la población mayor de 55 años en el periodo de 2015 a 2020



Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2015 - 2020.

Figura 5. Cambios en las razones reportadas como causas de la falta de afiliación al SGSSS en población mayor de 55 años de 2015 a 2020



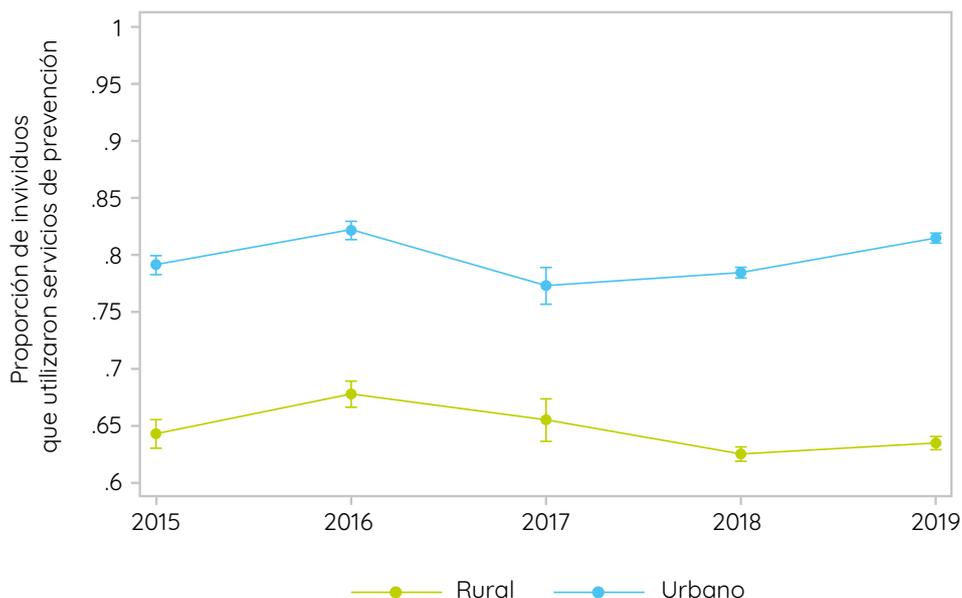
Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2015 - 2020.

2.3.1.2. Acceso a servicios de salud preventivos

El acceso a servicios de salud preventivos en la población mayor de 55 años se evaluó calculando la proporción de personas que respondieron positivamente a la siguiente pregunta: “sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿... consulta por lo menos una vez al año a (1) solo al médico (2) solo al odontólogo (3) al médico y al odontólogo (4) a ninguno?” En resumen, la asistencia a servicios de salud preventivos médicos u odontológicos al menos una vez al año, en población

mayor de 55 años, fluctuó entre 70% en 2015 y 70.3% en 2019 en hombres y entre 81% en 2015 y 83.24% en 2019 en mujeres (ver Figura 6). Este nivel de acceso a servicios preventivos parecería tener importantes diferencias entre el área de residencia (entre 79.1% en 2015 y 81.4% en 2019 en residentes de cabeceras municipales y entre 64.3% en 2015 y 63.4% en 2019 en residentes de centros poblados o áreas rurales dispersas) y las regiones (entre 77.4% en 2015 y 79.8% en 2019 en residentes de la región Andina y 67.7% en 2015 y 66.3% en 2019 en residentes de la Amazonía).

Figura 6. Acceso a servicios preventivos (médicos u odontológicos) al menos una vez al año en población mayor de 55 años por área de residencia de 2015 a 2020



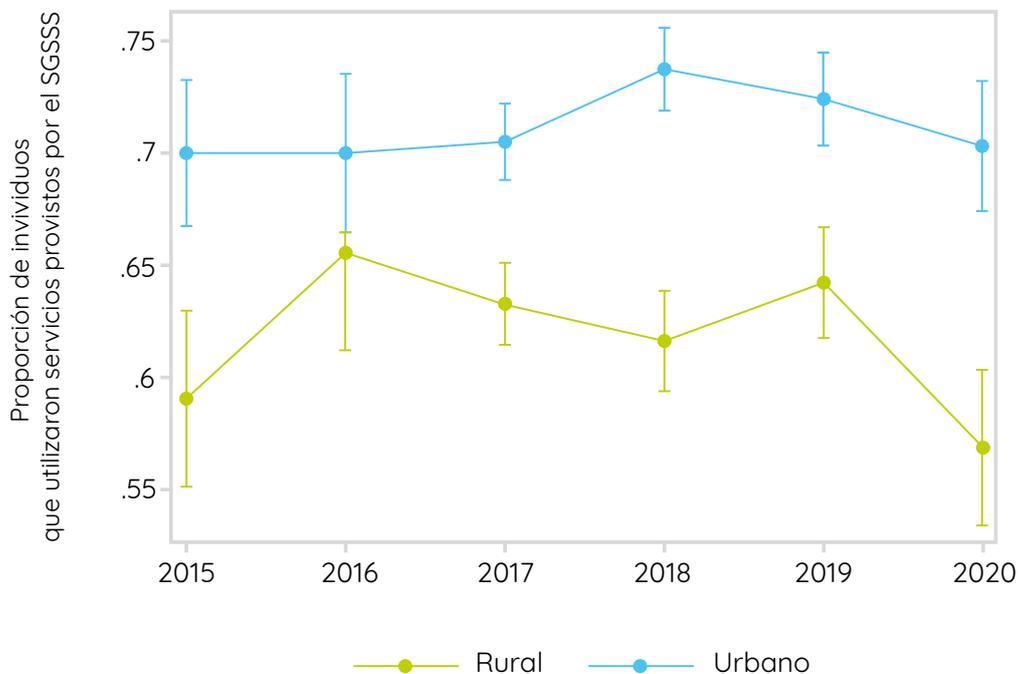
Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2015 - 2020.

2.3.1.3. Acceso a servicios de salud ambulatorios financiados por el SGSSS

El acceso a servicios de salud ambulatorios en la población mayor de 55 años se determinó estimando la proporción de personas que respondió afirmativamente a las siguientes preguntas (1) “En los últimos 30 días, ¿...tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización?” y (2) “¿cuáles

de las siguientes fuentes utilizó ...para cubrir los costos de atención en salud en los últimos 30 días? (incluya consulta médica, exámenes y medicamentos); entidad de seguridad social de la cual es afiliado”. Los individuos que reportaron no haber tomado ninguna conducta porque consideraron que la condición de salud fue muy leve no fueron tenidos en cuenta para el cálculo de los estimados. Los resultados del acceso a servicios de salud ambulatorios financiados por el SGSSS se resume en la Figura 7.

Figura 7. Acceso a servicios financiados por el SGSSS en individuos mayores de 55 años que requirieron servicios ambulatorios de 2015 a 2020 según área de residencia



Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2015 - 2020.

En resumen, no se identificaron cambios aparentes en las proporciones de la población mayor de 55 años que utilizaron servicios de salud ambulatorios financiados por el SGSSS entre 2015 y 2020 (entre 66.5% en 2015 y 68% en 2020 en hombres y entre 67.4% en 2015 y 67.2% en 2020 en mujeres). En contraste, se identificaron posibles diferencias entre áreas de residencia (entre 70% en 2015 y 70.2% en 2020 en residentes de cabeceras municipales y entre 59.1% en 2015 y 56.8% en 2020 en residentes de centros poblados o áreas rurales dispersas) y disminuciones sustanciales en el consumo de servicios entre 2015 y 2020 en algunas regiones del país (entre 71.1% en 2015 y 51.2% en 2020 en residentes de Orinoquía y 79.4% en 2015 y 49.1% en 2020 en residentes de la Amazonía).

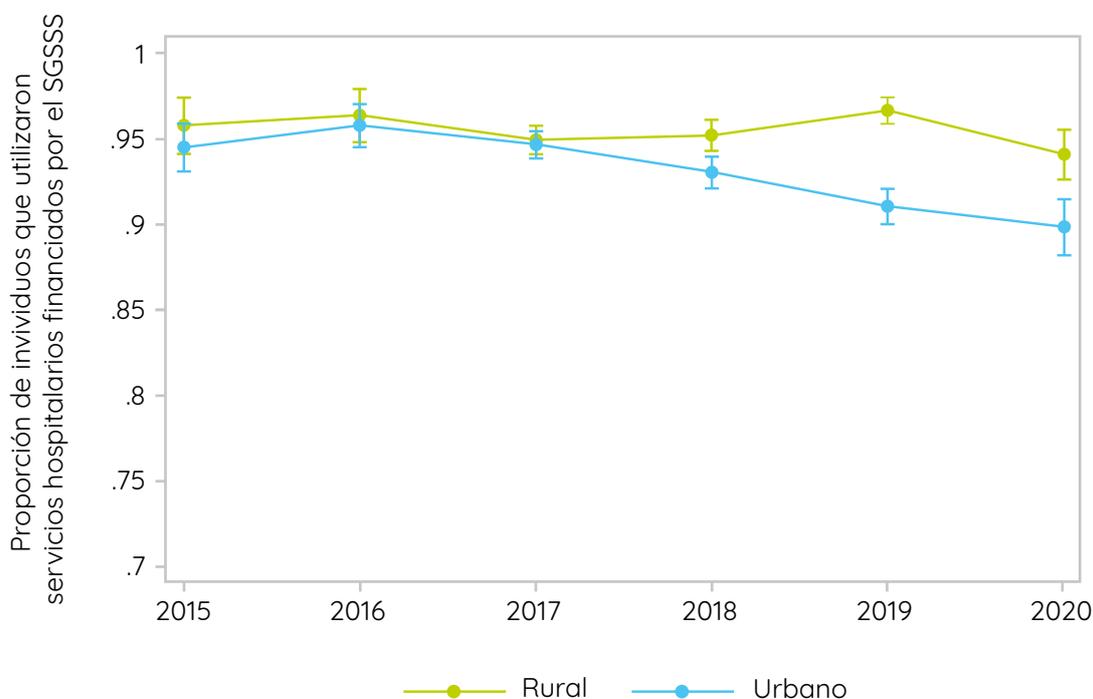
2.3.1.4. Acceso a servicios de salud hospitalarios financiados por el SGSSS

En forma similar, el acceso a servicios de salud hospitalarios fue evaluado calculando la proporción de individuos que respondieron afirmativamente las siguientes preguntas: “Durante los últimos 12 meses ¿... tuvo que ser hospitalizado(a)?” y “¿Cuáles de las siguientes fuentes se utilizaron para cubrir los costos de esta hospitalización (incluya consulta médica, exámenes y medicamentos)? 1. Entidad de seguridad social de la cual es afiliado”.

Los resultados sobre acceso a servicios de salud hospitalarios financiados por el SGSSS se resumen en la Figura 8.

En conclusión, la mayor parte de los adultos mayores de 55 años que requirieron servicios hospitalarios entre 2015 y 2020 pudieron acceder a los mismos a través del SGSSS (entre 94.8% en 2015 y 90.7% en 2020). No se identificaron diferencias sustanciales entre la proporción de individuos que accedieron a los servicios hospitalarios a través del SGSSS residentes en áreas rurales y urbanas (entre 94.5% en 2015 y 89.9% en 2020 en residentes de áreas urbanas y 95.8% en 2015 y 94.2% en 2020 en residentes de áreas rurales). En contraste, llama la atención una aparente disminución de la población que accedió a servicios hospitalarios a través del SGSSS en la región Caribe y en la Orinoquía entre 2019 y 2020 (entre 95.3% en 2019 y 90.7% en 2020 en la región Caribe y entre 96.2% en 2019 y 85% en 2020 en la Orinoquía).

Figura 8. Acceso a servicios financiados por el SGSSS en individuos mayores de 55 años que requirieron servicios hospitalarios de 2015 a 2020 según área de residencia



Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2015 - 2020.

2.3.2. Consumo de servicios de salud de personas mayores

El incremento de la prevalencia de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), especialmente las enfermedades vasculares, respiratorias crónicas, diabetes y el cáncer, ha constituido uno de los principales retos asociados al envejecimiento poblacional. Estas enfermedades, caracterizadas por un curso lento y de larga duración, se asocian con una carga

de enfermedad desproporcionadamente alta en las personas mayores. Sin embargo, aunque la mayor parte de las sociedades han experimentado este cambio en el perfil de morbilidad de sus poblaciones, existen importantes diferencias en la carga que estas enfermedades imponen en las sociedades.

Uno de los indicadores más frecuentemente utilizados para estimar la carga de las enfermedades en una sociedad es el cálculo de las prevalencias poblaciona-

les. Para Colombia, según los resultados del Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) de 2015, las condiciones de salud reportadas con mayor prevalencia en Colombia fueron la hipertensión arterial (60,7%), la artritis-artrosis (25,8%), diabetes mellitus (18,5%), la enfermedad isquémica cardiaca (14,5%) y el cáncer (5,3%) (Duran Cristiano & Gómez-Molina, 2020). En 2020 este perfil de morbilidad no mostró diferencias sustanciales frente a lo reportado previamente. Las enfermedades con mayor prevalencia en personas mayores en Colombia fueron las enfermedades del sistema circulatorio (27,3%), seguidas por las enfermedades endocrinas (11,4%) y las enfermedades del sistema osteomuscular (10,4%) (Cubillos et al., 2020).

Otro de los indicadores más frecuentemente utilizados en la estimación de la carga de las enfermedades es la cuantificación de los recursos consumidos por dicha enfermedad. Cuantificar los recursos consumidos por el cuidado de una enfermedad podría ayudar a estimar, no solo el efecto de dicha enfermedad sobre la población afectada, sino también el impacto de ésta sobre el resto de la población porque estos recursos ya no estarán disponibles para el cuidado de otras enfermedades. Cuantificar los recursos consumidos también podría ayudar a justificar programas de intervención, ayudar a

establecer prioridades de inversión en salud o proveer información necesaria para la generación de evaluaciones económicas de programas de atención o prevención.

El objetivo del siguiente análisis es estimar el nivel de consumo de servicios en salud asociado a las principales ECNT de las personas mayores en Colombia. Para tal fin se utilizarán los datos obtenidos de los Registros Individuales de Prestación de los Servicios de Salud (RIPS). Los RIPS son un sistema que provee información sobre cada servicio de salud prestado y facilita la transferencia de datos entre los prestadores y el SGSSS. Estos registros contienen información sobre el prestador del servicio de salud, el usuario que lo recibe, la prestación del servicio propiamente dicho y el motivo que originó su prestación (diagnóstico y causa externa). La utilidad y calidad de la información contenida en los RIPS ha sido evaluada previamente (Huguett & Bernal, 2014). En efecto, los RIPS son herramientas confiables en la búsqueda de condiciones de interés en salud pública y sus diagnósticos son “coherentes con el ciclo vital y características de los pacientes”.

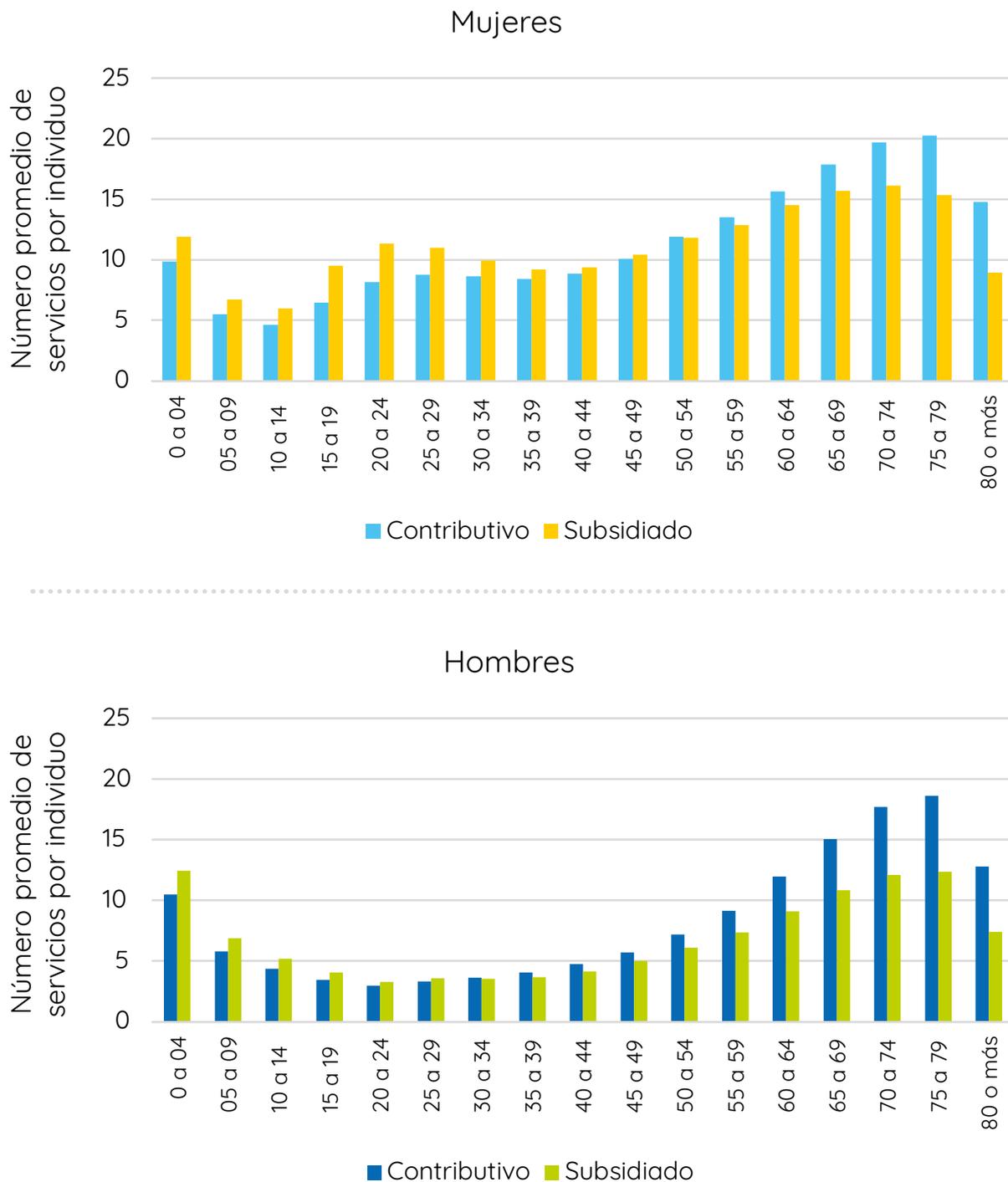
2.3.2.1. Consumo de servicios de salud por individuo

Las Figuras 9 y 10 describen las principales características del consumo de ser-

vicios de salud de personas mayores en Colombia. En términos generales, el consumo de servicios de la persona mayor se incrementó en ambos regímenes entre 2015 y 2019. Sin embargo, este crecimiento fue sustancialmente mayor en afiliados al régimen contributivo que en afiliados al régimen subsidiado (entre 8.9 en 2015 y 15.9 en 2019 en el régimen contributivo y entre 10.3 en 2015 y 11.6 en 2019 en el régimen subsidiado). El consumo de servicios por individuo también tuvo importantes variaciones según la edad (entre 5.1 en el grupo de 5 a 10 años y 16.5 en el grupo de 70 a 75 años en 2019), régimen de afiliación (entre 11.6 en adultos mayores afiliados al régimen subsidiado y 15.7 en adultos mayores afiliados al régimen contributivo) y región

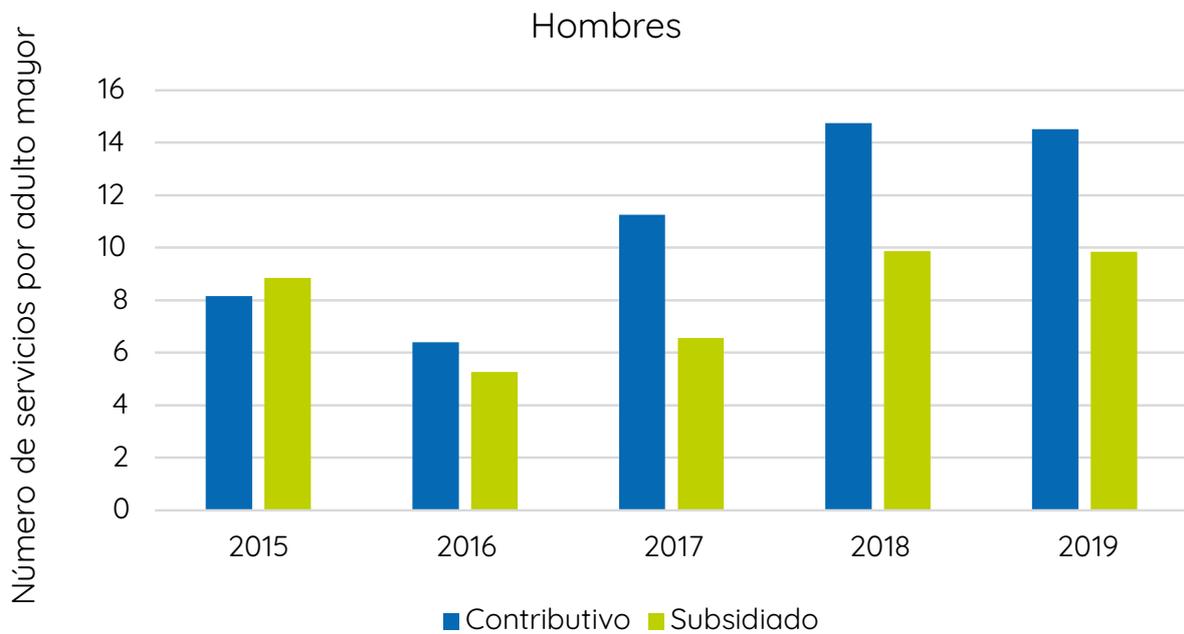
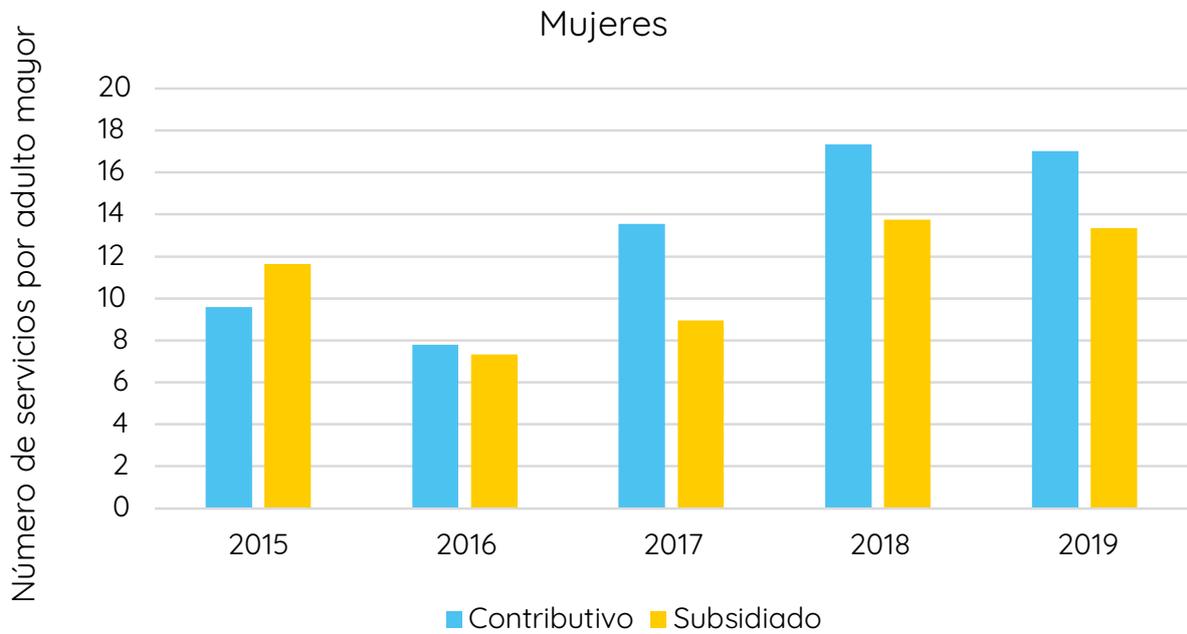
geográfica (entre máximo 16 entre los 75 a 79 años en la región pacífica y máximo 21.1 entre los 75 a 79 años en la región Caribe para el régimen contributivo y entre máximo 12.6 entre los 70 a 74 años en la región andina y máximo 16.7 entre los 70 a 74 años en la región de Amazonía para el régimen subsidiado). En forma similar, se identificaron posibles diferencias entre el número de servicios de hospitalización o urgencias y el número de consultas por persona mayor según el régimen de afiliación al SGSSS, con un nivel de consumo de consultas por individuo mayores en el régimen contributivo y un nivel de consumo de servicios de urgencias y hospitalización mayores en el régimen subsidiado durante la mayor parte del ciclo de vida.

Figura 9. Número de servicios por individuo según grupo de edad y régimen de afiliación en 2019



Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios, 2015 - 2020.

Figura 10. Número de servicios por adulto mayor según sexo y régimen de afiliación de 2015 a 2019



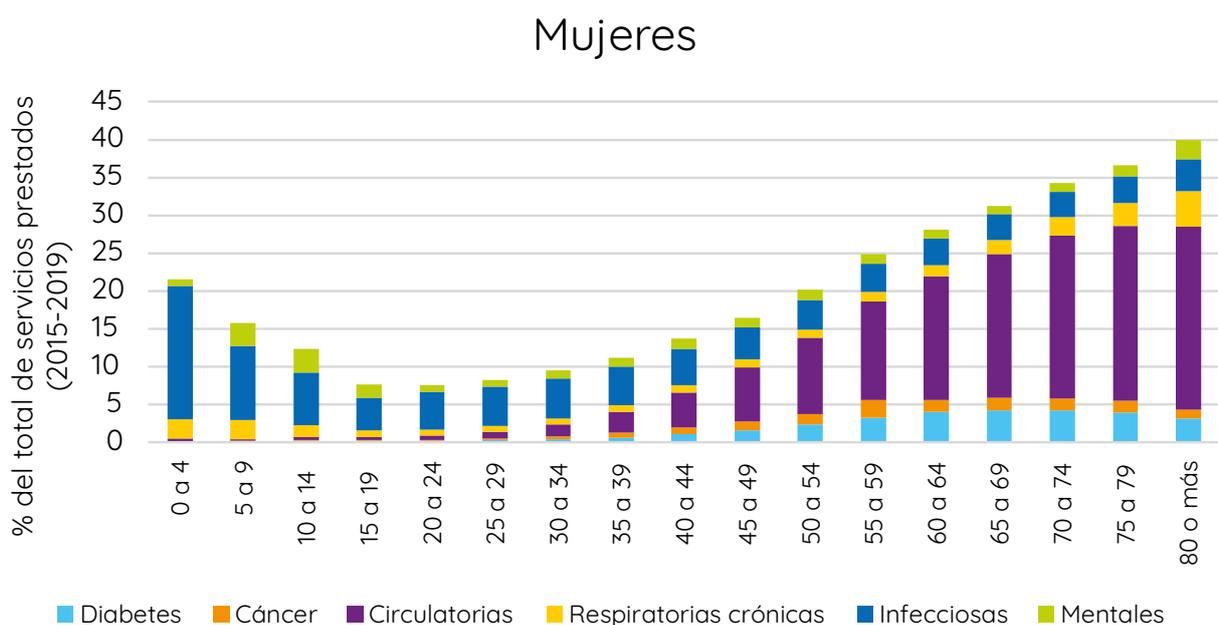
Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios, 2015 - 2020.

2.3.2.2. Consumo de servicios de salud por enfermedad

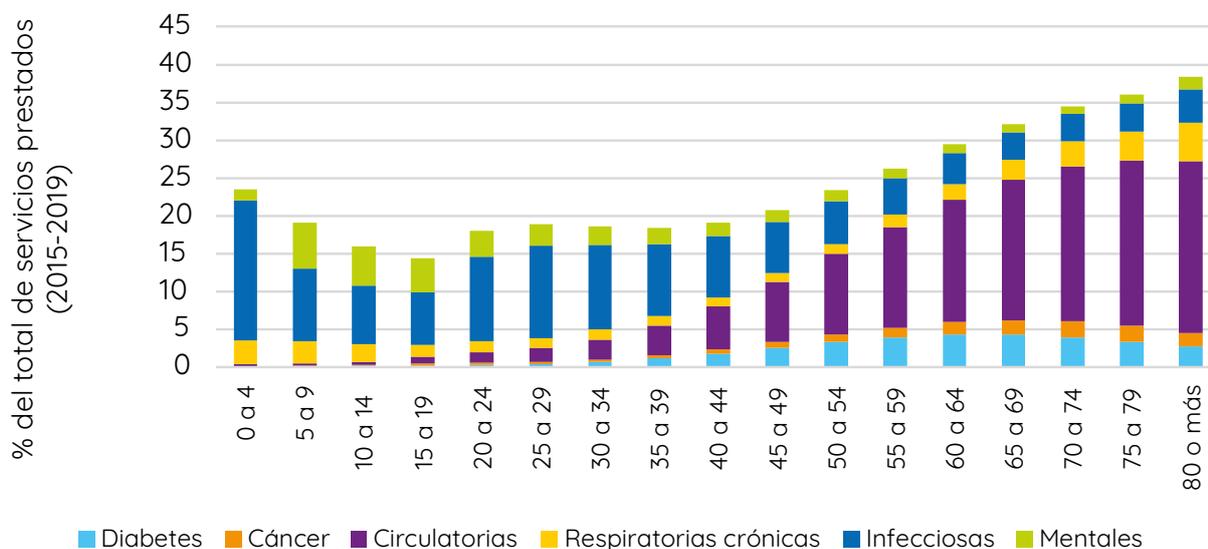
La Figura 11 describe las categorías de enfermedad que más frecuentemente se asociaron a la prestación de servicios de salud en Colombia, según la edad. En resumen, las enfermedades circulatorias, seguidas de la diabetes y sus complicaciones y el cáncer presentaron un incremento después de los 35 años hasta alcanzar un máximo en el grupo de edad de 75 a 80 años. Aunque esta distribución se mantuvo en la mayor parte del país, este análisis identificó diferencias impor-

tantes en el nivel de consumo de servicios por individuo que fue alcanzado entre las regiones. En términos generales, los individuos consultantes en regiones de Amazonía y Orinoquía mostraron niveles de consumo sustancialmente inferiores a los presentados por individuos residentes en las otras regiones del país para la mayor parte de las enfermedades estudiadas. De especial importancia cabe resaltar el nivel de consumo asociado a la enfermedad mental, categoría de enfermedad en la cual no se identificó la prestación de ningún servicio en la región de Amazonía en los adultos mayores para 2019.

Figura 11. Diagnósticos más frecuentes asociados a la prestación de servicios de salud en adultos mayores



Hombres



Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios, 2015 - 2020.

2.3.3. La enfermedad mental de personas mayores

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades mentales o neurológicas (excluyendo las cefaleas) afectan aproximadamente al 20% de los individuos mayores de 60 años y se asocian con cerca del 7% de los años vividos con discapacidad en este segmento poblacional (World Health Organization, 2017). En adición a los efectos directos sobre el bienestar de los individuos, la presencia de enfermedades mentales en personas mayores también podría relacionarse con el incremento en las complicaciones médicas de enfermedades generales y a un menor consumo

de servicios de atención primaria y de promoción y prevención (Hendrie et al., 2013).

Aunque las causas de las enfermedades mentales son altamente complejas y heterogéneas, un creciente cuerpo de evidencia sugiere una asociación significativa entre un perfil adverso de características socioeconómicas en las comunidades y un incremento en el riesgo de desarrollar enfermedades mentales (Lund et al., 2010). Este perfil de características socioeconómicas podría también relacionarse a una menor demanda de servicios de salud mental y por consiguiente a empeoramiento de la carga de la salud mental en personas mayores de poblaciones más vulnerables (Roberts et al., 2018).

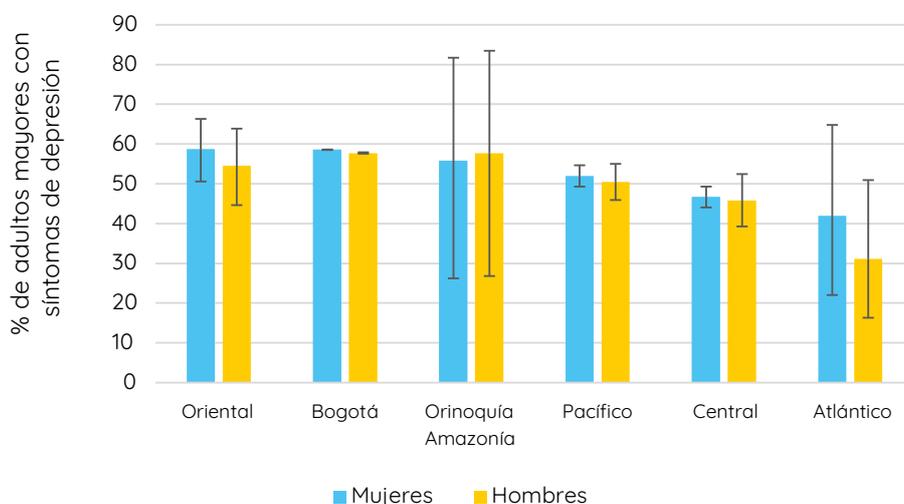
El objetivo de esta sección es describir la prevalencia de los síntomas de las enfermedades mentales más frecuentes que afectan a las personas mayores y explorar sus posibles asociaciones con las características socioeconómicas de las poblaciones. Esta descripción se fundamenta en los resultados del estudio SABE Colombia 2014 - 2015. El estudio SABE Colombia 2014 - 2015 es un estudio transversal representativo de los hombres y mujeres mayores de 60 años residentes en el país. Este estudio incluyó entre otros elementos, la aplicación de una encuesta poblacional en hogares de zonas rurales y urbanas y registró información general sobre los adultos mayores con relación a variables socioeconómicas, del entorno físico y social, de la conducta, la cognición y el afecto, la funcionalidad, el

bienestar mental, las condiciones médicas y de salud, y el uso y acceso a servicios de salud.

2.3.3.1. Prevalencia de síntomas de depresión

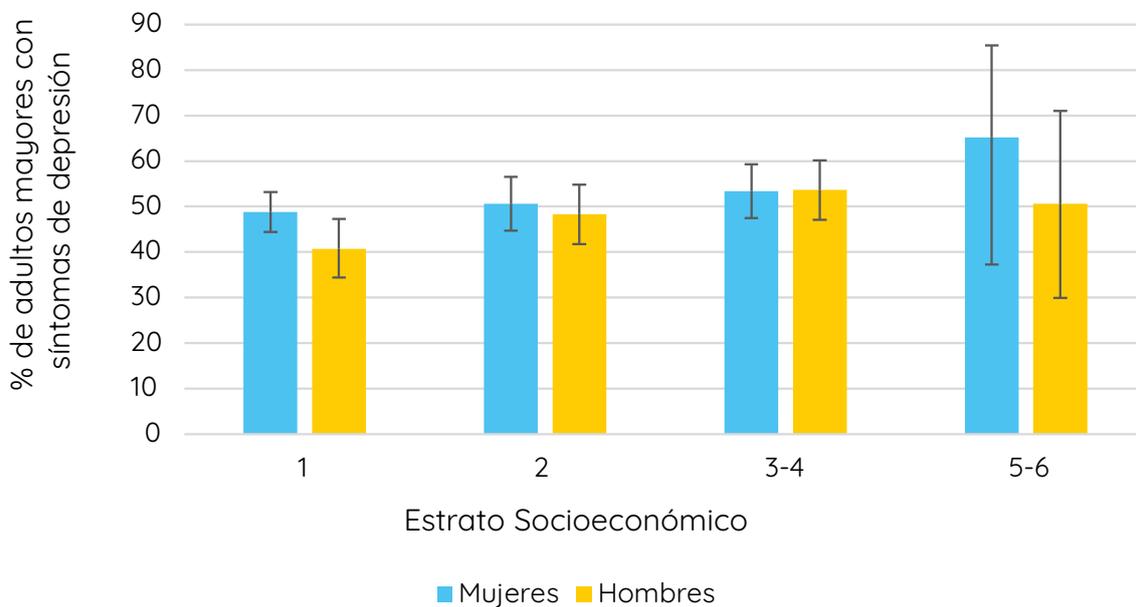
La prevalencia de síntomas de depresión en adultos mayores en Colombia fluctuó entre 47.9% en hombres a 51.5% en mujeres. No se identificaron diferencias significativas en la prevalencia de síntomas de depresión según región de residencia, grupo de edad, estrato socioeconómico, estado civil ni zona de residencia (ver Figuras 12 y 13). En forma similar, no se identificaron diferencias significativas en la prevalencia de síntomas de depresión entre el máximo nivel educativo y participación en programas de actividad física (ver Figuras 14 y 15).

Figura 12. Prevalencia de síntomas de depresión según región geográfica



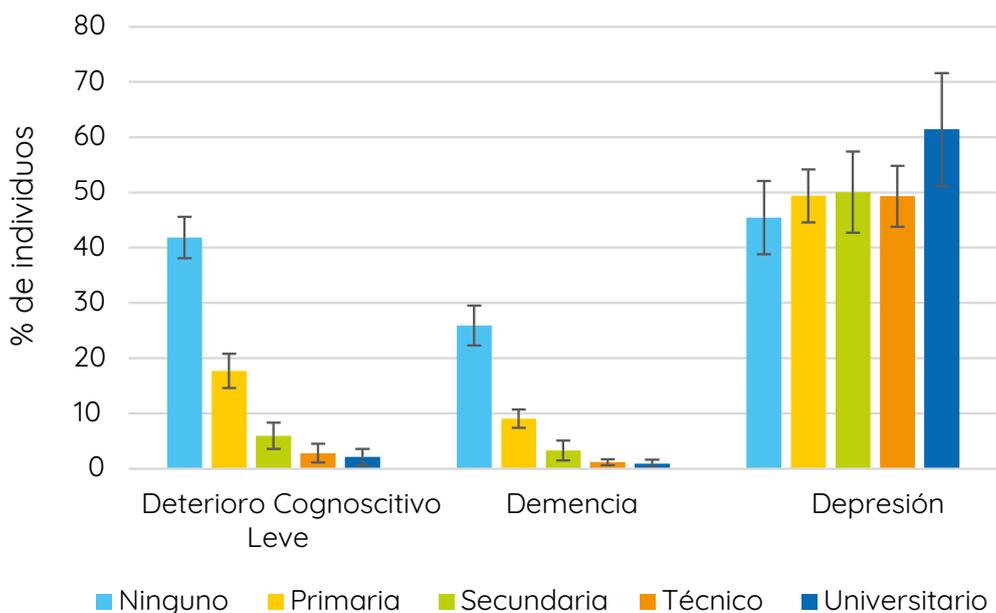
Fuente: datos tomados de la encuesta SABE, 2015.

Figura 13. Prevalencia de síntomas de depresión según estrato socioeconómico



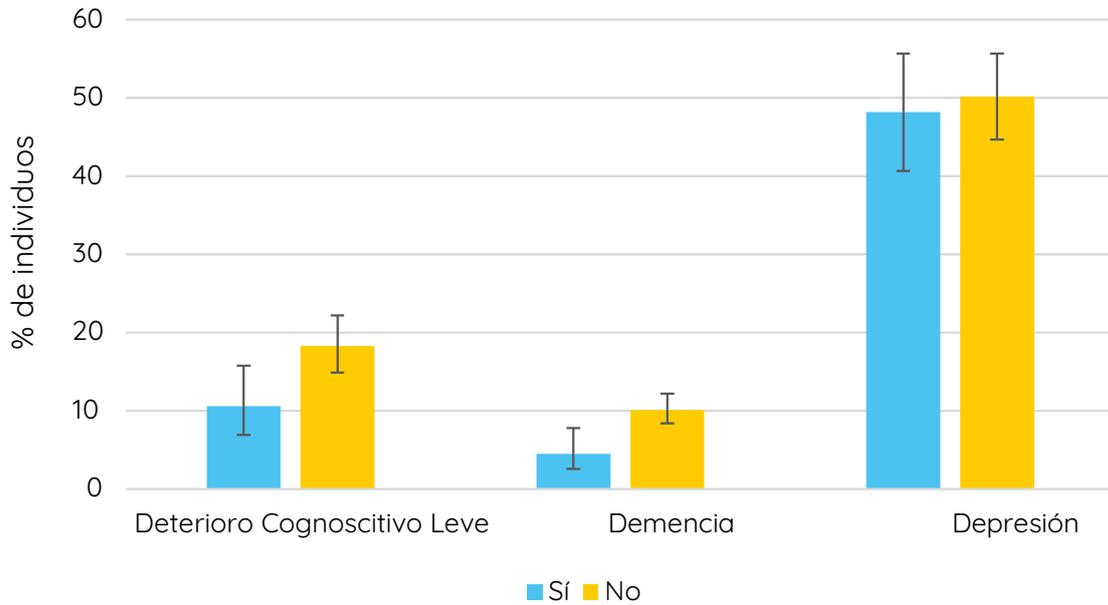
Fuente: datos tomados de la encuesta SABE, 2015.

Figura 14. Prevalencia de síntomas de enfermedad mental y máximo nivel educativo



Fuente: datos tomados de la encuesta SABE, 2015.

Figura 15. Prevalencia de síntomas de enfermedad mental y participación en programas de actividad física



Fuente: datos tomados de la encuesta SABE, 2015.

2.3.3.2. Prevalencia de deterioro cognoscitivo leve y demencia

La prevalencia del Deterioro Cognoscitivo Leve (DCL) fue de 17.6%, con un incremento progresivo desde los 60 a 64 años (7.4%) hasta los 80 años (52.5%). Las mujeres presentaron una mayor prevalencia de DCL que los hombres (19.1% vs 15.8%). En forma similar, se identificaron importantes diferencias en la prevalencia de DCL según el nivel educativo (entre 41.8% en individuos sin ninguna escolaridad y 1.5% en individuos con nivel universitario o de postgrado) y la zona de

residencia (mayor en el área rural que en el área urbana). La región del país que presentó mayor prevalencia de DCL fue la Atlántico con 26,2%, y la menor Bogotá, con 8,6%.

Estos hallazgos fueron similares en individuos con diagnóstico de demencia. En general, la prevalencia global de demencia fue de 9.4%, con una mayor prevalencia en el grupo de 85 años o más y fue mayor en mujeres y en estratos socioeconómicos bajos. En forma similar al DCL, la prevalencia de demencia fue mayor en adultos mayores residentes en áreas rurales y con niveles de educación bajos. La

participación en programas de actividad física fue significativamente menor en adultos mayores con diagnóstico de demencia que en adultos mayores sin diagnóstico de la enfermedad (ver Figura 15).

2.3.4. Discapacidad en personas mayores

De acuerdo con estimaciones del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DAES) aproximadamente el 46% de los adultos mayores sufren de discapacidad y entre ellos, cerca de 250 millones experimentan algún tipo de discapacidad severa (World Health Organization & World Bank, 2011). En adición al impacto sobre el bienestar de los individuos y sus familias, la presencia de algún tipo de discapacidad también se asocia con el incremento en la demanda de servicios de salud (Chan et al., 2002). Este incremento se hace relevante, en la medida que aumenta el número de limitaciones que vivencia la persona mayor con discapacidad durante las actividades diarias.

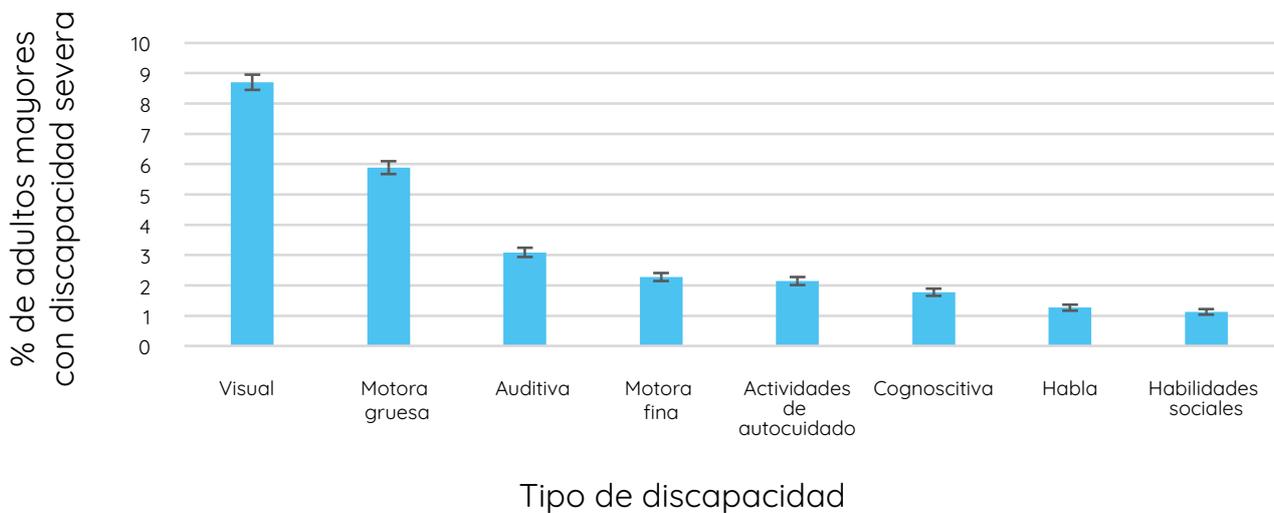
El objetivo de esta sección es proveer información necesaria para la generación de políticas en salud dirigidas a la prevención y tratamiento de la discapacidad en los adultos mayores en Colombia. Para tal fin, este análisis se basa en los datos recogidos por la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en 2020. En breve, esta encuesta define la discapacidad como cualquier nivel de difi-

cultad para la realización de al menos una de las siguientes 8 actividades básicas de la vida diaria: visión, audición, habilidades motoras gruesas y finas, actividades de autocuidado, habilidades cognitivas, comunicación verbal y relaciones sociales. Cada una de estas actividades se calificó en una escala ordinal de 4 ítems que fluctuó entre la incapacidad total para la realización de la actividad hasta su realización sin ningún tipo de dificultad.

2.3.4.1. Prevalencia de discapacidad severa

Aproximadamente, 4.681.056 personas mayores de 55 años experimentaron dificultades en la realización de al menos un tipo de actividad de la vida diaria durante 2020 (52.3% del total de la población mayor de 55 años), de los cuales 1.358.328 (15% del total de la población mayor de 55 años) experimentaron una forma severa de discapacidad en al menos una actividad. Las principales actividades asociadas a discapacidad severa (incapacidad para realizar la actividad o ser capaz de realizarla solo con mucha dificultad) en mayores de 55 años fueron: visuales (8.7%), motora gruesa (mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras, 5.88%), auditivas (3.09%), motora fina (agarrar o mover objetos con las manos, 2.28%) y actividades de autocuidado (comer, vestirse o bañarse por sí mismo, 2.14%) (ver Figura 16).

Figura 16. Principales actividades asociadas a discapacidad severa en mayores de 55 años en Colombia

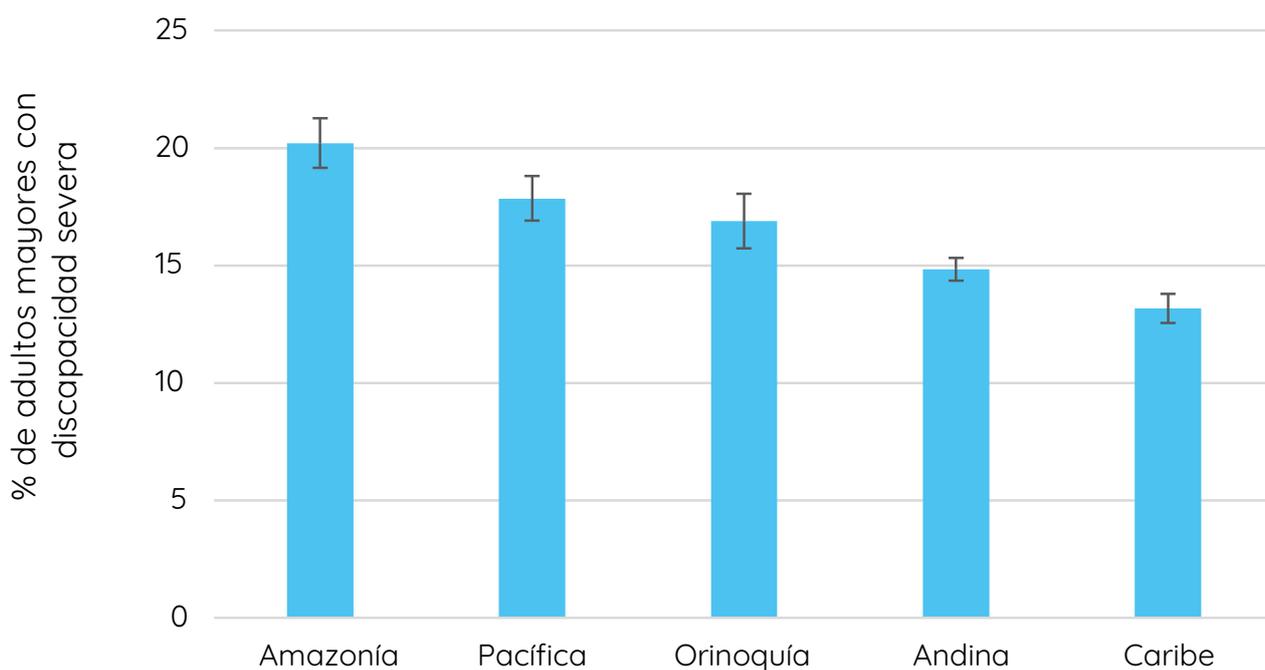


Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2020.

Aunque la discapacidad severa afecta todas las poblaciones del país, existen importantes diferencias en la prevalencia de este tipo de discapacidad según la región geográfica de residencia (ver Figura 17). Aproximadamente el 20% de los adultos mayores de 55 años que residen en la región de Amazonía reportaron algún tipo de discapacidad severa, comparado con el 13% en la región Caribe y el 14.9% en la región Andina.

madamente el 20% de los adultos mayores de 55 años que residen en la región de Amazonía reportaron algún tipo de discapacidad severa, comparado con el 13% en la región Caribe y el 14.9% en la región Andina.

Figura 17. Distribución de la discapacidad severa en mayores de 55 años por región geográfica de residencia

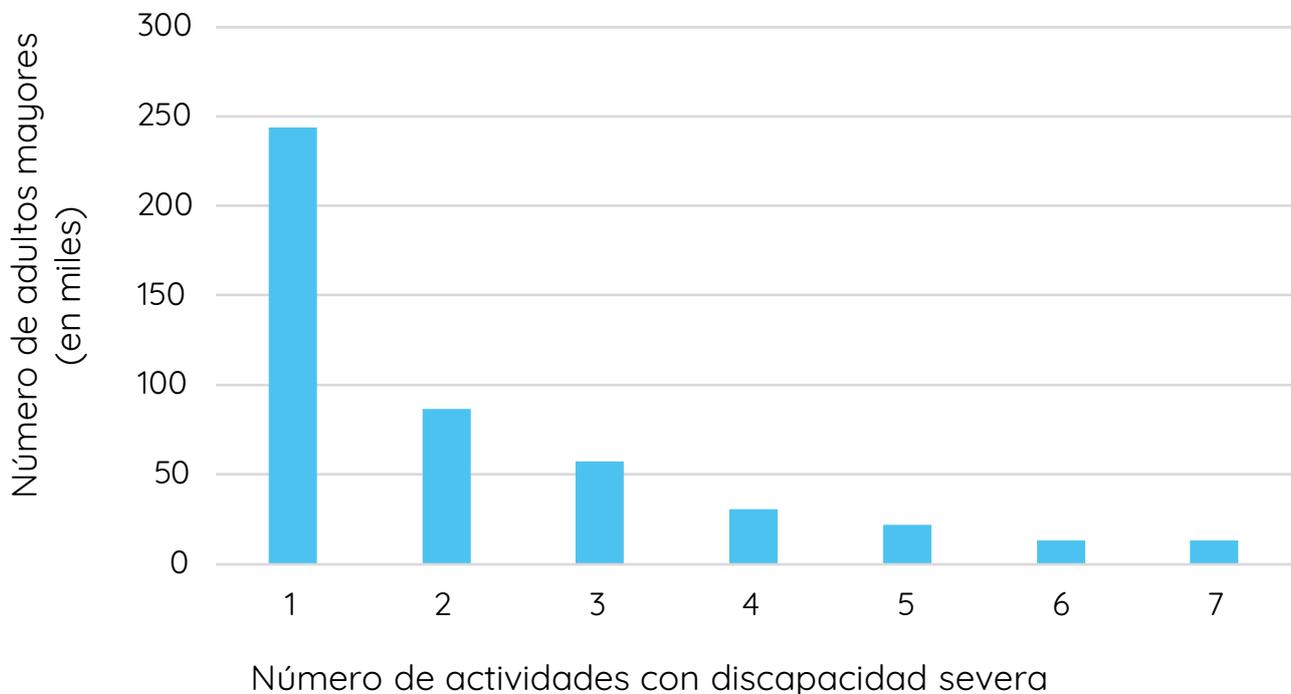


Fuente: Encuesta Nacional de Calidad y Vida, 2020.

En adición a la presencia de discapacidad severa para realizar al menos una actividad, aproximadamente 243.799 individuos padecen discapacidad severa

para realizar dos actividades, 86.664 para realizar 3 actividades, 57.332 para realizar 4 actividades y 79.218 para realizar 5 actividades o más (ver Figura 18).

Figura 18. Discapacidad severa para múltiples actividades en mayores de 55 años



Fuente: Encuesta Nacional del Calidad de Vida, 2020.

2.3.5. Mortalidad en personas mayores

Como se mencionó previamente, uno de los principales componentes de los cambios en la expectativa de vida observados en la transición epidemiológica es el reemplazo de las enfermedades infecciosas por las ECNT y las lesiones personales, como las principales causas de muerte en la población. Aunque en la mayor parte de los países en Latinoamérica se han

observado signos asociados a este fenómeno, existe evidencia creciente que este proceso podría encontrarse en diferentes etapas dentro de la misma región (Dávila-Cervantes & Agudelo-Botero, 2018).

Uno de los métodos más utilizados para evaluar el efecto de la transición epidemiológica sobre la mortalidad es identificar las principales causas de muerte en una población. Aunque es pertinente conocer dichas causas para priorizar la inversión en salud, estos estimados pueden

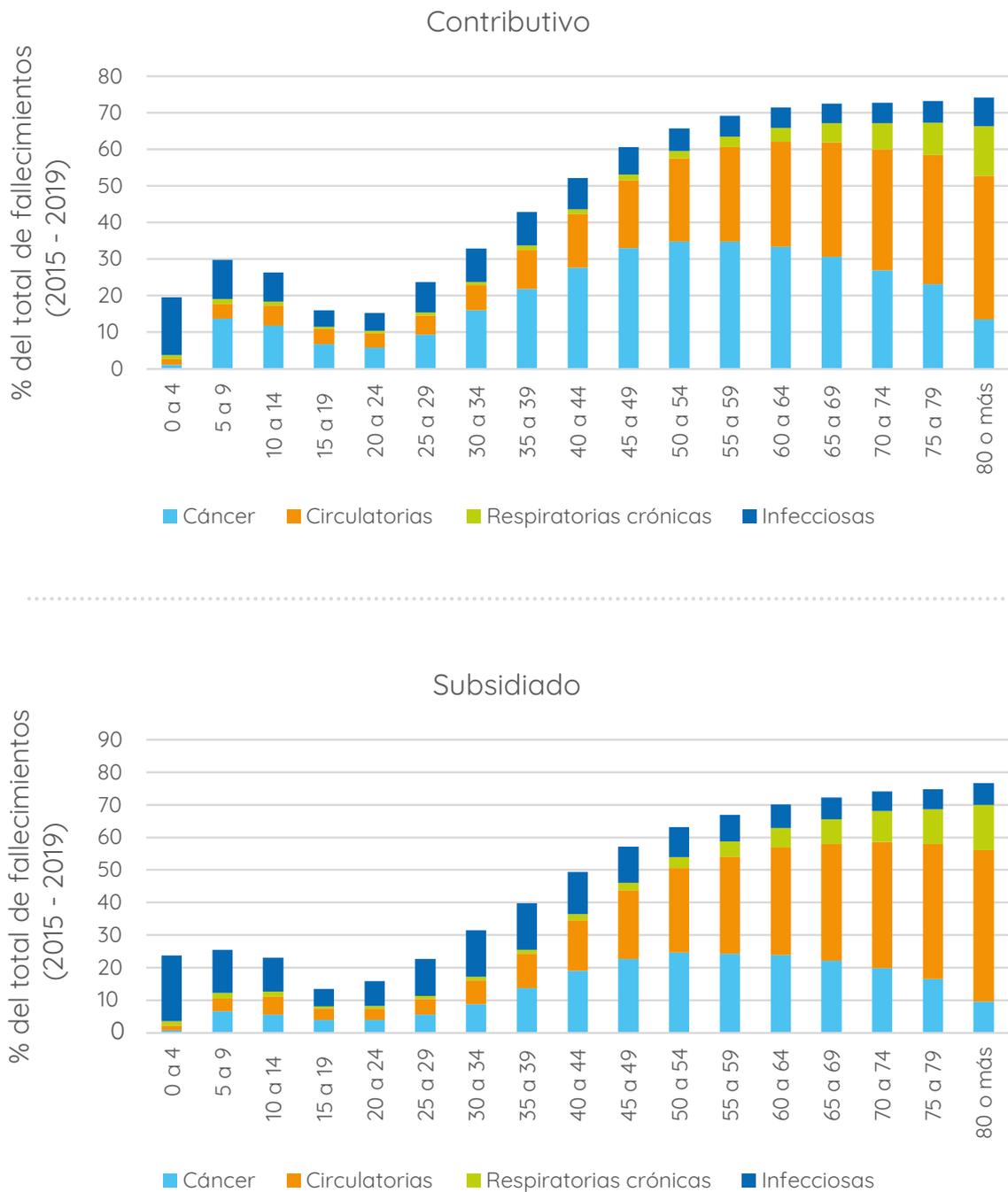
no reflejar adecuadamente el impacto de la mortalidad temprana. Dado que parte de la transición epidemiológica implica el incremento de la presencia de las ECNT, evaluar el efecto en etapas tempranas de la edad adulta mayor resultaría de especial importancia para la generación de políticas en salud (Murray, Salomon, Mathers, Lopez, & Organization, 2002). Otro de los métodos para evaluar el efecto de las enfermedades sobre la mortalidad es a través del cálculo de los años de vida perdidos. Sin embargo, este método otorga mayor peso relativo a las enfermedades que causan muertes tempranas y es útil para comparar la importancia relativa de diferentes enfermedades, evaluar los cambios en el tiempo y estimar la costo-efectividad de programas en salud (Murray et al., 2002).

El objetivo principal del presente análisis es identificar las causas de muerte de las personas mayores en Colombia y que fueron reconocidos como el origen básico de la defunción en los registros vitales publicados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) desde 2015 a 2019. En forma adicional, utilizando información sobre el tamaño de la población y las Tablas de Esperanza de Vida al Nacer publicadas por DANE, se estimará las tasas ajustadas de la mortalidad y los Años de Vida Perdidos (AVP) asociados a las principales categorías de enfermedad en 2019.

2.3.5.1. Principales causas de muerte

La Figura 19 describe las principales causas de muerte en los adultos mayores registradas en los certificados de defunción entre los periodos de 2015 a 2020. Después de los 60 años, las principales causas de muerte fueron las enfermedades circulatorias, seguidas del cáncer y de las enfermedades respiratorias crónicas. Aunque este perfil no ha presentado cambios sustanciales en los últimos 5 años, existen diferencias importantes con relación al régimen de aseguramiento registrado en el momento del fallecimiento. Las enfermedades circulatorias se constituyeron en la principal causa de muerte en individuos afiliados al régimen contributivo solo después de los 65 años, en comparación con los 50 años en individuos afiliados al régimen subsidiado y los 40 años en individuos que no reportan afiliación al SGSSS. Con relación a la mortalidad específica por enfermedad, la mortalidad asociada a las enfermedades circulatorias fue la más alta entre todas las categorías analizadas. En forma similar, la mortalidad ajustada por edad y sexo fue mayores entre los afiliados al régimen subsidiado, con excepción del cáncer, cuya mortalidad fue mayor en los individuos afiliados al régimen contributivo durante la mayor parte de los momentos de la vida.

Figura 19. Principales causas de muerte registradas en los certificados de defunción de 2015 a 2019 según régimen de afiliación



Fuente: Registros Vitales DANE, 2015-2019

2.3.5.2. Tasas de mortalidad ajustadas y años de vida perdidos por región

La Tabla 2 describe las tasas de mortalidad y los años de vida perdidos de las principales categorías de enfermedades que afectaron a las personas mayores en Colombia en 2019. Las tasas de mortalidad más altas asociadas a cáncer y a enfermedades respiratorias crónicas se identificaron en el área Andina, mientras que las tasas de mortalidad más altas asociadas a las en-

fermedades circulatorias y a enfermedades infecciosas, se identificaron en la región Caribe y la región de Orinoquía. Con relación a los años de vida perdidos por mortalidad temprana, el área Andina presentó el mayor número de años de vida perdidos asociado a enfermedades circulatorias, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas, mientras que la región Caribe y la Orinoquía presentaron el mayor número de años de vida perdidos asociados a enfermedades infecciosas.

Tabla 2. Tasa de mortalidad anual ajustada a la edad y años de vida perdidos asociados a las principales categorías de enfermedad en Colombia

	Tasa de Mortalidad ajustada (por cada 100,000 habitantes)		Años de Vida Perdidos (por cada 1,000 habitantes)	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Enfermedades circulatorias				
Andina	140.20	163.98	13.03	18.22
Caribe	153.88	164.26	12.84	16.70
Pacífica	134.06	150.90	13.01	16.96
Orinoquía	164.95	169.86	12.46	15.55
Amazonia	102.14	113.39	6.80	10.26
Cáncer				
Andina	87.97	90.15	17.97	13.92
Caribe	72.56	64.76	13.49	8.44
Pacífica	80.50	76.31	16.22	11.69
Orinoquía	69.03	62.18	12.33	8.26
Amazonia	53.73	49.37	7.70	5.94

	Tasa de Mortalidad ajustada (por cada 100,000 habitantes)		Años de Vida Perdidos (por cada 1,000 habitantes)	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Enfermedades respiratorias crónicas				
Andina	43.89	47.77	2.72	3.70
Caribe	31.12	34.88	2.04	2.68
Pacífica	30.16	36.37	2.44	3.43
Orinoquia	30.82	35.49	1.47	2.21
Amazonia	28.73	30.98	1.53	1.94
Enfermedades infecciosas				
Andina	27.99	38.97	5.12	8.88
Caribe	43.71	52.47	9.83	13.62
Pacífica	25.64	38.88	5.93	10.02
Orinoquia	35.26	47.21	5.98	10.52
Amazonia	17.53	23.14	4.07	5.00
Mortalidad total				
Andina	436.01	564.68	69.72	110.42
Caribe	455.27	531.88	77.83	108.93
Pacífica	408.68	578.75	71.70	133.30
Orinoquia	457.64	562.07	69.89	113.89
Amazonia	319.70	456.64	48.19	101.38

Fuente: Estadísticas Vitales DANE 2019

2.3.6. Gasto público y privado en salud

Múltiples autores y organismos multilaterales han evidenciado un incremento sostenido de los presupuestos en la mayor parte de los sistemas de salud a nivel mundial (Mrsnik, Beers, & Morozov, 2010; Thomson et al., 2009). Sin embargo, aunque existe un consenso generaliza-

do sobre la presencia de este fenómeno, no hay claridad sobre sus posibles mecanismos. Las hipótesis con relación a la “compresión de la morbilidad” (una vida más larga no se asocia invariablemente a un mayor tiempo vivido con enfermedad), los “costos de morir” (que disminuyen a medida que incrementa la edad) y la reducción de los costos de atención asociados al “envejecimiento saludable”

sugieren que los incrementos observados en los costos en salud podrían estar asociados, no solo al envejecimiento poblacional, sino en mayor medida a otros fenómenos experimentados paralelamente por los sistemas de salud (Zweifel et al., 1999).

Fenómenos tales como el incremento en los patrones de consumo de servicios, el aumento de las expectativas de los pacientes sobre los servicios de salud y los costos cada vez más altos de las innovaciones tecnológicas en salud podrían explicar en mayor medida el incremento observado en los presupuestos en salud a nivel global (Smith, Newhouse, & Freeland, 2009). Dado el incremento en la expectativa de vida de la población en Colombia, entender cómo este fenómeno podría afectar los gastos en salud facilitaría el diseño de políticas que contribuyan a identificar prioridades de inversión, generar estrategias para la contención de costos, planear futuras fuentes de financiamiento, entre otras.

El presente análisis tiene como objetivo describir el gasto público y privado en salud en Colombia. Para el caso del gasto público, esta descripción se basa en el análisis de los datos disponibles en el cubo del Estudio de Suficiencia de la Unidad por Capitación (UPC) publicados en el aplicativo SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social y el número de

afiliados registrados en la Base Única de Afiliados (BDUA) durante los años 2015 a 2019.

En breve, los datos del cubo de Suficiencia de la UPC son registrados directamente por los proveedores de los servicios en el punto de prestación y sirven de fuente para el cálculo de la UPC reconocida por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) a las empresas administradoras de los recursos del régimen contributivo.

Para el caso del gasto privado, esta descripción se basa en el análisis de los datos recogidos en las Encuestas Nacionales de Calidad de Vida (ECV) de 2015 a 2020. Los datos recolectados por las ECV presentan información representativa de los hogares y las regiones en Colombia y proveen información sobre los gastos asociados a servicios ambulatorios y hospitalarios en los últimos 30 días y sus fuentes de financiamiento.

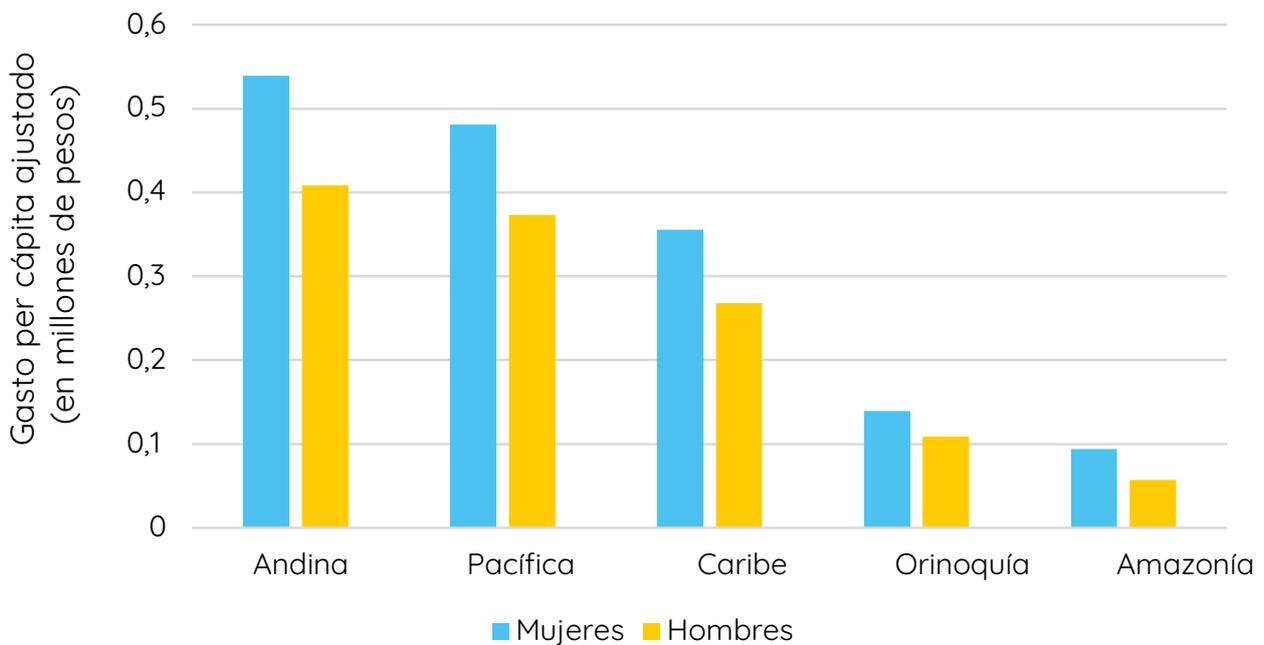
2.3.6.1. Gasto público en salud en el régimen contributivo

El gasto público en el régimen contributivo debido al consumo de servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) por región se describe en la Figura 20. Ajustando por el Índice de Precios al Consumidor (IPC) al año 2019, el gasto público en el régimen contributivo se incrementó en 14.25 puntos porcentuales

entre el 2015 y el 2019 (desde 15.7 billones en 2015 a 17.98 billones en 2019). Aunque la mayor parte de los grupos de edad experimentaron incrementos en los costos de atención, este incremento fue mayor

en los individuos de 60 años o más (29.3 puntos porcentuales de 2015 a 2019 en individuos de 60 años o más y 6 puntos porcentuales de 2015 a 2019 en menores de 60 años).

Figura 20. Distribución del gasto por individuo en el régimen contributivo según la región donde se originó el servicio



Fuente: Base Estudio Suficiencia UPC - SISPRO

A pesar de este importante incremento en el gasto global, los costos per cápita para ambos grupos etarios presentaron escasas variaciones durante este mismo periodo de tiempo (de \$1.678.340 en 2015 a \$1.710.713 en 2019 en individuos de

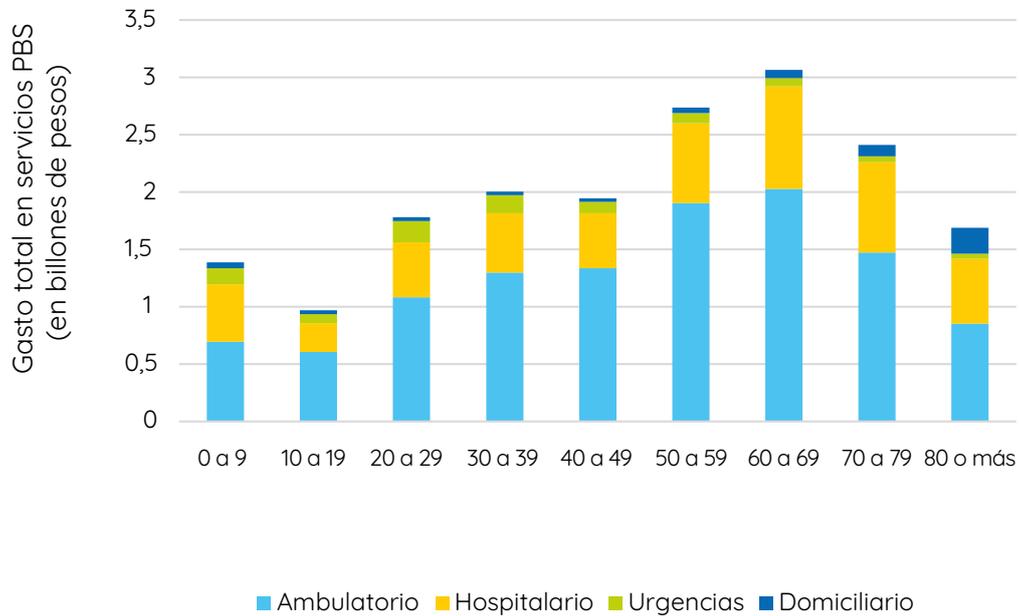
60 años o más y de \$460.240 en 2015 a \$472.636 en 2019 en menores de 60 años). Esta disociación entre los cambios en los gastos globales y los gastos por individuo se debió principalmente a un importante incremento en la población adulta mayor

durante el periodo de observación (de 3.300.712 adultos mayores afiliados en 2015 a 4.187.376 adultos mayores afiliados en 2019). En forma similar, se observaron diferencias sustanciales en el gasto per cápita entre las distintas regiones del país. Después de ajustar los costos por las diferencias de edad entre las regiones, los costos per cápita fluctuaron en hombres entre \$52.277 en la región de Amazonía a \$408.405 en la región Andina y en mujeres entre \$94.090 en la región de Amazonía a \$539.294 en la región Andina. Estos costos per cápita también fluctuaron en forma importante según la edad de los individuos con un mínimo de \$260.495 entre los 10 y 14 años hasta un máximo de \$2.220.164 entre los 75 y 79 años.

El gasto público en el régimen contributivo por categoría de enfermedad y ámbito en el cual se generaron los servicios se describen en forma similar en las Figuras 21 a 23. Las enfermedades circulatorias se constituyeron en la principal causa de gastos en salud a partir de los 30 años seguidos del cáncer y, a partir de los 40 años, seguidos de la diabetes y sus complicaciones microvasculares. Este incremento alcanzó el punto máximo entre 60 y 70 años, con el gasto de \$491.326 millones para las enfermedades circulatorias, \$252.231 millones para el cáncer y \$154.752 para la diabetes y sus complicaciones microvasculares. En total,

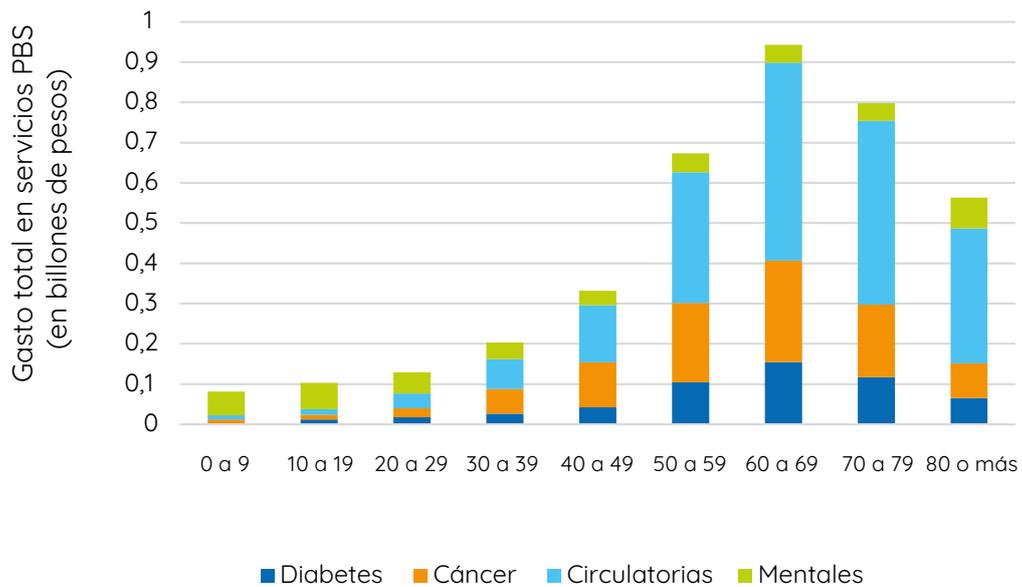
las ECNT más frecuentes (enfermedades circulatorias, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes y sus complicaciones microvasculares y las enfermedades neurológicas y mentales) se asociaron a aproximadamente la tercera parte del costo total de la atención de los adultos mayores en 2019 (\$2.56 billones, 35,77% del costo total). La mayor parte de los costos de la atención de los adultos mayores se debieron a servicios ambulatorios (60,75%), hospitalarios (31,35%) y domiciliarios (5,55%).

Figura 21. Costo total de los servicios prestados en el régimen contributivo por ámbito



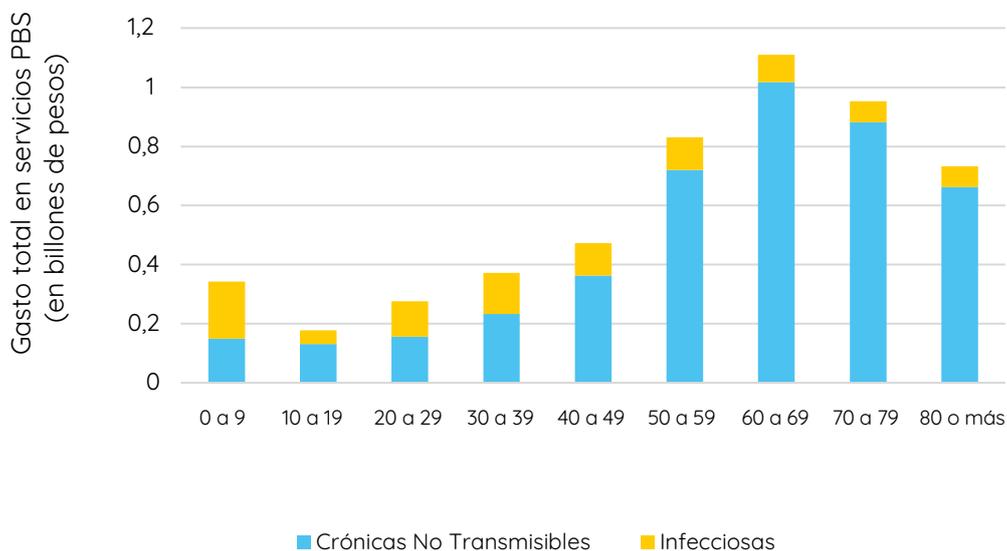
Fuente: Base Estudio Suficiencia UPC - SISPRO

Figura 22. Distribución del gasto total por enfermedad en el régimen contributivo



Fuente: Base Estudio Suficiencia UPC - SISPRO

Figura 23. Distribución de la proporción del gasto asociado a enfermedades infecciosas o enfermedades crónicas no transmisibles



Fuente: Base Estudio Suficiencia UPC - SISPRO

2.3.6.2. Gasto privado en salud

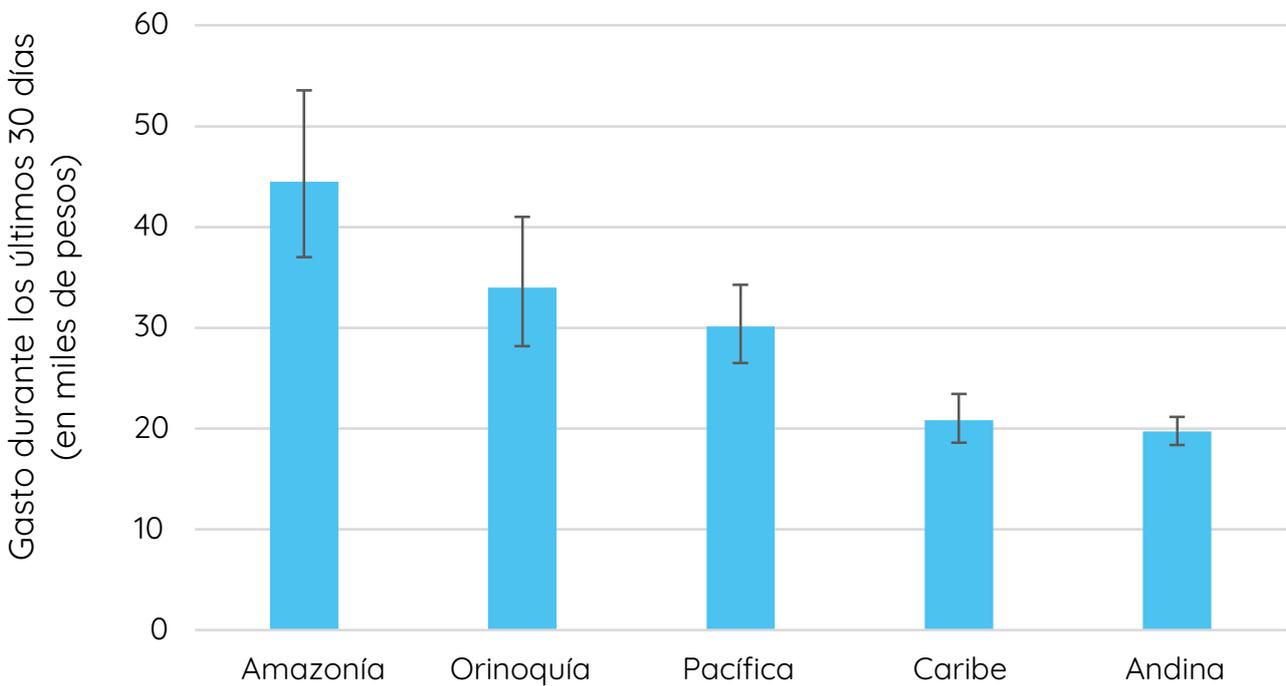
El gasto privado en salud total y por individuo se describe en las Figuras 24 y 25. En breve, el gasto privado en Colombia en 2019 fue de aproximadamente \$476.704 millones mensuales, de los cuales el 62,1% (\$296.024 millones) se generó en la región Andina, 25,25% (\$120.358 millones) en la región Pacífica, 8,48% (\$40.441 millones) en la región Caribe y 4,17% (\$19.881 millones) en las regiones de Orinoquía y Amazonía. Además de estas diferencias en los gastos privados totales, el análisis de los gastos privados por ho-

gar sugiere importantes diferencias según la región (desde \$17.879 mensuales en la región Andina hasta \$37.805 mensuales en la región de Amazonía) y el área de residencia (desde \$18.847 mensuales en el área urbana hasta \$24.308 mensuales en el área rural). Estas diferencias se incrementaron en hogares compuestos por al menos una persona mayor (desde \$19.723 mensuales en la región Andina hasta \$44.518 mensuales en la región de Amazonía y desde \$21.050 mensuales en el área urbana hasta \$26.694 mensuales en el área rural). En forma similar, el análisis de la proporción de hogares compues-

tos por al menos una persona mayor que reportaron gastos en salud considerados como catastróficos durante el último mes (mayores al 10% del ingreso mensual) parecerían ser diferentes de acuerdo con

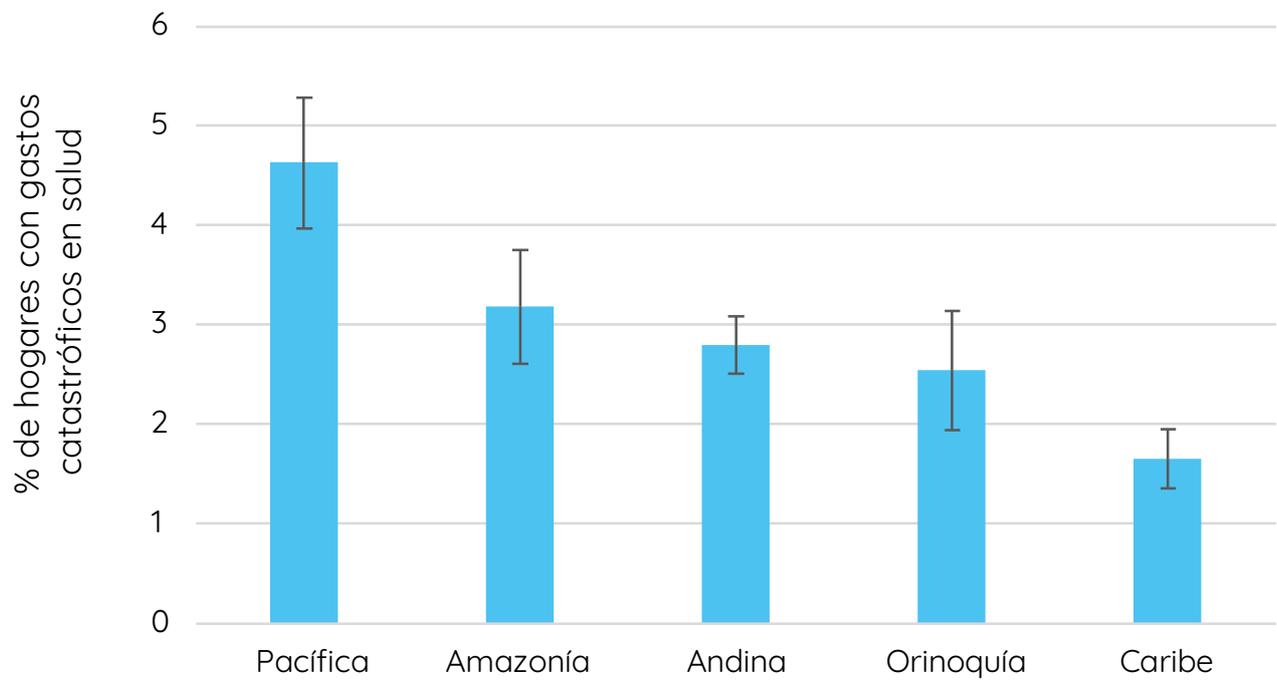
la región (desde 1,65% en la región Caribe hasta 4,63% en la región Pacífica) y el área de residencia (2,68% en residentes de áreas urbanas y 3,67% en residentes de áreas rurales).

Figura 24. Gasto privado en salud por hogar durante el último mes en hogares conformados por al menos un adulto mayor por mes según región geográfica



Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2020

Figura 25. Proporción de hogares conformados por al menos un adulto mayor con gastos catastróficos por salud durante el último mes según región geográfica



Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2020.

2.3.7. Jubilación laboral, enfermedad y utilización de servicios en salud

Como se mencionó previamente, la evidencia sobre el efecto de la jubilación laboral sobre el estado y la utilización de servicios de salud es contradictoria. Múltiples autores sugieren que la jubilación laboral, especialmente cuando es involuntaria, podría asociarse a un empeoramiento de los indicadores de desempeño

físico, capacidad funcional, morbilidad y depresión (Shaj, 2018; Zhang et al., 2018). Por el contrario, otros autores consideran que la disminución del estrés laboral, el incremento del tiempo de sueño y el incremento en la actividad física, entre otros, podrían ser mecanismos claves a través de los cuales el retiro laboral podría asociarse a una mejoría de las condiciones de salud de los individuos (Eibich, 2015).

Dado el incremento esperado en la población mayor que alcanzará la edad

de jubilación laboral en Colombia, entender el efecto de este fenómeno sobre la salud de los individuos podría proveer información de gran importancia para la generación de políticas laborales y en salud poblacional. El objetivo del siguiente análisis es evaluar si existe una asociación entre la jubilación laboral y (1) el estado de salud, (2) el nivel de consumo de servicios de salud y (3) el costo pagado por el SGSSS por la prestación de servicios de salud en los individuos jubilados comparados con individuos de edad similar que no se jubilan y que están afiliados al régimen contributivo.

2.3.7.1. Fuentes de información

Este análisis utilizó la Base de Datos Única de Afiliación (BDUA), la Planilla integrada de autoliquidación de aportes (PILA) y la Base para el estudio de Suficiencia de la Unidad por Capitación (UPC). Estas bases de datos están desprovistas de toda forma de identificación individual y solo pueden relacionarse entre sí a través de un número de identificación único que es mantenido en forma confidencial por el Ministerio de Salud y Protección Social.

2.3.7.2. Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por todos los individuos de ambos sexos cotizantes al régimen contributivo nacidos entre 1917 y 1963 e identificados

como activos en la BDUA durante los años 2017 a 2019. Una vez se identificó la población de estudio, se construyó una cohorte retrospectiva que incluyó: (1) información sobre cada uno de los servicios consumidos por individuo desde enero 1 de 2017 a diciembre 31 de 2019; (2) datos sobre la carga de morbilidad de cada individuo extraídos de los códigos CIE-10 asociados a cada servicio prestado desde un año antes de ingresar a la cohorte hasta el final del seguimiento; (3) perfil demográfico básico; (4) lugar de residencia más frecuente durante el seguimiento; y (5) estado laboral (pensionado o no pensionado).

2.3.7.3. Desenlaces

Los desenlaces utilizados en este análisis fueron (1) el número de servicios de salud consumidos por cada individuo y que fueron financiados por la UPC durante el periodo de seguimiento (desagregado en las siguientes categorías: ambulatorios, hospitalarios y de urgencias); (2) el costo asumido por el SGSSS por la prestación de cada una de las categorías de servicios; (3) la presencia de al menos una enfermedades crónicas y (4) la carga de morbilidad estimada a través del Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC).

2.3.7.4. Análisis estadístico

Este estudio utilizó una aproximación de Diferencias en Diferencias en Diferen-

cias (DDD) utilizando datos panel de servicios de salud con cargo a la UPC consumidos por trabajadores formales antes y después de la jubilación e individuos de edad similar que permanecieron como trabajadores activos durante el tiempo de seguimiento. Para evaluar la sensibilidad de los resultados al cambio en el tipo de modelo utilizado, se realizaron análisis de regresión de datos panel de efectos fijos y análisis asumiendo una estructura de estudios transversales en múltiples “olas”.

2.3.7.5. Resultados

La descripción de las características basales y los desenlaces se describen en la Tabla 3. El promedio de edad fue de 65.16 años en la cohorte completa, 69.72 en la cohorte de pensionados y 61.15 en la cohorte de no pensionados. Aproximadamente el 46,1% de la cohorte total fueron mujeres. En resumen, la cohorte de pensionados presentó la mayor proporción de individuos con al menos una enfermedad crónica, un Índice de Comorbilidades de Charlson (ICC) mayor, y el mayor nivel de consumo de servicios ambulatorios y hospitalarios comparado con la cohorte de no pensionados. Los costos promedio de la atención de la cohorte de pensionados fueron sustancialmente mayor que los observados en la cohorte de no pensionados (\$2.431.000 versus \$1.527.000, respectivamente. Los resultados de los

análisis de DDD y los análisis de sensibilidad se describen en las Tablas 4 a 6. Con relación al estado de salud, el análisis de DDD sugiere el incremento de 0.623 puntos porcentuales en la prevalencia de enfermedades crónicas y de 0.0101 en el ICC en la cohorte de pensionados. En forma similar, con relación al nivel de consumo de servicios de salud, el análisis principal sugiere el incremento de 1.112 en el número de servicios ambulatorios sin una clara asociación con el riesgo de requerir al menos una hospitalización en sala de cuidado general. Finalmente, con relación al valor pagado por el SGSSS por la prestación de servicios de salud, el análisis de DDD sugiere el incremento de \$36.967 en la cohorte de jubilados. Estos resultados son robustos al tipo de análisis utilizado.

Tabla 3. Características basales y nivel de utilización de servicios de salud

Variables		Cohorte completa	Pensionados	No Pensionados
		n=6,635,902	n=3,104,877	n=3,531,025
Edad	\bar{X}	65.16	69.72	61.15
	(DE)	(0.00350)	(0.00470)	(0.00406)
Sexo femenino	%	46.1	49.1	43.5
		(0.000194)	(0.000284)	(0.000264)
Índice de Charlson	\bar{X}	0.591	0.776	0.428
	(DE)	(0.000467)	(0.000753)	(0.000562)
Presencia de al menos una enfermedad crónica	%	29.59	37.58	22.56
	(DE)	(0.0177)	(0.0275)	(0.0222)

\bar{X} : media, DE: Desviación estándar

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de microdatos de BDUA, PILA y UPC.

Tabla 4. Diferencias en la intensidad de consumo de servicios entre individuos con jubilación laboral e individuos que permanecen como trabajadores activos

Variables		Cohorte completa	Pensionados	No Pensionados
		n=6,635,902	n=3,104,877	n=3,531,025
Número de servicios de laboratorio o imágenes ambulatorias	\bar{X}	41.77	52.05	32.73
	(DE)	(0.0182)	(0.0285)	(0.0223)
Número de otros servicios ambulatorios	\bar{X}	24.59	31.03	18.93
	(DE)	(0.0124)	(0.0194)	(0.0152)
Número de consultas médicas ambulatorias	\bar{X}	6.888	8.047	5.870
	(DE)	(0.00307)	(0.00477)	(0.00388)
Visitas de al menos una vez al servicio de urgencias	%	23.79	24.73	22.96
	(DE)	(0.0165)	(0.0245)	(0.0224)

Variables		Cohorte completa	Pensionados	No Pensionados
		n=6,635,902	n=3,104,877	n=3,531,025
Hospitalización en cuidado general al menos una vez	%	9.862	11.90	8.067
	(DE)	(0.0116)	(0.0184)	(0.0145)
Hospitalización en Unidad de Cuidado Intensivo al menos una vez	%	1.485	1.847	1.166
	(DE)	(0.00470)	(0.00764)	(0.00571)

\bar{X} : media, DE: Desviación estándar

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de microdatos de BDUA, PILA y UPC.

Tabla 5. Diferencias en los costos de atención entre individuos con jubilación laboral e individuos que permanecen como trabajadores activos

Variables		Cohorte completa	Pensionados	No Pensionados
		n=6,635,902	n=3,104,877	n=3,531,025
Costos totales de atención	\bar{X}	1,950,000	2,431,000	1,527,000
	(DE)	(2,717)	(4,418)	(3,296)
Costos de otros servicios ambulatorios	\bar{X}	733,924	909,800	579,274
	(DE)	(1,254)	(2,003)	(1,561)
Costos de consultas médicas ambulatorias	\bar{X}	204,487	245,712	168,238
	(DE)	(246.9)	(410.5)	(290.3)
Costos de imágenes diagnósticas ambulatorias	\bar{X}	98,971	113,834	85,903
	(DE)	(118.0)	(181.5)	(153.5)
Costos de laboratorios ambulatorios	\bar{X}	128,011	159,638	100,201
	(DE)	(110.0)	(179.7)	(131.5)
Costos de servicios de urgencias	\bar{X}	55,403	58,703	52,502
	(DE)	(162.7)	(235.9)	(224.6)

Variables		Cohorte completa	Pensionados	No Pensionados
		n=6,635,902	n=3,104,877	n=3,531,025
Costos de servicios hospitalarios	\bar{X}	225,016	279,502	177,106
	(DE)	(939.0)	(1,517)	(1,154)
Costos de servicios de Unidad de Cuidados Intensivos	\bar{X}	85,231	106,229	66,766
	(DE)	(655.6)	-1,52	(794.9)

\bar{X} : media, DE: Desviación estándar

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de microdatos de BDUA, PILA y UPC.

Tabla 6. Diferencias en la carga de morbilidad, presencia de enfermedades crónicas y nivel de utilización de servicios en salud entre los individuos con jubilación laboral e individuos que permanecen como trabajadores activos

Variables	Modelos Transversales	Modelos de efectos fijos	Diferencias en diferencias en diferencias
	n=6,635,902	n=2,556,805	n=1,265,349
Índice de Charlson	0.0047*** (0.0029 - 0.0065)	0.0358*** (0.0312 - 0.0404)	0.0101*** (0.0049 - 0.0153)
Presencia de al menos una enfermedad crónica	0.962*** (0.8952 - 1.0288)	2.609*** (2.4434 - 2.7746)	0.623*** (0.4172 - 0.8288)
Consumos de servicios ambulatorios	3.53*** (3.4649 - 3.5951)	5.939*** (5.8100 - 6.0680)	1.112*** (0.9532 - 1.2708)
Costos totales de atención	172,040*** (159,870 - 184,210)	530,012*** (498,868 - 561,156)	36,967* (-3,793 - 77,727)

Números positivos identifican valores más altos en el grupo de pacientes pensionados. Todos los modelos están ajustados por EAPB y los modelos transversales están ajustados adicionalmente por año, región geográfica y presencia de comorbilidades al ingreso a la cohorte. Los intervalos de confianza de 95% se presentan entre paréntesis. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de microdatos de BDUA, PILA y UPC.

2.3.8. Análisis y discusión

2.3.8.1. Implicaciones de los resultados para el futuro del SGSSS

Este capítulo describe el estado del aseguramiento social de las personas mayores en Colombia y cómo las condiciones que más afectan a esta población podrían asociarse a diferentes perfiles de consumo de recursos públicos y privados en salud. Además, el estudio se complementa con un análisis exploratorio que busca establecer si la jubilación laboral podría asociarse a cambios en el perfil de morbilidad y consumo de recursos en salud de la población mayor.

En resumen, Colombia ha logrado proveer aseguramiento en salud para la casi totalidad de su población y este cubrimiento ha permanecido sin cambios sustanciales desde 2015. La universalización del aseguramiento ha permitido el acceso a servicios de salud básicos y servicios de promoción y prevención a poblaciones que frecuentemente presentan niveles de utilización insuficientes. El aumento en la utilización de servicios sanitarios en general, sumado a una mejoría general en las condiciones y calidad de vida, al cubrimiento de los servicios públicos y a mayores niveles de educación, entre otros, podría explicar el fenómeno de transición epidemiológica observado en la mayor

parte de la población en Colombia. Sin embargo, el presente análisis también revela algunos aspectos que afectarían el bienestar de las personas mayores y la sostenibilidad del SGSSS ante el envejecimiento poblacional.

Primero, existen grandes diferencias en el acceso a servicios de salud entre las regiones y entre las áreas urbanas y rurales del país. De acuerdo con los hallazgos de la ECV 2020, las diferencias de acceso son sustancialmente mayores para servicios de promoción y prevención y servicios ambulatorios que para servicios hospitalarios (entre 10 y 20 puntos porcentuales para servicios de promoción y prevención y servicios ambulatorios respectivamente, y entre 1 y 4 puntos porcentuales para servicios hospitalarios). Los resultados del estudio cualitativo sugieren que las causas podrían estar relacionadas con la baja concentración de proveedores en algunas regiones y el consiguiente incremento de los costos de desplazamiento. Los costos frecuentemente se tornan significativos en áreas de estratos socioeconómicos bajos, donde además existe una percepción de un “bajo retorno” por la inversión realizada. La implementación de servicios de telemedicina durante la emergencia sanitaria por COVID-19, causó en forma consistente, una preocupación sobre la calidad de los servicios prestados y una percepción

de que estos servicios se asociaban a mayores complicaciones médicas.

Los efectos de promover el acceso a servicios de promoción y prevención en personas mayores han sido evaluados por múltiples autores. Peterson y colaboradores (Peterson, Helfand, Humphrey, Christensen, & Carson, 2013), en una revisión sistemática de estudios observacionales y ensayos clínicos con asignación aleatoria, valoraron los efectos de los diferentes modelos de atención dirigidos a promover el cuidado primario en salud en personas mayores. Comparado con el cuidado convencional, la mayor parte de los modelos de atención disminuyeron el nivel de consumo de servicios de urgencias y servicios hospitalarios a dos o más años de seguimiento. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en mortalidad entre los individuos en los grupos de intervención y los grupos control.

Segundo, la mayor parte del consumo de servicios de salud y las causas de muerte en las personas mayores se asociaron a enfermedades prevenibles. De acuerdo con los hallazgos del análisis de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y los certificados de defunción, la enfermedad circulatoria y la diabetes mellitus constituyeron las principales causas de consumo de servicios de salud y de muerte en las personas mayores de 2015 a 2019. Estos

hallazgos son consistentes con los datos reportados por múltiples instituciones y organismos multilaterales quienes han llamado la atención sobre la carga desproporcionada de la enfermedad vascular en países de ingresos bajos y medios. Aunque las causas de esta carga desproporcionada sean probablemente multifactoriales, de acuerdo con la iniciativa la Carga Global de las Enfermedades, el sobrepeso y el acceso insuficiente a servicios de salud podrían constituirse como los principales factores de riesgo de la carga de la enfermedad vascular en Latinoamérica (Roth et al., 2020).

Tercero, existe una gran discrepancia entre la prevalencia de las enfermedades mentales en las personas mayores y la cantidad de servicios que se prestan para dar respuesta a esas condiciones. De acuerdo con lo observado en la encuesta SABE 2014 - 2015, el predominio global de demencia en personas mayores alcanzó el 9,4%, siendo los adultos mayores de 85 años o más, aproximadamente el 50% del total de la población mayor con diagnóstico de demencia. En forma similar, el Deterioro Cognoscitivo Leve (DCL) obtuvo una prevalencia global de 17.6% y los síntomas de depresión una prevalencia global de casi el 50%. Sin embargo, durante el periodo de 2015 a 2019; menos del 2% de los servicios prestados a este grupo de edad y menos del 5 % del gasto

en salud por edad, se asoció a algún tipo de enfermedad mental. Una de las probables causas de esta deficiente inversión es la escasa sensibilización, tanto de los pacientes como de los proveedores de servicios, con relación a las enfermedades mentales. Los resultados del estudio cualitativo sugieren que las personas frecuentemente consideran la presencia de síntomas de enfermedad mental como consecuencia de una inadecuada salud física y no como una condición por sí misma. Esta percepción errónea de las enfermedades mentales se ve frecuentemente reforzada por miembros del personal de salud, quienes consideran la presencia de síntomas de enfermedad mental, solo en el contexto de otros síntomas “más objetivos”.

Dado que se espera que la incidencia de enfermedades mentales como la demencia se duplique, con cada incremento de 5 años de edad por individuo (Prince et al., 2015), el aumento en la expectativa de vida de la población se asociará a un marcado crecimiento en el número de personas afectadas por enfermedades mentales. La falta de sensibilización de todos los actores del sistema y la poca inversión en intervenciones eficaces muy probablemente llevarán a un mayor costo humano, social y económico de la enfermedad mental en los próximos años (Vigo, Thornicroft, & Atun, 2016).

Cuarto, de acuerdo con la ECV 2020, aproximadamente el 15% de las personas mayores de 55 años presentaron algún tipo de discapacidad severa. Aunque la discapacidad severa en actividades como la audición permiten llevar una vida independiente, el compromiso de las funciones críticas para el autocuidado frecuentemente requiere de algún tipo de asistencia. De acuerdo con el Reporte Mundial de Discapacidad publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2011, las personas mayores con discapacidad requieren asistencia continua a través de centros de cuidado día, servicios de asistencia en casa, asistencia permanente para la realización de actividades de autocuidado, hogares de cuidado crónico y unidades de cuidados paliativos. Dado que se proyecta el incremento en la cantidad de personas mayores con discapacidad severa, también se espera el aumento sustancial en la cantidad de personas que requerirán servicios frecuentes de asistencia para las actividades básicas y de autocuidado en los próximos años.

Finalmente, los análisis realizados en este capítulo sugieren un incremento en la incidencia de enfermedades crónicas y del consumo de servicios de salud de las personas mayores que se jubilan, en comparación con sus contrapartes, que continúan en el trabajo activo. Como se mencionó previamente, la evidencia iden-

tificada en la literatura mundial ha reportado resultados mixtos sobre la relación entre jubilación laboral y consumo de servicios de salud en la población que se jubila. De acuerdo con diversos autores, esta aparente discrepancia en los resultados obtenidos entre los estudios podría deberse entre otros, a las importantes diferencias entre el tipo de trabajo realizado en los escenarios donde estos efectos han sido evaluados (Eibich, 2015; Zhang et al., 2018). Dado los resultados del presente análisis, se espera que un incremento de la población que se jubila en los próximos años en Colombia se asocie a una mayor demanda de servicios y recursos en salud.

2.3.8.2. Fortalezas y debilidades de este análisis

Este análisis provee información confiable dado que se basa en bases de datos administrativas de disponibilidad pública utilizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para el cálculo de la UPC y en encuestas poblacionales utilizadas por el DANE para estimar el estado de salud y el bienestar de la población. Sin embargo, este análisis también tiene algunas limitaciones importantes que se deben tener en cuenta.

Primero, por la falta de disponibilidad de datos, este análisis no incorporó los costos asociados a la prestación de servicios y tecnologías que no estaban incluidos en

el Plan de Beneficios en Salud durante el periodo de estudio. Debido a que estos servicios frecuentemente se asocian a las innovaciones en tecnologías de salud, los costos asociados a estas inversiones representan, en muchas ocasiones, una porción importante de los gastos por enfermedad.

Segundo, gran parte de la morbilidad de la población en este análisis se estimó a través del consumo de servicios en salud debido a la ausencia de un registro centralizado de la información clínica de los afiliados al SGSSS. Esta forma de determinar la morbilidad de la población subestima el efecto de las condiciones que comúnmente no se asocian a consumo de servicios de salud o que no constituyen el motivo final de consulta. Por ejemplo, la subrepresentación del efecto de los factores de riesgo en la salud de las poblaciones cuando estos análisis se basan en registros administrativos sobre consumo de servicios en salud.

Finalmente, existen preocupaciones sobre la utilización de la información contenida en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y los certificados de defunción para la toma de decisiones en salud, por la percepción de una pobre calidad en su contenido. Sin embargo, existe evidencia que estos registros, al menos los que proceden de ciudades capitales, poseen la calidad suficiente requerida para la toma de decisiones en salud.

2.4. Conclusiones



El análisis presentado en este capítulo describe el estado de aseguramiento y el acceso a servicios en salud de las personas mayores en Colombia durante el periodo comprendido entre 2015 y 2019. Además, describe el perfil de gasto asociado a las principales causas de morbilidad y mortalidad de las personas mayores, con énfasis en la enfermedad mental, la discapacidad severa y los efectos de la jubilación laboral -morbilidad y consumo de servicios-.

Como resultado de este análisis, se identificaron algunos aspectos que podrían afectar el bienestar de las personas mayores y la sostenibilidad del SGSSS ante el envejecimiento poblacional.

2.5. Recomendaciones para la formulación de políticas públicas



2.5.1. Recomendaciones estructurales del Sistema de Salud (Reforma en salud)

2.5.1.1. Fortalecimiento de la implementación de las guías de práctica clínica con el fin de promover una mejor calidad en la prestación de servicios de salud

Acciones

- › Fortalecer la implementación de las guías de práctica clínica.

Responsables institucionales

- › Ministerio de Salud y Protección Social.
- › Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.
- › Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Ruta de implementación

- › Implementar la Historia Clínica Electrónica Única en el SGSSS en todo el territorio nacional.
- › Implementar programas de diseminación de las guías de Práctica Clínica entre personal de salud y usuarios a través de redes sociales, actividades académicas para personal de salud y pacientes.
- › Evaluar la factibilidad de la implementación de sistemas electrónicos de asistencia a la toma de decisiones clínicas dentro de la Historia Clínica Electrónica Única.

2.5.2. Promoción de nuevos modelos de prestación de servicios dentro del SGSSS con el objetivo de mejorar la cobertura de servicios de salud en áreas rurales y apartadas

Acciones

- ▶ Promover la creación e implementación de modelos de atención ajustados a las características de la demanda y la oferta de servicios de salud propias de cada una de las regiones.

Responsables institucionales

- ▶ Ministerio de Salud y Protección Social.
- ▶ Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.

Ruta de implementación

- ▶ Promover la capacitación de personal de farmacia, promotores de salud, líderes comunitarios, entre otros, para la atención de condiciones de baja complejidad dentro del SGSSS y de ser necesario remisión a otros niveles de atención.
- ▶ Ofrecer mayores y mejores incentivos para que los profesionales y las empresas prestadoras de salud ofrezcan sus servicios en zonas rurales y apartadas del país.
- ▶ Centralizar las negociaciones y los procesos de compra de insumos del

SGSSS: un proceso centralizado llevaría a mejores condiciones de negociación ante los proveedores y a un mejor control de la calidad de los insumos que se emplean dentro del SGSSS.

- ▶ Promover el uso adecuado de la telemedicina como herramienta fundamental para el acceso a servicios de salud de segundo y tercer nivel de las regiones apartadas y las áreas rurales.

2.6. Recomendaciones generales



2.6.1. Sensibilización del personal de salud y comunidad en general sobre la enfermedad mental

Acciones

- ▶ Realizar un tamizaje activo de las enfermedades mentales y la discapacidad en adultos mayores en todos los puntos de contacto con el SGSSS.
- ▶ Sensibilizar a la población y a los miembros del SGSSS sobre el reconocimiento temprano de los síntomas de la enfermedad mental.

Responsables institucionales

- › Ministerio de Salud y Protección Social.
- › Ministerio de Educación.
- › Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.

Ruta de implementación

- › Aplicación de escalas de tamizaje de enfermedades mentales y de discapacidad a los usuarios del SGSSS en forma virtual para autoadministración o en forma presencial para administración por personal de salud.
- › Diseño y validación de algoritmos electrónicos automáticos que identifiquen pacientes a alto riesgo de enfermedades mentales basados en características sociodemográficas y perfiles de consumo de servicios de salud.
- › Incorporación de cátedras durante la formación del personal de salud y durante la educación continuada, que refuercen los conocimientos sobre la importancia del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales.
- › Implementación de campañas en medios de comunicación masiva que busquen modificar ideas equivocadas sobre los enfermos y las enfermedades mentales.

2.6.2. Formación en salud y promoción del bienestar de los cuidadores

Acciones

- › Diseñar e implementar una política de cuidadores que promueva, entre otras cosas, la formación y bienestar de los individuos dedicados a la asistencia de adultos mayores con discapacidad.

Responsables institucionales

- › Ministerio de Salud y Protección Social.
- › Ministerio de Educación.

Ruta de implementación

- › Diseño y aplicación de instrumentos que permitan identificar a las personas mayores en riesgo de discapacidad y con requerimiento de cuidador.
- › Diseño y aplicación de instrumentos que permitan el reconocimiento temprano y tratamiento prioritario del síndrome de fatiga del cuidador.
- › Educación en estrategias para realizar en forma segura las actividades de cuidado, reconocimiento y manejo básico de los principales síntomas que afectan a la persona mayor con discapacidad a través de páginas web, líderes comunitarios u otros mecanismos adaptados a cada región.
- › Diseño de esquemas de incentivos que promuevan el acceso a estos ser-

vicios educativos a través de beneficios cívicos de reconocimiento social (como priorización para ingreso a universidades, créditos de estudio, convalidación del servicio militar obligatorio, entre otros).

bles para priorización de estrategias educativas y tamizaje de enfermedades crónicas.

2.6.3. Educación para la promoción de hábitos y estilos de vida saludables en todo el curso de la vida

Acciones

- › Diseño e implementación de una política educativa que promueva hábitos y estilos de vida saludables en todo el curso de la vida

Responsables institucionales

- › Ministerio de Salud y Protección Social.
- › Ministerio de Educación.
- › Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.

Ruta de implementación

- › Implementación de una cátedra obligatoria de “cuidado de la salud” desde los niveles básicos de instrucción en niños y adolescentes hasta los programas de educación continua de personas mayores.
- › Diseño y aplicación de algoritmos electrónicos automáticos que permitan la identificación de pacientes a riesgo de enfermedades crónicas no transmi-

2.7. Referencias



Amos, A. F., McCarty, D. J., & Zimmet, P. (1997). The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. *Diabet Med*, 14 Suppl 5, S1-85.

Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P., & Medellín, N. (2018). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo, 96.

Arredondo, A., & Aviles, R. (2015). Costs and epidemiological changes of chronic diseases: implications and challenges for health systems. *PLoS One*, 10(3), e0118611. doi: 10.1371/journal.pone.0118611

Bravo, L. E., & Muñoz, N. (2018). Epidemiology of cancer in Colombia. *Colombia Médica*, 49(1), 9-12.

Byles, J. E., Vo, K., Forder, P. M., Thomas, L., Banks, E., Rodgers, B., & Bauman, A. (2016). Gender, mental health, physical health and retirement: A prospective study of 21,608 Australians aged 55-69 years. *Maturitas*, 87, 40-48. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.02.011

Cabrera-Marrero, F. (2014). Transición demográfica, transición epidemiológica: ¿Hacia dónde transita el Caribe?

CEPAL, N. U. (2006). Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez, from <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3539-manual-indicadores-calidad-vida-la-vejez>

CEPAL, N. U. (2009). El envejecimiento y las personas de edad: indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe, from <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/1350>

CELADE. El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile; 2009. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1350-envejecimiento-personas-edad-indicadores-sociodemograficos-america-latina-caribe>

CEPALSTAT, N. U. (2022). Principales Cifras de América Latina y el Caribe. Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas, from <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html?lang=es>

Chan, L., Beaver, S., Maclehose, R. F., Jha, A., Maciejewski, M., & Doctor, J. N. (2002). Disability and health care costs in the Medicare population. *Arch Phys Med Rehabil*, 83(9), 1196-1201. doi: 10.1053/apmr.2002.34811

Chen, D., Petrie, D., Tang, K., & Wu, D. (2018). Retirement saving and mental health in China. *Health Promot Int*, 33(5), 801-811. doi: 10.1093/heapro/dax029

Cubillos, J., Matamoros, M., & Perea, S. (2020). Boletines Poblacionales 1: Personas Adultas Mayores de 60 años. Oficina de Promoción Social. Ministerio de Salud y Protección Social I-2020, from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/280920-boletines-poblacionales-adulto-mayor-2020.pdf>

Dávila-Cervantes, C., & Agudelo-Botero, M. (2018). Changes in life expectancy due to avoidable and non-avoidable deaths in Argentina, Chile, Colombia and Mexico, 2000-2011. *Cad Saude Publica*, 34(6), e00093417. doi: 10.1590/0102-311x00093417

Di Matteo, L. (2005). The macro determinants of health expenditure in the United States and Canada: assessing the impact of income, age distribution and time. *Health policy*, 71(1), 23-42.

Duran Cristiano, S. C., & Gómez-Molina, A. (2020). Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). SABE Colombia 2015: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento. Bogotá DC: MinSalud; 2015.

Eibich, P. (2015). Understanding the effect of retirement on health: Mechanisms and heterogeneity. *J Health Econ*, 43, 1-12. doi: 10.1016/j.jhealeco.2015.05.001

Fleischmann, M., Xue, B., & Head, J. (2020). Mental Health Before and After Retirement-Assessing the Relevance of Psychosocial Working Conditions: The Whitehall II Prospective Study of British Civil Servants. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 75(2), 403-413. doi: 10.1093/geronb/gbz042

Frenk, J., Frejka, T., Bobadilla, J. L., Stern, C., Lozano, R., Sepúlveda, J., & José, M. (1991). [The epidemiologic transition in Latin America]. *Bol Oficina Sanit Panam*, 111(6), 485-496.

Hendrie, H. C., Lindgren, D., Hay, D. P., Lane, K. A., Gao, S., Purnell, C., . . . Callahan, C. M. (2013). Comorbidity profile and healthcare utilization in elderly patients with serious mental illnesses. *Am J Geriatr Psychiatry*, 21(12), 1267-1276. doi: 10.1016/j.jagp.2013.01.056

Henríquez, G., & de Vries, E. (2017). El efecto del envejecimiento para la carga de cáncer en Colombia: proyecciones para las primeras cinco localizaciones por departamento y sexo en Colombia, 2020 y 2050. *Revista Colombiana de Cancerología*, 21(2), 104-112.

Huguett, C., & Bernal, O. (2014). Calidad de los Registros Individuales de Prestación de Servicios como fuente de información para el Sistema de Vigilancia en

Salud Pública en Colombia. (Magister en Salud Pública), Universidad de Los Andes, Bogotá. Retrieved from <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/12516/u686097.pdf?sequence=1>

Laaksonen, M., Metsä-Simola, N., Martikainen, P., Pietiläinen, O., Rahkonen, O., Gould, R., . . . Lahelma, E. (2012). Trajectories of mental health before and after old-age and disability retirement: a register-based study on purchases of psychotropic drugs. *Scand J Work Environ Health*, 38(5), 409-417. doi: 10.5271/sjweh.3290

Laidlaw, K., & Pachana, N. (2011). Aging with Grace. [Article]. *Monitor on Psychology*.

Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kaku-ma, R., Corrigall, J., Joska, J. A., . . . Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Soc Sci Med*, 71(3), 517-528. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.04.027

Melguizo-Herrera, E., & Castillo-Ávila, I. Y. (2012). Factores asociados al uso de servicios de atención primaria por adultos mayores de Cartagena, Colombia. *Revista de salud pública*, 14(5), 765-775.

Morales, A., Rosas, G. M., Yarce, E., Paredes, Y. V., Rosero, M., & Hidalgo, A. (2016). Condiciones médicas prevalentes

en adultos mayores de 60 años. *Acta médica colombiana*, 41(1), 21-28.

Mrsnik, M., Beers, D. T., & Morozov, I. (2010). Global aging 2010: an irreversible truth: Standard and Poor's.

Murray, C. J., Salomon, J. A., Mathers, C. D., Lopez, A. D., & Organization, W. H. (2002). Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications: World Health Organization.

O'Neill, C., Groom, L., Avery, A. J., Boot, D., & Thornhill, K. (2000). Age and proximity to death as predictors of GP care costs: results from a study of nursing home patients. *Health Econ*, 9(8), 733-738. doi: 0.1002/1099-1050(200012)9:8<733::aid-hec564>3.0.co;2-u

Organización Mundial de la Salud. (2021). Envejecimiento y salud, from <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>

Peña-Montoya, M. E., Garzon-Duque, M., Cardona-Arango, D., & Segura-Cardona, A. (2016). Acceso a los servicios de salud de los adultos mayores. Antioquia-Colombia: Access to health services for older adults. Antioquia-Colombia. *Universidad y Salud*, 18(2), 219-231.

Peterson, K., Helfand, M., Humphrey, L., Christensen, V., & Carson, S. (2013). Evidence Brief: Effectiveness of Intensi-

ve Primary Care Programs.VA Evidence Synthesis Program Evidence Briefs [Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK384618/>

Polder, J. J., Barendregt, J. J., & van Oers, H. (2006). Health care costs in the last year of life--the Dutch experience. *Soc Sci Med*, 63(7), 1720-1731. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.04.018

Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., Gutierrez Robledo, L. M., O'Donnell, M., Sullivan, R., & Yusuf, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*, 385(9967), 549-562. doi: 10.1016/s0140-6736(14)61347-7

Roberts, T., Miguel Esponda, G., Krupchanka, D., Shidhaye, R., Patel, V., & Rathod, S. (2018). Factors associated with health service utilisation for common mental disorders: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1), 262. doi: 10.1186/s12888-018-1837-1

Roth, G. A., Mensah, G. A., Johnson, C. O., Addolorato, G., Ammirati, E., Baddour, L. M., . . . Group, G.-N.-J. G. B. o. C. D. W. (2020). Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol*, 76(25), 2982-3021. doi: 10.1016/j.jacc.2020.11.010

Shai, O. (2018). Is retirement good for men's health? Evidence using a change in the retirement age in Israel. *J Health Econ*, 57, 15-30. doi: 10.1016/j.jhealeco.2017.10.008

Smith, S., Newhouse, J. P., & Free-land, M. S. (2009). Income, insurance, and technology: why does health spending outpace economic growth? *Health Aff (Millwood)*, 28(5), 1276-1284. doi: 10.1377/hlthaff.28.5.1276

Thomson, S., Foubister, T., Figueras, J., Kutzin, J., Permanand, G., & Bryndová, L. (2009). Addressing financial sustainability in health systems. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 42.

Valencia-Cuéllar, A., Marulanda-Sánchez, J., Andrade-Pantoja, L., Arango, L., & Calvache, J. A. (2020). Características de pacientes adultos con cáncer y su atención en el Hospital Universitario San José de Popayán, Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 24(2), 80-87.

Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*, 3(2), 171-178. doi: 10.1016/s2215-0366(15)00505-2

Villarreal-Ríos, E., Mathew-Quiroz, A., Garza-Elizondo, M. E., Núñez-Rocha, G., Salinas-Martínez, A. M., & Gallegos-Han-

dal, M. (2002). [Cost of care of arterial hypertension and its impact on the budget assigned to health in Mexico]. *Salud Publica Mex*, 44(1), 7-13.

World Health Organization. (2017). Mental health of older adults, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>

World Health Organization, & World Bank. (2011). World report on disability World Health Organization (Ed.) Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>

Yepes Luján, F. J. (2010). Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9, 118-123.

Zhang, Y., Salm, M., & van Soest, A. (2018). The effect of retirement on healthcare utilization: Evidence from China. *J Health Econ*, 62, 165-177. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.09.009>

Zweifel, P. (2000). The Division of Labor Between Private and Social Insurance. In G. Dionne (Ed.), *Handbook of Insurance* (pp. 933-966). Dordrecht: Springer Netherlands.

Zweifel, P., Felder, S., & Meiers, M. (1999). Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Econ*, 8(6), 485-496. doi: 10.1002/(sici)1099-

1050(199909)8:6<485: aid-hec461>3.0.co;2-4

Zweifel, P., Felder, S., & Werblow, A. (2004). Population ageing and health care expenditure: new evidence on the “red herring”. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 29(4), 652-666.

Beridze, G., Triolo, F., Grande, G., Fratiglioni, L., & Calderón-Larrañaga, A. (2022). COVID-19 collateral damage-psychological burden and behavioural changes among older adults during the first outbreak in Stockholm, Sweden: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 12(1), e058422. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058422>

Carlos, A. F., Poloni, T. E., Caridi, M., Pozzolini, M., Vaccaro, R., Rolandi, E., Cirrincione, A., Pettinato, L., Vitali, S. F., Tronconi, L., Ceroni, M., & Guaita, A. (2022). Life during COVID-19 lockdown in Italy: the influence of cognitive state on psychosocial, behavioral and lifestyle profiles of older adults. *Aging Ment Health*, 26(3), 534-543. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1870210>

Colucci, E., Nadeau, S., Higgins, J., Kehayia, E., Poldma, T., Saj, A., & de Guise, E. (2022). COVID-19 lockdowns' effects on the quality of life, perceived health and well-being of healthy elderly individuals: A

longitudinal comparison of pre-lockdown and lockdown states of well-being. *Arch Gerontol Geriatr*, 99, 104606. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104606>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2020). Soleidad en Colombia. Bogotá: DANE

Gutiérrez Cortes, W. A., & Perdomo Morales, P. A. (2021). COVID-19 mortality in older people in Colombia. *J Am Geriatr Soc*, 69(9), 2430-2432. <https://doi.org/10.1111/jgs.17134>

Özpinar, S., Bayçelebi, S., Demir, Y., & Yazıcıoğlu, B. (2022). How did the COVID-19 pandemic affect older adults? Investigation in terms of disability, state-trait anxiety and life satisfaction: Samsun, Turkey example. *Psychogeriatrics*, 22(2), 202-209. <https://doi.org/10.1111/psyg.12801>

Rodrigues, N. G., Han, C. Q. Y., Su, Y., Klainin-Yobas, P., & Wu, X. V. (2022). Psychological impacts and online interventions of social isolation amongst older adults during COVID-19 pandemic: A scoping review. *J Adv Nurs*, 78(3), 609-644. <https://doi.org/10.1111/jan.15063>

Strutt, P. A., Johnco, C. J., Chen, J., Muir, C., Maurice, O., Dawes, P., Siette, J., Botelho Dias, C., Hillebrandt, H., & Wuthrich, V. M. (2022). Stress and Coping in Older Australians During COVID-19: Health, Service Utilization, Grandparenting, and Technolo-

gy Use. *Clin Gerontol*, 45(1), 106-119. <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1884158>

Webb, L. M., & Chen, C. Y. (2022). The COVID-19 pandemic's impact on older adults' mental health: Contributing factors, coping strategies, and opportunities for improvement. *Int J Geriatr Psychiatry*, 37(1). <https://doi.org/10.1002/gps.5647>

Wister, A., Li, L., Cosco, T. D., McMillan, J., & Griffith, L. E. (2022). Multimorbidity resilience and COVID-19 pandemic self-reported impact and worry among older adults: a study based on the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *BMC Geriatr*, 22(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02769-2>

Wu, C., Liu, Y. X., Liu, T. J., Yan, X. L., Zhao, Y. X., Zeng, H., Zhou, T., Rao, P., Sun, L. Y., Jiao, Y., & Xi, J. N. (2022). Investigation and influencing factors about well-being level of elderly chronic patients during COVID-19 postpandemic period in Beijing. *Medicine (Baltimore)*, 101(9), e28976. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000028976>

Zaninotto, P., Iob, E., Demakakos, P., & Steptoe, A. (2022). Immediate and Longer-Term Changes in the Mental Health and Well-being of Older Adults in England During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Psychiatry*, 79(2), 151-159. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3749>

2.8. Lista de figuras



- Figura 1.** Proporción de población de adultos de 60 o más años por país para 2015
- Figura 2.** Producto Interno Bruto (PIB) total anual* de los países de América Latina para 2015
- Figura 3.** Porcentaje del PIB gasta en inversión social por país en 2015
- Figura 4** Cambios en el aseguramiento de la población mayor de 55 años en el periodo de 2015 a 2020
- Figura 5.** Cambios en las razones reportadas como causas de la falta de afiliación al SGSSS en población mayor de 55 años de 2015 a 2020
- Figura 6.** Acceso a servicios preventivos (médicos u odontológicos) al menos una vez al año en población mayor de 55 años por área de residencia de 2015 a 2020
- Figura 7.** Acceso a servicios financiados por el SGSSS en individuos mayores de 55 años que requirieron servicios ambulatorios de 2015 a 2020 según área de residencia
- Figura 8.** Acceso a servicios financiados por el SGSSS en individuos mayores de 55 años que requirieron servicios hospitalarios de 2015 a 2020 según área de residencia
- Figura 9.** Número de servicios por individuo según grupo de edad y régimen de afiliación en 2019
- Figura 10.** Número de servicios por adulto mayor según sexo y régimen de afiliación de 2015 a 2019
- Figura 11.** Diagnósticos más frecuentes asociados a la prestación de servicios de salud en adultos mayores
- Figura 12.** Prevalencia de síntomas de depresión según región geográfica

- Figura 13.** Prevalencia de síntomas de depresión según estrato socioeconómico
- Figura 14.** Prevalencia de síntomas de enfermedad mental y máximo nivel educativo
- Figura 15.** Prevalencia de síntomas de enfermedad mental y participación en programas de actividad física
- Figura 16.** Principales actividades asociadas a discapacidad severa en mayores de 55 años en Colombia
- Figura 17.** Distribución de la discapacidad severa en mayores de 55 años por región geográfica de residencia
- Figura 18.** Discapacidad severa para múltiples actividades en mayores de 55 años
- Figura 19.** Principales causas de muerte registradas en los certificados de defunción de 2015 a 2019 según régimen de afiliación
- Figura 20.** Distribución del gasto por individuo en el régimen contributivo según la región donde se originó el servicio
- Figura 21.** Costo total de los servicios prestados en el régimen contributivo por ámbito
- Figura 22.** Distribución del gasto total por enfermedad en el régimen contributivo
- Figura 24.** Gasto privado en salud por hogar durante el último mes en hogares conformados por al menos un adulto mayor por mes según región geográfica
- Figura 25.** Proporción de hogares conformados por al menos un adulto mayor con gastos catastróficos por salud durante el último mes según región geográfica

2.9. Lista de tablas



- Tabla 1.** Índice de envejecimiento por país y etapa de envejecimiento en que se clasifica
- Tabla 2.** Tasa de mortalidad anual ajustada a la edad y años de vida perdidos asociados a las principales categorías de enfermedad en Colombia
- Tabla 3.** Características basales y nivel de utilización de servicios de salud
- Tabla 4.** Diferencias en la intensidad de consumo de servicios entre individuos con jubilación laboral e individuos que permanecen como trabajadores activos
- Tabla 5.** Diferencias en los costos de atención entre individuos con jubilación laboral e individuos que permanecen como trabajadores activos
- Tabla 6.** Diferencias en la carga de morbilidad, presencia de enfermedades crónicas y nivel de utilización de servicios en salud entre los individuos con jubilación laboral e individuos que permanecen como trabajadores activos