

2021, Pages 155-179, ISBN 9780128160947,
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-816094-7.00001-5>

European Union. (2019). Ageing Europe: Looking at the lives of older people in the EU. In Statistical Books. European Union. <https://doi.org/doi:10.2785/811048>

Fedesarrollo, & Fundación Saldarriaga Concha. (2015). Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones (Fundación Saldarriaga Concha (ed.)).

Flórez, C., Martínez, L., & Aranco, N. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia. Banco Interamericano de Desarrollo, Nota Técnica, 81. <http://www.iadb.org>

Huenchuan, S. (2009). Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas (CEPAL (ed.)).

Huenchuan, S. (2013). Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/35929>

Huenchuan, S. & Rodríguez, R. (2015). Necesidades de cuidado de las personas mayores en la Ciudad de México: Diagnóstico y lineamientos de política. Documento de proyecto. CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/38879/1/S1500754_es.pdf

Huenchuan, S. (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos (CEPAL (ed.)).

Huenchuan, S., & Rovira, A. (2019). Medidas clave sobre vejez y envejecimiento para la implementación y seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en América Latina y el Caribe. CEPAL.

OMS. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol, 37(S2), 74-105. https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf

Oviedo, Gilberto Leonardo. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la Teoría Gestalt. Revista de Estudios Sociales, (18), 89-96. Retrieved August 31, 2022, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-885X2004000200010&lng=en&tlng=es

Paz, J. (2019). Envejecimiento doméstico, coresidencia y oferta laboral de hombres y mujeres. Revista de Análisis Económico. 34(2). 53-80. DOI: 10.4067/s0718-88702019000200053.

Pew Research Center. (2014). Attitudes about Aging: A Global Perspective.

Portelles, J. (2021). Envejecer y emigrar en Cuba: transición demográfica y desafíos. 4(38), 5.

Powell, J. & Khan, H. (2013). Ageing and Globalization: A Global Analysis. *Journal of Globalization Studies*, 4(1), 137-146.

Rouzet, D., Caldera, A., Renault, T. & Roehn, O. (2019). Fiscal Challenges and Inclusive Growth in Ageing Societies. *OECD Economic Policy Paper*, No. 27. 70p. DOI: 10.1787/2226583X

Ruíz S., M., Rubiano, N., González, A., Lulle, T., Bodnar, Y., Velázquez, S., Cervo, S., & Castellanos, E. (2007). Ciudad, espacio y población: el proceso de urbanización en Colombia. Universidad Externado de Colombia.

Saad, P., Miller, T., Martínez, L., & Holz, M. (2012). Juventud Y Bono En Iberoamérica (CEPAL (ed.)).

Shrira, A., Carmel, S., Tovel, H., & Raveis, V. H. (2019). Reciprocal relationships between the will-to-live and successful aging. *Aging & Mental Health*, 23(10), 1350-1357. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1499011>

Turra C., & Fernández F. (2021). La transición demográfica: Oportunidades y desafíos en la senda hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe (C. E. para A. L. y el C. CEPAL (ed.)). https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46805/4/S2000433_es.pdf

United Nations. (2019). International Migrant Stock 2019. Department of Economic and Social Affairs. https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationStock2019_TenKeyFindings.pdf

Zavala De Cosio, M. E. (1992). La transición demográfica en América Latina y en Europa. *Notas de Población*, 20(56), 11-32.

Zaiceva, A. (2014). The impact of aging on the scale of migration. *IZA World of Labor*, 99. DOI: 10.15185/izawol.99

1.7. Siglas



AG	Antigua y Barbuda	GY	Guyana
AR	Argentina	HN	Honduras
BB	Barbados	HyM	Hombre y Mujer
BO	Bolivia	HT	Haití
BR	Brasil	JA	Jamaica
BS	Bahamas	LA	América Latina
BZ	Belice	LAC	América Latina y el Caribe
CAF	Banco de Desarrollo de América Latina	LC	Santa Lucía
CL	Chile	MX	México
CNPV	Censo Nacional de Población y Vivienda	NI	Nicaragua
CO	Colombia	OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
CR	Costa Rica	PA	Panamá
CU	Cuba	PE	Perú
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística	PM	Población Adulta Mayor de 60 años
DNP	Departamento Nacional de Planeación	SR	Surinam
DO	República Dominicana	SV	El Salvador
EC	Ecuador	TT	Trinidad y Tobago
EP	Entrevista a Profundidad	UY	Uruguay
GD	Granada	VE	Venezuela
GF	Grupo Focal	VS	San Vicente y Granadinas
GT	Guatemala		

1.8. Lista de figuras



- Figura 1.** Proporción de la población mayor de 65 años y más (Panel A) y 80 años y más (Panel B) en las regiones del mundo
- Figura 2.** Número de años requeridos para que la población mayor de 65 años pase del 7% al 14% de la población total en países de América Latina y el Caribe
- Figura 3.** Tasa global de fecundidad y esperanza de vida al nacer para América Latina y el Caribe, 2020-2025
- Figura 4.** Tasa global de fecundidad y porcentaje de población de 60 años y más, para América Latina y el Caribe, 2035-2040
- Figura 5.** Proporción de la población migrante en términos relativos en América Latina y el Caribe para 2019
- Figura 6.** Evolución de la población total por sexo, 1950-2070
- Figura 7.** Población total por zona rural y urbana, 1985-2070
- Figura 8.** Población total por grupos de edad, 1985-2070
- Figura 9.** Estructura de la población total nacional por edad y sexo, 1985-2070
- Figura 10.** Estructura de la población en las zonas rural y urbana, por edad y sexo, 1985-2070
- Figura 11.** Porcentaje de la población mayor de 60 años en la población total, 1985-2070
- Figura 12.** Porcentaje de la población mayor de 60 años en la población total urbana, 1985-2070
- Figura 13.** Migración en Colombia. Quinquenal 1990-2019 (Panel A: Migración en términos absolutos. Panel B: Migración en términos relativos)
- Figura 14.** Emigrantes por sexo y edad en Colombia, 2018

- Figura 15.** Evolución de la relación de dependencia, 1985-2070
- Figura 16.** Evolución de la relación de dependencia de la población mayor y menor, 1985-2070
- Figura 17.** Evolución del índice de envejecimiento, 1985-2070
- Figura 18.** Evolución de los hogares con al menos un miembro mayor de 60 años, por zonas y total, 1990-2015
- Figura 19.** Evolución de los hogares con al menos un miembro mayor de 60 años por región, 1990-2015
- Figura 20.** Distribución de la configuración doméstica para hogares con y sin personas mayores, 1990-2015
- Figura 21.** Composición generacional de los hogares con población mayor, 1990-2015
- Figura 22.** Proporción de los hogares con personas mayores según tipología y zona, 1990-2015
- Figura 23.** Evolución de la proporción de hogares unipersonales con persona mayor y de hogares con solo miembros mayores, por zona, 1990-2015
- Figura 24.** Evolución de hogares con jefatura mayor y menor de 60 años, 1990-2015
- Figura 25.** Distribución de los hogares con población mayor por sexo del jefe de hogar, 1990-2015
- Figura 26.** Evolución de la expectativa de vida al nacer, 1985-2070
- Figura 27.** Expectativa de vida a los 60, 70 y 80 años, 1985-2070
- Figura 28.** Relación de feminidad en la población de 60 años o más por zona, 1985-2070
- Figura 29.** Relación de feminidad en la población de 80 años o más por zona, 1985-2070

1.9. Lista de tablas



- Tabla 1.** Proporción de población de 60 años o más, por regiones. Quinquenal, 1985-2050
- Tabla 2.** Proporción de población de 60 años o más por ciudades. Quinquenal, 1985-2050
- Tabla 3.** Tasa de dependencia e índice de envejecimiento por región. Quinquenal, 1985-2050
- Tabla 4.** Tasa de dependencia e índice de envejecimiento por ciudades, 2005-2035



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).

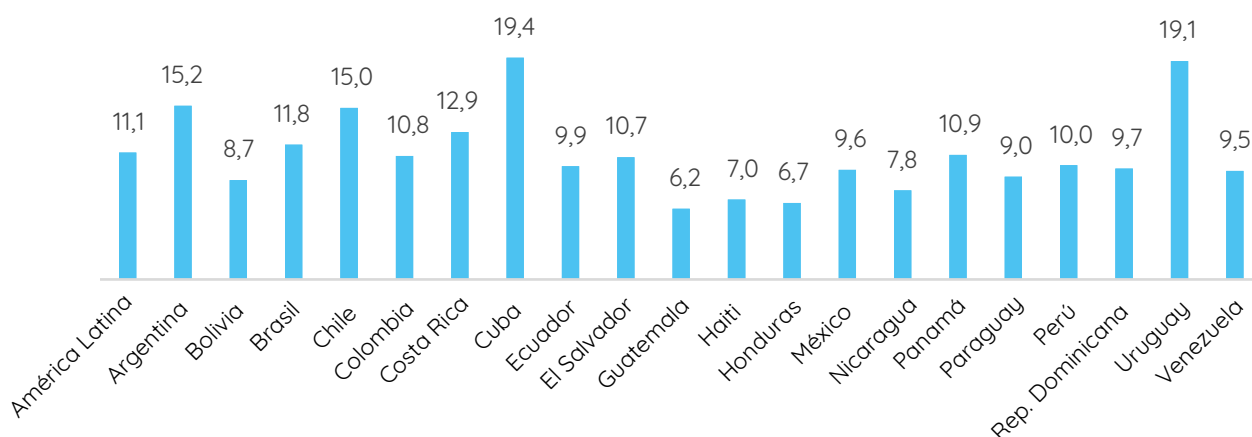
Este proceso se ha desarrollado con mayor o menor intensidad en todos los países de la región en las últimas décadas, periodo en el que se ha dado un aumento considerable de la población de personas de 60 o más años, pasando de 43 millones (8,2% de la población) en el año 2000 a 100,5 millones (15%) 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).

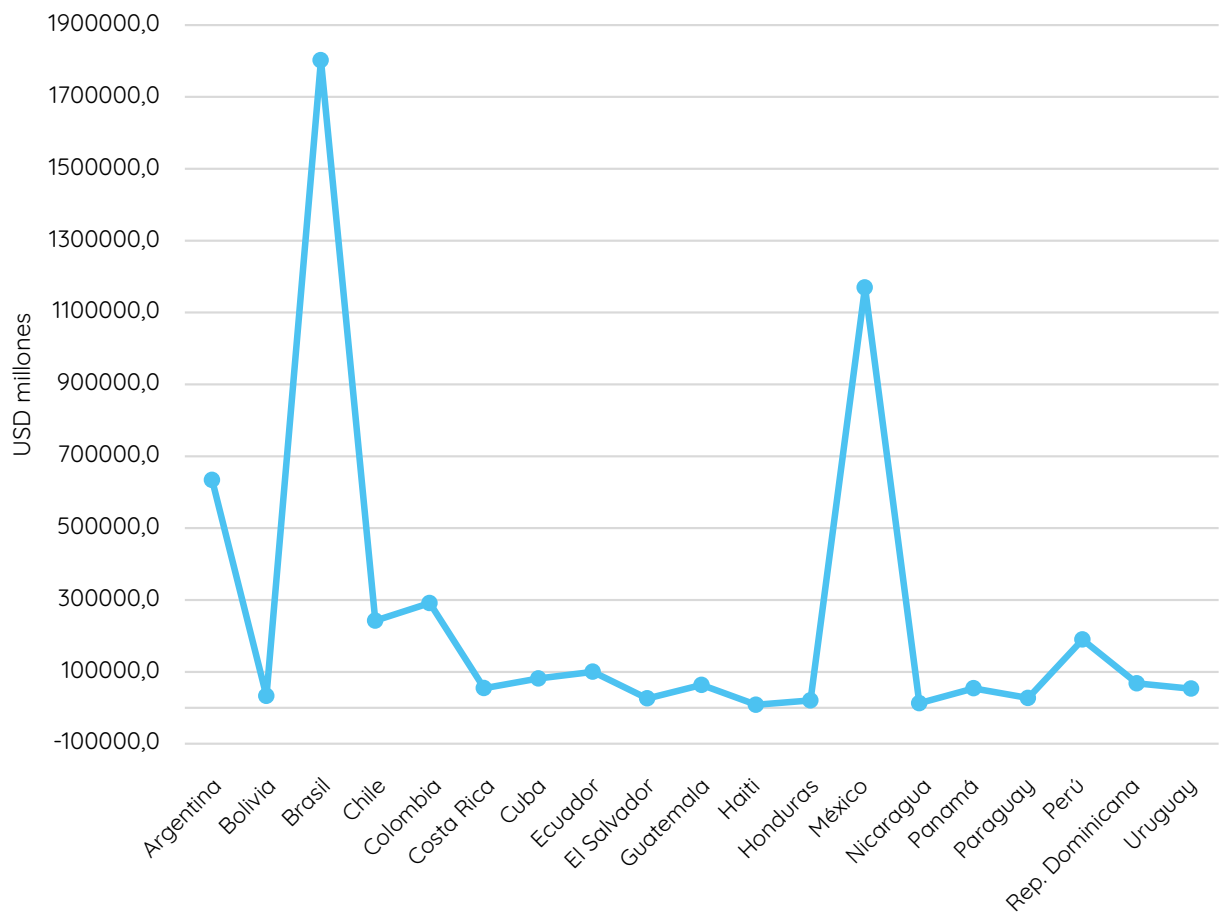
2.2.4.4. Costos de salud en la vejez

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



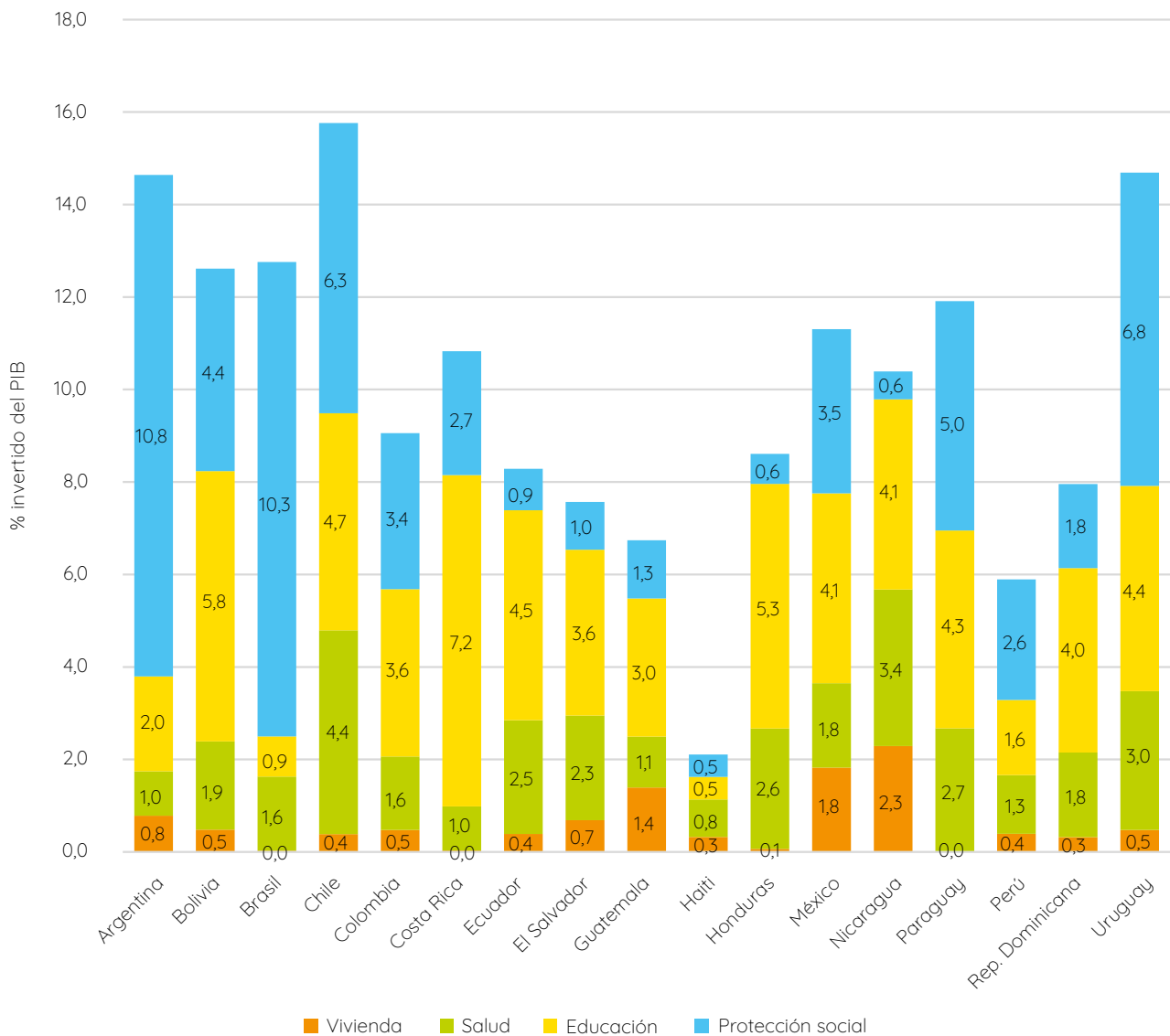
* PIB total anual a precios corrientes en dólares para 2015.

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

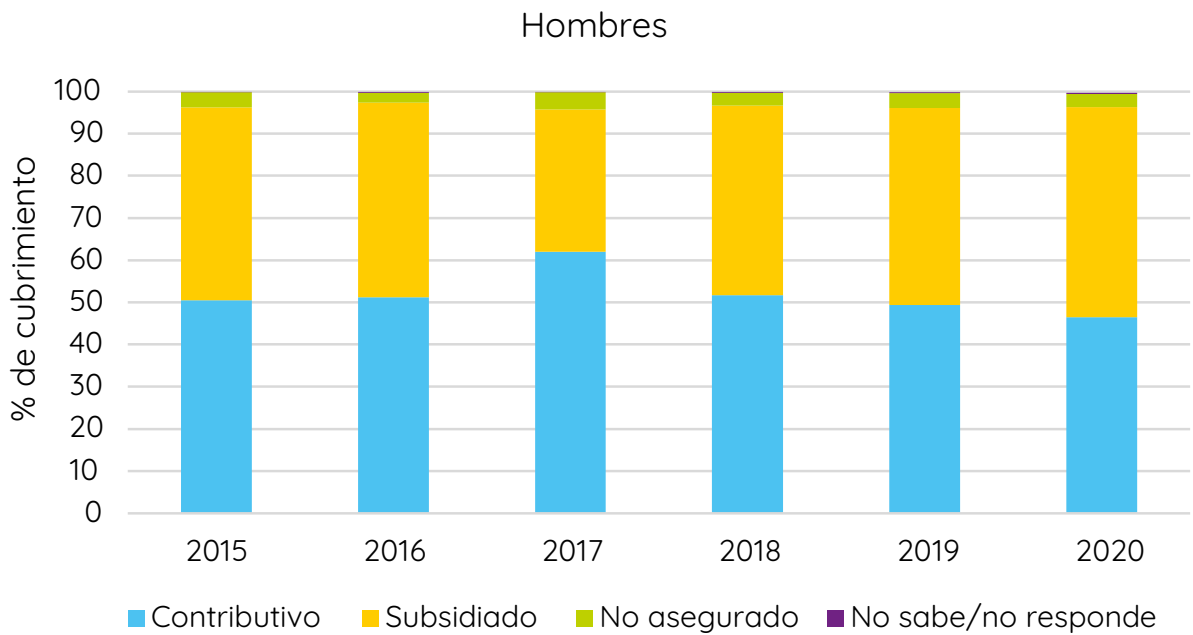
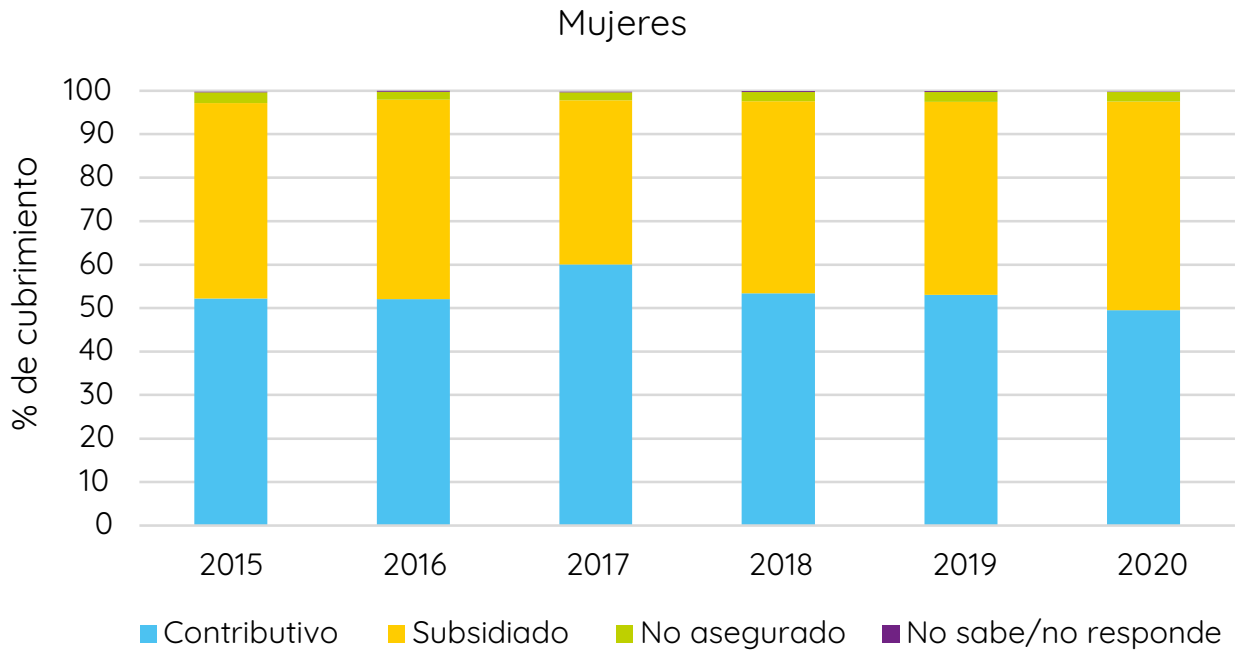
poblacional, hace necesario una evaluación continua en las condiciones de aseguramiento de la población. Es así, como en esta sección se explorarán los cambios recientes en el tipo de aseguramiento y el acceso a los servicios de salud (preventivos, ambulatorios y hospitalarios) de las personas mayores 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

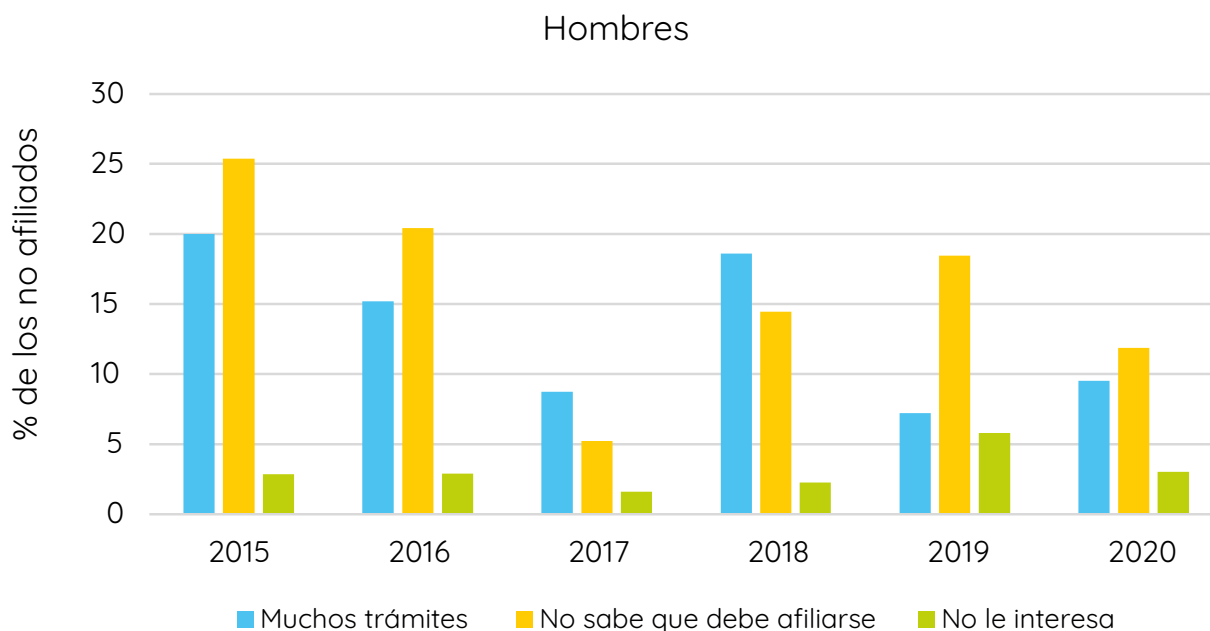
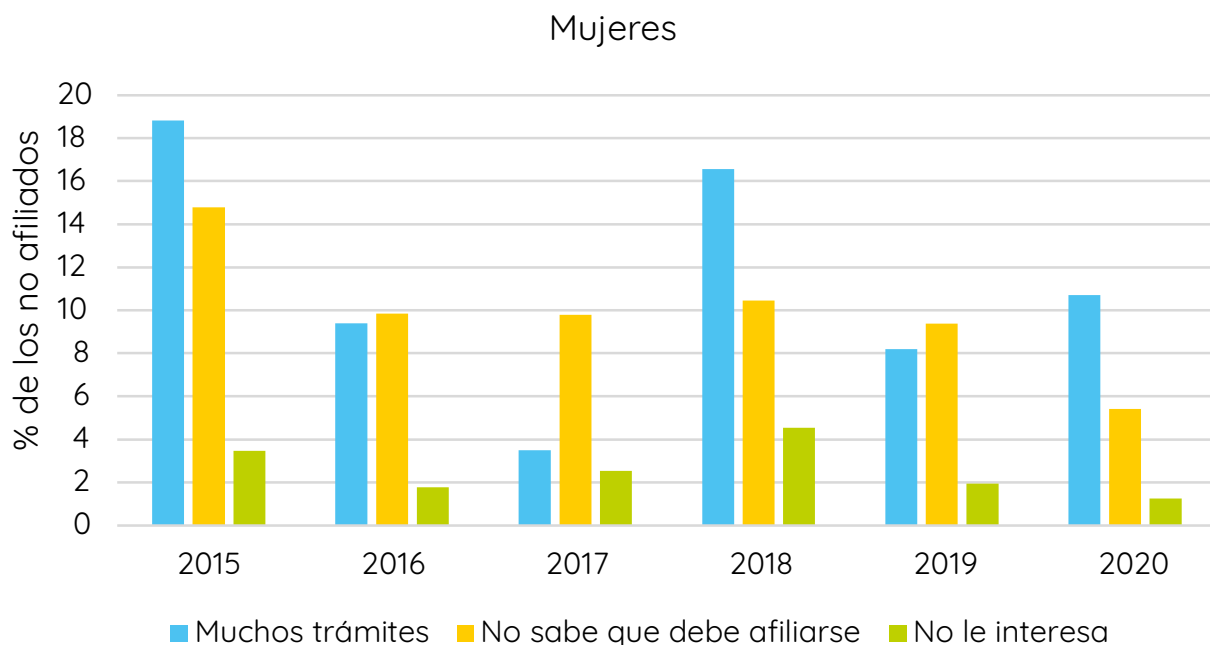
la Amazonía (de 31.2% en 2015 a 16.3% en 2020 para hombres y de 28.7% en 2015 a 17.4% en 2020 para mujeres) y la región Caribe (de 33.9% en 2015 a 27.3% en 2020 para hombres y de 37.7% en 2015 a 29.5% en 2020 para mujeres). En contraste, la proporción de población no afiliada se mantuvo estable durante 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



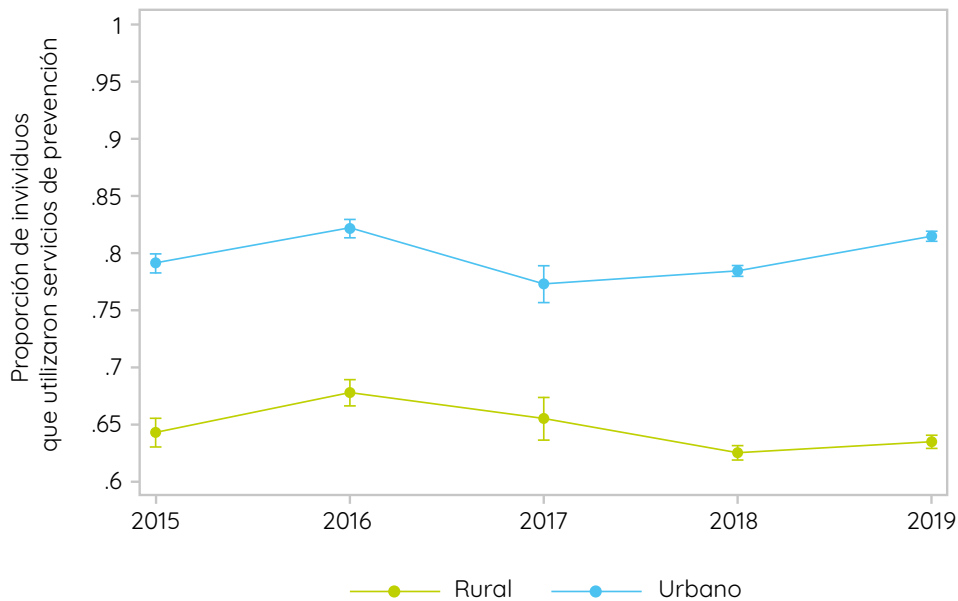
Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2015 - 2020.

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



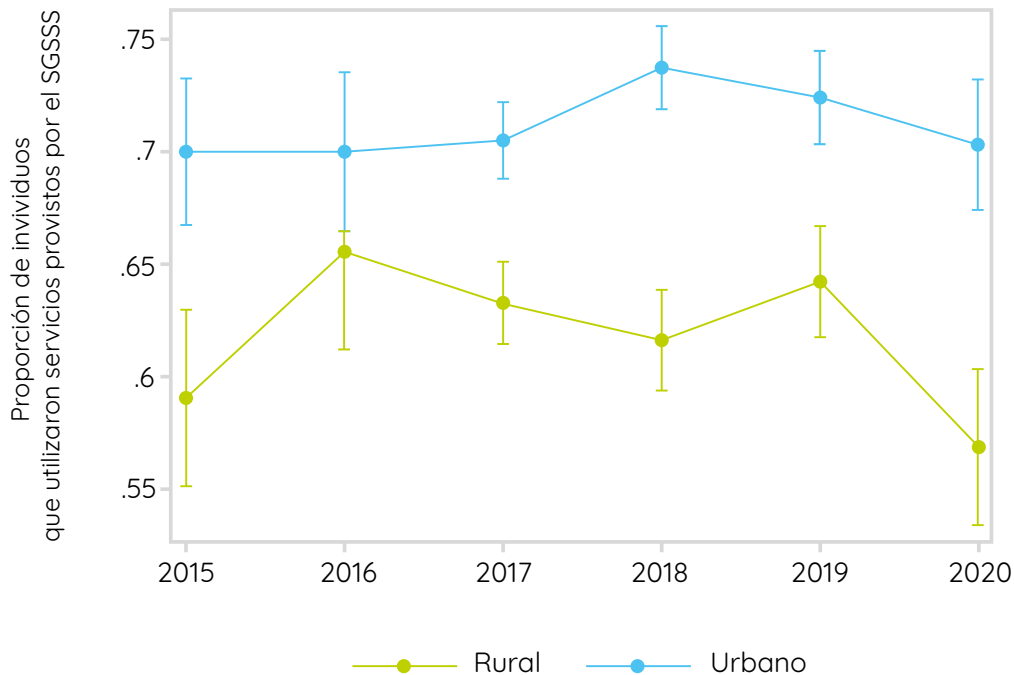
Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2015 - 2020.

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).

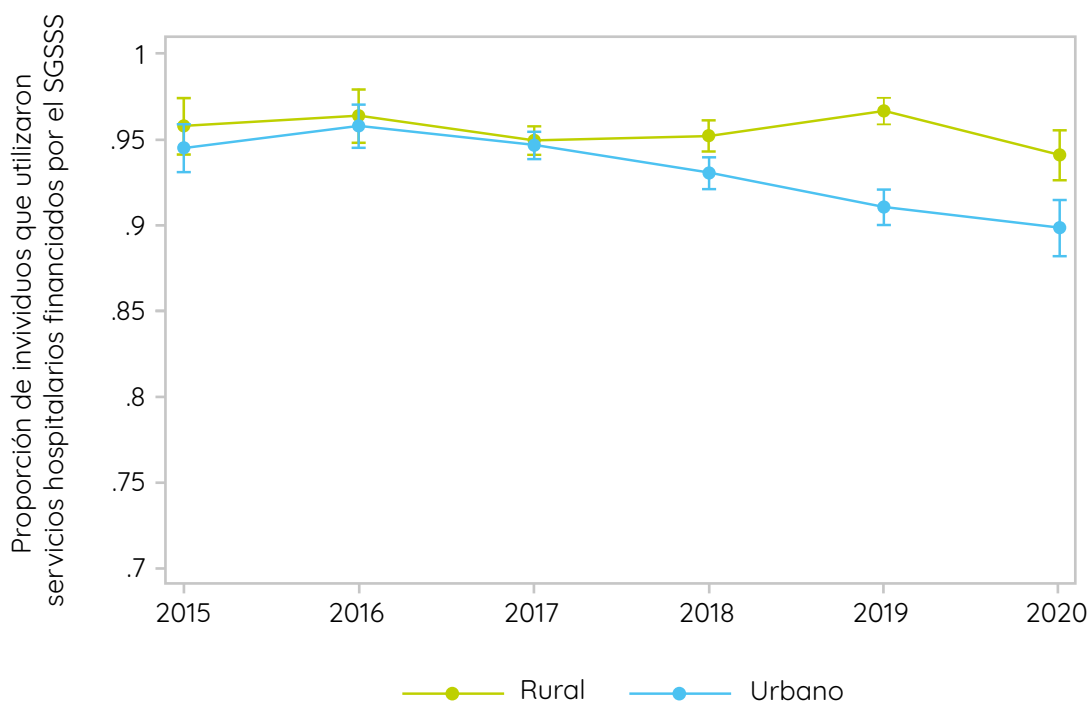
2.3.1.4. Acceso a servicios de salud hospitalarios financiados por el SGSSS

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”.

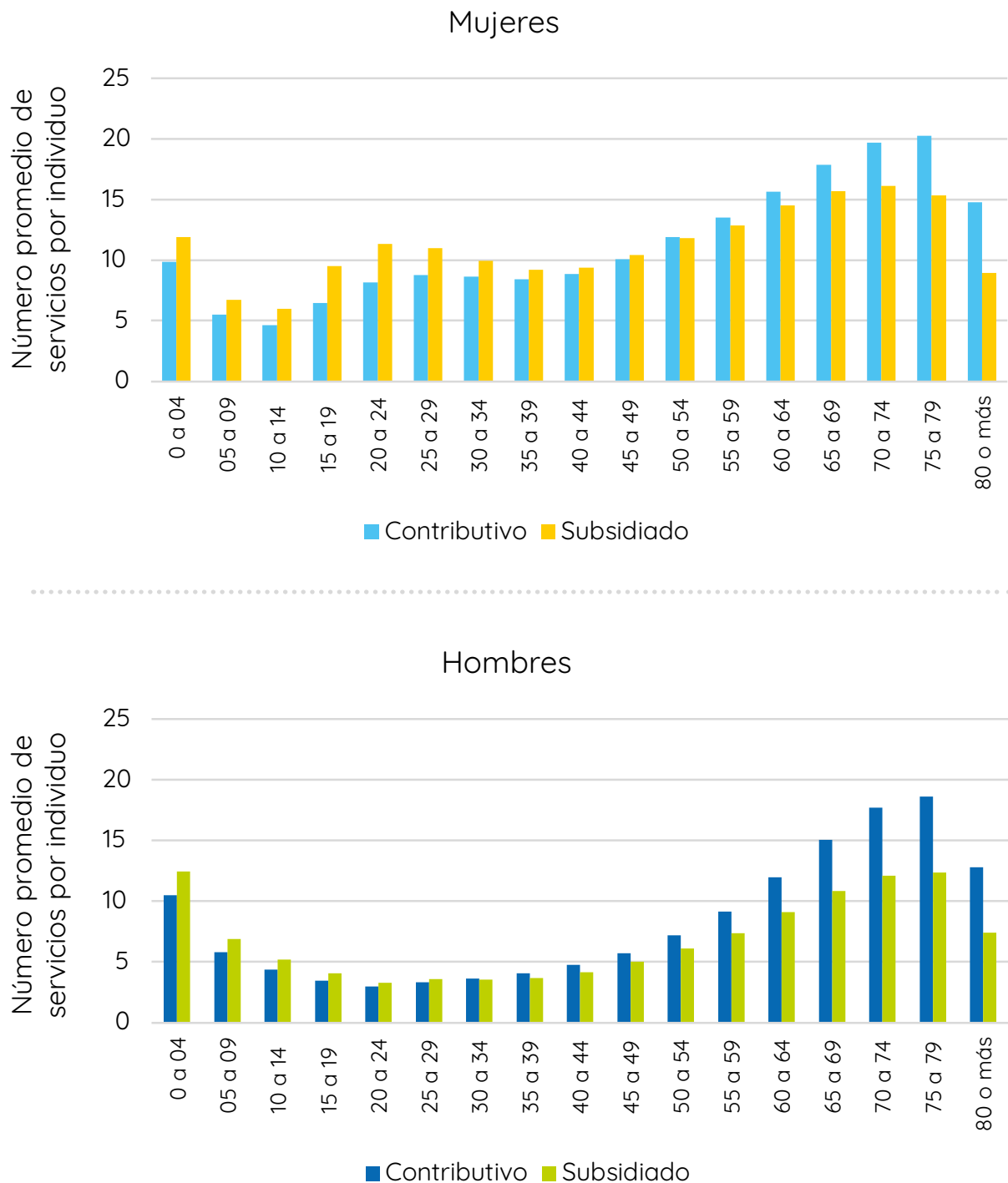
2.3.2.1. Consumo de servicios de salud por individuo

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

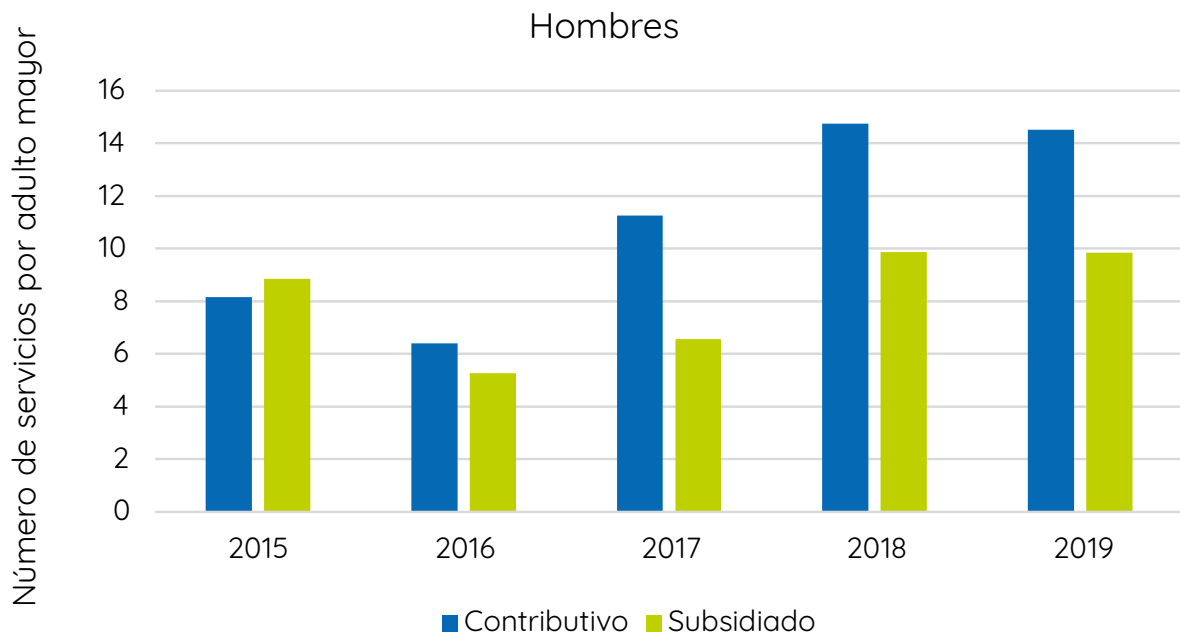
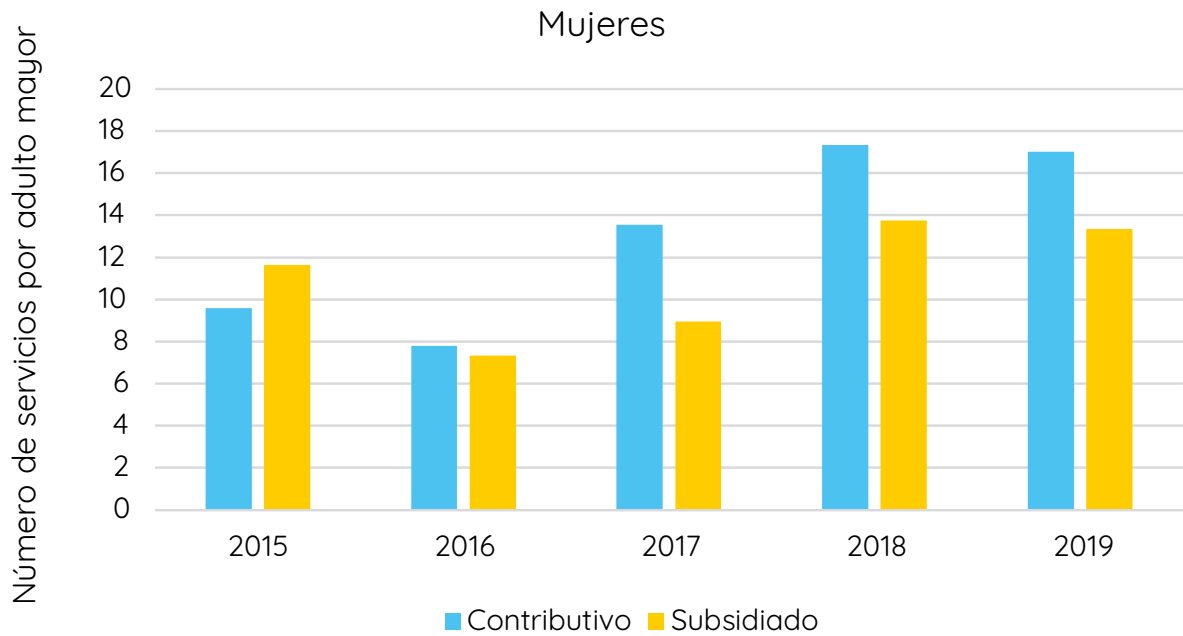
geográfica (entre máximo 16 entre los 75 a 79 años en la región pacífica y máximo 21.1 entre los 75 a 79 años en la región caribe para el régimen contributivo y entre máximo 12.6 entre los 70 a 74 años en la región andina y máximo 16.7 entre los 70 a 74 años en la región de Amazonía para el régimen subsidiado). 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



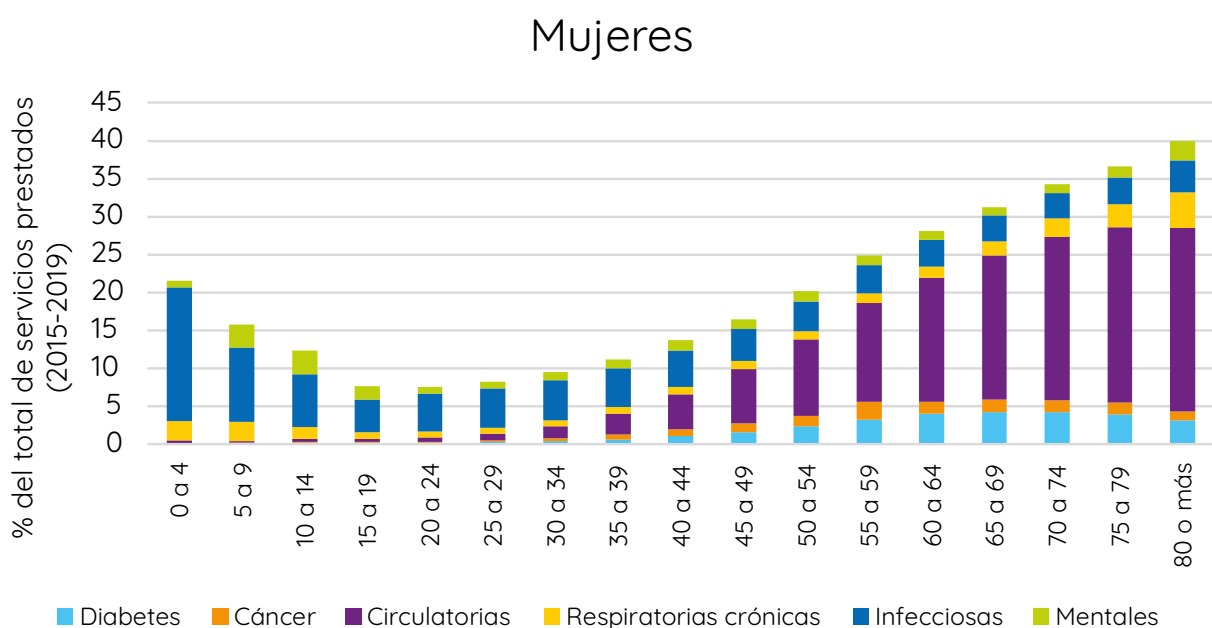
Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios, 2015 - 2020.

2.3.2.2. Consumo de servicios de salud por enfermedad

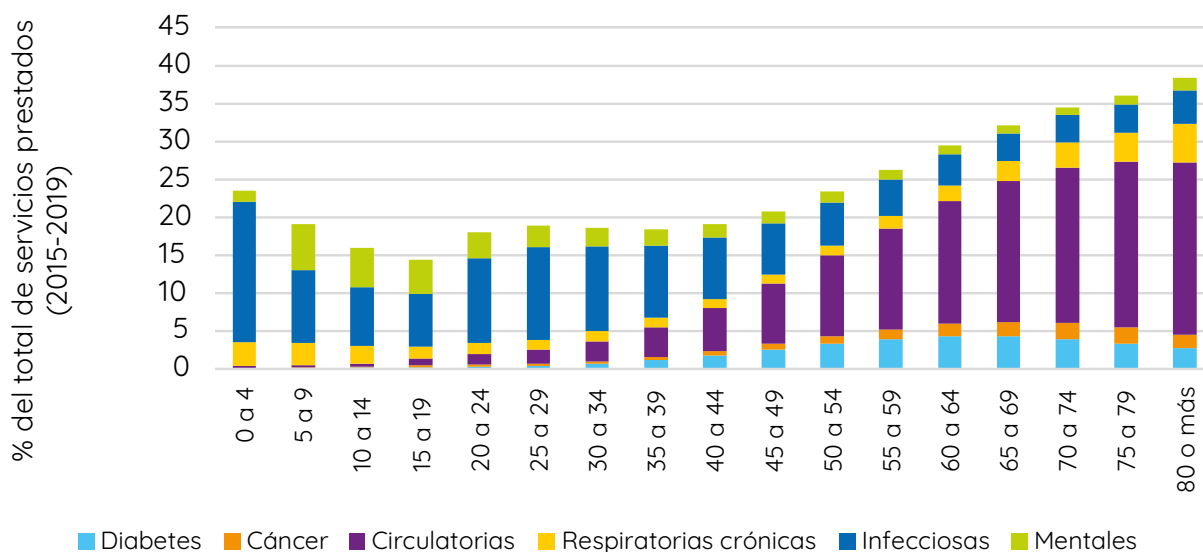
La Figura 11 describe las categorías de enfermedad que más frecuentemente se asociaron a la prestación de servicios de salud en Colombia, según la edad. En resumen, las enfermedades circulatorias, seguidas de la diabetes y sus complicaciones y el cáncer presentaron un incremento después de los 35 años 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).

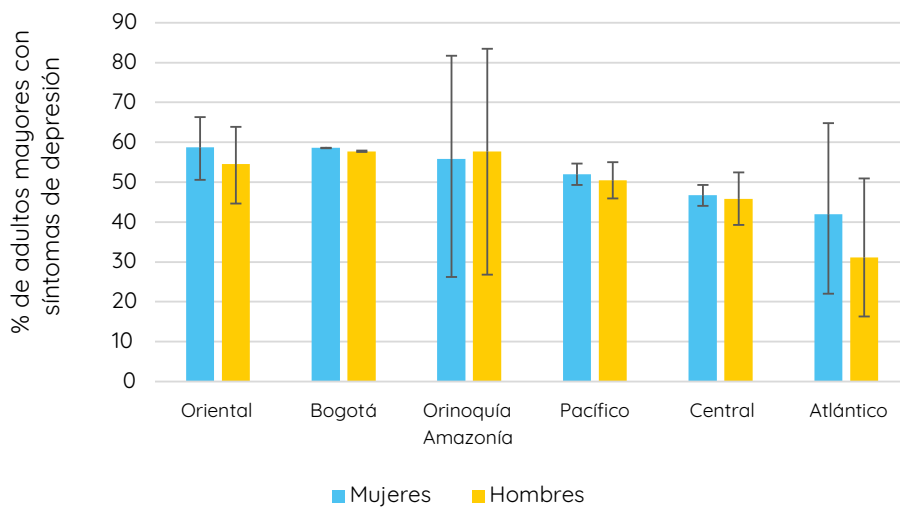
El objetivo de esta sección es describir la prevalencia de los síntomas de las enfermedades mentales más frecuentes que afectan a las personas mayores y explorar sus posibles asociaciones con las características socioeconómicas de las poblaciones. Esta descripción se fundamenta en los resultados del 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

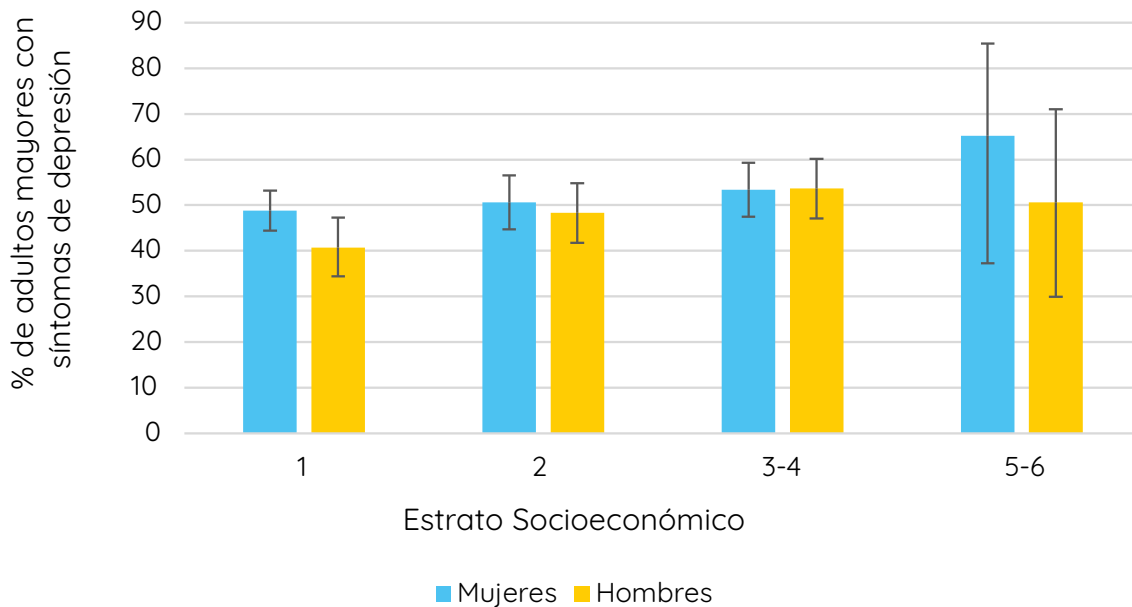
La prevalencia de síntomas de depresión en adultos mayores en Colombia fluctuó entre 47.9% en hombres a 51.5% en mujeres. No se identificaron diferencias significativas en la prevalencia de síntomas de depresión según región de residencia, grupo de edad, estrato socioeconómico, estado civil ni zona de 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



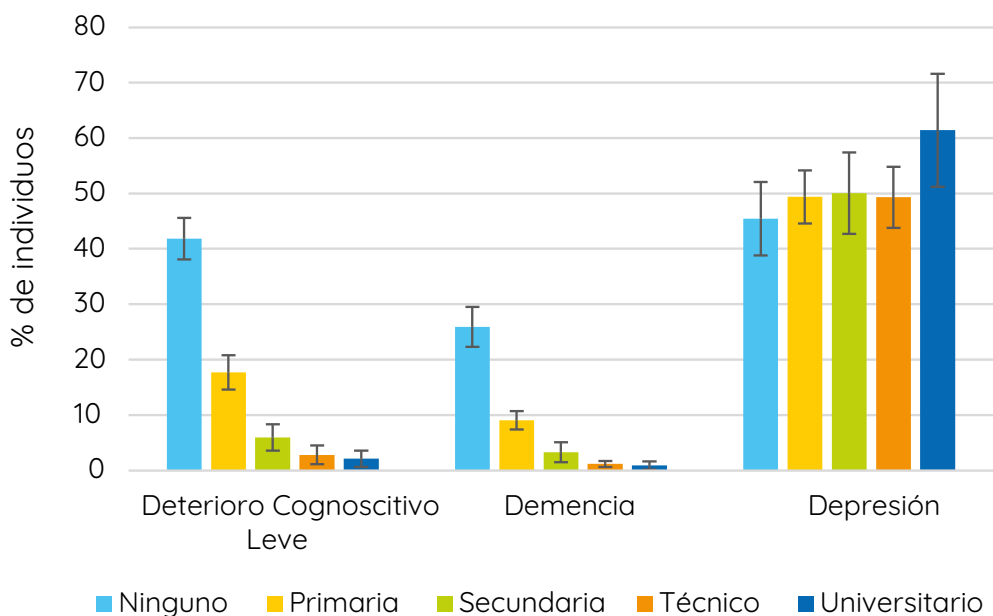
Fuente: datos tomados de la encuesta SABE, 2015.

Figura 13. Prevalencia de síntomas de depresión según estrato socioeconómico



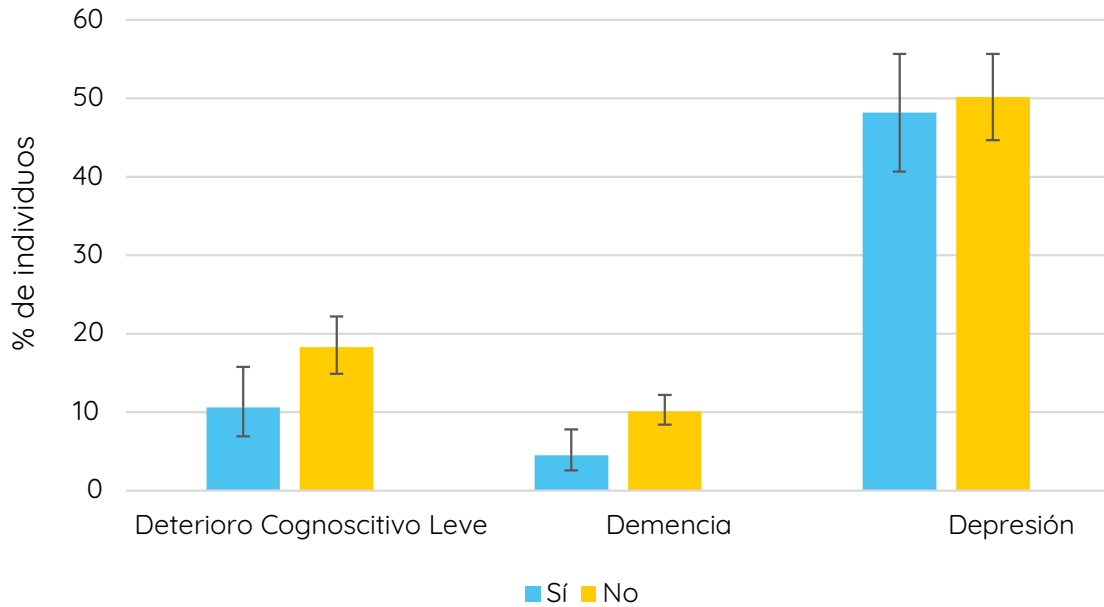
Fuente: datos tomados de la encuesta SABE, 2015.

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.

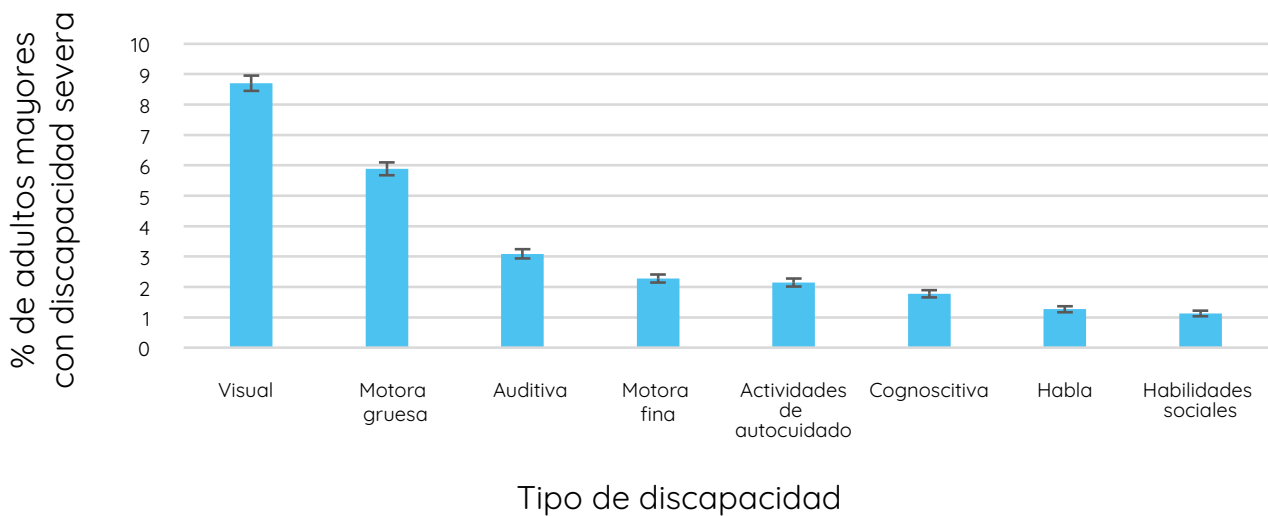
El objetivo de esta sección es proveer información necesaria para la generación de políticas en salud dirigidas a la prevención y tratamiento de la discapacidad en los adultos mayores en Colombia. Para tal fin, este análisis se basa en los datos recogidos por la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en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

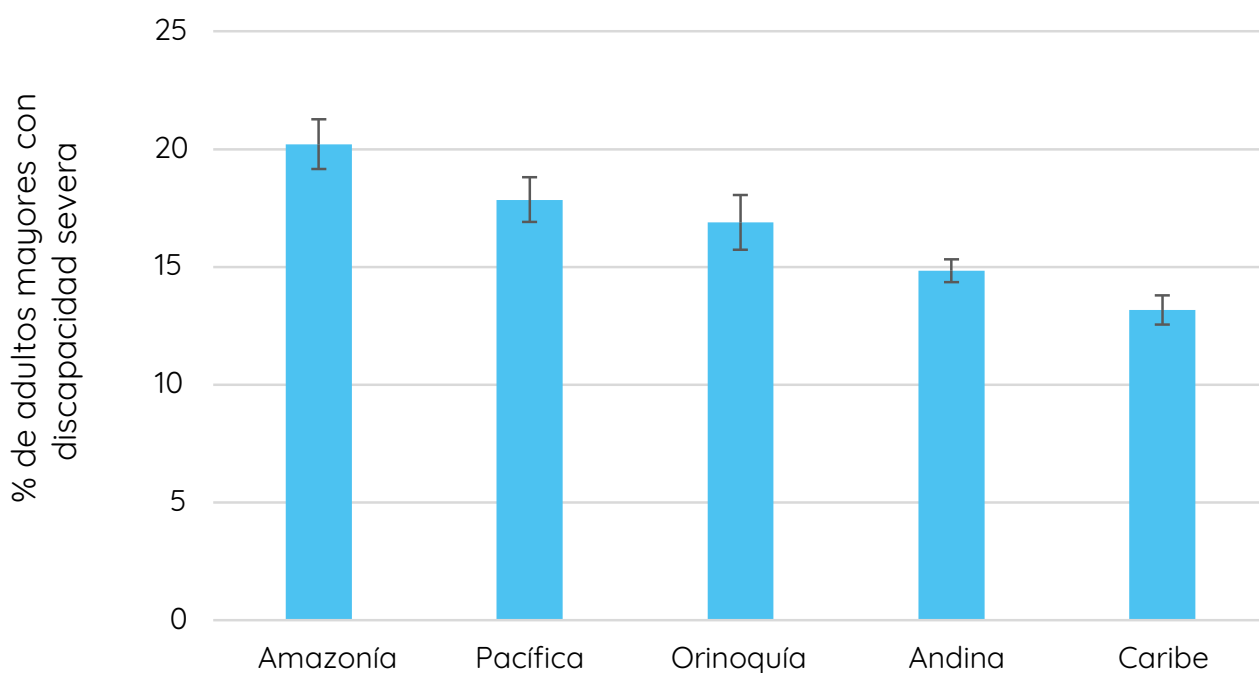


Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2020.

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

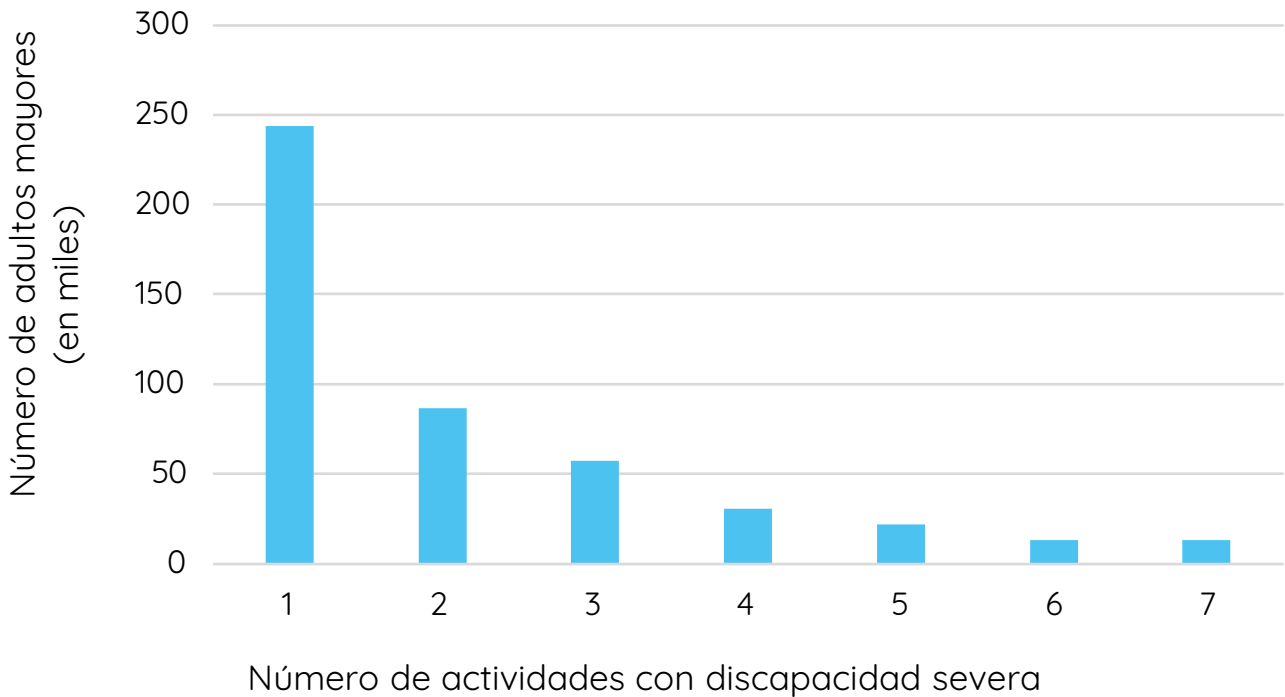


Fuente: Encuesta Nacional de Calidad y Vida, 2020.

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

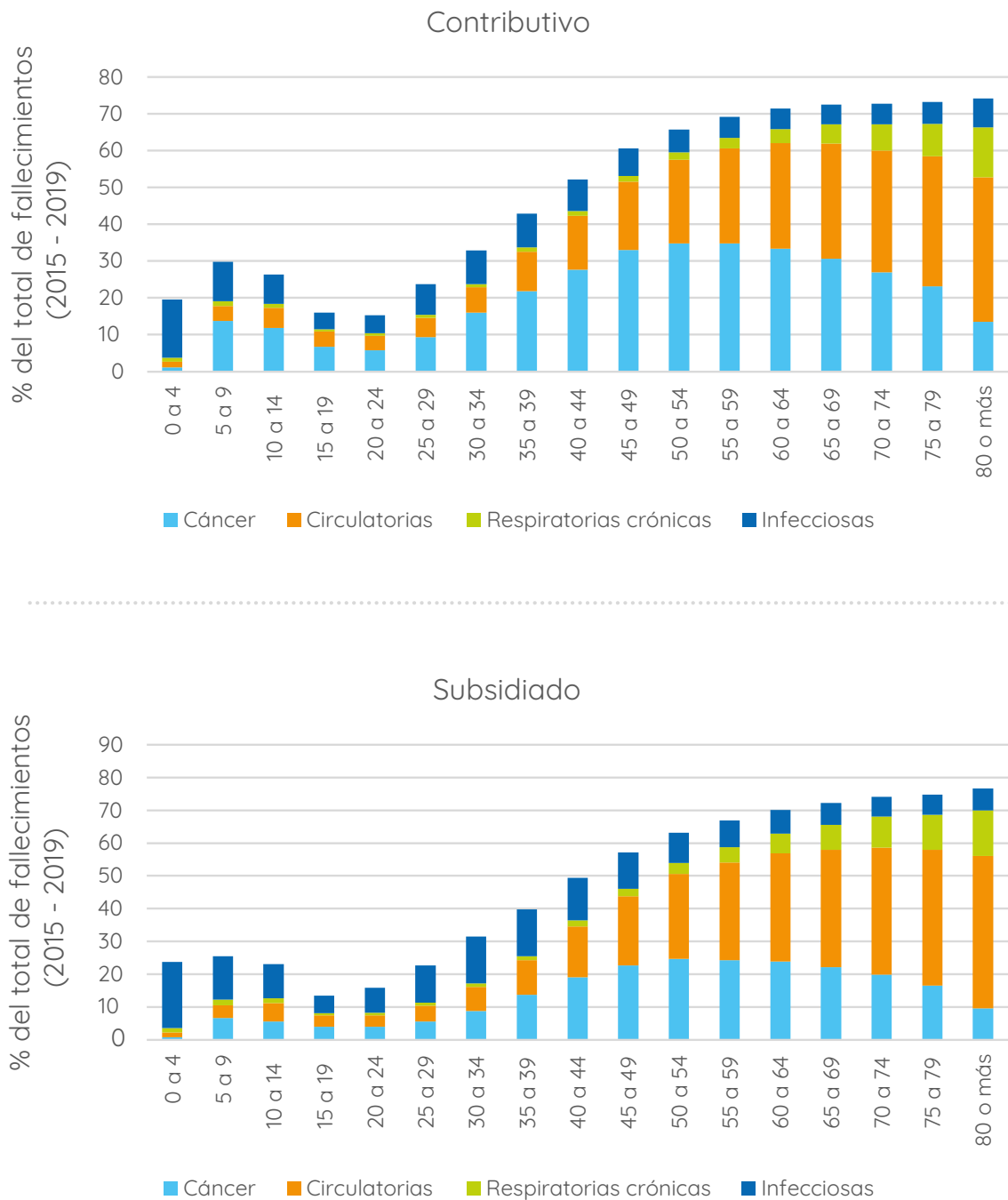
no reflejar adecuadamente el impacto de la mortalidad temprana. Dado que parte de la transición epidemiológica implica el incremento de la presencia de las ECNT, evaluar el efecto en etapas tempranas de la edad adulta mayor resultaría de especial importancia para la generación de políticas en salud (Murray, 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