



Archivos de Medicina (Col)

ISSN: 1657-320X

medicina@umanizales.edu.co

Universidad de Manizales

Colombia

Barrientos Gómez, Juan Guillermo; Velosa Castro, León Denis; Cardona Restrepo, Fernando Antonio

¿Cuáles son los cuidados de larga duración que recibe la población beneficiaria de la secretaría de bienestar social del Municipio de Medellín (Colombia)?: estudio descriptivo, 2012

Archivos de Medicina (Col), vol. 16, núm. 1, enero-junio, 2016, pp. 22-31

Universidad de Manizales

Caldas, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273846452003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

¿CUÁLES SON LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN QUE RECIBE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA DE LA SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN (COLOMBIA)?: ESTUDIO DESCRIPTIVO, 2012

JUAN GUILLERMO BARRIENTOS GÓMEZ, MCS¹, LEÓN DENIS VELOSA CASTRO, MCS²,
FERNANDO ANTONIO CARDONA RESTREPO, ESP.³

Recibido para publicación: 18-08-2015 - Versión corregida: 28-04-2016 - Aprobado para publicación: 03-05-2016

Resumen

Objetivo: determinar las características de los cuidados de larga duración que recibe la población adulta mayor institucionalizada y de los beneficiarios de la estrategia liderada por el centro de atención del adulto mayor AMAUTA de la Secretaría de Bienestar del municipio de Medellín durante el año 2012. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio de tipo observacional - descriptivo por medio de entrevistas y revisión de los registros. Se determinaron: las características de los centros, tipos de servicios que prestan y personal disponible; y de los adultos mayores se establecieron datos socio-demográficos, condición de dependencia, estados de salud, actividades sociales y tiempos de atención recibida por adulto mayor. **Resultados:** se tiene 852 beneficiarios del programa de asistencia en la red de 16 centros de protección al adulto mayor de la ciudad, la mayoría son de carácter privado que prestan servicios de asistencia social, el equipo es en su mayoría personal auxiliar. **Conclusiones:** los centros desarrollan un plan de atención gerontológico definido desde la Alcaldía y responde la asistencia habitacional y nutricional, que es determinada por las situaciones de salud y el grado de autonomía.

Palabras clave: anciano, cuidados a largo plazo, servicios sociales, viviendas para ancianos.

Barrientos-Gómez JG, Velosa-Castro LD, Cardona-Restrepo FA. ¿Cuáles son los cuidados de larga duración que recibe la población beneficiaria de la secretaría de bienestar social del Municipio de Medellín (Colombia)? : estudio descriptivo, 2012. Arch Med (Manizales) 2016; 16(1):22-1.

Archivos de Medicina (Manizales), Volumen 16 N° 1, Enero-Junio 2016, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874. Barrientos Gómez J.G.; Velosa Castro L.D.; Cardona Restrepo F.A.

1 Grupo de Investigación en Salud Pública, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia MD. Correo e: juan.barrantos@upb.edu.co

2 Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Enfermería, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia, denis.velosa@upb.edu.co

3 Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Enfermería, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia, fernando.cardona@upb.edu.co

What are the long-term care received by the beneficiaries of the social welfare secretary Medellin (Colombia)?: a descriptive study, 2012

Summary

Objective: determine the characteristics of long- term care that receive the institutionalized elderly population and of the beneficiaries of the strategy leaded by elderly care center (AMAUTA) from Secretary of Welfare of the municipality of Medellín (Colombia) in 2012. **Materials and methods:** it was conducted an observational - descriptive study through interviews and reviews of the records. Were determined: the characteristics of the centers, types of services provided and available staff; and of the seniors were established socio-demographic data, dependency status, health conditions, social activities and the attention time received for each one of the seniors. **Results:** there are 852 beneficiaries of the program of assistance in the network of 16 protection centers for the seniors of the city, most of them are private institutions that provide welfare services, the team is mainly supported by auxiliary personnel. **Conclusions:** the centers develop a geriatric care plan defined by the municipality and respond to a habitational and nutritional assistance, defined by health situations and them autonomy grade.

Keywords: aged, long term care, social services, housing for the elderly.

Introducción

Los actuales modelos de desarrollo, hacen que los gobiernos piensen en los cambios de la pirámide poblacional, en particular por al incremento de la población adulta, que proyectada a el año 2050 tendrá un 22% de mayores de 60 años, lo que significa un mayor número de adultos mayores que de niños¹. Este envejecimiento poblacional es generado por factores como es la disminución de las tasas de natalidad, los mejores tratamientos y atención en salud que aumentan la expectativa de vida de la población, es un efecto en países de América Latina².

Lo anterior ha llevado a los países que desde la reunión de Viena en el año 1982 en la Primera Asamblea Mundial sobre envejecimiento definan que el objetivo principal es aplicar los derechos fundamentales consagrados en la Declaración Universal; y se destaca desde esta reunión la importancia que este grupo debe

disfrutar en el seno de sus propias familias y comunidades de una vida plena, saludable, segura, satisfactoria y su vinculación integral de la sociedad.³

En Colombia en el censo del 2005 el 6,3 % (2 612 508 personas) del total de la población correspondían a personas mayores de 65 años, con una mayor prevalencia del sexo femenino (54,6%); se proyecta que para el año 2050 la población por encima de los 60 años corresponda al 20% del total de la población⁴.

En la segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Madrid en el año 2002 adopto un Plan de Acción sobre el Envejecimiento promoviendo el desarrollo de una sociedad para todas las edades⁵; es así como, los sistemas de protección social abarcan seguridad social o de reparto, encargados de otorgar pensiones, y los de asistencia social que brindan apoyo mediante programas sociales y no solamente de tipo económico,

son creados como acciones para minimizar los riesgos y enfrentar los cambios que se dan sobre los individuos o la sociedad, como la enfermedad, la vejez, la invalidez, el desempleo, entre otros.⁶

Dentro de estos programas de asistencia social encontramos los cuidados de larga duración, definidos por la OMS como “el sistema de actividades desarrolladas por cuidadores informales (familia, amigos, vecinos) o profesionales (servicios sanitarios y sociales) para garantizar que una persona que no pueda valerse por sí misma pueda llevar una vida con la mayor calidad posible, según sus gustos personales, el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, logros personales y dignidad humana”,⁷ actividades que deben estar articuladas a la atención de los servicios de salud encargada de mejorar las situaciones generadas por enfermedad.

Como grupo vulnerable la población adulta mayor presenta grandes diferencias debidas a determinantes sociales como la tenencia de red de apoyo, nivel de escolaridad, grado de autonomía, presencia de enfermedades crónicas, entre otros; lo que deja dentro del mismo grupo, personas en condiciones extremas de pobreza, falta de autonomía y de asistencia, quienes son los beneficiarios de los programas de asistencia social brindados a nivel estatal, y que por su población deben ser permanentes.⁸

En la ciudad de Medellín (Colombia) los potenciales usuarios beneficiados de este sistema de atención o cuidados corresponden de acuerdo al Censo del 2010, a 310 197 adultos mayores es decir el 13,2% de la población.⁹

Para la población vulnerable el Estado encaminan acciones o modelos de asistencia para disminuir riesgos, y dar las condiciones que promuevan la autonomía. Esto es denominado como sistemas de atención a la dependencia.¹⁰ Las políticas se dirigen a una nueva concepción de la vejez, como una etapa de vida activa, donde se mantenga el mayor grado

de autonomía individual y las capacidades de autorrealización.¹¹

De acuerdo a lo anotado los servicios de cuidados de larga duración de la OMS en el 2000 establecen la participación de la vida social, familiar y comunitaria, la adaptación del entorno para compensar funciones disminuidas, la evaluación social y sanitaria, los planes de atención y seguimiento, los programas para reducir discapacidad, la garantía de la calidad, atención institucional o residencial cuando sea necesario, la atención de las necesidades espirituales, emocionales y psicológicas, el apoyo a familiares, amigos y demás cuidadores informales y la atención profesional de acuerdo a las características culturales.¹⁸

En el caso Colombiano, se dispone de asistencia social para personas mayores de 65 años o a discapacitados mayores de 50 años en extrema pobreza, por medio de una prestación económica o atención en centros vida, financiado por el Estado por medio de los impuestos.¹⁷ La Ley 1276 de 2009 establece criterios de atención integral para garantizar la protección del adulto mayor a través de los Centros Vida como instituciones que contribuyen a brindar una atención integral a las necesidades de esta población y mejorar, así su calidad de vida, entendida esta como la salud física y mental, niveles de independencia, las creencias y las relaciones con el entorno.¹³ Un estudio en adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Medellín mostró que la pérdida de autonomía, la presencia de ansiedad o depresión y el aislamiento familiar se asocian al deterioro en la percepción de calidad de vida.¹⁴

Se entenderá como Centro de protección al adulto al conjunto de proyectos, procedimientos, protocolos e infraestructura física, técnica y administrativa orientada a brindar una atención integral, durante el día, a los Adultos Mayores. Los beneficiarios de los Centros son adultos mayores de niveles I y II de Sisbén o quienes según evaluación socioeconómica, realizada

por el profesional experto, requieran de este servicio para mitigar condiciones de vulnerabilidad, aislamiento o carencia de soporte social. Los servicios de atención serán alimentación, orientación psicosocial, atención primaria en salud, aseguramiento en salud, capacitación, deporte, cultura y recreación como los más relevantes.¹²

En América Latina, las familias son la principal fuente de cuidados a las personas con dependencia, brindando servicios como la habitación, alimentación y el cuidado básico; aspecto reconocido en Europa como un factor de riesgo que genera exclusión social, asociado a la sobrecarga familiar que generan los cuidados de larga duración, especialmente para los cuidadores principales,¹⁵ dentro de los cuales la mujer como madre, esposa o hija del adulto mayor dependiente juega un papel determinante.¹⁶

En el caso particular de la ciudad de Medellín se dispone de una red de Centros de Protección Social al Adulto Mayor CPSAM, que presta asistencia a las personas mayores que no tengan red de apoyo y que estén catalogadas en nivel de pobreza extrema, es decir, que no poseen los recursos para costear los servicios de cuidados de larga duración.

EL objetivo de este estudio es tener una mayor identificación de los servicios sociales prestados durante la atención institucionalizada de las personas mayores, y las características de los beneficiarios, aportando la evaluación e intervención de los servicios sociosanitarios ofrecidos a los adultos mayores de la ciudad.

Materiales y métodos

Se realizó una investigación descriptiva, la población de estudio fue en total 852 personas adultas mayores en instituciones y 16 centros que prestan servicios orientados a la atención social y cuidado del adulto mayor, durante el segundo semestre del 2012, no se presentaron exclusiones. Las variables son el origen

de la institución, tipo de servicios ofrecidos, profesionales de la salud que lo constituyen, existencia sistema de calidad, cumplimiento de requisitos por la alcaldía, mecanismos de selección o evaluación de su grado de autonomía de los usuarios, personal de cuidadores, programas de estímulo de estilos de vida saludables y espacios lúdicos; por otra parte se realizó una caracterización de los adultos mayores y las variables se relacionaron con el nivel de dependencia física de los pacientes beneficiarios, nivel socioeconómico de acuerdo al barrio de la familia o lugar de residencia, número de horas dedicadas para la atención del adulto mayor, necesidades ocupacionales en el centro, edad, sexo, seguridad social, nivel de escolaridad, enfermedades concomitantes; La fuentes de información fueron recolectadas con la aplicación de dos instrumentos desarrollados por los investigadores; se trató de una investigación sin riesgo de acuerdo a lo definido en la resolución 8430 de 1993 de investigaciones en salud en Colombia, previo aval del Comité de Ética en investigación en salud de la Universidad Pontificia Bolivariana y con la colaboración de la unidad encargada de la población adulta de la secretaría de bienestar del Municipio de Medellín, se procedió a realizar la investigación cumpliendo con los principios éticos de respeto, beneficencia, no mal eficiencia y justicia. La recolección se realizó por medio de encuesta a los centros y revisión de los registros clínicos de cada uno de los adultos, se elaboró una base de datos en Excel y un análisis descriptivo utilizando el software SPSS 17 realizando un análisis de medidas de tendencia central.

Resultados

Red institucional

El municipio tiene una red de 16 instituciones en diferentes zonas geográficas de la ciudad, existiendo una mayor concentración en la región de prado centro, de origen privado 75% de las instituciones, las cuales se organizan

por medio de una alianza con la que se hace la relación contractual.

De los servicios de salud brindados a la población, en el 100% de los centros corresponden a fisioterapia, asistencia gerontológica y nutricional; la atención psicología en el 93,8% y enfermería en el 81,3% de estos; si bien el servicio médico no es exigido en el contrato el 56,3% de las instituciones dan atención médica, finalmente el 35,7% de los centros se realiza actividades de promoción y prevención.

Los servicios sociales declarados por las diferentes instituciones, se orientan a que estimular la participación de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria que promuevan la autonomía de los adultos mayores.

Tabla 1. Instituciones que desarrollan actividades a la población adulta mayor de acuerdo al tipo de estímulo en el municipio de Medellín (Colombia)

Tipo de estímulo que ofrecen los servicios sociales	n	%
Asistencia Personal (ABVD)	16	100
Asistencia Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD)	13	81,3
Acompañamiento Social	10	62,5
Intervención Comunitaria	3	18,8

Fuente: Propia

Las 3 primeras actividades de los servicios sociales que brindan los centros corresponden en su orden a ejercicio y recreación, el fomento de actividades lúdicas y habilidades motrices.

Tabla 2. Instituciones que desarrollan actividades sociales a la población adulta mayor en el Municipio de Medellín (Colombia) en 2012.

Actividades sociales desarrolladas por los centros	n	%
Ejercicio y recreación	12	85,7
Lúdicos	12	85,7
Habilidades manuales y motrices	10	71,4
Rehabilitación	8	57,1
Educativos	7	50,0
Otros programas	7	50,0
Autocuidado	5	35,7

Fuente: Propia

Las instituciones cuentan con diferente equipo humano para realizar las diferentes actividades sociosanitarias, no todas las instituciones cuentan con el mismo número de horas contratadas y existen instituciones sin horas de vinculación en algunas profesiones, siendo llamativo la no existencia de horas de auxiliar de enfermería en una institución que se explica por el nivel de especialización de la misma en fisioterapia, sin embargo la mediana de auxiliar de enfermería fue 176 horas semana, en segundo lugar los auxiliares gerontológicos con 96 horas semanales y en tercer lugar el gerontólogo con una mediana de 48 semanales.

Adicionalmente este equipo humano cuenta con el apoyo de otro personal no contratado por el centro por convenios formativos siendo el personal bachiller el más común con un número de 23 horas semanales de mediana.

La programación de actividades de asistencia a la población está establecida por un plan de trabajo con la población adulta mayor, para su realización es necesario evaluar el estado de salud, autonomía y condición mental al ingreso y durante el tiempo de permanencia en cada centro; esta calificación o evaluación permite la asignación presupuestal por cada centro y se propone para evaluar impacto del plan gerontológico. Para esto se cuenta con instrumentos de valoración de la dependencia o autonomía de los pacientes en el 100% de las instituciones. Al indagar sobre cuál es el instrumento utilizado para la valoración geriátrica, el 87,5% (14) de los centros usan escalas de valoración del estado mental (Mini-Mental State Examination MMSE) y la capacidad funcional de los individuos (índice de Barthel), sin embargo la secretaría realiza una calificación utilizando adicionalmente otros dos instrumentos Test de Yesavage y Escala de Lawton.

Tabla 3. Número de horas contratadas en los centros por profesional para la atención de población adulta mayor en municipio de Medellín (Colombia) 2012.

Horas Semana	Mínimo por institución	Máximo por institución	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Médico	0	48	1	0	4
Enfermero	0	240	14	0	48
Gerontólogo	2	192	48	44	48
Auxiliar Gerontólogo	0	480	96	24	120
Auxiliar Enfermería	0	576	176	120	216
Fisioterapeuta	2	48	5	4	10
Psicólogo	0	48	6	3	22
Terapia Ocupacional	0	48	4	0	7
Otros	0	72	2	0	20

Fuente: Propia

Beneficiarios (adultos mayores institucionalizados)

La red de centros de protección al adulto mayor que se encargan de la atención de cuidados de larga duración consistente en asistencia social residencial y actividades gerontológicas, son en total de 852 usuarios, de los cuales el 54,1% está localizado en solo tres centros de la red.

Del total de la población beneficiaria de la asistencia Municipal el 54,7% (466) corresponden a hombres y 45,3% (386) a mujeres. Sin embargo en algunas instituciones existe un número importante de mujeres con respecto a los hombres.

La afiliación al sistema de seguridad social el 96,2% corresponde al régimen subsidiado.

En lo que respecta a los grupos por rango de edad se encuentra una media de 75,25 años con un mínimo de 49 y máximo de 104 años de edad, siendo el grupo más numeroso entre 75 a 84 años (37,5% de toda la población) y un grupo de 31 (3,8%) que están por debajo de la edad de clasificación de adulto mayor.

El nivel de escolaridad predomina el analfabetismo con un 28,1% (239 casos) y en segundo lugar la primaria incompleta con un 30,4% (259 casos).

Como se mencionó la Secretaría determina la realización de una batería de instrumentos

para la evaluación integral del adulto cuando ingresan a los centros para determinar su condición y poder evaluar en el tiempo el impacto del plan de atención gerontológico. En las historias solo se encuentra evidencia del uso de Barthel, Minimental y en algunos casos Yesavage. Con respecto a la evaluación del grado de dependencia obtenida de los registros clínicos se realiza dos tipos interpretaciones dado que el instrumento de Barthel fue adaptado por la secretaría (no validado) estableciendo tres grados de calificación, donde los adultos mayores independientes son el 41,7% (355), el 31,2% (266) son dependientes y el 27,1% (231 casos) semidependientes. En segundo lugar cuando se realiza el análisis utilizando el puntaje dado en la Escala de Barthel con los grados de calificación tradicional, es decir 5 condiciones, cambia la distribución, como se aprecia en la tabla 4.

Tabla 4. Nivel de dependencia de la población adulta mayor atendida en los centros de protección de acuerdo a la Escala de Barthel con cinco niveles.

Clasificación de dependencia con la escala de Barthel	n	%
Dependencia total	110	14,3
Dependencia Severa	134	17,4
Dependencia Moderada	180	23,4
Dependencia Escasa	43	5,6
Independencia	302	39,3
Total	769	100

Fuente: Propia

Con respecto a los puntajes evaluación cognitiva registrados en la historia realizada con el minimental test se encontró sospecha de daño severo en un 26,8% (228 casos), daño moderado 26,5% (211 casos), daño medio en un 23,5% (200 casos) y sin daño el 18,4% (157 casos).

Finalmente la escala de tamizaje de Yesavage registrada en la historia para determinar la sospecha del grado de depresión se encontró que el 61,5% (524 casos) tienen posibilidad de depresión, el 17,4% (148) tiene depresión moderada y el 8,3% (71 casos) puntúan para depresión severa.

Las escalas solo son utilizadas al ingreso al centro de protección, pero no se utilizan para el seguimiento del impacto del plan gerontológico y no se evidencio el uso de la escala Lawton.

Sobre el número de horas de cuidado formal por adulto brindado por el personal de los centros que fue verificado con los coordinadores de los mismos, se encontró que el número de horas más frecuente de atención por adulto diario corresponde a una 1 hora en el 29% (247) y el número de horas de cuidado más alto fue 8 horas diarias 0,4% (3). Al realizar el análisis del número de horas de acuerdo al grado de dependencia, este aumenta simultáneamente con el grado de dependencia, 240 casos con una hora al día de cuidados en independien-

tes, 148 casos con dos horas de cuidados en semidependientes y 116 casos con cuidados de 4 horas diarias en dependientes.

Sobre las actividades ocupacionales de la población se pudo encontrar que se dan por medio del plan de atención gerontológica con un 53,3% (454 casos) y no se presenta ninguna actividad en el 24,3% (207 casos).

Finalmente sobre las patologías encontradas en la población evaluada se encuentran una relación de 1,92 patologías por individuo, como la primera causa están las enfermedades del sistema circulatorio con un 56,1% (433), en segundo lugar están las enfermedades mentales y del comportamiento con un 37,2% (287) cada una, y en tercer lugar las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas con un 25,6% (198).

Discusión

El proceso institucionalización de los cuidados de larga duración esta dirigido a cubrir 852 cupos para la vivienda y atención de necesidades sociales por medio de un Plan gerontológico de ciudad, para esa población se cuenta con una contratación con una red de servicios en su principalmente privada que esta encargada de asistir socialmente al adulto mayor en condición de abandono o sin red de apoyo y que en muchos casos está en estado

Tabla 5. Listado de actividades versus nivel de dependencia realizadas por los adultos mayores atendidos en los centros de protección de adulto mayor contratados por el municipio de Medellín (Colombia) 2012.

Actividades ocupacionales realizadas en el Centro por usuario	CATEGORIA DE NIVEL DE DEPENDENCIA							
	Independiente		Dependiente		Semidependiente		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sin Dato	1	,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1	0,1
Manejo del Tiempo Libre	28	7,9	12	4,5	15	6,5	55	6,5
Mantenimiento Físico	6	1,7	6	2,3	6	2,6	18	2,1
Salida Recreativas	8	2,3	7	2,6	3	1,3	18	2,1
Terapia Manual para Motricidad Fina	18	5,1	10	3,8	21	9,1	49	5,8
Terapia Manual para Motricidad Gruesa	13	3,7	19	7,1	18	7,8	50	5,9
Todas las actividades	229	64,5	106	39,8	119	51,5	454	53,3
Ninguna actividad	52	14,6	106	39,8	49	21,2	207	24,3
Total	355	100	266	100	231	100	852	100

Fuente: Propia

de indigencia. La relación contractual que tiene el municipio para la atención de los cuidados de larga duración es comparable con modelos Europeos de CLD en los que también existe una responsabilidad regional y municipal, con prestadores oficiales y privados, con diferencia en una mayor financiación por cotización y copagos en el modelo Europeo.²⁰

La red presta su atención en servicios sociales que son principalmente para el fomento de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, como son la actividad física y la recreación, ludica, manualidades o actividades motrices, terapia ocupacional y educación entre otros, el reto continúa siendo el diseñar intervenciones que beneficien a la mayoría de adultos mayores institucionalizados, ya que programas de rehabilitación funcional pueden tener impactos positivos o negativos en dependencia de la capacidad cognitiva del adulto mayor.²¹

La capacidad instalada de profesionales que apoyan estos centros está dado principalmente por personal auxiliar de enfermería, en segundo lugar auxiliares de geriatría, en un tercero y cuarto plano están los gerontólogos y el profesional de enfermería; si bien se cuenta con personal apoyo no profesional que apoya algunas actividades, este no supera 38 semanales (mediana) son básicamente bachilleres que se convierten en red complementaria.

Es importante destacar que, a pesar de la importancia dada por el equipo de la Secretaría a los instrumentos de evaluación de las esferas física, mental, social y funcional para la dependencia. No se pudo evidenciar el uso de todas ellas, y las que se proponen para la valoración geriátrica integral del adulto mayor.²² Lo anterior se evidenció al no encontrarse registradas en la historias de los adultos por parte de los centros, y siendo utilizadas las tradicionales Escala Barthel, mini mental test y en pocos casos Yesavage. Sin embargo no son uso periódico de acuerdo a los hallazgos de la investigación, que es de importancia para

la valoración integral y determinar el impacto de las actividades programadas en el plan gerontológico de los centros y aprobados por la Secretaría.

Desde la óptica de los adultos atendidos la población es hoy día de mayoría de sexo masculino 54,7%, que se comporta como en el resultado de una caracterización realizada en 2011 donde eran el 60,2%, en contraste la población general se comporta con una proporción mayor de mujeres sobre hombres evidenciando una mayor longevidad femenina, situación denominada la OPS como feminización del envejecimiento.²³

El grupo etario más común es del rango de 75 a 84 con 303 personas 37,5%, y en segundo lugar de 65 a 74 años 240 personas o 29,7%, se encuentra una población de 3,8% o 31 personas inferior a los 60 años que al parecer es población grandes limitaciones de red de apoyo y con patologías severas.

El mayor grado de dependencia se presentó en adultos con el bajo grado de escolaridad, resultado que es similar a cifras nacionales; que adicionalmente está unido a otros determinantes como edad, género femenino, presencia de enfermedad crónica y el estar sin pareja^{24,25} Lo anterior implica dinámicas más complejas para abordar esta población y ofrecer los servicios de estímulo y generación de actividades, siendo difícil por la existencia de la no participación en actividades sociales de la población atendida.

Existe un número importante de pacientes que tiene alto y mediano grado de deterioro cognitivo lo que invita a desarrollar planes específicos para intervenir la condición más común de impacto del envejecimiento.

Se alcanza a observar una relación entre el tiempo de asignación al cuidado por personal auxiliar y el grado de dependencia y se podría decir que existen 3 grupos de acuerdo al grado de dependencia así, sin dependencia implica 1 hora diaria de asistencia directa, semidepen-

dencia 4 horas y dependiente con 6 horas, esto podrá ser más analizado al convertirse en un criterio importante de intervención en el futuro.

Finalmente y a pesar que el objetivo no es analizar el grado de salud de la población, existe una carga de enfermedad 1,9 enfermedades por adulto mayor, muy acorde a lo esperado en este ciclo vital, con un predominio de patologías de espectro cardiovascular y mental que superan juntas el 90% de todas las enfermedades de este grupo, deben seguir siendo tenidas en cuenta por su gran impacto en la generación de dependencia es decir generan mayores tempos de asistencia por parte que los equipos sociosanitarios y la el detrimiento de la calidad de vida de la población. Lo anterior guarda relación con lo encontrado a nivel latinoamericano donde se encuentran relaciones significativas entre la incapacidad para realizar ABVD y la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles especialmente las de tipo circulatorio (ACV) y depresión.²⁶

Se puede concluir que en la ciudad de Medellín (Colombia) cuenta con un modelo de atención de cuidados de larga duración de tipo asistencial, organizado por una red de servicios que garantiza atenciones sociales y de salud institucionalizadas a una población adulta de

852, todas ellas con una importante carga de enfermedad y con algún grado de dependencia para la realización de sus actividades de la vida diaria, lo cual hace que las intervenciones establecidas en el Plan Gerontológico del Municipio sean de una mayor complejidad y con el reto de diseñar intervenciones que beneficien a la mayoría de adultos mayores institucionalizados. Este estudio aporta información para la intervención de los servicios sociosanitarios y gestión eficiente de los recursos y otros programas similares.

Como limitaciones en la realización del estudio fue la calidad de la fuente de registro o historia, dado que no se pudieron valorar las diferentes escalas utilizadas para evaluar el grado de dependencia como lo propone la secretaría bienestar del municipio.

Conflictos de interés: No se presentan conflictos de interés para la realización de esta investigación, hace parte de una línea de investigación de un grupo universitario que no posee relaciones directas con la secretaría de bienestar, ni con la rede de servicios investigada..

Fuentes de financiación: Internas, Institución de Educación Superior

Literatura citada

1. United Nations Fund. **Population issues: meeting development goals. Fast Facts**. New York: United Nations Fund; 2007
2. Nieto-Antolínez ML, Alonso-Palacio LM. **¿Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional?** *Salud Uninorte* 2007; 23(2):292 - 301.
3. Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. **Informe final**. Viena: Naciones Unidas; 1982.
4. Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. **Diagnóstico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia**. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia; 2013.
5. Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. **Informe final**. Madrid: Naciones Unidas; 2002.
6. Suárez R, Pescetto C. **Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe**. *Rev Panam Salud Pública* 2005;17(5-6):419-28.
7. Organización Mundial de la Salud, Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital. **Envejecimiento activo: un marco político**. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37(S2):74-105.
8. Jaramillo-Pérez I. **La tercera edad en Colombia y la ley 100 de 1993: oportunidades y amenazas**. En: COLSUBSIDIO Simposio Internacional Envejecimiento Competente, Retiro y Seguridad Social. Santa Fe de Bogotá: Colsubsidio; 1999.
9. Alcaldía de Medellín. Secretaría de Bienestar Social. Unidad de Personas Mayores. **Son tu mayor tesoro**. Medellín: Alcaldía de Medellín. Secretaría de Bienestar Social. Unidad de Personas Mayores; 2011
10. Arriba-González de Durana A, Moreno-Fuentes FJ. **El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeo contemporáneos**. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2009.
11. Belenger M, Aliaga F. **Autonomía funcional y ocupación del tiempo libre en personas mayores**. *Rev Rol Enferm* 2000; 23(3):231-4.
12. Ley 1276 de 2009. (Diario Oficial No. 47.223, 5 de enero de 2009).
13. Alfonso Urzúa M, Caqueo-Urízar A. **Calidad de vida: una revisión teórica del concepto**. *Terapia Psicológica* 2012; 30(1):61-71.
14. Estrada A, Cardona D, Segura A, Chavarriaga L, Ordóñez J, Osorio J. **Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín**. *Biomédica* 2011; 31:492-502.
15. Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores. **Proyecto de informe sobre protección social e inclusión social 2008** Bruselas: Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores; 2008.
16. Abellán García A, Esparza Catalán C, Pérez Díaz J. **Evolución y estructura de la población en situación de dependencia**. *Cuad Relac Laborales* 2011; 29(1):93-123.
17. Núñez J, Espinosa S. **Asistencia social en Colombia: diagnóstico y propuestas**. Bogotá DC: Universidad de los Andes, CEDE; 2005
18. Sanhueza-Parra M, Castro-Salas M, Merino-Escobar JM. **Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud**. *Cienc Enferm* 2005;11(2):17-21.
19. Albarrán VA. **Proyecciones de gasto público en cuidados de larga duración en la Unión Europea (2007-2060)**. *Presup Gasto Público* 2009; 56:145-62.
20. Puyol R, Avellán, A. **Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española**. Madrid: Mondial Assístanse; 2006.
21. Kerse N, Peri K, Robinson E, Wilkinson T, Randow M von, Kiata L, et al. **Does a functional activity programme improve function, quality of life, and falls for residents in long term care? Cluster randomised controlled trial**. *BMJ* 2008; 337:a1445.
22. Secretaría de Salud de México. **Valoración geronto-geriátrica integral en el adulto mayor ambulatorio**. México DF: Secretaría de Salud de México; 2011.
23. Cardona D, Estrada A, Agudelo HB. **Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín**. *Biomédica* 2006; 26(2):206-15.
24. Dulcey-Ruiz E, Arrubla Sánchez DJ, Sanabria Ferrand P. **Envejecimiento y vejez en Colombia**. Bogotá DC: Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia; 2013.
25. Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. **Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001**. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 22(1):1-11.
26. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. **Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe**. *Rev Panam Salud Pública* 2005;17(5/6):353-61.

