

18947.30
(046674)

c.2



NACIONES UNIDAS
Fondo de Población de las Naciones Unidas
Programa Global de Formación en Población y Desarrollo

Centro Latinoamericano de Demografía

**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
A LAS PERSONAS MAYORES DE
55 AÑOS EN ARMENIA,
COLOMBIA
CARLOS HERNÁNDEZ**

ENSAYO DE INVESTIGACIÓN FINAL



CURSO DE POSTGRADO EN POBLACION Y DESARROLLO 1995

Santiago de Chile

**CELADE - SISTEMA DDCPAL
DOCUMENTACION
SOBRE POBLACION EN
AMERICA LATINA**

SÓLO PARA USO INTERNO

Este documento corresponde a un trabajo realizado por el participante.

No ha sido sometido a revisión editorial y los juicios en él contenidos son de responsabilidad exclusiva de su autor.

NACIONES UNIDAS

Fondo de Población de las Naciones Unidas

Programa Global de Formación en Población y Desarrollo

Centro Latinoamericano de Demografía

**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A LAS
PERSONAS MAYORES DE 55 AÑOS EN
ARMENIA, COLOMBIA
CARLOS HERNÁNDEZ**

ENSAYO DE INVESTIGACIÓN FINAL



CURSO DE POSTGRADO EN POBLACION Y DESARROLLO 1995

Santiago de Chile

**CELADE – SISTEMA DOCPAL
DOCUMENTACION
SOBRE POBLACION EN
AMERICA LATINA**

INDICE

I.	INTRODUCCION.	4
II.	ANTECEDENTES	6
III.	MARCO TEORICO	9
IV.	MARCO DE REFERENCIA.	
1.	PROPÓSITOS Y OBJETIVOS.	
1.1.	Propósitos.	14
1.2.	Objetivos Generales.	14
1.3.	Objetivos Específicos	14
2.	CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS	
2.1.	Caracterización del tipo de estudio	15
2.2.	Tiempo de ocurrencia	15
2.3.	Tipo de muestreo	15
2.4.	Explicación del modelo a utilizar	16
2.4.1.	Esquema de intervención	16
2.4.2.	Pasos a seguir	17
2.5.	Definición de las variables	17
2.6.	Fuentes de Datos	19
2.6.1.	Datos a utilizar	19
2.7.	Método utilizado en la recolección de las encuestas	
2.7.1.	Método de recolección de las encuestas	19
2.8.	Método para la proyección de la población	21
2.9.	Método para la proyección de las necesidades del Sector Salud.	21

V. RESULTADOS.

1.	ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS FORMULADAS A LOS AFILIADOS A LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	
1.1	Entidades	23
1.2.	Edad y Sexo de los encuestados	24
1.3.	Programas	24
1.4.	Continuidad y regularidad de los programas	26
1.5	Accesibilidad a los programas	27
1.6.	Satisfacción institucional	27
1.7.	Atención institucional	27
1.8	Déficit institucional	28
1.9.	Acceso a exámenes de Diagnóstico	29
1.10.	Cobertura institucional	29
1.11	Núcleo Familiar	30
1.12	Participación en la toma de decisiones	30
2.	RESULTADOS DE ENCUESTAS A ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.	
2.1.	Programas	31
2.2.	Prioridades en la atención	33
2.3.	Grupo de Profesionales	33
2.4.	Instituciones y rubro presupuestal	34
3.	SINTESIS DE LOS HALLAZGOS Y PROBLEMAS PRINCIPALES	34

VI. PROYECCIONES AL AÑO 2025 DE LAS ADULTOS MAYORES.

1.	EVOLUCIÓN FUTURA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, EN EL MUNICIPIO DE ARMENIA	36
----	---	----

2	LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DEL MUNICIPIO DE ARMENIA COMPARADA CON EL RESTO DEL PAÍS .	36
2.1.	La evolución futura de la población Adulta Mayor en Colombia	38
2.1.2.	La población adulta mayor de Armenia en comparación con el total de la población Colombiana	39
3.	LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN EL MUNICIPIO DE ARMENIA EN COMPARACIÓN CON EL TOTAL DEL PAÍS	41
4.	LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DEL MUNICIPIO DE ARMENIA CON RESPECTO AL INDICE DE ENVEJECIMIENTO.	
4.1.	El índice de envejecimiento con respecto a las Tasas Globales de Fecundidad	44
5.	PROYECCION DE NECESIDADES EN RECURSOS HUMANOS Y PRESUPUESTO PARA EL MUNICIPIO DE ARMENIA.	
5.1.	la realidad actual	46
5.2.	Necesidades futuras en cuanto a presupuesto y recursos humanos (médicos y enfermeras) en el Municipio de Armenia	46
5.3.	Propuesta de intervención	49
VII.	CONCLUSIONES	51
VIII.	RECOMENDACIONES	56
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

I. INTRODUCCION

Los fenómenos demográficos que afectan a los diferentes países latinoamericanos, reviste vital importancia a tener en cuenta en los procesos de planificación en las diferentes áreas sociales.

En este orden, los cambios en las estructuras poblacionales que está sufriendo Colombia, en particular el incremento de la población Adulta Mayor, constituye un fenómeno del cual se debe conocer con mayor detalle, en especial lo relacionado a su dinámica.

De ello se deduce que las presiones económico-sociales que en futuro tendrá este grupo poblacional estarán centradas básicamente sobre la prestación de los Servicios de Salud. Esto promoverá un incremento inusitado, hasta el momento no cuantificado, de los costos debido a la demanda que este grupo poblacional tendrá en cuanto a una atención integral en salud.

Se considera fundamental, por tanto, conocer integralmente los actuales sistemas de salud y tener aproximaciones a la realidad del comportamiento futuro de esta población.

En virtud de lo anterior, la ciudad de Armenia, Capital del Departamento del Quindío, localizada en el Occidente del territorio Colombiano, cuenta en la actualidad con una población de 236 mil habitantes, que presenta como particularidad el de poseer un elevado número de adultos mayores.

Por este motivo, el presente estudio pretende realizar un diagnóstico integral en cuanto a la calidad de las diferentes instituciones prestadoras de servicios integrales de salud del Municipio de Armenia. Al mismo tiempo, conocer las demandas poblacionales, en recursos humanos, y presupuestales, para proponer ulteriormente líneas de acción, donde se tengan en cuenta la integración entre las políticas de población y las políticas sociales.

Por ello, en el Segundo Capítulo se pretende realizar un acercamiento al problema, analizar las diferentes causas y conocer la situación actual de Colombia con respecto a los países Latinoamericanos.

En el Tercer Capítulo, en el Marco Teórico, se hará referencia con especial interés a los procesos de transición demográfica que han permeado de una u otra forma a los países Latinoamericanos, en especial Colombia, las transformaciones sufridas en materia de salud en cuanto a la morbimortalidad, y por último, se enfatizará sobre el actual sistema de salud.

En el Cuarto y Quinto Capítulo, el lector encontrará los Objetivos generales, específicos, y los parámetros metodológicos con los cuales se elaboró el presente estudio.

El documento contiene en el Sexto, Séptimo y Octavo Capítulo, los hallazgos realizados, las conclusiones y las sugerencias de intervención a tener en cuenta para futuras políticas.

II. ANTECEDENTES

En América Latina, a partir de la segunda mitad de este siglo, se iniciaron en mayor o menor grado cambios en las distintas variables demográficas, entre las cuales tenemos: la disminución de las tasas de natalidad, fecundidad, mortalidad, y el aumento de la esperanza de vida al nacer. Ello propició cambios significativos en la estructura de la pirámide poblacional, entre ellos un aumento absoluto y relativo de las personas mayores de 55 años de edad.

Por lo tanto, el fenómeno del envejecimiento que ha ocurrido en las sociedades desarrolladas comienza a sentirse fuertemente en los países en desarrollo, constituyendo uno de los acontecimientos sociales y demográficos más relevante en las últimas décadas.

En América Latina, las estimaciones preparadas por la Organización de las Naciones Unidas muestran que la población adulta mayor de 55 años era de 42.8 millones, equivalentes al 10.1% de la población total en 1990. Este grupo alcanzará en el año 2000 los 56.8 millones, o sea el 11.1% del total, y para el 2025 las cifras llegarán a 132.4 millones o sea 19.25% de la población total estimada para ese año (Celade 1994).

En Colombia, en 1990 la población mayor de 55 años era de 2 millones, cifra que corresponde al 6.2%. Este grupo alcanzará en el año 2000 los 3.8 millones, o sea el 9.8% del total, y para el 2025 las cifras llegarán a 10 millones, o sea un 20.3%.¹ Sin embargo, este grupo poblacional se encuentra distribuido heterogeneamente en el país, encontrándose diferencias marcadas entre una región y otra.

Al examinar la distribución por regiones que presenta el Plan Nacional de Atención Integral al adulto mayor del Ministerio de Salud, se encuentra que la

¹ Boletín Demográfico N. 54, Celade 1994.

región Central, que comprende los departamentos de Antioquía, Caldas, Quindío, Risaralda, Tolima, Huila, concentra el 25.6% de la población adulta mayor.

En particular, la Ciudad de Armenia, capital del Departamento del Quindío, objeto de este estudio, cuenta en la actualidad con una población de 237 mil habitantes y un total de 26 mil adultos mayores que corresponden a un 10.8% de la población total. El Municipio de Armenia ocupa el primer lugar con relación al mayor porcentaje de adultos mayores en la región Central del país y el tercer lugar con relación a todo el país.

Por lo anterior, el incremento marcado de los adultos mayores que se está presentando y se presentará con mayor fuerza en las próximas décadas, implican requerimientos ineludibles en la formulación de políticas y en el desarrollo de programas en los servicios sociales y de salud, que conlleven a una atención apropiada e integral a medida que la población adulta se incorpora a esa condición.

Simultáneamente, el aumento de los adultos mayores contribuirá a una mayor presión sobre las diferentes áreas sociales, principalmente una mayor demanda en los servicios médicos para las condiciones crónicas que acompañan la longevidad. Esto repercutirá en un incremento marcado en término de los costos económicos y sociales para los diferentes sistemas de salud del país.

En la actualidad, son limitadas en Colombia las políticas tanto a nivel nacional como regional, que brinden programas integrales, los cuales estén acordes con la realidad de la región, a excepción de iniciativas aisladas de diferentes instituciones de salud.

Por lo antes anotado, se considera de vital importancia conocer la actual realidad de las diferentes instituciones de salud, específicamente en el municipio de Armenia, en cuanto a la prestación de servicios a los mayores de 55 años, utilizando variables que permitan un acercamiento diagnóstico en cuanto a: el grado de accesibilidad a los servicios de salud, la cobertura, la calidad técnica y humana, el apoyo social del medio en que se desenvuelve el adulto mayor, el

grado de satisfacción, el grado de desarrollo de los servicios de salud de la entidad del subsector público y privado, tanto en términos cualitativos como cuantitativos.

Igualmente, es de suma importancia conocer la demanda que en un futuro tendrá el sector salud, y así, ajustar las políticas de planeamiento a las verdaderas necesidades de la región.

III. MARCO TEORICO

En los primeros decenios del siglo XX, en muchas regiones del mundo, se han logrado grandes progresos en el control de la mortalidad perinatal e infantil, una disminución de la tasa de natalidad, mejoras en la alimentación, en la atención sanitaria básica y en el control de muchas enfermedades infecciosas y metabólicas. Todo ello ha originado un aumento en el número y proporción de personas que llegan a etapas de la vida más avanzadas y por lo tanto, al envejecimiento de estas poblaciones. Estos hechos han determinado que muchas naciones del mundo y varios organismos internacionales se hayan ocupado de las cuestiones sociales, económicas, políticas y científicas originadas por el envejecimiento en gran escala. Sumado a ello, la expansión de los servicios de salud, el fortalecimiento de los sistemas de seguridad social y los adelantos científicos y tecnológicos en el campo de la medicina han contribuido en gran medida a los cambios antes anotados.

En la actualidad, los países Latinoamericanos, transitan por distintas fases de la transición demográfica, lo cual, nos muestra diferentes perfiles sociodemográficos en cada una de ellos.

La primera fase está caracterizada por una alta fecundidad, baja esperanza de vida, una población relativamente joven y mortalidad por enfermedades no transmisibles relativamente baja. En la segunda fase disminuyen los índices de natalidad; se controla en mayor proporción las causas de mortalidad infantil; la población es de mayor edad que en la primera fase y la esperanza de vida, así como la mortalidad por enfermedades no transmisibles aumentan. En la tercera fase los índices de natalidad y mortalidad infantil son bajas, la población es de mayor edad, la esperanza de vida es alta; la mortalidad por enfermedades transmisibles es baja, no así por enfermedades no transmisibles, la cual es relativamente alta: mayor incidencia de cardiopatía, tumores malignos, diabetes y A.C.V.

Colombia, a partir de 1980, empezó a ser parte de los países de transición con desplazamiento hacia las edades medias, esto ha coadyudado para que las enfermedades crónicas no infecciosas, tales como: la enfermedad hipertensiva, la bronquitis, enfisema y asma, se encuentren dentro de las diez primeras causas de morbilidad, mientras que algunas enfermedades infecciosas han disminuido su peso relativo.

De igual manera, las enfermedades crónicas no infecciosas constituyen el principal grupo de causas de mortalidad, destacándose dentro de ellas las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Sin embargo, debido a la heterogeneidad en la geografía del territorio Colombiano, a la baja cobertura de los servicios de salud, a las precarias condiciones higienicosanitarias de zonas aisladas del país, las enfermedades infectocontagiosas, continúan en primer orden, como causales de la morbimortalidad, en estos grupos poblacionales.

De lo anterior se deduce, que el incremento de la población adulta mayor en los últimos años en los países en desarrollo, específicamente en Colombia, constituye una carga creciente para los escasos recursos existentes en las diferentes áreas sociales, en un momento en que todavía están afrontando problemas relacionados con la población más joven.

En un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en cuatro países en desarrollo de la región del Pacífico Occidental, se comprobó que el problema más apremiante de los ancianos se debe principalmente a su situación económica y falta de acceso a los servicios de salud. En un estudio similar de la OMS realizado en 12 países de América Latina se observó que en esas zonas existen problemas similares. El de la vivienda no parece ser tan importante, ya que la familia tradicional y el apoyo comunitario aún protegen a los ancianos²

En la actualidad, en los países en desarrollo, el concepto que tradicionalmente ha imperado que supone, que la estructura ampliada de la familia, sus valores

² Organización Panamericana de la Salud (1990).

tradicionales y el respeto a los ancianos los protegerá, ha sufrido cambios, en las diferentes regiones de latinoamérica, conllevando a ahondar el marginalismo del adulto mayor en las diferentes áreas sociales.

Por otro lado, en los últimos años, los fenómenos sociales y económicos ocurridos en América Latina, la despoblación de las zonas rurales y el desarrollo concomitante de las megalópolis, ha conllevado a la migración no sólo de la población joven, si no también de los adultos mayores, los cuales migran con sus hijos a las ciudades donde son improductivos y se encuentran aislados, o en su defecto, continúan en las zonas rurales donde su supervivencia depende del apoyo recibido por familiares o amigos.

En este orden, siguiendo las recomendaciones de la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, celebrada en Viena en 1982, se elaboró un plan de acción internacional sobre el envejecimiento que intenta motivar a los países a estudiar la población adulta mayor y más desde una perspectiva epidemiológica. Dentro de los objetivos específicos del programa, está lograr el desarrollo de los programas nacionales integrados a los servicios generales de salud y vinculados estrechamente con los otros programas sectoriales orientados al bienestar de este grupo de población. A pesar de ello, en Colombia, tan sólo a partir del año de 1993, debido a la profunda reforma que se viene llevando a cabo en el sector salud, se inició la planeación y elaboración de estrategias que promuevan la realización y ejecución de un programa integral dirigido al adulto mayor, el cual contemple las particularidades analizadas.

Es de tener en cuenta que en los países donde se ha reconocido los derechos y deberes del adulto mayor, los intentos de formular políticas encaminadas a solucionar los problemas que los afectan, se han visto entorpecidas por diferentes grupos radicales, los cuales cuestionan la racionalidad económica de medidas que asignan recursos para una minoría no productiva. Este fenómeno ha tenido un efecto especial en el área de la seguridad social (El sistema de pensiones, los mecanismos de equilibrio de ingresos, entre otros) y en el acceso a los servicios de salud.

Sin embargo, en Colombia, la población de 60 años y más que está efectivamente cubierta en su vejez mediante pensiones es apenas del 19% a nivel urbano, y está lejos de llegar al 12% a nivel nacional. En los estratos urbanos, medio, medio-alto y alto cubren al 19.6%. Pero en el estrato bajo sólo el 6.5% y en el bajo el 14.7%. Por lo cual más de 1.4 millones de personas mayores de 60 años no se encuentran en la actualidad protegidos por alguna forma de seguridad social. Paralelamente, el 45% de la población urbana mayor de sesenta años no percibe ningún ingreso.³

De igual manera, en la actualidad, los Servicios de Salud en el Territorio Colombiano, tan sólo presentan una cobertura del 65% del total de la población del país (De ellos, un 20% es atendido por la Seguridad Social, un 15% es atendido por la medicina privada, y un 40% por el sector oficial), de ello se deduce que el restante 35%, no tienen acceso a los sistemas de salud, afectando en mayor medida a los grupos más vulnerables, que hacen parte de las edades extremas de la vida, tales como: los infantes y los adultos mayores.

En este orden, los adultos mayores, se encuentran en la actualidad afectados en mayor proporción, por la desprotección de los diferentes sistemas de salud del estado, pues los costos de atención tienden a crecer geométricamente en este grupo poblacional, y se estima que los costos de atención de los adultos mayores, comparativamente con los de la población joven, pueden triplicarse.

En este sentido, a partir de 1993, se empezó a discutir en el país un sistema de Salud universal, más eficiente y equitativo, el cual ofrezca una mayor cobertura e integralidad, entre lo más relevante. En esta propuesta, la cual inicio su implementación a principios del presente año, se encuentra contemplados los diferentes grupos vulnerables, entre los cuales tenemos el del adulto mayor.

Con el propósito de aumentar la cobertura el Gobierno Nacional ha implementado planes que estimulen la retención de los adultos mayores en las

³ López, M. (1993).

diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud, entre los cuales, tenemos: Dependiendo de el perfil epidemiológico de los afiliados, el pago por unidad de capitación⁴ difiere de un grupo poblacional a otro, siendo en mayor cuantía para el grupo de los adultos mayores. Por otra parte, algunos estudiosos de la materia proponen, exigirles a dichas instituciones que por obligación tengan un porcentaje mínimo de adultos mayores (al menos 5%).

Sin embargo, en base a observaciones de similares modelos existentes, especialmente el modelo Chileno, se prevé que las instituciones prestadoras de salud privado, en los próximos años, brinden una baja cobertura a este grupo poblacional, por lo cual, las instituciones de salud del estado deben prepararse, incorporando políticas y estrategias orientadas a la promoción y protección de los jóvenes y del adulto mayor.

De todo ello se deduce que la coherencia y claridad de las políticas y programas formulados, es fundamental para alcanzar los objetivos propuestos. Igualmente, se debe tener la planeación estratégica como un instrumento de equilibrio entre propósitos, medios y restricciones, así como oportunidades, ella constituirá un instrumento válido para el cumplimiento de las metas propuestas.

Por lo tanto, se considera que para la elaboración adecuada de las diferentes estrategias a seguir, es fundamental conocer con exactitud las fortalezas, debilidades, ventajas y oportunidades que tienen en la actualidad las diferentes instituciones de salud. Por otra parte, es fundamental tener un acercamiento al comportamiento futuro de este grupo poblacional, ya que si ello no se tiene, muy seguramente la planeación y la elaboración de políticas estarán alejadas de la realidad.

⁴ Es el valor que el gobierno le otorga a las instituciones de salud por cada afiliado.

IV. MARCO DE REFERENCIA

1. PROPOSITOS Y OBJETIVOS

1.1 Propósito

Se pretende con el presente trabajo, tener un acercamiento al presente y futuro de los adultos mayores, en el Municipio de Armenia, teniendo como marco de referencia un diagnóstico integral de la actual situación de las instituciones de salud y la presión que sobre ellas tendrán en los próximos años este grupo de edad, realizando posteriormente sugerencias que puedan de alguna manera contribuir con los futuros lineamientos en cuanto a políticas y elaboración de estrategias se refiere, que conlleve en últimas, a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

1.2. Objetivos Generales.

Evaluar la prestación de servicios integrales a los adultos mayores de 55 años de edad, que acuden a instituciones públicas o privadas del Municipio de Armenia, identificando su grado de desarrollo con respecto a parámetros de necesidades básicas y conocer con cierto grado de exactitud su proyección poblacional y las necesidades en materia de salud a 30 años, a partir de 1985.

1.3. Objetivos Específicos.

1. Determinar la cobertura de la prestación de servicios integrales en personas mayores de 55 años en las entidades del subsector público o privado del Municipio de Armenia.
2. Identificar los diferentes servicios ofrecidos por cada una de las instituciones del subsector público y privado.

3. Establecer el grado de satisfacción de los usuarios frente a los servicios prestados por las entidades.
4. Determinar el acceso a los diferentes servicios de atención integral prestados por las distintas entidades del subsector público o privado.
5. Cuantificar la población mayor de 55 años en el Municipio de Armenia, para el año 2005 y 2025.
6. Determinar el índice de envejecimiento de la población del Municipio de Armenia, para los años 2005 y 2025, con respecto a diferentes Tasas Globales de Fecundidad, proyectadas.
6. Determinar las necesidades básicas a 30 años en el sector salud de la población a estudio, en cuanto a recursos humanos.

2. CONSIDERACIONES METODOLOGICAS

2.1 Caracterización del tipo de estudio

Descriptivo, transversal.

2.2. Tiempo de ocurrencia

Retro y Prospectivo (1985-2025).

2.3. Tipo de muestreo

Aleatorio simple.

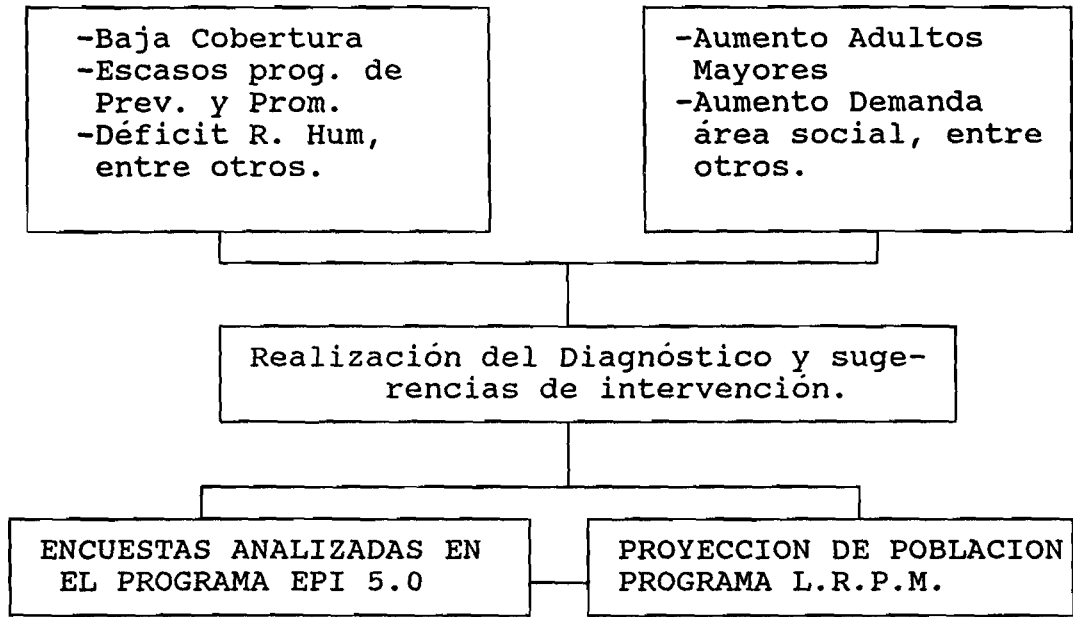
Con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%

2.4. Explicación del modelo a utilizar.

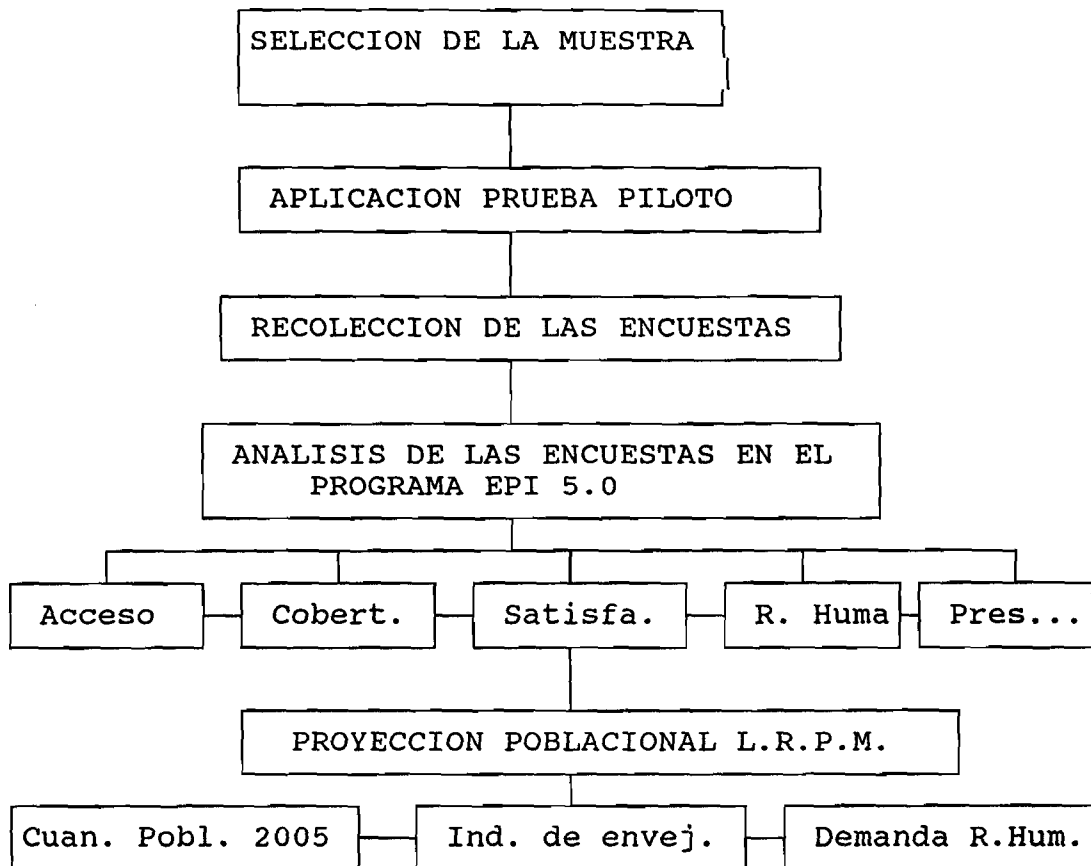
2.4.1. Esquema de intervención.

PRESENTE

FUTURO



2.4.2. Pasos a seguir.



2.5. Definición de las variables.

Dentro del presente estudio, se pretende analizar diferentes variables, teniendo como base las siguientes:

Accesibilidad: Se considera las diferentes barreras que impiden o dificultan el uso de los servicios.

Disponibilidad: Son los recursos existentes en función de la población; se debe tener en cuenta todos los tipos de recursos necesarios para poder prestar un servicio.

Calidad: Conjunto de factores característicos que deben tener los servicios de salud para obtener los resultados esperados por el usuario por parte del recurso humano que labora en la institución.

Cobertura: Es un indicador para medir la universalidad y la equidad de los servicios de salud.

Calidad Técnica: Son los diferentes recursos técnicos con que cuenta la institución para una buena prestación de servicios.

Continuidad: Frecuencia en la utilización de los servicios.

Demanda: Son los servicios de salud que los adultos mayores solicitan.

Oferta: Son los diferentes servicios ofrecidos al usuario por cada institución.

Ocupación del Tiempo Libre: Son las diferentes actividades; educativas, recreativas, ocupacionales, deportivas y culturales que el adulto mayor puede realizar y la institución les facilita.

Núcleo Socio-Familiar: Es el ambiente donde el adulto mayor se mueve comúnmente para hacer sus actividades.

Grado de Satisfacción: Es valor que los adultos mayores conceden frente a los servicios prestados por la institución.

2.6. Fuente de datos

2.6.1. Datos a utilizar.

Se utilizará como fuente de datos las 406 encuestas, realizadas a usuarios de las instituciones de salud del municipio de Armenia. Igualmente para las proyecciones Demográficas y las necesidades del sector se tendrán en cuenta el censo de población y vivienda realizado en 1985 en Colombia, las proyecciones realizadas por el CELADE, y datos proporcionados por la Seccional de Salud del Quindío.

2.7. Método utilizado en la recolección de las encuestas.

2.7.1. Método de recolección de encuestas.

Durante los meses de Noviembre, Diciembre y Enero de 1995, se procedió a recolectar información mediante encuestas escritas, dirigidas a siete (7) instituciones prestadoras de servicios de salud en el Municipio de Armenia, y a los directores de cada una de ellas. Se tomó como universo la totalidad (8.667) personas mayores de 55 años que pertenecen a dichas instituciones y a los directores de las mismas.

Se tomaron como unidades de análisis:

-Las entidades más representativas prestadoras de servicios de salud en el Municipio de Armenia (ISS, Convenio COMEDI-CAJANAL, COMFENALCO, C.B.A.(Centro de Bienestar del Anciano), Hospital San Juan de Dios, Caja Departamental, Unidad Intermedia del Sur).

- De las personas mayores de 55 años que reciben algún tipo de atención integral, se toma una muestra representativa de 406 personas (con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, realizándose un muestreo aleatorio simple), los cuales fueron entrevistados en su gran mayoría en las diferentes

instituciones, ya sea en los lugares de recreación, en las salas de espera de las instituciones de salud a la cual pertenecen, en bancos o corporaciones donde quincenal o mensualmente reciben sus mesadas, directamente en sus hogares y en contadas ocasiones a través de diálogos telefónicos dirigidos, se realizó la selección de los entrevistados utilizando los números pares en los listados de las instituciones o en las diferentes salas donde se encontraban aglomerados.

Ulteriormente, el número de personas encuestadas dependió de los porcentajes obtenidos de los afiliados a las diferentes instituciones de salud.

Para tal labor, se solicitó la colaboración de un encuestador, el cual fue entrenado con antelación para evitar sesgos.

El sistema de encuestas se realizó mediante dos cuestionarios, el primero dirigido a los afiliados de las diferentes instituciones y el segundo a sus directores, siendo las preguntas orientadas de acuerdo a los objetivos propuestos. Se contó con asesoramiento de personal calificado de la facultad de medicina de la Universidad del Quindío (Centro de Investigaciones Manuel Elkin Patarroyo).

Se procedió inicialmente a realizar una prueba piloto con 30 afiliados a dichas instituciones, realizando ajustes ulteriormente a las preguntas que se consideraban con algún grado de imperfección, para la aplicación posterior del cuestionario a utilizar.

Luego de tener los 406 cuestionarios (incluyendo los dirigidos a los directores de las diferentes instituciones), se procedió a digitarlos en el programa EPI INFO 5.0, luego de haber sido codificada y rectificada la información.

Se realizó análisis univariado, aplicándose algunos elementos estadísticos (media, moda, desviación estándar).

2.8. Método para la proyección de la población.

Para tal efecto, se tuvo como base el censo de 1985, los boletines demográficos número 53 y 54 del CELADE, y datos estadísticos de la región de Armenia, entre otros.

Con la utilización del programa computacional L.R.P.M., y en base al método de componentes se realizaron las proyecciones de población.

Se tomó como población base los datos obtenidos en el censo de 1985 en Colombia. En cuanto a la relación de sobrevivencia, se tomaron los datos emitidos por el CELADE, teniendo en cuenta que el Municipio de Armenia, no presenta variaciones significativas, respecto al total del país.

En lo referente a la migración, Se tomó como base la migración internacional del Municipio de Armenia, que oscilaba para el año de 1990 en 0.3% Teniendo en cuenta el posible comportamiento socioeconómico de la región, se realizó el supuesto de un comportamiento lineal de la migración internacional durante los próximos años proyectados.

Como bien se sabe la fecundidad no influye a mediano plazo (40 años, en este caso), en la población adulta mayor. Sin embargo, se consideró importante conformar dos (2) escenarios futuristas teniendo en cuenta diferente Tasas Globales de Fecundidad, la primera con una T.G.F., de 2.5 para el año 2025, y la segunda con una T.G.F. de 2.1 hijos por mujer, para el mismo año, con el propósito de analizar el comportamiento de el índice de envejecimiento para la población en estudio.

2.9. Método para la proyección de las necesidades del sector salud.

Después de tener la población base proyectada en el módulo Demográfico, del L.R.P.M., se procedió a la ejecución de los diferentes módulos, tanto el de Población urbano-rural, como el de poblaciones especiales, para ulteriormente ejecutar el módulo de proyecciones de las necesidades del sector salud.

Es de anotar que debido a las diferentes limitaciones encontradas en la recolección de la información, no es posible analizar con detalle cada una de las instituciones del sector salud. Por lo tanto, se tomó la Seccional de Salud del Quindío, debido a la calidad de su información y por ser en la actualidad la institución que presenta la mayor población asignada (60%) dentro del Municipio de Armenia.

V. RESULTADOS

1. Análisis de las encuestas formuladas a los afiliados a las instituciones prestadoras de servicios de salud.

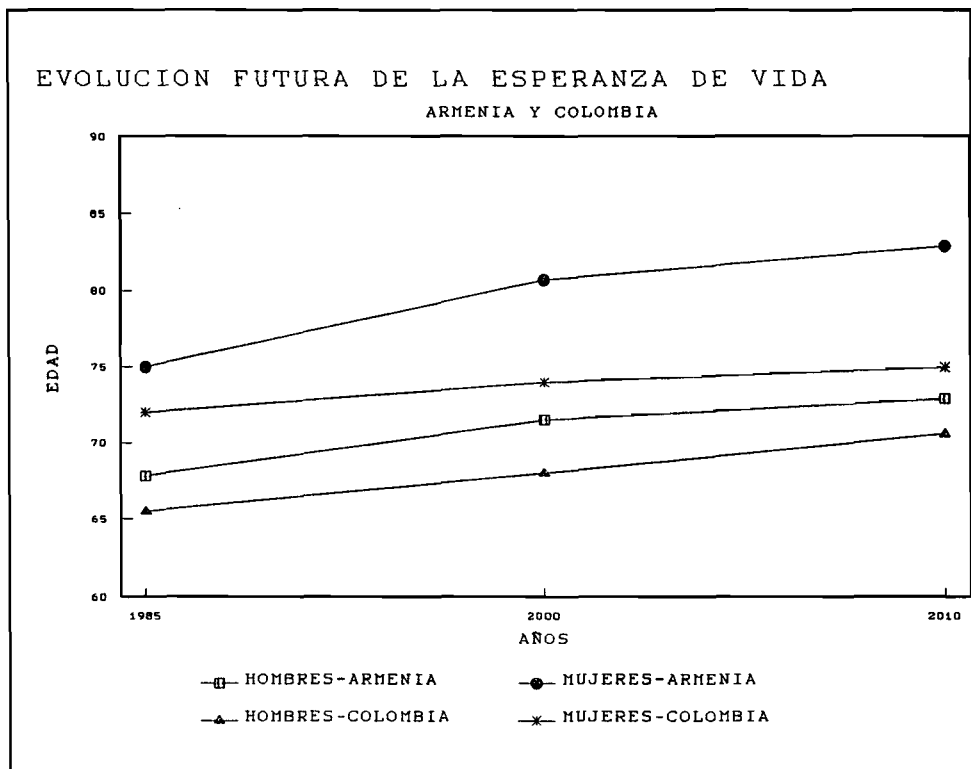
1.1. Entidades.

De los 406 usuarios de entidades prestadoras de servicios de salud encuestados, el 57,6 pertenecen al ISS; el 26,6% al Convenio COMEDI-CAJANAL; el 7,7% a COMFENALCO; el 4,2% al C.B.A. (Centro de Bienestar del Anciano), el 3,4% a la Caja Departamental y el 2% al Hospital San Juan de Dios (Ver Gráfico No 1).

GRAFICO 1
ENCUESTAS REALIZADAS A LOS AFILIADOS A LAS
ENTIDADES DE SALUD DEL M. DE ARMENIA.

INSTITUCIONES.	AFILIADOS	PORCENTAJE	ENCUESTAS
ISS	4.999	57,6%	232
COMED -CAJANAL	2.310	26,6%	102
COMFENALCO	674	7,7%	32
C.B.A.	371	4,28%	17
CAJA DEPARTAMENTAL	170	1,96%	11
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.	86	1,0%	7
UNIDAD INTERMEDIA DEL SUR.	57	0,7%	5
TOTAL	8.667	100%	406

FUENTE: Encuestas a Instituciones de Salud.



FUENTE: Elaboración propia, programa L.R.P.M.

GRAFICO 4

Como lo muestra la Gráfica No 4, para el año 1985, en las mujeres de las regiones en comparación, no existían diferencias relevantes, con respecto a la esperanza de vida. Sin embargo, según las proyecciones dicha diferencia se incrementara paulatinamente, y se espera encontrar para el año 2010, una esperanza de vida mayor (7 años), en el Municipio de Armenia, en comparación con Colombia.

Con respecto a los hombres, la esperanza de vida en el año 1985, era alrededor de 2.3 años mayor para los hombres adultos mayores del Municipio de Armenia, en comparación con el país, y se espera, que dicha diferencia no presente variaciones significativas, hasta el 2025.

Con la información anterior se deduce, que el Instituto de Seguros Sociales (I.S.S), es la entidad que presenta un mayor número de afiliados adultos mayores en el Municipio de Armenia.

1.2. Edad y Sexo de los encuestados.

De acuerdo a la estratificación por grupos de edad se encontró que el 46,1% pertenecen al grupo entre 55 y 65 años, el 37,4% al grupo entre 66 y 75 años, el 16,5% al grupo de 76 años o más; encontrándose una media de 67 años, desviación estándar de 8 años y la moda de 60 años.

La discriminación por sexo fue: 50,2% sexo femenino y 49,8 del sexo masculino.

De ello, se puede inferir, apoyado igualmente en las restantes cifras analizadas, que en Armenia, dentro del grupo de los adultos mayores, el mayor porcentaje de los mismos, se observa entre las edades de 55 a 64 años de edad.

1.3 Programas:

Del grupo encuestado, el 25,4% no pertenecen a ningún programa, el 16,5% al programa de jubilados, el 16% al programa de la tercera edad, el 4,4% al programa de diabetes, el 0,2% al programa H.T.A. y el 32,5% a dos (2) programas o más.(Ver cuadro No 2).

CUADRO 2
PORCENTAJE DE AFILIADOS A LOS DIFERENTES
PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION.

PROGRAMAS	PORCENTAJES
AFILIADOS AL PROG. DE JUBILADOS.	16.5%
AFILIADOS AL PROG. DE TERCERA EDAD.	16.0%
AFILIADOS AL PROG. DE DIABETES.	4.4%
AFILIADOS AL PROG. DE HIPERTENSION ARTERIAL.	0.2%
AFILIADOS A DOS O MAS PROGRAMAS.	32.5%
AFILIADOS, NO VINCULADOS A PROGRAMAS.	25.4%

Fuente: Elaboración propia, programa EPI INFO.

Por los datos obtenidos, y teniendo en cuenta el perfil epidemiológico, de la región en estudio, es de gran preocupación observar que a pesar de ser las enfermedades crónicas no infecciosas la principal causa de morbilidad dentro de los adultos mayores, existe un porcentaje significativo de los mayores de 55 años que no asisten a ninguno de los programas propuestos por las diferentes instituciones. Esto es importante puesto que muchas de estas enfermedades son prevenibles.

En cuanto a lo referente a las patologías que con mayor frecuencia se presentan en este grupo de edad (hipertensión arterial, enfermedad coronaria, diabetes, entre otros), existe, según los datos obtenidos, un porcentaje mínimo de afiliados que pertenecen a los programas dirigidos específicamente a este tipo de enfermedades.

Por lo cual se puede concluir que se presenta una baja cobertura de los diferentes programas de salud en las instituciones estudiadas. Igualmente, se observa la inexistencia de un programa integral el cual promueva la promoción y la prevención de la enfermedad. Pero es de anotar la baja participación de los adultos mayores en los programas que están dirigidos específicamente a las patologías que más inciden en su morbimortalidad.

Por lo tanto, se considera de vital importancia que el gobierno local establezca políticas claras en cuanto a la atención, prevención y promoción de la salud, de los adultos mayores, como factor fundamental, que conlleve a la disminución de las enfermedades incapacitantes, una mejor calidad de vida de los senescentes y por ende, una contención de costos en los diferentes Sistemas de Salud.

1.4 Continuidad y Regularidad de los Programas.

El 94,1% de los encuestados refieren que existe continuidad⁵ en todos los programas propuestos por las diferentes instituciones, mientras que un 5,9% refieren que no existe continuidad en los mismos.

De las 74,6% personas vinculadas a los diferentes programas, se encontró: el 41,3% participaron dos (2) veces por semana, el 17,4% una vez por semana, el 14,2% tres (3) veces por semana, el 9,7 una vez al mes, el 3,8% todos los días, entre los más relevantes.

⁵ Frecuencia en la utilización de los servicios en salud.

Como se observa, existe una adecuada continuidad de los programas en salud ofrecidos por las instituciones en mención, y una importante regularidad en la participación de sus afiliados en los mismos.

Lo anterior es de suma importancia al plantear estrategias y políticas relacionadas con el adulto mayor.

1.5 Accesibilidad a los Programas.

El 25,4% de los afiliados a las diferentes instituciones no participa de los programas existentes; encontrándose como principales factores causales, los siguientes: Un 30,9% falta de tiempo, 23,4% falta de interés, 9,6% falta de dinero, el 7,4% no hay programas, el 16,2% dos (2) o más.

De ello se puede inferir, que podría existir por parte de las instituciones prestadoras de salud, déficit en todo lo concerniente a la motivación, a la orientación y a la difusión de los diferentes programas de salud existentes.

1.6 Satisfacción Institucional.

El 96,5% de los encuestados manifestaron estar satisfechos con los servicios ofrecidos por las diferentes entidades. La razón, el 94,5% refieren que existe una buena atención por parte de los diferentes funcionarios de la institución, el 2% manifiestan la existencia de una cobertura total, entre lo más relevante. El 1,5% se consideraron insatisfechos, con los servicios ofrecidos por las diferentes instituciones.

1.7. Atención Institucional.

El 96,5% refieren la existencia de una buena atención por parte de los funcionarios (tanto personal médico como paramédico), en las diferentes instituciones a estudio. Igualmente, el 97,5% manifiestan que las diferentes instituciones les brindan todos los servicios necesarios para su bienestar.

Los datos analizados, permiten concluir que existe una alta satisfacción por parte de los adultos mayores con los diferentes servicios ofrecidos, siendo la de mayor relevancia la atención ofrecida por los funcionarios institucionales.

Sin embargo, es de anotar que la información podría estar sesgada por el conformismo que existe por parte de este grupo poblacional.

1.8. Déficit Institucional.

El 61.6% de los encuestados manifestaron la no existencia de déficit en las diferentes instituciones; mientras que un 38.4%, refieren déficits en la siguientes áreas: un 11,6% manifiestan demora en citas, 7,4% refieren déficit en el personal médico, el 3,4% déficit en los medicamentos, el 3,9% instalaciones, entre los más relevantes (Ver cuadro No 3).

CUADRO 3
PRINCIPALES DEFICITS EN LAS INSTITUCIONES
PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

PRINCIPALES DEFICITS	PORCENTAJES
DEMORA EN CITAS	11.6%
PERSONAL MEDICO	7.4%
MEDICAMENTOS	3.4%
INSTALACIONES LOCATIVAS	3.9%
NO EXISTE DEFICITS	61.6%

Fuente: Elaboración propia, programa EPI INFO

Existe un déficit importante a nivel institucional principalmente en las áreas concernientes a citas médicas y en el personal médico. Por ello, es importante que las instituciones de salud revisen a su interior el funcionamiento de estas áreas, realizando un diagnóstico más preciso de las debilidades institucionales, para poder realizar los ajustes que propendan por el adecuado bienestar de los adultos mayores.

1.9 Acceso a Exámenes de Diagnóstico.

De los 406 encuestados, el 94,8% refieren una adecuada accesibilidad a los exámenes de diagnóstico, mientras que un 5.2% manifestaron el no tener acceso a los mismos, debido principalmente a la demora en citas (71.4% de los que manifestaron no tener acceso).

A pesar de la alta accesibilidad de los adultos mayores a los exámenes de diagnóstico, existe un porcentaje importante que no tienen acceso a los mismos; teniendo en cuenta la alta vulnerabilidad del grupo en estudio, esto constituye un importante factor de riesgo para los adultos mayores.

1.10 Cobertura Institucional.

Para el presente año (1995), según las proyecciones realizadas, el Municipio de Armenia cuenta con una población de 26 mil adultos mayores, lo cual tiene un peso porcentual del 10.8% de la población total.

Por su parte, las instituciones prestadoras de salud le brindan atención integral aproximadamente a 6.500 adultos mayores.

De lo anterior se infiere que en la actualidad, las instituciones prestadoras de servicios de salud cubren tan solo un 25.3% de los adultos mayores con programas de atención integral en salud; (cerca del 75% de los adultos mayores, no reciben atención integral en salud, en el Municipio de Armenia). Por consiguiente, si ello continúa, nos veremos abocados en un futuro muy próximo a contar con un incremento desmesurado de las enfermedades crónicas no

infecciosas y por ende un incremento de las discapacidades secundarias a las mismas. Igualmente, se tenderá a un mayor incremento de la mortalidad, y sin lugar a dudas unos sistemas de salud deficitarios financieramente por los altos costos que ello implica.

1.11 Núcleo Familiar.

El núcleo familiar de los encuestados se encuentra conformado principalmente por dos o más familiares, los que representan un 57,1%. Un 13,3% viven con un familiar y un 14,5% de los adultos viven solos.

Esto es importante en la implementación y focalización de las políticas dirigidas a este grupo en estudio.

1.12 Participación en la toma de decisiones.

Los encuestados manifestaron que el 87,9% participan en la toma de decisiones en su núcleo familiar, mientras que un 12.1% no participan de ellas.

Ello sugiere que el adulto mayor aún juega un papel preponderante dentro de la toma de decisiones dentro de su núcleo familiar.

Sin embargo, a pesar de su alta participación en el entorno familiar, las políticas gubernamentales han alejado al adulto mayor de los procesos productivos y de toma de decisiones dentro de la región, por lo tanto, el gobierno local, debería implementar estrategias que promuevan la participación activa del adulto mayor en los diferentes procesos sociales, políticos y económicos que se dan a diario en la región.

2 Resultados de encuestas a entidades prestadoras de Servicios de Salud.

2.1 Programas.

Al analizar cada una de las instituciones de salud, en lo referente a los diferentes programas ofrecidos, se encontró:

El programa de corazón sano es ofrecido por una de las instituciones estudiadas, lo cual tiene un peso porcentual del 14,2%. Por otra parte, las instituciones ofrecen en un 71,5% el programa de hipertensión arterial, y en un 28,6% el programa de diabetes.

El 14,3% de las instituciones ofrece a sus afiliados adultos mayores la asistencia médica sin ningún programa especial que promueva promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

El 71,4% de las instituciones analizadas, presentan programas culturales, ocupacionales y recreativos (Ver Cuadro No 4).

CUADRO 4
PROGRAMAS OFRECIDOS POR LAS DIFERENTES INSTITUCIONES
PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

PROGRAMAS.	PORCENTAJES
CORAZON SANO.	14.28%
HIPERTENSION ARTERIAL.	71.5%
DIABETICOS.	28.6%
ASISTENCIA MEDICA SIN PROGRAMAS INTEGRALES	14.28%
CULTURALES, RECREACIONALES Y OCUPACIONALES.	71.4%

Fuente: Elaboración propia, programa EPI INFO

De lo anterior se deduce que no existen políticas claras, en las diferentes instituciones del Municipio de Armenia, en cuanto a los programas que deben ser prioritarios para los adultos mayores, ya que los programas que están directamente involucrados en la prevención y la promoción de la salud, se encuentran relegados y son precisamente éstos los que pueden contribuir, de una u otra manera, a elevar la calidad de vida de los senecentes, principalmente los programas de diabéticos y el de corazón sano.

Por ello, se considera fundamental la implementación en todas las instituciones del Municipio de Armenia, de los programas en mención, basados en una metodología seria, con una planificación coherente, con metas y objetivos bien definidos, los cuales hagan parte de las políticas centrales del Gobierno.

2.2 Prioridades en la atención.

En ninguna de las instituciones analizadas existe priorización en la atención de los adultos mayores. Igualmente, tan solo el 28.6% de las instituciones de salud, llevan a cabo, atención médica y seguimiento domiciliario para pacientes ancianos altamente incapacitados.

Por lo cual se puede inferir que los pacientes altamente incapacitados, que por motivos de su enfermedad no pueden trasladarse en búsqueda de la atención médica, no tienen acceso a la prestación de los servicios de atención en salud, ya que el 72.4%, de las instituciones no tienen programas de seguimiento y atención del paciente en su domicilio.

Igualmente, debido al incremento paulatino en el Municipio de Armenia de la población senescente, y por ende de las enfermedades crónicas no infecciosas propias de su edad, la atención domiciliaria debe ser puntal en los procesos de planificación y de elaboración de estrategias, como principal medio, en búsqueda de la contención de costos y de la reducción de la estancia hospitalaria, lo cual en últimas conlleva a una inserción rápida del senescente en su núcleo familiar y como es conocido, promueve un aceleramiento en los estados recuperativos.

2.3 Grupo de Profesionales.

Las instituciones de salud estudiadas se encuentran conformadas por el siguiente grupo de profesionales:

Un 74% de las instituciones presentan profesionales Gerontólogos dentro de su planta de personal, a excepción de dos instituciones de salud, En cuanto al personal médico todas las instituciones cuentan con este recurso humano, un 54% de las instituciones cuentan con profesionales en el área de Psicología, el 57,1% con Trabajadoras Sociales y un 42.8% con Terapeuta Ocupacional, es de anotar que el psicólogo y el médico participan más en los programas médico asistenciales que en los programas de la tercera edad.

Sin embargo, las instituciones de salud no cuentan con un adecuado número de profesionales que permitan una atención integral al adulto mayor. Tampoco existe en ninguna de las instituciones analizadas grupos interdisciplinarios, con objetivos y metas comunes.

Por lo anterior, se considera fundamental promover la atención del adulto mayor de una manera integral, siendo la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad el eje central.

2.4 Instituciones y rubro presupuestal.

El 42,8% de las instituciones analizadas no poseen espacios adecuados para realizar las diferentes actividades de prevención y promoción, mientras que un 57.1% si cuenta con ellos.

Igualmente, un 42,8% de las instituciones, dentro de su presupuesto, no cuentan con un rubro especial destinado a la atención de este grupo poblacional.

De ello se deduce que es prioritario que las instituciones de salud destinen recursos específicamente para la atención de los adultos mayores. Igualmente, procurar por la adecuación de espacios que faciliten la adecuada participación en las diferentes actividades propuestas a los adultos mayores.

3. Síntesis de los hallazgos y problemas principales.

En el Municipio de Armenia, la institución de salud que posee en la actualidad el mayor número de afiliados a los cuales le ofrece programas integrales de salud es el Instituto de Seguros Sociales. Sin embargo, un gran porcentaje de las instituciones dentro de las actuales políticas no tienen contemplado el adulto mayor como parte fundamental de la sociedad, por lo cual se observa en toda la región en estudio, una baja cobertura, un insuficiente número de profesionales de la salud, la inexistencia de grupos interdisciplinarios que trabajen coordinadamente y no se cuenta con programas especiales los cuales cubran a los adultos mayores altamente incapacitados.

Se considera dentro de los problemas más relevantes la escasa cobertura de los programas de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, encontrándose poco énfasis a los programas que más directamente están relacionados con la morbilidad en ese grupo poblacional: corazón sano y diabetes.

Es importante resaltar que la mayor parte de los afiliados a las instituciones de salud se encuentran satisfechos con la atención prestada. Por otra parte, se encontró continuidad en los diferentes programas.

VI. PROYECCIONES

1. Proyecciones al año 2025 de las Adultos Mayores.

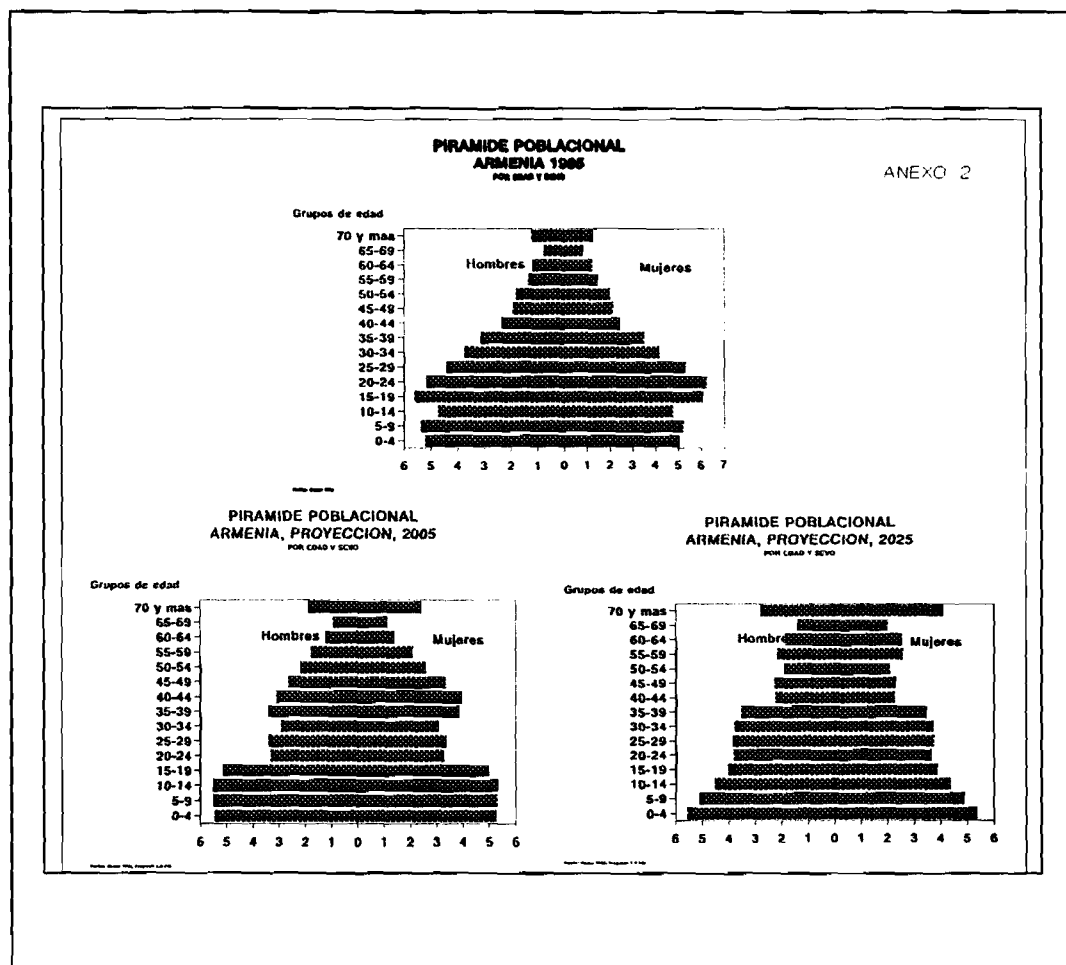
1.1. Evolución futura de la población adulta mayor, en el Municipio de Armenia.

En las proyecciones realizadas, se observa un crecimiento continuo de la población adulta mayor, en los períodos quinquenales analizados. Para el año base, 1985, existía una población de 18 mil mayores de 55 años, el cual representaba un 9.4% de la población total en estudio. Al compararlos por sexo, se observa un mayor peso porcentual en el sexo femenino que en el masculino, con un 4.9% y un 4.6% respectivamente.

Se considera según las proyecciones, que para el año 2005, existirá una población de 37 mil mayores de 55 años (12% de la población total), observándose un incremento de la brecha en el peso porcentual por sexos: 7% para las mujeres y un 5% para los hombres. De ellos, los mayores de 70 años constituyen el grupo más importante (4.3%).

Por otra parte, para el año 2025, para el Municipio de Armenia, según las proyecciones realizadas, existirá una población de 78 mil mayores de 55 años, el cual constituirá un 19.5% de la población total. En cuanto al peso porcentual por sexos, se encontró que un 11.9% está representado por las mujeres mientras que un 8.3% por los hombres. Igualmente continuaran los mayores de 70 años, incrementando su representatividad dentro del grupo poblacional de los adultos mayores, con un 6.9% (Ver Gráfica No 1).

GRAFICO 1
PIRAMIDES DE LA POBLACION DEL MUNICIPIO DE ARMENIA
PROYECCIONES 1985,2005 Y 2025



FUENTE: Elaboración propia, programa L.R.P.M.

Por lo anterior, se deduce que la población adulta mayor en la región en estudio continuará en crecimiento durante los años proyectados, y dentro de ésta las mujeres constituirán el grupo con mayor representatividad.

De ello, se puede afirmar que la transformación que se está dando y que se espera para un futuro en la estructura por edades de la región en estudio, motiva la revisión a corto plazo de las políticas y estrategias que el sector salud ha implementado hasta el momento, con el fin de acondicionar y preparar a las diferentes instituciones del sector, para enfrentar de una manera adecuada las demandas que se presentaran en un futuro en los diferentes grupos sociales.

2. La población adulta mayor del Municipio de Armenia, comparada con el resto del país.

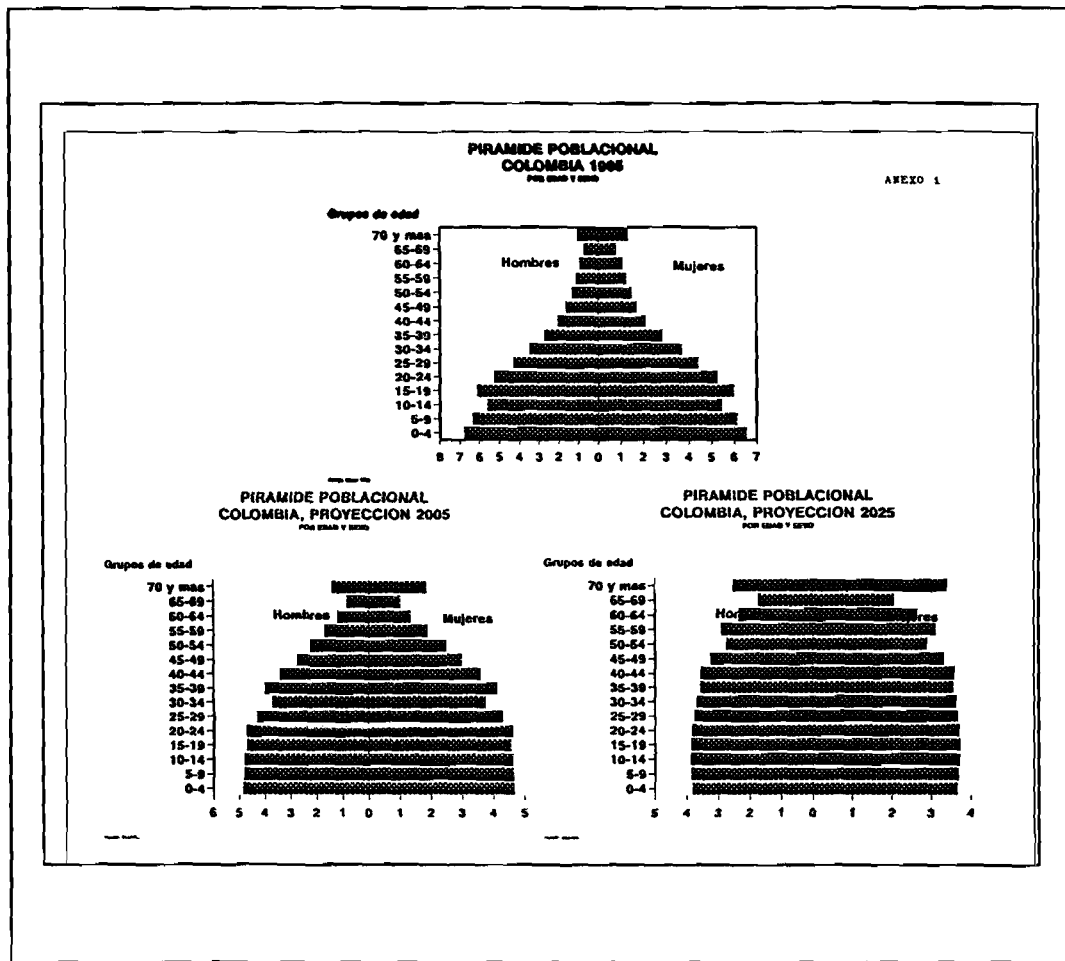
2.1. La evolución futura de la población Adulta Mayor en Colombia.

Según el censo de 1985, en Colombia, existía una población de 2.5 millones de mayores de 55 años, lo cual representaba para dicho año un 8.4% de la población total. De ellos, un 4.5% eran mujeres y el restante 3.9%, hombres.

Para el año de 2005, según las proyecciones del CELADE, se espera una población aproximada de 4.5 millones de mayores de 55 años, los cuales representan un 11.1% de la población total, de los cuales un 6.0%, serán mujeres, mientras que un 5.1% estarán conformados por hombres.

Para el año 2025, se observará un notorio incremento de los adultos mayores, ya que para esa fecha se contará con una cifra cercana a los 10.2 millones (20,7%, de la población total de país). De ellos, un 11.2% serán mujeres, mientras que un 9.5%, hombres. Lo anterior se corrobora con las siguientes pirámides poblacionales (Gráfico No 2).

GRAFICO 2
PIRAMIDES DE LA POBLACION DE COLOMBIA
PROYECCIONES 1985,2005 Y 2025



FUENTE: Elaboración propia, programa L.R.P.M.

2.1.2. La población adulta mayor de Armenia en comparación con el total de la población Colombiana.

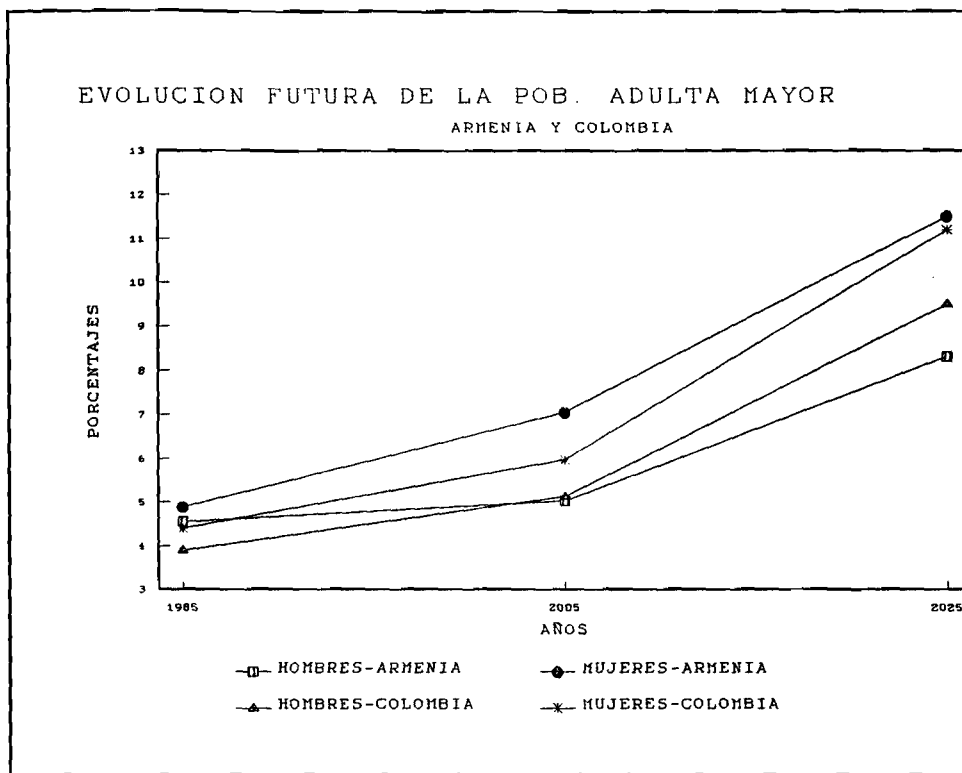
En los próximos años, el envejecimiento de nuestra población, afectará en mayor o menor grado todas las regiones que componen el territorio Colombiano, y es

de anotar que el comportamiento futuro de la población adulta mayor del Municipio de Armenia, según las proyecciones analizadas, diferirá en ciertos aspectos con la del total del país.

Al realizar un análisis por sexo, se encuentra, que para el año 1985, existía una diferencia porcentual en las mujeres adultas mayores, siendo mayor (0.5%) para el Municipio de Armenia comparativamente con el total del país. Subsecuentemente, para el año 2005, dicha diferencia porcentual se incrementará en 1.1%, pero a partir de este año, se reducirá la brecha, encontrándose para el año 2025 con una diferencia porcentual de 0.7%.

En cuanto a los hombres, para el año 1985, existía un mayor número de adultos mayores en el Municipio de Armenia (0.7%), comparativamente con el país en su totalidad. Para el año 2005 se espera que no existan diferencias significativas, pero a diferencia de lo sucedido con las mujeres, a partir de este año, dicha relación se invertirá, y se espera encontrar para el año 2025, una mayor proporción de hombres adultos mayores (1.2%) en Colombia, con respecto a la Ciudad de Armenia (Ver gráfica No 3).

Lo anterior confirma la necesidad de una política nacional, donde el Ministerio de Salud delimite los objetivos y las estrategias a seguir, brindándole la suficiente autonomía a sus regiones para que puedan ajustar sus políticas a las diferentes realidades existentes.



FUENTE: Elaboración propia, programa L.R.P.M.

GRAFICO 3.

3. La esperanza de vida al nacer en el Municipio de Armenia en comparación con el total del país.

Según las proyecciones realizadas, para el año 1985, el Municipio de Armenia presentaba una esperanza de vida al nacer de 67.8 años para los hombres y 75 años para las mujeres⁶, mientras que para el resto del país, según proyecciones del CELADE, la esperanza de vida era de 65.5 años para los hombres y 72 años para las mujeres.

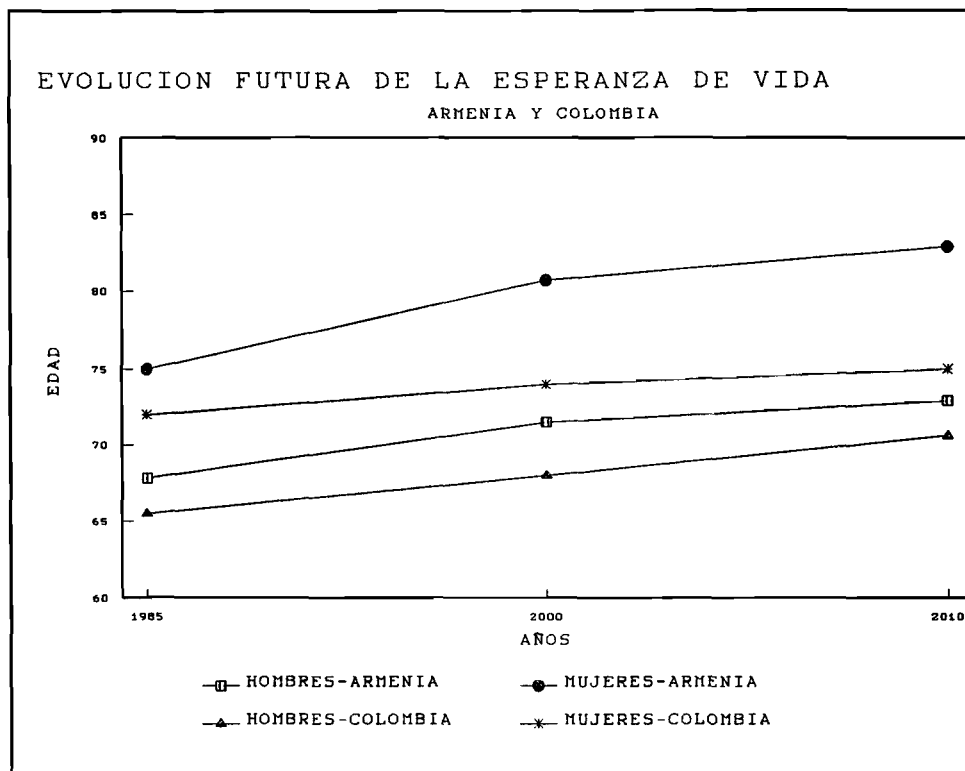
⁶

Información obtenida de las proyecciones realizadas con el programa L.R.P.M., en base a la probabilidad de sobrevivencia de los datos emitidos por el CELADE.

Para el año 2000, el Municipio de Armenia, presentará una esperanza de vida de al nacer de 71.5 años para los hombres y un 80.7 años para las mujeres⁷, mientras que para la población Colombiana, la esperanza de vida al nacer para los hombres será de 68 años y de 74 años para las mujeres. En este mismo orden, para el año 2010, en el Municipio de Armenia se espera una esperanza de vida al nacer de 72.98 para los hombres y de 82.98 para las mujeres. Mientras que para el territorio Colombiano, los hombres presentarán una esperanza de vida de 70.6 años y de 75 años para las mujeres.

De lo anterior se puede inferir, que el comportamiento de la esperanza de vida del Municipio de Armenia presentará en un futuro diferencias importantes con el resto del país. Se observa un incremento paulatino de la esperanza de vida de las dos poblaciones comparadas, encontrándose diferencias significativas por sexo.

⁷ Se toma como supuesto para la proyección de la población una probabilidad de sobrevivencia con un leve crecimiento en el futuro y una migración internacional la cual tendría un comportamiento lineal.



FUENTE: Elaboración propia, programa L.R.P.M.

GRAFICO 4

Como lo muestra la Gráfica No 4, para el año 1985, en las mujeres de las regiones en comparación, no existían diferencias relevantes, con respecto a la esperanza de vida. Sin embargo, según las proyecciones dicha diferencia se incrementara paulatinamente, y se espera encontrar para el año 2010, una esperanza de vida mayor (7 años), en el Municipio de Armenia, en comparación con Colombia.

Con respecto a los hombres, la esperanza de vida en el año 1985, era alrededor de 2.3 años mayor para los hombres adultos mayores del Municipio de Armenia, en comparación con el país, y se espera, que dicha diferencia no presente variaciones significativas, hasta el 2025.

Es de anotar, que puede encontrarse algunos sesgos en la comparación de las proyecciones analizadas debido fundamentalmente a la utilización de la proyección base (Para el CELADE, su población base corresponde a la existente en el año de 1950, para Colombia, mientras que las proyecciones realizadas para el presente estudio, su población base fue la censada en el año 1985).

4. El índice de envejecimiento en el Municipio de Armenia.

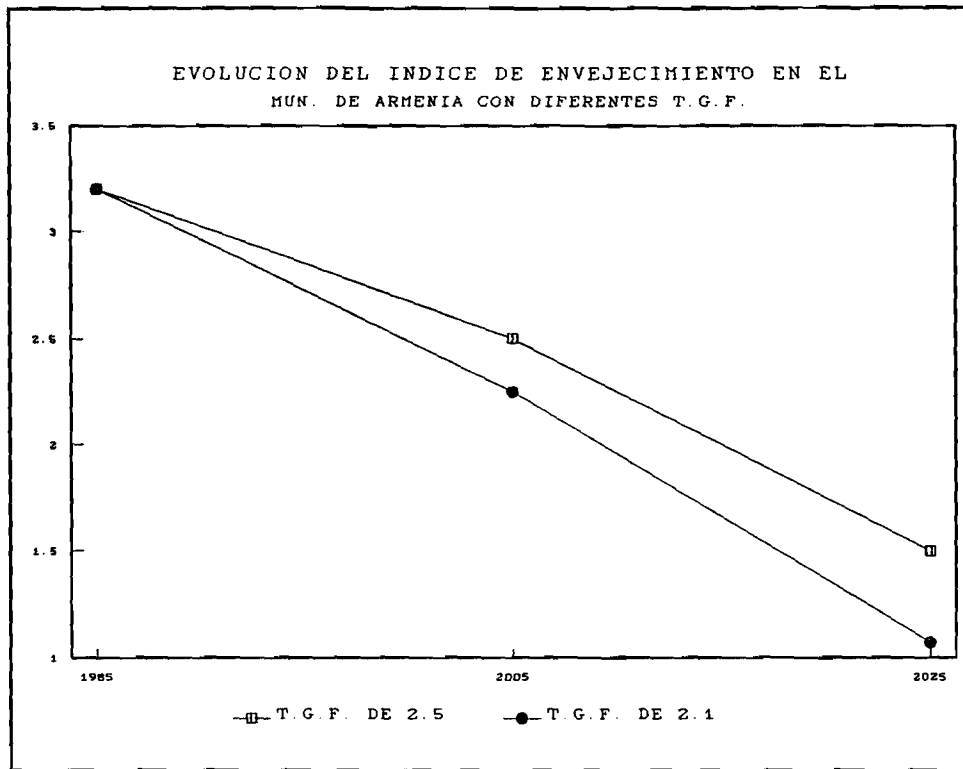
El índice de envejecimiento es un indicador que ilustra la relación existente entre las dos poblaciones en edades extremas (0-14 años y 65 años y más). Sin embargo, para el presente estudio, se tomará la población mayor de 55 años. Además, se considera importante conocer el comportamiento de este indicador en el municipio de Armenia, dependiendo de dos supuestos, en cuanto al comportamiento de la fecundidad: El primer supuesto, considera que la Tasa Global de Fecundidad, descenderá paulatinamente, encontrándose para el año 2025 una T.G.F. de 2,5 hijos por mujer. El segundo supuesto considera una disminución marcada de la fecundidad, esperándose para el año 2025 una T.G.F. de 2,1 hijos por mujer.

4.1. El índice de envejecimiento con respecto a las Tasas Globales de Fecundidad.

Al realizar los cálculos de las dos proyecciones, aplicándoseles los diferentes supuestos en cuanto a la Tasa Global de Fecundidad, se observa que existe variación del índice de envejecimiento tanto para el año 2005, como para el año 2025. Se obtuvieron los siguientes resultados:

En el año base (1985) el índice de envejecimiento era de 3.2 menores de 14 años por cada adulto mayor. Según las proyecciones para el año 2005, con una T.G.F. de 2.7 se espera un índice de envejecimiento de 2.5 y para ese mismo año con una T.G.F. de 2.5 se espera un índice de envejecimiento de 2.25. Para el año final de la proyección, (2025), dicho índice de envejecimiento, con una T.G.F. de 2.5 llegará a 1.5 menores de 14 años por cada adulto mayor, mientras que con una T.G.F. de 2.1 el índice de envejecimiento será 1.1 menores de 14 años por

cada adulto mayor (Ver gráfico No. 5).



FUENTE: Elaboración propia, programa L.R.P.M.

GRAFICO 5

De ello se puede deducir que las Tasas globales de fecundidad a mediano plazo (40 años), no inciden, como es obvio, en el peso porcentual que los adultos mayores, tienen sobre la población total. Igualmente, el índice de envejecimiento, en este caso particular, se verá afectado por las oscilaciones que en el mediano plazo puedan tener las T.G.F. Por otra parte, el comportamiento futuro de la mortalidad y la migración internacional, pueden incidir en mayor o menor grado en la evolución futura de éste índice.

5. Proyecciones de necesidades en recursos humanos y presupuesto para el Municipio de Armenia.

5.1 La realidad actual.

El Servicio Seccional de Salud del Municipio de Armenia, tiene en la actualidad una población asignada de 142 mil habitantes, lo cual corresponde a un 60% del total de la población. Se considera que alrededor de un 25% de ésta población asignada no recibe atención en salud.

Para tal efecto, dicha institución cuenta con recursos humanos en las diferentes áreas del sector salud. Pero es de anotar que para el presente estudio se analizará principalmente el grupo de médicos y enfermeras. En el momento, dicha institución cuenta con 142 profesionales de la salud (113 médicos y 29 enfermeras), distribuidos en 12 Centros de Salud. Lo cual significa que en la actualidad existe un médico por cada 1.300 habitantes y una enfermera por cada 4.900 habitantes.

Es importante aclarar que al no existir grupos de profesionales (médicos y enfermeras) destinados específicamente al adulto mayor, éstos son involucrados dentro de la totalidad de la población.

De lo analizado se puede concluir que la Seccional de Salud de Armenia, la cual tiene asignado un 60% de la población, no cuenta con profesionales (médicos y enfermeras) destinados al manejo exclusivo de los adultos mayores. Igualmente, es insuficiente el número de profesionales, principalmente de enfermeras, que permita una mayor cobertura, una atención más integral y personalizada no sólo al adulto mayor si no también a la población en general.

5.2 Necesidades futuras en cuanto a presupuesto y recursos humanos (médicos y enfermeras) en el Municipio de Armenia.

Dentro de las proyecciones de necesidades, se toma como supuesto que para el año 2025 existirá un médico por cada mil habitantes y una cobertura del 100%

de la población asignada para la Seccional de Salud de Armenia. Así mismo, para el grupo de profesionales de enfermería se realiza el supuesto de que para el año 2025, existirá 1 enfermera por cada 2.000 habitantes. Encontrándose como gran limitante del programa L.R.P.M. el no permitir los cálculos con Tasas de Servicio mayores a uno.

En este orden, se espera para el año 2025 exista una población usuaria de 225 mil habitantes y de ellos alrededor de 46 mil adultos mayores

Para el año 2025 se requerirá un total de 524 nuevos médicos y un total 261 enfermeras, lo cual permitirá una cobertura de un médico por cada 1.000 habitantes y una enfermera por cada 2.000 habitantes. Para este propósito, se recorrerá un presupuesto cercano a los cinco billones de dólares (Ver cuadros No 5 y 6).

CUADRO 5
PROYECCIONES DE NECESIDADES DE NUEVOS PROFESIONALES
MEDICOS Y ENFERMERAS

AÑOS	MEDICOS			ENFERM		
	ADIC	REE	TOT	ADIC	REEM	TOT
1990	25	69	94	7	31	39
1995	33	114	147	9	45	54
2000	31	168	199	16	36	80
2005	37	223	259	19	93	111
2010	38	285	323	19	123	141
2015	44	352	395	21	155	176
2020	37	420	456	24	192	216
2025	41	483	524	28	234	262

FUENTE: Elaboración propia, en base al programa L.R.P.M.

CUADRO 6
PROYECCIONES DE LOS COSTOS TOTALES EN RECURSOS HUMANOS
EN EL MUNICIPIO DE ARMENIA

PRESUPUESTO	MEDICOS	ENFERMERAS
INVERSIONES	17117	7578
OPERACIONES	4147387	1374325
COSTO TOTAL	4164504	1381903

FUENTE: Elaboración propia, en base al programa L.R.P.M.

5.3. Propuesta de intervención.

En el Municipio de Armenia para el año de 1994, en las instituciones pertenecientes al Servicio Seccional de Salud, que presenta un cobertura de un 60% de la población, se realizaron un total de 32.494 Consultas médicas, de ellas alrededor de 1.400 (4.3%) consultas fueron solicitadas por los adultos mayores. Esto nos muestra que en la actualidad los adultos mayores no presentan en la región en estudio una demanda significativa en los Servicios de Salud.

Si tenemos en cuenta que en el Municipio de Armenia en la actualidad existe un médico por cada 1.300 habitantes, esto nos muestra que en el año de 1994, los adultos mayores utilizaron tan sólo el 0.8% de los profesionales en el área médica, y en un menor porcentaje el personal de enfermería.

De ello se deduce que las actuales políticas de planeación dirigidas al adulto mayor en el Municipio de Armenia han estado ajenas a la realidad de la región.

Por lo tanto, teniendo en cuenta lo anterior y las proyecciones de necesidades, es fundamental revertir el actual esquema de salud, donde se premia la atención por encima de la promoción de la Salud y la prevención de la enfermedad.

Por consiguiente, se considera fundamental reorientar las políticas en el área de la salud, principalmente en la utilización de los profesionales, sensibilizando a las diferentes autoridades de la importancia que tiene el adulto mayor dentro de la sociedad.

Se considera prioritario crear un grupo de profesionales de los ya existentes que se dediquen prioritariamente a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

De los 113 médicos, existentes en la actualidad en la región el 10% (11) médicos deberían dedicarse exclusivamente a los programas de promoción y prevención de la salud de los adultos mayores y un número similar de enfermeras.

Para el año 2005, si se cumple la cobertura señalada en las diferentes proyecciones, se requerirán alrededor de 26 médicos, mientras que para el año 2025, se requerirán alrededor de 50 médicos dedicados exclusivamente a los programas de promoción y prevención.

Es de anotar que lo anterior no incrementará los costos antes descritos, debido a que la propuesta va dirigida principalmente a la reorientación del recurso humano. Sin embargo, lo anterior está sujeto fundamentalmente al comportamiento futuro de la morbimortalidad en este grupo de edad.

VII. CONCLUSIONES

- El Instituto de Seguros Sociales (I.S.S), es la entidad que presenta un mayor número de afiliados adultos mayores en el Municipio de Armenia.
- En el Municipio de Armenia, dentro del grupo de los adultos mayores, el mayor porcentaje de los mismos, se observa entre las edades de 55 a 64 años de edad.
- En la actualidad, las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud cubren tan sólo un 25% de los adultos mayores con programas de atención integral en salud. Por consiguiente, cerca de un 75% de la población en estudio, no se encuentra participando de dichos programas.
- De lo anterior se infiere que los gobiernos tanto Nacional como Municipal, deben promulgar políticas que promuevan, entre otros, un incremento en la cobertura en los distintos programas integrales. Si ello no sucede, nos veremos abocados en un futuro muy próximo a contar con un incremento desmesurado de las enfermedades crónicas no infecciosas y por ende a un aumento de las discapacidades secundarias a las mismas, igualmente, se tenderá a un mayor incremento de la mortalidad, y sin lugar a dudas unos sistemas de salud deficitarios financieramente por los altos costos que ello implica.
- Se observa la existencia de un porcentaje significativo de los adultos mayores que no asisten a ninguno de los programas propuestos por las diferentes instituciones.
- En la actualidad existe un porcentaje mínimo de afiliados que pertenecen a los programas dirigidos específicamente a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades crónicas no infecciosas, a pesar de ser, la principal causa de morbimortalidad dentro de este grupo de edad.

- Se observa, en las diferentes instituciones prestadoras de salud, la inexistencia de un programa integral el cual promueva la promoción y la prevención de la enfermedad.
- Existe una adecuada continuidad de los programas en salud ofrecidos por las diferentes instituciones y una importante regularidad en la participación de sus afiliados.
- Se encontró un número importante de adultos mayores, que no participan de los diferentes programas propuestos. De ello, se puede inferir, que podría existir por parte de las instituciones prestadoras de salud, déficit en todo lo concerniente a la motivación, a la orientación y a la difusión de los diferentes programas de salud existentes.
- Existe una alta satisfacción por parte de los adultos mayores con los diferentes servicios ofrecidos, siendo la de mayor relevancia la atención ofrecida por los funcionarios que laboran en las diferentes instituciones. Sin embargo, es de anotar, que la información podría estar sesgada por el conformismo existente en gran parte de la población en estudio.
- Dentro de los déficit más importantes que presentan las instituciones prestadoras de salud, tenemos: la demora en citas, y el personal médico.
- Se observa una alta accesibilidad de los adultos mayores afiliados a las instituciones de salud a los exámenes clínicos de diagnóstico. Sin embargo, existe un porcentaje importante que no tiene acceso a los mismos, y conociendo la alta vulnerabilidad de este grupo en estudio, esto se constituye como un importante factor de riesgo de morbimortalidad.
- Más de la mitad de los adultos mayores viven con uno o más familiares, lo cual es importante tener en cuenta, en el momento de la planeación y la elaboración de estrategias.

- Gran parte de los adultos mayores participan en la toma de decisiones dentro de su núcleo familiar.
- No existen políticas claras, en las diferentes instituciones del Municipio de Armenia, en cuanto a los programas que deben ser prioritarios para los adultos mayores.
- Programas como: corazón sano y diabéticos, considerados prioritarios, se encuentran solamente en un 30% de las instituciones estudiadas. Estos programas son importantes en el proceso salud enfermedad, puesto que pueden disminuir los efectos adversos de estas enfermedades.
- En las instituciones analizadas, no existe priorización en la atención de los adultos mayores.
- Menos del 30% de las instituciones analizadas llevan a cabo, atención médica y seguimiento domiciliario para pacientes ancianos altamente incapacitados.
- Por lo anterior se puede inferir que un alto porcentaje de los adultos mayores que en la actualidad cursen con enfermedades crónicas incapacitantes, no tienen fácil acceso a los servicios de salud, ya que el 72.4%, de las instituciones, no tienen contemplados la atención y el seguimiento del paciente en su domicilio.
- Las instituciones de salud no cuentan con un adecuado número de profesionales que permitan una atención integral al adulto mayor.
- En las diferentes instituciones de salud analizadas, no existen grupos de profesionales de la salud, que trabajen de una manera interdisciplinaria, lo cual conlleve a visualizar la problemática del adulto mayor de una manera integral.

- Más de la mitad de las instituciones analizadas no cuentan con espacios adecuados para realizar las diferentes actividades de prevención y promoción de la enfermedad.
- No existe dentro de los presupuestos de más del 50% de las instituciones analizadas, rubros especiales destinados a la atención de este grupo poblacional.
- En las proyecciones analizadas, se deduce que la población adulta mayor para la región en estudio, continuará en crecimiento durante los años proyectados, llegando alrededor de un 20% de la población total para el año 2025 y dentro de estos, las mujeres, y los mayores de 70 años constituirán el grupo con mayor representatividad.
- El envejecimiento de nuestra población, afectará en mayor o menor grado todas las regiones que componen el territorio Colombiano, encontrándose que el comportamiento en un futuro de este grupo poblacional en el Municipio de Armenia será muy similar al total de la población del país.
- Al realizar una comparación por sexos, las mujeres, tanto para la población del Municipio de Armenia, como para el total del país, representan y continuarán representando el mayor peso porcentual, entre los adultos mayores.
- En los próximos años la esperanza de vida continuará con un incremento paulatino no sólo para el Municipio de Armenia si no también para el resto de el país, observándose que para la región en estudio en el año 2010, presentará una esperanza de vida que diferirá en 2.3 años para los hombres y 7 años para las mujeres, con respecto a la población del país.
- Según las proyecciones para el año 2005, con una T.G.F. de 2.7 se espera un índice de envejecimiento de 2.5 y para ese mismo año con una T.G.F. de 2.5 se espera un índice de envejecimiento de 2.25. Para el año final de la proyección, (2025), dicho índice de envejecimiento, con una T.G.F. de

2.5 llegará a 1.5 menores de 14 años por cada adulto mayor, mientras que con una T.G.F. de 2.1 el índice de envejecimiento será 1.1 menores de 14 años por cada adulto mayor.

- El índice de envejecimiento, en el Municipio de Armenia se verá afectado por las oscilaciones que en el mediano plazo puedan tener las T.G.F. Sin embargo, el comportamiento futuro de la mortalidad y la migración internacional, pueden incidir en mayor o menor grado en la evolución futura de éste índice.
- En el Municipio de Armenia según las proyecciones de necesidades, para el año 2025 se requerirá un total de 524 nuevos médicos y un total 261 enfermeras, lo cual permitirá una cobertura de un médico por cada 1.000 habitantes y una enfermera por cada 2.000 habitantes. Para este propósito, se recorrerá un presupuesto cercano a los cinco billones de dólares.
- En la región en estudio, para el año de 1994, los adultos mayores utilizaron tan sólo el 0.8% de los profesionales en el área médica, y en un menor porcentaje el personal de enfermería.

VIII. RECOMENDACIONES

- La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad debe considerarse como el eje central de toda política dirigida a los adultos mayores, etapa donde las enfermedades crónicas y degenerativas juegan un papel preponderante. Promoviendo fundamentalmente, el autocuidado y los estilos de vida saludables.
- Para lograr una mejor constitución física y un mejor estado de salud en los adultos mayores, la educación a edades tempranas, respecto al cuidado de su salud, debería ser una prioridad.
- El Gobierno Central y Regional, en coordinación con las diferentes instituciones existentes, deberían establecer políticas o en su defecto ajustar las existentes, teniendo como uno de los objetivos centrales, el aumento de la cobertura de los programas integrales de salud (dentro de los cuales está la educación, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad), como factor fundamental, el cual conlleve a la disminución de las enfermedades incapacitantes, una mejor calidad de vida de los senescentes y por ende, una contención de costos en los diferentes Sistemas de Salud.
- En este orden, el Gobierno Central, debe permitir la creación de estructuras administrativas con atribuciones para la toma de decisiones locales y habilidad para adaptarse a los cambios.
- Se considera importante la realización de estudios en el Municipio de Armenia, los cuales definan con mayor exactitud las características socioeconómicas del adulto mayor.
- El Municipio de Armenia, debería estimular a las diferentes organizaciones tanto públicas como privadas (Organizaciones no Gubernamentales), para que trabajen en la formulación de proyectos en

beneficio de los adultos mayores, focalizado a los sectores más vulnerables.

- Debido a las diferentes limitaciones presupuestales del sector salud, se considera importante que los recursos y esfuerzos deben invertirse de manera focalizada hacia los grupos más prioritarios de adultos mayores, definidos por su pobreza, marginalidad y discapacidad, entre otros.
- En este orden, la desprotección de los adultos mayores en cuanto a los sistemas de previsión social, principalmente en la mujer, deben ser tenidos en cuenta como uno de los aspectos relevantes, en los diferentes procesos de planeación.
- Las diferentes instituciones de salud, deberían brindar a cada uno de sus funcionarios capacitación continuada que contemple, entre otros, el manejo integral del adulto mayor.
- Promover por parte del Gobierno local, la capacitación de los recursos humanos, especialmente en las áreas de Geriatría y Gerontología.
- Fomentar en cada una de las instituciones prestadoras de servicios de salud, la atención y el seguimiento intradomiciliario, para los pacientes con enfermedades incapacitantes, como una forma de promover la calidad de vida del senescente y la disminución de costos de la atención intrainstitucional.
- El Gobierno Local debería implementar estrategias que promuevan la participación activa del adulto mayor en los diferentes procesos sociales, políticos y económicos que se dan a diario en la región.

- Fortalecer o implementar los diferentes programas integrales de salud, principalmente: diabetes, corazón sano e hipertensión arterial, en las distintas instituciones de salud del Municipio de Armenia. Promoviendo, la participación de personal capacitado, el manejo interdisciplinario, y la formulación de objetivos y metas comunes.
- Los programas integrales de salud en las diferentes instituciones deben poseer un rubro presupuestal independiente y financieramente sólido, destinados exclusivamente a atender la problemática de los adultos mayores.
- Es de fundamental importancia los acercamientos entre Gobierno Municipal y las organizaciones prestadoras de servicios de salud, para facilitar las discusiones de tipo académico e intercambio de experiencias, con el propósito de tenerlas en cuenta en los diferentes procesos de planeación.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía) (1994a), **Boletín Demográfico No. 53**, Santiago.

----- (1994b), **Boletín Demográfico No. 54**, Santiago.

CES (Instituto de Ciencias de la Salud) (1993), **Estructura y Dinámica de la Población Colombiana**, Medellín.

DANE (Departamento Nacional de Estadística) (1985), **Censo Nacional de Población y Vivienda 1985**, Bogotá.

Jaramillo I. (1994), **El Futuro de la Salud en Colombia**, Bogotá.

I.S.S.Q. (Instituto Seccional de Salud del Quindío) (1994), **Boletín Epidemiológico**, Armenia.

San Martín H., Pastor Aldeg V. (1990), **Epidemiología de la Vejez**, Madrid.

Marín L. M. (1989), **Gerontología y Seguridad Social**, Medellín.

MIDEPLAN (Ministerio de Planificación y Cooperación) (1993), **Política Nacional sobre Envejecimiento y Vejez: Linamientos Básicos**, Santiago.

O.P.S. (Organización Panamericana de la Salud) (1988), **La salud de los ancianos en América Latina y el Caribe**, Washington.

----- (1989), **Informe final del grupo de trabajo sobre salud comunitaria y bienestar social en los grupos de adultos y ancianos**, Washington.

----- (1990), **El Envejecimiento de la Población: Un Desafío que va más allá del año 2000**, Washington.

----- (1992a), **Reunión de consulta sobre formulación de políticas para los ancianos en América Latina**, Washington

----- (1992b), **La Salud de los Ancianos: Una preocupación de todos**, Washington.

----- (1995), **Mujer y vida después de los sesenta: Género y Salud, el despertar de una conciencia crítica**, Santiago.

Pabón H. (1987), **Evaluación Cuantitativa de Servicios de Salud**, Calí.

Silva J. (1989), **Encuesta sobre las implicaciones socio-económicas del envejecimiento en América Latina**, Santiago.

Yepes A. (1992), **Seguridad Social Para Todos los Colombianos**, Bogotá.

11

12