

EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION BOGOTANA AFILIADA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS) REGIMEN SUBSIDIADO AL AÑO 2020^{1*}

Lizbeth Alexandra Campos V.^{2**}

Resumen

El presente estudio es un análisis estadístico descriptivo e inferencial cuya población objeto son los habitantes de la ciudad de Bogotá D.C., sin exclusiones; dicha población se encuentra caracterizada por edad, sexo y tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. (SGSSS).

Se caracteriza demográficamente el fenómeno del envejecimiento de la población habitante en la ciudad de Bogotá al año 2020, analizando el impacto del envejecimiento sobre el sistema de salud y sus variaciones en el gasto, estableciendo el perfil de prevalencia de morbilidad en salud.

La información es procedente de la fuente primaria que son los boletines del DANE, Ministerio de Salud y Protección Social y de la Secretaria Distrital de Salud; y se tiene el diseño de registro de la base de datos, con un 95% de confiabilidad en el modelo y los datos son procesados mediante el paquete estadístico SPSS.

Palabras clave: Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), Plan Obligatorio de Salud (POS), Régimen Subsidiado, Régimen Contributivo, Vinculados, Unidad de Pago por Capitación (UPC),

Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), Morbilidad, Gasto, Envejecimiento.

Clasificación JEL: I10, I12, I19, J11, J19, Y10.

Abstract

This study is a descriptive and inferential statistical analysis whose target population are the inhabitants of the city of Bogotá D.C., without exclusions; this population is characterized by age, sex and type of affiliation to the General Social Security System in Health. (SGSSS).

Demographically it characterized the aging of the resident population in the city of Bogotá 2020, analyzing the impact of aging on the health system and its variations in spending, establishing the profile of prevalence of morbidity in health.

The information is from the primary source are bulletins DANE, Ministry of Health and Social Protection and the District Department of Health and has the record layout of the database, with 95 % confidence in the model and the data are processed using the SPSS statistical package.

Key Words: Social Security in Health General System (SGSSS), Obligatory Health Plan (POS), Subsidiary Regime, Contributive Regime, Linked, Capitation Pay Unity (UPC), Only Health Classification Procedures (CUPS), Morbidity, Spending, AgingUnity (UPC), Only Health Classification Procedures (CUPS), Morbidity, Spending, Aging

1. Introducción

¹ El presente documento forma parte del trabajo de grado de la autora en la Facultad de Economía, Universidad Santo Tomás, para optar al Título Magister en Protección Social.

^{2**} Odontóloga de la Universidad Nacional de Colombia; especialista en Administración

Hospitalaria de la ESAP, especialista en Auditoria en Salud de la Universidad Santo Tomás. Correo electrónico: lizacampos@hotmail.com

El estudio realizado no fue financiado por ninguna entidad .

A pesar de ser el envejecimiento un logro evolutivo de la humanidad, al ser prolongada la existencia del ser humano bajo la diversidad de factores biológicos, psicológicos y sociales, también representa un reto el proveer las mejores condiciones de calidad de vida para aquellos individuos adultos mayores, que cada día son más, y que han aumentado su expectativa de vida.

La vejez como una condición o fase final del proceso de envejecimiento (Santos- Valencia, 2015) hace necesario preguntarse: a) cuál es el estado actual, demográficamente hablando, de la población que habita a Bogotá D.C., y la expectativa de vida al año 2020 frente a los grupos quinquenales de 64 años y más, que pertenecen al régimen subsidiado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito Capital; b) cual es el impacto del envejecimiento de la población bogotana sobre el sistema de salud con sus variaciones en el gasto, y c) cual es el perfil de prevalencia de morbilidad en salud sobre la población mayor de 64 años.

En Colombia la esperanza de vida aumento de 50.6 años a mediados del siglo pasado a cerca de 74 años en la actualidad; se observa que la población mayor de 60 años que representaba el 7% del total de la población en el año 1985, pasa a ser un poco más del 10% en la actualidad y se estima que para el año 2050 representara el 23 % de la población. (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015), lo cual significa disminución de población económicamente activa, por una parte, y el déficit presupuestal que representa la atención de individuos cada vez más longevos, por otra.

Lo anterior conlleva a cuestionar acerca del impacto que tiene el aumento de la población mayor de 64 años en el gasto del sistema de salud específicamente en el régimen subsidiado en la ciudad de Bogotá D.C., tal

como también ha sido cuestionado en otros países como Chile (Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile 2006) donde se evidencia el gasto en salud de los adultos mayores en los componentes del gasto en hospitalización, ambulatorio, medicamentos y gasto en cuidados a largo plazo; al igual que en Nueva Zelanda, país que prevé en los próximos 50 años que su población de 65 años y mayor se duplique con el agravante que hoy en día la atención de este adulto mayor le cuesta al sistema de salud cinco veces más que uno menor de 65 años.(Bryant, 2006).

El envejecimiento visto como consecuencia de la inminente transición demográfica, explicada como la disminución de la tasa de mortalidad y el aumento de la sobrevivencia de todas las edades, depende fundamentalmente de tres tipos de variables: nacimientos, muertes y migraciones, resultado de la interacción de diferentes factores tales como la mejora de las condiciones de vida de la población y de los adelantos tecnológicos, en especial los biomédicos (Arrubla-Sánchez, 2010), el crecimiento económico, la migración de la población rural a centros urbanos, la participación de la mujer en el mercado laboral, mejoras en las condiciones de alimentación y salubridad de madres gestantes y neonatos que cuentan ahora con acceso a mejores sistemas de salud, alimentación enriquecida de manera artificial y sintética, el acceso a los servicios públicos, a la vivienda, a la educación, la masividad de los medios de comunicación y otras ventajas comparativas que difícilmente se podrían encontrar sin el avance de la ciencia y la tecnología contemporáneas han hecho que las condiciones de vida de los pueblos cambien, reflejándose en el descenso en la mortalidad y la fecundidad traducida en el aumento en la expectativa de vida acrecentando el fenómeno del envejecimiento de la población.

Según el Centro Latinoamericano de Demografía (Celade2009*, 2011; y Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015), se clasifica los países de América Latina y el Caribe (ALC) en cuatro etapas de transición demográfica de acuerdo a las esperanzas de vida y a las tasas de fecundidad observadas en el periodo 2005 – 2010; Colombia junto a otros países como Antillas Neerlandesas, Guadalupe, Chile, Argentina, Trinidad y Tobago, se encuentra en una etapa “Avanzada” cuya tasa de fecundidad es de 1.5 a 2.5 hijos por mujer y el índice de envejecimiento es entre el 33% y 51% muy cerca de la última etapa: muy avanzada, en la que la tasa de fecundidad es de 1.5 hijos por mujer y el índice de envejecimiento es mayor del 65% en países como: Cuba, Barbados, Puerto Rico, Martinica y Uruguay.

El documento Misión Colombia Envejece (2015), reconoce estudios (Bertranou, 2008; Corbinos, 2001; Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Cepal], 2009; Celade, 2008a y 2014) en los que se diferencia tres expresiones referidas al envejecimiento poblacional:

1. El envejecimiento demográfico como el “incremento sistemático de la proporción de personas mayores en la población total” (p. 24).
2. El envejecimiento doméstico como el “aumento de la proporción de personas de 60 años o más en los hogares (Celade, 2008b)” (p. 24).
3. El envejecimiento individual como el “incremento de la edad cronológica de las personas” (Celade, 2008b)” (p. 24).

De tal manera que, Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, (2015) señalan que a pesar de estar interrelacionados entre sí, las tres modalidades presentan diferencias, de acuerdo con Celade (2008a), en cuanto a la forma de relacionarse con los diferentes sistemas de Protección, en la medida que el envejecimiento individual se incorpora como un tema de la Protección Social, el envejecimiento demográfico se relaciona con los sistemas de financiamiento y el envejecimiento doméstico cuyas implicaciones se ven reflejadas en la conformación de los hogares y los requerimientos de cuidado.

De acuerdo a Dulcey Ruiz et al (2013) en Colombia las referencias a los adultos mayores están centradas en condiciones de pobreza e indigencia, por lo cual la articulación de medidas son asistencialistas y cortoplacistas; sin embargo es evidente que es uno de los países que envejece más rápidamente en la región en condiciones de pobreza, cerca del 40%, y precariedad laboral, económica y social teniendo en cuenta que la desigualdad ha alcanzado niveles superiores con un índice de Gini 0,56 en 2010 , 0,52 en 2015 y 0,51 en 2016

El envejecimiento además de un logro, es un reto para el Estado, la sociedad y la familia que garantice las mejores condiciones y brinde la asistencia integral para lo cual se desarrollan estrategias y políticas acordes con las proyecciones poblacionales; y una de estas formas de atención es la Protección social definida como una serie de intervenciones públicas para:

- a) ayudar a las personas, familias y comunidades a manejar mejor el riesgo

b) apoyar a los pobres en situación crítica. (Robert Holzmann, 2000)

Está compuesta por dos elementos esenciales como lo son la seguridad social y la asistencia social. El componente de aseguramiento cumple la función de proteger a la gente frente a posibles pérdidas de ingresos originadas por una de tres causas: salud, desempleo o vejez; y la asistencia social es un conjunto de intervenciones estatales orientadas a reducir la pobreza a través de dos estrategias:

Estructural. Busca dotar a toda la población de un nivel suficiente de capital humano y físico, de manera que todas las personas puedan generar un ingreso aceptable.

Asistencial. Le otorga subsidios, en especie o en dinero, a aquellas personas con insuficiente capacidad de generación de ingresos.

Estos programas de asistencia social no son un seguro, puesto que no exigen el pago de una contribución asimilable a una prima a cambio del cubrimiento frente a determinados riesgos. Sin embargo, pese a que no son un seguro como tal, los programas asistenciales si pueden cumplir una función de aseguramiento en un momento dado.

Por otra parte, la denominada explosión demográfica en los términos de la teoría Malthusiana conlleva una inversión de la pirámide poblacional y productiva de las naciones en desarrollo, circunstancia que repercute de manera directa en la sostenibilidad de los aparatos y sistemas de seguridad y asistencia social a la tercera edad en los países menos desarrollados; sin embargo, diferentes estudios desarrollados en países como Chile (Olivares, E. y Salazar. 2006) y Nueva Zelanda, (

Bryan, J. y Sonerson, A. 2006) indican que el gasto en salud en adultos mayores no está determinado significativamente por el factor demográfico sino efectivamente tendrá una carga económica mayor derivada de las decisiones de políticas en salud acerca de la cobertura, las mejoras en la atención en salud de la población envejecida, lo que implica la estabilización de enfermos crónicos, el suministro de medicamentos, el cuidado del adulto, el costo de nuevas tecnologías, el costo administrativo de los servicios de salud, adicionalmente, según la Organización Mundial de la Salud (2015), se observa que en los países de ingresos altos, el uso de los servicios de salud parece aumentar con la edad mientras que en los países de ingresos medianos la tendencia no es clara y desaparece en los países de ingresos bajos, sumado a que el trabajo denominado “informal”, mayormente ejercido por adultos en edad laboral temprana presupone la carencia de aportes dinerarios de tales personas al sistema de seguridad social de cada país, y agudiza la situación deficitaria y que por tanto, en futuros próximos, representarán una población de tercera edad en condiciones de desprotección.

2 Metodología

La información objeto de este estudio fue recolectada de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS y de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS del año 2013, suministrada en el mes de julio de 2016 por la Secretaria Distrital de Salud cuando publicó la base de datos del año 2013 con la información procesada y validada, de los RIPS y los CUPS.

Para esta investigación de tipo descriptivo se obtuvo la serie estadística temporal de proyecciones de

población de Bogotá según sexo y edades simples de cero (0) a veinticuatro (24) años y por periodos quinquenales, de veinticinco (25) años en adelante, anualizadas para el periodo 2005 a 2020, estimadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), a partir de los resultados del Censo General de Población 2005

Se realizó análisis estadístico de variación de la estructura demográfica poblacional a partir de las proyecciones de población de Bogotá D.C., para los periodos 2015 y 2020, a través de la estimación de los índices poblacionales que se formulan a continuación:

El índice de vejez (IV) que expresa la relación entre los mayores de 64 años en relación con la población total.

La Razón de dependencia adultos mayores “ancianidad” (rda) que expresa la relación entre los mayores de 64 años y la población entre 15 y 64 años.

El índice de envejecimiento (IE) que expresa la relación entre los mayores de 64 y los menores de 15 años

El índice de Friz (IF), que expresa la relación entre la población menor de 20 años en relación a la población de 30 a 49 años para determinar población joven, madura o en envejecimiento.

El índice de masculinidad (IM) que expresa, la relación hombres y mujeres.

Igualmente, se obtuvo la serie estadística de la población de Bogotá D.C, afiliada al régimen subsidiado de salud, según sexo y edad simple de cero a ochenta (80) años y más del periodo 2015, fuente primaria base de datos única de afiliación BDUA, certificados por la Dirección de Aseguramiento y

Garantía de la Calidad en Salud de la Secretaria Distrital de Salud.

Se calculó la estimación económica del ingreso (giro monetario) de la población de Bogotá afiliada al régimen subsidiado de salud para el periodo línea de base 2015 valorizada monetariamente al valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del régimen subsidiado para Bogotá, según sexo y grupos de edad definidos por la UPC, establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social (Resolución No. 5968 de 31 diciembre de 2014, UPC régimen subsidiado para Bogotá que aplicará para la vigencia del periodo 2015, y para el segmento de población en envejecimiento (mayores de 64 años), al igual que para el periodo 2020 considerando el índice inflacionario anual del 3,5%, fijado por la Dirección de Presupuesto de la Administración de Hacienda Distrital, para el periodo 2017 – 2020, indexado a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) Subsidiada de Bogotá

A partir de la serie estadística de la población mayor de 64 años, afiliada al régimen subsidiado en salud de Bogotá D.C., línea de base periodo 2015, atendida (que requirió los servicios de salud) en los hospitales de la red pública adscrita a la Secretaria Distrital de Salud, fuente primaria base de datos de Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y reportados por los mismos a la Dirección de Planeación Sectorial de la Secretaria Distrital de Salud; para los cuales mediante procesamiento electrónico de datos, se determinaron las patologías más frecuentes en esta población (según la Clasificación Internacional de Enfermedades decima revisión CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud OMS) y se determinaron los procedimientos realizados en esta población (según Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS definidos por el Ministerio de Salud y de la Protección Social),

que denominaremos perfil de morbilidad y la valoración monetaria (a valor unitario Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito – SOAT), como estimación económica del gasto aproximado en salud para la población en envejecimiento y de esta forma inferir a la función de superávit o déficit mediante comparación del ingreso y los gastos en la población objeto de estudio.

3 Resultados

Análisis de la dinámica de la estructura demográfica de Bogotá D.C., periodo 2015-2020.

La proyección de población de Bogotá D.C. para el periodo 2015 fue 7.878.782 habitantes, según sexo correspondiendo a género femenino el 51,6% (4.068.770 mujeres) y género masculino el 48,4% (3.810.012 hombres). Para el periodo 2020 se proyectaron 8.380.800 habitantes, con un aumento absoluto de 502.018 habitantes más que en el periodo 2015, equivalente a un crecimiento demográfico de 6,37% con relación al periodo base 2015, y corresponde a género femenino el 51,5% (4.316.132 mujeres) y género masculino el 48,5% (4.064.668 hombres).

En el periodo 2015 se proyectó una población mayor de 64 años de 592.688 personas, equivalentes al 7,5% del total de la población de Bogotá D.C., aumentando a 760.689 personas, equivalente al 9,1% del total de la población de Bogotá D.C., en el periodo 2020; reflejando el cambio de la forma piramidal de la población, haciéndose estrecha en la base como resultado de la disminución de la población más joven, y a la vez que la cúspide se amplía como resultado del incremento de la población mayor de 64 años, con un leve ensanchamiento de la cúspide mayor a la derecha, indicando que la población femenina mayor de 64 años crece en más altas proporciones que la población

masculina, al comparar los periodos de estudio 2015 y 2020. Tabla 1 y la Figura 1 y 2.

En el periodo 2015, el índice de vejez se estimó en 8, expresando la relación entre los mayores de 64 años (65 años y más, 592.688 habitantes) con la población total (7.878.782 habitantes); en el periodo 2020, el índice de vejez se aumenta a 9. Tabla 1.

En el periodo 2015, la razón de dependencia adultos mayores “ancianidad” (rda) fue 10,8 que expresa la relación entre los mayores de 64 años (65 años y más, 592.688 habitantes, que representa el 7,5% del total de la población) y la población entre 15 y 64 años (5.479.614 habitantes, que representa el 69,5% del total de la población). Es decir, por cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 11 personas mayores de 64 años; en el periodo 2020, la razón de dependencia adulto mayor “ancianidad” (rda) aumenta a 13,1. Tabla 1

En el periodo 2015, el índice de envejecimiento (IE) fue 32,8 y expresa la relación entre los mayores de 64 años (65 años y más, 592.688 habitantes) y los menores de 15 años (0 a 14 años, 1.806.481 habitantes). Es decir, por cada 100 personas menores de 15 años, hay 33 personas mayores de 64 años; para el periodo 2020, el índice de envejecimiento (IE) aumenta a 42 personas mayores de 64 años por cada 100 personas menores de 15. Tabla 1.

En el periodo 2015, el índice de Friz (IF) fue 105, expresa la relación entre la población menor de 20 años (0 a 19 años, 2.448.957 habitantes, que representa el 31,1% del total de la población), en relación a la población de 30 a 49 años (2.325.833 habitantes, que representa el 29,5% del total de la población). Es decir, por cada 100 personas con edades entre 30 a 49 años

hay 105 personas de 0 a 19 años; en el periodo 2020, el índice de Friz (IF) es 100. Tabla 1.

Si el índice de Friz (IF) es mayor de 160 se considera que la población es joven; si el índice está entre 60 y 160 se considera que la población es madura; y si el índice es menor de 60 se le considera una población envejecida.

En el periodo 2015, el índice de masculinidad (IM) de 93,6 expresa, la relación hombres (3.810.012 habitantes) y mujeres (4.068.770 habitantes), lo que indica que son 94 hombres por cada 100 mujeres. En el periodo 2020, el índice de masculinidad se estima en 94,2. Tabla 1.

La proyección de población de Bogotá D.C., de 7.878.782 habitantes para el periodo base 2015 y la proyección de población de Bogotá de 8.380.800 habitantes para el periodo 2020, se presenta en la tabla 1 y está representada gráficamente en las pirámides poblacionales en las figuras 1 y 2..

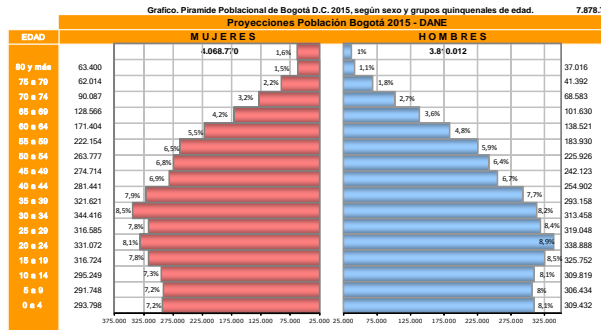
Tabla 1

Proyección Población de Bogotá D.C., anualizada por Sexo y grupos quinquenales de edad. 2015 - 2020.

Edad (años)	mujeres Bogotá D.C. 2015	hombres Bogotá D.C. 2015	Total, Población Bogotá D.C. 2015	%	mujeres Bogotá D.C. 2020	hombres Bogotá D.C. 2020	Total, Población Bogotá D.C. 2020	%
Total	4.068.770	3.810.012	7.878.782	100	4.316.132	4.064.668	8.380.800	100
0 a 4	293.798	309.432	603.230	7,7	297937	314277	612.214	7,3
5 a 9	291.748	306.434	598.182	7,6	294872	312136	607.008	7,2
10 a 14	295.249	309.819	605.068	7,7	294744	311506	606.250	7,2
15 a 19	316.724	325.752	642.476	8,2	303982	314157	618.139	7,4
20 a 24	331.072	338.888	669.960	8,5	328068	334831	662.899	7,9
25 a 29	316.585	319.048	635.633	8,1	337760	343902	681.662	8,1
30 a 34	344.416	313.458	657.874	8,3	319634	320996	640.630	7,6
35 a 39	321.621	293.158	614.779	7,8	345675	313648	659.323	7,9
40 a 44	281.441	254.902	536.343	6,8	321764	292090	613.854	7,3
45 a 49	274.714	242.123	516.837	6,6	280725	252830	533.555	6,4
50 a 54	263.777	225.926	489.703	6,2	272901	238576	511.477	6,1
55 a 59	222.154	183.930	406.084	5,2	260366	220229	480.595	5,7
60 a 64	171.404	138.521	309.925	3,9	216731	175774	392.505	4,7
65 a 69	128.566	101.630	230.196	2,9	164603	128795	293.398	3,5
70 a 74	90.087	68.583	158.670	2	119539	89858	209.397	2,5
75 a 79	62.014	41.392	103.406	1,3	79064	55806	134.870	1,6
80 y más	63.400	37.016	100.416	1,3	77767	45257	123.024	1,5
< 15 años	880.795	925.685	1.806.481	22,9	887.553	937.919	1.825.474	21,8
> 64 años	344.067	248.621	592.688	7,5	440.973	319.716	760.689	9,1
15 a 64 años	2.843.908	2.635.706	5.479.614	69,5	2.987.606	2.807.033	5.794.638	69,1
15 a 29 años	964.381	983.688	1.948.069	24,7	969.810	992.890	1.962.699	23,4
0 a 19 años	1.197.519	1.251.437	2.448.957	31,1	1.191.535	1.252.076	2.443.612	29,2
30 a 49 años	1.222.192	1.103.641	2.325.833	29,5	1.267.798	1.179.564	2.447.362	29,2

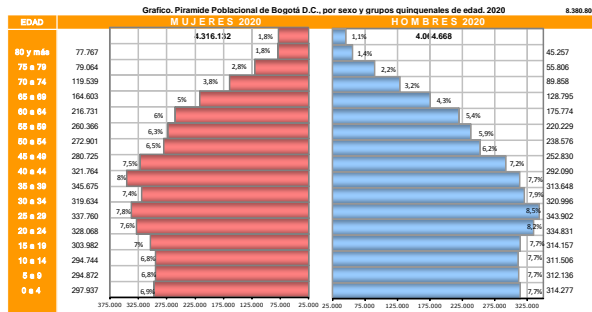
Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyecciones de población de Bogotá D.C. anualizada según sexo y edades simples 0 a 24 años y por grupos quinquenales de 25 años en adelante. 2006-2020.

Figura 1 Pirámide Poblacional de Bogotá D.C., según sexo y grupos quinquenales de edad. 2015.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Figura 2 Pirámide Poblacional de Bogotá D.C., según sexo y grupos quinquenales de edad. 2020.



Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). La población proyectada de Bogotá D.C., de 7.878.782 habitantes, según régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden con corte al 31 de diciembre de 2015 a 1.291.158 beneficiarios (16.4% del total de la población) afiliados al régimen subsidiado de los cuales 115.680 habitantes son mayores de 64 años (65 años y más) equivalente al 9% del total de afiliados. Tabla 2.

Análisis del gasto en salud de la población mayor de 64 años, afiliada al régimen subsidiado de salud en Bogotá D.C., periodo 2015-2020.

La población de Bogotá afiliada al régimen subsidiado de salud con corte 31 diciembre de 2015 (periodo base) 1.291.158 beneficiarios, valorizada monetariamente al valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del régimen subsidiado según sexo y grupo de edad, definida por el Ministerio de Salud y Protección Social (Resolución No. 5593 de 24 diciembre de 2015, que aplicará para la vigencia del periodo 2016), se estimó en **\$855.115.937.701** y específicamente para la población mayor de 64 años (115.680 beneficiarios), se estimó en **\$219.140.677.080**, per cápita **\$1.894.370**. Tabla 2.

Tabla 2 Distribución de la población de Bogotá afiliada al régimen subsidiado de salud y valor monetario (\$\$) de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) régimen subsidiado de salud para Bogotá D.C., y estimación ingreso (giro monetario), según sexo y grupos de edad.

Edad (años)	Mujeres	Hombres	Ambos	%	UPC	UPC	Estimación
	Subsidiadas	Subsidiados	Sexos 31		Subsidiado	Subsidiado	Ingreso (Giro \$\$)
	31 diciembre	31 diciembre	diciembre		Bogotá (Res	Bogotá (Res	Subsidiado
	2015	2015	2015		5968 de 31	5593 de 24	Bogotá 2016 \$
					diciembre	diciembre	(Resol 5593 - 24
					2014	2015	diciembre 2015
							artículo 3)
Total	689.298	601.860	1.291.158	100	677.044,80	616.849,2	855.115.937.701
65 a 69 años	20999	16860	37859	2,9	1.633.370,40	1.488.150	56.339.870.850
70 a 74 años	16692	12265	28957	2,2	1.992.135,60	1.815.015,6	52.557.406.729
75 años y mayores	31114	17750	48864	3,8	2.476.292,40	2.256.127,2	110.243.399.501
>64 años	68805	46875	115680	9,0			219.140.677.080

Fuente: Secretaría Distrital de Salud (SDS), Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud. Población de Bogotá afiliada al Régimen Subsidiado de Salud activos 1.291.158 beneficiarios a 31 diciembre 2015 (Maestro de contributivo, Base de Datos Única de Afiliación-BDUA-POSYGA). Ministerio de Salud y Protección Social (Resolución No. 5968 de 31 diciembre de 2014, UPC régimen subsidiado para Bogotá que aplicará para la vigencia del periodo 2015; y Resolución No. 5593 de 24 diciembre de 2015, UPC régimen subsidiado para Bogotá que aplicará para la vigencia del periodo 2016).

El acuerdo 645 de 9 de junio de 2016 del Consejo de Bogotá, por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2016 – 2020 “Bogotá Mejor para Todos”, del Alcalde Enrique Peñalosa Londoño, establece como metas de proyecto de inversión atención integral en salud (AIS), en su numeral “4.1.9 Atención integral y eficiente en salud, como estrategia: desde la perspectiva del aseguramiento social universal en salud, la meta de resultado: garantizar la continuidad de 1.291.158 afiliados al régimen subsidiado de salud (línea de base 31 de

diciembre de 2015), y ampliar coberturas hasta alcanzar 1.334.667 afiliados a 2020, manteniendo la atención para aquella población vinculada transitoriamente no afiliada, catalogada por la ley como población pobre no afiliada”, es decir, 43.509 afiliados más que en 2015.

La función estimada, se utilizó para proyectar la población de Bogotá afiliada al régimen subsidiado de salud de los años 2016 con 1.306.848 afiliados correspondiente al 16,38% de la población total; en el 2017 con 1.317.831 afiliados correspondiente al 16,31% de la población total; en 2018 con 1.325.519 afiliados correspondiente al 16,2% de la población total; en 2019 con 1.330.900 afiliados correspondiente al 16,07% de la población total y para el periodo 2020 con 1.334.667 afiliados correspondiente al 15,93% de la población total.

De igual manera la función estimada, se utilizó para proyectar la proporción (%) de población de Bogotá mayor de 64 años “ancianidad”, afiliada al régimen subsidiado de salud de 9,92%, equivalente a 132.400 subsidiados en el periodo 2020, con base en la meta proyectada de 1.334.667 subsidiados en Bogotá en 2020; lo que evidencia un aumento de la población en ancianidad, que permite inferir un incremento del perfil epidemiológico de enfermedades crónicas en esta población, correlacionado con un incremento de los costos de salud para los periodos futuros. Tabla 3.

Considerando el índice inflacionario anual del 3,5%, fijado por la Dirección de Presupuesto de la Administración de Hacienda Distrital, para el periodo 2017 – 2020, indexado a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) Subsidiada de Bogotá, periodo base 2016 y por grupo de 65 a 69 años, de 70 a 74 años, y de 75 años y mayores se estimó el giro total

aproximado de \$288.234.132.894, per cápita \$2.176.995. Tabla 3.

Tabla 3

Tabla 31 Distribución de la población de Bogotá mayor de 64 años “ancianidad”, afiliada al régimen subsidiado de salud, según grupo de edad UPC. 2020.

Grupo	UPC Subsidiada	UPC subsidiada	Subsidiados > 64 años 2020	Giro estimado \$\$ Subsidiado > 64 años Bogotá 2020	percapita \$
	2016	2020			
65 a 69 años (3,23%)	1.488.150	1707686,4	43.110	73.618.358.694	1.707.6
70 a 74 años (2,45%)	1.815.015,60	2082772,2	32.700	68.106.649.223	2.082,7
75 y + años (4,24%)	2.256.127,20	2588957,9	56.590	146.509.124.977	2.588,9
			132.400	288.234.132.894	2.176,9

*Acuerdo 645 de 9 de junio de 2016, Consejo de Bogotá, Plan de Desarrollo 2016 – 2020. “Bogotá Mejor para Todos”. Estimaciones Estadísticas. MSc Guerly López – Estadístico.

Morbilidad de la población de Bogota D.C., mayor de 64 años afiliada al régimen subsidiado de salud.

El perfil de morbilidad de la población subsidiada de Bogotá D.C., mayor de 64 años, se realizó a partir de la información disponible, validada y aprobada por el Ministerio de Salud y de la Protección Social (MSYPS), del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) realizados a la población subsidiada de Bogotá D.C. por eventos del Plan Obligatorio de Salud (POS), reportados por la red hospitalaria pública adscrita a la Secretaria Distrital de Salud (SDS) en 2013; y de otra parte, con la información disponible, validada y aprobada por la Secretaría Distrital de Salud (SDS), del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) realizados a la población subsidiada de Bogotá D.C. por eventos NO POS, reportados por la red hospitalaria pública adscrita a la Secretaria Distrital de Salud (SDS) en 2013, que se tipificará como periodo anual de línea de base.

La población total de Bogotá mayor de 64 años afiliada al régimen subsidiado de salud en el periodo 2013 fue de 108.023 beneficiarios, de los cuales

fueron atendidos por servicios de salud en este periodo en la red pública hospitalaria el 61,2% (n= 66.090 beneficiarios), a quienes le realizaron un total de 868.646 actividades, que correspondieron a 591.210 procedimientos, 231.023 consultas, 34.018 urgencias y 12.395 Hospitalizaciones.

Durante el periodo 2013, de un total de 3460 diagnósticos únicos mencionados, se generaron 277.436 atenciones, acumulando los cincuenta (50) principales diagnóstico más frecuentes el 63,8% (n=177.091 diagnósticos), de los cuales, en orden descendente por mayor frecuencia los cinco más participativos fueron: HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)| (CIE-10, I10X) el 28,7% (n= 79.743 atenciones), ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA; NO ESPECIFICADA (CIE-10, J449) el 4,1% (n=11.367 atenciones), OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS (CIE-10, R104) el 3,6% (n= 9.958 atenciones), INFECCION DE VIAS URINARIAS; SITIO NO ESPECIFICADO (CIE-10, N390) el 2% (n= 5.565 atenciones), INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA (CIE-10, I500) el 1,4% (n= 3.775 atenciones),

Procedimientos en salud más frecuentes, realizados en la población bogotana mayor de 64 años, afiliada al régimen subsidiado de salud.

La población total de Bogotá D.C., mayor de 64 años afiliada al régimen subsidiado de salud atendidos por servicios de salud en eventos POS y en eventos NO POS en la red hospitalaria pública adscrita a la Secretaria Distrital de Salud (SDS) en 2013, una vez identificado el diagnóstico por el cual consultó, se realizaron 1527 procedimientos únicos en salud (según la Clasificación Única de Procedimientos en

salud, CUPS , Resolución 1896 de 2001 Ministerio de Salud), los cuales generaron 822.233 atenciones de procedimientos y acumulando los sesenta y tres (63) principales procedimientos más frecuentes el 80% (n=654.582 atenciones procedimientos), y valorizados monetariamente al valor unitario por cociente tarifa SOAT (Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito) de los eventos No POS, se obtiene un valor total de procedimientos aproximado de \$11.879.318.995; en orden descendente los cinco primeros procedimientos por mayor frecuencia más participativos fueron: CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL (CUPS, 890201) el 8,3% (n=68.412 procedimientos), equivalentes a \$1.607.092.289; CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL (CUPS, 890301) el 6,2% (n=51.139 procedimientos), equivalentes a \$149.808.121; CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA ESPECIALIZADA (CUPS, 890202) el 5% (n=41.312 procedimientos), equivalentes a \$816.328.838; CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS (CUPS, 903825) el 4,2% (n=34.762 procedimientos), equivalentes a \$47.241.558; GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA (CUPS, 903841) el 3,8% (n= 31.105 procedimientos), equivalentes a \$48.171.691.

En el periodo 2013, la población afiliada al régimen subsidiado de salud mayor de 64 años fue de 108.023 beneficiarios, con un giro aproximado acumulado total de \$194.315.253.174.

Al comparar el giro total aproximado de \$194.315.253.174 y el costo total aproximado de \$11.879.318.995, de los 63 procedimientos principales encontrados (el 80% $n=654.582$ atenciones procedimientos) en los 66.090 beneficiarios atendidos, resulta una proporción del 6,1% de gasto en salud por el componente de procedimientos realizados, lo que permite inferir por cociente, un valor total resultante de Superávit de la función de gasto; sin embargo, se requiere información de aquellos procedimientos de alto costo, hospitalización, ambulatorio, medicamentos, gastos en cuidado a largo plazo, costos administrativos y los realizados por la red externa (de la cual, por ser privada, no se tiene completo acceso).

De otra parte, en condiciones normales “ceteris paribus” que la morbilidad en esta población mayor de 64 años, es crónica (está presente), y considerando el valor unitario del procedimiento (CUPS) de la red hospitalaria pública, indexado al índice inflacionario del 2013 en 1,94%, en 2014 de 3,66% y en 2015 de 6,77%; y el mismo índice inflacionario del 3,5% para el periodo 2016 a 2020, el valor aproximado proyectado para el periodo 2020 de los costos de los procedimientos en salud se estimarían en \$15.380.059.664.

Proyectada una población de 760.689 personas mayores de 64 años, en el año 2020, equivalentes al 9,1% de la población total de Bogotá. D.C., se observa que la expectativa de vida es mayor para la mujer, lo que algunos autores mencionan como la feminización del envejecimiento: a escala nacional y urbano la relación de feminidad indica que para el año 2050 llegará a 127 mujeres por cada 100 hombres, la relación de feminidad de la población de 70 años o más será de 140 y en el segmento de 80 años y más

será de 180 aproximadamente. (Fedesarrollo-Fundación Saldarriaga Concha 2015) sumado a que son las mujeres quienes se hacen cargo de labores domesticas y de cuidados de la población dependiente sin percibir remuneración por su labor, ya que los hombres no participan con la misma intensidad de estas tareas

La razón de dependencia adultos mayores “ancianidad” (rda) en el periodo 2020, aumenta a 13,1%, y específicamente en el régimen subsidiado se observa su significativo aumento cuando esta población mayor de 64 años y más, representaba el 5,98% de los afiliados en el año 2009 y en el año 2015 asciende al 9%; lo anterior posiblemente se ve reflejado en la conformación de los hogares que incluye un adulto mayor, lo cual no difiere de las estadísticas cuando en el año 2000 se registra que en América Latina el 70% de los hogares con adultos mayores conviven con personas menores de 60 años, lo cual contrasta con Estados Unidos y Europa donde más del 80% de los adultos mayores vive en hogares unipersonales o solo con su pareja (Celade, 2008a), y en Colombia en el año 2010 cerca del 77% de los hogares con personas mayores eran multigeneracionales, de manera que en el 37,9% de los hogares convivían tres generaciones (mayores, intermedia y niños), 36,9% convivían personas mayores sin niños, y el 1,9% convivían mayores y niños sin miembros de generación intermedia (Fedesarrollo – Fundación Saldarriaga Concha 2015).

El índice de dependencia para la ciudad de Bogotá (ID) fue 43,8% en 2015 y se estima que en el periodo 2020 aumentara a 44,6%, lo cual expresa que por cada 100 personas con edades entre 15 a 64 años habrá 44,6 personas menores de 15 y mayores de 64, comparando la población productiva y la población

dependiente; no obstante, ni todas las personas en edad de trabajar están trabajando, pues las tasas de desempleo son superiores al 10 % y el desempleo juvenil supera el 20 %, ni todas las personas supuestamente dependientes están alejadas del trabajo. De hecho, cerca del 13 % de niños entre 5 y 17 años trabaja y alrededor del 30 % de mayores de 60 años también lo hace (DANE, 2012; Profamilia, 2011).

4 Conclusiones

Se proyecta un incremento considerable de la población de Bogotá mayor de 64 años, pasando de una proporción del 5% en el 2015 al 9% en el 2020, lo que permite inferir que el modelo de atención integral en salud del Distrito Capital, debe enfatizar sus estrategias y acciones teniendo en cuenta esta etapa del transcurrir vital, y concretar el ejercicio de adaptación y de apropiación de las rutas relacionadas con condiciones crónicas y la de promoción y mantenimiento; esta última, a fin de intervenir determinantes sociales en coordinación con otros sectores de la administración, entre ellos, la Secretaria de Integración Social, la Secretaria Distrital de Ambiente y la Secretaria de Cultura, Recreación y Deporte.

En términos del aseguramiento, se proyecta un incremento considerable del giro monetario a la administradora de planes de beneficio del régimen subsidiado, por población de Bogotá mayor de 64 años afiliada, estimándose en \$219.140.677.080 en el 2015 aumentando a \$288.234.132.894 en el 2020. Esta cantidad es considerable en términos monetarios, sin embargo, el gasto estimado en salud en esta población mayor de 64 años, no corresponde a patologías de alto costo (cáncer, renal y otros) en la red pública, lo que permite inferir que estas

atenciones de alto costo se realizan en instituciones no adscritas a la Secretaria Distrital de Salud, por lo que las instituciones prestadoras de servicios de salud, deben fortalecer los ejercicios de demanda inducida (promoción y prevención en la población adulta), y de identificación del riesgo de esta población en la red pública adscrita y de igual manera, ajustar los servicios a la población mayor de 64 años; y así mismo, que dentro del nuevo modelo de pago por incentivos se contemplen paquetes completos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y atención domiciliaria, para la población mayor de 64 años, en las instituciones de la red pública.

En este sentido, y teniendo en cuenta el evidente aumento de la población mayor de 64 años de Bogotá, cabe preguntarse si la red hospitalaria está preparada para su atención a nivel de infraestructura lo cual incluye instalaciones, equipos humanos y biomédicos, de tal manera que se garanticen los principios generales del Sistema General de Seguridad Social en Salud como son: Universalidad, solidaridad, igualdad, obligatoriedad, equidad, calidad y eficiencia entre otros.

Son de gran valor todas aquellas acciones encaminadas a la protección del adulto mayor en cuanto a la cultura de la prevención de la enfermedad, la educación en salud que permita aumentar la calidad de vida y disminuir la frecuencia de consulta de esta población, en la medida que mejore su condición de salud, se mantenga estable y en óptimas condiciones; sin embargo y de acuerdo a la bibliografía revisada el gasto en salud en el adulto mayor no representa el peso que tiene otros ítems y en otras edades debido probablemente, a la ocurrencia de diferentes

situaciones que disminuyen la frecuencia de consulta entre ellas: dificultad en el desplazamiento, costos del desplazamiento, ausencia de especialista, distancias de los centros de atención relacionado con la accesibilidad, oportunidad de la consulta, disponibilidad de acompañantes para acudir a la consulta y todos los trámites administrativos que conlleva la atención; paralelamente un análisis realizado por Torbay Care Trust en Inglaterra mostró que los gastos subían en todos los servicios a medida que aumentaba la edad, pero después de un punto máximo entre los 65 y los 74 años, los gastos se reducían tanto en las hospitalizaciones de urgencia y programadas como en las consultas externas. (OMS 2015)

La formulación de políticas debe tener en cuenta fomentar la solidaridad entre los miembros de las familias que están inmersas en cambios generacionales internos donde, de acuerdo a la CEPAL-ASDI (2011, P.3) “En América Latina”, afirman, “uno de cada cuatro hogares incluye a una persona mayor”. Se hace necesario la atención integral por parte del sistema de salud de manera holística para cubrir de forma efectiva las necesidades del adulto mayor.

La participación de los equipos de salud como elemento fundamental en la atención a la población adulta mayor cobra importancia cuando se debe ampliar los conocimientos y la capacidad en materia de respuesta a las necesidades de los adultos mayores, más aun cuando su multimorbilidad y cronicidad predominan en el perfil epidemiológico de esta población; por ello la necesidad del compromiso desde la base que son los programas educativos; pues en una encuesta realizada en 36 países se comprobó que en un 27% de las facultades de medicina no se incluía capacitación en geriatría: esto incluía 19% de

las facultades en los países de ingresos altos, un 43% de las facultades en las economías en transición y un 38% de todas las facultades en otros países. (OMS, 2015, p. 98).

Bibliografía

Arrubla-Sánchez, D. J. (2010). Política social para el envejecimiento: el (sin) sentido de los argumentos. Gerencia y Políticas de Salud.

Bryan, J. y. (2006). Los costos de la tercera edad. Finanzas & Desarrollo, septiembre 2006, 48-50. doi:Recuperado de <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2006/09/pdf/Bryant.pdf>

CEPAL. (2003). Boletín demográfico sobre envejecimiento de la población 1950 – 2050.

Colombia: Alcaldía Mayor de Bogotá, D. (18 de Agosto de 2010). Decreto 0345.

Concejo de Bogota. (9 de junio de 2016) Acuerdo 645. Por el cual se adopta el plan de Desarrollo, economico , social , ambiental y de obras publicas para bogotaD:C: 2016-2020 "BOGOTA MEJOR PARA TODOS".

DANE, C. (2014). Boletín estadístico e informativo.

Deysy Jeannette Arrubla. (16 de Octubre de 2010). Facultades Universidad Nacional de Colombia. (Abril de 2013). Entre la focalización y derechos sociales. Cuaderno del Doctorado No. 16 Vejez.

Dulcey, Arrubla y Sanabria. (Agosto de 2013). Profamilia web site. Obtenido de Profamilia Web site: ISBN: 978-958-8164-36-6

Fedesarrollo y Fundacion Saldarriaga Concha. (2015). Mision Colombia Envejece:cifras,retos y

recomendaciones. Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha

MALTHUS, R. “. (1979). MALTHUS, Robert: “Ensayo sobre el principio de población y sus efectos al futuro abastecimCompilación de Estudios Económicos. México.

MAYOR, C. C. (s.f.). <https://colombiamayor.co/index.html>.

Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. EEUU: Web site OMS.

ONU, P. . (2013). Informe sobre desarrollo humano 2013 - “El ascenso del sur”. Nueva York.

Resolucion 1896 (19 de Noviembre de 2001). " Por la cual se sustituye el anexo técnico de la Resolución 02333 del 11 de septiembre de 2000"

Resolución 5593. (24 de Diciembre de 2015). " Por el cual se fija el valor de la UPC para cobertura del Plan obligatorio de salud de los regimenes contributivo y

subsidiado para la vigencia 2016. Bogotá: Publicaciones Ministerio de Salud y Protección social.

Robert Holzmann, S. J. (2000). Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá. Documento de trabajo No. 006 sobre protección social, 37. Recuperado el 2014 de octubre

Santos, M. y. (2015). Envejecer en Colombia . America Latina Hoy , 61-81.

Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. (2006). Documento de trabajo impacto del envejecimiento en el gasto en salud: Chile 2002 - 2020. Departamento de Estudios y Desarrollo. http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-4021_recurso_1.pdf, 1-38.