

ARTÍCULO ORIGINAL

## Comparativo de la mortalidad por deficiencias nutricionales entre personas mayores y menores de 50 años: Colombia y Argentina, 2010-2017

Comparison of mortality due to nutritional deficiencies between older people and under 50 years of age: Colombia and Argentina, 2010-2017

Doris Cardona Arango<sup>1</sup> , Sebastian Bedoya Mejia<sup>2</sup> , Andrés Peranovich<sup>3</sup> , Eleonora Rojas Cabrera<sup>4</sup> 

<sup>1</sup> Administradora de Empresas, Magíster en Epidemiología, Magíster en Salud Pública, Doctora en Demografía. Docente, Universidad CES, Medellín, Colombia.

<sup>2</sup> Profesional en Gerencia en sistemas de información en salud, Especialista en seguridad y bases de datos, Estudiante de doctorado en Epidemiología y Bioestadística. Docente Facultad de Medicina, Universidad CES, Medellín, Colombia.

<sup>3</sup> Médico cirujano, Especialista en Anatomía Patológica, Magíster en Demografía, Doctor en Demografía. Investigador Adjunto del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

<sup>4</sup> Técnica en Investigación Socioeconómica, Especialista en Diseño de Encuestas y Análisis de Datos para la Planificación Social, Magíster en Demografía, Doctora en Demografía Investigadora Adjunta del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas y Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

**Forma de citar:** Cardona D, Bedoya S, Peranovich A, Rojas E. Comparativo de la mortalidad por deficiencias nutricionales entre personas mayores y menores de 50 años: Colombia y Argentina, 2010-2017. CES Enferm [Internet]. 2023; 4(1), 6-16: <https://doi.org/10.21615/cesenferm.6933>

### Resumen

**Objetivo:** comparar el riesgo de morir por deficiencias nutricionales en las personas de 50 años y más de edad, con respecto a los menores de 50 años, Colombia - Argentina. **Método:** estudio descriptivo retrospectivo con 21.479 registros de defunción con causa básica de mortalidad relacionada con la malnutrición; se realizó un análisis comparativo de las tasas ajustadas de mortalidad, utilizando el método directo y se calcularon proporciones. **Resultados:** el 91,1% de las defunciones en Argentina y el 73% de las de Colombia, fueron en mayores de 50 años; en cuanto al sexo los hombres colombianos tienen mayor riesgo que los argentinos en un 94,4% de morir y para el caso de las mujeres en un 42,8%. **Conclusiones:** estas muertes son prevenibles mediante políticas y programas de nutrición adecuados, es necesario seguir monitoreando la situación de mortalidad por deficiencias nutricionales en ambos países y tomar medidas para mejorar la nutrición de la población, especialmente de las personas más vulnerables.

**Palabras claves:** malnutrición; enfermedad nutricional; curso de vida; mortalidad; derechos humanos.

### Abstract

**Objective:** to compare the risk of dying from nutritional deficiencies in people aged 50 years and over, concerning those under 50 years of age, Colombia - Argentina. **Method:** a retrospective descriptive study with 21.479 death records, with basic cause; a comparative analysis of the adjusted mortality rates due to malnutrition was carried out using the direct method, and proportions were calculated. **Results:** 91.1% of deaths in Argentina and 73% in Colombia were in people over 50 years of age; in terms of sex, Colombian men have a higher risk than Argentines, with 94.4% dying, and in the case of women, 42.8%. **Conclusions:** these deaths are preventable through adequate nutrition policies and programs; monitoring the mortality situation due to nutritional deficiencies in both countries and improving the population's nutrition, especially the most vulnerable people, is necessary.

**Keywords:** malnutrition; nutritional disease; life course; mortality; human rights.

## Introducción

Envejecer no es un problema, sino más bien la forma en la que se vive, se envejece y se llega a la vejez<sup>(1)</sup>, es un proceso que implica tanto desarrollo como deterioro, y que afecta a cada persona de manera diferente, dependiendo de las experiencias vividas a lo largo de la vida. Este proceso es multidimensional, heterogéneo e irreversible, y se caracteriza por cambios tanto biológicos como psicológicos<sup>(2)</sup>. Es por esto que este fenómeno del envejecimiento es tanto poblacional como demográfico<sup>(3)</sup>.

Desde una perspectiva cronológica, se considera que la etapa de la vejez comienza a partir de los 60 años; sin embargo, bajo algunas características contextuales de Colombia y Argentina como, la pobreza extrema, discapacidad sumándole características de riesgos y oportunidades a tempranas edades que pueden ponerlo en desventaja, tanto en términos económicos, seguridad social, educación, salud, alimentación y género, también la pertenencia a grupos indígenas, son incluidos en este grupo poblacional las personas mayores de 50 años<sup>(2,4)</sup>.

Con respecto a lo anterior, existen organizaciones, en beneficio de mejorar y velar que no se vulneren los derechos en las personas mayores, como: Declaración Universal de los Derechos Humanos<sup>(5)</sup>, Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>(6)</sup>, Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>(7)</sup>, Comisión Económica para la América Latina y el Caribe<sup>(8)</sup>, la división del desarrollo Social de la CEPAL<sup>(9)</sup>, entre otros. Para el caso colombiano existe la Ley 319 de 1996<sup>(10)</sup> y 1251 de 2008<sup>(11)</sup> y para Argentina la Ley 5420 de prevención y protección integral contra abuso y maltrato a los adultos mayores<sup>(12)</sup>, adicional en los dos países de estudio se desarrolló el proyecto Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)<sup>(13)</sup>.

A medida que se envejece las personas mayores se enfrentan a algunos problemas, uno de estos es la salud, materializado en enfermedades crónicas y discapacidades, e incluso la falta de acceso a atención médica y medicamentos, que puede empeorar estos problemas<sup>(14)</sup>. También esta las condiciones de pobreza y exclusión social, incluyendo la falta de acceso a servicios básicos, como una vivienda adecuada. Todo lo anterior aumenta la vulnerabilidad de las personas mayores y puede limitar su capacidad para llevar una vida plena, así como la discriminación por su edad y estereotipos negativos, en los que se les puede excluir del mercado laboral y de la participación social, sin dejar de mencionar que esto puede generar violencia y abuso, e incluso llevarlos a escenarios de soledad y aislamiento<sup>(15)</sup>. Lo anterior es una vulneración a los derechos humanos, y el Estado debe disponer los recursos, accesibilidad física, económica, de información, aceptabilidad ética y cultural, y contar con servicios de buena calidad para ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas mayores<sup>(16)</sup>.

Las personas mayores pueden tener limitaciones en su capacidad de adaptación a los cambios biológicos, psicológicos, funcionales, sociales y económicos que afectan de diferente manera. Además, no son universales, sino que varían de persona a persona, algunos pueden tener limitaciones en ciertas áreas, mientras que otros pueden tener menos o ninguna limitación; es importante tener en cuenta que cada un individuo es único y debe ser tratado como tal, con respeto y consideración por sus necesidades y limitaciones individuales. Una de estas limitaciones puede ser el estado nutricional, que está influenciado por la ingesta de alimentos, pero también por otros factores, como el estilo de vida, la actividad física, la existencia de redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de salud o enfermedad y las restricciones socioeconómicas<sup>(17)</sup>.

Un estado nutricional adecuado contribuye de manera positiva al mantenimiento de las funciones del cuerpo humano, mejorando incluso su calidad de vida y bienestar; por el contrario, la desnutrición, puede aumentar enfermedades crónicas, incluso el desenlace puede ser la muerte. En este sentido, se considera la desnutrición como aquella situación que se desvía de un estado nutricional adecuado, tanto en exceso u obesidad, como en su deficiencia o malnutrición<sup>(18)</sup> es así que la malnutrición, es una persona que no está recibiendo una cantidad adecuada o equilibrada de nutrientes esenciales para mantener una buena salud y un funcionamiento óptimo del cuerpo. Esto puede deberse a una variedad de factores, como una ingesta insuficiente de alimentos, una

dieta desequilibrada, la incapacidad del cuerpo para absorber adecuadamente los nutrientes o una enfermedad que requiere una mayor cantidad de nutrientes. Puede tener graves consecuencias para la salud, incluyendo el aumento del riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión arterial, la desnutrición y otras enfermedades relacionadas con la falta de nutrientes <sup>(19)</sup>.

Este proceso también está influenciado por el estado nutricional que el adulto haya tenido a lo largo de la vida; dado que durante el envejecimiento, se producen alteraciones metabólicas y alimentarias, como, la disminución en el gusto, el olfato, pérdida de piezas dentales o las prótesis no se ajustan adecuadamente, apetencia, ingestión, disminución en la capacidad de digestión y absorción de nutrientes, susceptibilidad al estreñimiento, deficiencia de algunos neurotransmisores, lo cual disminuye el consumo de nutrientes en el adulto mayor <sup>(20)</sup>. Igualmente, se ve afectado por otros factores, como el deterioro en las capacidades funcionales, polimedicación y la situación socioeconómica; si este tiene una funcionalidad limitada, difícilmente podrá alimentarse o realizar otras actividades por sí mismo, por lo que tendrá más dificultad para alimentarse y mayor riesgo de malnutrición. Esta situación es frecuente en personas mayores que viven solos, en condiciones de pobreza y que además tienen problemas para masticar y digerir los alimentos <sup>(21)</sup>.

Promover un estado nutricional saludable es fundamental para fomentar un estado funcional y mental adecuado, lo que contribuye a mejorar la calidad de vida, aumentar la autonomía y, por ende, mejorar el desempeño en ámbitos familiares, laborales y sociales, así como brindar una sensación de plenitud vital <sup>(18)</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha indicado que en todo el mundo existen formas de malnutrición que afectan a los países, siendo las personas pobres quienes presentan una mayor probabilidad de padecerla. Esto, a su vez, genera un aumento en los costos de la atención en salud, una disminución en la productividad y un freno en el crecimiento económico, lo que contribuye a perpetuar el ciclo de pobreza y mala salud <sup>(22)</sup>.

El Decenio de Acción sobre la Nutrición de las Naciones Unidas, establecido el 1 de abril de 2016, ofrece una oportunidad para combatir todas las formas de malnutrición <sup>(23)</sup> y está vinculado con las metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en particular con los tres primeros Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) <sup>(24)</sup>. Es así como esta investigación busca comparar el riesgo de morir por deficiencias nutricionales registradas en Colombia y Argentina, ambos se adhieren a compromisos internacionales de derechos relacionados a la salud y están dentro de los países que más población adulta representa, con el fin de evidenciar la mortalidad por deficiencias nutricionales, como una muestra de la violación al derecho a la salud con respecto a los más jóvenes, por esta razón el estudio pretende comparar el riesgo de morir por deficiencias nutricionales en las personas de 50 años y más de edad, con respecto a los menores de 50 años, Colombia – Argentina.

## Métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de fuente secundaria donde se tomaron las defunciones cuya causa de muerte se encontraba relacionada con las malnutriciones (anemias carenciales y nutriciones y otras carencias nutricionales) como causa básica de muerte, que corresponde a los códigos D50 a D53 y E40 a E64 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) <sup>(25)</sup>.

La población de referencia hace alusión a todas las personas fallecidas en Colombia y Argentina en el periodo de 2010 – 2017, para poder comparar los mayores de 50 años con los menores de 50 años, los registros de defunción se tomaron, para Colombia del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) <sup>(26)</sup> y para Argentina la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) <sup>(27)</sup>. Por tal razón la población final de estudio fueron 7.819 (Argentina) y 13.660 (Colombia) registros de defunción de las personas fallecidas por esta causa en los dos países de estudio según el periodo establecido.

El análisis se caracterizó por las defunciones registradas por deficiencias nutricionales en los dos países según sexo, grupos de edad y cada una de las causas, se analizó comparativamente las tasas de mortalidad de las deficiencias nutricionales de las personas de 50 años y más de edad, con respecto a los menores de 50 años,

registradas en Colombia y Argentina entre los años 2010 al 2017. Fueron calculadas las tasas ajustadas por edad según el método directo <sup>(28)</sup>, usando la población estándar de la OMS <sup>(29)</sup>, con el fin de obtener una tasa estandarizada que permita comparar de manera más precisa las defunciones por deficiencias nutricionales en Colombia y Argentina dado que tienen diferentes estructuras de edad y para el cálculo de las tasas de mortalidad, se tomaron las proyecciones de población de los años estudios por grupo de edad y sexo del fallecido, publicados por el DANE <sup>(30)</sup> en su página oficial y el Instituto Nacional de Estadística y Censo de la República de Argentina INDEC <sup>(31)</sup>, se calcularon las diferencias de tasas para las variables estudiados, Se empleó la licencia universitaria CES del programa IBM® SPSS® Statistics versión 21 para obtener los resultados y procesar los gráficos en Excel. Asimismo, se utilizó la licencia correspondiente para la redacción del manuscrito en Word.

De acuerdo con la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud <sup>(32)</sup>, y bajo la ley de protección de datos personales de Argentina <sup>(33)</sup> y en el artículo 11 de dicha resolución, esta investigación se clasifica sin riesgo, dado que se trabajó con fuente de información secundaria, y se tomaron los metadatos de mortalidad proporcionados por el DANE y DEIS, garantizando la privacidad, seguridad de la información y la no duplicidad, se realizó un proceso utilizando los principios científicos, técnicos y metodológicos para el procesamiento de análisis de datos, para producir información válida y precisa.

## Resultados

En Argentina se registraron un total de 2.637.023 fallecimientos, mientras que en Colombia la cifra fue de 1.679.399. Es importante destacar que estas cifras corresponden a diferentes causas de muerte. En cuanto a las deficiencias nutricionales, en Argentina se registraron 7819 defunciones, lo que representa un 0,29% del total de fallecimientos. De los fallecidos, el 45,4% eran hombres y el 91,1% tenían 50 años o más. La principal causa de muerte fue la malnutrición calórico-proteica no especificada, que representó el 51,7% de los casos, seguida de la malnutrición calórico-proteica grave no especificada, que representó el 36,6% de los casos. En Colombia, por su parte, se registraron 13660 defunciones por deficiencias nutricionales, lo que representa un 0,81% del total de fallecimientos. De los fallecidos, el 49,8% eran mujeres y el 73,5% tenían 50 años o más. La malnutrición calórico-proteica no especificada fue la principal causa de muerte, representando el 55,1% de los casos, seguida de la malnutrición calórico-proteica grave no especificada, que representó el 33,5% de los casos ([Tabla 1](#)).

**Tabla 1.** Características demográficas para los fallecidos por deficiencias Nutricionales en Colombia y Argentina 2010 – 2017.

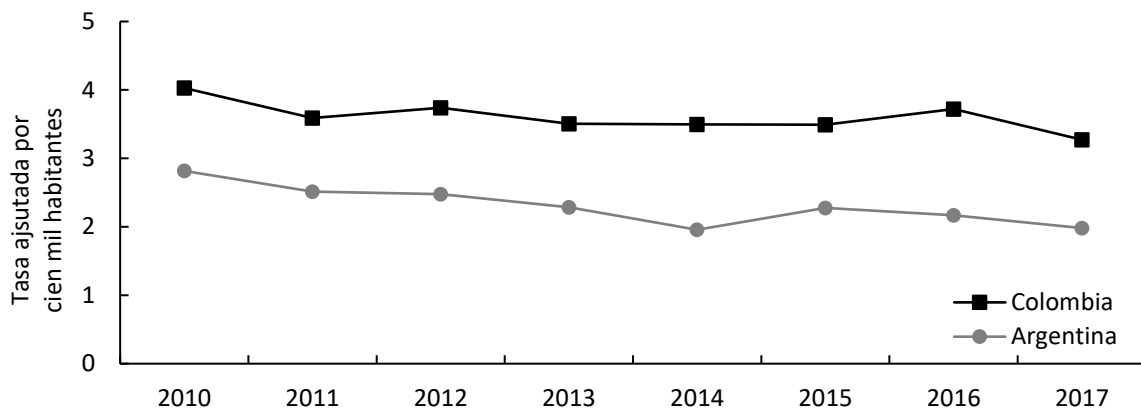
Variables	Argentina		Colombia	
	n	%	n	%
<b>Total</b>	<b>7.819</b>		<b>13.660</b>	
<b>Sexo del fallecido</b>				
Masculino	3.552	45,4	6.850	50,1
Femenino	4.258	54,5	6.809	49,8
Sin especificar	9	0,1	1	0,0
<b>Grupos de edad</b>				
Menores de 50 años	657	8,4	3.591	26,3
Mayores de 50 y más años	7.126	91,1	10.038	73,5
Sin especificar	36	0,5	31	0,2
<b>Código de la causa básica de la defunción</b>				
Malnutrición calórico-proteica no especificada	4.039	51,7	7.526	55,1
Malnutrición calórico-proteica grave no especificada	2.865	36,6	4.572	33,5
Retraso del desarrollo secundario a malnutrición calórico-proteica	3	0,0	583	4,3

Marasmo nutricional	194	2,5	109	0,8
Anemia por carencia de hierro	47	0,6	82	0,6
Malnutrición calórico-proteica de grado moderado y leve	37	0,5	128	0,9
Otras anemias carenciales	555	7,1	462	3,4

Fuente: Elaboración propia.

Al comparar las tasas ajustadas entre Colombia y Argentina durante el periodo de estudio, se observa que Colombia presentó las tasas más altas de mortalidad por deficiencias nutricionales en todos los años analizados. En el año 2010, la tasa de mortalidad en Colombia fue de 4,0 muertes por cada cien mil habitantes, siendo la más alta en los periodos estudiados. Por su parte, Argentina presentó una tasa de 2,8 en el mismo año. En 2017, se registraron las tasas más bajas, con 3,3 y 2,0 para Colombia y Argentina, respectivamente. Durante todo el periodo analizado, las tasas se mantuvieron en un rango de 2,0 a 4,0.

En el año 2017, la razón de tasas entre Colombia y Argentina fue de 1,65, lo que indica que la población colombiana presentó un mayor riesgo, en un 65%, de morir por deficiencias nutricionales en comparación con la población argentina (Figura 1).



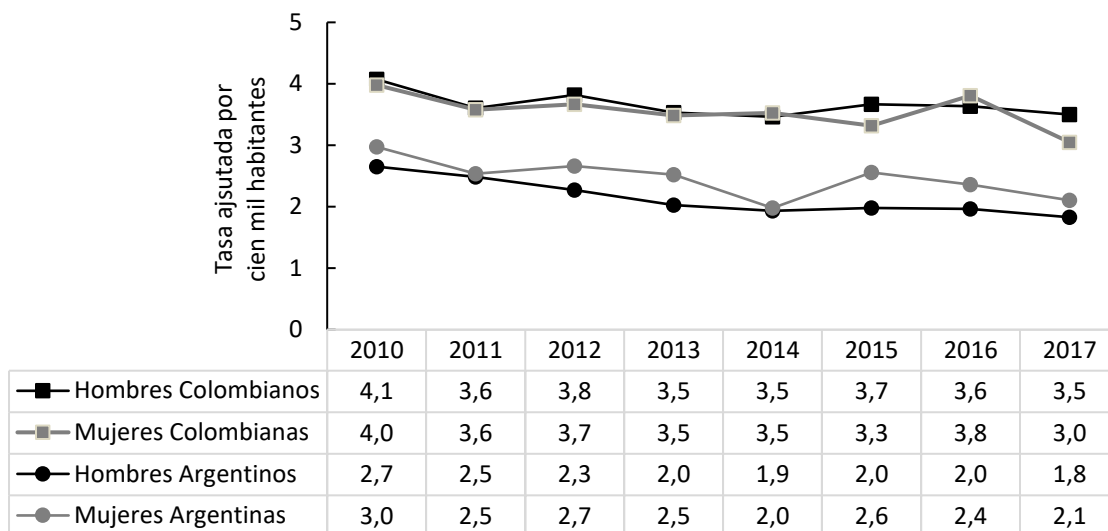
Fuente: Elaboración propia, todos los datos son comparados con la población total.

**Figura 1.** Tasa ajustada de la mortalidad general por deficiencias nutricionales en Colombia comparada con Argentina, 2010-2017.

En los diferentes años de estudio, respecto a las tasas de los fallecidos por deficiencias nutricionales según sexo para Colombia para 2010, la tasa más alta la presentó el masculino, con 4,1 y para el caso de Argentina la tasa más alta la presentaron las mujeres con 3,0 para el mismo año; las tasas tanto para el masculino como femenino representaron una razón de tasas de 116,6 para Colombia, esto indica que, la población masculina tuvo un riesgo mayor que la femenina, en un 16,6% de morir por deficiencias nutricionales y la razón de feminidad es de 116,6 para Argentina para el año 2017, esto indica que pero para el caso de Argentina la población femenina tuvo un riesgo mayor que la masculina, en un 16,6% (Figura 2).

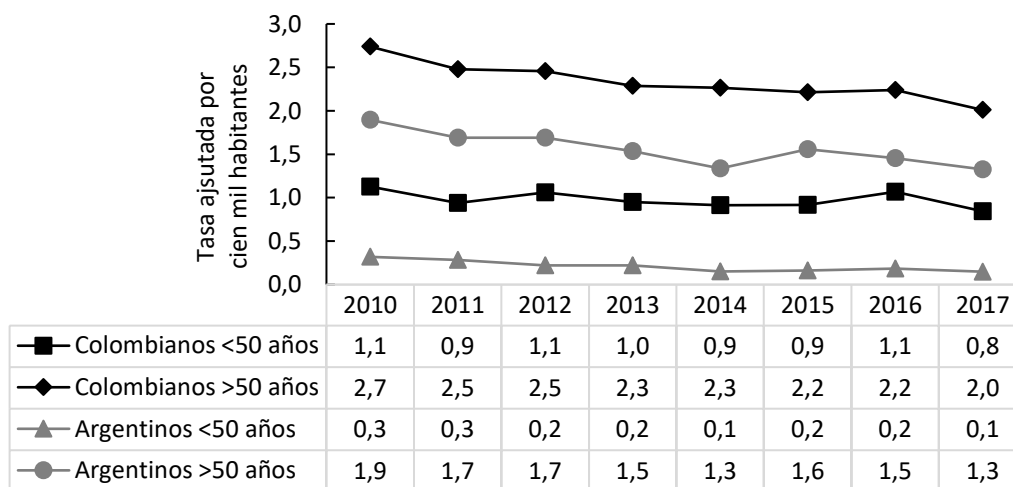
En los diferentes años de estudio, respecto a las tasas de deficiencias nutricionales según grupo de edad para Colombia y Argentina, la tasa más alta la presentó los mayores de 50 años con 2,7 y 1,9 respectivamente para el año 2010, con una diferencia de tasas de 1,42 lo que indica que la población adulta de Colombia tuvo un riesgo mayor que la población adulta Argentina en un 42,1% de morir por deficiencias nutricionales; en cuanto a los que murieron en ambos países menores de 50 años presentaron la tasa más alta para el caso Colombiano y Argentino de 1,1 y 0,2 respectivamente, se encontró una diferencia de tasas entre los que fallecieron y tienen 50

años o menos en Colombia VS Argentina de 5,5 esto indica que la población colombiana menor de 50 años tuvo un riesgo mayor que la población menor de 50 Argentina en casi 4,5 veces mayor de morir por deficiencias nutricionales (Figura 3).



Fuente: Elaboración propia, todos los datos son comparados con la población total.

Figura 2. Tasa ajustada de la mortalidad general por deficiencias nutricionales según sexo, para Colombia y Argentina 2010 – 2017.

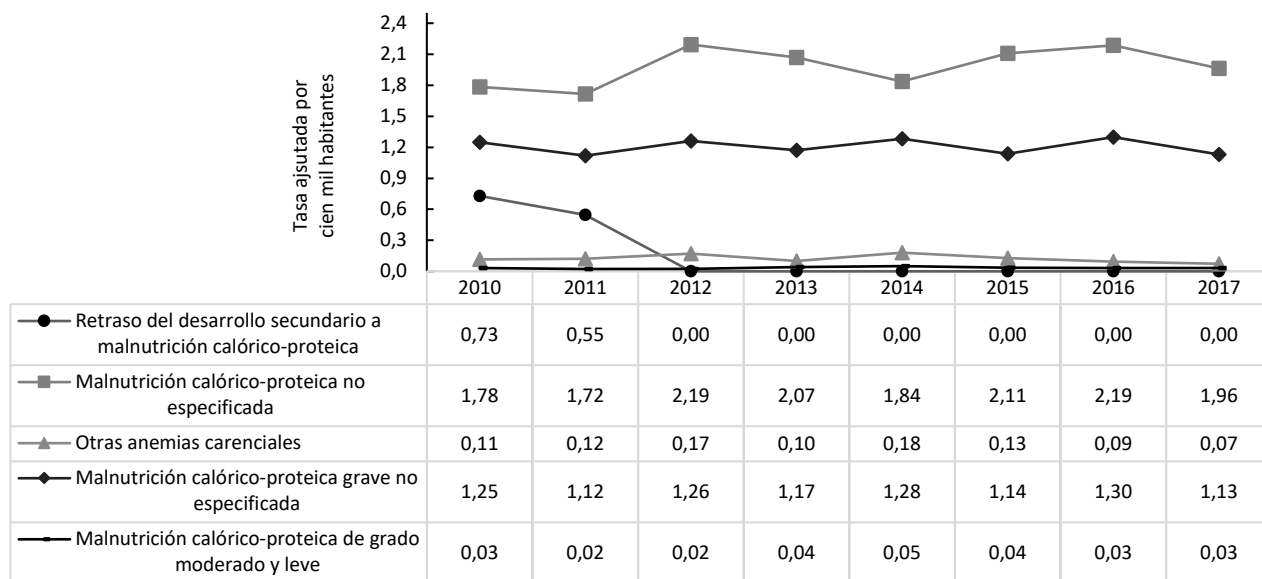


Fuente: Elaboración propia, todos los datos son comparados con la población total.

Figura 3. Tasa ajustada de la mortalidad por deficiencias nutricionales según grupo de edad, para Colombia y Argentina 2010 – 2017.

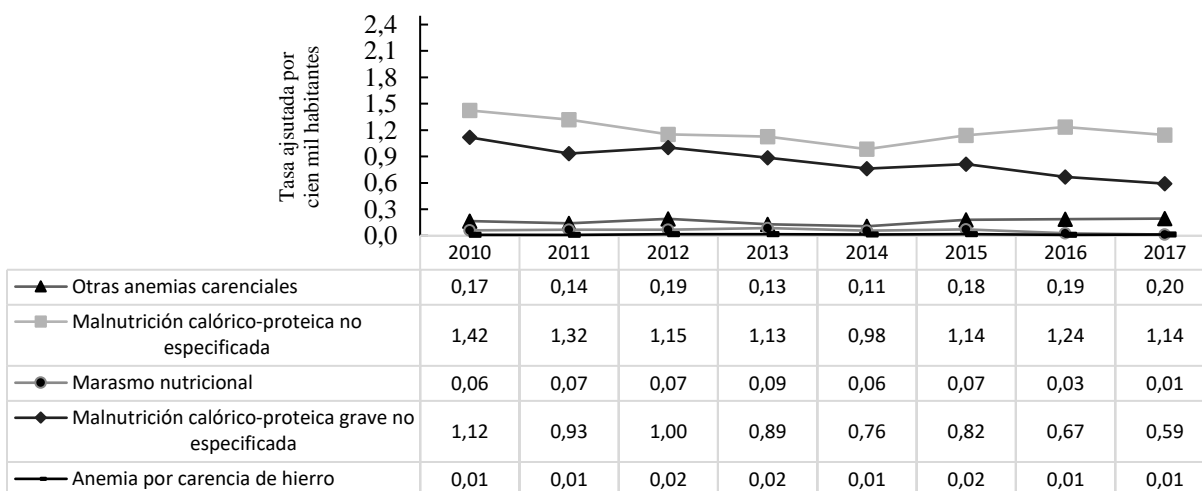
En cuanto a las primeras cinco causas de mortalidad por deficiencias nutricionales en cada país, se observa que, en Colombia, las malnutriciones calórico-proteica no especificada presentaron la tasa más alta de los periodos analizados en 2012 y 2017, con una tasa de 2,19. Le siguieron las malnutriciones graves no especificadas en 2016, con una tasa de 1,30, y otras anemias carenciales en 2014, con una tasa de 0,18 (Figura 4). En Argentina, se registró una situación similar, con las malnutriciones calórico-proteica no especificada presentando la tasa más

alta del periodo estudiado en 2010, con una tasa de 1,42, seguida de las malnutriciones graves no especificadas en el mismo año, con una tasa de 1,12. En 2017, otras anemias carenciales presentaron una tasa de 0,20 (Figura 5). En resumen, en ambos países, las malnutriciones calórico-proteica no especificada son una de las principales causas de mortalidad por deficiencias nutricionales.



Fuente: Elaboración propia, todos los datos son comparados con la población total.

Figura 4. Tasa ajustada de las 5 primeras causas de mortalidad general por deficiencias nutricionales, para Colombia 2010 al 2017.



Fuente: Elaboración propia, todos los datos son comparados con la población total.

Figura 5. Tasa ajustada de la y primeras causas de mortalidad general por deficiencias nutricionales para Argentina 2010 al 2017.



## Discusión

En cuanto a la mortalidad, las deficiencias nutricionales rara vez se consideran como causa básica de defunción, ya que en muchos casos actúan como causas asociadas con la causa subyacente que desencadena los eventos que llevan a la muerte <sup>(34)</sup>. Respecto a la mortalidad general por esta causa, se encontró que en India, la tasa de mortalidad por desnutrición en 2019 fue de 2,39 por cada 100.000 habitantes; en Bangladesh, la tasa de mortalidad por desnutrición en 2019 fue de 3,53 por cada 100.000 habitantes; en Etiopía, la tasa de mortalidad por desnutrición en 2019 fue de 2,46 por cada 100.000 habitantes; en Haití, la tasa de mortalidad por desnutrición en 2019 fue de 4,32 por cada 100.000 habitantes; y en Níger, la tasa de mortalidad por desnutrición en 2019 fue de 3,55 por cada 100.000 habitantes <sup>(35)</sup>, en la región de las Américas para el año 2010 se presentó una tasa de mortalidad por enfermedades de 3.57 por cada cien mil habitantes <sup>(36)</sup>, para este estudio en Colombia son mayores y Argentina está por debajo de la que reportan. Estos resultados muestran que, para Argentina, el comportamiento es similar al reportado por algunos países, mientras que en el caso de Colombia se identifican valores mayores en sus tasas de mortalidad.

Sin embargo, el estudio muestra que en Colombia mueren más las personas mayores de 50 años comparados con Argentina, y se logra identificar para ambos países que este grupo de edad tiene mayor riesgo de morir en todos los periodos de estudio, esto va en sintonía con estudios realizados en México, la desnutrición se ha relacionado con un mayor riesgo de mortalidad en adultos mayores de 60 años, especialmente en mujeres. Según un estudio, la desnutrición afecta a alrededor del 20% de los adultos mayores en México, y se asocia con una mayor mortalidad <sup>(37)</sup>, así mismo se encontró que en España, se investigó el riesgo de malnutrición en 63 adultos mayores de 75 años que no tuvieran soporte familiar, respecto a la categoría sexo y edad, para ello se aplicó el test valoración mini nutricional (MNA). La media de edad fue de 80 (4,6) años, 26 hombres, 37 mujeres, los valores del MNA demostraron que un 22% de los adultos mayores presentaban riesgo de malnutrición. Respecto al efecto del sexo y la edad sobre el estado nutricional, se demostró que el estado nutricional empeora con el incremento de la edad; de igual manera se demostró que los mayores de 82 años presentaron un riesgo 3,33 veces superior de presentar malnutrición que los pacientes menores de 79 años <sup>(38)</sup>.

En Perú estudiaron el estado nutricional y factores asociados a la malnutrición en adultos mayores entre 60 y 79 años, aplicaron la evaluación mini nutricional (MNA), el 29,2% de los adultos mayores tenían malnutrición y el 57,9% estaban en riesgo de malnutrición, y como factor asociado, el 69,4% con depresión. La evidencia científica ha demostrado que, para mejorar la salud, la autonomía y la calidad de vida de la población anciana, es esencial mantener una nutrición adecuada <sup>(39)</sup>. En Brasil, se ha observado que la malnutrición en personas mayores de 60 años está asociada con un mayor riesgo de mortalidad, siendo la desnutrición proteico-calórica la principal causa de muerte por malnutrición en este grupo poblacional <sup>(40)</sup>.

En algunos países estas deficiencias serán mayores para mujeres que hombres y en otros lo contrario, a esto se le suma la OMS, trabajando por reducir todas las formas de malnutrición y que puedan gozar de salud y bienestar, por ejemplo en Chile mueren las mujeres por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas para el año 2010 comparado con los hombres <sup>(41)</sup>.

La población adulta ha vivido una mayor vulnerabilidad en cuanto a los hábitos alimenticios, ya sea por falta de alimentos, alteraciones en el apetito o exceso de alimentos que causan enfermedades como la obesidad. Muchos adultos mayores se enferman y no cuentan con un sistema de salud que los atienda o afilie con la prioridad que requieren en su estado de vejez, y aunque esto refleja una problemática de salud en la sociedad en general, las consecuencias han recaído por años sobre la población adulta, afectando el sano desarrollo de su vejez, También subsanar las brechas de desigualdades e inequidades que rodean a la persona mayor y que se acepte en Colombia la convención interamericana para la protección de los derechos humanos de las personas mayores <sup>(42)</sup>. Por tal razón para Argentina y Colombia el problema y las muertes por esta enfermedad van a estar constantes y deben de alinearse con directrices internacionales con el fin de luchar contra la malnutrición. Las medidas encaminadas a poner fin a la malnutrición son también esenciales para cumplir las metas relacionadas con la dieta del Plan de



acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013–2020<sup>(43)</sup>, la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016–2030<sup>(42)</sup>, y la agenda 2030 para el desarrollo sostenible<sup>(22)</sup>.

Si bien el artículo se enfocó solo a la mortalidad por deficiencias nutricionales, es importante mencionar que como limitación se tiene que hay varias enfermedades relacionadas con la nutrición que pueden tener consecuencias graves en la salud y la mortalidad y que en estudios transversales es difícil poder identificar causalidad, sin embargo, estas incluyen enfermedades cardiovasculares<sup>(28)</sup>, diabetes, obesidad y cáncer<sup>(44)</sup>. Se han propuesto medidas para prevenir estas enfermedades, como la promoción de una alimentación saludable y la educación sobre los efectos de los alimentos procesados y el alto consumo de grasas y azúcares, pero se desconocen los efectos e intervenciones que realizan en cada uno de los países al ver que es un problema que sigue presente y tiene una gran intensidad<sup>(45)</sup>.

## Conclusiones

Se puede concluir que tanto Argentina como Colombia han registrado fallecimientos por deficiencias nutricionales, pero con tasas y patrones distintos. Colombia ha presentado las tasas de mortalidad más altas en todos los años analizados. En ambos países, la mayoría de los fallecidos por deficiencias nutricionales son personas mayores de 50 años, y la malnutrición calórico-proteica no especificada es la principal causa de muerte. Es importante destacar que estas muertes son prevenibles mediante políticas y programas de nutrición adecuados, es necesario seguir monitoreando la situación de mortalidad por deficiencias nutricionales en ambos países y tomar medidas para mejorar la nutrición de la población, especialmente de las personas más vulnerables, así como generar procesos pedagógicos y medidas preventivas en función de promover los hábitos saludables de los mayores de 50 años, apoyado en políticas públicas que fortalezcan una vida digna y plantear, la manera de subsanar y controlar las tasas de mortalidad en el tema de malnutrición no solo en Colombia y Argentina sino a nivel mundial.

## Implicaciones o aportes de los resultados con la profesión de la enfermería

La implicación más importante de la mortalidad por malnutriciones en los profesionales de enfermería es que deben estar capacitados para detectar tempranamente los signos y síntomas de la malnutrición en sus pacientes y proporcionar la atención nutricional adecuada para prevenir la muerte por esta causa evitable. Es importante que los profesionales de enfermería estén informados sobre la epidemiología y las características de las deficiencias nutricionales en su país, para que puedan brindar información y educación nutricional adecuada a los pacientes y sus familias. Además, los profesionales de enfermería pueden desempeñar un papel clave en la implementación de políticas y programas de nutrición adecuados a nivel local y nacional. Por otro lado, la mortalidad por malnutriciones en Colombia y Argentina tiene implicaciones importantes para los profesionales de enfermería y las políticas de salud pública. Es necesario que los profesionales de enfermería estén capacitados y bien informados sobre las deficiencias nutricionales y que se tomen medidas para mejorar la nutrición de la población y reducir las tasas de mortalidad por esta causa prevenible.

## Financiamiento

Los autores declaran no recibir financiación para la publicación o edición del documento.

## Conflictos de intereses

Los autores declararan no presentar conflictos de intereses.

---

## Referencias

1. Dulcey E, Arrubla D, Sanabria P. Envejecimiento y vejez en Colombia. Bogotá DC Ministerio de Salud Protección Social [Internet]. 2013; Disponible en:

<https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/03/3-ENVEJECIMIENTO-Y-VEJEZ-EN-COLOMBIA.pdf>

2. Ministerio de Salud y Protección Social. Envejecimiento y Vejez. 2019; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
3. Cardona A. Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. 2012; Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/1570>
4. Tisnés A. Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social. 2019; Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252016000200209](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252016000200209)
5. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. 2015. p. 1. Disponible en: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
6. Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 2019; Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
7. Organizaciones de los estados americanos. Tratados multilaterales. 2019; Disponible en: <https://www.oas.org/juridico/spanish/Tratados/a-52.html>
8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Proyecciones demográficas. 2019;
9. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Datos y estadísticas. 2014; Disponible en: <https://www.cepal.org/es/datos-y-estadisticas>
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 319 DE 1996.; Disponible en: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/base-doc/ley\\_0319\\_1996.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/base-doc/ley_0319_1996.html)
11. Castro J. Constitución política de Colombia: concordancias, referencias históricas e índice analítico. Univ del Rosario. 2007;542, Disponible en: <https://editorial.urosario.edu.co/gpd-constitucion-politica-de-colombia-concordancias-referencias-historicas-indice-analitico.html>
12. Limodio GF, Herrera DA, Cossari NGA MM. Protección penal de los adultos mayores. 2018;8.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Documento metodológico encuesta nacional de salud, bienestar y envejecimiento sabe Colombia. [Internet]. 2018; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/doc-metodologia-sabe.pdf>
14. Belsky. The psychology of aging: theory, research, and interventions. Pacific Grove, Calif. 1990.
15. Baer B, Bhushan A, Taleb HA, Vasquez J, Thomas R. The Right to Health of Older People. Gerontologist. 2016 Apr;56 Suppl 2:S206-17. doi: 10.1093/geront/gnw039. PMID: 26994261.16.
16. Organización Mundial de la salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
17. Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial. Comité de economía, social y derechos culturales [Internet]. 2000. Disponible en: <https://www.derechoshumanos.net/ONU/ComiteDerechosEconomicosSocialesCulturales-CESCR.htm>
18. Centro Colombiano de Nutrición Integral. Estado nutricional. 2019; Disponible en: <https://www.cecnicolombia.com/>
19. Caballero L, Alcolea E. Estado nutricional en personas mayores y su influencia sobre el deterioro cognitivo y la demencia. Psicogeriatría. 2016;109. Disponible en: [https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0603/PSICO\\_0603\\_099\\_R\\_2616007\\_Leon.pdf](https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0603/PSICO_0603_099_R_2616007_Leon.pdf)
20. Timiras P. Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría. Elsevier España. 1996;424.
21. Instituto Mexicano del Seguro Social. Evaluación y control nutricional de adulto mayor en primer nivel de atención. Guía de práctica clínica. Inst Mex Seguro Soc. 2014;63. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/095GER.pdf>
22. Organización Mundial de la salud. Malnutrición [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/malnutrition>
23. Naciones Unidas. Acción sobre la nutrición. 2016;16. Disponible en: <https://www.un.org/nutrition/es>
24. Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
25. Ministerio de Sanidad e igualdad. Clasificación Internacional de Enfermedades [Internet]. 2018; Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CIE10ES\\_2018\\_diag\\_pdf\\_20180202.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CIE10ES_2018_diag_pdf_20180202.pdf)
26. Departamento Administrativo Nacional de estadística. Estadísticas vitales nacimientos y defunciones [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/nacimientos-y-defunciones>
27. Ministerio de salud de Argentina. Dirección de estadística e información en salud [Internet]. 2016.

- Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/datos>
28. Bedoya-Mejía Sebastián, Henao-Valencia Ceneida, Cardona-Arango Doris. Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, en los municipios del área metropolitana, Antioquia, 1998-2014. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2019 Apr [cited 2023 Apr 10]; 37(1): 96-105. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2019000100096&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2019000100096&lng=en)
  29. Organización Panamericana de la Salud. La Estandarización: Un Método Epidemiológico Clásico para la Comparación de Tasas [Internet]. 2018. Disponible en: [https://www3.paho.org/Spanish/SHA/be\\_v23n3-estandariz.htm](https://www3.paho.org/Spanish/SHA/be_v23n3-estandariz.htm)
  30. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones poblacionales [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
  31. Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República de Argentina. Proyecciones poblacionales [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel3-Tema-2-41>
  32. Ministerio de salud. Resolución 8430 de 1993. 1993;19. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
  33. Organización de Estados Americanos. Protección de los datos personales [Internet]. 2000. Disponible en: [http://www.oas.org/es/sla/ddi/proteccion\\_datos\\_personales.asp](http://www.oas.org/es/sla/ddi/proteccion_datos_personales.asp)
  34. Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud. Aspectos relevantes sobre la estadística de deficiencias de la nutrición. Salud Publica Mex [Internet]. 1998;206–15. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6076/7097>
  35. Instituto de Métricas y Evaluación en Salud. Global Burden of Disease. 2023; Disponible en: <https://www.healthdata.org/colombia?language=149>
  36. Pan American Health Organization. Indicadores de salud: aspectos conceptuales y operativos (Sección 2). 2018; Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-2&Itemid=0&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-2&Itemid=0&lang=es)
  37. Valencia R, Ortiz L. Disponibilidad de alimentos en los hogares mexicanos de acuerdo con el grado de inseguridad alimentaria. Salud Publica Mex [Internet]. 2014 Mar 5;56(2):154. Disponible en: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7331>
  38. Deossa G, Restrepo L, Velásquez J, Varela D. Evaluación nutricional de adultos mayores con el Mini Nutritional Assessment: MNA. Univ y Salud [Internet]. 2016 Dec 20;18(3):494. Disponible en: <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/3108>
  39. Garre J. Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Rev Neurol [Internet]. 2018;66(11):377. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2017519>
  40. Damião R, Santos Á, Matijasevich A, Menezes P. Factors associated with risk of malnutrition in the elderly in south-eastern Brazil. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2017 Dec;20(4):598–610. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2017000400598&lng=en&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000400598&lng=en&lng=en)
  41. División de Prevención y Control de Enfermedades. Programa Nacional de las Personas Adulto Mayor. 2019; Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/programa-nacional-de-las-personas-adulto-mayor/>
  42. Organización Mundial de la salud. Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-para-salud-mujer-nino-adolescente-2016-2030>
  43. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013- 2019. 2012; Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/pla\\_n-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/pla_n-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf)
  44. Ritchie N. Solving the Puzzle to Lasting Impact of the National Diabetes Prevention Program. Diabetes Care [Internet]. 2020 Sep 1;43(9):1994–6. Disponible en: <https://diabetesjournals.org/care/article/43/9/1994/35893/Solving-the-Puzzle-to-Lasting-Impact-of-the>
  45. Brien C. Recommended physical activity and mortality: a round of golf a day keeps the doctor away. BMJ [Internet]. 2020 Aug 12;m3167. Disponible en: <https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.m3167>