

MAESTRÍA en GESTION de SERVICIOS de
GERONTOLOGIA

**LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES DE LA
CIUDAD DE BUENOS AIRES.**

Maestrando: Lic. Alejandra María Irurzun

Promoción: 2010

Directora: Mg. María Eugenia Royer

Buenos Aires, Diciembre 2013

INDICE

INTRODUCCION.....	4
I EL PROBLEMA	6
II MARCO TEORICO	9
II.I LOS CAMBIOS POBLACIONALES	10
La Transición Demográfica.....	10
La Transición Demográfica en América Latina	17
La Transición Demográfica en Argentina	19
La Transición Epidemiológica.....	21
La Transición Epidemiológica en América Latina	23
La Transición Epidemiológica en Argentina.....	25
Relación entre ambas transiciones.....	26
II.II LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES	28
Funcionalidad, Fragilidad y Dependencia.....	29
Cómo medir el estado de Salud de los Adultos Mayores	35
El concepto de Inequidad	36
La mortalidad en los adultos mayores.....	38
III METODOLOGÍA	39
Diseño	39
Población.....	39
Dimensiones, variables y categorías	39
Fuentes de información	50
IV. RESULTADOS	55
IV.I Aspectos socio demográficos	55
IV.II La salud de los Adultos Mayores	76
1. La salud auto percibida	79
2. Problemas relacionados con la pérdida de autonomía	83
3. Problemas de salud referidos	90
4. Utilización y demanda de servicios de salud	97
5. Los diagnósticos en la modalidad ambulatoria y de internación en los servicios del sector público.....	103

Observaciones sobre la modalidad ambulatoria y de internación en los servicios del sector público	113
6. La mortalidad	115
IV.III La comparación.....	127
IV.III.I Comparación de características generales.....	130
IV.III.II Comparación del estado de Salud	136
IV.III.III Comparación de la mortalidad	140
IV.III.IV Brechas de Mortalidad	144
Comentarios y recomendaciones finales	150
BIBLIOGRAFIA.....	158

INTRODUCCION

El siglo XX fue escenario de profundos cambios en las estructuras sociales y económicas que impactaron directamente sobre las poblaciones. Uno de los resultados más sobresalientes es quizás el envejecimiento poblacional cuya cara más visible es el aumento en términos relativos del número de personas mayores, de edades avanzadas o como también se las denomina "Adultos Mayores". Esto implica una redistribución de la participación de todos los grupos de edad de una población y su ocurrencia empuja otros cambios al interior de las familias y la sociedad en su conjunto.

Personas de edad avanzada hubo siempre a lo largo de la historia, incluso centenarios, pero la aparición como grupo poblacional, con una importante participación en la estructura de edades de una población es la novedad de estos tiempos. La explicación acerca de cómo surgen y qué modificaciones traen consigo los Adultos Mayores ha sido tomada desde distintas disciplinas y doctrinas del pensamiento económico, político y social.

A esta modificación estructural de las poblaciones, se agregó otra hacia finales del siglo pasado en la mayoría de las sociedades desarrolladas. Producto de las enormes mejoras en la calidad de vida y de las sucesivas batallas ganadas a la mortalidad, se ha producido la prolongación de la expectativa de vida de las personas, lo que se evidencia con el aumento de individuos longevos, que superan los 80 años y en algunas sociedades, de los centenarios. Este agregado al envejecimiento poblacional introduce mayor complejidad a la hora de analizar estos cambios de las poblaciones y presenta la dimensión dinámica de las poblaciones.

Es por ello que cobra singular importancia el conocimiento del estado de salud de este grupo poblacional desde una concepción amplia y multidimensional. En todas sus dimensiones íntimamente relacionadas entre sí como son las formas de allegamiento, la cobertura de salud, la calidad de vida, la percepción y el nivel de salud,

los modos de vivir, enfermar y morir. Un desafío que debe abordarse desde múltiples dimensiones.

La Ciudad de Buenos Aires tiene una importante participación de Adultos Mayores en su población lo que hace necesario el diseño de políticas orientadas a garantizar el bienestar, el acceso a los cuidados necesarios y de calidad para este grupo poblacional. Las metas mencionadas exigen información analítica, oportuna, relevante, confiable, comparable que provea evidencia para sustentar la toma de decisiones.

I EL PROBLEMA

Buenos Aires, la ciudad que surgió y se desarrolló en torno a regalías portuarias se distingue por una participación importante de los Adultos Mayores en su población y tal vez éste sea el rasgo distintivo que la acompaña desde mediados del siglo XX puesto que no ha cambiado en números absolutos el número total de habitantes. Tempranamente sus pobladores experimentaron el aumento de la esperanza de vida y la caída sostenida del nivel de fecundidad.

Envejecimiento y enfermedad no tienen por qué ir juntas. El primer término muestra a nivel poblacional un aumento en la participación relativa de los Adultos Mayores, algunos de estos individuos lo harán portando enfermedades crónicas y entre éstos otro tanto por ciento tal vez tenga pérdida de autonomía. Al asociarse envejecimiento poblacional con enfermedades crónicas y dependencia es imposible no disparar una serie de supuestos que llevarían a pensar al envejecimiento como una debacle. No es así. El envejecimiento es un triunfo de las sociedades modernas y un desafío para ella misma.

Esta tesis se relaciona con los estudios que indagan por qué algunos Adultos Mayores envejecen portando enfermedades, discapacidades y otros no¹.

La pregunta que se intentará responder es ¿En qué medida los Adultos mayores que habitan la Ciudad de Buenos Aires están sanos, están enfermos o tienen pérdida de autonomía?

El presente trabajo se inscribe en el campo de los estudios de población y salud bajo la convocatoria de aportar información analítica aplicable a la toma de decisiones en torno a los Adultos Mayores de la Ciudad de Buenos Aires, un insumo necesario para dar respuestas adecuadas a las necesidades de los Adultos Mayores y sus familias.

¹ La pregunta de tesis está inspirada en un texto de Geoffrey Rose: Individuos enfermos y poblaciones enfermas publicado en el Boletín Epidemiológico de la Oficina Panamericana de la Salud Vol. 6 Nº 3, 1985. ISSN 0255-6669.

El propósito es, a través de la sistematización de la evidencia disponible, caracterizar a este grupo poblacional que habita la ciudad de Buenos Aires² a fin de brindar un perfil de su estado de salud en un sentido amplio del término. Es decir incluyendo la autopercepción, la utilización de los servicios, los motivos de internación, la dependencia, la mortalidad todos ellos como eventos integrados a características socioeconómicas de las personas.

“La planificación necesaria para hacerle frente a una sociedad que envejece depende de que haya datos sobre diversos aspectos integrados de la vida (la salud, el trabajo, los ingresos, las relaciones sociales) que permitan orientar las funciones y servicios del ámbito sanitario hacia las necesidades de una población de más edad.”³

² Ver en Metodología Fuentes de datos.

³ Peláez Martha (2005) La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas. Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health 17(5/6), 2005

Objetivo General:

Analizar las características del estado de salud de los Adultos Mayores que habitan la Ciudad de Buenos Aires con énfasis en el autorreporte del estado de salud, la morbilidad, problemas de autonomía y utilización de servicios referidos, y la mortalidad de este grupo poblacional.

Objetivos específicos:

1. Analizar la valoración subjetiva del estado de salud de los Adultos Mayores
2. Estimar la prevalencia de dependencia y discapacidad en el grupo.
3. Analizar la presencia de factores de riesgo.
4. Describir el perfil de la Morbilidad y su distribución.
5. Identificar las características de la internación de Adultos Mayores.
6. Analizar la Mortalidad del grupo.

II MARCO TEORICO

Las transiciones demográfica y epidemiológica constituyen un marco imprescindible para comprender la emergencia de los Adultos Mayores, sus características como grupo poblacional y los desafíos que plantean a la sociedad en su conjunto.

Ambas transiciones convergen en una interpretación positiva de los procesos de cambios poblacionales. Sin menguar frente a las críticas acerca de su inclusión como teoría, conjunto de conceptos interrelacionados o marcos descriptivos, los textos seleccionados para enmarcar este trabajo pertenecen a la producción clásica de la demografía y no es intención de quien redacta la tesis establecerse en algún punto de debate entre autores.

El análisis de la condiciones de vida y de los procesos de enfermedad y muerte requieren la revalorización de la salud y enfermedad como productos sociales. En este sentido el avance conceptual sobre los determinantes de la salud fortalece analíticamente a los perfiles, dotándolos de la posibilidad de mostrar las inequidades.

II.I LOS CAMBIOS POBLACIONALES

La Transición Demográfica

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad, el crecimiento natural de la población ha sido muy lento y de extrema dureza. Las poblaciones eran permanentemente hostigadas por pestes, guerras y hambrunas que dejaban poco margen para el crecimiento natural aún con altísimas tasas de natalidad.

El escenario demográfico hasta mediados del siglo XVIII mostraba altos y fluctuantes niveles de mortalidad y una esperanza de vida que no superaba los 30 años de edad. Esto era acompañado por altos niveles de fecundidad. Por supuesto que la alta natalidad tenía no sólo por principio conseguir un alto número de sobrevivientes, sino que las familias eran básicamente unidades de producción económica, es allí también que encuentra su razón de ser el alto número de integrantes.

Asociada a los cambios sociales y económicos que se producen con la revolución industrial se inicia en Europa occidental una serie de cambios macrosociales, que lentamente van a transformar radicalmente a las poblaciones tanto en tamaño como en su estructura de edades y géneros. Éstos se van a hacer visibles en los niveles de la Mortalidad y de la Fecundidad.

Frank Notestein en 1953 acuñó el término "transición demográfica" para referirse a los cambios observados a muy largo plazo en los niveles de mortalidad y fecundidad en las sociedades de Europa Occidental y estableció un modelo por el cual se explicaba el pasaje de un escenario demográfico a otro, en los extremos de este pasaje, la estructura poblacional se encontraba totalmente invertida.

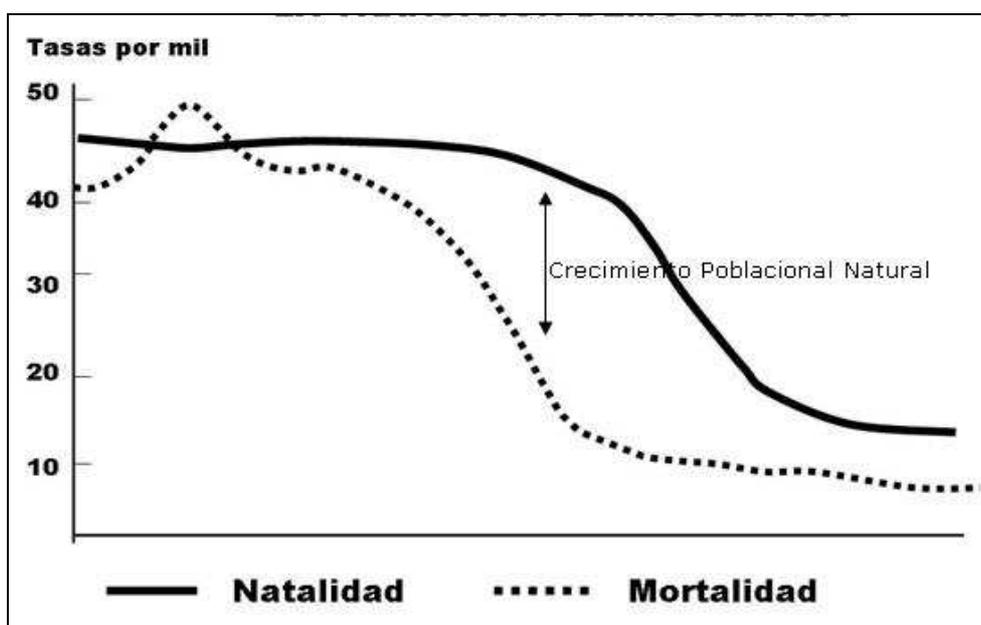
Estos cambios en el comportamiento demográfico están estrechamente relacionados con los cambios socioeconómicos y tecnológicos que se desarrollaron a partir de la Revolución Industrial.

La transición se inicia en una etapa en la cual tanto la mortalidad como la natalidad tienen niveles altos, por tanto el crecimiento de población es muy bajo y esto está vinculado a las guerras, epidemias y malas cosechas entre otros factores. La alta

mortandad y la necesidad de contar con una familia numerosa puesto que constituían una unidad de producción económica, hacía mantener una alta tasa de fecundidad.

La Revolución Industrial impactó en el modelo productivo, sobre las condiciones de vida, la forma de organización de la sociedad, de las familias e individuos y se urbanizaron grandes grupos poblacionales. Allí se inicia la Transición demográfica y se va a evidenciar a partir del descenso de la mortalidad, manteniendo una fecundidad alta, se va a producir el crecimiento poblacional (que se hace visible por el distanciamiento de los niveles de mortalidad y natalidad). En la última etapa, tras la caída invariable y sostenida de la fecundidad se arriba al escenario denominado de Envejecimiento Poblacional, caracterizado por la presencia cuantiosa de individuos de 60 años y más.

Gráfico 1. Modelaje de la Transición Demográfica con Tasa bruta de Natalidad, Tasa Bruta de Mortalidad y Crecimiento Poblacional Natural.



Fuente: María Eugenia Royer.

La transición demográfica perturba profundamente la distribución por edades de la población, en especial porque la declinación de los niveles de mortalidad y fecundidad no se produce simultáneamente.

El modelo de Notestein se aplica a los países europeos que iniciaron la Transición demográfica hace 200 años, también denominado modelo lento o tradicional. En los países de Europa occidental el descenso de la mortalidad impactó sobre la necesidad de tener más hijos para mantener un quantum de integrantes de las unidades familiares de producción.

En las primeras fases de la Transición Demográfica la mortalidad tiene un rol protagónico y su descenso se expresa en la duplicación de la esperanza de vida desde el siglo XIX a mediados del XX.

Sin embargo, en las etapas posteriores la característica de la Transición Demográfica es la reducción de la fecundidad de manera sostenida en el tiempo. El cambio en la pauta reproductiva, la disminución de nacimientos, restringe el ingreso de efectivos, la base de la pirámide poblacional se angosta, por lo que cobran relevancia grupos de edad impensables en épocas pretransicionales, surgen entonces los Adultos Mayores.

Chenais elaboró un modelo descriptivo de la transición permitiendo identificar 4 momentos evolutivos de las poblaciones de acuerdo a sus niveles de mortalidad y fecundidad aportando una importante cantidad de información en complejas series temporales de distintos países.

Los 4 momentos evolutivos son:

1) régimen antiguo o pretransicional, donde las poblaciones tenían altos niveles de mortalidad y de fecundidad, quedando un estrecho margen de crecimiento natural.

2) momento de descenso de la mortalidad con altas tasa de fecundidad: se caracteriza por el declive de la mortalidad general y el aumento de la esperanza de vida al nacer debido, sobre todo, al descenso de la mortalidad en la infancia, lo que contribuye al incremento del número de sobrevivientes en la base piramidal de edades. Si bien se produce un crecimiento de la población en todos los grupos de edad, es proporcionalmente mayor en las edades más tempranas, ya que la reducción de los riesgos de muerte en la infancia y la niñez promueve, en un inicio, el rejuvenecimiento de la población.

3) transición avanzada: Chesnais la caracteriza por un descenso más equilibrado de la mortalidad, que favorece a todas las edades. Así, la estructura de la población muta: adquieren un mayor peso relativo las edades jóvenes y adultas, que son fruto de cohortes numerosas que nacieron en el pasado.

4) régimen moderno, comienza cuando disminuye del todo la alta mortalidad de los más jóvenes y se reduce la causada por enfermedades degenerativas que afectan, en especial, a las personas mayores de 50 años, lo que aumenta la probabilidad de sobrevivir entre las personas mayores y, por ende, intensifica el envejecimiento de la población. En esta etapa, al ser mayor el promedio de vida, se incrementa sustancialmente el peso relativo de las personas de edades muy avanzadas.

Para G. Tapinos,⁴ la caída de la mortalidad se encuentra ligada a condiciones socioeconómicas, sin embargo la incidencia del desarrollo económico tanto sobre el nivel de la natalidad como del comportamiento reproductivo es más compleja y los interrogantes son múltiples. A pesar de esto propone es posible para el autor afirmar que:

-Existe una relación causa-efecto entre disminución de mortalidad (principalmente infantil) y la modificación de la pauta reproductiva.

-El descenso de la fecundidad no resulta de cuestiones genéticas ni biológicas, sino que se encuentra estrechamente ligada a la modernización económica.

-El descenso de la fecundidad es anterior al desarrollo de las tecnologías contraceptivas de alta eficacia. El desarrollo de las mismas sólo aceleró la modificación de la pauta reproductiva de las mujeres.

“El efecto directo de la baja fecundidad sobre el envejecimiento radica en que, con la pérdida del peso relativo del grupo etario de 0 a 4 años, aumenta la incidencia del resto de los grupos; por ende, la proporción de personas mayores tiende a incrementarse, lo que se expresa en la contracción del escalón inferior de la pirámide de edades. El descenso sostenido en un tiempo prolongado se traduce en que el envejecimiento se origina en el medio de la pirámide, puesto que el peso de los grupos de las edades centrales es mayor que el de las edades menores, con lo que la pirámide va adquiriendo una forma rectangular.”⁵ Al consolidarse esta tendencia declinante de la fecundidad y en combinación con la disminución de la mortalidad, la estructura poblacional cambia mostrando una base más angosta y una cúspide amplia.

El resultado más relevante de la Transición Demográfica es el cambio en la participación relativa de los distintos grupos de edad en el total de la población donde

⁴ Tapinos, Georges (1988) Elementos de demografía, Espasa Calpe, Madrid.

⁵ Huenchuan, Sandra Editora (2009) Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile, abril de 2009

se identifica al grupo de 60 años y más, en franco aumento a expensas de los menores de 15 años. A este nuevo escenario es a lo que refiere la denominación de Envejecimiento poblacional.

Este surgimiento de los Adultos Mayores tiene una característica que sobresale de las demás y es la feminización. Ruth Bonita caracteriza a la transición demográfica como una transición de género⁶ pues a lo largo de la transición ha disminuido en forma importante el riesgo de mortalidad entre las mujeres y éstas accedieron en mayor proporción a las edades adultas dando lugar a “la feminización del envejecimiento”, dando lugar a nuevas formas de convivencia y nuevas problemáticas quizás poco visibles en los actuales sistemas de información estadística (viudez, soledad, depresión, etc.)

El siguiente paso en la transición, en aquellas sociedades con escenarios demográficos envejecidos estaría caracterizado por una mejoría en la sobrevivencia de los varones jóvenes y adultos. De afirmarse y establecerse esta tendencia, probablemente se arribe a un equilibrio entre géneros en los Adultos Mayores. Al descenso de la mortalidad de los varones contribuyen los cambios en los patrones de consumo de alcohol y tabaco básicamente y la accesibilidad a las intervenciones cardiovasculares y a los medicamentos para control de las patologías crónicas.

⁶ Bonita, Ruth (1998). Mujeres, envejecimiento y salud. Conservar la salud a lo largo de la vida. Primera edición preparada por Ruth Bonita para la Comisión Mundial sobre la salud de la mujer bajo la dirección del Programa sobre Envejecimiento y Salud. OMS. Ginebra 1998.

La Longevidad

Otra mirada sobre los Adultos Mayores no ya desde la composición sino desde su dinámica, permite observar un fenómeno distinto al descrito hasta ahora y es el de la Longevidad.

También denominado el envejecimiento del envejecimiento se explica por el aumento de la esperanza de vida de los Adultos Mayores. Este corrimiento de la edad al momento de morir ha suscitado diferentes hipótesis acerca de cuál es el límite de la vida y cómo se trascurrirán esos años finales, basados en la proyección de la Esperanza de Vida y sus variaciones.

En las sociedades con transiciones avanzadas la declinación de la mortalidad entre Adultos Mayores es observable desde finales del siglo XX.

Gruenberg⁷ (1980) desde una visión catastrófica del envejecimiento, predijo que éste llevaría a una pandemia de enfermedades crónicas y degenerativas. La disminución de la mortalidad en Adultos Mayores, no se daría por un descenso en la incidencia, sino que al postergarse la edad de la muerte se prolongaría el tiempo de vida con discapacidad, proveyendo a las sociedades de altas prevalencias de dependencia y discapacidad en Adultos Mayores. A esta teoría se la denominó de expansión de la morbilidad.

Contrariamente Fries (1983) postuló que los cambios en los estilos de vida y los avances del conocimiento médico llevarían a una postergación de la incidencia de las enfermedades crónicas y discapacitantes. Este autor proyecta una compresión de la morbilidad, y una expresión última, breve, de morbilidad que aparecería rondando el final de la vida. Límite éste que no supera los 85 años según su análisis de las Esperanzas de Vida.

Manton (1982) acuñó el concepto de "equilibrio dinámico". Según su teoría, el aumento de la esperanza de vida, estaría explicado por un enlentecimiento del ritmo de progresión de enfermedades crónicas. Ciertamente, la mortalidad disminuye pero también las patologías son menos severas.

⁷ Robine Jean Marie, Romieu Isabelle, Cambois E. (1995) La estimación de los años vividos con discapacidad: una iniciativa universal. Editado por El Instituto Internacional de Estadística. Disponible en www.eclac.org/publicaciones/xml/8/34408/LCG169_p1.pdf (Consultado en Abril 2012)

Según Robine⁸, el estado actual del conocimiento sobre la longevidad se resume en los siguientes puntos:

“1. La esperanza de vida a los 65 años de edad registra un incremento relativamente más acelerado que la esperanza de vida al nacer y no se percibe que esté disminuyendo;

2. Desde 1950, se ha registrado una explosión en el número de centenarios, un fenómeno relativamente reciente que se inicia alrededor del año 1800;

3. Los supercentenarios comenzaron a surgir alrededor del año 1960 y en los años noventa se han validado cinco casos de personas que han superado los 115 años de edad;

4. La edad máxima al fallecer observada todos los años sigue aumentando; en Suecia, por ejemplo, este aumento ha sido de aproximadamente cinco años durante un período de 100 años (1890-1990);

5. La edad modal al fallecer también sigue aumentando y para las mujeres de Francia, por ejemplo, el incremento ha sido de 15 años en un período de 100 años (de 1890-1894 a 1990-1994);

6. La mortalidad está disminuyendo sin lugar a dudas para todas las edades excepto, quizás, para las personas de entre 25 y 45 años de edad;

7. Después de los 80 años de edad, el incremento de las tasas de mortalidad en función de la edad se está desacelerando y parece cumplir una ley logística que conduce a una meseta de mortalidad que supera los 120 años;

8. El cambio más significativo de este siglo (siglo XX) es, sin duda, el incremento de las probabilidades de supervivencia entre los 60 y los 80 años de edad que, para las mujeres francesas, aumentó de 25% a 75% en un período de 100 años.”

El estado actual del conocimiento no otorga a alguna de estas teorías la posibilidad de explicar ni predecir cual va a ser el escenario futuro, probablemente éste guarde un reto diferente para cada sociedad.

De las diferentes lecturas acerca de las Transiciones se desprende la complejidad del escenario demográfico y epidemiológico actual y la necesidad de

⁸ Robine, Jean-Marie (1999). Prolongación de la vida de los seres humanos: longevidad y calidad de vida. Página 144. CEPAL - SERIE Seminarios y conferencias N° 2 Sesión II: Salud del Adulto Mayor- Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad.

enmarcar la salud y enfermedad (y sus causas) en términos poblacionales, que no es lo mismo que la suma del estado de cada uno de los individuos.

La Transición Demográfica en América Latina

En la mayoría de los países de América Latina la caída de la Mortalidad se debe en gran medida a los adelantos sanitarios y médicos que tienen lugar en Europa y Estados Unidos a partir de la segunda guerra mundial.

América Latina como conjunto llega a comienzos del siglo XX en una situación pretransicional caracterizada por una esperanza de vida al nacer de 30 años y una tasa de fecundidad de 6 hijos por mujer. La baja adhesión al celibato y una nupcialidad temprana son los fenómenos que explicarían una mayor fecundidad en las sociedades latinoamericanas al iniciarse el proceso de transición demográfica. Quienes traccionan hacia abajo la natalidad son los sectores urbanos más educados y con mejores condiciones socioeconómicas que importaron la pauta reproductiva europea. Susana Schkolnik atribuye a "la urbanización, la expansión de la educación, el mejoramiento de la situación de la mujer y los esfuerzos de los programas de planificación familiar, entre otros factores, la información sobre anticonceptivos y cómo obtenerlos"⁹ difundidos en los países y entre los diferentes grupos sociales la disminución de la fecundidad en las sociedades más rezagadas en el proceso transicional.

"En todos los países de la región se ha registrado un descenso de la fecundidad, fenómeno que responde a una constelación de factores determinantes. En las últimas cuatro décadas del siglo pasado, las parejas latinoamericanas y caribeñas modificaron sus pautas reproductivas, desde un patrón generalizado de familias numerosas a un nuevo modelo de fecundidad baja, en que el número de hijos se aproxima a dos por mujer. Los cambios de las estructuras económicas y sociales condujeron a una serie de transformaciones culturales, que contribuyeron a la adopción de pautas de comportamiento reproductivo compatibles con un ideal de

⁹ Schkolnik Susana, Chackiel Juan (2004). Los sectores rezagados en la transición de la fecundidad en América Latina. REVISTA DE LA CEPAL N° 83. AGOSTO 2004. pag. 25

familia de tamaño más reducido, lo que fue facilitado por la disponibilidad de procedimientos anticonceptivos (CEPAL/CELADE, 2008).¹⁰

Con diferencias en intensidad y velocidad, todos los países de América Latina han iniciado el proceso de la transición demográfica, porque todos han empezado a reducir sus tasas de mortalidad y fecundidad. Sin embargo, existen heterogeneidades en la región así como en el interior de cada país. En parte estas diferencias se relacionan con el punto temporal de inicio del declive de los indicadores, en tanto que los diferenciales en la velocidad con que se desarrollan las transiciones explican por las condiciones socioeconómicas de cada país, la educación, el saneamiento y la salud pública. Indefectiblemente, los cambios en la mortalidad y fecundidad, empujan una redistribución por edades de las poblaciones y su resultado al igual que en Europa, es el surgimiento de los adultos mayo como grupo poblacional relevante.

Es un hecho irrefutable la tendencia hacia el envejecimiento poblacional en América Latina, pero este proceso además se da en contextos muy diferentes al interior del continente y al interior incluso de los propios países, los contextos de pobreza y vulnerabilidad persistentes, las inequidades, el escaso desarrollo institucional en algunos países y los cambios en la estructura y composición familiar son elementos que se combinan en la realidad latinoamericana.

El acelerado proceso de envejecimiento poblacional que se da en América Latina trae consigo nuevos desafíos para las sociedades, frente a un escenario demográfico sin antecedentes que obliga al desarrollo de políticas públicas que promuevan la calidad de vida de los Adultos Mayores con inclusión y equidad intergeneracional donde juega un papel primordial la relación Estado y familia.

“En el caso de los países europeos el proceso de transición duró más de un siglo, mientras en la región no se prolongó por más de 50 años. Los países de la región se han encaminado hacia etapas más avanzadas de la transición demográfica y en la actualidad se observa una consolidación de este proceso, pues las tasas de natalidad y mortalidad son en general muy inferiores a las observadas en décadas pasadas.”¹¹

¹⁰ Huenchuan, Sandra Editora (2009) Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile, abril de 2009 pag 49

¹¹ Huenchuan, Sandra Editora (2009) Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile, abril de 2009 pag 46

El modelo lento, ortodoxo, de Europa occidental dio tiempo a las transformaciones sociales, económicas, culturales y políticas necesarias para enfrentar los desafíos de la nueva situación demográfica. Esto no ha sido posible en la mayoría de los países latinoamericanos, con el resultado de la coexistencia de anchas brechas en los niveles de mortalidad que no hacen más que revelar inequidades al interior de los países y de la región. Conviven en la misma sociedad sectores con características y necesidades propias de la pretransición con situaciones y demandas propias de sociedades envejecidas. América Latina (si bien es cierto que tiene la ventaja de poder aprender de la experiencia europea) posee circunstancias que modelan de manera diferente tanto el proceso de envejecimiento como la estructura social y económica con que enfrentará las consecuencias de la transición demográfica.¹²

La Transición Demográfica en Argentina

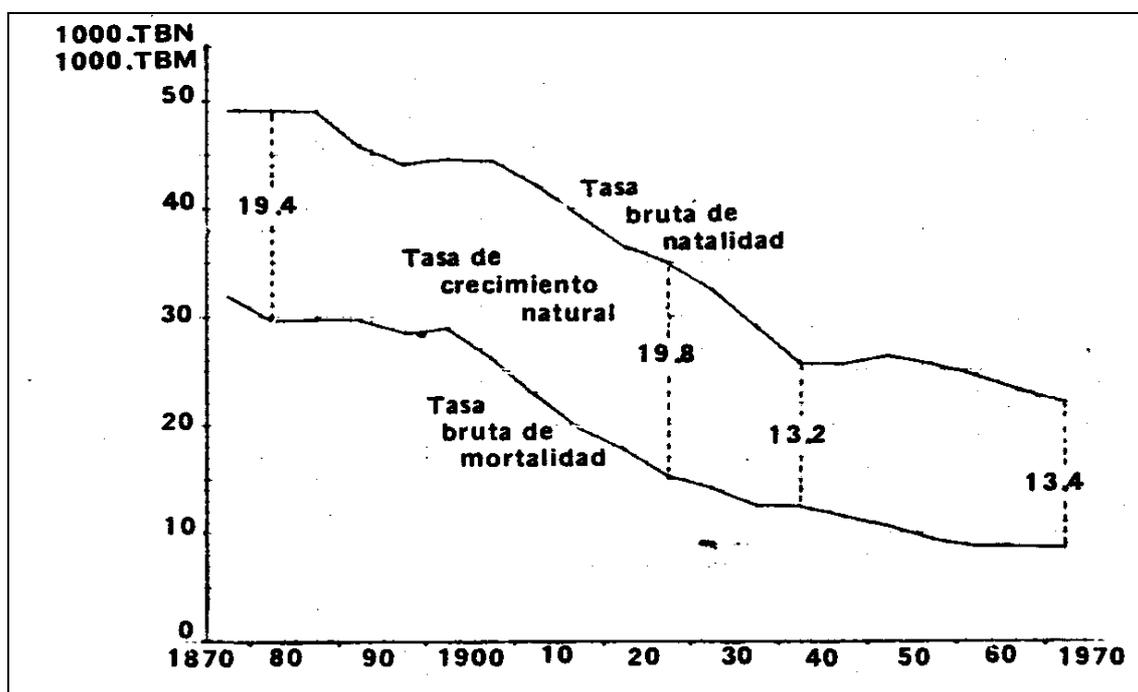
En nuestro país este proceso se inicia con la expansión de la economía en base al modelo agroexportador y su desarrollo tuvo recorridos y velocidades diferentes a la que tuvieron tanto las sociedades europeas como las latinoamericanas. De todas formas, la ciudad de Buenos Aires es la primera que inicia este camino y es la jurisdicción donde se aplica el modelo no ortodoxo de Transición Demográfica.

Edith Pantelides caracteriza a la transición demográfica Argentina como un modelo no ortodoxo. Sitúa el inicio en la séptima década del siglo XIX cuando comenzó el lento descenso de la mortalidad, que sería alterado por las epidemias pero con una tendencia sostenida hacia niveles bajos.

El rasgo distintivo de la transición argentina es que la caída de la fecundidad se inicia al mismo tiempo que decrece la mortalidad.

¹² Aranibar Paula (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. SERIE población y desarrollo Nº 21. Santiago de Chile, diciembre de 2001. Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP. (Fondo de Población de las Naciones Unidas). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. (CELADE) - División de Población de la CEPAL. Área de Población y Desarrollo del CELADE.

Gráfico 2. Argentina. Tasa bruta de natalidad, tasa bruta de mortalidad y tasa de crecimiento natural. 1870-1875 a 1965-1970



Fuente: Alfredo Lattes (1975)¹³

El gráfico anterior muestra la dinámica del proceso de transición argentino donde los componentes demográficos mortalidad y natalidad evolucionan casi en trayectorias paralelas permitiendo un crecimiento entre el 13 y el 20 por mil.

“Desde la primera década del siglo XX la tendencia declinante de la mortalidad y la fecundidad (medidas por las respectivas tasas brutas) es clara y firme. Pero a partir de la década del '50 (y al menos hasta 1970), la Tasa Bruta de Mortalidad no siguió descendiendo y, como se verá después, esto es reflejo de un real estancamiento de los niveles de mortalidad y no sólo el resultado de una estructura de población más vieja. Por otro lado, la Tasa Bruta de Natalidad estabiliza sus valores durante la década del '40, ya que aunque sube ligeramente en la segunda parte de la década, más adelante retorna a la tendencia decreciente.”¹⁴

¹³ Lattes, Alfredo E. (1975). El crecimiento de la población y sus componentes demográficos entre 1870 y 1970. En Recchini de Lattes, Z. y Lattes A. E.: (comp.), La población de Argentina. CICRED Series, Buenos Aires.

¹⁴ Pantelides Edith A. (1983). La Transición Demográfica Argentina: Un Modelo no Ortodoxo. Desarrollo Económico. Vol. XII N° 88. 1983. pag. 2

Entre 1880 y 1960 la población argentina duplica su esperanza de vida al nacer (de 33 a 66 años) favoreciendo a las mujeres.

La mayor caída en el nivel de la mortalidad se ubica hasta la década de 1930 y para Pantelides se la relaciona con la mejora en las condiciones de vida más que en políticas especialmente orientadas a combatir las enfermedades infecciosas. Sin embargo, es clara la profundización de los cambios en la mortalidad que se operaron en nuestro país a partir del diseño de políticas públicas de salud y desarrollo social que tuvieron lugar en nuestro país entre 1944 y 1955.

En cuanto a la fecundidad, su declive se verifica tempranamente en las mujeres de los centros urbanos y de mayor nivel educativo quienes incorporaron la pauta reproductiva de las mujeres europeas.

La Transición Epidemiológica

La Transición Epidemiológica fue enunciada como teoría por Abdel OMRAN en 1968 para explicar los cambios observados a lo largo del tiempo en los perfiles de morbimortalidad aportando nuevos elementos a la teoría de la transición demográfica. Su motivación principal fue estructurar una matriz en la cual incluir todos los elementos que componen la compleja dinámica poblacional donde incluyó los factores sociales, económicos, demográficos, y epidemiológicos.

Omran encuentra una estrecha vinculación entre los cambios poblacionales (específicamente de la dinámica poblacional) y la manera de enfermar y morir, especialmente en las causas de mortalidad. La mirada epidemiológica sobre la transición demográfica "enfoca el cambio complejo producido en las características de salud y enfermedad y en las interacciones entre estas características y sus determinantes y consecuencias demográficas, económicas y sociológicas"¹⁵.

Concretamente, explica el pasaje de las patologías infecciosas como principal causa de enfermedad y muerte a su sustitución por enfermedades crónico degenerativas y producidas por el ser humano. En este tránsito Omran reconoce tres etapas:

¹⁵ OMRAN, Abdel R. (1972) La transición Epidemiológica. Una teoría de la Epidemiología del cambio Poblacional. Revista Atención Médica, Vol. 1, Número 2, septiembre 1972, Pag. 39.

La primera, de pestilencia y hambrunas. Con una elevada mortalidad, de cambios fuertes en su nivel, acompañada por una fecundidad alta. Donde el crecimiento poblacional estaba más determinado por el nivel de la mortalidad que por la fecundidad. Hambre, epidemias, parasitosis endémicas, problemas de saneamiento y carencias alimentarias explican la mortalidad que se concentra en los niños. La mortalidad en las mujeres jóvenes se expresa a través de tuberculosis y sepsis puerperales.

La segunda etapa, de descenso y desaparición de pandemias: En este período se verifica una mejora en la nutrición y la caída progresiva y sostenida de las enfermedades infecciosas. La característica de esta etapa es el mantenimiento en un nivel alto y endémico de ciertas patologías parasitarias y deficitarias. Las poblaciones más afectadas siguen siendo los niños y las mujeres. A nivel general la mortalidad disminuye con el control de las epidemias lo que aumenta levemente la esperanza de vida lo que redundará en el crecimiento de las poblaciones.

Omran finaliza la descripción de la transición epidemiológica con una tercer etapa que denomina "de las enfermedades degenerativas y producidas por el hombre". El aumento progresivo de la esperanza de vida (o la supervivencia de las edades jóvenes) aumenta la exposición a padecer enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares, cáncer) y asociadas con lesiones aumentan su participación en la explicación de la mortalidad. Se incrementan también las enfermedades mentales, las adicciones y los problemas de contaminación ambiental. La mortalidad ya no es propia de un grupo de edad sino que está asociada a la exposición a factores de riesgo. Su nivel se estabiliza en valores bajos y el crecimiento poblacional depende en este momento de la fecundidad más que de la mortalidad.

Como puede deducirse a través de la exposición de Omran, se trata de un pasaje en un sentido unidireccional realizado en un largo periodo de tiempo, de un escenario sociosanitario con características coincidentes con la sociedad preindustrial a otro de características modernas, ligado al desarrollo económico y tecnológico y evidentemente con otros mecanismos que explican la mortalidad.

Omran elaboró tres modelos para ubicar a los países según la duración de la transición: clásico, acelerado y demorado. En el primero ubica a las sociedades occidentales que llevaron la transición durante dos siglos.

El modelo acelerado corresponde a una transición de 50 años solamente y que se dio en Japón, Europa del este y la ex Unión Soviética. Esta transición estuvo fuertemente impulsada por la incorporación de los avances médicos de occidente.

El tercer modelo, demorado, es el de América Latina donde manteniendo niveles altos de fecundidad, la mortalidad comenzó a disminuir de manera tardía y asociada al desarrollo de antibióticos, quimioterapia, insecticidas, y políticas activas de erradicación de enfermedades infecciosas y parasitarias.

La Transición Epidemiológica en América Latina

Al igual que la Transición demográfica, la transición epidemiológica en América Latina tiene ritmo y características distintas a la presentada en aquellos países de Europa occidental que la iniciaron dos siglos atrás. La transición en Latinoamérica se desarrolla a mayor velocidad.

Para Julio Frenk la transición epidemiológica de América Latina es una "compleja transformación en sus condiciones de salud" con "profundas implicaciones para el bienestar de los casi 450 millones de habitantes de esta subregión que actualmente representan cerca del 9% de la población mundial".¹⁶

Los países de la región tienen muy distintos modelos, fechas de inicio y se encuentran transitando diferentes etapas transicionales. La Transición tiene en Latinoamérica características propias:

a) Las fases del modelo se suceden a mayor velocidad (si se compara la transición en América Latina con la de los países europeos).

b) La mortalidad presenta un comportamiento heterogéneo en sus tres aspectos: su nivel, los grupos afectados y sus causas. Especialmente el análisis sobre la participación de las causas infecciosas en los perfiles de mortalidad muestra que los

¹⁶ Frenk, Julio. Frejka, T. Bobadilla, J.L, Stern, C. Lozano R, Sepúlveda, J. José M. (1991) La transición Epidemiológica en América Latina Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud, OPS, 111(6): 485-496-dic.1991, pag. 485.

países del continente se encuentran en distintos estadios del proceso de transición, y aún dentro de un mismo país es posible identificar distintos grupos poblacionales en diferente momento transicional.

De todas maneras es posible agrupar los países según su momento en la transición:

Un primer conjunto compuesto por sociedades que se encuentran en una transición avanzada, allí las patologías infecciosas tienen una bajísima participación, la mortalidad infantil ha alcanzado niveles muy bajos, y desde el punto de vista demográfico son poblaciones envejecidas.

Un segundo grupo se encuentra en una etapa inicial de la Transición, es decir donde las enfermedades parasitarias endémicas, infecciosas y la desnutrición modelan el perfil de la mortalidad. Las enfermedades crónicas, muestran una incipiente participación afectando a grupos altamente vulnerables.

Entre estos dos grupos se ubica el tercero que propone la existencia de un modelo distinto de Transición Epidemiológica al se dio en los países desarrollados. Tal el caso de México, que presenta un modelo polarizado y prolongado tal como lo denomina Frenk, y que constituye el paradigma de la Transición Epidemiológica en América Latina.

El modelo polarizado y prolongado se caracteriza por una coexistencia o una superposición de etapas (en el sentido propuesto por OMRAN) de tal forma que las enfermedades infecciosas y parasitarias conviven con las crónicas y degenerativas cuestionando la resolución clara de la transición, prolongándola en el tiempo. La heterogeneidad de perfiles transicionales al interior de una sociedad es el desafío que presenta este modelo que cuestiona seriamente el modelo de distribución de riqueza, de recursos y de políticas públicas.

“El análisis de las tendencias epidemiológicas regionales, íntimamente relacionadas con la etapa de la transición demográfica en que se encuentran los países, permite concluir que el perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe se caracteriza por la superposición de etapas, de manera que todos los países tienen el doble desafío de seguir disminuyendo la mortalidad por causas infecciosas y parasitarias y afrontar la creciente mortalidad que obedece a causas no transmisibles. Un reto adicional en este sentido es la necesidad de conocer y enfrentar las

enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes (zoonosis, paludismo y tuberculosis, entre otras).¹⁷

Es posible tal como se mencionó en la transición demográfica, establecer un plural: “transiciones” que conviven en la misma región, y probablemente en un mismo país. Transiciones avanzadas en aquellas sociedades con mejores condiciones de vida y mejor acceso a servicios por un lado y por otro situaciones pre y postransicionales en un mismo territorio o país, con poblaciones afectadas por enfermedades infecciosas y parasitarias a todas las edades (incluso en Adultos Mayores) superpuestas con patologías crónicas y las violencias.

El resultado de la Transición Epidemiológica es el “desplazamiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias a los tumores y enfermedades de tipo degenerativo (especialmente del aparato circulatorio) y a causas externas (accidentes, homicidios, suicidios).¹⁸ Una de las consecuencias de este proceso es el cambio de las demandas al sector salud y el necesario rediseño de las políticas de protección con miras ahora a nuevos grupos vulnerables. En las sociedades donde coexisten distintas etapas transicionales, se verifica también la convivencia de diferentes grupos poblacionales con necesidades en salud propias.

La Transición Epidemiológica en Argentina

El modelo de Transición Epidemiológica de OMRAN es aplicable al análisis de los cambios en la mortalidad de nuestro país. En Argentina se verifica efectivamente que hubo una importante variación en la mortalidad en lo que hace a la distribución por edades y causas.

Tiene una importancia fundacional en la transición epidemiológica de Argentina el conjunto de reformas del Estado llevado a cabo entre 1946 y 1954 que impactaron sobre las condiciones de vida de los habitantes en general lo que se vio más tarde reflejado en la disminución de la mortalidad de jóvenes y adultos.¹⁹

¹⁷ CEPAL (2010) Población y salud en América Latina y el Caribe, retos pendientes y nuevos desafíos. 2010. Comité especial de la CEPAL sobre Población y Desarrollo- Santiago, Mayo 2010. CEPAL-UN.

¹⁸ Schkolnik Susana.(2000) Tendencias demográficas en América Latina: desafíos para la equidad en el ámbito de la salud. Rev. Notas de Población N° 70. CEPAL CELADE, Santiago de Chile, Año 2000.Pag.127

¹⁹ Ramacciotti. Karina (2009) La política sanitaria del peronismo. Editorial Biblos. Buenos Aires, Argentina.

Si bien el país presenta muy distintos escenarios, las causas crónico/degenerativas explican gran parte de la mortalidad total del país lo que sitúa a Argentina en una etapa avanzada de transición epidemiológica. La presencia de enfermedades crónicas y factores de riesgo cardiovascular probablemente se encuentre asociado no sólo al aumento de la esperanza de vida sino también a cambios en hábitos y consumos de la población: el aumento del sedentarismo y el tabaquismo aparecen como factor de riesgo para patologías del orden de las cardiovasculares, cerebrovasculares y cáncer.

El incremento de estos padecimientos así como de los accidentes y violencias obligan al análisis de la morbilidad debido a la gran carga de mala salud, discapacidad y dependencia que provocan.

En la ciudad de Buenos Aires el proceso de transición es similar al europeo tradicional, con una duración de 110 años y se aproxima más a este modelo que al que se dio en el resto del país y en general en América Latina. Probablemente la diferencia se explique por la importante urbanización de esta jurisdicción, la red de servicios y el impacto de la migración que recibió masivamente entre finales del XIX y principios del XX. Actualmente tres cuartas partes de la mortalidad de la Ciudad se explica por causas crónico degenerativas y tumores, esto también da cuenta del avanzado estadio transicional en el que se encuentra.

Relación entre ambas transiciones

La primera y gran disminución de la mortalidad por causas infecciosas beneficia a los niños y a las mujeres en edad fértil provocando un rejuvenecimiento de la población (y una demanda de mayores servicios de atención materno infantil y escuelas entre otros insumos).

La tendencia sostenida en el descenso de las enfermedades infectocontagiosas provoca un aumento del promedio de edad de la población y un incremento en la duración de la vida de quienes han sobrevivido a estas patologías en la infancia aumentando así el número de personas en edad adulta.

Como se dijera anteriormente, la transición epidemiológica entendida como un cambio en los patrones de morbilidad, discapacidad y muerte está condicionada por la transición demográfica.

Otro elemento que incide en la transición epidemiológica es la disminución de la letalidad fruto del avance del conocimiento médico, del desarrollo de biotecnología y de la organización de servicios de salud (mejora en la resolución de las enfermedades y al avance en la accesibilidad de los diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos).

II.II LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES

Uno de los desafíos que plantea el envejecimiento poblacional es la salud de los Adultos Mayores. La salud es uno de los elementos más importantes del bienestar en todas las edades, pero adquiere una significación especial a medida que aumenta la edad, como establecen Roberto Ham Chande y Katia Gallegos Carrillo (et al.) en diferentes textos: "Es a partir de los estados de salud, físicos y mentales que se afectan las capacidades y la autonomía".²⁰ "El concepto de salud de los adultos mayores más que en otros grupos de edad, implica subjetividad, ya que depende de la conjunción de los efectos de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social."²¹

Los adultos mayores presentan características especiales en relación a su salud:

1) acumulación de condiciones crónicas no mortales, pero que originan fragilidad, riesgo aumentado de caídas y dependencia (artritis, reuma, lumbago, dificultades de marcha, audición y/o visión).

2) patologías crónicas (diabetes, hipertensión arterial, tumores y enfermedades obstructivas de la respiración) que atentan contra el bienestar y la calidad de vida de las personas.

3) los entornos inadecuados, la carencia de apoyos (físicos) y la falta de redes sociales obstruyen la posibilidad de autonomía de los Adultos Mayores, impactando negativamente sobre su estado de salud.

4) Los problemas de salud en los Adultos Mayores son la expresión de los modos de vida y trayectorias individuales y colectivas que se inician desde el nacimiento, son la conjunción de la exposición a factores de riesgo con la cobertura de políticas de protección y promoción de la salud, y en forma constitutiva enuncian la definición de ciudadano con la cual se realizaron esas trayectorias. De allí que los

²⁰ Ham Chande Roberto (2001) Esperanza de vida y expectativas de salud en las edades avanzadas. Estudios Demográficos y Urbanos [en línea] 2001, (septiembre-diciembre) : [fecha de consulta: 30 de enero de 2012] Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=31204804>> ISSN 0186-7210

²¹ Gallegos Carrillo Katia, García Peña, Carmen, Durán Muñoz, Carlos, et al.(2006) Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. *Rev Saude Pública*, 40(5); 792-801. pag. 793. 2006. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n5/08.pdf> Consultado en abril 2012

Adultos Mayores son un colectivo variado, heterogéneo, que requiere distintas miradas y acciones coordinadas entre los distintos niveles del sistema de salud.

5) a nivel individual, del estado de salud depende en gran medida la visión que se tiene de la vejez. Desde un punto de vista poblacional, adquieren singular importancia las construcciones sociales en torno a salud y vejez, éstas impactan de distinto modo sobre la salud de los Adultos Mayores.

6) independientemente de la enfermedad o de la capacidad funcional afectada por ella, lo importante es comprender que éstas sólo afectan y provocan problemas de dependencia en algunas personas mayores. El por qué de este fenómeno reside en la coexistencia de un conjunto de fenómenos, factores, variables, que condicionan la aparición y el desarrollo de los desencadenantes de la dependencia y que se expresan de diversas maneras según las diferentes personas (por ejemplo el nivel de instrucción alcanzado).

Funcionalidad, Fragilidad y Dependencia

La funcionalidad, la fragilidad y la dependencia son tres conceptos que conviene diferenciar en torno a la salud de los Adultos Mayores.

Según Chambres, "La principal característica (del envejecimiento individual) es la limitación progresiva en las capacidades y competencias funcionales de adaptación y de interacción del ser humano con su medio ambiente biológico, físico, psicológico y social. Los cambios que se producen en la vejez, no se deben exclusivamente al proceso biológico normal e irreversible del envejecimiento que afecta a distintos órganos y sistemas corporales, sino que, a la combinación de varios otros factores interrelacionados, tales como la pérdida prematura de aptitudes funcionales por desuso, las enfermedades agudas y crónicas, la marginación social, la desnutrición, la pobreza y otros. (...) los factores ambientales físicos, psicológicos, sociales y culturales, son determinantes de la capacidad funcional, del goce de un buen estado de salud o, a la inversa de la discapacidad y de enfermedad."²²

²² Chambres L, Quality Assurance in long-term care: policy, research and measurement. OMS. Paris, France 1983. Citado en: DEPENDENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES EN Chile-Departamento de Estudios y Desarrollo-Superintendencia de Salud-Departamento de Economía de la Salud- MINSAL Marzo 2008, disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4471_recurso_1.pdf (Consultado en Abril 2012)

Siguiendo esta perspectiva de la pérdida de la capacidad funcional de las personas, reside en el grupo familiar, en la comunidad y en el Estado (como expresión de una sociedad organizada) la capacidad de establecer entornos saludables para los Adultos Mayores.

Sánchez-Gavito²³ define funcionalidad como “la capacidad para desempeñar las actividades cotidianas necesarias para mantener una existencia independiente a pesar de padecer una o varias enfermedades” A su vez, la funcionalidad constituye una medida resumen del impacto de una enfermedad en el estilo de vida y el nivel de independencia de la persona.

Existe consenso en cuanto a definir y distinguir dos áreas de la funcionalidad de los individuos:

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Aquellas actividades indispensables como las de autocuidado, desplazamiento físico y de entendimiento (asearse, vestirse y desvestirse, ir solo/a al baño, quedarse solo/a por la noche, comer, orientarse en un espacio, reconocer espacios y personas, entender y llevar a cabo instrucciones sencillas).

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD o AVDI): Estas implican mayor complejidad que las anteriores, requieren mayor autonomía e interacción con otros y están asociadas con la capacidad de tomar decisiones. Son tareas tales como utilizar el teléfono, hacer compras, salir de paseo, preparar la comida, hacer la cama y administrar el dinero entre otras.

La fragilidad es el componente si se quiere más asociado a la edad biológica, en el sentido de Fried LP. Ferrucci ²⁴: “La fragilidad se puede definir como un estado fisiológico que induce a un aumento de la vulnerabilidad ante factores estresantes debido a la disminución de las reservas fisiológicas, e incluso a la desregulación de múltiples sistemas fisiológicos. Esta disminución de las reservas provoca dificultades para el mantenimiento de la homeostasis contra los trastornos, si son excesivos en

²³Sánchez-Gavito Ana G. (2000) Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores. Gobierno Federal, México. Página 21, disponible a octubre 2013 en http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/prev_autocuidado_adultos.pdf

²⁴ Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. (2004) Aclaración de los conceptos de discapacidad, fragilidad y comorbilidad: Consecuencias del mejoramiento de la selección de objetivos y la atención (Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care) Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES, 2004, 3 (59): 255-263.

cuanto a temperatura ambiental, exacerbaciones de la enfermedad crónica, una afección aguda o lesión.”

Si bien esta mirada en esencia biológica es utilizada frecuentemente en el campo clínico, hay abordajes conceptuales que muestran la fragilidad como un concepto multidimensional donde converge la mirada sobre lo biológico, psicológico, social y cultural.²⁵ Se le atribuye a la fragilidad la característica de progresar a medida que avanza la edad o que el individuo transita situaciones adversas, y es independiente de la existencia o no de una discapacidad.

El concepto social de la fragilidad, involucra a una multiplicidad de carencias (alimentarias, afectivas, sociales, económicas, políticas, culturales) en la aparición de déficit funcional fisiológico o mental y que determinan el estado de salud de los Adultos Mayores.

La expresión “Pérdida de autonomía” está ligada a la definición de dependencia. Pero, ¿qué es la autonomía? La autonomía es “la capacidad para actuar y predeterminar el destino de la vida a partir de la manera de ser de cada quien”²⁶. Esta condición de las personas puede verse afectada por distintos motivos, entre ellos cuando una condición física o mental dificultan el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana. Esta autonomía puede restablecerse mediante ayudas y soportes mecánico/tecnológicos, la adecuación de las viviendas y el mantenimiento de un entorno social y afectivo de contención del adulto mayor.

El término dependencia alude a una situación prolongada en el tiempo donde una persona necesita ayuda para realizar actividades cotidianas. El Instituto de Mayores y Servicios Sociales de España (IMSERSO) define la dependencia como «la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana», o, de manera más precisa, como «un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos

²⁵ Roqué Mónica. Una mirada Social de la Fragilidad en la Vejez. Disponible en <http://www.globalaging.org/elderrights/world/2008/mirada.pdf>

²⁶ Sánchez-Gavito Ana G. (2000) Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores. Gobierno Federal, México. Página 23, disponible a octubre 2013 en http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/prev_autocuidado_adultos.pdf

corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal»²⁷. Si bien esta definición de dependencia incluye a personas con secuelas por guerras o accidentes, hay una dependencia en estrecha relación con el aumento de la edad de las personas: "A medida que los individuos envejecen, la imposibilidad de realizar autónomamente algunas actividades cotidianas acontece por dos motivos no excluyentes: por un lado, la dependencia puede tener su origen en una o, generalmente, varias enfermedades crónicas; por otro lado, puede ser el reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas atribuible al proceso global de senescencia". Es decir que en el concepto de dependencia concurren tres factores: la limitación física o intelectual, la incapacidad para realizar por uno mismo actividades de la vida diaria y la necesidad de asistencia o cuidados.

La dependencia está íntimamente relacionada con el contexto social y físico en que vive una persona adulto mayor, no es un concepto estrictamente médico o ligado a la edad, aunque es cierto que tanto la edad como la existencia de patologías comportan un mayor riesgo de dependencia. Existe consenso en que este concepto se vincula fuertemente a conceptos y funciones sociales más que a la esfera biológica, orgánica de los individuos. El problema de la dependencia acosa desde finales del siglo XX a las sociedades europeas, la canadiense y la americana y comenzó a preocupar en estas latitudes fundamentalmente por el impacto económico en los individuos, familias y sociedades dado que requiere prestaciones a largo plazo.

1. El abordaje de la problemática de la dependencia exige discriminar cuáles son las actividades en las cuales una persona necesita ayuda o requiere asistencia para poder realizarlas, es decir cual o cuales de sus capacidades funcionales están afectadas y ,
2. Cuán dependiente es una persona: En este sentido desde la década de los 60 se ha desarrollado un variado instrumental para responder a esta pregunta (índices de Katz y el de Barthel entre otros). Estos se distinguen entre otras cuestiones por las actividades de la vida diaria que considera cada instrumento, la forma de agregación de las dificultades para llegar a definir que una persona

²⁷ IMSERSO (2005) Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España pag. 22. Libro Blanco. Editado por Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) Madrid, España. Diciembre 2005. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/libro-blanco-dependencia.html> (Consultado en Abril 2012)

es o no dependiente, y si la información se recolecta directamente por declaración del mismo adulto mayor, de sus familiares o de los cuidadores o se basa en un método de observación directa.

La definición de dependencia, tiene además una dinámica individual y una dinámica poblacional.

La dinámica individual:

Conforme aumenta la edad de los individuos, aumentan sus limitaciones funcionales por lo tanto su dependencia. Rápidamente es dado establecer que el aumento en la proporción de personas mayores conlleva un aumento de personas dependientes.

Como todos los procesos donde están involucradas personas, la dependencia es un proceso socio histórico y tiene un comportamiento y un momento de aparición vinculado a características como el nivel educativo, el grado de participación, la vivienda y el entorno próximo, la existencia de enfermedades a nivel de la persona misma. La dinámica individual requiere múltiples miradas y complejos métodos de medición que abarquen aspectos tan disímiles y sean a la vez sensibles y específicos para determinar qué persona tiene cual nivel de dependencia y qué tipo de servicio requiere. Es decir resolver desde la dimensión individual de la dependencia.

La dinámica poblacional:

Desde este enfoque la dependencia está relacionada con el resultado último del proceso de transición demográfico que se suma al envejecimiento poblacional, éste es el de la longevidad o el estiramiento de la vida en las edades extremas. La dependencia es en términos poblacionales un complejo desafío "pues el incremento del número de personas mayores y, dentro de éstas, el de las personas de edad más avanzada, y las necesidades crecientes de atención derivadas de ese crecimiento, coincide en el tiempo con una crisis de los sistemas de apoyo informal que han venido dando respuesta a esas necesidades, motivada por otras dos grandes transformaciones

sociales de este final de siglo: el cambio en el modelo de familia y la creciente incorporación de las mujeres al mundo laboral.”²⁸

El estudio sobre Bienestar y Envejecimiento realizado en la región de las Américas (SABE)²⁹, caracteriza a la dependencia como aquella situación donde están comprometidos al menos alguno de estos elementos: actividades de la vida diaria, actividades instrumentales o capacidad cognitiva. Este estudio tiene un diseño muestral y alcanza a los hogares particulares urbanos, excluyendo de este modo a la población que residen en hogares colectivos donde los índices de dependencia son mayores a los encontrados en la comunidad. Sus objetivos se centran en obtener información transversal acerca de las condiciones de vida y de salud de los Adultos Mayores (limitaciones funcionales, el estado cognitivo, la utilización de los servicios de salud, los arreglos domiciliarios, participación laboral, transferencias intergeneracionales, los ingresos de estas personas y su bienestar general).

Ubica a nuestro país entre los más envejecidos al interior del grupo de personas mayores y en particular a las mujeres con mayores índices de dependencia para AVD y AVDI, aunque con mayor participación en hogares con otras personas (en contraposición con los varones de la misma población).

En Argentina, la primera incorporación al Censo de Población de la temática de la dependencia fue tangencialmente a través de la medición de la discapacidad en el año 2001, luego la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI)³⁰ se realizó entre 2002 y 2003. Entre sus resultados aparece una prevalencia de la discapacidad en la población de 65 años y más de 28 %, nivel que aumenta si se considera por separado el grupo de mayores de 74 años (38 % aproximadamente). Sobre el total de personas con discapacidad, el 93 % de la población entre 65 y 74 años y el 91 % de la de 75 años y más puede comer y beber solo. Estos valores bajan a 82 y 73 % respectivamente para asearse y cuidar el aspecto.

²⁸ IMSERSO (2005) Atención de las personas mayores en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Diciembre 2004. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) 1.ª edición, 2005 © Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Pag. 30.

²⁹ OPS (2001) Encuesta multicéntrica Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Peláez, M. Palloni, A. Informe preliminar. 2001

³⁰ http://www.indec.gov.ar/webcenso/ENDI_NUEVA/index_endi.asp

Cómo medir el estado de Salud de los Adultos Mayores

Los desarrollos teóricos y metodológicos permiten establecer la relación entre las características socioeconómicas y el estado de salud de las personas. Tradicionalmente el estado de salud se medía a través de indicadores de la pérdida de ésta y de su consecuencia más trágica como lo es la mortalidad. De hecho, se utilizan las estadísticas vitales y las de los servicios de salud para definir a las poblaciones sanas. Pero "El concepto de salud de los adultos mayores más que en otros grupos de edad, implica subjetividad, ya que depende de la conjunción de los efectos de las condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social. No obstante, su determinación más allá de lo estrictamente médico, es relevante para los clínicos, los tomadores de decisiones y los investigadores que se interesan en este grupo de la población"³¹.

En esta misma línea de pensamiento, uno de los desafíos a los sistemas de información que trae el envejecimiento es encontrar nuevos indicadores que incluyan la autopercepción de la salud (denominada también autoevaluación o auto reporte del estado de salud), el auto reporte de factores de riesgo, de padecimientos crónicos y de los problemas de funcionalidad.

Se denomina auto reporte del estado de salud a la autoevaluación que hace sobre su propia salud una persona en el momento de ser encuestada.³² También se utiliza el auto reporte de enfermedades y problemas de movilidad, de la vida diaria e instrumental.

Rebeca Wong y Alberto Palloni al analizar el valor del auto reporte establecen que una de las ventajas de su utilización es que "es un indicador asociado significativamente con la mortalidad y la salud de la población, por lo que puede usarse con suficiente aproximación para medir la demanda de atención a la salud. Porque a nivel individual predice la mortalidad en las personas avanzadas y puede ser utilizado en modelos de comportamiento actual o futuro y finalmente, porque es un indicador relativamente fácil de aplicar en las encuestas. Además este indicador mostró tener no

³¹ Gallegos Carrillo Katia, García Peña, Carmen, Durán Muñoz, Carlos, et al. Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. Rev Saude Pública, 40(5); 792-801. 2006. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n5/08.pdf>

³² Vargas Palacios A., Gutiérrez Juan P, Carreon Rodríguez V. (2006) Identificación de estados de salud y su relación con características socioeconómicas y geográficas: análisis de una encuesta poblacional en México. Revista salud pública de México / vol.48, no.6, noviembre-diciembre de 2006. Disponible a noviembre 2013 en <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48n6/a06v48n6.pdf>

solo correlato con el estado de salud, sino también con la calidad de vida y el bienestar en los Adultos Mayores³³.

El concepto de Inequidad

Pero ¿qué es lo que hace que a quien redacta esta tesis, le atraiga profundamente un hecho que es un triunfo en sí mismo? La respuesta es: la existencia de heterogeneidades al interior del grupo atribuible a inequidades, a condicionantes de la salud. El hecho de que el envejecimiento tiene un carácter social y económico, y no sólo médico.

En palabras de Wilkinson y Marmot "Las circunstancias económicas y sociales asociadas a la pobreza afectan a la salud de por vida. Las personas que viven en los peldaños más bajos de la escala social suelen estar sometidas, como mínimo, a un riesgo doble de padecer enfermedades graves y muertes prematuras que las personas que viven más cerca de los peldaños superiores. Estos efectos tampoco se limitan a las personas que viven en condiciones de pobreza: la pendiente social en la salud se extiende a través de la sociedad, de tal manera que incluso dentro del grupo de los trabajadores de oficina de clase media, las personas que trabajan en las categorías inferiores padecen muchas más enfermedades y están más expuestos a una muerte prematura que las personas que ocupan las categorías superiores."³⁴

A partir de aquí es posible entonces establecer que inequidad es una desigualdad socioeconómica, que no debiera existir, y por lo tanto injusta. Joan Benanch³⁵ establece que las inequidades tienen las siguientes características:

³³ Wong Rebeca, Palloni Alberto, Peláez Martha, et al. (2005) Autoinforme de salud general en los adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. Rev Panam Salud Pública 17 (5/6): 323-32. 2005. Disponible en: http://journal.paho.org/?a_ID=136&catID=

³⁴ Wilkinson Richard y Marmot Michael (2003) Los determinantes sociales de la salud, Los hechos probados. Organización Mundial de la Salud. Disponible a Diciembre 2013 en <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y-atencion-primaria-de-salud/otros-recursos-1/lecturas/bloque-ii/Hechos%20probados.pdf>

³⁵ Benanch Joan, Mountaner Carles (2005) Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad daña nuestra salud. Barcelona, Editorial Viejo Topo.

1. Son enormes, la brecha es de gran magnitud. El segmento que está mejor socioeconómicamente tiene muchísima mejor salud que el segmento más desfavorecido.
2. Son progresivas y graduales, se extienden a lo largo de toda la escala social. La salud empeora progresivamente a medida que se recorren los niveles socioeconómicos o los estratos de educación.
3. Persisten frente a estrategias equivocadas: Aunque la mortalidad en los países desarrollados ha disminuido, las desigualdades en mortalidad por clase social entre los países y entre clases sociales ha aumentado. La sociedad cambia, las enfermedades varían y los servicios sanitarios mejoran pero las diferencias de salud injustas y evitables persisten o aumentan. En diversos estudios se constata una fuerte asociación entre la mortalidad por causas evitables y el nivel de ingreso de las poblaciones, mostrando que en cierto modo, la estrategia es equivocada o al menos incompleta.
4. Los grupos sociales más privilegiados se benefician antes y en mayor proporción de las acciones e intervenciones sociales y sanitarias dirigidas a mejorar la salud. Ya sea en el uso de los servicios de planificación familiar, en pruebas de detección precoz de cáncer de mama o en el uso de servicios sanitarios.
5. Tienen carácter histórico: Las desigualdades cambian con el transcurso del tiempo. Se modifican según circunstancias muy complejas que solo pueden comprenderse cuando se estudia históricamente un fenómeno y su evolución.

Desde 1970 hasta este último punteo de características expuestas por Benanch, hay poco menos de 40 años de producción conceptual, pero se trata ni más ni menos de reconocer el carácter social de los procesos que influyen en la salud de las personas.

Estas diferencias injustas se hacen visibles al interior de un grupo que se denomina "Adultos Mayores" o "población de 60 años y más" pero que se encuentra lejos de ser un conjunto homogéneo de personas.

Para este trabajo de tesis no se expondrán los debates en torno a si son condicionantes o determinantes de la salud, sino que serán mencionados en forma genérica "factores socioeconómicos". Éstos han sido ampliamente estudiados en

diferentes encuestas principalmente en los adultos mayores (Estudio SABE, Encuesta Europea de Salud, Encuesta Anual de Hogares, Encuesta Nacional de Factores de Riesgo). Estas han medido e identificado algunos de los factores de distinta naturaleza asociados a la autopercepción de salud. La coincidencia reside en que la salud es una esfera multidimensional, donde se pueden identificar distintos vínculos entre los diferentes factores y analizar cómo éstos afectan al individuo modificando la valoración subjetiva de ésta y su salud concretamente.

La mortalidad en los adultos mayores

Los estudios descriptivos, los diagnósticos de salud poblacional requieren de la medición del peor de los resultados de la salud y esto es el análisis de la mortalidad. La mortalidad ha sido y lo es en muchos países la única medición sólida de la salud de las poblaciones y por tanto fundamental para cuantificar los problemas de salud, lógicamente sobre los muertos nada se puede mejorar, sin embargo, es posible establecer en qué medida, cuales son los elementos, mecanismos y características de las personas se combinan para que suceda este resultado. Especialmente cuando las muertes son evitables, reducibles y tempranas.

Importa por tanto el análisis de su nivel, magnitud y distribución según las características de las personas para contar con elementos a fin de establecer acciones y políticas de salud.

Alrededor de la segunda mitad del siglo XX se desarrollaron una serie de indicadores que permiten evaluar la mortalidad prematura y de comparar poblaciones a través de la estandarización de tasas. El indicador Razón Estandarizada de Mortalidad (REM) permite identificar brechas en la mortalidad entre dos poblaciones a fin de señalar excesos o ahorros en el número de defunciones, constituyendo una medida muy clara de inequidades en salud.

III METODOLOGÍA

Diseño

Este trabajo de tesis tiene un diseño descriptivo, a partir de la exploración de información de diferentes fuentes del Sistema Estadístico de la Ciudad de Buenos Aires.

Población

La Población de estudio es la de los Adultos Mayores (de 60 y más años de edad) residentes en la Ciudad de Buenos Aires.

Dimensiones, variables y categorías

Para cumplimentar los objetivos planteados en esta tesis, las variables relevadas fueron agrupadas en dimensiones.

1- Dimensión sociodemográfica

En este eje se reúnen variables que caracterizan desde este punto de vista a los adultos mayores y que en cierto modo son independientes (dada su anterioridad, básicamente) al estado de salud de las personas.

Variables y categorías

Edad: medida en años.

Sexo: Masculino - Femenino

Nivel Educativo: Corresponde aquí el nivel educativo o nivel de instrucción alcanzado.

Durante la etapa metodológica y de revisión de datos de esta tesis se discutió fuertemente qué era un bajo nivel de instrucción en adultos mayores. Si correspondía o no considerar un nivel medio de educación propio de la época de inserción laboral de quienes son hoy objeto de estudio o evaluarlo con un parámetro actual.

Categorías:

- Bajo: corresponde a sin instrucción, primaria incompleta y primaria completa
- Medio: secundario incompleto y secundario completo
- Alto: terciarios y universitarios incompletos y completos.

Tipo de hogar: Esta variable permite una aproximación al tema de arreglos residenciales, es decir a la posibilidad de identificar el grupo de convivencia cotidiana del Adulto Mayor que reside en viviendas particulares.

Categorías:

- Unipersonal: el adulto mayor vive solo.
- Nuclear: El adulto mayor vive con su pareja e hijos o al menos con hijos, conformando un núcleo de tipo primario, pero sin otros familiares.
- Extendido y otros: esta categoría reúne a aquellos hogares que teniendo un núcleo completo o incompleto incorporaron otros familiares, u otros no familiares.

Cobertura de salud: Refiere a qué tipo de cobertura para la atención de la salud tiene la persona.

Categorías:

- Sólo Obra social: la cobertura proviene de la seguridad social, lo que en adultos mayores incluye al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados –PAMI.
- Obra social y seguro privado: cobertura anterior, más un seguro privado de pago voluntario.
- Sólo seguro privado: cobertura por afiliación voluntaria a un seguro privado.
- Sólo cobertura estatal: aquella destinada a quienes no poseen otro seguro de salud (ni de obra social ni privado).

Residencia: La identificación del lugar de residencia de los adultos mayores en el interior de la Ciudad aporta a esta tesis la dimensión geográfica de la distribución de

los problemas de salud. Esta variable se seleccionó porque está fuertemente ligada a otros indicadores como por ejemplo el nivel de instrucción y el porcentaje de hogares que no alcanzan la canasta total. A los fines de esta tesis se tomó la división por zonas de la Ciudad a partir de las Comunas:

Zona	Comunas
Norte	2,12,13,14
Sur	4,8
Centro	5,6,7,15
Este	1,3
Oeste	9,10,11

2- Dimensión Estado de Salud

En esta tesis se considera a los distintos aspectos del estado de salud como variables de resultado de otras que son independientes o cuanto menos, condicionantes de la aparición de aquellas. Esta dimensión presenta la singular riqueza de aportar elementos subjetivos del estado de salud, es decir su evaluación es realizada por el mismo sujeto:

1. la autoevaluación del estado de salud
 2. los problemas relacionados con la pérdida de autonomía
 3. los problemas de salud reportados por las mismas personas.
-
1. El auto reporte del Estado de Salud constituye un sólido indicador y fácil de relevar en las encuestas. En líneas generales la bibliografía encuentra asociación entre lo que expresan las personas y la definición y medición del estado de salud realizado por un médico.
 2. Los problemas relacionados con la pérdida de autonomía se abordan mediante la evaluación de la capacidad para moverse, para asearse y vestirse y para realizar en forma autónoma actividades como cocinar, relacionarse socialmente, trabajar o estudiar.
 3. Los problemas de salud autoreferidos fueron relevados de dos maneras diferentes y así fueron tomados para esta tesis. Una de las fuentes lo presenta como un listado de enfermedades, mientras que la otra indagó específicamente

sobre hipertensión arterial, diabetes e hipercolesterolemia en el marco de la pesquisa de factores de riesgo.

Variables y categorías

Además de las variables de clasificación de las personas se consideran las siguientes:

Estado de Salud: es la evaluación del estado de salud al momento de la encuesta realizada sobre su persona desde el propio adulto mayor. También denominada auto reporte de salud o autoevaluación aludiendo a que es una definición dada por el mismo individuo sin mediar medición profesional.

Mayoritariamente en este trabajo se presenta agrupada en dos categorías:

- Bueno (que agrupa las evaluaciones positivas: excelente, muy bueno, bueno) y
- Malo (que agrupa los estados regular, malo y muy malo).

Problemas de movilidad: Condición referida por el Adulto Mayor en relación a la posibilidad de desplazamiento. Categorías: Sí - No

Problemas en el área de cuidado personal: Condición referida por el Adulto Mayor en relación a la autonomía para vestirse o asearse. Categorías: Sí - No

Problemas en actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Esta variable fue construida para reunir a quienes tenían problemas en la movilidad y/o en el área de cuidado personal. Categorías: Sí - No

Problemas en actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Condición referida por el Adulto Mayor en relación a la pérdida de autonomía para trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o actividades recreativas. Categorías: Sí - No

Problemas de salud: Esta variable da cuenta de los problemas que mencionaron los adultos mayores. Sus categorías no son excluyentes (es decir la persona podía marcar más de una enfermedad): Alergia, Artritis / Reumatismo, Presión alta, Infarto de

miocardio, Otras enfermedades del corazón o arteriales, Enfisema o Bronquitis Crónica, Asma, Diabetes, Enfermedades del hígado o vesícula biliar, Gastritis / Úlcera, Otra.

Asimismo a través de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo se relevó hipertensión arterial, diabetes e hipercolesterolemia de manera separada.

Hipertensión Arterial: Enfermedad referida por el Adulto Mayor que requirió diagnóstico y orientación médica o de otro profesional de la salud. Categorías: Sí - No

Diabetes: Enfermedad referida por el Adulto Mayor que requirió diagnóstico y orientación médica o de otro profesional de la salud. Categorías: Sí - No

Hipercolesterolemia: Enfermedad referida por el Adulto Mayor que requirió diagnóstico y orientación médica o de otro profesional de la salud. Categorías: Sí - No

3- Dimensión Demanda de atención

A la pesquisa sobre enfermedades corresponde continuar analizando cuál fue la conducta seguida luego de percibir ese problema o enfermedad. Esta es una de las grandes ventajas de las encuestas poblacionales que superan los registros de los prestadores de servicios de salud. Las preguntas acerca de si consultaron o no, y los motivos por los cuales no consultaron proveen a esta caracterización de los adultos mayores una gran riqueza.

Variables y categorías

Además de las variables de clasificación de las personas se consideran las siguientes:

Consulta médica durante los últimos 30 días: Cuantifica a las personas que tuvieron o no una consulta ambulatoria con un profesional médico en los últimos 30 días. Categorías Sí- No.

Consulta odontológica durante los últimos 30 días: Cuantifica a las personas que tuvieron o no una consulta ambulatoria con un profesional odontólogo en los últimos 30 días. Categorías Sí- No.

Consulta en salud mental los últimos 30 días: Cuantifica a las personas que tuvieron o no una consulta ambulatoria con un profesional psicólogo o psiquiatra en los últimos 30 días. Categorías Sí- No.

Motivo de no concurrencia a la consulta: Caracteriza a aquellas personas que habiendo tenido algún problema de salud no consultaron con un profesional de la salud. Categorías:

- No tenía tiempo
- No tenía dinero
- No le pareció importante
- Pidió turno y todavía no lo atendieron
- Otro

Internación: Caracteriza a las personas según hayan estado internadas o no en los últimos 12 meses anteriores a la realización de la encuesta en un establecimiento de salud. Categorías Sí- No.

4- Dimensión los Adultos Mayores en el sistema público de atención de la salud

El estado de salud y sus características a partir de la definición de los mismos adultos mayores (aspecto subjetivo de la morbilidad) es complementado en esta tesis con la mirada de los profesionales, que en cierto sentido podría llamarse ésta la dimensión objetiva de la morbilidad.

A estos efectos se ha recurrido a la búsqueda de registros estadísticos surgidos a partir de la intervención de profesionales de la salud en adultos mayores que han sido atendidos. En este eje se reúne información sobre aquellos adultos mayores que han sido internados en hospitales dependientes del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires o que han sido atendidos en sus Centros de Salud de Atención Primaria.

Tanto en el caso de las internaciones como en el de la consulta en atención primaria de la salud, si bien corresponde a efectores gubernamentales y *prima fascie* no puede considerarse representativo del total de la Ciudad (sobre todo teniendo en cuenta la

existencia de prestadores privados), se ha considerado importante presentar esta información a fines de caracterizar la morbilidad expresada desde en enfoque profesional.

En el caso de las internaciones, dado el volumen de información por la cantidad de egresos que tiene el sector es sumamente relevante analizar las características de quienes se internan, sus diagnósticos, y su forma de egreso.

En el primer nivel de atención y sus efectores, los Centros de Salud, acuden las personas por problemas que suelen resolverse en forma ambulatoria. Si bien esta modalidad de atención es más frecuente en Hospitales, éstos no cuentan con sistema de información, por lo que se analiza el Sistema de Información de Centros de Salud (SICESAC). La información considerada en este trabajo de tesis corresponde al año 2010.

Variables y categorías

Además de las variables de clasificación de las personas se consideran las siguientes:

Tipo de Hospital: Los establecimientos con internación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires se clasifican según se dediquen a una amplia gama de especialidades o sólo a una. Las categorías son:

- Hospitales Generales de Agudos
- Hospitales Especializados.

Motivo de egreso: Esta variable discrimina el mecanismo o causa que caracteriza al evento de internación de la persona. Sus categorías se deducen de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión, Organización Mundial de la Salud.

Condición de egreso: Refiere a cómo egresa el Adulto Mayor del centro asistencial. Sus categorías son:

- Alta (el paciente vuelve a su lugar de residencia habitual con su estado de salud recuperado o para continuar tratamiento ambulatorio).
- Defunción (corresponde al fallecimiento de la persona).

Motivo de Consulta: es la causa que expresada desde el profesional médico caracteriza la consulta ambulatoria. Sus categorías se corresponden con la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión, Organización Mundial de la Salud.

Profesional: esta variable caracteriza a quien ha atendido a la persona en el Centro de Salud y Acción Social.

Categorías:

- Médico
- Psicólogo
- Odontólogo
- Otros

5- Dimensión Mortalidad

La Mortalidad es al fin y al cabo la característica común a todos los nacidos vivos. El tiempo que transcurre entre el nacimiento y la muerte, así como los eventos de enfermedad a lo largo del ciclo vital están íntimamente relacionados con los modelos sociales de producción y con los condicionantes socioeconómicos en medio de los cuales las personas despliegan su ciclo vital.

Es por ello que el análisis de la mortalidad sugiere grandes lineamientos a las políticas de salud sin que directamente sea la mortalidad expresión de aciertos o fracasos en materia de salud. No puede el sector salud arrogarse el derecho sobre su nivel o características.

Variables y categorías

Además de las variables de clasificación de las personas se consideran las siguientes:

Causa de defunción: Esta variable discrimina la causa que desencadena el mecanismo que culmina con la defunción de la persona. Sus categorías se deducen de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión, Organización Mundial de la Salud.

Lugar de la defunción: Según ésta se caracterizan las defunciones según el lugar donde sucedieron.

Categorías:

- Establecimiento de salud
- Domicilio
- Otro lugar

Indicadores

La realización de perfiles poblacionales, la caracterización y medición del nivel de un fenómeno implica su valoración tanto en términos como relativos (porcentajes, tasas) que permiten su comparación con otras poblaciones.

Una mención especial requiere la tasa de mortalidad que relaciona a las defunciones ocurridas con la población expuesta a esos hechos, constituyendo de este modo un indicador del riesgo de morir de esa población. Se presentan en este trabajo tasas específicas de mortalidad.

En referencia a la búsqueda de una población de referencia la selección del denominador es uno de los desafíos en materia de metodología que conllevan los enfoques poblacionales. Los denominadores utilizados en esta tesis para la elaboración de las tasas corresponden según las fuentes utilizadas a:

Nivel poblacional, en el caso de la información referida por la Encuesta Anual de Hogares y la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

Población atendida en el primer nivel de atención o internada en Hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, cuando se utiliza la información del sistema de salud del gobierno de la Ciudad.

En el caso de la mortalidad, el denominador corresponde a la población de la Ciudad de Buenos Aires según Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas, 2010.

Buenos Aires – Madrid. Una comparación posible

Las comparaciones entre poblaciones brindan elementos que permiten identificar los problemas de salud y establecer prioridades de resolución. En esta línea se inscribe un apartado del trabajo de tesis que se propone contribuir al diagnóstico de salud de los adultos mayores de la Ciudad.

A fin de establecer los indicadores para comparar el estado de salud, la auto percepción y la mortalidad que tienen las personas mayores de ciudad de Buenos Aires se seleccionó a la ciudad de Madrid.

¿Por qué Madrid? Al igual que la ciudad de Buenos Aires, la Ciudad de Madrid tiene características que la distinguen netamente de otras ciudades en sus propios países. Ambas son ciudades capitales, la aglomeración, densidad y heterogeneidad de su población, la multiplicidad de interacciones que requiere su funcionamiento, general condiciones de vida y por tanto de salud, característicos y no comparables con otros habitats. Es reconocido en ambas el predominio de los perfiles crónico degenerativos que caracterizan la morbimortalidad en las sociedades con avanzada transición demográfica y epidemiológica.

Además Madrid y Buenos Aires presentan una serie de rasgos en común que hacen volver la mirada hacia la primera a fin de establecer parecidos y diferencias entre las poblaciones de ambas: el idioma, la cultura, tradiciones y su modernización relativamente reciente, en comparación con otras capitales europeas.

Comparación de la mortalidad

Para comparar el fenómeno de la mortalidad entre Buenos Aires y Madrid e identificar la existencia de brechas se estimaron los excesos de mortalidad tomando como población de referencia la ciudad de Madrid. Se analizó el fenómeno a través de la medición de los excesos de mortalidad partiendo del ajuste indirecto de tasas y estableciendo al Razón estandarizada de mortalidad (REM).

Las tasas específicas de mortalidad por edad y sexo de Madrid fueron aplicadas a la población porteña a fin de obtener las defunciones esperadas para Buenos Aires.

La REM surge de relacionar las muertes observadas con las esperadas y señala el exceso o ahorro de muertes en la población estudiada en relación al comportamiento del fenómeno en la población de referencia. Resultados de REM por encima de cien (pues está porcentualizado) indican excesos de defunciones y por debajo, ahorro. Este procedimiento se aplicó por edades y sexo y luego por causas seleccionadas para el total de personas mayores y ambos sexos.

Fuentes de información

El objetivo de caracterizar, en un sentido amplio, la salud de los adultos mayores requirió la búsqueda de información en distintas fuentes:

- 1- Censo Nacional de Población, hogares y Viviendas, INDEC 2010. Esta información, fue tomada como marco referencial para caracterizar los grandes rasgos de la población objeto de esta tesis.
- 2- La Encuesta Anual de Hogares Año 2010 de de la Dirección General de Estadística y Censos de la Ciudad de Buenos Aires. Se utilizaron los microdatos de la "Base Usuarios EAH 2010", correspondiente al relevamiento de la Encuesta Anual de Hogares durante los meses de octubre-diciembre de ese año (EAH10). Esta base contiene una selección de variables que esa dirección considera relevantes para la caracterización de la población, hogares y viviendas de la Ciudad. Su diseño es muestral y los totales se ajustan a los totales censales de la jurisdicción. (Más información en Anexo).
- 3- La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009. Se trabajó con la base de microdatos de este relevamiento llevado a cabo por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, a través de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios del Ministerio de Salud, la Secretaría de Deporte del Ministerio de Desarrollo Social y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y la colaboración de las Direcciones Provinciales de Estadística (DPE). Esta encuesta también de diseño muestral provee información (con desagregación de jurisdicciones) sobre características demográficas, socioeconómicas y de los factores de riesgo de la población en viviendas particulares. (Más información en Anexo).
- 4- El Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Se trabajó con la base de datos de egresos hospitalarios en la que se encuentran los casos internados en Hospitales dependientes del Gobierno de la Ciudad durante el año 2010. Las variables con que cuenta esta base permiten caracterizar a la persona y al evento de internación hasta su finalización.

A pesar de la importancia numérica de los casos, se debe ser cuidadoso en considerar estos resultados como representativos de la población de la Ciudad. Con este reparo realizado, la información presentada en esta dimensión es sumamente útil para la caracterización de la morbilidad que se requiere internación.

- 5- El Sistema de información de Centros de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Año 2010. Esta base contiene información sobre las personas atendidas en los efectores periféricos de salud de la Ciudad, sus características, las prestaciones brindadas y los diagnósticos realizados por los profesionales. Si bien este sistema no representa en su totalidad las acciones de atención primaria de la salud que se brindan a los adultos mayores la riqueza de esta fuente residen en que nominaliza las personas y refleja muchas modalidades de atención aportando elementos de gran interés para elaborar un perfil de los adultos mayores en la Ciudad.
- 6- La base de microdatos de defunciones ocurridas en el año 2010, perteneciente al Programa de Estadísticas Vitales de la Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad. Esta base contiene todas las defunciones de residentes de la Ciudad ocurridas en un año, con variables que permiten identificar a la persona, al evento en sí y a las causas que definen la defunción.
- 7- Para la comparación entre Buenos Aires y Madrid se procesó la base de microdatos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2011 de España realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) de ese país.³⁶

La Encuesta Nacional de Salud (ENSE) es un relevamiento realizado conjuntamente con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) con el fin de obtener información acerca del estado de salud y los factores determinantes del mismo desde la perspectiva de los ciudadanos.

La muestra de la encuesta 2011 es de aproximadamente 24.000 viviendas particulares distribuidas en 2.000 secciones censales que permite seleccionar niveles geográficos de Comunidad Autónoma y a nivel de ciudades según

³⁶ disponible a octubre 2013 en

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pcaxis&path=%2Ft15/p419&file=inebase>

cantidad de población. Al igual que las utilizadas para Buenos Aires es de auto reporte.

En dicha base se aisló la comunidad de Madrid y la ciudad de Madrid, y de allí en más se procedió al tratamiento de selección por edad de la población y la conformación de las variables respetando las definiciones y niveles de medición utilizadas para la ciudad de Buenos Aires a efectos de hacer posible la comparación. En los casos en que esto no fue posible se desechó la variable. Se contó con apoyatura bibliográfica que se menciona en el apartado correspondiente e información censal de Madrid.

Los datos sobre la mortalidad en Madrid se tomaron de la publicación del Instituto Nacional de Estadística (INE) de esa ciudad.

Aclaración sobre la relación entre la Encuesta Anual de Hogares (EAH) y la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR):

Ambas encuestas abordaron aspectos centrales para la caracterización de la población objeto de esta tesis y aunque utilizaron el mismo método de auto reporte, se encontraron diferencias en la toma del dato de las enfermedades autorreportadas. La EAH presenta una tabla al encuestado con una serie de enfermedades para que conteste por sí o no "¿Alguna vez un médico le diagnosticó a usted una enfermedad que se extiende en el tiempo o que requiere tratamiento como las que se mencionan a continuación?" y tiene una modalidad múltiple, es decir el entrevistado puede marcar varias dolencias.

En cambio, la ENFR con el propósito de indagar acerca de los factores de riesgo, pregunta ¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía alto? Para presión arterial, diabetes e hipercolesterolemia. Con opción de respuesta dicotómica (si/no). A partir de identificar a la población que autorreportó que algún personal de salud le dijo que tenía ese factor de riesgo se construyó la variable "Prevalencia de".

En este trabajo se presentan las enfermedades autorreportadas según el listado propuesto en la EAH y por otro lado, las prevalencias de Hipertensión Arterial, Diabetes e Hipercolesterolemia de la ENFR.

Como dato total de la Ciudad se respetaron los valores de la EAH, mientras que en las aperturas por edad, sexo, nivel educativo y tipo de hogar se utilizaron los valores de la ENFR. Esta decisión se tomó en base a la disponibilidad de datos y a los recaudos metodológicos que sugieren los realizadores de sendas encuestas. (ver Anexo metodológico)

Acerca de las distintas fuentes de información relativa a discapacidad permanente y pérdida de autonomía.

De los relevamientos llevados a cabo en el ámbito de la Ciudad (incluido el último Censo del año 2010), se desprenden dos grandes ejes para presentar esta problemática en los adultos mayores:

A través de la cédula ampliada (aplicada con diseño muestral en el Censo Nacional de Población, hogares y viviendas, INDEC 2010) se indagó acerca de las dificultades permanentes, es decir aquellas que no revierten. Se las clasificó entre aspectos físicos y cognitivos, y separadamente los primeros por función corporal: para ver, para oír, motora superior, motora inferior. La finalidad de este relevamiento fue hacer foco en determinar las personas que por esa condición necesitarán una mirada especial desde el Estado, como por ejemplo un certificado de discapacidad³⁷.

El otro eje, que es afín pero no igual, es el que toma la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) en la que se indagó acerca de las siguientes dificultades en la vida diaria:

- a) moverse
- b) asearse/vestirse (cuidado personal)
- c) estudiar, hacer tareas domésticas, participar de actividades familiares o actividades recreativas.

Para esta tesis, se consideró a cada una de las anteriores como variable dicotómica (sí/no), también se las reagrupó en dos ejes: las dos primeras se agruparon como Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y la tercera como Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Mostrando de este modo un complejo al que se denominó Problemas relacionados con la Pérdida de Autonomía.

La relevancia de esta información reside en que constituye una aproximación a uno de los grandes desafíos que presenta el envejecimiento poblacional tal es la dependencia de las personas mayores. A diferencia de la información que deriva del Censo, ésta no permite establecer qué parte del cuerpo está afectada.

A su vez, en ambas fuentes no se contemplan preguntas acerca del origen del problema, ni la edad de aparición del mismo.

³⁷ El concepto de dificultad o limitación permanente considera a aquellas personas que cuentan con certificado de discapacidad y aquellas que no lo poseen pero declaran tener alguna/s dificultad/es o limitación/es permanente/s para ver, oír, moverse, entender o aprender. Censo Nacional de Población hogares y viviendas, INDEC 2010.

IV. RESULTADOS

IV.I Aspectos socio demográficos

a) Buenos Aires, ciudad envejecida

La Ciudad tiene poco menos de dos millones novecientos mil³⁸ habitantes distribuidos en 202 kilómetros cuadrados. Se trata de un número sumamente estable que prácticamente no ha variado desde 1930. Sí en cambio se ha modificado su estructura, su composición. Paulatinamente lo ha hecho hasta 1960 en que se acentuó en la Ciudad el proceso de envejecimiento que hoy se encuentra en una etapa avanzada y cuyo resultado es la consolidación de un grupo poblacional que plantea nuevos desafíos a la sociedad en su conjunto. En la actualidad, los adultos mayores representan el 21.7 % de la población de la Ciudad, se trata de 626.186 personas de 60 años y más.

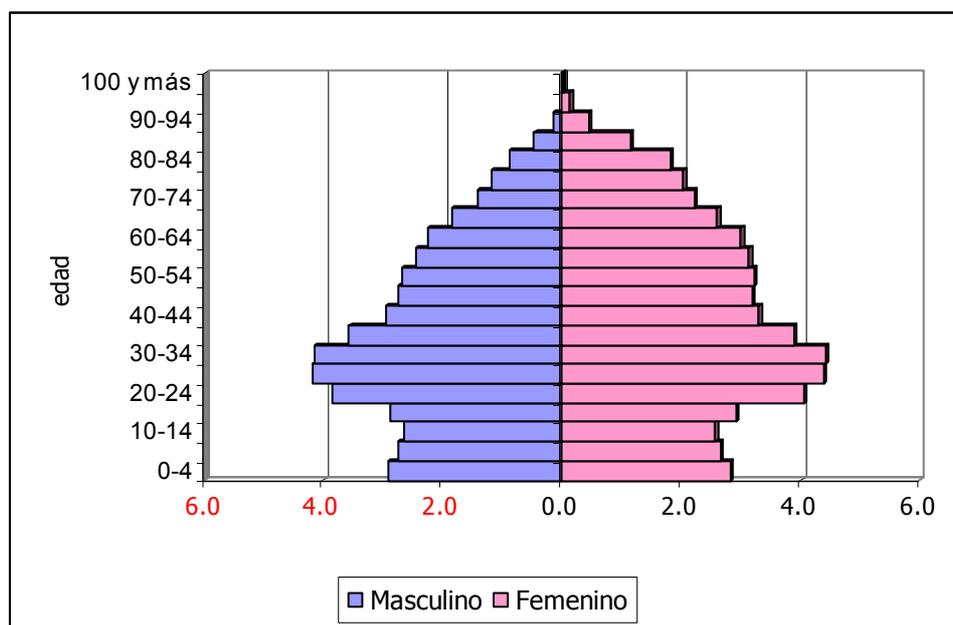
³⁸ Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas, INDEC 2010.

Cuadro 1. Población total según edad y sexo. Ciudad de Buenos Aires. Año 2010

Edad	Sexo		Población total
	Varones	Mujeres	
0-4	84382	81256	165638
5-9	79472	76900	156372
10-14	76354	74147	150501
15-19	83338	84343	167681
20-24	110915	117210	228125
25-29	120567	127027	247594
30-34	120215	127854	248069
35-39	103249	112077	215326
40-44	85451	95425	180876
45-49	79456	92170	171626
50-54	77714	93307	171021
55-59	70628	90508	161136
60-64	65329	86786	152115
65-69	53254	75161	128415
70-74	41244	63929	105173
75-79	34407	58889	93296
80-84	25330	52740	78070
85-89	13460	33139	46599
90-94	4029	13319	17348
95-99	782	3727	4509
100 y más	105	556	661
Total	1329681	1560470	2890151

Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas. INDEC 2010

Gráfico 3. Pirámide de población. Ciudad de Buenos Aires. Año 2010



Elaboración propia en base a datos publicados por INDEC.

Dos indicadores que señalan el avance en el proceso de envejecimiento son el Razón de envejecimiento y la Razón de dependencia potencial por la edad en Adultos Mayores.

El primero, relaciona a la población de 65 años y más con los habitantes menores de 15 años y resulta especialmente llamativo cómo este indicador se fue moviendo desde mediados del siglo XX. El gráfico 4 muestra el aumento sostenido del grupo de 65 años y más y la caída del grupo de 0 a 14 años en la Ciudad³⁹ desde 1960 al 2010.

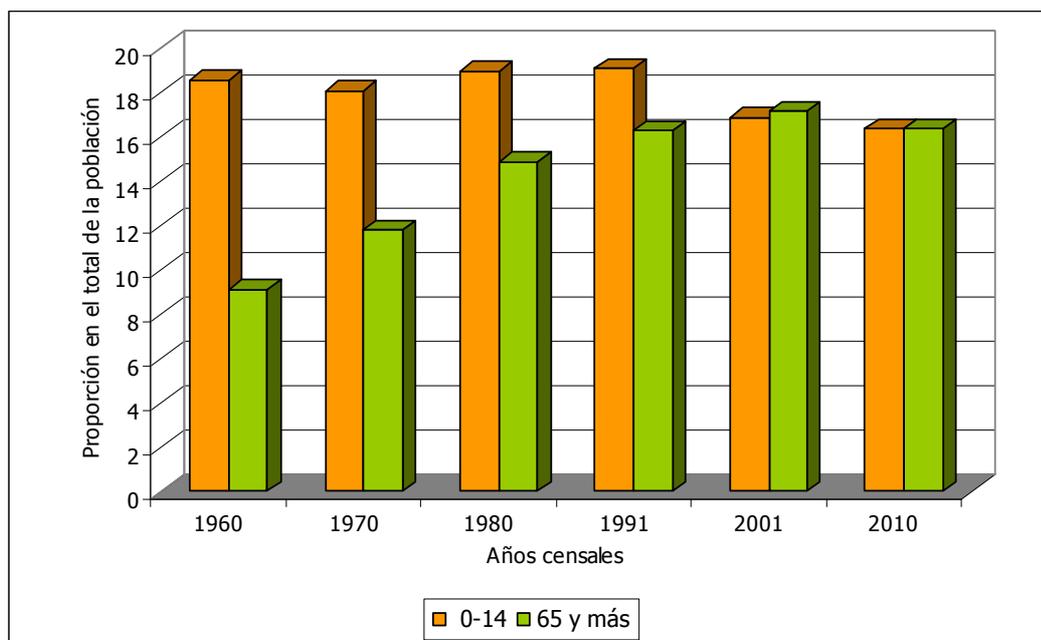
³⁹ Desde la demografía clásica, para algunos indicadores se toma como Adulto Mayor a la población de 65 años y más. Para este trabajo de tesis, se incluye como tales a un segmento inferior (60 a 64 años) considerado en la bibliografía gerontológica como grupo de reemplazo. Algunas elaboraciones necesarias para contextualizar al grupo fueron realizadas con el corte de edades establecido por la fuente de datos consultada.

Cuadro2. Proporción de niños y población 65 años y más en años censales seleccionados.

Grupos de edad	Años censales					
	1960	1970	1980	1991	2001	2010
0-14	18.6	18.1	19.0	19.1	16.9	16.4
65 y más	9.1	11.8	14.9	16.3	17.2	16.4

Elaboración propia en base a datos publicados por INDEC.

Gráfico 4. Proporción de niños 0-14 años y población 65 años y más (expresado en %). Años censales seleccionados.



Elaboración propia en base a datos publicados por INDEC.

El segundo, la Razón de dependencia potencial por la edad en Adultos Mayores, muestra el peso de la población de 65 años y más sobre los activos (15 a 64 años). La Ciudad en 30 años duplicó esta relación. Este peso potencial sobre los activos ha traído consigo innumerables alertas en torno a temas como el desfinanciamiento de la protección social, el crecimiento económico y la distribución del ingreso entre las generaciones.

Cuadro 3. Razón de envejecimiento y Razón de dependencia potencial por la edad en Adultos Mayores. Años censales seleccionados.

Indicadores	Años censales					
	1960	1970	1980	1991	2001	2010
Razón de envejecimiento ⁴⁰	48.9	65.2	78.4	85.4	102.0	100.3
Razón de dependencia potencial por la edad en Adultos Mayores ⁴¹	12.6	16.8	22.5	25.2	26.2	24.4

Elaboración propia en base a datos publicados por INDEC.

b) Una vejez femenina

Asociado al aumento de adultos mayores, se observa un aumento en la proporción de mujeres, la feminización de toda la estructura poblacional, especialmente del grupo de 60 y más años de edad. Este es un fenómeno propio de la transición demográfica, donde las mujeres se ven favorecidas por la disminución de la mortalidad (principalmente causas maternas) y las mayores tasas masculinas de mortalidad que producen un aumento relativo en el número de mujeres.

En la población total de la Ciudad, tal su estado de transición avanzada la relación es de 85 varones cada 100 mujeres y particularmente entre los adultos mayores la relación es aún más dispar: 61 personas de sexo masculino cada 100 féminas a partir de los 60 años y en los últimos tramos de la serie 19 varones cada 100 mujeres (Cuadro 4). Esta marcada preponderancia numérica de las mujeres se verifica en todos los países con alto porcentaje de adultos mayores.

Uno de los efectos de esta feminización, está relacionado con el cambio de roles que se dan principalmente a partir de la viudez y que en los países en desarrollo ocurre a edades tempranas, mientras que en los países desarrollados acontece en torno a los 70 años de edad.⁴² "Quizá el cambio más importante por lo que respecta a las formas de convivencia de las mujeres mayores sea precisamente el aumento de la

⁴⁰ Razón de envejecimiento=Población de 65 años y más / Población de 0 a 14 años * 100.

⁴¹ Razón de dependencia potencial por la edad en Adultos Mayores = Población de 65 años y más / Población de 15 a 64 años * 100.

⁴² Bonita, R. 1998. MUJERES, ENVEJECIMIENTO Y SALUD. Conservar la salud a lo largo de la vida Primera edición para la COMISIÓN MUNDIAL SOBRE LA SALUD DE LA MUJER Ginebra 1998

vida en solitario⁴³ a partir de la pérdida del compañero y del cambio en las relaciones sociales que tenían en común.

En la misma línea de pensamiento, las características del envejecimiento son propias de aquellas que traen consigo las mujeres de sus trayectorias de vida, el acceso diferencial a la educación formal, al mercado de trabajo y a la toma de decisiones.

Cuadro 4. Población de Adultos Mayores según sexo, edad, frecuencia relativa e Índice de Masculinidad.

Edad	Masculino	Femenino	Total	%	Índice de masculinidad
60-64	65329	86786	152115	24.3	75.3
65-69	53254	75161	128415	20.5	70.9
70-74	41244	63929	105173	16.8	64.5
75-79	34407	58889	93296	14.9	58.4
80-84	25330	52740	78070	12.5	48.0
85-89	13460	33139	46599	7.4	40.6
90-94	4029	13319	17348	2.8	30.3
95-99	782	3727	4509	0.7	21.0
100 y más	105	556	661	0.1	18.9
Total	237940	388246	626186	100.0	61.3

Elaboración propia en base a información proveniente del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. INDEC

⁴³ Pérez Ortiz, L. 2004. Envejecer en femenino. Algunas características de las mujeres mayores en España. Pag. 10. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). NIPO: 209-04-003-0 Depósito Legal: BI-229-04 Imprime: Grafo, S.A.

c) Envejecimiento del envejecimiento

Otra relación que surge de la estructura del grupo está relacionada con la participación de los diferentes subgrupos de edad: la población de 60 a 64 años representa un cuarto del grupo, luego, hasta los 74 años se concentra un 37 % y quienes son potencialmente frágiles por la edad, es decir los mayores de 75 son el 38.4 %. Esta relación no ha sido siempre así tal como se muestra en el cuadro 5 y en el gráfico de pirámides.

Los menores de 75 años presentan una sostenida disminución, en tanto que los 80 años y más en los últimos 10 años se ha duplicado, es decir ha aumentado la longevidad de las personas llamativamente.

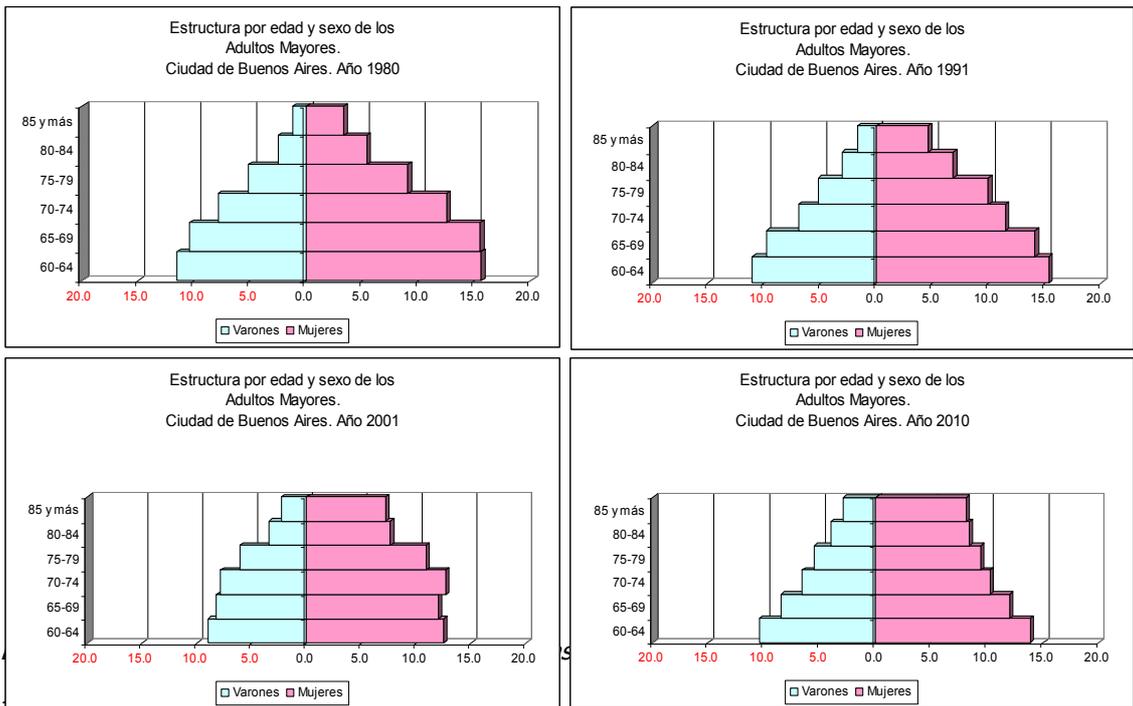
Las pirámides señalan un angostamiento de la base y el correspondiente ensanchamiento de la cúspide, así como un crecimiento leve de la participación de los varones en la estructura. Es notable como han prácticamente desapareciendo los escalones, dando lugar a formas rectanguloides. Este cambio en la forma refleja el alargamiento de la esperanza de vida entre los adultos mayores.

Cuadro 5. Población de 60 años y más según grupos de edad y años censales seleccionados.

Edad	Años censales			
	1980	1991	2001	2010
60-64	27.0	26.4	21.5	24.3
65-69	25.8	23.9	20.3	20.5
70-74	20.5	18.4	20.6	16.8
75-79	14.3	15.2	17.0	14.9
80 y más	12.5	16.2	20.6	23.5
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Elaboración propia en base a información de Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas Año 1980/91/01/2010. INDEC

Gráfico 5. Pirámides de Población de adultos mayores, años censales seleccionados.



d) El nivel educativo

El nivel educativo alcanzado es un indicador sólido del nivel socioeconómico de las personas. Tiene la ventaja de que su utilización es más factible, está disponible ya que las personas no tienen inconveniente en informarlo. Además, a partir de determinada edad, es muy difícil que se modifique en dimensiones poblacionales.

Otros indicadores como el ingreso de las personas o de los hogares, son muy sensibles a las coyunturas económicas monetarias y son de difícil captación por lo que muchas veces se desaconseja su utilización.

El nivel educativo está relacionado con el ingreso, y es amplísima la literatura que lo señala como uno de los condicionantes más fuertes en materia de salud y calidad de vida. Pero además, el nivel de instrucción condiciona la inserción laboral de las personas, las conductas de autocuidado, las actitudes de alarma temprana y el acceso a la atención de la salud. Las personas con mayor nivel de instrucción pueden tomar decisiones sobre su cuerpo y sobre su salud de manera muy distinta a quienes tienen bajo nivel. La probabilidad de seguir las indicaciones escritas por un profesional y por ende de adherir o no (y de cuestionar o no también) a un tratamiento en salud son muy diferentes.

En la Ciudad el 37.4 % de los adultos mayores tiene bajo nivel de instrucción, es decir, estudios primarios (incompletos o completos). Resultan notorias las diferencias por sexo y como éstas se van agrandando hacia las edades mayores constituyendo una gran desventaja en las edades mayores respecto de las más jóvenes del grupo. Son evidentes las diferencias entre varones y mujeres. Los primeros presentan menor proporción de individuos con bajo nivel de instrucción y esta brecha se agranda hacia las edades mayores. También desde el análisis de la distribución por edad, los datos señalan una desventaja en las edades mayores respecto de las más jóvenes (Cuadro 6). Parecería ser éste un reflejo del patrón de inequidades que se fue modificando tras la consolidación del Estado de Bienestar en nuestro país (y en distintos países de la región) especialmente a partir del primer gobierno peronista en el inicio de la segunda posguerra⁴⁴.

⁴⁴ Insuani, Ernesto A. El Estado de Bienestar Argentino: Un rígido bien durable. Disponible a Julio 2013 en: http://www.catedras.fsoc.uba.ar/insuani/Insuani_EB_Argentino.pdf

Cuadro 6. Adultos Mayores sin instrucción o con bajo Nivel Educativo Alcanzado (NEA) según sexo y edad.

Sexo/Edad	Sin instrucción/NEA bajo
Masculino	
60-64	22.0
65-74	22.3
75-84	35.9
85 y más	37.6
Total	27.4
Femenino	
60-64	23.4
65-74	30.1
75-84	48.0
85 y más	60.7
Total	37.4

*Elaboración propia en base a datos de la EAH 2010*⁴⁵

e) Tipo de vivienda y conformación de los hogares

En la Ciudad de Buenos Aires es baja la recurrencia a Instituciones de larga estadía, en general, las personas transcurren esta etapa de su vida en viviendas particulares. Esto lo confirma la información censal que arroja un 3.4 % de población adulto mayor en viviendas colectivas.

Tal los estudios de Nérida Redondo y Malena Monteverde⁴⁶, no sería la edad lo que define la concurrencia a una residencia de larga estadía sino que la necesidad de

⁴⁵ EAH Encuesta Anual de Hogares Año 2010

⁴⁶ Redondo Nérida; Manzotti M. et al (2010) Los Costos de la Dependencia: Costos y Beneficios de los cuidados domiciliarios en las personas mayores dependientes. Universidad Isalud.

Monteverde Malena (2004), "Discapacidades de las personas mayores en España: prevalencia, duraciones e impacto sobre los costes de cuidados de larga duración", Tesis Doctoral en Economía, Universidad de Barcelona Monteverde Malena; Angeletti K. et al. Proyecto: Estimación de Costos globales de la Dependencia en Países Latinoamérica y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo (BID)-Proyectos de Investigación-Economía del Envejecimiento y Políticas Públicas. Publicada on-line en: <http://hdl.handle.net/10803/1457>

cuidados permanentes por pérdida de autonomía sería el resorte para buscar un arreglo residencial por fuera de la familia. Sin embargo, edad y necesidad de cuidados parecerían coincidir en las edades mayores. El Cuadro 7 muestra la distribución de los adultos mayores en tanto habitan viviendas particulares o colectivas. Puede observarse cómo en el último tramo de edad, el porcentaje de personas en viviendas colectivas prácticamente triplica al promedio de la jurisdicción.

Cuadro 7. Adultos Mayores según edad y tipo de vivienda.

Edad	Tipo de vivienda	
	Particulares	Colectivas
60-64	99.8	0.2
65-69	97.1	2.9
70-74	98.6	1.4
75-79	96.5	3.5
80 y más	91.2	8.8
Total	96.6	3.4

Elaboración propia en base a Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010

Históricamente siempre el cuidado de los más vulnerables se ha resuelto al interior de las familias. Los cambios en los modos sociales de producción (asociados a la Revolución Industrial), la inserción de la mujer en el mercado laboral (fundamental cuidadora de niños, enfermos y ancianos) y la disminución de nacimientos han reducido la disponibilidad de nuevos y potenciales cuidadores pero por otro lado, una mayor esperanza de vida ha abierto una posibilidad de relaciones intergeneracionales.

La coresidencia define en cierto modo la cantidad y calidad de ayudas que potencialmente pueden recibir los adultos mayores, constituyendo un elemento central en la calidad de vida de las personas. Sin embargo esta idea de que los adultos mayores son destinatarios en forma unidireccional de ayuda por parte de generaciones más jóvenes ha cambiado ⁴⁷, como lo expresa Fabiana del Popolo "El hecho de que las personas de edad vivan principalmente en hogares multigeneracionales avala el

⁴⁷ CELADE-UNFPA (2002) Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe. Serie Seminarios y conferencias N° 30. Santiago de Chile, 9 al 12 de diciembre de 2002. Disponible a Julio 2013 en: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/2/14182/lcl1995_1.pdf

enunciado de la CEPAL (1997) en cuanto a que la familia latinoamericana sigue siendo la principal responsable del cuidado de sus mayores, básicamente a causa de la carencia de ingresos y a falta de una tradición institucional y comunitaria de su cuidado. Sin embargo, esos arreglos familiares no necesariamente se deben a la dependencia del adulto mayor y, por el contrario, otros miembros del hogar podrían ser los dependientes. La escasez de recursos, la falta de acceso a la vivienda y, como consecuencia, las dificultades que enfrentan los hijos para independizarse, derivan con mucha frecuencia en que los nuevos núcleos familiares se establezcan en el hogar de origen, con lo que la solidaridad intergeneracional se produce en el sentido inverso.”⁴⁸

Con relación a los adultos mayores que viven en hogares unipersonales, diversos estudios^{49 50} señalan la importancia de girar la mirada hacia ellos, pues carecen de su primera red de contención frente a imprevistos o a cuestiones de la vida diaria. El grupo de convivencia en definitiva constituye para los adultos mayores (al igual que para otros grupos de edad) el lugar donde se reeditan los roles sociales y es desde donde se promueve la integración social y se evita el aislamiento, redundando en una mejor calidad de vida.

Una de las maneras de aproximarse a la temática de estas redes de proximidad es a través del análisis del tipo de hogar desde los Censos y las Encuestas de Hogares.

En la Ciudad, a pesar de su avanzado nivel de envejecimiento, aún más de la mitad de los adultos mayores convive con su pareja y/o al menos un hijo, es decir, predomina la forma de hogar nuclear. (Cuadro 8)

⁴⁸ Del Popolo, Fabiana. (2001). Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina . Serie población y desarrollo N° 19 Chile CEPAL Santiago, pp 36. Disponible a Julio 2013 en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/9259/LCL1640.pdf>

⁴⁹ Saad, Paulo (2005) Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: Arreglos residenciales y transferencias informales. Disponible a septiembre 2013 en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/25874/lcq2276-P5.pdf>

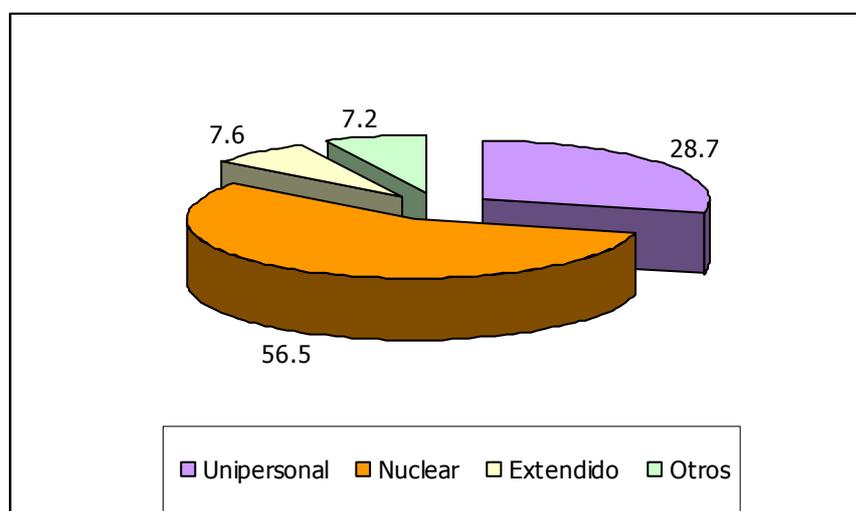
⁵⁰ Perez Amador, Julieta; Brenes G. (2006) Una transición en edades avanzadas: cambios en los arreglos residenciales de adultos mayores en siete ciudades latinoamericanas. Estudios Demográficos y urbanos Vol 21 N° 3 (63), Septiembre-Diciembre 2006 pp.625-661. Disponible a Julio 2013 en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31200303>, ISSN (Versión impresa): 0186-7210 ceddurev@colmex.mx El Colegio de México. México.

Cuadro 8. Distribución de adultos mayores según tipo de hogar.

Tipo de Hogar	%
Unipersonal	28.7
Nuclear	56.5
Extendido	7.6
Otros	7.2
Total	100.0

Elaboración propia en base a datos de la EAH 2010

Gráfico 6. Adultos Mayores según tipo de hogar

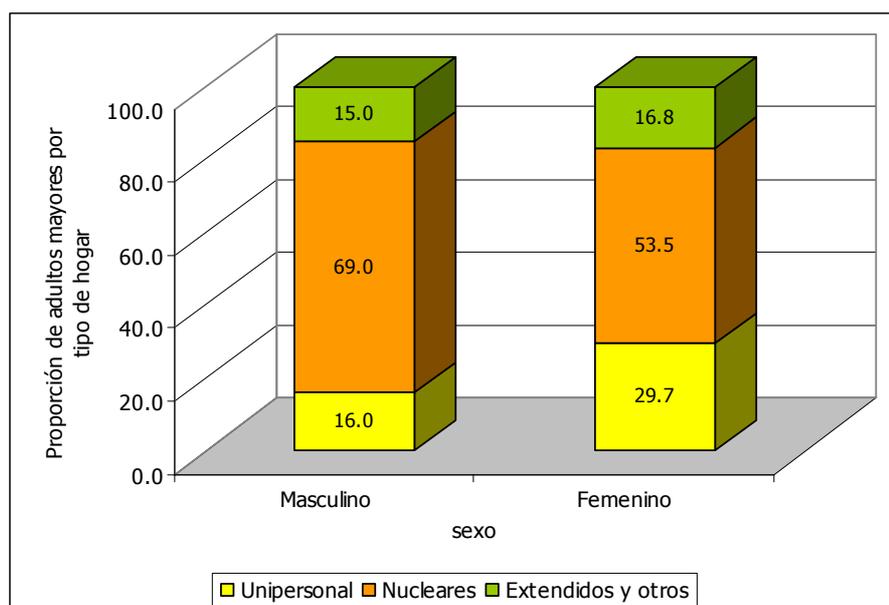


Elaboración propia en base a datos de la EAH 2010

Los arreglos residenciales tienen un comportamiento diferencial según edad, sexo y nivel socioeconómico. En relación a la diferencia entre sexos, la feminización del grupo posibilita que sean las mujeres en mayor medida quienes viven solas. (Gráfico 7)

Se observa además que en el grupo de edad más avanzado la proporción de los que viven solos prácticamente duplica a los más jóvenes. Es notable el crecimiento de los hogares unipersonales con la edad y el decrecimiento de los nucleares en relación a la misma variable. (Cuadro 9)

Gráfico 7. Adultos mayores según sexo y tipo de hogar



Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2009⁵¹

Cuadro 9. Distribución de los Adultos Mayores según tipo de hogar y edad.

Edad	Tipo de Hogar			Total
	Unipersonal	Nucleares	Extendidos y otros	
60-64	16.9	77.3	5.8	100.0
65-74	24.8	61.1	14.0	100.0
75-84	26.0	48.6	25.4	100.0
85 y más	32.2	39.0	28.8	100.0

Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2009

Desde el punto de vista socioeconómico y su relación con los arreglos residenciales la opción a vivir en hogares extendidos es más frecuente en adultos mayores de bajo nivel educativo. Tal lo señalado por Paulo Saad (2005) la co residencia es en líneas generales una solución solidaria entre generaciones pero además es la estrategia de apoyo a los ancianos con mayores niveles de

⁵¹ ENFR Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Año 2009

vulnerabilidad⁵². El aunar esfuerzos para encontrar los recursos de subsistencia y reproducción ha sido eficaz hasta el establecimiento de nuevos modelos sociales de producción. En el Cuadro 10 se verifica que existe una mayor proporción de adultos mayores con nivel educativo bajo viviendo en hogares extendidos, donde probablemente recaigan no sólo el cuidado de los adultos mayores sino también la resolución de otros problemas asociados a la pobreza.

Cuadro 10. Distribución de los Adultos Mayores según tipo de hogar y Nivel Educativo.

Nivel educativo alcanzado	Tipo de Hogar			Total
	Unipersonal	Nucleares	Extendidos y otros	
Bajo	11.2	39.5	49.4	100.0
Medio	24.0	57.9	18.0	100.0
Alto	24.9	64.9	10.2	100.0

Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2009

e) Cobertura de salud

El tener una cobertura en salud (además de la cobertura universal por parte del Estado) ha sido siempre bien apreciado en la población de la Ciudad. La cobertura de salud, desde este punto de vista es considerada un elemento que permite el acceso a servicios de salud.

Si bien el derecho a la salud está expresado en la carta magna de la Ciudad y en la Constitución Nacional, aún la barrera económica tiene un fuerte peso a la hora de resolver el acceso a estos servicios. En el caso de los Adultos Mayores, la cobertura de salud está además ligada al componente previsional, es decir que es a partir de recibir una pensión por retiro que se obtiene esta cobertura. En este sentido, la primera década del nuevo siglo fue escenario de una de las reformas (que aún deben profundizarse) que marcan un cambio en la enunciación del derecho: se extendió la cobertura del sistema previsional. Esto significó que cada Adulto Mayor pueda tramitar y obtener su beneficio previsional independientemente de su condición de aportante

⁵² Saad, P. (2005) Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: Arreglos residenciales y transferencias informales. Disponible a septiembre 2013 en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/25874/lcg2276-P5.pdf>

previsional. Esto abre un singular abanico de posibilidades a la persona, desde el tomar decisiones “de bolsillo”, acceder a planes de promoción de la salud, actividades recreativas y atención de la salud, integrando así aspectos sociales y sanitarios bajo la cobertura de salud.

Específicamente en relación a la cobertura de salud, los datos presentados indican que un importante porcentaje de adultos mayores que están cubiertos desde el sector de obra social (el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados como principal obra social para esta población es el principal proveedor de cobertura), los seguros privados y la doble cobertura (obra social y prepaga o seguro de accidentes privado y obra social) cubren a un tercio del grupo. Poco más del 5 % está cubierto sólo por el sector estatal (Cuadro 11).

Aunque con pequeñas diferencias, en el total del grupo, los varones aparecen con mayor cobertura del sector público que las mujeres. Habría que analizar por qué no acceden los varones a la inscripción para el beneficio por extensión de cobertura previsional. (Cuadro 12)

Una evidencia que preocupa en torno a la cobertura, es que el importante porcentaje del grupo de 60-64 años que depende de la cobertura pública o estatal. Justamente, aún están potencialmente por la edad en actividad laboral, lo que refleja en cierta medida la precarización de la relación contractual de trabajo. (Cuadro 13)

Cuadro 11. Adultos mayores según cobertura de salud.

Cobertura de Salud	%
Solo Obra social	60.0
Obra social y seguro privado	18.9
Solo seguro privado	15.8
Solo cobertura estatal	5.3
Total	100.0

Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2009

Cuadro 12. Adultos Mayores según cobertura de salud y sexo.

Sexo	Sólo sistema público	Afiliado a algún sistema de salud
Masculino	7.0	93.0
Femenino	4.6	95.4

Elaboración propia en base a datos de la EAH 2010

Cuadro 13. Distribución de los Adultos Mayores según cobertura de salud y edad

Edad	Sólo sistema público	Afiliado a algún sistema de salud
60-64	14.0	86.0
65-74	4.6	95.3
75-84	1.9	98.0
85 y más	1.3	98.7

Elaboración propia en base a datos de la EAH 2010

f) La variabilidad geográfica en la Ciudad

La Ciudad está envejecida en su conjunto sin embargo la distribución de los adultos mayores y sus características no es igual en toda la jurisdicción.

A partir del indicador insuficiencia de ingreso de los hogares, es posible identificar zonas en la Ciudad "La heterogeneidad en la insuficiencia de ingresos según zona y comuna muestra vinculaciones entre población, territorio y condiciones de vida, que son importantes a la hora de tomar decisiones para mejorar la calidad de vida de la población residente en la Ciudad."⁵³ (Cuadro 14)

Cuadro 14. Porcentaje de hogares con insuficiencia de ingresos según la relación ingresos-canastas de consumo de la Ciudad de Buenos Aires, por zona de la Ciudad. Año 2011

Zonas de la Ciudad	%
Norte	16,1
Sur	48,1
Centro	22,4
Este	31,1
Oeste	24,0
Total	24,9

*Elaborado a partir de publicación de CEDEM*⁵⁴

Teniendo en cuenta esta división del territorio y a partir de los indicadores ya analizados se presenta la distribución de las características de las personas mayores en relación a la zona de la Ciudad de residencia.

El nivel de instrucción de los adultos mayores es un indicador sensible para mostrar diferencias al interior de la Ciudad. Las zonas Sur y Oeste, reconocidas como unos de los núcleos con mayor pobreza, concentran el mayor proporción de personas

⁵³ Dirección General de Estadística y Censos, GCBA (2013) Condiciones de vida en la Ciudad de Buenos Aires. Sistema de Canastas de Consumo. 2011. Disponible a Septiembre 2013 en http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/condiciones_vida_2013_001.pdf

⁵⁴ CEDEM (2012) Condiciones de vida en la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis a partir del Sistema de Canastas de Consumo, 2005-2010. Página 35. CEDEM, Cuadernos de Trabajo Nº 12. Enero 2012

mayores con baja instrucción (analfabetos, primaria incompleta y primaria completa). Los barrios comprendidos aquí son La Boca, Barracas, Bajo Flores, Lugano. Contrariamente, las zonas Norte y Este tienen mayor porcentaje con alto nivel educativo (Cuadro 15).

La información sugiere que no sólo los adultos mayores no son un grupo homogéneo sino que es posible la existencia de brechas al interior del mismo y ubicarlas geográficamente.

Cuadro 15. Distribución de los Adultos Mayores según residencia⁵⁵ y nivel educativo alcanzado (NEA).

Zonas de la Ciudad	Nivel educativo alcanzado (NEA)		
	Bajo	Medio	Alto
Norte	20.9	31.5	47.6
Sur	56.9	31.3	11.9
Centro	33.8	37.9	28.3
Este	35.3	34.2	30.4
Oeste	42.1	34.8	23.1
Total	33.5	34.0	32.5

Elaboración propia en base a datos de la EAH 2010

De igual modo sucede con la cobertura de salud de las personas mayores: si bien se reconoce la extensión de la cobertura previsional, a la que está asociada en este grupo la cobertura de salud, en la zona sur de la Ciudad existe un mayor porcentaje de adultos mayores que sólo cuentan con la cobertura estatal: su proporción duplica a la media de la Ciudad. En qué consiste la brecha? A priori la información muestra una desigualdad en la cobertura de salud, pero en el caso de los adultos mayores, se suma a la diferencia de acceso a prestaciones médicas, la de acceso a cuidados o internación en instituciones de larga estadía, la provisión de lentes y prótesis entre otros elementos. Por otro lado, y si bien los datos disponibles no muestran el recorrido previsional de las personas, se puede inferir que quienes no lograron en esta etapa de

⁵⁵ Zonas de la Ciudad: norte (Comunas 2, 12, 13 y 14), sur (Comunas 4 y 8), centro (Comunas 5, 6, 7 y 15), este (Comunas 1 y 3), oeste (Comunas 9, 10, y 11)

su vida tener una cobertura de salud no se han visto beneficiados por ésta en largos periodos de su vida laboral.

Cuadro 16. Distribución de los Adultos Mayores según residencia⁵⁶ y cobertura de salud.

Zonas de la Ciudad	Cobertura sólo estatal	Afiliado a algún sistema de salud
Norte	3.2	96.7
Sur	11.8	88.2
Centro	4.8	95.2
Este	6.9	93.1
Oeste	6.5	93.5
Total	5.5	94.4

Elaboración propia en base a datos de la EAH 2010

⁵⁶ Idem 17

Observaciones sobre los aspectos sociodemográficos

- Los adultos mayores de la Ciudad presentan una estructura envejecida y feminizada, con una importante disminución de los menores de 75 años y un fuerte crecimiento proporcional de los de 80 años y más. Esto sin dudas, sugiere tener en cuenta la necesidad de abrir el análisis al interior del grupo de personas mayores.
- Dos tercios de estas personas presentan un nivel de instrucción medio y alto, un dato no menor si se tiene en cuenta que la educación es un condicionante de la salud. Este resultado invita a pensar en las políticas de educación que se instrumentaron en momentos de infancia y adolescencia de estas personas.
- En cuanto a la conformación de los hogares, más de la mitad de los adultos mayores convive con su pareja y/o al menos un hijo. Con el aumento de la edad aparece el aumento de personas viviendo solas, producto de la feminización es el hecho de que sean las mujeres en mayor medida quienes viven de este modo.
- De la relación entre nivel de instrucción con las formas de hogar surge que al revés de lo que se observa en los niveles educativos más altos, los adultos con menor nivel de instrucción viven en hogares extendidos.
- La Cobertura de salud está presente en prácticamente la totalidad del grupo, lo que en cierto modo podría considerarse una cobertura universal.
- Si bien la Ciudad en su totalidad se encuentra envejecida, algunos indicadores analizados tienen una presencia dispar en el interior de ésta. Tal el caso del nivel de instrucción y de la cobertura de salud, cuyos niveles más bajos se concentran en la zona sur y oeste de la jurisdicción.

IV.II La salud de los Adultos Mayores

A fin de promover acciones de salud eficaces y eficientes la planificación sanitaria necesita obligatoriamente definir el estado de salud de la población que constituirá el blanco de su accionar.

El conocimiento de la salud de toda la población se ve enfrentado a considerar diversas opiniones y clasificaciones del concepto, siendo lo aceptado actualmente establecer con claridad los criterios sobre los cuales se basará la estrategia a utilizar para determinar los objetivos.

Una vez definida esta etapa se comienzan a delinear los distintos pasos que conllevan a tomar las decisiones pertinentes.

En el campo de los adultos mayores surgen las mismas dificultades que la población general. Conocer el estado de salud de los Adultos Mayores representa un verdadero desafío y una necesidad imperiosa para los planificadores y gestores que se ocupan de este grupo poblacional y es por tanto objeto de una creciente producción de investigaciones.

Hasta hace unos pocos años el estado de salud de las poblaciones se basaba en la existencia de registros médicos sobre problemas de salud atendidos. La clasificación de estas patologías señalaba la direccionalidad hacia la cual enfocar las acciones. El sesgo impuesto a esta modalidad estriba en que depende del acceso y utilización de los servicios de salud.

El alargamiento de la vida, supone la aparición o presencia de problemas de salud y de autonomía que exigen una consideración especial. Estos estados de salud constituyen situaciones particulares y específicas que pueden ser un arrastre de patologías de edades inferiores o ser propias de este grupo de edad.

Desde el punto de vista médico tradicional la situación de base está constituida por las enfermedades crónicas, tal vez con pocos síntomas, pocos signos, algún grado de discapacidad, pero que impiden gozar de una vida plena. Están bien descritas en la literatura y son de tratamiento clínico especializado y deben ser consideradas al hacer un diagnóstico de salud.

Complementariamente, una nueva generación de estudios sugiere la importancia de incorporar en el estado de salud de las poblaciones el enfoque

subjetivo. Es decir, cómo se sienten las personas y cómo evalúan su relación con el entorno social.

Una de las fortalezas que tienen las encuestas poblacionales utilizadas en este trabajo es justamente que consideran estos puntos: la subjetividad y los factores mórbidos, la utilización de servicios de salud y el estado funcional de las personas. Superan de este modo las estadísticas de morbilidad que constituyen una aproximación al conocimiento del estado de salud de las personas, restringido a aquellas características que se expresan en la consulta ambulatoria o en un evento de internación. Quedan a un lado aquellas propias de las poblaciones que no acceden a un servicio de salud.

Como se señaló en el marco teórico de esta tesis el auto reporte es un importante predictor de la salud de las personas, en especial de los adultos mayores, y considera tres puntos principales, "...de forma agregada es un indicador asociado significativamente con la mortalidad y la salud de la población, por lo que puede usarse con suficiente aproximación para medir la demanda de atención a la salud. Porque a nivel individual predice la mortalidad en las personas avanzadas y puede ser utilizado en modelos de comportamiento actual o futuro y finalmente, porque es un indicador relativamente fácil de aplicar en las encuestas"⁵⁷.

Además, expresa en su subjetividad el "sentirse bien o mal" desde el individuo, que como resultado de salud es más cercana a quien lo expresa que la definición de enfermo o sano realizado por un profesional de la salud.

Otra de las ventajas del auto reporte de salud es que refleja otros factores que influyen en el estado de salud, permitiendo ampliar la visión hacia las condiciones de vida y bienestar de los adultos mayores, es decir hacia los condicionantes de la salud.⁵⁸

⁵⁷ Wong Rebeca, Palloni Alberto, Peláez Martha, et al (2005). Autoinforme de salud general en los adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. Rev Panam Salud Pública,17 (5/6): 323-32. 2005. Disponible a Julio 2013 en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26269.pdf>

⁵⁸ Aranibar, Paula (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América latina. CEPAL-ECLAC Santiago de Chile. 2001. Disponible en: <http://www.eclac.org/>

Este apartado tiene por finalidad describir el estado de salud de los Adultos Mayores de la ciudad, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1. la salud auto percibida
2. las dificultades relacionadas con la pérdida de autonomía
3. los problemas de salud referidos
4. la utilización y demanda de servicios de salud
5. los diagnósticos en la modalidad ambulatoria y de internación en los servicios del sector público
6. la mortalidad

1. La salud auto percibida

a) Descripción general

El tener buena salud es (y ha sido a lo largo de la historia de la humanidad) un bien muy valorado por el ser humano y es la expresión de las condiciones materiales de vida, de sus aciertos y desaciertos. El estado de salud general auto percibido, como se indicó en el marco teórico tiene la singularidad de expresar desde la dimensión del sujeto, en un solo valor la complejidad del concepto de salud. Esto es realmente importante porque no se ciñe a la definición médica de salud o enfermedad sino que cada individuo construye una valoración en el momento de responder a la pregunta acerca de su estado de salud. Esto (como también se recoge de varios autores) tiene el sesgo de la subjetividad, sin embargo constituye un buen predictor en adultos mayores de la morbilidad pero sobre todas las cuestiones tiene relación con procesos que atraviesan a las personas: cómo viven, en qué contextos, si tienen problemas de salud y pueden atenderlos o no, si sienten malestar o sienten alegría, etc.

En base a los resultados encontrados, es importante señalar que en una gran proporción los Adultos Mayores de la Ciudad valoran positivamente su estado de salud. A pesar de la gran cantidad de bibliografía que menciona la alta carga de enfermedades y discapacidad que se asocian al envejecimiento, 83 de cada 100 personas expresó tener un buen estado de salud general (Cuadro 17). Esta apreciación coincide con la información brindada por la encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) según la cual la Ciudad de Buenos Aires, junto con Montevideo y Bridgetown son las ciudades con más alto porcentaje de buen estado de salud general medido desde el auto reporte de salud.⁵⁹

Comparativamente en la misma ciudad de Buenos Aires, los valores encontrados en el auto reporte del año 2010 presentan una mejoría importante con relación al relevamiento realizado en el año 2004. Para ese año, sólo el 68 % de los

⁵⁹ Wong, R., Peláez M., Palloni, A.(2005) Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 17(5/6), 2005

adultos mayores evaluó su estado de salud como bueno o muy bueno⁶⁰. La magnitud de la mejoría puede considerar que estos valores muestran una tendencia positiva.

Cuadro 17. Porcentaje de adultos mayores con buen estado general de salud.

Año	Adultos mayores con buen estado de salud
2004	68.0
2010	82.9

Fuentes: Encuesta Anual de Hogares 2004 y 2010.

En términos generales, los varones presentan un mayor porcentaje de personas que reportan buena salud, este resultado coincide con los hallados en varios estudios, entre ellos la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)⁶¹ y otras rondas de la misma Encuesta Anual de Hogares como la mencionada anteriormente (Cuadro 18). Esta diferencia entre géneros sugiere pensar qué elementos se expresan en esta medida de resumen como lo es el estado de salud de las personas: es el bienestar? es sólo la ausencia de enfermedad? o se trata de la valoración que realizan los sujetos de todo su recorrido vital? Las mujeres, aunque con poca diferencia respecto de los varones, en menor medida expresaron tener un buen estado de salud...¿es esto expresión de diferencias actuales o de recorridos y condiciones de vida diferentes?

Con respecto a la edad, el grupo de 60-64 años (en transición hacia los Adultos Mayores) presenta el mayor porcentaje de buen estado de salud general tanto en varones como mujeres.

Con el avance de las edades se verifica una disminución del estado general de las personas, pero resulta notoriamente llamativo que aún en el más avanzado grupo de edad las personas valoren positivamente su bienestar en una altísima proporción. A partir de los 75 años no aparecen diferencias entre varones y mujeres en cuanto a la proporción de personas con buen estado de salud. Y resulta singularmente llamativo que en ambos sexos se verifica la mejoría del estado de salud en los últimos tramos de edad. (Cuadro 18). A partir de aquí surgen innumerables interrogantes: Será la

⁶⁰ Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires. Aspectos referidos a la Salud 2004 – 2005 N° 12 Año 2008. Dirección General de Estadística y Censos, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Impreso por esa Dirección y disponible en web www.buenosaires.gob.ar.

⁶¹ Palloni A., Peláez M. (2004) Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento. Universidad de Wisconsin-Madison y Organización Panamericana de la Salud. Disponible a Julio 2013 en <http://www.ssc.wisc.edu/sabe/docs/informeFinal%20EspaNoI%20noviembre%202004.pdf>

sensación de sobrevivencia que aumenta el optimismo entre estas personas? ¿Será que realmente llegan a sobrevivir quienes de algún modo han tenido en sus trayectorias individuales grandes beneficios y por ende su nivel de salud es mejor?

Cuadro 18. Porcentaje de Adultos Mayores con buen estado de salud según edad y sexo.

Edad y sexo	%	variación
Total	82.9	
60 a 64	88.9	
65 a 74	84.2	-4.7
75-84	77.8	-6.4
85 y más	79.4	1.7
Masculino	84.0	
60 a 64	89.9	
65 a 74	85.9	-4.0
75-84	77.9	-8.0
85 y más	79.0	1.1
Femenino	82.2	
60 a 64	88.2	
65 a 74	82.9	-5.2
75-84	77.7	-5.3
85 y más	79.6	1.9

Elaboración propia en base a EAH 2010.

b) Salud auto percibida y nivel de instrucción

Si bien no es posible identificar y medir los mediadores entre el nivel de instrucción y el estado de salud, puede afirmarse que un alto nivel de instrucción se encuentra asociado a una mejor condición de vida material (alimentación, vivienda, trabajo), una mejor capacidad para el autocuidado de la salud y un mejor acceso a la

atención de la salud, a las prácticas preventivas y diagnósticos oportunos. En esta tesis se asume que el nivel de educación de las personas es un condicionante del nivel de salud, calidad de vida y bienestar. La observación del nivel de instrucción y el estado de salud permite aportar elementos con el fin de guiar la priorización de acciones hacia grupos vulnerables.

Con relación al nivel de instrucción de los adultos mayores, los resultados son contundentes: los adultos mayores con menor nivel de instrucción presentan el porcentaje más bajo de personas con buena salud del grupo. Lo que es similar a afirmar que entre las personas de 60 y más años, a mayor nivel de instrucción presentan un mejor estado general de salud.

En el cuadro que sigue, puede observarse que 43 cada 100 adultos mayores con bajo nivel de instrucción tienen mal estado de salud.

Cuadro 19. Adultos Mayores según nivel de instrucción y estado general de salud.

Nivel educativo	Estado de Salud		Total
	Bueno	Malo	
Bajo	56.9	43.1	100.0
Alto	81.3	18.7	100.0
Total	73.6	26.4	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a ENFR.

c) Salud auto percibida y tipo de hogar

Importa sobremanera en qué medida los adultos mayores reportan buena o mala salud según el tipo de hogar, teniendo en cuenta algunos lineamientos teóricos básicos:

- a) Los arreglos residenciales tienen un efecto directo sobre la calidad de vida y el bienestar de las personas
- b) Es al interior de las familias donde se resuelven las necesidades de cuidado y protección.

- c) Los hogares se presentan como una estrategia solidaria entre generaciones.

Las fuentes disponibles muestran que en los hogares extendidos se concentra el mayor porcentaje de adultos mayores con mal estado general de salud, tal como se presentan en el Cuadro 20. Aunque en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo el porcentaje de personas que reportaron mala salud es mayor que en la Encuesta Anual de Hogares, la pregunta que surge es acerca de los mecanismos que intervienen para que aparezca esta relación, morbilidad, pérdida de autonomía entre otros que podrían estar ocurriendo.

Cuadro 20. Proporción de Adultos mayores con mal estado de salud según tipo de hogar. Encuesta Anual de Hogares y Encuesta Nacional de factores de riesgo.

Tipo de hogar	% (EAH)	% (ENFR)
Unipersonal	17.9	22.8
Nuclear	14.8	24.2
Extendido y otros	22.4	39.8

Elaboración propia en base a EAH 2010y ENFR 2009.

2. Problemas relacionados con la pérdida de autonomía

Uno de los grandes desafíos del envejecimiento reside en lograr que esta parte del ciclo vital de las personas transcurra con una buena calidad de vida. En este sentido, la conservación de la autonomía es un elemento fundamental y que está en interacción con otros aspectos de las personas, como ser su nivel educativo, los arreglos residenciales, las características de la vivienda, el contar con red de apoyo y no siempre y necesariamente la preexistencia de patologías.

a) Dificultades permanentes

El Censo del año 2010 presenta a los adultos mayores como un grupo con altas prevalencias de dificultades permanentes. En el cuadro 21 se observa una mayor

prevalencia de dificultades según avanza la edad de las personas, pero nada dice la información censal cuánto tiempo hace que las personas han adquirido ese problema. El sexo femenino reúne desde edades tempranas un mayor peso de personas con dificultades.

Las dificultades permanentes en la visión ocupan el primer lugar entre las personas de 60 a 69 años, a partir de los 70 los problemas en la locomoción (dificultad Motora inferior) presentan un avance importante hasta llegar a ser el problema principal entre los mayores de 75 años. Los problemas cognitivos presentan un aumento relacionado con la edad tal como lo registra la bibliografía (Cuadro 22). Se trata de problemas permanentes es decir que además se agregan al ingresar nuevos individuos al grupo y la información no establece la edad en que apareció esa dificultad.

Es esperable verificar la condición de agregación de problemas o dificultades permanentes (es decir que una persona tenga más de una) por su característica justamente de cronicidad. Se trata de una característica de las poblaciones envejecidas que también se verifica en la población de la Ciudad.

Cuadro 21. Prevalencia de dificultad permanente según edad y sexo.

Edad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
60-64	15.1	17.0	16.2
65-69	17.0	19.5	18.5
70-74	22.5	26.3	24.8
75-79	29.3	34.7	32.7
80 y más	44.7	52.4	50.0

Elaboración propia en base a datos publicados del Censo 2010. INDEC

Cuadro 22. Prevalencia de dificultades permanentes según tipología y edad.

Edad	Dificultad permanente				
	Visual	Auditiva	Motora		Cognitiva
			Superior	Inferior	
60-64	10.8	2.2	2.5	6.2	1.3
65-69	11.0	2.8	3.1	8.6	1.4
70-74	13.4	4.9	4.5	12.8	2.2
75-79	16.3	7.9	6.5	19.5	3.3
80 y más	22.4	17.7	11.0	33.8	7.1

Elaboración propia en base a datos publicados del Censo 2010. INDEC

b) Actividades básicas e instrumentales

Además de la información sobre las dificultades permanentes resulta sumamente interesante el análisis de la distribución de los problemas para realizar en forma autónoma actividades de la vida diaria.

Como se indicó en la sección Metodología, aquí se presenta la visión desde el mismo adulto mayor acerca de algunos aspectos que refieren a las actividades básicas y a las instrumentales de la vida diaria.

En líneas generales, las mujeres concentran más dificultades que los varones (aunque no en todos los segmentos de edad). Las prevalencias según edad y sexo presentan un crecimiento que se acentúa con la edad. Mientras los varones presentan mayor prevalencia de problemas en torno a las actividades básicas desde los primeros grupos de edad, en el total son superados por las mujeres quienes en el último tramo de la serie cuadruplican su prevalencia. (Cuadro 23)

Pueden hallarse diversas argumentaciones para uno y otro sexo. Entre los varones, la sobrevivencia con discapacidad luego de enfermedades cerebro vasculares, aumentando las prevalencias de dificultades y entre las mujeres los problemas de falta de autonomía pueden adjudicarse a los problemas derivados de trastornos de la marcha y las caídas accidentales. En relación a las actividades instrumentales (AIVD), es llamativo el ascenso en los varones hacia las edades finales, en tanto que en las mujeres el punto más alto de la prevalencia de AIVD⁶² coincide con el grupo que se inicia a los 75 años (edad que la bibliografía marca como inicio de la fragilidad por la edad) y luego el peso de mujeres con problemas instrumentales cae precipitadamente a valores inferiores a los hallados en las edades iniciales del grupo.

⁶² AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

Cuadro 23. Prevalencias de problemas asociados a la pérdida de autonomía según Básicas o Instrumentales, edad y sexo.

Edad	Actividades			
	Básicas		Instrumentales	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
60-64	15.2	10.5	0.0	9.0
65-74	22.1	16.6	11.2	9.9
75-84	38.0	36.5	9.8	24.1
85 y más	31.1	46.6	26.1	4.2
Total	24.9	32.6	8.6	13.5

Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2009

Dado el peso de las dificultades con la movilidad en los adultos mayores, el Cuadro 24 presenta este tipo de dificultad separada de los problemas para asearse, vestirse y de los instrumentales. Los problemas de movilidad prácticamente en prácticamente un cuarto de la población del grupo seguida por los inconvenientes de tipo instrumental.

Cuadro 24. Porcentaje de adultos mayores con problemas relacionados con la pérdida de autonomía según área de dificultad.

Área de dificultad	%
Actividades básicas	25.4
<i>Movilidad</i>	<i>(23.6)</i>
<i>Cuidado personal</i>	<i>(1.8)</i>
Actividades instrumentales	11.3

Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2009

c) Nivel educativo

En cuanto al nivel educativo, este es un factor que realmente señala las inequidades: quienes tienen menor instrucción concentran los mayores porcentajes de problemas relacionados con la pérdida de autonomía. En los tres tipos de dificultades (movilidad, cuidado personal y actividades instrumentales) hay un "crescendo" de la pérdida de autonomía a medida que desciende el nivel de instrucción.

Cuadro 25. Adultos Mayores con problemas relacionados con la pérdida de autonomía según nivel educativo.

Nivel educativo	Actividades básicas		Actividades instrumentales
	<i>Movilidad</i>	<i>Cuidado personal</i>	
Bajo	34.1	4.3	17.4
Medio	21.1	0.9	10.3
Alto	18.7	0.4	6.6
Total	23.6	1.8	11.3

Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2009

d) Tipos de hogar

Como se comentó en el apartado anterior, en la Ciudad predomina el hogar nuclear entre los adultos mayores. Al interior de las distintas formas de hogar, más de la mitad de las personas mayores que habitan en los unipersonales y extendidos y prácticamente un 70 % en los nucleares no presentan problemas de pérdida de autonomía. Los problemas relacionados con el bañarse o vestirse autónomamente son más prevalentes en todos los hogares (principalmente en los unipersonales y extendidos). Los problemas instrumentales se presentan en mayor medida en personas mayores que viven solas. Del cuadro 26 se desprende que 48 cada 100 personas con problemas de pérdida de autonomía viven solas. Esto introduce interrogantes acerca de cómo resuelven a diario los quehaceres de la vida cotidiana, la composición de su red de apoyo y las adecuaciones de viviendas y los apoyos mecánicos necesarios para

mantener su autonomía. Quienes conviven con pareja o al menos un hijo han reportado en menor medida problemas de este tipo.

Cuadro 26. Prevalencia de problemas relacionados con pérdida de autonomía (agrupados en actividades básicas e instrumentales) según tipo de hogar.

Tipo de Hogar	Problemas en actividades		Sin problemas	Total
	Básicas	Instrumentales		
Unipersonal	31.4	16.4	52.2	100.0
Nuclear	21.3	8.9	69.8	100.0
Extendido y otros	32.6	12.9	54.5	100.0

Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2009

e) Estado general de salud y dificultades

¿Cómo se expresan las dificultades para moverse, para comer o para vincularse con otros en el estado de salud? Nuevamente la contundencia de las respuestas encontradas en los adultos mayores: el no poder realizar autónomamente actividades como asearse o vestirse es igual a no tener buena salud. ¿Por qué los problemas relativos a actividades instrumentales no afectan en igual medida al estado de salud? ¿Será porque es delegable el hecho de cocinar, lavar o hacer las compras?

¿Qué sugiere ese 57 % de adultos con problemas de movilidad que expresa tener mal estado de salud? Siendo la movilidad un hecho que puede en muchos de los casos mejorarse con ayudas o apoyos externos (sillas de ruedas, bastones, andadores), ¿En qué medida estas personas cuentan con estos elementos, o con sistemas de cuidadores para mejorar su bienestar en esta etapa de la vida? (Cuadro 27).

Cuadro 27. Adultos mayores según tipo de dificultad y estado de salud

Tipo de dificultad	Estado de salud		Total
	bueno	malo	
Movilidad	42.9	57.1	100.0
Cuidado personal	18.1	81.9	100.0
Actividades instrumentales	33.0	67.0	100.0

Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2009

3. Problemas de salud referidos

a) Prevalencia de las enfermedades

Las enfermedades crónicas son prevalentes en este grupo de edad y el elevado nivel de Adultos Mayores que tiene la Ciudad seguramente impacta sobre el perfil de morbilidad de toda la jurisdicción. El seguimiento de este grupo de dolencias constituye una prioridad en la región de las Américas, en nuestro país y también en la ciudad de Buenos Aires.

En el grupo aquí presentado, especialmente cobra relevancia en este punto la subjetividad, pues se trata de problemas, factores o enfermedades mencionadas por los propios sujetos. De modo que podría esperarse que si se trata de un padecimiento de larga data, con el que el sujeto convive hace tiempo, medie medicación o no, pero no altera su cotidianeidad, la persona no declare la enfermedad. Contrariamente, si cercano a la fecha del relevamiento el adulto mayor tuvo un diagnóstico o la consulta con un profesional, entonces pudo haber afirmado tener la enfermedad sobre la que se pregunta.

Es notorio, y esto sí es realmente alentador que más de la cuarta parte de los adultos mayores que habitan viviendas particulares expresó no estar enfermo, mientras por el contrario, entre los restantes algunos padecían más de una enfermedad. La hipertensión arterial y la diabetes están presentes en más del 50 % de los adultos mayores y los problemas reumáticos en el 15 % de estos. (Cuadro 28)

Cuadro 28. Adultos mayores según enfermedades mencionadas.⁶³

Enfermedad/es que menciona	%
Hipertensión Arterial	42.5
Artritis / Reumatismo	14.9
Diabetes	8.8
Alergia	7.7
Gastritis / Úlcera	5.9
Infarto de miocardio	3.4
Enfermedades del hígado o vesícula biliar	3.3
Enfisema o Bronquitis Crónica	2.6
Asma	2.4
Otras enfermedades del corazón o arteriales	17.9
Otra enfermedad	22.3
Ninguna	26.4

Elaborado por la Dirección General de Estadísticas y Censos de la Ciudad de Buenos Aires. EAH 2010

Los valores encontrados para hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo guardan relación con las prevalencias referidas para la población de 65 años y más de la ciudad de Buenos Aires por la Encuesta homónima del año 2005⁶⁴.

En gran medida el avance de la medicina y el diagnóstico precoz de estas enfermedades, la disminución de la letalidad asociada a éstas (sobre todo las causas coronarias y cerebro vasculares adjudicables a la hipertensión), los planes nacionales de salud y la extensión de guías clínicas han mejorado el acceso y tratamiento a las mismas y los adultos mayores transitan esta parte del ciclo vital con ellas sin que esto traiga mayores inconvenientes.

La hipertensión arterial afecta a más de la mitad de los varones y mujeres adultos mayores con valores mayores entre las mujeres. En cuanto a

⁶³ La metodología de este cuadro es de múltiple respuesta, nótese que la suma de los valores supera el 100%, indicando así que estos adultos mayores presentan más de una enfermedad.

⁶⁴ Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2005). Ministerio de Salud de la Nación. República Argentina. Primera Edición Buenos Aires ,2006. ISBN 950-38-0039-0

hipercolesterolemia y diabetes no se encuentran diferencias importantes entre sexos. (Cuadro 29)

Son importantes los valores de tensión arterial alta que presenta el grupo de 60 a 64 años. Probablemente debieran estudiarse mejor las condiciones de salud de los adultos menores de 65 años para poder establecer acciones de salud. En relación al resto de los grupos de edad, sólo la hipertensión presenta un movimiento ascendente junto con el avance de la edad. La diabetes y la hipercolesterolemia alcanzan un punto máximo en el grupo de 65 a 74 años y luego cae el indicador. (Cuadro 30)

Estos resultados sugieren varias hipótesis:

a) el ingreso a un sistema de cobertura de salud por jubilación o pensión con un componente médico fuerte que estaría definiendo un momento de diagnóstico de la enfermedad.

b) decididamente quienes presentan estos problemas tienen mayor probabilidad de morir por lo que las prevalencias más bajas en las edades últimas de la serie estarían señalando que sólo llegaron a estos extremos los que no tenían el factor de riesgo.

c) En las edades más avanzadas, estas enfermedades con esquemas y tratamientos conocidos que se convierten en un factor más con el que viven las personas mayores, por lo que baja el alerta sobre ellas y las personas no las declaran.

Cuadro 29. Prevalencias según sexo. Problemas crónicos seleccionados⁶⁵.

Sexo	Hipertensión	Hipercolesterolemia	Diabetes
Masculino	53.8	41.3	15.0
Femenino	58.5	39.3	14.5

Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2009

⁶⁵ Hipertensión arterial, Hipercolesterolemia y Diabetes

Cuadro 30. Prevalencias de problemas crónicos según edad.

Edad	Problema Crónico		
	Hipertensión	Hipercolesterolemia	Diabetes
60-64	55.9	27.7	13.9
65-74	52.8	46.2	16.4
75 y más	61.2	42.1	13.5

Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2009

Al igual que los resultados encontrados en otras poblaciones de igual edad,⁶⁶ los adultos mayores de la Ciudad tienen más de un problema crónico (condición de poli morbilidad) y conviven con ellos. Hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes son considerados factores de riesgo en las encuestas donde se indagan estas temáticas. Sin entrar en discriminaciones de límites borrosos, especialmente entre las dos primeras, acerca de si son enfermedades o factores de riesgo, concita especial atención la asociación entre ellas y su relación con el envejecimiento de las poblaciones. La observación sobre esta tríada (hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes) arroja que más de la mitad de las personas mayores tiene sólo una de estas condiciones, más de un tercio del grupo tiene dos de éstas y sólo el 8% las tres. (Cuadro 31)

Cuadro 31. Porcentaje de adultos mayores según cantidad de problemas crónicos.

Problemas crónicos	
Sólo uno	58.1
Dos	33.8
Tres	8.1
Total	100.0

Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2009

⁶⁶ Cardona D, Peláez E: Mortalidad y morbilidad atendida de personas mayores Medellín (Colombia). Disponible a junio 2013 en: bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/328

b) Nivel educativo

En relación al nivel educativo y su relación con las enfermedades, en el caso de la Hipertensión, la prevalencia es más alta en el nivel educativo bajo, en tanto las otras enfermedades no siguen este patrón. Pero como se adelantó en otros puntos, el análisis de posibles asociaciones requiere de mayor tamaño muestral.

Cuadro 32. Prevalencias de problemas crónicos según Nivel Educativo.

Nivel educativo	Problema de salud		
	Hipertensión	Hipercolesterolemia	Diabetes
Bajo	62.1	37.4	14.4
Medio	51.5	41.9	13.3
Alto	56.3	40.7	16.7

Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2009

c) Tipo de hogar

La distribución de las prevalencias por tipo de hogar muestra un importante grupo de adultos mayores que viven en hogares nucleares o solos con alguno de estos problemas (hipertensión, hipercolesterolemia o diabetes).

Cuadro 33. Distribución de las prevalencias de problemas crónicos según tipo de hogar.

Tipo de hogar	Hipertensión	Hipercolesterolemia	Diabetes
Unipersonal	23.6	25.5	18.2
Nuclear	60.9	59.6	71.2
Extendido y otros	15.5	14.9	10.6
Total	100.0	100.0	100.0

Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2009

d) Estado general de salud y problemas de salud referidos

Resulta de singular interés conocer cómo afecta una enfermedad a la calidad de vida, al estado de salud de las personas. La información presentada en el cuadro 34 ilustra acerca las enfermedades según afectan (o deterioran) las condiciones de bienestar general. El Asma y las enfermedades del hígado aparecen en primer lugar al momento de asociarlas con el estado general de salud, aunque ambas presentan bajas prevalencias en el grupo estudiado. En tanto que otros problemas, aquellos en que la medicina actual y las políticas de salud hacen hincapié como factores de riesgo o enfermedades asociadas a grandes daños, no modifican sin embargo, la sensación de bienestar entre las personas, tal el caso de la hipertensión o la diabetes.

Hay valoraciones que a priori parecen extrañas, por ejemplo: las alergias y las bronquitis crónicas presentan similar proporción de personas que autorreportaron buen estado de salud, y hay tres puntos de distancia entre quienes padecen este tipo de afección bronquial y quienes reportaron Infarto Agudo de Miocardio en la proporción de personas con buen estado de salud general.

Otro hecho que llama la atención es que entre los adultos mayores que no tienen enfermedad, el porcentaje de quienes dicen tener buen estado de salud es bajo, incluso más bajo que entre quienes tienen enfermedades crónicas, lo que permite inferir que el estado de salud al menos entre adultos mayores no depende de "*no estar enfermo*". Este 30 % de personas mayores sin enfermedad pero con mal estado de salud señala la complejidad que entrañan definiciones como salud y bienestar, y la existencia de mediadores que se expresan de algún modo en el estado general de salud de los adultos mayores.

Cuadro 34. Adultos Mayores con buen estado de salud general según enfermedades que auto reporta.

Enfermedad/es	Adultos mayores con buen estado de salud (%)
Hipertensión	82.9
Gastritis / Úlcera	79.4
Diabetes	70.4
Artritis / Reumatismo	69.8
Infarto de miocardio	68.0
Alergia	67.1
Enfisema o Bronquitis Crónica	65.8
Enfermedades del hígado o vesícula biliar	58.5
Asma	46.9
Otras enfermedades del corazón o arteriales	77.1
Otra enfermedad	69.2
Sin enfermedad	68.3

Elaboración propia en base a EAH 2010.

Teniendo en cuenta la tríada hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes, quienes tienen la sumatoria de estos tres factores auto reportaron peor estado de salud: un tercio de las personas con los tres problemas crónicos expresaron tener buena salud (Cuadro 35), mientras que el 30 % de quienes tienen alguno de los tres auto reportaron mala salud. También llama la atención que a pesar de no tener estos problemas, algunas personas no estaban a gusto con su situación de salud. De todos modos, es evidente que estos problemas que se reconocen crónicos por su duración en el tiempo, no representan un inconveniente capaz de alterar el bienestar de las personas: a pesar de éstos, y de las preocupaciones académicas sobre el particular y sobre todo asociado al envejecimiento poblacional, son sólo eso y no son un problema para las personas mayores. Sí se puede inferir que el gran detonante contra el bienestar de las mismas es tal vez los múltiples esquemas de medicamentos y controles médicos a partir de que se instalan, “se apilan” los problemas crónicos en la persona.

Cuadro 35. Porcentaje de adultos mayores con buen estado de salud según cantidad de problemas crónicos

Número de problemas crónicos	% con buen estado de salud
Ninguno	90.5
Un problema	69.7
Dos	69.9
Tres	36.7

Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2009

4. Utilización y demanda de servicios de salud

a) La consulta ambulatoria

Como se mostró en el apartado anterior, gran parte de los problemas de salud de esta población son de abordaje domiciliario, comunitario y se encuentran dentro de los cuadros a resolver en el primer nivel de atención. Poco se corresponden con el diseño que en líneas generales tiene el sistema de salud (público, privado y de obra social) en toda la Ciudad y que está ligado a resolución de episodios agudos y de corta duración.

Corresponde aclarar que en los cuadros 36 a 38, las proporciones presentadas por profesional, corresponden a las personas que concurren a una consulta en el último mes, y la diferencia al 100 % representa a quienes no realizaron una consulta (no se suman marginales en la tabla).

A pesar de las dificultades que pueden entrañar para un adulto mayor concurrir a la consulta con un profesional de la salud, el 63 % de éstos ha realizado una consulta médica en el último mes. Si bien los médicos reúnen mayor nivel de consultas (esto se corresponde con el perfil general de la consulta ambulatoria por ejemplo en efectores públicos de la Ciudad) no es despreciable un 22 % de adultos mayores que han concurrido al odontólogo en el último mes. (Cuadro 36)

Tanto varones como mujeres han realizado en mayor medida consultas con médicos y odontólogos. (Cuadro 37).

Cuadro 36. Porcentaje de adultos mayores que concurren (*) a consultas con profesionales de la salud según tipo de profesional.

Profesional	%
Médico	63.2
Odontólogo	22.5
Salud mental	7.6

Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2009

() En el último mes*

Cuadro 37. Porcentaje de adultos mayores que concurren (*) a consultas con profesionales de la salud según sexo y tipo de profesional.

Sexo	Profesional		
	Médico	Odontólogo	Salud mental
Masculino	54.1	20.3	5.8
Femenino	70.6	24.2	9.0
Total	63.2	22.5	7.6

Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2009

() En el último mes*

El cuadro 38 agrega otra información: la proporción de consultas al médico aumenta con la edad, hasta volver a caer en el último extremo de la serie. En este caso nuevamente habría que aplicar otro diseño de análisis y un mayor tamaño de muestra para desentrañar posibles problemas de accesibilidad a la consulta en las personas de 85 años y más. Entre los más jóvenes del grupo se encontró mayor proporción de consultantes a Odontología y Salud Mental. En esta última, en el grupo de 65-74 años el peso de las personas que consultaron cae a la mitad respecto del grupo anterior y lo mismo sucede entre los de 75 a 84 años respecto de éstos.

Cuadro 38. Adultos Mayores que concurrieron (*) a consultas con profesionales de la salud según edad y tipo de profesional.

Edad	Profesional		
	Médico	Odontólogo	Salud mental
60-64	53.2	31.7	13.9
65-74	62.2	21.6	7.3
75-84	77.0	16.2	3.7
85 y más	48.3	17.5	0.0

Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2009

() En el último mes*

Los motivos por los cuales no consultaron frente a un problema de salud hacen referencia directa a los problemas de accesibilidad al sistema de salud, pero además deja entrever costumbres y mandatos sociales. Entre las mujeres que no consultaron a un profesional de la salud, más de tres cuartos de éstas citaron que no era un motivo relevante y que no tenían tiempo. En los varones la falta de dinero es la principal barrera de acceso. (Cuadro 39)

Cuadro 39. Motivos por los cuales no consultó (*) frente a un problema de salud según sexo.

Motivo	Sexo	
	Masculino	Femenino
No tenía tiempo	12.5	34.4
No tenía dinero	5.4	0.0
No le pareció importante	37.1	46.2
Pidió turno y todavía no lo atendieron	0.0	10.4
Otra razón	45.0	9.0
Total	100.0	100.0

Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2009

() En el último mes*

b) La internación

En cuanto a la internación en Servicios de Salud, los adultos mayores tienen una tasa anual de internación del 108 por mil, lo que equivale a decir que 10/11 adultos mayores cada 100 se internan en un año. Los varones presentan una tasa mayor que las mujeres, lo que indicaría mayor probabilidad de enfermar, y de morir también, abonando de este modo a la extrema feminización del grupo en las edades más avanzadas. (Cuadro 40).

Con respecto a la edad, el grupo que presenta una mayor tasa de uso de las internaciones es el de 75 a 84 años, 132 eventos cada mil personas de esa edad. (Cuadro 41). La importancia de esta información radica en que no tiene mediación con registros hospitalarios, sino que parte del mismo autorreporte de las personas mayores.

Cuadro 40. Tasa anual de internación por mil Adultos Mayores⁶⁷ según sexo.

Sexo	Tasa de internación
Masculino	119.6
Femenino	100.5
Total	108.1

Elaboración propia en base a datos de la EAH 2010

Cuadro 41. Tasa anual de internación por mil Adultos Mayores⁶⁸ según edad.

Edad	Tasa de internación
60-64	78.6
65-74	101.9
75-84	131.6
85 y más	129.3
Total	108.1

Elaboración propia en base a datos de la EAH 2010

⁶⁷ Internado en cualquier efector de salud (Público, privado o de obra social)

⁶⁸ Idem cita 67.

Observaciones sobre el estado de salud

- Una importante proporción de personas mayores auto reportaron un buen nivel de salud en todos los grupos de edad. Las mujeres en menor porcentaje que los hombres.
- Un buen nivel de instrucción posiciona mejor a las personas en relación a la salud, este trabajo permite observar que quienes tienen mayor nivel de instrucción expresaron tener una salud buena en mayor porcentaje que el resto del grupo.
- En los hogares extendidos es más mayor el peso de quienes tienen mala salud que en las otras formas de hogar.
- Los adultos mayores de la Ciudad en su gran mayoría gozan de autonomía para realizar actividades cotidianas y relación con el entorno (instrumentales). Los problemas de movilidad constituyen el inconveniente más importante y su presencia aumenta con la edad.
- El tener (o no) buena salud está íntimamente relacionado con la falta de autonomía (quienes tienen mayor dependencia evaluaron peor su salud) y con enfermedades que producen dolor o que de algún modo restringen las actividades de las personas (el asma, por ejemplo). También el buen estado de salud se ve afectado cuando se tienen estas tres condiciones: hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes.
- En relación a los factores de riesgo es notable su prevalencia entre los 60 y 64 años. Si se tiene en cuenta que factores como la hipertensión arterial están asociados al aumento de las enfermedades circulatorias, aumento de discapacidad y mortalidad evitable, debe considerarse la posibilidad de orientar acciones para la reducción de este factor entre los más jóvenes del grupo.
- En cuanto a la demanda de atención ambulatoria, ésta tiene un particular sesgo hacia la consulta con profesionales médicos en todas las edades, aunque entre las personas de 60 a 64 años se verifica la concurrencia a odontología y salud mental. Tal vez, (pero escapa esta disquisición al diseño de este trabajo) habría una expresión de los condicionantes de la salud a través de los principales motivos por los cuales las personas no concurrieron a un centro de atención de la salud cuando sintieron que estaban en presencia de una enfermedad o

dolencia, pues son mayoritarios motivos tales como: "no lo consideré importante" o "no tenía tiempo".

- La atención médica que involucró internación en un centro asistencial, tiene un nivel anual de 108 eventos cada 1000 adultos mayores para el total del grupo con un vértice entre los 75 y 84 años de edad.

5. Los diagnósticos en la modalidad ambulatoria y de internación en los servicios del sector público

En este apartado se presentan características de adultos mayores residentes de la Ciudad y que han sido atendidos en los efectores dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. El año 2010 es la referencia para toda esta sección. Para ese entonces, los hospitales de la Ciudad eran prestadores de servicios no sólo para la población sin cobertura sino además para quienes tenían obra social (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados incluido) o prepaga.

El sector salud del Gobierno de la Ciudad tiene disponible para la atención de eventos de salud/enfermedad para todo aquel que residiera o transitare en la jurisdicción un primer nivel de atención con 41 Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) distribuidos en toda su geografía y un segundo y tercer nivel de resolución distribuido en 13 hospitales generales de agudos, 2 generales de niños, 3 odontológicos y 15 especializados⁶⁹.

a) La consulta en el primer nivel de atención del Gobierno de la Ciudad

En el año de referencia 11631 personas de 60 años y más se atendieron en forma ambulatoria en los CESAC. Entre las consultantes se destacan las mujeres en todos los grupos de edad, y en líneas generales el grupo de 65 a 74 años se destaca porque reúne mayor número de consultantes. Esto marca una cima, que luego desciende abruptamente hasta llegar a un 4,5 % entre los de 85 y más. Probablemente las personas ya en estas edades requieran otro diseño de servicios que no está previsto al menos aún en el sector salud del Gobierno de la Ciudad. (Cuadro 42)

Si bien la oferta de profesionales en el primer nivel de atención es amplia y variada, tres cuartos del grupo ha concurrido al médico (Cuadro 43).

⁶⁹ Hospitales de Salud Mental, de Infecciosas, de Gastroenterología, Oftalmología, Oncológicos, de Quemados, de Vías Respiratorias, de Rehabilitación (con internación) y Odontológicos sin internación.

Cuadro 42. Porcentaje de adultos mayores que consultaron en el primer nivel de atención según edad y sexo. Centros de Atención Primaria. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Edad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
60-64	30.6	69.4	33.0
65-74	32.4	67.6	41.5
75-84	29.1	70.9	20.7
85 y más	23.2	76.8	4.8
Total	30.7	69.3	100.0

Elaboración propia en base a los datos del Sistema de Información de Centros de Salud. Año 2010

Cuadro 43. Porcentaje de adultos mayores que consultaron en el primer nivel de atención según profesional que lo atendió. Centros de Atención Primaria. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Profesión	%
Médico/a	74.6
Psicólogo/Psiquiatra	5.1
Trabajador social	4.3
Odontólogo/a	2.6
Nutricionista	2.5
Kinesiólogo/a	0.8
Otras profesiones	10.1

Elaboración propia en base a los datos del Sistema de Información de Centros de Salud. Año 2010

En relación a los diagnósticos y motivos de consulta médica, un tercio de las personas han concurrido para control de su salud y por hipertensión arterial. La repetición de recetas, el control de la diabetes, las enfermedades respiratorias agudas, la atención de los cuadros sintomatológicos y los problemas articulares conforman el abanico de problemáticas que motivaron la consulta. (Cuadro 44)

Cuadro 44. Porcentaje de adultos mayores que consultaron en el primer nivel de atención según diagnóstico médico en la consulta. Centros de Atención Primaria. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Diagnósticos/motivos de consulta médica	%
Controles y exámenes	22.8
Hipertensión	15.5
Consulta para repetición de recetas	5.9
Diabetes mellitus	5.0
Enfermedades respiratorias agudas	4.9
Consulta por sintomatología	4.2
Trastornos osteoarticulares	2.7
Enfermedades asociadas a la nutrición	2.3
Enfermedades respiratorias crónicas	1.8
Infectocontagiosas	1.7
Otras enfermedades del sistema circulatorio	1.1
Trastornos del aparato genital femenino	0.8
Otras prevalentes en el primer nivel de atención	0.8
Trastornos de las glándulas tiroides	0.6
Otras enfermedades del sistema respiratorio	0.5
Hipercolesterolemia e Hipertrigliceridemia	0.3
Demás diagnósticos	29.1
Total	100.0

Elaboración propia en base a los datos del Sistema de Información de Centros de Salud. Año 2010

Desde la atención brindada por el área de Salud Mental y los Servicios Sociales, se señala que una cuarta parte de los adultos mayores ha concurrido por Trastornos neuróticos, relacionados con estrés y somatomorfos, así como con problemas relacionados al acceso y relación con instituciones (Problemas relacionados con prestadores salud/acción social/documentación), inconvenientes con el grupo de apoyo primario y problemas de vivienda y alimentación. (Cuadro 45)

Cuadro 45. Porcentaje de adultos mayores que consultaron en el primer nivel de atención según diagnóstico realizado por profesional de Salud mental o Trabajo Social. Centros de Atención Primaria. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Problemas de salud	%
Problemas relacionados con prestadores de salud, acción social y documentación en gral.	25.3
Trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y otros somatomorfos	24.4
Problemas con la vivienda y la alimentación	15.6
Problemas con el grupo de apoyo primario	9.2
Trastornos del humor (afectivos)	8.0
Problemas con el ambiente social	4.5
Problemas con tabaquismo/alcoholismo/drogas	2.2
Demás diagnósticos	10.9
Total	100.0

Elaboración propia en base a los datos del Sistema de Información de Centros de Salud. Año 2010

b) Internación en los efectores públicos del Gobierno de la Ciudad

El análisis de los egresos es otra forma de acercarse a la morbilidad a partir de aquellos eventos que requieren internación. La información que aquí se presenta es cuantiosa dada la magnitud del fenómeno que se da en el sector público motivo por el cual ha sido seleccionada para señalar las características generales de la internación en personas de 60 y más años teniendo en cuenta que "la morbilidad que se expresa en demanda de atención no representa la totalidad del fenómeno y menos aún aquella que se resuelve en internación."⁷⁰

En el año 2010, se registraron 19.420 egresos en los hospitales dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires de personas de 60 años y más residentes en esta jurisdicción. Estos eventos correspondieron a 18.821 adultos mayores, es decir que alguna de estas personas se internó más de una vez en el año (103 internaciones

⁷⁰ Royer, ME, Arbitman JP, Chauj, J, Irurzun AM: Egresos de los pacientes de la tercera edad en los hospitales municipales. 1995. Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Secretaría de Salud.

cada 100 personas año). El 86 % de las personas egresaron de hospitales generales de agudos y el resto en hospitales especializados.

Estas personas mayores, con una mayoría levemente femenina que utilizaron los hospitales públicos de la Ciudad, se muestran en el cuadro 46 según su distribución por edad y sexo.

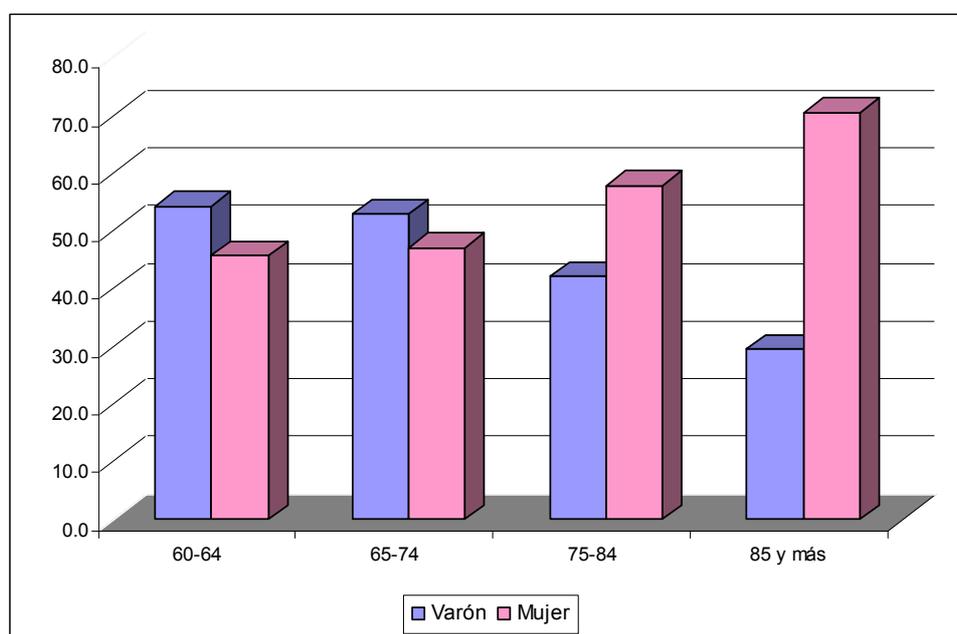
Proporcionalmente hasta los 74 años son los varones quienes se internaron en mayor medida que las mujeres. De la observación de la distribución por edades, surge que el mayor peso recae en el grupo de 65 a 74 años y que las edades extremas tienen igual peso en las internaciones.

Cuadro 46. Adultos mayores internados según edad y sexo. Hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Edad	Sexo		Total	
	Masculino	Femenino	N	%
60-64	54.2	45.8	3459	18.4
65-74	53	47	6213	33.0
75-84	42.1	57.9	5695	30.3
85 y más	29.4	70.6	3454	18.4
Total	45.6	54.4	18821	100.0

Elaboración propia en base a Egresos hospitalarios año 2010.

Gráfico 8. Adultos Mayores internados en Hospitales del Gobierno de la Ciudad según edad y sexo. Año 2010



Elaboración propia en base a Egresos hospitalarios año 2010.

Sin lugar a dudas, las enfermedades circulatorias caracterizan la internación de los adultos mayores en estos establecimientos públicos. Con un comportamiento asociado a la edad, los cuadros que siguen a este gran grupo de patologías son tumores, enfermedades respiratorias y del sistema digestivo. En los primeros grupos de edad están presentes también las patologías oftalmológicas que seguramente se asocian a prácticas quirúrgicas de internaciones breves, mientras que en las edades más avanzadas los traumatismos son un motivo importante de internación. (Cuadro 47)

Cuadro 47. Adultos mayores internados en los Hospitales del Gobierno de la Ciudad según edad y motivo de egreso⁷¹.

Motivos de Egreso	Edad			
	60-64	65-74	75-84	85 y más
Tumores	14.9	15.8	12.9	7.9
Sistema del Ojo y sus Anexos	11.7	10.7		
Sistema Circulatorio	18.5	18.5	20.7	23
Sistema Respiratorio	8.7	8.5	11.5	16.8
Sistema Digestivo	13.6	12.2	9.6	7.8
Traumatismos y otras causas externas			12.0	15.8
Otros motivos	32.5	34.3	33.3	28.7
	100.0	100.0	100.0	100.0
Total	3459	6213	5695	3454

Elaboración propia en base a Egresos hospitalarios año 2010.

En su gran mayoría las personas mayores egresan con alta, es decir vuelven a sus domicilios para continuar con tratamiento ambulatorio o con el problema que motivó la internación resuelto. Sin embargo, además de la enfermedad en sí, la edad es un componente que condiciona la forma de egreso de los pacientes. De allí la necesidad de revisar los criterios de internación en instituciones de salud versus la internación domiciliaria. En el cuadro 48 puede observarse que mientras el 10 % de las personas fallecen contra un 90 % que fue dada de alta entre los más jóvenes del grupo, en el extremo mayor la proporción de fallecidos supera ampliamente el cuarto de personas internadas de 85 y más años.

⁷¹ Los motivos de egresos se presentan agrupados según los Capítulos de la CIE 10ª Revisión.

Cuadro 48. Defunciones de adultos mayores internados según edad y sexo (en %). Hospitales del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Edad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
60-64	11.9	8.0	10.1
65-74	14.1	9.9	12.1
75-84	17.0	16.5	16.7
85 y más	31.3	26.1	27.6

Elaboración propia en base a Egresos hospitalarios año 2010.

Analizados por separado los egresos de hospitales generales de agudos y los especializados, se encontró que el porcentaje de defunciones aumenta con la edad en ambos tipos de hospital.

Cuadro 49. Defunciones de adultos mayores internados según edad y tipo de establecimiento (en %). Hospitales del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Edad	Tipo de establecimiento	
	General	Especializado
60-64	11.4	5.4
65-74	13.1	7.6
75-84	18.0	5.8
85 y más	28.3	10.9

Elaboración propia en base a Egresos hospitalarios año 2010.

Una aproximación al indicador de letalidad se obtiene observando las defunciones de internados sobre el total de éstos con igual diagnóstico. Como población de referencia expuesta al riesgo de morir. Se trata pues de diagnósticos de egreso, esta distinción es necesario hacerla porque existen diferencias en la codificación de la causa de egreso y la de mortalidad ⁷².

⁷² Las reglas de selección de diagnóstico son distintas en cada caso. La internación se caracteriza con el diagnóstico que domina el evento y la mortalidad lo está a través de la causa que desencadenó la serie de eventos hasta llegar a la defunción.

En los hospitales generales de agudos se destacan por la letalidad las enfermedades infecciosas con un importante nivel (casi la mitad de las defunciones), las del sistema respiratorio y los tumores. Las causas externas donde se agrupan las caídas, tan importantes en las personas mayores tienen una tasa de letalidad del 10.3%. Entre las causas con mayor nivel de letalidad en los hospitales especializados, sobresalen los tumores, las enfermedades infecciosas y las del sistema circulatorio.

Cuadro 50. Letalidad en adultos mayores internados según motivo de egreso⁷³.
Hospitales Generales de Agudos. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Motivo de egreso	Letalidad (en %)
Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	48.4
Sistema Respiratorio	33.0
Tumores	26.8
Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas	16.4
Sistema Circulatorio	15.1
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos	14.1
Sistema Genitourinario	13.6
Piel y del Tejido Subcutáneo	11.7
Traumatismos, envenenamientos y otras causas externas	10.3
Sistema Digestivo	10.1
Sistema Nervioso	9.4
Sangre, órganos hematopoyéticos y trastornos inmunológicos	8.7
Trastornos Mentales y del Comportamiento	4.5
Factores que influyen estado de salud	4.5
Sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo	3.4
Total	17.5

Elaboración propia en base a Egresos hospitalarios año 2010.

⁷³ Los motivos de egresos se presentan agrupados según los Capítulos de la CIE 10ª Revisión.

Cuadro 51. Letalidad en adultos mayores internados según motivo de egreso⁷⁴.
Hospitales Especializados. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Motivo de egreso	Letalidad (en %)
Tumores	32.6
Infecciosas y Parasitarias	21.6
Sistema Circulatorio	20.0
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos	11.1
Sistema Respiratorio	8.3
Trastornos Mentales y del Comportamiento	6.2
Sistema Genitourinario	5.6
Sistema Digestivo	3.3
Sistema Nervioso	3.0
Traumatismos, envenenamientos y otras causas externas	1.3
Total	6.7

Elaboración propia en base a Egresos hospitalarios año 2010.

⁷⁴ Los motivos de egresos se presentan agrupados según los Capítulos de la CIE 10ª Revisión.

Observaciones sobre la modalidad ambulatoria y de internación en los servicios del sector público

- Los resultados presentados en este apartado muestran a las claras que la salud de las personas no solamente no es estrictamente biológica sino que en los adultos mayores, impactan sobre su bienestar, la calidad de vida en la vejez y sin duda requiere de profesionales capacitados así como de la búsqueda de soluciones interinstitucionales.
- Fue posible identificar problemáticas no médicas, de abordaje local: inconvenientes con otras instituciones prestadoras de servicios (salud, acción social y documentación en general), los problemas de estrés, de vivienda y alimentación como los motivos más frecuentes de consulta con profesionales no médicos de los centros de salud.
- Las mujeres son las que mayoritariamente concurren para atender aspectos de su salud a estos centros del primer nivel de atención del gobierno de la Ciudad.
- Los motivos principales de la atención médica recaen en chequeos y controles, hipertensión arterial y repetición de recetas.
- En los hospitales dependientes del gobierno de la Ciudad, hasta los 74 años los hombres se internan en mayor proporción que las mujeres, luego, son éstas quienes aportan en mayor medida a la internación. Las causas que caracterizan estos eventos son principalmente crónico degenerativas, con una distribución diferente según se avanza en las edades y donde las caídas, accidentes y violencias hacen su aparición a partir de los 75 años.
- Un hecho trascendental que aparece en el análisis de la internación es que si se tiene en cuenta que sólo se ha seleccionado para su análisis a los residentes de la Ciudad, las personas internadas en Hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2010 alcanzan al 3 % del total de personas mayores de la Ciudad. Si se relaciona esto con la información por encuesta acerca de la internación, el restante 8 % se interna en el sector de obras sociales y privados⁷⁵.

⁷⁵ 108 por mil adultos mayores lo que equivale a 10.8 % es la proporción de personas mayores de la Ciudad que se internaron según la encuesta analizada en este trabajo y presentada en el apartado anterior.

- La mortalidad en los hospitales de la Ciudad está presente en diferentes proporciones según las edades: desde el 10 % de los casos entre los más jóvenes hasta prácticamente triplicar el valor en los últimos tramos de edad.
- En este trabajo se observó que los mecanismos que explican la mortalidad hospitalaria se reúnen en torno a las enfermedades infecciosas, las respiratorias y los tumores.
- Además de la enfermedad en sí, la edad es un componente que condiciona la forma de egreso de los pacientes. De allí la necesidad de revisar los criterios de internación en instituciones de salud versus la internación domiciliaria.

6. La mortalidad

a) Conceptos generales

Los estudios de mortalidad constituyen un elemento básico para analizar (paradójicamente) el estado de salud de una población. La medición del nivel de mortalidad tradicionalmente ha sido de gran interés en los ámbitos de servicios de salud y de diseño de políticas sociales ya que da cuenta del peor resultado en la salud de las personas.

El conocimiento de las causas de muerte es otro aspecto de fundamental importancia puesto que señalan los problemas que dan lugar a este fenómeno, permitiendo de este modo orientar las acciones en salud.

Por último, los estudios de mortalidad, si bien no dan cuenta de la discapacidad y la mala salud, parten de un hecho indiscutible, irrefutable y sobre el que existe un común acuerdo en su definición: la muerte. De modo tal que constituyen un insumo primordial en los análisis de la situación de salud, la vigilancia epidemiológica y la evaluación de políticas de salud con una buena cobertura y oportuna disponibilidad de la información al menos en nuestro país.

Históricamente la mortalidad, su nivel y distribución han estado íntimamente relacionada con la edad y sexo de las personas, en otras palabras, la probabilidad y el riesgo de morir son diferentes al interior de las poblaciones, y también lo es al interior de un grupo que erradamente se considera homogéneo como es el de los adultos mayores.

Si bien este grupo comparte características generales, es posible observar algunas diferencias las cuales se presentan en este apartado.

b) Nivel de la mortalidad, edad y sexo

En la Ciudad de Buenos Aires, como sucede en todas las estructuras envejecidas, el perfil de las defunciones está modelado por la magnitud y las causas propias de los adultos mayores. Anualmente son 26.600 casos entre personas de 60 y más años, es

decir más de la mitad de los hechos que ocurren anualmente entre los porteños. La tasa de mortalidad para el grupo en general es del 42.6 por mil habitantes (Cuadro 52).

Este fenómeno tiene también un comportamiento diferencial en relación a las características de las personas. En cuanto al sexo, los varones presentan valores superiores a las mujeres. La sobremortalidad masculina es importante en todos los segmentos del grupo. Hasta los 75 años la tasa masculina duplica la de las mujeres y luego desciende pero siempre manteniendo una distancia a favor de éstas. (Cuadro 53).

Cuadro 52. Defunciones, Población y Tasa por mil habitantes en Adultos Mayores. Año 2010

Sexo	Defunciones	Población	Tasa específica por sexo
Masculino	10955	237940	46.0
Femenino	15720	388246	40.5
Sin datos	3	----	----
Total	26678	626186	42.6

Elaboración propia en base a datos de la DGEyC.⁷⁶ Año 2010

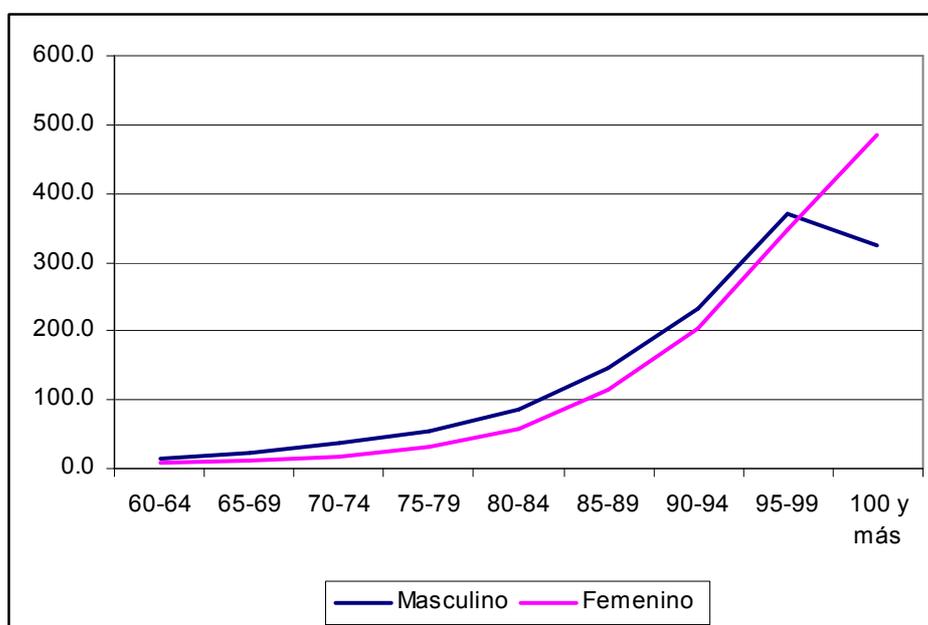
⁷⁶ DGEyC. Dirección General de Estadística y Censos de la Ciudad de Buenos Aires.

Cuadro 53. Tasa de Mortalidad⁷⁷ según edad y sexo.

Edad	Masculino	Femenino
60-64	15,2	7,5
65-69	22,1	11,2
70-74	36,4	18,4
75-79	55,4	32,9
80-84	85,2	57,4
85-89	145,8	115,5
90-94	232,6	202,6
95-99	369,6	348,0
100 y más	323,8	485,6
Tasa específica por sexo	46,0	40,5

Elaboración propia en base a datos de la DGEyC. Año 2010

Gráfico 9. Tasas de mortalidad⁷⁸ según edad y sexo.



Elaboración propia en base a datos de la DGEyC. Año 2010

⁷⁷ Tasa por mil habitantes.

⁷⁸ Idem 33

c) De qué se mueren los adultos mayores?

Las principales causas que caracterizan la mortalidad de los adultos mayores son las enfermedades circulatorias, los tumores y las enfermedades respiratorias. Este conjunto explica más del 80 % del fenómeno con algunas diferencias entre varones y mujeres. Entre éstas el aporte de las enfermedades circulatorias es mayor que entre los varones, mientras que entre éstos los tumores tienen mayor peso que entre las mujeres.

Cuadro 54. Defunciones según causa⁷⁹ y sexo.

Causas	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Circulatorias	36.8	41.6	10577
Respiratorias	22.2	22.1	5902
Tumores	23.3	17.4	5294
Sistema genitourinario	5.1	5.6	1451
Infecciosas	3.3	4.1	998
Digestivas	3.3	2.6	762
Otras causas	6.0	6.6	1691
Total	100.0	100.0	26675

Elaboración propia en base a datos de la DGEyC. Año 2010

Las causas de mortalidad presentan un comportamiento diferente según las edades: Los tumores dominan la escena en el tramo de edad de 60 a 74 años secundado por las causas circulatorias que tienen una presencia sostenida en toda esta población. A partir de los 75 años las causas respiratorias aparecen con fuerza (en este capítulo de causas, se encuentran tanto las enfermedades agudas respiratorias como las crónicas) además, las patologías del sistema genitourinario aparecen en las edades avanzadas (allí cobra importancia la insuficiencia renal). (Cuadro 55)

⁷⁹ Las causas se presentan agrupadas según los Capítulos de la CIE 10ª Revisión.

Cuadro 55. Distribución proporcional de defunciones según causa⁸⁰ y edad.

Causas	Edad				Total
	60-64	65-74	75-84	85 y más	
Circulatorio	30.5	32.8	38.0	45.1	39.7
Respiratorio	13.4	15.4	21.4	26.7	22.1
Tumores	38.0	34.6	21.7	9.6	19.8
Genitourinario	2.3	3.6	5.5	6.6	5.4
Infecciosas	4.0	3.0	3.9	3.9	3.7
Digestivo	4.3	3.4	2.9	2.4	2.9
Endócrinas	1.9	2.0	1.7	1.5	1.7
Causas Externas	3.0	2.4	1.5	0.8	1.4
Sistema Nervioso	0.8	1.2	1.2	1.2	1.2
Piel y tejido subcutáneo	0.3	0.3	0.6	0.9	0.7
Mal definidas	0.8	0.5	0.6	0.3	0.5
Osteomuscular	0.4	0.5	0.4	0.4	0.4
Sangre e Inmunidad	0.3	0.3	0.3	0.2	0.3
Mentales			0.1	0.2	0.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Elaboración propia en base a datos de la DGEyC. Año 2010

Del análisis de las tasas específicas por causa y edad surge que el riesgo de morir como es lógico aumenta con la edad, las causas según su nivel se ordenan de la siguiente manera: enfermedades circulatorias, respiratorias y tumores. La mortalidad por estos últimos caracteriza el riesgo de morir hasta los 74 años edad a partir de la cual las enfermedades circulatorias explican 20 cada mil defunciones llegando a un nivel de 74 por mil en los mayores del grupo. Las afecciones respiratorias y los tumores también se desplazan hacia niveles mayores, y en el segmento de 85 y más años las primeras triplican prácticamente a los tumores. (Cuadro 56)

⁸⁰ Idem 34.

Cuadro 56. Tasas específicas de defunción⁸¹ según causa y edad.

Causas	Edad				Tasa específica por causa
	60-64	65-74	75-84	85 y más	
Circulatorio	3.3	6.6	20.0	73.9	16.9
Respiratorio	1.4	3.1	11.3	43.8	9.4
Tumores	4.1	6.9	11.4	15.7	8.5
Genitourinario	0.2	0.7	2.9	10.8	2.3
Infecciosas	0.4	0.6	2.1	6.3	1.6
Digestivo	0.5	0.7	1.5	3.9	1.2
Endócrinas	0.2	0.4	0.9	2.5	0.7
Causas Externas	0.3	0.5	0.8	1.2	0.6
Sistema Nervioso	0.1	0.2	0.7	2.0	0.5
Piel y tejido subcutáneo		0.1	0.3	1.5	0.3
Osteomuscular		0.1	0.2	0.7	0.2
Mal definidas	0.1	0.1	0.3	0.6	0.2
Sangre e Inmunidad		0.1	0.2	0.4	0.1
Mentales				0.4	0.1
Tasa específica por edad	10.8	20.1	52.7	163.8	42.6

Elaboración propia en base a datos de la DGEyC. Año 2010

En el total de las defunciones prácticamente no tiene expresión la muerte por senilidad, que equivale a "morir de viejo". Una de las posibles causas de esto, es que los médicos (que son los profesionales que certifican la causa de defunción) no han aún variado su mirada hacia las poblaciones envejecidas, desconociendo que bien puede una persona morir sin enfermedad alguna y viéndose traccionado a colocar una causa de enfermedad asociada al evento.

Uno de los aspectos que llama la atención en el análisis de la mortalidad es que se utiliza la denominación "Paro cardio respiratorio" como causa de muerte, lo que vulgarmente se conoce como falla cardíaca. Es indudable que la defunción tiene como característica el detenimiento del corazón. Las reglas de selección diagnóstica para clasificar el fenómeno indican que de estar acompañada esta causa por otra, debe asignarse el código correspondiente a ésta, quedando como Paro cardio respiratorio

⁸¹ Por mil habitantes

sólo aquellas certificaciones de muerte que no están acompañadas de otra causa informada (existen en los certificados de defunción tres posiciones para consignar la cadena de acontecimientos que caracterizaron el hecho, y una cuarta para los casos de muertes violentas o accidentales). En este caso, es una mala o incompleta asignación diagnóstica sobre el hecho.

Sucede algo distinto en el caso de las defunciones por caquexia, senilidad o senescencia. El "*morir de viejo*", sin enfermedad alguna, igualmente implica reconocer un mecanismo que lleve a la muerte y en este caso es la senilidad. Esta entidad es para la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10ª Revisión) una causa mal definida, y rige la misma regla de codificación mencionada anteriormente: de estar acompañada de otro diagnóstico deberá codificarse éste. Contrariamente a lo anterior, los médicos o escriben enfermedades o senilidad más enfermedades quedando de este modo invalidada la senectud como causa de muerte.

Si los médicos (quienes certifican la causa de muerte) colocaran el diagnóstico caquexia o senilidad/senectud/senescencia sin otro diagnóstico asociado se podría señalar aquellos que fallecieron sin ninguna enfermedad. En el año analizado, se encontraron sólo 5 defunciones clasificadas de este modo.

d) Lugar del fallecimiento

El 22.4 % de las defunciones de personas de 60 y más años ocurrieron en el domicilio y el 64% en un establecimiento de salud⁸² (Cuadro 57).

A medida que la edad aumenta, también aumentan las defunciones ocurridas en el domicilio particular y disminuyen las ocurridas en establecimientos de salud. Estas diferencias estarían indicando conductas en torno a los modos de morir adoptadas por los adultos mayores, sus familiares y los profesionales de la salud.

⁸² (esta categoría excluye a las residencias para adultos mayores)

Cuadro 57. Defunciones según edad y lugar de ocurrencia.

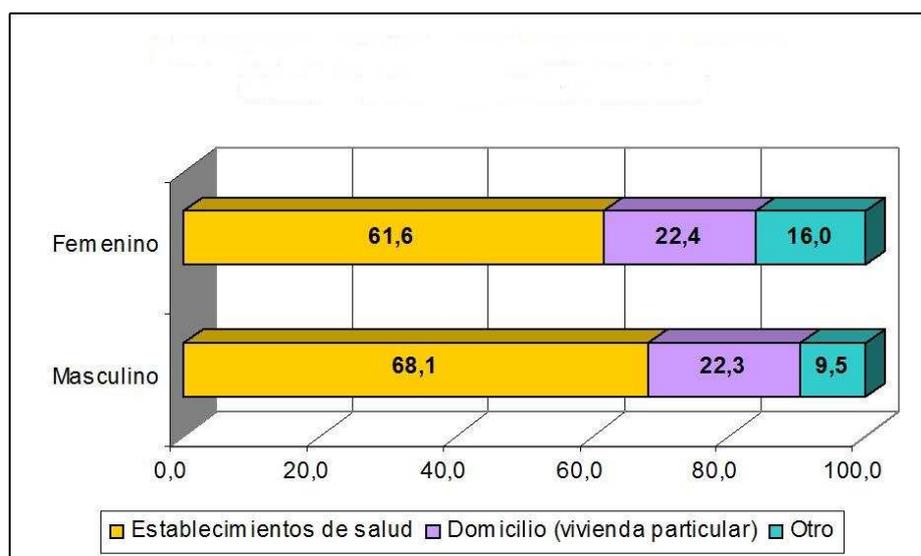
Edad	Establecimiento de Salud	Domicilio (vivienda particular)	Otro⁸³	Total
60-64	70.3	21.2	8.5	100.0
65-69	70.9	21.8	7.3	100.0
70-74	68.8	23.4	7.8	100.0
75-79	68.5	21.6	9.8	100.0
80-84	65.8	22.2	12.0	100.0
85-89	62.8	21.8	15.4	100.0
90-94	58.0	22.0	20.0	100.0
95-99	51.3	26.5	22.1	100.0
100 y más	37.8	28.9	33.2	100.0
Total	64.3	22.4	13.4	100.0

Elaboración propia en base a datos de la DGEyC. Año 2010

⁸³ Residencias de larga estadía, vía pública, etc.

En el gráfico siguiente puede observarse que entre los varones el peso de las defunciones en establecimientos de salud es superior al de las mujeres. Las defunciones en domicilio tienen igual peso en ambos sexos.

Gráfico 9. Defunciones según lugar de Ocurrencia y sexo.



Elaboración propia en base a datos de la DGEyC. Año 2010

e) La mortalidad y sus diferencias en la Ciudad

La mortalidad como fenómeno poblacional presenta una distribución diferente al interior de la Ciudad de Buenos Aires. Es posible tomando este resultado en salud, señalar la existencia de inequidades al interior del territorio, aún siendo la muerte el peor de los resultados en salud. Interesa particularmente porque permite una aproximación a inequidades y a la posibilidad junto a otros indicadores de proveer información que oriente, ordene y priorice las acciones hacia sectores poblacionales específicos.

El primer resultado sin lugar a dudas porque explicita el riesgo de morir de una población son las tasas específicas de mortalidad por edad y zonas de la Ciudad (Cuadro 58).

Es impresionante, la diferencia que existe entre la zona norte y la zona sur de la ciudad, en todos los grupos de edad. Las tasas de mortalidad en cada zona muestran al sur y oeste como los espacios urbanos con niveles más altos en el indicador, es decir con mayor desventaja respecto del resto del territorio. Es notorio que aún entre los más jóvenes, el riesgo de morir en la zona sur prácticamente triplica al presente en la zona norte.

Cuadro 58. Tasas de defunción específicas por edad según zonas de la Ciudad.

Edad	Norte	Sur	Centro	Este	Oeste
60-64	8.4	15.7	10.3	12.4	11.0
65-69	13.4	21.7	15.1	16.4	16.4
70-74	21.6	31.3	24.9	27.4	27.8
75-79	35.2	49.7	42.3	40.9	44.3
80-84	61.0	83.0	64.7	65.8	69.6
85-89	110.8	141.4	123.9	132.6	133.2
90-94	194.3	240.7	199.5	228.1	226.4
95 y más	347.8	386.3	360.2	372.8	398.0
Total	38.8	46.6	42.5	44.5	45.1

Elaboración propia en base a datos de la DGEyC. Año 2010

En relación a la edad al fallecer, ésta presenta distintos niveles. El promedio de edad al morir en la Ciudad es de 81 años, 79 para los varones y 84 en las mujeres. En las diferentes zonas de Buenos Aires los varones mueren más tempranamente que las mujeres, con una diferencia de 5 años aproximadamente, que se mantiene constante. Entre los adultos mayores la media de edad al momento de la defunción es más baja en la zona sur de Ciudad, es decir el peor resultado en salud aparece en forma más temprana en una de las zonas más desfavorecidas de la jurisdicción.

Cuadro 59. Edad promedio al morir según zona de residencia y sexo.

Zona	Media según sexo		Media general
	Masculino	Femenino	
Norte	79.1	84.2	82.3
Sur	76.6	81.7	79.4
Centro	78.8	83.5	81.6
Este	78.3	83.8	81.5
Oeste	78.7	83.2	81.3
Total	78.5	83.5	81.5

Elaboración propia en base a datos de la DGEyC. Año 2010

El análisis del lugar donde fallecen las personas también presenta una distribución distinta según las zonas de Buenos Aires: si bien proporcionalmente en todas las edades las defunciones ocurrieron mayoritariamente en establecimientos de salud, la zona norte presenta mayor participación de fallecimientos acontecidos en domicilios, en tanto que las zonas sur y oeste concentran las mayores proporciones de defunciones en instituciones de salud (Cuadro 60).

Cuadro 60. Defunciones según lugar de ocurrencia y zona de residencia de la persona fallecida.

Zonas de la Ciudad	Establecimiento de Salud	Domicilio (vivienda particular)	Otro ⁸⁴	Total
Norte	62.4	24.2	13.4	100.0
Sur	66.6	22.0	11.3	100.0
Centro	64.5	21.3	14.2	100.0
Este	63.5	22.1	14.4	100.0
Oeste	65.7	21.7	12.6	100.0
Total	64.2	22.4	13.4	100.0

Elaboración propia en base a datos de la DGEyC. Año 2010

⁸⁴ Residencias de larga estadía, vía pública, etc.

Observaciones sobre la mortalidad

- Las tasas de mortalidad elaboradas muestran que el grupo tiene un riesgo de morir elevado y creciente según aumenta la edad.
- La distribución de la mortalidad al interior de la Ciudad también muestra diferencias: el riesgo de morir es mayor en las zonas sur y oeste. Otro indicador donde se pueden observar contrastes, es el promedio de edad al morir: en las zonas más pobres de la Ciudad, las personas mayores fallecen a edad más temprana que otras. Del mismo modo sucede con el lugar de fallecimiento: en la zona sur, se concentra el mayor peso de defunciones en establecimientos de salud. Si las personas que residen en esa parte de Buenos Aires fallecen antes y en establecimientos de salud, probablemente lo hagan con enfermedad y sin el acompañamiento de su entorno familiar.
- Las causas de defunción se reúnen en torno a lo crónico degenerativo y el nivel de la mortalidad también afecta mayormente a los varones en las edades más jóvenes del grupo lo que explica también que la longevidad es en extremo femenina.
- Finalmente, los últimos instantes de la vida siguen transcurriendo mayoritariamente en centros asistenciales, aunque un porcentaje entre el 20 y 28 % de las personas fallecen en su domicilio. Si bien es esperable que todas las personas al fallecer lo hagan en el lugar donde han vivido y rodeados de sus pertenencias, dada la conformación de los hogares (o viven mayoritariamente con otro adulto mayor, o solos) surge el interrogante de cuál es el tipo de asistencia que pueden llegar a necesitar en ese momento.

IV.III La comparación

La Epidemiología permanentemente propone a partir del enfoque poblacional la necesidad de comparar indicadores a fin de enmarcar adecuadamente los resultados obtenidos. "Hay pocas enfermedades que sean el destino inevitable de la humanidad, porque un problema que es frecuente en un lugar suele ser raro en otra parte....La magnitud y el patrón de las enfermedades reflejan la manera cómo vive la gente, así como sus circunstancias sociales, económicas y ambientales, y estos factores pueden cambiar con rapidez. Esto implica que la mayoría de las enfermedades son, en teoría, prevenibles"⁸⁵ Con este planteo Geoffrey Rose define el enfoque poblacional de los problemas de salud, vinculado fundamentalmente a la observación del comportamiento de las poblaciones, la identificación de los problemas evitables y de los factores que puedan dar cuenta de su incidencia.

En el marco de estas ideas, este apartado propone la comparación de indicadores seleccionados de Buenos Aires y Madrid, ambas ciudades capitales. Como puede leerse en Metodología, la selección y lectura de los mismos fue realizada teniendo en cuenta el mayor de los ajustes en las definiciones conceptuales y operacionales de las variables. Incluso se ha buscado para la ciudad española una encuesta con características de auto reporte tal el caso de la que se presentó para Buenos Aires.

El fenómeno de la mortalidad en la capital argentina también será objeto de comparación con el que ocurre en Madrid, la epidemiología plantea el desarrollo de indicadores como la razón estandarizada de mortalidad (REM) para comparar la mortalidad de una jurisdicción con la de otra población de referencia.

Las comparaciones entre poblaciones, la identificación de brechas y parecidos en sus indicadores brindan elementos que permiten individualizar problemas y establecer prioridades de resolución.

⁸⁵ Rose, G. (1994) La Estrategia de la Medicina Preventiva. Masson, Barcelona, 1994.

El marco de Madrid.

La ciudad de Madrid es la ciudad capital de España y la capital de la Comunidad Autónoma de Madrid. Tiene aproximadamente tres millones doscientos mil⁸⁶ habitantes distribuidos en poco más de 600 kilómetros cuadrados. Es el municipio más poblado de España y como ocurre en las grandes metrópolis, además de sus residentes empadronados, recibe a diario a numerosos y distintos visitantes: estudiantes, trabajadores, turistas, etc.

La población actual del municipio de Madrid es el resultado de extraordinarios cambios ocurridos desde mediados del siglo XX. A comienzos de esa centuria la ciudad contaba con poco más de medio millón de habitantes. En 1950 comienza un proceso de crecimiento poblacional de la mano de la inmigración que llevará a Madrid en sólo 20 años a duplicar su población. Migración que por otro lado y en la más de las veces requirió bajos niveles de instrucción porque justamente se trataba de tareas que requerían poca preparación. Estos cambios marcaron profundamente la dinámica demográfica de Madrid y será la inmigración la característica más importante de ese municipio, marcado además por el descenso de la natalidad y el envejecimiento de la población. Madrid y sus habitantes no son ajenos al modelo de desarrollo económico de España, las migraciones generadas por las expectativas en torno al desarrollo urbano de la capital tuvieron su máxima expresión en la década del 70 del siglo pasado. En los censos de ese momento, se presenta como una ciudad joven. Hacia finales del siglo, las poblaciones inmigrantes se radicarían en la periferia de la ciudad y por el contrario, los mayores de sesenta y cinco años se habían duplicado, llegando a ser más de medio millón.

Madrid, como España en general, ha sido hasta el último cuarto del siglo XX una jurisdicción pobre, con muchísimo atraso y pobreza con severas consecuencias para su población. Sin embargo, y como bien mucho tiempo más tarde se puede observar en Latinoamérica, Madrid ha envejecido.

El envejecimiento de la población de Madrid es un hecho palpable en sus calles, sin embargo para Jiménez y Vinuesa Angulo⁸⁷ son los inmigrantes quienes aportan la

⁸⁶ Instituto Nacional de Estadística (INE) 2012

⁸⁷ Jiménez A. M., Vinuesa Angulo J. et al. Los desequilibrios y reequilibrios intraurbanos en Madrid: Diagnóstico 2012. Barómetro de la economía de la ciudad de Madrid 4º trimestre 2012. Disponible a noviembre 2013 en http://www.uam.es/personal_pdi/filoyletras/juvian/publicaciones.htm

característica distintiva que se deja ver en los indicadores de esa ciudad: especialmente presente en la llegada a la edad de jubilación de las generaciones que protagonizaron las migraciones de los sesenta con altos porcentajes de nacidos en otras regiones de España y el mundo.

No es posible, terminar de describir brevemente Madrid sin hacer mención a un hecho que para el grupo de estudio es característico en toda España: Una parte importante de los adultos mayores de esa ciudad han vivido durante la guerra civil española, un conflicto social, político, militar y económico que se desató en España a mediados de 1936 y que terminó iniciado 1939 con el establecimiento de la dictadura de Francisco Franco, la que duró hasta 1975. Son reconocidas las consecuencias que la guerra civil española ha tenido en la historia de ese país: además de su dramatismo y duración, el aumento de la mortalidad y descenso de la natalidad, el retraso cultural y económico de ese país, huellas todas que se perpetuaron hasta poco antes de terminar el siglo XX. Estas personas ocupan hoy los estratos correspondientes a las edades más avanzadas. Luego, ya en edades más jóvenes dentro del grupo se encuentran nacidos en otras partes del mundo y son producto del fenómeno migratorio que vivió la ciudad de Madrid.⁸⁸

⁸⁸ Observatorio de Inmigración. Centro de Estudios y Datos. (2010) Informe demográfico de la población extranjera en la Comunidad de Madrid. Enero 2010. Comunidad de Madrid.

IV.III.I Comparación de características generales

a) edad y sexo

Madrid presenta una estructura fuertemente envejecida: el 18.8 de su población tiene 65 años y más, y si se incluye en el análisis al grupo de reemplazo, el indicador se eleva de modo que 24 cada 100 residentes de la ciudad de Madrid tiene 60 años o más.

Con respecto a la población activa⁸⁹, Buenos Aires y Madrid no presentan indicadores muy diferentes: 24.4 y 26.8 informa el indicador de dependencia potencial por la edad. Donde sí es notable la diferencia es en relación a los niños menores de 15 años, en Ciudad de Buenos Aires aún se observa cierta paridad, pero en el caso de la capital española, cada 100 niños hay 137 personas mayores. No hay niños en la capital Española.

Cuadro 61. Composición de la población según grandes grupos de edad.
Buenos Aires - Madrid.

Edad	Buenos Aires	Madrid
0-14	16.3	13.4
15-64	67.2	68.3
65 y más	16.4	18.8
Total	100.0	100.0
60 años y más	20.6	24.0

Elaboración propia en base a información del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid y del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)

⁸⁹ Potencialmente activa por la edad, es decir de 15 a 64 años.

Cuadro 62. Razón de envejecimiento y Razón de dependencia potencial por la edad en Adultos Mayores. Buenos Aires – Madrid.

Indicador	Buenos Aires	Madrid
Razón de envejecimiento ⁹⁰	100.3	136.8
Razón de dependencia potencial por la edad en Adultos Mayores ⁹¹	24.4	26.8

Elaboración propia en base a datos publicados por INDEC y el Instituto Nacional de Estadística (INE) España.

Madrid comparte con Buenos Aires, el hecho de tener un grupo de personas mayores envejecido en su interior y presenta un porcentaje mayor en los últimos tramos de edad. Aproximadamente a partir de los 75 años comienza a notarse un leve pero mayor envejecimiento de la cúspide en esa ciudad española.

Cuadro 63. Porcentaje de población de 60 años y más según grupos de edad. Buenos Aires – Madrid.

Edad	Buenos Aires	Madrid
60-64	24.3	21.4
65-74	37.3	36.7
75-84	27.4	30.7
85 y más	11.0	11.2
Total	100.0	100.0

Elaboración propia en base a datos publicados por INDEC y el Instituto Nacional de Estadística (INE) España.

Buenos Aires presenta una población mayor más femenina que la de Madrid, dato sumamente llamativo, puesto que el envejecimiento de la ciudad española es mayor y la bibliografía establece que es la feminización una característica del envejecimiento. Claramente son dos poblaciones con mayoría femenina, sin embargo con diferencias notables que aparecen a través del indicador Índice de Masculinidad. Al respecto, si bien entre los adultos mayores porteños la explicación se basa en la sobre

⁹⁰ Razón de envejecimiento=Población de 65 años y más / Población de 0 a 14 años * 100.

⁹¹ Razón de dependencia potencial por la edad en Adultos Mayores = Población de 65 años y más / Población de 15 a 64 años * 100.

mortalidad masculina a edades más jóvenes, en el caso de Madrid la relativamente alta proporción de varones podría deberse a que aún conserva características de ciudad que ha recibido gran cantidad de inmigrantes.

Cuadro 64. Índice de masculinidad según edad. Buenos Aires – Madrid. Año 2010

Edad	Buenos Aires	Madrid
60-64	75.3	78.1
65-69	70.9	76.1
70-74	64.5	70.7
75-79	58.4	66.7
80-84	48.0	56.1
85-89	40.6	44.7
90-94	30.3	32.5
95-99	21.0	25.9
100 y más	18.9	22.1
Total	61.3	66.4

Elaboración propia en base a datos publicados por INDEC y el Instituto Nacional de Estadística INE) España.

b) Nivel de instrucción

Uno de los rasgos que llama la atención sobre las personas mayores de Madrid es el alto porcentaje de personas con bajo nivel de instrucción. Considerando a quienes no saben leer/escribir y a quienes sólo han terminado los estudios primarios, Madrid ostenta un indicador con niveles de 33 y 37 % en varones y mujeres respectivamente con bajo nivel de educación alcanzado.

Son valores diferentes a los encontrados en ciudad de Buenos Aires y más aún si se los compara por grupos de edad. Esto es evidencia acerca de las condiciones de pobreza en las que estas cohortes han desarrollado su ciclo vital y a pesar de los cuales han logrado llegar a edades avanzadas, pero que los posiciona con una singular e importante brecha en comparación a las personas mayores de otras capitales europeas.

El nivel de instrucción es relevante porque es un condicionante de la salud con una presencia tan grande y duradera en las poblaciones que impacta a lo largo de todo el ciclo vital de las personas, en todos los ámbitos de relaciones, en la probabilidad de enfermar, acceder a sistemas de atención de la salud y también de morir.

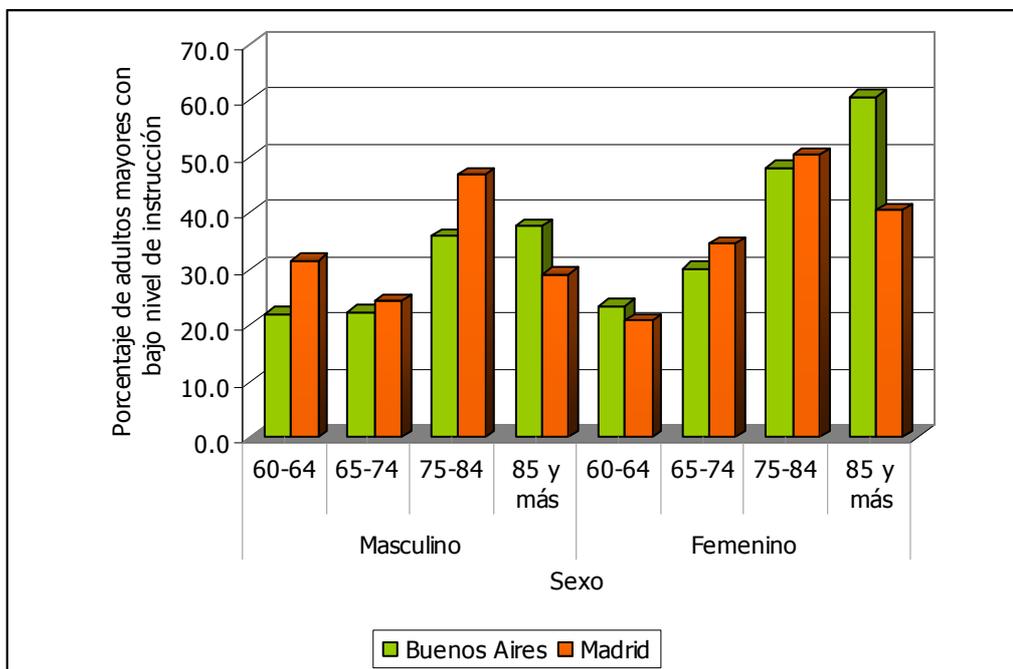
El cuadro 65 permite aventurar el impacto de las condiciones en que han vivido estas cohortes. En ambas ciudades, las edades mayores reúnen el mayor porcentaje de personas con bajo nivel de instrucción. Los varones porteños muestran ventaja respecto del indicador y mientras en Buenos Aires, la información sugiere cierta asociación entre la edad y la instrucción alcanzada, en Madrid los grupos de inicio y final de la serie no parecerían acompañar este movimiento.

Cuadro 65. Adultos Mayores sin instrucción o con bajo nivel educativo alcanzado según sexo y edad. Buenos Aires – Madrid.

Sexo/Edad	Buenos Aires Madrid	
	Aires	Madrid
Masculino		
60-64	22.0	31.5
65-74	22.3	24.2
75-84	35.9	46.7
85 y más	37.6	29.0
Total	27.4	33.1
Femenino		
60-64	23.4	20.7
65-74	30.1	34.5
75-84	48.0	50.3
85 y más	60.7	40.4
Total	37.4	37.4

Elaboración propia en base a datos de la EAH 2010 y a la Encuesta Española de Salud 2011

Gráfico 10. Porcentaje de Adultos Mayores sin instrucción o con bajo nivel educativo alcanzado según sexo y edad. Buenos Aires – Madrid.

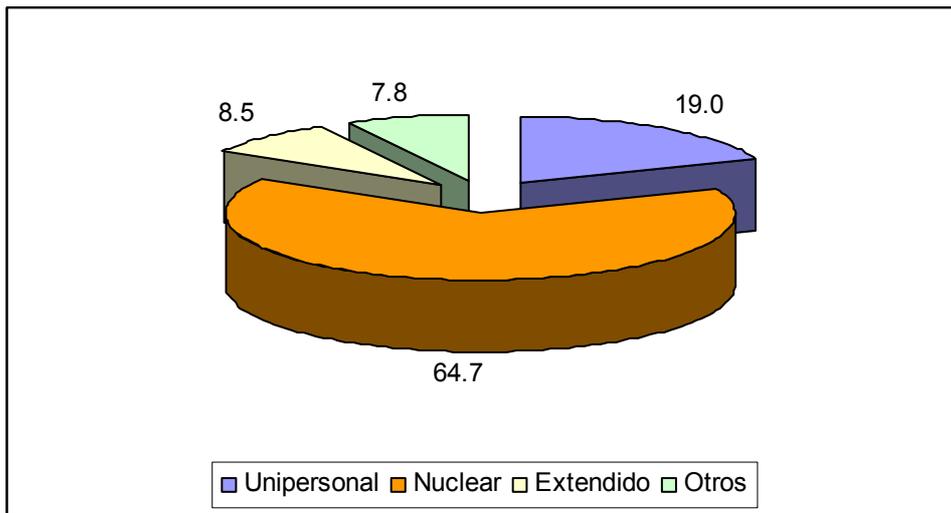


Elaboración propia en base a datos de la EAH 2010 y a la Encuesta Española de Salud 201

c) Los Hogares

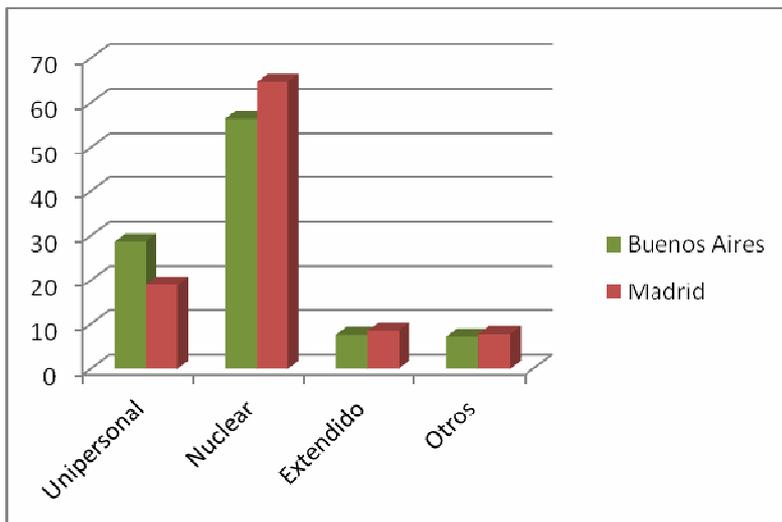
En cuanto al tipo de hogar, aunque en ambas ciudades la forma nuclear es la que tiene mayor presencia en los grupos, el extendido tiene más peso entre las personas mayores madrileñas y el nuclear se destaca en Buenos Aires. El desafío frente a esto, es analizar cómo la sociedad puede dar una respuesta organizada en servicios de salud y cuidados a personas que viven o con otra persona mayor o solas.

Gráfico 11. Adultos mayores según tipo de hogar. Madrid.



Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Española de Salud 2011.

Gráfico 12. Adultos mayores según tipo de hogar. Buenos Aires – Madrid



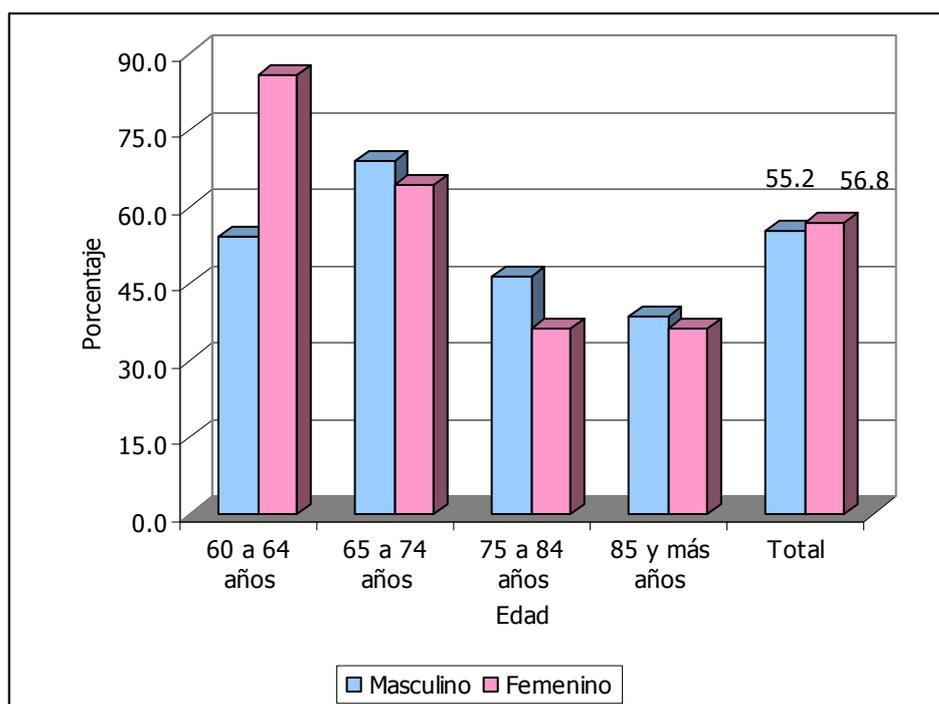
Elaboración propia en base a datos de la EAH 2010 y a la Encuesta Española de Salud 2011

IV.III.II Comparación del estado de Salud

Las personas mayores de Madrid evalúan peor su salud que sus pares porteños. Esta afirmación es posible verificarla a través de la Encuesta Española de Salud del año 2011, según la cual sólo el 56.2 % de los adultos mayores expresaron que su salud es muy buena o buena. Pero ¿qué comportamiento tiene el estado de salud en relación a la edad? ¿Los varones se perciben mejor o peor que las mujeres?

En líneas generales, las mujeres tienen mejor estado de salud, pero esto es a expensas del único grupo donde las mujeres evidencian esto que es entre los 60 y 64 años. En el resto de las edades, las mujeres perciben su salud peor que la de los hombres.

Gráfico 13. Porcentaje de adultos mayores con buen estado de salud según edad y sexo. Madrid. Año 2011



Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Española de Salud 2011

Entre los adultos mayores madrileños, la proporción de personas con buen estado de salud es más baja en todas las edades con respecto a Buenos Aires, y se verifica tanto en varones como en mujeres. Un grupo de edad entre éstas llama la atención y es el de 60 a 64 años, donde la proporción de mujeres con buen estado de salud es similar en ambas ciudades. En ambas jurisdicciones el buen estado de salud

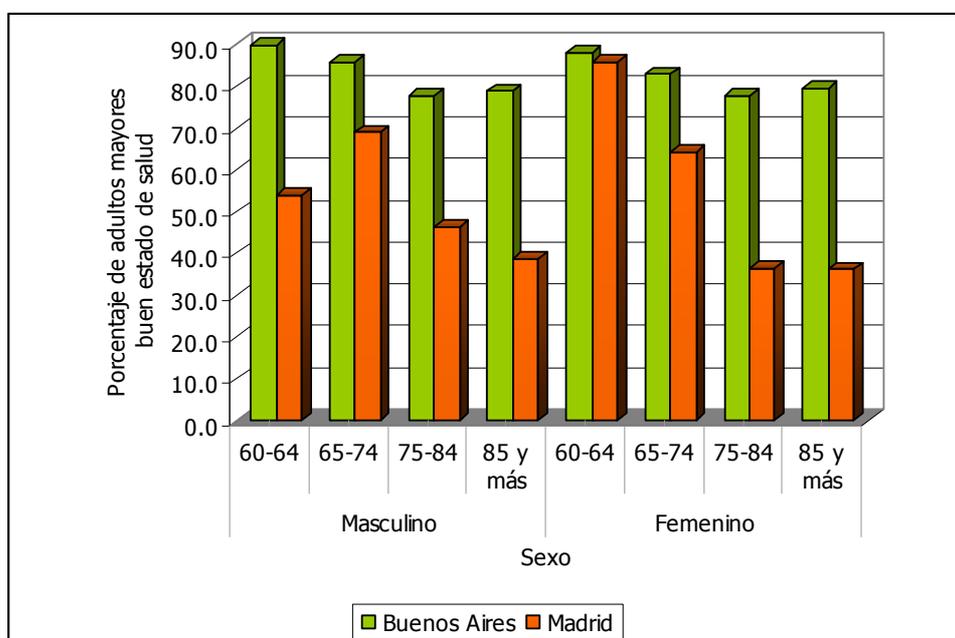
disminuye a medida que avanza la edad. (Cuadro 66). La medición del estado de salud es muy complejo y con múltiples facetas, y no es posible establecer una respuesta única acerca del por qué esta diferencia.

Cuadro 66. Porcentaje de adultos mayores con buen estado de salud según edad y sexo. Buenos Aires – Madrid

Buenos Aires		
Sexo/edad	Aires	Madrid
Masculino		
60-64	89.9	54.0
65-74	85.9	68.9
75-84	77.9	46.3
85 y más	79.0	38.7
Femenino		
60-64	88.2	85.8
65-74	82.9	64.2
75-84	77.7	36.4
85 y más	79.6	36.2

Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2011 y a la Encuesta Española de Salud 2011

Gráfico 14. Porcentaje de Adultos Mayores con buen estado de salud según edad y sexo. Buenos Aires- Madrid



Elaboración propia en base a datos de la EAH 2010 y a la Encuesta Española de Salud 2011

a) Problemas relacionados con la pérdida de autonomía

En relación a los problemas relacionados con la pérdida de autonomía, los adultos mayores de Madrid presentan mayores prevalencias en las tres áreas. Con grandes diferencias en todas ellas respecto de Buenos Aires, la que más llama la atención es la relacionada al cuidado personal (asearse, vestirse, comer en forma autónoma).

Cuadro 67. Porcentaje de adultos mayores con problemas relacionados con la pérdida de autonomía según área de dificultad. Buenos Aires - Madrid

Área de dificultad	Buenos Aires	Madrid
Movilidad	23.6	31.0
Cuidado personal	1.8	13.2
Actividades instrumentales	11.3	18.0

Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2011 y a la Encuesta Española de Salud 2011

Tal como se observó en Buenos Aires, también en Madrid la pérdida de autonomía para realizar tareas de autocuidado impacta sobre las personas disminuyendo su estado de salud. Si bien en proporciones importantes a partir de los problemas de movilidad expresan un buen estado de salud, éste disminuye notoriamente en el caso de Madrid cuando los inconvenientes se nuclean en torno a las actividades instrumentales y de cuidado personal. Llama la atención que teniendo problemas de relación con el entorno (actividades instrumentales) un tercio de las personas mayores evalúen como buena su salud, presentando un contraste tan fuerte con la capital española. Evidentemente otros factores están influyendo en el grupo de Buenos Aires para que gocen de buena salud en la medida señalada (Cuadro 68).

Cuadro 68. Porcentaje de adultos mayores con buen estado de salud según área de dificultad. Buenos Aires - Madrid

Área de dificultad	Buenos Aires	Madrid
Movilidad	42.9	30.8
Cuidado personal	18.1	11.2
Actividades instrumentales	33.0	10.5

Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2011 y a la Encuesta Española de Salud 2011

b) Problemas de salud crónicos

En cuanto a la tríada hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes, ya analizada para la ciudad de Buenos Aires, los adultos mayores de Madrid presentan prevalencias más bajas en relación a los factores de riesgo y un nivel mayor en el caso de la diabetes.

Cuadro 69. Prevalencias de problemas crónicos seleccionados. Buenos Aires – Madrid

Problema	Buenos Aires	Madrid
Hipertensión	56.4	44.4
Hipercolesterolemia	40.2	28.8
Diabetes	14.7	18.1

Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2011 y a la Encuesta Española de Salud 2011

A igual que en Buenos Aires, los llamados factores de riesgo no alteran la percepción del estado de salud de las personas mayores en Madrid (Cuadro 70). Estos ya presentaban una proporción menor de personas que autodefinieron su salud como buena. No extraña entonces encontrar valores bajos, pero la similitud que tiene con Buenos Aires es que la superposición de problemas es lo que lleva a que las personas mayores expresen que tienen mala salud. En sí, tener una y hasta dos enfermedades o padecimientos crónicos (hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes) no estaría afectando el estado de salud general de las personas. Si bien se desconocen los motivos que subyacen bajo esta relación, temas relacionados a polimedicación y cantidad de visitas médicas, podrían estar influyendo.

Cuadro 70. Porcentaje de adultos mayores con buen estado de salud según cantidad de problemas crónicos. Buenos Aires-Madrid

Número de problemas crónicos	Buenos Aires	Madrid
Uno	69.7	54.0
Dos	69.9	52.3
Tres	36.7	17.3

Elaboración propia en base a datos de la ENFR 2011 y a la Encuesta Española de Salud 2011

IV.III.III Comparación de la mortalidad

El primer dato sobre el fenómeno de las defunciones es acerca de que Buenos Aires presenta para los adultos mayores un número mayor de defunciones. (Cuadro 71). A este exceso abonan las mujeres, pues entre los varones sobresalen los madrileños.

Cuadro 71. Defunciones de Adultos mayores según sexo. Buenos Aires – Madrid

Sexo	Defunciones	
	Buenos Aires	Madrid
Masculino	10955	11130
Femenino	15720	12733
Total	26678	23863

Elaboración propia en base a datos de la DGEyC e INE⁹².

A grandes rasgos, ambas ciudades comparten un mismo perfil de causas que caracterizan el fenómeno y son propias de las poblaciones con un importante nivel de envejecimiento, con un peso importante de las enfermedades circulatorias. Los tumores tienen un peso más que importante en Madrid y explican más de la cuarta

⁹² El análisis de la mortalidad se realizó a partir de la base de datos de Mortalidad de la Ciudad provista por la Dirección General de Estadística y Censos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires DGEyC y de información publicada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de Madrid. Disponible a diciembre 2013 en <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

parte de las defunciones. En Buenos Aires las defunciones encontradas por causas respiratorias, genitourinaria e infecciosas (esta últimas prácticamente triplican su participación en relación a la ciudad española) sugieren la necesidad de profundizar el análisis por causas por un lado y la certificación de causas de muerte por el otro (Cuadro 72).

Cuadro 72. Proporción de defunciones según causas⁹³. Buenos Aires – Madrid

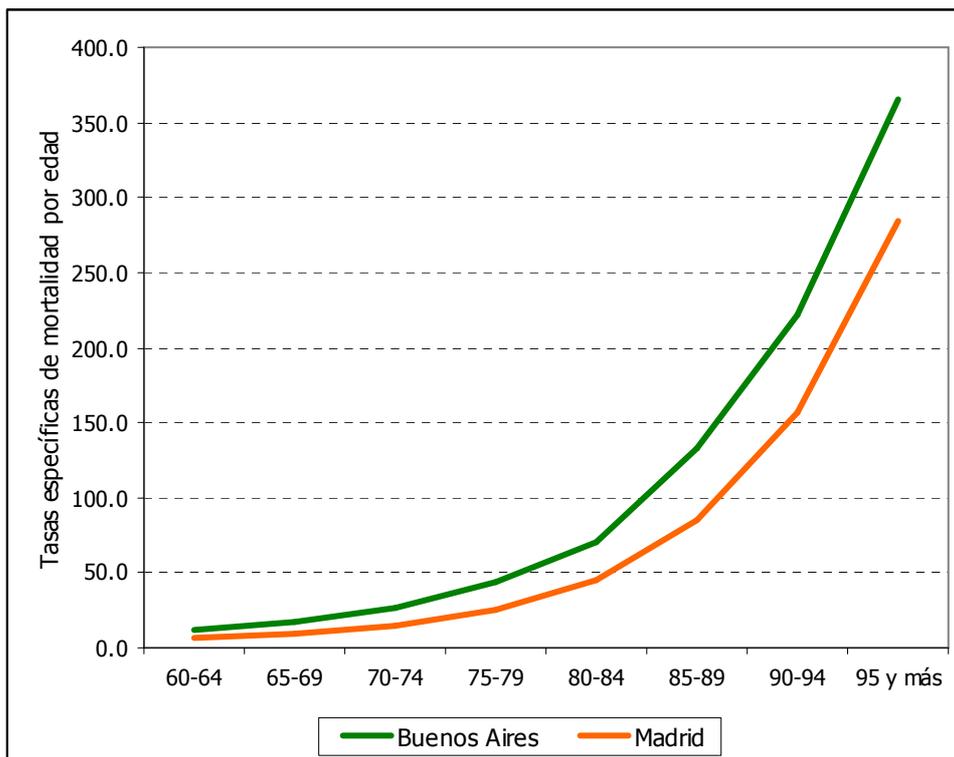
Causas	Buenos Aires	Madrid
Circulatorias	39.7	34.3
Respiratorias	22.1	14.8
Tumores	19.8	27.0
Sistema genitourinario	5.4	3.0
Infecciosas	3.7	1.3
Digestivas	2.9	5.5
Otras causas	6.3	14.0
Total	100.0	100.0

Elaboración propia en base a datos de la DGEyC e INE.

En relación a la población, el grupo de Buenos Aires presenta tasas más altas y por tanto mayor riesgo de morir que los residentes de Madrid. Como puede observarse en el siguiente gráfico, la curva que se origina a través de las tasas de mortalidad específicas por edad en todo momento están despegadas y la de Buenos Aires con una altura mayor en todo su recorrido. La imagen es en esencia contundente: los porteños se mueren más y en edades más tempranas, es decir no se trata sólo de mayores números absolutos, sino de riesgo, de exposición a factores, mecanismos, condiciones cuyos efectos dan por resultado estas defunciones.

⁹³ Causas agrupadas en Capítulos según CIE 10ª Revisión.

Gráfico 15. Tasas específicas por edad. Buenos Aires – Madrid



Elaboración propia en base a datos de la DGEyC e INE

El mayor riesgo específico por edad y sexo se detalla en el cuadro 73. La mayor distancia se encuentra entre las mujeres de ambas ciudades. En el caso de éstas, llama la atención el grupo entre 60 y 74 años con una sobremortalidad en Buenos Aires que duplica con creces la de Madrid. En relación a los varones, el riesgo es a todas las edades mayor entre los porteños aunque con distancias no tan marcadas.

Cuadro 73. Tasas específicas por edad y sexo en adultos mayores.

Buenos Aires - Madrid

Edad	Masculino		Femenino	
	Buenos Aires	Madrid	Buenos Aires	Madrid
60-64	15.2	9.3	7.5	4.1
65-69	22.1	13.6	11.2	5.4
70-74	36.4	21.2	18.4	8.5
75-79	55.4	36.5	32.9	17.1
80-84	85.2	64.2	57.4	36.0
85-89	145.8	116.7	115.5	73.6
90-94	232.6	208.5	202.6	152.5
95 y más	364.1	342.4	365.9	283.2
Tasas específicas por sexo	46.0	35.5	40.5	26.9

Elaboración propia en base a datos de la DGEyC e INE

IV.III.IV Brechas de Mortalidad

La decisiva diferencia en los niveles de la mortalidad entre estas jurisdicciones, requiere de la cuantificación e identificación de los excesos en la mortalidad para poder discriminar si realmente los adultos mayores porteños se enferman y mueren más y prematuramente.

A fin de establecer la magnitud de esta diferencia se presenta la Razón Estandarizada de Mortalidad (REM). Este es un indicador privilegiado, de enorme valor, para señalar muertes que no tendrían que haberse producido. En otras palabras: orienta la mirada hacia las inequidades en salud.

La información que brinda la Razón Estandarizada de Mortalidad indica que si los porteños tuviesen el riesgo de morir de los madrileños, se morirían menos. Aquí realmente es donde se dimensiona, que este final inevitable de los recorridos vitales tiene la posibilidad de mostrar inequidades aún en el último de sus resultados, o como suele mencionarse en el peor resultado en salud.

Cuadro 74. Diferencias en mortalidad y Razón Estandarizada de Mortalidad (REM) según edad. Buenos Aires respecto de Madrid.

Edad	Diferencia	REM
60-64	680	171,0
65-69	410	125,6
70-74	445	119,9
75-79	1326	152,7
80-84	1964	161,0
85-89	2364	169,0
90-94	1265	153,4
95 y más	991	210,3
Total	9447	154,8

Elaboración propia en base a datos de la DGEyC e INE

Las muertes producidas en exceso se verifican en ambos sexos y en todo el recorrido de las edades. Los valores son más altos en las mujeres con especial concentración en las más jóvenes del grupo (Cuadro 75). ¿Cuáles son los mecanismos y los

condicionantes que se expresan en esas 110 defunciones de más que ocurren en mujeres jóvenes?

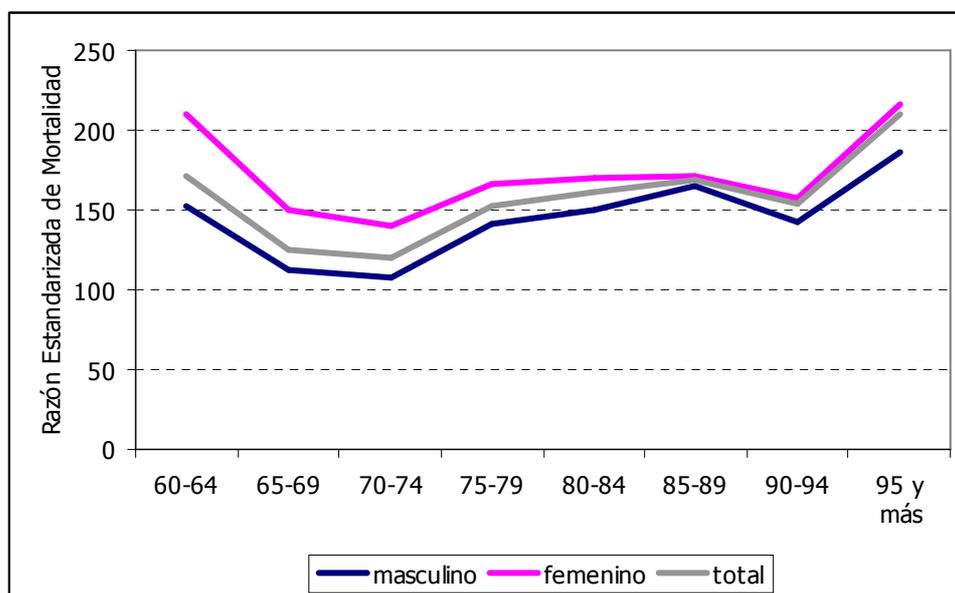
Cuadro 75. Razón Estandarizada de Mortalidad (REM) según edad y sexo. Buenos Aires respecto de Madrid.

Edad	Masculino	Femenino
60-64	152.2	210.6
65-69	112.8	149.4
70-74	107.6	140.5
75-79	140.9	166.5
80-84	149.9	169.9
85-89	164.5	171.4
90-94	142.1	157.8
95 y más	186.4	216.0
Total	138.5	168.7

Elaboración propia en base a datos de la DGEyC e INE

Las curvas presentadas en el gráfico 16 muestran de manera rotunda la brecha que existe entre Buenos Aires y Madrid. Tanto la del sexo masculino, femenino y la total siguen la misma tendencia, lo cual lleva a pensar que entre los adultos mayores porteños hay una incidencia mayor en las edades tempranas de problemas que llevan a que ocurran estas defunciones. Nuevamente resuena el interrogante acerca de los condicionantes de la salud y los factores de riesgo y su conjunción caracterizando la mortalidad diferencial entre Buenos Aires y Madrid.

Gráfico 16. Razón Estandarizada de Mortalidad según edad y sexo.
Buenos Aires respecto de Madrid.



Elaboración propia en base a datos de la DGEyC e INE

¿Cuáles son los problemas donde se concentran estos excesos?

En relación a las causas, los mayores aportes en número de muertes excedentes corresponden a las enfermedades circulatorias: la insuficiencia cardíaca y el infarto agudo de miocardio, las neumonías como enfermedades del sistema respiratorio y las septicemias son también diagnósticos que se destacan por la sobreabundancia de defunciones en Buenos Aires. En tanto que diagnósticos como las enfermedades cerebrovasculares, diabetes y otras enfermedades isquémicas del corazón muestran resultados favorables para las personas mayores de esta ciudad.

Estos hallazgos (Cuadro 76) validan las altas prevalencias en materia de hipertensión arterial e hipercolesterolemia auto reportadas por los adultos mayores en Buenos Aires. En el caso de la Diabetes, donde la información señala un ahorro en defunciones también se condice con la mayor prevalencia encontrada en Madrid. Una mención especial merecen las defunciones por septicemia: no es considerada un diagnóstico final de defunción, una causa *persé*, sino que está asociada a problemas de calidad de atención en salud, lo que posiciona a la capital argentina en una situación de extrema gravedad en materia de equidad en atención de la salud.

Cuadro 76. Defunciones observadas en la Ciudad de Buenos Aires y esperadas según tasas de Madrid en causas seleccionadas. Buenos Aires respecto de Madrid.

Causas	Defunciones		Diferencia	REM
	Observadas	Esperadas		
Circulatorias	10577	5917	4660	178.8
Infarto agudo de miocárdio (IAM)	2480	1165	1315	212.8
Otras enfermedades isquémicas del corazón ⁹⁴	599	716	-117	83.7
Insuficiencia cardíaca	3755	1109	2646	338.7
Enfermedades cerebro vasculares ⁹⁵	1100	1428	-328	77.0
Respiratorias	5902	2495	3407	236.5
Neumonía	2531	672	1859	376.5
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores ⁹⁶	392	704	-312	55.7
Insuficiencia respiratoria	523	185	338	282.7
Genitourinarias	1451	513	938	282.7
Enfermedades del riñón y del uréter ⁹⁷	714	369	345	193.7
Infecciosas	998	229	769	859.0
Septicemia	942	97	845	968.0
Endócrinas	455	398	57	114.2
Diabetes	47	319	-272	14.7

Elaboración propia en base a datos de la DGEyC e INE

Al interior de Buenos Aires es posible también con esta metodología señalar diferencias en mortalidad. A fin de mostrar cómo se distribuyen los excesos de mortalidad en la Ciudad, se aplicaron las tasas de Madrid a cada una de las zonas de Buenos Aires⁹⁸. Como no podía ser de otro modo, lamentablemente, las brechas en mortalidad son más grandes en la zona sur. Es impresionante cómo coincide la información en señalar el espacio geográfico donde se reúnen mayores inequidades respecto de otros.

⁹⁴ Otras enfermedades isquémicas del corazón incluye: Angina de pecho, Infarto subsecuente del miocardio, complicaciones posteriores al IAM e isquémicas crónicas.

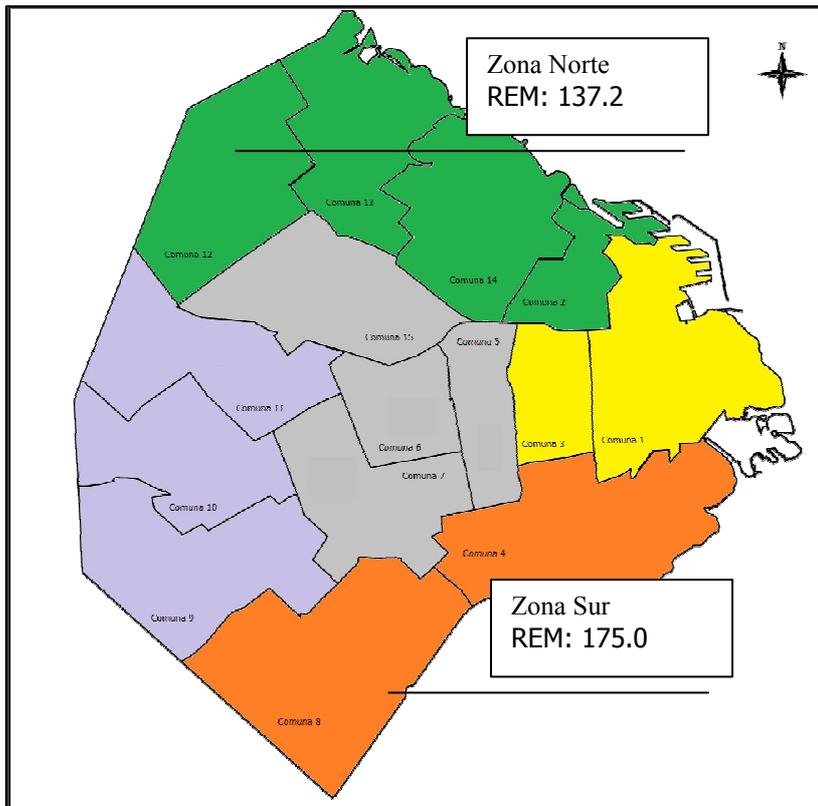
⁹⁵ Enfermedades cerebro vasculares incluye: hemorragias intracraneales no traumáticas, infarto cerebral, accidente vascular encefálico agudo no clasificado en otra parte y secuelas de enfermedad cerebro vascular.

⁹⁶ Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores incluye: bronquitis crónica, enfisema y bronquiectasia. Excluye el Asma y sus estados.

⁹⁷ Enfermedades del riñón y del uréter incluye: enfermedades glomerulares, enfermedad renal tubulointersticial, insuficiencia renal y litiasis urinaria.

⁹⁸ Esta zonificación ya fue presentada en otros apartados de esta tesis y fue realizada en base a la división por Comunas de la Ciudad.

Mapa. Razón Estandarizada de Mortalidad (REM) según zonas de la Ciudad.
Buenos Aires respecto de Madrid.



Elaboración propia en base a datos de la DGEyC e INE

Observaciones sobre la comparación Buenos Aires-Madrid

- Aunque Madrid está más envejecida, el grupo de Buenos Aires se encuentra más feminizado.
- Respecto de los condicionantes de la salud, las personas mayores de la capital española presentan un menor nivel educativo, aunque en ambos grupos el indicador disminuye su nivel a medida que avanza la edad.
- Entre los porteños hay mayor proporción de personas viviendo solas. Aunque ambos grupos coinciden en las formas de hogar nuclear y unipersonal como las más importantes, los hogares extendidos tienen mayor peso proporcional en Madrid.
- En relación al estado de salud se encontró una diferencia a favor de Buenos Aires: hay aquí una importante proporción de adultos mayores con buena o muy buena salud.
- En las dos poblaciones, la percepción de buena salud se ve alterada en la medida que aparecen problemas de pérdida de autonomía o que se agregan problemas crónicos como hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes.
- Respecto de éstos, los adultos mayores porteños presentan mayores prevalencias de hipertensión e hipercolesterolemia.
- Los madrileños reportan mayor peso de los problemas relacionados con la pérdida de autonomía.
- A pesar de la importante proporción de personas mayores que expresan sentirse bien, Buenos Aires presenta un abrumador exceso de mortalidad respecto de Madrid. Esto se verifica en cada segmento etario de la población analizada y en ambos sexos, aunque las mujeres presentan mayores diferencias.
- Del análisis de las causas surge que las diferencias podrían estar relacionadas con factores de riesgo ya analizados y con fuerte presencia entre los adultos mayores de Buenos Aires: hipertensión e hipercolesterolemia. Otro importante número de defunciones se corresponden con posibles fallas en la calidad de atención médica, tal el caso de las septicemias.

COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES FINALES

Los resultados de este trabajo de tesis muestran que los adultos mayores de Buenos Aires gozan de buena salud en su gran mayoría, o al menos es esto lo que sorprendentemente reportan: se sienten bien. Esta percepción contradice la expectativa social negativa y hasta penosa respecto a estas personas que aún impera en nuestras sociedades.

En una población fuertemente envejecida y con una longevidad que se vaticina creciente, esta percepción de buena salud es trascendente ya que instala la posibilidad de encarar el fenómeno del envejecimiento con una visión diferente. Esto a su vez alimenta una nueva visión del adulto mayor, en un continuo con su ciclo de vida, en sus entornos habituales, asumiendo roles activos en contextos de participación familiar y social. Contrariamente, la imagen negativa de la vejez se sustenta fundamentalmente en la mirada sobre las enfermedades y padecimientos más que en los demás aspectos de las condiciones de vida.

Además, las personas que en edades extremas expresan mayoritariamente tener buena salud invitan a reflexionar acerca del optimismo y de la sensación de triunfo de estar cumpliendo el anhelo de "vivir muchos años" "vivir lo más que se pueda".

Las personas mayores de Buenos Aires no sólo expresan en importante medida sentirse bien, sino que además el tener problemas de salud no modifica en la mayor parte de las veces esta percepción. Una persona mayor se define como sana aunque tenga algún padecimiento crónico. Esto confirma que la salud no puede ser pensada ya como ausencia de enfermedad, sino como bienestar, satisfacción, capacidad funcional autónoma en el contexto social de pertenencia.

Los resultados y la literatura sugieren que esta percepción positiva puede vincularse a condiciones que le otorgan a las personas un razonable control sobre las

circunstancias de la propia vida⁹⁹ y por tanto una sensación de seguridad que tiene saludables consecuencias para las personas, al punto de ser crecientemente consideradas como un determinante importante para la salud. En torno a los condicionantes, hay sobrada evidencia de que el nivel educativo aporta fuertemente a esas condiciones y que abona al buen estado de salud, como se también se observa en los resultados de esta tesis.

Siguiendo la línea de análisis que propone que los arreglos residenciales tienen un efecto directo sobre la calidad de vida y el bienestar de las personas, y que más aún en algunos sectores sociales constituyen una estrategia altamente valorada para la solución de problemas cotidianos¹⁰⁰, podría inferirse que quienes viven en hogares nucleares al concentrar la menor proporción de personas mayores que reportaron mala salud poseen un factor más que confirma que viven en cierto modo con bienestar.

Asimismo, la elevada cobertura de salud de los adultos mayores enmarcado en un sistema solidario puede ciertamente contribuir a esa vivencia de seguridad. Estos son factores inherentes a las políticas de protección y se corresponden con el rol del Estado.

Un buen estado de salud pareciera que sólo se altera con el padecimiento de enfermedades fuertemente limitantes, tal el caso del Asma, frente a la agregación de problemas o cuando la pérdida de autonomía afecta el cuidado personal. Pero no es así frente a numerosos problemas de salud o factores de riesgo que han mostrado una alta prevalencia en este estudio.

En relación a la enfermedad, las personas mayores son lábiles a las internaciones con una tendencia muy marcada desde los 75 años edad a partir de la cual se observa un aumento de la tasa de internación. La peor consecuencia la encuentran allí: la muerte, asociada a la edad y a la letalidad. Dos terceras partes de la

⁹⁹ Wilkinson Richard y Marmot Michael (2003) Los determinantes sociales de la salud, Los hechos probados. Organización Mundial de la Salud. Disponible a Diciembre 2013 en <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y-atencion-primaria-de-salud/otros-recursos-1/lecturas/bloque-ii/Hechos%20probados.pdf>

¹⁰⁰ Saad, Paulo (2005) Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: Arreglos residenciales y transferencias informales. Disponible a septiembre 2013 en: www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/25874/lcg2276-P5.pdf

mortalidad ocurren en instituciones de salud y en sus motivos se reconocen muchos de los factores con los que convivieron: hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes y problemas respiratorios.

La gran paradoja que surge de los resultados de esta tesis es que a pesar de sentirse con buena salud, los adultos mayores presentan un extraordinario exceso de muertes. Estas muertes en exceso son evitables, porque Buenos Aires puede perfectamente tener el riesgo de morir de Madrid, y señalan un gravísimo e injusto desenlace.

Las enfermedades responsables de estas brechas son por un lado las cardiovasculares, en cuya producción se reconocen factores de riesgo de mayor prevalencia en los porteños, como la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia (además de otros factores no estudiados en este trabajo de tesis como el sedentarismo y la dieta). Por otro lado, fue posible reconocer en este trabajo importantes excesos de muerte que refieren a causas relacionadas con la atención médica, como la septicemia.

El bienestar y la salud en los adultos mayores abarcan aspectos que trascendieron a lo largo de todo el ciclo vital y llegan a expresarse en esta etapa de la vida. En esta línea de análisis debe reconocerse la influencia de los modos de vida, la exposición a factores de riesgo, el acceso a servicios de salud, la existencia de redes, la educación y las condiciones de habitabilidad de la vivienda. En esta tesis, fue posible encontrar muestras a través de algunos indicadores que en la Ciudad no todas las personas mayores disfrutaban de las mismas oportunidades de una vida de calidad, con acceso a servicios de salud, buen nivel de educación. Sino por el contrario se han hallado diferencias que señalan a la zona sur de esta jurisdicción como la que reúne población vulnerable, con menos posibilidades de disfrutar de bienestar en la vejez. Estas inequidades se pudieron observar también en la mortalidad. La zona sur se encuentra en situación de desventaja respecto a las demás, sus adultos mayores mueren más jóvenes que quienes viven en otros lugares, tienen mayor riesgo de morir que otros de la misma edad y también se mueren en exceso.

Todo lo dicho hasta aquí se corresponde en gran medida con el perfil del envejecimiento y sus proyecciones en todo el mundo, pero de ninguna manera son aceptables la prematuridad y la inequidad encontradas. Es por ello que las recomendaciones que pueden emanar de este trabajo se relacionan en importante

medida con el llamado a la optimización de oportunidades de elección, participación y mejoramiento general de calidad de vida en este tramo último pero no por ello menos importante de la vida.

Dados los riesgos aumentados de enfermar y morir que tienen las personas que viven solas, pues carecen de su primera red de contención frente a imprevistos o a cuestiones de la vida diaria¹⁰¹, es imperioso avanzar en la implementación de cuidados que permitan evitar o retrasar la pérdida de bienestar, salud y autonomía. Para lograr esto, la protección que tiene este grupo a través de la cobertura sociosanitaria pareciera, justamente por su expansión en la Ciudad, ser la herramienta privilegiada a estos fines.

La mirada sobre los factores de riesgo sugiere la necesidad de actuar decididamente sobre aquellos que inciden mayormente en las edades tempranas para prevenir la aparición de enfermedades o disminuir al máximo el impacto de sus daños.

Otro aspecto que aparece como una instancia a la que los adultos mayores son susceptibles es el de la internación. Por tal motivo, debiera ser valorado adecuadamente a fin de establecer si deben revisarse los criterios de internación y sopesar opciones tales como hospital de día y cuidados domiciliarios, lo que requerirá sin dudas la aparición en escena de nuevos perfiles técnico profesionales, del área de cuidados y de traslado, organización y seguimiento de personas mayores tanto como del desarrollo de nuevas tecnologías.

Mejorar la salud de este grupo poblacional requiere un monitoreo y para ello se debe trabajar en el mejoramiento de las encuestas poblacionales y por otro lado en la optimización de los registros de los distintos prestadores de servicios de salud.

Urge la necesidad de estudiar además y en profundidad el exceso de mortalidad de esta población, fundamentalmente orientado a desentrañar cuáles son las razones que provocan esta inequidad. Es perentoria la elaboración de estrategias para reducir la prevalencia de factores de riesgo y la incidencia de daños futuros que *prima facie* aparecen relacionados con los excesos de mortalidad. Se precisa además avanzar con la aplicación de nuevas técnicas analíticas encaminadas a medir en forma más integral

¹⁰¹ Del Popolo, Fabiana. (2001). "Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. Serie población y desarrollo N° 19 Chile CEPAL Santiago, pp 36. Disponible a Julio 2013 en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/9259/LCL1640.pdf>

los problemas de salud, como las que cuantifican la carga de morbilidad de los adultos mayores integrando en un indicador único las pérdidas por mortalidad y por discapacidad que ocasionan las enfermedades crónico degenerativas. En este sentido, los problemas de calidad de certificación de las causas de muerte constituyen una importante limitación, por lo que resulta de suma importancia encarar las medidas tendientes a su superación.

Si la longevidad se ha instalado en la Ciudad de Buenos Aires como un logro del desarrollo y es un motivo de festejo (cómo no serlo, si es la concreción del deseo de la humanidad entera) el desafío como sociedad será descubrir la manera de velar por un envejecimiento vital físico e intelectual, con oportunidades, participativo, activo y saludable.

ANEXO

Se transcriben a continuación algunos aspectos relevantes de las dos encuestas utilizadas en esta tesis.

Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires 2010

Síntesis metodológica ¹⁰²

1. Objetivo de la EAH

La Encuesta Anual de Hogares (EAH) se propone brindar información sobre la situación socioeconómica de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sus hogares y sus viviendas. La recolección de los datos de los diversos temas que aborda se realiza entre octubre y diciembre de cada año.

2. Áreas temáticas

Se detallan los temas y algunas de las variables incluidas en la EAH 2010:

- . Vivienda y hábitat (tipo de vivienda, acceso a servicios básicos, régimen de tenencia).
- . Hogares y familias (tamaño y composición de los hogares, situación conyugal, arreglos residenciales de niños, jóvenes y adultos mayores).
- . Características demográficas básicas de la población (composición y estructura, migración).
- . Trabajo y empleo (situación de la población en el mercado de trabajo, características ocupacionales).
- . Ingresos.
- . Educación (asistencia al sistema de educación formal, perfil educativo de la población, deserción escolar).
- . Salud (tipo de cobertura, demanda de atención médica y de internación, consumo de medicamentos).

3. Población en estudio

Está constituida por los hogares particulares de la Ciudad de Buenos Aires, quedando excluida la población residente en hogares colectivos, los pasajeros de hoteles turísticos y las personas sin residencia fija. La EAH es un estudio por muestreo, a dos etapas, de viviendas en las que se encuesta la totalidad de los hogares que habitan en ellas.

¹⁰² Disponible en

http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/EAH/sintesis_metodologica/2010_sintesis_metodologica.pdf Última consulta web Julio 2012

Encuesta Nacional de Factores de Riesgo¹⁰³ -ENFR 2009-

Objetivos:

Las enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, lesiones y cáncer) constituyen las causas más importantes de muerte en nuestro país. Para poder realizar actividades de promoción de la salud y prevención de estas enfermedades, es necesario actuar sobre sus determinantes, los llamados factores de riesgo.

Esta Encuesta tiene por objetivos:

- Conocer la distribución de los factores de riesgo en la población de 18 años y más.
- Estimar su prevalencia.
- Determinar el perfil de la población bajo riesgo a través de sus características sociodemográficas, socioeconómicas, educativas y del entorno familiar social.

Relevamiento:

El relevamiento fue ejecutado a través de cada una de las Direcciones Provinciales de Estadística en función de lo establecido por la ley 17.622, que establece la centralización normativa y la descentralización operativa. Se desarrolló en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2009.

Instrumentos de captación y metodología de aplicación En los hogares que habitan las viviendas seleccionadas se aplicó un cuestionario formado por dos bloques:

- Un Bloque del Hogar: destinado a relevar datos sobre condiciones habitacionales, aspectos sociodemográficos, educativos y económicos de todas las personas que conforman el hogar.
- Un Bloque Individual: destinado a relevar datos sobre la situación laboral y de salud general, así como aspectos sobre los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. Este bloque se aplicó a un único componente seleccionado al azar entre los integrantes del hogar que tenían 18 años y más.

¹⁰³ Extraído del Documento para la utilización de la base de datos Usuario.

La selección del encuestado se hizo aleatoriamente aplicando la tabla de selección de Kish.

En el caso de la persona seleccionada, la entrevista fue personal, es decir, debía contestar por sí misma (autoinformante).

BIBLIOGRAFIA

1. Aranibar Paula (2001) Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. SERIE población y desarrollo Nº 21. Santiago de Chile, diciembre 2001. Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP. (Fondo de Población de las Naciones Unidas). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. (CELADE) - División de Población de la CEPAL. Área de Población y Desarrollo del CELADE.
2. Benanch Joan, Mountaner Carles (2005) Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad daña nuestra salud. Barcelona, Editorial Viejo Topo.
3. Bertranou Favio M. (2005) Restricciones, problemas y dilemas de la protección social en América Latina: Enfrentando los desafíos del envejecimiento y la seguridad de los ingresos. Oficina Internacional del Trabajo. Bienestar y política social, México, 2005 V1 N1 jul-dic P35-58
4. Bonita Ruth (1998) Mujeres, envejecimiento y salud. Conservar la salud a lo largo de la vida. Primera edición preparada por Ruth Bonita para la Comisión Mundial sobre la salud de la mujer bajo la dirección del Programa sobre Envejecimiento y Salud. OMS. Ginebra.
5. Cardona D, Peláez E Mortalidad y morbilidad atendida de personas mayores Medellín (Colombia). Disponible a junio 2013 en: digital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/328
6. Casado-Marín D y López-Casasnovas G (2001), "Vejez, dependencia y cuidados de larga duración Situación actual y perspectivas de futuro", Colección Estudios Sociales, Núm. 6, Fundación "La Caixa".
7. CEDEM (2012) Condiciones de vida en la Ciudad de Buenos Aires. Un análisis a partir del Sistema de Canastas de Consumo, 2005-2010. CEDEM, Cuadernos de Trabajo Nº 12. Enero 2012
8. CELADE-UNFPA (2002) Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe. Serie Seminarios y conferencias Nº 30. Santiago de

- Chile, 9 al 12 de diciembre de 2002. Disponible a Julio 2013 en:
http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/2/14182/lcl1995_1.pdf
9. CEPAL CELADE (2009) Observatorio Demográfico. América Latina y el Caribe. Proyecciones de Población. Año IV N° 7. Publicación de las Naciones Unidas / ISBN: 978-92-1-021069-0 ISSN impreso / ISSN printed version: 1990-424X LC/G.2414-P. Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile. Disponible en www.cepal.org/publicaciones/xml/7/38297/OD7_Proyeccion_Poblacion.pdf (Consultado en Abril 2012)
 10. CEPAL CELADE (2010) Población y salud en América Latina y el Caribe, retos pendientes y nuevos desafíos. 2010. Comité especial de la CEPAL sobre Población y Desarrollo- Santiago, Mayo 2010. CEPAL-UN.
 11. Chambres L, Quality Assurance in long-term care: policy, research and measurement. OMS. Paris, France 1983. Citado en: Dependencia de los Adultos Mayores en Chile-Departamento de Estudios y Desarrollo-Superintendencia de Salud-Departamento de Economía de la Salud- MINSAL Marzo 2008, disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articulos-4471_recurso_1.pdf (Consultado en Abril 2012)
 12. Chesnais Jean C. (1986) La transition démographique. Etapes, formes, implications économiques, Cahiers de l'INED, PUF, Paris.
 13. Chesnais Jean C. (1990) El proceso de envejecimiento de la población, CEPAL-CELADE, Santiago de Chile.
 14. Curto Susana I., Veerhselt Yola, Boffi Rolando (2001) La Transición epidemiológica en la Argentina. Contribuciones Científicas GÆA, Sociedad Argentina de Estudios Geográficos, 2001: 239-248.
 15. Del Popolo Fabiana (2001) Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL Área de Población y Desarrollo del CELADE Serie población y desarrollo N° 19. Santiago de Chile, diciembre de 2001. Disponible a Julio 2013 en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/9259/LCL1640.pdf>
 16. Dirección General de Estadística y Censos, GCBA (2013) Condiciones de vida en la Ciudad de Buenos Aires. Sistema de Canastas de Consumo. 2011. Disponible a Septiembre 2013 en

http://www.buenosaires.gob.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/condiciones_vida_2013_001.pdf

17. Dirección General de Estadística y Censos (2008) Encuesta Anual de Hogares de la Ciudad de Buenos Aires. Aspectos referidos a la Salud 2004 – 2005 N° 12 Año 2008. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Impreso por esa Dirección y disponible en web www.buenoaires.gob.ar
18. Frenk, Julio. Frejka, T. Bobadilla, J.L, Stern, C. Lozano R, Sepúlveda, J. José M (1991) La transición Epidemiológica en América Latina Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud, OPS, 111(6): 485-496-dic.1991.
19. Fried LP., Ferrucci L. ,Darer J., Williamson JD., Anderson G. (2004) Aclaración de los conceptos de discapacidad, fragilidad y comorbilidad: Consecuencias del mejoramiento de la selección de objetivos y la atención (Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care) Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES, 3 (59): 255-263.
20. Gallegos Carrillo Katia, García Peña, Carmen, Durán Muñoz, Carlos, et al. (2006) Autopercepción del estado de salud: una aproximación a los ancianos en México. Rev. Saude Pública, 40(5); 792-801. 2006. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n5/08.pdf> Consultado en abril 2012
21. Guzmán José M.(2002) Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. Serie Población y Desarrollo N° 28, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población. Santiago de Chile, mayo de 2002. Disponible a octubre 2013 en: <http://www.facso.uchile.cl/observa/envejecimiento%20y%20desarrollo.pdf>
22. Ham Chande Roberto (2001) Esperanza de vida y expectativas de salud en las edades avanzadas. Estudios Demográficos y Urbanos [en línea] 2001, (septiembre-diciembre) : [fecha de consulta: 30 de enero de 2012] Disponible en:
<<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=31204804>>
ISSN 0186-7210
23. Hoskins Irene; Kalache Alexandre y Mende Susan. (2005) Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. Revista Panamericana de Salud Publica Vol. 17 N° 5/6, Mayo-Junio 2005

24. Huenchuan Sandra (editora) (2009) Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Libros de la CEPAL N° 100. Publicación de las Naciones Unidas. ISBN: 978-92-1-323215-6 LC/G.2389-P N° de venta: S.08.II.G.94 Naciones Unidas, febrero de 2009. Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile.
25. IMSERSO (2005) Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Libro Blanco. Diciembre 2005. Madrid, España. Editado por Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/libro-blanco-dependencia.html> (Consultado en Abril 2012)
26. Insuani, Ernesto A. El Estado de Bienestar Argentino: Un rígido bien durable. Disponible a Julio 2013 en: http://www.catedras.fsoc.uba.ar/isuani/Isuani_EB_Argentino.pdf
27. Irurzun Alejandra M. (1996) La tercera edad en la ciudad de Buenos Aires. Departamento de Análisis Estadístico, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.
28. Jimenez A. M., Vinuesa Angulo J. et al. (2012). Los desequilibrios y reequilibrios intraurbanos en Madrid Diagnóstico 2011. Barómetro de la economía de la ciudad de Madrid 4º trimestre 2012. Disponible a noviembre de 2013 http://www.uam.es/personal_pdi/filoyletras/juvian/publicaciones.htm
29. Lattes, Alfredo E. (1975). El crecimiento de la población y sus componentes demográficos entre 1870 y 1970. En Recchini de Lattes, Z. y Lattes A. E.: (comp.), La población de Argentina. CICRED Series, Buenos Aires.
30. Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC (2005) Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Revista Panamericana de Salud Publica. 2005;17 (5/6):353–61.
31. MINSAL (2008) Departamento de Estudios y Desarrollo-Superintendencia de Salud-Departamento de Economía de la Salud- Dependencia de los adultos mayores en Chile- Disponible en:

- http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4471_recurso_1.pdf
(Consultado en Abril 2012)
32. Monteverde Malena (2004), "Discapacidades de las personas mayores en España: prevalencia, duraciones e impacto sobre los costes de cuidados de larga duración", Tesis Doctoral en Economía, Universidad de Barcelona
 33. Monteverde Malena; Angeletti K. et al. Proyecto: Estimación de Costos globales de la Dependencia en Países Latinoamérica y el Caribe. Banco Interamericano de Desarrollo (BID)-Proyectos de Investigación-Economía del Envejecimiento y Políticas Públicas. Publicada on-line en: <http://hdl.handle.net/10803/1457>
 34. Naciones Unidas (2002) Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002
 35. Observatorio de Inmigración. Centro de Estudios y Datos. (2010) Informe demográfico de la población extranjera en la comunidad de Madrid. Enero 2010. Comunidad de Madrid.
 36. Omran Abdel R. (1972) La transición Epidemiológica. Una teoría de la Epidemiología del cambio Poblacional. Revista Atención Médica, Vol. 1, Número 2, septiembre 1972. Argentina.
 37. Palloni A., Peláez M. (2004) Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento. Universidad de Wisconsin-Madison y Organización Panamericana de la Salud. Disponible a Julio 2013 en <http://www.ssc.wisc.edu/sabe/docs/informeFinal%20EspaNol%20noviembre%202004.pdf>
 38. Pantelides Edith A. (1983) "La transición demográfica argentina: un modelo no ortodoxo", Centros de Estudios de Población, Buenos Aires.
 39. Peláez Martha; Palloni A. (2001) Encuesta multicéntrica Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Oficina Panamericana de la Salud. Informe preliminar 2001.
 40. Peláez Martha (2005) La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas. Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health 17(5/6), 2005
 41. Perez Amador, Julieta; Brenes G. (2006) Una transición en edades avanzadas: cambios en los arreglos residenciales de adultos mayores en siete ciudades latinoamericanas. Estudios Demográficos y urbanos Vol 21 N° 3 (63),

Septiembre-Diciembre 2006 pp.625-661. Disponible a Julio 2013 en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31200303>, ISSN (Versión impresa):
0186-7210 ceddurev@colmex.mx El Colegio de México. México.

42. Pérez Díaz Julio (2000) Envejecimiento poblacional y dependencia. Una perspectiva desde la necesidad de cuidados. II JORNADA GERONTOLÓGICA. RECURSOS ASISTENCIALES "Calidad de vida y Calidad de Servicio en la atención a personas mayores" Pamplona, Miércoles 25 de octubre de 2000 disponible en http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG031_PerezDiaz.pdf (Consultado en Abril 2012)
43. Pérez Díaz Julio (2000) Envejecimiento y esperanza de vida en salud. Ponencia presentada en el 23º Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Barcelona, 8 de junio de 2000. Disponible en http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG014_PerezDias.pdf (Consultado en Abril 2012)
44. Pérez Ortiz, L. (2004). Envejecer en femenino. Algunas características de las mujeres mayores en España. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). NIPO: 209-04-003-0 Depósito Legal: BI-229-04 Imprime: Grafo, S.A.
45. Ramacciotti Karina (2009) La política sanitaria del peronismo. Editorial Biblos, Buenos Aires, Argentina.
46. Redondo Nélica (2007) Estructura de edades y envejecimiento demográfico. En "Población y bienestar en la Argentina. Del primero al segundo centenario". Susana Torrado. Coordinadora. Buenos Aires, EDHASA.
Redondo Nélica. Análisis de las variaciones en la cobertura de jubilaciones, pensiones y de salud de la población de 65 años y más durante el quinquenio 2001-2006, INDEC. Disponible en (Consultado en Abril 2012) <http://www.produccion.fsoc.uba.ar/aepa/xjornadas/pdf/71.pdf>
47. Redondo Nélica; Manzotti M. et al (2010) Los Costos de la Dependencia: Costos y Beneficios de los cuidados domiciliarios en las personas mayores dependientes. Universidad Isalud.
48. Robine Jean Marie, Romieu Isabelle, Cambois E. (1995) La estimación de los años vividos con discapacidad: una iniciativa universal. Editado por El Instituto

- Internacional de Estadística. Disponible en www.eclac.org/publicaciones/xml/8/34408/LCG169_p1.pdf (Consultado en Abril 2012)
49. Robine Jean-Marie (1999). Prolongación de la vida de los seres humanos: longevidad y calidad de vida. CEPAL - SERIE Seminarios y conferencias N° 2 Sesión II: Salud del Adulto Mayor- Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad. Disponible en www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/5604/lcl1399e_S2.pdf (Consultado en Abril 2012)
50. Romero Cabrera AJ. (2008) Perspectivas actuales en la asistencia sanitaria al adulto mayor. *Revista Panamericana de Salud Publica*; 24(4):288–94.
51. Roqué Mónica. (2008) Una mirada Social de la Fragilidad en la Vejez. Disponible en <http://www.globalaging.org/elderrights/world/2008/mirada.pdf> (Consultado en Abril 2012)
52. Rose, Geoffrey (1985) Individuos enfermos y poblaciones enfermas publicado en el *Boletín Epidemiológico de la Oficina Panamericana de la Salud* Vol. 6 N° 3, 1985. ISSN 0255-6669.
53. Rose, Geoffrey. (1994) *La Estrategia de la Medicina Preventiva*. Masson, Barcelona, 1994.
54. Royer, ME, Arbitman JP, Chauí, J, Irurzun AM (1995) Egresos de los pacientes de la tercera edad en los hospitales municipales. Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires. Secretaría de Salud.
55. Saad, Paulo (2005) Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: Arreglos residenciales y transferencias informales. Disponible a septiembre 2013 en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/25874/lcg2276-P5.pdf>
56. Sánchez-Gavito Ana G. (2000) *Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores*. Gobierno Federal, México. Disponible a octubre 2013 en http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/prev_autocuidado_adultos.pdf
57. Schkolnik Susana.(2000) *Tendencias demográficas en América Latina: desafíos para la equidad en el ámbito de la salud*. Rev. Notas de Población N° 70. CEPAL CELADE, Santiago de Chile, 2000.

58. Schkolnik Susana; Chackiel Juan (2004) Los sectores rezagados en la transición de la fecundidad en América Latina. REVISTA DE LA CEPAL N° 8 3. AGOSTO 2004.
59. TAPINOS Georges (1988) Elementos de demografía, Editorial Espasa Calpe, Madrid, España.
60. Vargas Palacios A., Gutiérrez Juan P, Carreon Rodríguez V. (2006) Identificación de estados de salud y su relación con características socioeconómicas y geográficas: análisis de una encuesta poblacional en México. Revista salud pública de México / vol.48, no.6, noviembre-diciembre de 2006. Disponible a noviembre 2013 en <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48n6/a06v48n6.pdf>
61. Wilkinson Richard y Marmot Michael (2003) Los determinantes sociales de la salud, Los hechos probados. OMS. Disponible a Diciembre 2013 en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y-atencion-primaria-de-salud/otros-recursos-1/lecturas/bloque-ii/Hechos%20probados.pdf>
62. Wong Rebeca, Peláez M, Palloni A. (2005) Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. Revista Panamericana de Salud Publica. 2005:17(5/6):323–32.