

El desafío de la tercera edad y la transición demográfica



Jorge Leguiza

Médico
Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social y codirector de dicha maestría (ISALUD).
Posgraduado en Informática Médica (USAL), Informática Médica (UCA-U Campinas), Brasil y Epidemiología (INEJ).



Carlos Herrada

Médico
Especialista en Fisiatría
Ex-alumno de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social y alumno de la Maestría en Economía de la Salud.
Universidad Isalud



Judith Rubio

Lic. en Psicología
Directora del Centro Terapéutico del Sur
Doctoranda en Psicología (UPV), España
Ex-alumna de la Maestría de Sistema de Salud y Seguridad Social y alumna de la Especialización en Economía de la Salud. Universidad Isalud

“En lugar del concepto que el envejecimiento poblacional es un problema, los países deberían estar orgullosos del aumento de la longevidad. El envejecimiento sano es un logro de las naciones civilizadas”

Dr. Néstor Siseles, Dra. Pamela Gutiérrez

La humanidad ha evolucionado de una sociedad agrícola a una industrial para llegar después a la sociedad tecnológica. En muchos países, incluyendo el nuestro, vivimos las tres eras en forma acumulada, no sólo en el campo de la demografía sino también en el de la economía, medio ambiente, educación y por supuesto en el de la epidemiología.

Transición demográfica

Un fenómeno íntimamente ligado a este proceso evolutivo es el conocido como de transición demográfica (TD). El mismo resulta útil para describir las consecuencias de los cambios en los modelos de fecundidad y mortalidad de la población. Este marco de referencia describe el paso de una etapa de escaso crecimiento resultante de una combinación de elevada fecundidad y mortalidad a un período también de bajo crecimiento debido a una combinación de baja fecundidad y mortalidad. Entre ambos períodos, la disminución de la mortalidad y posteriormente de la fecundidad originaron el rápido crecimiento de la población registrado en este siglo. Como resultado de lo anterior se produce el hecho más destacado de las décadas recientes: la tendencia al envejecimiento poblacional. El envejecimiento de la población es un producto del avance social y económico que se hace notorio no sólo como cuantificación demográfica, sino también por sus consecuencias. (Gráfico 1). En la búsqueda de las causas de este fenómeno, hay evidencia que permite inferir que las mejoras en la salud en el siglo XX son

el resultado solamente en un bajo porcentaje de los adelantos científicos en el campo de la medicina, ya que la mejor calidad de vida y las condiciones de trabajo son los mayores responsables del incremento de la expectativa de vida (Tabla 1).

América Latina

En América Latina el envejecimiento ha ocurrido en la totalidad de la región aún cuando existen grandes diferencias entre sus países, y, dentro de cada uno de ellos, entre áreas urbanas y rurales, sectores sociales y étnicos. A diferencia de los países industrializados, esto se produjo en un lapso mucho más breve. La notable modificación de la forma de la pirámide de población de América Latina en los últimos 30 años resume los cambios en la proporción de población en cada grupo etáreo. En ese lapso de tiempo y para ambos sexos, la base de la pirámide se redujo al tiempo que se ensancho su parte intermedia, aumentando también la parte alta correspondiente a la población de mayor edad. No obstante, la población de América Latina se puede denominar joven en su conjunto.

Tal como se refleja en la tabla 2, entre los países menos jóvenes se observa a Cuba, Uruguay, Argentina y Chile que se ubican en

una etapa avanzada de la TD con un crecimiento natural bajo (cercano al 1% anual).

En la región han ocurrido importantes avances en materia de salud en las últimas tres décadas. Como un indicador sintético de estos logros está el aumento de la esperanza de vida al nacer que, en las mujeres, se ha incrementado notablemente: en 1950 era de 53,5 años, se eleva a 72,4 años en el 2000 y alcanzará 81,1 años para el 2050. (Siseles, Gutiérrez, 1995)

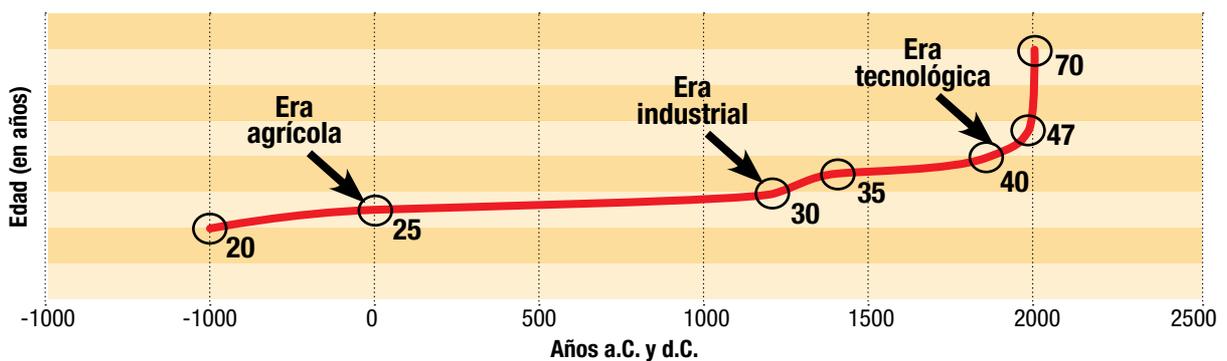
Como dato importante cabe destacar que mientras los países de Europa transitaron por este proceso en el lapso de 100 años, nuestros países latinoamericanos y en particular Uruguay, Cuba, Argentina, y Chile lo harán en el lapso de 30 años. Y es aquí donde emerge la primera pregunta: ¿Están los sistemas de salud y seguridad social preparados para contener esta demanda?

“El envejecimiento y la urbanización de la población son resultado del desarrollo humano del siglo pasado. Mientras algunos países se desarrollaron primero y luego envejecieron, a otros el envejecimiento de sus poblaciones los sorprendió en pleno desarrollo”

José Ricardo Jáuregui, Margarita Murgieri y Adriana Alfano (Iglesias, 2009)

Gráfico 1

Representación esquemática de la transición epidemiológica y de la pirámide poblacional a lo largo de la historia



Fuente: AM Terrés-Speziale, 2005.

Tabla 1

Representación esquemática de la expectativa de vida de la humanidad expresada en años a lo largo de la historia reciente.

Era	Nómada	Agrícola	Industrial	Tecnológica
Índice de mortalidad	Alto	Medio	Bajo	Bajo
Índice de natalidad	Alto	Alto	Medio	Bajo
Pirámide de población				
Tamaño de población	Bajo	Alto	Sobrepoblación	Reducción
Patología	Neonatal	Infecciosa	Traumatismos	Degenerativa

Fuente: AM Terrés-Speziale.

Tabla 2

Transición demográfica en América Latina

Grupo 1	Transición incipiente	tasa de natalidad alta, mortalidad alta, crecimiento natural moderado [2,5%]	Bolivia y Haití
Grupo 2	Transición moderada	tasa de natalidad alta, mortalidad moderada, crecimiento natural alto [3,0%]	El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay
Grupo 3	Transición completa	tasa de natalidad moderada, mortalidad moderada o baja, crecimiento natural moderado [2,0%]	Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guyana, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Suriname, Trinidad y Tobago, y Venezuela
Grupo 4	Transición avanzada	tasa de natalidad moderada o baja, mortalidad moderada o baja, crecimiento natural bajo [1,0%]	Argentina, Bahamas, Barbados, Canadá, Chile, Cuba, Estados Unidos, Jamaica, Martinica, Puerto Rico y Uruguay.

Fuente: CELADE

La segunda situación particular tiene un componente más socio-lógico que sanitario pero que impacta en él directamente, mientras el envejecimiento se dio hacia el pasado en una estructura social de familias nucleares que contenían a los individuos, hoy estamos en el extremo opuesto con familias dispersas y no tradicionales, que no pueden dar contención a los individuos mayores y de allí que la autonomía de ellos es tal vez el valor más importante que cuidan los miembros de esta franja etaria. Los mayores proveedores de sabiduría y respeto de antaño tienen hoy que aprender a vivir su vejez en una sociedad diferente.

Paralelamente, el paradigma sanitario imperante, las hospitalizaciones domiciliarias, las atención de los condicionantes de la salud, el aumento de la incidencia de patologías degenerativas y la alta incidencia de tumores requieren hoy de mayor tecnología, recursos humanos y por ende mayor gasto sanitario.

Las mujeres constituyen la mayoría de las personas de edad avanzada de los países desarrollados y en desarrollo de la región.

El rápido aumento que ha experimentado la población en la postmenopausia, especialmente en los países que se encuentran en la etapa avanzada de la TD, ha planteado demandas crecientes a los sistemas de seguridad social y ha acrecentado los problemas de pobreza en la población de más edad, impactando de manera notable en la denominada transición epidemiológica.

Transición epidemiológica

Se denomina transición epidemiológica (TE) al paso de una estructura mórbida donde predominan las infecciones intestinales y enfermedades respiratorias que afectan a toda la población desde la más temprana infancia, a una estructura donde predominan la enfermedad cardiovascular (ECV), el cáncer (CA) y el accidente cerebrovascular (ACV), que afectan fundamentalmente a los adultos mayores.

Analizando las causas principales de muerte en América Latina se puede observar este fenómeno que se expresa en la reducción

de las enfermedades infecciosas y el incremento de las crónico-degenerativas, (particularmente diabetes mellitus, la aterosclerosis, el alzheimer y la osteoporosis). Entre los principales indicadores de esta transición se encuentran:

- Menor frecuencia de valvulopatías de etiología reumática.
- Cambio de Sh. flexneri por Sh. sonnei en la etiología de las disenterías bacterianas.
- Control de las enfermedades vulnerables por vacunación.
- Difteria, tos ferina, tétanos, sarampión, poliomielitis, tuberculosis, rubéola congénita, parotiditis y meningitis bacterianas.
- Mortalidad neonatal mayor que la posneonatal, desde 1991.
- Morbilidad palúdica menor a 1/100,000 habitantes.
- Ausencia de rabia humana por agresión canina.
- Disminución de las derivaciones del LCR por neurocisticercosis.
- Mortalidad por diarrea fuera de las 10 primeras causas de muerte.
- Eliminación o disminución considerable de la sífilis prenatal.

Desafíos para la República Argentina

La República Argentina, más que vivir una TE está experimentando una acumulación epidemiológica, hecho que impone un reto extraordinario a nuestra capacidad de respuesta y organización. Con una población estimada para 2009 de 40,1 (2009) millones de habitantes, es un país con baja densidad de población (14 hab/km²), muy concentrada en el Área Metropolitana de Buenos Aires (33%), mayoritariamente urbana (89%) y con una gran proporción de personas mayores de 60 años (14,1%). Tiene altas tasas de esperanza de vida (75,2 años) y alfabetización (97,4%). La Argentina registra índices sociolaborales diversificados que se acoplan a la posición y distribución territorial. La tasa de mortalidad infantil fue en el año 2008 del 12,5%. La desocupación

para el segundo trimestre del 2009 registró un índice del 8,8% mientras que las tasas de pobreza e indigencia fueron para esa medición del 13,9% y al 4% respectivamente (INDEC).

El ritmo de crecimiento poblacional sigue una pendiente descendente en las últimas décadas; así, en el período 1980-1991, la tasa de crecimiento anual medio fue del 1,47% y en el decenio 1991-2001, del 1,25%.

De acuerdo a los últimos datos del Ministerio de Salud de la Nación, en 2008 se registraron 746.460 nacimientos, observándose una tasa bruta de natalidad del 18,8‰. A su vez, las defunciones alcanzaron a 302.133, con una tasa bruta de mortalidad del 7,6‰. De esta forma, el crecimiento natural fue para dicho año del 1,12%.

La tasa de mortalidad infantil viene registrando una progresiva mejoría: 63,1‰ en 1970; 33,2‰ en 1980; 25,6‰ en 1990; 16,6‰ en 2000 y 12,5‰ en 2008.

Sin embargo, las variables demográficas no son homogéneas entre las distintas jurisdicciones del país. Es así como la ciudad de Buenos Aires, urbe principal del aglomerado urbano más envejecido del país, presenta una conformación demográfica similar a la de los países europeos: su tasa anual media de crecimiento poblacional entre 1991 y 2001 fue de apenas el 0,1%; en 2001, la tasa de natalidad apenas alcanzó el 13,9‰ y la tasa de mortalidad el 11,1‰ con un crecimiento vegetativo de apenas el 2,8‰. La población de 14 años o menos representó el 17,5%, valor similar al de la población de 65 años o más de 17,3%. La tasa global de fecundidad fue de 1,8 hijos por mujer, (por debajo del nivel de reemplazo).

Luego están las provincias más pobladas, tales como las de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Mendoza, Santa Fe y La Pampa que, en general, presentan variables demográficas concordantes con la de la media nacional. En otro orden, se encuentran las

provincias de Catamarca, Chaco, Chubut, Corrientes, Formosa, Jujuy, La Rioja, Misiones, Neuquén, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Santiago del Estero y Tucumán que a nivel general y con variaciones entre las mismas, presentan valores por sobre la media nacional: tasas de natalidad que bordean o sobrepasan el 20‰ y bajas de tasas de mortalidad. En 2001, en ellas, la población de 14 años o menos superó el 30% y la de 65 años o más, osciló entre el 5,2% y el 7,9%. En varias de estas provincias la cantidad de hijos por mujer supera el valor de 3, como en la provincia de Misiones (3,7), la más alta del país. La tasa anual media de crecimiento entre 1991 y 2001 de las provincias de Catamarca, La Rioja, Salta, San Luis y Santa Cruz superaron ampliamente el 2%, por encima de la media nacional de 1,25%. Otro caso particular, como el de la ciudad de Buenos Aires, es el de la provincia de Tierra del Fuego, incluyendo los territorios de la Antártida e Islas del Atlántico Sur, en donde la tasa anual media de crecimiento entre 1991 y 2001 fue del 3,66%, la más alta del país, explicada mayormente por el aporte migratorio que ha recibido esta provincia.

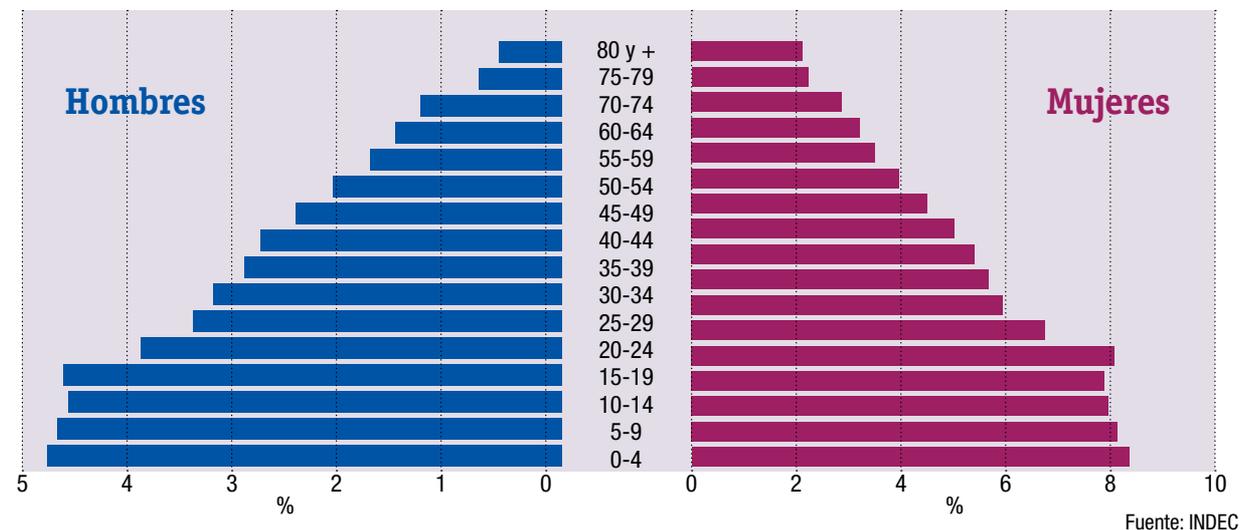
En los gráficos 2 y 3, puede observarse, aún con los datos nacionales, la marcada rectificación de la pirámide y la acentuación de la tendencia al comparar ambas, además la presencia femenina se acentúa fuertemente mas allá de los 65 años y particularmente en mayores de 80 años y mas.

A pesar del continuo aumento en la expectativa de vida, no se ha ganado en la expectativa de vida libre de incapacidades. El resultado es un incremento en mujeres mayores con discapacidades, que incluye la pérdida de independencia con disminución de su calidad de vida y el problema de la sociedad de proveerles servicios de salud y previsión adecuados en un ambiente económicamente desafiante.

Gráfico 2

Argentina, pirámide de población por sexo

(distribución proporcional), 2001



Fuente: INDEC

Adicionalmente, las tensiones acumuladas por este grupo poblacional durante toda una vida de nutrición inadecuada, muchos hijos subsecuentes a embarazos a intervalos cortos y una doble o triple carga de trabajo, a menudo ocasionan el envejecimiento prematuro de las mujeres.

Las 5 causas principales de morbimortalidad en la mujer argentina mayor de 65 años son: ECV, CA, ACV, diabetes e infecciones, pudiendo destacarse:

- **Enfermedad Cardiovascular:** El número de defunciones por causa circulatoria representa casi el 50 % de las muertes por enfermedades no transmisibles. Según la OPS-OMS, Argentina es el país con la tasa más alta de mortalidad prematura por enfermedad cardiovascular en la población femenina de América Latina, aún cuando existe una tendencia a la disminución de las dichas enfermedades. En nuestro país no se dispone de información sobre la prevalencia de los principales factores de riesgo para esta enfermedad, pero algunos estudios sugieren que la prevalencia de sedentarismo y tabaquismo es mucho mayor que en países mas desarrollados como Canadá, y que la hipertensión, el sedentarismo y la obesidad son más frecuentes en los estratos menos favorecidos.
- **Cáncer:** En Argentina la tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres entre 45 y 64 años es de 54,3 por 100.000 mujeres/año, cifra que se mantiene relativamente estable desde 1980. Además, esta mortalidad es mayor en las provincias más ricas, lo que ejemplifica el importante papel que desempeñan los factores ambientales en la etiología de este tipo de cáncer. Al igual que en otros países de Latinoamérica, la mortalidad por cáncer mamario es más elevada que la provocada por el cáncer de cuello uterino, probablemente porque a medida que mejoran las condiciones de vida disminuye la

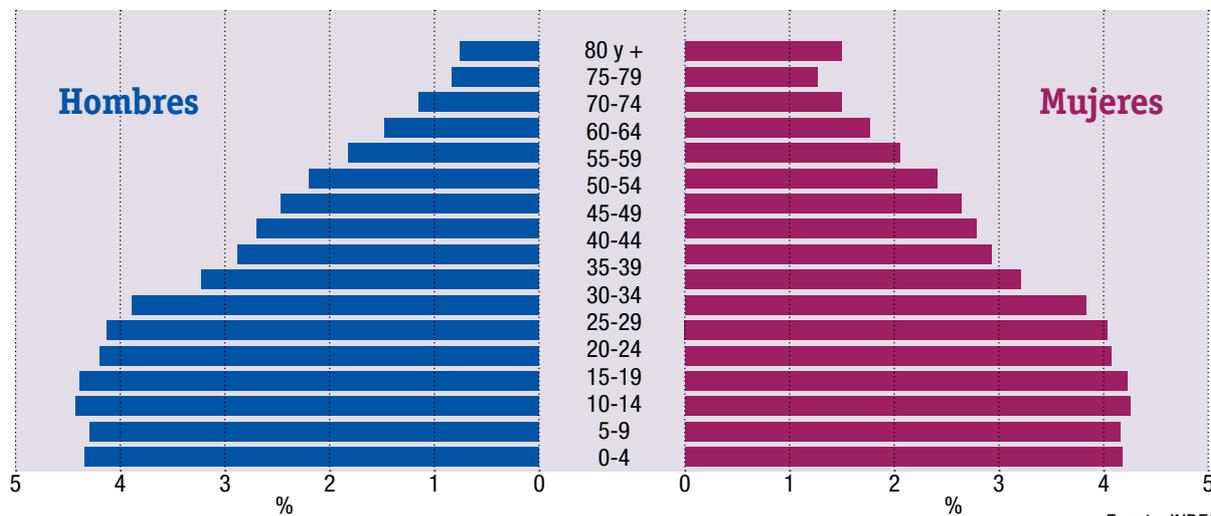
incidencia de este último, ya que las mujeres de menor nivel educativo son las que presentan tumores más avanzados.

- **Enfermedad cerebrovascular:** Argentina está entre los países con mayor mortalidad prematura por esta causa en LA.
- **Diabetes:** La incidencia de diabetes en la mujer de edad avanzada se ha incrementado en todos los países en desarrollo, hecho que coincide con el aumento de la obesidad. A diferencia de algunas otras causas de defunción, los efectos de la morbilidad por diabetes tienen un alto impacto social y económico.
- **Infecciones:** La incidencia y prevalencia de la tuberculosis y otras enfermedades infecto-contagiosas como la malaria y la enfermedad de Chagas registran un paulatino y sostenido descenso. Sin embargo, en la población rural la incidencia es muy superior a la media nacional. Estas enfermedades, en su mayoría factibles de prevención se encuentran asociadas a desnutrición, ambientes insalubres y baja cobertura de servicios esenciales.
- **Artrosis y osteoporosis:** se manifiestan como síntomas de envejecimiento prematuro, en parte debido al exceso de carga física y a la endemia alimentaria deficitaria en calcio. La incidencia y la prevalencia de osteoporosis son virtualmente desconocidas en Argentina. Algunos estudios indican tasas de incidencia de fracturas de fémur proximal de 233,4 mujeres por cada 100.000 habitantes en población mayor de 50 años, otros estudios muestran una incidencia de 110 fracturas de cadera sobre 100.000 mujeres.
- **Trastornos neuropsiquiátricos:** Las enfermedades de este grupo merecen una consideración especial porque tienen una repercusión socio-económica considerable aún cuando no aparecen entre las 5 principales causas de muerte.

Gráfico 3

Argentina, pirámide de población por sexo

(distribución proporcional), 2008



Fuente: INDEC

- Los estudios sobre la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer en América Latina indican que entre el 8,4 % y el 19,7 % de las personas con 60 años o más, especialmente mujeres, pueden padecer un problema cognitivo o de demencia.

La carga de enfermedad y mortalidad atribuibles a enfermedades no transmisibles (ENT) (enfermedades cardiovasculares, tumores y lesiones) está en aumento. La estimación, realizada para el año 2001, resultaba en que aproximadamente el 60% de las muertes en el mundo y el 46% de la carga de enfermedad (o morbilidad) se atribuía a ENT. De ellas el 50% de las muertes por ENT se debían a enfermedad cardiovascular.

Se ha proyectado para el año 2020, que las ENT explicarán el 75% de todas las muertes en el mundo, y que el 71% de las muertes por enfermedad coronaria, y que la mortalidad por enfermedad cerebrovascular rondaría el 75% a su vez el 70% de las muertes por diabetes se producirán en los países en desarrollo.

En la Argentina, en el año 2003, sobre un total de 302.064 muertes registradas, 5.090 muertes fueron producidas por causas cardiovasculares y 54.949 por cáncer. Ambos grupos de causas reúnen el 52% de las muertes registradas.

A pesar de este escenario poco alentador, las ENT son prevenibles y contamos con evidencia consistente sobre la efectividad de intervenciones tanto de promoción, prevención y tratamiento, que justifican llevar a cabo acciones de política pública.

En la actualidad nadie discute la evitabilidad de estas patologías y sus daños cuando se emplean estrategias preventivas. Para ello la prevención primaria es considerada la estrategia más costo-efectiva, sostenible y financiable para afrontar esta epidemia mundial.

Es sin duda un desafío importante para nuestro país contar con la adopción de una estrategia basada en factores de riesgo (FR) para la prevención de ENT y es importante definir en amplio consenso estrategias, políticas y programas que se orienten a este objetivo dentro de la gran política sanitaria

Aquí cabe destacar que dichas patologías están fuertemente sentenciadas por los condicionantes de la salud y pensar en ello requiere pensar en la salud más que en la enfermedad.

La mayoría de los FR para estas enfermedades son conductuales: dieta, actividad física, consumo de tabaco y alcohol; biológicos: dislipidemia, hipertensión, sobrepeso; y socioculturales.

En la Argentina, el primer paso de una política seria en este sentido se dio a partir de la realización de la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, llevada a cabo en el año 2005 bajo la dirección del Ministerio de Salud de la Nación, en colaboración el INDEC y las direcciones provinciales de estadísticas.

Su objetivo fue conocer la prevalencia y tendencias de estos factores y contar con un sistema adecuado de vigilancia epidemiológica para contar con información para la acción.

Algunos datos, recogidos de dicha encuesta en el año 2006 muestran algunos indicadores interesantes a la hora de diseñar políticas.

Mientras el 65,1% de la población contaba con algún tipo de cobertura asistencial, 34,9% dependía exclusivamente del sistema público, el 19,9 refería datos de conductas de ansiedad y/o depresión, el 46% de las personas no hacía actividad física, el 33,4% consumía o era adicto al tabaco, el 49,1 % declaró poseer sobrepeso y obesidad, mientras que el 34,4% declaró tener hipertensión arterial constatada, el 27,8% informó tener hipercolesterolemia

A su vez, el 11,9% dijo haber sido diagnosticado como diabético o hiperglucémico, mientras que el 9,1% declaró consumir alcohol en forma regular.

De esta forma, datos como estos permiten comenzar a alertar a los decisores de políticas sobre la importancia de generar programas de prevención primaria con distintas estrategias.

Seguridad Social y adultos mayores

Como se manifestó anteriormente, la transición epidemiológica que acompaña a la demográfica, tiene un enorme impacto en la utilización de recursos y servicios para mantener sana a la población.

Con relación a los seguros de salud en particular, hay por lo menos tres situaciones que derivan de este problema:

- Disminución de la relación población económicamente inactiva/población activa.
- Aumento de la prevalencia efectiva de enfermedades en la población (cronificación), debido al aumento de la sobrevida.
- Migración desde la preeminencia en la aplicación de tecnologías de bajo costo nominal (como la vacunación masiva en enfermedades infecciosas) hacia tecnologías de alto costo nominal (como el tratamiento del cáncer).

Actividad económica y solidaridad de los seguros

Según datos del año 2001, el 76 % de la población mayor a 60 años manifestó tener cobertura a través de algún seguro de salud, mientras que el 24 % restante (1.144.222 personas), manifestaron no tenerla (INDEC).

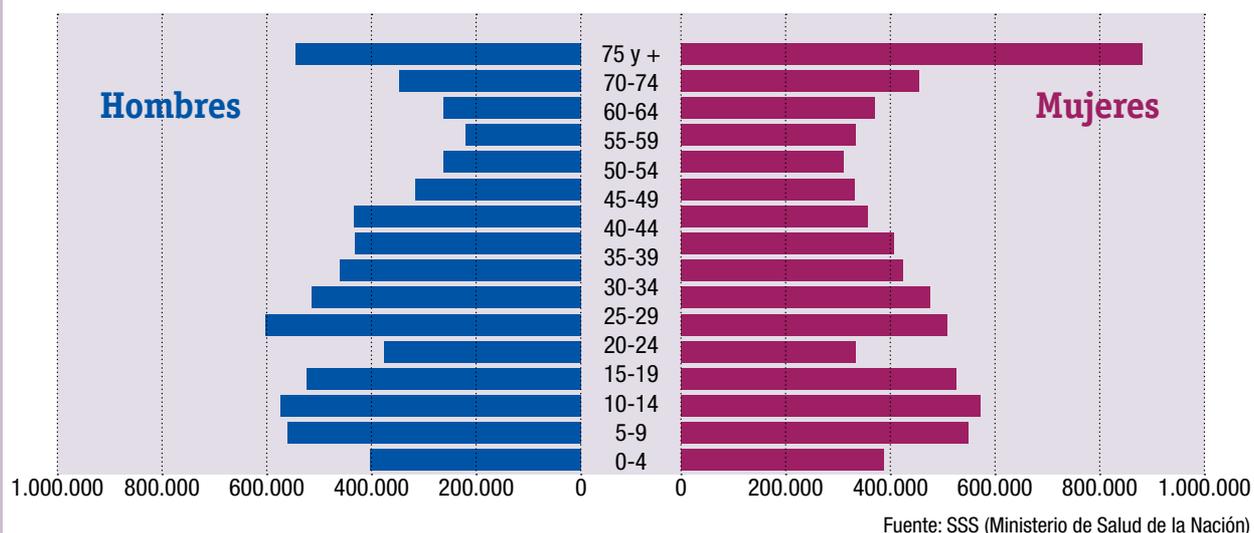
Para el año 2003, el caso particular de los que tienen cobertura provista por el Seguro Nacional de Salud, comprende a 3,5 millones de personas, según el Padrón de Beneficiarios de la Superintendencia de Seguros de Salud (SSS), en el grupo mayor a 60 años, y cerca del 10 % de la población total del país.

La base total de beneficiarios del Seguro Nacional de Salud para el mismo período fue de 14.135.000, y la pirámide poblacional de

Gráfico 4

Pirámide poblacional de los afiliados al Seguro Nacional de Salud

2003



esta base puede observarse en el gráfico 4.

La relación observada entre la población considerada económicamente activa (20-64 años), y la población mayor (65 y más años), es de 2,5, mientras la misma relación observada en la población general (ver gráfico 3) es de 5,4.

Si consideramos información mas detallada con respecto al tipo de Obra Social a la que la población mayor de 60 años adhiere, se observa que si bien casi el 70% de los beneficiarios están

incluidos en el PAMI (Programa de Asistencia Médica Integral del INSSJP), el 30 % se encuentra cubierto por otros agentes del Seguro de Salud (tabla 3).

La situación y aportes al sistema de la población mayor de 60 años, puede observarse en la tabla 4.

De esta tabla se deduce que mas del 83 % de la población en este estrato aportó en promedio durante el año 2003, menos de \$ 21 por mes para mantener el sistema de seguro solidario.

Tabla 3

Cantidad de obras sociales y de beneficiarios, según naturaleza institucional, 2006-2008

Naturaleza de la obra social	2006				2007				2008			
	Obras sociales	Beneficiarios			Obras sociales	Beneficiarios			Obras sociales	Beneficiarios		
		Total	Titulares	Familiares		Total	Titulares	Familiares		Total	Titulares	Familiares
Total	288	15.502.139	9.547.597	5.954.542	288	15.943.256	9.449.934	6.493.322	283	18.231.181	10.987.663	7.243.518
Sindicales	205	10.558.787	6.144.490	4.414.297	205	10.074.014	5.218.281	4.855.733	206	12.459.359	6.731.076	5.728.283
Personal de dirección	27	979.900	522.590	457.310	27	952.103	485.927	466.176	27	1.038.416	582.517	455.899
Administración mixta	2	2.821.863	2.195.730	626.133	2	3.789.726	3.110.980	678.746	1	3.503.292	2.967.724	535.568
Resto	53	1.141.589	684.787	456.802	53	1.127.413	634.746	492.667	49	1.230.114	706.346	523.768

Fuente: SSS (Ministerio de Salud de la Nación)

Tabla 4

Población mayor de 60 años: aporte mensual promedio y cantidad de aportantes, 2003

Tipo de beneficiario	< \$ 21		\$ 21 a 35		> \$ 35		Total
	Nº de Benef	%	Nº de Benef	%	Nº de Benef	%	
Jubilado	2.392.316	69,79%	210.421	6,14%	115.495	3,37%	2.718.232
Relación de dependencia	206.570	6,03%	120.813	3,52%	94.833	2,77%	422.216
Monotributista autónomo	247.902	7,23%	6.056	0,18%	2.705	0,08%	256.663
Adherente	1.546	0,05%	4.930	0,14%	17.767	0,52%	24.243
Empleado monotributista	774	0,02%	284	0,01%	3.679	0,11%	4.737
Servicio doméstico	1.618	0,05%	12	0,00%		0,00%	1.630
Total general	2.850.726	83,17%	342.516	9,99%	234.479	6,84%	3.427.721

Fuente: SSS (Ministerio de Salud de la Nación)

Prevalencia de enfermedades crónicas

Según la OMS, más del 50 % de la carga por enfermedad en la actualidad se debe a enfermedades crónicas.

De acuerdo a lo descrito anteriormente, la transición conlleva una migración desde enfermedades eminentemente agudas con alta mortalidad a corto plazo en períodos incipientes de la vida, a patologías de curso más mórbido con mortalidad diferida.

La mayor expectativa de vida permite la aparición de enfermedades con latencia muy prolongada, tales como las relacionadas con la aterosclerosis (cardiopatía, ACV, vasculopatías), las neoplasias y las enfermedades degenerativas y por envejecimiento de tejidos y sistemas.

Todas ellas condicionan situaciones crónicas, cuyo efecto acumulativo se observa con mayor intensidad a edades avanzadas, en un aumento de la prevalencia absoluta de las mismas en los estratos mayores a los 60 años.

Envejecer no significa solo llegar a más edad, sino que es necesario conocer las condiciones en la que se están produciendo ésta mayor expectativa de vida, cual es la calidad de vida de los adultos mayores en tanto la tendencia actual según la Encuesta Nacional de Discapacidad de 2001 señala que un 61.5% de la población de 70 años vive con discapacidad, porcentaje que aumenta acorde al incremento en la esperanza de vida.

La tabla 5 permite observar que una cuarta parte de las personas con discapacidad adquiere dicha condición en la vejez, con mayor proporción de mujeres que de hombres que se discapacitan después de los 65 años

De acuerdo a los datos de la tabla 4, el porcentaje de población con discapacidad aumenta a medida que se incrementan los años de vida de las personas. En efecto, el 3% del total del grupo de edad de 0 a 14 años (alrededor de 250.000 personas), el 5,5% por ciento de la población entre 15 y 64 años (1.000.000 de per-

sonas, aproximadamente) y el 28,3% de la población de 65 y más (cerca de 860.000 personas) manifiesta alguna discapacidad.

Hasta los 50 años, la relación entre varones y mujeres (índice de masculinidad) de la población con discapacidad manifiesta predominio masculino. A partir de esa edad la preeminencia es femenina. Este hecho se agudiza especialmente en el caso de las personas de mayor edad. El predominio femenino, en particular entre los adultos mayores, también resulta ser una característica de la población total de Argentina, producto del proceso de envejecimiento demográfico (gráficos 5 y 6).

Tecnologías emergentes

La aparición de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas surge en respuesta combinada a los requerimientos de recursos técnicos por parte de los sistemas de salud para enfrentar situaciones nuevas (la misma transición epidemiológica) y a la necesidad del mercado de las tecnologías de producir innovaciones que puedan comercializarse adecuadamente.

La propia cronicidad del nuevo perfil epidemiológico actúa como estímulo para el desarrollo y testeo de nuevas soluciones, induciendo la aparición de la medicalización como respuesta única al problema.

Este emergente despliegue tecnológico se observa especialmente en lo terapéutico, en los pedidos de incorporación de tecnologías en las cubiertas por el Seguro Nacional de Salud: de las casi 300 solicitudes de evaluaciones de tecnologías solicitadas a la SSS en los últimos tres años, el 76 % correspondió a propuestas terapéuticas, 80 % de las cuales fueron de medicamentos.

Prácticamente no hubo pedidos de evaluación de tecnologías para métodos preventivos. Adicionalmente el permanente bombardeo desde los medios de difusión con nuevas panaceas tecnológicas para el tratamiento de las enfermedades crónicas que están en la

Tabla 5

Población con discapacidad. Edad de inicio de la primera discapacidad según sexo, 2002-2003

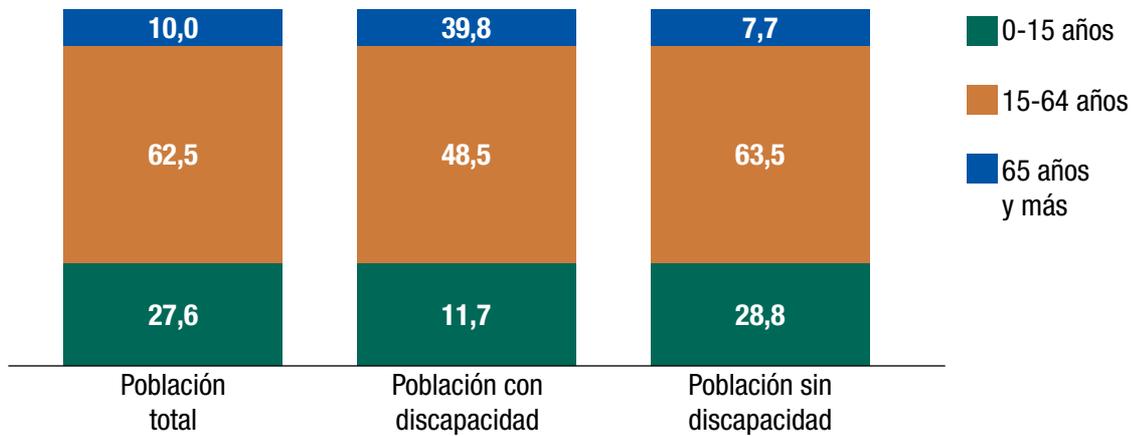
Edad de origen de la primera discapacidad	Sexo					
	Total		Varones		Mujeres	
Total	2.176.123	100.00 %	1.010.572	100.00 %	1.165.551	100.00 %
0-4	537.796	24.71 %	287.978	28.50 %	249.818	21.40 %
5-14	168.469	7.74 %	88.269	8.73 %	80.200	6.90 %
15-29	179.056	8.23 %	103.776	10.27 %	75.280	6.50 %
30-49	357.152	15.41 %	164.295	16.26 %	192.857	16.50 %
50-64	413.654	19.01 %	178.423	17.66 %	235.231	20.20 %
65-74	276.014	12.68 %	107.859	10.67 %	168.155	14.40 %
75 y más	189.081	8.69 %	54.249	5.37 %	134.832	11.60 %
Desconocido	54.901	2.52 %	25.723	2.55 %	29.178	2.50 %

Nota: la muestra abarca al conjunto de los centros urbanos del país con 5.000 habitantes o más.

Fuente: INDEC. 1era Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, 2002-2003, complementaria del Censo Nacional de Población 2001

Gráfico 5

Población total, población con discapacidad y población sin discapacidad por grupos de edad, 2002-2003

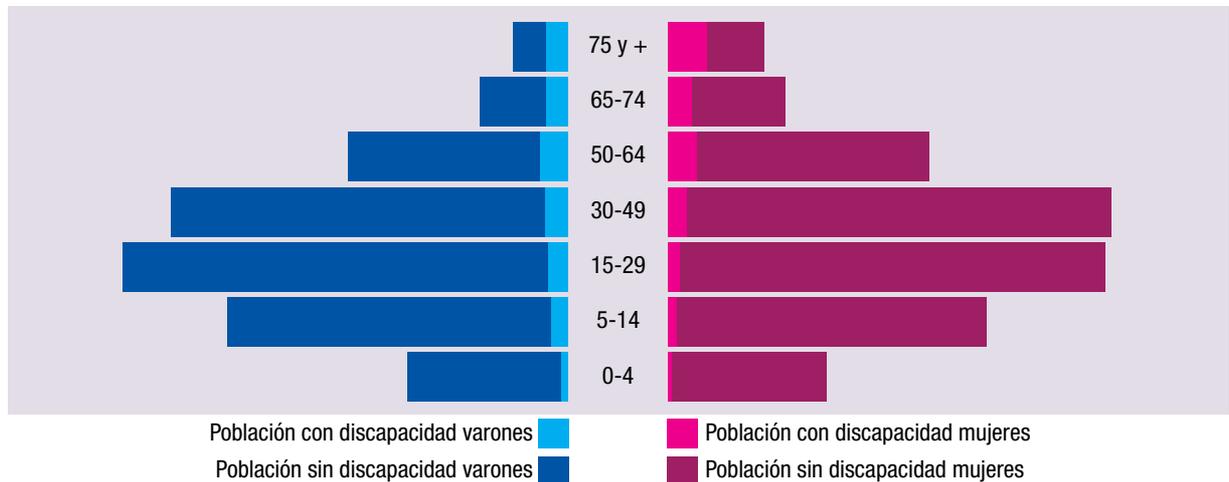


Nota: la muestra abarca al conjunto de los centros urbanos del país con 5.000 habitantes o más.

Fuente: INDEC. 1era Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, 2002-2003, complementaria del Censo Nacional de Población 2001

Gráfico 6

Pirámide de población con y sin discapacidad, 2002-2003



Nota: la muestra abarca al conjunto de los centros urbanos del país con 5.000 habitantes o más.

Fuente: INDEC. 1era Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, 2002-2003, complementaria del Censo Nacional de Población 2001

mayoría de los casos en etapa experimental, la presión sobre los muchos veces mal pagos profesionales responsables del cuidado de estos pacientes para la obtención de resultados, y la fuerza de venta de la industria tecnológica son factores de peso en el mencionado proceso de medicalización.

Enfrentando el desafío

Llegar al envejecimiento con calidad de vida está considerado como uno de los logros más importantes de la humanidad pero se transforma en un problema si la sociedad no es capaz de brindar soluciones adecuadas a las consecuencias que del mismo se derivan.

La respuesta a estos problemas debe darse en cada instancia de los mismos. En primer lugar, comprender y aceptar el fenómeno de la transición, y adaptar los sistemas de salud para responder a los nuevos requerimientos de una población que envejece. La OMS está reconociendo esta problemática, y propone enfrentar el desafío con cinco ejes básicos de gestión:

- Cuidado centrado en el paciente
- Trabajo colaborativo e interdisciplinario
- Mejora continua en la calidad de los servicios
- Utilización adecuada de la información y de las tecnologías y estrategias de comunicación.
- Perspectiva basada en salud comunitaria

En segundo lugar, se debe buscar un nuevo equilibrio en la forma de sostener financieramente al sistema, ya que a corto plazo colapsará por la pérdida de la relación entre los recursos disponibles y las necesidades emergentes de una población que envejece.

En tercer lugar, la única forma de enfrentar adecuadamente el problema es la misma que tuvo éxito antes de la Tercera Ola, y es salir del esquema de medicalización para implementar estrategias preventivas. En este aspecto, está demostrado que existe una asociación causal o adyuvante entre numerosas noxas evitables y las patologías crónicas:

- El hábito de fumar aumenta en seis veces las probabilidades de presentar cáncer de pulmón o laringe, en cinco veces las probabilidades de presentar cardiopatía isquémica, en diez veces las probabilidades de presentar EPOC y enfisema.
- La obesidad colabora en triplicar las probabilidades de tener IAM y tiene un rol de peso en la aparición de DBT y otras enfermedades.
- El sedentarismo casi duplica cada uno de los riesgos previos cuando se suma a los mismos.
- Otras conductas vinculadas a la nutrición tienen fuerte correlación con las enfermedades crónicas citadas y con otras prevalentes (como la hipertensión).
- Por otra parte, la prevención secundaria y terciaria juega un rol de peso en la contención de los agravamientos de las enfermedades crónicas y sus secuelas, mejorando considerablemente la calidad de vida en todas las circunstancias.

- El empleo de las nuevas tecnologías entonces, debería limitarse a aquellos casos donde las medidas de prevención no tuvieron efecto.

Una adecuada respuesta en la gestión de políticas de salud debería tomar varios ejes fundamentales de acción:

- El estudio de la situación nacional (no hay muchos datos confiables disponibles).
- Las políticas preventivas (especialmente en tabaquismo y en diabetes).
- Las políticas de cobertura (basada en la evidencia y con apoyo particular de las poblaciones con patologías crónicas prevalentes).
- Las políticas distributivas (nuevo enfoque en la distribución del Fondo Solidario de Redistribución, búsqueda de alternativas de financiamiento, elevación a política de estado de la problemática).
- Cambios en la gestión del cuidado de los pacientes (orientación hacia equipo de atención de cabecera o de familia).

Un número reducido de factores de riesgo contribuye de manera sustancial con la morbimortalidad relacionada con las ENT. Se estima, por ejemplo, que el 75% de las enfermedades cardiovasculares se deben a dieta inadecuada, inactividad física y tabaco. En Argentina, por ejemplo, el tabaco causa unas 40.000 muertes al año. La mayoría de los factores de riesgo impacta en diversas ENT y esto genera una oportunidad para implementar acciones de efecto sinérgico a través del control de esos factores.

Referencias

- CELADE: Transición demográfica. Cambios en la estructura poblacional: Una pirámide que exige nuevas miradas. *Temas de Población y Desarrollo*. nº1. CELADE-CEPAL. 2005
- Ham Chande R: *Vejez y dependencia, de los paradigmas a los contratos sociales*. Editorial DEMOS. México. 2001
- Iglesias M: Hay más mayores de 70 años que menores de 10 en la Ciudad. *Clarín, versión online*, 2 agosto 2009
- INDEC: *Censo Nacional de Población 2001*
- INDEC: *Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003, complementaria Censo 2001*.
- OPS: Análisis de Situación de Salud en las Américas, 1999-2000. *Boletín Epidemiológico OPS/OMS*. 2000, 21 (4).
- Siseles N, Gutierrez P: *Epidemiología del Envejecimiento, el climaterio en Latinoamérica: estado actual y tendencias futuras*. Asociación Argentina para el Estudio del Climaterio. www.aapec.org. 1995.
- Terrés-Speziale AM: Homo Longevus, el paradigma del envejecimiento sano. *Revista Mexicana de Patología Clínica*. 2005, 52 (1) enero-marzo.
- Vera Bolaños M.G: *La teoría de la transición epidemiológica*, El Colegio Mexiquense. México. 1999.
- WHO: *Preparing a health care workforce for the 21st century, The Challenge of Chronic Conditions*. World Health Organization. 2005.