

Cambios demográficos y vulnerabilidad social

Dora Estela Celton
Enrique Peláez
(Editores)

CONICET



Universidad
Nacional
de Córdoba

C I E C S

Cambios demográficos y vulnerabilidad social

Leandro M. González
Bruno Ribotta
Luisa María Salazar Acosta
Dora Celton
María Santillán Pizarro
Enrique Peláez
Laura Acosta
Malena Monteverde
Sol Minoldo
Sagrario Garay
Mariana Paredes
Adrián Carbonetti
María Laura Rodríguez
Dolores Rivero
Martín Saino
Eleonora Rojas Cabrera
Andrés Peranovich
Gabriel Escanés
Carola Bertone
Marcos Andrada

CONICET



Universidad
Nacional
de Córdoba

C I E C S

AUTORIDADES

CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TÉCNICAS

Presidenta

Dra. Ana María Franchi

Vicepresidente de Asuntos Científicos

Dr. Mario Martín Pecheny

Vicepresidente de Asuntos Tecnológicos

Dr. Roberto Daniel Rivarola

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

Rector

Dr. Hugo Oscar Juri

Vicerrector

Dr. Ramón Pedro Yanzi Ferreira

CENTRO CIENTÍFICO TECNOLÓGICO CONICET CÓRDOBA

Directora

Dra. María Angélica Perillo

Vicedirector

Dr. Adrián Carbonetti

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES. UNC

Decana

Mgter. María Inés Peralta

Vicedecana

Mgter. Jacinta Burijovich

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SOBRE CULTURA Y SOCIEDAD (CONICET Y UNC)

Director

Dr. Adrián Carbonetti

Vicedirector

Dr. Luis Alberto Tognetti

Celton, Dora Estela

Cambios demográficos y vulnerabilidad social / Dora Estela Celton ; Enrique Peláez. -
1a ed. - Córdoba : Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad, 2020.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-47661-0-6

1. Mortalidad. 2. Adultos Mayores. 3. Demografía. I. Peláez, Enrique. II. Título.
CDD 304.64

Bajo Licencia Creative Commons Atribución - No Comercial - Sin Derivadas 3.0



Índice

<i>Introducción</i>	9
<i>Rezagos transicionales en la población argentina contemporánea</i>	13
<i>Fecundidad y Educación en Salta, el NOA y la Argentina a inicios del Siglo XXI</i>	39
<i>Sobre los Adultos Mayores en las Fuentes de Datos socio-demográficos. Algunas miradas desde el Enfoque Basado en los Derechos Humanos. Argentina, 2001-2010</i>	55
<i>Vulnerabilidad de la población mayor en situación de dependencia en la Argentina. Análisis en base a la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaVIAM) 2012</i>	93
<i>Fuentes de Datos Actuales para el Estudio de la Situación de Discapacidad y la Dependencia de las Personas Mayores en: España, Argentina, México y Uruguay</i>	111
<i>Entre el progreso nacional y los desarrollos divergentes en el territorio argentino: análisis cualicuantivo del crecimiento y la distribución de los médicos a partir de los censos nacionales de 1869, 1895 y 1914</i>	141
<i>Mortalidad, Años de Esperanza de Vida Perdidos y Objetivos de Desarrollo del Milenio vinculados, por regiones socioeconómicas. (Argentina 2001-2010)</i>	163
<i>Mortalidad por tumores en dos países del Cono Sur. Trienios 1997-1999 y 2010-2012</i>	189

Evolución de la mortalidad por atropellos y colisiones de tránsito en la primera década del siglo XXI

.....209

Perfiles de mortalidad en argentina (2010). Existen desigualdades entre provincias?

.....235

Análisis de la omisión de las defunciones por accidentes de tránsito en los registros oficiales. La Rioja 2011 - 2013

.....257

CAMBIOS DEMOGRAFICOS Y VULNERABILIDAD SOCIAL.

Introducción

La presente publicación es el resultado de múltiples investigaciones aglutinadas en el Programa de Investigaciones “Cambios demográficos y vulnerabilidad social “. El libro se articula a través de tres ejes : 1) Transición demográfica, transición epidemiológica, cambios en la población, a través del análisis de los fenómenos demográficos de rezago transicional en la República Argentina durante el período 2001-12, desde la perspectiva conceptual de la vulnerabilidad social 2) Identificación de las personas mayores como grupo de mayor vulnerabilidad en materia de salud y su distribución espacial y 3) Situación de la salud en la población y las desigualdades regionales.

El primer eje: **“TRANSICION DEMOGRAFICA Y VULNERABILIDAD SOCIAL”** cuenta con dos artículos en el primero de ellos **“Rezagos transicionales en la población argentina contemporánea”**, Leandro M. González y Bruno Ribotta describen la dinámica demográfica argentina desde 1996 en Argentina, a fin de considerar las consecuencias sociales que produjo la crisis económica de 2001-2002. Utilizan la noción de rezago transicional para contrastar los diferentes perfiles poblacionales al interior del país, desde la perspectiva de la vulnerabilidad sociodemográfica. Presentan los principales indicadores de fecundidad, mortalidad y estructura etaria para 1997, 2001, 2010 y para el último año en que se disponen de estadísticas vitales publicadas (2013). La población argentina ha experimentado un avance en su proceso de transición demográfica que coexiste con situaciones de rezago transicional: heterogeneidad regional, incremento de la fecundidad adolescente y retrocesos transitorios en la mortalidad general e infantil. El noreste argentino es la región con mayor rezago transicional, mientras que las restantes regiones del interior se concentran alrededor de los valores nacionales y la capital registra un perfil mucho más avanzado.

El segundo artículo **“Fecundidad y Educación en Salta, el NOA y la Argentina a inicios del Siglo XXI”**. Luisa María Salazar Acosta indica que el acceso a Educación y a servicios de Salud son derechos fundamentales. En especial, el pleno ejercicio de los derechos a educación sexual y salud reproductiva posibilitan el conocimiento de aspectos esenciales respecto del cuidado del cuerpo, evitar infecciones de transmisión sexual, ser víctimas de violencia, embarazos no deseados, entre otros. El comportamiento de la fecundidad en la Argentina presenta ciertas particularidades que lo diferencian de otros países, no obstante, al interior del territorio y entre los diferentes grupos educativos se observan diferencias marcadas. La influencia de la educación en la fecundidad es importante. El perfil educativo de las mujeres incide fuertemente en su comportamiento reproductivo.

El segundo eje del libro **“Identificación de las personas mayores como un grupo de mayor vulnerabilidad en materia de salud y su distribución espacial”**. Dicho eje se desarrolla en tres artículos. En el primero de ellos **“Sobre los Adultos Mayores en las Fuentes de Datos socio-demográficos. Algunas miradas desde el Enfoque**

Basado en los Derechos Humanos. Argentina, 2001-2010". Bruno Ribotta, María Marta Santillán Pizarro y Enrique Peláez plantean que el proceso de envejecimiento en los países de la región, y de la Argentina en particular, y la diversidad de escenarios sociales, económicos y culturales que constituye para las personas mayores, han configurado una demanda de investigación que representa nuevos desafíos teóricos y metodológicos; entre ellos, la posibilidad de realizar un seguimiento basado en el enfoque de los derechos humanos. En este marco, los autores se interrogan sobre cuáles son las posibilidades de avanzar en el conocimiento de la situación de las personas mayores en base a la información disponible en la Argentina, entre los años 2001 y 2010. Por tal motivo, el trabajo explora las fuentes de datos tomando como referencia la propuesta de indicadores de CELADE (2006), con mirada desde los derechos humanos. Se propone un diseño exploratorio, basado en la revisión bibliográfica y la sistematización y el análisis de los cuestionarios.

El segundo artículo **"Vulnerabilidad de la población mayor en situación de dependencia en la Argentina. Análisis en base a la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaVIAM) 2012"** desarrollado por Laura Acosta y Malena Monteverde. Las autoras indican que estimaciones recientes muestran que en la Argentina habría más de un millón de personas mayores de edad en situación de dependencia, es decir con necesidad de ayuda para realizar Actividades Básicas o Instrumentales de la Vida Diaria. El objetivo del artículo es analizar la vulnerabilidad de esta población en otros aspectos diferentes a los de su condición funcional. Para ello se comparan las características demográficas, de composición del hogar, socio-económicas, de salud y de relación con el entorno, entre la población adulta mayor en situación de dependencia respecto a la población adulta mayor no dependiente, para lo cual se usan los microdatos de la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaVIAM). Los resultados muestran que existe asociación entre diversas variables que reflejan la vulnerabilidad social y la condición de dependencia, además de una importante proporción de personas en situación de dependencia con necesidades insatisfechas en la ayuda para realizar actividades de la vida diaria.

El tercer artículo **"Fuentes de datos actuales para el estudio de la discapacidad y la dependencia de las personas mayores en España, Argentina, México y Uruguay"**. Sol Minoldo, Sagrario Garay, Malena Monteverde, Mariana Paredes y Enrique Peláez señalan que la situación de dependencia en la tercera edad, definida como la necesidad de ayuda para realizar actividades de la vida diaria (llamadas necesidades de cuidados de larga duración), es un factor fundamental en la caracterización de envejecimiento poblacional. Sin embargo, su abordaje depende, en primera instancia, de contar con fuentes de datos que permitan una aproximación empírica a la realidad. El objetivo del artículo es analizar y comparar las fuentes de información más actuales, disponibles para caracterizar la situación de dependencia de los adultos mayores en España, Argentina, México y Uruguay. Se evalúan sus principales características, contenidos generales incluidos y contenidos específicos sobre discapacidad y dependencia, para establecer cuáles son las potencialidades y limitaciones de las mismas para abordar el estudio de la situación de dependencia de las personas mayores en cada país en particular, así como también en qué medida las fuentes disponibles permiten contar con información que posibilite la comparación

entre países de la región y España.

El tercer eje abordado por la publicación es **“Situación de la salud en la población y las desigualdades regionales”**. El eje cuenta con seis artículos. En el primero de ellos **“Entre el progreso nacional y los desarrollos divergentes en el territorio argentino: análisis cualicuantivo del crecimiento y la distribución de los médicos a partir de los censos nacionales de 1869, 1895 y 1914”**. Adrián Carbonetti, María Laura Rodríguez y Dolores Rivero se interrogan alrededor de las tendencias que fueron definiendo el crecimiento y distribución de los médicos en Argentina, a partir de reconstruir los valores estadísticos que pretendieron medir su presencia en los censos nacionales de 1869, 1895 y 1914. Abordan el crecimiento global de esta ocupación del cuidado de la salud, recuperando interpretaciones y variables que asociarían estas dinámicas a la construcción del orden y el progreso, propio de la progresiva afirmación del Estado y el ascendente desarrollo socioeconómico del país entre mediados del siglo XIX y primeras décadas del XX. Asimismo, ponen en perspectiva situaciones diferenciales entre las provincias y las regiones del territorio argentino considerando algunos factores ligados a la presencia estatal en los distintos espacios, deteniéndose especialmente en clivajes propios del desarrollo socioeconómico e itinerarios y procesos de consolidación de la profesión objeto del estudio.

En el segundo artículo **“Mortalidad, Años de Esperanza de Vida Perdidos y Objetivos de Desarrollo del Milenio vinculados, por regiones socioeconómicas (Argentina 2001-2010)”**. Martín Saino señala que las condiciones de vida de una población están fuertemente ligadas a la distribución espacial de las actividades económicas como a sus niveles de desarrollo y conforme ello presentan diferencias sociodemográficas. Por tanto, condiciones de vida disímiles pueden ser explicadas por una selección adecuada de variables que pueden ser agrupadas con cierto grado de homogeneidad, para conformar lo que se denominan regiones. Sobre esa base se analiza la mortalidad, sus causas y el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) vinculados al acceso a la salud. Los ODM estaban planteados para ser alcanzados en 2015 pero las metas establecidas y el avance de indicadores aún cobran fuerza, en particular al ser trabajados a un menor nivel una desagregación que frecuentemente no se dispone. La regionalización se realizó ad hoc y con el objeto de mostrar las desigualdades demográficas que se presentan al interior del país.

El tercer artículo **“Mortalidad por tumores en dos países del Cono Sur. Trienios 1997-1999 y 2010-2012”** Eleonora Rojas Cabrera, Andrés Peranovich y Dora Celton abordan comparativamente, el comportamiento de la mortalidad por tumores según grupo de edad y sexo en Argentina y Brasil. Además, indagan si tal comportamiento se reproduce en función del tipo y la localización del tumor. Con base en estadísticas vitales y estimaciones de población oficiales, se calculan y analizan tasas de mortalidad específicas de acuerdo a las desagregaciones referidas. Más allá de corroborar algunas disparidades documentadas en estudios previos, los resultados revelan que, en determinados grupos poblacionales, la magnitud y el sentido de las tasas resultan similares entre países, especialmente para ciertos tumores. Estas conclusiones se relacionan con, al menos, dos cuestiones: las acciones desplegadas

en ambos países para combatir los distintos tumores; y las mejoras sucesivas del registro de las defunciones de Brasil, país con una cobertura de los hechos vitales históricamente inferior a la de Argentina.

El cuarto artículo **“Evolución de la mortalidad vial en Argentina entre 2001 y 2010”**. Gabriel Escanés analiza la mortalidad vial con el objetivo de medir el impacto que tuvieron los decesos por atropellos y colisiones de tránsito sobre la esperanza de vida de los argentinos entre los trienios 2000-2002 y 2009-2011. Aplica el índice de años de esperanza de vida perdidos que sirvió para establecer la cantidad de años que deberían haber vivido las personas que fallecieron por lesiones causadas al transitar por la vía pública ya sea como peatones, ciclistas, motociclistas u ocupantes de vehículos a motor. Los principales resultados indican que en el trienio 2000-2002 la población argentina perdió 0,59 años (siete meses) –entre el nacimiento y los 80 años– de esperanza de vida como consecuencia de las muertes en el espacio vial, mientras que dicha cifra alcanzó la pérdida de 0,66 años (ocho meses) para el trienio 2009-2011.

El quinto artículo **“Perfiles de mortalidad en argentina (2010). ¿Existen desigualdades entre provincias?”**. Carola Bertone estudia las desigualdades en el perfil de la mortalidad por causas en las provincias argentinas durante el año 2010. Utiliza como fuentes de datos: el registro de las defunciones provistas por la DEIS, y la población del censo de población, hogares y viviendas del año 2010 (INDEC). Analiza los Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP), y pone foco en las principales causas de muerte agrupadas en grandes grupos de acuerdo a la CIE-10. Entre las principales causas de muerte en el Argentina en el 2010 se presentan las enfermedades circulatorias, neoplasias, causas externas y las enfermedades del aparato respiratorio. La importancia cuantitativa varía de acuerdo al sexo y la provincia, en alguna de las cuales aparecen otras causas de interés. En cuanto a las desigualdades, el índice de Gini casi no muestra desigualdades en las principales causas detectadas con los AEVP.

Finalmente el sexto artículo **“Análisis de la omisión de las defunciones por accidentes de tránsito en los registros oficiales. La Rioja 2011 – 2013”**. Marcos Andrada y Carola Bertone indagan acerca de la situación de la mortalidad en la provincia de La Rioja, entre los años 2011 y 2013. El foco de la atención se presenta en las muertes producidas por siniestros viales, dado que este grupo de causas se ha incrementado considerablemente. La situación socioeconómica de la provincia muestra grandes diferencias que se manifiestan en las condiciones de salubridad y en el acceso a servicios de salud de la población y que resultan condicionantes de un patrón de mortalidad en el que aún persisten las denominadas enfermedades de la pobreza con las llamadas enfermedades de la sociedad. Entre estas últimas se destacan las defunciones por accidentes de transporte. El artículo es un estudio descriptivo y exploratorio a partir de una base de dato confeccionada Ad Hoc para comparar el registro propio con el registro oficial de defunciones por estas causas y valorar el registro de estas causas.

Rezagos transicionales en la población argentina contemporánea

Leandro M. González - Bruno Ribotta
*CIECS / CONICET y U.N. Córdoba*¹

Resumen

Se describe la dinámica demográfica argentina desde 1996, a fin de considerar las consecuencias sociales que produjo la crisis económica de 2001-2002. Se utiliza la noción de rezago transicional -entendido como perfil demográfico de poblaciones antiguas o de bajo nivel socioeconómico- para contrastar los diferentes perfiles poblacionales al interior del país, desde la perspectiva de la vulnerabilidad sociodemográfica. Se presentan los principales indicadores de fecundidad, mortalidad y estructura etaria para 1997, 2001, 2010 y 2013. La población argentina ha experimentado un avance en su proceso de transición demográfica que coexiste con situaciones de rezago transicional: heterogeneidad socioeconómica regional, incremento de la fecundidad adolescente y retrocesos transitorios en la mortalidad general e infantil. El noreste argentino es la región con mayor rezago transicional, mientras que las restantes regiones del interior se concentran alrededor de los valores nacionales y la capital registra un perfil mucho más avanzado.

Palabras clave: TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA – VULNERABILIDAD SOCIAL - DINÁMICA DEMOGRÁFICA – FECUNDIDAD – MORTALIDAD

Abstract

“Transitional lags in contemporary Argentine population”. This article explores the demographic dynamics since 1996 in Argentina, to consider the social consequences produced by the 2001-2002 economic crisis. Transitional lag concept –defined as demographic profile of ancient populations or lower classes- is used to contrast the different population features with different positions within the country, from the sociodemographic vulnerability approach. Main demographic indicators for 1997, 2001, 2010 are calculated and last published vital statistics year (2013). Argentine population has experienced and advance in the demographic transition process that

¹ Leandro M. González (leandrogonzalez@yahoo.com.ar) - Bruno Ribotta (brunoribo@yahoo.com.ar)

coexists with situations of transitional lag: socioeconomic regional heterogeneity, increasing adolescent fertility and temporary declining in general and infant mortality. Northeast is the region with the largest transitional lag, while the remaining regions are concentrated around national values and the Capital has a much more advanced profile.

Key Words: DEMOGRAPHIC TRANSITION – SOCIAL VULNERABILITY – DEMOGRAPHIC DYNAMICS – FERTILITY – MORTALITY

1- INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene por objetivo indagar sobre la dinámica demográfica registrada desde mediados de la década de 1990 en Argentina, a fin de considerar las consecuencias sociales que produjo la crisis económica de 2001-2002. La República Argentina sufrió a lo largo de la década de 1990 una serie de reformas económicas que produjeron una profunda modificación en la estructura social. Luego de las experiencias hiperinflacionarias de 1989-1990 se aplicó un conjunto de medidas en consonancia con el llamado “consenso de Washington”: privatización de empresas públicas, descentralización de servicios públicos, desregulación del mercado laboral, fuerte apertura del comercio exterior y establecimiento de una paridad fija del peso argentino respecto a la divisa norteamericana (régimen de convertibilidad de la moneda). Esta política logró controlar la escalada inflacionaria con un alto costo social: incremento sostenido del desempleo y la informalidad laboral, cierre de pequeñas y medianas empresas, concentración de los ingresos y progresivo empobrecimiento de vastos sectores de la clase media (los llamados “nuevos pobres” o pobres por caída de los ingresos).

La recesión económica del período 1998-2001 condujo al fin del modelo de convertibilidad con el estallido social de diciembre 2001. Se devaluó la moneda, se contrajo el Producto Bruto Interno, se desató una fuerte inflación y crecieron dramáticamente los niveles de pobreza e indigencia en todo el país (58 y 28 por ciento de la población en los grandes aglomerados urbanos respectivamente; INDEC, 2003). El nuevo gobierno instrumentó un sistema de subsidios para desempleados a fin de evitar los saqueos de comercios y restablecer el orden público. A lo largo de la década de 2010 se mantuvo la política de contención social a través de numerosos planes sociales, a la vez que la actividad económica se recuperó rápidamente hasta 2008, cuando la crisis financiera internacional inició un período de inestabilidad y amesetamiento (González, 2009:211).

Para abordar el análisis de la dinámica poblacional en el período propuesto

se recurre al marco conceptual de la transición demográfica², a fin de contrastar los diferentes perfiles poblacionales con las diversas condiciones de vida que coexisten en el país. La noción de rezago transicional se emplea cuando se verifican indicadores demográficos propios de poblaciones antiguas o de bajo nivel socioeconómico, como la alta fecundidad general y de adolescentes, elevada mortalidad infantil, baja esperanza de vida, altas relaciones de dependencia, entre otras. En la región el término se encuentra mencionado en trabajos referidos a la dinámica demográfica de la pobreza, que en cierta medida discuten la hipótesis hacia la “convergencia” de la transición demográfica en todos los sectores socio-económicos. Al respecto son clásicos los artículos de Susana Schkolnik y Juan Chackiel (1997, 1998, 2003), que aplican la idea del rezago transicional especialmente al estudio de los diferenciales en la fecundidad:

“...el rezago en la transición demográfica se presenta en los estratos sociales bajos, que viven en condiciones de pobreza y tienen menor nivel de instrucción. Esta situación se da en las zonas rurales, donde la mayoría de la población vive en esas condiciones, en las poblaciones marginales urbanas y en las poblaciones indígenas, en las cuales la pobreza se une a las barreras culturales y lingüísticas que dificultan su acceso a la información sobre salud y planificación familiar” (Schkolnik y Chackiel, 1998:13).

Si bien se trata de un concepto “clásico”, vuelve a hacerse presente más recientemente como parte de la teorización central o accesoria al análisis de las diferencias intra-país. A propósito de estudios sobre los diferenciales de la fecundidad, en el primer sentido se encuentra mencionado en informes sobre Guatemala (2008), y en el segundo, de Uruguay (Varela Petito y otros, 2008). Cabe destacar que ambos países presentan niveles de fecundidad y de pobreza muy diferentes (entre los más altos y los más bajos de América Latina, respectivamente).³

Rodríguez Vignoli (2001:47) afirma también que el rezago transicional es “*un factor debilitador de comunidades, hogares y personas, por ende, el hecho de (que) tal retraso sea propio de los grupos socioeconómicos más desaventajados y excluidos no hace sino reforzar sus condiciones de vulnerabilidad social*”. Aquí aparece la perspectiva de la vulnerabilidad social, que identifica el estado de exposición de

² Proceso por el cual una población pasa de altos a bajos niveles de fecundidad y mortalidad, como resultado del proceso de modernización (desde una perspectiva histórica) o bien por la mejora en las condiciones de vida (desde la óptica de la estratificación social). Los principales resultados son el aumento de la población total, el incremento de la población de edades adultas y ancianas (envejecimiento), y la disminución de población en edad infantil.

³ Es importante señalar que el concepto de rezago debe distinguirse del correspondiente a “retroceso” transicional. Este último término es utilizado para dar cuenta del retorno a una situación anterior en los indicadores demográficos, cuando se creía que dicha circunstancia no podría tener lugar dado el grado de avance en la transición demográfica. Al respecto, actualmente se investigan las razones que han llevado a la recuperación de la fecundidad en algunas de los países más desarrollados del mundo, más allá del aporte de la población inmigrante y de ciertos sesgos propios de las mediciones (Myrskylä, Kohler, Billari, 2009).

personas, hogares y comunidades en riesgo de sufrir el deterioro de sus condiciones de vida frente a eventos sociales adversos. Las condiciones de riesgo pueden relacionarse a perfiles propios de las personas y/o a características del medio social en donde viven (CEPAL, 2002a; Kaztman, 1999; Busso, 1999).

Desde la CEPAL se propuso la noción específica de “vulnerabilidad sociodemográfica”, definida como *“un síndrome en el que se conjugan eventos sociodemográficos potencialmente adversos (riesgos), incapacidad para responder a la materialización del riesgo e inhabilidad para adaptarse activamente al nuevo cuadro generado por esta materialización”* (CEPAL, 2002a:7). De los tres componentes enunciados en esta definición sólo el primero (riesgos) puede describirse exclusivamente con las variables de población, especialmente los procesos demográficos de larga duración⁴. Los otros dos elementos son contingentes y dependen de factores esencialmente sociales. Cabe aclarar que los eventos demográficos no son riesgos en sí, salvo que sus efectos adversos comprometan el desempeño social o dificulten el ejercicio de derechos a las personas u hogares (CEPAL, 2002a: 7).

Susana Torrado advierte sobre la relación entre eventos demográficos y escenarios macrosociales:

“En contextos de intensa movilidad estructural ascendente, los factores demográficos pueden quizá dificultar la promoción social pero no impedirla. En tanto que, en situaciones de movilidad estructural neutra o descendente, los factores demográficos pueden efectivamente convertirse en un escollo insalvable para el ascenso” (Torrado, 1995:28).

Desde las perspectivas conceptuales reseñadas se intenta describir la coexistencia y evolución de perfiles poblacionales heterogéneos al interior del país. Al tener en cuenta los acontecimientos socioeconómicos sufridos durante las últimas décadas, en especial la crisis social de 2001-2002, se pretende ofrecer un panorama de la distribución desigual de riesgos y oportunidades de la población en relación con sus condiciones de vida. De esta manera se asume el supuesto de que los eventos socioeconómicos adversos, como los señalados, tienden a impactar en los siguientes indicadores demográficos:

-Aumento del nivel de la mortalidad de los estratos sociales más bajos por el deterioro de la salud en niños, ancianos, mujeres embarazadas y enfermos crónicos; incremento de accidentes, de la violencia doméstica y de la criminalidad; disminución de la ingesta de alimentos suficientes y de calidad; limitación de la atención sanitaria pública, abandono

⁴ En un trabajo previo Rodríguez Vignoli (2000: 70) sostiene: *“La vulnerabilidad demográfica tiende a reducirse con la transición demográfica. (...) La prevalencia de la vulnerabilidad demográfica no implica que, a largo plazo, la transición demográfica asegure un abatimiento de la vulnerabilidad demográfica. Incluso más, (...) determinados componentes de la vulnerabilidad demográfica podrían aumentar su prevalencia en los estados más avanzados de la transición demográfica, es decir, en el marco de la ‘segunda transición demográfica’”*.

de controles médicos preventivos y de hábitos saludables como el ejercicio físico, entre otros.

- Incremento del nivel de la fecundidad general y adolescente de los estratos más pobres, quienes dependen mayormente de la asistencia pública para el acceso a la anticoncepción segura y controlada por especialistas.

- Aumento de sus relaciones de dependencia, debido al mayor número de nacimientos (por una mayor fecundidad) y disminución de la población en edad activa (por muerte prematura o emigración con fines laborales).

Este trabajo se concentra en tres de los riesgos sociodemográficos tradicionales inherentes a situaciones de rezago en la transición demográfica: alta mortalidad, elevada fecundidad y estructura etaria juvenil (CEPAL, 2002b:31). Al presentar los resultados propios de cada uno de estos escenarios de riesgo se amplían las consideraciones conceptuales aplicables a los mismos, y que sustentan el supuesto presentado en los párrafos anteriores.

2- METODOLOGÍA

Para el análisis de la dinámica poblacional en el período propuesto se calculan los indicadores demográficos para el trienio 1996-98 –momento previo a la recesión que condujo a la crisis de 2001 (Beccaria, 2001:60-65)-, los años censales (2001 y 2010) y para el último año en que se disponen de estadísticas vitales publicadas (2013). Para obtener los indicadores de 2013 se construyen proyecciones con el programa RUPLEX (Bureau of the Census de EE.UU.), que permite actualizar la última población censada mediante la incorporación de registros de nacimientos y defunciones posteriores, a través del método de los componentes (Arriaga, 2001).

El área geográfica de referencia es la República Argentina en su totalidad; para considerar sus diferencias regionales se selecciona una provincia testigo por cada región: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Región Metropolitana), Córdoba (Región Pampeana), Jujuy (Noroeste), Chaco (Noreste), San Juan (Cuyo) y Chubut (Patagonia). La selección de estas provincias no responde a un criterio sistemático, sino más bien a la búsqueda exploratoria de patrones poblacionales “típicos” de las regiones. Para ello se tuvo en cuenta la ubicación espacial que asegurase de manera inequívoca la pertenencia a cada región. Se busca de esta manera provincias “testigo” más que representativas de la totalidad regional, a fin de servir de guía a futuras profundizaciones y ampliaciones en el tema.

Respecto a las fuentes de datos, se emplean los resultados de los censos 2001 y 2010 ajustados por omisión censal (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos-INDEC), y los registros de estadísticas vitales del período 1996-2013 (Ministerio de Salud de la Nación). Sobre las áreas mencionadas se realiza el cálculo de los

siguientes indicadores:

- Mortalidad: esperanza de vida al nacimiento por sexo, tasas de mortalidad infantil y materna.
- Fecundidad: tasas específicas y global de fecundidad, porcentaje de nacidos vivos con bajo peso.
- Estructura etaria: tasas de dependencia general, de niños y ancianos, edades medianas.

En primer lugar se definen las poblaciones base ajustando las poblaciones censadas por la omisión por sexo y edad, y luego por la fecha de referencia. En el caso del censo 2001, la omisión general fue estimada por INDEC en 2,75 por ciento, desglosada por sexo y grandes grupos de edad (INDEC, 2004:6,10); para el censo 2010 la omisión nacional fue calculada en 2 por ciento y también desglosada por sexo y grupos etarios (INDEC, 2013a:12). Las poblaciones provinciales fueron ajustadas por la omisión censal aplicada por INDEC en las proyecciones provinciales oficiales (INDEC, 2013b:7), y la estructura etaria fue ajustada por los porcentajes de omisión de la población nacional.

El segundo lugar se incorporan las estadísticas vitales publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación: defunciones por sexo y grupo etario, nacimientos por sexo y grupo etario de las madres. Estos registros necesitan algunos ajustes correspondientes al registro del sexo y edad de las personas involucradas. En el caso de las defunciones, se distribuyeron proporcionalmente las defunciones sin edad especificada entre las defunciones con edad registrada, en cada sexo por separado. En las defunciones de menores de un año también se ajustaron proporcionalmente los casos que no registraron el sexo de los fallecidos, entre los casos con sexo registrado. A continuación se calcularon promedios trianuales de los fallecimientos por edad y sexo, a fin de reducir el efecto de oscilaciones aleatorias de los registros entre años calendarios. Finalmente las distribuciones promediadas fueron ajustadas en el programa RUPLEX al promedio de fallecidos totales registrados por trienio.

Los nacimientos, por su parte, se ajustaron por declaración del sexo del recién nacido y edades desconocidas de las madres. En ambos casos se distribuyeron proporcionalmente de acuerdo a los nacimientos con sexo declarado, y a las edades registradas de las madres. De igual manera que con las defunciones, las distribuciones anuales de nacimientos corregidos de la manera señalada fueron ajustados al promedio trianual de nacimientos totales registrados, para reducir el efecto de las oscilaciones aleatorias en los registros.

En el caso de la migración, se calcula el saldo migratorio de cada jurisdicción mediante el procedimiento de la ecuación compensadora (diferencia entre crecimiento total y vegetativo). De esta manera se obtiene el saldo migratorio anual para el

período 2001-10, y se estima la estructura etaria de los migrantes a partir de la información de población migrante en el período 1996-2001 por falta de información actualizada del censo 2010. Se supone que cada población continúa con el mismo ritmo migratorio 2001-10 luego del año 2010.

Para el análisis demográfico de la mortalidad se disponen de diversos indicadores. Las tasas de mortalidad infantil y materna han sido ampliamente utilizadas para evaluar el estado de salud y condiciones de vida de la población, por la alta correlación que presentan respecto al grado de desarrollo de la sociedad; los cálculos son sencillos pero sólo explican el nivel de mortalidad durante el primer año de vida, y la experiencia del embarazo y parto en las mujeres. La esperanza de vida al nacimiento, por su parte, resume la experiencia de mortalidad de una población desde el nacimiento hasta las últimas edades y permite las comparaciones entre distintas poblaciones.

Para el análisis de la fecundidad se disponen de las tasas globales y específicas de fecundidad, que ofrecen un panorama del nivel y estructura etaria de la fecundidad de la población. Particular atención merece la evolución de las tasas de fecundidad adolescente (madres menores de 20 años). Las modificaciones que se registran en estos indicadores permiten apreciar los cambios en los patrones reproductivos de la población, influidos especialmente por la dinámica de los hogares y la participación de las mujeres en el sistema educativo y el mercado laboral.

Los indicadores demográficos que ofrece una proyección también son útiles para considerar las características estructurales de la población. Por ejemplo, las relaciones de dependencia (total, de niños y ancianos), junto con la edad mediana, permiten evaluar el grado y velocidad del proceso de envejecimiento de la población.

3- RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos siguiendo los principales riesgos sociodemográficos asociados a rezagos transicionales: alta mortalidad, alta fecundidad y estructura etaria joven.

3.1- Mortalidad

El descenso del riesgo de fallecer de manera prematura implica un aumento de la esperanza de vida, favorece la progresiva expansión del derecho fundamental a la vida y prolonga los procesos de acumulación de los diferentes capitales de las personas (a través de la educación, la capacitación y la experiencia laboral).⁵ El

⁵ Afirma Rodríguez Vignoli (2001:40): *“Cuando la vida es breve, los incentivos para que las personas hagan proyecciones de largo plazo son débiles; las probabilidades de una transmisión completa de las experiencias de una generación a otra son escasas; no hay estímulos para la realización de largos procesos de entrenamiento y educación antes de incorporarse al trabajo y hay poca disposición a*

descenso de la mortalidad se relaciona directamente con la mejora de las condiciones generales de vida de la población y al cambio del perfil de morbimortalidad (CEPAL, 2002b:31).⁶

El nivel de mortalidad general para el total del país y las provincias seleccionadas se expone a través de las esperanzas de vida al nacimiento por sexo y las tasas de mortalidad infantil. En primer lugar se ofrecen las esperanzas de vida al nacimiento obtenidas para los años 1997,⁷ 2001, 2010 y 2013 a partir de la actualización de la población argentina. Se recuerda que las defunciones por sexo y edad fueron promediadas por trienios, por lo que las esperanzas de vida de cada año calendario representan la experiencia del año de referencia y de los dos años circundantes. La excepción lo representa el año 2013, último período para el que se disponen de datos, cuya información no fue promediada con años previos. En los Cuadros 1 y 2, y los Gráficos 1 y 2 se presentan los valores obtenidos.⁸

Cuadro 1: Esperanza de vida al nacimiento de la población masculina e incrementos. Argentina y provincias seleccionadas, 1997-2013

Jurisdicción	Esperanza de vida (años)				Incremento (años)	Incremento anual (años)		
	1997	2001	2010	2013	1997-2013	1997-2001	2001-10	2010-13
ARGENTINA	69,55	70,56	72,21	72,49	2,94	0,25	0,18	0,09
C.A.Buenos Aires	70,58	72,47	74,52	75,36	4,78	0,47	0,23	0,28
Chaco	66,92	68,01	69,71	69,94	3,02	0,27	0,19	0,08
Chubut	68,89	70,15	72,31	72,47	3,58	0,32	0,24	0,05
Córdoba	70,23	71,50	72,70	72,90	2,67	0,32	0,13	0,07
Jujuy	69,99	69,94	71,54	71,67	1,68	-0,01	0,18	0,04
San Juan	69,94	70,73	72,76	72,69	2,75	0,20	0,23	-0,02

Fuente: Elaboración propia a partir de los Censos 2001 y 2010 (INDEC), y de estadísticas vitales del Ministerio de

renunciar a las rentas inmediatas (o a una parte de ellas) en pos de conseguir unas rentas mayores en el futuro”.

⁶ Por su parte Torrado (1995:10-11) sostiene: “El más alto nivel de mortalidad de los carenciados sin duda determina, comparativamente, un mayor número de eventos que pueden favorecer la entrada o permanencia en la condición de pobreza, tales como la viudez, la orfandad, la pérdida prematura de parientes claves en las redes de solidaridad familiar (los abuelos, por ejemplo), etc. Lo mismo puede afirmarse de la mayor frecuencia de episodios que dejan secuelas de enfermedades crónicas o discapacidades permanentes. Todo lo cual —reforzado todavía por comportamientos individuales derivados de la propia condición de pobreza (desnutrición, higiene deficiente, prácticas pseudomédicas)—, determina una mayor y más precoz vulnerabilidad de los pobres a los avatares de la salud, la enfermedad y la muerte y, por ende, una menor capacidad de formular y sostener un proyecto de vida de largo plazo”.

⁷ Para el cálculo de las esperanzas de vida para el período 1996-98 se estimó la población por edad y sexo de cada jurisdicción al 1 de julio de 1997, mediante la interpolación exponencial de las poblaciones base definidas por INDEC 1991 y 2001 en sus proyecciones de población (INDEC 1995, 2004).

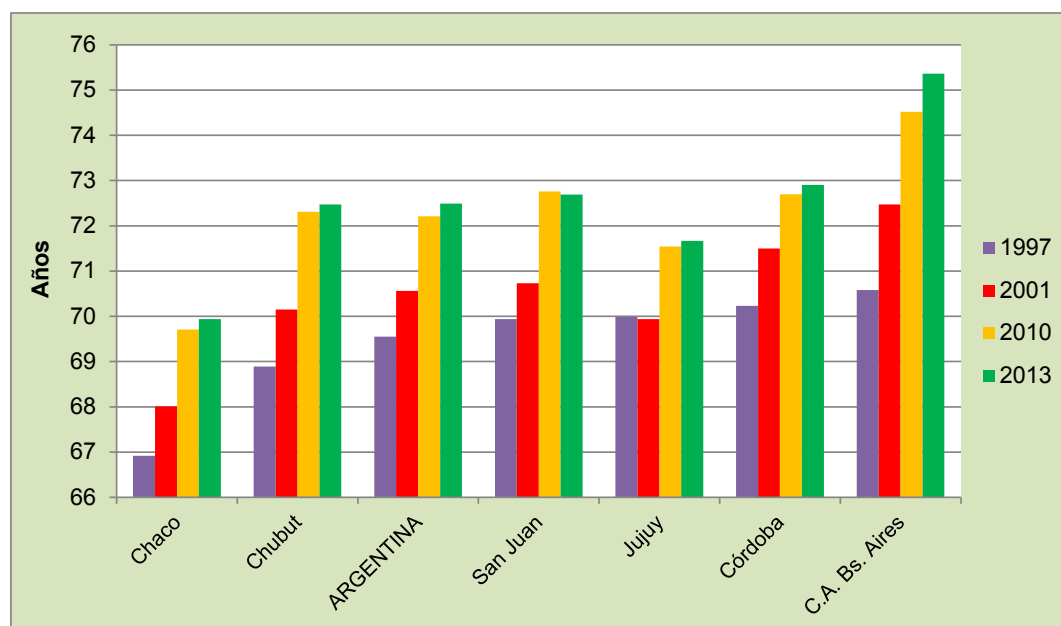
⁸ En los gráficos se presentan las jurisdicciones según el nivel de mortalidad registrado en 1997 en orden decreciente, a fin de apreciar las diferentes posiciones en la transición demográfica. De la misma manera se procede con los gráficos referidos a fecundidad y estructura etaria.

Cuadro 2: Esperanza de vida al nacimiento de la población femenina e incrementos. Argentina y provincias seleccionadas, 1997-2013.

Jurisdicción	Esperanza de vida (años)				Incremento (años)	Incremento anual (años)		
	1997	2001	2010	2013		2001-13	1997-2001	2001-10
ARGENTINA	77,13	77,98	78,76	79,01	1,88	0,21	0,09	0,08
C.A.Buenos Aires	78,85	79,76	80,75	81,11	2,26	0,23	0,11	0,12
Chaco	74,11	75,27	76,43	77,50	3,39	0,29	0,13	0,36
Chubut	78,12	78,70	79,90	80,97	2,85	0,14	0,13	0,36
Córdoba	77,63	78,72	79,10	79,20	1,57	0,27	0,04	0,03
Jujuy	75,84	76,68	77,77	78,47	2,63	0,21	0,12	0,23
San Juan	76,04	76,54	77,75	78,32	2,28	0,13	0,13	0,19

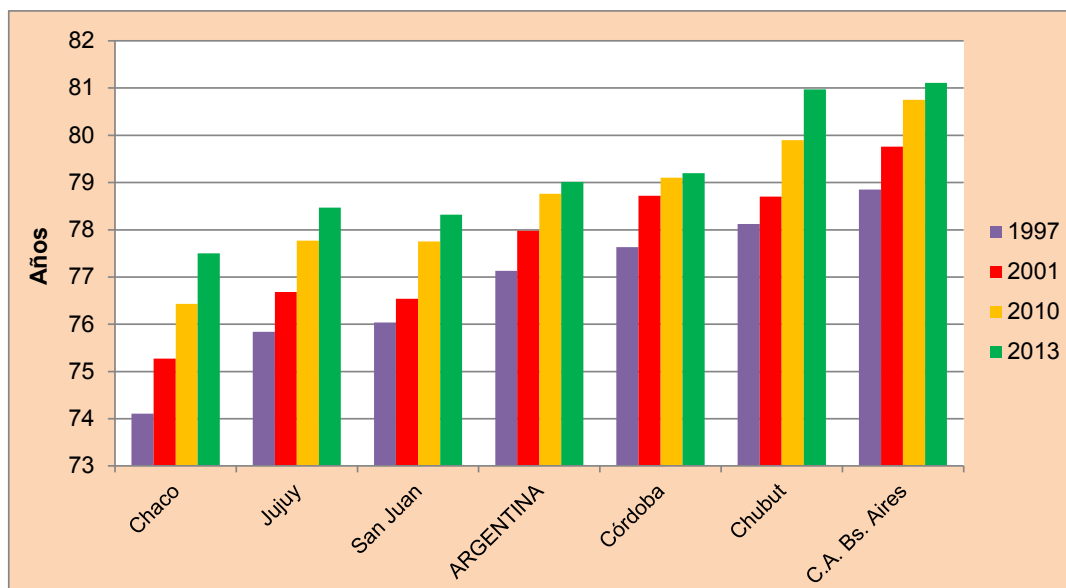
Fuente: Elaboración propia a partir de los Censos 2001 y 2010 (INDEC), y de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 1: Esperanza de vida al nacimiento de la población masculina e incrementos. Argentina y provincias seleccionadas, 1997-2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de los Censos 2001 y 2010 (INDEC), y de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 2: Esperanza de vida al nacimiento de la población femenina e incrementos. Argentina y provincias seleccionadas, 1997-2013.



Fuente: Elaboración propia a partir de los Censos 2001 y 2010 (INDEC), y de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

En primer lugar se puede observar que la esperanza de vida al nacimiento ha evolucionado favorablemente en ambos sexos a lo largo del período analizado. Si se comparan las esperanzas de vida nacionales del año 2013 con 1997, el incremento alcanza a 2,94 años para los varones y 1,88 para las mujeres. Si bien la población femenina cuenta con una esperanza de vida históricamente mayor a la masculina, la brecha se redujo levemente a lo largo del período: pasó de 7,58 años en 1997 a 6,52 en 2013. De esta manera la población masculina tuvo una ganancia más elevada en su esperanza de vida, lo que resulta favorable si se tiene en cuenta la sobremortalidad que normalmente muestra respecto al sexo femenino.

En segundo lugar se diferencian los tres tramos temporales que se presentan en los cuadros y gráficos. El período 1997-2001 es la etapa donde la esperanza de vida nacional crece más en términos de ganancia anual para ambos sexos (0,25 y 0,21 año para varones y mujeres respectivamente), mientras que se reduce en los períodos siguientes y se vuelve casi constante en el caso de las mujeres. El primer período incluye la etapa previa a la crisis socioeconómica de 2001-02; el segundo incluye el período más agudo de la crisis (2002) y la recuperación económica (a partir 2003) produjo una disminución en el ritmo de evolución de la esperanza de vida, especialmente en las mujeres; el tercer período registra los menores avances en este indicador. El menor crecimiento luego de 2010 podría relacionarse con la mayor

dificultad de reducir los niveles de mortalidad cuando ya se ha logrado un avance considerable, no ya con la crisis de 2001-02.

En tercer lugar se analizan las diferencias regionales al interior del país. Se puede apreciar la persistencia de una notable “distancia” en términos de mortalidad entre la Ciudad de Buenos Aires y la mayoría de las provincias, especialmente con Chaco. La población masculina porteña ha evidenciado un notable incremento de su esperanza de vida especialmente en los últimos tres años, que lleva a incrementar su diferencia con Chaco de 3,66 a 5,42 años. Para la población femenina, la diferencia de esperanzas de vida es semejante en el nivel aunque descendente con el tiempo, ya que pasa de 4,74 a 3,61 años en los extremos del período analizado. Se destaca también que Jujuy es la provincia que menor incremento de esperanza de vida registrada en los varones, mientras Córdoba registra el menor avance en las mujeres; en cambio los mayores aumentos se observan entre los varones de CABA y Chubut, y las mujeres de Chaco y Chubut.⁹

A continuación se consideran los niveles y evolución de la mortalidad infantil, la cual representa la tasa de mortalidad más influyente en el valor final de la esperanza de vida al nacimiento. En el Cuadro 3 y Gráfico 3 se consignan las tasas resultantes a partir de los promedios trianuales de nacimientos y defunciones infantiles registradas.

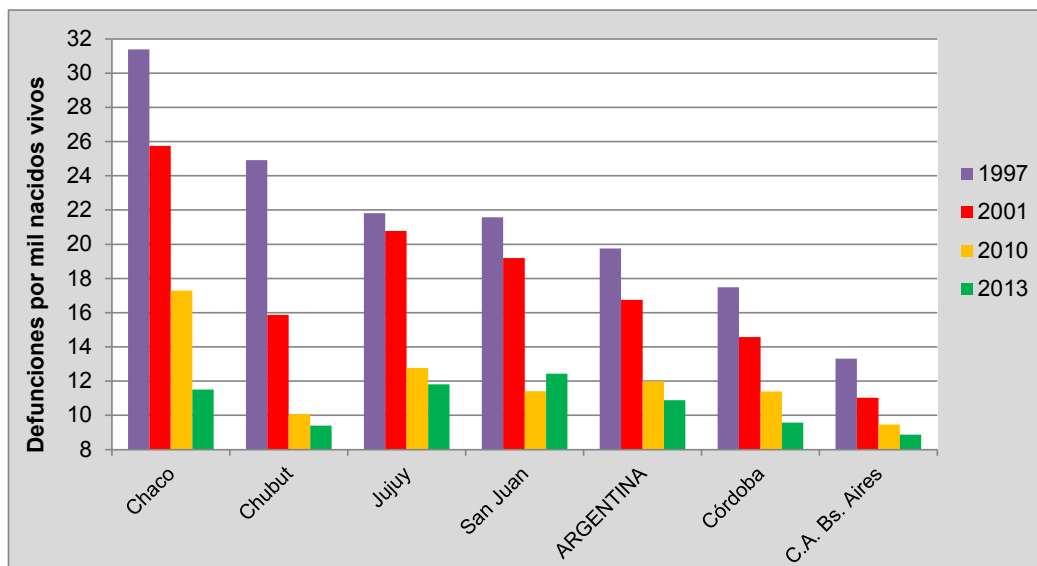
Cuadro 3: Tasa de mortalidad infantil. Argentina y provincias seleccionadas, 1997-2013. Defunciones por mil nacidos vivos.

Jurisdicción	Mortalidad infantil				Reducción	Reducción anual		
	Tasa de mortalidad infantil	1997	2001	2010		2013	2001-13	1997-2001
ARGENTINA	19,8	16,8	12,0	10,9	-8,9	-0,8	-0,5	-0,4
C.A.Buenos Aires	13,3	11,0	9,5	8,9	-4,5	-0,6	-0,2	-0,2
Chaco	31,4	25,7	17,3	11,5	-19,9	-1,4	-0,9	-1,9
Chubut	24,9	15,9	10,1	9,4	-15,5	-2,3	-0,6	-0,2
Córdoba	17,5	14,6	11,4	9,6	-7,9	-0,7	-0,4	-0,6
Jujuy	21,8	20,8	12,8	11,8	-10,0	-0,3	-0,9	-0,3
San Juan	21,6	19,2	11,4	12,4	-9,1	-0,6	-0,9	0,3

Fuente: Elaboración propia a partir de registros de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

⁹ El descenso de la esperanza de vida de la población masculina de San Juan en 2013 debería ser tomada con cautela, ya que para dicho año no se tomaron promedios con otros años como en los otros puntos de tiempo considerados. La disposición de los futuros registros de defunciones de 2014 permitirá revisar este valor para confirmar o ajustar la tendencia.

Gráfico 3: Tasa de mortalidad infantil. Argentina y provincias seleccionadas, 1997-2013. Defunciones por mil nacidos vivos.



Fuente: Elaboración propia a partir de registros de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

Se observa primeramente que la tasa de mortalidad infantil nacional ha experimentado una visible reducción a lo largo del período estudiado, la cual pasa de 19,8 a 10,9 por mil nacidos vivos; el ritmo de reducción anual fue mayor entre 1997 y 2001, y luego se mantuvo casi constante. Las diferencias regionales observadas en la esperanza de vida se asemejan a la mortalidad infantil; Chaco, Jujuy y San Juan se muestran más rezagadas en relación al resto del país, y Chubut sólo en 1997. Se evidencia una notable disminución de las tasas especialmente en el período intercensal; mientras las tasas de Chaco y Jujuy duplicaban el nivel de mortalidad infantil de la ciudad de Buenos Aires, hacia 2013 muestran una notable cercanía. Se aprecia aquí que el ritmo de reducción de la tasa fue más acelerado en aquellas jurisdicciones de mayor mortalidad infantil inicial (particularmente en Chubut), como era de esperar. En el caso de la provincia de San Juan se registra un leve incremento en el año 2013 respecto a 2010 (equivalente al trienio 2009-11), que deberá ser revisado cuando se disponga de los registros del año 2014 para confirmar o bien ajustar este nivel.¹⁰

¹⁰ Pantelides y Moreno (2009:86) afirman: "El componente más importante de la tasa de mortalidad infantil en la Argentina en la actualidad es la mortalidad neonatal y dentro de ella la mortalidad neonatal precoz, que en buena parte se atribuye a factores difícilmente reducibles, pero, sobre todo, a deficiencias en la atención del embarazo, del parto y del recién nacido (...). Debe señalarse, además, que entre las defunciones posneonatales más de la mitad son reducibles y que su ocurrencia también puede atribuirse tanto a oportunidades perdidas por el sistema de salud en la prevención como a déficit de atención".

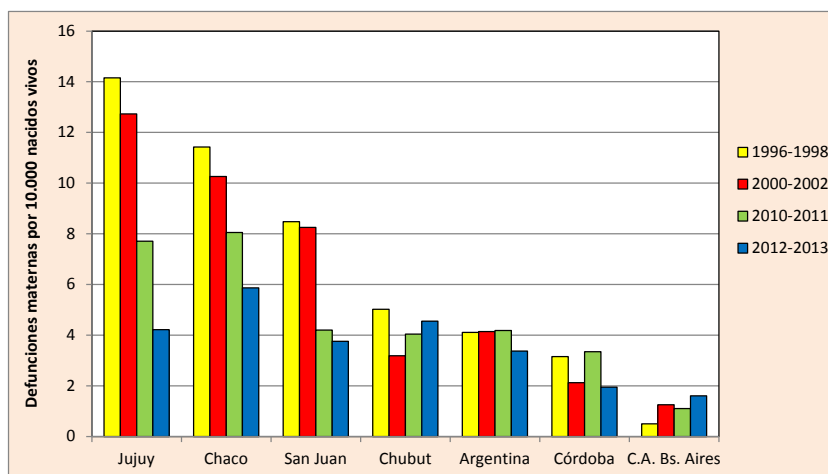
A continuación se considera la mortalidad materna, como indicador de salud relacionado directamente con la experiencia reproductiva de las mujeres y que influye en los recién nacidos. Afirma Chackiel (2004:49) que *“aunque las muertes relacionadas con el embarazo y el parto no constituyen un número relativamente importante, no es aceptable que puedan ocurrir defunciones que en la mayoría de los casos son fácilmente evitables”*. En el Cuadro 4 y Gráfico 4 se presentan las tasas de mortalidad materna. Para su análisis es preciso tener en cuenta que persiste un grado considerable de subregistro de las defunciones por causas maternas (DEIS, 2013:125), por lo que los resultados deben ser evaluados también desde la óptica de la calidad de las fuentes de información.¹¹

Cuadro 4: Tasa de mortalidad materna. Argentina y provincias seleccionadas, 1997-2013. Defunciones por diez mil nacidos vivos.

Jurisdicción	Tasa de Mortalidad Materna			
	1996-1998	2000-2002	2010-2011	2012-2013
Argentina	4,11	4,14	4,18	3,37
C.A. Bs. Aires	0,50	1,26	1,10	1,60
Chaco	11,43	10,26	8,05	5,86
Chubut	5,02	3,19	4,04	4,55
Córdoba	3,15	2,12	3,35	1,95
Jujuy	14,16	12,73	7,71	4,22
San Juan	8,48	8,25	4,20	3,75

Fuente: Elaboración propia a partir de registros de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 4: Tasa de mortalidad materna. Argentina y provincias seleccionadas, 1997-2013. Defunciones por diez mil nacidos vivos.



Fuente: Elaboración propia a partir de registros de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

¹¹ Debido a la baja frecuencia de los fallecimientos y a los posibles problemas de subregistro, el año 2013 es promediado con el año anterior, por lo que representa al período 2012-2013. Asimismo no se consideraron los registros del año 2009, ya que la mortalidad materna de dicho año fue excepcionalmente mayor debido al impacto de la epidemia de la gripe H1N1.

Se puede observar que la tasa de mortalidad materna al nivel nacional se ha mantenido prácticamente estable entre 1997 y 2010 (excepto el año 2009 durante la epidemia de la gripe H1N1), y se reduce recién para 2012-2013. Cabría evaluar los registros de defunciones maternas hasta 2002, ya que no es posible dilucidar con los datos disponibles si la persistencia en la tasa responde al fenómeno mismo o a una mejor medición. Sí puede destacarse el descenso hacia el final del período considerado.

Respecto a las diferencias interprovinciales, se aprecia un sostenido y marcado descenso en las jurisdicciones socialmente más rezagadas (Jujuy, Chaco y San Juan), aún con mejoras en el registro, como también la persistencia e inestabilidad en las provincias más avanzadas. Al igual que el total nacional, en las poblaciones con menores tasas iniciales se supone que una mejora en el registro podría incrementar las tasas, más que por el aumento del fenómeno en sí. Asimismo el período 2010-2011 puede estar todavía influido por la epidemia de la influenza en el caso de Chubut y Córdoba.¹²

3.2- Fecundidad

El descenso de la fecundidad general puede interpretarse como un avance en el ejercicio del derecho reproductivo básico, que consiste en decidir libremente el número de hijos que se desea tener. También posibilita un papel más activo de la mujer en la sociedad, lo que produce avances en materia de recursos humanos y equidad social. En el ámbito de los hogares atenúa el costo de oportunidad de la crianza para los progenitores, contribuye a evitar la dispersión de los recursos financieros del hogar y favorece a una distribución más equitativa del poder entre hombres y mujeres. Una menor fecundidad también reduce algunas amenazas a la salud de las mujeres, como embarazos en edades de riesgos e intervalos intergenésicos cortos, a la vez que facilita la compatibilización entre la trayectoria reproductiva con la trayectoria vital (acumulación de activos, inserción laboral y experimentación de roles) (CEPAL, 2002b:31).¹³

¹² M. Romero y otros (2013:7) sostienen que: *“La mortalidad materna es un viejo problema de salud pública en la Argentina porque en 20 años su nivel no ha descendido significativamente y las inequidades entre provincias siguen siendo alarmantes. La estructura de causas tampoco ha variado mucho. Las complicaciones de abortos inseguros se mantienen en primer lugar como causa directa, un problema sobre el que es necesario actuar. Las causas indirectas están aumentando proporcionalmente en los últimos años, un nuevo fenómeno que es necesario estudiar”*.

¹³ Al respecto afirma Rodríguez Vignoli (2001:40): *“El hecho de que (la) mayor fecundidad ocurra entre los pobres proporciona más sustento al planteamiento de las desventajas, pues los pocos recursos que tienen deben distribuirlos entre más individuos, y a la tesis de que tal comportamiento es uno de los eslabones de la perpetuación de la pobreza familiar. El otro hecho estilizado que abona las hipótesis de secuelas adversas de la alta fecundidad de los pobres es que en este segmento de la población se registran los índices más elevados de fecundidad no deseada, lo que ratifica que tal comportamiento*

En primer término se presentan las tasas globales de fecundidad¹⁴ para observar el nivel y evolución de la fecundidad reciente. En el Cuadro 5 y el Gráfico 5 se puede observar que la fecundidad en Argentina ha experimentado una leve disminución a lo largo del período analizado, de 2,58 a 2,3 hijos por mujer en 1997 y 2013 respectivamente, que representa una reducción del 11 por ciento.

Cuadro 5: Tasa global de fecundidad. Argentina y provincias seleccionadas, 1997-2013.

Jurisdicción	Tasa global de fecundidad				Incremento 1997-2013
	1997	2001	2010	2013	
ARGENTINA	2,58	2,45	2,37	2,30	-11%
C.A. Bs. Aires	1,79	1,79	1,86	1,82	2%
Chaco	3,21	3,05	2,63	2,39	-26%
Chubut	2,77	2,48	2,39	2,33	-16%
Córdoba	2,44	2,16	2,24	2,09	-14%
Jujuy	3,11	2,82	2,42	2,28	-27%
San Juan	2,89	2,76	2,70	2,73	-6%

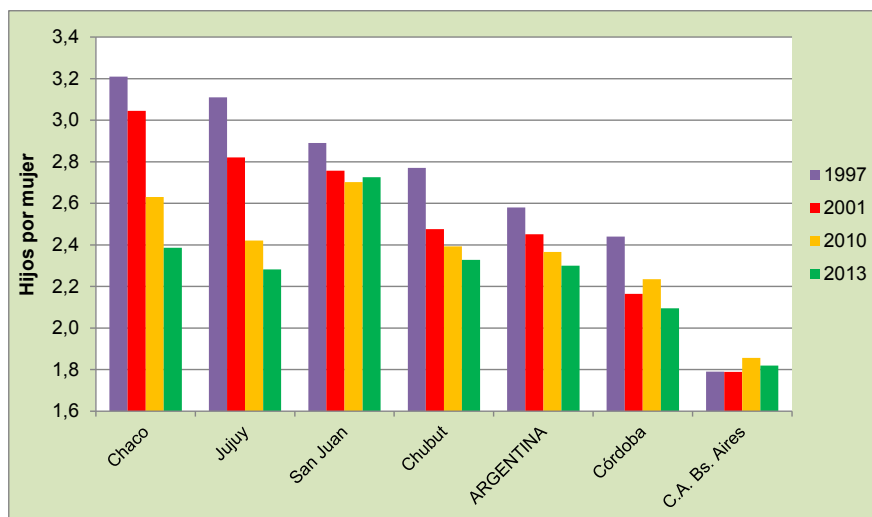
Fuente: Elaboración propia a partir de los Censos 2001 y 2010 (INDEC), y de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

está lejos de ser buscado racionalmente por sus eventuales ventajas”.

Por su parte, Torrado (1995:17) sostiene: *“Una ineficaz regulación de la fecundidad (o sea, el tener hijos no deseados) es un elemento que puede favorecer la pobreza a través, entre otros, de los siguientes mecanismos: más nacimientos extra-matrimoniales; maternidad más precoz; escasa duración del intervalo entre nacimientos sucesivos (hecho que afecta la salud de la madre); nacimientos que, en el seno de una familia, incrementan la competencia por recursos ya escasos; en fin, recurso al aborto inducido como método de planificación familiar, una práctica fuertemente asociada a una mayor mortalidad materna”.*

¹⁴ La tasa global de la fecundidad es una medida resumen y aproximada del promedio de hijos que tienen las mujeres en un momento determinado. Se la define como el número medio de hijos que tendría una cohorte hipotética de mujeres al final de su período fértil (50 años de edad), si a lo largo de su vida tuvieran sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edades de una población determinada, bajo el supuesto de ausencia de mortalidad hasta los 50 años de edad.

Gráfico 5: Tasa global de fecundidad. Argentina y provincias seleccionadas, 1997-2013



Fuente: Elaboración propia a partir de los Censos 2001 y 2010 (INDEC), y de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

Al interior del país se aprecia una marcada diferencia en el nivel de la fecundidad en 1997 y 2001, especialmente en Chaco y Jujuy en relación a las restantes, y son las provincias donde particularmente se registran las mayores reducciones relativas hacia 2013 (26 y 27 por ciento respectivamente). La provincia de San Juan, que sigue en nivel de fecundidad, registra una leve disminución hacia 2010 y un incremento en 2013, lo que produce una merma total del 2 por ciento en todo el período. Entre las jurisdicciones con menor fecundidad, Córdoba y la ciudad de Buenos Aires, llama la atención el aumento transitorio registrado para el año 2010, que es revertido hacia el año 2013. Cabe recordar que los indicadores para este último año no están promediados con los años circundantes, por lo que es preciso aguardar la información de 2014 para confirmar esta tendencia.

A continuación se considera la incidencia de la fecundidad en la adolescencia, ya que representa la edad de mayor riesgo para la salud de las mujeres y los niños recién nacidos. En el Cuadro 6 y el Gráfico 6 se ilustran las tasas específicas de fecundidad¹⁵ correspondientes a las mujeres menores de 20 años de edad. Puede observarse que para el total nacional la fecundidad adolescente ha disminuido levemente desde 1997, con un incremento suave entre los censos, y permanece casi estable en 2013. La disminución total en el período analizado alcanza al 7 por ciento.

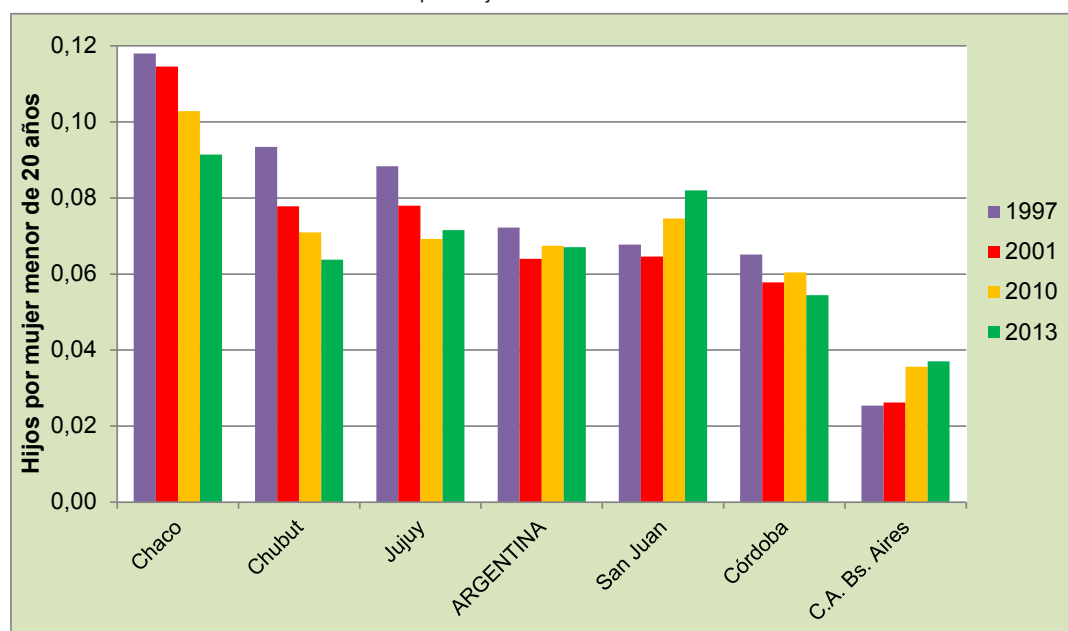
¹⁵ Las tasas específicas de fecundidad representan el número de hijos que tienen las mujeres de una edad determinada, durante un año calendario.

Cuadro 6: Tasa específica de fecundidad adolescente. Argentina y provincias seleccionadas 1997-2013. Nacimientos por mujer menor de 20 años

Jurisdicción	Tasa fecundidad adolescente				Incremento 1997-2013
	1997	2001	2010	2013	
ARGENTINA	0,072	0,064	0,067	0,067	-7%
C.A. Buenos Aires	0,025	0,026	0,036	0,037	46%
Chaco	0,118	0,115	0,103	0,091	-23%
Chubut	0,093	0,078	0,071	0,064	-32%
Córdoba	0,065	0,058	0,060	0,054	-16%
Jujuy	0,088	0,078	0,069	0,072	-19%
San Juan	0,068	0,065	0,075	0,082	21%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Censos 2001 y 2010 (INDEC), y de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 6: Tasa específica de fecundidad adolescente. Argentina y provincias seleccionadas 1997-2013. Nacimientos por mujer menor de 20 años.



Fuente: Elaboración propia a partir de los Censos 2001 y 2010 (INDEC), y de estadísticas vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

Al interior del país se registran descensos continuos de la fecundidad adolescente en las provincias con mayores tasas iniciales, como Chaco y Chubut, y Jujuy con un suave repunte en 2013. También se observan incrementos sostenidos en San Juan desde 2001 y la ciudad de Buenos Aires desde 1997, y aumento transitorio en Córdoba en 2010. No se observa una tendencia clara en la evolución de la fecundidad adolescente a lo largo del período y en las jurisdicciones analizadas; la fecundidad tiende a descender en aquellas poblaciones con mayores tasas iniciales, y las provincias con menores tasas muestran un amesetamiento inestable. Este

fenómeno parece responder más bien a la evolución de la fecundidad general y la incidencia de factores culturales propios de los adolescentes, como en Buenos Aires y Córdoba.¹⁶

3.3- Estructura etaria

Una estructura etaria con alta proporción de población juvenil e infantil representa un rezago transicional, dado que impone a la comunidad fuertes exigencias para atender a las necesidades de los niños en materia de salud y educación (CEPAL, 2002b:32). Advierte Rodríguez Vignoli (2001:42) que la abundancia de niños puede estar relacionada tanto con la mayor fecundidad de los pobres, como con la presencia abultada de adultos en edad reproductiva (poblaciones en transición); en ambos casos representan una carga para los potenciales sostenedores de las familias.

En este apartado se analiza el grado de avance en la dinámica demográfica de la población argentina y las provincias seleccionadas, a través de los indicadores estructurales de envejecimiento. En el Cuadro 7 y Gráfico 7 se consignan las relaciones de dependencia y la edad mediana¹⁷ a la fecha del último censo de población.

Cuadro 7: Relaciones de dependencia de niños y ancianos, y edad mediana. Argentina y provincias seleccionadas 2010.

Jurisdicción	Relación de dependencia (por 100 habitantes)			Edad mediana
	Total	Niños	Ancianos	
ARGENTINA	56,8	41,0	15,9	29,5
C.A. Bs. Aires	49,3	24,9	24,3	36,6
Chaco	60,8	49,7	11,1	24,9
Chubut	52,6	41,4	11,2	28,4
Córdoba	56,0	38,7	17,3	30,4
Jujuy	58,2	46,9	11,3	26,1
San Juan	60,9	47,1	13,9	27,3

Fuente: Elaboración propia a partir del Censo 2010 (INDEC).

¹⁶ Pantelides y Moreno (2009:74-75) afirman: “El nivel de fecundidad adolescente tiene relación con el grado de desarrollo de las provincias, pero esa relación no es lineal, como lo muestra el caso de Santa Fe –una de las provincias más ricas- cuya tasa de fecundidad adolescente es similar a la de Jujuy y Tucumán –dos de las provincias más pobres-. Asimismo, algunas de las provincias patagónicas tienen tradicionalmente una fecundidad adolescente alta en relación con su situación socioeconómica y también con la que se observa en las demás edades. Factores culturales y la existencia de bolsones de pobreza –cuya población tiene una alta fecundidad- seguramente explican estos niveles no esperados de fecundidad adolescente”.

¹⁷ La relación de dependencia es el cociente entre la población potencialmente activa (15 a 64 años de edad) y la potencialmente pasiva (menores de 15 y mayores de 64 años), generalmente expresada por 100; representa la carga potencial de pasivos cada 100 activos. Por su parte, la edad mediana es aquella que divide a la población en dos mitades exactas (entre menores y mayores de dicha edad).

Puede observarse que las provincias de San Juan, Chaco y Jujuy presentan una mayor relación de dependencia total que el total nacional (superior a 58 dependientes por 100 activos), y edades medianas más jóvenes (menores de 28 años de edad). Esto ilustra una ubicación relativa más retrasada en la transición demográfica en relación al país y a las restantes provincias seleccionadas. Entre estas últimas se ve con claridad el incremento de la participación de la población anciana, aunque ello no produce todavía un aumento de la relación de dependencia total; se encontrarían transitando entonces el período del “bono demográfico”.¹⁸

La ciudad de Buenos Aires es la jurisdicción que claramente se encuentra más avanzada en la transición demográfica, con relaciones de dependencia de niños y ancianos muy semejantes entre sí. Su edad mediana es sensiblemente superior al valor nacional y al de la provincia de Córdoba (7 y 6 años respectivamente), lo que denota una estructura donde predomina la población adulta activa y en marcado proceso de envejecimiento. La presencia de una relación de dependencia total baja en comparación con el resto del país induce a pensar que la ciudad capital se encontraría en los últimos años del bono demográfico; esto conducirá en los próximos años a una creciente presión de la población anciana sobre los presupuestos familiares y de los sistemas de seguridad social.

4- CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo se intenta ofrecer una aproximación a la evolución de los principales indicadores demográficos desde 1997, para la República Argentina y una provincia por cada región. Los marcos conceptuales elegidos son los de la transición demográfica y de la vulnerabilidad sociodemográfica, a partir del cual se identifican situaciones de rezago transicional que denotan perfiles demográficos que representan obstáculos para la mejora de las condiciones de vida de la población. Se seleccionan así definiciones clásicas realizadas por los especialistas de CELADE (2001-2002) en los documentos institucionales sobre vulnerabilidad social, y también aportes provenientes de la noción de dinámica de la pobreza desarrollados por

¹⁸ El “bono demográfico” se define como el período de tiempo en el que disminuye transitoriamente la relación de dependencia total, por efecto del descenso de la fecundidad (caída de la población menor de 15 años), hasta que vuelve a incrementarse por efecto del envejecimiento (incremento de la población de 65 años y más). Chackiel afirma que “*se considera positivo para una sociedad que la llamada relación de dependencia demográfica sea baja, pues ello significa que hay proporcionalmente menos personas que constituyen una ‘carga’ que debe ser solventada por la población en edad activa. (...) Si bien la presencia de bajas relaciones de dependencia marcan un hecho positivo, se han formulado ciertas reservas acerca de pecar de un optimismo desmedado*”. Entre las observaciones que se realizan se pueden señalar: el aprovechamiento de este período depende de la capacidad del mercado laboral para absorber una creciente demanda de empleos; el bono demográfico beneficiaría a los hogares de clase media y alta, que tienen menor fecundidad; los costos de manutención de una persona mayor es superior al correspondiente a un niño, por las afecciones crónicas que normalmente padece (Chackiel, 2004:62-65).

Susana Torrado (1995) entre otros autores.

En primer lugar, la metodología de cómputo de la información resulta eficaz para la incorporación de fuentes provenientes tanto de censos de población como de registros de estadísticas vitales. El programa RUPLEX es una herramienta apta para este trabajo y ofrece numerosos indicadores demográficos que posibilitan actualizar la última población censada, a la vez que incorporar ajustes de omisión censal y de enumeración de hechos vitales. Aquí cabe la necesidad de advertir sobre los diferentes valores que adquieren los indicadores demográficos ajustados en comparación con las publicaciones de los organismos oficiales de estadística, especialmente cuando se promedian estadísticas vitales por trienios. Asimismo se deben interpretar con cautela los resultados que se obtienen del último año de estadísticas vitales publicadas, cuando no se la promedia con años previos, y particularmente en las jurisdicciones con menor magnitud poblacional.

En segundo lugar, los resultados en general muestran una evolución positiva de los indicadores demográficos en el país, desde 1997 y a pesar de la crisis socioeconómica de 2001-2002, aunque con persistencia de las brechas estructurales entre regiones. Por ejemplo, las esperanzas de vida de la ciudad de Buenos Aires superan entre 3 y 5 años a las de la provincia de Chaco, y diferencias equivalentes se registran en la mortalidad infantil, la fecundidad general y adolescente. La provincia de Chaco (noreste argentino) se muestra como el área con mayor rezago transicional entre las poblaciones consignadas, mientras que las restantes jurisdicciones del interior se concentran alrededor de los valores del total nacional, y la ciudad capital registra un perfil mucho más avanzado¹⁹.

En términos de mortalidad, la esperanza de vida al nacimiento ha crecido en todas las jurisdicciones, con más intensidad en el sexo masculino que en el femenino, y con más rapidez en el período 1997-2001. Sólo la provincia de San Juan muestra un leve retroceso para los varones en el año 2013, cuya tendencia deberá ser confirmada con los registros de hechos vitales de años posteriores. La mortalidad infantil muestra también una notable disminución en todo el país, particularmente en las provincias con mayores tasas relativas (Chaco, Jujuy y San Juan), a pesar de reproducirse las importantes diferencias regionales ya mencionadas. La mortalidad materna se ha reducido claramente en las poblaciones más rezagadas y se muestra inestable en las más avanzadas, aunque el nivel de subregistro no permite concluir

¹⁹ Gabriel Kessler, en referencia al período 2003-2013, afirma que el país ha experimentado un avance importante en términos de equidad, aunque persisten núcleos de exclusión estructural: *"Podríamos agrupar aquí a quienes permanecen excluidos o expulsados del sistema escolar; los que sufren ciertas 'enfermedades catastróficas' u otras graves sin adecuada cobertura o sin acceso a los servicios, quienes tienen las mayores dificultades de vivienda, los expulsados de sus tierras, los que sufren mayor violencia de distinto tipo y quienes viven en zonas relegadas, donde carencias de infraestructura y de oportunidades se retroalimentan"* (Kessler, 2014:340).

en un aumento o amesetamiento del fenómeno, tanto en el total nacional como en las jurisdicciones más aventajadas.

En cuanto a la fecundidad general, la población nacional registra un suave descenso a lo largo del período estudiado, menor a lo esperado si se lo compara con la experiencia de otros países latinoamericanos. Se verifica que las provincias con mayor fecundidad inicial disminuyen de manera visible su tasa global (Chaco y Jujuy), mientras que las jurisdicciones con niveles más bajos incrementan la fecundidad hacia 2010 (Córdoba y ciudad capital). Con relación al bajo peso al nacimiento se observa una mejora continua en la calidad del registro, y un claro descenso del fenómeno en torno al año 2010.

Por su parte, la fecundidad adolescente se muestra renuente al descenso excepto en las provincias con tasas iniciales mayores (Chaco, Chubut y Jujuy). En Argentina se verifica una leve disminución del 7 por ciento a lo largo del período estudiado, aunque con un comportamiento oscilante; llama la atención los incrementos verificados en las jurisdicciones con baja fecundidad adolescente (ciudad de Buenos Aires) o moderada (Córdoba y San Juan). Ello está mostrando una de las formas de rezago transicional más resistente al cambio, y que sostiene situaciones de riesgo para la salud de las madres y niños, como también compromete el futuro económico de las mujeres jóvenes y sus familias. Teniendo en cuenta los cambios culturales propios de los adolescentes, la tasa de fecundidad en estas edades debería ser revisada conceptualmente como indicador de retraso transicional.

Al tomar en cuenta la composición etaria de las jurisdicciones como resultado de la dinámica demográfica de las últimas décadas, se puede apreciar la disminución generalizada de las relaciones de dependencia de menores como fruto del proceso de envejecimiento. A pesar del suave descenso de la fecundidad y la extensión de la esperanza de vida en ambos sexos, Argentina se encuentra transitando su período de bono demográfico en todas las provincias estudiadas. La ciudad de Buenos Aires es la excepción a esta tendencia, dado el mayor envejecimiento que muestra su población desde hace décadas. Este período de bono demográfico ofrecería un momento potencialmente beneficioso para mejorar la calidad educativa de niños y adolescentes (el número de demandantes irán en descenso), como también para sanear los mecanismos de financiamiento de la seguridad social destinada a los ancianos (antes que su número crezca de manera más acelerada).

En síntesis se puede concluir que, en términos generales, la población argentina ha experimentado desde el año 1997 un avance en su proceso de transición demográfica a pesar de la grave crisis de 2001-02. Asimismo se advierte que esta transición demográfica coexiste con situaciones de rezago transicional y riesgos

que se asocian a las mismas²⁰, especialmente en la región noreste. En coincidencia con el panorama reseñado, en esta investigación se destaca la persistencia de los siguientes riesgos:

- La histórica desigualdad regional: de las provincias estudiadas, la provincia de Chaco se muestra como la más rezagada en términos de transición demográfica, la ciudad de Buenos Aires se diferencia como la población más envejecida del país y en plena etapa postransicional, y el resto del país se concentra en torno a los valores medios nacionales. En este contexto las provincias de Jujuy y San Juan (regiones noroeste y Cuyo respectivamente) se acercan a los promedios nacionales, cada una con sus particularidades y dinámicas demográficas que requieren ser revisadas con los futuros registros de estadísticas vitales.
- La inestabilidad o amesetamiento de la fecundidad adolescente, según la jurisdicción considerada.
- Los posibles retrocesos transitorios en la mortalidad general, infantil y materna.

Si se tiene en cuenta la grave crisis social desatada en 2001-2002, los indicadores demográficos considerados parecen no haber sido afectados directa e inmediatamente por el agudo empobrecimiento registrado por el método de la línea de la pobreza e indigencia. Si bien las tasas de mortalidad infantil y materna tienden a ser sensibles a eventos socioeconómicos adversos, los valores registrados en torno al año 2001 fueron más ventajosos en relación al año 1997. Ello estaría mostrando que la dinámica demográfica responde a otros factores más influyentes que el ingreso y la situación laboral de las personas, como los avances en materia de salud y las decisiones reproductivas de las personas. Al respecto resultan esclarecedores los conceptos expresados por Susana Torrado (2005:6-7):

“Los indicadores de bienestar suelen ser de problemática utilización cuando, como en nuestro caso, se analizan procesos históricos en tanto efecto de hechos coyunturales. Ello es así, debido a que la eventual secuela de estos últimos está inmersa –sin posibilidad de discriminación– dentro del movimiento de sociedades que, en el largo plazo, salvo catástrofe mayor, tienden naturalmente a progresar. (...) Muchas veces, las consecuencias de una acción nociva sólo serán perceptibles mucho tiempo después de efectivizado el daño (...)”.

“(Los indicadores de salud) son particularmente sensibles respecto a la modificación de los niveles de bienestar, pero hacen difícil descomponer

²⁰ Sobre la persistencia de los riesgos afirma Kessler: “(Muchas) *desigualdades entrañan situaciones de riesgo diferenciales, en la medida en que son más probables desenlaces trágicos o altamente perniciosos. Peores transportes no son solo un sufrimiento cotidiano y mayor tiempo consumido a diario, sino una mayor probabilidad de sufrir un accidente; caminos defectuosos pueden llevar a que en caso de una enfermedad no se llegue a los servicios de salud; la falta de obras en zonas inundables desembocará en tragedias; vivir en áreas altamente contaminadas causa más enfermedades; la concentración de homicidios y de presión policial en determinadas zonas incrementa la posibilidad de represión o de una muerte violenta para quienes las habitan. Esta faceta de la desigualdad conlleva la doble dimensión del riesgo. Una es objetiva y calculable: la mayor probabilidad de tener un percance trágico; la otra es subjetiva pero omnipresente: vivir con la experiencia de dicha amenaza que, aun si no se concretase, implica mayor nivel de estrés y de sufrimiento*” (Kessler, 2014:342).

los aspectos cuantitativos de los cualitativos. Por otra parte, los promedios nacionales esconden diferencias entre estratos sociales que la información disponible no permite captar”.

Las conclusiones presentadas aquí requieren ser confrontadas con el cómputo de la información disponible para las restantes provincias, a fin de confirmar o corregir las tendencias observadas en las jurisdicciones aquí seleccionadas. Asimismo es indispensable el seguimiento de los indicadores de dinámica demográfica cuando se dispongan de nuevos registros de estadísticas vitales; como advierte Torrado, los eventos socioeconómicos adversos pueden mostrar sus efectos nocivos varios años después de haber ocurrido, especialmente en la salud. También queda sentada la base para ampliar el análisis a otros indicadores, como la composición interna de la mortalidad infantil, el cálculo de años de vida perdidos por edades y causas de las defunciones, y los saldos migratorios. A pesar de estos límites, se estima que el ejercicio es necesario para describir la evolución contemporánea de la población argentina, en especial para evaluar las diferencias internas y sus respectivas dinámicas demográficas.

5- BIBLIOGRAFÍA

- ARRIAGA, E. (2001). *El análisis de la población con microcomputadoras*. Córdoba: Doctorado en Demografía, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Córdoba.
- BECCARIA, L. (2001). *Empleo e integración social*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- CEPAL. (2002a). *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. Síntesis y conclusiones*. CEPAL, marzo 2002, http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/13019/S022114_es.pdf?sequence=1
- CEPAL. (2002b): *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*. CEPAL, abril de 2002, <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/10264/P10264.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl>
- CHACKIEL, Juan. (2004): *La dinámica demográfica en América Latina*. Santiago: CEPAL, Serie población y Desarrollo 52, http://repositorio.cepal.org/bitstream/11362/7190/1/S045328_es.pdf
- CHACKIEL, J. y SCHKOLNIK, S. (1997). *Latin America: less advanced groups in demographic transition*. Ponencia presentada en International Population Conference, Beijing, International Union for the Scientific Study of Population, Vol. 1.
- CHACKIEL, J. y SCHKOLNIK, S. (2003). *América Latina: los sectores rezagados en la transición de la fecundidad*. CEPAL, <http://archivo.cepal.org/pdfs/2003/>

- DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN EN SALUD. (1996-2013). *Estadísticas Vitales. Información Básica*. Ministerio de Salud de la Nación. http://www.deis.msal.gov.ar/Publicaciones/arbol_tematico.asp
- INDEC. (1995). *Proyecciones de la población por provincia según sexo y grupos de edad 1990-2010*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Serie Análisis Demográfico N° 2.
- INDEC. (2001,2010). *Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. http://www.indec.gov.ar/nivel2_default.asp?seccion=P&id_tema=2
- INDEC. (2003). *Incidencia de la pobreza y de la indigencia en los aglomerados urbanos*. Octubre de 2002. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- INDEC. (2004). *Estimaciones y proyecciones de población. Total del país. 1950-2015*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Serie Análisis Demográfico N° 30.
- INDEC. (2013a). *Estimaciones y proyecciones de población 2010-2014: total del país*. <http://www.indec.gov.ar/bajarPublicacion.asp?idc=315D12BB-F07A21A30E3213E0A1FEC531164493724D4B464EF6483B2D52A-F2714A9142D846B3D4F8E>
- INDEC (2013b): *Proyecciones provinciales de población por sexo y grupo de edad 2010-2014*. <http://www.indec.gov.ar/bajarPublicacion.asp?idc=3139E02E3CE6FE3CB0E4058D4622311177BC14E7FF2C73D84FA41B-DC30ECEC381493121B1D25181>
- KAZTMAN, R. (1999). *Activos y Estructuras de oportunidades. Estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay*. <http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/2/10772/P10772.xml&xsl=/uruguay/tpl/p9f.xsl&base=/>
- KESSLER, G. (2014). *Controversias sobre la desigualdad. Argentina, 2003-2013*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- GONZÁLEZ, L.M. (2009). Vulnerabilidad social y dinámica demográfica en Argentina, 2001-07. *Cuadernos Geográficos*, 45, 209-229 <http://www.ugr.es/~cuadgeo/docs/articulos/045/045-009.pdf>
- PANTELIDES, E. y MORENO, M. (2009). *Situación de la población en Argentina*. Buenos Aires: UNFPA, http://www.unfpa.org/sites/default/files/admin-resource/Argentina-Situacion-de-la-Poblacion-en-la-Argentina_0.pdf
- RODRIGUEZ VIGNOLI, J. (2000). *Vulnerabilidad demográfica: una faceta de las desventajas sociales*. CEPAL. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7185/S2000937_es.pdf?sequence=1
- RODRIGUEZ VIGNOLI, J. (2001). *Vulnerabilidad demográfica en América Latina: ¿qué hay de nuevo?*. CEPAL. http://www.cepal.org/publicaciones/xml/3/8283/jrodriguez_cap1.2y3.pdf

- ROMERO, M. - ABALOS, E. - RAMOS, S. (2013). *“La situación de la mortalidad materna en Argentina y el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5”*. Buenos Aires: CEDES y el CREP. Hoja Informativa Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSyR) N° 8, marzo. http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_8.pdf
- SCHKOLNIK, S. y CHACKIEL, J. (1998). América Latina: la transición demográfica en sectores rezagados. *Revista Notas de Población*, 67-68, Vol.26. http://repositorio.cepal.org/bitstream/11362/38123/1/NotaPobla67-68_es.pdf
- MYRSKYLÄ, M., KOHLER, H., BILLARI, F.C. (2009). *Advances in Development Reverse Fertility Rate*. *Nature*, Vol. 460, 741-743.
- TORRADO, S. (1995). Vivir apurado para morir joven: reflexiones sobre la transferencia intergeneracional de la pobreza. *Revista Sociedad*, 7. <http://www.ignaciodarnaude.com/espirtualismo/Torrado,Vivir%20en%20apuros%20para%20morirse%20joven.doc> .
- TORRADO, S. (2005): *“La Argentina, el ajuste y las metas del milenio”*. Tandil, VIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Asociación de Estudios de la Población Argentina, <http://www.redaepa.org.ar/jornadas/viii/AEPA/A01/Torrado,%20Susana.pdf>
- VARELAPETITO, C., POLLERO, R., FOSTIK, A. (2008). *El descenso de la fecundidad en el Uruguay: cambios recientes en la desigualdad reproductiva*. III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población.

Fecundidad y Educación en Salta, el NOA y la Argentina a inicios del Siglo XXI

Luisa María Salazar Acosta
GREDES / UNSA

Resumen

Son derechos fundamentales el acceso a Educación y a servicios de Salud. En especial, el pleno ejercicio de los derechos a educación sexual y salud reproductiva posibilitan el conocimiento de aspectos esenciales respecto del cuidado del cuerpo, evitar infecciones de transmisión sexual, ser víctimas de violencia, embarazos no deseados, entre otros.

El comportamiento de la fecundidad en la Argentina resulta interesante, dado que presenta ciertas particularidades que lo diferencian de otros países, no obstante, al interior del territorio y entre los diferentes grupos educativos se observan diferencias marcadas. La influencia de la educación en la fecundidad es importante. El perfil educativo de las mujeres incide fuertemente en su comportamiento reproductivo.

Este estudio muestra que la fecundidad es más elevada en los territorios menos desarrollados. Además, el conocimiento de métodos anticonceptivos y las prácticas de prevención es más alto entre los sectores más educados.

Palabras clave: Fecundidad, Salud sexual, Educación, Derechos

Abstract

Access to education and health services are fundamental rights for human beings. In particular, the full exercise of the right to sexual and education on reproductive health allow individuals to gain knowledge about key aspects of body care, prevent sexually transmitted infections, sexual violence, unwanted pregnancy, among others.

The fertility behavior in Argentina is interesting since it has certain characteristics that differentiate it from other countries. However, inside the country and among different educational groups there are deep differences. The influence of education on fertility is important, moreover, the educational profile of women strongly affects their reproductive behavior. This study shows that fertility is higher in less developed territories. Besides knowledge of contraception and prevention practices it is higher among the social sectors with higher levels of education.

Keywords: Fertility, Sexual Health, Education, Rights

Introducción

La fecundidad, la salud reproductiva y la educación sexual se encuentran íntimamente vinculadas dado que, en cierta medida, el acceso a las dos últimas posee incidencia sobre la primera. Se piensa que teniendo acceso a una educación de calidad y a adecuados servicios de salud, se amplían las posibilidades de ejercer plenamente los derechos sexuales y de planificación familiar de las personas.

En el presente estudio se muestran algunas características que posee el comportamiento de la fecundidad en la Argentina y la región del Noroeste argentino, como así también, algunas particularidades de la provincia de Salta, situada al interior de la región, con el fin de poner de manifiesto, no solamente las cuestiones propias de la fecundidad general, sino también aspectos relacionados con la misma, en las edades más jóvenes.

De igual modo, se analizan aspectos vinculados a la Salud Sexual en el país y la región del NOA, y se pone especial énfasis en el acceso a educación formal, a la vez que, en los conocimientos específicos, usos de métodos anticonceptivos y ciertas prácticas de prevención de infecciones y enfermedades, de los grupos de varones y mujeres de 14 a 19 años.

Metodología

Para la elaboración del presente estudio se recurrió al cálculo y análisis de indicadores de la fecundidad por medio de la explotación de fuentes de datos secundarios, a saber, los anuarios de Estadísticas Vitales de los años 2011, 2012 y 2013.

Asimismo, a los fines de conocer algunas características de la población en materia de su comportamiento sexual y reproductivo, se analizan datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva aplicada en la Argentina en el año 2013. De ella se obtiene información que permite observar los principales métodos anticonceptivos que conocen las personas, poniendo especial énfasis en el grupo de mujeres y varones de 14 a 19 años de edad.

Es importante señalar que existen diversos factores sociales que inciden en la fecundidad en edades tempranas, como es el caso de las adolescentes, y que se relacionan con los conocimientos, actitudes y percepciones de estas mujeres. En este sentido, el nivel de instrucción, las representaciones, actitudes y conocimientos que se poseen respecto de los roles de género, el ejercicio de la sexualidad y la prevención de embarazos no deseados, entre otros, constituyen cuestiones que inciden en las conductas reproductivas, que, a su vez, influyen fuertemente en la experimen-

tación, o no, de la maternidad a una edad temprana.

Características de la Fecundidad en la Argentina, el NOA y la provincia de Salta

El comportamiento de la fecundidad en la Argentina presenta particularidades, tanto respecto de lo que sucedió históricamente en relación con otros países de América Latina, como así también al interior del territorio. En este sentido, es posible observar a lo largo del tiempo, que existen diferencias en la fecundidad de las distintas regiones del país.

En este sentido, existe cierto rasgo que caracteriza notablemente a los territorios menos desarrollados, el cual es que, prácticamente todos, poseen una fecundidad mucho más alta que los más industrializados. Los primeros, incluso, presentan diferencias entre sí, en su organización social, y estas diferencias parecen generar variaciones en la fecundidad. Igualmente interesantes resultan los casos en que las sociedades de organización social distinta poseen un nivel de la fecundidad semejante, dado que pueden llegar a este mismo resultado por medio de mecanismos institucionales diferentes (Davis y Blake, 1956).

De acuerdo con Torrado (2007) medir la fecundidad humana es una de las tareas más complejas del análisis demográfico dada la diversidad de factores que influyen en la misma. Al igual que los demás comportamientos sociales, la fecundidad se encuentra determinada por causas múltiples. Los niveles de fecundidad de los distintos grupos de población presentan diferencias dadas las particularidades demográficas, sociales y económicas (Pantelides, 1989).

El proceso de reducción de la fecundidad en la Argentina resulta interesante dado que presentó ciertas diferencias en relación con otros países, tanto respecto del momento en que se produjo el descenso, pues ocurrió antes que, en la mayoría de los otros países latinoamericanos, como por el impacto que provocó sobre el crecimiento de la población argentina debido a que la caída de la fecundidad no produjo un crecimiento vegetativo excepcionalmente alto. Es decir que, en la Argentina no hubo un período que se identifique claramente como de crecimiento transicional. En este sentido, el proceso de declinación de la fecundidad en la Argentina resulta interesante por sus particularidades dentro del contexto latinoamericano y por no haber llevado a una transición demográfica clásica, en donde las tasas de mortalidad descienden antes que las de fecundidad (Pantelides, 1983).

En este sentido, las consecuencias de ese proceso dan como resultado situaciones propias a nivel del país, pero del mismo modo, al interior del territorio, la caída de la fecundidad presentó particularidades debido a que los sectores más desarrollados han mostrado un comportamiento diferente al de los grupos menos desarrollados. Incluso, al interior de esas regiones, los diferentes sectores han pre-

sentado un comportamiento distinto.

En una investigación anterior (Salazar Acosta, 2014), se ha explorado la influencia que los cambios en la educación han tenido en la fecundidad en diversos escenarios transicionales, hasta el año 2001, a saber: Argentina, el NOA y Salta. Es decir, se ha podido visualizar la incidencia del perfil educativo de las mujeres en el tiempo y en distintos territorios.

Con relación a la fecundidad adolescente, es importante señalar que existen diversos factores sociales que inciden en la maternidad, y que se relacionan con los conocimientos, actitudes y percepciones de las adolescentes. En este sentido, el nivel de instrucción, las representaciones, actitudes y conocimientos respecto de los roles de género, el ejercicio de la sexualidad y la prevención del embarazo constituyen cuestiones que inciden en las conductas reproductivas, que a su vez influyen en la existencia o no de una fecundidad a edades tempranas.

Desde hace mucho tiempo, se plantea la existencia de una fuerte relación entre educación y fecundidad, más específicamente, entre ésta última y el nivel de instrucción alcanzado por las mujeres. En distintos países y a lo largo del tiempo, mayores niveles de escolaridad aparecieron asociados a un menor número de hijos por mujer. En la mayoría de los países occidentales se ha producido un generalizado descenso de la fecundidad acompañado por aumentos en el nivel de instrucción. Un análisis aplicado en un estudio de Naciones Unidas (1995) señala que en Latinoamérica la relación inversa entre educación de la mujer y la fecundidad ha resultado ser la más fuerte en términos comparativos. Esto confirmaría que la educación es quizá la variable que mejor capta las diferencias en la fecundidad entre grupos sociodemográficos y económicos (Schkolnik y Chaquiel, 2004).

Tal como puede observarse en la Tabla 1, que se encuentra a continuación, las Tasas Específicas de Fecundidad en las jurisdicciones seleccionadas, presentan diferencias, que en algunos casos son notorias.

En primer lugar, cabe señalar que la provincia de Salta muestra las tasas más elevadas en todas las edades, a excepción del grupo de mujeres de 45 a 49 años, donde si bien la cifra es más alta, las diferencias con el país y la región son muy pequeñas en relación con lo que sucede en los otros grupos de etarios.

Tabla 1. Arg. NOA y Salta 2013. Tasas de fecundidad por edad y estructura de la fecundidad

Edad	f (x,5) (por mil)		
	Arg. 2013	NOA 2013	Salta 2013
15-19	67,2	74,8	78,4
20-24	106,8	112	126,3
25-29	104,7	112	123,2
30-34	100,5	98,5	106
35-39	59,4	56,3	65
40-44	18,6	17,4	20,5
45-49	2,4	1,8	1,7
Total	459,5	472,8	521,1

Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales. Años 2011, 2012 y 2013

Al observar las mismas tasas, pero en cifras relativas (Tabla 1. a.), se tiene que, si bien en general, las tasas de la provincia de Salta son más elevadas en casi todos los grupos de edad, las diferencias entre jurisdicciones no son tan marcadas como se veía anteriormente. Incluso ocurre que la provincia, muestra un valor inferior al total del país (aunque superior a la región), en el grupo de mujeres de 35 a 39 años de edad.

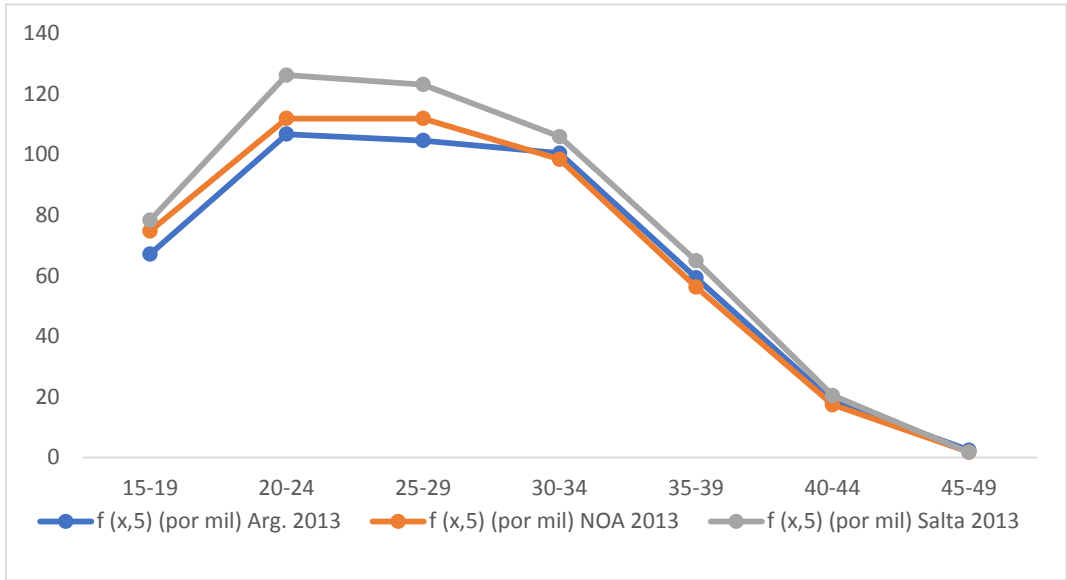
Tabla 1.a. Arg. NOA y Salta 2013. Tasas de fecundidad por edad y estructura de la fecundidad (%)

Edad	% de f (x,5)		
	Arg. 2013	NOA 2013	Salta 2013
15-19	14,6	15,8	15
20-24	23,2	23,7	24,2
25-29	22,8	23,7	23,6
30-34	21,9	20,8	20,4
35-39	12,9	11,9	12,5
40-44	4,1	3,7	3,9
45-49	0,5	0,4	0,3
Total	100	100	100

Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales. Año 2011, 2012 y 2013

Lo mismo que se detalló en las Tablas 1. y Tabla 1. a., se observa con mayor claridad en los gráficos que se encuentran a continuación.

Gráfico 1. Tasas de fecundidad por edad en Arg. NOA y Salta. Año 2011-2013



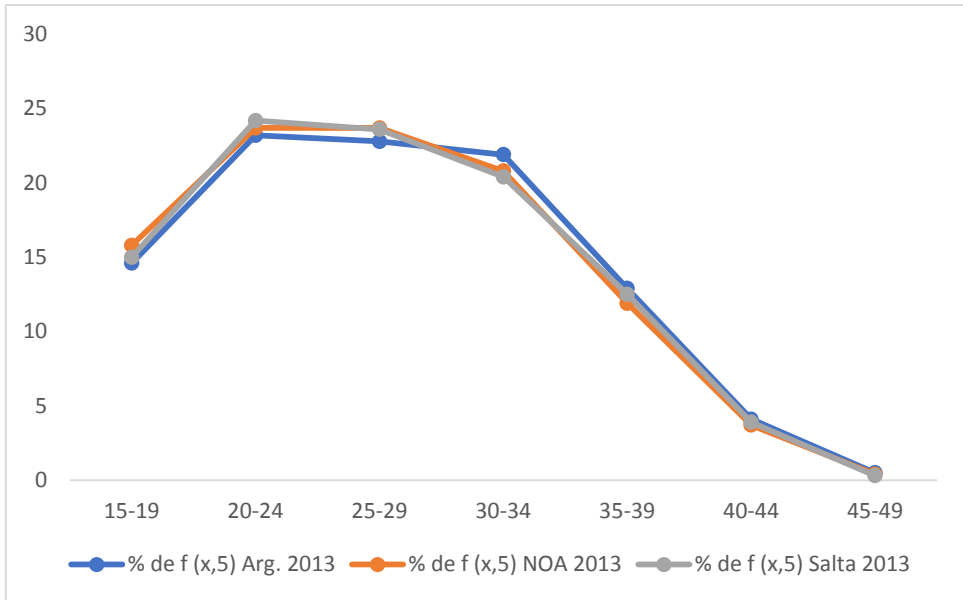
Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales. Año 2011, 2012 y 2013

En este sentido, el Gráfico 1 muestra diferencias importantes en la fecundidad de los grupos de mujeres de 20 a 24 y de 25 a 29 años, siendo la fecundidad de la provincia la más elevada y la del país la más baja, mientras que la región del NOA muestra un comportamiento intermedio entre ambos.

De igual modo, se observa que en la provincia existe una cúspide de la fecundidad temprana, que refleja que la mayor parte de los nacimientos se concentra en el grupo de mujeres con 20 a 24 años de edad. Por su parte, la región y el país en su totalidad presentan una cúspide de la fecundidad dilatada, que indica que los grupos de mujeres de 20 a 24 y 25 a 29 años de edad, presentan un promedio de hijos por mujer, similar en el periodo.

No obstante, el Gráfico 2, que representa las TEF en cifras relativas, muestra que las características del comportamiento de la fecundidad por edad en las tres jurisdicciones, no es tan diferente.

Gráfico 2. Distribución porcentual respectiva de las tasas de fecundidad por edad en Arg. NOA y Salta. Año 2011-2013



Fuente: Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales 2011, 2012 y 2013

Como puede advertirse en el Gráfico 2, en los tres casos, es decir, el país, la región y la provincia, se puede observar una fecundidad dilatada y las diferencias en todos los grupos de edades son apenas perceptibles.

Acceso a educación formal en la Argentina y el NOA

Se considera que el acceso a educación formal posee una fuerte incidencia en los comportamientos de los seres humanos en términos generales dada la infinidad de aspectos que conlleva. En las Tablas que se encuentran a continuación se observa el acceso a educación formal por parte de mujeres y varones de 14 a 19 años en la Argentina y el NOA en 2013.

Tabla 2. Argentina y NOA. Asistió alguna vez a un establecimiento educativo. Varones y mujeres de 14 a 19 años.

Año 2013

¿Asistió alguna vez un establecimiento educativo?	Argentina		NOA	
	si	no	si	no
14 a 19 años				
Mujeres	94,3	5,7	97,1	2,9
Varones	99,4	0,6	97,7	2,3

Fuente: Elaboración propia en base a INDEC, ENSSyR (2013)

Tabla 3. Argentina y NOA. Asiste actualmente a un establecimiento educativo. Varones y mujeres de 14 a 19 años.

Año 2013

¿Asiste actualmente a un establecimiento educativo?	Argentina		NOA	
	si	No	si	no
14 a 19 años				
Mujeres	79,44	20,56	81,22	18,78
Varones	78,6	21,4	83,8	16,2

Fuente: Elaboración propia en base a INDEC, ENSSyR (2013)

Tal como puede observarse en las Tablas 2 y 3, el acceso a educación de los adolescentes es elevado, sin embargo, existen aún grupos que nunca han asistido a un establecimiento educativo. Por otra parte, cabe mencionar que, al momento de indagar sobre acceso a educación en la actualidad, las cifras caen, y se observan importantes grupos de adolescentes (cerca del 20%), que no asisten.

Respecto de la pregunta referida a si ha tenido su primera relación sexual, la ENSSyR muestra los resultados que se encuentran a continuación en la Tabla 4.

Tabla 4. Arg. y NOA. Ha tenido su primera relación sexual. Varones y mujeres de 14 a 19 años. Año 2013

¿Ha tenido su primera relación sexual?	Argentina		NOA	
	si	No	si	no
14 a 19 años				
Mujeres	44,5	55,5	46,2	53,8
Varones	53,2	46,8	48,1	51,9

Fuente: Elaboración propia en base a INDEC, ENSSyR (2013)

En el caso de los varones se observa que en la Argentina son más los que han tenido su primera relación sexual (53,2%) respecto de los que no la han tenido y en el NOA, el grupo de varones que no se ha iniciado sexualmente supera al que sí

lo ha hecho (51,9% frente a 48,1%).

De lo antedicho puede desprenderse que las mujeres en las dos jurisdicciones presentan una iniciación sexual más tardía y lo mismo sucede con los varones en el NOA. Sin embargo, en lo que respecta al total del país, los varones muestran una iniciación sexual más temprana, o al menos son más los que ya se han iniciado que los que no.

En la Tabla 5 que se encuentra a continuación se observa a las mujeres de 14 a 19 años de la Argentina y el NOA de acuerdo con la realización o no de la prueba del Papanicolaou. En este sentido, se ve que el grupo de mujeres que se ha hecho dicho estudio médico es muy bajo en ambas jurisdicciones. La contracara de esto es un grupo abultado de mujeres que nunca se ha realizado la mencionada prueba.

Estas cifras resultan alarmantes en el sentido que una gran proporción del grupo de mujeres de 14 a 19 declara haber tenido ya su primera relación sexual y, a pesar de ello, son muchas las que no han realizado nunca la prueba del Papanicolaou. Cabe señalar que esto puede deberse a la corta edad del grupo seleccionado.

Tabla 5. Argentina y NOA. Alguna vez se ha hecho la prueba del Papanicolaou. Mujeres de 14 a 19 años. Año 2013

¿Alguna vez se ha hecho la prueba de Papanicolaou?	Argentina		NOA	
	si	No	si	no
14 a 19 años				
Mujeres	16,4	83,6	8,3	91,7

Fuente: Elaboración propia en base a INDEC, ENSSyR (2013)

Tal como se ha planteado anteriormente, se dice que existe una profunda relación entre el nivel de instrucción de las mujeres y su número de hijos. Del mismo modo puede pensarse que existe una relación directa entre el nivel educativo alcanzado por las personas, en este caso no solo las mujeres, sino también los varones, y su conducta respecto de la utilización de métodos anticonceptivos.

Tal como puede observarse en la Tabla 6 que se encuentra a continuación, se tiene que un 38% de los varones argentinos de 15 a 19 años de edad con escasa instrucción, es decir, hasta primario completo, no han utilizado ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual, sin embargo, en el NOA (una de las regiones menos desarrolladas del país), esta cifra es del 29%, siendo más del 70% los que sí han utilizado algún método en su primera relación sexual.

Respecto del grupo de varones con secundario incompleto, se tiene que un 12% y un 23,5% en la Argentina y el NOA respectivamente, no han utilizado ningún método en su primera relación sexual. En el caso de los varones con secundario completo, se tiene que, en la Argentina, un 10% no usó métodos anticonceptivos en

su primera relación sexual y en el NOA, el total de los entrevistados declara haber utilizado alguno.

Tal como puede esperarse, el grupo de varones con mayor nivel de instrucción seleccionado muestra, en general, las cifras más elevadas en cuanto al uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, siendo mayor al 94% en la Argentina y superando el 77% en el NOA.

Tabla 6. Argentina y NOA. Usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Varones de 14 a 19 años.

Año 2013

Uso método anticonceptivo en su primera relación sexual	Argentina		NOA	
	Sí	No	Sí	No
Nivel de instrucción agrupado				
Hasta primario completo	62,1	37,9	71,2	28,8
Secundario incompleto	88	12	76,5	23,5
Secundario completo	89,9	10,1	100	0
Terciario o Universitario incompleto y más	94,4	5,6	78,8	21,2
Total	87,1	12,9	77,6	22,4

Fuente: Elaboración propia en base a INDEC, ENSSyR 2013.

En cuanto a las mujeres y su relación entre el nivel de instrucción y su comportamiento frente a la utilización de métodos anticonceptivos, se observa en la Tabla 7 que se encuentra a continuación que existen fuertes diferencias entre el NOA y la Argentina en el grupo con menos instrucción, siendo que en la región apenas el 51% de las encuestadas ha utilizado algún método en su primera relación sexual, mientras que en el total del país, más del 91% lo ha hecho.

En el caso de las mujeres con nivel secundario incompleto, estas diferencias disminuyen, y se observa que más de un 87% las mujeres de la Argentina han utilizado algún método en su primera relación sexual y casi un 79% de las mujeres del NOA ha tenido el mismo comportamiento.

En el caso de las mujeres con nivel secundario completo, se tiene que casi un 95% en el país y casi un 90% en la región del NOA, han utilizado algún método en su primera relación sexual. Respecto de las mujeres con el mayor nivel de instrucción aquí considerado, es decir, Terciario o Universitario completo y más, se visualiza que más del 97% en el país y casi el 92% en la región, han tenido ese mismo comportamiento.

Como es esperable, en general, aunque con algunas excepciones, puede observarse que, los grupos de mayor educación presentan una conducta más favorable respecto de la utilización de métodos anticonceptivos, al menos al momento de la primera relación sexual.

Tabla 7. Argentina y NOA. Usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Mujeres de 14 a 19 años. Año 2013

Uso método anticonceptivo en su primera relación sexual	Argentina		NOA	
	Sí	No	Sí	No
Nivel de instrucción agrupado				
Hasta primario completo	91,4	8,6	51,3	48,7
Secundario incompleto	87,6	12,4	78,8	21,2
Secundario completo	94,7	5,3	89,6	10,4
Terciario o Universitario incompleto y más	97,2	2,8	91,8	8,2
Total	90,4	9,6	80,2	19,8

Fuente: Elaboración propia en base a INDEC, ENSSyR 2013.

Frente a la pregunta ¿qué métodos para evitar un embarazo conoce? realizada a las mujeres de 14 a 19 años, se observa, en la Tabla 8, que la gran mayoría (más del 90% en la Argentina y casi el 97% en el NOA), conoce algún método anticonceptivo. Del mismo modo se observa que existen algunos métodos para evitar embarazos que son más conocidos que otros por estas mujeres como la pastilla anticonceptiva, que es conocida por más del 90% del grupo en la Argentina y por más del 80% en el NOA, y el preservativo que es conocido por más del 88% en el país y por un 80% en la región del NOA.

Asimismo, se observa que hay métodos como el DIU, espiral T de cobre que son conocidos por un casi 34% y 29,5% de las mujeres de 14 a 19 años en la Argentina y el NOA respectivamente, y se encuentran también los anticonceptivos inyectables que son conocidos por un 34% y 45% en el país y la región respectivamente.

Existen muchos otros métodos que son conocidos por muy pocas mujeres, sin embargo, hay un 9% en la Argentina y un 14% en el NOA que declaran conocer la pastilla del día del después o anticonceptivo de emergencia.

Tabla 8. Arg. y NOA. Conocimiento de métodos anticonceptivos. Mujeres de 14-19. 2013

Mujeres	Argentina		NOA	
	No	Si	No	Si
Metodo anticonceptivo				
Ninguno/nada	97	3	95,7	4,3
Pastilla anticonceptiva	9,7	90,3	19,9	80,1
DIU, espiral, T de cobre	66,1	33,9	70,5	29,5
Preservativo o condón	11,5	88,5	20	80
Diafragma	94,8	5,2	98,3	1,7
Anticonceptivo inyectable	66,1	33,9	54,9	45,1
Implantes	99,7	0,3	99,3	0,7
Espumas, jaleas, óvulos	98,6	1,4	99,8	0,2
Ligadura de trompas	91,3	8,7	94,4	5,6
Método del moco cervical (método de Billings)	98,8	1,2	99,8	0,2
Ritmo (método de los días)	96,6	3,4	97,8	2,2
Retiro (el hombre se retira)	97,1	2,9	97,5	2,5
Vasectomía (esterilización masculina)	98,3	1,7	98,5	1,5
Yuyos, hierbas, tés	99,6	0,4	99,2	0,8
Lactancia	99,7	0,3	98,9	1,1
Pastilla del día después/anticoncepción de emergencia	90,7	9,3	86,1	13,9
Parches	98,5	1,5	100	0
Otro	98,9	1,1	99,6	0,4

Fuente: Elaboración propia en base a INDEC, ENSSyR 2013.

En el caso de los varones de 14 a 19 años, frente a la pregunta ¿qué métodos para evitar un embarazo conoce? (Tabla 9) se ve que, al igual que lo que sucedía con las mujeres de la misma franja etaria, que la gran mayoría (más del 90% en la Argentina y casi el 94% en el NOA), conoce algún método anticonceptivo. Por otro lado, se observa que si bien existen algunos métodos para evitar embarazos que son más conocidos que otros por estos varones como la pastilla anticonceptiva, se ve que la proporción de mujeres (mencionada anteriormente), que la conoce, es mayor a la de varones. En este sentido un 69% y un 54% de estos últimos, en la Argentina y el NOA respectivamente, declara conocerla.

No obstante, el grupo de varones posee mayor conocimiento sobre el preservativo o condón, siendo **éste** superior al 95% en la Argentina y mayor al 91% en el NOA. En cuanto a otros métodos para evitar embarazos conocidos por los varones se observa que hay métodos como el DIU, espiral T de cobre que son conocidos por

un más de 13% y más de un 8% de los varones de 14 a 19 años en la Argentina y el NOA respectivamente, y se encuentran también los anticonceptivos inyectables que son conocidos por un 13% y 19,5% en el país y la región respectivamente. Cabe señalar que al igual que lo que sucedía con las mujeres existen muchos otros métodos que son conocidos por escasos varones y otros como la pastilla del día del después o anticonceptivo de emergencia que es conocido por algunos pocos (7,5% en la Argentina y casi 4% en el NOA).

Tabla 9. Arg. y NOA. Conocimiento de métodos anticonceptivos. Varones de 14 -19. 2013

Varones	Argentina		NOA	
	No	Si	No	Si
Ninguno/nada	97	3	93,8	6,2
Pastilla anticonceptiva	30,7	69,3	46,2	53,8
DIU, espiral, T de cobre	86,6	13,4	91,8	8,2
Preservativo o condón	4,6	95,4	8,9	91,1
Diafragma	98,2	1,8	97,1	2,9
Anticonceptivo inyectable	86,8	13,2	80,5	19,5
Implantes	99,6	0,4	99,7	0,3
Espumas, jaleas, óvulos	99,5	0,5	99,7	0,3
Ligadura de trompas	97,3	2,7	97,8	2,2
Método del moco cervical (método de Billings)	99,9	0,1	99,7	0,3
Ritmo (método de los días)	98,5	1,5	98,8	1,2
Retiro (el hombre se retira)	97	3	98,4	1,6
Vasectomía (esterilización masculina)	98,8	1,2	99,7	0,3
Yuyos, hierbas, té	99,8	0,2	99,7	0,3
Lactancia	100	0	100	0
Pastilla del día después/anticoncepción de emergencia	92,5	7,5	96,3	3,7
Parches	99,9	0,1	100	0
Otro	99,6	0,4	99,7	0,3

Fuente: Elaboración propia en base a INDEC, ENSSyR 2013.

Conclusiones

De acuerdo con los aspectos analizados se puede arribar a algunas conclusiones que permiten dar cuenta, de modo general, de la situación de la fecundidad en la Argentina, de las diferencias existentes entre diferentes áreas del territorio nacional, como así también, sobre cuestiones vinculadas a la educación sexual y prevenciones en materia de salud reproductiva, por parte de algunos sectores de la sociedad.

Se observó por un lado que la fecundidad adolescente presenta particularidades en las jurisdicciones mencionadas. En general ésta es más elevada en las áreas menos desarrolladas. No podemos expresar conclusiones acabadas al respecto, ya que se ha incluido en el grupo de 15 a 19 años a los hijos nacidos vivos de las menores de 15 años. Ello sesga los resultados obtenidos y se considera necesario avanzar en un estudio posterior que desagregue a los grupos de adolescentes para observar en detalle el comportamiento fecundo de los mismos.

En cuanto a ejercicio de los derechos de la Salud Reproductiva, puede señalarse que las adolescentes estudiadas conocen un número apreciable de métodos anticonceptivos, incluso algunos de los más sofisticados o de uso menos frecuente entre los jóvenes, como el DIU, las jaleas y óvulos espermicidas y la esterilización quirúrgica.

Puede decirse que el avance de la educación ha sido de importancia en la tendencia hacia la declinación de la alta fecundidad ya que la probabilidad de tener un elevado número de hijos al final de la edad reproductiva se reduce casi en forma lineal con el nivel de escolaridad. No obstante, estudios más particularizados según edades y años de escolaridad simples, insinúan que la reducción de la fecundidad en las edades jóvenes tiene su efecto cuando han pasado al menos 8 años de escolaridad (Rodríguez Vignoli, 2003).

En este sentido, si bien puede observarse que la fecundidad viene en caída, tal vez de la mano de mayor acceso a educación, incluso en los grupos más jóvenes, habría que analizar, como ya se mencionara, qué sucede con las franjas etarias 10-14 años y 15-19 por separado. Además, es fundamental tener en cuenta que, aunque las cifras no sean tan alarmantes como las de otros países, es primordial atender la problemática de la fecundidad adolescente ya que la misma no está resuelta, y menos aún en las jurisdicciones menos desarrolladas.

Para utilizar métodos anticonceptivos hay que conocerlos, pero además es necesario tener acceso a ellos, por ejemplo, teniendo cercanía a los lugares donde se consiguen. Unos de los principales condicionantes del acceso, es el costo, las barreras sociales y la calidad de los servicios a los que se accede. Claramente, la relación entre el nivel de conocimiento de métodos y su uso es positiva, no obstante, existen otros factores en la mencionada relación.

Distintos autores (Rodríguez Vignoli, 2003; Bolsi, Longhi y Paolasso, 2009) han demostrado que existe una vinculación directa entre la pobreza y la alta fecundidad, convirtiéndose en un aspecto que contribuye a la trasmisión de la pobreza y de la vulnerabilidad social entre generaciones. Además, una fuerte relación con la estructura poblacional del norte argentino la posee el problema del analfabetismo, que da cuenta de situaciones adversas de exclusión y marginación tendientes a continuar con este círculo vicioso de la pobreza, quitando posibilidades de desarrollo y movi-

lidad social a los grupos más vulnerables. Si bien la tasa de analfabetismo ha descendido en la región, continúa registrando altos niveles en relación al resto del país.

En este sentido, y en relación con los resultados esperados, se tiene que la investigación ha mostrado que los sectores que poseen mayores niveles de desarrollo tengan comportamientos dirigidos hacia un mejor ejercicio de los derechos, basados en información, educación de calidad y servicios de salud idóneos.

A la vez, se observó que las características de la fecundidad en la provincia de Salta, la región del Noroeste Argentino y la Argentina en su totalidad muestran aspectos particulares relacionados con el comportamiento sexual y reproductivo de los jóvenes como así también, en cuanto al acceso a salud y educación de los mismos. Ello nos permite reflexionar sobre las semejanzas y diferencias encontradas entre jurisdicciones y establecer las posibles causas de las mismas y proponer acciones eficaces para achicar las brechas entre grupos vulnerables y grupos más acomodados.

Se observa claramente que el nivel de instrucción de las adolescentes está relacionado con su condición de maternidad y es probable que ello tenga una fuerte incidencia en la permanencia en el sistema educativo. Aunque no estamos en condiciones de afirmar que la maternidad sea la principal causa de abandono escolar (dado que sabemos que muchas jóvenes abandonan previamente), tan como expresan Binstock y Pantelides (2006), *es evidente el salto cualitativo que significa acceder a la escolaridad secundaria como factor protector de una maternidad temprana. La relación entre la condición de maternidad y la asistencia escolar es claramente negativa.*

Finalmente, se espera que de este estudio surjan propuestas valiosas, que se traduzcan en acciones concretas dirigidas a transformar la realidad, apuntando a la mejora de servicios de salud y educación, y que posibiliten el acceso al pleno ejercicio de los derechos humanos, en especial sexuales y reproductivos y focalizando esencialmente de los sectores más vulnerables y en las edades más tempranas.

Bibliografía

Argentina (2013) *Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR)*. Buenos Aires: INDEC.

Argentina (2006) *Ley de Educación Nacional N° 26.206/06*.

Argentina (2006) *Ley de Educación Sexual Integral (ESI) N° 26.150/06*.

Argentina (2005) *Ley Nacional N° 26061/05 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes*.

- Argentina (2003) *Ley 25.673/03 de Salud Sexual y Reproductiva (SSR)*.
- Bolsi, A., Longhi, F. y Paolasso, P. (2009) *Pobreza y mortalidad infantil en el Norte grande argentino. Un aporte para la formulación de políticas públicas*. Instituto de Estudios Geográficos - Universidad Nacional de Tucumán. San Miguel de Tucumán.
- Binstock, G. y Pantelides, E. (2006) "La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico" en Gogna, M. (coord.) *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: CEDES-Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación-UNICEF Argentina.
- Chackiel, J. (2004) "*La dinámica demográfica en América Latina*". CEPAL serie seminarios y conferencias n° 52. Naciones Unidas. Santiago de Chile.
- Davis, K. y Blake, J. (1956), "*Social structure and fertility: An analytic framework*", Economic and Cultural Change.
- Pantelides, E. A. (2004) "*Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina*", en CELADE y Centre de Recherche Populations et Sociétés, Université de Paris X-Nanterre, *La Fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?*, Santiago de Chile, CEPAL y UPX, pp. 167-187.
- Pantelides, E. A. (1983) *La transición demográfica argentina: un modelo no ortodoxo*. Buenos Aires: CENEP, Serie Cuadernos del CENEP N° 29.
- Pantelides, E. A. (1989) *La fecundidad argentina desde mediados del siglo XX*, en Cuadernos del CENEP N° 41. Bs. As.
- Rodríguez Vignoli, J. R. (2003) "*La fecundidad alta en América Latina y El Caribe: un riesgo en transición*". Serie Población y Desarrollo N° 46 CEPAL. Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas.
- Salazar Acosta, Luisa María (2014). *Fecundidad y mortalidad infantil en la Argentina en los contextos nacional e interno-regional y su relación con la educación de las mujeres en el período 1970-2001*. Tesis de Doctorado en Demografía. Universidad Nacional de Córdoba, Escuela de Graduados de Ciencias Económicas.
- Schkolnik, S. y Chaquiel, J. (2004) "*Los sectores rezagados en la transición de la fecundidad en América Latina*". Notas de población, N° 83, CEPAL-CELADE. Santiago de Chile.
- Torrado, S. (1993) "*La procreación en Argentina*". Ediciones de la Flor. Buenos Aires.

***Sobre los Adultos Mayores en las Fuentes de Datos socio-demográficos.
Algunas miradas desde el Enfoque Basado en los Derechos Humanos.
Argentina, 2001-2010***

*Bruno Ribotta – María Marta Santillán Pizarro - Enrique Peláez
CIECS (CONICET- Universidad Nacional de Córdoba)*

Resumen

El proceso de envejecimiento en los países de la región, y de la Argentina en particular, y la diversidad de escenarios sociales, económicos y culturales que constituye para los adultos mayores, han configurado una *demanda de investigación que representa nuevos desafíos teóricos y metodológicos*; entre ellos, la posibilidad de realizar un *seguimiento basado en el enfoque de los derechos humanos*.

En este marco, nos preguntamos *cuáles son las posibilidades de avanzar en el conocimiento de la situación de los adultos mayores en base a la información disponible en la Argentina, entre los años 2001 y 2010*. Por este motivo, el trabajo *explora las fuentes de datos tomando como referencia la propuesta de indicadores de CELADE (2006), con mirada desde los derechos humanos*. Se propone un diseño exploratorio, basado en la revisión bibliográfica y la sistematización y el análisis de los cuestionarios.

Palabras clave: Adulto mayor, Derechos Humanos, Fuentes de datos, Monitoreo de Derechos Humanos, Argentina

Abstract

The aging process in the countries of the region, particularly in Argentina, and the diversity of social, economic and cultural situation in which elderly live, have set a demand for research that represents new theoretical and methodological challenges, including the monitoring of progress from an approach based on human rights.

In this context, we ask about the chances of advancing on the knowledge of elderly situation based on the information available in Argentina, between 2001 and 2010. Thus, from an exploratory design, based on the literature review and systematization and analysis of questionnaires, the article analyzes the possibilities of implementing indicators proposed by CELADE (2006) from a human rights perspective.

Key words: Elderly; Human Rights; Data source; Human Rights Monitoring, Argentina

Introducción

El *envejecimiento poblacional*, considerado como un aumento progresivo de la proporción de personas de 60 años y más de edad con relación a la población total (Chesnais, 1990), es un proceso que está ocurriendo a nivel mundial, aunque con marcadas diferencias en los niveles, la velocidad, los determinantes y el contexto socio-económico e institucional de los diferentes países. Dicho incremento es notorio en Argentina, en donde la población total pasa de 17 millones en 1950 a 40 millones en el año 2010, es decir se multiplica por 2.35; mientras que la población de 60 años y más, pasa de 1,2 millones en 1950 a casi 6 millones en el año 2010, multiplicándose por 4.9. La población de 80 años aumenta todavía más en términos relativos, ya que pasa de 82 mil en 1950 a 1 millón en 2010, o sea **más de 1000%**¹.

En los hechos, el “envejecimiento poblacional y el aumento de la población adulta mayor está caracterizado por una alta incidencia de la pobreza, aguda inequidad social, baja cobertura de la seguridad social y probable tendencia hacia el deterioro de las redes de apoyo familiar” (Guzmán, 2002; citado por Cardona Arango y Peláez, 2010). En este marco, los profundos cambios que genera dicho proceso “exige readecuar las instituciones económicas y sociales para atender demandas hasta hace poco desconocidas. Los efectos de estas tendencias sobre el consumo, el ahorro, la flexibilidad de la mano de obra, la oferta de servicios de distinto tipo, las relaciones intergeneracionales, la equidad social y de género, en general, configuran desafíos a enfrentar para el desarrollo de las sociedades” (Peláez y Ribotta, 2008).

Argentina constituye –conjuntamente con Uruguay-, un caso particular dentro de América Latina, ya que inicia la transición demográfica tempranamente, con lo cual el proceso de envejecimiento se produce mucho antes que en el resto de los países de la región (Chackiel, 2004). Si bien, y por ello mismo, el país cuenta con cierta ventaja comparativa para responder a ciertas demandas implícitas por el envejecimiento, es notable el deterioro en las condiciones socio-económicas y de cobertura previsional que sigue a la coyuntura económica y político-institucional desfavorable, de la crisis del año 2001.

El incremento del envejecimiento poblacional a nivel mundial, y de la Argentina en particular, y la diversidad de escenarios sociales, económicos y culturales que constituye para los adultos mayores, han configurado una *demandas de investigación que representa nuevos desafíos teóricos y metodológicos*. Al respecto, uno de los desafíos más importantes es el tratamiento de las problemáticas del adulto mayor desde el Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH). Este constituye “... un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista

¹ Cifras basadas en la División de Población de NNUU (2011).

normativo está basado en las normas internacionales de derechos humanos y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y la protección de los derechos humanos” (ACNUDH, 2006). El propósito del mismo radica en el análisis de las desigualdades e inequidades que representan los problemas de desarrollo, y en la supresión de las prácticas discriminatorias e injustas implícitas.

En contextos de envejecimiento poblacional, el EBDH está llamado a cumplir un rol central: “Primero, alienta a conciliar las necesidades e intereses de todos los grupos de la sociedad para avanzar hacia una plena integración social, donde cada persona, *independientemente de su edad*, con sus propios derechos y responsabilidades, tenga una función activa que desempeñar. Segundo, irrumpe o se consolida un *nuevo sujeto social* que reclama un tratamiento particular en razón de su edad y, tercero, introduce *nuevas vindicaciones* para expandir, especificar y profundizar los derechos humanos” (Huenchuan, 2009).

En este marco, resulta fundamental la recopilación, el procesamiento y la distribución de estadísticas e indicadores sobre el envejecimiento y el adulto mayor, que cuenten con una justificación conceptual y metodológica adecuada. Al respecto, han sido importantes los avances en materia conceptual, pero aún falta mucho por resolver en términos metodológicos y de operacionalización. A nivel regional se han sistematizado tres dimensiones teóricas relevantes para el estudio del envejecimiento y el adulto mayor, basadas en las cumbres internacionales más importantes en esta materia (seguridad económica, salud y bienestar, y entornos favorables), y se han propuesto y construido sistemas de indicadores específicos en torno a las mismas (Corbalán, 1995; CELADE, 2006; Huenchuan y González, 2007). En cuanto a lo metodológico, ha sido menos claro cómo concretar el cálculo y el análisis de los indicadores mencionados en contextos nacionales dispares, y con las fuentes de datos disponibles:

“Ninguna fuente de datos proporciona por sí sola toda la información que necesitan los distintos países y usuarios para describir y analizar las esferas temáticas indicadas... Se requiere una gran cantidad de datos estadísticos de buena calidad para analizar el cumplimiento de las recomendaciones internacionales, y para supervisar la igualdad de oportunidades y logros alcanzados en términos de los derechos económicos, sociales y culturales, por lo que es indispensable complementar el uso de la información disponible en el marco del sistema nacional de estadísticas, y/o crear nuevas formas de recopilar datos sobre los temas a examinar” (Naciones Unidas, 1997; citado por CELADE, 2008).

Al igual que el resto de los países de la región, Argentina adhiere al Plan de

Acción de Madrid de 2002 y a la Estrategia Regional², por lo que resulta imprescindible contar con información pertinente para el diseño y ejecución de programas que permitan realizar el seguimiento de los compromisos asumidos.

En este marco, *nos preguntamos cuáles son las posibilidades de avanzar en el conocimiento de la situación de los adultos mayores en base a la información disponible en la Argentina, entre los años 2001 y 2010*. Por este motivo, el trabajo propone *explorar fuentes de datos producidas en el mencionado periodo, tomando como referencia la propuesta de indicadores realizada por CELADE (2006), con mirada desde los derechos humanos*. Se propone un diseño exploratorio, basado en la revisión bibliográfica y la sistematización y análisis de los cuestionarios, de una selección de las fuentes de datos que han sido producidas en el país durante la última década.

Antecedentes y Marco teórico

Conscientes de las implicancias del envejecimiento demográfico y con el objetivo de “garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos” (Plan de Acción de Madrid, art 10), en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, los representantes de Gobiernos convienen en definir el Plan de Acción de Madrid de 2002. En él se comprometen a “promover una sociedad para todas las edades”³.

La intención del Plan de Acción de Madrid es brindar a los países un instrumento que sirva de guía a quienes toman decisiones respecto a las prioridades básicas relativas al envejecimiento de la población, pero más específicamente, al envejecimiento de las personas. Es así que se formulan recomendaciones -que los países se comprometen a incorporar en las estrategias y políticas socioeconómicas- en tres temáticas específicas: las personas de edad y el desarrollo; la promoción de la salud y el bienestar en la vejez, y el logro de entornos propicios.

En reconocimiento de que la región está envejeciendo “paulatina pero inexorablemente” en un contexto signado por la pobreza, la desigualdad, una creciente participación laboral en el mercado informal, una baja cobertura de la seguridad social, los países de América Latina definen, en 2003, las prioridades para la implementación del Plan de Acción de Madrid, en lo que se llama la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid. Allí se plantean las especificidades de los ejes temáticos del Plan de Madrid. Más tarde reafirman los compromisos implícitos en la Declaración de Brasilia

² Cuestiones que se retoman en el siguiente apartado.

³ Declaración Política de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 2002. Art 1.

de 2007⁴.

Para la aplicación y seguimiento de la Estrategia Regional, se propone, como uno de los objetivos la “*elaboración e implementación de un sistema de indicadores específicos que sirva de referencia en el seguimiento y evaluación de la situación de las personas mayores a nivel nacional y regional*” (Plan de Madrid, 2002: Párrafo 51). Para alcanzarlo, se solicita apoyo técnico a los organismos internacionales. En respuesta al requerimiento, el CELADE realiza diferentes propuestas, entre las que se encuentra el Manual sobre Indicadores de la Calidad de Vida en la Vejez (CELADE, 2006), que recopila un conjunto de indicadores capaces de ser obtenidos con las fuentes de datos disponibles en los países de la región⁵. Asimismo, dicho centro crea el Sistema Regional de Indicadores sobre Envejecimiento (SISE), que contiene todas las medidas que pueden obtenerse a partir de datos censales de la ronda 1990-2000⁶.

El sistema de indicadores propuesto conceptualmente por CELADE (2006), posee cuatro áreas temáticas. La primera corresponde a la demografía del envejecimiento, e incluye una serie de indicadores que permiten el estudio del aumento absoluto y relativo de los adultos mayores, de sus probabilidades de sobrevivencia, y de sus características socio-demográficas más relevantes; área de residencia, estado civil, educación y condición étnica. La segunda área temática se relaciona con la seguridad económica en la vejez, y contiene indicadores referidos a la situación laboral y previsional, así como de la pobreza, en los adultos mayores. La salud y el bienestar de las personas mayores constituyen la tercera área temática, y propone indicadores sobre la mortalidad y sus causas, el estado y la atención de la salud, los estilos de vida y factores de riesgo asociados. Finalmente, la cuarta área temática alude a los entornos físicos y sociales, y contiene indicadores sobre arreglos residenciales, redes de apoyo, maltrato hacia las personas mayores, imagen social de la vejez, participación social, vivienda y utilización del espacio urbano.

¿En qué medida el sistema de indicadores mencionado se articula con el Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH)?. La propuesta del EBDH⁷ constituye un marco conceptual que rescata/sintetiza los principios fundamentales en los que se

⁴ En la jurisprudencia internacional dedicada al adulto mayor, un hito sobresaliente aprobado con posterioridad al periodo en estudio, está representado por la Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores (2015).

⁵ Recientemente, CELADE realiza una propuesta metodológica de contenidos que podrían incluirse en las encuestas de hogares en las tres áreas fijadas como prioritarias en el Plan de Madrid y la Estrategia Regional (CELADE, 2008).

⁶ El SISE puede consultarse on-line en: <http://www.cepal.org/celade/envejecimiento/>

⁷ La misma fue expuesta en el marco del Programa de Reforma de las Naciones Unidas lanzado en 1997. A partir de entonces, un gran número de organismos de las Naciones Unidas adopta el Enfoque de Derechos Humanos para avanzar en el desarrollo humano. Por su novedad y especificidad, el EBDH constituye un marco en construcción.

basan todos los instrumentos de derechos humanos y representa una herramienta útil para integrar las cuestiones/problemáticas de desarrollo a los derechos humanos.

En consideración de las distintas propuestas elaboradas a la fecha, se han establecido un conjunto de principios que pueden ser considerados como guías para el análisis y seguimiento tanto de las políticas de desarrollo como de todas las acciones realizadas por el Estado, para dar cumplimiento a los compromisos de derechos humanos. Dichos principios son el común denominador de los derechos humanos y están presentes en los distintos instrumentos de derechos humanos:

-La consideración prioritaria de los DDHH: Los derechos humanos están corrientemente considerados por la ley y resguardados mediante tratados, el derecho internacional consuetudinario, los principios generales y otras fuentes del derecho internacional (ACNUDH, 2011). Sus piedras angulares son los principios de Universalidad e Inalienabilidad⁸, Indivisibilidad, Interrelación e Interdependencia⁹.

-Igualdad y No Discriminación: Atiende a los grupos más desfavorecidos o vulnerables, dado que, si bien parte de la universalidad de los DDHH, la limitación de recursos obliga a fijar prioridades.

-Empoderamiento y Participación: Plantea la necesidad de fortalecer, en un trabajo conjunto, a los individuos como Titulares de Derechos y a los Estados como Titulares de Deberes. Trasciende la mera consulta para promover una conciencia crítica y una ciudadanía activa.

-Progresividad y No Retrocesión: Parte de considerar las posibilidades de incrementar el ejercicio de los derechos y nunca remitirse a estados anteriores.

-Rendición de Cuentas y Transparencia: Produce y promueve la presentación de informes confiables para el monitoreo y la evaluación; la elaboración de presupuestos transparentes; la generación de mayor capacidad analítica del mismo por parte de los interesados y la garantía de coherencia entre normativas internacionales de DDHH y nacionales.

Como destaca CELADE (2006), el sistema de indicadores sobre calidad de vida de la vejez, se articula estrechamente con los principios de empoderamiento y participación que hacen al EBDH:

“El enfoque de derechos traspasa la esfera individual e incluye los derechos

⁸ Todos los Estados tienen “el deber, independientemente de sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales” (ACNUDH, 2011).

⁹ Todos los derechos humanos, sean éstos los derechos civiles y políticos, como el derecho a la vida, la igualdad ante la ley y la libertad de expresión; los derechos económicos, sociales y culturales, como el derecho al trabajo, la seguridad social y la educación; o los derechos colectivos, como los derechos al desarrollo y la libre determinación, todos son derechos indivisibles, interrelacionados e interdependientes. El avance de uno facilita el avance de los demás. De la misma manera, la privación de un derecho afecta negativamente a los demás” (ACNUDH, 2011).

sociales (derecho al trabajo, a la asistencia, al estudio, a la protección de la salud, a la libertad de la miseria y del miedo, entre otros), cuya realización requiere de la acción positiva de los poderes públicos y de la sociedad. Esta perspectiva entronca perfectamente con el paradigma de la calidad de vida, en la medida en que tiene como finalidad garantizar una situación de certidumbre, es decir, procurar condiciones para un desarrollo integral y asegurar, en un contexto social concreto, la realización de la propia personalidad. Se garantiza así que cada individuo o cada colectividad desarrolle su capacidad para hacer valer ante instancias de decisión las condiciones inherentes a su dignidad, que pueda cubrir sus necesidades básicas en un plano de justicia y que, en definitiva, contribuya a erradicar conductas o ideas inconsistentes con el respeto de aquella dignidad” (CELADE, 2006).

A su vez, y en la medida en que propone un corpus conceptual y operacional que puede ser aplicado para el seguimiento de la situación concreta de los adultos mayores de determinado país, el sistema de indicadores mencionado, se articula con los principios de progresividad y no retrocesión, y de rendición de cuentas y transparencia. En el presente trabajo se considera que el sistema de indicadores de CELADE (2006), también puede contemplar el principio de igualdad y no discriminación, al hacer transversal la propuesta con desagregaciones sociales, culturales, económicas y geográficas específicas.

Fuentes de datos

La posibilidad de construir sistemas de indicadores sobre la situación del adulto mayor se relaciona en primer lugar con la disponibilidad de fuentes de datos, en todos los ámbitos considerados. En esta investigación, para evaluar la posibilidad de estimar los indicadores sobre calidad de vida en la vejez propuestos por CELADE (2006), se ha considerado una selección de fuentes de datos oficiales producidas en Argentina en la última década (más específicamente, entre los años 2001 y 2010):

- Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001 (C01).
- Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010 (C10).
- Encuesta Permanente de Hogares 2003-2010 (EPH).
- Encuesta Condiciones de Vida 2001 (ECV).
- Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2005 y 2009 (ENFR).
- Estadísticas de Defunción, Informe Estadístico implementado en año 2001 (EEVV).

Las principales características de las fuentes de datos elegidas¹⁰, son enumeradas en la siguiente tabla.

Tabla 1. Argentina. Fuentes seleccionadas de datos, principales características.

Fuente	Tipo de relevamiento	Método de relevamiento	Dominios estimación*	Periodicidad	Cobertura
Censos Población y Vivienda	Censo	Cédula censal única en 2001 y cédula censal básica y ampliada en 2010 (hogares particulares e instituciones/viviendas colectivas)**.	Hasta radio censal (a nivel público –Web desde el censo 2010, cuestionario básico)	2001, 2010 (en general, 10 años)	Todo el territorio nacional
EPH	Muestra	Cuestionarios de vivienda, del hogar y de la persona	Base trimestral: Total aglomerados, aglomerados por región, aglomerados 500.000+ hab. Base semestral: se agregan aglomerados <500.000 hab.	Trimestral (desde 2003. Antes Semestral)	Selección de aglomerados urbanos***
ECV	Muestra	6 cuestionarios (vivienda, hogar y población, primera infancia (0-4 años), Niños (5-14 años), Jóvenes (15-24 años), y Adultos (25 y más años))	Total país urbano, región, Totales Provinciales de población urbana residente en hogares particulares. Agrupamiento de localidades (Desde 10.000.000 o más habitantes a de 5.000 a 9.999 habitantes).	2001 (anterior en 1997, que no se replica con posterioridad)	Localidades de 5.000 y más habitantes

¹⁰ Dicha selección intenta realizar una primera aproximación al objetivo de investigación planteado, teniendo en cuenta los avances ocurridos entre los dos últimos censos nacionales de población. Con posterioridad se espera poder incorporar a las encuestas complementarias al Censo 2001 (ENDI 2002-3, ECPI 2004-5 y ECMI 2002-3). Es importante señalar que el listado de fuentes no incluye a la Encuesta sobre Salud, Envejecimiento y Bienestar, 1999 (SABE), debido a que la misma fue realizada por la Organización Panamericana de la Salud, y su año de aplicación queda fuera del periodo seleccionado. Tampoco se incluye a la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU), ya que la constituye una extensión de la EPH (cuestionario idéntico). Asimismo, se excluyen fuentes que no proveen información estadística, aunque pertenecen al sistema de información sobre salud de la Argentina (egresos hospitalarios, encuestas sobre establecimientos, etc.).

ENFR	Muestra	Cuestionario de dos bloques: hogar e individuo (18 años y más)	2005: Total país, regiones, Provincias y CABA. En 2009 agrega aglomerados de 500.000+ habitantes y agrupamiento de aglomerados según tamaño población****	2005. 2009	Localidades de 5.000 y más habitantes
EEVV (defunción)	Registro Continuo	Informe Estadístico de defunción	Hasta departamento/partido	Registros continuos	Todo el territorio nacional

* Dominio es cualquier subdivisión de población acerca de la cual se puede dar información numérica de precisión conocida. **En el censo 2001, la cantidad de viviendas particulares fue obtenida con posterioridad al censo, utilizando una metodología indirecta (INDEC, 2004a). A diferencia de este relevamiento, el realizado en el año 2001, no capta la población en instituciones colectivas sino en viviendas colectivas. *** Se realiza sobre capitales de provincia y ciudades de más de 100.000 habitantes, aunque incluye algunas otras ciudades que no cumplen con estos criterios. **** Las categorías corresponden a 5.000 a 100.000 habitantes; 100.001 a 500.000 habitantes; 500.001 a 1.500.000 habitantes; más de 1.500.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia en base a Albala et al (2005); Fernández et al (2008); INDEC (2002, 2003, 2004a, 2010, 2011); Giusti (2007); Ministerio de Salud de la Nación (2006); OPS/OMS (2004); SIEMPRO (2001).

Metodología

Con el objetivo de explorar en qué medida las fuentes de datos seleccionadas proporcionan información para el cálculo de los indicadores propuestos por CELADE (2006), para la caracterización de las condiciones de vida en la vejez con una mirada fundada en el EBDH, se realiza una sistematización y análisis de los cuestionarios respectivos. Para ello se diseñan indicadores que remiten a los siguientes principios específicos del EBDH¹¹:

- Participación y Empoderamiento:

- *Cantidad de indicadores CELADE posibles de estimar con las fuentes de datos que han sido seleccionadas.* Se calcula sumando la cantidad de indicadores correspondientes a cada área temática (envejecimiento demográfico, seguridad económica, salud y bienestar y entornos favorables) y sub-temas, que pueden obtenerse a partir de la información proporcionada por las fuentes.

¹¹ No se considera el principio de rendición y transparencia, debido a que el mismo sería pertinente sólo en el caso de que existiera un sistema de indicadores específico y oficial en el país, sobre el adulto mayor. Al respecto, en Argentina se cuenta con un antecedente relevante, que de todas formas no cumple con las condiciones mencionadas (módulo sobre el Adulto Mayor, del Sistema de Indicadores Socio-Demográfico –SESD- de INDEC).

tes de información seleccionada. La suma correspondiente, se calcula con independencia de la cantidad de fuentes que pueden proveer información para un mismo indicador.

- *Cantidad de indicadores CELADE posibles de estimar con las fuentes de datos seleccionadas, según fuente de información.* A diferencia del indicador anterior, se mide sumando la cantidad de indicadores de cada área temática y sub-temas, para cada fuente de datos seleccionada.

- Igualdad y No Discriminación:

- *Cantidad de desagregaciones en los indicadores CELADE, que pueden obtenerse con las fuentes de datos seleccionadas.* Para cada una de las fuentes de datos, la primera medida resulta de la suma de la cantidad de desagregaciones que son posibles de obtener, si se calcularan los indicadores CELADE. Se consideran las siguientes variables: edad, sexo, condición étnica, educación y pobreza, y las siguientes unidades geográficas: Total Nacional, Provincia, Departamento y área Urbano/Rural de residencia.
- *Tipo de desagregaciones en los indicadores CELADE, que pueden obtenerse según las fuentes de datos disponibles.* Respecto a cada una de las variables consideradas desagregaciones válidas, se realiza la siguiente categorización:

Variables socio-demográficas:

- Sexo:

1- Hombre y Mujer;
2- Hombre, Mujer e Indeterminado;

- Edad:

1- Sólo años cumplidos, sin tope de edad;
2- Sólo años cumplidos, con tope de edad;
3- Años cumplidos (sin máximo) y fecha de nacimiento;
4- Años cumplidos (con máximo), y fecha de nacimiento;
5- Otro (con edad mínima definida).

- Etnia:

- 1- Pueblos indígenas¹²;
- 2- Pueblos indígenas / Afrodescendientes o africanos¹³.
- 3- Otros.

- Educación:

- 1- Categorías adaptables a niveles educativos oficiales actuales¹⁴.
- 2- Categorías no adaptables a niveles educativos oficiales actuales.

- Pobreza:

- 1- Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) – Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH)¹⁵,
- 2- Línea de Pobreza - Indigencia,
- 3- De ambos tipos,

Desagregaciones geográficas:

- Nacional:

- 1- En hogares particulares e instituciones colectivas;
- 2- Sólo en hogares particulares.

- División Administrativa Mayor (DAM; provincias en Argentina):

- 1- En hogares particulares e instituciones colectivas;
- 2- Sólo en hogares particulares,
- 3- Solo en hogares particulares urbanos (localidades 5.000 y más habitantes).

- División Administrativa Menor (DAME; departamentos en Argentina):

- 1- En hogares particulares e instituciones colectivas;
- 2- Sólo en hogares particulares.

¹² Se refiere a la existencia de miembro de hogar particular, que se reconozca descendiente o perteneciente a pueblos indígenas.

¹³ Acorde las definiciones implícitas en las fuentes de datos, para la primera identificación, se determina la existencia de un miembro del hogar que es indígena o descendiente de pueblos indígenas, con identificación de número de persona, y para la segunda, la existencia de un miembro del hogar que es afrodescendiente o tiene ascendientes africanos, con identificación de número de persona.

¹⁴ Se refiere a la clasificación básica, de sin instrucción, primaria, secundaria y superior. Excluye el último año del nivel inicial, considerado obligatorio a partir del año 2006.

¹⁵ La metodología de estos indicadores puede consultarse en INDEC (2004b).

- Urbano:

- 1- Total (hogares particulares e instituciones colectivas);
- 2- Hogares particulares;
- 3- Hogares particulares, en localidades de 5.000 y más habitantes;
- 4- Hogares particulares, en principales aglomerados urbanos (capitales provinciales y localidades de 100.000 y más habitantes);

- Rural:

- 1- Total (hogares particulares e instituciones colectivas);
- 2- Hogares particulares.

- Progresividad y no retrocesión:

- *Cantidad de indicadores CELADE posibles de estimar con las fuentes de datos seleccionadas, que pueden utilizarse para evaluar tendencias anuales, quinquenales o decenales.* Corresponde a la suma, para cada área temática, de la cantidad de indicadores propuestos por CELADE, que pueden calcularse con las fuentes seleccionadas, y a su vez, ser utilizados para la evaluación de tendencias de los siguientes tipos:

1- Anual (o menor; trimestre, semestre).

2 - Anual y quinquenal (o menor al quinquenio pero superior a la categoría anual).

3 - Anual, quinquenal y decenal (o menor al decenio pero superior al quinquenio).

4 - Quinquenal (o menor al quinquenio pero superior a la categoría anual).

5 - Quinquenal y decenal (o menor al decenio, siempre y cuando superen la categoría quinquenal).

6 - Decenal (o menor al decenio, siempre y cuando superen la categoría quinquenal).

7 - No corresponde (fuente de administración única o fuente precedente fuera de periodo analizado).

Para realizar el cálculo, las fuentes de datos se catalogan según los criterios mencionados, indicando su cumplimiento sólo en el caso de que para un indicador en particular, no se hayan producido cambios drásticos en la información consultada en los cuestionarios.

El cálculo de los indicadores detallados se realiza en dos etapas. En primer

lugar, se confecciona una matriz que relaciona la información requerida para la estimación de cada indicador, con los datos provistos por cada fuente. En dicha matriz, se identifican además las posibilidades de realizar desagregaciones básicas según las siguientes variables ya indicadas (sexo, edad, condición étnica, educación, pobreza y para las siguientes unidades geográficas: Total Nacional, Provincia, Departamento y área Urbano/Rural de residencia). Asimismo, se indican las posibilidades de analizar la tendencia del indicador en el periodo de tiempo considerado (década de 2000). Debido a la extensión de la tabla resultante, los resultados se presentan en el Anexo.

En segundo lugar, se procede a la suma de los datos contenidos en dicha matriz, y su inclusión en las tablas resúmenes que se analizan en el siguiente apartado (tablas 2 a 6).

Resultados

En este apartado se detallan los resultados obtenidos tras el análisis de las tablas resúmenes mencionadas en el apartado anterior. En primer lugar, se comentan las posibilidades de involucrar los principios de participación – empoderamiento, y de progresividad y no retrocesión, a través del sistema de indicadores sobre calidad de vida del adulto mayor, desarrollado por CELADE (2006), con las fuentes de datos seleccionadas (tablas 2 a 5). En segundo término, se comentan las posibilidades de considerar el principio de Igualdad y no Discriminación, acorde una serie de desagregaciones básicas (variables socio-demográficas y geográficas), en las fuentes de información consideradas (tabla 6).

a) Principios de Participación / Empoderamiento y Progresividad / No Retrocesión.

El primer módulo del sistema de indicadores propuesto por CELADE (2006), se refiere al envejecimiento demográfico y la caracterización socio-demográfica de la población adulta mayor. Está compuesto por tres temas:

- El aumento cuantitativo de la población adulta mayor, que incluye 4 subtemas y 10 indicadores;
- Las características sociodemográficas básicas de la población adulta mayor, que incluye 4 sub-temas y 9 indicadores, y
- La esperanza de vida, con dos sub-temas y 4 indicadores.

Como se observa en la tabla 2, todos los indicadores del primer módulo están contemplados en las fuentes de datos. En particular, sobresale el aporte de los cen-

sos y de las estadísticas de defunción. Son estas fuentes las que definen, a su vez, que se puedan analizar las tendencias de los indicadores en el periodo de tiempo considerado (aunque sólo decenales). No obstante, se deriva de ello la limitación representada por un elevado intervalo temporal (2001-2010), que no permitiría apreciar las variaciones coyunturales de los indicadores.

El segundo módulo del sistema de indicadores diseñado por CELADE (2006), alude a la seguridad económica, es decir, a la capacidad de disponer y utilizar, de manera independiente, de recursos económicos regulares y de ingresos suficientes que aseguren una calidad de vida satisfactoria. El módulo se subdivide en tres temas:

- Indicadores laborales, con 3 indicadores sobre los niveles de participación económica en la vejez y 3 sobre el tipo de inserción laboral de los adultos mayores,
- Indicadores de seguridad laboral, con 3 indicadores sobre cobertura previsional actual, y 1 sobre cobertura previsional a largo plazo, y
- Medición de la pobreza, con cuatro indicadores captados a nivel de personas y de hogares.

Como se observa en la tabla 3, todos los indicadores del módulo pueden ser obtenidos a partir de las fuentes de datos disponibles. En este aspecto, sobresale la cobertura temática de la EPH y de la ECV; siendo la primera fuente mencionada, a su vez, la que admite el seguimiento de los indicadores en gran parte del periodo considerado (2003-2010), acorde variaciones interanuales, anuales o quinquenales.

Una consideración que resulta del análisis, se relaciona con problemas de comparabilidad entre las fuentes de datos que podrían aportar los insumos para calcular los indicadores del módulo de seguridad económica¹⁶. Asimismo, también debe recordarse que en los indicadores de pobreza, la aproximación que proveen los censos o las encuestas (incluso de éstas entre sí), son muy distintas¹⁷.

La salud y el bienestar en la vejez son considerados en el tercer módulo del sistema de indicadores de CELADE (2006). Correlativamente a una mayor expectativa de vida, ha surgido el interrogante de cómo lograr un envejecimiento activo y saludable para los adultos mayores, máxime en el contexto de los países de la región, en donde los recursos limitados de los Estados obligan a diseñar políticas y programas de bajo costo que resulten realmente efectivos. En la tarea, es central diferenciar los estados de salud relacionados con ciertas patologías y factores de riesgo, y los que se asocian al acceso a los servicios médico-sanitarios (CELADE, 2006). Por ello, el

¹⁶ Se incluyen detalles en la tabla I de Anexo.

¹⁷ Censos: NBI – IPMH; Encuestas: Línea de la pobreza principalmente.

módulo sobre salud y bienestar en la vejez incluye cuatro temas principales:

- La mortalidad y sus causas, que propone la formulación de dos indicadores para el estudio de los perfiles de mortalidad en los adultos mayores,
- El estado de salud, que incluye 13 indicadores sobre enfermedades recurrentes en esta etapa de la vida (padecimientos crónicos, mentales, alteraciones funcionales, autopercepción del estado de salud y otros problemas),
- Los estilos de vida y factores de riesgo; que se propone analizar mediante 5 indicadores referidos a la actividad física, el tabaquismo y la situación nutricional de los adultos mayores, y
- Finalmente, la atención en salud, con 3 indicadores de protección social, y un indicador sobre cuidados institucionales.

Como se aprecia en la tabla 4, 15 de los 24 indicadores del módulo pueden ser obtenidos a partir de las fuentes de datos disponibles, y en particular, de las ENFR (12 indicadores).

Sin embargo, es importante señalar que se encuentra muy restringida la posibilidad de evaluar tendencias con las fuentes mencionadas; ya que sólo para la mitad de los indicadores se cuenta con al menos dos mediciones en el periodo de tiempo considerado. Es muy llamativo que el mayor déficit en este aspecto, se presente en los indicadores que caracterizan la situación de salud de los adultos mayores; particularmente, en el caso de las enfermedades crónicas y mentales, de la disminución de la capacidad funcional, y de otros problemas de salud en la vejez. Asimismo, es importante señalar que la indagación de algunas variables en las ENFR, se han incorporado recién en la última edición de las mismas (2009).

Como fuera anticipado, otra limitación relacionada con la información provista por las encuestas específicas, está asociada a la escasa representatividad de los indicadores, esto debido a que la ENFR, se administra en una muestra que involucra a las localidades urbanas de 5.000 y más habitantes¹⁸.

Finalmente, son notables las diferencias entre las fuentes de datos, en la captación de una misma variable¹⁹. Por ello, la posibilidad de utilizar fuentes de datos más representativas que las encuestas específicas mencionadas, se ve limitada por problemas de comparabilidad.

El cuarto módulo del sistema de indicadores de CELADE (2006), se dedica a los entornos favorables para las personas mayores; es decir, a todas aquellas condi-

¹⁸ El dominio de estimación más reducido que permiten las ENFR corresponde a la provincia.

¹⁹ Se incluyen detalles en la tabla I de Anexo.

ciones socio-culturales y ambientales que aseguran el envejecimiento digno y seguro. Incluye 7 temas que se refieren a los entornos sociales y físicos respectivamente:

- Arreglos residenciales; con 7 indicadores referidos al hogar y la jefatura del hogar del adulto mayor.
- Redes de apoyo social; compuesto por 11 indicadores sobre las fuentes de apoyo social en la vejez, las características y funcionalidad de dichas redes, y relaciones de apoyo potencial.
- Violencia y maltrato a los adultos mayores; con tres indicadores.
- Participación social en la vejez; integrado por tres indicadores.
- Imagen social de la vejez; 3 indicadores.
- Vivienda segura y propicia, con 18 indicadores sobre condiciones de habitabilidad, demanda de planes habitacionales y percepción de la vida residencial.
- Uso del espacio urbano: 6 indicadores.

La información de la tabla 5 muestra que 33 de los 52 indicadores del módulo sobre entornos favorables podría calcularse con las fuentes de datos seleccionadas. Sin embargo, debe tenerse presente que la mitad de los indicadores que sería posible estimar, pertenecen a temas y sub-temas para los cuales suele ser sencillo obtener información: hogares y jefatura del hogar (8 indicadores), indicadores de apoyo demográfico (2 indicadores) y condiciones de habitabilidad de las viviendas (12 indicadores). De hecho, todas las fuentes de datos seleccionadas proveen la información para la mayoría de los indicadores de los temas mencionados (excluyendo a las estadísticas de defunción, que no aplican en este tipo de medidas).

En este grupo de indicadores, se destaca el aporte realizado por los censos de población y vivienda. La menor contribución que realizan otras fuentes de datos, debe relativizarse además por su cobertura geográfica (población urbana, en categorías más o menos restringidas según la fuente), o de su población objetivo (en particular, por las limitaciones de ENFR; al referirse a la situación en hogares y viviendas con personas de 18 años y más)²⁰. De la misma forma, y en cuanto a los indicadores sobre condiciones habitacionales, las encuestas de hogar y las encuestas específicas, presentan variaciones en la forma de captar información sobre ciertas variables²¹.

20 - Véase tabla 1.

21 - Se incluyen detalles en la tabla I de Anexo.

Del total de indicadores que conforman el módulo sobre entornos favorables, puede distinguirse otro grupo, respecto al cual resulta más difícil contar con la información necesaria para realizar las estimaciones, acorde las fuentes de datos seleccionadas. Ninguno de los indicadores propuestos para investigar las características y funcionalidad de las redes de apoyo, la imagen social de la vejez, y la percepción de la calidad de vida residencial, pueden obtenerse con las fuentes de información consideradas.

Algo similar ocurre con los indicadores correspondientes a los temas restantes (fuentes de apoyo social en la vejez, maltrato en la vejez, participación social de los adultos mayores, demanda de planes habitacionales y uso del espacio urbano). Si bien para estas medidas es posible recurrir a más de una fuente de datos, existen diferencias importantes en la forma que es captada conceptualmente la información, y la representatividad de la misma.

Por último, corresponde mencionar que apenas un poco más de la mitad de los indicadores pertenecientes al módulo sobre entornos favorables, puede ser evaluado temporalmente (29 de 52 indicadores), y gran parte de ellos admiten solamente el análisis decenal de los cambios. La tabla 6 presenta las desagregaciones básicas que podrían obtenerse al calcular los indicadores propuestos por CELADE (2006) en las fuentes de datos analizadas. Se observa que los censos de población y vivienda, en primer lugar, y las estadísticas de defunción, en segundo término, son las fuentes de datos que permiten un mayor número de desagregaciones (10 y 8 respectivamente). Le siguen las ENFR y la ECV (6 desagregaciones), y finalmente, la EPH (5 desagregaciones). Como se aprecia, en las encuestas, el menor número de desagregaciones posibles, no está tan determinado por la carencia de variables socio-demográficas, sino por su cobertura geográfica.

En cuanto a las variables socio-demográficas, el principal déficit se relaciona con la carencia de preguntas que permitan algún tipo de aproximación a la condición étnica de las personas. En este sentido, sólo los censos de población analizados están en condiciones de brindar un proxy de dicha variable, considerando además que en ambos relevamientos, la consulta se realiza sólo en hogares particulares²², y que en el segundo de ellos, el dato se obtiene a partir de la cédula ampliada²³.

Otra consideración sobre las variables socio-demográficas que podrían ser utilizadas para realizar la desagregación de los indicadores sobre el envejecimiento

22 Se ha previsto la incorporación futura a este trabajo, de las encuestas complementarias al Censo 2001. Una de ellas se refiere con exclusividad a los pueblos indígenas, la que sin duda aportaría información muy valiosa para la elaboración de indicadores relativos al envejecimiento y el adulto mayor.

23 La relevancia de este comentario podrá ser validada sólo cuando se disponga de los datos respectivos. Países tales como Brasil, que cuenta con una población perteneciente a pueblos indígenas de dimensiones similares a la presente en Argentina, recurren a la misma estrategia, y no han reportado la pérdida de la información por falta de representatividad.

y del adulto mayor, se relaciona con la pobreza. Como puede apreciarse en la tabla 6, los censos admiten la determinación de la población y los hogares con el método de las NBI o del Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH), mientras que las encuestas son más afines al método de la Línea de la Pobreza (captan o no información que permitiría calcular aproximaciones a los indicadores del NBI o del IPMH).

Como fuera anticipado, en lo relativo a las desagregaciones geográficas, la situación es más comprometida. Sólo los censos y las estadísticas vitales proveen información sobre los niveles político-administrativos más importantes (total nacional, provincia y departamento), que habría de representar a todos los adultos mayores del país (es decir; tanto de los residentes en hogares particulares como de los que viven en viviendas o instituciones colectivas). A su vez, sólo los censos brindan estos mismos datos, desagregados según el área urbana o rural de residencia²⁴.

En este aspecto, las encuestas proveen información representativa de la población urbana del país. En este sentido, los dominios de estimación de ECV y ENFR, son el total urbano (localidades de 5.000 o más habitantes), las 6 regiones estadísticas y la provincia²⁵. En las ENFR, a su vez, la población objetivo está recortada a las personas de 18 y más de edad. Las limitaciones son más importantes en cuanto a la EPH, ya que sus datos representan al 70% de la población urbana del país (ver dominio de estimación según base trimestral o semestral, en tabla 1).

Conclusiones

En vistas a la construcción de un sistema de indicadores sobre calidad de vida en la vejez con una mirada desde el EBDH, las potencialidades y limitaciones de las fuentes de datos analizadas en este trabajo pueden sintetizarse en cuatro pautas generales:

- El 75% de los indicadores propuestos por CELADE *pueden calcularse con las fuentes de información seleccionadas*. Sin embargo, la mayoría de estos indicadores se refieren a dimensiones respecto a las cuales *es corriente que exista información* (particularmente, el envejecimiento y las condiciones socio-demográficas de los adultos mayores, y la seguridad económica en la vejez), siendo corriente, a su vez, que la información sea provista *por varias fuentes de datos a la vez*. Muy especialmente, en las fuentes de datos analizadas existen importantes restricciones en torno a dimensiones específicas, particularmente, aquellas que se refieren a la *salud y el bienestar de los adultos mayores y a los entornos favorables*.

²⁴ Las EEVV no prevén esta alternativa explícitamente.

²⁵ En 2009, la ENFR agrega a aglomerados (tabla 1).

- Cualquiera sea el caso, la posibilidad de integrar el aporte proporcionado por las fuentes de datos seleccionadas, se vería condicionado por las *diferencias en las formas en que una misma variable es captada en cada una de ellas*.
- Esta pauta, además de la representada por la *periodicidad irregular o falta de continuidad en algunas fuentes de datos* (particularmente, de la ECV en la década analizada), limitaría considerablemente la posibilidad de *analizar la tendencia de los indicadores*, con la consiguiente pérdida de validez para monitorear el cumplimiento de derechos y avance y no retrocesión de los mismos.
- Finalmente, la cantidad de desagregaciones socio-demográficas que podrían realizarse en los indicadores posibles de estimar, son importantes (sexo, edad, educación), aunque se limitarían a unas pocas fuentes de datos en cuanto a la condición étnica de las personas. Otro tanto corresponde a la cobertura geográfica de los datos, problemática muy presente en las encuestas analizadas.

En síntesis, los resultados de la investigación indicarían que a partir de las fuentes de datos oficiales producidas entre los años 2001 y 2010, existe *la posibilidad de construir el sistema de indicadores sobre calidad de vida en la vejez propuesto por CELADE (2006), aunque con ciertas limitaciones en lo que hace al EBDH*. En este sentido, sería importante el aporte que dicho sistema podría aportar en términos de fomentar la *participación y el empoderamiento* de los adultos mayores (y de la sociedad en su conjunto), para el mejoramiento de sus condiciones de vida. No obstante ello, también sería sustancial el esfuerzo a realizar, para lograr que dicho sistema pueda dar cuenta del *principio de Igualdad y No Discriminación*, habida cuenta de las limitaciones de las fuentes de datos para captar información, en el conjunto de los adultos mayores que pertenece a minorías (población rural, población residente en pequeñas localidades, residentes en instituciones colectivas, pueblos indígenas, y poblaciones afrodescendientes). Otro tanto podría decirse sobre la posibilidad de analizar tendencias, de modo que sea factible utilizar los indicadores para realizar el seguimiento del *principio de Progresividad y No Retrocesión*.

Los resultados también evidencian la necesidad de *generar nuevas fuentes de información*, que permitan captar información específica y orientada al seguimiento de los derechos humanos de los adultos mayores, en todos sus ámbitos (mejorando, particularmente, la recolección de datos sobre salud y sobre entornos favorables). En este ámbito, la región está siendo testigo de una nueva generación de encuestas específicas para el adulto mayor; por ejemplo, las iniciativas emprendidas en Puerto Rico (Puerto Rico Elderly Health Conditions study; PREHCO), México

(Mexican Health and Aging Study; MHAS) y Costa Rica (Costa Rica Longevity and Healthy Aging Study, CRELES), además de las implementadas desde hace tiempo en América del Norte, Europa y algunos países de Asia. La mayoría de estas de estas encuestas es longitudinal, característica que ha sido poco frecuente en esta temática.

En Argentina, en el año 2012 tiene lugar la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaViAM)²⁶, primera iniciativa oficial íntegramente dedicada a captar información sobre este grupo poblacional. Constituye una fuente transversal asociada a la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU), para recolectar información sobre autopercepción de la salud y la memoria; acceso a medicamentos, caídas y fracturas; depresión; deficiencias; dependencia; sexualidad; relación con el entorno; manejo de TIC; tiempo libre; ayudas; participación en las actividades domésticas y satisfacción vital (INDEC, 2014). Si bien la misma constituye un importante avance, es justamente a propósito del principio de Progresividad y No Retrocesión, que en nuestro país debería garantizarse una periodicidad regular en las encuestas analizadas y en esta nueva encuesta, y el desafío representado por el diseño e implementación de fuentes longitudinales, como las mencionadas iniciativas de Costa Rica, México y Puerto Rico.

En torno a los desafíos mencionados, entendemos que la creación de un sistema de indicadores sobre el adulto mayor, basado en el EBDH, debería fomentarse desde el intercambio entre nuestros adultos mayores, el Estado y sus instituciones, los organismos productores de datos, las organizaciones de derechos humanos y las instituciones académicas.

Finalmente, es importante mencionar que existen en América Latina avances significativos en los compromisos asumidos en los países en pos del acceso a derechos de los adultos mayores. En particular los últimos progresos, fuera del período 2001-2010 del trabajo, han sido El Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo²⁷ (CEPAL, 2013) y la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (OEA, 2015). Esta Convención

26 Dicha encuesta no pudo ser incorporada al presente estudio porque su realización excede al periodo en análisis.

27 El Consenso de Montevideo, es un acuerdo de los países de la Región de América Latina y el Caribe que en la Primera Conferencia Regional de Población y Desarrollo acordaron un marco de políticas sobre temas de población. En particular sobre adultos mayores el Consenso señala: "Formular políticas con perspectiva de género que aseguren un envejecimiento de calidad, para las personas que viven en las ciudades, campo o selva. Asegurar la incorporación y participación equitativa de las personas mayores en el diseño y aplicación de políticas, planes y programas que los consideren. Erradicar las múltiples formas de discriminación que afectan a las personas mayores, incluyendo todas las formas de violencia. Fomentar políticas para aprovechar el bono demográfico. Favorecer el desarrollo y acceso a cuidados paliativos, para asegurar una muerte digna y sin dolor. Ampliar los sistemas de protección y seguridad social, con perspectiva de género, incorporando a las mujeres que se han dedicado al trabajo productivo, trabajadoras domésticas, mujeres rurales y trabajadoras informales".

constituye el primer acuerdo regional en el mundo para la promoción y protección de los Derechos de las Personas de Edad. Entre otros consagra el Derecho a la vida y la dignidad en la vejez; el Derecho a la independencia y autonomía; los Derechos de las personas mayores que reciben cuidados a largo plazo; El derecho al trabajo, derecho a la salud; y el Derecho a la seguridad social, entre otros.

Bibliografía

ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS, OFICINA DEL [ACNUDH] (2006). *Preguntas frecuentes sobre el Enfoque de Derechos Humanos en la cooperación para el desarrollo*. Nueva York – Ginebra: Publicación de Naciones Unidas.

ACNUDH (2011). *¿Qué son los derechos humanos?*. Internet: <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>

ALBALA, C. y otros (2005). “*Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada*”. Revista Panamericana de Salud Pública, vol. 17, n° 5/6, pp. 307–322.

BANKIRER, M. (2009). “*Evaluación de la medición de la sobrevivencia de hijos en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001*”. Seminario-Taller Los censos de 2010 y la salud, CEPAL/CELADE, Santiago de Chile, noviembre.

CARDONA ARANGO, D. y PELÁEZ, E. (2010). “*Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones*”. En IV Congreso Internacional Mayores sin Fronteras. Medellín, octubre.

CELADE (2006). *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. Santiago de Chile: CEPAL.

CELADE (2008). *Directrices para la elaboración de módulos sobre envejecimiento en las encuestas de hogares*. Serie Manuales No 60. Santiago de Chile: CEPAL.

CHACKIEL, J. (1999). “*El envejecimiento de la población Latinoamérica: ¿Hacia una relación de dependencia favorable?*”. Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de Edad. CEPAL. Santiago de Chile.

CHACKIEL, J. (2004). *La dinámica demográfica en América Latina*. Santiago: CEPAL.

CHESNAIS, J. C. (1990). *El proceso de envejecimiento de la población*. Santiago: CELADE.

CORBALÁN, I. (1995), *Aspectos demográficos y socioeconómicos de la tercera edad*

en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL.

DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD (2000). *Modelos de formularios e instructivos del sistema de estadísticas sociales*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

DIVISIÓN DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2011). *Proyecciones de población*. En Internet: www.un.org/spanish/esa/population/unpop.htm

GIUSTI, A. (2007). "Censos modernos: 1960, 1970, 1980, 1991, 2001". En Torrado, S. (Comp.). *Población y Bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario. Una historia del siglo XX*. Tomo I. Buenos Aires: EDHASA.

HUENCHUAN, S. (2009). (Ed.). *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago de Chile: CEPAL.

HUENCHUAN, S. y GONZÁLEZ, D. (2007). *Uso sustantivo de los datos censales para el estudio de la situación de las personas mayores*. Santiago de Chile: CEPAL/UNFPA.

INDEC (2002). "Aspectos metodológicos del Censo 2001". En *Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001. Resultados Provisionales* (pp. 2-5). En <http://www.indec.mecon.gov.ar>

INDEC (2003). *La nueva Encuesta Permanente de Hogares de Argentina*. 2003. En <http://www.indec.mecon.gov.ar>

INDEC (2004a). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 (censo 2001). Metodología para la reconstrucción de las viviendas*. Serie Hábitat y Vivienda DT N° 14.

INDEC (2004b). *El estudio de la pobreza según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001: El Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH). Dirección de Estadísticas Poblacionales, Desarrollo de Nuevas Metodologías para el estudio de la pobreza con datos censales, Documento de Trabajo N° 61*. Buenos Aires: INDEC.

INDEC (2010). *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Documento para la utilización de la base de datos usuario*. Buenos Aires: INDEC – Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud – Secretaría de Deporte, Ministerio de Desarrollo Social.

INDEC (2011). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010. Documento metodológico preliminar*. En <http://www.indec.mecon.gov.ar>

INDEC (2014). *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012*.

Serie Estudios N° 46. Buenos Aires: INDEC.

IPUMS (2005). *Cédula del Censo de Población, Hogares y Vivienda de 2001 de la República Argentina.* En <http://www.ipums.org>

MARCONI, E., GUEVEL, C. y FERNÁNDEZ, M. (2007). “Estadísticas vitales”. En Torrado, S. (Comp.). *Población y Bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario. Una historia del siglo XX.* Tomo I. Buenos Aires: EDHASA.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2006). *Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Primera Edición.* Buenos Aires: Presidencia de la Nación - Ministerio de Salud de la Nación.

OPS/OMS (2004). *Manual del Usuario de las bases de datos SABE.* Washington, DC: OPS.

PELÁEZ, E. y RIBOTTA, B. (2008). “Envejecimiento y Condiciones de Vida de los Adultos Mayores en Latinoamérica: Comparación de tres países”. En *Sociedad y Adulto Mayor en América Latina: Estudios sobre Envejecimiento en la Región.* Serie Investigaciones N° 5. Rio de Janeiro: United Nations Population Fund (FNUAP)-Asociación Latinoamericana de Población (ALAP).

SIEMPRO (2001). *Objetivos y metodología. ECV 2001.* Buenos Aires: Presidencia de la Nación.

ANEXO

Tabla I. Argentina. Posibilidades de cálculo y análisis de tendencias de los indicadores propuestos por CELADE (2006), según temas, información requerida, y fuentes de datos seleccionadas. 2001-2010.

I. Envejecimiento demográfico

Áreas prioritarias, Temas e Indicadores	C01	C10	EPH	ECV	ENFR	EEVV
1 Aumento cuantitativo de la población adulta mayor						
<u>1.1. Número y proporción</u>						
1)- Número absoluto de personas mayores	X	X				
2)- Proporción de personas mayores en relación a la población total	X	X	X	X		
<u>1.2. Ritmo de crecimiento del envejecimiento demográfico</u>						
3)- Magnitud del cambio	X	X				
4)- Tasa de crecimiento anual de la población adulta mayor	X	X	X		X	
<u>1.3 Distribución por edades al interior de la población adulta mayor</u>						
5)- Proporción de personas mayores de edades específicas sobre el total de personas mayores	X	X	X	X	X	
6)- Proporción de personas mayores sobre el total de la población	X	X	X	X		
7)- Razón de personas mayores de 75 años	X	X	X	X	X	
<u>1.4 Índice de envejecimiento demográfico y relación de dependencia</u>						
8)- Índice de envejecimiento	X	X	X	X		
9)- Relación de dependencia demográfica de vejez	X	X		X		
10)- Edad mediana de la población	X	X	X	X		
2 Indicadores sociodemográficos de la población adulta mayor						
<u>2.1 Distribución de la población de 60 años y más según área de residencia</u>						
11)- Porcentaje de personas mayores residentes en áreas urbanas y rurales	X	X				
12)- Proporción de personas mayores en áreas urbanas y rurales	X	X	X	X		
13)- Relación de feminidad	X	X	X	X	X	
<u>2.2 Estado civil</u>						
14)- Porcentaje de personas mayores según estado civil	X	X	X	X	X	
<u>2.3 Educación</u>						
15)- Porcentaje de personas mayores analfabetas	X	X	X			

Áreas prioritarias, Temas e Indicadores	C01	C10	EPH	ECV	ENFR	EEVV
16)- Porcentaje de personas mayores según nivel de instrucción	X	X	X	X	X	
17)- Promedio de años de estudio	X	X	X	X	X	
<u>2.4 Etnia</u>						
18)- Porcentaje de personas mayores pertenecientes a la población indígena	X	X				
19)- Porcentaje de población indígena adulta mayor	X	X				
3 Esperanza de vida						
<u>3.1 Esperanza de vida al nacer y a distintas edades</u>						
20)- Esperanza de vida al nacer	X	X				X
21)- Esperanza de vida a los 60 años	X	X				X
<u>3.2 Concentración de la mortalidad (optativo)</u>						
22)- Concentración de defunciones en los distintos grupos de edad						X
23)- Distribución porcentual de las defunciones según grupos de edad						X

II. Seguridad económica en la vejez

Áreas prioritarias, Temas e Indicadores	C01	C10	EPH	ECV	ENFR	EEVV
1 Indicadores laborales						
<u>1.1 Niveles de participación económica en la vejez</u>						
24)- Tasa de participación económica en la vejez	X	X	X	X	X	
25)- Tasa de empleo en la vejez	X	X	X	X	X	
26)- Tasa de desocupación en la vejez	X	X	X	X	X	
<u>1.2 Tipo de inserción laboral de las personas mayores</u>						
27)- Proporción de ocupados de edad avanzada en empleo informal			X			
28)- Proporción de ocupados de edad avanzada en empleo asalariado	X	X	X	X	X	
29) Duración de la jornada laboral			X	X	X	
2 Indicadores de seguridad social						
<u>2.1 Cobertura previsional en la vejez</u>						
30)- Proporción de personas mayores con jubilación o pensión	X	X	X	X		
31)- Promedio mensual de ingresos por jubilaciones o pensiones en la vejez			X	X		
32)- Distribución porcentual de la población con jubilaciones y pensiones por distintos tramos de ingresos			X	X		

Áreas prioritarias, Temas e Indicadores	C01	C10	EPH	ECV	ENFR	EEVV
<u>2.2 Cobertura previsional de largo plazo</u>						
33)- Porcentaje de personas en edad activa que se encuentran realizando aportes	X	X	X	X		
3 Pobreza						
<u>3.1 Indicadores a nivel de personas</u>						
34)- Porcentaje de personas mayores pobres	X	X	X	X	X	
35)- Razón de personas mayores indigentes sobre el total de la población adulta mayor pobre			X	X		
<u>3.2 Indicadores a nivel de hogares</u>						
36)- Porcentaje de hogares con personas mayores en condición de pobreza	EPH		X	X	X	
37)- Brecha de la pobreza en la vejez			X	X		

III. Salud y bienestar en la vejez

Áreas prioritarias, Temas e Indicadores	C01	C10	EPH	ECV	ENFR	EEVV
1 La mortalidad y sus causas						
<u>1.1 Perfiles de mortalidad en la vejez</u>						
38)- Tasa de mortalidad						X
39)- Tasa de mortalidad por causas específicas						X
2 Estado de salud						
<u>2.1 Enfermedades crónicas</u>						
40)- Prevalencia de las enfermedades crónicas en las personas mayores					X	
41)- Prevalencia de las enfermedades crónicas transmisibles en las personas mayores						
42)- Prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles en las personas mayores					x	
<u>2.2 Enfermedades mentales</u>						
43)- Prevalencia de la demencia en las personas mayores						
44)- Prevalencia del deterioro cognitivo en las personas mayores						
45)- Prevalencia de la depresión en las personas mayores						
<u>2.3 Capacidad funcional</u>						
46)- Porcentaje de personas mayores con dificultad en ABVD						

Áreas prioritarias, Temas e Indicadores	C01	C10	EPH	ECV	ENFR	EEVV
47)- Índice de discapacidad funcional en la vejez						
48)- Prevalencia de la discapacidad en la vejez			X		X	
<u>2.4 Autopercepción en salud</u>						
49)- Porcentaje de personas mayores según niveles de autopercepción en salud					X	
<u>2.5 Otros problemas de salud en la vejez</u>						
50)- Porcentaje de personas mayores que ha sufrido caídas						
51)- Porcentaje de personas mayores con problemas auditivos		X			X	
52)- Porcentaje de personas mayores que ha perdido dientes						
3 Estilos de vida y factores de riesgo						
<u>3.1 Actividad física</u>						
53)- Porcentaje de personas mayores que realiza actividad física				X	X	
<u>3.2 Consumo de tabaco</u>						
54)- Porcentaje de tabaquismo en personas mayores				X	X	
<u>3.3 Estado nutricional</u>						
55)- Prevalencia de la desnutrición					X	
56)- Prevalencia de la obesidad					X	
57)- Porcentaje de personas mayores con malnutrición					X	
4 Atención en salud de las personas mayores						
<u>4.1 Protección social en salud</u>						
58)- Porcentaje de personas mayores no cubierto por servicios de salud	X	X	X	X	X	
59)- Porcentaje de personas mayores con necesidades insatisfechas en atención en salud				X	X	
60)- Tasa de cobertura en atención médica geriátrica						
<u>4.2 Servicios de cuidados de largo plazo en instituciones</u>						
61)- Proporción de personas mayores en hospitales y asilos	X	X				

IV. Envejecimiento y entornos favorables.

Áreas prioritarias, temas e indicadores	C01	C10	EPH	ECV	ENFR	EEV
1 Arreglos residenciales						
<u>1.1. Hogares con adultos mayores</u>						
62)- Porcentaje de hogares con personas mayores	X	X	X			
63)- Tasa de crecimiento promedio anual de hogares con personas mayores	X	X	X			
64)- Tamaño promedio de los hogares con personas mayores	X	X	X	X	X	
65)- Porcentaje de hogares con personas mayores según el número de personas en el hogar	X	X	X	X	X	
66)- Porcentaje de hogares con personas mayores según tipo de hogar y familia	X	X	X	X	X	
<u>1.2 Hogares con jefatura adulta mayor</u>						
67)- Porcentaje de hogares con jefatura de persona mayor	X	X	X	X		
68)- Tasa de jefatura de hogar de la población adulta mayor	X	X	X	X	X	
69)- Porcentaje de jefes mayores que viven solos	X	X	X	X	X	
2 Redes de apoyo social de las personas mayores						
<u>2.1 Indicadores de las fuentes de apoyo social en la vejez</u>						
70)- Porcentaje de personas mayores según fuentes informales de apoyo						
71)- Porcentaje de personas mayores según tamaño del hogar en que residen	X	X	X	X	X	
72)- Promedio de hijos sobrevivientes		X		X		
<u>2.2 Indicadores de las características las redes de apoyo social de las personas mayores</u>						
73)- Tamaño de la red						
74)- Nivel de distribución de la red						
<u>2.3 Indicadores de la funcionalidad de las redes de apoyo social en la vejez</u>						
75)- Porcentaje de personas mayores que recibe apoyo						
76)- Porcentaje de personas mayores que da apoyo						
77)- Porcentaje de personas mayores que recibe y da apoyo						
78)- Nivel de funcionalidad de la red						
<u>2.4 Otros indicadores de relaciones de apoyo a nivel demográfico</u>						

Áreas prioritarias, temas e indicadores	C01	C10	EPH	ECV	ENFR	EEVV
79)- Relación de apoyo potencial	X	X	X	X		
80)- Relación de apoyo a los padres	X	X	X	X	X	
3 Violencia y maltrato contra las personas mayores						
<u>3.1 Indicadores de maltrato en la vejez</u>						
81)- Porcentaje de personas mayores que ha sufrido algún tipo de violencia o abuso					X	
82)- Porcentaje de personas mayores que ha sufrido violencia o abuso de parte de un familiar						
83)- Proporción de muertes violentas en la vejez por causas específicas						X
4 Participación social en la vejez						
<u>4.1 Indicadores de participación social en la vejez</u>						
84)- relación porcentual entre las personas mayores que han participado de organizaciones de la sociedad civil durante el último año y el total de la población de edad avanzada						
85)- distribución porcentual de la población adulta mayor que participa en organizaciones según el tipo de organización a la que pertenece						
86)- Porcentaje de personas mayores que realiza actividades de voluntariado			X	X		
5 Imagen social de la vejez						
<u>5.1 Indicadores de la imagen social de la vejez</u>						
87)- Porcentaje de la población de 15 años y más que asocia la vejez con dependencia y fragilidad						
88)- Porcentaje de personas mayores que percibe discriminación y maltrato en la calle						
89)- Porcentaje de personas mayores que se sienten discriminadas según causa						
6. Vivienda segura y propicia						
<u>6.1 Indicadores relativos a las condiciones de habitabilidad de las viviendas de las personas mayores</u>						
El régimen de propiedad						
90)- Porcentaje de personas mayores que reside en vivienda propia (de adulto mayor u otro miembro del hogar)	X	X	X	X		
91)- Porcentaje de hogares con jefes mayores que reside en vivienda propia	X	X	X	X		

Áreas prioritarias, temas e indicadores	C01	C10	EPH	ECV	ENFR	EEV
Materialidad y calidad de las viviendas						
92)- Porcentaje de personas mayores residentes en viviendas con materiales deficientes en las paredes	X	X				
93)- Porcentaje de hogares con jefes mayores residentes en viviendas con materiales deficientes en las paredes	X	X				
Acceso a servicios básicos						
94)- Porcentaje de personas mayores residente en viviendas sin servicio de agua corriente dentro de la vivienda	X	X	X	X	X	
95)- Porcentaje de hogares con jefes mayores sin servicio de agua corriente dentro de la vivienda	X	X	X		X	
96)- Porcentaje de personas mayores residente en viviendas sin servicio sanitario	X	X	X	X	X	
97)- Porcentaje de hogares con jefes mayores sin servicio sanitario	X	X		X	X	
Acceso a servicios de electricidad						
98)- Porcentaje de personas mayores residente en viviendas sin servicio de electricidad		X				
99)- Porcentaje de hogares con jefes mayores sin servicio de electricidad		X				
Hacinamiento						
100)- Porcentaje de personas mayores residente en hogares con hacinamiento	X	X	X	X	X	
101)- Porcentaje de hogares con jefes mayores en los que existe hacinamiento	X	X	X	X	X	
<u>6.2 Indicadores para medir la demanda de planes habitacionales específicos para personas mayores</u>						
102)- Número de hogares y núcleos familiares encabezados por personas mayores allegadas	X	X		X		
103)- Déficit habitacional de las personas mayores		X		X		
104)- Formación anual de hogares liderados por personas mayores	X	X	X?			
105)- Número y porcentaje de personas mayores que habitan asentamientos precarios	X	X?	X	X		
106)- Número y porcentaje de viviendas con necesidades de adecuación para el alojamiento de personas discapacitadas						
<u>6.3 Indicadores de percepción de la calidad de vida residencial de las personas mayores</u>						

Áreas prioritarias, temas e indicadores	C01	C10	EPH	ECV	ENFR	EEV
107)- Porcentaje de personas mayores insatisfechas con el desempeño de actividades que permite su vivienda						
7. Uso del espacio urbano						
<u>7.1 Indicadores del uso del espacio urbano</u>						
108)- Distribución espacial intraurbana de las personas mayores	X	X				
109)- Distancia del domicilio de la persona mayor a facilidades y equipamiento urbano						
108)- Porcentaje de personas mayores insatisfechas con atributos del vecindario						
110)- Porcentaje de personas mayores que reportan dificultades para movilizarse en su espacio exterior						
111)- Índice Duncan de segregación espacial de personas mayores	X	X				
112)- Porcentaje de personas mayores que declara sentirse expuesto al delito al circular por el vecindario						

Fuente: Elaborado con base a cuestionarios obtenidos de DEIS (2000), INDEC (2002, 2003, 2010, 2011); Ministerio de Salud de la Nación (2006); OPS/OMS (2004); SIEMPRO (2001).

Tabla 1. Argentina. Fuentes seleccionadas de datos, principales características.

Fuente	Tipo de relevamiento	Método de relevamiento	Dominios estimación*	Periodicidad	Cobertura
Censos Población y Vivienda	Censo	Cédula censal única en 2001 y cédula censal básica y ampliada en 2010 (hogares particulares e instituciones/viviendas colectivas)**.	Hasta radio censal (a nivel público –Web- desde el censo 2010, cuestionario básico)	2001, 2010 (en general, 10 años)	Todo el territorio nacional
EPH	Muestra	Cuestionarios de vivienda, del hogar y de la persona	Base trimestral: Total aglomerados, aglomerados por región, aglomerados 500.000+ hab. Base semestral: se agregan aglomerados <500.000 hab.	Trimestral (desde 2003. Antes Semestral)	Selección de aglomerados urbanos***
ECV	Muestra	6 cuestionarios (vivienda, hogar y población, primera infancia (0-4 años), Niños (5-14 años), Jóvenes (15-24 años), y Adultos (25 y más años))	Total país urbano, región, Totales Provinciales de población urbana residente en hogares particulares. Agrupamiento de localidades (Desde 10.000.000 o más habitantes a de 5.000 a 9.999 habitantes).	2001 (antecedente en 1997, que no se replica con posterioridad)	Localidades de 5.000 y más habitantes

Fuente	Tipo de relevamiento	Método de relevamiento	Dominios estimación*	Periodicidad	Cobertura
ENFR	Muestra	Cuestionario de dos bloques: hogar e individuo (18 años y más)	2005: Total país, regiones, Provincias y CABA. En 2009 agrega aglomerados de 500.000+ habitantes y agrupamiento de aglomerados según tamaño población****	2005. 2009	Localidades de 5.000 y más habitantes
EEVV (defunción)	Registro Continuo	Informe Estadístico de defunción	Hasta departamento/ partido	Registros continuos	Todo el territorio nacional

* Dominio es cualquier subdivisión de población acerca de la cual se puede dar información numérica de precisión conocida. **En el censo 2001, la cantidad de viviendas particulares fue obtenida con posterioridad al censo, utilizando una metodología indirecta (INDEC, 2004a). A diferencia de este relevamiento, el realizado en el año 2001, no capta la población en instituciones colectivas sino en viviendas colectivas. *** Se realiza sobre capitales de provincia y ciudades de más de 100.000 habitantes, aunque incluye algunas otras ciudades que no cumplen con estos criterios. **** Las categorías corresponden a 5.000 a 100.000 habitantes; 100.001 a 500.000 habitantes; 500.001 a 1.500.000 habitantes; más de 1.500.000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia en base a Albala et al (2005); Fernández et al (2008); INDEC (2002, 2003, 2004a, 2010, 2011); Giusti (2007); Ministerio de Salud de la Nación (2006); OPS/OMS (2004); SIEMPRO (2001).

Tabla 2. Envejecimiento demográfico y caracterización de población adulta mayor. Indicadores seleccionados según tema y sub-tema.

Tema	Sub-tema	Cantidad de indicadores CELADE	Cantidad de indicadores posibles de estimar con fuentes seleccionadas	Cantidad de indicadores CELADE posibles de estimar con las fuentes de datos seleccionadas, según fuente de información						Cantidad de indicadores CE-LADE posibles de estimar con las fuentes de datos seleccionadas, que pueden utilizarse para evaluar tendencias
				C01	C10	EPH	ECV	ENFR	EEVV	
Aumento cuantitativo de la población adulta mayor	Número y proporción	2	2	2	1	1	1	1	2	
	Ritmo de crecimiento	2	2	2	1	1		1	2	
	Distribución por edades	3	3	3	3	3	3	2	3	
	Envejecimiento y relación de dependencia	3	3	3	3	3	3		3	
Indicadores socio-demográficos	Área de residencia	3	3	3	2	2	2	1	3	
	Estado civil	1	1	1	1	1	1	1	1	
	Educación	3	3	3	3	3	2	2	3	
	Etnia	2	2	2					2	
	Esperanza de vida	2	2	2					2	
Esperanza de vida	Concentración de la mortalidad (optativo)	2	2						2	
	Total	23	23	21	21	14	12	8	23	

Fuente: Anexo, tabla I.

Tabla 3. Seguridad económica. Indicadores seleccionados según tema y sub-tema.

Tema	Sub-tema	Cantidad de indicadores CELADE	Cantidad de indicadores posibles de estimar con fuentes seleccionadas	Cantidad de indicadores CELADE posibles de estimar con las fuentes de datos seleccionadas, según fuente de información							Cantidad de indicadores CE-LADE posibles de estimar con las fuentes de datos seleccionadas, que pueden utilizarse para evaluar tendencias
				C01	C10	EPH	ECV	ENFR	EEVV		
Indicadores laborales	Niveles participación económica vejez	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Tipo de inserción laboral adultos mayores	3	3	1	1	3	2	2	2		3
	Cobertura previsional en la vejez	3	3	1	1	3	3	3			3
Indicadores de seguridad social	Cobertura previsional de largo plazo	1	1	1	1	1	1	1			1
	Indicadores a nivel de personas y hogares	4	4	1	1	4	4	2	2		4
Total		14	14	7	7	14	13	7	7		14

Fuente: Anexo, tabla I.

Tabla 4. Salud y bienestar en la vejez. Indicadores seleccionados según tema y sub-tema.

Tema	Sub-tema	Cantidad de indicadores CELADE	Cantidad de indicadores posibles de estimar con fuentes seleccionadas	Cantidad de indicadores CELADE posibles de estimar con las fuentes de datos seleccionadas, según fuente de información						Cantidad de indicadores CELADE Posibles de estimar con las fuentes de datos seleccionadas, que pueden utilizarse para evaluar tendencias
				C01	C10	EPH	ECV	ENFR	EEVV	
Mortalidad y causas	Perfiles de mortalidad en la vejez	2	2						2	2
	Enfermedades crónicas	3	2					2		2
Estado de salud	Enfermedades mentales	3	0							0
	Capacidad funcional	3	1	1				1		0
	Autopercepción en salud	1	1					1		1
	Otros problemas de salud en la vejez	3	1	1				1		0
Estilos de vida y factores de riesgo	Actividad física	1	1				1	1		1
	Consumo de tabaco	1	1				1	1		1
	Estado nutricional	3	3					3		3
Atención en salud de las personas mayores	Protección social en salud	3	2	1	1	1	2	2		2
	Servicios de cuidados en instituciones	1	1	1						1
Total		24	15	2	4	1	4	12	2	13

Fuente: Anexo, tabla I.

Tabla 5. Envejecimiento y entornos sociales y físicos favorables. Indicadores seleccionados según tema y sub-tema.

Tema	Sub-tema	Cantidad de indicadores CELADE	Cantidad de indicadores posibles de estimar con fuentes seleccionadas	Cantidad de indicadores CELADE posibles de estimar con las fuentes de datos seleccionadas, según fuente de información						Cantidad de indicadores CELADE posibles de estimar con las fuentes de datos seleccionadas, que pueden utilizarse para evaluar tendencias.
				C01	C10	EPH	ECV	ENFR	EEVV	
Arreglos residenciales	Hogares con adultos mayores	5	5	5	5	4	3		5	
	Hogares con jefatura adulta mayor	3	3	3	3	3	3		3	
Redes de apoyo social	Fuentes de apoyo social en la vejez	3	2	1	2	1	2	1	1	
	Características las redes de apoyo	2	0						0	
	Funcionalidad de las redes de apoyo	4	0						0	
	Otros indicadores de relaciones de apoyo a nivel demográfico	2	2	2	2	2	2	1	2	
Violencia y maltrato	Maltrato en la vejez	3	2					1	1	
Participación social	Participación social en la vejez	3	1			1	1		1	
Imagen social de la vejez	Imagen social de la vejez	3	0						0	
	Condiciones de habitabilidad viviendas	12	12	10	12	7	7	6	10	
Vivienda segura y propia	Demanda de planes habitacionales específicos	5	4	3	3	2	3		3	
	Percepción de la calidad de vida residencial	1	0						0	
Uso del espacio urbano	Uso del espacio urbano	6	2	2	2				2	
	Total	52	33	26	29	21	22	15	29	

Fuente: Anexo, tabla 1.

Tabla 6. Desagregaciones básicas en las fuentes de datos seleccionadas²⁸.

Fuentes	Cantidad de desagregaciones en los indicadores CELADE, que pueden realizarse con las fuentes de datos seleccionadas	Tipo de desagregaciones en los indicadores CELADE, que pueden obtenerse según las fuentes de datos disponibles									
		Variables socio-demográficas					Variables geográficas				
		Sexo	Edad	Etnia	Educación	Pobreza	Nacional	Provincia	Dpto.	Urbano	Rural
C01	10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
C10	10	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1
ECV	6	1	2		1	2		3		3	
ENFR	6	1	5		1	1		3		3	
EPH	5	1	3		1	2				4	
EEVV	8	2	3 ³⁰		2 ³¹		1	1	1		

Fuente: Anexo, tabla I.

²⁸ La codificación presente en la tabla se detalla en la metodología.

²⁹ Se refiere a la edad al fallecer.

³¹ El informe estadístico de defunción indaga el nivel educativo en tres categorías que aluden al sistema anterior a la modificación de 1994, y en las categorías que existen luego, hasta la revisión del año 2006. Como no se incluye una pregunta sobre años de estudio, los fallecidos entre 1994 y 2006, cuyo nivel educativo ha sido catalogado en el sistema vigente en esas fechas, no podrían ser recategorizados a los niveles actualmente vigentes.

Vulnerabilidad de la población mayor en situación de dependencia en la Argentina. Análisis en base a la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaVIAM) 2012

Laura D. Acosta
CIECS / CONICET y UNC

Malena Monteverde
CIECS / CONICET y UNC
CRES / UPF

Resumen

Estimaciones recientes muestran que en la Argentina habría más de un millón de personas mayores de edad en situación de dependencia, es decir con necesidad de ayuda para realizar Actividades Básicas o Instrumentales de la Vida Diaria. El objetivo de este trabajo es analizar la vulnerabilidad de esta población en otros aspectos diferentes a los de su condición funcional. Para ello se comparan las características demográficas, de composición del hogar, socio-económicas, de salud y de relación con el entorno, entre la población adulta mayor en situación de dependencia respecto a la población adulta mayor no dependiente, para lo cual se usan los microdatos de la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaViAM). Los resultados muestran que existe asociación entre diversas variables que reflejan la vulnerabilidad social y la condición de dependencia, además de una importante proporción de personas en situación de dependencia con necesidades insatisfechas en la ayuda para realizar actividades de la vida diaria.

Palabras Clave: Envejecimiento poblacional, Dependencia, Población Mayor, Vulnerabilidad, Argentina.

Abstract

Recent estimations show that there are more than one million elderly people in Argentina in dependency status, that is with need of help to perform Basic and Instrumental Activities of Daily Living. The aim of this paper is to analyze the vulnerability of this population in other aspects than those of their functional condition. In order to evaluate it, we compare the demographic characteristics, household composition, socio-economic status, health conditions and the relationship with the environment, among the older population in dependency status with autonomous individuals (non dependents), using the National Survey on Quality of Life of Older Adults (ENCaViAM) microdata. The results show a positive association between different variables

that reflect social vulnerability and dependency status. Also we found a significant proportion of individuals in dependency status with unmet needs of help to perform activities of daily living.

Keywords: Population ageing, Dependency Status, Older Age Individuals, Vulnerability, Argentina.

Introducción

Uno de los principales desafíos que enfrentan las sociedades con poblaciones más envejecidas es la atención a las personas en situación de dependencia.

La disminución de las capacidades funcionales a medida que la edad avanza eleva sustancialmente el riesgo de pérdida de autonomía para la realización de las actividades cotidianas y con ello la necesidad de ayuda de otras personas para desarrollar muchas de las actividades básicas e instrumentales para la vida diaria (ABVD o AIVD).

Argentina es una de las poblaciones más envejecidas de América Latina. En 2013, la proporción de personas de 60 años y más alcanzó el 15% de la población total. Por su parte, en Cuba y Uruguay los mayores de 60 años llegarían al 18%, mientras que en México el 9,3%, en Paraguay el 8% o Nicaragua 7%, evidenciando importantes heterogeneidades al interior de la región (United Nations [UN], 2013).

Estimaciones recientes basadas en la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaViAM) realizada en el año 2012; muestran que en la Argentina habría aproximadamente un millón de personas de 65 años y más en situación de dependencia, es decir, con necesidad de ayuda para la realización de un conjunto de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD y AIVD), lo que representaría más del 20% de la población total de ese grupo etario (Monteverde et al. 2016)¹. La estimación anterior debe considerarse conservadora, ya que no contempla ni a la población mayor institucionalizada, ni a los mayores con problemas cognitivos severos.

De acuerdo a estimaciones para Buenos Aires, basadas en datos del estudio SABE realizado en el año 2001) (Pelaez, et al. 2003) las personas con problemas cognitivos severos rondarían el 5% de las personas mayores a 64 años y el 4% de las mayores de 59 años. De ellos, todos presentarían dificultades para al menos alguna AIVB y el 70% para alguna ABVD (es decir, con dependencia más elevada).

¹ El trabajo citado tuvo por objetivo, además de medir magnitud de dependencia, comparar los procesos de envejecimiento de Argentina, España y Argentina, y es por ello que se centró en el grupo de 65 años y más, que es el utilizado por las Naciones Unidas para definir "población envejecida". Sin embargo, dado que el grupo de referencia de la ENCaViAM son las personas de 60 años o más, se decidió trabajar con toda la muestra lo cual coincide con la definición más amplia de personas mayores o de edad avanzada utilizada por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud.

Por su parte, los resultados del último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC], 2013) arrojan una cifra coincidente, con un 5% de la población mayor de 64 años y 4,5% de los mayores de 59 años de edad con problemas mentales. Por otra parte, de acuerdo a las cifras del último censo de población de ese país la población mayor institucionalizada en residencias para ancianos de la Argentina sería del 1,9% de las personas mayores de 64 años y del 1,3% de las personas de 60 años y más.

En este contexto y dado el continuo envejecimiento poblacional, resulta relevante caracterizar a la población mayor dependiente de la Argentina, con especial atención en las características que puedan vincularse a la vulnerabilidad de esta población en otros aspectos a los de su fragilidad desde el punto de vista funcional.

En este trabajo se utiliza el concepto de dependencia basado en las actividades ampliamente reconocidas como claves para el desarrollo autónomo de las personas mayores, es decir las llamadas Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (McDowel, 2006). Bajo esta concepción, se considera que una persona mayor de edad se encuentra en situación de dependencia si reporta necesidad de ayuda en alguna de las siguientes ABVD: comer, asearse, vestirse, acostarse y levantarse de la cama, caminar en la vivienda, subir y bajar escaleras; o AIVD: hablar por teléfono, tomar medicamentos, manejar dinero, utilizar medios de transporte, hacer las compras, preparar comidas, hacer las tareas del hogar.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es analizar la vulnerabilidad de la población mayor en situación de dependencia de la Argentina en otros aspectos diferentes a los de su condición funcional. Para ello se comparan las características demográficas, de composición del hogar, socio-económicas, de salud y de relación con el entorno, entre la población adulta mayor en situación de dependencia respecto a la población adulta mayor no dependiente.

Materiales y métodos

Para cumplimentar el objetivo planteado se utiliza como fuente de datos la **ENCaViAM** realizada en Argentina en el año 2012 (INDEC, 2014). Dicha encuesta tiene la finalidad de “*generar información específica sobre la calidad de vida de la población de 60 años y más, en todo el territorio nacional*”. Uno de sus objetivos específicos de la misma fue caracterizar a la población con limitaciones para realizar las actividades básicas y funcionales de la vida diaria e identificar a las personas que

las ayudan para su desempeño.

El método de relevamiento fue la entrevista directa. La población objetivo fueron las personas de 60 años y más que residen en localidades urbanas. Se tomó como marco muestral la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU) realizada durante el tercer trimestre del año 2012. El muestreo fue probabilístico y multietápico. La encuesta permite realizar estimaciones a nivel nacional. Sólo se aplicó la encuesta a las personas de 60 años o más que contestaron la EAHU, y cuyo nombre figuraba en cada uno de los cuestionarios. La encuesta fue respondida personalmente por el propio encuestado. Si la persona se encontraba imposibilitada de responder por sí misma debido a problemas de tipo cognitivos (por ejemplo Alzheimer u otro tipo de demencia) o problemas físicos severos, no se aplicó el cuestionario (INDEC, 2014).

La ENCaVIAM 2012, recoge información sobre la percepción de salud y memoria, acceso a medicamentos, algunos problemas de salud (caídas y fracturas, depresión, deficiencias) dependencia funcional, relación con el entorno, sexualidad, uso del tiempo libre, ayuda recibida, ayuda brindada y satisfacción vital.

Para el estudio de la situación de dependencia de la persona mayor se creó una variable dicotómica con valor igual a 1 cuando el individuo responde tener necesidad de ayuda para realizar al menos una ABVD o AIVD.

Las ABVD contempladas en la encuesta son:

- ¿Necesita ayuda de una persona para comer en un tiempo razonable? (incluyendo cortar la comida, llenar los vasos, etc.)
- ¿Necesita ayuda de una persona para vestirse y desvestirse, incluyendo atarse los cordones?
- ¿Necesita ayuda de una persona para bañarse, incluyendo entrar y salir de la ducha o bañera?
- ¿Necesita ayuda de una persona para peinarse, lavarse los dientes o llevarse la cara?
- ¿Necesita ayuda de una persona para usar el inodoro o higienizarse?
- ¿Necesita ayuda de una persona para acostarse o levantarse de la cama?
- ¿Necesita ayuda de una persona para andar de un lado a otro de su casa?
- ¿Necesita ayuda de una persona para subir y bajar escaleras?

Las AIVD contempladas en la encuesta son:

- ¿Necesita ayuda de una persona para usar el teléfono, marcar los números

y contestar una llamada?

- ¿Necesita ayuda de una persona para viajar en transporte público, taxi, remis, auto particular, etc.?

- ¿Necesita ayuda de una persona para organizar sus medicamentos y tomarlos?

- ¿Necesita ayuda de una persona para manejar su dinero?

- ¿Necesita ayuda de una persona para hacer las compras?

- ¿Necesita ayuda de una persona para preparar comidas calientes?

- ¿Necesita ayuda de una persona para hacer las tareas del hogar?

Las **características socio-demográficas y de control** incluidas en el análisis son: la edad (variable cuantitativa discreta) y el sexo (variable dicotómica igual a 0 cuando es hombre e igual a 1 cuando es mujer).

Para evaluar el estado de vulnerabilidad en dimensiones diferentes (aunque probablemente asociadas) a la situación de dependencia, se contemplan las siguientes variables:

VARIABLES DE COMPOSICIÓN DEL HOGAR (como aproximación de la disponibilidad potencial de ayuda): *Situación conyugal* (variable dicotómica igual a 0 si es casado/unido e igual a 1 si es soltero/viudo/separado); *tipo de hogar* (variable multinivel con valor igual a 0 si el individuo vive en un hogar unipersonal, igual a 1 si vive en un hogar con dos o más adultos mayores, e igual a 2 si vive en un hogar multigeneracional, es decir uno o más miembros adultos mayores y uno o más miembros menores a 60 años).

VARIABLES SOCIOECONÓMICAS: *nivel educativo* (igual a 0 si es secundario completo y más, igual a 1 si es primario completo/secundario incompleto y 2 si es primario incompleto/sin instrucción) *condición de actividad* (igual a 0 si es ocupado; igual a 1 si es desocupado; e igual a 2 si es inactivo), *ingreso del hogar per cápita* (Variable cuantitativa continua), *ingreso por jubilación* (0 no, 1 si), *ingreso por trabajo* (0 no, 1 si), *ingreso por ayuda social* (0 no, 1 si).

VARIABLES DE SALUD: *cobertura médica por seguro de salud público o privado* (igual a 0 si tiene seguro médico de salud, igual a 1 si no posee, igual a 2 si no sabe o no responde), *salud percibida* (Igual a 0 si es excelente/muy buena/ buena; igual a 1 si es regular/mala), *autoinforme de depresión* (igual a 0 si no le diagnosticaron depresión en el último año; igual a 1 si le diagnosticaron depresión en el último año), *consumo de más de ocho medicamentos al día* (igual a 0 si consume ocho medica-

mentos al día o menos; igual a 1 si consume ocho medicamentos al día o más).

VARIABLES RELACIONADAS CON EL ENTORNO: *Utilización de cajero automático* (igual a 0 si utiliza; 1 no utiliza), *utilización de celular* (igual a 0 si utiliza; 1 no utiliza), *ha realizado actividad física en los últimos tres meses* (igual a 0 si realiza, 1 no realiza), *ha participado de viajes en los últimos tres meses* (igual a 0 si participó; 1 no participó), *ha participado de talleres recreativos en los últimos tres meses* (igual a 0 si participó; 1 no participó), *se reúne con amigos habitualmente para jugar* (0 se reúne; 1 no se reúne), *se reúne habitualmente con amigos para charlar* (0 se reúne; 1 no se reúne), *recibe ayuda: para las tareas del hogar, de comida/alimentos, compañía, para hacer las compras, con dinero, lo acompañan cuando tiene que ir a algún lado* (para cada ítem, 1 recibe ayuda; 0 no recibe ayuda).

Para el análisis de la asociación entre la situación de dependencia y la vulnerabilidad familiar, económica, de salud y de relación con el entorno, primero se realiza un análisis estadístico bivariado en el que se estudia la posible asociación entre cada dimensión de la (potencial) vulnerabilidad y la condición de dependencia. En este paso se analiza además la asociación entre la condición de dependencia y las características demográficas (edad y sexo). Para la determinación de la significación estadística de las diferencias, se utilizan pruebas de Chi cuadrado y prueba T, según correspondió de acuerdo a la naturaleza de la variable.

Posteriormente, y dado que parte de la asociación entre la condición de vulnerabilidad específica y la situación de dependencia puede deberse a características demográficas (por ejemplo, la situación conyugal está muy relacionada con la edad y el sexo, variables que a su vez están muy asociadas a la situación de dependencia) o a asociaciones entre las propias variables de vulnerabilidad (por ejemplo entre los ingresos y la educación, o entre los ingresos y la cobertura médico con seguros de salud), se utilizan modelos de regresión logística con variable dependiente dicotómica igual a 1, si se trata de un individuo en situación de dependencia (e igual a cero bajo la no condición).

Para los modelos de regresión logística, a los fines de mejorar la interpretación de los datos, se recategorizó la variable condición de actividad (0 ocupado, 1 desocupado/inactivo). Adicionalmente, debido a que la variable ingreso del hogar per cápita no presenta un comportamiento lineal, se transformó en escala logarítmica.

El análisis estadístico y econométrico se realizó utilizando los programas SPSS versión 19 y STATA/SE versión 13.1.

Resultados

Del total de los adultos mayores de 60 años y más, el 9,5% reportó necesidad de ayuda para realizar al menos una ABVD; mientras que el 21,9% indicó necesitar ayuda para realizar al menos una AIVD. Globalmente, el 23% respondió tener necesidad de ayuda para realizar al menos una ABVD o AIVD, es decir estaría en una situación de dependencia.

En la tabla 1 se resumen las características demográficas, de composición del hogar, socio-económicas y de salud de la población mayor en situación de dependencia.

Respecto a las características demográficas se puede observar que los mayores en situación de dependencia presentan una mayor media de edad (75,4 años). En relación al sexo, se observa una mayor proporción de mujeres en situación de dependencia, en comparación con los hombres. Por su parte, la media de edad de las mujeres en situación de dependencia es de 74,4 y de 68,6 años, entre las mujeres no dependientes ($p < 0,01$), mientras que dichos valores entre los hombres son de 75,0 y 68,8 años; respectivamente ($p < 0,01$).

Se observa una notable diferencia en la “situación conyugal” según se trate de personas en situación de dependencia y no dependencia, con una proporción mucho más elevada de “separado/viudo/soltero” entre las personas en situación de dependencia respecto a las no dependientes. Respecto a la variable “tipo de hogar”, se observa los adultos mayores que viven en hogares unigeneracionales presentan menor proporción de situación de dependencia, respecto a los que viven en hogares unipersonales o multigeneracionales.

En relación a las características socioeconómicas, a medida que aumenta en nivel educativo del adulto mayor, se observa una menor proporción de dependencia. Además que los adultos mayores en situación de dependencia presentaron mayor proporción de inactividad. Por otra parte, los mayores dependientes presentan menor promedio de ingresos per cápita y respecto a la fuente de ingreso, se observa una mayor proporción de personas que perciben ingresos por ayuda social e incluso por jubilación o pensión entre las personas en situación de dependencia (respecto a los no dependientes), aunque una menor proporción de personas en situación de dependencia que reciben ingresos por trabajo (respecto a los que no están en situación de dependencia).

Respecto a las características de salud y cobertura médica por medio de seguros de salud (públicos o privados), se destaca como positivo que existe una mayor proporción con seguro de salud entre los adultos mayores dependientes. En contraposición, existe una mayor proporción de adultos mayores en situación de dependencia que perciben su salud como regular o mala, que presentaron depresión

en el último año y que tomaron más de 8 medicamentos al día.

En la tabla 2 se observan las características relacionadas con el entorno. Se destaca que los adultos mayores en situación de dependencia utilizan cajeros automáticos o celulares sin ayuda, en menor proporción que los no dependientes. Además presentaron menor proporción de realización de actividad física, participación en talleres recreativos, participación de eventos turísticos y paseos, y menor proporción de contacto habitual con amigos para charlar o con fines lúdicos; en relación a la población adulta mayor sin dependencia funcional.

Respecto a la recepción de ayuda, se observa que las personas mayores en situación de dependencia, si bien presentan mayor proporción de ayuda recibida en todos los ítems considerados (respecto a los que no se encuentran en situación de dependencia), también se observa una alta proporción de personas en este subgrupo que no reciben ayuda, aun cuando declaran necesitarla. Por ejemplo, entre las personas en situación de dependencia, el 69% no recibe ayuda con las tareas del hogar, el 86% no recibe ayuda con las comidas y alimentos, el 50% no recibe compañía, el 60% no recibe ayuda para hacer las compras, el 79% no recibe ayuda con dinero y el 53% no lo acompañan cuando tienen que ir a algún lado.

Para analizar en qué medida las asociaciones entre las dimensiones de vulnerabilidad y la condición de dependencia se mantienen cuando se controla por las características demográficas y por las diferentes medidas de vulnerabilidad, se estiman un conjunto de modelos de regresión logística.

Para este análisis se fueron incluyendo las variables de cada una de las dimensiones de forma progresiva y en algunos casos se realizaron exclusiones específicas de variables de forma tal de poder evaluar la robustez de algunos coeficientes estimados que podían estar fuertemente correlacionados entre sí.

Los resultados de la Tabla 3 muestran que la probabilidad de dependencia aumenta significativamente con la edad y es mayor para las mujeres, resultados que se mantienen en todos los modelos.

En relación a las dimensiones estudiadas se observa:

Composición del hogar: La chance de estar en situación de dependencia (respecto de no estarlo) es mayor entre las personas que viven en hogares multigeneracionales comparado con las que viven en hogares unipersonales, resultado que se mantiene para todos los modelos. Cabe indicar nuevamente aquí que este análisis no pretende establecer relaciones de causalidad y este resultado podría estar indicando que las personas en situación de dependencia tienden a ir a vivir con sus familiares dada su condición y no que tengan mayor probabilidad de encontrarse en situación de dependencia por vivir en hogares extendidos.

Por otra parte, la chance de reportar dependencia entre los hogares unigeneracionales resulta menor comparado con las personas que viven solas (hogares unipersonales), aun controlando por edad y el sexo, lo que indica que, una vez excluidas a las personas mayores dependientes que viven con sus familias, existe un sub-grupo de personas mayores que viven solos que tienen mayor chance de encontrarse en situación de dependencia que aquellos que viven con alguien de su generación (muy probablemente su pareja)

La variable que captura la situación conyugal, muestra una mayor chance de dependencia entre las personas separadas, divorciadas, viudas o solteras respecto a las personas casadas y unidas, aunque esta asociación no es muy fuerte y resulta no significativa en gran parte de los modelos. Cabe aclarar que cuando se excluyen de los modelos las variables relacionadas con el tipo de hogar, la asociación con la condición de “separado, divorciado, viudo o soltero” cobra fuerza y resulta estadísticamente significativa, cualquier sea el modelo que se estime, lo que da cuenta de la fuerte relación entre esta condición y el tipo de hogar.

Características socio-económicas: Los modelos 2 A, B y C y el 3A incluyen además de las variables demográficas y de composición del hogar una selección de variables socio-económicas (las que se consideraron más relevantes dado el grupo etario objeto de análisis).

La chance de reportar dependencia es mayor entre las personas nivel educativo bajo y medio, respecto a las personas de nivel educativo relativamente más alto (secundario completo y más), y ello se mantiene aún después de controlar por edad, sexo e ingresos. Solo en el caso del modelo con las variables de salud, el ratio de chances deja de ser significativo para los de educación media (pero sigue siéndolo para los de baja educación).

Para evaluar la asociación con la variable ingresos se incluye el logaritmo del ingreso per cápita familiar, que permite controlar por el tamaño del hogar y suavizar el comportamiento de los valores para esta variable en niveles. El cociente de chances estimado para esta variable resulta menor a 1, sugiriendo que a medida que aumenta el ingreso la chance de estar en situación de dependencia se reduce y ello se mantiene aun controlando por el nivel de educación y otras variables que caracterizan la situación socio-económica de las personas mayores.

Otras variables incluidas para detectar posibles situaciones de vulnerabilidad económica se relacionan con el origen del ingreso monetario o no monetario que perciben las personas mayores. En este sentido se observa que si bien el cociente de chances es mayor a 1 para los “Ingresos por jubilación o pensión”, en general esta variable no resulta estadísticamente significativa. En cambio para los “Ingresos por trabajo” si se observan diferencias significativas. En los modelos en los que se controla por los ingresos, el cociente de chances de esta variable resulta mayor a uno

(indicando que la chance de reportar dependencia es mayor entre las personas que perciben ingresos por trabajo), pero cuando se elimina el ingreso como control este coeficiente resulta menor a 1, lo que probablemente está relacionado con el hecho de que las personas dependientes si bien pueden estar recibiendo ingresos por esta fuente, los mismos serían menores que para los no dependientes. Por último, analizando los “ingresos provenientes de subsidios o ayuda social en dinero o mercadería del gobierno, iglesia, vecinos, familias, etc”, se observa un cociente de chances mayor a uno y estadísticamente significativo en todos los modelos, sugiriendo una asociación positiva entre la situación de dependencia y la percepción de este tipo de ingresos.

Salud: Entre las personas con salud regular/mala, que tienen diagnóstico de depresión y que toman más de 8 medicamentos al día, la chance de reportar dependencia es significativamente mayor, aun controlando por cobertura de seguro médico, edad y sexo.

Por último, cabe resaltar que la variable que recoge la falta de cobertura médica mediante seguro de salud revierte el resultado observado en el análisis bivariado, ya que la razón de chances resulta mayor que uno, sugiriendo una falta de seguro médico mayor entre las personas en situación de dependencia. Este resultado si bien no resulta significativo en el modelo completo (3A), si lo es cuando se excluyen las variables de control por condición socio-económica (3B), lo que da cuenta de la fuerte correlación entre la cobertura con seguro de salud y la condición socio-económica.

Discusión

Los resultados de este trabajo en relación a la prevalencia de dependencia funcional, indican que casi un cuarto de la población de 60 años o más (23%) requieren de ayuda para realizar al menos una ABVD o AIVD. Como se indicara anteriormente, que esta proporción no tiene en cuenta a la población adulta mayor institucionalizada, ni a los mayores con problemas cognitivos severos, debido a que estos grupos fueron excluidos del diseño muestral de la ENCaVIAM (INDEC, 2014).

A la hora de comparar esta proporción de personas mayores en situación de dependencia con otros estudios, resulta dificultoso debido a que habitualmente, no se utilizan las mismas escalas de medición. En un trabajo previo (Monteverde et al. 2016), se comparó la magnitud de la dependencia funcional entre Argentina, España y México, para lo cual se analizaron las ABVD y AIVD susceptibles de ser comparadas (debido a que se incluyeron las mismas actividades en las preguntas). Se observó que Argentina presenta menor proporción de adultos mayores de 64 años en situación de dependencia, que España y México. Sin embargo, las encuestas utilizadas en España y México (Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y

Situaciones de Dependencia de España y Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México) incluyen la población mayor con problemas cognitivos severos, a diferencia de la ENCaVIAM, por lo que la población dependiente en Argentina estaría subestimada (Monteverde et al., 2016)

Respecto a las variables sociales relacionadas con la situación de dependencia las variables sociodemográficas y de control (sexo y edad), se relacionaron con la situación de dependencia, incluso luego de controlar por otras variables, existiendo un mayor riesgo de dependencia a medida que aumenta la edad y en mujeres. Esta asociación ha sido observada en otros estudios (Dorantes-Mendoza et al., 2007; Hosseinpoor et al. 2015; World Health Organization [WHO], 2011). Respecto al mayor riesgo de dependencia en adultas mayores, ha sido atribuida a la mayor sobrevivencia de las mujeres. Adicionalmente, en países de bajos y medianos ingresos; la mayor proporción de dependencia en mujeres, ha sido asociada a la presencia de enfermedades crónicas, lesiones, violencia contra la mujer, menor acceso a servicios de salud y pobres condiciones de vida y trabajo (WHO, 2009).

Respecto a las variables relacionadas con la composición del hogar, se observa que la situación conyugal, estuvo asociada con la condición de dependencia, sin embargo, no resultó significativa al controlar con la variable tipo de hogar.

Se observó asociación entre el tipo de hogar y la condición de dependencia; existiendo una mayor chance que una persona dependiente viva en hogares multigeneracionales. Este resultado da cuenta de la importancia que tienen las redes familiares para las personas mayores dependientes de la Argentina, aunque resulta necesario profundizar en el estudio de las características de estos arreglos convivenciales; así como de las consecuencias de la existencia de un miembro dependiente para el bienestar (incluyendo la carga económica) para el resto de la familia (Yang et al., 2012; Flores, Rivas & Seguel, 2012). Por otra parte, se debería analizar si efectivamente las personas mayores en situación de dependencia y que viven en hogares multigeneracionales satisfacen su necesidad de cuidado; y por el contrario, si aquellas que viven solas reciben ayuda de su círculo familiar, aunque no exista cohabitación. Así mismo, sería preciso profundizar en el análisis del grupo de adultos mayores que viven solos, para comprender en qué medida se trata de personas mayores dependientes que no cuentan con soporte familiar y por tanto están en una situación de alta vulnerabilidad, o que muy por el contrario tienen los recursos necesarios para vivir de forma independiente a pesar de sus limitaciones funcionales.

En cuanto a las características socio-económicas, se observó en los diversos modelos que la baja educación, menor ingreso per cápita familiar y la percepción de ingresos por ayuda social, estuvieron relacionados con la condición de dependencia. Estas diferencias han sido observadas en otros estudios (Parahyba et al. 2009; Jagger et al. 2007; Hosseinpoor et al. 2015). Debido a la naturaleza transversal de la

encuesta, no puede establecerse relaciones causa y efecto. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha indicado que existe una relación bidireccional entre la pobreza y la discapacidad (WHO, 2011). La pobreza a lo largo de la vida puede generar discapacidad y dependencia, debido al riesgo de vivir en un ambiente desfavorable y a un menor acceso a los servicios de salud. A su vez la dependencia puede generar una pérdida de ingresos debido a una menor participación en la fuerza laboral, y a un mayor gasto en salud y cuidados.

En relación a las condiciones de salud, entre las personas con salud regular/mala, que tienen diagnóstico de depresión y que presentan polimedicación, la chance de reportar dependencia es significativamente mayor, aun controlando otras variables. En otros estudios se ha observado la relación entre depresión y estado funcional (Song et al., 2014; Dorantes-Mendoza et al. 2007), así como con la auto-percepción de salud (Dorantes-Mendoza et al., 2007). Este resultado sugiere que detrás de la situación de dependencia existen problemas de salud físicos y psíquicos más allá de las diferencias de auto-percepción que también pueden estar operando en la comparación entre individuos.

Los resultados del análisis de la cobertura médica mediante seguro de salud del análisis bivariado se revierten en el análisis multivariado. Es decir, la chance de estar en situación de dependencia entre los que no cuentan con seguro de salud es mayor cuando se controla por las características demográficas, de composición del hogar, socio-económicas y de salud de los individuos. Cabe resaltar que el signo de la asociación cambia cuando solo se controla por la edad (resultado que no se muestra), lo cual sugiere que la mayor cobertura entre las personas mayores en situación de dependencia del análisis bivariado puede deberse a la composición etaria de las personas con cobertura más que a la situación de dependencia en sí.

Respecto a las variables relacionadas con el entorno, se observa que la condición de dependencia se relaciona con una menor interacción con el entorno a través del uso de tecnología y además con una menor participación en actividades recreativas, las cuales pueden repercutir negativamente en el bienestar del adulto mayor (Vivaldi & Barra, 2012). Así mismo, se observó una mayor necesidad de ayuda en diversas actividades e incluso, una mayor necesidad de ayuda monetaria en los adultos mayores.

Cabe resaltar la elevada necesidad de ayuda insatisfecha que declaran las personas mayores en situación de dependencia: por ejemplo, el 69% de las personas en situación de dependencia no recibe ayuda en las tareas del hogar, porcentaje que es del 62% entre los que indican específicamente necesidad de ayuda para dicha tarea; el 60% del total de personas en situación de dependencia no recibe ayuda para hacer las compras y dicha proporción no es mucho menor entre los que reportan necesidad para dicha tarea específicamente (56%).

Entre las limitaciones de este trabajo, se encuentra en primer lugar, la naturaleza transversal de la encuesta ENCaVIAM, por lo que no se pretende evaluar relaciones de causa-efecto, sino simplemente caracterizar la vulnerabilidad social de las personas mayores en situación de dependencia. Aun así, estos resultados pueden aportar insumos para llevar a cabo estudios que permitan evaluar los factores que inciden en la dependencia de los adultos mayores en nuestro medio. Esta información resulta de especial interés en Argentina, debido a la tendencia creciente de la población adulta mayor; y la evidencia que la prevalencia de dependencia funcional puede ser reducida (National Institute of Health [NIH]; 2010). En segundo lugar, este trabajo no ha profundizado en definir la gravedad de la dependencia, ya que no se ha discriminado en la población estudiada que presenta alguna dificultad para realizar ABVD y/o AIVD, si la misma presenta dependencia leve, moderada o severa, lo cual será abordado en futuros trabajos.

Como conclusión, los resultados de este estudio muestran que existe asociación entre diversas variables que reflejan la vulnerabilidad social y la condición de dependencia, además de una importante proporción de personas en situación de dependencia con necesidades insatisfechas en la ayuda para realizar actividades de la vida diaria.

Las personas mayores en situación de dependencia constituyen un grupo vulnerable *per se*, ya que debido a su condición requieren de cuidados para desarrollar las actividades de la vida diaria. Esta vulnerabilidad de carácter funcional se acrecienta si le sumamos la vulnerabilidad social, es decir, la menor disponibilidad de activos que permitan sobrellevar las dificultades y las consecuencias negativas de la pérdida de autonomía. Por lo tanto, estos resultados son de suma importancia para tener en cuenta a la hora de implementar políticas para la población mayor en situación de dependencia en nuestro país.

Bibliografía

- Dorantes-Mendoza, G., Ávila-Funes, J. A., Mejía-Arango, S., & Gutiérrez-Robledo, L. M. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev Panam Salud Publica*, 22 (1), 1-11.
- Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería*, 18 (1), 29-41.
- Hosseinpour, A.R., Bergen, N., Kostnajsek, N., Kowal, P., Officer, A., & Chatterji, S. (2015). Socio-demographic patterns of disability among older adult populations

of low-income and middle-income countries: Results from World Health Survey. *Int J Public Health*. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00038-015-0742-3>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC] (2013). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010*. CEPAL/CELADE Redatam+SP. Buenos Aires, Argentina: INDEC.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC] (2014). *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012. Documento para la utilización de la base de datos usuario*. Buenos Aires, Argentina: INDEC.

Jagger, C., Matthews, R., Melzer, D., Matthews, F., Brayne, C. (2007). Educational differences in the dynamics of disability incidence, recovery and mortality: findings from the MRC Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). *Int J Epidemiol*, 36, 358–365

McDowell, I. (2006). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, Oxford, United Kingdom: Oxford University Press.

Monteverde, M., Acosta, L.D., Tomas, S., Garay, S. (2016). Envejecimiento poblacional y magnitud de la dependencia en Argentina y México: Perspectiva comparada con España. *RELAP*, 10, 135-154.

National Institute of Health (2010). Disability in older adults. Fact Sheet. NIH, 2010. Recuperado de <http://report.nih.gov/nihfactsheets/Pdfs/DisabilityinOlderAdults%28NIA%29.pdf>

Parahyba, M.I., Stevens, K., Henley, W., Lang, I.A., Melzer, D. (2009). Reductions in disability prevalence among the highest income groups of older Brazilians. *Am J Public Health*, 99, 81- 86.

Pelaez, M., Palloni, A., Albala, C., Alfonso, J. C., Ham-Chande, R., Hennis, Lebrao, A. M. L., Lesn-Diaz, E., Pantelides, E., Prats, O. (2003). *SABE*Survey on Health, Wellbeing and Aging in Latin America and the Caribbean, 2000*. Washington, USA: Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO).

Song, H.J., Meade, K., Akobundu, U., Sahyoun, N.R. (2014). Depression as a correlate of functional status of community-dwelling older adults: utilizing a short version of 5 item Geriatric Depression Scale as a screening tool. *J Nutr Health Aging*; 18 (8), 765-70.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Population Ageing*. New York, USA: UN.

- Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29.
- World Health Organization [WHO] (2009). *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda*. Geneva, Switzerland: WHO.
- WHO (2011). *World Report on Disability 2011*. Geneva, Switzerland: WHO.
- Yang, X., Hao, Y., George, S.M., Wang, M. (2012). Factors associated with health-related quality of life among Chinese caregivers of the older adults living in the community: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*; 10: 143. Recuperado de <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-10-143>

Anexo

Tabla 1: Dependencia funcional en adultos de 60 años y más; según variables socio-demográficas, socio-económicas y de salud. Encuesta ENCaVIAM Argentina, 2012. N=4652

Variable	Categorías	Dependencia		Nivel de significación
		(%/ X, DE)		
		Si	No	
Sexo	Masculino	16,2 %	83,8 %	
	Femenino	28,2 %	71,8 %	<0,001
Edad	-	X=75,4	X=69,1	
		DE=8,7	DE=7,1	<0,001
Situación conyugal	Casado/unido	16,0%	84%	
	Separado/viudo/soltero	32,2%	67,8%	<0,001
Tipo de hogar	Hogares unipersonales de AM*	24,9%	75,1%	
	Hogares unigeneracionales de AM	18,1%	81,9%	<0,001
	Hogares multigeneracionales de AM	25,4%	74,6%	0,536
Nivel educativo	Bajo	39,8%	60,2%	<0,001
	Medio	21,8%	78,2%	<0,001
	Alto*	13,5%	86,5%	
Ingreso per cápita (pesos)	-	X=2490	X=3252,3	<0,001
		DE=3587,3	DE=2105,9	
Ingresos por jubilación o pensión	Si	92,4%	83,7%	<0,001
	No	7,6%	16,3%	
Ingresos por trabajo	Si	51,8%	57,9%	<0,001
	No	48,2%	42,1%	
Ingresos por ayuda social	Si	17,9%	10,0%	<0,001
	No	82,1%	90,0%	
Condición de actividad	Ocupado*	7,8%	29,2%	
	Desocupado	0,3%	0,6%	0,154
	Inactivo	91,9%	70,1%	<0,001
Cobertura Médica	Si*	92,4%	90,8%	
	No	7,4%	8,9%	0,016
	Ns/Nr	0,1%	0,3%	0,122
Autopercepción de salud	Excelente/Muy buena/Buena	31,4%	67,7%	
	Regular/Mala	68,6%	32,3%	<0,001
Depresión en el último año	Si	13,5%	6,7%	
	No	86,5%	93,3%	<0,001
Toma más de 8 medicamentos al día	Si	12,8%	4,2%	
	No	87,2%	95,8%	<0,001

Referencias: %= Porcentaje; X= promedio; DE= Desvío Estándar; *=Categoría de referencia. Porcentajes y medias obtenidas sobre muestra expandida. Test chi-cuadrado para diferencia de proporciones y Test T de student para diferencia de medias. Fuente: Elaboración propia en base a la ENCaVIAM 2012.

Tabla 2: Dependencia funcional en adultos mayores de 60 años y más; según variables del entorno. Encuesta ENCaViAM Argentina, 2012. N=4652.

Variable	Categorías	Dependencia (%)		Nivel de significación
		Si	No	
Usa cajero automático	Si	13,3%	42,8%	
	No	86,7%	57,2%	<0,001
Usa celular sin ayuda	Si	26,8%	64,1%	
	No	73,2%	35,9%	<0,001
Realiza actividad física ¹	Si	37,8%	58,9%	
	No	62,2%	42,1%	<0,001
Concurrió a un taller recreativo ¹	Si	2,3%	8,0%	
	No	97,7%	92,0%	<0,001
Participó de eventos turísticos, paseos ¹	Si	12,3%	21,6%	
	No	87,7%	78,4%	<0,001
Se junta habitualmente a jugar con otras personas	Si	16,7%	26,0%	
	No	83,3%	74,0%	<0,001
Se junta habitualmente a charlar con amigos	Si	43,9%	66,2%	
	No	56,1%	33,8%	<0,001
Recibe ayuda: con las tareas del hogar	Si	31,5%	7,8%	
	No	68,5%	92,2%	<0,001
Recibe ayuda: comida, alimentos	Si	14,4%	4,7%	
	No	85,6%	95,3%	<0,001
Recibe ayuda: pasando un rato con ud.	Si	49,8%	26,2%	
	No	50,2%	73,8%	<0,001
Recibe ayuda: para hacer las compras	Si	39,4%	9,6%	
	No	60,6%	90,4%	<0,001
Recibe ayuda: con dinero	Si	20,8%	8,8%	
	No	79,2%	91,2%	<0,001
Recibe ayuda: lo acompañan cuando tiene que ir a algún lado	Si	46,8%	17,6%	
	No	53,2%	82,4%	<0,001

Referencias: %= Porcentaje. Porcentajes y medias obtenidas sobre muestra expandida.

Fuente: Elaboración propia en base a la ENCaViAM 2012.

Tabla 3: Estimación Modelos Logísticos de la Probabilidad de estar en Situación de Dependencia

Variable dependiente: Situación de Dependencia (logit)	Modelo 1: Demográficas + composición del hogar	Modelos 2: Modelo 1 + Socio-económicas			Modelos 3: Modelo 2 + Salud	
		A	B	C	A	B
Edad	1.101 ***	1.107 ***	1.096***		1.110 ***	1.104 ***
Mujer	1.611 ***	1.634 ***	1.638 ***	1.456 ***	1.541 ***	1.538 ***
Hogar unigeneracional (a)	0.583 ***	0.828 (ns)	0.694 ***	0.810 **	0.810 *	0.608 ***
Hogar multigeneracional (a)	1.231 ***	1.193 **	1.204 **	1.248 ***	1.158 *	1.193 **
Separado, divorciado, viudo, soltero (b)	1.081 (ns)	1.214 *	1.070 (ns)	1.602 ***	1.227 *	1.122 (ns)
Educación baja		2.161 ***	2.934 ***	3.546 ***	1.927 ***	
Educación media		1.308 **	1.645 ***	1.773 ***	1.210 (ns)	
Log Ingreso Per Capita Familiar		0.631 ***			0.707 ***	
Ingresos por jubilación o pensión		1.245 (ns)	1.162 (ns)	2.046 ***	1.178 (ns)	
Ingresos por trabajo		1.237 **	1.112 (ns)	0.869 *	1.277 **	
Ingresos por ayuda social		1.334 **	1.713 ***	1.539 ***	1.339 **	
Reporte de salud regular o mala					3.037 ***	3.661 ***
Depresión					1.837 ***	1.723 ***
Toma más de 8 medicamentos por día					1.669 **	1.672 ***
No cuenta con seguro de salud					1.004 (ns)	1.345 **

Notas: (a) grupo de referencia: personas que viven en hogares unipersonales; (b) grupo de referencia: personas casadas o unidas.

*** p < 0.001; ** p < 0.05; * p<0.10; (ns) no significativo.

Fuentes de Datos Actuales para el Estudio de la Situación de Discapacidad y la Dependencia de las Personas Mayores en: España, Argentina, México y Uruguay¹

*María Sol T. Minoldo - Malena Monteverde - Enrique Peláez
CIECS / CONICET y UNC*

*Sagrario Garay
Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL)*

*Mariana Paredes
Universidad de la República – Uruguay*

Resumen

La situación de dependencia en la tercera edad, definida como la necesidad de ayuda para realizar actividades de la vida diaria (llamadas necesidades de cuidados de larga duración), es un factor fundamental en la caracterización de envejecimiento poblacional. Sin embargo, su abordaje depende, en primera instancia, de contar con fuentes de datos que permitan una aproximación empírica a la realidad.

El objetivo del presente estudio es analizar y comparar las fuentes de información más actuales, disponibles para caracterizar la situación de dependencia de las personas mayores en España, Argentina, México y Uruguay. Se evalúan sus principales características, contenidos generales incluidos y contenidos específicos sobre discapacidad y dependencia, para establecer cuáles son las potencialidades y limitaciones de las mismas para abordar el estudio de la situación de dependencia de las personas mayores en cada país en particular, así como también en qué medida las fuentes disponibles permiten contar con información que posibilite la comparación entre países de la región y España.

Palabras clave: Dependencia- Fuentes- Envejecimiento-Datos

Abstract

The dependency status among the elderly, defined as the care needed to perform daily living activities (named as long-term care needs), is a fundamental factor in order to characterized the ageing process. However, its approach depends, in the first instance, on having data sources available that allow an empirical approximation. The aim of this study is to analyze and compare the newest sources of data available to characterize the dependency status among the elderly in Spain, Argentina, Mexico and Uruguay. We evaluate the main characteristics, including general and specific contents about disability and dependency status, in order to evaluate what are the potentials and limitations for the study of dependency status in each country, as well

¹ El presente artículo es una versión revisada del trabajo presentado en las XIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Salta, 16-18 de septiembre de 2015.

as the potencial comparability of the results among Latin American countries and Spain.

Introducción

Europa cuenta con una de las poblaciones más envejecidas del mundo (luego de Asia) y España, por su parte, con una proporción de personas mayores de 60 años del 22,9%, se ubica en el puesto 23 del ranking mundial de países más envejecidos del mundo (UN, 2013). Si bien la proporción de personas mayores en América Latina aún no alcanza los niveles de los países más envejecidos del mundo, el ritmo de crecimiento en la región del número de personas de 60 años y más se está produciendo a una velocidad sin precedentes (Palloni et al. 2002; Kinsella y Velkoff 2001; Chackiel, 1999). En 2013, su proporción en Uruguay era del 18,4%, en la Argentina del 14,9% y en México del 9,3%% (UN, 2013), evidenciando importantes heterogeneidades al interior de la región.² Chackiel (1999) señala que mientras que en Europa el proceso de envejecimiento demoró entre 150 y 200 años, en Latinoamérica el mismo fenómeno se desarrolló en unos 40 a 60 años. A su vez, a diferencia de Europa, Latinoamérica envejece en una sociedad empobrecida y con graves desigualdades en la distribución del ingreso.

El contexto y las características en que se está produciendo el envejecimiento poblacional resultan de suma importancia en la medida que afectan los riesgos relacionados (de morbilidad, discapacidad, pobreza, etc.) y la calidad de vida de los individuos y sus familias. En este sentido, la situación de dependencia constituye una relevante cuestión asociada al proceso de envejecimiento: existe cierto consenso en que el envejecimiento de la población conlleva incrementos absolutos del número de personas en situación de dependencia (aunque no necesariamente en términos relativos) y que ello aumentará progresivamente la demanda de servicios de cuidados de larga duración (Mayhew, 2000; Comas-Herrera et al, 2003, etc.).

En este trabajo, se entiende como 'persona mayor en situación de dependencia' a los individuos de 65 años y más³ que reporten dificultad o **necesidad de ayuda** para

² Si bien este trabajo se interesa por las personas mayores de 65 años, el criterio de consideración a partir de los 60 años es relevante para contextualizar el fenómeno del envejecimiento, especialmente en aquellos países donde la transición demográfica se encuentra menos avanzada, como en el caso de la región.

³ Para definir el grupo etario de personas mayores, existen generalmente dos criterios respecto a la edad en la que se inicia el grupo etario: los 60 o los 65 años. Esta disparidad de criterios no es ajena a las herramientas de información, cuya muestra se recorta, al ocuparse de adultos mayores, según uno u otro criterio, de acuerdo a la definición de vejez empleada. Esta ponencia opta por el criterio de los 65 años, en la medida que es la población considerada en común por ambos enfoques, y por tanto, respecto de la cual se encontrará información en todas las fuentes.

la realización de al menos una actividad básica de la vida diaria (ABVD) o actividad instrumental de la vida diaria (AIVD). Es decir, se trata de personas con alguna discapacidad en actividades de la vida diaria (DABVD) o instrumentales (DAIVD), en lo posible identificando que la dificultad sea consecuencia (al menos en parte) de un problema de salud o una deficiencia.

El objetivo del presente estudio es analizar y comparar las fuentes de información más actuales disponibles para caracterizar la situación de dependencia de las personas mayores en los países objeto de estudio. Se evalúan sus principales características, contenidos generales incluidos y contenidos específicos sobre la situación de discapacidad y de dependencia, para establecer cuáles son las potencialidades y las limitaciones de las mismas para abordar el estudio de la dependencia en cada país en particular, así como también en qué medida las fuentes disponibles permiten contar con información que posibilite la comparación entre países de la región y España.

Se escogieron algunos países de la región para dar cuenta de la heterogeneidad de situaciones con relación a la disponibilidad de información. Así este trabajo se ocupará de los casos de Argentina, México y Uruguay. Por su parte, el caso de España fue incluido como referencia, ya que la experiencia española puede resultar útil para países de América Latina, dada la mayor trayectoria recorrida sobre cómo abordar la creciente problemática de la población en situación de dependencia.⁴

Luego de algunas aclaraciones conceptuales en torno a las definiciones de discapacidad y dependencia, el trabajo se ocupa de identificar y caracterizar metodológicamente las fuentes de información disponibles en cada uno de los países en estudio para cuantificar y caracterizar a la población mayor en situación de dependencia. A continuación, se exponen los resultados del análisis de contenidos de las fuentes, teniendo en cuenta las dimensiones temáticas incluidas así como las variables mediante las cuales se abordan la cuestión particular de la discapacidad y, dentro de la misma, de la dependencia. Luego se analizan las principales potencialidades y limitaciones de las fuentes disponibles en los diferentes países para abordar el estudio de la dependencia. En las conclusiones se reflexiona acerca de las oportunidades que brindan las fuentes para realizar comparaciones los resultados de los diversos países, señalando las similitudes y diferencias más relevantes entre ellas.

Aproximación a las nociones de discapacidad y dependencia

⁴ En el año 2006 España promulgó la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia Española (Ley 39/2006), que implicó un importante paso hacia la protección social pública del riesgo de dependencia en ese país.

El concepto de discapacidad ha ido evolucionando históricamente, desde una acepción bio-médica centrada en la persona (discapacitada) y su “deficiencia” física o mental, hacia un abordaje que entiende la discapacidad como el resultado de la relación entre condiciones de salud y factores ambientales, pudiendo resultar de esa interrelación dificultades funcionales, es decir para la realización de determinadas actividades de la vida. Un hito clave en este desarrollo del concepto fue la publicación en el año 2001 de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuya definición de discapacidad devino la principal referencia para el manejo conceptual de la discapacidad en el ámbito académico. Allí, “la discapacidad está definida como el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona” (OMS, 2001: 27). En este marco, los ambientes cobran una entidad clave en el fenómeno de la dependencia, que ya no depende exclusivamente de la salud biológica de la persona.

Los distintos ambientes pueden tener efectos distintos en un individuo con una condición de salud. Un entorno con barreras, o sin facilitadores, restringirá el desempeño/realización del individuo; mientras que otros entornos que sean más facilitadores pueden incrementarlo. La sociedad puede dificultar el desempeño/realización de un individuo tanto porque cree barreras (ej. edificios inaccesibles) o porque no proporcione elementos facilitadores (ej. baja disponibilidad de dispositivos de ayuda). (OMS, 2001: 27).

A pesar de la importancia del documento de la OMS para unificar criterios de estudio en torno a la discapacidad, lo cierto es que han persistido en su abordaje algunos sesgos de previas acepciones, de modo tal que han continuado coexistiendo concepciones diferentes de discapacidad, particularmente en los primeros años que siguieron a la publicación del documento. Como consecuencia, también las definiciones operacionales de discapacidad han sido diversas, afectando las herramientas mismas para construir datos sobre discapacidad. La tendencia a continuar preguntando por ‘deficiencias’ físicas y a considerar sólo las discapacidades propias de antiguos esquemas estereotipados, conlleva sesgos en las respuestas de los propios sujetos encuestados que, en muchos casos, manejan también una definición estereotipada de discapacidad. De este modo, se dificulta el correcto registro de la discapacidad.

En base a una definición de discapacidad centrada en la relación en condiciones de salud y funcionamiento de los sujetos en relación con contextos determinados, el interés se desplaza desde la observación de las presuntas causas de la discapacidad

propias del individuo (de sus condiciones de salud) hacia la relación entre las condiciones de salud y los contextos que afectan el funcionamiento del individuo de una u otra manera. De este modo, se entiende que “la discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social” (OMS, 2001: 22). Ese abordaje centrado en *el funcionamiento* que resulta de la interrelación entre condiciones de salud y contexto, jerarquiza la relevancia de una de las modalidades de discapacidad en particular, que es la que compromete la autonomía de los individuos para realizar actividades de la vida diaria: la dependencia. De este modo, “La dependencia sería una situación específica de discapacidad en la que se darían dos elementos, una limitación del individuo para realizar una determinada actividad (más o menos severa) y la interacción con los factores concretos del contexto ambiental, relacionados con la ayuda personal o técnica”. (Querejeta González, 2004: 27).

En el caso de la dependencia, el principal documento de referencia para unificar criterios en su definición conceptual es la recomendación N| R(98)9 formulada por el Consejo de Europa el 18 de septiembre de 1998, según la cual “la situación de dependencia se refiere a un estado en el que las personas, por razones de falta o pérdida de autonomía física, psicológica o intelectual, requieren asistencia o ayuda significativa para realizar sus actividades de la vida diaria” (Rivero Fernandez Toni et al., 2011: 09). De este modo, la dependencia se define por la *necesidad de ayuda* que resulta de la pérdida de autonomía para realizar actividades de la vida diaria, considerándose particularmente para actividades instrumentales y básicas de la vida diaria (AIVD y ABVD).

Como puede deducirse de estas definiciones, aunque la discapacidad no implica por sí misma la existencia de dependencia, la dependencia siempre supone la existencia de discapacidad. Por tanto, toda omisión en el registro de casos de dependencia implicará a su vez un sub registro de la discapacidad y a su vez, todo subregistro en la condición de discapacidad en alguna medida afectará la completitud en la medición de los casos de dependencia. Teniendo en cuenta la definición de dependencia, es previsible que su detección resulte más factible indagando sobre la necesidad de ayuda para AIVD y ABVD que preguntando a los individuos por limitaciones físicas o medicas directamente. En este sentido, resulta pertinente considerar que la detección de la dependencia como un objetivo en sí mismo de los registros de discapacidad, no solo importa para poder abordar el estudio de la dependencia, sino que contribuye necesariamente a un correcto registro de las situaciones de discapacidad.

Criterios para evaluar los instrumentos del medición

Para el análisis de las fuentes de datos orientadas al registro y la caracterización de

la situación de dependencia en la vejez, este estudio se orienta por criterios referidos a la validez interna, confiabilidad, validez estadística y utilidad de los instrumentos de medición en las ciencias sociales. A continuación, se detallan las dimensiones de análisis que permitirán establecer algunas fortalezas y debilidades de las fuentes evaluadas en este documento.

1. *Validez interna.* La **validez** de un instrumento de medición es el grado en que realmente mide lo que pretende o promete medir (Corral, 2009; Mendoza y Garza, 2009; Concha, Barriga y Henríquez, 2011; Sampieri, Fernández-Collado y Baptista, 2006). Es decir, se refiere la medición sea específica: que mida “aquellas características que pretenden medir y no otras” (Arribas, 2004: 24). En el caso de la medición de la dependencia, esto implica evaluar la medida en que las fuentes efectivamente registran como dependencia sólo casos de dependencia (y no, por ejemplo, discapacidades que no implican necesariamente necesidad de ayuda).

Por su parte, la **validez de contenido** refiere a que el instrumento sea sensible. Es decir, que no mida la variable de manera parcial, sino que incluya indicadores para todas sus dimensiones (Corral, 2009; Mendoza y Garza, 2009; Concha, Barriga y Henríquez, 2011; Sampieri, Fernández-Collado y Baptista, 2006). “Un error de validez de contenido sería que la dimensión semántica no tuviera ningún ítem que la evaluara, o que los ítems de la dimensión sintáctica sólo evaluaran una parte de ésta, al contrastar con lo que se pretende evaluar en dicha dimensión” (Escobar-Pérez y Cuervo Martínez, 2008: 28). Para las fuentes de datos sobre dependencia, esto significa que todos los casos de dependencia deben poder ser detectados por el cuestionario, y que las preguntas relevantes para la detección deben realizarse a todos los encuestados.

En tanto, la **validez de constructo** “refiere principalmente a que los conceptos teóricos definidos en el marco referencial de una investigación se encuentren reflejados en los instrumentos utilizados para medirlos” (Concha, Barriga y Henríquez, 2011: 105). En todo instrumento de medición, el fenómeno que se intenta medir es definido y comprendido conceptualmente de una manera en particular. “Un problema puede definirse desde distintas perspectivas teóricas y, por tanto, pueden proponerse definiciones diferentes de un mismo constructo” (Arribas, 2004: 24). En la medida que la concepción de dependencia se transforme en el tiempo, es esperable que instrumentos diseñados para otros constructos, no sean válidos para la medición de nuevas definiciones. En el caso del estudio de la dependencia, esto implica que instrumentos diseñados en función de una definición centrada en las limitaciones bio físicas, pueden no ser adecuados para medir la dependencia concebida de modo que incluya la

relevancia del ambiente, a partir de una definición más funcional.

2. *Confiabilidad.* La **confiabilidad** de los instrumentos de medición tiene que ver el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes (Sampieri, Fernández-Collado y Baptista, 2006). Es decir, su estabilidad en la especificidad y sensibilidad con la que mide el fenómeno en diferentes mediciones (ya sea en la misma población, o en poblaciones diferentes). Esto es fundamental para poder comparar resultados de diferentes mediciones del instrumento, ya sea a través del tiempo o en diferentes sociedades. De hecho, la **coherencia** de la información es un criterio clave para poder comparar información estadística, no solo obtenida de un mismo instrumento, sino mediante diferentes instrumentos de medición. En tal sentido, sólo serán comparables los resultados de fuentes que utilicen conceptos y metodologías comunes a través del tiempo y el espacio (Naciones Unidas-CEPAL-UNFPA, 2014). Para el caso de la evaluación de las fuentes de dependencia, importará entonces reconocer la coherencia entre los conceptos y metodologías de las diferentes fuentes analizadas, para determinar la comparabilidad posible entre sus resultados.
3. *Validez estadística de los datos.* Para que una medición basada en un relevamiento muestral sea estadísticamente válida, la muestra debe ser representativa. La misma “se debe tomar de modo tal que represente correctamente a cada segmento de la población para el que es esperable obtener características o respuestas diferentes” (Naciones Unidas-CEPAL-UNFPA, 2014: 38). Por ello, una cobertura adecuada implica que el universo utilizado para seleccionar la muestra no sea incompleto, es decir, que no excluya a parte de la población (Naciones Unidas-CEPAL-UNFPA, 2014). Así, en un muestreo polietápico, un problema de subregistro en alguna de las etapas afectará, lógicamente, la representatividad final de la muestra. En el caso particular del estudio de la dependencia en la vejez, puede resultar especialmente problemática la omisión sistemática de casos de personas que no pueden contestar la encuesta de manera directa. Por tanto, podría ser relevante el desarrollo de estrategias para obtener informantes sustitutos en esos casos (como por ejemplo con la inclusión de encuestas a los cuidadores de tales personas).
4. *Utilidad para el estudio del fenómeno medido.* Algunas características de las fuentes de datos, y de su aplicación concreta, pueden maximizar o reducir su utilidad para proveer datos a investigaciones científicas del fenómeno en medición. Así, por ejemplo, resulta relevante que la que la muestra posibilite **desagregar** los resultados por región geográfica y provincia.

Por otro lado, la información proporcionada por las preguntas puede tener mayor

o menor nivel de **detalle**. En el caso de las fuentes de dependencia, importa si las mismas permiten conocer diferentes grados de severidad de la dependencia, y caracterizaciones básicas de las situaciones detectadas.

Además, las fuentes pueden incluir mayor o menor **cantidad de información** sobre la población, que permita estudiar la relación entre el fenómeno de estudio y otras variables. Así, la inclusión de variables socioeconómicas y de acceso al sistema de salud y a sistemas de cuidados puede ser especialmente pertinente para posibilitar un estudio profundo del fenómeno de la dependencia.

Otra cuestión importante es la **periodicidad** y estabilidad en el tiempo de las mediciones, pero también la rápida disponibilidad de los datos, es decir, la **oportunidad** de los mismos (Naciones Unidas-CEPAL-UNFPA, 2014).

Por último, es relevante la **accesibilidad** de los datos, que incluye “la facilidad con la que puede conocerse la existencia de la información, así como la forma y la disponibilidad de los datos” (Naciones Unidas-CEPAL-UNFPA, 2014: 32)

Fuentes para el estudio de la dependencia entre personas mayores

En el presente apartado se describen las características generales de las fuentes de datos seleccionadas para cada país en estudio. Se consideraron las encuestas más actuales disponibles que incluyeran información para cuantificar y caracterizar la situación de dependencia de personas mayores en los países objeto de estudio, que como mínimo tengan representatividad a nivel Nacional de la población residente en hogares particulares.

En España. La primera encuesta específica sobre Discapacidad en España fue la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías* (EDDM 1986). La *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* (EDDES 1999), fue la segunda encuesta realizada en dicho país.⁵ Esta segunda encuesta introdujo una serie de modificaciones y mejoras a la primera realizada en 1986, intentando contemplar las recomendaciones internacionales en esta materia y ampliando la cantidad de información recogida. La EDDES contó con una muestra efectiva amplia de 70.500 hogares con representatividad a nivel nacional, regional y provincial. El tipo de muestreo fue bietápico estratificado (INE, 2015a&b).

La *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia* (EDAD 2008) fue la tercera encuesta específica sobre Discapacidad en

⁵ La EDDES fue llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en convenio con el Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) y la Fundación ONCE, en el año 1999.

España. Fue resultado trabajo multidisciplinar cuyo principal objetivo era “*atender la demanda de información para el Sistema Nacional de Dependencia, proporcionando una base estadística que permitiese guiar la promoción de la autonomía personal y la prevención de las situaciones de dependencia*”(INE 2015b). La realización de la EDAD 2008 constó de tres fases, que se identifican con los siguientes cuestionarios: un Cuestionario de Hogar, dos cuestionarios individuales (Cuestionario de Discapacidades para personas de 6 años o más y Cuestionario de Limitaciones para niños de 0 a 5 años) y un Cuestionario dirigido a las personas cuidadoras principales. La unidad de análisis fue el conjunto de personas que residían en viviendas familiares principales. Cuando una misma vivienda estaba constituida por dos o más hogares, el estudio se extendía a todos ellos, pero de manera independiente para cada hogar. La Encuesta se realizó en todo el territorio nacional de forma tal de poder facilitar estimaciones con un determinado grado de fiabilidad a nivel nacional, de comunidad autónoma y provincial. Contó con un amplio tamaño muestral: 91.846 hogares en la muestra efectiva y 800 centros de cuidado. El período de recogida de la información abarcó cuatro meses, desde octubre de 2007 hasta febrero de 2008. El tipo de muestreo fue bietápico estratificado por municipio (INE, 2010; 2015c).

En Argentina. La *Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad* (ENDI), se realizó en Argentina entre noviembre de 2002 y mayo de 2003. Hasta entonces, en Argentina no existía información oficial y masiva acerca de discapacidad de la población desde el Censo de 1960. En virtud de la Ley 25.211, sancionada en 1999, la discapacidad fue incorporada como temática del Censo 2001. El Censo fue utilizado como uno de los instrumentos para la determinación de la muestra (como una primera aproximación a la detección de hogares integrados por alguna personas con discapacidad), sobre la que se implementó una encuesta complementaria de manera posterior al censo. La ENDI tuvo por objetivo cuantificar y caracterizar a las personas con discapacidad *en lo referente al desenvolvimiento de la vida cotidiana* (INDEC CONADIS 2005). La unidad de observación de ENDI fueron los individuos que constituían los hogares compuestos en las viviendas, mientras que una parte de la encuesta sólo se realizaba a los individuos con alguna discapacidad (detectados como tales mediante un módulo de detección). La representatividad de la fuente es urbana, a nivel nacional, regional, 13 provincias, Resto de Buenos Aires (excluidas las localidades de la Ciudad de Bs. As y partidos del GBA) y el aglomerado Gran Buenos Aires. El tipo de muestreo fue probabilístico, polietápico de viviendas (aglomerados, áreas, viviendas).

Una segunda fuente de información en Argentina, relevante para el estudio de la dependencia de adultos mayores, es la *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores* (ENCaVIAM), que fue realizada en el 2012 y constituye la fuente más reciente de información en el país acerca de discapacidad y dependencia entre

adultos mayores, además de ocuparse –a diferencia de ENDI- específicamente de problemáticas del adulto mayor. La selección de personas para responder a la ENCaviAM surge a partir de la inclusión de todas las personas de 60 años de edad o más relevadas en la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) y de la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU) durante el tercer trimestre de 2012. Una vez establecida la muestra, la unidad de observación son los individuos de 60 años y más que integran los hogares de viviendas ubicadas en localidades urbanas de 5000 y más habitantes. Sólo cuenta con representatividad a nivel nacional. La muestra es probabilística y multietápica (aglomerados o departamentos; áreas; viviendas; grupos de rotación).

En México. La *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México* (ENASEM) tiene como objetivo hacer un estudio prospectivo de salud y envejecimiento en México. El primer levantamiento de la ENASEM se realizó en el 2001 y fue aplicada a adultos que nacieron en 1951 o antes. La encuesta de seguimiento se realizó en el 2003. En el 2012 se realizó una tercera fase de seguimiento. Además de las personas de seguimiento (14.283), en el año 2012 se incluyó una muestra de personas nacidas entre 1952 y 1962 (6.259) con la finalidad de no perder la representatividad de la muestra dado que, al ser una encuesta longitudinal, puede haber muchos casos perdidos por fallecimiento, cambios de domicilio, etc. El total de personas encuestadas en el 2012 fue de 20.542. La representatividad de ENASEM es tanto urbana como rural, a nivel nacional. La muestra es trietápica (Unidad Primaria de Muestreo (UPM), viviendas particulares, personas) (INEGI, 2013).

En Uruguay. La *Encuesta de Detección de población adulta mayor Dependiente* (EDD) fue realizada en noviembre del 2012 en Uruguay,⁶ con el objetivo de detectar los niveles de dependencia de la población adulta mayor, así como de analizar la potencial demanda de cuidados asociados a esta situación en Uruguay.

El universo de referencia de la encuesta fueron todos los hogares particulares con teléfono fijo donde resida alguna persona de 65 años o más. El diseño de la muestra fue aleatorio estratificado por región. Para esto, se definieron dos estratos según región de residencia: Montevideo y localidades del Interior del país. Además, se incorporó un control de cuotas por sexo y edad: varones y mujeres de dos grupos de edad (entre 65 y 74 años y mayores de 75). En totalidad se relevaron 836 casos de los cuales 32 correspondieron a personas mayores impedidas de contestar el teléfono. En estos casos se diseñó un módulo específico para indagar las causas de este impedimento. A los 804 casos restantes se les aplicó la totalidad del formulario.

El **Cuadro 1** resume las principales características de las fuentes de datos

⁶ Fue realizada en el marco del convenio entre el Ministerio de Desarrollo Social y el Núcleo Interdisciplinario de Estudios de Vejez y Envejecimiento (NIEVE) de la Universidad de la República.

identificadas en cada país. Como puede observarse, las fuentes tienen en común que en su unidad de observación se consideran a los individuos, aunque en algunas también se incluye información de hogares y de las viviendas e incluso de los cuidadores y de las personas institucionalizadas, como es el caso de la EDAD 2008 en España.

El tipo de muestreo varía en cada encuesta y su nivel de representatividad es diferente. Si bien todas son representativas a nivel nacional, en algunos casos también lo son para niveles más desagregados (regional, provincial). Cabe decir que, excepto por Uruguay (donde se realizó una encuesta telefónica), en todos los países seleccionados el método de relevamiento fue a través de la aplicación de cuestionarios de hogar y/o individuales de forma directa.

Contenidos generales brindados por las fuentes analizadas

En el **Cuadro 2** se sintetizan las dimensiones incluidas en cada fuente. Al observar conjuntamente las diversas fuentes, se observa que no todas las encuestas contienen las mismas variables, aunque en algunos casos permitan conocer, desde aproximaciones diferentes, dimensiones temáticas similares.

A continuación se realiza un análisis comparativo de las fuentes según las dimensiones temáticas consideradas:

- **VARIABLES DE VIVIENDA:** esta dimensión está disponible en la ENCaVIAM 2012 de Argentina y la ENASEM 2012 de México, e incluye información acerca del tipo de vivienda, número de habitaciones, disponibilidad de servicios, materiales y ubicación de la vivienda.

- **VARIABLES DEL HOGAR:** en esta temática se consideran las características sociodemográficas de los miembros del hogar (sexo, edad, estado civil, nacionalidad, relación de parentesco, escolaridad, situación laboral, cobertura médica, número de miembros en el hogar, tipo de hogar, migración) y las características del hogar (número de habitaciones, disponibilidad de cocina, baño, tipo de combustible utilizado, régimen de tenencia, adaptaciones al hogar, ingresos de los miembros del hogar, realización de tareas de la casa, gastos incurridos por discapacidad). Todas las encuestas incorporan en alguna medida información referida al hogar, siendo las que abarcan más variables de esta dimensión la EDAD 2008 de España, la ENASEM 2012 de México y la ENCaVIAM 2012 de Argentina.

- **DISCAPACIDADES (DETECCIÓN):** todas las encuestas de los países seleccionados contienen variables relacionadas con la identificación de la discapacidad, limitaciones para ver, oír, comunicarse, aprender, aplicar conocimientos, desplazarse fuera del hogar, ABVD y AIVD. Algunas de las encuestas incluyen información sobre

internación, duración del internamiento. La EDDES 1999 y la EDD 2012 también consideran variables sobre las relaciones afectivas con familiares y la capacidad para relacionarse con otras personas.

- **Discapacidades (severidad, pronóstico, deficiencia de origen, ayuda técnica y asistencia personal):** la EDDES 1999 es la encuesta que abarca una mayor cantidad de variables sobre esta dimensión, considerando variables como: el tipo de ayuda que recibe; severidad de la discapacidad; evolución de la discapacidad; deficiencia de origen; ayudas técnicas que se reciben y no reciben; ayuda de asistencia personal recibida y no recibida; edad de inicio de la discapacidad; deficiencia principal (problema que la causó, duración, edad de inicio); presencia de enfermedades; número de hijos de la madre; edad de la madre cuando nació; número de embarazos y edad de la persona encuestada. En el resto de las encuestas sólo se abordan algunas de las variables incluidas en la EDDES 1999.

- **Cuidados personales:** sobre esta temática, la EDDES 1999 y la EDAD 2008 de España son las encuestas que incluyen un mayor número de variables relacionadas con los cuidados personales, como son: el lugar de residencia de las personas que prestan cuidados; relación de parentesco/no parentesco con los cuidadores; cuidador principal; horas dedicadas al cuidado; actividades/relaciones que se han dejado de hacer por prestar cuidados; recepción de compensación económica por cuidados; satisfacción de necesidades; asistencia por discapacidades. En las demás encuestas por lo general sólo se considera la relación de parentesco/ no parentesco con los(as) cuidadores(as), su lugar de residencia y las horas dedicadas al cuidado.

- **Información relativa a cambios de residencia y pertenencia a ONG como consecuencia de la discapacidad:** esta dimensión es considerada solamente en España y en Uruguay. En el primer país se refiere a variables sobre los cambios de residencia a consecuencia de la discapacidad, los motivos, pertenencia a ONG debido a la discapacidad, deficiencia de origen que motivó la pertenencia a ONG y ONG a la que pertenece. En el caso de Uruguay, en la EDD 2012 únicamente cuenta con la variable sobre pertenencia a ONG(s) debido a la discapacidad.

- **Prestaciones sanitarias, sociales y económicas:** en las fuentes de España (EDDES 1999 y EDAD 2008) se consideran variables sobre la recepción de tratamiento de rehabilitación, de servicios sanitarios y/o sociales, tipos de servicios, motivos por los cuáles no recibió los servicios, tipo de centro donde recibió los servicios, recepción de ayudas económicas y prestaciones. En la ENDI 2002-2003 de Argentina sólo se incluyen variables sobre la recepción de tratamiento de rehabilitación. En el resto de los países seleccionados no se cuenta con dicha información.

- **Cambios en la actividad económica y datos sobre la actividad económica actual:** tanto en la EDDES 1999 como en la EDAD 2008 se incluyen variables sobre la participación en actividades económicas, situación profesional, ocupación,

cambios en la ocupación por discapacidad, tipo de cambio, relación con la actividad antes y después del cambio, relación con la ocupación antes y después del cambio, fomento al empleo, intermediación para el empleo, tipo de contrato, número de empleados en la empresa, búsqueda de otro empleo, fecha en que comenzó a buscar empleo, razones para no conseguir trabajo, actividad en la que le gustaría trabajar, razones por las cuales no busca empleo. En las demás encuestas sólo se contemplan algunas de dichas variables.

- **Información del nivel de estudios cursados:** en las dos encuestas de España y en la ENDI 2002-2003 de Argentina se consideran variables como el nivel de estudios, cursos realizados en los últimos cinco años y asistencia actual a cursos. En la ENCaVIAM 2012 se tiene el nivel de estudios y la asistencia actual a cursos. En el caso de México sólo se capta el nivel de escolaridad.

- **Estado de salud:** en esta dimensión se incluyen variables sobre la autopercepción de la salud, peso y estatura autoinformados, medicamentos tomados, forma de pago de los medicamentos, limitación de actividades por motivos de salud, presencia de enfermedades crónicas, accidentes (tipo de accidente, lugar y consecuencias), accidentes de tráfico, victimación (violencia física, lugar, denuncia, atención médica, lesiones, duración, daños materiales o robo, tipo de daño, denuncia del daño, limitación de actividades por miedo). Las encuestas que integran la mayor parte de estas variables son la EDDES 1999, la EDAD 2008 y la ENCaVIAM 2012. En el resto de las encuestas la información que se recoge se asocia con la autopercepción de la salud y la presencia de ciertas enfermedades.

- **Servicios sanitarios y sociales:** en esta temática se consideran variables sobre el tipo de servicio recibido y el tipo de centro donde lo recibió. Se consideran variables como el edificio dónde está ubicada la vivienda, dificultades para desenvolverse en la vivienda, para conducir, utilizar transporte público, utilización de transporte especial, problemas para desplazarse en la calle. Dicha información sólo se encuentra disponible en las encuestas españolas, siendo la EDDES 1999 la que contiene mayor número de variables al respecto.

- **Hábitos alimentarios:** solamente la EDDES 1999 es la que capta información sobre esta dimensión, considerando variables como el número de comidas diarias, el lugar dónde realiza las comidas principales, el tipo de comida consumida dentro y fuera del hogar.

- **Hábitos de vida:** sobre este tema se incluyen variables acerca del consumo de tabaco y alcohol (cantidad, edad a la que comenzó a consumir, cambios en el consumo) y actividad física (horas que duerme al día, actividad física en el trabajo y en el tiempo libre). Excepto por la ENDI 2002-2003, el resto de las encuestas incluye al menos una variable sobre los hábitos de vida.

- **Redes y contactos sociales:** solamente en la EDAD 2008 y en la ENCaVIAM

2012 se consideran variables acerca de dónde viven familiares, amigos/vecinos, frecuencia de contacto, actividades realizadas en el tiempo libre, dificultades para desenvolverse en su vivienda, tipo de transporte utilizado, cuidado a niños y enfermos.

- **Información relativa a la discriminación:** la única encuesta que contiene variables asociadas con la discriminación por discapacidad es la EDAD 2008.

- **Relación con el entorno y manejo de TIC:** La ENCaVIAM 2012 es la única encuesta que incluye información sobre estas dos temáticas.

Caracterización de la discapacidad y la dependencia en las fuentes

Si bien todas las encuestas consideradas proporcionan en alguna medida información sobre dependencia y discapacidad de personas mayores, no todas incluyen las mismas variables ni las preguntan de la misma manera. Así, las dos encuestas de España, la ENDI de Argentina y la ENASEM de México indagan sobre 'dificultades' para la realización de ciertas actividades, mientras que en la ENCaVIAM de Argentina y en la EDD de Uruguay se pregunta por la 'necesidad de ayuda'.

En el **Cuadro 3** se compara la información sobre discapacidad ofrecida por cada fuente, teniendo en cuenta las preguntas específicas mediante las que se detecta y caracteriza cada problemática asociada a la la discapacidad y, particularmente, a la dependencia (al indagar sobre actividades instrumentales y básicas de la vida diaria).

Una cuestión relevante en el caso de ENDI es que gran parte de las preguntas (marcadas en celeste en el cuadro 3), sólo se realizan en caso de que se haya detectado una persona con discapacidad en el hogar mediante el módulo de detección (el cuál se restringe a algunas dimensiones específicas solamente), de modo que se excluye la posibilidad de detectar casos de discapacidad y dependencia mediante las mismas. Las demás fuentes realizan todas las preguntas a todos los encuestados, reduciendo considerablemente los problemas de subregistro.

Al consultar sobre *movilidad y desplazamiento*, todas las fuentes indagan sobre levantarse y acostarse. Sobre el desplazamiento dentro del hogar, únicamente la ENDI carece de preguntas al respecto. La posibilidad de subir y bajar escaleras sólo es consultada en las fuentes argentinas (ENDI y ENCaVIAM).

En cuanto a la *utilización de manos y brazos*, las fuentes españolas son mucho más detalladas. En Argentina, ENCaVIAM no hace ninguna pregunta relacionada, y ENDI sólo tiene una pregunta general -sobre la posibilidad de agarrar objetos- sin consultar sobre motricidad fina o fuerza. Tampoco la EDD de Uruguay hace preguntas referidas a esto, mientras que en la ENASEM de México hay dos preguntas centradas en la fuerza de agarre, preguntando por la capacidad para levantar un objeto muy liviano y uno relativamente pesado.

Respecto al *desplazamiento fuera del hogar*, ni la ENASEM ni la EDD preguntan al respecto. De las tres preguntas presentes en fuentes españolas, las fuentes argentinas cuentan con dos: la posibilidad de deambular sin transporte y en transporte público (no indagan sobre la capacidad de conducir un vehículo).

Cabe resaltar que todas las encuestas contemplan las variables más importantes para medir las ABVD y AIVD. Sobre el tema del *autocuidado* personal (ABVD), todas las fuentes preguntan sobre el ‘aseo personal’, ‘vestirse/desvestirse’ y ‘comer y beber’. Menos la ENDI, todas preguntan sobre el uso autónomo del baño, aunque sólo las españolas indagan sobre la capacidad de control de necesidades. La autonomía en la toma de medicamentos sólo la consultan EDAD en España, ENCaVIAM en argentina y EDD en Uruguay. Únicamente la EDAD pregunta sobre la capacidad para evitar situaciones de peligro.

En cuanto a la *realización de tareas del hogar* (AIVD), todas las fuentes preguntan sobre la posibilidad de realizar compras. ENASEM no pregunta nada más en ese tema, pero todas las demás preguntan además por limpieza y mantenimiento de la casa y/o de la ropa. Las EDDES, EDAD, ENCaVIAM y EDD preguntan también sobre la preparación de las comidas. La EDDES, es la única que incluye una pregunta sobre el cuidado de otros miembros del hogar.

Por último, el tema de las *capacidades de socialización*, es abordado en alguna medida en la ENDI, la ENCaVIAM y la ENASEM y más ampliamente en las fuentes españolas (que tienen 3 preguntas cada una sobre el mantenimiento de relaciones, la creación de nuevos vínculos, y relaciones en el ámbito laboral). EDD incluye también una pregunta para cada uno de esos dos primeros ítems.

Discusión. Limitaciones y fortalezas de las fuentes en los países seleccionados

En España. En su definición de discapacidad, la *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008* (EDAD) se basó en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud -de modo que contempla los lineamientos de la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)-, mientras que las dos anteriores basaron su definición de discapacidad en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) de 1980. Así, una diferencia importante entre la EDDES 1999 y la EDAD 2008 es el propio concepto de discapacidad: mientras que la EDDES 1999 pregunta directamente por discapacidades que tengan su origen en una deficiencia, en la EDAD 2008 se ha ampliado esta definición en tres sentidos: 1) se pregunta por *dificultad* o discapacidad para la realización de actividades, 2) se incluye la posibilidad de reportar discapacidades que pueden no tener su origen en

una deficiencia claramente delimitada, 3) el número de discapacidades consideradas se aumentó de 36 a 44.

Por otra parte, mientras la EDDDES no incluyó información de personas institucionalizadas ni un cuestionario específico a cuidadores, la EDAD 2008 incorporó información sobre personas con discapacidad que residen tanto en domicilios familiares (hogares) como en centros y recoge información de gran interés sobre los cuidadores de las personas con discapacidad o limitación.

La EDAD 2008 posee una enorme batería de preguntas que permiten un profundo análisis de la situación de las personas en situación de dependencia, e incluye (como novedad también) la incorporación de un módulo sobre discriminación por motivos de discapacidad. Al igual que EDDDES, permite representatividad a nivel nacional, regional y provincial.

Entre las limitaciones más importantes de EDAD, cabe resaltar la gran cantidad de valores perdidos, observados en variables relevantes de la base que recoge información detallada sobre las personas con discapacidad (residentes en hogares particulares). En particular, llama la atención la alta proporción de valores perdidos en las variables que indagan sobre dificultades en la realización ABVD y las AIVD, que varía en el rango de 25 al 80%, con un promedio de valores perdidos del 39% en el caso de las ABVD y del 36% para las AIVD. El propio INE (2015c) elaboró un documento en el que se analizan los errores ajenos al muestreo, en particular los debidos a la falta de respuesta en la EDAD 2008, para lo cual diseñó un cuestionario de evaluación que buscó obtener información sobre las características básicas de las unidades en las que se produjo la falta de respuesta en la encuesta. Si bien este instrumento incluyó un cuestionario para identificar si existe alguna persona con discapacidad en el hogar, el informe publicado no contiene resultados acerca de cómo se distribuyen las no respuestas en términos de los hogares con y sin personas con discapacidad.

En Argentina. La *Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003* (ENDI) incluye gran cantidad de indicadores, algunos de los cuales indagan específicamente acerca de las dificultades o discapacidades en ABVD (comer, vestirse, bañarse, etc.) y AIVD (hacer la comida, tomar o administrar sus medicamentos, hacer las compras, etc.). Por este motivo, tendría potencial para constituirse en una herramienta de gran utilidad para analizar las situaciones de dependencia asociadas a la vejez, así como la demanda de cuidados entre las personas mayores. Sin embargo, los indicadores relevantes para los intereses particulares del estudio de dependencia en la vejez se relevan a partir de las preguntas que sólo se realizan para aquellas personas detectadas con alguna discapacidad a partir del módulo de detección de la encuesta (el cual se restringe a sólo algunas dimensiones de la discapacidad), en el cual las dificultades para realizar actividades BVD o IVD no están consideradas para

definir discapacidad. De este modo, preguntas que podrían constituir por sí mismas una herramienta de detección de situaciones de discapacidad, y particularmente de dependencia, quedan supeditadas a criterios de detección previos. En este sentido, el módulo de detección tiene algunas características que permiten suponer problemas de sub registro para el caso de la dependencia: las preguntas de ENDI relacionadas con la capacidad de desarrollar de manera autónoma las actividades cotidianas no se encuentran, en ningún caso, dentro del módulo de detección. La organización de las preguntas, así como su redacción y ejemplos entre paréntesis, podrían inducir a los encuestados a no reconocer situaciones de discapacidad dentro del hogar, interpretando que sólo los casos más extremos y típicos de discapacidad ameritan una respuesta afirmativa a las preguntas destinadas a la detección.

Por otra parte, ENDI podría tener problemas de cobertura relacionados con la construcción de la muestra. Al respecto, Joly (2006) señala, la utilización de los casos detectados por el Censo 2001 como parte de la primera etapa en la delimitación de la muestra. Es que en el caso del CENSO el sub registro es aún más grave, debido a su foco en discapacidades planteadas "*en términos exclusivamente médicos y no funcionales*" (Joly, 2006: 3), y a que la formulación de la pregunta "*presupone que el censado sepa qué es la discapacidad y no la perciba como un concepto estigmatizante*" (Joly, 2006). El sub registro del CENSO queda en evidencia al comparar la prevalencia de discapacidad que registra, de sólo el 2%, con la de la propia ENDI, del 7.1%.

Otra limitación de la ENDI que puede señalarse es que la caracterización socioeconómica de la población con alguna discapacidad es limitada para reconocer la relación entre discapacidad y pobreza (Jury 2006). Respecto de la cobertura, sólo tiene cobertura urbana y no puede ser desagregada a nivel provincial (INDEC CONADIS 2005). Por otra parte, los microdatos no son de acceso público, sino que los resultados son presentados a partir de algunos cuadros con información procesada.

La *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012* (ENCaVIAM 2012), a diferencia de ENDI, realiza el cuestionario completo a todas las personas de la muestra que cumplen, por su edad (60 años o más), con la condición de ser persona adulta mayor (INDEC, 2012). Además, la ENCaVIAM caracteriza socio demográficamente a la población encuestada, permitiendo reconocer la interrelación entre discapacidad, y en su caso dependencia, y condiciones materiales de vida. Al igual que ENDI, la ENCaVIAM sólo tiene cobertura urbana. Sólo tiene representatividad nacional y su mayor limitación es, posiblemente, el limitado tamaño de la muestra. La muestra de la ENCaVIAM corresponde a una submuestra de la encuesta en que se basa (la EAHU), habiéndose encuestado un total de 4.654 adultos mayores, correspondientes a menos del 0,1% de las personas mayores del país. Por otra parte, a diferencia de España, la ENCaVIAM no prevé sustitutos para

aquellos casos de personas que no son capaces de responder a la encuesta, de modo que los mismos quedan excluidos del relevamiento.

En México. Una de las principales fortalezas de la *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México* (ENASEM 2012) es la posibilidad que brinda de hacer un análisis prospectivo y longitudinal de las condiciones de salud, socioeconómicas, familiares y de discapacidad de las personas mayores. El abordaje de estas temáticas en una misma encuesta permite hacer cruces entre variables como, por ejemplo, el estado de salud y la situación laboral; o bien los arreglos familiares y las condiciones de discapacidad de las personas. En este sentido la ENASEM constituye una herramienta superadora de las encuestas sobre envejecimiento mexicanas que se enfocan exclusivamente sobre las condiciones de salud, limitándose a considerar, por ejemplo, la funcionalidad y el uso de servicios médicos; la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas; o las enfermedades mentales y sus implicaciones.

Otra ventaja de la ENASEM 2012 es la consideración de una sub muestra, de la cual se toman medidas antropométricas: en esta encuesta se consideran informantes sustitutos para responder cuando por alguna razón la persona seleccionada tiene alguna dificultad para responder (discapacidad, enfermedad), así como para captar información sobre aquellos que fallecieron (INEGI, 2013).

Entre las principales debilidades de la ENASEM está el hecho de medir con una sola pregunta los diferentes tipos de limitaciones (ver, oír, aprender, desplazarse, utilizar brazos y manos, realizar tareas del hogar), referida principalmente a las dificultades que se han presentado por problemas de salud. Tampoco es posible indagar sobre la severidad de la discapacidad, lo cual sería de gran importancia para conocer las necesidades específicas de las personas mayores.

En relación con los cuidados, existe una sección dedicada a los apoyos recibidos y otorgados (económicos y no económicos) que, enfocada únicamente en los apoyos familiares, no aborda con detalle el tipo de apoyo (sobre todo el no económico) que reciben las personas mayores, sino que sólo se pregunta por el tiempo dedicado y la relación de parentesco.

En Uruguay. Si bien la *Encuesta de Detección de Dependencia de Personas Mayores en Uruguay 2012* (EDD 2012) se centró en la detección de la dependencia, también se incorporaron preguntas hasta entonces no relevadas en las fuentes tradicionales de datos en Uruguay, como la existencia de redes de apoyo potenciales y configuraciones familiares más allá de la unidad analítica del hogar, así como indicadores relativos a la participación social de las personas mayores. Ambas dimensiones se vinculan a la dimensión de entornos sociales favorables a las personas mayores desde la perspectiva de las políticas públicas y constituirían 'lagunas' en las fuentes de datos en Uruguay.

Esta encuesta fue la primera de su tipo realizada en Uruguay con representatividad en todo el país de la población de personas mayores. La finalidad y el interés primero era la detección de población en situación de dependencia en todo el país.

Una de las limitaciones de la EDD tiene que ver con la confección de la muestra y el tipo de encuesta dado que, al realizarse telefónicamente, se excluye a una minoría de hogares en los cuales no penetra el teléfono fijo, que alcanza a un 82% de hogares uruguayos y se eleva a más del 90% en la capital del país, según datos del censo 2011.

Por otra parte, una vez detectada la dependencia global, en la EDD queda restringida la posibilidad de realizar una discriminación por tipo de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, debido a la limitada representatividad estadística que permite la cantidad total de casos. Aun así, se logra detectar la dependencia por tipo de actividades y la cantidad de personas que ésta abarca mediante la utilización de expansores.

La encuesta permitió detectar personas mayores en situación de dependencia, en situación de dependencia severa con limitaciones en al menos una actividad de la vida diaria y en dependencia moderada con limitaciones en actividades instrumentales de la vida diaria. De esta manera se obtuvo por primera vez en el país una aproximación a la situación de dependencia de las personas mayores como insumo para la implementación de un sistema de cuidados que está empezando a desarrollarse en Uruguay a partir de este año.

Conclusiones

La creciente visibilidad y relevancia que el fenómeno de dependencia y demanda de cuidados entre las personas mayores adquiere en el marco del envejecimiento de la población, ha impulsado esfuerzos de aproximación empírica en diversos países. En este sentido, el antecedente de España resulta fundamental, ya que cuenta con una significativa trayectoria, tanto por la masividad como complejidad de la información que proporcionan sus fuentes.

Teniendo en cuenta la importancia de las fuentes de datos para lograr un acercamiento a la problemática de la dependencia, pero también como base sobre la cual diseñar intervenciones públicas y sistemas de cuidados, reconociendo niveles y prioridades de demandas, el presente estudio se ocupó de analizar las fuentes de datos disponibles en países de la región en avanzado proceso de envejecimiento demográfico (Argentina y Uruguay) y más reciente (México), así como en España.

Se analizaron las dos principales y más recientes encuestas específicas sobre discapacidad en España, que permitían en estudio de la dependencia: la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES 1999) y la Encuesta

sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008). En la región, se detectaron las fuentes que en cada uno de los tres países de estudio permitían un abordaje empírico de la temática de la situación de dependencia en adultos mayores. Así, en Argentina se reconocieron dos fuentes: la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002 y 2003 (ENDI) y la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (ENCaVIAM). En México se identificó la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2012 (ENASEM) y en Uruguay, la Encuesta de Detección de población adulta mayor Dependiente 2012 (EDD).

El ejercicio realizado en este documento ha permitido dar cuenta de algunos de los avances y limitaciones en las encuestas de los países seleccionados. En España se cuenta con información detallada sobre la funcionalidad dentro y fuera del hogar, así como la capacidad para cuidarse a sí mismo y relacionarse con otras personas. Argentina también muestra algunos avances en sus encuestas para captar esa información. En cambio, en las fuentes de México y Uruguay no se realizan preguntas sobre las dificultades a las que se enfrentan las personas mayores fuera del hogar. En Uruguay tampoco se cuenta con datos sobre las limitaciones para usar brazos y manos y en México no se tratan aspectos sobre las relaciones con otras personas. Un problema común a las fuentes de toda la región es la limitación de sus bases muestrales, reduciendo la capacidad de desagregar los resultados, por el riesgo de perder la representatividad estadística.

Las fuentes de datos disponibles en España, Argentina, México y Uruguay, que incluyen preguntas referidas a discapacidades en ABVD y AIVD, y que son representativas de la población total residente en hogares particulares en cada país, no han sido construidas mediante una metodología común, ni incluyen las mismas variables, dado que cada encuesta fue construida bajo objetivos distintos en contextos específicos.

Una diferencia significativa entre las fuentes es la manera de captar la situación de discapacidad (y por tanto también la situación de dependencia), que responde, a su vez, a una diferente definición subyacente de la misma, o al diferente interés en el fenómeno específico de la dependencia. Así, en algunos casos los instrumentos se centran en la falencia física/de salud del individuo, y otras incluyendo, o se orientan puntualmente a, la perspectiva funcional, es decir las dificultades existentes para realizar actividades y, particularmente, la necesidad de ayuda, que es la que permite operacionalizar la dependencia. Aun así, todas fuentes analizadas consideran las ABVD y las AIVD más importantes, por lo que permiten avanzar en la cuantificación y caracterización de la problemática de la dependencia en los países analizados, aunque a consciencia de las limitaciones en la comparabilidad de los resultados.

El trabajo aquí desarrollado posibilita observar la disponibilidad de información

actual, los aspectos comunes y los vacíos existentes en las fuentes de datos para medir la situación de dependencia en los países estudiados. Así, ayuda a reconocer los principales desafíos para mejorar la calidad de la información al interior de cada país, así como a visualizar la forma de avanzar en la medición de la dependencia de forma comparada. Sin embargo, este primer análisis de la calidad de las fuentes de datos debe ser complementado por una evaluación de las mismas a partir de la información obtenida de su implementación.⁷

El estudio sobre la calidad y validez de la información que proporcionan las fuentes de cada uno de los países, permite avanzar en la construcción de Baremos de Dependencia, útiles para aproximarse a las necesidades asistenciales específicas de la población con dependencia de cada país. Para ello es importante tener presente que los Baremos de Dependencia⁸ tratan de centrar la medición en la *necesidad de ayuda* más que en la *dificultad* para la realización de la actividad (una de las diferencias más importantes encontradas entre las fuentes estudiadas), aún cuando utilicen preguntas sobre discapacidades y no sobre dependencia únicamente.⁹

Referencias

- ARRIBAS (2004). Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas profesión*,5(17), 23-29.
- CEPAL (2012). *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe 2012*. División de Estadística y Proyecciones Económicas, Santiago de Chile.
- CONCHA , BARRIGA Y HENRÍQUEZ (2011). “Los conceptos de validez en la investigación social y su abordaje pedagógico”. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales ReLMeCS*, 1(2), 91-111.
- CORRAL (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos para la recolección de datos. *Revista ciencias de la educación*, 19(33), 228-247.

⁷ El análisis de la información obtenida luego de la implementación del instrumento estadístico permite aplicar otras estrategias para detectar errores y evaluar la calidad del instrumento. Además, algunas características del tal instrumento y su calidad se vinculan con el proceso mismo de recolección de la información y carga de datos (como detectar inexactitudes de los datos durante el proceso de implementación de la encuesta o de la carga de datos, la evaluación de los errores de registro en los formularios durante el relevamiento, de la consistencia externa de la información obtenida, de la cobertura efectiva, etcétera).

⁸ “El Baremo es el instrumento que establecerá los criterios objetivos de valoración del grado de autonomía de la persona, de su capacidad para realizar las distintas actividades de la vida diaria, los intervalos de puntuación para cada uno de los grados de dependencia y el protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir para la valoración de las aptitudes observadas, en su caso” (Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, artículo 27).

⁹ Ejemplos en este sentido son los trabajos de Villaplana Prieto (2010) y de Herranz Peinado et al (2011).

- ESCOBAR-PÉREZ Y CUERVO-MARTÍNEZ (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6, 27-36.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, FERNÁNDEZ-COLLADO Y BAPTISTA LUCIO (2006). *Metodología de la investigación social*. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana: Mexico.
- HERRANZ PEINADO, MARTIN CARABALLO, SEGOVIA GONZALES, GERRERO CASAS (2011). “Estudio comparativo de la dependencia en España según EDDDES 1999 y EDAD 2008”. Presentado en las *XIX Jornadas ASEPUMA* en Valencia, España.
- HUETE GARCÍA y QUEZADA GARCÍA (2011). *La discapacidad en las fuentes estadísticas oficiales. Examen y propuestas de mejora. Análisis formal y de contenido sobre discapacidad, en encuestas y otras referencias del Instituto Nacional de Estadística (INE)*. Grupo Editorial Cinca, S. A., Madrid.
- INDEC (2012). “Encuesta Nacional Sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012”. Documento para la utilización de la base de datos usuario.
- INDEC CONADIS (2005). “La población con discapacidad en la Argentina. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI)”. Buenos Aires.
- INE (1999). “Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES)” Disponible en: <http://goo.gl/NKwmes> [Mayo de 2015].
- INE (2008). “Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y Dependencia (EDAD)”. Disponible en: <http://goo.gl/ch1MfS> [Mayo de 2015].
- INE (2010). “Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD). Metodología”. Disponible en: <http://goo.gl/ABXF2t> [Junio de 2015].
- INE (2015a). “Análisis de la Falta de Respuesta EDDDES, 1999”. Disponible en <http://goo.gl/6Dseym> [Junio de 2015].
- INE (2015b). “Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES). Metodología”. Disponible en: <http://goo.gl/qLa28O> [Junio de 2015].
- INE (2015c). “Evaluación de la falta de respuesta en la encuesta EDAD 2007-2008”. Disponible en: <http://goo.gl/9derjw> [Junio de 2015].
- INE (2015d). “Cuestionarios de la Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud. Disponible (EDDES)”. Disponible en <http://goo.gl/9UekI4> [Mayo de 2015].
- INE (2015e). “Cuestionarios de la Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia (EDAD)”. Disponible en <http://goo.gl/jypOu3> [Mayo de 2015].
- INEGI (2013). “Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México”. Disponible en: <http://goo.gl/N2k1gX> [Mayo de 2015].
- INEGI (2013b). *Diseño muestral de la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2012*. México.
- JOLY (2006). “¿Podemos confiar en la ENDI?”. *IV Jornadas Nacionales Universidad*

y *Discapacidad: 'Reconocer la diferencia para proteger la igualdad'*. Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires, 5, 6 y 7 de julio de 2006.

LEY 39/2066 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 299, de 15 de diciembre de 2006, Referencia: BOE-A-2006-21990. España.

MENDOZA Y GARZA (2009). La medición en el proceso de investigación científica: Evaluación de validez de contenido y confiabilidad. *Inovaciones de Negocios*, 6(1), 17 -32.

Naciones Unidas-CEPAL-UNFPA (2014). “Los datos demográficos Alcances, limitaciones y métodos de evaluación”. *Serie Manuales*, nº 82. Fondo de publicación de las Naciones Unidas.

NIEVE-MIDES (2012). “Encuesta de Detección de Dependencia de Personas Mayores en Uruguay 2012”. Uruguay.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Disponible en: http://conadis.gob.mx/doc/CIF_OMS.pdf [Septiembre de 2015].

QUEREJETA GONZÁLEZ (2004). *Discapacidad/Dependencia, unificación de criterios de valoración y clasificación*. IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Madrid.

RIVERO FERNANDEZ TONI et al. (2011). *Actas de la dependencia*. CASER, Fundación para la dependencia, Madrid.

VILLAPLANA PRIETO (2010). “Estimación de la dependencia en España a partir de la EDAD 2008”. *Hacienda Pública Española / Revista de Economía Pública*, 194-(3/2010), 125-175.

Anexo: Cuadros

Cuadro 1: Características principales de las fuentes sobre discapacidad en España, Argentina, México y Uruguay.

CARACTERÍSTICA	ESPAÑA		ARGENTINA		MÉXICO	URUGUAY
	EDDES 1999	EDAD 2008	ENDI 2002-2003	ENCaVIAM 2012	ENASEM 2012	EDD 2012
Unidad de observación	Individuos Hogares Viviendas	Individuos Hogares Viviendas/ establecimientos colectivos Cuidadores	Individuos Hogares Viviendas	Individuos Hogares Viviendas	Individuos	Individuos
Muestra	<i>Bietápico</i>	<i>Bietápico</i>	Probabilística, polietápica de viviendas	Probabilístico, multietápico	Trietápico (Unidad Primaria de Muestreo (UPM), Viviendas particulares, Personas).	804 casos representativos de todo el país. Muestreo autoponderado por grandes regiones (Montevideo e Interior) y por grandes grupos de edad (65-74 y 75 y más)
	(Secciones censales, Viviendas particulares)	(Secciones censales, Viviendas particulares)	(Aglomerados, áreas, viviendas)	(Aglomerados o departamentos; áreas; viviendas; grupos de rotación)		
	Tamaño base Hogares: 70.500	Tamaño base Hogares: 91.846 Tamaño base Individuos: 260.000	Tamaño base viviendas: 67.000	Tamaño base individuos: 4.654	Personas de 60 años y más que viven en localidades urbanas de 5000 y más habitantes	
Método de relevamiento	Cuestionario hogar Cuestionario deficiencia (<6; >6) Cuestionario salud	Cuestionario Hogar Cuestionario discapacidades (>=6 años) y limitaciones (<6 años) Cuestionario cuidadores (individuos/ centros asistenciales)	CENSO 2001 Cuestionario ENDI	Cuestionario EAHU Cuestionario Encaviam	Cuestionario Básico (incluye información sobre los integrantes del hogar, la vivienda y el individuo)	Teléfonica
Cobertura	Representatividad provincial	Representatividad provincial	Representatividad urbana nacional, regional, 13 provincias, Resto de Buenos Aires (excluidas las localidades de la Ciudad de Bs. As y partidos del GBA) y el aglomerado Gran Buenos Aires.	Representatividad urbana nacional	Representatividad nacional, urbana y rural	Todo el país (pero no cada departamento) con cuotas Montevideo e interior y por grupos de edad (65 a 74 y 75 y más)

Fuente: Elaboración propia sobre la base de INE (2015a,b&c; 2010), INDEC (2012), INDEC-CONADIS (2005), INEGI (2013), NIEVE-MIDES (2012).

Cuadro 2: Contenidos generales en encuestas sobre Envejecimiento o Discapacidad en España, Argentina, México y Uruguay.

Dimensiones/ Variables	España		Argentina		México	Uruguay
	EDDES 1999	EDAD 2008	ENDI 2002-2003	ENCaVIAM 2012	ENASEM 2012	EDD 2012
Variables de la vivienda	NO	NO	NO	SI	SI	NO
Variables del hogar						
Discapacidades (detección)	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Discapacidades (severidad, pronóstico, deficiencia de origen, ayuda técnica y asistencia personal)	SI	SI	SI	NO	SI	SI
Cuidados personales	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Información relativa a cambios de residencia y pertenencia a ONG como consecuencia de discapacidad	SI	SI	NO	NO	NO	SI
Prestaciones sanitarias, sociales, económicas	SI	SI	SI	NO	NO	NO
Cambios en la actividad económica y datos sobre la actividad económica actual	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Información del nivel de estudios cursados	SI	SI	SI	SI	SI	NO
Estado de salud	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Servicios sanitarios y sociales	SI	SI	NO	NO	NO	NO
Hábitos alimentarios	SI	NO	NO	NO	NO	NO
Hábitos de vida	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Redes y contactos sociales	NO	SI	NO	SI	NO	NO
Información relativa a la discriminación	NO	SI	NO	NO	NO	NO
Relación con el entorno	NO	NO	NO	SI	NO	NO
Manejo de TIC	NO	NO	NO	SI	NO	NO

Fuente: Elaboración propia sobre la base de INE (2015a,b&c; 2010), INDEC (2012), INDEC-CONADIS (2005), INEGI (2013), NIEVE-MIDES (2012).

Cuadro 3: Contenidos de los módulos Funcionalidad-Discapacidad-Dependencia en las encuestas sobre Envejecimiento o Discapacidad en España, Argentina, México y Uruguay (EDDES 1999; EDAD 2008; ENDI 2002-2003; ENCaVIAM 2012; ENASEM 2012; EDD 2012).

Funcionalidad: Movilidad y desplazamiento						
	ESPAÑA		ARGENTINA		MEXICO	URUGUAY
DISCAPACIDAD EN ABVD O EN AIVD	EDDES 1999	EDAD 2008	ENDI 2002-2003	ENCaVIAM 2012	ENASEM 2012	EDD 2012
Preguntas	¿Padece discapacidad para:	¿Por problemas de salud o discapacidad tiene una dificultad importante para:	¿Tiene dificultad permanente para:	¿Necesita ayuda para:	¿Debido a problemas de salud tiene alguna dificultad en:	De las siguientes actividades que le voy a nombrar, ¿puede indicarme si necesita ayuda para realizar alguna de ellas?
Cambiar y mantener las diversas posiciones del cuerpo	Cambiar y mantener las diversas posiciones del cuerpo	Mantener el cuerpo en una misma posición sin ayuda, por ej mantenerse de pie o sentado?	NO	NO	Inclinarse su cuerpo, arrodillarse, agacharse o ponerse en cuclillas? ; Subir o extender los brazos más arriba de los hombros?	NO
Levantarse, acostarse, mantenerse de pie o sentado	Levantarse, acostarse, mantenerse de pie o sentado	Cambiar de posturas por ejemplo, levantarse, acostarse..	Levantarse, acostarse, mantenerse de pie o sentado	Levantarse y acostarse de la cama?	Levantarse de una silla después de haber estado sentado durante largo tiempo? Acostarse y levantarse de la cama?	Acostarse y levantarse de la cama / Acostarse y levantarse de la silla
Desplazarse dentro del hogar	Desplazarse dentro del hogar	Andar sin ayuda, por ej desplazarse de una habitación a la otra?	NO	Para desplazarse dentro de la casa	Para caminar de un lado a otro de un cuarto?	Caminar dentro de su casa
Bajar y subir escaleras	NO	NO	Caminar o subir escaleras?	Para bajar y subir escaleras	NO	NO

Utilizar brazos y manos						
	ESPAÑA		ARGENTINA		MEXICO	URUGUAY
DISCAPACIDAD EN ABVD O EN AIVD	EDDES 1999	EDAD 2008	ENDI 2002-2003	ENCaVIAM 2012	ENASEM 2012	EDD 2012
Preguntas	¿Padece discapacidad para:	¿Por problemas de salud o discapacidad tiene una dificultad importante para:	¿Tiene dificultad permanente para:	¿Necesita ayuda para:	¿Debido a problemas de salud tiene alguna dificultad en:	De las siguientes actividades que le voy a nombrar, ¿puede indicarme si necesita ayuda para realizar alguna de ellas?

Trasladar, transportar objetos no muy pesados	Trasladar, transportar objetos no muy pesados	Transportar algo con los brazos, por ejemplo un objeto de 3 kilos	Agarrar objetos con una o las dos manos?	NO	Levantar o transportar objetos que pesan más de 5 kilos, como una bolsa pesada de alimentos?	NO
Utilizar utensilios y herramientas	Utilizar utensilios y herramientas	Manipular y mover objetos sin ayudas y sin supervisión, por ej: lanzar una pelota, alcanzar un objeto, empujar una silla		NO	NO	NO
Manipular objetos pequeños con manos y dedos	Manipular objetos pequeños con manos y dedos	Manipular y mover objetos pequeños con manos y dedos sin ayuda y sin supervisión? Por ej: coger y soltar monedas, cortar con tijeras, escribir con un bolígrafo		NO	Recoger una moneda de 1 peso de la mesa?	NO

Desplazarse fuera del hogar						
	ESPAÑA		ARGENTINA		MEXICO	URUGUAY
DISCAPACIDAD EN ABVD O EN AIVD	EDDES 1999	EDAD 2008	ENDI 2002-2003	ENCaVIAM 2012	ENASEM 2012	EDD 2012
Preguntas	¿Padece discapacidad para:	¿Por problemas de salud o discapacidad tiene una dificultad importante para:	¿Puede (estas preguntas solo se hacen luego del filtro)	¿Necesita ayuda para:	¿Debido a problemas de salud tiene alguna dificultad en:	De las siguientes actividades que le voy a nombrar, ¿puede indicarme si necesita ayuda para realizar alguna de ellas?
Deambular sin medio de transporte	Deambular sin medio de transporte	Andar sin ayuda fuera del hogar/centro, por ej desplazarse por la calle sin medios de transporte?	Salir? (si, por si mismo;si, con ayuda;no puede)	Salir de su casa (para pasear, ir al médico, hacer compras)	NO	NO
Desplazarse en transporte público	Desplazarse en transporte público	Desplazarse utilizando medios de transporte sin ayuda y sin supervisión?	Viajar en transporte público? (si, por si mismo;si, con ayuda;no puede)	Viajar en transporte público, taxi, remis, auto particular?	NO	NO
Conducir vehículo propio	Conducir vehículo propio	Conducir vehículos?	NO	NO	NO	NO

ABVD						
	ESPAÑA		ARGENTINA		MEXICO	URUGUAY
DISCAPACIDAD EN ABVD O EN AIVD	EDDES 1999	EDAD 2008	ENDI 2002-2003	ENCaVIAM 2012	ENASEM 2012	EDD 2012
Preguntas	¿Padece discapacidad para:	¿Por problemas de salud o discapacidad tiene una dificultad importante para:	¿Puede (estas preguntas solo se hacen luego del filtro)	¿Necesita ayuda para:	¿Debido a problemas de salud tiene alguna dificultad en:	De las siguientes actividades que le voy a nombrar, ¿puede indicarme si necesita ayuda para realizar alguna de ellas?
Asearse solo: lavarse y cuidar su aspecto	Asearse solo: lavarse y cuidar su aspecto	Lavarse y secarse diversas partes del cuerpo sin supervisión?	¿Puede lavarse y cuidar de su aspecto? (vestirse, desvestirse, arreglarse, etc.)(si, por si mismo;si, con ayuda;no puede)	Bañarse, incluyendo entrar y salir de la bañera	Para bañarse en una tina o regadera?	Bañarse o lavarse
Controlar las necesidades y utilizar sólo el servicio	Controlar las necesidades y utilizar sólo el servicio	1. Controlar la necesidad de orinar y sus actividades relacionadas, como llegar a tiempo al baño, quitarse o ponerse la ropa, o limpiarse sin ayuda y sin supervisión 2. Controlar las necesidades de defecar, y sus actividades relacionadas, como llegar a tiempo al baño, quitarse o ponerse la ropa, o limpiarse, sin ayuda y sin supervisión?	NO	Usar el inodoro e higienizarse?	Usar el excusado, incluyendo subirse y bajarse o ponerse en cuclillas?	Usar el baño
Vestirse, desvestirse y arreglarse	vestirse, desvestirse y arreglarse	1. Vestirse y desvestirse, sin ayudas y sin supervisión? Por ej ponerse o quitarse la ropa y el calzado, elegir la ropa adecuada de acuerdo a las condiciones climáticas 2. Realizar los cuidados básicos del cuerpo sin ayuda y sin supervisión, por ej peinarse, cortarse las uñas	¿Puede lavarse y cuidar de su aspecto? (vestirse, desvestirse, arreglarse, etc.)(si, por si mismo;si, con ayuda;no puede)	1. Peinarse, lavarse los dientes o lavarse la cara? 2. Vestirse y desvestirse?	Vestirse, incluyendo ponerse los zapatos y los calcetines?	Vestirse y desvestirse

Comer y beber	comer y beber	Comer y beber sin ayudas ni supervisión?	Puede Comer y beber?(si, por si mismo;si, con ayuda;no puede)	Necesita ayuda de una persona para comer en un tiempo razonable	Al comer, por ejemplo para cortar su comida?	LLevarse comida a la boca
Tomar medicamentos	NO	Cumplir prescripciones médicas sin supervisión? Por ej tomar correctamente la medicación, seguir dietas, asistir a consultas médicas	NO	Organizar medicamentos y tomarlos?	NO	Organizar y tomar medicamentos
Evitar situaciones de peligro	NO	Evitar situaciones de peligro, sin ayuda y sin supervisión? Por ej apagar el gas, respetar los semáforos.	NO	NO	NO	NO

AIVD						
	ESPAÑA		ARGENTINA		MEXICO	URUGUAY
DISCAPACIDAD EN ABVD O EN AIVD	EDDES 1999	EDAD 2008	ENDI 2002-2003	ENCaVIAM 2012	ENASEM 2012	EDD 2012
Preguntas	¿Padece discapacidad para:	¿Por problemas de salud o discapacidad tiene una dificultad importante para:	¿Puede (estas preguntas solo se hacen luego del filtro)	¿Necesita ayuda para:	¿Debido a problemas de salud tiene alguna dificultad en:	De las siguientes actividades que le voy a nombrar, ¿puede indicarme si necesita ayuda para realizar alguna de ellas?
Compras y control de suministros y servicios	Cuidarse de las compras y controlar los suministros y servicios	Recibe supervisión o asistencia personal para hacer las compras?	¿Puede realizar compras?(si, por si mismo;si, con ayuda;no puede)	Hacer las compras?	Hacer compras de víveres/mandado?	Hacer las compras
Comidas	Cuidarse de las comidas	Preparar comidas sin ayuda o supervisión?	NO	Preparar comidas calientes	NO	Preparar comida
Limpieza y el cuidado de la ropa	Cuidarse de la limpieza y el cuidado de la ropa	NO (pero está incluida en la siguiente pregunta)	NO (pero está incluida en la siguiente pregunta)	NO (pero está incluida en la siguiente pregunta)	NO	NO
Limpieza y mantenimiento de la casa	Limpieza y mantenimiento de la casa	Ocuparse de las tareas domésticas sin ayuda y sin supervisión? Por ej limpiar, lavar la ropa, usar aparatos domésticos	¿Puede realizar las tareas domésticas?(-si, por si mismo;si, con ayuda;no puede)	Hacer las tareas del hogar?	NO	Quehaceres ligeros
Cuidar del bienestar de los demás miembros de la flia	Cuidarse del bienestar de los demás miembros de la flia	NO	NO	NO	NO	NO

Relacionarse con otras personas						
	ESPAÑA		ARGENTINA		MEXICO	URUGUAY
DISCAPACIDAD EN ABVD O EN AIVD	EDDES 1999	EDAD 2008	ENDI 2002-2003	ENCaVIAM 2012	ENASEM 2012	EDD 2012
Preguntas	¿Padece discapacidad para:	¿Por problemas de salud o discapacidad tiene una dificultad importante para:	¿Tiene dificultad permanente para:			Cuál de las siguientes actividades realiza ud. y con qué frecuencia?
Mantener relaciones de cariño con familiares próximos	Mantener relaciones de cariño con familiares próximos	Formar una familia y mantener relaciones familiares?	NO	NO	NO	Hacer o recibir visitas de familiares / hablar telefónicamente con familiares
Hacer nuevos amigos y mantener amistad	Hacer nuevos amigos y mantener amistad	Crear, mantener relaciones con amigos/as, vecinos/as, compañeros/as	NO	NO (pero se puede estimar en una pregunta de las relaciones sociales: ¿Habitualmente se encuentra con amigos para charlar, tomar café, comer algo juntos?)	NO (pero se podría tomar como una aproximación: ¿Cómo cuántas veces platica al mes con vecinos o tiene visitas sociales?)	Reunirse con amigos/hablar telefónicamente con amigos
Relacionarse con compañeros, jefes y subordinados	Relacionarse con compañeros, jefes y subordinados	Crear, mantener relaciones con subordinadas, iguales o con cargos superiores	Tiene algún retardo o retraso mental que le dificulte aprender, trabajar y/o relacionarse?/tiene en forma PERMANENTE algún otro problema mental que le dificulte relacionarse y/o trabajar? (ej.: psicosis infantil, autismo, etc.)	NO	NO	NO

Fuente: Elaboración propia sobre la base de INE (2015d&e); INDEC (2012); INDEC–CONADIS (2005); INEGI (2013); NIEVE-MIDES (2012).

Nota: Las celdas marcadas en color celeste indican que las preguntas se realizan sólo a aquellas personas que han sido identificadas como discapacitadas mediante el módulo de detección, que se realiza a todos los individuos encuestados.

Entre el progreso nacional y los desarrollos divergentes en el territorio argentino: análisis cualicuantivo del crecimiento y la distribución de los médicos a partir de los censos nacionales de 1869, 1895 y 1914

*Adrián Carbonetti - María Laura Rodríguez - Dolores Rivero
CIECS / CONICET y UNC*

Resumen:

En este trabajo nos interrogamos y problematizamos alrededor de las tendencias que fueron definiendo el crecimiento y distribución de los médicos en Argentina, partir de reconstruir los valores estadísticos que pretendieron medir su presencia en los censos nacionales de 1869, 1895 y 1914. Abordamos el crecimiento global de esta ocupación del cuidado de la salud, recuperando interpretaciones y variables que asociarían estas dinámicas a la construcción del orden y el progreso, propio de la progresiva afirmación del Estado y el ascendente desarrollo socioeconómico del país entre mediados del siglo XIX y primeras décadas del XX. Asimismo, ponemos en perspectiva situaciones diferenciales entre las provincias y las regiones del territorio argentino considerando algunos factores ligados a la presencia estatal en los distintos espacios, deteniéndonos especialmente en clivajes propios del desarrollo socioeconómico e itinerarios y procesos de consolidación de la profesión objeto de nuestro estudio.

Palabras clave: Argentina; médicos; censos nacionales de población; crecimiento y distribución; desarrollos divergentes.

Abstract

In this paper we question and problematize the trends that defined growth and distribution of physicians in Argentina, based on the statistics provided by the national censuses of 1869, 1895 and 1914. We address the global growth of this urban occupation by making use of interpretations and variables that associate these dynamics to the construction of "order and progress", typical of the progressive affirmation of the State and the socio-economic development of the country between mid-nineteenth century and the early twentieth century. We also aim to put into perspective the different situations present in the provinces and regions of the Argentine territory considering factors linked primarily to the presence of the State in these different areas, focusing in the socio-economic differences in the country's development process and the consolidation of the medical profession.

Key words: Argentina; doctors; national censuses of population, growth and distribution; divergent developments

Introducción

En este trabajo proponemos abordar el crecimiento y la distribución de los médicos en la Argentina problematizando los valores que pretendieron su presencia en los tres primeros censos nacionales de población de 1869, 1895 y 1914. Desde esta matriz de indagación, buscamos recuperar e integrar distintos aportes historiográficos que vienen estudiando diversas experiencias de esta ocupación, centrándose en procesos devenidos en la provincia y especialmente en la ciudad de Buenos Aires (González Leandri; 1996; 1998; 2000); (Belmartino, 2008); (Souza & Hurtado, 2008) o a partir de poner en perspectiva dinámicas locales o devenidas en provincias particulares (Rodríguez, 2006); (Belmartino, 2007); (Fernandez&Parolo, 2008); (Piazzesi, 2009); (Moreyra, 2009). A propósito de estas contribuciones, reconocemos la utilidad de analizar los fenómenos de poder de la elite médica en sus relaciones con el Estado y la sociedad argentina, aunque procuramos identificar dinámicas nacionales, que den cuenta “de un perfil argentino”, que como tal escapa a los estudios de caso particulares.

Damos un primer paso en este sentido, al interrogarnos por la matriz socioeconómica y política que definió la configuración del mapa argentino desde el siglo XIX hasta los primeros años del XX. Para ello, colocamos en tensión procesos históricos que permitirían explicar una diversidad de situaciones que habrían configurado el crecimiento y la distribución de los médicos en distintos espacios del país. Proponemos contextualizar estas divergencias procurando visualizarlas como una de las claves de la desigualdad que caracterizó la existencia y distribución de esta ocupación en las distintas regiones, provincias y ciudades de la Argentina de nuestra época de estudio.

En una primera instancia analítica, colocamos en valor los datos de los censos de 1869, 1895 y 1914. Claro que, esta vertiente cuantitativa salda apenas un primer peldaño en nuestro estudio. En orden a las ideas anteriores, distinguimos entre dos tipos de procesos asociados, cada uno de ellos abordado en las dos secciones principales del trabajo. En primer lugar, damos cuenta del crecimiento global de los médicos en el país, recuperando variables e interpretaciones que asocian estas dinámicas a un proceso de construcción de orden y progreso propio de la progresiva afirmación del Estado y del ascendente desarrollo socioeconómico del país en estos años. En una segunda instancia, analizamos los valores de la presencia relativa de los agentes en las distintas provincias de la Argentina a partir de examinar las tendencias socioeconómicas generales del periodo 1869-1914, diferenciando momentos y trayectorias específicas y presentando algunos recursos gráficos que facilitan poniendo en evidencia los límites de una tradición interpretativa “optimista” que no problematizaba al hombre ni a los fenómenos demográficos en un tiempo y espacio

social (Otero, 2006: 208).

En esta segunda parte del trabajo, abordamos las divergencias del territorio argentino abonando en dos conjuntos de conjeturas. Existen elementos que nos permiten suponer que las ciudades, especialmente la de Buenos Aires, habrían constituido un mercado privilegiado para el establecimiento de médicos, de acuerdo al incremento de su población y densidad en los territorios, como a los procesos de consolidación de esta ocupación en su relación con el Estado en la estructuración de la salud pública y en función de la dinámica de creación de centros universitarios de época (González Leandri, 1997: 32). A propósito de estos dos últimos aspectos, conceptuamos a los médicos como ocupaciones en el cuidado de la salud y no como profesiones modernas, ya que en gran parte de nuestros años de estudio, su proyecto colectivo asociado a su egreso universitario (SarfattiLarson, 1979: 96) puede sólo identificarse en casos excepcionales.

El análisis de la distribución de los médicos nos lleva a discriminar en procesos diferenciales propios del extraordinario crecimiento de la ciudad y de la provincia de Buenos Aires, distinguiendo entre los casos particulares “incluidos” y “excluidos” del desarrollo sucesivo atravesado por la exitosa experiencia socioeconómica de la región litoral. Debe aclararse que seleccionamos para el análisis los datos correspondientes a las provincias, excluyendo los llamados Territorios Nacionales, debido a que, desde el punto de vista estadístico, el número de individuos ocupado en oficios referidos a la salud en esta etapa no era significativo¹.

En ambas secciones del estudio, nuestro principal material de trabajo lo conforman los censos nacionales realizados en el país desde la segunda mitad de siglo XIX. Claro que, a lo largo de trabajo integramos distintos aportes historiográficos especializados. Nos detenemos sobre aspectos demográficos del proceso de redistribución espacial de la población en la Argentina, en los itinerarios de conformación de la elite médica y sus relaciones de poder, así como en distintas contribuciones que, considerando distintos aspectos de las transformaciones vinculadas al “orden y progreso” nacional, nos permitan ensayar conjeturas e interrogantes sobre los factores que condicionaron el crecimiento y la distribución de los médicos en los distintos espacios del país.

Imagen y representación estadística de los tres primeros censos nacionales de población (1868, 1895 y 1914)

Una vez pacificado el país en la segunda mitad del siglo XIX, el “gran debut” estadístico de 1869 marcó el momento en que comenzó a generarse una fuerte construcción de instituciones y articulación de políticas de población, tejiéndose una

¹ Para indagar al respecto en los mencionados espacios territoriales, Véase Di Liscia(2009: 259-278).

estrecha asociación entre liberalismo clásico y estadística pública, entre el “contar para actuar” y el “contar para difundir” (Otero, 2006: 209 y 210). Históricamente, los dispositivos de 1866, 1895 y 1914 jalonaron dos etapas fundamentales en la historia argentina. En el anterior sentido, la visión política en la observación demográfica fue característica de estos años y la imagen forjada a partir de estos censos se insertó en procesos “objetivos” y “objetivables”, que aunaban factores que iban desde la construcción de la nación y la vertebración del Estado Nacional, a la modernización socioeconómica del país inmersa en el proyecto de la elite gobernante.

A partir de las primeras décadas del siglo XIX la expansión del comercio atlántico promovió una expansión ganadera que transformó a la Argentina en el primer mercado de América del Sur (y en el segundo después de EE.UU.) en la colocación de inversiones inglesas, favoreciendo una rápida acumulación de capital en los sectores productores locales, permitiendo la expansión urbana, el nacimiento de la industria y del sector servicios (Zebeiro, 1999: 295 a 298). Entre 1880 y 1916 se profundizaron las transformaciones iniciadas a mediados del siglo XIX y la Argentina se colocó entre las naciones más modernas entre los países latinoamericanos (Lobato, 2000: 11). Remarcamos que entre el segundo y el tercer censo nacional el país asistió a una extraordinaria expansión demográfica que duplicó la población en Argentina (Otero, 2006: 124).

Inmersos en dicho contexto, los censos fueron otorgando contenidos particulares a la idea de progreso nacional al dar visibilidad a ciertos fenómenos de una sociedad en transformación de la mano del ímpetu modernizador de sus élites. Esta “realidad matematizada” de la etapa 1869-1914 mostraba las profundas transformaciones de la época como símbolos de orden y progreso, expresadas fundamentalmente a partir de las dinámicas de inmigración y urbanización de esos años (Daniel, 2009: 16). Desde el siglo XIX y particularmente en los tres primeros censos nacionales convergieron tendencias locales al minimalismo metodológico en medición, con la interpretación y difusión de resultados en clave de propaganda exterior y doméstica de las particularidades nacionales relevantes (Otero, 2007: 163 y 164), generándose la representación que los Estados se daban de sí mismos y de la sociedad bajo su dominio (Otero, 2006: 334) (Daniel, 2009: 4).

Como definían los censos internacionales que sirvieron de guía científica y técnica a los especialistas locales, los tres diagnósticos de población nacional dedicaron una distintiva atención a la medición de las ocupaciones del país no obstante, recién fue a partir del Segundo Censo de la República que las profesiones dedicadas al cuidado de la salud y entre ellas los médicos comenzaron a ser contabilizadas con mayor rigurosidad. De acuerdo con la perspectiva optimista de estos años, la novedad más sugerente surgida luego del Censo de 1869 se definió alrededor de las menciones hechas por los comentaristas de los censos sobre los avances de

las categorías de ocupaciones consideradas como señales del progreso argentino (Otero, 2006: 258).

En este sentido, mientras por un lado, asumimos que alrededor de los primeros registros nacionales se constituyeron complejas representaciones de largo alcance histórico sobre la misma realidad que se censaba (Otero, 2006: 36) (Velázquez, Vega, Macchi & Gallo, 2007: 137) imperando en ello concepciones asociadas a los signos de riqueza y vitalidad de la nueva nación argentina. Por otro lado-y aunque esos patrones de interpretación no invalidaron los valores objeto de la actual reconstrucción- dicha impronta deja en evidencia la preeminencia de una mirada parcial, que soslayó aquellos factores que podían constituir un obstáculo para la construcción de la imagen de progreso del país (Otero, 2006: 28, 437 y 480). Es que, en los tres censos dominaba un modelo que regía la construcción de una imagen de Argentina de acuerdo con los parámetros que producía el éxito agroexportador; proyecto y proceso que, en la realidad empírica, estaba centrado en una acotada región litoral y anclado en la ciudad puerto. Parte de estos procesos fueron el contexto de sentido del que partía el examen estadístico el mundo de trabajo y que en esa dirección se obturaba la asociación entre la distribución de los galenos en el espacio argentino con el crecimiento diferencial de las regiones y sus profundas divergencias y desigualdades institucionales y socioeconómicas de la época.

El crecimiento de los médicos en la Argentina a partir de los tres primeros censos nacionales

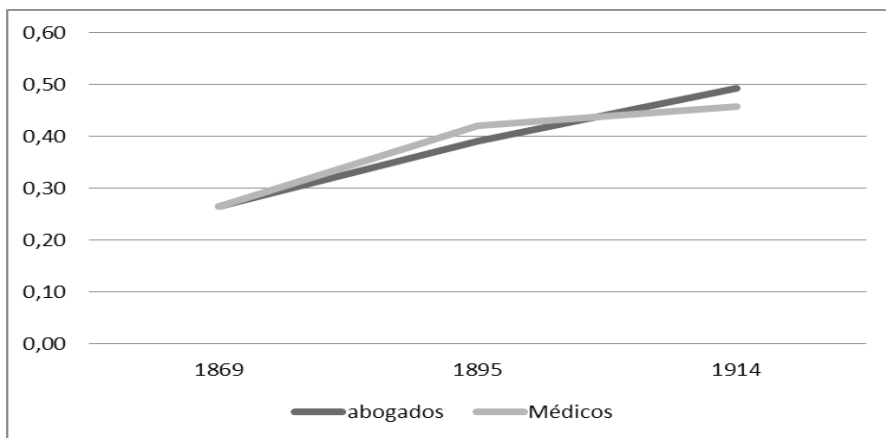
De acuerdo con la perspectiva optimista de estos años, la novedad más sugerente surgida luego del Censo de 1869 se definió alrededor de las menciones hechas por los comentaristas sobre los avances de las categorías de ocupaciones como señales del progreso argentino (Otero, 2006: 258). Una visión de conjunto nos permite advertir que las mediciones sobre el crecimiento de los médicos en el país daban consistencia a esta una especie de vínculo virtuoso que se asociaba a una Argentina que estaba progresando aceleradamente.

En esta dirección, como ha señalado González Leandri (2006: 39 y 40) los médicos fueron reconocidos tempranamente como portadores de saberes especializados y en sus vínculos con el Estado, fueron conformándose en una élite técnica enlazada a las demandas estatales, inmersa en el espacio público, especialmente a partir de la constitución de organismos especializados responsables de las políticas de salud y salubridad en toda el país. Resulta interesante abordar el proceso de crecimiento de los médicos como parte de una compleja relación dialéctica entre el proceso de consolidación de las élites profesionales y las dinámicas de modernización, institucionalización y legitimación estatal. A los fines de ponderar el crecimiento de

esta élite en conformación, ponemos en relación los valores que midieron la presencia de los médicos en el país, considerando a la vez la situación atravesada por los abogados, quienes fueron a lo largo del siglo XIX y principios del XX “la” élite estatal casi por definición, considerando a esta corporación profesional como portadora de saberes especializados constitutivos del Estado (Zimmermann, 2010:10)

Los datos muestran un constante incremento de la cantidad de médicos en el país, desde 458 en 1869, pasando a 1621 en 1895, llegando a 3455 en 1914. Esta evolución ascendente se corroboraría al considerarse la relación que existía entre el crecimiento del número de galenos y la cantidad de población en cada momento, uno de factores de mayor dinamismo durante nuestro periodo de estudio. Un comportamiento análogo se daría con los abogados, que también crecieron a partir de valores muy similares, desde 459 en 1869 a 1506 en 1895 y a 3716 en 1914. Da cuenta de esta correlación, el índice de médicos y abogados por cada mil habitantes, reflejada en la elaboración del el Gráfico 1.

GRÁFICO 1: Abogados y Médicos por cada 1000 habitantes en Argentina, según los censos de población de 1869-1895-1914



Fuente: elaboración propia sobre la base a los censos de la República Argentina de 1869, 1895 y 1914.

Mientras el crecimiento global de los médicos podría ser entendido como resultado de un desarrollo de factores de modernización nacional, este mismo comportamiento en los valores también se pondría en evidencia variables de poder ligadas a las dinámicas de consolidación profesional y sus relaciones con el poder estatal en cada momento. Como ilustra la Tabla I, durante nuestro periodo de estudio las tasas de crecimiento medio interanual de los médicos fueron espectaculares superando los de la población en su conjunto la que tuvo un crecimiento anual total en 1870-75 de 2,74 %, en 1895 de 2,94 % y en 1910-1915 de 1,72 % (Otero, 2006: 125).

TABLA 1: Tasa de Crecimiento Interanual de las Profesiones

Intervalos censales	TASAS DE CRECIMIENTO INTERANUAL	
	1869/1895	1895/1914
Médicos	4,30	3,80

Fuente: elaboración propia sobre la base a los censos de la República Argentina de 1869, 1895 y 1914.

El progresivo incremento de los médicos con tasas interanuales muy altas en el período 1869-1895, también particularmente elevadas en el siguiente, mostraría el rol clave que le cupo a la creación de espacios universitarios desde donde se generaron localmente los primeros profesionales médicos modernos locales. En referencia a ello debemos considerar la temprana creación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires en 1821 en la capital de país (ciudad de Buenos Aires)²y, unas décadas después la fundación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba (1877), aunque, la Alta casa de Estudio de Buenos Aires sumó más cantidad de médicos a aquellos lo que originalmente solo eran galenos extranjeros que en muchos casos homologaban para poder ejercer en el país. Por ejemplo en la Facultad de Córdoba se titularon hasta 1895 apenas 23 galenos, uno de los cuales -(Tomás A. Garzón)- se recibió el mismo año del censo (Rodríguez, 2006: Anexo I).

Los guarismos del crecimiento de los médicos en el país se vincularon al poder de esta élite y a sus éxitos en la construcción del monopolio profesional en asociación con el Estado de acuerdo a procesos de largo alcance en la historia de América Latina, con corolarios particulares a nivel nacional. En principio el período post independentista se identificó en toda América Latina con la necesidad de que los estados en vías de consolidación de acuerdo a sus distintos ritmos de conformación se involucraran en cuestiones de la salud colectiva (Cueto; 1996: 15 y ss). Siguiendo el análisis presentado por Cueto (2005: 51 y ss.) la aparición del Estado en la escena de la salud estaba asociado a las necesidades económicas de los países latinoamericanos que comenzaban a integrarse a la economía mundial como productores de materias primas.

Los imperativos de las élite se imbricaban la necesidad un Estado que necesitaba del afianzamiento de esta élite médica “[...] para el desarrollo de su propia capacidad de intervención, a veces material, a veces ideológica” (González Leandri,

² En lo que hoy es Argentina, la existencia de médicos *profesionales* -como sucedió en *toda América*- fue un fenómeno dependiente del poder colonial. Este poder introdujo los primeros diplomados en centros educacionales formales; condición sine quanon para referirnos al proceso de definición de una profesión moderna. Más tarde, muchos de esos galenos fueron arribando al país por iniciativa personal, viniendo a sumarse en una primera etapa sólo los egresados de la Alta Casa de Estudios en Medicina de la Universidad de Buenos Aires (Rodríguez, 2006: 9).

2000: 31). La indagación de estos impulsos históricos en Argentina ha mostrado que instituciones de dependencia estatal como el Consejo Provincial de Higiene (de Buenos Aires), nacionalizado por un decreto de 1880 y transformado en el Departamento Nacional de Higiene, impulsaron la influencia del cuerpo médico frente a sus conflictos con otras ramas del “arte del curar” (González Leandri; 1996: 66).

La expansión permanente en la cantidad de médicos estuvo expresada en parte en la creciente institucionalización de esta ocupación ligada a la regulación de sus prácticas especializadas y a las búsquedas de subordinar los denominados “ramos menores”³ y las prácticas empíricas del curar. Sin embargo estas dinámicas fueron históricamente complejas.

No es posible soslayar que inclusive en la provincia de Córdoba, único espacio en el interior nacional con una Facultad de Medicina, aún décadas después del Censo de 1914 los médicos no poseían un “el monopolio del saber y de las prácticas médicas” (Moreyra, 2009: 72-73), dándose constantes competiciones entre distintas estrategias de cuidado de la salud, como entre los médicos diplomados y los curanderos. En vinculación con el anterior análisis, entendemos que no habría existido para la época de estudio un panorama homogéneo en lo que se refiere a la presencia y penetración del Estado en las distintas latitudes de Argentina, ni en relación a la distribución de médicos en sus distintas provincias y regiones, experiencia que no podría ser asimilada al caso de la ciudad de Buenos Aires.

Hacia una caracterización de la distribución de los médicos en el territorio argentino

Abordar el crecimiento de los médicos en el país como un fenómeno pretendidamente nacional, si bien forma parte de una posible versión de este proceso, de ninguna manera logra dar cuenta de la complejidad ligada a las experiencias concretas que se asociaron con las heterogeneidades regionales y de las provincias del país. Las novedades que definieron la vida de la Argentina en su conjunto cristalizaron en proceso de “modernización nacional”, ligado a una profusa inmigración ultramarina y a clivajes de urbanización propios de la inserción en la economía mundo internacional. Pero, estas variables -junto a las migraciones internas de la etapa- darían cuenta, más bien, de una tensión histórica propia de la diversidad de situaciones que atravesaron y definieron a las distintas provincias y regiones argentinas del siglo XIX y principios de XX.

³ La jerarquización de los saberes y del ejercicio de la práctica médica comienza desde fines del siglo XIX a cristalizar en la creación de las escuelas de farmacia, odontología y partería en Buenos Aires en distintos momentos de siglo XIX (Di Liscia, 2005: 109); con unos años de retraso se dará un proceso semejante en el seno de Universidad de Córdoba (Garzón Maceda, 1927: 208).

Fueron tan decisivos los clivajes que se fueron afectando diferencialmente los distintos espacios argentinos que desde hace años se viene consolidando y profundizando la exploración de hipótesis que relacionan el crecimiento “moderno” con la desigualdad como su consecuencia inicial (Gelman, 2011: 13). A pesar que no es posible detectar una geografía unívoca y permanente, en las que se hagan coincidir las transformaciones económicas, políticas y sociales con límites espaciales exactos, es posible delimitar áreas en una Argentina que desde el siglo XIX venía definiéndose a partir de en un mapa de desigualdad.

Si bien originalmente estas matrices divergentes se vincularon a crisis del orden colonial, definiendo una complejidad que remite a situaciones temporales y espaciales particulares que dejan a la luz contornos y especificidades, a partir de 1880, una vez consolidada la organización nacional, cuajarán en el modelo agroexportador. La tendencia histórica que fue ordenando los espacios argentinos giró alrededor de regiones que fueron resultando excluidas e incluidas del “modelo nacional de progreso” en clara relación a las posibilidades de producción de materias primas y generación de mercados para la exportación. En términos generales, la direccionalidad de este crecimiento se vio reforzado por procesos sociodemográficos de incrementos acelerados de la población y por dinámicas de constitución de islotes de urbanización en el área identificada ubicados con la región litoral, espacio de mayor dinamismo: la ciudad y la provincia de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba. Por el contrario, el resto del país, con la parcial excepción de Entre Ríos y Mendoza, constituye de acuerdo a Otero (2006: 159) un área en que los cambios demográficos fueron mucho más lentos.

Estos factores habrían definido condiciones diferenciales para el establecimiento de los médicos en las distintas partes del país, fenómeno vinculado tanto a dinámicas propiamente ocupacionales (creación de monopolio cognitivo y en el ejercicio profesional), y a otras que, sin ser ajenas al procesos de consolidación profesional, como la institucionalidad estatal de esta élite, remitían a otra serie de factores históricos que no se remitían exclusivamente al proyecto de la corporación.

Uno de las cuestiones que aparece más claramente fue la puesta en valor de los mercados, principalmente ubicados en los entornos urbanos, evidentemente más dinámicos a nivel de población y desarrollo institucional. Asimismo, no podemos desconocer que a partir de 1880 los médicos se movilizaron para conciliar las reglamentaciones higiénicas derivadas de los convenios internacionales⁴(García, 1994: 104). Los higienistas, asociados con las matrices agroexportadoras de las elites en el gobierno, no tardaron en ubicarse en instituciones estatales. Los procesos más

⁴ La necesidad de poner en producción los territorios que habían sido arrebatados al indio desde la década de 1870, llevó a las elites (que estaban construyendo ese Estado y querían insertar al país en la economía-mundo) a preocuparse por el ingreso de capitales y mano de obra, así como a generar una política explícita de atracción de ambos factores para el desarrollo económico.

tempranos se produjeron en provincias y ciudades ligadas a aquella matriz de desarrollo. Dan cuenta de estas tendencias la creación en 1880 de la primera institución de salud con poderes nacionales, el Departamento Nacional de Higiene, financiado con dineros de la Marina argentina orientando sus acciones iniciales a la regulación de las cuarentenas y en el saneamiento de puertos y a ordenar la ciudad, de manera particular, la capital de país (Alejandro Kohl; 2006: 43).

Siguiendo esta matriz, la Tabla 2 nos permite retomar en términos globales las lecturas repasadas, poniendo en perspectiva los datos arrojados por los censos de 1869, 1895 y 1914, considerándolos porcentajes globales de distribución de la población y de los médicos entre los distintos espacios del territorio argentino.

TABLA 2: Población en valores absolutos y relativos y distribución porcentual de Médicos por provincia en los Censos Nacionales de 1869, 1895 y 1914

Distritos	Población 1869	% población	% médicos	Población 1895	% población	% médicos	Población 1914	% población	% médicos
Capital	177787	10,2	33,6	663854	17,2	39,9	1576597	20,9	51,1
Buenos Aires	317320	18,3	19,4	921168	23,9	19,8	2066165	27,3	17,5
Santa Fe	89117	5,1	7,9	397188	10,3	12,3	899640	11,9	8,9
Entre Ríos	134271	7,7	9,0	292019	7,6	5,4	425373	5,6	3,4
Corrientes	129023	7,4	7,9	239618	6,2	3,8	347055	4,6	2,2
Córdoba	210508	12,1	8,7	351223	9,1	6,9	735472	9,7	7,2
San Luis	53294	3,1	2,6	81450	2,1	0,9	116266	1,5	0,9
Santiago del Estero	132898	7,7	2,4	161502	4,2	1,7	261678	3,5	0,8
Mendoza	65413	3,8	1,3	116136	3,0	2,2	277535	3,7	3,1
San Juan	60229	3,5	1,3	84251	2,2	1,2	119252	1,6	0,8
La Rioja	46746	2,7	1,1	69502	1,8	0,8	79754	1,1	0,4
Catamarca	79962	4,6	1,7	90161	2,3	1,1	100391	1,3	0,6
Tucumán	108953	6,3	1,7	215742	5,6	2,0	332933	4,4	1,7
Salta	88933	5,1	0,9	118015	3,1	1,3	140927	1,9	0,8
Jujuy	40379	2,3	0,4	49713	1,3	0,8	76631	1,0	0,6
Total	1734833	100	100	3851542	100	100	7555669	100	100

Fuente: elaboración propia sobre la base a los censos de la República Argentina de 1869, 1895 y 1914.

La Tabla 2 permite verificar como una de las tendencias generales la mayor presencia de médicos en los 4 distritos principales de la Argentina, es decir en aquellos que tuvieron mayor poblamiento -considerando globalmente todos los años en estudio (Otero, 2006: 159). Identificamos su concentración superlativa en la ciudad de Buenos Aires y en las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba. Estos cuatro espacios en 1869 acumulaban 69,6% del total de médicos, representando hacia 1895 el 78,9% y hacia 1914 el 84,7%. La situación de la ciudad de Buenos Aires puede considerarse distintiva, ya que constituía el lugar de mayor acumulación de galenos, llegando a componer nada menos que la mitad de los mismos en 1914, seguida por varios dígitos por la provincia de Buenos Aires. En este mismo sentido observamos a partir de la Tabla 2, que salvo casos como los de Jujuy, Mendoza y

Tucumán a los que volveremos en la próxima sección, en todas las provincias no integradas a la región agroexportadora la cantidad de población y de médicos descendió conforme avanzaban los años y se plasmando en cada uno de los censos objeto de interés.

Indudablemente, este comportamiento verificaría nuestra lectura sobre las características del crecimiento y la modernización nacional, crecientemente centrada en la expansión de la ciudad puerto y en las provincias de la región litoral. Aunque la temprana creación de la Facultad de Medicina en la ciudad de Buenos Aires en las primeras décadas del siglo XIX, podría asociarse con un efecto en la cantidad de médicos censados en este espacio, ello tampoco podría entenderse sin reconocer la privilegiada situación que tuvo la ciudad en el modelo económico imperante y como metrópoli de la época. Esta ciudad fue en un centro de actividades administrativas, acogiendo desde 1862 a las autoridades nacionales y, en el año 1880 federalizándose como capital del país (Rocchi, 1994: 46 y ss.).

La relación existente entre la creación de facultades de medicina y el desarrollo socioeconómico de las regiones no puede considerarse mecánico, ya que, por ejemplo la expansiva provincia de Santa Fe no tendrá una Facultad de Medicina hasta la década de 1920. Históricamente, es posible visualizar complejas relaciones entre estos dos tipos de estímulos al incremento de profesionales. La situación de Córdoba expresada en la Tabla 2, apenas superada la primera mitad del XIX, estaría sugiriendo que los factores propios del crecimiento económico habrían diluido en parte la influencia histórica ligada a aquellos impulsos propios de la conformación de espacios para el estudio de la medicina de fines del siglo. Es que, si bien para 1869 Córdoba formaba parte de la región del “interior” del país, junto a las provincias de Santiago del Estero, Catamarca, La Rioja, Tucumán, Salta y Jujuy -que atravesaban una franca desarticulación de sus mercados internos por las condiciones definidas por el libre comercio exterior-, el primer Censo Nacional reflejaba un mayor número de médicos en esa provincia mediterránea en evidente asociación a una trayectoria económica ascendente previa a su ingreso al litoral exportador (Gelman&Santilli, 2011: 72-94), valores que no volvieron a repetirse en los siguientes censos. También en el caso de la provincia de Córdoba, el progresivo incremento de profesionales médicos desde exiguos valores a mediados del siglo XIX, hasta los crecientes guarismos que se registraron desde comienzos de la segunda década del XX, deben considerarse en relación no sólo a la creación de la Facultad local sino también por los avances institucionales del Estado provincial, el que absorbió a una parte importante de esta élite en cargos públicos, ya fueran en la gestión política o sanitaria local (Rodríguez, 2006: 110 a 112). Claro que, aunque Córdoba recuperó la senda del crecimiento a partir de 1880 y 1890, la distancia con Buenos Aires ya era abismal (Gelman&Santilli, 2011: 92) lo cual se reflejaría en los porcentajes de distribución

relativa de profesiones de la salud según los valores de los censos de 1895 y 1914 puestos en perspectiva en la Tabla II.

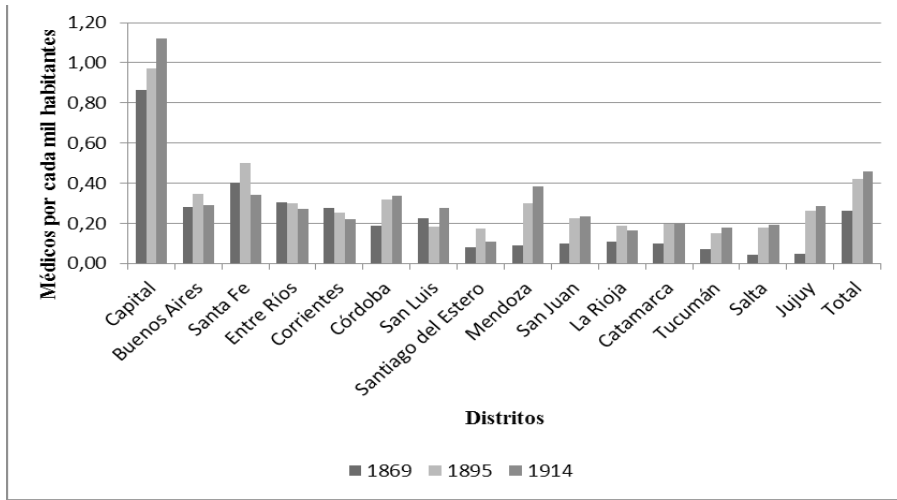
En contraste con la ciudad de Buenos Aires, debemos considerar que la gran mayoría de los espacios provinciales-con variaciones según la época considerada- sirven como ejemplos para referir aquellas provincias donde la mayor extensión rural habría dificultado ciertos controles en unos espacios que conjugaron importantes carencias en cantidad de médicos, con la escasez de marcos institucionales y deficiencias operativas que continuaron hasta las últimas décadas del siglo XIX. Ello, fue particularmente evidente en cuanto a la regulación de las profesiones del arte de curar, dejando en evidencia la necesidad de atender a los fenómenos históricos ligados a los más tardíos procesos de organización y consolidación de unos estados provinciales con significativos problemas en sus erarios.

Según planteamos en trabajos previos donde analizamos los procesos de distribución de curanderos y médicos diplomados a partir del censo de 1869 (Rodríguez, Carbonetti & Andreatta, 2013: 87-88) el caso de Buenos Aires y, parcialmente el de la ciudad-puerto de Rosario, habrían constituido importantes excepciones de profunda repercusión en la presencia de médicos. Puntualmente, para el caso rosarino, Agustina Prieto ha mostrado cómo la epidemia de cólera de 1867 movilizó a los gobiernos municipal y provincial, incentivando la valoración social de los profesionales médicos (1996: 59) mientras la ciudad de Buenos Aires, auxilió con sus propias instituciones al poder nacional, inmersa en una extraordinaria expansión socioeconómica (Gelman, 2011: 21).

Rasgos y ritmos de la distribución de los médicos y su relación con las divergencias en el desarrollo

Un acercamiento más detallado a la etapa 1869-1914 nos permite marcar momentos específicos que afectaron de distinta manera la distribución de los médicos, según los casos particulares. Si bien la distribución porcentual de la población y de los médicos en los distintos distritos del país nos ofrece una clara fotografía del mapa argentino que venía consolidando las divergencias del desarrollo nacional, es preciso ingresar a los diferentes comportamientos que fueron distinguiendo los decursos históricos de ciudad y la provincia de Buenos Aires, de las provincias del litoral y de las regiones del interior nacional, que no lograron insertarse en el circuito del comercio atlántico. Comenzamos observando estas particularidades en el gráfico 2 donde se expone a partir de los datos de los tres censos de población la distribución de los galenos por cada mil habitantes en cada una de las provincias argentinas en estudio y en la ciudad de Buenos Aires.

GRÁFICO 2: Médicos por cada mil habitantes en los distritos de la Argentina según los censos de población de 1869-1895-1914



Fuente: elaboración propia sobre la base a los censos de la República Argentina de 1869, 1895 y 1914.

Una de las consecuencias más persistentes de la expansión económica divergente se trasladó invariablemente a los valores de población. Como se mostró en el Tabla II, ya en el censo de 1869 se perfilaba una concentración de habitantes en las regiones metropolitana y pampeana, a la vez que se mantenía un porcentaje alto en el noroeste, siendo la provincia de Tucumán la más densamente poblada (Lobato & Suriano, 2010: 257-258). Fue extraordinaria la fuerza del crecimiento demográfico que experimentó la ciudad puerto de Buenos Aires, la que 1869, contaba con poco menos de doscientos mil habitantes y para 1895 albergaba más de medio millón, número que se triplica en veinte años, superando el millón y medio de habitantes para 1914. Como refiere Zeberio (1999: 321) el desarrollo económico del litoral argentino se enmarcó en una dinámica de llegada al Río de la Plata entre 1871 y 1895 de 1,9 millones de inmigrantes, los que representaban en provincias como Buenos Aires y Santa Fe, según los datos del Censo Nacional de 1895, alrededor del 50% de la población. Probablemente, estas flagrantes diferencias puedan explicarse a partir de la inmigración, pues como señala Alfredo Lattes, el componente migratorio fue el responsable de la redistribución interprovincial de población (2007: 17).

Asimismo, la importancia de la inmigración de origen europeo como componente del crecimiento poblacional del país se advierte en la relación población argentina y extranjera que surge de los censos. En 1895 el 74,5% de la población era nativa, pero en 1914 había disminuido al 69,3%. La mayor parte de los inmigrantes eran varones adultos, lo que modificó la relación entre los sexos al elevar el índice

de masculinidad a 115 en 1915. Observando el censo de población de 1895 encontramos una fuerte influencia de médicos extranjeros, en especial en las provincias centrales. Si bien para la ciudad de Buenos Aires, donde se encontraba más del 50% de los médicos totales del país, entre el 35 y 40% eran extranjeros, esos guarismos se extendían y profundizaban en algunas provincias como por ejemplo Buenos Aires, donde más del 50% del total de médicos eran extranjeros, siendo el caso más extremo el de la provincia de Santa Fe donde el 75% eran de origen foráneo. Se puede apreciar una tendencia a un mayor establecimiento de los médicos extranjeros en especial en las provincias centrales y mesopotámicas, mientras que en la región norte, donde había escasez de médicos, la mayoría eran criollos.

Por otra parte, la alta densidad de población, asociada con la urbanización fue especialmente evidente en el caso de la ciudad de Buenos Aires, habría implicado también de manera especial a las provincias de la región del litoral. Las distancias entre las principales ciudades del país se pueden visualizar señalando que 1869 vivían en ciudad de Buenos Aires 177.000 personas, siendo Rosario y Córdoba las únicas localidades de más de 20.000 habitantes.

Los clivajes urbanos/rurales poseen un profundo significado para un acercamiento interpretativo de las matrices de la distribución de las profesiones de la salud. Para 1869, apenas el 28,6% de una población total de 1.737.000 argentinos vivía en las ciudades, en el marco de un proceso de urbanización que, para el Censo de 1914, mostrará una realidad en plena transformación con el 52,7% asentada en las ciudades de una población de 7.885.200 habitantes (Liemur, 2000: 411). Si consideramos que en 1869,“(...) ya se insinuaba el fenómeno de la urbanización, perceptible con el crecimiento de la metrópoli, pero también con la diseminación de la población por pueblos y ciudades menores (...)”(Lobato & Suriano, 2001: 257-258) podemos contextualizarlos fenómenos protagonizados por las ciudades de Mendoza y Tucumán, las que contaban con 12.000 y 15.000 habitantes respectivamente pocos años antes de primer censo de población, constituyendo localidades que al comenzar la segunda mitad del siglo XIX eran verdaderos núcleos dinamizadores de la vida económica de áreas crecientemente valorizadas en las regiones de Cuyo y el Norte argentino (Campi&Jorba, 1999: 371-372).

En un contexto de crecimiento socioeconómico muy concentrado geográficamente, las estrategias de desarrollo periférico articuladas por algunas economías provinciales permitieron frenar la emigración de su población, incentivar en algunos casos la llegada de migrantes e incrementar la cantidad de médicos por cada mil habitantes. Estas evoluciones, si bien fueron excepcionales se trasladaron a mejoras substanciales en el caso de algunas provincias en lo que refiere a la cantidad de médicos cada mil habitantes. A partir de la tabla 3, ponemos en perspectiva estos valores y la posición relativa que ocupaban los distritos según la cantidad de médicos

TABLA 3: Rangos en la distribución de los médicos cada mil habitantes en los distritos de la Argentina según los censos de población de 1869-1895-1914

Distritos	Censo 1869	Rango	Censo 1895	Rango	Censo 1914	Rango
Capital	0,87	1	0,97	1	1,12	1
Santa Fe	0,40	2	0,50	2	0,34	3
Entre Ríos	0,31	3	0,30	5	0,27	6
Buenos Aires	0,28	4	0,35	3	0,29	4
Corrientes	0,28	5	0,25	7	0,22	8
San Luis	0,23	6	0,18	11	0,28	5
Córdoba	0,19	7	0,32	4	0,34	3
La Rioja	0,11	8	0,19	10	0,16	12
San Juan	0,10	9	0,23	8	0,23	7
Catamarca	0,10	10	0,20	9	0,20	9
Mendoza	0,09	11	0,30	5	0,39	2
Santiago del Estero	0,08	12	0,17	12	0,11	13
Tucumán	0,07	13	0,15	13	0,18	11
Salta	0,04	14	0,18	11	0,19	10
Jujuy	0,05	15	0,26	6	0,29	4
Total	0,26		0,42		0,46	

Fuente: elaboración propia sobre la base de los censos de 1869, 1895 y 1914

En el caso de Tucumán y Mendoza, luego de 1869 se asistió a un proceso de incremento en la cantidad de médicos, que pondría en evidencia una relación más bien inversa entre la crisis de mediados de la década de 1870 del comercio exportador de la región de Cuyo y el Norte hacia el mercado andino y del Pacífico (Bonau-do, 1999: 6). En estas dos provincias la desarticulación económica fue amortiguada exitosamente en la producción vitivinícola y la industria azucarera, respectivamente, mientras se daba la inserción de la Argentina en el mercado mundial como proveedora de materias primas. Espoleadas por estas dinámicas, en ambos casos se verificó un aumento en la cantidad de médicos cada mil habitantes, Tucumán pasó de ocupar el lugar número 13vo al 11vo entre 1895 y 1914 y Mendoza del rango 11vo en 1869, al 5to en 1895 llegando al 2do lugar en 1914.

Distinta realidad atravesaron las provincias cuyanas de San Juan y las nor-teñas de Salta y Jujuy o aquellas otras más cercanas al centro del país como Cata-marca, Santiago de Estero y La Rioja, las que además durante los censos en estudio perdieron sistemáticamente población nativa por una migración interna interprovin-cial que atravesó todo el periodo (Otero, 206: 151). En estos espacios la crisis men-cionada fue más difícil de reconvertir, con parciales excepciones por la producción de vino en San Juan y azúcar en Jujuy (Rocchi, 1999: 45 a 49). En términos de cantidad

de médicos, con la excepción de Jujuy que paso de ocupar el lugar número 15 en 1869, al 6to en 1895 llegando al 4to en 1914, el decaimiento económico se visibilizo sin duda en la baja proporción de estas profesiones de la salud presente en estos lugares

Frente a un cuadro de situación que bien puede entenderse a partir de regiones y provincias “perdedoras y ganadoras”, la balanza se fue inclinando cada vez de manera más contundente a favor de la ciudad de Buenos Aires y la región litoral en detrimento del resto del país. Ni siquiera fue equiparable el éxito de una u otra provincia o ciudad integrada a la región litoral.

En casos como los de Corrientes y Entre Ríos –provincias integradas en los años del Primer Censo al desarrollo de la región litoral- se registró una cantidad de médicos que disminuyó en los registros subsiguientes, cuando esas matrices socioeconómicas comenzaron a diluirse. De esta forma ambas provincias fueron descendiendo en el orden jerárquico de provincias con mayor cantidad de médicos cada mil habitantes. Asimismo, en sentido contrario – Ver Tabla III- se destacaría una vez más la situación de la ciudad capital del país y de la provincia de Buenos Aires, sumándose “el despegue de algunos distritos de Santa Fe que parece producirse entre finales de los años 1850 y 1860” y que se consolidará durante todo nuestro periodo de estudio (Gelman, 2011: 20).

Esta orientación de larga vida en el país, recibió un espaldarazo categórico cuando desde fines del XIX las fábricas de la ciudad de Buenos Aires dieron su toque de gracia a la caída de las industrias regionales artesanales del interior, reemplazando sus impulsos en la producción de manufacturas. La llegada de los trenes mejoró posibilidades para vender esta producción porteña inclusive en los propios lugares desplazados, dinámica de desarticulación estimulada desde hacía años atrás por el ingreso de las exportaciones europeas. A partir de allí y por largos años varias provincias tuvieron que contar, como fuente de supervivencia, con la realización de algún emprendimiento puntual y el envío de subsidios de parte del Estado central (Rocchi, 1999: 49 y 50).

Desde este panorama, el mapa argentino definía las condiciones de una flagrante desigualdad en la presencia de médicos en los distintos espacios del país, bosquejándose un escenario de vulnerabilidad sanitaria claramente territorializada. Según constatamos en el Gráfico 2 y en la Tabla III salvo algunos casos ya repasados, esta orientación se delineó desde el Censo 1869, sin revertirse luego de 35 años. Así, en el Censo de 1914 encontramos que, mientras la ciudad de Buenos Aires poseía más de un médico cada 1000 habitantes ocupando en todos los censos el primer lugar en cuanto a cantidad de médicos por cada mil habitantes, la mayoría de las provincias tenían menos de uno, cada 3000 o 5000, delineándose alrededor de ellas un entramado de vulnerabilidad de largo aliento histórico

Conclusiones

El crecimiento de los médicos en Argentina y su distribución relativa en los distintos espacios de su territorio de acuerdo a los censos de 1869, 1895 y 1914, puede comenzar a entenderse a partir de dos procesos históricos imbricados y contradictorios. Desde una perspectiva, el importante incremento en la cantidad de médicos registrado en los tres censos nacionales se insertaría en dinámicas propias del notable progreso económico y la diversificación social que atravesó la Argentina gracias a la incorporación del país en el mercado mundial de la época.

En esta “modernización nacional” se conjugaron dinámicas de inserción del país en el capitalismo internacional como abastecedor de materias primas de origen agropecuario, de la mano de un extraordinario flujo de inmigración ultramarina que fue una suerte de telón de fondo que promovió una visión optimista de época, articulada a partir de los procesos de consolidación del Estado Nacional. Estas tendencias fueron particularmente evidentes en la modelación e interpretación de los censos nacionales de población que comenzaron a realizarse en el país con el “gran debut” de 1869.

Desde otra mirada, nos introducimos en los límites de una lectura estadística de época que ancló sus visiones en “(...) factores geográficos, de inevitabilidad y naturalización de un proceso que se percibe como positivo, no contradictorios y autoequilibrado (...)” (Otero, 2006: 328). Aunque el pensamiento y la práctica estadística argentina estuvo dirigida a enfatizar las virtudes del país y las variables de desarrollo de la sociedad nacional, no sería posible poner en entredicho los valores presentados por los registros en consideración, sino más bien referirnos a una dilución de posibles interpretaciones sobre las divergencias regionales en los fenómenos sociodemográficos considerados.

Una vez que pusimos en consideración los valores que pretendieron medir la presencia de los médicos en los distintos espacios del territorio nacional fue evidente la imposibilidad de persistir en la asociación entre la distribución de esta ocupación con las dinámicas de expansión y modernización socioeconómica del país. Inclusive, como hemos marcado las relaciones de los médicos y el Estado que busca integrar a esta élite al aparato estatal para mejorar su capacidad de intervención en la sociedad y su regulación de las condiciones de la economía de época, fueron divergentes según las regiones en foco.

Más allá de los momentos y casos particulares, cuestión que abordamos de manera especial en la última sección del trabajo, la distribución de los médicos fue por completo desigual según los espacios considerados. Según hemos intentado definir, las tendencias de la distribución se podrían explicar poniendo bajo análisis un conjunto de factores íntimamente imbricados con el proceso de diferenciación en el

desarrollo socioeconómico de las regiones durante todo nuestro periodo de estudio. Específicamente hemos enfatizado en aquellas problemáticas asociadas a los fenómenos de incremento de la población y su densidad, de acuerdo a los clivajes urbanos y rurales y su relación con las dinámicas de conformación de un mercado que los médicos pretendían cautivar y monopolizar insertándose en instituciones del Estado.

En efecto, fue posible asociar una mayor concentración de esta ocupación en la ciudad de Buenos Aires y en las provincias integradas a la región económica del litoral del país. De acuerdo con las tendencias identificadas, esta ocupación se asentó de manera predominante en las zonas de mayor desarrollo urbano, como fueron los casos de Santa Fe –especialmente en su localidad de Rosario- y la ciudad Buenos Aires, zonas con una mayor penetración estatal. En contraposición, la historia definida por los valores que arrojaron los censos, muestra que el resto de las provincias, incluyendo la de Buenos Aires, se van agrupando en un mapa de asimetrías y vulnerabilidad. Como destacamos, las distancias entre la cantidad de médicos entre un espacio y otros fueron enormes.

Sin soslayar que nuestras aproximaciones tienen un fuerte sesgo conjetural que deberían ser profundizadas en futuros trabajos, marcamos al menos dos contribuciones al campo de estudio. Por una parte, recuperamos el valor heurístico de los censos nacionales, incorporando por primera vez a la agenda de investigaciones ciertos renglones de la historia los médicos desde una visión federal, por fuera de aquellos límites tradicionalmente recorridos por la historiografía e identificados ambiguamente como “nacionales”. Por otra parte, hemos sentado aportes para el desarrollo de una agenda de investigación interesada en vincular la presencia y la distribución de los médicos con los procesos de construcción histórica de un mapa del territorio argentino que visibiliza una flagrante desigualdad de largo alcance en la historia nacional. Entendemos que sólo reconociendo al espacio nacional como complejo, heterogéneo y contradictorio es posible recorrer distintas trayectorias en materia de historia de la medicalización y la configuración de la salud pública argentina. Más aún, sólo por ese camino es posible explicar y transformar una realidad que en cuanto a la presencia de los médicos -y también de otros profesionales de la salud-aún en la actualidad, manifiesta tensiones y desigualdades regionales que ponen en entredicho la posibilidad de un auténtico progreso y modernización nacional.

Bibliografía

Argentina (1869) Dirección General de Estadísticas y Censos, *Censo de Población*. Córdoba.

Argentina (1895) Dirección General de Estadísticas y Censos, *Censo de Población*. Córdoba.

- Argentina (1914) Dirección General de Estadísticas y Censos, *Censo de Población*. Córdoba.
- Belmartino, Susana (2007) “Coyuntura crítica y cambio institucional en salud: Argentina en los años 40”. En *Salud Colectiva*, Vol.3, No. 2.
- (2008) “Identidades profesionales médicas en el siglo XX”. En: Adrián Carbonetti y Ricardo González Leandri (eds.), *Historias de salud y enfermedad en América Latina. Siglos XX y XXI*. Córdoba: CEA/Universidad Nacional de Córdoba.
- Bonaudo, Marta (Dir.) (1999) *Liberalismo, Estado y orden burgués (1852-1880)*. Nueva Historia Argentina. Buenos Aires: Sudamericana.
- Campi, Daniel y Jorba, Richard (1999) “Las tendencias a la formación del mercado interno. Las producciones regionales extrapampeanas”. En: Marta Bonaudo (coord.), *Liberalismo, Estado y Orden Burgués, 1852 – 1880, Nueva Historia Argentina*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Candelaresi Ana María (1999) *Entre lo dicho y lo hecho. Los inmigrantes italianos en la provincia de Córdoba a fines del siglo XIX*. Córdoba: Azzurra.
- Cueto, Marcos (1996) *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina: Nuevas Perspectivas Históricas*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos/Organización Panamericana de la Salud.
- (2005); “Instituciones sanitarias y poder en América Latina”, en *DYNAMIS*. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus,
- Daniel, Claudia (2009) “El Estado argentino y sus estadísticas: el derrotero de un largo proceso de institucionalización (1864-1968). En *Illapa, Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*, Vol. 2, No.5.
- Di Liscia, María Silvia (2005) “Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familias y medicalización en la Argentina 1940-1970”. En *Signos Históricos*, No. 13
- (2008) “Imaginario y derroteros de la salud en el interior argentino. Los Territorios Nacionales (fines del siglo XIX y principios del XX)”. En *Entre pasados. Revista de Historia*, Vol. 18.
- (2009) “Cifras y problemas. Las estadísticas y la salud en los Territorios Nacionales (1880-1940)”. En *Salud Colectiva*, Vol. 5, No. 2.
- Fernández, María Estela & Parolo, María Paula (2008) “Controles, manifestaciones y límites del “arte de curar” en Tucumán durante el siglo XIX”, en Adrián Carbonetti y Ricardo González Leandri (eds.), *Historias de salud y enfermedad en América Latina*, Universidad Nacional de Córdoba, Centro de Estudios Avanzados, Córdoba, pp. 95-113
- García, Juan César (1994) *Pensamiento social en salud en América Latina*. México DF: Interamericana McGraw Hill/OPS.
- Garzón Maceda, Félix (1927) *Universidad Nacional de Córdoba: historia de la Facul-*

tad de Ciencias Médicas. Córdoba: Imprenta de la Universidad.

Gelman, Jorge (Comp.) (2011) *El mapa de la desigualdad en la Argentina del siglo XIX*. Rosario: Prohistoria.

-y Santilli, Daniel (2011) "Crecimiento económico, divergencia regional y distribución de la riqueza. Córdoba y Buenos Aires después de la independencia". En: Jorge Gelman (comp.), *El mapa de la desigualdad en la Argentina del siglo XIX*. Rosario: Prohistoria.

González Leandri, Ricardo (1996) "La profesión médica en Buenos Aires: 1852-1870". En: Mirta Lobato (ed.), *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de la historia de la salud en Argentina*. Buenos Aires: Biblos.

(1997) "Académicos, doctores y aspirantes. La profesión médica y la reforma universitaria: Buenos Aires 1871-1876". En *Entrepasados*, Vol. 4, No. 12.

(1998) "Asociacionismo y representación de intereses médicos en Buenos Aires, 1852-1880". En *Asclepio*, Vol. 50, No. 2.

(2000) "Notas acerca de la profesionalización médica en Buenos Aires durante la segunda mitad del siglo xix". En: Juan Suriano (ed.), *La cuestión social en Argentina 1870-1943*. Buenos Aires: La Colmena.

(2006) "La consolidación de una inteligencia médico profesional en Argentina: 1880-1900". En: Diálogos Revista Electrónica de Historia, Vol 7 No 1.

Kohl, Alejandro (2006) *Higienismo argentino. Historia de una utopía*. Buenos Aires: Ed, Dunken

Lattes, Alfredo (2007) "Esplendor y ocaso de las migraciones internas". En: Susana Torrado (comp.), *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario. Una historia social del siglo XX*. Buenos Aires: Editorial Edhasa.

Liernur, Jorge Francisco (2000) "La construcción del país urbano". En: Mirta Zaida Lobato (Ed.), *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*. Buenos Aires: Sudamericana.

Lobato, Mirta Zaida (Dir.). (2000) "El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)". En: *Nueva historia argentina*. Buenos Aires: Sudamericana.

-y Suriano, Juan (2010) *Nueva Historia Argentina. Atlas histórico*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

Moreyra, Beatriz (2009) "Los avances en la construcción del Estado Social en Córdoba (1914-1930): legislación social y prácticas asistenciales". En *Población & Sociedad*, No. 16.

Otero, Hernán (2006) *Estadística y nación. Una historia conceptual del pensamiento censal de la Argentina moderna, 1869-1914*. Buenos Aires: Editorial Prometeo.

- (2007) "Censos antiguos, 1869, 1895, 1914, 1947". En: Susana Torrado (comp.), *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario. Una historia social del siglo XX, Serie Estudios del Bicentenario*. Buenos Aires: Edhasa.
- Piazzesi, Susana (2009) "Las modalidades del intervencionismo social en un gobierno provincial. Santa Fe, 1937-1943" En *Revista Ciclos*, Nos. 35/36.
- Prieto, Agustina (1996) "Epidemias, higiene e higienistas en la segunda mitad del siglo XIX". En: Mirta Lobato (comp.), *Política, médicos y enfermedades*. Mar del Plata: Biblos.
- Rocchi, Fernando (1994) "La armonía de los opuestos: industria, importaciones, y construcción urbana de Buenos Aires en el período 1880-1920". En *Entre-pasados, Revista de Historia*, Vol. 4, No.7.
- (1999) "El péndulo de la riqueza: la economía argentina en el período 1880-1916" En: Mirta Zaida Lobato (Ed.), *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Rodríguez, María Laura (2006) *Perspectivas en torno a la consolidación de la élite médica de Córdoba, epidemias y Estado. 1878-1923*. Tesis de licenciatura en Historia, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.
- Rodríguez, María Laura, Carbonetti, Adrián y Andreatta, María Marta (2013) "Prácticas empíricas y medicina académica en Argentina. Aproximaciones para un análisis cuantitativo del Primer Censo Nacional (1869)". En *Historia Crítica*, No. 49.
- Sarfatti Larson, Magallí (1979) *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. Berkeley: University of California Press.
- Souza, Pablo y Hurtado, Diego (2008) "Los 'diputados médicos': clínica y política en la disputa por los recursos públicos (1906-1917)". En *Asclepio*, Vol. 60, No. 2.
- Velázquez, Guillermo; Vega, Andrea; Macchi, José y Gallo, Andrea (2007) "Representaciones del territorio argentino a partir del Primer Censo Nacional". En: Susana Torrado (comp.), *Población y Bienestar. La Argentina del primero al segundo Centenario*. Buenos Aires: Edhasa.
- Zeberio, Blanca (1999) "Un mundo rural en cambio". En: Marta Bonaudo (Dir.), *Nueva Historia Argentina*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Zimmermann Eduardo (2010) "Elites técnicas estatales: abogados y juristas". En: Marcela Ferrari y Mariana Pozzoni (Directoras de Dossier) *Boletín Bibliográfico Electrónico del Programa Buenos Aires de Historia Política*, Año 3, número 6.

***Mortalidad, Años de Esperanza de Vida Perdidos y
Objetivos de Desarrollo del Milenio vinculados, por regiones
socioeconómicas. (Argentina 2001-2010)***

*Martín Saino
Facultad de Ciencias Económicas / UNC
CIECS / CONICET y UNC*

Resumen

Las condiciones de vida de una población están fuertemente ligadas a la distribución espacial de las actividades económicas como a sus niveles de desarrollo y conforme ello presentan diferencias sociodemográficas. Por tanto, condiciones de vida disímiles pueden ser explicadas por una selección adecuada de variables que pueden ser agrupadas con cierto grado de homogeneidad, para conformar lo que hemos denominado regiones. Sobre esa base se analiza la mortalidad, sus causas y el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) vinculados al acceso a la salud. Los ODM estaban planteados para ser alcanzados en 2015 pero las metas establecidas y el avance de indicadores aún cobran fuerza, en particular al ser trabajados a un menor nivel una desagregación que frecuentemente no se dispone. La regionalización fue realizada ad hoc y con el objeto de mostrar las desigualdades demográficas que se presentan al interior del país.

Palabras clave: Desigualdad, Regiones socioeconómicas, Mortalidad, Objetivos de Desarrollo del Milenio

Summary

The living conditions of a population are strongly linked to the spatial distribution of economic activities as to their levels of development and as they present sociodemographic differences. Therefore, dissimilar living conditions can be explained by an adequate selection of variables that can be grouped with a certain degree of homogeneity, to conform what we have called regions. On this basis, mortality, its causes and the progress of the Millennium Development Goals (MDGs) linked to access to health are analyzed. The MDGs were planned to be achieved in 2015, but the established goals and the advancement of indicators are still gaining strength, particularly when a disaggregation is worked on at a lower level, which is often not available. The regionalization was carried out ad hoc and in order to show the demographic inequalities that occur within the country.

Keywords : Inequality, socioeconomic regions , mortality , Millennium Development Goals

Introducción

Behn Rosas (1992: 13) sostiene que *“los determinantes estructurales a nivel grupal operan en el sitio donde el hombre trabaja y vive, lo que condiciona un acceso diferencial a bienes y servicios y, como consecuencia, genera condiciones de vida distintas e inciden en el proceso salud-enfermedad”*. En este trabajo, se pretende aproximar a esos determinantes estructurales mediante la clasificación de las provincias en grupos homogéneos a los que hemos denominado regiones.

De acuerdo a ello se analiza la mortalidad asociándola con *variables subyacentes* a nivel macro y derivadas a partir de un determinante sistémico como es “la organización social”. Esas variables se encuentran interactuando en la regionalización propuesta -que se asienta en datos del Censo 2001- y se constituye en la base de comparación de la evolución y variaciones de la mortalidad.

Para el análisis demográfico de la mortalidad se trabaja con indicadores propios y sobre la base de estadísticas vitales durante el período intercensal para cada una de las regiones conformadas. En primer lugar se presenta para el año 2008, la tasa de mortalidad tipificada, la tasa de mortalidad infantil de esa cohorte y los años de esperanza de vida perdidos (desde el nacimiento hasta los 75 años de edad). La elección de ese año 2008 se debe a que es un año relativamente espaciado del momento censal y servirá no solo a los fines analíticos sino también para validar la consistencia de la regionalización que se efectúa al inicio del período de análisis..

Por otra parte, para medir el “cambio” de la mortalidad entre 2001 y 2010 se utilizan los AEVP, realizando un análisis por grupo etario y causas de muerte.

Para ese mismo período se trabaja con los ODM asociados a la dimensión salud. Particularmente con mortalidad infantil (ODM 5), salud materna (ODM 6) y VIH/SIDA y otras enfermedades (ODM 7). Al trabajar con los indicadores y las metas establecidas a nivel de las regiones construidas, se desagrega información que en general se trabaja sólo a nivel de país, además la relevancia de tales indicadores constituyen una herramienta significativa para analizar situaciones de vulnerabilidad al interior del país.

Al analizar, el cambio, las variaciones y la evolución de esos indicadores para bases territoriales diferentes permite advertir la configuración de una dinámica, también diferente. A su vez, esa dinámica puede enmarcarse en términos de transición demográfica (Torrado, 2007:18), particularmente en la transición epidemiológica dentro del proceso de transición de la mortalidad (Omran, 2001). En ese contexto, es que

se afirma que en Argentina, en la actualidad, las enfermedades del sistema circulatorio como los tumores tienen un predominio sobre las restantes, lo que permite afirmar que “*la estructura de causas de muerte es la típica de una situación de postransición epidemiológica*” (Pantelides y Morero, 2009: 91). Sin embargo, tal como señalan Carbonetti y Celton (2008) no existe una sola transición sino varias al interior del país.

Conforme esas referencias los resultados que se presentan aquí coinciden con ello. Así, por ejemplo, al analizar el cambio en los Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP) se advierte que la evolución de los menores de un año como en el grupo 1-4 años es positiva como así también un aumento vinculado con enfermedades del sistema circulatorio y causas externas, en los grupos etarios más altos. Ello, sin dudas, representa una mejor situación epidemiológica, particularmente en las regiones menos favorecidas. Así mismo al observar la evolución de los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (particularmente los que se asocian con el acceso a la salud) respecto a las metas permite determinar la cuantía del rezago en cada una y enfocar los esfuerzos grupos poblacionales más vulnerables. Los resultados varían de acuerdo a las regiones construidas y algunos indicadores mostraban dificultades para alcanzar esas metas y otros se encontraban muy lejos de ellas, incluso a nivel país.

Consideraciones metodológicas

Las unidades primarias de análisis son las regiones construidas para describir las poblaciones bajo estudio, mientras que en segundo lugar se catalogan las unidades administrativas mayores.

Para la conformación de las regiones, se asume que para una determinada unidad administrativa la naturaleza multivariada de las condiciones a la que población se encuentra expuesta, amerita su descripción a través de una tabla de datos o matriz X , que contiene cierta cantidad de variables, p , (indicadores, en este caso) referido a un conjunto de unidades estadísticas, n , (provincias). Sobre esa tabla de datos y con el propósito de identificar y caracterizar grupos de provincias en condiciones homogéneas, se aplicaron métodos de análisis exploratorio multidimensional. En primer lugar, se realizó un Análisis de Componentes Principales (ACP) seguido luego por un Análisis de Cluster. Asimismo se presupone que los indicadores utilizados a tales fines -elaborados a partir de los datos del Censo 2001- constituyen una expresión de cuestiones básicamente estructurales de población y que resume otras variables subyacentes sobre las que se intenta indagar (Saino, 2014).

Conforme a esa perspectiva, los indicadores pueden encuadrarse en cinco dimensiones: a) Ocupación - *proporción de la población de 14 años o más que califican como trabajo profesional y trabajo no calificado*, en lugar de tomar las tasas de

empleo y desempleo en un momento determinado-; b) Educación – *tasa de analfabetismo* de la población de 10 años y más-; c) Salud, acceso al sistema y salud sexual y reproductiva -*Esperanza de vida al nacer, tasa global de fecundidad, porcentaje de población sin cobertura de obra social, plan médico o mutual-*; d) Vivienda e Infraestructura - *la proporción de población en casas tipo A y departamentos* (sobre población censada en hogares), *presencia de servicios en el segmento* (cloaca, agua de red, energía eléctrica de red, gas de red, alumbrado público, pavimento, recolección de residuos, transporte público, teléfono público)-; e) Recursos corrientes y patrimoniales de los hogares -Índice de Privación Material de los Hogares (IPMH)-.

En cuanto a las razones de la elección de los indicadores de mortalidad, se escoge la tasa de mortalidad tipificada que se obtiene mediante el método de tipificación directa. De ese modo se elimina el efecto que produce la estructura por edades sobre la tasa global. Para aplicar este procedimiento se consideraron las tasas de mortalidad por regiones y la estructura de edades de una población tipo y a partir de ella, la cantidad de defunciones esperadas si la población tuviera la estructura de edades de aquella¹.

La tasa de mortalidad infantil, explica el nivel de mortalidad que existe durante el primer año de vida y es una buena medida del riesgo de la población. Habida cuenta de que el concepto de riesgo es netamente probabilístico, el alto riesgo se asocia con una alta probabilidad de que suceda el hecho. En primer término, se utiliza la tasa cohorte de 2008 para medir la probabilidad de morir entre el nacimiento y la edad exacta de 1 año. Luego, una tasa más refinada como la proveniente de las tablas de vida para cada una de las regiones.

En cuanto al cálculo de los años de esperanza de vida perdidos (AEVP) Arriaga explicita: *“El concepto de AEVP es la diferencia entre el máximo número de años que en promedio una población puede vivir entre dos edades (la diferencia entre tales edades) menos el número de años promedio que realmente dicha población vive entre las dos edades (que es la esperanza de vida temporaria entre tales edades)”* (Arriaga, 2014: 102). Este índice recoge la edad en que se produce la defunción de tal manera que las muertes que acaecidas en las edades más jóvenes tendrán un mayor impacto en la esperanza de vida y se reflejarán en los AEVP. Este mismo indicador se utiliza para medir el “cambio” de la mortalidad entre 2001 y 2010, realizando un análisis por grupo etario y causas de muerte. Ese cambio puede ser calculado en términos absolutos o en términos relativos: a) el cambio absoluto es la diferencia en la cantidad de AEVP de una población entre los dos momentos considerados y permite evaluar el impacto que las variaciones en la mortalidad tienen sobre el promedio

¹ Población con una estructura de edad intermedia a la de las poblaciones bajo estudio, la que se obtuvo como el promedio ponderado de las poblaciones de cada región por la cantidad de provincias que las conforman (Alvarez y González, 2011: 21).

de años vividos por la población. Ello se refleja en la esperanza de vida temporaria entre dos edades (bajo el supuesto de mortalidad nula) de un momento a otro.; b) El cambio relativo es el porcentaje promedio anual de cambio en los AEVP entre dos momentos y mide la velocidad de cambio en la mortalidad permitiendo identificar las causas de muerte que lo hacen más rápidamente.

Finalmente se abordan los ODM asociados a la dimensión salud: mortalidad infantil (ODM 5), salud materna (ODM 6) y, el VIH/SIDA y otras enfermedades (ODM 7). La decisión de trabajar con los indicadores definidos en ese contexto se debe a que poseen una referencia temporal concreta, con metas bien especificadas y con el compromiso, asumido por el país, en trabajar para alcanzarlas- Los indicadores son aquellos consensuados en la Declaración del Milenio (2000) y otros que fueron incorporados con posterioridad, ya sea mancomunadamente o por nuestro país. Entre ellos se encuentran, mortalidad infantil, mortalidad en la niñez, mortalidad materna, Coeficiente de Gini para medir la desigualdad entre las tasas consideradas, mortalidad e incidencia de SIDA y tuberculosis Aplicación del Tratamiento Abreviado Estrictamente Supervisado (TAES), Chagas y Paludismo (CNCPS, 2012). Como puede advertirse esos indicadores, si bien tenían objetivos para alcanzar en 2015, tienen una relevancia especial por lo que representan en términos de evaluación de la situación epidemiológica y condiciones de vida en la población.

Las regiones², nuestra base de comparación.

Los resultados de la aplicación de los métodos utilizados (ACP y Análisis de Cluster) se pueden representar gráficamente mediante un biplot en el que se observa tanto la asociación de todas las variables activas (indicadores), como también el conjunto de comparaciones entre todas las unidades de observación (provincias). Esas representaciones muestran las variables que miden realidades semejantes sobre el conjunto de provincias y permiten visualizar las similitudes y diferencias existentes entre ellas.

Así, el ACP realizado sobre el conjunto de indicadores, permite obtener un espacio de dimensión más reducida sobre los que cada provincia puede representarse como un punto en un espacio de coordenadas cartesianas (Gráfico 1), de manera tal que en lugar de estar caracterizadas por los indicadores correspondientes, pasan a estarlo por las coordenadas sobre los ejes transformados (factores).

El primer factor opone a las provincias que tienen mejores condiciones de vivienda, alto nivel de servicios y mayor esperanza de vida con las que poseen ma-

² Un mayor nivel de desarrollo y fundamentación de las regiones puede consultarse en Saino, M. (2014)

yor analfabetismo, mayor fecundidad y mayor IPMH; mientras que el segundo factor opone aquellas provincias que tienen alto nivel de profesionales con las que tienen alto porcentaje de obreros sin calificación y con bajo nivel de cobertura en salud. A su vez, existe una alta correlación negativa entre los indicadores, así por ejemplo hacia la izquierda se encontrarán las provincias que tienen mejores condiciones de vivienda, mientras que hacia la derecha se encontrarán aquellas con condiciones de vivienda más desfavorables.

En una segunda etapa es posible graficar las provincias sobre esos ejes factoriales y, sobre la base de medidas de distancia euclídea agrupar las provincias cercanas en clusters comunes (por aplicación, en este caso, del método de Ward) representados en el Gráfico 2 por los puntos sombreados más grandes. De aplicación del procedimiento anterior se obtuvo la siguiente clasificación (regiones), ordenada de la que cuenta con condiciones más favorables a las menos favorables: **Región 1** (Cluster 1/6): Ciudad Autónoma de Buenos Aires; **Región 2** (Cluster 2/6): Santa Cruz y Tierra del Fuego; **Región 3** (Cluster 3/6): Buenos Aires, Neuquén, La Pampa, Mendoza, Río Negro, Santa Fé, Córdoba y Chubut; **Región 4** (Cluster 4/6): Entre Ríos, Catamarca, San Juan, San Luis, La Rioja; **Región 5** (Cluster 5/6): Jujuy, Salta, Tucumán; **Región 6** (Cluster 6/6): Chaco, Formosa, Santiago del Estero, Misiones, Corrientes. Dicha clasificación se representa en el Mapa 1.

Mortalidad en el año 2008

Tal como se ha señalado, calcular indicadores de mortalidad para el año 2008 nos permite realizar dos análisis concurrentes. Por un lado dar cuenta de las diferencias regionales en cuanto a mortalidad y por el otro validar la consistencia de la regionalización propuesta.

En la Tabla 1 se exponen la tasa de mortalidad tipificada y la tasa de mortalidad infantil para la cohorte de ese año para cada región. La primera es un indicador global para cada una de esas regiones y libre del efecto extrínseco que produce la estructura por edad y es indicativa del “rango” en el nivel de mortalidad conforme a la población tipo escogida. La segunda explica el nivel de mortalidad que existe durante el primer año de vida y es un indicador importante no sólo del estado de salud de los niños sino de toda la población y particularmente de las condiciones socioeconómicas en que viven (Chackiel, 1984; García y Primante, 1990; Behm, 1992). A partir de esa tabla puede observarse que la probabilidad de que un niño nacido en el año 2008 fallezca antes de cumplir un año es mayor en las regiones menos favorecidas. La probabilidad referida en la Región 6 es el doble de la que afecta a la Región 1. Por lo tanto, en ésta como en la comparación de las tasas brutas tipificadas puede advertirse, además, que a medida que las condiciones socioeconómicas son más

vulnerables las tasas de mortalidad aumentan, mostrando una asociación inversa entre condiciones de vida favorables y magnitud de las tasas analizadas.

Al comparar AEVP por sexo, en la Tabla 2, se advierte que para cada región el valor es siempre mayor para los hombres que para las mujeres. Mientras que para los varones los AEVP van desde 6,51 en la Región 1 a 8,55 en la Región 6, en el caso de las mujeres ese indicador asume los valores 3,64 y 5,52 para cada una de ellas, respectivamente. También, puede observarse una asociación inversa entre los AEVP y el nivel de desarrollo de cada región claramente entre las mujeres y de manera más errática entre los varones. Sin embargo, si se considera la suma de los AEVP de ambos sexos, la relación señalada para las mujeres prevalece pero con una mortalidad superior al orden de posicionamiento de la Región 2.

En cuanto a la contribución de los grupos de edad a los AEVP presenta variaciones entre ellos: se registran valores relativamente altos para el primer año de vida, luego se produce una fuerte disminución para seguidamente crecer -primero de manera relativamente monótona, después a tasa decreciente a partir de los 45 años- y finalmente desciende desde los 65 años de edad. (Gráficos 3 y 4)

Respecto a los AEVP por causas de muerte en **mujeres** (Gráfico 5 y Cuadro 1), se observan que predominan los “tumores”, las “enfermedades del sistema circulatorio” y las “causas externas” en todas las regiones. Esta última sólo en el caso de la CABA se ve desplazada por las “enfermedades del sistema respiratorio”. Pero también las distintas regiones tienen algunas particularidades que es oportuno señalar por lo que representan en términos de la situación epidemiológica. Así, para la Región 3 las “enfermedades infecciosas y parasitarias” aportan 0,38 años del total de años que se pierden en esa región y, considerando las edades, las mayores contribuciones en los AEVP se producen por los “tumores” en el grupo de edad de 55-64 años (0,38) y “ciertas afecciones originadas en el período perinatal” (0,38). En la Región 4, los resultados muestran que las “enfermedades infecciosas y parasitarias” alcanzan valores en término de AEVP similares a los de la Región 1 y los mayores aportes los producen “ciertas afecciones originadas en el período perinatal” en los menores de 1 año (0,52), seguido luego por los “tumores” en el grupo de edad 55-64 años. Por último, en las regiones 5 y 6 cobran alguna relevancia, como en la Región 3, las “enfermedades infecciosas y parasitarias” (0,34 y 0,32 para cada una de esas regiones).

En lo que refiere a los **varones** (Gráfico 6 y Cuadro 1), se observa la importancia que adquieren las “causas externas” entre los grupos de edades de entre 15 y 44 años de edad y en consecuencia tienen un mayor peso en los AEVP. Para la CABA, los “tumores” son la principal causa de muerte aportando 1,54 años AEVP de un total de 6,51 años, le siguen las “enfermedades del sistema circulatorio” (1,48) y las “causas externas” (0,93). Al analizar los aportes de AEVP por causas y gru-

pos de edad, se tiene que en la Región 2, los “tumores” en el grupo de 55-64 y las “causas externas” en el grupo 15-24 y 25-34 son las que mayores contribuciones producen con aproximadamente 0,59 AEVP, seguidas por “ciertas afecciones del periodo perinatal” (0,51). En la Región 3, en primer lugar aparecen las “enfermedades del sistema circulatorio” en el grupo 55-64 (0,55), luego las causas externas en el grupo 15-24 (0,54), los “tumores” en el grupo 55-64 (0,52). En las regiones 4, 5 y 6, se encuentran primero “ciertas afecciones del periodo perinatal” con 0,61, 0,66 y 0,65 AEVP, respectivamente; le siguen para las regiones 4 y 5 las “enfermedades del sistema circulatorio” (0,55 y 0,44) y en la Región 6 presentan valores similares los “tumores” (0,52) y las “enfermedades del sistema circulatorio” (0,5). A ellas le siguen las “causas externas” con 0,5, 0,44 y 0,44 para cada una de las tres regiones.

Éste como los otros indicadores evaluados dan cuenta que Argentina se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica con un perfil “moderno”; sin embargo a su interior existen distintos estadíos y grupos que presentan mayor vulnerabilidad.

Cambios en los Años de Esperanza de Vida Perdidos entre los dos censos

El índice de AEVP es utilizado también para medir el cambio que se produjo en la mortalidad de la población entre los años 2001 y 2010. En la Tabla 3 se presentan los AEVP entre las edades 0 a 75 años y las tasas de cambio para el período considerado. De allí se desprende que para el año 2001 el ordenamiento ascendente en términos de AEVP coincide prácticamente con el de las regiones conformadas, excepto por la similitud entre las regiones 2 y 3 en los varones y la leve diferencia a favor de las mujeres para la Región 3. Hacia el año 2010, las regiones 1 y 6 mantienen su posición relativa y se producen algunas modificaciones en las intermedias, destacándose principalmente el cambio de posición de la Región 4 que pasa al segundo lugar en el caso de los varones y al tercero en el de las mujeres.

Lo mismo se verifica al observar el cambio porcentual anual, el cual muestra un descenso relativo más rápido de la mortalidad en esa región tanto para varones como para mujeres. Es la Región 4 la que agrega más años de vida a su población entre esos dos años. En el caso de los varones el mayor descenso relativo que le sigue se revela para la Región 1 y la que menor descenso relativo registra es la Región 6; mientras que, en el caso de las mujeres le siguen a la Región 4, la Región 2 y la 5. La que menor descenso anotó es la Región 3.

El análisis puede desagregarse por grupos de edad y causas de muerte. Así, al considerar los AEVP por grupos etarios, en las regiones más desarrolladas son los que van desde los 45 a los 64 años de edad los que más pierden, mientras que en las

menos favorecidas, en particular las regiones 5 y 6, los menores de un año se presentan en un lugar sobresaliente. Aunque esto tiende a revertirse hacia el año 2010.

En cuanto a causas de muerte en términos de aportes a los AEVP es importante resaltar que en las regiones menos favorecidas los menores de un año tenían mayor incidencia, observándose una suerte de evolución al disminuir su peso relativo entre los demás grupos etarios. La baja significativa en términos relativos que se produce en este grupo, junto a la que se produce en el grupo de 1-4 años, es relevante no solo por su contribución a los AEVP sino por lo que representa en cuanto a la mejor situación epidemiológica, particularmente en las regiones menos favorecidas. Tal es el caso de la población de varones de la Región 6, que ganaron durante los 9 años un total de 0,56 AEVP (poco más de 6 meses y medio) como consecuencia de la disminución de la mortalidad en los menores de un año, lo que a su vez implicó un descenso promedio anual de 4,1%. Otro grupo que ha tenido variaciones importantes es el grupo de edad 25-34 años, que para las regiones 1, 2 y 3 tuvo una reducción significativa asociada con enfermedades transmisibles, pero en las regiones 5 y 6 registró aumentos vinculados con enfermedades del sistema circulatorio y causas externas. A modo de ejemplo se exponen los gráficos 7 y 8 para las regiones 1 y 6, para los varones y las mujeres, respectivamente.

La evolución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio durante el período intercensal

Se consideraron tres de los ODM que se asocian con la dimensión salud (OMS, 2005); en particular los relacionados con mortalidad infantil –ODM 5-, salud materna –ODM 6- y otras enfermedades seleccionadas –ODM 7- para evaluar cuestiones tales como las condiciones sanitarias de la población, la capacidad del sistema, el acceso a los servicios de salud, el nivel de cobertura y la efectividad de los programas aplicados. Se presentan aquí algunos resultados, de ese análisis, que dan cuenta de las disparidades entre regiones y en consecuencias de los sectores con mayor vulnerabilidad.

Respecto al primer ODM referido, en general, se observa que la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) ha mostrado un importante descenso desde el año base a esta parte, aunque ha tenido una desaceleración en los últimos años, principalmente en las regiones mejor posicionadas (Tabla 4). Ello es natural debido a que se está en la etapa más dura de la reducción al registrarse bajas tasas de natalidad en esas regiones; mientras que en las dos regiones más rezagadas está situación se revierte, lo que es alentador. Sin embargo, de las 9908 muertes de menores de 1 año que se produjeron en el país, poco más del 26% corresponden a las regiones 5 y 6, y donde se producen el 22% de los nacimientos. También genera una alerta que la Región

3 -en su conjunto- y otras jurisdicciones del país se encuentran rezagadas respecto a lo esperado para el año 2010. Ello advierte que el esfuerzo no fue suficiente para alcanzar lo esperado hasta ese momento, más aún cuando se trata de un claro predominio de defunciones asociadas al período perinatal -el componente más rígido de la mortalidad infantil- que representó para el año 2010, el 51% de las muertes de los menores de 1 año. La segunda causa que se evidenció, al disminuir la TMI, son las malformaciones congénitas que alcanzan el 25% de las defunciones para ese grupo de edad. Otra causal de gran incidencia en las defunciones infantiles la constituyen las enfermedades respiratorias.

La evolución de la mortalidad en la niñez también mostró un importante descenso, tuvo reducciones mayores al 50% en todas las regiones. Sin embargo se requiere también redoblar esfuerzos, ya que las tasas de mortalidad de las regiones 2 y 3 están por encima de lo esperado para el año 2010. La observancia de mortalidad por "*deficiencias de la nutrición y anemias nutricionales*" en las regiones más desfavorecidas es inadmisibles y urge ser atendido.

Ello permite afirmar que es necesario disponer de centros de salud adecuados que faciliten el acceso de las embarazadas a los controles previos para poder identificar los posibles riesgos, como así también que se requiere mayor vigilancia del recién nacido y atención oportuna en esos centros de acuerdo a la complejidad de los casos. Además, es probada la importancia que ha tenido la inmunización por vacunas sobre el estado de salud general de la población y aunque el porcentaje de niños vacunados con la cuádruple se encuentra encaminado hacia el cumplimiento de la meta es necesario fortalecer las campañas de prevención y concientización tendientes a completar los esquemas de vacunación, a fin de minimizar la tasa de abandono entre la tercera dosis y el primer refuerzo de la vacuna cuádruple/quíntuple. Las metas alcanzadas hasta el año 2010 en cuanto al ODM 5 eran el porcentaje de niños vacunados contra el sarampión, y las de reducción de la desigualdad entre provincias. Esto último puede observarse en los gráficos 9 y 10, donde las Curvas de Lorenz de la Mortalidad Infantil como la de la Mortalidad en Menores de 5 años muestran un perfil semejante. La curva de 2010 prácticamente se superpone sobre la de 1991 pero mostrando claramente el retroceso sufrido entre esos dos momentos. Si se interpola, por ejemplo, para un punto donde la Curva de Mortalidad Infantil se encuentra a mayor distancia de la bisectriz de igualdad se obtiene que -aproximadamente- el 70% de las muertes en menores de un año se corresponde con el 64% de la población de nacidos vivos en el año 1991, con el 62% en el año 2001 y con el 65% en el año 2010.

En cuanto al ODM 6, específicamente la tasa de mortalidad materna no muestra una tendencia hacia la baja y se encuentra alejada de la meta establecida (Tabla 5). Al comparar el valor que asume para el año 2010 y su valor esperado, dos

regiones están por debajo de la meta prevista; además, en su historial -de la última década- se visualizan oscilaciones importantes lo cual hace difícil afirmar que se encontraban encaminadas hacia la meta. Una de las principales causas de la mortalidad materna sigue siendo el embarazo terminado en aborto -pese a la reducción de poco más de 10 puntos porcentuales respecto a 1990, al año 2010 asumía el 20,5%-. Ello demanda acciones que garanticen los derechos en salud sexual y reproductiva tendientes a promover el acceso universal, prevenir situaciones de riesgo y reducir la mortalidad. Las otras dos metas trazadas para mejorar la salud materna: reducir la desigualdad entre provincias y el porcentaje de niños asistidos por personal calificado se hallaban alcanzadas hasta ese momento.

En lo que respecta al ODM 7, del análisis de las tasas de mortalidad por SIDA surge que a nivel país en promedio se estaba alcanzando la meta prevista; sin embargo las tres regiones más desfavorecidas junto a la Región 2, no lo estaban logrando y tenían un patrón de comportamiento similar al de las regiones 1 y 3 en la década anterior (Tabla 6). Incluso puede observarse una tendencia al alza hacia el final de la última década analizada, aunque siempre con tasas más bajas a las registradas por aquellas regiones. El análisis de las tasas de incidencia muestra un comportamiento similar al de la tasa de mortalidad. Al año 2010 el país en su conjunto y la mayoría de las regiones se encontraban encaminadas. Las regiones que estaban por encima del valor esperado para el año 2010 son las regiones 2 y 5.

En este sentido, es importante profundizar en las campañas de promoción para la realización de la prueba de HIV a fin de tener un diagnóstico oportuno de la enfermedad. El Boletín N° 30 (2013) señala que una de las principales barreras exce- de a la problemática de la enfermedad y está vinculada con la estructura y dinámica del sistema de salud, puntualizando que funciona con horarios restringidos, demoras en los diagnósticos, todo lo cual desalienta y produce abandonos durante el proceso. Estas observaciones alertan sobre la necesidad de trabajar en la prevención, el acceso universal y obtener diagnósticos oportunos para reducir la mortalidad.

En cuanto a la tasa de prevalencia de VIH en embarazadas entre 15 y 24 años y el porcentaje de uso de preservativos en jóvenes de 15 a 24 años, con los datos disponibles se puede inferir que se estaba alcanzando la meta establecida como también con valores próximos a los de la meta propuesta para el año 2015.

En relación a los indicadores referidos a tuberculosis, la tasa de mortalidad por esa causa no sólo se encontraba por debajo del valor esperado sino que superaba la meta prevista para el año 2015, tanto para el país como para cada una de las regiones. Sin embargo, en los dos indicadores restantes: la tasa de incidencia (Tabla 7) y el porcentaje de casos curados de las regiones 1, 3 y 6 presentan valores que mostraban dificultades para el logro de las metas propuestas. El desafío principal está planteado en término de la aplicación de las estrategias recomendadas por el

programa para tratamientos de casos (DOTS), principalmente en aquellas jurisdicciones donde la tasa de curación es relativamente más baja, lo cual se presenta principalmente las regiones 1 y 3.

En lo que respecta a Chagas, la enfermedad es la principal endemia que afecta a la salud pública del país y por ello fue incorporada como una de las enfermedades a monitorear dentro del ODM 7. El Chagas es una enfermedad en la que el parásito –transmitido por la vinchuca- no presenta síntomas hasta 20 o 30 años después de haberse producido la infección. Los sectores más pobres son los más vulnerables a contraer la enfermedad. Según se informó en 2012, *“afecta a 2,5 millones de argentinos, cien mil de ellos menores de 15 años. Cada año se infectan alrededor de 2500 niños”* (Metadata, 2012: 64).

La transmisión vectorial es la principal vía de infección por lo que el control de la vinchuca, que es el insecto vector, es un mecanismo de prevención que debe ser asociado a la educación sanitaria y mejora en las condiciones habitacionales. El indicador que se aplica en el país está enmarcado en la iniciativa del Cono Sur de la OPS (1991)³ y se establece sobre la base de la proporción de provincias endémicas que certificaron la interrupción vectorial, calculada respecto al total de provincias históricamente endémicas (OPS, 2012).

De las 24 jurisdicciones, 19 han sido históricamente endémicas, sólo la CABA y las Provincias de Santa Cruz, Tierra del Fuego, Chubut y Buenos Aires se han encontrado libres de transmisión vectorial; lo que significa en término de las regiones construidas que la Región 1 y la Región 2, no se encuentran dentro de las endémicas mientras que en la Región 3, dos de las jurisdicciones que la conforman están en esa condición. Por contraposición, dentro de la Región 3 hay dos jurisdicciones que al año 2010 se clasificaban como de alto riesgo y son las provincias de Córdoba y Mendoza, una de riesgo moderado (Santa Fé) y las tres restantes (La Pampa, Neuquén y Río Negro) certificaron la interrupción de la transmisión vectorial en el año 2001. Lo que el porcentaje de provincias endémicas dentro de esta región se redujo en 50%.

En cuanto a la Región 4, las provincias de La Rioja y San Juan se consideraban de alto riesgo y Catamarca de riesgo moderado junto a San Luis –que si bien no se encuentra dentro del período de análisis certificó en mayo de 2014 - y la Provincia de Entre Ríos que certificó en el año 2004. Por lo que si se incluye a San Luis el porcentaje dentro de la Región asciende al 40%.

En la Región 5, Salta y Tucumán se encuadraban dentro de las de riesgo moderado y Jujuy logró la certificación en el año 2001. Por lo que el porcentaje para la Región es del 33%.

³ En la Iniciativa del Cono Sur participan Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Fue lanzada en 1991 y consiste en la implementación de intervenciones simultáneas para eliminar todas las poblaciones domésticas de *T. infestans* (el principal vector de esos países).

El porcentaje de certificación de la Región 6 es del 20% y obedece a lo alcanzado por Misiones en el año 2011; mientras que Chaco, Formosa y Santiago del Estero se encuentran dentro de las jurisdicciones de alto riesgo y Corrientes con riesgo moderado.

En suma, al año 2010 el porcentaje de provincias que se declararon libres de transmisión vectorial alcanzaba al 26,30%. Ese porcentaje asciende posteriormente al 36,8%, valores que demuestran que pese a los esfuerzos realizados para la erradicación del mal de Chagas se estaba lejos de esa meta que fue trazada para el año 2015. Pese a que la tasa de infestación domiciliaria ha tenido una fuerte disminución, sus registros no son lo suficientemente bajos como para acceder a la certificación, por lo que todavía es necesario tener políticas de estado a fin de asegurar la vigilancia epidemiológica y fumigación periódica.

Finalmente, el paludismo o malaria es una enfermedad febril aguda que se transmite al ser humano por la picadura de mosquitos infectados con el parásito. Los síntomas aparecen alrededor de los 10 días contados a partir de la picadura y requiere de una atención rápida dentro de las 24 horas. La enfermedad puede prevenirse y los métodos más efectivos son los mosquiteros tratados con insecticida y la fumigación de interiores con insecticidas de acción residual. El paludismo afecta en mayor medida a los sectores más pobres. Las estrategias recomendadas por la OMS y el compromiso de los organismos de salud pública son cruciales para su eliminación (OMS, 2012).

El área palúdica original en Argentina comprendía 349.051 Km², correspondiente a las provincias de Salta, Jujuy, Tucumán, Chaco y Formosa; en menor medida afectaba a Corrientes, Misiones, Santiago del Estero, San Juan, La Rioja, San Luis y Córdoba. Se erradicó el paludismo en la mayor parte ese territorio y hoy se encuentra circunscripto en el área tropical de la Provincia de Salta.

El indicador utilizado es el Índice Parasitario Anual (IPA) que se calcula de acuerdo al número de casos nuevos de paludismo confirmados en un área con riesgo de transmisión, respecto a la población de esa área por cada mil habitantes. Pero aunque el índice sirve para medir el nivel de riesgo de transmisión vectorial en el área, no refleja adecuadamente los cambios que se producen debido a la baja cantidad de casos que se registran en un país como Argentina.

El avance respecto al control de Paludismo (Tabla 8) ha sido más que significativo pero es necesario custodiar el nivel de vigilancia epidemiológica, específicamente en las Provincias de Misiones y Corrientes, al tiempo que se debe incrementar el desarrollo de actividades en la Provincia de Salta, la frontera argentino-boliviana y trabajar en cooperación con aquel país con el propósito de la detección temprana y la aplicación del tratamiento adecuado.

Conclusiones

El núcleo de la regionalización desarrollada implica emular un recurso que permita analizar diferencias y similitudes entre esos recortes territoriales, para coadyuvar en el proceso de modelar y entender realidades básicamente desiguales.

En términos empíricos el agrupamiento regional obedece claramente a la concentración de ventajas en unas y desventajas en otras, todo ello en orden a las condiciones de vivienda, provisión de servicios, acceso a mejores niveles ocupacionales, entre otros.

En cuanto a mortalidad, dan cuenta de las diferencias regionales los indicadores calculados para el año 2008. Así por ejemplo, el nivel de mortalidad medido por los AEVP muestra mayor valor conforme se trata de regiones más rezagadas. Sin embargo, en este en particular la Región 2 evade dicha relación ya que registra un alto nivel de mortalidad de acuerdo a la posición que ocupa, particularmente en la subpoblación de varones. A su vez permite advertir una alta incidencia de los tumores y, en comparación con otras regiones, de enfermedades hepáticas en varones.

En el contexto de la Transición Epidemiológica, es importante remarcar la incidencia de la disminución de la mortalidad infantil, en la niñez, y su consecuente reducción en los AEVP. Por su contribución a ese indicador, también merece señalarse la reducción en las enfermedades transmisibles en las regiones mejor posicionadas para el grupo de edad de 25-34 años. Mientras que, para ese mismo grupo de edad en las dos regiones más rezagadas, se registró un aumento de las enfermedades del sistema circulatorio y las causas externas. Desde la perspectiva de que una mayor incidencia de esas causales implica la reducción de otras, podemos decir que se registra una tendencia hacia un patrón de mortalidad más avanzado. Se destaca también la alta ocurrencia de los tumores, principalmente entre las mujeres a partir de los 25 años de edad y de las causas externas, éstas últimas particularmente entre los varones de edades jóvenes.

En función de las consideraciones expuestas es factible sostener que constituye un desafío para los sistemas de salud el disminuir la prevalencia, incidencia y muerte por causas degenerativas como son los tumores. Existe una preocupación general acerca del aumento de la incidencia en grupos jóvenes de edad, lo cual constituye un verdadero desafío para investigar los factores intervinientes. Con relación a las causas externas, dentro de las ellas se encuentran los actos violentos (accidentes, suicidios y homicidios) considerados predecibles y en consecuencia prevenibles (WHO, 2002); y, si bien estos exceden a los sistemas de salud y seguridad social, buenos programas de atención primaria podrían ser indicados para disminuir sus consecuencias o cuando menos prevenirlas.

Al evaluar el avance hacia el cumplimiento de los ODM por regiones se obser-

vó que la mortalidad infantil y la mortalidad en la niñez han descendido, aunque de manera más lenta hacia el final del período. Esa ralentización se produce en menor medida en las regiones más desfavorecidas lo que conlleva a una reducción de la desigualdad y que se ve reflejada en el coeficiente de Gini. Sin embargo, la diferencia en cuanto a mortalidad infantil es alta, con un fuerte predominio de las defunciones asociadas al período perinatal (el componente más duro de reducir) aun cuando un alto porcentaje de ellas son evitables, y por ello son consideradas indicadores universales de la calidad de vida y de la eficiencia los servicios de salud de la población. Además, desde el punto de vista de su cuantificación, al afectar a los neonatos, su mortalidad es la que más años -en términos de esperanza de vida- le harían perder a la población. Es posible observar que en las regiones menos favorecidas, aquéllas cobran un mayor grado de importancia.

En cuanto al objetivo de mejorar la salud materna, pese a que el porcentaje de partos asistidos por personal especializado es alto, la tasa de mortalidad materna no mostraba mejoras y una de las principales causas de muerte seguía siendo el embarazo terminado en aborto. Ello implica un desafío para los programas de prevención y promoción de salud sexual y reproductiva. Además, un programa materno infantil adecuado podría reducir los AEVP y mejorar tanto los indicadores de mortalidad infantil como de mortalidad materna (de Sarasqueta, 2006; Avila-Agüero, 2007).

Respecto a la reducción de las enfermedades transmisibles (indicadores asociados a VIH-SIDA) se mostró la evolución favorable que tuvieron en las regiones 1 y 3. En este sentido, por la importancia en términos demográficos que tienen esas regiones, ello permite concluir que el país se encontraba encaminado hacia la meta. De cualquier manera, parece necesario incentivar la prevención vía controles de la población, acompañados por una estructura del sistema de salud, tal como lo denuncia el propio Boletín de VIH-SIDA (2013).

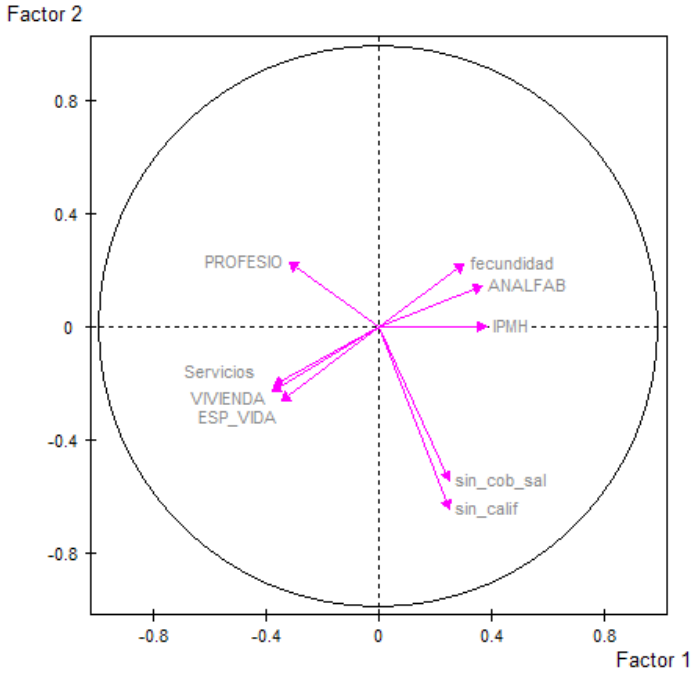
De la evolución de las restantes enfermedades evaluadas en el contexto de los ODM, se advierte que si bien la tasa de mortalidad por tuberculosis ha superado la meta prevista, la tasa de incidencia y el porcentaje de casos tratados y curados bajo el TAES se encuentra con dificultades para lograr los objetivos propuestos (Datos del INER, 2012). Por su parte, el paludismo se encuentra acorralado en un área específica pero es necesario mantener el nivel de vigilancia. Asimismo, la transmisión vectorial del Chagas ha descendido en términos de infestación domiciliaria y algunas pocas provincias han logrado la certificación vectorial, el resto hacen que la meta a nivel país esté lejos de alcanzarse.

En suma, la regionalización realizada, al mostrar claramente distintos comportamientos a lo largo y ancho del país, patentiza la necesidad de estrategias diferentes para afrontar las peculiaridades de cada una. A este respecto, y de acuerdo a la regionalización propuesta, es necesario atender a las provincias de los grupos con

problemas estructurales más complejos y diseñar políticas públicas que tiendan a homogeneizar situaciones diferenciales, desde una perspectiva integral e incluyente, orientadas a reducir las desigualdades crónicas y autorreproductivas.

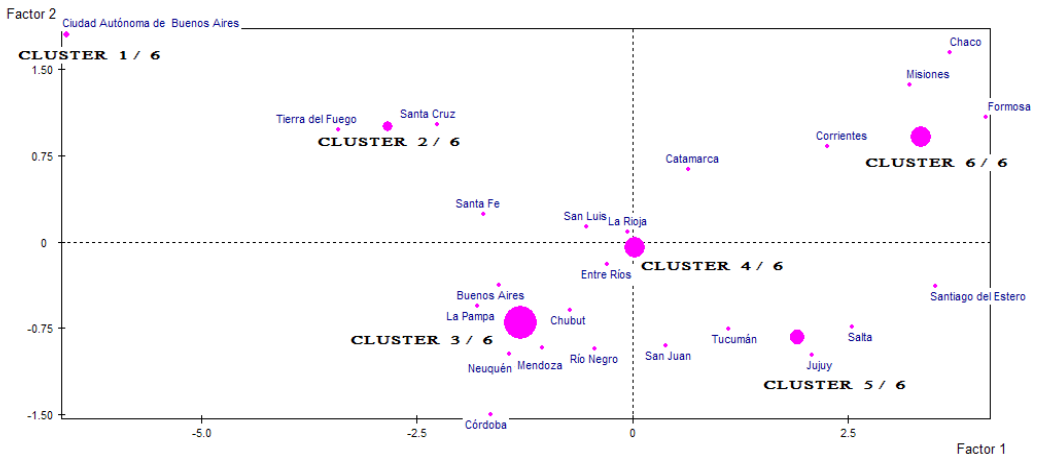
Tablas y gráficos

Gráfico 1.- Representación de los ejes factoriales



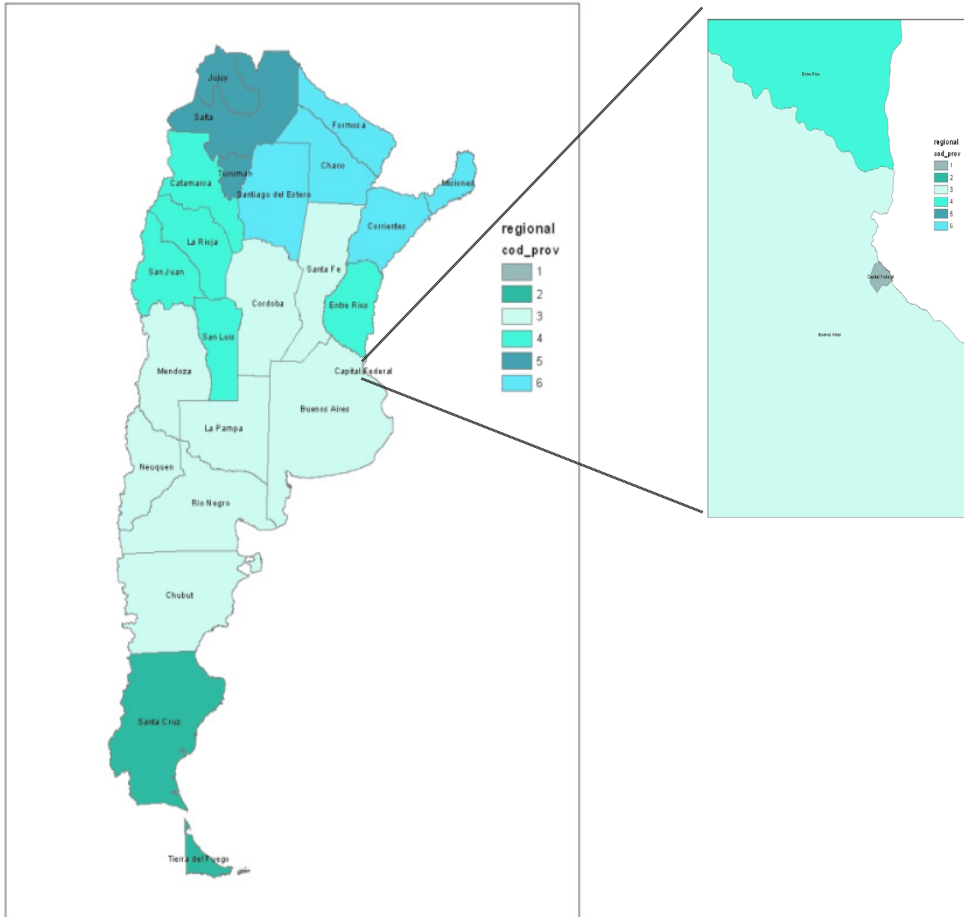
Fuente: Salida de SPADN a partir de datos del Censo 2001.

Gráfico 2.- Representación de las provincias en el plano.



Fuente: Salida de SPDNa a partir de datos del Censo 2001.

Mapa 1.- Regionalización propuesta sobre la base de indicadores del Censo 2001.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 1.- Tasas de mortalidad tipificada (d_T^A) y tasa de mortalidad infantil de la cohorte 2008 (q_0). Regiones socioeconómicas.

Regiones	d_T^A (tipificada)	q_0
Región 1	6,49	7,75‰
Región 2	7,21	9,06‰
Región 3	7,42	11,86‰
Región 4	7,39	14,13‰
Región 5	7,42	14,00‰
Región 6	8,02	15,64‰

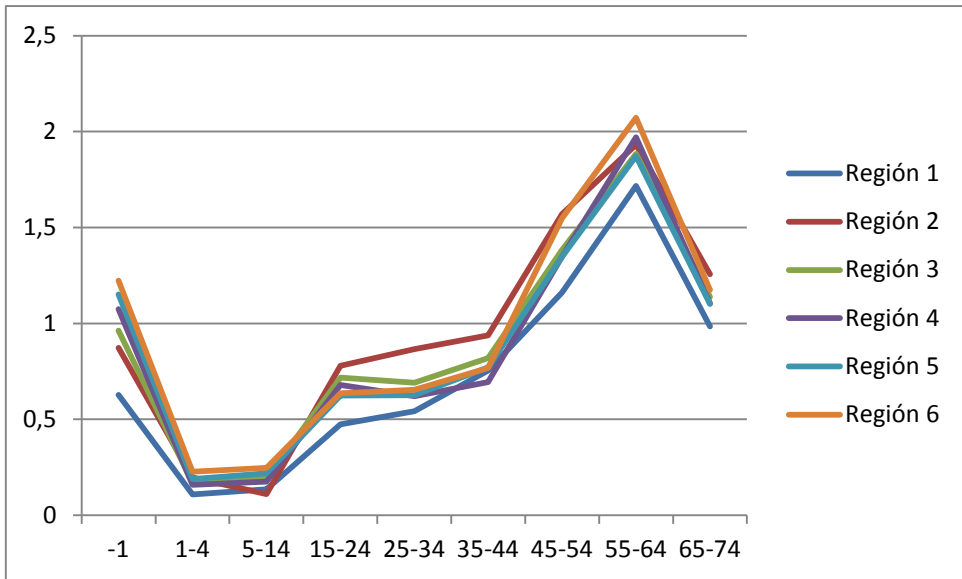
Fuente: elaboración propia a partir de las Estadísticas Vitales del PNES. Rep. Arg. Años 2008 y 2009

Tabla 2.- Años de Esperanza de Vida Perdidos por sexo. Regiones socioeconómicas argentinas. Año 2008.

	AEVP		AEVP
	Varones	Mujeres	Suma
Región 1	6,51	3,64	10,15
Región 2	8,52	4,55	13,07
Región 3	7,96	4,45	12,41
Región 4	7,83	4,79	12,62
Región 5	7,90	5,03	12,93
Región 6	8,55	5,52	14,07

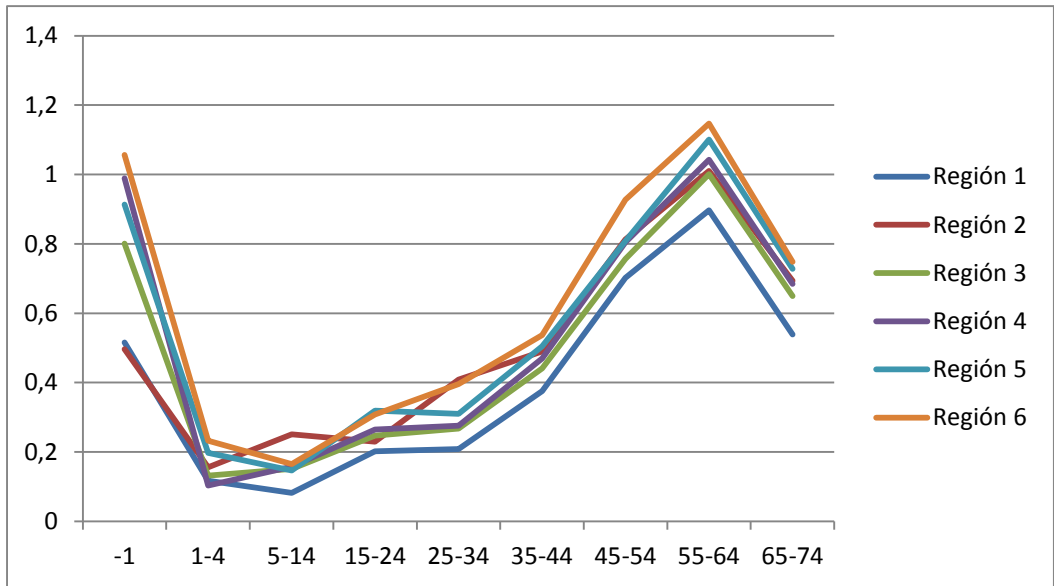
Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas Vitales del PNES. Rep. Arg., Año 2008. Resultados obtenidos de la aplicación de la rutina YL07510 de PAS (Arriaga, 1996)

Gráfico 3.- Años de Esperanza de Vida Perdidos, sexo masculino por grupos de edades. Regiones socioeconómicas argentinas. Año 2008.



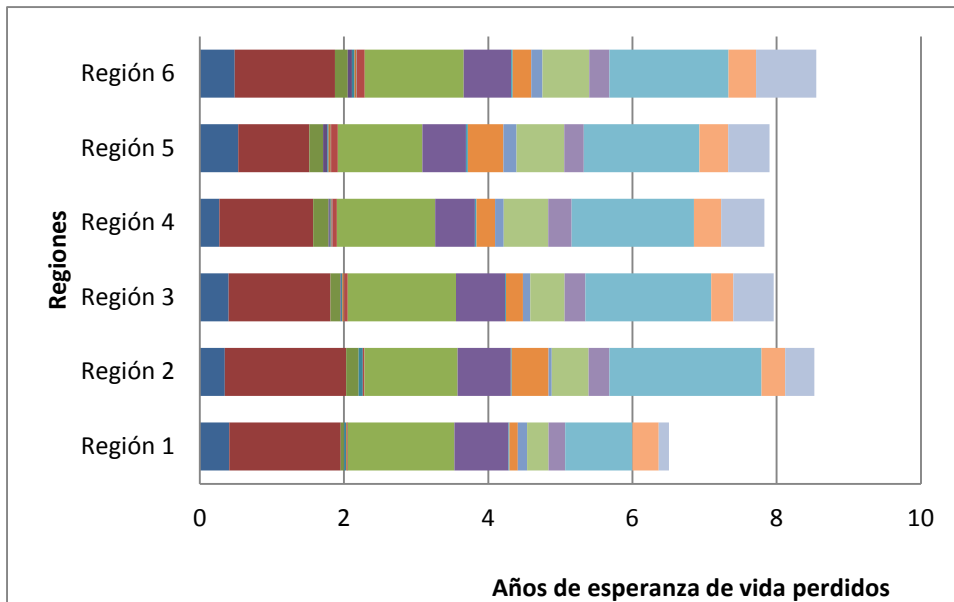
Fuente: elaboración propia a partir de las Estadísticas Vitales del PNES. Rep. Arg. Año 2008.

Gráfico 4.- Años de Esperanza de Vida Perdidos, sexo femenino por grupos de edades. Regiones socioeconómicas argentinas. Año 2008.



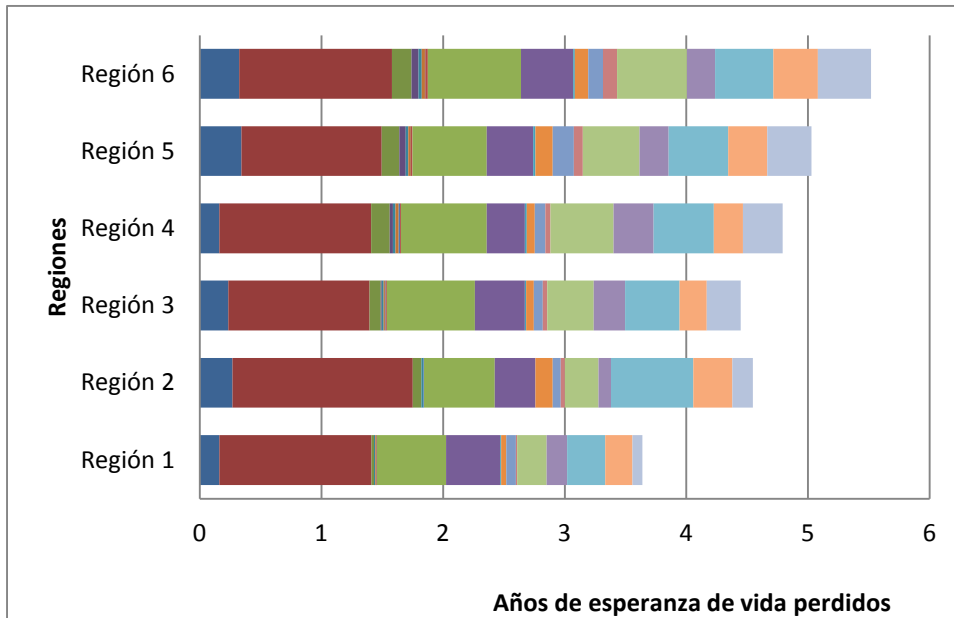
Fuente: elaboración propia a partir de las Estadísticas Vitales del PNES. Rep. Arg., Año 2008.

Gráfico 5.- Años de Esperanza de Vida Perdidos según grupos de causas y regiones todas las edades. Sexo masculino, Regiones socioeconómicas argentinas. Año 2008.



Fuente: Elaboración propia a partir de las Estadísticas Vitales del PNES. Rep. Arg., Año 2008. Resultados obtenidos de la aplicación de la rutina YL07510 de PAS (Arriaga, 1996)

Gráfico 6.- Años de Esperanza de Vida Perdidos según grupos de causas y regiones todas las edades. Sexo femenino, Regiones socioeconómicas argentinas. Año 2008.



Fuente: elaboración propia a partir de las Estadísticas Vitales del PNES. Rep. Arg., Año 2008. Resultados obtenidos de la aplicación de la rutina YL07510 de PAS (Arriaga, 1996).

Cuadro 1.- Grandes grupos de Causas contempladas en la CIE-10 (OPS, 1998)

(Referencias gráficos 5 y 6)

- 1. Enf. infecciosas y parasitarias
- 2. Tumores
- 3. Diabetes mellitus
- 4. Def. de la nutrición y anemias nutricionales
- 5. Trastornos metabólicos
- 6. Meningitis
- 7. Enfermedad de Alzheimer
- 8. Trast. mentales y del comportamiento
- 10. Enf. del sist respiratorio
- 11. Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal
- 12. Enf. del hígado
- 13. Enf. del sistema urinario
- 14. Embarazo, parto y puerperio
- 15. Ciertas afecc originadas per perinatal
- 16. Malf. congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
- 17. Causas externas
- 18. Demás causas definidas
- B. MAL DEFINIDAS Y DESCONOCIDAS

Tabla 3.-Número de años de esperanza de vida perdidos de 0 a 75 años y cambio porcentual anual entre 2001 y 2010.

Regiones	Número de AEVP				Cambio porcentual anual	
	Varones		Mujeres		Varones 2001-2010	Mujeres 2001-2010
	2001	2010	2001	2010		
Región 1	7,41	6,28	4,03	3,54	-1,8	-1,4
Región 2	8,71	7,85	4,82	4,12	-1,2	-1,7
Región 3	8,71	7,61	4,80	4,43	-1,5	-0,9
Región 4	8,78	7,42	5,20	4,33	-1,9	-2,0
Región 5	8,91	7,95	5,84	5,02	-1,3	-1,7
Región 6	9,34	8,62	6,14	5,48	-0,9	-1,2

Fuente: elaboración propia, Estadísticas Vitales, DEIS, 2001 y 2010.

Gráfico 7.- Tasas de cambio Años de Esperanza de Vida Perdidos entre el nacimiento y los 75 años de edad entre 2001 y 2010. Varones. Regiones 1 y 6.

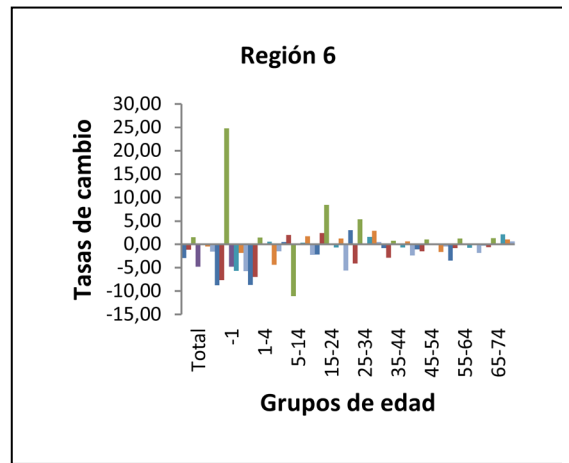
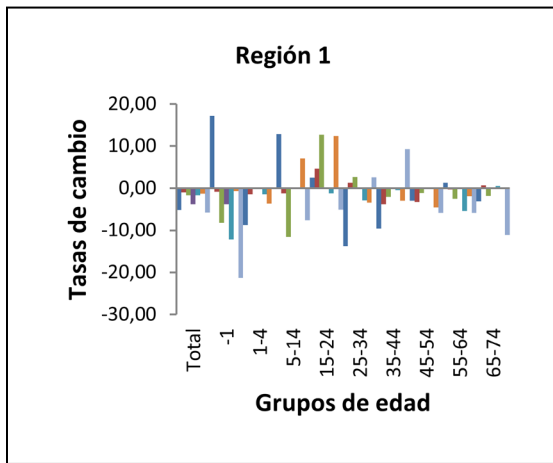
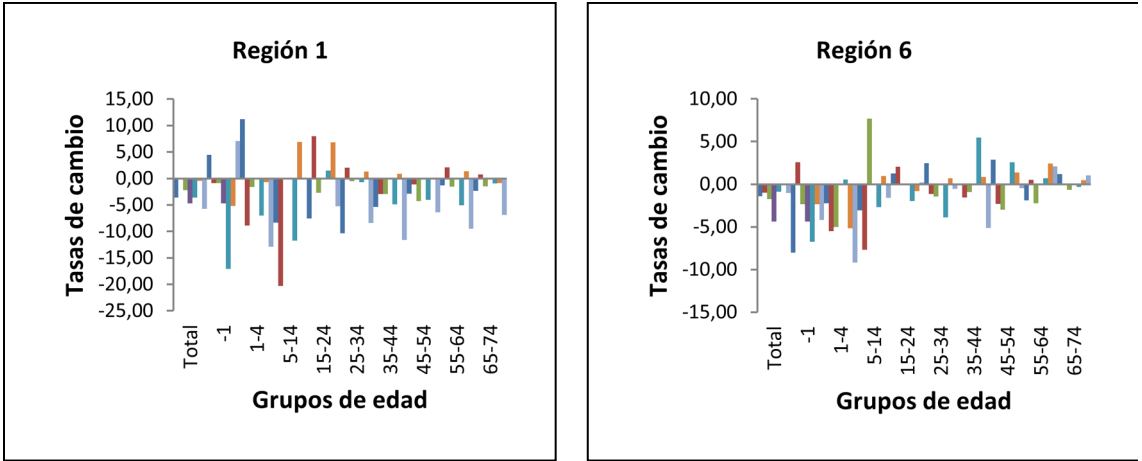


Gráfico 8.- Tasas de cambio Años de Esperanza de Vida Perdidos entre el nacimiento y los 75 años de edad entre 2001 y 2010. Mujeres. Regiones 1 y 6.



Referencias: causas de muerte lista 6/67- CIE-10 OMS-OPS

- 1. Enfermedades transmisibles
- 2. Neoplasias (tumores)
- 3. Enfermedades del sistema circulatorio
- 4. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
- 5. Causas externas
- 6. Todas las demás causas
- 7. Síntomas, signos y afecciones mal definidas

Tabla 4.- Tasas de mortalidad infantil. Regiones socioeconómicas y total del país. Años 1990, 2001-2010, Valor Esperado a 2010 y Meta 2015.

Regiones	Años											Esperado a 2010	Meta 2015
	1990	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
Región 1	16,80	9,56	10,00	10,34	8,74	8,04	8,31	8,40	7,73	8,45	7,04	7,84	5,60
Región 2	22,53	13,02	14,42	13,15	9,44	9,61	11,98	12,01	9,42	8,55	9,76	10,51	7,51
Región 3	23,83	14,73	15,11	15,15	12,88	12,46	13,48	12,83	11,95	11,63	11,41	11,12	7,94
Región 4	26,76	17,14	18,37	18,20	16,76	14,97	13,97	13,25	14,04	12,40	11,90	12,49	8,92
Región 5	31,37	21,12	21,51	20,04	17,99	15,43	14,71	14,26	14,10	13,17	13,47	14,64	10,46
Región 6	32,26	21,84	22,49	21,79	19,00	17,15	17,52	17,14	15,53	15,25	14,99	15,05	10,75
Tot. País	25,60	16,26	16,85	16,47	14,36	13,35	12,90	13,27	12,51	12,11	11,85	11,94	8,53

Fuente: Elaboración propia sobre la base de estadísticas vitales (DEIS)

Gráfico 9.- Curva de Lorenz de la Mortalidad Infantil, ordenada según TMI entre regiones socioeconómicas. Años 1990, 2001 y 2010.

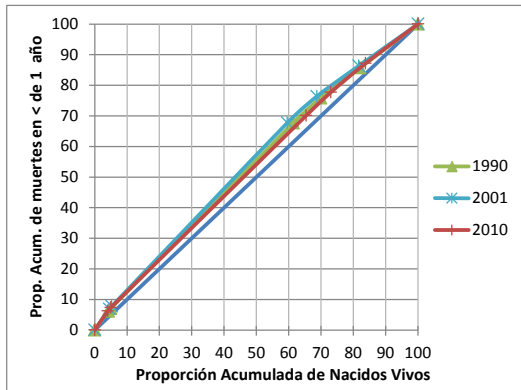


Gráfico 10. Curva de Lorenz de la Mortalidad en Menores de 5 años, ordenada según TMN entre regiones socioeconómicas. Años 1990, 2001 y 2010.

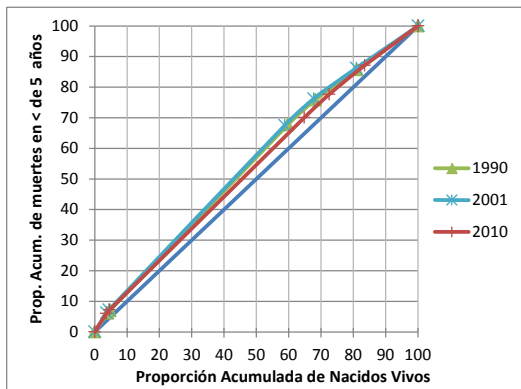


Tabla 5.- Tasas de Mortalidad Materna por cada 10.000 nacidos vivos. Regiones socioeconómicas y total del país. Años 1990 y 2010, Valor Esperado a 2010 y Meta 2015.

Regiones	Años											Esperado 2010	Meta 2015
	1990	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
Región 1	4,1	0,9	1,4	1,2	2,0	0,7	1,8	3,3	0,9	1,8	0,9	1,9	1,4
Región 2	6,5	4,7	1,6	8,9	1,5	4,1	2,7	1,3	2,4	4,7	2,3	3,1	2,2
Región 3	3,5	2,7	3,6	2,8	2,9	2,9	3,6	3,5	3,3	4,6	4,2	1,6	1,2
Región 4	5,3	5,8	5,4	6,9	4,3	5,3	6,7	6,0	3,1	9,1	4,2	2,5	1,8
Región 5	9,1	9,0	7,0	8,7	6,2	5,3	7,6	6,5	6,0	6,5	4,2	4,2	3,0
Región 6	10,5	9,1	7,9	7,8	8,2	8,0	9,1	7,0	8,0	8,5	7,3	4,9	3,5
Tot. País	5,2	4,4	4,6	4,4	4,0	3,9	4,8	4,4	3,9	5,5	4,3	2,4	1,7

Fuente: Elaboración propia sobre la base de estadísticas vitales (DEIS)

Tabla 6.- Tasas de mortalidad por SIDA cada 100.000 de habitantes. Regiones socioeconómicas y total del país. Años 1991, 2001-2010, Valor Esperado a 2010 y Meta 2015.

Regiones												Esperado 2010	Meta 2015
	1990	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
Región 1	3,7	8,4	8,0	6,9	7,5	6,4	6,8	7,3	6,6	6,0	4,6	8,4	8,0
Región 2	0,0	0,3	4,2	1,3	1,6	0,9	1,2	1,5	2,8	1,4	4,9	1,6	1,5
Región 3	0,8	4,5	4,7	4,1	4,1	3,7	3,9	3,8	3,7	3,6	3,4	4,2	4,0
Región 4	0,2	1,1	0,7	2,0	1,4	1,4	2,0	1,6	1,3	1,9	1,6	0,9	0,9
Región 5	0,0	1,6	1,5	2,4	2,5	2,4	2,3	2,6	3,7	2,9	3,9	0,9	0,9
Región 6	0,1	1,2	1,1	1,5	1,9	1,6	1,5	1,7	1,5	2,9	2,0	1,0	1,0
Total	0,9	4,0	4,1	4,2	3,8	3,4	3,6	3,6	3,5	3,6	3,3	3,7	3,5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Estadísticas Vitales (DEIS).

Tabla 7.- Tasas de incidencia de tuberculosis por 100 mil habitantes. Regiones socioeconómicas y total país. Años 1990, 2001-2010, Valor Esperado 2010 y Meta 2015.

Regiones	1990	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Esperado 2010	Meta 2015
Región 1	26,5	39,5	34,5	34,6	40,9	39,2	41,4	38,4	36,5	36,4	37,3	15,9	13,3
Región 2	72,8	40,1	42,4	42,0	39,2	33,1	29,4	27,6	24,7	26,9	23,7	43,7	36,4
Región 3	33,7	28,3	28,5	29,6	27,8	25,5	25,0	24,0	23,6	24,9	21,6	20,2	16,8
Región 4	38,5	16,3	18,3	19,3	19,1	16,8	16,5	15,8	13,4	14,2	11,1	23,1	19,2
Región 5	88,1	50,3	54,1	58,6	57,9	50,7	48,0	43,7	44,3	39,8	31,8	52,9	44,1
Región 6	37,6	33,9	31,3	35,5	34,8	34,7	31,9	32,3	29,6	27,4	24,1	22,5	18,8
Total	38,2	30,9	30,8	32,4	31,6	29,1	28,4	27,1	26,3	26,5	23,2	22,9	19,1

Fuente: Elaboración propia con datos publicados por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. Emilio Coni", con base en los datos del Programa de Control de la Tuberculosis de cada Provincia. Ministerio de Salud, Argentina, Agosto de 2012.

Tabla 8.- Casos de paludismo por regiones y provincias, regiones socioeconómicas. IPA cada mil habitantes total país. Años 1990, 2001-2010.

Casos	1990	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Región 5:											
Salta	1219	195	91	118	106	224	129	36	232	260	53
Jujuy	194	11	1	4	9	25	15	5	22	2	1
Tucumán	26	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Región 6:											
Misiones	88	6	31	0	0	1	65	309	65	0	0
Área no endémica	12	33	2	2	1	2	3	4	0	0	0
Total	1539	245	125	124	116	252	212	355	319	262	54
IPA	0,042	0,080	0,050	0,040	0,040	0,090	0,070	0,120	0,110	0,090	0,020

Fuente: Dirección de Epidemiología Jujuy y Programa Nacional de Paludismo.

Referencias Bibliográficas

Alvarez, M. y González, L. (2011). *Curso de mortalidad*. Córdoba: Maestría en Demografía, Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba.

Argentina, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (2012). *Objetivos de desarrollo del milenio: metadatos Argentina*, Junio.

Argentina, Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (2012). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe País Argentina 2012*, Diciembre.

Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS (2009). *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*. Año XII, N° 26, Noviembre.

Argentina, Ministerio de Salud, Programa Nacional de Departamento de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Emilio Coni y Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (2012). *Notificación de casos de Tuberculosis en la República Argentina. Período 1980-2011*.

Argentina, Ministerio de Salud de la Nación, Departamento de Salud, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Emilio Coni (2012). *Mortalidad por Tuberculosis en Argentina. Período 1980-2010*.

Argentina, Ministerio de Salud de la Nación (2013). *Boletín sobre el VIH-sida e ITS en la Argentina*. Año XVI, N° 30, Diciembre.

Arriaga, E. (2014). *Análisis demográfico de la mortalidad*. Córdoba: Copiar

Avila-Agüero, M.(2007). *Mortalidad infantil, indicador de calidad en salud*. Acta Médi-

ca Costarricense, Vol. 49, N° 2, 76-78.

Behn Rosas, H. (1992). *Las desigualdades sociales ente la muerte en América Latina*. CELADE, Serie B, Santiago de Chile.

Chackiel, J., 1984. La mortalidad en América Latina: Niveles, tendencias y determinantes. In: *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población* (Programa de Investigaciones Sociales sobre Población en América Latina, v. 1), pp. 157-186, México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México/El Colegio de México.

Carbonetti, A. y Celton, D. (2007). La transición epidemiológica. En S. Torrado (comp), *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX*. Tomo I. (pp. 369-398). Buenos Aires: Edhasa.

De Sarasqueta, P.(2006).Mortalidad infantil por malformaciones congénitas y prematuridad en la Argentina: análisis de los criterios de reducibilidad. *Revista Argentina de Pediatría, Vol.104, N° 2, 153-158*.

García, V. y Primante, D. (1990) *Mortalidad*. CELADE

Omran, A. R. (2001). *The epidemiologic transition. A theory of the Epidemiology of population change*. 1971. Bulletin of the World Health Organization, 79(2), 161–170.

Organización Mundial de la Salud (2005). *Health and the Millennium Development Goals in 2005*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (2012). *Salud en las Américas*.

Organización Panamericana de la Salud (2012). *Situación Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de país*. Washington D.C.

Pantelides, E. y Moreno, M. (2009). *Situación de la Población Argentina*. Programa Naciones Unidas para el Desarrollo – Fondo de Población de Naciones Unidas. Buenos Aires: Emede S.A.

Saino, M. (2014). *Regiones socioeconómicas y variables demográficas: transiciones, variaciones intercensales y Objetivos de Desarrollo del Milenio. Argentina 2001-2010*. Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Córdoba.

Torrado, S. (2007). Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario. Una historia social del siglo XX. Tomo I y II. Buenos Aires: Edhasa.

Mortalidad por tumores en dos países del Cono Sur.

Trienios 1997-1999 y 2010-2012

*Eleonora Rojas Cabrera - Andrés Peranovich - Dora Celton
CIECS / CONICET y U.N. Córdoba*

Resumen

Este trabajo aborda, comparativamente, el comportamiento de la mortalidad por tumores según grupo de edad y sexo en Argentina y Brasil. Además, indaga si tal comportamiento se reproduce en función del tipo y la localización del tumor.

Con base en estadísticas vitales y estimaciones de población oficiales, se calculan y analizan tasas de mortalidad específicas de acuerdo a las desagregaciones referidas.

Más allá de corroborar algunas disparidades documentadas en estudios previos, los resultados revelan que, en determinados grupos poblacionales, la magnitud y el sentido de las tasas resultan similares entre países, especialmente para ciertos tumores. Estas conclusiones se relacionan con, al menos, dos cuestiones: las acciones desplegadas en ambos países para combatir los distintos tumores; y las mejoras sucesivas del registro de las defunciones de Brasil, país con una cobertura de los hechos vitales históricamente inferior a la de Argentina.

Palabras clave: Mortalidad; Tumores; Grupo de edad y Sexo; Sistemas de información; Argentina y Brasil.

Mortality from tumors in two countries of the Southern Cone.

Triennia 1997-1999 and 2010-2012

Abstract

This paper aims to analyze, comparatively, the mortality trend due tumors by age group and sex in Argentina and Brazil. It also studies this trend according to tumor type and localization.

Based on official vital statistics and population estimates, specific mortality rates are

calculated and analyzed taking into account the disaggregations referred.

Besides the results contribute to corroborate some disparities documented in previous studies, they show that the magnitude and direction of the rates in some population groups are similar in both countries, especially for certain tumors. These findings are related to, at least, two issues: the actions carried out by these countries in order to reduce morbidity and mortality due tumors; and the progressive improvements in deaths registration in Brazil, whose coverage of vital events has been historically lower than the Argentinian one.

Keywords: Mortality; Tumors; Age group and sex; Information systems; Argentina and Brazil.

Introducción

En las últimas décadas, la mayoría de los países consiguen reducir sus niveles de mortalidad como consecuencia de avances sustanciales en el campo de la medicina y mejoras en las condiciones de vida en general. Esta reducción es acompañada por un descenso de la incidencia relativa de las defunciones por enfermedades transmisibles y del periodo perinatal; y un aumento de la asociada a enfermedades crónico-degenerativas y causas externas¹ (Frenk et al., 1994; Chackiel, 1999 en CELADE-CEPAL, 2007).

En este contexto, los tumores emergen como una de las principales causas de mortalidad en el mundo, con tendencia al incremento tanto en términos absolutos como relativos. Esta situación se manifiesta, incluso, en la región de las Américas, donde la cantidad de muertes por esta causa aumenta, entre 2000 y 2012, de 1,1 a 1,3 millones al tiempo que su participación relativa en el total de muertes contabilizadas lo hace del 19% al 20% (WHO, 2014).

La gravedad de esta situación radica en que los tumores constituyen una patología no transmisible que puede ser evitada, en algunos casos, mediante la promoción de estilos de vida saludable. A su vez, la sobrevivencia de las personas que los padecen guarda estrecha relación con el acceso a diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos; de manera que la ocurrencia de muertes por esta causa acusa falencias en materia de política pública (UICC, 2006).

En razón de lo anterior, y como muestra de preocupación por la problemática

¹ Estos procesos se vinculan a la denominada “transición epidemiológica”. Para más información, se sugiere consultar Frenk et al. (1994).

en el mundo, una extensa producción bibliográfica la contempla en sus diversos aspectos (prevención, tratamiento, capacitación de los agentes involucrados, planificación de acciones dirigidas a su erradicación, monitoreo de los resultados derivados de estas últimas, entre otros). Esta producción comprende, entre otras publicaciones, los reportes confeccionados periódicamente en el seno de las Naciones Unidas (IARC, s.f.; PAHO, s.f.a; WHO, s.f.a) y las difusiones de investigaciones realizadas por la comunidad científica con el objetivo de avanzar en la comprensión del tema².

En particular, la bibliografía disponible evidencia la presencia de disparidades en la distribución de los tumores según sexo y edad; y por lugar de residencia. Es así que los tumores aparecen con mayor frecuencia en la población adulta (en América, mayormente en pulmón, estómago y colorrecto en ambos sexos; próstata en varones; y mama y cuello uterino en mujeres; PAHO, s.f.b); a la vez que se observan diferencias entre países respecto de la dinámica de la mortalidad asociada (decreciente en algunos casos y creciente en otros) (WHO, s.f.b).

En función de lo comentado, y dado que Argentina y Brasil presentan comportamientos disímiles en relación a la mortalidad por tumores en los últimos decenios (con tendencia al descenso en el primer país y al aumento en el segundo)³, nos preguntamos: *¿Se reproduce esta diferencia entre países al considerar la edad y el sexo de la población afectada? ¿Qué conclusiones se obtienen si el análisis se realiza por causas más específicas?*

Con el objetivo de dar respuesta a estos interrogantes se analiza, comparativamente entre países, entre los trienios 1997-1999 y 2010-2012, la variación de la mortalidad por tumores según grupo de edad, sexo y localización del tumor con base en información producida a nivel oficial.

Datos y Métodos

Se utiliza información proveniente de los registros de nacimientos y defunciones recopilada y sistematizada por la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS) de la Nación (Argentina) y el Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil. Además, se emplean las proyecciones de población elaboradas por el Instituto

² Pueden mencionarse, a modo de ejemplo, los trabajos de Muto et al. (1975) y de Carter et al. (1989) que contribuyen, respectivamente, al estudio de los cánceres de colon y mama desde una perspectiva clínica; y, de modo más reciente, las investigaciones llevadas a cabo por Hernández et al. (2012) y la Comisión de Oncología de *The Lancet* (2013) relacionadas con la salud mental y emocional de las personas que padecen la enfermedad y la planificación de su control en la región de las Américas, en ese orden.

³ Entre 1980 y 2010, el nivel de la mortalidad por esta causa varía en Argentina de 181,8 a 155,3 y de 116,2 a 102,1 por 100.000 varones y mujeres, respectivamente; en tanto que en Brasil aumenta de 100,5 a 122,7 y de 77,1 a 85 por cada 100.000 varones y mujeres, en ese orden (WHO, s.f.b).

Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) de Argentina y el Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE).

Se calculan y analizan tasas de mortalidad (TM) por tumores según grupo de edad, sexo, tipo (maligno, benigno) y localización del tumor. Al respecto, cabe aclarar que:

- Se consideran las defunciones asociadas a los códigos comprendidos entre C00 y D48 de la Clasificación Internacional de Enfermedades - Décima Revisión (CIE 10) (PAHO, s.f.c) y su reagrupamiento según DEIS (2013); es decir: a) *Tumores malignos* (C00-C97): *Esófago* (C15); *Estómago* (C16); *Colon, recto, porción rectosigmoidea y ano* (C18-C21); *Hígado y vías biliares intrahepáticas* (C22); *Vesícula biliar y otras partes de las vías biliares* (C23-C24); *Páncreas* (C25); *Tráquea, bronquios y pulmón* (C33-C34); *Mama* (C50); *Útero* (C53-C55); *Ovario* (C56); *Próstata* (C61); *Riñón y otros órganos urinarios excepto vejiga* (C64-C66; C68); *Vejiga urinaria* (C67); *Encéfalo y otras partes del sistema nervioso central (SNC)* (C69-C72); *Linfoma no Hodgkin* (C82-C85); *Leucemias* (C91-C95); *Tumor maligno de sitios no especificados* (C80); *Los demás tumores malignos* (Todas las demás categorías C); b) *Carcinoma in situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido* (D00-D48).
- Se contemplan los grupos de edad sugeridos por la Unidad de Información y Análisis de Salud (HA, por sus siglas en inglés) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el marco de la Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; a saber: menores de 1 año, 1-4 años, 5-14 años, 15-44 años, 45-64 años, 65 y más años (OPS-HA, 2013).
- Dado que se propone llevar a cabo una comparación entre países y que la CIE 10 comienza a implementarse en Brasil y Argentina en 1996 y 1997, respectivamente, dicha comparación se efectúa a partir de este último y abarca hasta 2012, año hasta el cual se encuentra disponible la información al momento de la elaboración del presente trabajo.
- A fin de suavizar cualquier fluctuación brusca en el comportamiento de la TM, se considera su cálculo por períodos trienales; específicamente, 1997-1999 y 2010-2012.

En razón lo anterior, las TM se obtienen a partir del cociente entre el promedio anual de defunciones relevadas en cada trienio y la población total estimada al año central contenido en cada uno de ellos, expresado por 100.000 varones o mujeres, según corresponda. En el caso de los niños menores de 1 año, el denominador se corresponde con el número total de nacimientos registrados, con acuerdo de la definición

de la TM infantil (OPS-HA, 2013).

Resultados y discusión

La TM por tumores es generalmente superior en los varones, con independencia del país (PAHO, s.f.b) (Cuadro 1).

Una lectura según la edad muestra que, aunque la TM de Argentina es superior a la de Brasil en la mayoría de los grupos contemplados, esta consigue descender casi siempre, sobre todo en los niños menores de 5 años y la población de 45-64 años (Moreno et al., 2012; Pujol et al., 2014). Por el contrario, aumenta en los varones de 5-14 años y las mujeres de 45-64 años (Cuadro 1).

Por su parte, en Brasil, la TM asciende en prácticamente en todos los casos (INCA, s.f.a; y WHO, s.f.b), especialmente en los grupos de 5-14 años y 65 años y más. Excepcionalmente, no varía en las niñas menores de 1 año y los varones de 45-64 años, en tanto denota una leve caída en los varones de 15-44 años (Cuadro 1).

Las variaciones de la TM impactan en la participación de las muertes por tumores en el total de muertes relevadas en cada trienio (Frenk et al., 1994; Chackiel, 1999 en CELADE-CEPAL, 2007). Esta participación, generalmente superior en las mujeres y creciente con la edad, aumenta en los dos países en la mayoría de las poblaciones analizadas, fundamentalmente en la femenina de 15-64 años de Argentina, país donde el indicador asume valores comparativamente más elevados (Cuadro 1).

Cuadro 1. Argentina y Brasil. TM por tumores según sexo y grupo de edad (por 100.000 nacidos vivos/varones/mujeres) y participación de las muertes por tumores en el total de muertes relevadas (%). Trienios 1997-1999 y

2010-2012

GRUPO DE EDAD	ARGENTINA				BRASIL			
	VARONES		MUJERES		VARONES		MUJERES	
	1997-1999	2010-2012	1997-1999	2010-2012	1997-1999	2010-2012	1997-1999	2010-2012
Menores de 1	17,6	12,8	19	14,7	14,4	14,9	15,5	15,6
	(0,3)	(0,3)	(0,4)	(0,7)	(0,2)	(0,3)	(0,3)	(0,4)
1-4	18,7	15,6	14,1	11,2	16	17,1	14,2	15,4
	(7,3)	(9,1)	(6,9)	(12,1)	(5,2)	(8,8)	(5,3)	(9,2)
5-14	13,9	14	11,5	10,9	12,4	13,3	9,7	11
	(13,2)	(16,2)	(15,2)	(24,6)	(9,9)	(12,6)	(11,6)	(15)
15-44	56,7	49	71,4	62,7	45,7	44,2	53,5	56,9
	(10)	-9,8	(25,7)	(39,4)	(4,7)	(5,1)	(15,4)	(19,8)
45-64	887,8	738,1	615,7	617,1	591,3	584,1	469,6	478
	(25,4)	(25,4)	(37,2)	(59,4)	(15,9)	(19,2)	(22,3)	(29)
65 y más	3.944,7	3.647,7	2.278,2	2.142,9	2.426,9	2.752,6	1.539,1	1.685,6
	(20,6)	(19,9)	(16,9)	(22,8)	(14,4)	(18)	(11,5)	(14)

Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de la DEIS, el SUS, el INDEC y el IBGE.

La desagregación de las muertes según el tipo de tumor (maligno o benigno) revela que aproximadamente el 80% de las mismas se debe a tumores malignos. Esta proporción, que asciende con la edad⁴ y tiende a permanecer constante en la mayor parte de los grupos estudiados, se acentúa en Brasil⁵ (Cuadro 1; gráficos 1 y 2).

Un análisis de las muertes según la localización del tumor exhibe un patrón similar en la población de 0-14 años de ambos países con independencia del sexo, aunque con TM casi siempre mayores en Argentina, al menos al inicio del periodo investigado. Es así que, en el trienio 1997-1999, predominan las muertes por *Leucemias* seguidas de las asociadas a tumores de *Encéfalo y otras partes del SNC*⁶ y a *Carcinoma in situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido*⁷ (Gráfico 1; Cuadro 2).

En el trienio 2010-2012, el peso relativo de las *Leucemias* disminuye en Argentina en virtud de la caída de la TM asociada, probablemente vinculada a las acciones implementadas por el Instituto Nacional del Cáncer (INC, institución creada en 2010) a través de la unidad de Coordinación de Pediatría para el cuidado integral del niño con cáncer (INC, s.f.a). Este avance, que coincide, entre otros, con los documentados por el Instituto Nacional del Cáncer (2012) y Pujol y colaboradores (2014), contrasta con el aumento de la participación de las muertes por *Carcinoma in situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido* en los niños y las niñas menores de 1 año y por tumores de *Encéfalo y otras partes del SNC* en los de 5-14 años, a partir del aumento de las TM respectivas (Gráfico 1; Cuadro 2).

En el mismo sentido, en Brasil, el peso relativo de las muertes por *Leucemias* se reduce en los niños y las niñas menores de 1 año, en función del descenso de la TM asociada y el incremento de las TM por *Carcinoma in situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido* y a *Tumores de encéfalo y otras partes del SNC*. No puede concluirse lo mismo para los restantes tramos de edad, donde las *Leucemias* y los tumores de *Encéfalo y otras partes del SNC* mantienen su participación a raíz del aumento de sus TM, tal y como se observa en publicaciones del Instituto Nacional de Câncer de ese país (INCA; s.f.a) (Gráfico 1; Cuadro 2).

Una comparación de la dinámica de las TM entre países corrobora la diferencia se-

⁴ Excepcionalmente, en los niños y las niñas argentinos menores de 1 año, la proporción en cuestión disminuye de 77% a 48% y de 76% a 56%, respectivamente, como consecuencia del incremento de la participación de las muertes por *Carcinoma in situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido*, tal y como se comenta en párrafos posteriores.

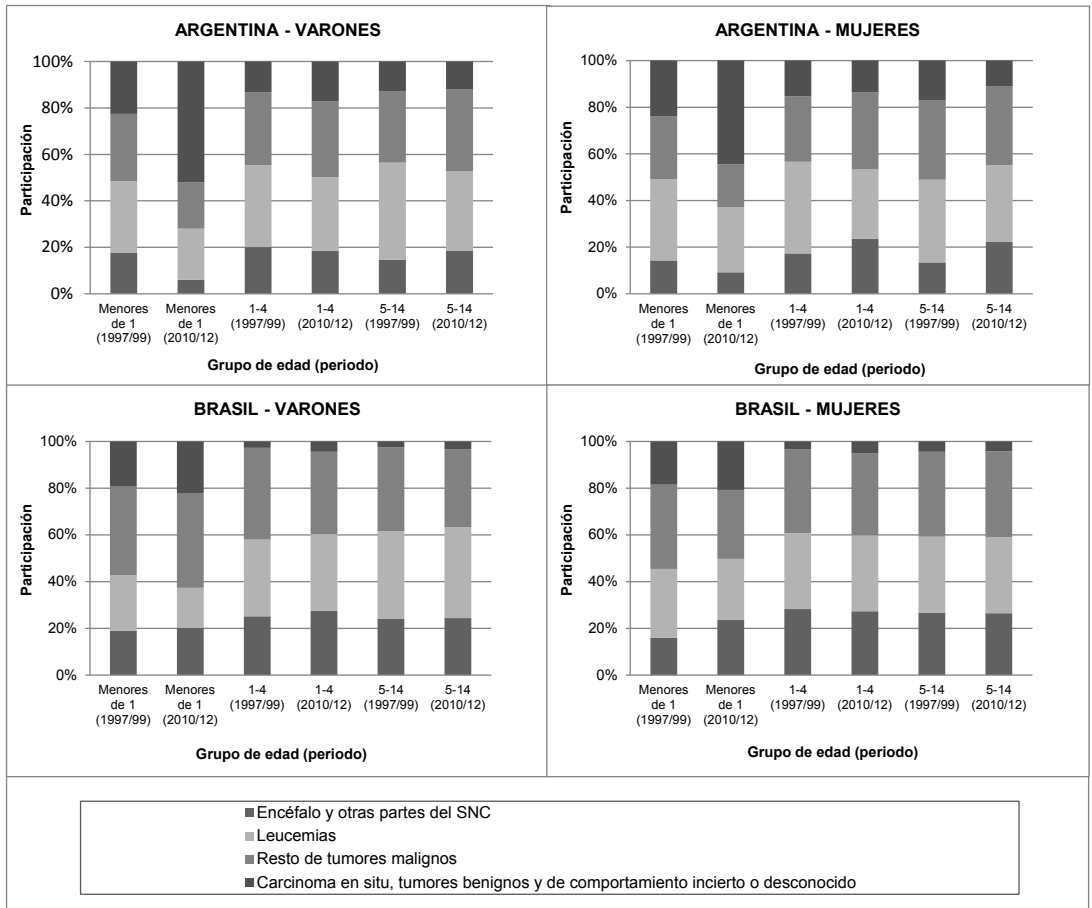
⁵ Esta lectura se desprende de la información contenida en los Cuadros 2 y 3.

⁶ A partir de considerar a *Resto de tumores malignos* como una categoría residual en todos los tramos etarios.

⁷ En los niños y las niñas menores de 1 año, esta categoría se antepone a la de tumores *Encéfalo y otras partes del SNC*.

ñalada en la introducción (decreciente en Argentina y creciente en Brasil). Sin embargo, también evidencia similitudes en la medida en que se observa un comportamiento similar en las TM por *Leucemias*, *Resto de tumores malignos* y *Carcinoma situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido* durante el primer año de vida; y por tumores de *Encéfalo y otras partes del SNC*, fundamentalmente desde los 5 años de edad (Cuadro 2).

Gráfico 1. Argentina y Brasil. Distribución de las muertes de la población menor de 15 años por tumores según tipo y localización del tumor, sexo y grupo de edad. Trienios 1997-1999 y 2010-2012



Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de la DEIS, el SUS, el INDEC y el IBGE.

Cuadro 2. Argentina y Brasil. TM por tumores de la población menor de 15 años según sexo, grupo de edad, tipo y localización del tumor (por 100.000 habitantes*). Trienios 1997-1999 y 2010-2012

TIPO Y LOCALIZACIÓN DEL TUMOR	GRUPO DE EDAD					
	Menores de 1		1-4		5-14	
	1997-1999	2010-2012	1997-1999	2010-2012	1997-1999	2010-2012
ARGENTINA						
VARONES						
Tumores malignos	13,6	6,1	16,2	12,9	12,1	12,4
Encéfalo y otras partes del SNC	3,1	0,8	3,8	2,9	2	2,6
Leucemias	5,4	2,8	6,6	4,9	5,8	4,8
Resto de tumores malignos	5,1	2,5	5,8	5,1	4,3	5
Carcinoma en situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido	4	6,6	2,5	2,7	1,8	1,7
MUJERES						
Tumores malignos	14,5	8,2	11,9	9,7	9,6	9,7
Encéfalo y otras partes del SNC	2,7	1,4	2,4	2,7	1,6	2,4
Leucemias	6,6	4,1	5,5	3,3	4,1	3,6
Resto de tumores malignos	5,2	2,7	4	3,7	3,9	3,7
Carcinoma en situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido	4,5	6,5	2,2	1,5	2	1,2
BRASIL						
VARONES						
Tumores malignos	11,6	11,6	15,6	16,3	12,1	12,9
Encéfalo y otras partes del SNC	2,7	3	4	4,7	3	3,3
Leucemias	3,4	2,5	5,3	5,6	4,7	5,2
Resto de tumores malignos	5,5	6,1	6,3	6	4,4	4,4
Carcinoma en situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido	2,8	3,3	0,4	0,8	0,3	0,4
MUJERES						
Tumores malignos	12,6	12,3	13,7	14,6	9,3	10,5
Encéfalo y otras partes del SNC	2,5	3,7	4	4,2	2,6	2,9
Leucemias	4,6	4,1	4,6	5	3,2	3,6
Resto de tumores malignos	5,5	4,5	5,1	5,4	3,5	4
Carcinoma en situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido	2,9	3,2	0,5	0,8	0,4	0,5

(*) En el caso de los niños menores de 1 año, las tasas se expresan por 100.000 nacidos vivos.
Referencias: □ : la TM disminuye; ■ : la TM permanece constante; ▣ : la TM aumenta.

A partir de los 15 años, la composición de las muertes se diversifica, al tiempo que se acentúan las diferencias entre sexos y países. Aun así, la TM continúa asumiendo valores superiores a los de Brasil, con excepción de la asociada a tumores de *Estómago* y *Encéfalo y otras partes del SNC* (Gráfico 2, cuadros 3 y 4).

En los varones argentinos, en el trienio 1997-1999, predominan las muertes por tumores de *Tráquea, bronquios y pulmón*, sobre todo edades más avanzadas. A ellas les suceden las atribuidas a *Leucemias* en el grupo de 15-44 años y por tumores de *Colon, recto, porción rectosigmoidea y ano* en el de 45-64 años. Estas últimas aumentan su participación con la edad, al tiempo que asciende la proporción de muertes por tumores de *Próstata* (Gráfico 2).

En el trienio 2010-2012, las TM por tumores de *Colon, recto, porción rectosigmoidea y ano, Encéfalo y otras partes del SNC* y *Carcinoma en situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido* se incrementan⁸ mientras que las vinculadas a las demás causas disminuyen (Cuadro 3). Ello afecta la estructura referida, particularmente a la población de 15-44 años, donde asciende el peso relativo de la primera y tercera de las causas mencionadas. Diferente es el caso de los restantes grupos de edad, en los cuales la distribución de las causas se mantiene más o menos constante (Gráfico 2).

Como contrapartida, en Brasil, al inicio del periodo abordado, son más frecuentes las muertes por *Leucemias* y tumores de *Encéfalo y otras partes del SNC* en la población de 15-44 años. A medida que asciende la edad, prevalecen las muertes por tumores de *Tráquea, bronquios y pulmón* y *Estómago*. Finalmente y en consonancia con Argentina, a partir de los 65 años, adquieren mayor relevancia los tumores de *Próstata* (Gráfico 2).

Esta estructura no registra mayores cambios al final del período analizado, más allá del descenso de las TM por las causas referidas en la población de 15-64 años⁹, con excepción de la asociada a tumores de *Encéfalo y otras partes del SNC*. Esta última registra un aumento, al igual que la TM por las restantes causas (Gráfico 2; Cuadro 4).

Por su parte, la composición de las muertes femeninas según tipo y localización del tumor presenta mayores semejanzas entre países (los tumores de *Útero* y *Mama* son los más frecuentes, fundamentalmente entre las más jóvenes) a la vez que no exhibe mayores cambios en los trienios abordados (Gráfico 2).

⁸ Como consecuencia de ello, merecen resaltarse las acciones que, desde 2012, se llevan a cabo desde el Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal para mitigar la morbimortalidad por esta causa. Entre ellas, la elaboración de protocolos y guías para especialidades médicas (INC, s.f.b).

⁹ Al respecto, cabe mencionar las medidas ejecutadas en el marco de los programas de Expansión de Asistencia en Oncología (Proyecto EXPANDE), de Calidad en Radiaciones Ionizantes y de Transplante en Médula Ósea, ambos dependientes del INCA de Brasil (INCA, s.f.b).

Al igual que en los varones, esta distribución se diversifica con la edad, al aumentar el peso relativo de las muertes por tumores de *Tráquea, bronquios y pulmón*, de *Colon, recto, porción rectosigmoidea y ano* y, en el caso de Brasil, también los de *Estómago* (Gráfico 2).

Nuevamente, y más allá de la ausencia de modificaciones significativas en la composición de las muertes entre los trienios estudiados (consonantes con estadísticas difundidas a nivel oficial, INC, 2012; e INCA, s.f.a), se destaca el descenso de la TM por la mayoría de las causas en Argentina y el aumento de las mismas en Brasil.

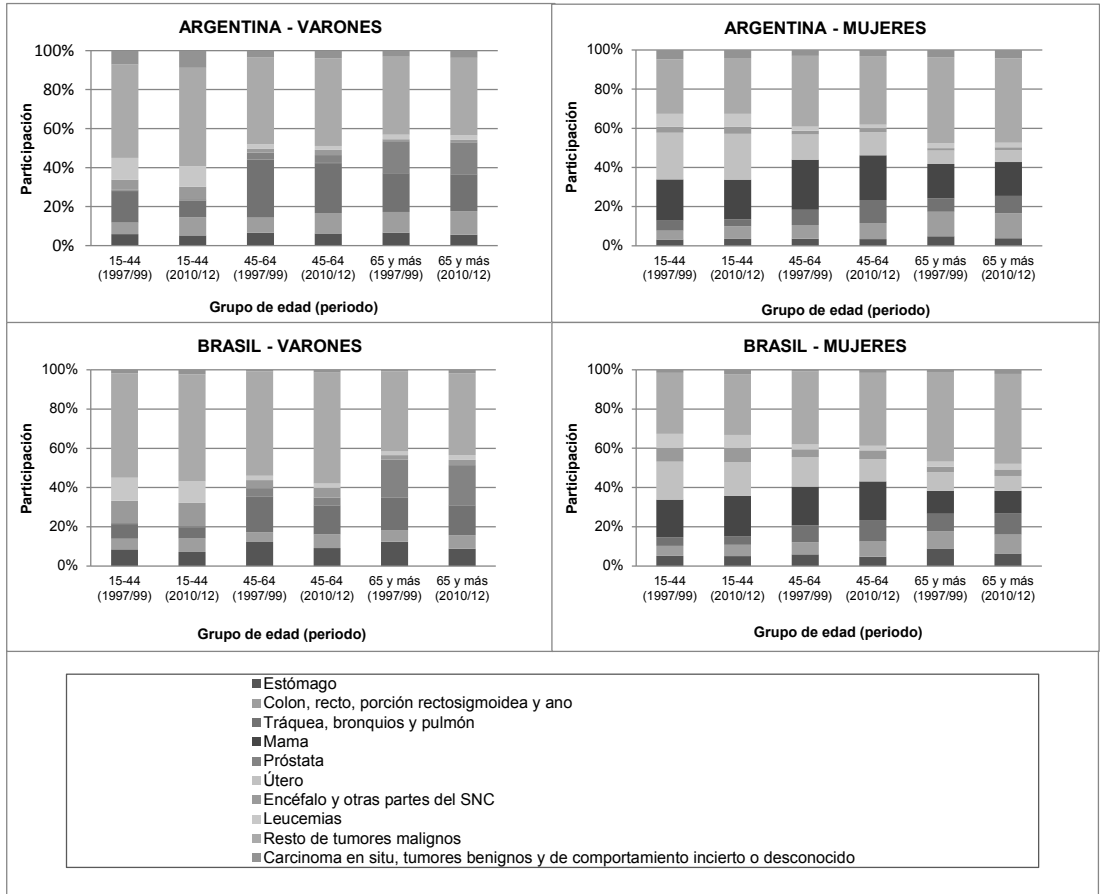
Esta lectura, que confirmaría una vez más la diferencia entre países señalada en la introducción, contrasta con las tendencias similares entre países en algunas causas específicas y para algunos grupos poblacionales (por ejemplo, en el caso de los tumores de *Colon, recto, porción rectosigmoidea y ano* en casi todos los tramos etarios abordados con independencia del sexo; y los de *Útero*); o bien aumentan en Argentina y disminuyen en Brasil (tal y como ocurre con las muertes por tumores de *Próstata* en los varones de 15-44 años).

Frente a este panorama de similitudes y diferencias, merecen destacarse las acciones emprendidas desde el Estado en los dos países (a través de los institutos nacionales de cáncer) para contrarrestar las manifestaciones de tumores específicos. Entre ellas, la inclusión de la vacuna contra el Virus Papiloma Humano¹⁰ (VPH) a las niñas y los niños de 11 años y 11-13 años en Argentina y Brasil, respectivamente; y la propuesta de exámenes preventivos desde el Área de Prevención del Cáncer Cervicouterino en el primer caso y Programa Nacional de Control de Cáncer de Cuello de Útero, en el segundo (INC, s.f.c y INCA, s.f.c).

Además, cabe mencionar otras medidas ejecutadas en Argentina en el marco del Programa Nacional de Cáncer de Mama, el Plan Nacional de Tumores Familiares y Hereditarios (PROCAFA), la Coordinación de Cuidados Paliativos y la Iniciativa Tabaco (INC, s.f.d); y, de manera análoga, en Brasil, a través del Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama (por ejemplo, la gestión de estudios y tratamientos para pacientes con tumores mamarios, incluida la mamografía a las mujeres de 50-69 años) (INCA, s.f.d) y el Programa Nacional de Control del Tabaquismo y otros Factores de Riesgo de Cáncer (tales como la dirigidas a proteger la salud de los trabajadores expuestos al humo, la puesta en marcha de campañas anti-tabaco y el desarrollo del “Módulo Escuela Libre de Tabaco” en las instituciones educativas) (INCA, 2001; s.f.e).

¹⁰ La infección crónica por el VPH, transmitida esencialmente por vía sexual, constituye la causa principal de cáncer de cuello uterino (PAHO, s.f.d).

Gráfico 2. Argentina y Brasil. Distribución de las muertes de la población de 15 años y más por tumores según tipo y localización del tumor, sexo y grupo de edad. Trienios 1997-1999 y 2010-2012



Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de la DEIS, el SUS, el INDEC y el IBGE.

Cuadro 3. Argentina. TM por tumores de la población de 15 años y más según sexo, grupo de edad, tipo y localización del tumor (por 100.000 habitantes). Trienios 1997-1999 y 2010-2012

TIPO Y LOCALIZACIÓN DEL TUMOR	GRUPO DE EDAD					
	15-44		45-64		65 y más	
	1997-1999	2010-2012	1997-1999	2010-2012	1997-1999	2010-2012
VARONES						
Tumores malignos	52,7	44,6	857,9	709,1	3.820,3	3.512,2
Estómago	3,3	2,6	58,1	46,1	261,8	201,1
Colon, recto y de la porción rectosigmoidea y ano	3,4	4,5	69,5	77,2	419,8	446,4
Tráquea, de los bronquios y del pulmón	9,1	4,2	262,3	188,4	779,8	684
Mama	0,2	0,1	1,6	1,3	5,2	6,1
Próstata	0,3	0,3	31	29,5	645,2	594,7
Encéfalo y otras partes del SNC	3	3,1	19	19,8	39,2	46,4
Leucemias	6,3	5,2	20,4	15,1	93,8	82,4
Resto de tumores malignos	27,1	24,6	396	331,7	1.575,50	1.451,10
Carcinoma en situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido	4	4,3	29,9	29,1	124,4	135,5
MUJERES						
Tumores malignos	68	60,1	597,3	597,5	2.194,4	2.052,1
Estómago	2,3	2,2	22,1	21,2	111,5	82,4
Colon, recto y de la porción rectosigmoidea y ano	3,3	4	43	50,5	284,9	273,9
Tráquea, de los bronquios y del pulmón	3,7	2,2	48	72,7	155,1	189
Mama	15	12,7	157,6	140,6	401,5	371,3
Útero	17	14,7	79,4	73	155,5	129,9
Encéfalo y otras partes del SNC	2,2	2,2	11,2	13	28,5	32,1
Leucemias	4,7	4,2	13	10,5	57,2	50,4
Resto de tumores malignos	19,8	17,9	223	216	1.000,2	923,1
Carcinoma en situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido	3,4	2,6	18,4	19,5	83,8	90,8

Referencias: □ : la TM disminuye; ■ : la TM permanece constante; ■ : la TM aumenta.

Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de la DEIS y el INDEC.

Cuadro 4. Brasil. TM por tumores de la población de 15 años y más según sexo, grupo de edad, tipo y localización del tumor (por 100.000 habitantes). Trienios 1997-1999 y 2010-2012

TIPO Y LOCALIZACIÓN DEL TUMOR	GRUPO DE EDAD					
	15-44		45-64		65 y más	
	1997-1999	2010-2012	1997-1999	2010-2012	1997-1999	2010-2012
VARONES						
Tumores malignos	44,8	43,2	586,9	575,5	2.406,8	2.699,9
Estómago	3,9	3,2	72,4	53,6	301,2	244
Colon, recto y de la porción rectosigmoidea y ano	2,5	3,1	29,6	40,6	138,4	189,5
Tráquea, de los bronquios y del pulmón	3,4	2,5	106,2	84,9	409,5	413,9
Mama	-	0,1	0,7	0,9	2,4	3,8
Próstata	0,3	0,2	25,8	24,5	467	565,5
Encéfalo y otras partes del SNC	5,2	5,2	24,6	28,4	52,1	70,7
Leucemias	5,4	4,9	12,8	12,8	51,9	67,1
Resto de tumores malignos	24,1	24	314,8	329,8	984,3	1.145,40
Carcinoma en situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido	0,9	1	4,4	8,6	20,1	52,6
MUJERES						
Tumores malignos	52,7	55,6	465,3	470,4	1.522,50	1.650,30
Estómago	2,7	2,9	27,7	22,7	136,9	108,1
Colon, recto y de la porción rectosigmoidea y ano	2,8	3,3	29,1	36,7	136,9	161,7
Tráquea, de los bronquios y del pulmón	2,3	2,3	40,2	52,4	135,7	184,3
Mama	10,3	11,9	92,9	94,3	181,3	193
Útero	10,3	9,7	70,9	53,8	144,6	125,8
Encéfalo y otras partes del SNC	3,7	4,1	18,7	21,9	44,1	57
Leucemias	3,9	3,8	11,4	10,8	39,9	47,2
Resto de tumores malignos	16,7	17,6	174,4	177,8	703,1	773,2
Carcinoma en situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido	0,8	1,3	4,3	7,6	16,6	35,3

Referencias: □ : la TM disminuye; ■ : la TM permanece constante; ▣ : la TM aumenta.

Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente del DATASUS y el IBGE.

A partir de las lecturas realizadas y habida cuenta de que ambos países han ejecutado acciones para reducir la morbimortalidad por tumores, cabe la pregunta *¿por qué motivo las TM de Brasil manifiestan un incremento aun cuando se desplieguen medidas para producir el efecto contrario?*

Una posible explicación podría encontrar fundamento en los problemas de cobertura que ha tenido el registro de defunciones históricamente en ese país, los que todavía persisten más allá de los esfuerzos para solucionarlos. Así lo documentan Bay y Orellana (2007) cuando estiman que el subregistro es del 17% en el quinquenio 2000-2005; a diferencia de Argentina que, en general, “ha tenido desde siempre una buena cobertura en los registros de defunciones” (Bay y Orellana, 2007: 9), con un subregistro inferior al 6% desde la década de 1960.

En el mismo sentido, se destacan los problemas de omisión diferencial en función de la edad de los fallecidos y en detrimento de los más jóvenes, igualmente más acentuados en el caso de Brasil¹¹ (Bay y Orellana, 2007). De manera que la información relativa a los adultos estaría más completa y, por lo tanto, las diferencias entre países al interior de este grupo se acercarían más a la realidad.

Las dificultades en la cobertura también suelen estar asociadas a las características de las áreas a las cuales corresponde la información. Cuando estas se consideran menores, rurales (Bay y Orellana, 2007) y/o presentan una proporción significativa de hogares en situación de pobreza (Fernández et al., 2008) es frecuente encontrar casos de omisión de registro diferencial a nivel territorial.

Otros problemas que afectan la calidad de la información disponible se corresponden con los errores cometidos al completar el registro de la defunción, ya sea por parte del informante o de quien consigna los datos proporcionados por el mismo¹²; y los que se producen en las distintas etapas del procesamiento de la información (codificación, transcripción y tabulación) (Bay y Orellana, 2007).

En cuanto al registro de la causa de muerte, la calidad depende de la competencia de la persona que completa el formulario. Si bien esta persona suele coincidir con el médico que atendió al individuo cuya defunción se consigna, en ocasiones, esta tarea suele ser delegada a otro funcionario (Bay y Orellana, 2007).

En razón de lo anterior, dos indicadores útiles de la calidad de la información (que también contribuirían a explicar las diferencias encontradas en la presente investigación) refieren al *porcentaje de defunciones registradas con causas mal defi-*

¹¹ A modo de ejemplo, en el periodo 1995-2000, en Argentina, esta equivale al 29,7%, -1,8% y 1,7% entre los varones de 0-14, 15-59 y 60 y más años, en ese orden; y a 24,8%, -0,4% y 3% entre las mujeres, si se tienen en cuenta los mismos tramos de edad. En cambio, en Brasil, dicha omisión es del 46,2%, 19,6% y 2,8% entre los varones; y del 45,9%, 22,1% y 5,9% entre las mujeres si se consideran, en ambos casos, los grupos etarios referidos (Bay y Orellana, 2007).

¹² Prueba de ello constituyen los errores que se cometen al indagar la edad en años cumplidos de los fallecidos; en especial, cuando se trata de niños que no han alcanzado el año de edad.

nidas y al porcentaje de defunciones registradas con certificación médica. El primero de ellos se relaciona con la falta de atención médica al fallecido durante el proceso de la enfermedad (cuestión ligada a la disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud pública) y asume valores decrecientes en los dos países estudiados (12,4% y 39,7% en el quinquenio 1995-2000, en Argentina y Brasil, respectivamente). Por su parte, el segundo indicador, que alude a la proporción de muertes cuyo diagnóstico se supone más certero, equivale a 99,3% en Argentina en 1982 y llega a valer en Brasil 93,7% recién en 2004 (Bay y Orellana, 2007).

Con específica referencia a los tumores malignos, la Organización Mundial de la Salud resalta el uso de la categoría C80 de la CIE 10 la cual, como se aludiera en el apartado de métodos, se utiliza cuando se ignora el origen del tumor, ya sea porque se desconoce historia clínica del fallecido; o bien, porque no existe modo alguno de identificar tal lugar (WHO, 2010). La información utilizada en este trabajo revela que el uso de esta categoría no excede el 7% y el 5% del total de muertes por tumores en Argentina y Brasil, en ese orden, durante el período investigado.

Todas estas limitaciones han sido igualmente distinguidas en investigaciones llevadas a cabo en el ámbito local. Entre ellas, la de Pujol y colaboradores efectuada en 2014 en Argentina; y las de Szwarcwald y colaboradores y Cardoso y colaboradores, ejecutadas, respectivamente en 2002 y 2005, en Brasil.

Conclusiones

Los resultados de este trabajo revelan tanto similitudes como diferencias en el comportamiento de la mortalidad por tumores de Argentina y Brasil en las últimas décadas, todas ellas en consonancia con conclusiones plasmadas en estudios previos.

Aunque en ambos países el peso relativo de las muertes por este grupo de causas experimenta un crecimiento, el comportamiento de TM asociada se presenta dispar, casi siempre en detrimento de Brasil, cuyos niveles de mortalidad iniciales son más bajos pero tienden al ascenso.

Un análisis más detallado por tipo de tumor muestra una mayor proporción de muertes atribuidas a tumores malignos, que asciende con la edad y se acentúa, nuevamente, en el caso brasileiro.

Si las muertes son desagregadas de acuerdo a la localización de los tumores, no existen diferencias significativas por sexo y país en los primeros tramos de edad. En ese sentido, predominan las muertes por *Leucemias*, los tumores de *Encéfalo y otras partes del SNC* y los *Carcinoma in situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido*.

Esta estructura se diversifica a partir de los 15 años, no sólo en términos de

las causas y el país, sino también entre sexos. Es así que en los varones de Argentina, además de las *Leucemias*, adquieren mayor participación los tumores de *Tráquea, bronquios y pulmón* y los de *Colon, recto, porción rectosigmoidea y ano* y de *Próstata*; en tanto que, en Brasil, son también relevantes los tumores de *Encéfalo y otras partes del SNC* y de *Estómago*.

Por su parte, en las mujeres, son más habituales las muertes por tumores de *Útero* y *Mama* con independencia del país.

Complementariamente, y al margen de las disparidades corroboradas en estudios precedentes, llama la atención que la magnitud y el sentido de algunas TM específicas resulten similares entre países para determinados grupos poblacionales (por ejemplo, en el caso de las *Leucemias* en el primer año de vida; y los tumores *Útero* a partir de los 15 años). Esta conclusión estaría relacionada con las acciones implementadas en ambos países para reducir la morbimortalidad ligada a ciertos tumores; y las mejoras introducidas progresivamente en el registro de las defunciones de Brasil, país con una cobertura de los hechos vitales históricamente inferior.

Referencias bibliográficas

Bay, G. y Orellana, H. (2007), *La calidad de las estadísticas vitales en la América Latina, Versión preliminar para discusión* (LC/R. 2141), documento presentado en el Taller de expertos en el uso de estadísticas vitales: alcances y limitaciones, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 13 y 14 de diciembre.

Cardoso, A.; Santos, R. y Coimbra Jr., C (2005), "Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação?", *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5): 1602-1608.

Carter, C.; Allen, C. y Henson, D. (1989), "Relation of tumor size, lymph node status, and survival in 24,740 breast cancer cases", *Cancer*, 63(1): 181-7.

Chackiel, J. (1999), "Mortality in Latin America", *Health and Mortality Issues of Global Concern* (ST/ESA/SER. R/152), Nueva York.

CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) - División de Población de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2007), *Observatorio Demográfico*, N° 4, Santiago de Chile.

DEIS (Dirección de Estadísticas e Información de Salud de la Nación (Argentina)) (2013), *Estadísticas Vitales. Información Básica - Año 2012, Serie 5, N° 56*, Buenos Aires, Argentina.

Fernández, M.; Guevel, C.; Krupitzki, H., Marconi, É. y Massa, C. (2008), *Omisión de registro de nacimientos y muertes infantiles: magnitud, desigualdades y cau-*

sas, Buenos Aires, Argentina, Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Ministerio de Salud.

Frenk, J., Lozano R. y Bobadilla, J. (1994), "La transición epidemiológica en América Latina", *Notas de población*, N° 60, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).

Hernández, M., Cruzado, J., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M. y Martín, J. (2012), "Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer", *Psicooncología*, 9(2-3): 233-57.

IARC (siglas en inglés de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer) (s.f.), Publications. Disponible en: <http://www.iarc.fr/en/publications/list/wrk/index.php>. Accedido 3 de febrero de 2015.

INC (Instituto Nacional del Cáncer (Argentina)) (2012). Boletín INC, Cáncer Infantil, Año 2, N° 6.

(s.f.a). Coordinación de Pediatría. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/programas/coordinacion-de-pediatria>. Accedido 24 de febrero de 2015.

(s.f.b). Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/programas/programa-nacional-de-prevencion-y-deteccion-temprana-del-cancer-colorrectal>. Accedido 24 de febrero de 2015.

(s.f.c). Área de Prevención del Cáncer Cervicouterino. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/programas/area-de-prevencion-del-cancer-cervico-uterino>. Accedido 24 de febrero de 2015.

(s.f.d). Instituto Nacional del Cáncer. Programas. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php>. Accedido 24 de febrero de 2015.

INCA (Instituto Nacional de Câncer (Brasil)) (2001). *Programa de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco de Câncer*. Disponible en: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/estrategias.pdf>. Accedido 26 de febrero de 2015.

(s.f.a). INCA. Estatísticas do Câncer. Vigilância do Câncer e de Fatores de Risco. Disponible en: <http://www1.inca.gov.br/vigilancia/index.asp>. Accedido 2 de marzo de 2015.

(s.f.b). Instituto Nacional de Câncer. Programas e ações no Brasil. Disponible en: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil. Accedido 26 de febrero de 2015.

(s.f.c). Controle do Câncer do Colo do Útero. Disponible en: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio. Accedido 25 de febrero de 2015.

(s.f.d). Controle do Câncer de Mama. Disponible en: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/agenda-estrategica. Accedido 25 de febrero de 2015.

(s.f.e). Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Disponible en: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=introducao.htm>. Accedido 26 de febrero de 2015.

Moreno, F.; Loria, D.; Abriata, G., Terracini, B.; ROHA Network (2012), "Childhood cancer: Incidence and early deaths in Argentina, 2000-2008", *European Journal of Cancer*, 49(2): 465-473.

Muto, T., Bussey, H. y Morson, B. (1975), "The evolution of cancer of the colon and rectum", *Cancer*, 36(6): 2251-70.

OPS-HA (Organización Panamericana de la Salud – Unidad de Información y Análisis de Salud, por sus siglas en inglés) (2013), Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Glosario de Indicadores, Washington DC.

PAHO (siglas en inglés de la Organización Panamericana de la Salud) (s.f.a), Publicaciones del Programa de Cáncer. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1866&Itemid=3904&lang=es. Accedido 3 de febrero de 2015.

(s.f.b), *Cáncer en las Américas, perfiles de país, 2013*. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9010:cancer-americas-country-profiles-2013&Itemid=40084&lang=es. Accedido 6 de febrero de 2015.

(s.f.c), Clasificación Internacional de Enfermedades - Décima Revisión. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/index.htm>. Accedido 6 de febrero de 2015.

(s.f.d), El Virus del Papiloma Humano y el Cáncer Cervicouterino. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11568%3Avph-y-cancer-cervicouterino&catid=3625%3Acervical-cancer&Itemid=40592&lang=es. Accedido 28 de junio de 2016.

Pujol, C.; Bertone, C. y Acosta, L. (2014), "Morbimortalidad por cáncer infantil en la República Argentina. 2006-2008", *Archivos Argentinos de Pediatría*, 112(1):

Szwarcwald, C.; Leal, M.; Andrade, C. y Souza Jr., P. (2002), "Estimação da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde?", *Cadernos de Saúde Pública*, 18(6): 1725-1736.

The Lancet Oncology Comisión (2013), "La planificación del control del cáncer en América Latina y el Caribe", *Lancet Oncol*, 14: 391-436.

UICC (Unión Internacional contra el Cáncer) (2006), *Prevención del Cáncer: Estrategias basadas en la evidencia. Una guía de la IUICC para América Latina*, Ginebra, Suiza.

WHO (siglas en inglés de la Organización Mundial de la Salud,) (2014), *Global Health Estimates 2014 Summary Tables. Deaths by cause, age and sex, by WHO Region, 2000-2012, June 2014*, Ginebra, Suiza. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/. Accedido 1 de noviembre de 2014.

(2010), *Improving the quality and use of birth, death and cause-of-death information: guidance for a standards-based review of country practices*, Malta.

(s.f.a), *Publicaciones acerca del cáncer*. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/publications/es/>. Accedida 1 de julio de 2016.

(s.f.b), *WHO Mortality Database. Updated as of July 2014*. Disponible en: <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/>. Accedida 23 de enero de 2015.

Evolución de la mortalidad por atropellos y colisiones de tránsito en la primera década del siglo XXI

Gabriel Escanés
CIECS / CONICET y UNC

Resumen

Se analizó la mortalidad vial con el objetivo de medir el impacto que tuvieron los decesos por atropellos y colisiones de tránsito sobre la esperanza de vida de los argentinos entre los trienios 2000-2002 y 2009-2011. Se aplicó el índice de años de esperanza de vida perdidos que sirvió para establecer la cantidad de años que deberían haber vivido las personas que fallecieron por lesiones causadas al transitar por la vía pública ya sea como peatones, ciclistas, motociclistas u ocupantes de vehículos a motor. Los principales resultados indican que en el trienio 2000-2002 la población argentina perdió 0,59 años (siete meses) –entre el nacimiento y los 80 años– de esperanza de vida como consecuencia de las muertes en el espacio vial, mientras que dicha cifra alcanzó la pérdida de 0,66 años (ocho meses) para el trienio 2009-2011.

Palabras clave: Colisiones, tránsito, atropellos, esperanza de vida, mortalidad.

TRENDS IN MORTALITY BY RUN-OVERS AND TRAFFIC CRASHES IN ARGENTINA IN THE FIRST DECADE OF THE 21st CENTURY

Abstract

Road mortality was analyzed with the aim to measure the impact that the deaths caused by traffic collisions and running overs had over Argentines' life expectancy between the 2000-2002 and 2009-2011 trienniums. The index related to the lost years of life expectancy was applied and it served the purpose of establishing the quantity of years that these people should have lived. They included those who died because of lesions caused by walking in the street, either as pedestrians, cyclists, motorcyclists or passengers in a motorbike or a vehicle. The main results indicate that, within the triennium 2000-2002, the Argentinean population lost 0,59 years (7 months) - from birth to the age of 80 years old- of life expectancy as a consequence of deaths in the roads, while that figure reached a loss of 0,66 years (8 months) for the 2009-2011 triennium.

Key words: collisions, traffic, run-overs, life expectancy, mortality.

Introducción

Desde el punto de vista demográfico, el desplazamiento de las personas desde un lugar a otro puede tener consecuencias negativas sobre la población. Por un lado, las implicancias directas como las muertes, lesiones y pérdidas materiales, entre otras, y por otro, las indirectas como la destrucción de familias, las secuelas físicas y psicológicas y la alteración del plan de vida, entre otras. Ya sea que los atropellos y las colisiones en el espacio vial desencadenen en una o varias de dichas consecuencias, resulta fundamental reflexionar sobre el origen de estos eventos. En este sentido cabe preguntarse si los llamados “accidentes de tránsito” ocurren a partir de causas evitables o, por el contrario, que no pueden ser previstas.

El término “accidente” tiene su origen en la expresión *accidens* (accidente) *entis* (ser) del latín. Este concepto hace referencia a diversos significados, entre los cuales se halla el de cualidad o estado que aparece en algo, sin que sea parte de su esencia o naturaleza; el suceso eventual que altera el orden regular de las cosas y el suceso eventual o acción de que involuntariamente resulta en daño para las personas o las cosas. Ésta última acepción es la que adoptaba la Organización Mundial de la Salud (OMS) que definió el accidente de tránsito como “un acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, independiente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta por la aparición de lesiones orgánicas o trastornos mentales” (Pacios Alfonso & Salazar Casanova, 1998, p. 440).

La Clasificación Internacional de Enfermedades, utiliza la expresión “accidente” para referirse a diversas causas de morbilidad y mortalidad (Organización Panamericana de la Salud, 1995). Tal es el caso de los accidentes cerebrovasculares, los traumatismos accidentales (lesiones ocasionadas por caídas, ahogamientos, envenenamientos, exposición a fuerzas mecánicas o fuerzas de la naturaleza y exposición al humo, fuego, llamas, calor, corriente eléctrica o radiación y temperatura entre otros) y las lesiones ocurridas como consecuencia de los accidentes de transporte. Respecto a estas últimas, la Clasificación Internacional de Lesiones por Causa Externa denomina accidente de tránsito a todo evento relacionado con la lesión de tránsito, no intencional. Este tipo de eventos se refiere a cualquier incidente de vehículo de transporte terrestre que ocurra en la vía pública (que se origine, se termine o que involucre de forma parcial a un vehículo en la carretera) y que resulte en lesión (ICECI Coordination and Maintenance Group, 2004).

Esta acepción del término “accidente” es la adoptada por la legislación vigente sobre el tránsito en la República Argentina, donde se indica que “...se presume accidente de tránsito a todo hecho que produzca daño en personas o cosas como

consecuencia de la circulación...” (Ley 24.449, 1995). En este sentido, y desde una perspectiva epidemiológica, según Celmira Rey los accidentes de tránsito son

Hechos o circunstancias no intencionales que ocurren en la vía pública mientras sus usuarios se encuentran circulando (en diferentes roles, por ejemplo peatones o conductores) y durante el cual y por alguna circunstancia personal, de la vía o del vehículo, sufren algún daño sea éste físico, psíquico o material (1999, p. 14).

Un aspecto fundamental de las concepciones mencionadas anteriormente refiere a la intencionalidad del evento (accidente). De este modo, las causas de los traumatismos pueden clasificarse en intencionales y no intencionales. Las intencionales agrupan a los homicidios, los suicidios y otras violencias. Las causas no intencionales, también denominadas accidentales, incluyen a las colisiones de vehículos a motor, las caídas, las lesiones producidas en ámbitos laborales, en espacios domésticos y las que se producen en ámbitos recreativos y escolares.

Como puede notarse, los eventos de tránsito, en tanto accidentes, refieren a sucesos imprevistos o fortuitos que alteran la marcha normal de las cosas. En otras palabras, se entienden como eventos inesperados, casualidades o hechos del destino. Esta concepción impone obstáculos en el estudio de la problemática sobre la mortalidad vial por imposibilitar la comprensión de los factores determinantes del evento y dificultar la implementación de estrategias para prevenirlos. Además, la expresión “accidente de tránsito” suele utilizarse para describir lo que se llama “error humano”. En este sentido, se excluye al sujeto de la secuencia que deriva en una lesión no intencional y en consecuencia se dificulta el análisis de las acciones que llevaron a la conducta de riesgo (Neira & Bosque, 2004).

La palabra accidente transmite la sensación de que las muertes se deben al destino en lugar de un conjunto de antecedentes comprensibles y posiblemente evitables (Evans, 1993). Tal como lo proponen diversos autores, para superar este obstáculo en los estudios de mortalidad, es necesario reemplazar el término “accidente de tránsito” por “evento de tránsito” (Girasek, 2015; Poole, 1998; Robertson, 2015; Ruiz Pérez, 2011; Tapia Granados, 1998). De este modo, los eventos relacionados con lesiones de tránsito se pueden entender como “la consecuencia de una cadena causal de eventos y circunstancias en las que el sujeto siempre puede intervenir para evitarla o mitigar sus consecuencias” (San Román, Neira, & Tisminetzky, 2002, pp. 19–20).

Asumir la presencia de causas en los riesgos de lesiones en eventos viales permite diseñar e implementar acciones tendientes a evitar hechos potencialmente traumáticos (prevención primaria), asegurar la protección de los partícipes de los

eventos viales al momento de la ocurrencia (prevención secundaria) y acelerar la atención sanitaria una vez producida la lesión como consecuencia del hecho. En este sentido, los eventos de tránsito que producen lesiones son hechos prevenibles y evitables donde no intervienen ni el azar, ni el error, ni el destino. Las estrategias de prevención deben considerar la adopción de medidas en busca de evitar el exceso de velocidad en las rutas, promover la conducción de vehículos libre del consumo de alcohol, incorporar el hábito del uso del cinturón de seguridad y cascos, mejorar la infraestructura vial en Argentina y controlar eficazmente el cumplimiento de las normas de tránsito entre otros aspectos (Organización Mundial de la Salud, 2003).

Los atropellos de personas y choques de vehículos ocurridos en el ámbito del tránsito en la vía pública son considerados, a nivel mundial, por algunos autores como una epidemia y por otros como una endemia. En el primer caso, se consideran parte de una “enfermedad que se propaga durante algún tiempo por un país, acometiendo simultáneamente a gran número de personas”, mientras que, en el segundo, se refiere a “una enfermedad que ataca permanentemente a una sociedad” (International Union for the Scientific Study of Population, 1985, p. 76). En este trabajo se adoptó la segunda acepción, que considera a las lesiones y muertes producidas en atropellos y colisiones de tránsito como una enfermedad social vinculada a determinados factores de riesgo y consecuencias traumáticas para las personas. En este sentido, tal como lo refieren los datos reflejados en el próximo apartado, la problemática vial es entendida como una endemia social a nivel mundial, regional y nacional.

Endemia vial

En mayo de 1896 se registró por primera vez, en la ciudad de Nueva York, una lesión por traumatismos entre un ciclista y un vehículo de motor. En agosto de ese mismo año, un vehículo de motor atropelló a un peatón en Londres. A 100 años de aquellos primeros registros, los datos indican que hasta el año 1997, la cantidad acumulada de personas que fallecieron por traumatismos viales en todo el mundo se estimó en 25 millones de personas (Peden et al., 2004).

En 1972, se registraban aproximadamente, más de 200.000 fallecimientos por año en todo el mundo por atropellos y colisiones viales (Adriasola, Olivares, & Díaz Coller, 1972). Cinco años más tarde, la epidemia vial se cobraba la vida de 250.000 personas cada año, sumado a los 7 millones de lesionados (Alfaro Alvarez & Díaz Coller, 1977). El escenario actual, a más de cuatro décadas, no se caracteriza por mejoras en las previsiones de la mortalidad vial. Según un informe sobre la situación mundial de la seguridad vial, todos los años, más de 1,27 millones de individuos mueren como consecuencia de lesiones de tránsito (octava causa de muerte). Los fallecimientos no se producen de manera equitativa entre los 178 países involucra-

dos en el informe. Al respecto, las tasas de mortalidad por lesiones en eventos de tránsito más altas se registraron en los países de bajos ingresos, con 21,5 muertes por cada 100.000 habitantes, y en los países con medianos ingresos (entre ellos figura Argentina), donde la cifra alcanzó a 19,5. Por el contrario, los países con mayores ingresos evidencian tasas cercanas al 10,3. El 90% de los muertos a nivel mundial se corresponde con los países de ingresos bajos y medianos, donde sólo concentran el 48% del parque automotor mundial. Además, las lesiones viales tienen consecuencias considerables sobre la economía de los países, especialmente los de ingresos bajos y medianos. Las pérdidas mundiales a causa de dichos traumatismos se estiman en U\$S 518.000 millones y cuestan a los gobiernos entre el 1% y el 3% del producto nacional bruto (World Health Organization, 2009).

Si bien los países de mayores ingresos muestran una estabilización o reducción de las tasas de mortalidad por atropellos y colisiones viales, en la mayoría de los países la epidemia de traumatismos viales sigue aumentando. Se estima que entre el año 2000 y 2020 las muertes por traumatismos viales descenderán un 27% en los países de altos ingresos, mientras que, por el contrario, en los países de ingresos bajos y medios aumentarán un 80% (Peden et al., 2004). Para el año 2030, las víctimas mortales por año alcanzarán los 2,4 millones de personas convirtiéndose en la quinta causa principal de muerte a nivel mundial. A nivel macro, las regiones de África y del Mediterráneo occidental ostentan las tasas más altas del mundo alcanzando 32,2 muertes por cada 100.000 habitantes. Las regiones de Asia sudoriental, de las Américas y del Pacífico occidental revelaron tasas de 16,6, 15,8 y 15,6 respectivamente. Por último, la región de Europa muestra la menor tasa de mortalidad con una cifra de 13,4 muertes anuales (World Health Organization, 2009). Los decesos por traumatismos causados en el tránsito alrededor del mundo representaron el 2,3% de las defunciones totales en el año 2002. Dado que estas lesiones afectaron principalmente a la población adulta joven, la proporción de la carga de morbilidad medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) fue mayor: 2,8% del total (Organización Mundial de la Salud, 2002).

En relación al perfil de las personas afectadas por lesiones causadas en el tránsito, es posible diferenciar según el tipo de usuario de la vía pública. Los más afectados son los peatones, ciclistas y conductores de ciclomotores y motocicletas ya que concentran la mitad de las muertes viales (World Health Organization, 2013). Si se considera el sexo y la edad de los fallecidos en colisiones viales, en 2002 se observó que el número de varones fallecidos fue mayor que las muertes de mujeres en todos los grupos etarios. En ese período, la tasa de mortalidad vial llegó a 27,6 y 10,4 por 100.000 hombres y mujeres respectivamente. Además, más de la mitad de los decesos a nivel mundial causados por el tránsito se produjeron en personas con edades entre los 15 y 44 años de edad (Peden et al., 2004). En particular, los jóvenes

varones de 5 a 25 años de edad tienen una probabilidad de lesiones o muertes 3 veces mayor que las mujeres de la misma edad (World Health Organization, 2006). En el grupo etario de 15 a 29 años, las muertes viales representan la principal causa de muerte en el mundo (World Health Organization, 2013).

En consistencia con la información relevada por la OMS a nivel mundial, un estudio realizado en los doce países sudamericanos indicó que las defunciones viales se ubicaron como la décima causa de defunción más importante entre 1997 y 2000. En promedio, fallecieron 77.820 hombres (sexta causa de muerte) y 24.702 mujeres (decima sexta causa de muerte) por año. Las muertes en los grupos de edad más jóvenes ocuparon la segunda causa de años de vida potencialmente perdidos hasta los 75 años de edad en la población en general (promedio anual de 4,2 millones de años). Luego, en el año 2000, la tasa de mortalidad vial para América fue de 26,7 y 8,4 por 100.000 hombres y mujeres respectivamente. Estos fallecimientos fueron la causa principal de muerte en las mujeres de 5 a 44 años de edad. Además, fueron la causa principal entre los hombres de 5 a 14 años de edad y la segunda causa de muerte en los hombres de 15 a 44 años (Silvi, 2004).

Se estima que, entre el año 2000 y 2020, las muertes por traumatismos viales en América Latina y el Caribe aumentarán, en promedio, un 80% (Peden et al., 2004). En este sentido, un informe publicado por Naciones Unidas sobre la situación de la seguridad vial en América Latina y el Caribe evidenció que, durante el año 1996, diez países americanos concentraron más del 90% de las muertes como consecuencia del tránsito de la región. Si bien Colombia redujo la cantidad de muertos un 28% entre 1996 y 2003, en promedio los fallecimientos viales de la región aumentaron un 14% en ese mismo período. Perú, Argentina y Venezuela han incrementado el número de muertos por atropellos y colisiones viales en proporciones del 54%, 48% y 26% respectivamente. Además, el riesgo de muerte vial resultó significativamente mayor en algunos países como Belice y Uruguay donde la tasa alcanzó a 31,1 y 21,6 muertos por cada 100.000 habitantes respectivamente, mientras que en Paraguay y Bolivia se registraron las tasas más bajas, 2 y 2,9 muertos por cada 100.000 habitantes. En Argentina, la tasa de mortalidad en el tránsito se incrementó de 18,4 a 23,6 fallecidos por 100.000 habitantes entre 1996 y 2001 (Planzer, 2005). Si bien la información publicada por Silvi (2004) indica un comportamiento sostenido de las tasas de mortalidad vial entre 1985 y 2001 en Argentina, Planzer (2005) revela un fuerte crecimiento de dichas tasas entre 1996 y 2001. Es posible que esta diferencia tenga su origen en las diferentes fuentes de datos utilizadas por los autores.

La OMS publicó un informe donde actualiza los datos relativos al riesgo de muerte vial para el año 2013 (World Health Organization, 2015). Según dicho informe, Chile es el país con la menor tasa de mortalidad vial en del sur de la región de las Américas, seguido por Argentina y Colombia. En contraposición, Venezuela, Guyana

y Ecuador evidencian las tasas más altas superando en dos o tres veces a la tasa argentina. El gráfico 1 muestra el riesgo de muerte que enfrenta cada país de la región.

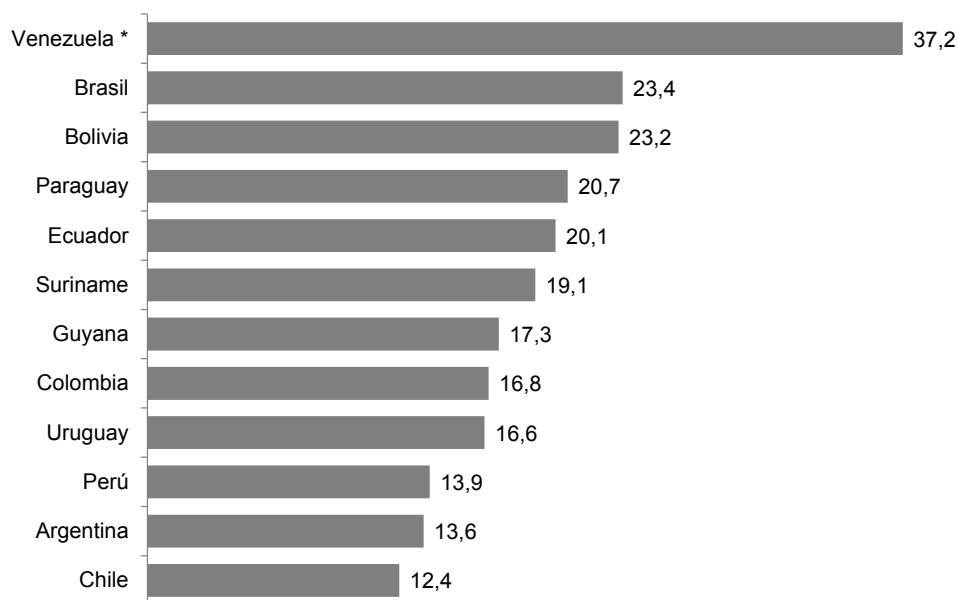


Gráfico 1. Tasa de mortalidad vial del año 2013 en países de América del sur

Fuente: World Health Organization, 2015. Elaboración propia

* Nota: La cifra de Venezuela corresponde al año 2010, último período con información disponible.

En 2006, se publicó en Argentina un informe relacionado a los aspectos socio-demográficos de los accidentes de tránsito ocurridos entre 1999 y 2002 en el país. Entre los datos más destacados sobre la magnitud de la epidemia vial figuran 3 medidas: la cantidad de muertes, la tasa de mortalidad y los años de esperanza de vida perdidos.

En relación al número absoluto, en ese período se registraron, en promedio, 4.000 personas fallecidas por año. La mayoría de las muertes ocurrieron entre los hombres, triplicando los fallecimientos femeninos. Además, la mayor frecuencia de decesos se concentró en jóvenes con edades entre 15 y 29 años (30% del total) con un pico máximo en el grupo quinquenal de 20 a 24 años (12% del total). El predominio de la muerte masculina y en edades jóvenes resultó coherente con los resultados de investigaciones en las Américas y en el mundo (Geldstein & Bertoncetto, 2006).

Respecto a la tasa anual de mortalidad vial, el informe indica que alcanzó los 11,9 decesos cada 100.000 habitantes. Sin embargo, se observaron fuertes diferencias al considerar el sexo y la edad de los fallecidos. Los menores de 15 años presentan las tasas más bajas y similares entre ambos sexos. Sin embargo, entre los mayores de 15 años de edad, la tasa de mortalidad de varones creció hasta alcanzar un máximo entre los 20 y 30 años de edad, con niveles de más de 25 cada 100.000, un crecimiento muy superior al que muestran las mujeres en edades similares. Por el contrario, las mujeres alcanzaron un máximo nivel en sus tasas de mortalidad entre los 15

y 19 años, que además estuvo significativamente por debajo del nivel observado en los hombres de estas edades (Geldstein & Bertoncello, 2006).

Por último, el estudio evidenció que, si no hubieran ocurrido todas las muertes viales, la esperanza de vida masculina se hubiera incrementado en 0,43 años y entre las mujeres, ésta se habría incrementado en 0,15 años. Más de la mitad de los años de esperanza de vida perdidos se debe a muertes ocurridas en personas menores a 35 años (Geldstein & Bertoncello, 2006).

La investigación sobre la situación vial de Argentina no se circunscribe sólo al estudio mencionado anteriormente, sino que se enmarca en una prolífica producción por parte de múltiples autores. En este sentido, se han publicado numerosos estudios cuantitativos (Beltramino & Carrera, 2007; Fleitas, 2010; Foschiatti et al., 2003; Garcette, 2010; Peltzer, 2003; Prado & Muñoz de la Rosa, 2009; Rey, 1999; World Health Organization, 2006). Por otro lado, se encuentran algunos trabajos que utilizaron una metodología cualitativa (Bibian, 2008; Merlino, 2012; Merlino, Martínez, & Escanés, 2011; Toledo, 2012).

La revisión de antecedentes sobre la problemática vial da cuenta de la creciente importancia que tienen las muertes por atropellos y colisiones viales sobre el estado de salud y la expectativa de vida de los argentinos. En este contexto, se propuso realizar un análisis demográfico sobre la evolución de la mortalidad vial en Argentina entre los trienios 2000-2002 y 2009-2011, a fin de evidenciar similitudes y/o diferencias respecto de los patrones de mortalidad vial en el resto del mundo. Este análisis permitió dar respuesta al principal interrogante de investigación: ¿Cómo impactaron las muertes vinculadas con el tránsito sobre la esperanza de vida de los argentinos durante la primera década del Siglo XXI?

Para responder dicha pregunta se plantearon dos objetivos de investigación: a) analizar el nivel y el cambio de la mortalidad vial y b) medir los años de esperanza de vida perdidos (AEVP) como consecuencia de la mortalidad vial. A continuación, se detallan los lineamientos metodológicos que se siguieron en el análisis de la mortalidad vial.

Metodología

Se aplicó una metodología cuantitativa a fin de medir la mortalidad por atropellos y colisiones de vehículos en Argentina. Esta metodología permitió determinar magnitudes y relaciones de la mortalidad vial de acuerdo al sexo de las personas fallecidas, su edad y lugar de residencia. Se utilizó un estudio transversal en dos momentos, 2000-2002 – 2009-2011, a fin de analizar los cambios ocurridos en la mortalidad entre ambos períodos. Se incluyeron en el análisis a todas las personas residentes en Argentina entre los trienios 2000-2002 y 2009-2011 que fallecieron como consecuen-

cia de lesiones producidas en atropellos y colisiones de tránsito. Cabe mencionar que se calculó el promedio trianual de las muertes viales a fin de suavizar el efecto de posibles fluctuaciones anuales. Para estudiar el nivel y el cambio de la mortalidad se calcularon tasas de mortalidad por causa, tasas específicas por edades y el índice de años de esperanza de vida perdidos (AEVP). Las tasas consideran la relación entre las víctimas mortales por atropellos y colisiones viales y la población argentina residente en el país y expresa el riesgo de morir en ocasión de circulación (como peatón o usuario de los medios de transporte terrestre), mientras que el indicador de AEVP sirve para “determinar cuántos años más deberían haber vivido las personas que fallecen” (Arriaga, 1996, p. 11). Este índice fue calculado en diferentes países para evaluar el impacto en la esperanza de vida de la población (Chandran et al., 2013; Lapostolle et al., 2009; Polinder et al., 2007) Respecto a los registros de la población segmentada por edad y sexo, cabe mencionar que fueron tomados de: a) los últimos dos censos nacionales de población, hogares y viviendas correspondientes a los años 2001 y 2010; y b) las proyecciones de población desarrolladas para el período 2000-2011 –excepto para los años censales– publicadas por la Dirección de Estadísticas Poblacionales. La información sobre las causas de muerte, sexo y edad de los fallecidos se obtuvo de las bases de datos de la Dirección de Estadísticas e Investigación en Salud (DEIS) dependiente del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Los registros resultan de la recopilación de información de los Registros Civiles y su obtención se identifica como una fuente de información secundaria. Los decesos viales se identificaron según la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades mediante los códigos comprendidos entre V01 y V89 (Organización Panamericana de la Salud, 1995). Dichos códigos refieren principalmente a aquellas muertes en las que interviene al menos un vehículo de motor y, en algunas ocasiones, la participación de ferrocarriles. La inclusión de estos últimos resulta pertinente para la investigación debido a que los trenes forman parte del sistema de transporte terrestre que utilizan los usuarios de la vía pública. Además, se consideró a las defunciones como consecuencia de las secuelas en accidentes de vehículos a motor correspondientes al código Y850.

La mortalidad vial en Argentina

La elevada cifra de decesos en el espacio vial en ocasión del tránsito de las personas y su tendencia creciente en los últimos 4 años –bajo análisis– pone de manifiesto la magnitud de este problema de salud pública que enfrenta la sociedad argentina. La estrategia que el Estado debería implementar en beneficio de la seguridad vial lograría mayor eficacia si se dirigieran esfuerzos distintivos para cada perfil de fallecidos. De manera similar a lo que ocurre en el resto del mundo, y especial-

mente en países de ingresos medianos como lo es Argentina, la mortalidad vial no afecta a todas las personas por igual. En los próximos apartados se describen las características de los muertos en atropellos y colisiones viales respecto a su sexo y grupo de edad.

Si se considera el sexo de los fallecidos en Argentina, se puede observar que los hombres resultan ser los más afectados por este tipo de muertes ya que, entre el 75% y 78% de los decesos viales, en los primeros 11 años del siglo XXI, corresponden a aquellos (ver gráfico 2).

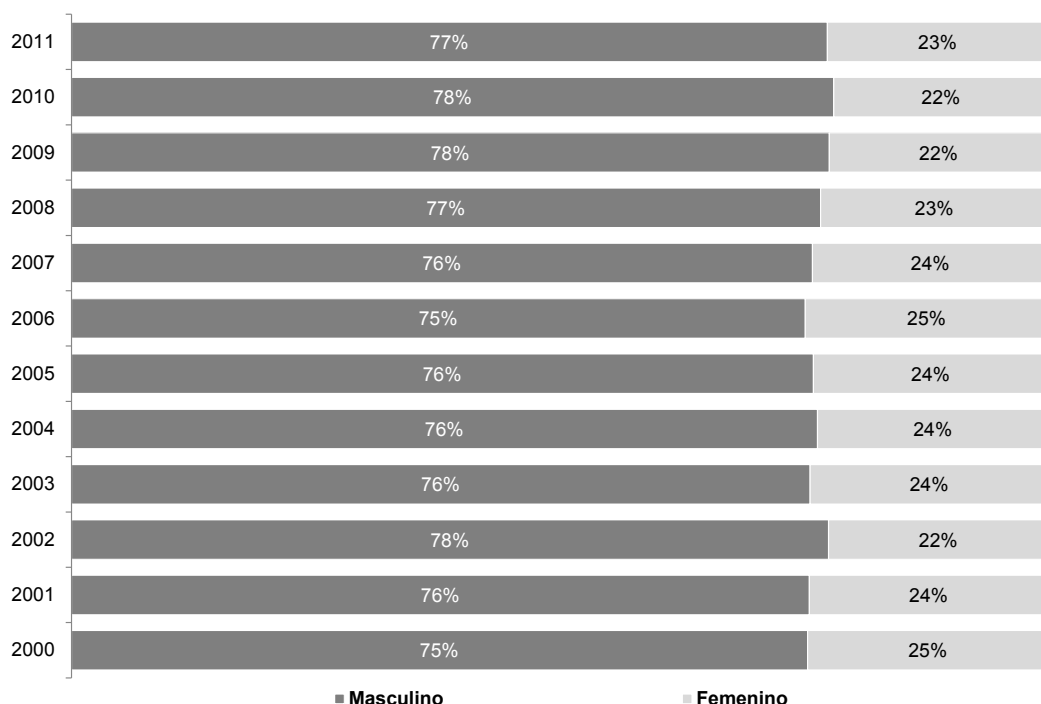


Gráfico 2. Proporción de muertes en atropellos y colisiones viales según género - Argentina 2000 - 2011
 Fuente: Ministerio de Salud de Argentina, Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas Vitales. Buenos Aires: INDEC. Elaboración propia.

En relación a la edad de los fallecidos en colisiones viales, como puede observarse en el gráfico 3, los datos indican que los jóvenes de 15 a 29 años resultan ser los más afectados con aproximadamente el 30% del total de muertes. En contraposición, las proporciones más bajas se evidencian en los grupos etarios extremos de la vida, los mayores de 75 años (alrededor de 6%) y los menores de 14 años de edad (alrededor de 8%). Si bien los porcentajes permiten tener una primera aproximación en cuanto al peso relativo de las muertes en los grupos etarios, resulta pertinente recurrir a las tasas de mortalidad ya que permiten cuantificar los decesos en relación a aquellos que están expuestos al riesgo para cada grupo de edad.

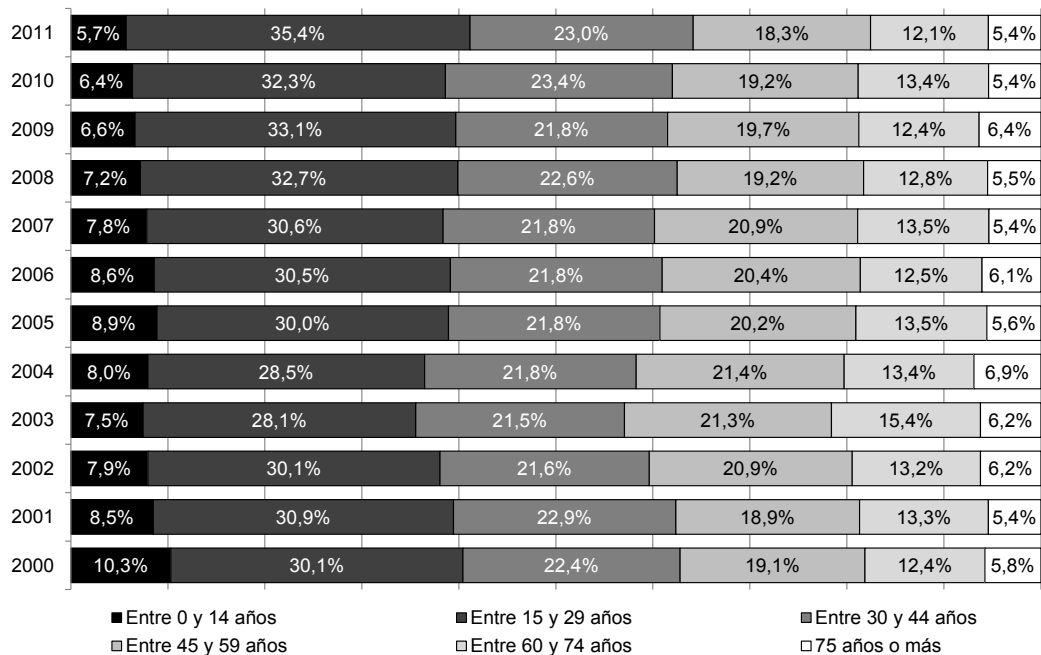


Gráfico 3. Proporción de muertes en colisiones viales según edad - Argentina 2000 - 2011

Fuente: Ministerio de Salud de Argentina, Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas Vitales. Buenos Aires: INDEC. Elaboración propia.

Las muertes ocurridas por lesiones en eventos de tránsito terrestre en Argentina tuvieron un comportamiento variado en la primera década del Siglo XXI. Como muestra el gráfico 4, en los años 2000 y 2001 murieron 11 individuos cada 100.000 argentinos. Para el año 2003, el riesgo de muerte por esta causa se redujo a 9,3 y se mantuvo por debajo de 10 hasta 2005. Luego de este último período, la tasa de mortalidad creció hasta igualar la cifra de 2001. Este indicador de riesgo de muerte creció más de 18% en 11 años, lo que resulta coherente con lo expresado en estudios realizados por la OMS que indican un crecimiento de las muertes por esta causa.

A pesar de su crecimiento, en especial sobre la segunda mitad del decenio bajo análisis, estas cifras resultaron significativamente menores a la tasa de mortalidad por colisiones viales mundial que fue estimada por la OMS en 18,8 muertos por 100.000 habitantes. Incluso, se puede observar que Argentina se caracteriza por un menor riesgo de muerte que la región de las Américas cuya tasa de mortalidad vial es de 15,8. Si bien Argentina es considerado un país de ingresos medianos, según la clasificación de la OMS, su tasa de mortalidad por colisiones viales es menor que la de estos países (19,5 muertes) y superior a las mediciones de los países de ingresos altos (10,3) (World Health Organization, 2009).

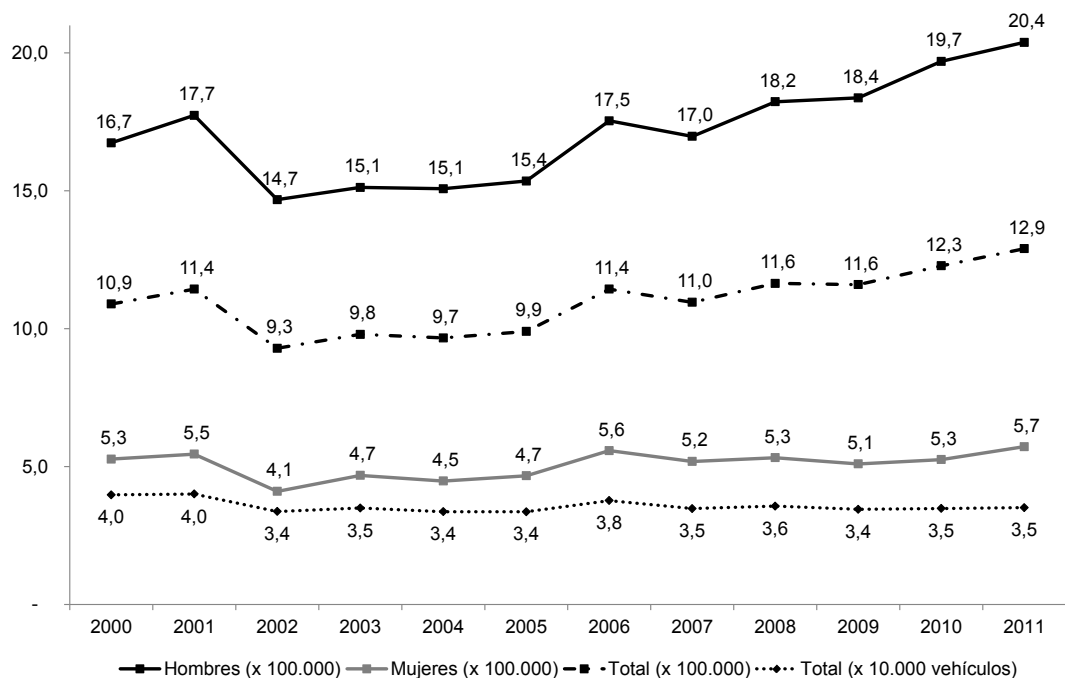


Grafico 4. Tasa de mortalidad por atropellos y colisiones viales - Argentina - 2000 - 2011

Fuente: Ministerio de Salud de Argentina, Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas Vitales. Buenos Aires: INDEC. Elaboración propia.

A diferencia de las variaciones observadas en la tasa de mortalidad por habitantes, la evolución del riesgo de muerte en función de la cantidad de vehículos registrados en Argentina muestra un comportamiento más homogéneo a lo largo de la década bajo análisis. En el año 2000, murieron 4 personas por cada 10.000 vehículos en Argentina, mientras que 11 años después, la cifra se redujo a 3,5 decesos. Si bien la tasa de mortalidad por colisiones viales, calculada en base a la cantidad de vehículos, evidenció una leve reducción entre 2000 y 2011, el parque automotor en Argentina creció un 48,1%, alcanzando a 15.025.245 vehículos registrados. En consecuencia, la tasa de motorización (número de vehículos por 1.000 habitantes) pasó de 274 en el año 2000 a 367 en el año 2011, lo que representó un crecimiento del 34,1%. En este sentido, el parque automotor aumentó más de cuatro veces que la población residente en el país. Este punto de vista pone de manifiesto que no hay evidencias de una relación directa entre la cantidad de vehículos que circularon en el territorio nacional, en la primera década del siglo XXI, y el riesgo de muerte de las personas.

Estos datos resultan coherentes con lo expresado en el informe de la OMS, donde señala un mayor número de muertes en países de ingresos bajos y medianos que sólo concentran el 48% del parque automotor registrado en el mundo (World Health Organization, 2009). Ahora bien, dado que el riesgo de muerte en colisiones viales evidencia marcadas diferencias en cuanto a la composición por sexo y edad, el próxi-

mo apartado pone énfasis en el análisis de la mortalidad diferencial.

La relación entre mortalidad vial, el sexo y la edad de los transeúntes.

La tasa de mortalidad masculina fue tres veces mayor que la femenina en los primeros dos años de la década bajo análisis. En 2002 hubo una reducción de las tasas para ambos sexos, aunque la relación entre ambos indicadores se incrementó a 3,6. Luego, entre 2003 y 2006, la sobremortalidad masculina mantuvo los niveles de los primeros dos años de la década. El período entre 2007 y 2010 las tasas masculinas crecieron más que las femeninas y, en consecuencia, la sobremortalidad masculina se fue incrementando anualmente hasta alcanzar su máximo de 3,7 muertes en el año 2010. En 2011 se registraron aumentos en las tasas de ambos sexos, pero la diferencia entre éstos se redujo levemente (grafico 4). En este sentido, es posible pensar que la población masculina tiende a estar más expuesta que las mujeres a las muertes por atropellos y colisiones viales en Argentina.

Las diferencias de las tasas de mortalidad vial entre hombres y mujeres se manifiestan en todos los grupos etarios, aunque de manera más marcada en algunos. Como puede observarse en el grafico 5, en el trienio 2000-2002, varones y mujeres menores de un año de edad se enfrentaron a similares riesgos de muerte por colisiones viales. Sin embargo, desde las edades tempranas (entre 1 y 4 años) las tasas de mortalidad comienzan a diferenciarse alcanzando una sobremortalidad de 2 hombres por cada mujer en el grupo de 5 a 14 años de edad. El contraste en las tasas se incrementó a medida que aumentó la edad de los fallecidos hasta alcanzar su pico en el grupo de 20 a 24 años donde el riesgo para hombres fue 4,6 veces mayor que para las mujeres. La divergencia se mantuvo relativamente constante hasta los 59 años donde las discrepancias en las tasas comenzaron a reducirse. Entre los 65 años y las edades más avanzadas, murieron 3 hombres por mujer.

En el trienio 2009-2011 la relación entre las tasas de mortalidad por colisiones viales entre hombres y mujeres tuvo un comportamiento similar al primer trienio de la década. Sin embargo, la mayor diferencia en el riesgo de muerte se encontró en el grupo de 25 a 29 años donde los hombres enfrentaron un riesgo 6,2 veces mayor de morir que las mujeres.

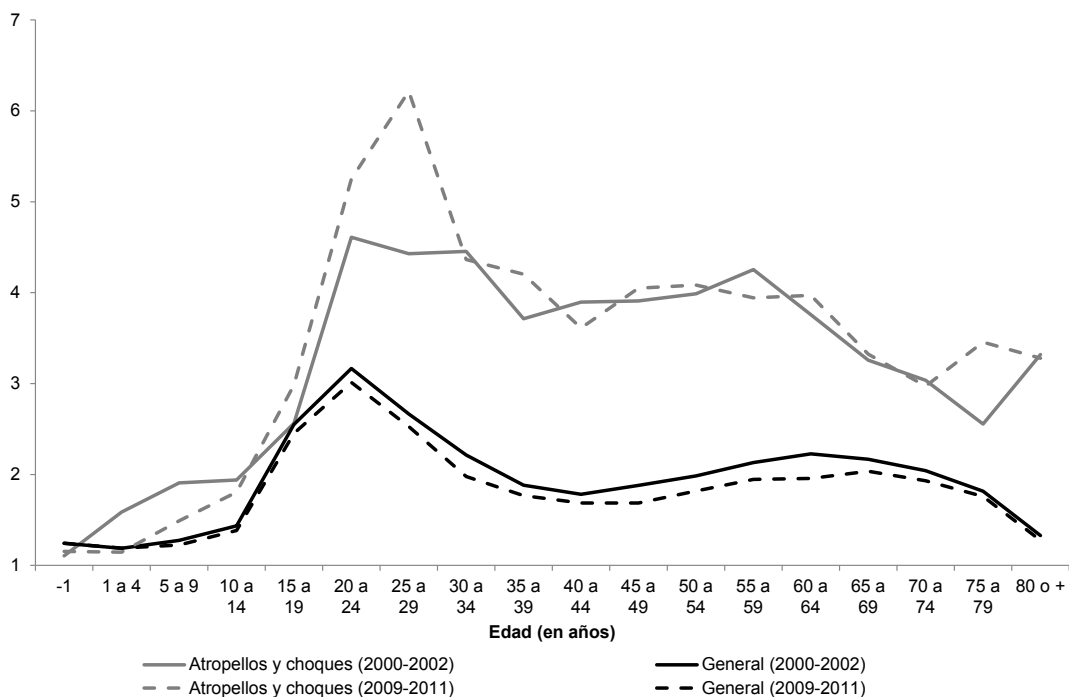


Grafico 5. Sobremortalidad masculina - Argentina - Trienios 2000-2002 y 2009-2011

Fuente: Ministerio de Salud de Argentina, Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas Vitales. Buenos Aires: INDEC. Elaboración propia.

En ambos trienios y en la mayoría de los grupos etarios, es posible observar que la sobremortalidad masculina por atropellos y colisiones viales fue mayor que el mismo indicador para la mortalidad general. En particular, las principales diferencias se evidenciaron entre los fallecidos de 20 y 64 años de edad. Las muertes ocurridas en el espacio vial representan una de las principales causas de fallecimientos que contribuye a incrementar la mortalidad diferencial entre ambos sexos.

Como puede observarse en el grafico 6, los primeros 14 años de vida se caracterizaron por bajos niveles de riesgo de muerte por lesiones en colisiones viales, tanto en el trienio inicial y como en el final de la década. En el trienio 2000-2002, la tasa de mortalidad masculina de los jóvenes de 20 a 24 años alcanzó a 24 decesos cada 100.000 varones, lo que representó uno de los riesgos más altos de todos los grupos etarios. Dicho riesgo de muerte sólo fue superado por dos grupos etarios, los hombres de 65 a 69 años y los mayores de 80 años. Esto ocurre como consecuencia de que la población expuesta al riesgo se redujo más que el descenso de las muertes por colisiones viales para esas edades.

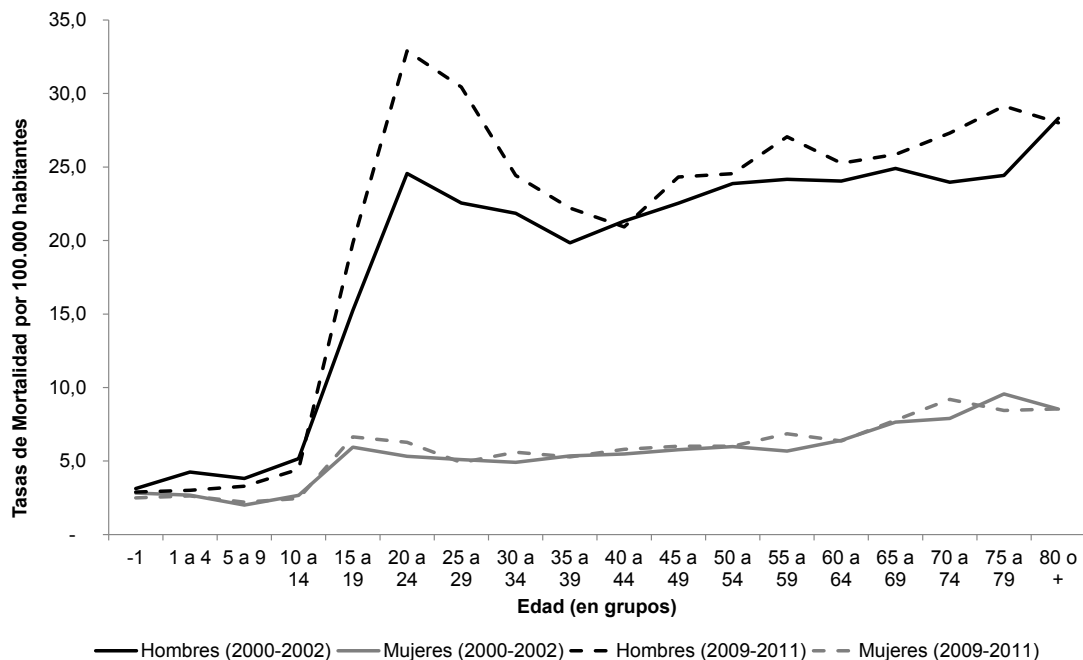


Grafico 6. Tasa de mortalidad específica por edad por colisiones viales Argentina - Trienios 2000-2002, 2009-2011
 Fuente: Ministerio de Salud de Argentina, Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas Vitales. Buenos Aires: INDEC. Elaboración propia.

Por su parte, para el período 2009-2011 es posible observar que el riesgo de muerte por colisiones viales se redujo levemente en las edades menores de 14 años. Por el contrario, entre los mayores de 15 años, la tasa de mortalidad se vio incrementada salvo en algunos grupos específicos (40 a 44 años y los mayores de 80 años). Puesto que las tasas se incrementaron en algunos grupos etarios y se redujeron en otros, no sería posible afirmar que se incrementó o redujo el nivel de la mortalidad general. En este sentido, más adelante se considerarán los años de esperanza de vida perdidos para evaluar el nivel y cambio de la mortalidad.

Respecto al riesgo de muerte femenino, en 2000-2002 se pueden evidenciar tres momentos: en primer lugar, el grupo de 0 a 14 años con tasas inferiores a 3 decesos por cada 100.000 mujeres; en segundo lugar, las personas con edades entre 15 y 64 años con tasas cercanas a 5,6 muertes y finalmente, las adultas mayores de 65 años con tasas de 7 fallecimientos o más. Los registros del trienio 2009-2011 indican un comportamiento similar al primero, aunque con pequeñas variaciones. La mayoría de los grupos etarios evidenciaron mayores tasas de mortalidad excepto las menores de 5 años, las niñas de 10 a 14 años, las mujeres de 25 a 29, 35 a 39 años y 75 a 79 años. De la misma manera que para el análisis en los hombres, más adelante se tratará el nivel y cambio de la mortalidad femenina a partir de los años de esperanza de vida perdidos. En resumen, es posible apreciar que el riesgo de muerte, tanto

para el trienio de 2000-2002 como para el de 2009-2011, es más homogéneo entre las mujeres que entre los hombres. Es decir, las tasas de mortalidad femeninas no evidencian diferencias tan elevadas como las masculinas al considerar los grupos quinquenales de edad.

Ahora bien, las tasas de mortalidad a nivel país resultan útiles para contextualizar la situación argentina, aunque no permiten mayor nivel de detalle o desagregación. Es por esto que el próximo apartado se enfoca en considerar el riesgo de muerte por atropellos y colisiones viales en cada una de las jurisdicciones del territorio nacional.

Desigualdades en el riesgo de muerte vial entre las provincias argentinas

El riesgo de muerte por colisiones viales no se evidenció de manera uniforme ni a lo largo y ni a lo ancho del territorio argentino. Como puede observarse en la figura 1, las tasas de mortalidad vial, para el primer trienio de la década bajo análisis, oscilaron entre 6,1 y 20,5 decesos cada 100.000 habitantes correspondientes a las provincias de Tucumán y Mendoza respectivamente. Cabe destacar que la mayoría de las jurisdicciones (66%) se caracterizó por riesgos más elevados que el correspondiente a nivel país.

Entre las cinco áreas más pobladas se pueden hallar diferencias respecto al riesgo de muerte en el espacio vial. Las poblaciones de Buenos Aires, Córdoba y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires enfrentaron menores tasas de mortalidad que el correspondiente a nivel país (10,7 muertos cada 100.000 habitantes), mientras que, por el contrario, los ciudadanos de las provincias de Santa Fe y Mendoza se vieron expuestos a mayores riesgos que el total del país.

En el segundo trienio bajo análisis se incrementaron las diferencias en el riesgo de muerte por atropellos y colisiones viales entre las jurisdicciones argentinas. Las tasas de mortalidad vial oscilaron entre 4,6 en la Ciudad de Buenos Aires y 21,1 en la provincia de San Juan. De las ocho jurisdicciones que se encontraban por debajo de la tasa de mortalidad a nivel nacional en el trienio 2000-2002, dos (Santiago del Estero y Entre Ríos) superaron el riesgo de muerte de Argentina en 2009-2011 (12,3 decesos cada 100.000 habitantes). Sólo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Mendoza, Río Negro y Córdoba se redujo el riesgo de muerte mientras que en la mayoría de las jurisdicciones se incrementó

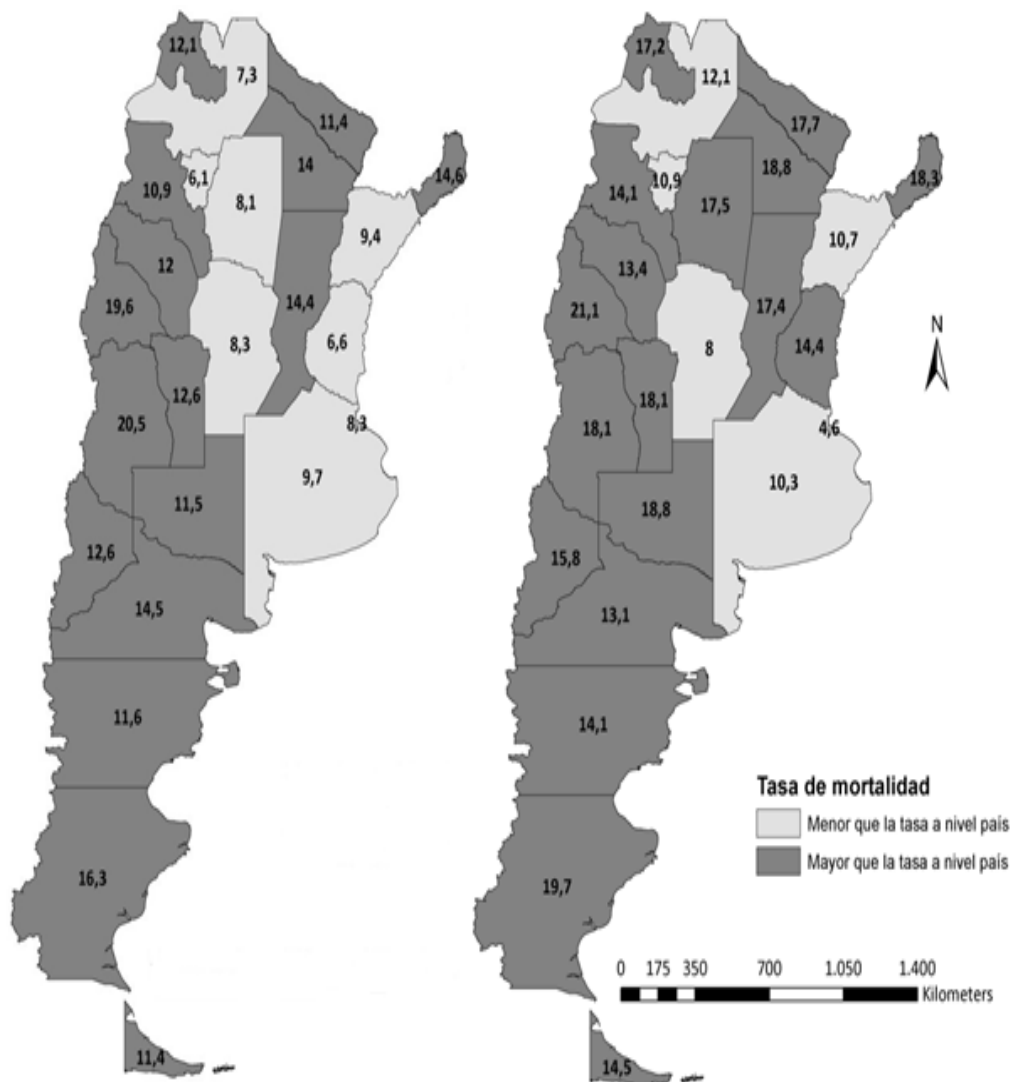


Figura 1. Tasa de mortalidad vial – Argentina - Trienio 2000-2002 (izquierda) y 2009-2011 (derecha) (100.000 habitantes). Fuente: Ministerio de Salud de Argentina, Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas Vitales. Buenos Aires: INDEC. Elaboración propia.

Los aumentos mencionados oscilaron entre un 6% (en la provincia de Buenos Aires) y un 120% (en Entre Ríos). En el trienio 2000-2002 la mitad de las jurisdicciones tuvieron una tasa de mortalidad de 11,6 decesos o menos, mientras que en el segundo trienio esa cifra aumentó a 15,2 muertes o menos (incremento del 31%).

Un aspecto que no evidenció modificaciones entre ambos trienios es que las provincias de Buenos Aires y Córdoba, cuyas poblaciones registran la mayor proporción de individuos del país, presentan riesgos de muerte inferiores a la cifra nacional. Lo mismo ocurrió en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sin embargo, los ciudadanos de Santa Fe y Mendoza, 3ª y 5ª jurisdicciones más populosas, enfrentaron mayores riesgos que los evidenciados a nivel nacional. Lo mismo sucedió en Santa

Cruz y Tierra del Fuego que, a pesar de ser las provincias con menor población, se caracterizaron por riesgos de muerte más elevados que la tasa del país. El hecho de que las regiones más populosas evidencien riesgos de muerte por colisiones viales relativamente altos y bajos y las menos pobladas se asocien a altas tasas de mortalidad, pone en consideración el bajo impacto que tiene la cantidad de personas residentes de una región en el riesgo de muerte por esta causa.

La desigualdad de la distribución de población y muertos en el espacio vial se acentuó a lo largo de la primera década del siglo XXI. Esto queda en evidencia al considerar el coeficiente de concentración de Gini que aumentó de 15,65% en el trienio 2000-2002 a 18,44% en el trienio 2009-2011.

El impacto de la mortalidad vial en la esperanza de vida de los argentinos

En los apartados anteriores se utilizaron diversos indicadores para medir la mortalidad vial en Argentina. Si bien éstos resultan útiles para el análisis de determinados aspectos, no logran medir, por sí mismos, el nivel y cambio de la mortalidad en el primer decenio del siglo XXI. En consecuencia, resultó necesario recurrir al índice de años de esperanza de vida perdidos (AEVP) para medir el impacto que tuvieron los decesos por atropellos y colisiones viales sobre la esperanza de vida de los argentinos y analizar el nivel y el cambio de dicha mortalidad entre los trienios analizados.

Para el cálculo de dicho índice se consideraron las esperanzas de vida temporarias que miden el promedio de años de vida que la población argentina vivirá entre dos edades¹ (Arriaga, 2011). La esperanza de vida temporaria no se puede estimar para el grupo abierto en las edades más avanzadas ya que el número de años que teóricamente vivirían los argentinos sin fallecer sería infinito. Este problema que presenta el índice tiene una consecuencia menor sobre el impacto de la esperanza de vida por dos razones: en primer lugar, la cantidad de habitantes argentinos mayores de 80 años representaron sólo el 2,1% y 2,5% de toda la población en los trienios 2000-2002 y 2009-2011 respectivamente. Y, en segundo lugar, es relativamente baja la cantidad de años de vida que se espera viva la población de mayor de 80 años.

En el trienio 2000-2002 la población argentina perdió 0,59 años (siete meses) –entre el nacimiento y los 80 años– de esperanza de vida como consecuencia de las 3.902 muertes viales acontecidas en ese período, mientras que para el trienio 2009-2011 el deceso de 4.953 personas en el espacio vial implicó la pérdida de 0,66 años (ocho meses) –entre el nacimiento y los 80 años– de esperanza de vida. En consecuencia, los argentinos perdieron aproximadamente un mes adicional de esperanza de vida respecto al primer trienio bajo análisis por la mortalidad vial.

¹ En este trabajo, el intervalo de ambas edades está comprendido entre el nacimiento y los 80 años de edad y se excluyeron a los fallecidos mayores de 80 años dado que corresponde al grupo de edad abierto en la construcción de la tabla de vida para cada período.

La mortalidad vial afectó de manera diferenciada a hombres y mujeres, siendo los primeros los más comprometidos en términos de años de esperanza de vida perdidos. En este sentido, la tabla 1 muestra que las muertes masculinas en atropellos y colisiones viales provocaron la pérdida de más de 5 y 6 meses de esperanza de vida para los trienios 2000-2002 y 2009-2011, mientras que dichas cifras se reducen a menos de 2 meses de esperanza de vida para las mujeres en ambos trienios.

Tabla 1. Años de Esperanza de Vida Perdidos - Argentina					
Sexo	Causa de Muerte	2000-2002	2009-2011	Diferencia	Cambio Anual
Hombres	Atropellos y Colisiones Viales	0,45	0,52	-0,07	1,6%
	Causas Mal Definidas	0,73	0,74	0,00	0,1%
	Resto de Causas	10,75	9,19	1,56	-1,7%
	<i>Sub-total</i>	<i>11,93</i>	<i>10,45</i>	<i>1,48</i>	<i>-1,5%</i>
Mujeres	Atropellos y Colisiones Viales	0,14	0,14	-0,01	0,7%
	Causas Mal Definidas	0,40	0,41	-0,01	0,3%
	Resto de Causas	6,41	5,76	0,65	-1,2%
	<i>Sub-total</i>	<i>6,94</i>	<i>6,31</i>	<i>0,63</i>	<i>-1,1%</i>
Total		18,88	16,76	2,12	-1,3%

Fuente: Ministerio de Salud de Argentina, Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas Vitales. Buenos Aires: INDEC. Elaboración propia.

Respecto a la velocidad del cambio anual en los años de esperanza de vida perdidos entre 2000-2002 y 2009-2011 fue más acelerado para hombres que para mujeres. En el caso de los varones, la pérdida creció anualmente a razón de 1,6% mientras que para las mujeres se incrementó en proporciones cercanas al 0,7% anual. En consecuencia, no sólo se destaca que los hombres dejan de vivir más tiempo que las mujeres por las muertes viales, sino que la evolución en la primera década del siglo XXI muestra que la diferencia tiende a incrementarse.

En relación a los grupos etarios más afectados por este tipo de muertes se puede observar que los varones de 20 a 44 años son quienes dejaron de vivir más tiempo durante el período 2000-2002, especialmente los jóvenes de 20 a 24 años. En el último trienio se mantuvo la predominancia de este último grupo quinquenal de 20

años mientras que quienes más concentraron años de esperanza de vida perdidos se corresponden con edades entre los 20 y 34 años.

Por su parte, entre las mujeres se observa que en ambos trienios bajo análisis las personas de 15 a 29 años fueron las que evidenciaron mayores pérdidas en términos de AEVP. Esto se evidencia con mayor intensidad en el grupo de 20 a 24 años de edad que perdió poco más de 5 y 6 días de esperanza de vida en el primer y último trienio respectivamente. Al respecto, la tabla 2 muestra los años de esperanza de vida perdidos como consecuencia de lesiones en el tránsito para ambos períodos. La mortalidad por atropellos y colisiones de tránsito tiene mayor impacto en la pérdida de años de esperanza de vida en las edades comprendidas entre los 15 y 34 años. De este modo, por ejemplo, el fallecimiento de una persona de 20 años por lesiones de tránsito reduciría la capacidad de la sociedad para reproducirse (tenencia de hijos), para instruirse académicamente y para insertarse en el ámbito laboral entre otros aspectos.

Tabla 2. Años de Esperanza de Vida Perdidos según grupos etarios – Argentina				
Grupo de Edad	Hombres		Mujeres	
	2000-2002	2009-2011	2000-2002	2009-2011
< 1	0,002	0,002	0,002	0,002
1 a 14	0,043	0,036	0,024	0,024
15 a 29	0,156	0,207	0,044	0,048
30 a 44	0,131	0,145	0,032	0,035
45 a 59	0,084	0,093	0,022	0,024
60 a 79	0,032	0,037	0,012	0,012
Total	0,450	0,519	0,136	0,145

Fuente: Ministerio de Salud de Argentina, Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud. Estadísticas Vitales. Buenos Aires: INDEC. Elaboración propia.

Reflexiones finales

Tal como se pone de manifiesto en este capítulo, las muertes viales se incrementaron durante el primer decenio del siglo XXI en Argentina. Los fallecimientos viales crecieron un 27% entre los trienios 2000-2002 y 2009-2011 lo que implicó un incremento del riesgo de muerte vial que pasó de 10,8 a 12,3 decesos cada 100.000 habitantes. Los registros vitales indican patrones de mortalidad vial similares a muchos países de la región y del mundo: los mayores riesgos de muerte son ostentados por los hombres en comparación con las mujeres, en tanto que una situación similar deben enfrentar los jóvenes y adultos de 19 a 44 años de edad. Además, las muertes por atropellos y choques de vehículos han impactado de manera más anticipada para hombres que para mujeres. En el primer trienio, los varones perdieron alrededor

del 77% de los AEVP por muertes viales mientras que para el segundo trienio se profundizó levemente la diferencia entre ambos sexos debido al incremento de los AEVP entre los hombres.

Estas desigualdades entre grupos etarios y ambos sexos, invitan a reflexionar sobre las consecuencias indirectas de gran parte de las muertes ocurridas durante el desplazamiento de las personas. Por ejemplo, si un padre de familia fallece a los 30 años de edad en un evento de tránsito, su muerte afecta al plan de vida familiar, a la carga de responsabilidades para la pareja que sigue con vida y a la pérdida de ingresos económicos de esa familia, entre otros aspectos. Del mismo modo, las consecuencias serían similares si muere una madre de familia de 30 años de edad en un evento vial.

Además, las desigualdades reflejadas en el riesgo de muerte vial entre las provincias argentinas y la tendencia de profundización de dichos contrastes dejan en evidencia la necesidad de diseñar y ejecutar eficazmente políticas de seguridad vial para evitar este tipo de muertes prematuras durante el desplazamiento de las personas. Las jurisdicciones con mayores tasas de mortalidad vial deberían observar y, eventualmente, adoptar medidas de educación vial, fiscalización y control del cumplimiento de normas de tránsito implementadas en regiones con menores riesgos de muerte vial, entre otros aspectos.

Referencias bibliográficas

- Adriasola, G., Olivares, C., & Díaz Coller, C. (1972). Prevención de accidentes del tránsito. *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana*, 1–18. Retrieved from <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/10914/v72n1p1.pdf?sequence=1>
- Alfaro Alvarez, C., & Díaz Coller, C. (1977). Los accidentes de tránsito: creciente problema para la salud pública. *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana*, 83(4), 310–318. Retrieved from <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/16146>
- Arriaga, E. (1996). Los años de vida perdidos: su utilización para medir el nivel y cambio de la mortalidad. *Notas de Población CELADE*, 63, 7–38. Retrieved from http://socinfo.eclac.org/publicaciones/xml/0/34410/LCG165_p1.pdf
- Arriaga, E. (2011). *Análisis demográfico de la Mortalidad*. Córdoba: Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad - CONICET - UNC.
- Beltramino, J. C., & Carrera, E. (2007). El respeto a las normas de tránsito en la

cuidad de Santa Fe, Argentina. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 22(2), 141–145. Retrieved from <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7789/a09v22n2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Bibian, D. (2008). *Psicología vial - ¿Qué tipo de conductor soy?* Buenos Aires: Biblos.

Chandran, A., Kahn, G., Sousa, T., Pechansky, F., Bishai, D. M., & Hyder, A. A. (2013). Impact of Road Traffic Deaths on Expected Years of Life Lost and Reduction in Life Expectancy in Brazil. *Demography*, 50(1), 229–236. <https://doi.org/10.1007/s13524-012-0135-7>

Evans, L. (1993, December). Medical accidents: no such thing? *BMJ: British Medical Journal*.

Fleitas, D. (2010). *Accidentes de tránsito en Argentina. Segundo Informe / 1997 - 2008*. Buenos Aires: Asociación para Políticas Públicas.

Foschiatti, A. M., Lucca, A., Ramírez, L., Rey, C., Cardozo, O., & Solari, M. (2003). *El Impacto Social de los Accidentes de Tránsito y su relación con los Servicios Hospitalarios, en Resistencia*. Resistencia.

Garcette, N. (2010). *Seguridad vial en la Argentina*. Buenos Aires. Retrieved from http://www.observatoriosocial.com.ar/images/pdf_informes_coyuntura/informe_13.pdf

Geldstein, R. N., & Bertoncillo, R. (2006). *Aspectos demográficos y sociales de los accidentes de tránsito en áreas seleccionadas de la Argentina : diagnóstico y aportes para el diseño de políticas y programas de prevención : becas “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia,” estudio colaborativo multicéntrico*. (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Ed.) (1st ed.). Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Girasek, D. C. (2015). How members of the public interpret the word accident. *Injury Prevention*, 21(3), 205–210. <https://doi.org/10.1136/ip.5.1.19rep>

ICECI Coordination and Maintenance Group. (2004). *International Classification of External Causes of Injuries (ICECI) version 1.2*. Amsterdam: Consumer Safety Institute and AIHW National Injury Surveillance Unit.

International Union for the Scientific Study of Population. (1985). *Diccionario Demográfico Multilingüe*. (G. A. Macció, Ed.). Lieja: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.

- Lapostolle, A., Gadegbeku, B., Ndiaye, A., Amoros, E., Chiron, M., Spira, A., & Lau-
mon, B. (2009). The burden of road traffic accidents in a French Departement:
the description of the injuries and recent changes. *BMC Public Health*, 9(1),
386. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-386>
- Ley 24.449. (1995). Ley de Tránsito. *Boletín Oficial de La República Argentina N°*
28.080, 10 de Febrero de 1995. Argentina.
- Merlino, A. (2012). *Investigación cualitativa y análisis del discurso. Argumentación,
sistemas de creencias y generación de tipologías en el estudio de la produc-
ción discursiva*. Buenos Aires: Biblos.
- Merlino, A., Martínez, A., & Escanés, G. (2011). Representaciones sociales de la
masculinidad y agresividad en el tránsito. La ira al conducir en Argentina. *Bar-
baroi. Revista do Departamento de Ciências Humanas e do.*, 35. Retrieved
from <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1906>
- Neira, J., & Bosque, L. (2004). The word “accident”: no chance, no error, no destiny.
Prehospital and Disaster Medicine, 19(3), 188–189.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Estrategia quinquenal de la OMS para le
prevención de lesiones por accidentes de tráfico*. Ginebra: Organización Mun-
dial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *La seguridad vial no es accidental. Bole-
tín de la Organización Mundial de la Salud* (Vol. 1).
- Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación Estadística Interna-
cional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. (Organiza-
ción Panamericana de la Salud, Ed.). Washington, D.C. Retrieved from [http://
iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6282/Volume1.pdf?sequen-
ce=1](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6282/Volume1.pdf?sequence=1)
- Pacios Alfonso, N., & Salazar Casanova, H. (1998). Factores de riesgo relaciona-
dos con los accidentes domésticos. *Revista Cubana de Medicina General Inte-
gral*, 14(5), 440–444.
- Peden, M., Scurfield, R., Sleet, D., Mohan, D., Hyder, A., Jarawan, E., & Mathers,
C. (Eds.). (2004). *World report on road traffic injury prevention*. Geneva: World
Health Organization.
- Peltzer, R. (2003). *Accidentes de tránsito: teoría de la atribución, locus de control y
adopción de medidas preventivas*. Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar

del Plata.

- Planzer, R. (2005). *La seguridad vial en la región de América Latina y el Caribe : situación actual y desafíos*. CEPAL, División de Recursos Naturales e Infraestructura. Retrieved from <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/6296>
- Polinder, S., Meerding, W. J., Mulder, S., Petridou, E., van Beeck, E., & EURO-COST Reference Group, E. R. (2007). Assessing the burden of injury in six European countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(1), 27–34. <https://doi.org/10.2471/BLT.06.030973>
- Poole, G. V. (1998). A Plea for Prevention. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 45(2), 394.
- Prado, T., & Muñoz de la Rosa, D. (2009). Politraumatismo. Accidentes de tránsito. *Revista de La Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología*, 74(1), 6–12. Retrieved from <http://www.scielo.org.ar/pdf/raaot/v74n1/v74n1a02.pdf>
- Rey, C. (1999). *Las condiciones ambientales de la vida humana. El tránsito como generador de riesgo de accidentes en la ciudad de Resistencia*. Universidad Nacional del Nordeste.
- Robertson, L. S. (2015). *Injury epidemiology. International Journal of Epidemiology* (Fourth edi). Morrisville: Lulu.
- Ruiz Pérez, M. (2011). ¿Se debe usar el término accidente en el ámbito de la investigación científica? *Panace@*, 12(33), 84–88.
- San Román, E., Neira, J. A., & Tisminetzky, G. (Eds.). (2002). *Trauma: Prioridades*. Buenos Aires: Médica Panamericana. Retrieved from https://books.google.com.ar/books?id=6YktPRBWs0QC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Silvi, J. (2004). Defunciones por Accidentes de Tránsito en países seleccionados de las Américas, 1985-2001. *Boletín Epidemiológico*, 25(1), 1–16.
- Tapia Granados, J. (1998). La reducción del tráfico de automóviles: una política urgente de promoción de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 3(3), 137–151. <https://doi.org/10.1590/S1020-49891998000300001>
- Toledo, R. L. (2012). *Sociología del tránsito*. (Colegio de Sociólogos de la Provincia de Buenos Aires, Ed.). La Plata: Al Margen.

- World Health Organization. (2006). *First United Nations Global Road Safety Week. A toolkit for organizers of events*. Washington, DC: World Health Organization.
- World Health Organization. (2009). *Global status report on road safety: time for action*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). *Global status report on road safety 2013: Supporting a decade of action. Injury prevention*. Geneva. https://doi.org/http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/en/index.html
- World Health Organization. (2015). *WHO | Global status report on road safety 2015. WHO*. World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/

Perfiles de mortalidad en argentina (2010). Existen desigualdades entre provincias?

*Bertone, Carola Leticia.
CENIIT-UNLaR; CONICET*

Resumen

El objetivo de este trabajo es estudiar las desigualdades en el perfil de la mortalidad por causas en las provincias argentinas durante el año 2010.

Se utilizan como fuentes de datos: el registro de las defunciones provistas por la DEIS, y la población del censo de población, hogares y viviendas del año 2010 (INDEC). Se analizan los Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP), y se pone foco en las principales causas de muerte agrupada en grandes grupos de acuerdo a la CIE-10.

Entre las principales causas de muerte en el Argentina en el 2010 están las enfermedades circulatorias, neoplasias, causas externas y las enfermedades del aparato respiratorio. La importancia cuantitativa varía de acuerdo al sexo y la provincia, en alguna de las cuales aparecen otras causas de interés. En cuanto a las desigualdades, el índice de Gini casi no muestra desigualdades en las principales causas detectadas con los AEVP.

Palabras claves: Mortalidad, Desigualdades, Causas de muerte, Salud, AEVP.

Abstract

The aim of this paper is to study inequities on the profile of mortality causes in Argentine provinces during 2010.

We used as data sources: death registration provided by Health Ministry and the population census of population, households and dwellings of 2010 (INDEC). We analyze Years of life expectancy lost (AEVP), and make focus on the leading large groups of causes of death according to ICD-10.

The main causes of death in Argentina in 2010 are circulatory diseases, neoplasms, external causes and respiratory diseases. The quantitative importance varies by sex and province. In some of them appears other causes of interest. As for the inequality, the Gini index shows almost any inequalities detected with AEVP on major causes.

Keywords: Mortality, Inequality, causes of death, Health, AEVP.

Introducción

Está ampliamente aceptado que la salud interactúa a modo de retroalimentación positiva con otros bienes sociales. Así forma parte de “una función de redistribución más general, dirigida a compensar o atenuar las desigualdades sociales” (Linares, 2008, pág. 249). La salud también pertenece a la batería de los derechos naturales, y la equidad en salud es parte de los derechos civiles (Montoya, 1997). Teniendo en cuenta lo antes dicho, este trabajo se propone evaluar la mortalidad como una aproximación a la salud de la población argentina y valorar si existen desigualdades en la mortalidad por causas en las distintas jurisdicciones del país.

La desigualdad, de acuerdo a Metzger (1996) a diferencia de la de inequidad está dada por ser un término puramente descriptivo que no acepta valoraciones morales. Sin embargo, estudiar las desigualdades en salud se considera un primer paso en el estudio de las inequidades (Schneider, y otros, 2002).

Argentina es un país extenso con realidades diferentes en las distintas regiones que lo conforman. Estas son de índole no solo geográfica, sino económica y sociocultural. Dichas diferencias se han observado históricamente y se reflejan en la dinámica demográfica.

Al respecto, el proceso de transición demográfica y epidemiológica se ha dado de manera heterogénea en el país (Curto, Verhasselt, & Boffi, 2009). Se entiende la transición demográfica como el proceso mediante el cual la población pasa de una situación de bajo crecimiento originado por elevadas tasas de natalidad y mortalidad, a otra donde también el crecimiento relativo es bajo pero debido a tasas de mortalidad y natalidad bajas. Simultáneamente a la transición demográfica ocurre otra transición. En ella se produce un cambio en las causas de defunción a través del tiempo que Omran (1971) en la existe una menor incidencia de las enfermedades infecciosas y parasitarias y aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad de la enfermedades no transmisibles¹ (ENT) (crónicas, degenerativas y por causas externas), a lo que se llama transición epidemiológica.

En este sentido, en Argentina, las patologías no transmisibles representan la principal causa de mortalidad (Konfino, Linetzky, & Ferrante, 2010). Cabe preguntarse si esta realidad se observa al interior del país, por lo cual este trabajo se plantea las siguientes preguntas: ¿De qué mueren las personas que residen en cada provincia argentina? ¿Existen distintos perfiles de mortalidad entre ellas? ¿Qué grado de desigualdad existe en el nivel de la mortalidad de las provincias?

Conocer las respuestas a estos interrogantes puede ser asiento de propues-

¹ Las ENT o enfermedades crónicas se caracterizan por no transmitirse de persona a persona, ser de larga duración y evolucionan lentamente. Entre ellas se encuentran las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes (Organización Mundial de la Salud, 2015).

tas en términos de política pública focalizadas en regiones prioritarias tendientes a paliar las inequidades existentes en el país.

Metodología

Se trata de un estudio cuantitativo, transversal, exploratorio y descriptivo, en el que se estudia la mortalidad por grandes grupos de causas de muerte (CIE-10). Es un trabajo de tipo ecológico, cuya unidad de análisis son las provincias argentinas.

Se utilizaron datos del registro de defunciones de las estadísticas vitales (EEVV) provistas por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación, datos de población del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2010, y datos de tablas de vida 2008-2010 elaboradas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

En primer lugar se estimaron los años de esperanza de vida perdidos, índice desarrollado por Eduardo Arriaga (1996), "Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP)" que permite medir el nivel y el cambio de la mortalidad por causa de muertes y por edad (Arriaga, 1996). Se realiza la estimación en mujeres y hombres de cada jurisdicción Argentina. Para ello se utilizó una planilla del paquete PAS, desarrollado por el Bureau of Census de Estados Unidos (Arriaga, 2001), que requiere datos de las tablas de vida y las defunciones de cada grupo quinquenal de edad.

Se toma el promedio de las defunciones del trienio 2009-2011, las funciones l_x y L_x de las tablas de vida publicadas por el INDEC (2008-2010) y la población censal del 2010.

Posteriormente se calculan el índice de Gini para cada grupo de causa de muerte mediante el software libre EPIDAT 4.0.

El indicador propuesto por Arriaga mide el impacto de la mortalidad por una causa de muerte sobre el promedio de años que vive la población entre dos edades a y b . Para cada grupo de edad ($x, x + n$), el número de AEVP se calcula como el producto de la proporción de personas que mueren entre x y $x+n$ por la diferencia entre el número de años que podrían haber vivido desde x si no fallecieran antes de cumplir b años ($b-x$) y el número de años realmente vividos entre x y $x + n$, que se obtiene a partir de las funciones de la tabla de mortalidad. El índice AEVP se definió con el objetivo de comparar la importancia relativa de las diferentes causas de defunción, en términos de mortalidad prematura, para una población en particular. Permite medir tanto el nivel de mortalidad de una población como el cambio cuando se comparan dos poblaciones, y el método de cálculo basado en las tablas de vida permite ajustar por la estructura de edades de la población. Además, el índice proporciona un valor, en años de esperanza de vida, que es fácil de interpretar. El método de AEVP requiere limitar las edades del análisis, de modo que el último grupo abierto nunca

puede entrar en el cálculo. Como menciona Arriaga, las edades elegidas para efectuar el análisis pueden ser cualesquiera, desde el nacimiento hasta la edad más alta posible; por ejemplo, 80 años si el último grupo de la tabla de mortalidad es 80 y más. Sin embargo, en algunas situaciones puede interesar centrarse en un grupo concreto si se analiza una causa de muerte que afecta específicamente a esa edad. Los AEVP serán mayores si existe un aumento de mortalidad en edades relativamente jóvenes que si el aumento se produce en personas mayores. Como los años que cada persona debería vivir no se conocen, el concepto de AEVP necesita algún supuesto. Se conocen exactamente el número de años de vida por cada una de las personas que mueren, pero no sabemos cuántos años deberían haber vivido esas personas. Este hecho crea la posibilidad de tres tipos de análisis: a) suponer que la mortalidad es nula entre las dos edades elegidas para el análisis, b) suponer que entre las edades elegidas para el análisis, aquellos que mueren a una edad determinada, deberían haber vivido tantos años como el promedio que vive la población que no muere a dicha edad y c) suponer que aquellos que fallecen a una edad determinada, si no hubieran muerto, habrían vivido tantos años como toda la población total que queda viva a la misma edad (Arriaga, 1996a).

Posteriormente se calcula el coeficiente de Gini, medida resumen de desviación de la curva de Lorenz, es un indicador económico que se aplica en salud para medir desigualdades. En el eje de las abscisas se ven representadas las proporciones acumuladas de la población mientras que en el eje de las ordenadas representa la proporción acumulada de la variable de salud. Toma valores entre cero (perfecta igualdad) y uno (total desigualdad) (Schneider, y otros, 2002).

Resultados

A continuación se describe el nivel de la mortalidad en las provincias argentinas a partir de los AEVP por grandes grupos de causas. Primero se trata de la situación de la población femenina y posteriormente de los hombres. En cada apartado se tratan las desigualdades entre las provincias de cada grupo de causas de mortalidad.

Se tomaron los principales grupos de causas de defunciones para representarlas cartográficamente y facilitar el análisis de la situación en el país. En los mapas temáticos se han representado los AEVP en desviaciones estándar por lo cual los mapas entre sí no son comparables ya que las distribuciones son diferentes.

En la figura 1 y 6 se han representado los AEVP que cada grupo de causa de muerte genera en las provincias argentinas. Se puede apreciar que existe un conjunto de causas que son las principales responsables de la mayor pérdida de esperanza de vida de la población. Entre ellas se encuentran:

- Enfermedades del sistema Circulatorio,

- Causas externas de morbimortalidad
- Neoplasias
- Enfermedades del Aparato Respiratorio.

Entre las enfermedades del sistema circulatorio se encuentran por ejemplo la enfermedad hipertensiva, enfermedades isquémicas cardíacas, patologías cerebrovasculares, y cardiopatías de distinta índole. Por su parte, las causas externas se refieren a accidentes de transporte, caídas y otros tipos de accidentes, suicidios, homicidios. Estas causas se hallan relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, como el alcohol (Acosta, Bertone, & Peláez, 2012; SEDRONAR, 2012) y otras drogas, que llevan en muchos casos a situaciones de violencia.

El grupo neoplasias (C00-D48) comprende tumores, no solo malignos sino también los de comportamiento benignos.

Entre las enfermedades del aparato respiratorio se encuentran las neumonías, bronquitis, gripe y otras enfermedades pulmonares crónicas.

Las neoplasias femeninas ocupan el primer lugar en todas las provincias argentinas, y las enfermedades del sistema circulatorio el segundo (figura 1). En hombres, por el contrario, el primer lugar se reparte entre las enfermedades circulatorias, las causas externas, las neoplasias (figura 6).

Cabe destacar que los AEVP darán **más peso a las muertes producidas a una edad más temprana**, o a aquellas que tienen gran número de casos. Es decir, en estas dos situaciones es cuando la esperanza de vida se ve mayormente reducida.

Mortalidad femenina

Las neoplasias, de acuerdo al indicador elegido para medir el nivel de la mortalidad en este trabajo, es la causa que más años de esperanza de vida hace perder a la población femenina de Argentina. La segunda causa es el grupo de enfermedades circulatorias. Más adelante se profundiza su análisis.

Cabe destacar que si se toman las tasas de mortalidad por causas los tumores malignos ocupan la segunda causa de muerte en mujeres, siendo el más frecuente el de mama (20,3%); siguen en orden decreciente el colorrectal (11%), pulmón y cérvix (7,6%) (Viniestra, Paolino, & Arrossi, 2010). Las políticas sanitarias tienen gran impacto en la mortalidad por estos tumores ya que existen pruebas de tamizaje para detección temprana, tratamiento oportuno y efectivo que disminuyen la letalidad y mortalidad por dichas causas.

Hay que recordar que cuando se habla de mortalidad, en la que influye no solo la incidencia de los tumores sino también las tasas de letalidad. Esta última puede

verse modificada por la situación sanitaria del lugar de residencia del enfermo y del país. Esto se refiere tanto a infraestructura como a los avances en materia, no solo de prevención y detección temprana, sino también en lo concerniente a tratamientos de los distintos tipos de tumores malignos.

En la figura 2 se observa que los Tumores generan en las mujeres entre 1,3 y 2 años de esperanza de vida perdidos. En ese estrecho rango, Catamarca y Santiago del Estero están a 1,5 desviaciones estándar por debajo de la media. Nueve provincias se encuentran en el grupo central (1,61 y 1,79 AEVP). Entre ellas hay provincias de todas las regiones: Noroeste, Noreste, Cuyo, Patagonia y la región Pampeana.

Por su parte, Corrientes, San Luis, Río Negro y Santa Cruz están en el grupo de provincias que más AEVP pierden por esta causa en el país.

El segundo grupo de causas de muertes en orden decreciente de importancia, las patologías circulatorias, las cuales generan desde 0,6 a 1,56 AEVP. Su máxima representación en Misiones, donde se pierden 1,5 años en la esperanza de vida. Mientras tanto en Neuquén y Santa Cruz solo se pierden 0,6 por esas enfermedades (ver figura 3).

Estas patologías se denominan en conjunto ENT y se consideran una epidemia mundial. Éstas son las principales causas de muerte en países cuya transición demográfica y epidemiológica están en una etapa avanzada. Están asociadas a una pérdida importante de años de vida saludable y elevados y crecientes costos de la atención médica y cuidados terciarios (Ferrante & Virgolini, 2005, pág. 227). Sin embargo, pueden prevenirse, sobre todo con políticas cuyas estrategias estén basadas en sus factores de riesgo. En Argentina, las ENT representan la principal causa de mortalidad y años de vida perdidos (Ferrante, y otros, 2011), y sus principales factores de riesgo son la presión arterial elevada, el índice de masa corporal elevado, el consumo poco saludable de alcohol y el consumo de tabaco (Ferrante & Virgolini, 2005).

En lo concerniente a las causas externas de mortalidad, en ningún provincia afecta a la esperanza de vida en un año o más como las dos patologías anteriores. En este caso, Jujuy es la provincia más afectada y la CABA solo pierde 0,34 por este grupo de causas. Tierra del Fuego también pierde más de medio año por estas causas.

El índice de desigualdad alcanza el 11% en este grupo de causas. Como en los casos anteriores, las muertes ocurridas por estos eventos en el país se suceden con bastante similitud entre las provincias pero es más desigual por este grupo de causas que por neoplasias o enfermedades del aparato circulatorio.

Las enfermedades del sistema respiratorio ocupan el cuarto lugar en orden decreciente en la mayoría de las provincias argentinas, si se tienen en cuenta los AEVP. En la distribución de los AEVP, algunas provincias norteñas se ven afectadas

más intensamente. Entre ellas llama la atención Salta con el valor máximo de 0,86 AEVP a 1,5 DS. Dentro de esa región Jujuy, Catamarca, Tucumán y Corrientes pertenecen al grupo más cercanos a la media del país Las dos provincias que menos se ven afectadas por esta causas son Neuquén y Santa Cruz, a 1,5 DS por debajo de la media (ver figura 5).

Dentro de este grupo de enfermedades se hallan las neumonías y gripes, cuadros mórbidos de origen infecciosos en su mayoría, los cuales pueden verse determinados por condiciones de vida precarias como el hacinamiento, y/o falta de accesibilidad al sistema de salud. Dicho esto, se reconoce que una parte de este conjuntos de enfermedades se halla fuertemente relacionada con el consumo de tabaco, se opone a lo detectado en la Encuesta nacional de Factores de Riesgo 2009, en la cual la prevalencia del consumo es mayor en Patagonia y Cuyo, mientras que el Noreste dicha prevalencia es del 22% aproximadamente (Ferrante, y otros, 2011), de modo que este gran grupo de causas podría estar más representadas por parte de las enfermedades infecciosas respiratorias agudas y no tanto por las crónicas más ligadas al consumo de tabaco.

Perfiles de la mortalidad de los hombres argentinos

Las enfermedades del aparato circulatorio, neoplasias, las causas externas comparten el primer lugar en la generación de AEVP en hombres. Y son esas mismas causas las que en las demás ocupan los tres primeros lugares en todas las provincias. El cuarto lugar lo ocupan las enfermedades del aparato respiratorio o bien, el grupo síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados otra parte en Corrientes, Chaco, Entre Ríos, Santa Fe, Santiago del Estero; o las enfermedades del aparato digestivo (K00-K93) en Jujuy.

En hombres se pierden entre 2 y 2,5 AEVP por las principales causas, enumeradas anteriormente, en todas las provincias a excepción de Tucumán y la Rioja, donde las principales causas, circulatorias y causas externas respectivamente son cercanas a los 2 años (ver figura 6).

Las muertes por neoplasias en los hombres argentinos generan menos AEVP en el noroeste argentino que en el resto del país. Esto podría deberse a que cursan diferentes etapas de la transición epidemiológica.

Por el contrario dos provincias pampeanas son las que pierden más años de esperanza de vida por estas patologías – La Pampa y Entre Ríos. Algunas provincias de la Patagonia están por encima del grupo central - Neuquén, Río Negro y Tierra del Fuego. A ese mismo grupo que pierde entre 2,04 y 2,34 AEVP pertenece la CABA.

Las enfermedades del aparato circulatorio en hombres provocan la pérdida de entre 1,3 y 2,5 años de esperanza de vida. Si bien es la principal causa de muerte

de acuerdo a las tasas de mortalidad específicas por causas en todas las provincias, si consideramos los AEVP lo es solo en algunas provincias, como se dijera anteriormente. Cabe recordar que el índice AEVP le dará mayor peso a las muertes a edades tempranas y a aquellas enfermedades que generan un gran número de casos por lo cual puede diferir de las tasas.

Teniendo en cuenta la distribución de los AEVP por estas enfermedades en el país a nivel provincial se observa que Córdoba y Misiones ($>1,5$ DS) pierden más de 2,5 AEVP. Mientras, Neuquén y Jujuy ($<1,5$ DS) presentan la menor pérdida por esta causa, donde solo se pierde 1,3 AEVP (ver figura 8).

Llama la atención Santa Fe que, aun perteneciendo a la región pampeana presenta menores AEVP que las demás provincias pampeanas por esta causa. Cabe aclarar que en esta jurisdicción el grupo de causas que mayores AEVP son las causas externas, luego los tumores y en tercer lugar aparecen las patologías circulatorias. Algo similar sucede en Jujuy, con la diferencia que los tumores provocan casi tantos AEVP como las enfermedades del aparato digestivo. Dentro de estas últimas se encuentra la cirrosis hepática por alcoholismo. Estudios realizados por jurisdicciones sobre el consumo de sustancias no parece responder a esta realidad ya que la prevalencia del consumo del alcohol en el Noroeste argentino es la más baja (54,1%), sin embargo el porcentaje de consumo riesgoso es mayor al resto del país (18,7%) (SEDRONAR, 2010).

Las causas externas, las cuales incluyen: accidentes de transporte, caídas y otros accidentes, homicidios, suicidios, entre otras, presentan una distribución estrecha que va desde 1,17 AEVP hasta 2,40. La CABA es la jurisdicción con el menor impacto en su esperanza de vida por estas causas, mientras que Chaco, Formosa, Misiones, Jujuy, Santa Fe, Mendoza, Neuquén y Chubut se encuentran entre 0,5 y 1,4 desvíos estándar de la media y son las provincias más afectadas.

Estas causas de muertes, en las que ha mediado de alguna manera la violencia, se hallan en estrecha relación con el consumo de sustancias psicoactivas (SEDRONAR, 2012). Cabe señalar que un informe del SEDRONAR (2012) donde se estudia la mortalidad relacionada al consumo de dichas sustancias comentan que:

“Si se analizan las defunciones según las causas y tipo de sustancias, se observa que, la mayoría (87%) de las muertes por causas directas son atribuibles al uso de alcohol y el resto atribuibles al uso de tabaco (8%) y drogas ilegales (5%). La mayoría de las muertes por accidentes y homicidios corresponden al consumo de alcohol (92% y 81%, respectivamente) y el resto al consumo de drogas ilegales. En lo que respecta a los suicidios, son todos por consumo de drogas ilegales.”

A propósito, las causas de muerte atribuidas al consumo de alcohol en la

región Patagónica presentaron mayores AEVP por causas externas de morbilidad y mortalidad (Acosta, Bertone, & Peláez, 2012).

La figura 10 representa los AEVP de las Enfermedades del Aparato Respiratorio. Este grupo de cuadros mórbidos ocupa entre el cuarto y sexto lugar en orden según el número de AEVP decreciente. Genera más de un año de esperanza de vida en 10 provincias y medio año en el resto.

Gran parte de este grupo está conformado por las neumonías (J18), en su mayoría sin especificar, también las insuficiencias respiratorias sin especificar (J96), y también otras enfermedades obstructivas crónicas (J44). Estas causas, si bien se las considera bien definidas, desde el punto de vista de la salud pública, es difícil de interpretar, dado la multiplicidad de factores intervinientes en esos cuadros mórbidos.

En este grupo se hallan las patologías pulmonares crónicas como bronquitis crónica (J41-42) y enfisema (J43), ambas muy asociadas al consumo de tabaco. Al respecto, la prevalencia de vida del consumo de tabaco es mayor en la región patagónica (56,2%) y en la metropolitana (49,5%), siguiendo la región pampeana (46,1) en orden decreciente (SEDRONAR, 2010). Sin embargo esto no parece reflejarse en los resultados ya que las áreas con mayor número de AEVP son Salta y Buenos Aires, mientras que la Patagonia está entre 0,5 y hasta 1,5 desviaciones estándar por debajo de la media.

Desigualdad de la mortalidad por grandes grupos de causas

El índice de Gini de la mortalidad por grandes grupos de causas de mortalidad medida con el indicador AEVP se representa por sexo en la figura 11. Se aprecia que dichos índices son menores al 40% en ambos sexos en todos los grupos de causas de muerte con algunas excepciones². Recordando que este índice tiene valores de entre cero y cien, donde cero representa la perfecta igualdad y el cien una situación totalmente desigual.

Tomando solo los principales grandes grupos de causas analizados anteriormente para cada sexo se puede decir que, de acuerdo a este indicador, la mayor desigualdad se observa en las enfermedades del sistema respiratorio, luego en las causas externas, enfermedades circulatorias y por último en neoplasias. Respecto a la diferencia por sexo, las causas externas son más desiguales en mujeres que en hombres, mientras que en hombres hay mayor desigualdad en neoplasias.

² Estas causas (Enf. del ojo y sus anexos, Enf. del oído y de la apófisis mastoides) tiene tan baja ocurrencia que solo hubieron algunos casos en unas pocas provincias. Por ello se da este resultado tan desigual, así unas pocas provincias tienen AEVP por estas causas mientras que las demás ninguno.

Conclusiones

Entre las principales causas de muerte en el Argentina en el 2010 están las enfermedades circulatorias, las neoplasias, las causas externas y las enfermedades del aparato respiratorio, gran parte de estos grupos las constituyen las ENT (excepto algunas causas infecciosas incluidas en estos grupos). La importancia cuantitativa de cada una de ellas varía de acuerdo al sexo y la provincia.

En algunas jurisdicciones aparecen otras causas en tercer o cuarto lugar. Entre ellas aparecen el grupo Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99); Ciertas afecciones del periodo perinatal (P00-P96); las enfermedades del aparato digestivo (K00-K93). Cabe destacar que el primer grupo enumerado anteriormente, se considera de causas mal definidas, y se utilizan como indicador de la calidad de los datos de las EEVV. Al respecto, la mala declaración de la causa de muertes es parte de los errores encontrados en los registros de defunciones. La causa básica de muerte es considerada un dato epidemiológico de suma importancia, debido a que brinda la posibilidad de conocer la morbilidad de la población, y de la etapa de la transición epidemiológica que atraviesa la población (Bay & Orellana, 2007). En el país, dicho porcentaje ha rondado el 8% entre el año 2000 y el 2010 con ciertas variaciones regionales pero sin una tendencia clara hacia el descenso (Bertone, 2014). Esto implica que hay que redoblar los esfuerzos por atender las recomendaciones internacionales sobre la calidad de las EEVV (World Health Organization, 2010; World Health Organization, 2013).

Lo antes mencionado constituye una de las limitaciones de este estudio. Otra está dada por la unidad de análisis que por un lado permite lograr un estudio de la mortalidad por causas gracias al agrupamiento de los casos, pero por el otro lado, podría no detectar desigualdades que existieran a un nivel inferior.

El conjunto de enfermedades de bajo número de defunciones requieren de otras técnicas para su estudio (Kulldorff M. , 1997), en las que incluso es importante variar la unidad de análisis para lograr un mejor entendimiento del fenómeno (Silva Ayçaguer, Benavides Rodríguez, & Vidal Rodeiro, 2003).

Las principales causas de muerte, consideradas como tal por generar las mayores pérdidas de esperanza de vida a sus poblaciones, que se detectan en este estudio no difieren de las descritas en los informes oficiales del Ministerio de Salud de la Nación en el año 2010, sin embargo, existen ciertas diferencias. En primer lugar, la DEIS utiliza las tasas de mortalidad específicas por causa y les realiza un ajuste por edad, mientras que en este trabajo aplicó el índice AEVP. Este último, cómo se dijera anteriormente, da mayor importancia a aquellas causas que afectan a personas de corta edad, y a las que generan muchos casos de muerte. Así, por ejemplo, en las

mujeres, las neoplasias aparecen en primer lugar en todas las provincias argentinas. Esto podría deberse a que no solo existe un gran número de muertes femeninas por estas causas sino también que estas se producen en mujeres más jóvenes que las que fallecen por otras causas.

Al respecto, González-Robledo, González-Robledo, & Nigenda (2013, pág. 185) asegura que el cáncer de mama es la primera causa de muerte por enfermedad maligna en mujeres (20,3%). El país tiene la segunda tasa de mortalidad en la Región de las Américas (21,8 por 100.000 mujeres) (González-Robledo, González-Robledo, & Nigenda, 2013, pág. 185). Esto deja traslucir la importancia de continuar con las políticas implementadas sobre cánceres femeninos. La creación del Instituto Nacional del Cáncer de la Argentina (INC), ente dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, en el año 2010, es el responsable del desarrollo e implementación de políticas de salud, así como de la coordinación de acciones integradas para la prevención y control del cáncer, ha sido positivo en este sentido.

Cabe destacar que para los cánceres más frecuentes en mujeres existen pruebas de tamizaje para su detección temprana (U.S. Preventive Service. Task Force, 2015), y según las Encuentras Nacionales de Factores de Riesgo, entre el año 2005 y 2009 se incrementó el acceso y la realización de PAP y mamografía, aunque con diferencias regionales y por tipo de cobertura de salud (Ferrante, y otros, 2011).

A propósito, un estudio que presenta la distribución de la tasa de mortalidad por cáncer de mama, estandarizada por edad y según jurisdicciones, para el quinquenio 2003-2007, muestra que existen variaciones entre las jurisdicciones: nueve provincias poseen tasas que superan la tasa nacional (Ciudad de Buenos Aires, Tierra del Fuego, San Luis, Córdoba, San Juan, Mendoza, Santa Cruz, Santa Fe, y Neuquén), y que la Ciudad de Buenos Aires (28,0/100.000) y la región de Cuyo (24,1/100.000) son las que presentan las mayores tasas de mortalidad por esta causa. Por el contrario, las provincias del Norte, especialmente provincias del Noroeste, presentan indicadores claramente inferiores al resto del país (Viniegra, Paolino, & Arrossi, 2010). Este estudio, si bien fue realizado para un periodo anterior, que fue elaborado con otra metodología y que solo refiere al cáncer de mama, refuerza que en algunas provincias del norte como Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero, Tucumán, La Rioja este grupo de causas tiene menor peso que en otras. Esto que no quiere decir que las políticas apuntadas a prevenir estas causas no deban reforzarse en ellas, sino que quizá, que al mismo tiempo deban reforzarse estrategias que atiendan otras causas de morbimortalidad.

Considerando las tasas de mortalidad específicas por causas, las enfermedades del sistema circulatorio presentan las mayores tasas del país. Éstas son siempre mayores en hombres, y en coincidencia con los resultados de este estudio, las mujeres patagónicas se ve menos afectada por la mortalidad por enfermedades circulatorias.

rias (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2012).

En los hombres las enfermedades circulatorias, los tumores y las causas externas generan los mayores AEVP con heterogeneidad en las diferentes jurisdicciones en relación al orden. Estas causas de muerte se ven asociadas con estilos de vida poco saludables, lo que generan condiciones llamadas factores de riesgos como la obesidad, el sedentarismo, entre otros. Al respecto, Ferrantes y otros (2011), quienes evaluaron la evolución de algunos factores de riesgo entre los años 2005 y 2009, aseguran que se ha incrementado significativamente la inactividad física y de la alimentación poco saludable en el país. Asimismo comentan que aumentó la prevalencia de la obesidad, la diabetes y el colesterol elevado, mientras que la presión arterial elevada no tuvo cambios. Sin embargo, se produjo un aumento en el acceso y la realización de prácticas de rastreo, como medición de la presión arterial, colesterol y glucemia, lo que permitiría detectar tempranamente patologías como hipertensión arterial o diabetes. También agregan que el consumo de tabaco se redujo pero que el consumo de alcohol en niveles de riesgo continúa siendo elevado en hombres jóvenes y de mediana edad (Ferrante, y otros, 2011, pág. 40).

En este primer acercamiento a las desigualdades en los perfiles de mortalidad por provincia en Argentina las desigualdades en las principales causas de muerte detectadas con el índice de Gini de los AEVP por grandes grupos de muerte son mínimas y con diferenciales por sexo pequeños. Podría tratarse de una ineficiencia del indicador para captar las mismas, apoyada en la perspectiva de los determinantes sociales de la salud (Solar & Irwin, 2010), y a la reconocida heterogeneidad en las condiciones de vida de los argentinos. Por ello, y atendiendo a las recomendaciones en el estudio de las desigualdades (Schneider, y otros, 2002), se plantea a futuro utilizar otros indicadores y también modificar la unidad de análisis para lograr un entendimiento mayor de la situación. Considerando que medir las desigualdades en las condiciones de vida y salud constituye el primer paso hacia la identificación de inequidades en el campo de la salud (Schneider, y otros, 2002).

Bibliografía

- Acosta, L., Bertone, C., & Peláez, E. (2012). Mortalidad y Años de Esperanza de Vida Perdidos a causa del consumo de alcohol en Argentina. 2008. *Población y salud en Mesoamérica*, 9(2), 1-21.
- Arriaga, E. (1996). Comentarios sobre algunos índices para medir el nivel y el Cambio de la mortalidad. *Estudios demográficos y urbanos*, 5-30.
- Arriaga, E. (2001). *El análisis de la población con microcomputadoras*. Córdoba: Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

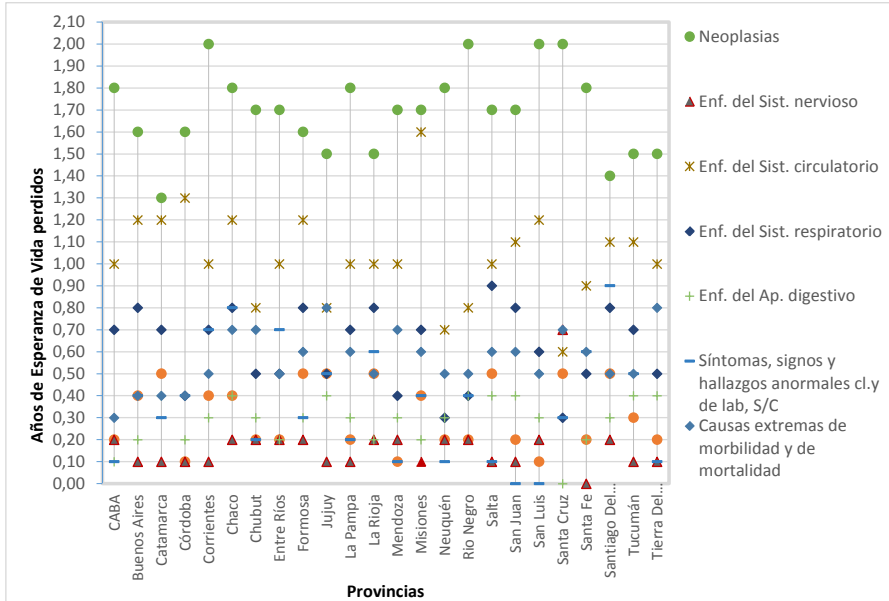
- Bay, G., & Orellana, H. (13-14 de Diciembre de 2007). La calidad de las estadísticas vitales en la América Latina. *Taller de expertos en el uso de estadísticas vitales: alcances y limitaciones, Versión preliminar para discusión*. Santiago de Chile, Chile: CEPAL-UNFPA-OPS.
- Bertone, C. L. (2014). Determinantes Sociales de la Mortalidad Infantil en Argentina 2000-2010. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba- Escuela de Graduados de Ciencias Económicas.
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*(57), 254–258.
- Castaño, L. S. (2005). El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 18(2), 129-135.
- Curto, S. I., Verhasselt, Y., & Boffi, R. (2009). *La Transición Epidemiológica en la Argentina*. Recuperado el 11 de 2015, de <http://www.unc.edu.ar/extension/vinculacion/instituciones-sociales-y-salud/acciones-realizadas/2009/seminario-extensionista-aportes-de-la-epidemiologia-comunitaria/unc-seu-transicion-epidemiologica-argentina.pdf>: <http://www.unc.edu.ar/extension/vinculacion/instituciones-sociales-y-salud/acciones-realizadas/2009/seminario-extensionista-aportes-de-la-epidemiologia-comunitaria/unc-seu-transicion-epidemiologica-argentina.pdf>
- Ferrante, D., & Virgolini, M. (2005). Salud pública y factores de riesgo: vigilancia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. *Rev Argent Cardiol*, 73(3), 221-27.
- Ferrante, D., Linetzky, B., Konfino, J., King, A., Virgolini, M., & Laspiur, S. (2011). Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Estudio de corte transversal. *Rev Argent Salud Pública*, 2(6), 34-41.
- González-Pérez, G. J., Vega-López, M. G., Cabrera-Pivaral, C. E., Romero-Valle, S., & Vega-López, A. (2011). Contexto demográfico, desigualdad social e inequidad en salud de la niñez en México. *Rev. salud pública*, 13 (1), 41-53.
- González-Robledo, M., González-Robledo, L., & Nigenda, G. (2013). Formulación de políticas públicas sobre el cáncer de mama en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*, 33(3), 183–9.
- International Society for Equity in Health, Incorporated. (30 de Junio de 2000). *International Society for Equity in Health (ISEQH)*. Recuperado el 18 de Abril de 2012, de <http://www.iseqh.org/>
- Irwin, L. G., Siddiqi, A., & Hertzman, C. (2007). *Desarrollo de la Primera Infancia: Un Potente Ecuilizador*. OMS, Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. OMS.

- Kawachi, I., Subramanian, S., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *J. Epidemiol Community Health*(56), 647-52.
- Kliksberg, B. (Mayo - Agosto de 2002). LA INEQUIDAD EN EL CAMPO DE LA SALUD PUBLICA EN AMERICA LATINA: UNA CUESTION CRUCIAL. *Economía y Sociedad*(19), 93 -108.
- Konfino, J., Linetzky, B., & Ferrante, D. (2010). Evolución y estado actual de las enfermedades no transmisibles en Argentina. *Rev Argent Salud Pública*, 1(4), 37-9.
- Konfino, J., Linetzky, B., & Ferrante, D. (2015). *Evolución y estado actual de las enfermedades no transmisibles en Argentina*. Recuperado el 12 de 11 de 2015, de Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina: http://adecra.mediawebsa.com/comercio64/html/458809enfermedades_trasmisibles.pdf
- Kulldorff, M. (1997). A spatial scan statistic. *Communications in Statistics: Theory and Methods*, 26, 1481-1496.
- Kulldorff, M., & Nagarwalla, N. (1995). Spatial disease clusters: Detection and Inference. *Statistics in Medicine*, 14, 799-810.
- Linares-Pérez, N., & López-Arellano, O. (septiembre de 2008). La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social*, 3(3), 247-259.
- Marmot, M. (19 de Marzo de 2005). Social determinants of health inequalities. (T. Lancet, Ed.) *Lancet* , 365, 1099-104.
- Martínez, M., & Guevel, C. (2013). Desigualdades sociales en la mortalidad por cáncer de cuello de útero en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1999-2003 y 2004-2006. *Salud colectiva*, 9(2), 169-182.
- Metzger, X. (1996). *Conceptualización e indicadores para el término equidad y su aplicación en el campo de la salud*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; .
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2012). *Indicadores Básicos Argentina 2012*. Ministerio de Salud de la Nación- Organización Panamericana de la Salud.
- Montoya, C. (1997). La equidad. Usos del concepto como criterios de progreso. *Cuadernos Médicos Sociales*, 38(1), 6-12.
- Omran, A. R. (1971). *The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change*. The Milbank Memorial Fund Quarterly.
- Organización Mundial de la Salud. (Enero de 2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Centro de Prensa- Enfermedades no transmisibles: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (Agosto de 2007). *Organización Mundial de la*

- Salud*. Recuperado el 19 de Abril de 2012, de Nota descriptiva N°323: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>
- Schneider, M. C., Castillo-Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O. J., Vidaurre, M., & Roca, A. (2002). Métodos de medición. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 12(6).
- SEDRONAR. (2010). *Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población de 12 a 65 años de edad. Argentina 2010*. Informe de resultados, Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Narcotráfico, Observatorio Argentino de Drogas. Recuperado el 15 de 11 de 2015, de <http://scripts.minplan.gob.ar/octopus/archivos.php?file=5436>
- SEDRONAR. (2012). *Mortalidad relacionada al consumo de drogas en Argentina 2004-2010*. Observatorio Argentino de Drogas, Área Investigaciones. SEDRONAR.
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 11(5/6).
- Silva Ayçaguer, L. C., Benavides Rodríguez, A., & Vidal Rodeiro, C. L. (2003). Análisis espacial de la mortalidad en áreas geográficas pequeñas. El enfoque bayesiano. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(4), 314-322.
- U.S. Preventive Service. Task Force. (Diciembre de 2015). Recuperado el 15 de 11 de 2015, de <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>
- Vélez Arango, A. L. (Enero-Diciembre de 2007). Nuevas Dimensiones del Concepto de Salud: El Derecho a la Salud en el Estado Social de Derecho. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 63 - 78.
- Viniegra, M., Paolino, M., & Arrossi, S. (2010). *Cáncer de mama en Argentina : organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control : Informe final julio 2010 : diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales* (1a ed. ed.). Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS.
- Whitehead, M. (1992). The Concept and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*(22), 429-45.
- World Health Organization. (2013). *Strengthening civil registration and vital statistics for births, deaths and causes of death: resource kit*. Luxembourg: World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *Improving the quality and use of birth, death and cause-of-death information: guidance for a standards-based review of country practices*. World Health Organization. Malta: WHO.

Figuras y tablas

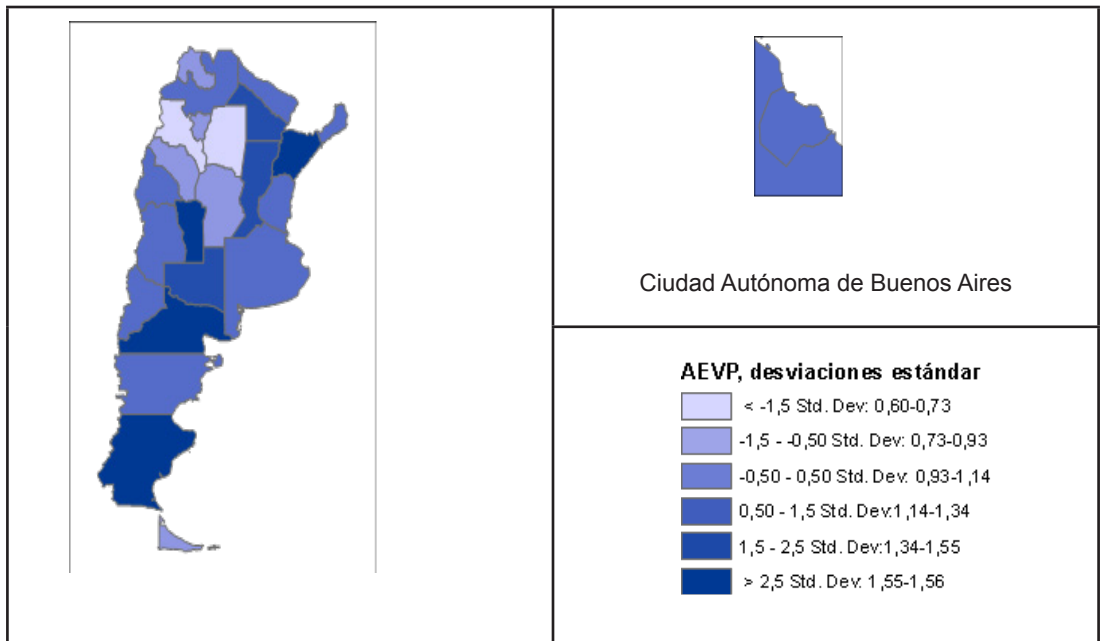
Figura 1: Años de Esperanza de Vida Perdidos de mujeres por grandes grupos de causas de muerte seleccionadas según provincia de residencia. Argentina. 2010



Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la DEIS (2009-2011) y el INDEC (2010)

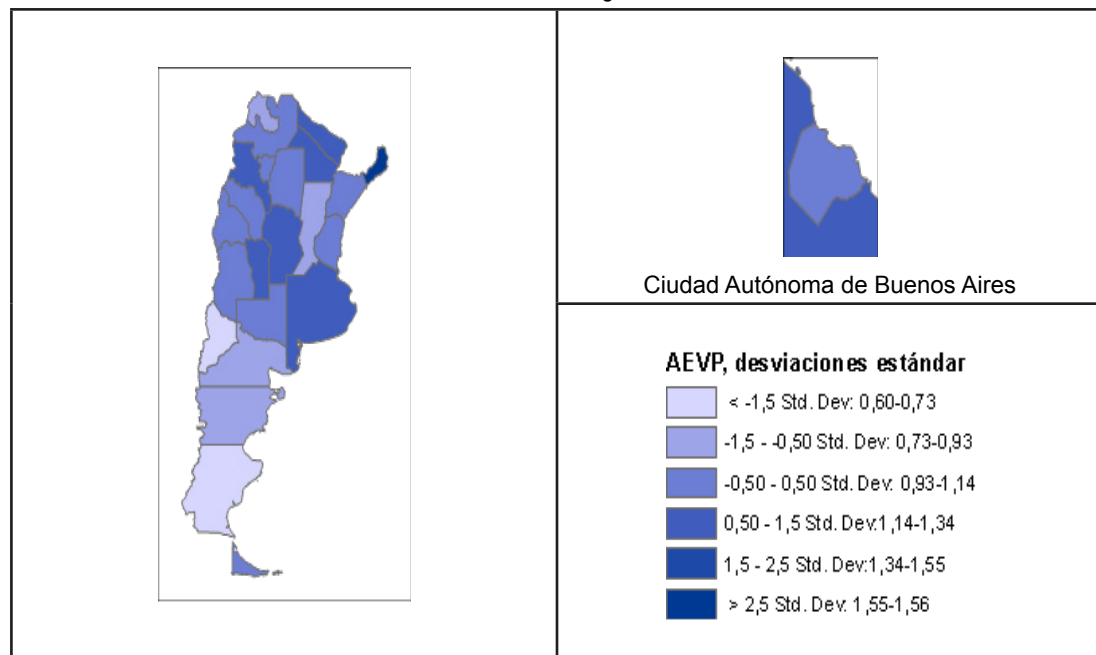
Figura 2 : Años de Esperanza de Vida Perdidos por Neoplasias en mujeres según provincia de residencia. Argentina. 2010

2010



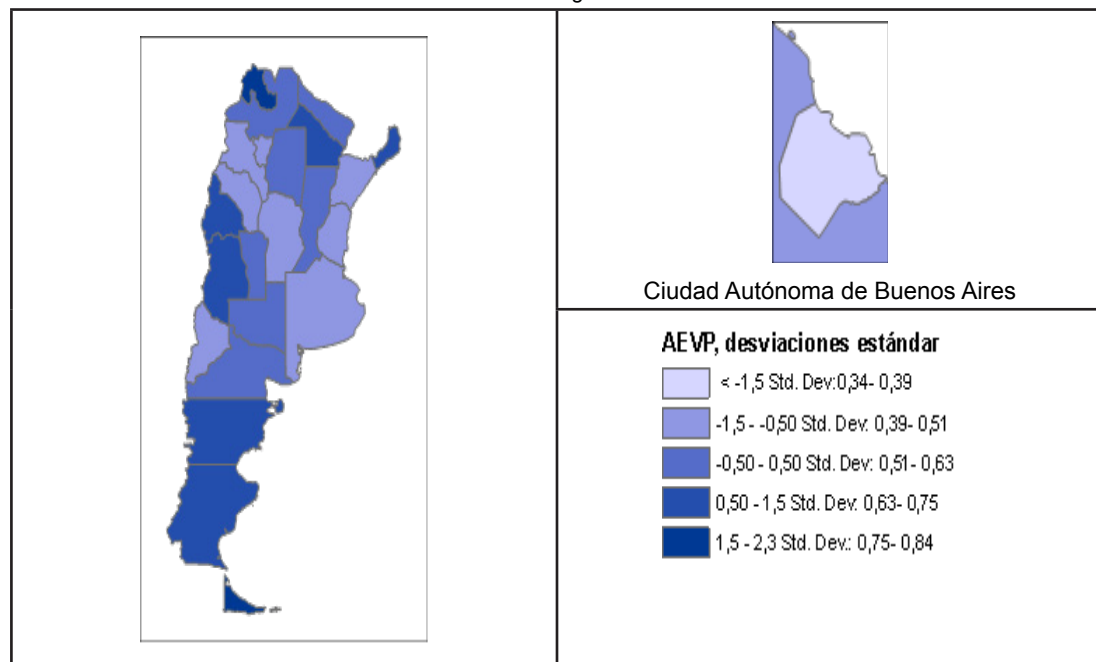
Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la DEIS (2009-2011) y el INDEC (2010)

Figura 3: Años de Esperanza de Vida Perdidos por Enfermedades del Sistema Circulatorio en mujeres según provincia de residencia. Argentina. 2010



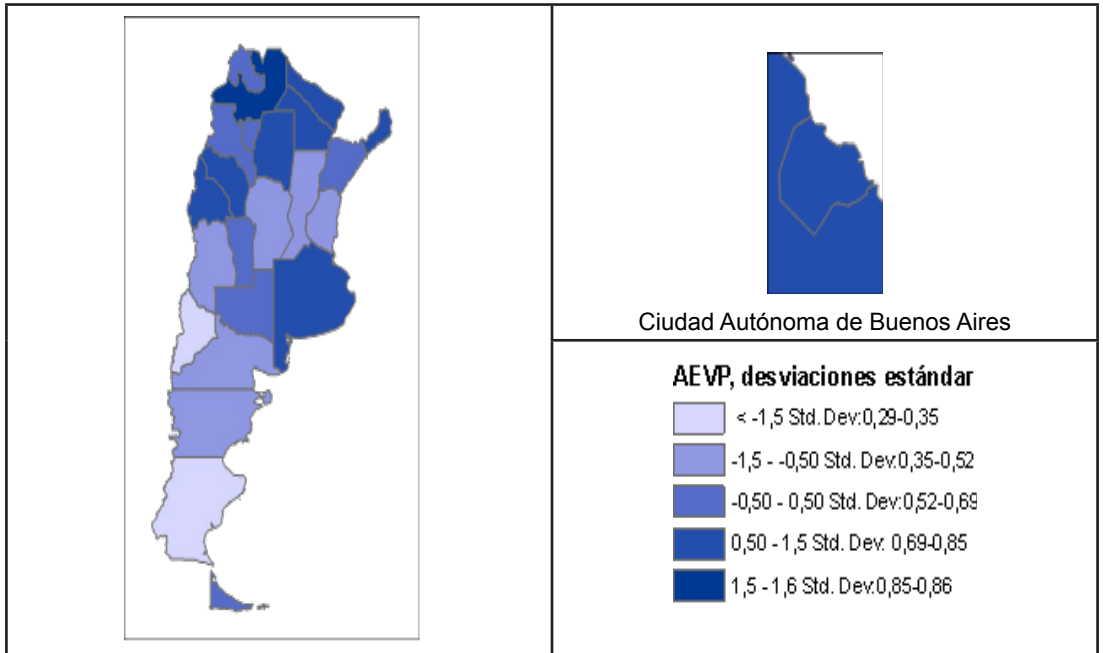
Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la DEIS (2009-2011) y el INDEC (2010)

Figura 4 : Años de Esperanza de Vida Perdidos por Casas externas de morbilidad en mujeres según provincia de residencia. Argentina. 2010



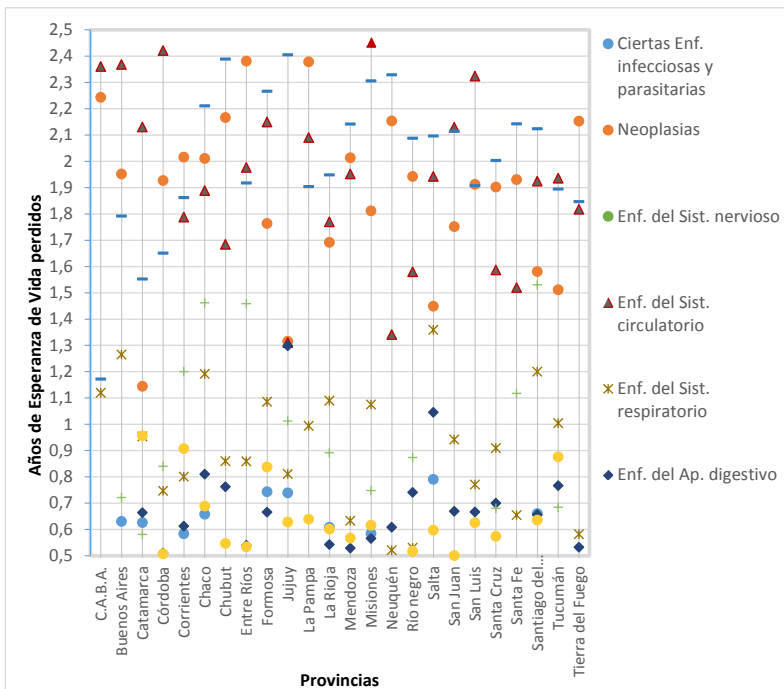
Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la DEIS (2009-2011) y el INDEC (2010)

Figura 5: Años de Esperanza de Vida Perdidos por Enfermedades del Sistema Respiratorio en mujeres según provincia de residencia. Argentina. 2010



Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la DEIS (2009-2011) y el INDEC (2010)

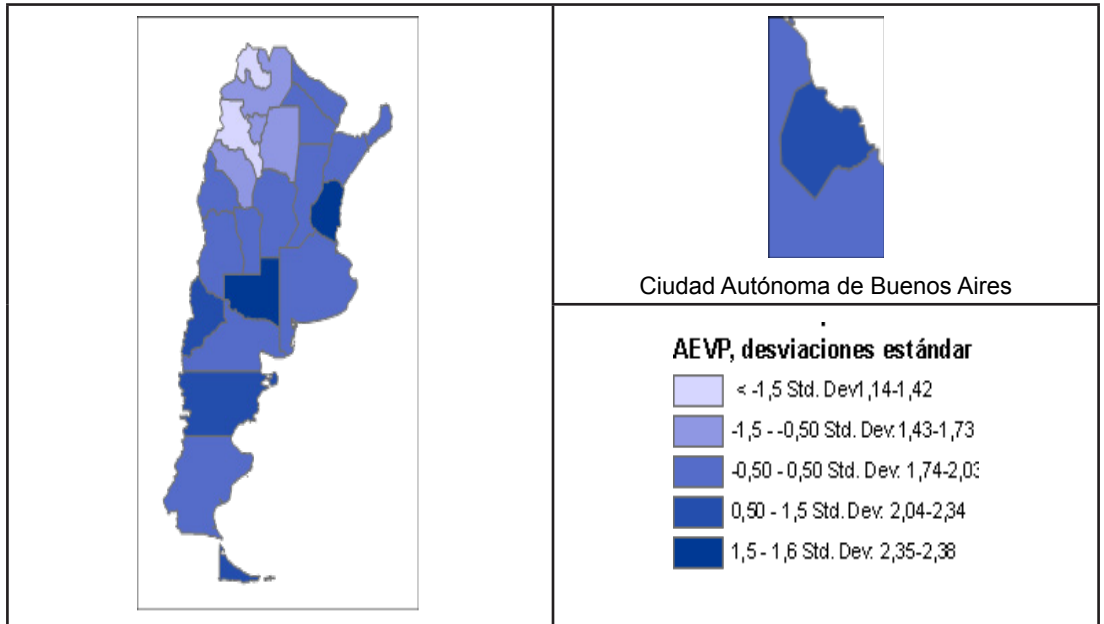
Figura 6: Años de Esperanza de Vida Perdidos de hombres por grandes grupos de causas de muerte según provincia de residencia. Argentina. 2010



Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la DEIS (2009-2011) y el INDEC (2010)

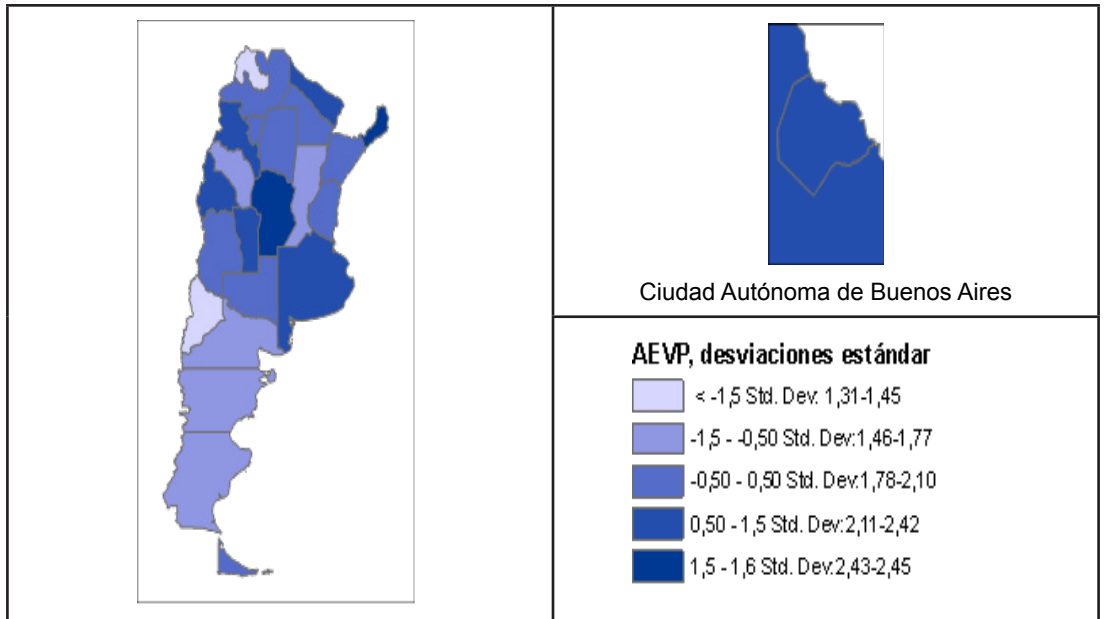
Figura 7: Años de Esperanza de Vida Perdidos por Neoplasias en hombres según provincia de residencia. Argentina.

2010



Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la DEIS (2009-2011) y el INDEC (2010)

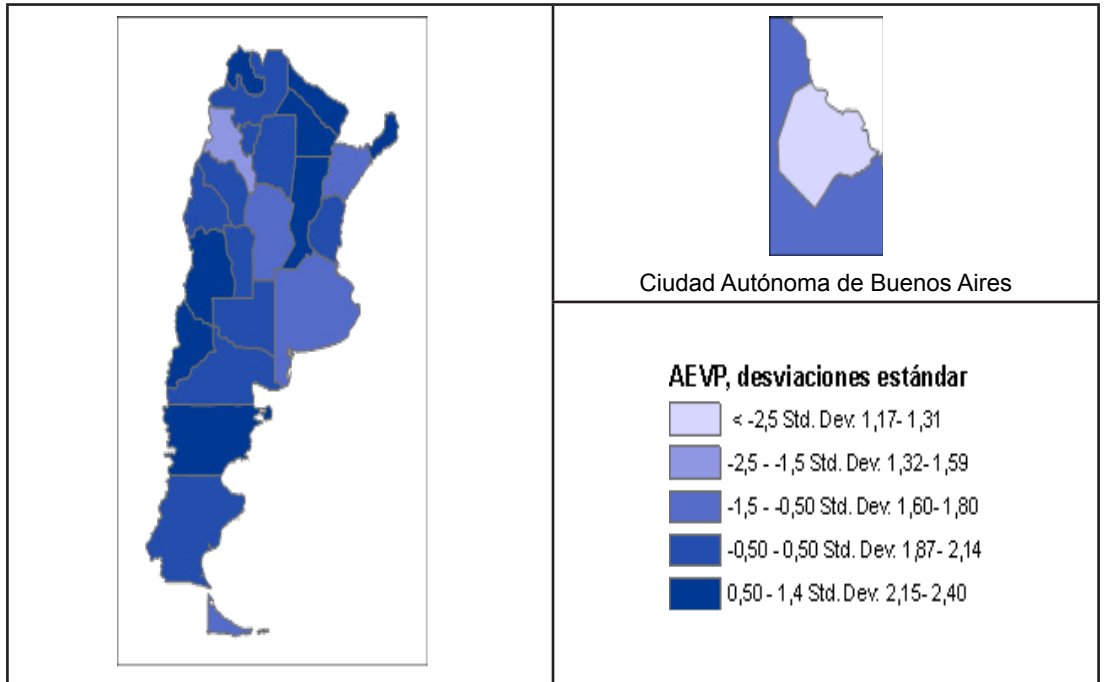
Figura 8: Años de Esperanza de Vida Perdidos por Enfermedades del Sistema Circulatorio en hombres según provincia de residencia. Argentina. 2010



Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la DEIS (2009-2011) y el INDEC (2010)

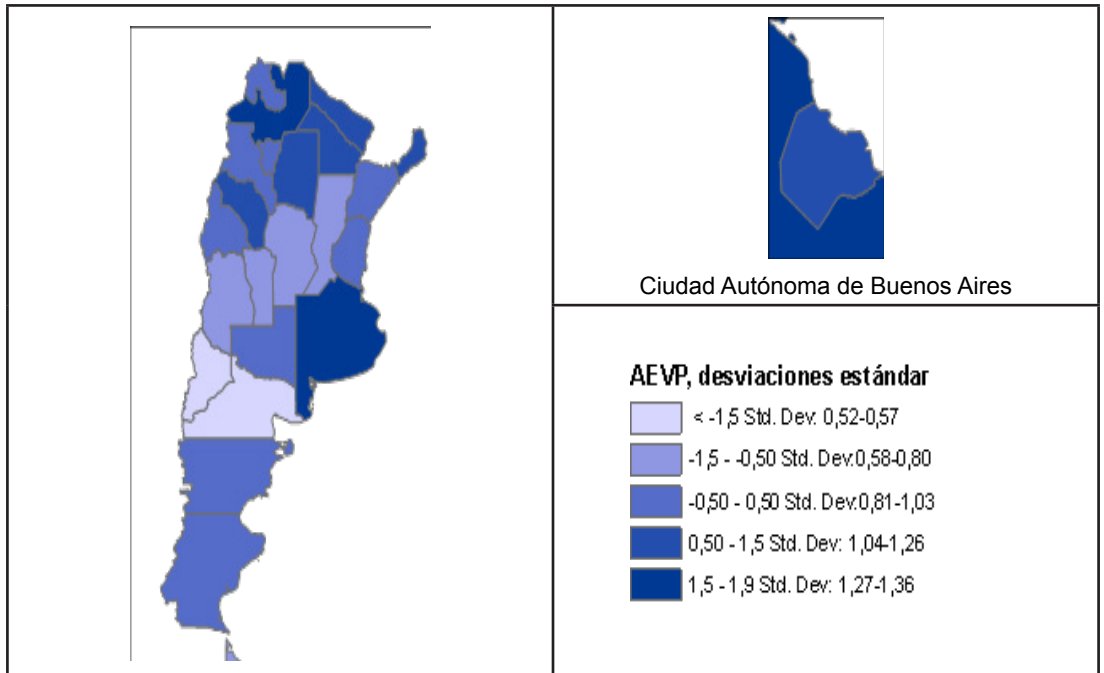
Figura 9: Años de Esperanza de Vida Perdidos por Causas externas en hombres según provincia de residencia.

Argentina. 2010



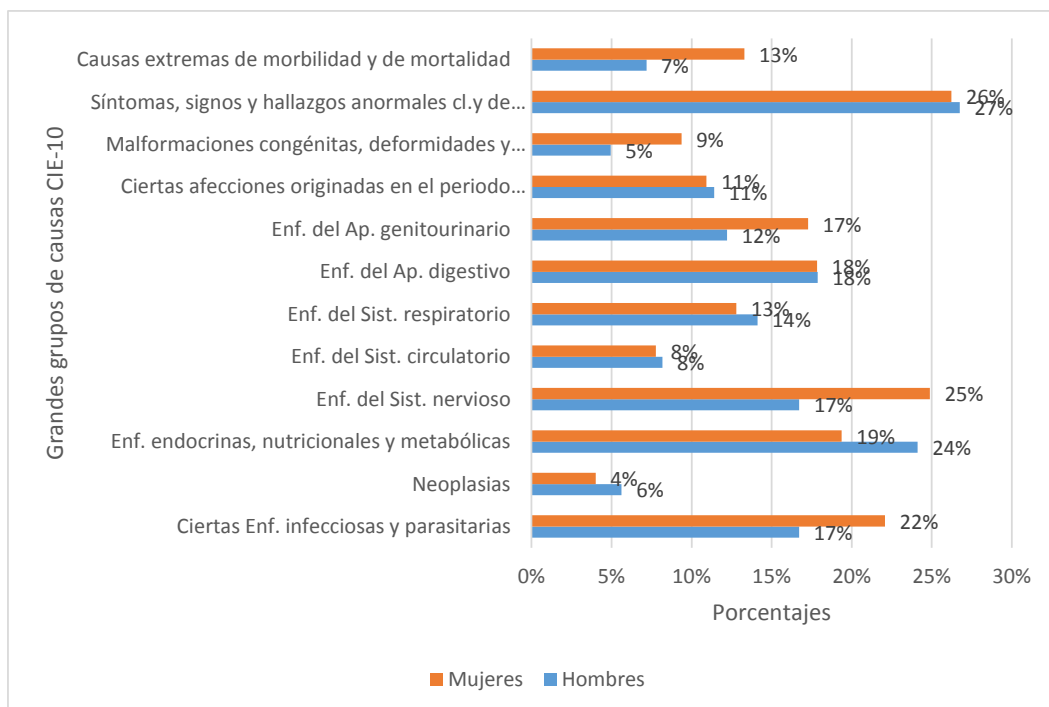
Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la DEIS (2009-2011) y el INDEC (2010)

Figura 10: Años de Esperanza de Vida Perdidos por Enfermedades del Aparato Respiratorio en hombres según provincia de residencia. Argentina. 2010



Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la DEIS (2009-2011) y el INDEC (2010)

Figura 11: Índices de Gini de lo AEVP por grandes grupos de causa y sexo. Argentina 2010



Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la DEIS (2009-2011) y el INDEC (2010)

Análisis de la omisión de las defunciones por accidentes de tránsito en los registros oficiales. La Rioja 2011 - 2013

*Andrada, Marcos Javier¹
Bertone, Carola Leticia²*

Resumen

Este trabajo indaga acerca de la situación de la mortalidad en la provincia de La Rioja, entre los años 2011 y 2013. El foco de la atención estará en las muertes producidas por siniestros viales, dado que este grupo de causas se ha incrementado considerablemente. La situación socioeconómica de la provincia muestra grandes diferencias que se manifiestan en las condiciones de salubridad y en el acceso a servicios de salud de la población y que resultan condicionantes de un patrón de mortalidad en el que aún persisten las denominadas enfermedades de la pobreza con las llamadas enfermedades de la sociedad. Entre estas últimas se destacan las defunciones por accidentes de transporte. Se trata en un estudio descriptivo y exploratorio a partir de una base de dato confeccionada Ad Hoc para comparar el registro propio con el registro oficial de defunciones por estas causas y valorar el registro de estas causas.

Palabras Claves: Mortalidad - Noroeste – Transición Demográfica - Transición Epidemiológica

Abstract

This paper focuses on the situation of mortality in the province of La Rioja, between 2011 and 2013. The focus of attention will be on the deaths caused by transport accidents since this group of causes has increased considerably the last years. The socioeconomic situation of the province shows large differences within the same manifested in sanitation and access to health services of the population; and conditions resulting from a pattern of mortality that persist in the so-called diseases of poverty with so-called diseases of society. The latter highlights the deaths from transport accidents. This is a descriptive and exploratory study from a ready-made data base for comparing the Ad Hoc own record with the official record of deaths from these causes and assess the record of this group of causes.

Keywords : Mortality - North West - Demographic Transition - Epidemiological Transition

¹ CIECS-CONICET; UNLaR. marcosandrada80@gmail.com. Argentina

² CIECS-CONICET-UNC. carolabertone@gmail.com. Argentina

Introducción

La transición demográfica y la transición epidemiológica implicaron un cambio en el patrón de la mortalidad en el que cobraron protagonismo las llamadas enfermedades de la sociedad, tales como las enfermedades por causas externas mientras se reducían las enfermedades infecciosas y parasitarias. Una política pública destinada a reducir las defunciones por causas externas, por su parte, requiere en primer lugar un registro cabal del impacto de las mismas en la esperanza de vida, y luego un abordaje integral que excede las medidas que se puedan aplicar únicamente desde el ámbito sanitario. La reducción de las mismas implica medidas sociales y de ordenamiento urbano. Dichas defunciones se consideran reducibles e impactan fuertemente en la esperanza de vida al nacer, ya que afecta principalmente a personas jóvenes y de ahí el interés en abordar las defunciones de este grupo de causas de muerte sobre las cuales se hipotetiza presentan un alto grado de subdeclaración.

Se utilizan para las estimaciones los datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud de la Nación- Argentina. Además se empleará una base de datos ad hoc, la cual se compone de los casos de personas fallecidas, presumiblemente, por accidentes de transporte en la provincia de La Rioja. Dicha base de datos fue construida a partir de datos publicados en medios periodísticos gráficos. Se utilizan además proporciones, tasas de mortalidad y el indicador AEVP.

Se plantea como hipótesis que hay un grupo de personas que han sufrido accidentes de transporte y que mueren luego de un lapso de estar hospitalizado y cuya causa básica de muerte no se registra como tal en el registro de defunciones oficial.

Se espera, con esta fuente inédita, valorar el registro de defunciones provisto por el ministerio de salud, particularmente de los óbitos por accidentes de transporte.

Se intenta hacer un aporte específico sobre el adecuado registro de las defunciones por accidentes de transporte, con el fin de ser utilizado como base para reforzar o implementar políticas públicas en pos de reducir dichas muertes.

Material y Método

Se utilizó para la estimación de los cálculos el registro de defunciones oficiales provisto por la Direcciones de Estadística e Información de Salud, DEIS, del periodo comprendido entre los años 2011 y 2013. Este constituye el lapso de tiempo con información más actualizada que de dispone.

La construcción de la base de datos ad hoc, que se levantó para realizar una estimación del posible sub-registro de defunciones del grupo de causas de

muerres por accidentes de transporte implicó un trabajo inicial de archivo en los medios periodísticos del medio, principalmente el medio gráfico de mayor tirada de la provincia, el diario “El independiente”, y luego constatada por otros sitios web que cubrían los hechos de siniestralidades viales, que fueron aportando mayor información para disponer de la base de datos lo más completa posible.

Este tipo de noticias de siniestralidades viales, al ser del interés del lector, implica el seguimiento de los mismos y la constatación de los decesos, incluso después de un considerable periodo de tiempo, con lo que consecuentemente pueden tener un registro de la causa básica de muerte identificada con mayor precisión, aún cuando el deceso se produzca luego por infecciones u otras complicaciones del cuadro de salud de los accidentados. Naturalmente el tipo de registro, aunque presumiblemente con un buen nivel de declaración de los datos, carece de precisiones que pudieran luego posibilitar algún tipo de codificación de los registros equiparable al de la clasificación internacional de enfermedades, CIE 10.

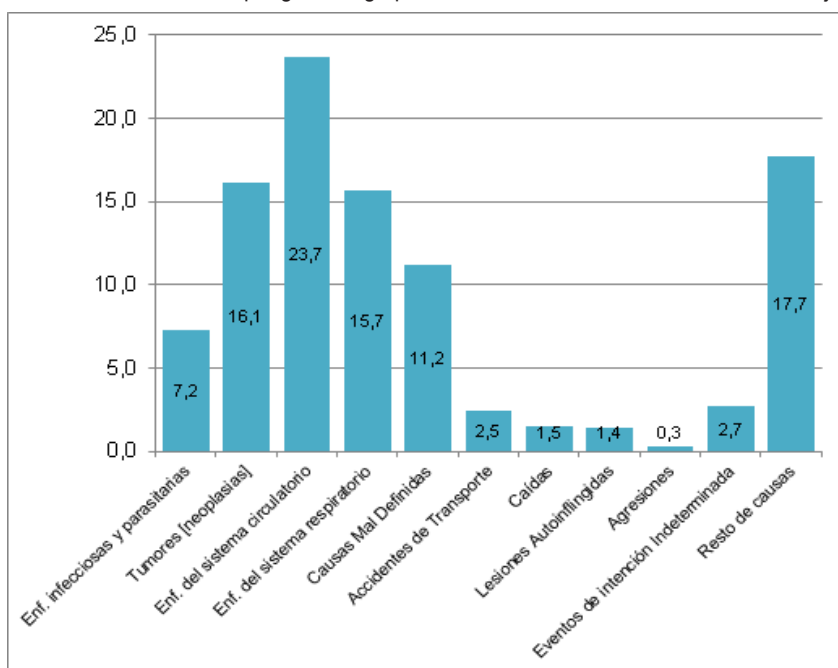
Analisis de datos

Una primera aproximación requiere, descomponer las defunciones en los grandes grupos de causas que contempla la CIE 10, a fin de comprender la magnitud del gran grupo de causas externas. El análisis de las causas de defunciones, como puede verse en el gráfico siguiente, indica como el grupo de causas de las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas de las defunciones provocadas por neoplasias y luego por las enfermedades del sistema respiratorio constituyen las principales causas de muerte. La causas externas de mortalidad implican la causa inmediata a las mencionadas supra, con un gran impacto en la población masculina.

En la jurisdicción provincial se registraron en el lapso del periodo estudiado un total de 6311 defunciones en total por todas las causas, lo que da un promedio de 2104 muertes anuales, de las cuales el 56 % fueron hombres, mientras que el restante 44% fueron mujeres, el porcentaje de valores perdidos para esta variable es ínfimo.

Del total de defunciones por todas las causas, si se detiene en las defunciones por causas externas en el periodo estudiado, el número de óbitos por este grupo de causas ascendió, según el registro oficial de la DEIS, a 366 personas, de las cuales el 44% son fruto de accidentes de transporte mientras que el resto de defunciones son fruto de diversos hechos tales como agresiones, caídas, lesiones autoinflingidas y eventos de intención indeterminada. Sí se analiza el porcentaje de defunciones que registran sobre el total de las defunciones las causas externas podrá observarse que las mismas rondan el 6% y específicamente los accidentes de transporte un poco menos del 3%.

Gráfico 1: Mortalidad por grandes grupos de Causas de Muerte. 2011-2013. La Rioja



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS

En términos porcentuales, a pesar de no ser un cifra tan alarmante, a priori; interesan por el sector etario de la población que afecta, predominantemente joven y por las implicancias que dichas defunciones provocan, dado que implican un costo social altísimo y por supuesto también costos económicos directos, derivados de la hospitalización, daños provocados en el accidente, etc, y los indirectos que suponen los ingresos que la sociedad deja de percibir.

Las Causas externas constituyen el cuarto de grupo que más defunciones provoca en el ámbito provincial entre los varones, precedidas de las enfermedades del sistema circulatorio, las neoplasias y las enfermedades del sistema circulatorio. Para el caso de las mujeres constituye la séptima causa de muertes. Debe considerarse además que la causa: Signo síntomas y hallazgos anormales constituye una causa importante para ambos sexos.

El número de personas fallecidas por accidentes de transporte en el trienio estudiado identificadas como personas que murieron en accidentes de transporte según los registros oficiales de la DEIS es de 152 personas, en tanto que el registro extra oficial elaborado Ad hoc permitió reconocer en el periodo bajo investigación a 266 personas fallecidas presumiblemente por accidentes de transporte, lo que supone un sub-registro de esa causa de muerte del orden del 40%.

Al tener el país un buen nivel de cobertura de las defunciones se podría suponer que hay un considerable grupo de causas encuadradas en alguno de los

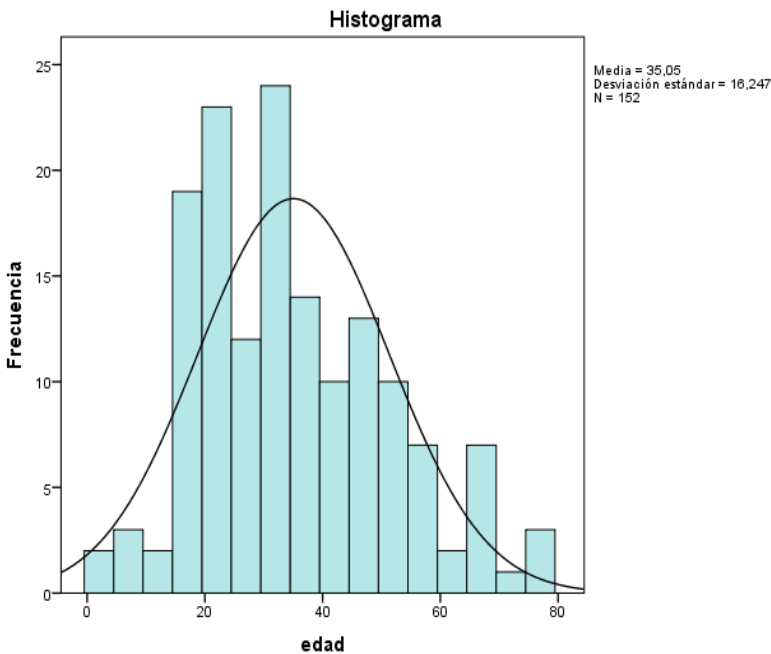
otros grupos de causas cuya causa básica de muerte fue algún de tipo de accidente o siniestro vial.

En promedio según los registros oficiales se producen en la provincia de La Rioja, 51 accidentes letales por año, mientras que los registros propios refieren la cifra de 89 accidentes anuales, lo que implicaría casi una muerte por semana para una población provincial que tiene un poco más de 330 mil habitantes resulta altamente alarmante; y mucho más si se considera que gran parte de la población fallecida en estos accidentes no supera los cuarenta años.

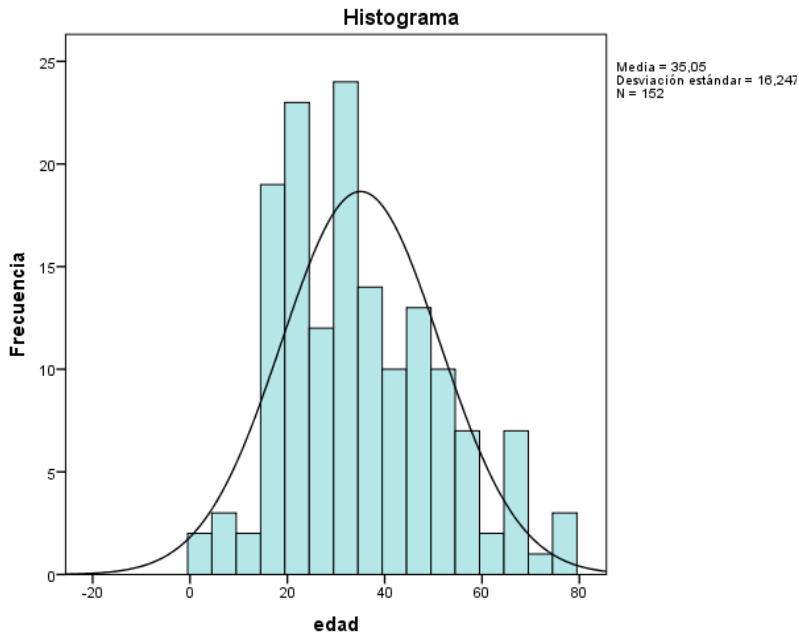
La edad de las víctimas

Precedentemente se señaló que la edad de las víctimas constituye uno de los motivos principales de este primer trabajo de tipo exploratorio descriptivo de los accidentes de transporte. Al respecto debe mencionarse que las víctimas de los accidentes de transporte tienen en promedio entre 33 y 35 años de edad según base propia y la Deis respectivamente. Ambas fuentes de datos consultadas coinciden en la distribución de las edades de las víctimas. La línea de tendencia permite inferir el comportamiento normal de la distribución de las muertes por edad concentrando el mayor número de muertos entre los 20 y los 40 años.

Gráfico II: Distribución de las defunciones por edad de las Víctimas. 2011 - 2013. La Rioja



Base DEIS



Base ad hoc

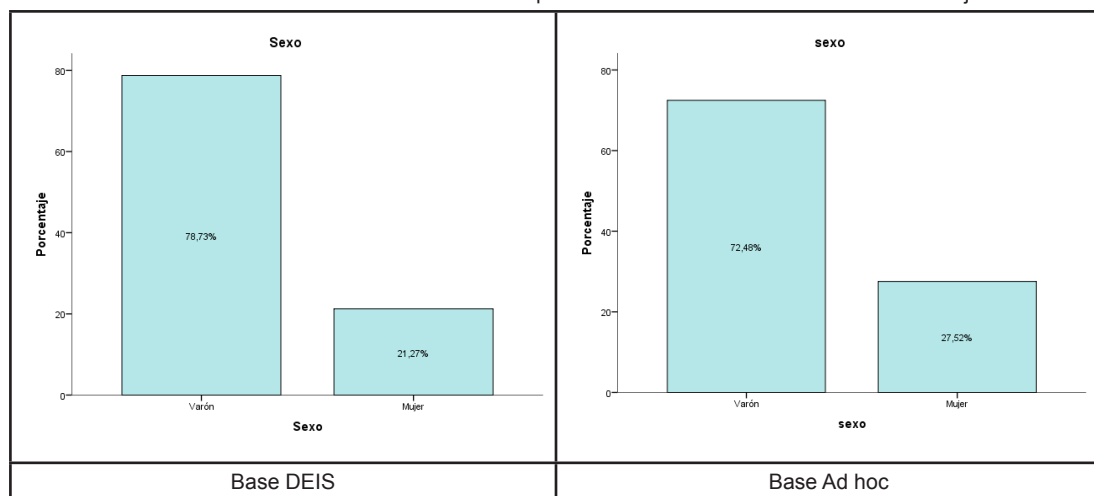
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS y base Ad Hoc

Señalar la edad de las defunciones y su impacto en las esperanzas de vida como un tema de crucial importancia se revela en el dato de las edades promedio de las defunciones, pero se analizará en mayor detalle al examinar el impacto que las mismas tienen sobre las esperanzas de vidas a partir del índice desarrollado pro Arriaga, Años de Esperanza de Vida, que permite medir al mismo tiempo nivel y cambio de la mortalidad y que además es sensible a la estructura etaria de la población. (Arriaga E. , Comentarios sobre algunos índices para medir el nivel y el Cambio de la mortalidad, 1996)

Defunciones por sexo

La mortalidad por accidentes de tránsito es principalmente masculina. Analicemos los datos provistos por las bases. No hay dudas de que la mortalidad afecta principalmente al sexo masculino. La distribución encontrada en los registros es bastante similar, siendo la relación de muertes de aproximadamente 7 u 8 varones de cada 10 muertes por accidentes viales.

Gráfico III: Distribución de las defunciones por sexo de las Víctimas. 2011 - 2013. La Rioja



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DEIS y base Ad Hoc

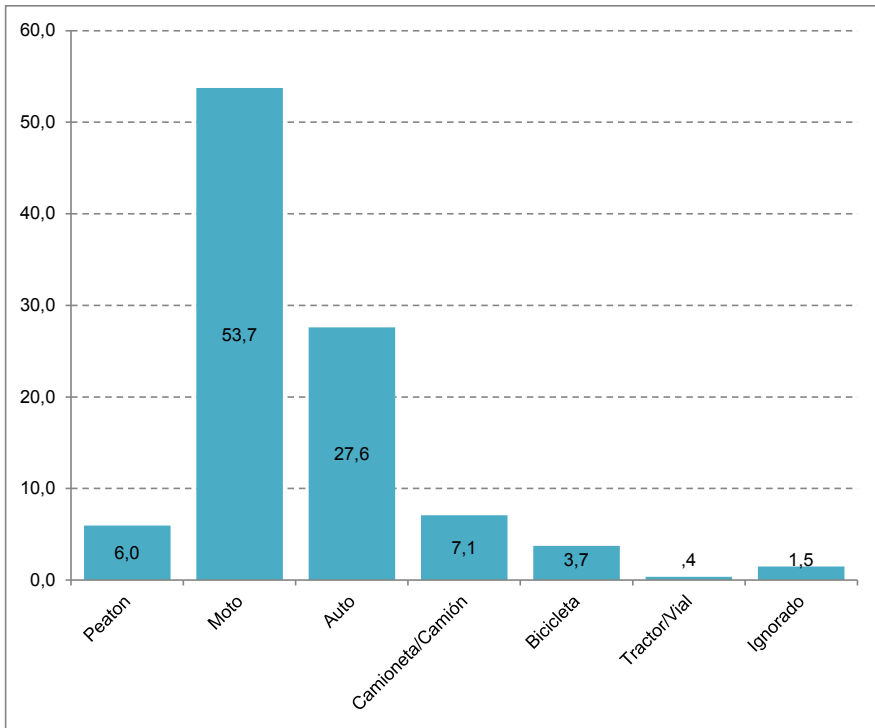
Medios de transporte de las Víctimas

Al momento de analizar el vehículo en el que se desplazaban las víctimas al momento del siniestro vial se encuentra que las motocicletas ocupan el primer lugar, registrando el 54% de la mortalidad por accidentes de tránsito. Al respecto conviene mencionar que es característico de todo el norte argentino, y La Rioja no es una excepción a ello, la proliferación de motocicletas como medio de transporte. Ello se debe, fundamentalmente, a que se trata de provincias con bajos ingresos, con una gran parte de su población que es empleada pública, con los sueldos más bajos del país, incluso para los trabajadores del ámbito privado. Bajos ingresos determinan la imposibilidad de adquirir un automóvil, siendo el costo de las motocicletas muy inferiores y con planes de financiación más acordes a los ingresos, sumado a medios de transporte públicos ineficientes y condiciones climáticas benévolas, con temperaturas altas y escasas precipitaciones, hacen de las motocicletas el medio de transporte preferido para el desplazamiento en las ciudades.

Además las ciudades del norte argentino, fundadas por la corriente colonizadora del norte presentan un trazado urbano con calles angostas y cuadrículas de manzanas que muy fácilmente colapsan sobre todo en las horas pico, situación que nuevamente resulta favorable a la hora de elección de transporte urbano.

Lamentablemente no existen mayores precisiones en la base de la DEIS, dado que las declaraciones no siempre son lo suficientemente específicas como para determinar el medio de transporte de la víctima como lo prevé la CIE10.

Gráfico IV: Porcentaje de muertes por medio de desplazamiento de las víctimas. 2011-2013. La Rioja



Fuente. Elaboración propia a partir de base de datos Ad Hoc

Años de esperanza de vidas perdidos

Se decidió prescindir de los índices más utilizados en el análisis de la mortalidad: tasas brutas ajustadas de mortalidad y tasas de mortalidad específicas. Estos indicadores son útiles y válidos para analizar el estado de salud de la población pero –al mismo tiempo– presentan algunas limitaciones para medir el cambio y el nivel de la mortalidad; siendo además sensibles a la estructura etaria de la población y por ende hacen imposible la comparación. Con el objetivo de superar estas limitaciones, este trabajo emplea el índice desarrollado por Eduardo Arriaga (1996), “Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP)” que permite medir el nivel y el cambio de la mortalidad por causa de muertes y por edad (Arriaga E. , 1996). “El índice de los años de vida perdidos se deduce en base a las funciones de las tablas de mortalidad, y se relaciona con la descomposición de los cambios de las esperanzas de vida (Celton & Arriaga, 1995). Las diferencias de dos esperanzas de vida temporarias entre dos edades se explican, en su totalidad, por las diferencias de los años de vida perdidos entre las mismas edades” (Arriaga & Bocco, 1995)

Las esperanzas de vida y las funciones de las Tablas de mortalidad l_x y L_x se extrajeron de las tablas de mortalidad elaboradas por el INDEC para el año 2010, las cuales se limitaron para las edades límites de 85 años y más, tanto para hombres

como para mujeres.

Los resultados en la siguiente Tabla señalan que la provincia de la Rioja pierde, aproximadamente 14 años de esperanzas de vida para el caso de los hombres y 9 años para el caso de las mujeres.

Tabla 1: Años de Esperanza de Vidas Perdidos. 2011-2013. La Rioja

Causas de Muertes	Deis		Base simulada	
	Varón	Mujeres	Varón	Mujeres
Enf. infecciosas y parasitarias	0,88	0,69	0,88	0,69
Neoplasias	2,06	1,81	2,06	1,81
Enf. del sistema circulatorio	2,92	1,75	2,92	1,75
Enf. del sistema respiratorio	1,55	1,22	1,55	1,22
Causas Mal Definidas	1,30	0,95	0,79	0,83
Accidentes de Transporte	0,66	0,24	1,17	0,36
Otras causas Externas	1,69	0,42	1,69	0,42
Resto de causas	2,83	2,25	2,83	2,25
Total	13,90	9,33	13,90	9,33

Fuente. Elaboración propia a partir de base de datos Ad Hoc y registros de la DEIS

Considerando las defunciones que se registraron en la base Ad Hoc, los accidentes provocarían la reducción de 1.17 años de esperanza de vida para el caso de los Hombres, cuyas esperanzas de vida temporaria al nacimiento es de 72,3 años.

Conclusiones

El registro y la construcción de la base de datos que se utilizó para indagar los niveles de sub-registros de los accidentes de tránsito si bien fue realizada de manera minuciosa es limitada para analizar la mortalidad por causas, sin embargo sirve para darnos la pauta de la omisión de esta causa de muerte propia de la vida en sociedades.

La necesidad de trasladarse de la población, unida a un sistema de transporte público ineficiente, la falta de consideración de reglas y normas de tránsito, la conducción bajo el efecto de sustancias prohibidas para la conducción constituyen un combo cuya letalidad no termina siendo apreciado por los registros oficiales de defunciones. Ello implica un enorme costo social y económico, provocando que colapsen el sistema público de salud en el que obligatoriamente son trasladadas las víctimas de los accidentes en la vía pública.

Una primera aproximación al registro nos permite vislumbrar, en principio, de una muerte urbana que afecta de manera considerable a los motociclistas primordialmente.

En este artículo se aborda de manera exploratoria y descriptiva la mortalidad por accidentes de tránsito pero no ha sido considerado, por no tener registros fiables en el país de morbilidad, todos los casos de accidentes de tránsito que implican lesiones, en muchos casos graves, pero que no terminan en la muerte y que también implican un costo para los individuos, las familias y las sociedades.

Mejorar el registro de las defunciones de los accidentes por transporte no implica solamente una cuestión de identificación de la causa básica de muertes, sino de cambios en la forma de declarar las muertes, ampliando el plazo que se considera para identificar la causa básica.

Lamentablemente queda pendiente un análisis sobre los accidentes viales que no terminan en defunciones y que también implican previsiones en el sistema de salud, implicancias en la calidad de vida de las personas accidentadas según la gravedad de las secuelas y enormes costos para la sociedad en su conjunto. Dicho análisis de morbilidad es, dado la información con la se cuenta por ahora, improbable de ser llevado a cabo.

Bibliografía

- Aidar, T. (2006). Desigualdade, vulnerabilidade social e a mortalidade por causas violentas no contexto metropolitano: o caso de Campinas. En J. M. Cunha, *Novas Metrôpoles Paulistas: população, vulnerabilidade e segregação*. Campinas: NEPO/UNICAMP.
- Aidar, T., Alvarez, M. F., Pelaez, E., & Ribotta, B. (2007). Violencia urbana y mortalidad entre los jóvenes. comparación de Córdoba (Argentina). *IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Huerta Grande: Asociación Argentinas de Estudios de Población.
- Arriaga, E. (1996). Comentarios sobre algunos índices para medir el nivel y el Cambio de la mortalidad. *Estudios demográficos y urbanos*, 5-30.
- Arriaga, E. (1996). Comentarios sobre algunos índices para medir el nivel y el Cambio de la mortalidad. *Estudios demográficos y urbanos*, 5-30.
- Arriaga, E. (1996). Los años de vida perdidos: su utilización para medir el nivel y el cambio de la mortalidad. *Notas de Población*, XXIV(63).
- Arriaga, E. (2001). *El análisis de la población con microcomputadoras*. Córdoba: Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Córdoba.
- Arriaga, E. (2012). *Análisis Demográfico de la Mortalidad*. Córdoba, Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.

- Arriaga, E., & Bocco, M. (1995). Decomposition of Life Expectancies and Its Relation . 9-52.
- Behm Rosas, H. (1992). *Las desigualdades sociales ante la muerte en América Latina*. Santiago de Chile: CELADE.
- Behm Rosas, H. (1992). Los determinantes de la mortalidad y las diferencias socioeconómicas de la mortalidad en la infancia. *Población y Salud en Mesoamérica*.
- Bolsi, A. (2004). Población y territorio del noroeste argentino durante el siglo XX. *Travesía*, 9-52.
- Celton, D., & Arriaga, E. (1995). Años de vida perdidos por causas de muerte en la provincia de Córdoba. *CELADE*.
- Dirección de Estadísticas e Información de Salud - Ministerio de Salud de. (2011, 2012, 2013, 2014 y 2015). Estadísticas Vitales. República Argentina. Argentina: DEIS.
- Flores Cruz, R. (2004). La mortalidad en la Argentina en el año 2001. Principales características y factores asociados. Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- González Arango, E. M. (2008). *Contribución de las causas de muerte evitable a la esperanza de vida Valle de Aburrá sin Medellín*. Medellín. Antioquia: Universidad de Antioquia.
- Holland, W., & Fitzsimons, B. (1990). La mortalidad evitable: su uso en los países en desarrollo. *Bol Invest Serv Salud*.
- INDEC. (s.f.). Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010. . Argentina.
- Kaztman, R. (1999). *Activos y estructuras de oportunidades. Estudios sobre las raíces de la*. Montevideo: CEPAL.
- Macias, G. R., Filho, N. A., & Alazraqui, M. (2010). Análisis de las muertes por accidentes de tránsito en el municipio de Lanús, Argentina: 1998-2004. 6(3), 313-328.
- Schneider, M. C., Castillo-Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O. J., Vidaurre, M., & Roca, A. (2002). Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 6(12).

