



Escuela de Graduados de la facultad en Ciencias Económicas



Universidad Nacional de Córdoba

DOCTORADO EN DEMOGRAFÍA

“Principales causas de muerte en los adultos mayores en la Argentina, 2000-2010. Impacto en la esperanza de vida y aportes para políticas públicas”

Por Nathaly Ravinovich

Tesis doctoral presentada para optar al grado de Doctor en Demografía

Director: Profesor PHD Eduardo Arriaga.

Co-Director: Profesor Dr. Leandro González

Córdoba, octubre de 2019



Principales causas de muerte en los adultos mayores en la Argentina, 2000-2010.
Impacto en la esperanza de vida y aportes para políticas públicas por Nathaly
Ravinovich se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial
4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

A.1 Agradecimientos:

A la Universidad de Córdoba, a Leandro González y Dora Celton por abrirme las puertas de su casa para que me pueda desarrollar.

Al INDEC por darme la posibilidad de hacer el doctorado.

Quiero agradecer profundamente a todos aquellos que forman parte de mi vida: familia y amigos como Bárbara, Luciano, y Viviana, que me acompañaron y alentaron en todo momento...

A B.B. quien día a día me contuvo, apoyó, me sostuvo, fortaleció, se quedó conmigo en las noches para que yo avanzase y nadó conmigo contra corriente para que la tesis hoy sea realidad.

A mis sobrinas del alma porque sin entender me acompañaron en este proceso y con las cuales no estuve tan presente como hubiese deseado para verlas crecer...

A mi hermano y cuñada que me ayudaron de diferentes maneras...

A mi papá donde quiera que esté que creyó que mi proyecto un día iba a ser realidad...

A mi mamá que me guía en el camino de la vida y me ayudó desde todo su ser para que yo avanzara a paso firme, siempre alentando y dándome fuerzas para que no deje todo atrás, e ignore las piedras del camino...

A Marta Merajver por estar, tal vez en el momento más complejo de mi vida, por compartir sus conocimientos, su empatía, su calidez de persona.

A Victoria Sánchez Antelo, por ayudarme a darle forma a la tesis y lograr que sea lo que es.

A mi gran maestro Eduardo Arriaga, por estar a la distancia, por transmitirme sus conocimientos. Por mostrarme que no importa la edad porque siempre se puede un poco más.

A todos, gracias por ayudarme. Por permitir que mi esfuerzo cobre vida en esta tesis que costó mucho, pero finalmente se concretó.



TENGO ARRUGAS...

**Un día me miré al espejo y descubrí que tenía muchas arrugas alrededor de los ojos,
en la boca, en la frente y**

**Tengo arrugas porque he tenido amigos, y nos hemos reído, incluso nos hemos reído
mucho, hasta las lágrimas.**

**Y he conocido el amor, que me ha hecho escurrir los ojos de alegría. Tengo arrugas
porque he tenido hijos, y he estado preocupada por ellos desde la concepción, y he
sonreído a cada uno de sus nuevos descubrimientos y he pasado noches en vela,
cantando una nana...**

Y luego lloré...

**He llorado por la gente que he amado y que se han ido, por poco tiempo o para
siempre o sin saber por qué.**

**He cuidado, he pasado horas sin dormir para proyectos que han ido bien, han ido
mal, por la fiebre de los niños, por leer un libro o hacer el amor.**

**He visto lugares maravillosos, nuevos, que me han hecho abrir la boca asombrada y
he visitado lugares antiguos que me hicieron llorar...**

**Dentro de cada surco en mi cara, en mi cuerpo, en mi piel, se esconde mi historia,
las emociones que he vivido, mi belleza más íntima, y si cancelo esto me borraría a
mí misma...**

**Cada arruga es una anécdota de mi vida, un latido de mi corazón, es el álbum de
fotos de mis recuerdos más importantes.**

Marinella Canu.

**“Duda siempre de ti mismo, hasta que los datos no
dejen lugar a dudas.”**

Louis Pasteur (1822-1895)

A.2 Índice

A.1 Agradecimientos:.....	2
A.3 Índice de cuadros:.....	8
A.4 Índice de gráficos	13
Capítulo 1.....	16
1.1 Síntesis general.....	16
1.2 Objetivos	16
1.2. 1_ Objetivo general:.....	16
1.2. 2_ Objetivos específicos:	16
1.3 Justificación: Los AEVP y los procesos de envejecimiento en la Argentina	17
Capítulo 2: Conceptualización de la vejez, el proceso del envejecimiento y los AEVP	20
2. Marco conceptual	20
2.1 Nacemos envejeciendo, vivimos envejeciendo, y así morimos.....	20
2.2 El envejecimiento desde una perspectiva demográfica.....	24
2.3 Diferencia conceptual entre la vejez y el envejecimiento.....	26
2.3.1 Conceptualización de la vejez y el envejecimiento demográfico	26
2.3.2 Diferentes enfoques del envejecimiento	29
2.3.3 Edades del envejecimiento	30
2.4 La Argentina y el envejecimiento	31
2.5 La transición epidemiológica	36
2.6 Perfil epidemiológico y sus variables de medición en Argentina.....	40
2.7 La conceptualización del envejecimiento desde saludable a activo	41
Capítulo 3: La mortalidad y la utilización de los AEVP para definir el envejecimiento.....	44
3. Antecedentes.....	44
3.1 Antecedentes: la perspectiva Internacional.....	44
3.2 Políticas públicas de bienestar en salud. Cambios recientes en la historia.....	47
3.3. Descripción del contexto de la salud argentina en relación a la vejez.....	51
3.3.1 Enfermedades crónicas no transmisibles y su relación con el Sistema de Salud.....	51
3.3.2 El Programa Médico Obligatorio (PMO). Definición, usos y alcances.....	52
3.4 Incidencia de los cuidados a largo plazo en la vida personal e institucional.....	55
3.5 Políticas públicas según la dependencia de los adultos mayores (AVD y AIVD).....	57
3.6 Debates pendientes en la Argentina sobre los cuidados a largo plazo.....	59
Capítulo 4: Estrategia metodológica.....	62
4.1. Metodología	62
4.1.1 Antecedentes teóricos metodológicos: Las tablas de mortalidad en la Argentina.....	62

4.1.2 Tipo de estudio y diseño.....	63
4.1.3 Descripción metodológica	63
Capítulo 5: Resultados.....	70
5.1- Resultados demográficos para Argentina en adultos mayores de 60 años y más.....	71
5.1 Indicadores demográficos de las personas de 60 años y más en Argentina.....	71
5.2 Envejecimiento poblacional. La Esperanza de vida histórica de la Argentina.....	88
5.3 Índice de Swaroop.....	104
5.4 Análisis poblacional de la Argentina. Índice de masculinidad, Índice de dependencia potencial.	105
5.5 Condiciones y cobertura de salud. La Situación previsional en los adultos mayores de 60 años y más.....	124
Capítulo 6.....	127
6. Factores de Influencia en la Salud para los adultos mayores de 60 años y más.....	127
6.1 Influencia de los factores de riesgo en la salud de los adultos mayores.....	127
6.2 NBI y sus consecuencias en Salud.....	131
Capítulo 7.....	133
7. Categoría de causas de muerte y sus AEVP.....	133
7.1 Categorías de Causas de muerte en las personas de 60 años y más a nivel provincial para Grandes grupos de causas. AEVP. Por sexo. Períodos 2000-2002 y 2008-2010.....	133
7. 2 Categorías Causas de muerte en las personas de 60 años y más a nivel provincial para Causas Específicas de causas de muerte. Por sexo. Períodos 2000-2002 y 2008-2010.....	144
7.2.1 Comparación de categorías de causas de muerte según AEVP para el período de estudio 2000-2010, en las provincias argentinas.....	144
Capítulo 8.....	156
8. Análisis regional de la Argentina. Periodo 2000-2010.....	156
8.1 Las regiones están compuestas por las siguientes provincias:.....	156
8.2 Análisis de la población de 80 años y más	192
Capítulo 9: Los AEVP y sus causas de muerte regionales.....	197
9.1 Categorías de causas de muerte en las personas de 60 años y más a nivel regional para grandes grupos de causas por sexo. Períodos 2000-2002 y 2008-2010.....	197
9.2 Años de esperanza de vida perdidos en las personas de 60 años y más a nivel regional para Grandes categorías de grupos de causas. Por sexo. Períodos 2000-2002 y 2008-2010.....	207
9.2.1 Región pampeana	210
9.2.2 Región patagónica.....	212
9.2.3 Región cuyana	214
9.2.4 Región nordeste.....	216

9.2.5 Región noroeste.....	218
9.3 Años de esperanza de vida perdidos en las personas de 60 años y más a nivel regional para Categorias de Causas Específicas de causas de muerte. Por sexo. Períodos 2000-2002 y 2008-2010.	220
9.3.1 Región pampeana	221
9.3.2 Región patagónica.....	224
9.2.3 Región cuyana	227
9.2.4 Región nordeste.....	232
9.2.5 Región noroeste.....	237
Capítulo 10: Tabla óptima y exceso de mortalidad en Argentina	241
10. Tabla óptima y su exceso de mortalidad medido en AEV para total país.	241
10.1 Tablas óptimas total país.	241
10.2 Exceso de mortalidad medido en años de esperanza de vida.....	243
Capítulo 11.....	255
11. Conformación y Ejecución de las Políticas Públicas de Bienestar en Salud.....	255
Capítulo 12: Propuestas de la Tesis.....	269
12. Propuestas generales de esta tesis:.....	269
12.1 Inserción, y mantenimiento de la calidad de vida del adulto mayor.....	269
12.1.1 Impacto positivo en el Envejecimiento flexibilizando las condiciones de retiro.....	269
12.1.2 Salud y bienestar para el adulto mayor.....	270
12.1. 3 Reorganización y mejoramiento del modo de vida para el adulto mayor.....	273
12.2 Objetivos a lograr desde el compromiso empresarial	274
12.3 La educación como un puente hacia la inserción del adulto mayor en la sociedad actual....	275
Capítulo 13.....	277
13. Conclusiones.....	277
Capítulo 14.....	287
14. Bibliografía.	287
15. ANEXO.....	298
15.1 Gráficos de índices de dependencias regionales.	
15.2 Población censal 1869-2010. Por sexo y grupos etarios.	
15.3 Tablas de mortalidad abreviadas de 60 A 85 años. Elaboradas para los años 2001-2010, según sexo por provincias.	
15.4 Tablas de mortalidad regionales 2001-2010 por sexo	

15.5 Estimaciones regionales de la velocidad de cambio anual (%) de los AEVP de cada causa de muerte 2001 y 2009.

15.6 Crecimiento de la Población provincial por sexo según períodos seleccionados

15.7 Ordenamiento de causas de muerte por AEVP. Años 2001-2009.

A.3 Índice de cuadros:

Cuadro N° 1. Casos notificados de enfermedades epidemiológicas, por tipo de enfermedad. Total del país. Años 2008-2012.....	39
Cuadro N° 2 Evolución de la tasa global de fecundidad por provincias y diferencia absoluta, 1980-2010 (hijos por mujer).....	76
Cuadro N° 3 Índice de dependencia potencial entre grupos funcionales de edad, según años censales seleccionados. Total país. Argentina.....	80
Cuadro N° 4 Índice de vejez por años seleccionados según sexo. Total país. 1980-2040....	80
Cuadro N° 5 Índice de juventud por año seleccionado según sexo. Total país. 1980-2040.	81
Cuadro N° 6 Razón adultos mayores (60 años y más) y Jóvenes, según años seleccionados por sexo. Total país. 1980-2040.....	82
Cuadro N° 7 Índice de dependencia potencial por provincia según sexo. 1980-2040. Ambos sexos	83
Cuadro N° 8 Índice de dependencia potencial por provincia según sexo 1980-2040. Varones	84
Cuadro N° 9 Índice de dependencia potencial por provincia según sexo 1980-2040. Mujeres	85
Cuadro N° 10 IDP. Variación porcentual en absolutos del período 1980-2040 por sexo según provincia.....	86
Cuadro N° 11. Envejecimiento de la población de 65 años y más (%) para el total del país según censos nacionales 1970 a 2010.....	87
Cuadro N° 12 Índice de dependencia potencial de 65 años y más (%) para el total del país. Años 1970, 1980, 1991, 2001 y 2010.....	87
Cuadro N° 13. Esperanza de vida al nacer. Total país. 1869-2010.....	88
Cuadro N° 14 Esperanza de vida al nacer y a los 60 años, por sexo. Total del país. 1990-2010.....	89
Cuadro N° 15 Envejecimiento de la población de 60 años y más (%) para el total del país y provincias según censos seleccionados 1980-2010 y proyección nacional 2010-2040. Ambos sexos.....	90
Cuadro N° 16 Envejecimiento de la población de 60 años y más (%) para el total del país y provincias según censos seleccionados 1980-2010 y proyección nacional 2010-2040. Varones.....	91
Cuadro N° 17 Envejecimiento de la población de 60 años y más (%) para el total del país y provincias según censos seleccionados 1980-2010 y proyección nacional 2010-2040. Mujeres.....	92
Cuadro N° 18 Probabilidad de sobrevivir desde los 60 años hasta los 80 años exactos.	93
Cuadro N° 19 Probabilidad de sobrevivir desde los 60 años hasta los 80 años exactos. Porcentaje de variación relativa entre períodos.	93
Cuadro N° 20 (a y b).....	94
Cuadro N° 21 Envejecimiento de la población de 80 años y más (%) para el total del país y provincias según censos seleccionados 1980-2010 y proyección nacional 2010-2040. Ambos sexos.....	95
Cuadro N° 22 Envejecimiento de la población de 80 años y más (%) para el total del país y provincias según censos seleccionados 1980-2010 y proyección nacional 2010-2040. Varones.....	96

Cuadro N°23 Envejecimiento de la población de 80 años y más (%) para el total del país y provincias según censos seleccionados 1980-2010 y proyección nacional 2010-2040.	
Mujeres.....	97
Cuadro N°24 Esperanza de vida temporaria por sexo según Provincia.....	98
Cuadro N°25 Esperanza de vida temporaria para las edades de 60-85 en el período 2000-2010 por provincia según sexo.....	99
Cuadro N°26 Variación relativa porcentual de la esperanza de vida temporaria para las edades 60-85. Período 2000-2010.....	101
Cuadro N°27 Edad Mediana de la población. Años censales 1991,2001, 2010. Argentina y provincias del país.....	103
Cuadro N° 28. Índice de masculinidad por censos de población. Total del país. Años censales 1980 a 2010.....	105
Cuadro N° 29 Índice de masculinidad por censos de población según regiones. Argentina. Años 1980 – 2010.....	106
Cuadro N° 30 Índice de femineidad por región. Total País. Año 2010.....	109
Cuadro N° 31 Variación porcentual relativa. Argentina según regiones. Período 1980-2010.	109
Cuadro N° 32. Porcentaje de población de 60 años y más por sexo, según años seleccionados. Total del país. Argentina.....	115
Cuadro N° 33. Porcentaje de población de 80 años y más por sexo, según años seleccionados. Total del país. Argentina.....	116
Cuadro N° 34 Tasa de crecimiento demográfico en los períodos censales seleccionados. Total del país. Argentina.....	117
Cuadro N°35 Índice de envejecimiento (vejez) según año censal por sexo. Total del país. Argentina.....	118
Cuadro N° 36 Índice de dependencia potencial según año censal, por sexo. Total del país. Argentina.....	119
Cuadro N°37 Porcentaje de tenencia de algún tipo de cobertura según grupo etario. 3er trimestre 2003.Argentina.....	122
Cuadro N°38 Porcentaje de tenencia de algún tipo de cobertura según grupo etario. 3er trimestre 2010. Argentina.....	123
Cuadro N°39 Alcance de la cobertura en salud (%) en la población residente en viviendas particulares. Total del país, 2001-2010.....	124
Cuadro N° 40 Alcance de la cobertura en salud (%) en la población de 65 años y más residente en viviendas particulares. Total del país, 2001-2010.....	124
Cuadro N°41 Percepción de jubilación o pensión (%) en la población residente en viviendas particulares, según sexo. Total del país, años 2001 y 2010.....	125
Cuadro N° 42 Percepción de jubilación o pensión (%) en la población residente en viviendas particulares, según sexo y grupo de edad seleccionado. Total del país, año 2010.....	125
Cuadro N° 43 Cobertura de salud (%) en la población residente en viviendas particulares, según sexo. Total del país, año 2010.....	126
Cuadro N°44. Cobertura de salud según condición de NBI . Año 2010.....	132
Cuadro N° 45 Personas de 60 años y más sin cobertura de salud según tipo de NBI. Año 2010.....	133
Cuadro N° 46 AEVP por provincia según sexo. Años 2001 y 2009.....	134
Cuadro N° 47 Velocidad del cambio promedio anual de la mortalidad en porcentaje por provincia según sexo. Años 2001 y 2009.....	135

Cuadro N°48 Comportamiento de los AEVP según edad y provincia. Varones. Años 2001 y 2009.....	140
Cuadro N°49 Comportamiento de los AEVP según edad y provincia. Mujeres. Años 2001 y 2009.....	143
Cuadro N°50 Esperanza de vida al nacer según región. Períodos 2000-2002 y 2008-2010. Argentina.....	157
Cuadro N°51 Esperanza de vida a la edad de 60 años según región. Períodos 2000-2002 y 2008-2010 Argentina.....	158
Cuadro N°52 Esperanza de vida a la edad de 70 años según región. Períodos 2000-2002 y 2008-2010. Argentina.....	158
Cuadro N°53 Esperanza de vida a la edad de 80 años según región. Períodos 2000-2002 y 2008-2010. Argentina.....	158
Cuadro N°54 Esperanza de vida al nacer según región. Períodos 2000-2002 y 2008-2010. Argentina.....	160
Cuadro N°55 Esperanza de vida a la edad de 60 años según región. Períodos 2000-2002 y 2008-2010. Argentina.....	161
Cuadro N°56 Esperanza de vida de los 70 años y las diferencias de crecimiento según la región en los períodos 2000-2002 y 2008-2010.....	162
Cuadro N°57 Esperanza de vida a la edad de 80 años según región. Períodos 2000-2002 y 2008-2010. Argentina.....	163
Cuadro N°58 Porcentaje de población de 60 años y más, por sexo según años seleccionados. Por regiones. Argentina.....	166
Cuadro N° 59 Porcentaje de población de 80 años y más por sexo según años seleccionados. Por regiones. Argentina.....	167
Cuadro N°60 Índice potencial de juventud según año censal. Región Pampeana. Argentina.....	170
Cuadro N°61 Porcentaje de población de 60 años y más, según años seleccionados. Región pampeana. Argentina.....	171
Cuadro N°62 Porcentaje de población de 65 años y más, según años seleccionados. Región pampeana. Argentina.....	171
Cuadro N°63 Tasa de variación demográfica, según períodos seleccionados. Región Pampeana. Argentina.....	172
Cuadro N° 64 Índice potencial de juventud según año censal. Región patagónica. Argentina.....	174
Cuadro N° 65 Porcentaje de población de 60 años y más, según años seleccionados. Región patagónica. Argentina.....	175
Cuadro N°66 Porcentaje de población de 65 años y más, según años seleccionados. Región patagónica. Argentina.....	175
Cuadro N°67 Tasa de variación demográfica según los períodos seleccionados. Región Patagónica. Argentina.....	176
Cuadro N°68 Índice potencial de juventud según año censal. Región Cuyana. Argentina.....	178
Cuadro N°69 Porcentaje de población de 60 años y más, según años seleccionados. Región Cuyana. Argentina.....	179
Cuadro N°70 Porcentaje de población de 65 años y más, según años seleccionados. Región Cuyana. Argentina.....	179
Cuadro N° 71 Tasa de variación demográfica según los períodos seleccionados. Región Cuyana. Argentina.....	180

Cuadro N° 72 Índice potencial de juventud según año censal. Región nordeste. Argentina.	182
Cuadro N° 73 Porcentaje de población de 60 años y más, según años seleccionados. Región nordeste. Argentina.	183
Cuadro N° 74 Porcentaje de población de 65 años y más, según años seleccionados. Región nordeste. Argentina.....	184
Cuadro N° 75 Tasa de variación demográfica según períodos seleccionados. Región nordeste. Argentina.	184
Cuadro N° 76 Índice potencial de juventud según año censal. Región noroeste. Argentina.	187
Cuadro N° 77 Porcentaje de población de 60 años y más, según años seleccionados. Región noroeste. Argentina.	188
Cuadro N° 78 Porcentaje de población de 65 años y más, según años seleccionados. Región noroeste. Argentina.....	188
Cuadro N° 79 Tasa de variación demográfica según períodos seleccionados. Región Noroeste. Argentina.....	189
Cuadro N° 80 Tasa bruta de natalidad regional. Períodos 2000-2002 y 2008-2010. Argentina. (Por mil).....	190
Cuadro N° 81 Tasa de variación demográfica de la TBN por regiones según períodos seleccionados. Argentina.....	191
Cuadro N° 82 Tasas de variación de 80 años y más por sexo, según años seleccionados	195
Cuadro N° 83 AEVP por causa de insuficiencia cardíaca, por sexo y según región. Años 2001 y 2009. Argentina.	197
Cuadro N° 84. AEVP por causa de enfermedades cerebrovasculares, por sexo y según región. Años 2001 y 2009. Argentina.....	198
Cuadro N° 85 AEVP por causa de enfermedades isquémicas del corazón, por sexo y según región. Años 2001 y 2009. Argentina.....	199
Cuadro N° 86 AEVP por causa de otras enfermedades de las vías respiratorias superiores, por sexo y según región. Años 2001 y 2010. Argentina.....	201
Cuadro N° 87 AEVP por causa de otros tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas, por sexo y según región. Años 2001 y 2010. Argentina.....	202
Cuadro N° 88 AEVP por causa Signos, síntomas y afecciones mal definidas, por sexo y según región. Años 2001 y 2010. Argentina.	204
Cuadro N° 89 Variación relativa entre los años 2010-2001 por sexo según categorías de causas principales de muerte seleccionadas. Regiones Argentinas.....	205
Cuadro N° 90 Tasa de cambio y diferencias en base a los años de esperanza de vida de la población de 60 años y más, por sexo, según región. Años 2001 y 2009.	207
Cuadro N° 91. Velocidad de cambio del promedio anual de AEVP en los años 2001 y 2009 por sexo, según región. Argentina.....	209
Cuadro N° 92 Distribución de los AEVP según los diferentes grupos de categorías de causas de muerte. Región pampeana, años 2001 y 2009.....	210
Cuadro N° 93 Distribución de los AEVP según los diferentes grupos de causas de muerte. Región patagónica, años 2001 y 2009.....	212
Cuadro N° 94 Distribución de los AEVP según los diferentes grupos de causas de muerte. Región cuyana, años 2001 y 2009.....	214
Cuadro N° 95 Distribución de los AEVP según los diferentes grupos de causas de muerte. Región nordeste, años 2001 y 2009.....	216

Cuadro N°96 Distribución de los AEVP según los diferentes grupos de causas de muerte. Región noroeste, años 2001 y 2009.....	218
Cuadro N° 97 AEVP y estimación de su velocidad de cambio anual promedio por cada causa de muerte. Región pampeana, años 2001 y 2009.....	221
Cuadro N° 98. AEVP y estimación de su velocidad de cambio anual promedio por cada causa de muerte. Región patagónica, años 2001 y 2009.....	224
Cuadro N°99. AEVP y estimación de su velocidad de cambio anual promedio por cada causa de muerte. Región cuyana, años 2001 y 2009.....	227
Cuadro N° 100. AEVP y estimación de su velocidad de cambio anual promedio por cada causa de muerte. Región nordeste, años 2001 y 2009.	232
Cuadro N° 101. AEVP y estimación de su velocidad de cambio anual promedio por cada causa de muerte. Región noroeste, años 2001 y 2009.	2
37	
Cuadro N° 102. Tabla óptima de mortalidad. Varones. Período 2008-2010. Argentina.	241
Cuadro N° 103. Tabla óptima de mortalidad. Mujeres. Período 2008-2010. Argentina.....	241
Cuadro N° 104 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por sexo según región. Porcentaje del total. Signos síntomas y afecciones mal definidas. Año 2010-óptima.	244

A.4 Índice de gráficos

Gráfico 1 Población por edad, sexo y lugar de nacimiento. Total del país. Año 1869.....	32
Gráfico 2 Población por edad, sexo y lugar de nacimiento. Total del país. Año 1914.....	33
Gráfico 3 Población por edad, sexo y lugar de nacimiento. Total del país. Año 1947.....	33
Gráfico 4 Población por edad, sexo y lugar de nacimiento. Total del país. Año 1980.....	34
Gráfico 5 Población por edad, sexo y lugar de nacimiento. Total del país. Año 2001.....	34
Gráfico 6 Población por edad, sexo y lugar de nacimiento. Total del país. Año 2010.....	35
Gráfico 7: Tasa de crecimiento medio anual (por mil) de la población de 60-69 años y de población proyectada, por sexo, según períodos censales seleccionados. Total país.....	71
Gráfico 8 Tasa de crecimiento medio anual (por mil) de la población de 70-79 años y de la población proyectada, por sexo, según períodos censales seleccionados. Total país.....	72
Gráfico 9 Tasa de crecimiento medio anual (por mil) de la población de 80 y más años, y población proyectada, por sexo, según períodos censales seleccionados. Total país.....	73
Gráfico 10 Tasas de crecimiento medio anual de diferentes grupos etarios según períodos censales seleccionados (1980-1991, 1991-2001, 2001-2010) y población proyectada para períodos seleccionados (2010-2015, 2015-2025 y 2025-2040). Total país, Argentina.....	74
Gráfico 10 a_Mujeres.....	74
Gráfico 10 b_Varones.....	74
Gráfico 11 Porcentaje de población de 60 años y más, por sexo, según años seleccionados. Total país. Argentina.....	78
Gráfico 12 Porcentaje de población de 80 años y más, por sexo, según años seleccionados. Total país. Argentina.....	79
Gráfico 13 Índice de femineidad según grupos etarios seleccionados. Censos nacionales de población años: 1980 – 1991 – 2001 – 2010. Región pampeana.....	110
Gráfico 14 Índice de femineidad según grupos etarios seleccionados. Censos nacionales de población años: 1980 – 1991 – 2001 – 2010. Región patagónica.....	111
Gráfico 15 Índice de femineidad según grupos etarios seleccionados. Censos nacionales de población años: 1980 – 1991 – 2001 – 2010. Región de Cuyo.....	112
Gráfico 16 Índice de femineidad según grupos etarios seleccionados. Censos nacionales de población años: 1980 – 1991 – 2001 – 2010. Región nordeste.....	112
Gráfico 17 Índice de femineidad según grupos etarios seleccionados. Censos nacionales de población años: 1980 – 1991 – 2001 – 2010. Región noroeste.....	113
Gráfico 18 Pirámides de población argentina. Años censales 1980 – 2010.....	114
Gráfico 19 Porcentaje de población de 60 años y más por sexo según años seleccionados. Total del país. Argentina.....	115
Gráfico 20 Porcentaje de población de 80 años y más por sexo según años seleccionados. Total del país. Argentina.....	116
Gráfico 21 Porcentaje de varones que trabajan de 60 años y más según grupos quinquenales. Años 2003 y 2010.....	121
Gráfico 22 Porcentaje de mujeres que trabajan de 60 años y más según grupos quinquenales. Años 2003 y 2010.....	121
Gráfico 23 Prevalencia de medición de factores de riesgo, según sexo. Total país. Año 2009.....	129
Gráfico 24 Peso corporal de la población de 18 años y más, por sexo. Total país. Año 2009. (%).....	129

Gráfico 26 Nivel de actividad física de la población de 18 años y más, por sexo. Total país. Año 2009. (%).....	131
Gráfico 27 Tasas brutas de mortalidad para las principales categorías de muerte. Período 2000-2002 y 2008-2010. Mujeres. Total del País. Argentina.....	138
Gráfico 28 Tasas brutas de mortalidad para las principales categorías de muerte. Período 2000-2002 y 2008-2010. Varones. Total del País. Argentina.....	140
Gráfico 29 AEVP por provincia según sexo. Insuficiencia Cardíaca. Años 2001-2009. Argentina.....	146
Gráfico 30 AEVP por provincia según sexo. Enfermedades Isquémicas del Corazón. Años 2001-2009. Argentina.....	149
Gráfico 31 AEVP por provincia según sexo. Otras enfermedades de las Vías Respiratorias Superiores. Años 2001-2009. Argentina.....	152
Gráfico 32 AEVP por provincia según sexo. Enfermedades cerebrovasculares. Años 2001-2009. Argentina.....	155
Gráfico 33 Porcentaje de población de 60 años y más por sexo según años seleccionados. Región Pampeana. Argentina.....	164
Gráfico 34 Porcentaje de población de 60 años y más por sexo según años seleccionados. Región Patagónica. Argentina.....	164
Gráfico 35 Porcentaje de población de 60 años y más por sexo según años seleccionados. Región Cuyo. Argentina.....	165
Gráfico 36 Porcentaje de población de 60 años y más por sexo según años seleccionados. Región Nordeste. Argentina.....	165
Gráfico 37 Porcentaje de población de 60 años y más por sexo según años seleccionados. Región Noroeste. Argentina.....	166
Gráfico 38 Pirámides de población. Región pampeana. Años censales 1980 – 2010.....	169
Gráfico 39 Pirámides de población. Región patagónica. Años censales 1980 – 2010.....	173
Gráfico 40 Pirámides de población. Región cuyana. Años censales 1980 – 2010.....	177
Gráfico 41 Pirámides de población. Región nordeste. Años censales 1980 – 2010.....	181
Gráfico 42 Pirámides de población. Región noroeste. Años censales 1980 – 2010.....	186
Gráfico 43 Porcentaje de población de 80 años y más por sexo según años seleccionados. Región Pampeana. Argentina.....	192
Gráfico 44 Porcentaje de población de 80 años y más por sexo según años seleccionados. Región Patagónica. Argentina.....	192
Gráfico 45 Porcentaje de población de 80 años y más por sexo según años seleccionados. Región Cuyo. Argentina.....	193
Gráfico 46 Porcentaje de población de 80 años y más por sexo según años seleccionados. Región Nordeste. Argentina.....	193
Gráfico 47 Porcentaje de población de 80 años y más por sexo según años seleccionados. Región Noroeste. Argentina.....	194
Gráfico 48 Años de esperanza de vida perdidos de la población de 60 años y más, por sexo, según región. Años 2001 y 2009. Argentina.....	207
Gráfico 49 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida. Diferencia entre valores regionales y valores óptimos. Total país. Año 2010.....	243
Gráfico 50 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por sexo según región, para la causa Signos, síntomas y afecciones mal definidas. Año 2010.....	243
Gráfico 51 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por causa. Región pampeana. Varones. Año 2009 – Óptima.....	245

Gráfico 52 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por causa. Región pampeana. Mujeres. Año 2009 – Óptima	246
Gráfico 53 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por causa. Región patagónica. Varones. Año 2009 – Óptima	247
Gráfico 54 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por causa. Región patagónica. Mujeres. Año 2009 – Óptima.....	248
Gráfico 55 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por causa. Región cuyana. Varones. Año 2009 – Óptima.....	249
Gráfico 56 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por causa. Región cuyana. Mujeres. Año 2009 – Óptima.....	250
Gráfico 57 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por causa. Región nordeste. Varones. Año 2009 – Óptima.....	251
Gráfico 58 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por causa. Región nordeste. Mujeres. Año 2009 – Óptima	252
Gráfico 59 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por causa. Región noroeste. Varones. Año 2009 – Óptima.....	253
Gráfico 60 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por causa. Región noroeste. Mujeres. Año 2009 – Óptima	254

Capítulo 1

1.1 Síntesis general

1.2 Objetivos

1.2. 1_ Objetivo general:

Esta tesis se propone el siguiente objetivo general:

Analizar el impacto de las causas de muerte en los adultos mayores (60 años y más) y considerar las posibles futuras políticas públicas de bienestar de salud en Argentina para el Período 2000-2010.

1.2. 2_ Objetivos específicos:

Esta tesis se propone los siguientes objetivos específicos:

- Analizar los años de esperanza de vida perdidos (AEVP) y el exceso de mortalidad para los años 2001 y 2009 debido a las distintas causas de muerte y determinar la causa de muerte principal para cada sexo y grupo etario, dentro del segmento de 60 - 85 años, en cada una de las regiones y provincias de Argentina.
- Identificar el proceso de envejecimiento de los adultos mayores en la población argentina.
- Caracterizar las diferentes tipologías de edades de los adultos mayores, a fin de establecer las necesidades en diferentes ámbitos de las políticas públicas de bienestar.
- Describir el estado de situación en el que se encuentra el envejecimiento activo en Argentina y sugerir propuestas de implementaciones de políticas públicas de bienestar.

1.3 Justificación: Los AEVP y los procesos de envejecimiento en la Argentina

Se realizará un estudio sobre los procesos de envejecimiento y sus causas de muerte en la población adulta mayor de 60 años y más en Argentina, en sus regiones y provincias en el período 2000-2010. Es un aporte de información imprescindible para la planificación de políticas públicas de bienestar social y salud que den respuestas a las posibles transformaciones demográficas y sociales que impactarán en la vida cotidiana, originando cambios y consecuencias inevitables.

Los Estados que han previsto de modo oportuno las políticas activas para el manejo de los procesos de envejecimiento, lograron compensar los desequilibrios del sistema de salud alcanzando mejores niveles de bienestar para los adultos mayores (Inmerso, 2004).

El envejecimiento de la población puede tener una connotación negativa si no se planifica, hecho que es propio de las sociedades modernas, dando origen a un desequilibrio tanto social como para el propio Estado.

El análisis propuesto en esta tesis permitirá comprender en qué situación se encuentra en el área de la salud cada región y provincia Argentina, y de esta forma, contribuirá a fomentar la focalización de las políticas públicas de bienestar y salud, que ayuden a mejorar las condiciones de la población.

Desde los estudios clásicos demográficos se utiliza la esperanza de vida al nacer como la medida más adecuada para analizar la mortalidad. En esta tesis se avanza en el desarrollo conceptual teniendo en cuenta los AEVP (Años de esperanza de vida perdidos) para entender qué porcentaje de población se pierde según las causas de muerte puntualmente, pudiendo así identificar cuáles podrían ser buenas políticas públicas de bienestar en salud para ayudar a comprender cómo se podrían controlar y disminuir dichas causas, mejorando la calidad de vida de la población y consecuentemente aumentando la esperanza de vida.

Las enfermedades de etiología desconocida aún son gravitantes en nuestro país, (como las causas síntomas, signos y afecciones mal definidas). Esta tesis se propone pensar qué medidas se podrían tomar para mejorar o cambiar esta situación y su relación con los AEVP. Cabe aclarar que, si bien entre las causas de muerte la categoría “causas síntomas, signos y afecciones mal definidas” es prevalente, para esta tesis es una categoría que se toma en cuenta en el análisis ante la carencia de datos más precisos.

Se busca conocer cómo se encuentra cada región y provincia en relación con las causas de muerte, con el objeto de identificar las necesidades de salud pública provinciales, regionales y nacionales.

La realidad de cada provincia es única. Hay un diagnóstico de salud con elementos comunes, a través de los cuales se podría comenzar a trabajar y a obtener resultados a nivel nacional de manera simultánea y con una meta en común: posibilitar el bienestar poblacional de todo el país. ¿Se podrá lograr?

En la mayor parte de la última década (período 2000-2010) se mantuvieron políticas activas de salud a través de la implementación de planes que permitieron mejorar el estatus sanitario de la población en general. Se observa que estas medidas no son suficientes para los adultos mayores. Se propone revisar lo actuado para encontrar respuestas adecuadas para su mejoramiento y la implementación de políticas públicas de bienestar en salud que cuentan con un aval legislativo, pero aún no se han acercado a la población en estudio.

Es esperable encontrar a través de las políticas públicas de bienestar en salud una ayuda para la población adulta mayor de tal modo que se logre que la misma se mantenga activa en el tiempo y así llegar a mejorar su calidad de vida. Si estas políticas se hubieran concretado se debería observar un resultado en el mejoramiento de los AEVP del período de estudio, lamentablemente se comprobará a lo largo de la tesis que este es menor a lo esperado.

A lo largo de la presente tesis se analizará el estado del arte y se desarrollarán diversas propuestas de políticas públicas de bienestar social en salud, con el fin de contribuir a mejorar la situación de los adultos mayores de 60 años y más.

Se propone comprender la importancia de detectar los AEVP en sus principales causas de muerte como modo de generar políticas públicas de bienestar que ayuden a controlar los decesos por causa y consecuentemente mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Por otro lado, la calidad de vida producto de la modificación que deviene como consecuencia de la reducción de los AEVP ayuda a mejorar la vejez. Ello permite pensar a esta etapa de la vida como un proceso que al menos puede ser estudiada desde dos puntos de vista: antes de los 75 años y después de ellos. Esta edad es importante para pensar el envejecimiento activo, corriente de pensamiento que se viene desarrollando acerca de las personas mayores.

El bienestar de este grupo poblacional pensado como recurso humano y social, así como las oportunidades que poseen al envejecer dependerán en gran medida de algo fundamental: la salud. Si las personas viven esos años adicionales de vida en buen estado de salud, su capacidad para hacer lo que valoran apenas tendrá límites. Por el contrario, si estos años

adicionales se caracterizan por la disminución de la capacidad física y mental, las consecuencias para las personas mayores y para la sociedad serán mucho más negativas.

¿Cómo cambiar el concepto que sólo la edad es lo que separa al ser humano de ser activo en su vida cotidiana y no percibirse como un ser pasivo y relegado? Debate que se desarrolla a lo largo de esta tesis a partir de la revisión de las políticas públicas de bienestar en salud anunciadas y su contraste con los AEVP.

Una gran ayuda para reforzar la dignidad de las personas en todas las edades es buscar la integración dentro de la familia y la comunidad, la independencia y la participación como beneficiosas para la salud.

Con la edad, la mayoría de las personas se adaptan al cambio y se convierten en recursos potenciales para la comunidad. Se tratará de proponer medidas para que los adultos mayores puedan lograr esta premisa.

Hay que cambiar la imagen tradicional de que aprender es el trabajo de los niños, trabajar es responsabilidad de los adultos y el retiro el destino de los adultos mayores. El nuevo paradigma propone el desarrollo de programas de políticas públicas de bienestar que permitan el aprendizaje a cualquier edad y la posibilidad de entrar y salir del mercado laboral incluso de forma intermitente o buscando diferentes modos a lo largo de la vida, en función tanto a las necesidades propias como del mismo mercado.

Hay políticas públicas de bienestar en salud que podrían prever y evitar la institucionalización temprana y anticipada, a través de diferentes propuestas que luego se desarrollarán entre las diferentes generaciones para ayudarse mutuamente y no sentirse una carga para sus familias.

Es importante tomar conciencia que los roles con y para los adultos mayores cambian sustancialmente. Desde esa óptica parece importante encontrar un punto de integración social que permita a este colectivo de personas, que aún se siente capaz, permanecer dentro del mercado laboral y por ende tener una vida activa. Ello hace que sea interesante replantearse el lugar que ocupan en esta sociedad moderna y el gran aporte que pueden generar con los beneficios asociados a ello.

Quedan importantes interrogantes por responder: ¿Está preparado el sistema de salud argentino para dar respuesta a los cambios de un país con creciente envejecimiento? ¿O aún debe adecuarse a los nuevos desafíos?

Capítulo 2: Conceptualización de la vejez, el proceso del envejecimiento y los AEVP

2. Marco conceptual

2.1 Nacemos envejeciendo, vivimos envejeciendo, y así morimos.

Debido a la coexistencia de diversos paradigmas sobre los conceptos de vejez y envejecimiento se hace necesaria su diferenciación. La vejez es una de las etapas de la vida: la última, donde el ser humano ha alcanzado su máxima expresión de relación con el mundo; ha llegado a la madurez total a través de una gran cantidad de experiencias adquiridas durante los momentos e instantes disfrutados. Se podría afirmar entonces que la vejez es un subconjunto de fenómenos y procesos que forman parte de un concepto más global: el envejecimiento. La definición de envejecimiento sería la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional donde, en última instancia, sucederá la muerte (Alvarado García y Salazar Maya, 2014).

Los cambios pueden ocurrir en tanto modificaciones bioquímicas, fisiológicas, morfológicas, sociales, psicológicos y funcionales. En cambio, la vejez es la etapa de la vida en que los síntomas del envejecimiento se hacen más evidentes (Alvarado García y Salazar Maya, 2014). Catalogar a una persona de anciana es un hecho muy variable, viéndolo desde el punto de vista de quien hace esta imputación. La vejez es una apreciación relativa según la edad del individuo que la observe.

Según sostiene Chackiel (2000), en las sociedades modernas hay dos hechos que llaman la atención en torno al tema del envejecimiento: por un lado, las personas viven en promedio más años que antes y, por otro, hay un importante crecimiento en el número de personas en edades avanzadas que pueden ser consideradas longevas, agrandando el grupo poblacional de 60 años y más, incluso de 80 años y más. Estos dos aspectos constituyen conceptos diferentes, aunque se encuentren relacionados entre sí. El proceso de envejecimiento biológico de los individuos, como se desarrollará más adelante con mayor detalle, es irreversible y ocurre a lo largo de toda la vida. Sin embargo, se considera “vieja” a la persona que está en la etapa final de la misma, en la que dicho proceso se hace más acelerado y va comprometiendo las facultades físicas y mentales. Desde un punto de vista sociodemográfico y jurídico-laboral-legal se considera que la vejez comienza a partir de cierta edad (en el caso de Argentina a los 60 años para las mujeres y 65 años para los hombres) o, mejor dicho, de un cumpleaños específico. Este umbral es, sin duda, arbitrario y no puede contemplar la multidimensionalidad de un estado que depende de muchos factores, en los que la edad por sí sola nada significaría. Visto de otra manera, la edad umbral es sólo un indicador sintético

de una condición que involucra probablemente como elemento central el estado de salud de las personas, pero también aspectos sociales, psicológicos, culturales, políticos, etc. Incluso, el avance tecnológico, más allá del referido a la medicina, permite a las personas adultas mayores con algún grado de discapacidad prestar servicios a la sociedad que en otra época hubiesen sido discriminados o separados de la sociedad.

Según el criterio cronológico, establecido por la mayoría de los países de la región latinoamericana en sus respectivas legislaciones, la vejez se inicia a los 60 años, frontera que ha variado más en los últimos tiempos que en toda la historia occidental. En este sentido la CEPAL recomienda que el estudio de los adultos mayores en América Latina se realice en las personas de 60 años y más (Huenchuan, 2013).

Desde una perspectiva socioeconómica este concepto se contrapone con la realidad. En la actualidad 60 años no es más la barrera del sentimiento de identidad con la vejez. Las personas se sienten activas y capaces de seguir insertadas en la sociedad. Este umbral no refleja la realidad de las distintas clases sociales argentinas, donde no todos pueden retirarse económicamente. Por este motivo en esta tesis se hace relevante la diferenciación de los 75 años, como año de quiebre que refleja la salida real del mercado, comenzando una etapa más pasiva de la vida. Asimismo, son relevantes las diferencias regionales y provinciales, para captar esta desigualdad socioeconómica.

Desde esta perspectiva, el envejecimiento lleva consigo cambios en la posición del sujeto en la sociedad, debido a que mucha de las responsabilidades y privilegios, principalmente los relacionados con el mundo del empleo, dependen de la edad cronológica. Como consecuencia de los cambios en la concepción sobre cómo se encuentra la población adulta mayor, se está analizando en el país el cambio en la edad jubilatoria: para las mujeres a 63 años y para los hombres a los 67 años. Este debate excede los propósitos de esta tesis.

Según sostiene Chackiel (2000), y teniendo en cuenta la feminización del envejecimiento, hay que mencionar que las mujeres enfrentan una enorme paradoja: por un lado, viven más que los hombres; por otro lado, en la mayoría de los casos deben enfrentarse solas, como viudas, y muchas veces teniendo familiares a su cargo, a una vejez precaria. A ello contribuyen los bajos ingresos que reciben y las malas condiciones de salud propias de la edad. Hay una fuerte inequidad de género durante las edades activas, que luego repercute generalmente en un menor ingreso en las edades avanzadas. Sobre todo, las mujeres reciben menores retribuciones por haber aportado menos, debido tanto a que han participado menos años del mercado laboral y generalmente con interrupciones en la actividad económica, así como por el hecho de percibir menores remuneraciones que los hombres. Situación que está mejorando, pero aún queda mucho camino por recorrer.

La definición cronológica de la edad es un tema sociocultural. Cada sociedad establece el límite a partir del cual una persona se considera “mayor”, “vieja” o “de edad avanzada”, aunque sin excepciones, la frontera entre la etapa adulta y la vejez está muy vinculada con la edad fisiológica.

La edad fisiológica, por otro lado, se refiere al proceso de envejecimiento físico que, aunque vinculado con la edad cronológica, no puede interpretarse simplemente como la edad expresada en años. Se relaciona con la pérdida de las capacidades funcionales y con la disminución gradual de la densidad ósea, el tono muscular y la fuerza que disminuye con el paso de los años. Un término asociado a la edad fisiológica es el de “senilidad”, es decir, el proceso que se manifiesta en aquellos sujetos que sufren un nivel de deterioro físico y/o mental que les impide desarrollar con normalidad su vida social e íntima (Huenchuan, 2013).

Hay una tendencia en el campo de estudio de los adultos mayores hacia la diferenciación entre los grupos de 60 - 74 años y de 75 años y más. Los términos incorporados en las últimas décadas relacionados con el envejecimiento y la vejez son los de “viejos-viejos” —llamada a una minoría débil y enfermiza— y los “viejos-jóvenes” —reconociendo a las personas mayores que, a pesar de la edad cronológica, son vitales, vigorosas y activas.

Por último, la edad social alude a las actitudes y conductas que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica (Huenchuan, 2013), siendo una construcción socio-cultural e histórica que moldea los significados otorgados a los procesos biológicos.

Una expresión ligada a la edad social descrita anteriormente es la de “tercera edad”, considerada como una manera amable de referirse a la vejez. Para Ham Chande (1996), este término ha generado históricamente la idea de una edad avanzada pero dentro de un marco de funcionalidad y autonomía que permite llevar una vida independiente. Término opuesto a “viejo”, cuya asociación es para con aquellos que se encuentran enfermos, con poca movilidad, o alguna disfuncionalidad en la que pierden su independencia. Esta noción constituye un estereotipo que se aleja de la “edad dorada” asociada a una vida más activa, donde luego del retiro de la actividad laboral formal las personas mayores tienen un tiempo de ocio para dedicarlo al placer y la diversión. Para otros autores, no es más que un eufemismo para disimular la realidad de la vejez, que es considerada un estigma y que se emplea para alejar la idea de la muerte que se le asocia (Ham Chande, 1996).

En la sociedad occidental, la concepción predominante sobre las personas mayores y sus problemas, parte de la construcción de la vejez como una etapa con aspectos más negativos, donde hay carencia, debilidad o desapego (Huenchuan, 2009). Este concepto se podría revertir incorporando la noción del envejecimiento activo que se analizará más adelante.

Las políticas públicas en bienestar en salud pueden pensarse como un conector entre los adultos mayores que siguen participando activamente a la vida social desde diferentes ópticas y el adulto mayor que se le impone su retiro alejándolo del mundo que conoce hasta el momento. El envejecimiento activo es el puente entre los dos modos de ver la vida.

La sociedad segrega mucho a los adultos mayores, en razón de su edad, constituyéndose en un grupo con presencia social limitada, lo que perpetúa su posición asimétrica para hacer escuchar su voz, sus necesidades y sus demandas.

Los adultos mayores, nuestros mayores, son nuestra identidad, nuestra memoria, aquellos que portan la experiencia que comienzan los procesos y nuestra historia misma. Para muchas culturas, como las originarias, son la voz de la experiencia, de la sabiduría, por ello suelen ser el consejo superior de una tribu. Se ganaron su lugar y no debemos hacerlos a un lado, pues son útiles a la sociedad.

La vejez, si uno la percibe positivamente y como parte del proceso del envejecimiento, también debe verse como una etapa de desarrollo y madurez. Muchos mayores son más pacientes y tolerantes que los adultos en su etapa activa, tienen una mayor aceptación del otro, mayor experiencia y esto les permite ver la vida de una manera diferente, aprecian la relatividad y comprenden que el presente tiene un pasado y un futuro.

En la cotidianidad, los cambios que se generan con el envejecimiento plantean retos para la superación de obstáculos, la evaluación de consecuencias, la identificación de situaciones clave, y la búsqueda de estrategias para resolverlos. El adulto mayor no se enfrenta a esto solo, su proceso involucra también a su familia y la definición de los nuevos roles que pasará a cumplir en la misma (Alvarado y Moreno, 2007).

El envejecimiento puede ser visto como un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva. Está influido por múltiples factores como los genéticos, pero también los arraigados en el contexto sociohistórico, donde tienen lugar los afectos y sentimientos construidos a lo largo de la vida (Sarabia Cobo, 2009; Chackiel, 2000).

La confusión acerca de la naturaleza exacta de la relación entre el envejecimiento y las enfermedades es una cuestión que, durante mucho tiempo, ha impedido la necesaria evolución hacia la comprensión del proceso intrínseco del envejecimiento (Reyes Torres y Castillo Herrera, 2011). Se asocia de modo negativo al envejecimiento con la pérdida y la enfermedad y no como una etapa positiva en la cual se puede realizar lo deseado y pospuesto.

2.2 El envejecimiento desde una perspectiva demográfica

El análisis del proceso de envejecimiento da cuenta de cómo en una sociedad se registra un aumento de la esperanza de vida. Para Chackiel (2000), la esperanza de vida al nacer es el promedio de años vividos por todas las personas y a ella aportan los que viven muchos años en especial aquellos cada vez más longevos, pero también aquellos que sólo lo hacen horas, días o pocos años. Las enormes ganancias en la duración media de la vida, han sido aportadas principalmente por los que han logrado sobrevivir su primer año de vida o los primeros cinco años.

Detrás de estos procesos hay un profundo cambio en los perfiles epidemiológicos de la población. El perfil epidemiológico pasó de poner el foco en las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas y degenerativas propias de la creciente población de edades avanzadas.

En este sentido, el proceso de envejecimiento se ha potenciado fundamentalmente por la prevención y la disminución de las enfermedades infecciosas, la disminución de la mortalidad infantil y perinatal, así como por el desarrollo de programas de promoción de salud para la reducción de los principales factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, obesidad y diabetes mellitus, entre otras) (Reyes Torres y Castillo Herrera, 2011). Al concientizar a la sociedad de las enfermedades prevenibles se busca mejorar su contribución a la mejor calidad de vida y consecuentemente al aumento de la esperanza de vida.

Se han propuesto varias teorías y conceptos sobre cómo es el proceso del envejecimiento hasta la vejez. Dentro de ellas se destacan entre otras: las teorías biológicas, que intentan explicar el envejecimiento desde un desgaste natural de todos los órganos y sistemas corporales, como una consecuencia natural y normal de todos los seres vivos.

Las teorías psicológicas, por su parte, se han centrado en aspectos de carácter más cognitivos, personalidad y estrategias del manejo del Ser. Cabe mencionar especialmente la teoría del desarrollo de Erikson, ya por años cercanos a 1950, planteaba la etapa de la vejez desde los 65 años en adelante, contemplando factores individuales y culturales.

Por el contrario, la teoría de la “continuidad” sostiene que no existe una ruptura radical entre la edad adulta y la “tercera edad para algunos y cuarta edad para otros”. El paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida, donde el hecho de jubilarse o de cumplir la edad jubilatoria no hace que la vida cese, sino que es la continuidad en el andar, tal vez por otro camino... (Alvarado García y Salazar Maya, 2014). La teoría de la continuidad

plantea entonces que el comportamiento de la población adulta mayor está determinado por su estilo de vida previo, hábitos y gustos desarrollados en etapas anteriores. Esta perspectiva puede verse como un incentivo para promover estilos de vida saludables a edades tempranas y que se prolonguen en la vejez, y así favorezcan la calidad de vida. En este proceso la personalidad y el sistema de valores se mantienen prácticamente intactos. Al envejecer son los individuos quienes aprenden a utilizar estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar favorablemente ante las dificultades que les presenta la vida. Para esta corriente, nunca se deja de aprender, lo que cambia posiblemente son los tiempos y los modos.

Las teorías emprendidas por los científicos sociales tratan de comprender y predecir la adaptación del adulto mayor que se ha retirado de la actividad económica que venía realizando, especialmente si esta es una situación satisfactoria y positiva. La teoría de la desvinculación o la de la disociación, consideran que el retirarse de la interacción social (jubilarse) constituye una forma de adaptación natural a la vejez (Huenchuan, 2010b).

La llamada teoría de la actividad afirma que un alto grado de participación es la clave para lograr un buen envejecimiento y autorrealización. Quienes viven esto tienen más capacidad de adaptación y están más satisfechos con la vida. De este modo, se contradice con las teorías de la desvinculación y disociación antes mencionadas.

Los cambios que se producen al atravesar el envejecimiento, así como los que se producen al jubilarse modifican la percepción del adulto mayor y su rol en la sociedad. Estos cambios son inherentes a todo ser humano, pero a su vez son el resultado de contextos multidimensionales como la situación económica, los estilos de vida, las satisfacciones personales y los entornos sociales que influyen de forma directa en el proceso de envejecer, si bien lo genético tiene una carga determinante en el envejecimiento, este se ve influido por las enfermedades padecidas a lo largo de la vida transcurrida, así como por los factores de riesgo individuales y ambientales a los que ha estado expuesta (Alvarado García y Salazar Maya, 2014).

Un elemento clave para el envejecimiento activo son los factores de riesgo asociados al estilo de vida. Tabaquismo, sedentarismo, malnutrición o falta de acceso a los servicios de salud contribuyen sustancialmente al deterioro global asociado al envejecimiento. Influyen negativamente en la calidad de vida de los adultos mayores y en el disfrute de un envejecimiento activo y saludable. Estos factores de riesgo serán retomados en su asociación con las causas de muerte para analizar en el apartado de resultados.

En esta tesis se tomará en cuenta la perspectiva de la teoría de la continuidad en relación con la idea del impacto en los estilos de vida en la trayectoria de salud y consecuentemente en las causas de muerte.

2.3 Diferencia conceptual entre la vejez y el envejecimiento

2.3.1 Conceptualización de la vejez y el envejecimiento demográfico

El envejecimiento demográfico es resultado de un proceso de transición que conjuga, por un lado, la modificación de la composición poblacional, especialmente interesa a esta tesis el incremento del grupo poblacional de 60 años o más (tanto en números porcentuales como absolutos), y por otro, la disminución en las tasas de fecundidad y mortalidad, y como consecuencia el incremento en la esperanza de vida. Este proceso entonces impacta directamente en la composición por edades de la población, al reducir relativamente el número de personas en edades más jóvenes y engrosar los sectores con edades más avanzadas. El logro de que existan poblaciones cada vez más longevas conlleva a nuevas problemáticas a tener en cuenta.

Se verá más adelante que el incremento de la esperanza de vida se produce en medio de un incremento en el tamaño general de la población y en la velocidad de su crecimiento.

El aspecto del envejecimiento que traerá mayor impacto social y económico, será el relacionado con las condiciones de salud de la población; por una parte, se siguen atendiendo las enfermedades infecciosas para seguir bajando la tasa de morbilidad, y por la otra, se requiere la implementación de acciones encaminadas a disminuir las tasas de mortalidad por enfermedades no transmisibles en una población que está transformando su predominio etario, de materno-infantil hacia uno adulto y adulto mayor.

Es por ello que para esta tesis se hace necesario analizar la incidencia de los factores de riesgo vista a través de las diferentes categorías de causas de muerte. Analizar los cambios en las causas de muerte, propios del envejecimiento poblacional, ayudan a comprender que políticas públicas de bienestar en salud que serán necesarias para acompañar las modificaciones en la calidad de vida para los adultos mayores. Específicamente, a través de los AEVP es donde se puede observar con mayor detalle los cambios producto de las variaciones de las causas de muerte en la población de nuestros mayores.

Según Ham Chande (1995) la relación existente entre la transición epidemiológica y el proceso de envejecimiento es tan directa que cuando se les observa superficialmente ambas

transiciones aparecen a la vez como causa y consecuencia la una de la otra, aunque es más acertado decir que las dos son concomitantes con el proceso socioeconómico del país. El mayor resultado de las acciones preventivas de salud pública ha sido inicialmente el rescate de la niñez y la juventud de las enfermedades infecciosas. Estas muertes evitadas son la explicación principal de la mayor probabilidad de alcanzar la edad adulta y la vejez. Dentro del tramo de la población envejecida también se manifiesta este tipo de desplazamiento.

Las cargas sobre la familia, la escasez de la seguridad social para los adultos mayores, y el peso de los padecimientos crónicos y degenerativos crecen con el envejecimiento y con esto la necesidad de atención. La aceptación de estos procesos refuerza la necesidad de reevaluar el proceso de envejecimiento en nuevos términos como el envejecimiento activo y preparar políticas en el campo de la salud y la atención a la vejez, ya que los padecimientos propios de la edad avanzada representan un alto costo social, familiar e individual.

Una de las manifestaciones de los estados de salud de una sociedad se puede ver expresada en las causas de muerte y en la forma en que estas afectan a la población en sus distintos grupos sociales y por edades. La salud en la vejez es el reflejo fiel de los factores que intervienen en toda una vida; como se decía anteriormente desde la herencia genética, las oportunidades socioeconómicas de educación y trabajo, hasta los hábitos de salud y el estilo de vida. De esta manera la forma de la morbilidad y la muerte en la vejez es el resultado combinado de una historia socioeconómica y cultural, así como del recuento de hechos individuales (Ham Chande, 1995).

Según Turian (1990) los cambios en la distribución por edades que se vislumbran y ya ocurren en el país, incidirán en la formación de nuevos comportamientos, demandas y necesidades. La población envejecida exigirá en mayor medida atención médica y psicológica de calidad entre otros, así como en el ámbito económico la población activa deberá mantener a un número creciente de adultos mayores con distintos grados de dependencia, garantizándoles un ingreso básico y con ello una vida digna. Respecto a los servicios de salud y sociales, es esperable que se requieran menos guarderías y servicios pediátricos, por el contrario, serán necesarios más geriatras, gerontólogos, oncólogos, cardiólogos y especialistas en la atención de enfermedades crónico-degenerativas propias de las edades avanzadas. Los profesionales sanitarios, deberán iniciar programas de educación y capacitación para adecuar la formación a las necesidades de este grupo etario creciente. Además, se debe crear la infraestructura para la atención adecuada a sus demandas.

En la presente tesis se pretende analizar el proceso del envejecimiento de un modo interdisciplinario, agregándole al tradicional análisis demográfico tanto en las problemáticas ligadas a la salud pública como la visión de la gerontología, por su particular óptica del tema.

Al llegar a la vejez, el hombre lleva consigo su pasado, tiene un futuro cuantitativamente pequeño, pero su presente, en ese momento, tiene ya la riqueza de una vida. Esta integración de pasado y futuro en el presente puede ser la diferencia entre envejecer con éxito o sin él (Rubio y Tapia, 2004; citado en Villar Fernández, 2011, pág. 25).

La tendencia a ubicar a la vejez como un proceso que no es sólo biológico aportó elementos importantes a la discusión conceptual de lo que significa dicho proceso. Especialmente en el ámbito académico, esos elementos permitieron integrar poco a poco otros, que fueron llevando a que la vejez dejara de tomarse como un concepto rígido, para relativizarse a la luz de los nuevos conocimientos psicológicos y sociales.

El envejecimiento tiene impacto tanto en el orden individual como en el social e institucional. El descenso de la mortalidad no ha sido sincrónico ni de igual intensidad en las distintas regiones, así como en los grupos poblacionales, aunque puede decirse que la tendencia persiste, incluso se acentúa. Los adultos mayores son una población en aumento. El que puedan ser cada vez más longevos es una expresión de los avances que se pueden percibir.

El alcance de los recursos humanos y sociales para un proceso de envejecimiento, así como las oportunidades que se tendrán al envejecer dependerán en gran medida de algo fundamental: la salud. Asimismo, se vislumbra actualmente el crecimiento de la vulnerabilidad social de los adultos mayores y la necesidad de un "otro" para la atención de situaciones de dependencia.

Por ello la OEA (2015) sugiere a los países la necesidad de diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales de salud orientadas a una atención integral que incluya la promoción de la salud, la prevención y la atención de la enfermedad en todas las etapas. Asimismo, en cuanto a la rehabilitación y los cuidados paliativos de las personas mayores deben propiciar el disfrute del más alto nivel de bienestar, físico, mental y social. Esto requiere un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestimenta y vivienda, que promueva la autonomía de las personas mayores, y garantice un ingreso para una vida digna a través de los sistemas de seguridad social y otros mecanismos flexibles de protección social.

La gran pregunta es: ¿será posible que la población adulta mayor pueda vivir en buenas condiciones de salud? ¡Sí! Si bien los individuos viven más tiempo, el problema mayor se encuentra en que una elevada proporción de estos presentan limitaciones del tipo funcional y poseen una mayor morbilidad que en el pasado, en consecuencia, la demanda de asistencia sanitaria y social es y será considerablemente superior a la prevista (OMS, 2015).

Para que una política en los términos planteados por la OMS sea factible de aplicar, debe contemplar a todo el grupo en su diversidad, y para ello concebirse desde la multisectorialidad: áreas más relevantes para preparar los derechos de los mayores son trabajo, seguridad y salud, las que requieren una modificación constante para que funcionen de acuerdo a las nuevas necesidades de los adultos mayores.

Si bien se puede pensar en los beneficios sociales e individuales del envejecimiento activo, no debe perderse de vista que este proceso posee límites vinculados al proceso degenerativo natural que afecta los cambios morfológicos y funcionales, así como su impacto en la psiquis. También cambian las formas de relacionarse con el otro, los lazos sociales, lo afectivo, económico y laboral, la “normalidad” de las rutinas.

Esto se puede hacer visible en la transición demográfica y epidemiológica, que en las últimas décadas han producido un incremento de la morbimortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles y una disminución muy importante de las enfermedades infecciosas y parasitarias.

2.3.2 Diferentes enfoques del envejecimiento

El impacto del aumento de la cantidad de jubilados establece un cambio demográfico a tener en cuenta. A nivel individual estos observan un deterioro en sus ingresos y su consecuente cambio en la calidad de vida originan problemáticas propias de la nueva inserción social del adulto mayor, que adquiere un nuevo rol en lo que para él es su “nuevo mundo”, circunstancia que trasciende al interior de las familias y para con el Estado.

Estos ciudadanos con plenos derechos deberían poder envejecer con dignidad, y la seguridad social debería adecuarse.

Según la teoría de la actividad se sostiene que cuanto más activas son las personas adultas mayores, mayor es la satisfacción en sus vidas. Más pueden hacer y por lo tanto más autónomas son por mayor cantidad de tiempo (Oddone, 2013).

Desde esta teoría, el concepto en sí mismo está relacionado con los roles desempeñados. Como en la vejez se produce una pérdida de roles (por ejemplo, jefe de familia), para mantener un autoconcepto positivo, debe poder mantener el empoderamiento personal. Lo más importante es estar socialmente involucrado, independientemente de los tipos de roles que se desempeñen.

El poder sostener actividades sociales con sentido contribuye con una cierta reconstrucción de la imagen y de la autopercepción, que podrían resentirse tras pérdidas que no pudieron ser elaboradas convenientemente.

Sin embargo, la teoría de la actividad no toma en cuenta a los sujetos más envejecidos o a los económicamente más débiles por su condición en sí misma. Es una teoría para los denominados “viejos-jóvenes” y, desde esta mirada, contempla más la etapa posterior al retiro que el envejecimiento propiamente dicho.

Un aspecto relevante que se debe considerar es que no es la actividad social *per se* la responsable de la satisfacción vital, sino el sentido que el sujeto logró encontrar o darle a la actividad que eligió. En este sentido, el surgimiento y el desarrollo de organizaciones como clubes o centros de jubilados brinda nuevas oportunidades para desenvolverse en un nuevo mundo.

Otra perspectiva la brinda la teoría de la continuidad de la vejez, que apunta a considerar que la gente que envejece se inclina a mantener tanto como puede los mismos hábitos, personalidades y estilos de vida que desarrollaron en años anteriores (Costa y McCrae, 1980).

De acuerdo con ambas teorías expuestas (actividad y continuidad), todas las disminuciones en la interacción social en la vejez se explican mejor por la poca salud o la discapacidad, más que por alguna necesidad funcional de la sociedad.

2.3.3 Edades del envejecimiento

El concepto de vejez tomado como una etapa del ciclo de vida, es una construcción social. La edad es una variable que se debe tener en cuenta para describirla y delimitarla, pero se debe distinguir entre la definición cronológica de la vejez y la construcción social que existe en torno a esta.

Hay una combinación hacia el interior de esta categoría donde se encuentran variables como la propia experiencia de vida, edad biológica, género, sexualidad, etnicidad, identidad cultural, religión, nivel educativo y económico, lugar de residencia o la trayectoria laboral, entre otros (Huenchuan Navarro, 2004b; Northmore, Bell y Smith, 2005; Rodríguez, Rodríguez, 2002).

Es importante distinguir las diferentes conceptualizaciones de la edad que se tendrán en cuenta en el análisis para comprender el envejecimiento activo:

- Edad cronológica: es la edad estadística, en edad en años de vida cumplidos. Para la sociedad, esta edad es a través de la cual se adquieren las responsabilidades y obligaciones.
- Edad fisiológica: es el estado mismo del funcionamiento orgánico. Está determinada principalmente por el grado de funcionalidad y el deterioro de los órganos y tejidos del cuerpo humano. Por tanto, es importante diferenciar la edad cronológica de la fisiológica.
- Edad social: es una construcción propia de cada sociedad, además de estar atravesada por un proceso socio-temporal por medio del cual se establecen roles individuales que serán llevados a cabo en tiempo y forma.
- Edad psíquica: es aquella que puede ser definida por los efectos psicológicos que el paso de los años produce en cada individuo. Es la menos medible de todas; sin embargo, influye mucho en el bienestar que percibe el individuo, y en su relación con el entorno (directo o indirecto).

El envejecimiento de la población pone de manifiesto resultados de la evolución de los componentes del cambio demográfico, el descenso de la mortalidad y su derivado aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad (Chackiel, 2004). Hay que tener en cuenta que el envejecimiento siempre comienza por el proceso del descenso de la fecundidad y luego por la mortalidad.

2.4 La Argentina y el envejecimiento

La sustentabilidad es uno de los principios previsionales argentinos. Depende de una PEA (Población Económicamente Activa) más amplia que el porcentaje de población inactiva y ambas depende de la estructura piramidal demográfica. Es en este sentido clave entender el proceso del envejecimiento en el país.

En Argentina, el envejecimiento no es tan acelerado si se lo compara con el resto de los países de Latinoamérica, a excepción de Uruguay. El cambio es definitivamente más lento, pero ha comenzado su proceso en la década de 1920, siendo más visible desde comienzos de 1960 en adelante. Es innegable que este cambio incide tanto en el crecimiento de la población como en su composición por edades.

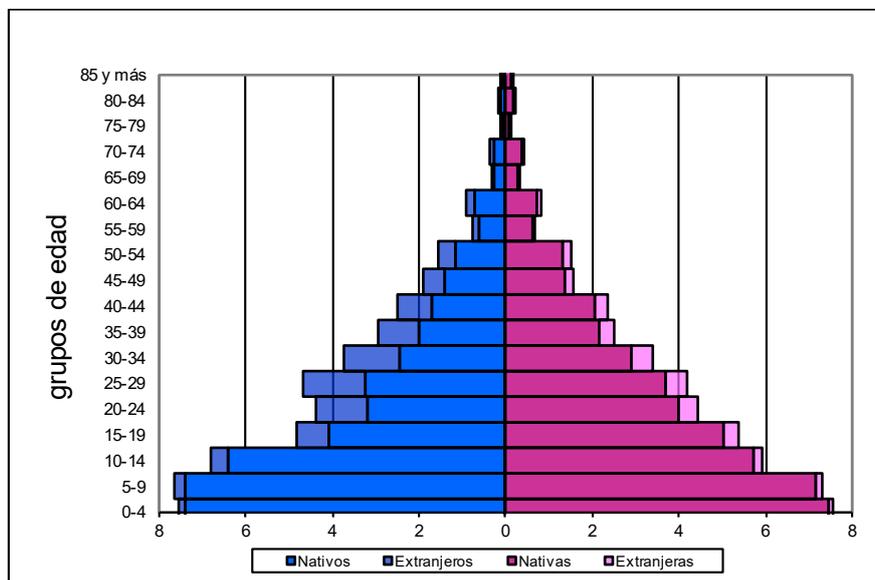
Las transformaciones en la fecundidad y la mortalidad traen como consecuencia el descenso del ritmo de crecimiento medio anual de la población, así como una estructura por edades

cada vez más envejecida. Esta modificación tan profunda de la conducta reproductiva conlleva un complejo conjunto de cambios sociodemográficos y culturales (Villa y Rivadeneira, 2000).

Existe una relación directa entre la baja fecundidad y el envejecimiento. Al incorporarse un menor número de individuos en el grupo etario de 0 a 4 años, el peso del resto de los grupos de edad aumenta y, por ende, la proporción de personas mayores tiende a incrementarse. Esto se expresa en la contracción del escalón inferior de la pirámide de edades.

En la medida que persiste el descenso por un tiempo prolongado, se genera lo que se conoce como “envejecimiento por el centro”: el peso de los grupos de las edades centrales es mayor y la pirámide tiende hacia una forma rectangular. Posteriormente, y en la medida que este efecto se combina con una disminución de la mortalidad en las edades avanzadas, se originan estructuras con una cúspide amplia y una base estrecha (Villa y Rivadeneira, 2000). No hay que dejar de pensar que, si en nuestro país este proceso está enlentecido, el cambio que podrá observarse en la pirámide poblacional también será menos evidente que el esperado.

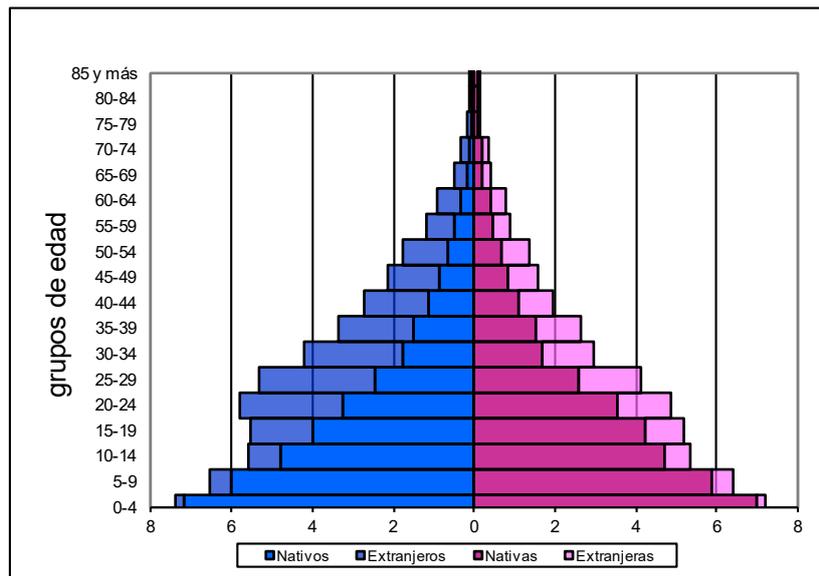
Gráfico 1 Población por edad, sexo y lugar de nacimiento. Total del país. Año 1869



Nota: La población total no incluye a las actuales provincias de: Chaco, Misiones, Formosa, y las provincias de la Patagonia, dado que al momento del censo no se encontraban bajo el control del estado nacional. La población total tampoco incluye a la colonia galesa de Chubut.

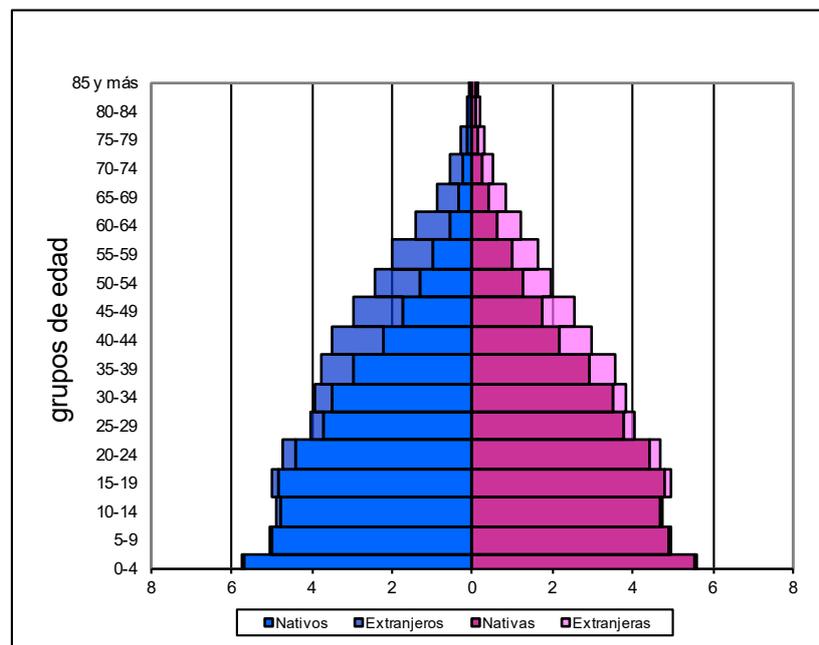
FUENTE: Recchini de Lattes, Z. y Lattes, A. (1969). Migraciones en la Argentina. Estudio de las migraciones internas e internacionales, basado en datos censales, 1869-1960. Centro de Investigaciones Sociales-Instituto Torcuato Di Tella. Datos elaborados en base al muestreo del Censo Nacional de Población de 1869 realizado en: Lattes, A. y Somoza, J.L. (1967). Muestras de los dos primeros censos nacionales de población, Centro de Investigaciones Sociales, Instituto Torcuato Di Tella, Documento de Trabajo 46, Buenos Aires, 1967.

Gráfico 2 Población por edad, sexo y lugar de nacimiento. Total del país. Año 1914



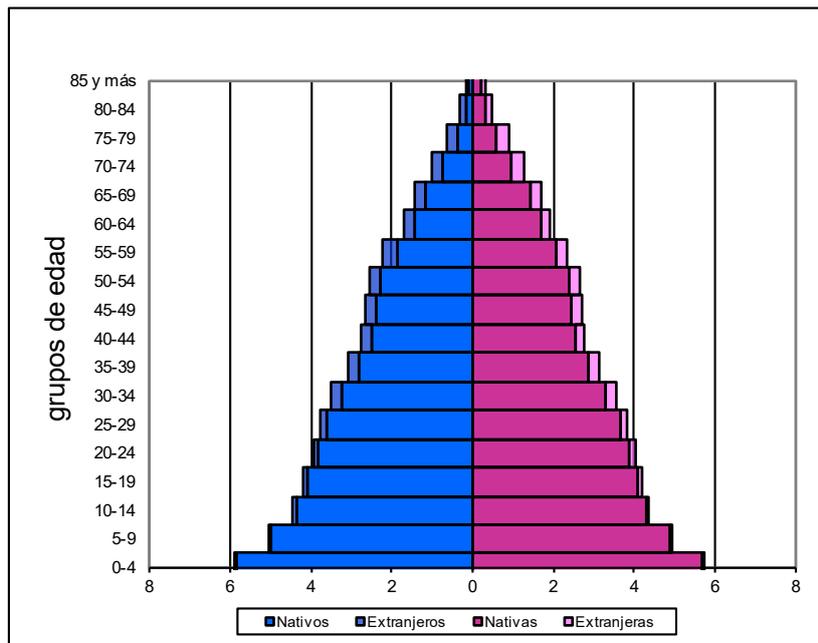
Fuente: Dirección General de Estadística (1916). Tercer Censo Nacional de la República Argentina. 1914, tomo III.

Gráfico 3 Población por edad, sexo y lugar de nacimiento. Total del país. Año 1947



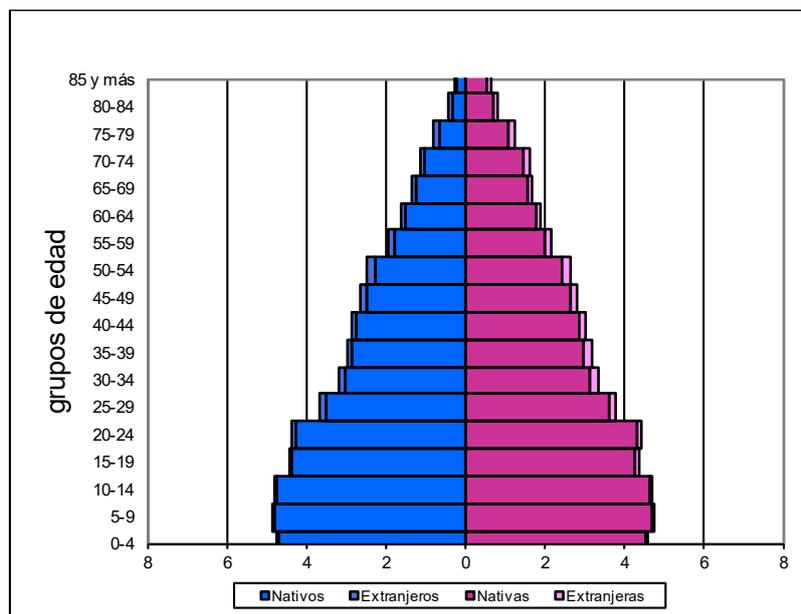
Fuente: Dirección Nacional de Investigaciones, Estadística y Censos. IV Censo General de la Nación. 1947.

Gráfico 4 Población por edad, sexo y lugar de nacimiento. Total del país. Año 1980



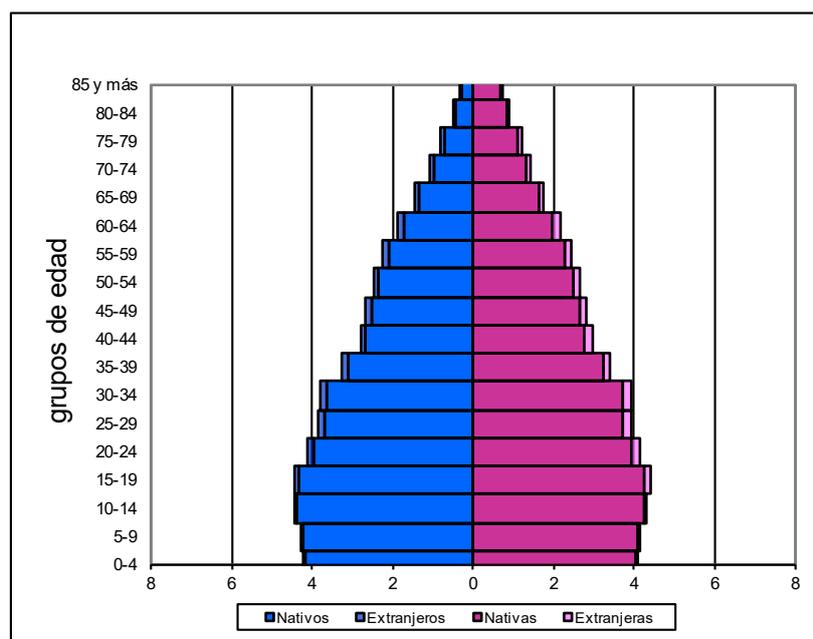
Fuente: INDEC. Censo nacional de población y viviendas. 1980.

Gráfico 5 Población por edad, sexo y lugar de nacimiento. Total del país. Año 2001



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. 2001.

Gráfico 6 Población por edad, sexo y lugar de nacimiento. Total del país. Año 2010



FUENTE: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. 2010.

Tal como muestran los gráficos 1 a 6, las pirámides de población de los diferentes censos dan cuenta de los grandes cambios por los que ha atravesado la Argentina. En las dos primeras pirámides Gráficos Nº1 y Nº2, se encuentra una población con al menos tres características distintivas: alta natalidad por su base extendida, baja cantidad de adultos mayores (dado que es casi imperceptible el segmento de esas edades) y una gran cantidad de población migrante especialmente en edades centrales y mayormente en varones.

Para 1947 (Gráfico Nº3) se observa un cambio, asociado a una menor cantidad de migrantes. Hay un gran aumento de la población en edades centrales en ambos sexos y comienza a disminuir lentamente la fecundidad, del mismo modo que comienza a aumentar la cantidad de personas en las edades más avanzadas.

Por su parte, en 1980 el cambio respecto a 1947 es más notorio. La cantidad de migrantes de acá en adelante ya no será un elemento tan distintivo. La población se encuentra mucho más envejecida y es notable como se ha achicado la base piramidal (Gráfico Nº4).

En los gráfico Nº5 y Nº6, pertenecientes a 2001 como 2010, se observan un mayor envejecimiento, así como su clara feminización. La base es cada vez más pequeña al igual que los migrantes, pertenecientes básicamente a población limítrofe. En ambos censos hay una reducción de la población en las edades centrales, pero aún no se observa que ello sea un problema.

2.5 La transición epidemiológica.

La transición epidemiológica es entendida como el proceso del cambio de largo plazo en las condiciones de salud de una sociedad determinada, incluyendo cambios en los patrones de enfermedad, de incapacidad y de muerte.

Un enfoque clásico del cambio en los patrones de la salud y la enfermedad fue la formulada inicialmente como "teoría de la transición epidemiológica", publicada por Omran en 1971. Dicha teoría hace referencia a un proceso a través del cual se producen cambios en los perfiles de mortalidad de una población determinada a lo largo del tiempo (Beceyro, 2008). La tasa de mortalidad de la población, como es de esperarse, baja a lo largo de la vida por muchos factores, entre los que se encuentran las mejoras sanitarias, médicas, tecnológicas, etc.

En la teoría de la transición epidemiológica, el desarrollo histórico de la mortalidad está caracterizado por tres fases. Reciben el nombre de la causa de muerte dominante, de modo que dichas fases son la edad de la peste y el hambre, la edad de las pandemias retraídas y la edad de enfermedades degenerativas y las causadas por el hombre (Omran, 1971).

Comparado con el resto de Latinoamérica, puede observarse que la reducción de la mortalidad en la Argentina se inició más tempranamente debido a mejoras en la calidad de vida asociadas al desarrollo socioeconómico, visualizado en áreas como su urbanización, educación formal y calidad médica (Lattes, 1975). Así, mientras que en la década de 1950 muchos países de la región se encontraban dando los primeros pasos en la transición epidemiológica, para ese entonces la Argentina ya había cubierto gran parte de su recorrido (Grushka, 2010).

Para Frenk (1991), es importante tener en claro que la transición demográfica contiene a la transición de salud, y no al revés.

En un sentido abstracto, el estudio de la salud poblacional tiene dos grandes objetivos: las condiciones de salud y la respuesta a dichas condiciones; de acuerdo con esta dicotomía simplificadora, la transición de la salud puede dividirse en dos grandes componentes. El primero es la transición epidemiológica propiamente dicha. El segundo componente, que puede denominarse "transición de la atención a la salud", se refiere al proceso de cambio en los patrones de la respuesta social organizada a las condiciones de salud (Frenk y colaboradores, 1991).

En la conceptualización moderna de la transición epidemiológica, siguiendo la tipología de Frenk (1991), pero adentrándonos en el proceso en sí mismo, podría decirse que están involucrados tres mecanismos principales que refieren a cambios de largo plazo:

1) **La disminución de la fecundidad.** Ésta afecta la estructura de la población por edades. Históricamente, en este proceso han tenido participación las políticas que ha implementado el Estado Nacional, como la promoción de la utilización de métodos anticonceptivos con el fin último de poder lograr un planeamiento familiar.

2) **Los cambios en los factores de riesgo.** Estos afectan la incidencia de las enfermedades. Aquí también puede decirse que las políticas públicas tienen gran influencia con las campañas, por ejemplo, reducción del tabaquismo, el consumo abusivo de alcohol, y de reducción del sedentarismo, así como prevención del uso abusivo de drogas, o promoción de alimentación saludable. Tareas que en la última década se llevan a cabo a nivel educativo.

El conocimiento y manejo de los factores de riesgo es hoy un foco de acción en sí mismo, dado que si no se logran implementar políticas que se encuentren orientadas a la prevención de la salud, un gran número de personas se verán afectadas por enfermedades que, si bien ya no son en general causales de muerte, sí producen enfermedades crónicas y degenerativas que empeoran la calidad de vida. En la actualidad este punto se encuentra en el auge de las discusiones.

Actualmente, las enfermedades infecciosas y parasitarias, características de poblaciones y grupos poblacionales más vulnerables (como los niños y los ancianos), son mayoritariamente prevenibles y curables mediante la utilización de antibióticos, vacunas e hidratación, siempre y cuando sean tratadas en tiempo y forma.

3) **El mejoramiento en la organización y la tecnología de la atención a la salud.** Esto modifica las tasas de mortalidad que reflejan una menor letalidad. Muchas enfermedades que antes tenían altas tasas de mortalidad, como el HIV-Sida, las enfermedades infecciosas o las diarreas infantiles, poliomielitis, tuberculosis, entre otras, no son hoy, en general, causales de muerte, sino que son enfermedades que se han transformado en crónicas. Incluso algunas de ellas, a través del tratamiento adecuado, se han vuelto totalmente curables.

Esta diversidad de modalidades explica sintéticamente por qué la transición epidemiológica no es uniforme, se presenta en cada uno de los tres mecanismos mencionados de forma diferente y se da en diversos contextos sociohistóricos.

En la llamada “nueva transición epidemiológica” hubo un corrimiento del análisis de las causas de la mortalidad en sí mismas hacia la morbilidad y las discapacidades o incapacidades que muchas de ellas traen aparejadas. Este nuevo enfoque de la teoría sobre la transición que proponen Frenk et al, incluye en el concepto de transición de la salud a dos procesos interrelacionados: la transición de la atención sanitaria y la transición epidemiológica. Para

esta última, formulan una desagregación diferente a la propuesta por Omran. Según estos autores la tipología es:

- a) alta incidencia simultánea de enfermedades de ambas etapas (pre y postransicional);
- b) resurgimiento de algunas enfermedades infecciosas que ya habían sido controladas;
- c) irresolución del proceso de transición, de manera que los países parecen estancados en un estado de morbilidad mixta;
- d) desarrollo de una polarización epidemiológica peculiar, no sólo entre los países, sino dentro de ellos en distintas zonas geográficas y entre las diversas clases sociales. Esta experiencia se denomina modelo polarizado prolongado (citado por Frenk y colaboradores, 1991).

Siguiendo lo propuesto por Beceyro (2009), el modelo polarizado prolongado se caracteriza por la reducción de la mortalidad desde la segunda mitad del siglo XX, durante un período que no supera los 50 años. Si bien ha tenido oscilaciones, este siempre mantuvo una tendencia decreciente.

La urbanización permite a través de nuevos métodos: vacunas, mejoras sanitarias, higiene, el desarrollo de la salud y las tecnologías, lograr que las enfermedades pasen a estadios crónicos evitando así el deceso del individuo.

Igualmente, en lo referido al medio ambiente, se puede observar un retroceso, dado que hay nuevas enfermedades, principalmente las de carácter respiratorio. A pesar del retroceso, es importante destacar algunas mejoras en el saneamiento ambiental, como el hecho que más habitantes posean cloacas y agua potable, así como que existan condiciones de vivienda con menor hacinamiento. También se deben destacar los avances médicos, los novedosos tratamientos para ciertas enfermedades críticas y su llegada hasta los sectores más desfavorecidos.

La mayor movilidad de las personas de un sitio a otro, así como los cambios climáticos, alimenticios, sociales y ambientales son, en general, algunas de las variables que van modificando y afectando la mortalidad de una población.

De acuerdo con lo que se viene exponiendo, **nuestro país se encontraría en el modelo de polarización prolongada**, dado que posee a lo largo y ancho de su territorio diversas situaciones, en las que se pueden identificar diferentes etapas transicionales.

Por ejemplo, coexisten localidades con mayor urbanización o ruralización, así como con diferentes situaciones socioculturales y políticas. Los alcances en materia del sistema de salud son muy heterogéneos y llegan a la población de modos muy diversos. Por otro lado, hay ciertas localidades que fueron testigo del resurgimiento de enfermedades que se creían

erradicadas, como el paludismo, el dengue, la tuberculosis, la tos convulsa, el Chagas, la sífilis entre otras. Sin embargo, para el año 2010 la cantidad de casos ha ido en descenso (Cuadro N°1). Incluso muchas de estas enfermedades ya no producen decesos, sino que pasan a ser enfermedades crónicas o curables. Este caso podría ser el de la desnutrición, la tuberculosis, donde pocos casos llegan a ser mortales en relación a la cantidad que los padecen. En este sentido esta tesis presenta especial atención a las diferencias por regiones para las causas de mortalidad.

Cuadro N°1. Casos notificados de enfermedades epidemiológicas, por tipo de enfermedad. Total del país. Años 2008-2012.

Enfermedad	Casos notificados de enfermedades epidemiológicas				
	2008	2009	2010	2011	2012
Hepatitis "A" y "Sin especificar" ⁽¹⁾	1,713	1,183	912	816	576
Parotiditis	12,337	6,663	5,346	5,628	4,614
Rubéola ⁽²⁾	1,163	2	-	-	-
Diarreas ⁽³⁾	517,537	508,016	544,518	506,871	495,417
Diarreas ⁽⁴⁾	605,834	595,867	688,178	655,177	652,989
Neumonía	205,316	246,761	257,930	255,731	237,212
Influenza	1,163,724	1,595,915	1,328,955	1,190,925	1,151,722
Sífilis temprana	2,817	2,086	2,166	2,699	2,607
Sífilis sin especificar	1,929	1,708	1,301	1,343	1,240
Supuración genital gonocócica	2,896	2,923	3,159	2,682	2,672
Supuración genital sin especificar ⁽⁵⁾	26,209	24,523	26,579	30,511	28,379
Tuberculosis	10,452	10,657	10,579	10,704	8,166
Cólera	-	-	-	-	-

⁽¹⁾ Se notifican discriminadas en "A", "B", "Otras" y "Sin especificar". La baja en la cantidad de casos es debido a la vacunación y a la mejora en la provisión de agua potable. Incluye casos sospechosos.

⁽²⁾ Años previos se notificaban casos sospechosos. A partir del 2006 sólo se notifican casos confirmados por laboratorio.

⁽³⁾ Incluye a menores de 5 años.

⁽⁴⁾ Incluye a personas de 5 años y más.

⁽⁵⁾ A partir de 2008 los casos de supuración genital no gonocócica y sin especificar se notifican juntas.

Nota: se consideran aquellas enfermedades que superan los 5000 casos notificados, excepto los casos de "enfermedades de transmisión sexual" (ETS), rubeola, cólera, que fueron incluidas por la importancia que revisten. La declaración de las enfermedades adolece de un subregistro, por lo cual las cifras no reflejan la incidencia real de las mismas.

Fuente: Ministerio de salud de la Nación. Sistema nacional de vigilancia de la salud (SNVS).

Como plantea la autora Curto (2001), las tasas de mortalidad infantil, la esperanza de vida al nacer y las causas de muerte son los indicadores que se consideran más fiables para comprender en qué estado se encuentra una sociedad en general y su salud en particular.

Las tasas de mortalidad y morbilidad constituyen indicadores importantes para poder determinar los niveles de salud y, a través de ellos, los niveles de calidad de vida, a fin de comprender mejor cómo viven y cómo mueren las personas. Estos indicadores están

estrechamente relacionados con las regiones y sus sistemas socioculturales, económicos, entre otros.

Si concebimos al proceso de la transición epidemiológica como aquel a través del cual el cambio en la estructura de las causas de mortalidad implica un significativo aumento de la esperanza de vida al nacer y un consecuente cambio en el peso relativo de las defunciones desde las edades más jóvenes hacia las más avanzadas, podemos ver que la Argentina se ha desarrollado favorablemente, pese a haber atravesado a lo largo de la década 2000-2010 por dos importantes crisis.

2.6 Perfil epidemiológico y sus variables de medición en Argentina

La denominada transición epidemiológica describe el proceso empírico de descenso de la mortalidad y de transformación de la estructura de causas de muerte que la acompaña.

En términos generales, la disminución de la mortalidad responde, en principio, a una reducción de la incidencia de las enfermedades transmisibles (infecciosas y parasitarias), dando lugar a un aumento de la importancia relativa de las enfermedades del aparato circulatorio, neoplasias y traumatismos. Una vez que las enfermedades transmisibles han sido controladas, la disminución de la mortalidad se hace más lenta, dadas las mayores dificultades para controlar otras causas.

Siguiendo a Pantelides (1983), los cambios importantes en el perfil epidemiológico de la Argentina comienzan a observarse a fines de la década de 1930. A partir de esos años, la mortalidad por enfermedades transmisibles desciende a un ritmo mayor que la mortalidad general, reduciéndose su importancia relativa debido a los avances en la medicina, el progreso de la provisión de agua potable y las políticas sociales y sanitarias que incluyeron la concientización social acerca de normas higiénicas en el cuidado de niños y adultos mayores (Carbonetti y Celton, 2007).

Es habitual iniciar el análisis de la evolución de la mortalidad con la utilización de la tasa bruta de mortalidad (TBM). Los altos valores y la variabilidad de las TBM a fines del siglo XIX corresponden a epidemias como las de fiebre amarilla (1871), viruela (1874), cólera (1886-87 y 1894 -95) y peste bubónica (1899-1900), así como el impacto de disentería y fiebre tifoidea.

Otro indicador apropiado para describir los cambios del nivel de la mortalidad general a lo largo del tiempo es la esperanza de vida al nacer (e^0 o EVN), una medida de la mortalidad que no está afectada por los cambios de la estructura etaria de la población.

Sin embargo, para comprender cómo las causas de muerte afectan al estudio de la mortalidad y de la esperanza de vida, y así entender qué parte de los decesos son explicables por estas causas de muerte es vital incluir el concepto de Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP).

“El concepto de AEVP es la diferencia entre el máximo número de años que en promedio una población puede vivir entre dos edades, menos el número de años promedio que realmente dicha población vive entre las mismas (que es la esperanza de vida temporaria). Para calcular los AEVP, hay que estimar primero la esperanza de vida temporaria¹ con el objeto de tener el número de años que en promedio vive la población entre las edades seleccionadas, y luego restar la esperanza de vida temporaria del número de años del intervalo de edad bajo estudio.” (Arriaga, 2012: pág. 74-75).

El intervalo de las edades en estudio representa el máximo de años que se puede vivir entre esas edades. Ello posibilita saber si se está más cerca de un extremo o de otro. Por ello se dice que los AEVP pueden medir tanto el cambio de mortalidad como el nivel. **En ese sentido puede pensarse como una medida superadora de la esperanza de vida.**

Una de las posibilidades que nos brinda este índice es poder conocer cuál es la causa de muerte que más evita que aumente la esperanza de vida en una población. Consecuentemente permitiría señalar hacia donde debe focalizarse las políticas públicas de bienestar en salud.

Argentina se encuentra inmersa en un proceso de transición demográfica hacia una estructura poblacional de mayor edad, producto de la disminución de fecundidad y mortalidad desde principios del siglo pasado. A partir de ello, se proyecta un crecimiento tanto del índice de dependencia total como del de adultos mayores para las próximas décadas. En tanto en 2010 el índice de dependencia total ascendía al 55% se estima que llegará al 72% en 2100. Por su parte, la proporción de la población adulta mayor de 65 años sobre la población en edad activa era del 10% en 2010 y se proyecta un valor del 25% en 2100.

2.7 La conceptualización del envejecimiento desde saludable a activo

El envejecimiento activo y saludable puede ser definido como el proceso para la optimización de las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad, e incrementar de este modo

¹ “La esperanza de vida temporaria mide el promedio de años de vida que una población de una edad exacta x vive desde esa edad x hasta otra edad más avanzada de $x+n$ años.” (Arriaga, 2012; pág. 30)

la calidad de vida de las personas de edad avanzada (OPS, 2005). Los adultos mayores son entonces, un factor de población que está experimentando un crecimiento acelerado, y presenta necesidades diversas. Esto hace pensar que la Argentina de hoy no se encuentra preparada para darle respuestas ni al volumen poblacional ni a sus nuevas demandas (OPS, 2005).

En las últimas décadas, se han propuesto varios modelos para comprender mejor el proceso del envejecimiento, que intentan a su vez tener una mirada más positiva, más integradora y contemplativa. Entre las que se observan:

- Envejecimiento exitoso, propuesto por Rowe (1987). Hace referencia a la habilidad para mantenerse con bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental y decididamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y de la participación en actividades significativas. El envejecimiento exitoso debe verse, no sólo de forma multidimensional, sino como un estado ideal al que se debe apuntar, y el concepto en sí mismo debe ubicarse en una serie de logros por parte de los médicos y los adultos mayores. Existe una amplia evidencia de que muchas personas mayores se consideran felices y con buena salud, incluso en presencia de una enfermedad o discapacidad. Los médicos deben consecuentemente ser conscientes de que muchas personas mayores consideran que han envejecido con éxito. Comúnmente esta mirada es complementaria de otras, rara vez se realiza un análisis sólo bajo esta teoría.
- Envejecimiento saludable, propuesto por la OMS (1998), definido como la etapa que comienza mucho antes de los 60 años. Sólo puede obtenerse desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables, así como realizando prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades.
- Envejecimiento activo de la OMS (2002), enunciado como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El término “activo” hace referencia a una participación continua en aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo.

Lo anterior lleva a concluir que el concepto de envejecimiento es único para cada persona, la cual decide cómo desea vivir esa etapa de la vida, si desde la perspectiva de la enfermedad o de la salud, desde el optimismo o con actitud negativa, la cual está influida directamente por el contexto donde esté inmersa.

En resumen, las teorías más positivas observan que hay una aceptación de la vida y el individuo permanece física, psicológica y socialmente activo con mayor independencia y autonomía en las actividades de la vida diaria.

Muchos de ellos poseen enfermedades, pero deciden no tomarlas como terminales, las aceptan y se adaptan a sus nuevos roles. Esto no les quita la felicidad sino por el contrario aprenden a vivir de otro modo sin dejar de lado lo que más satisfacción les da que es ni más ni menos, vivir.

Hay dos conceptos indispensables para que se pueda concretar el envejecimiento saludable y activo:

A) AUTONOMÍA es la facultad humana para gobernar las propias acciones, la propia vida. Su antónimo, la heteronomía, se refiere al hecho de ser gobernado por los otros, es cuando los demás deciden por uno.

B) INDEPENDENCIA se refiere a la capacidad de la persona para desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria; su opuesto, la dependencia, indica la necesidad de ayuda.

Ambos conceptos jugarán un rol importante para comprender el perfil de las políticas públicas de bienestar en salud orientadas al colectivo de los adultos mayores. Como se verá más adelante las políticas hacen énfasis en la dependencia y en menor medida en promover la autonomía. Es decir, tienen un corte más asistencial que de promoción y prevención.

Capítulo 3: La mortalidad y la utilización de los AEVP para definir el envejecimiento

3. Antecedentes

3.1 Antecedentes: la perspectiva Internacional

Se hace referencia en este apartado a los diferentes autores considerados fundamentales para comprender la temática propuesta en esta tesis.

Al ser el envejecimiento muy prolífero en particular, dentro de las tres temáticas abordadas en la tesis, se decidió acotarlo a algunas teorías importantes.

En esta tesis no se pretende hacer un análisis exhaustivo del envejecimiento sino verlo en su interacción con las políticas públicas de bienestar en salud y las causas de muertes. Para una mejor comprensión de estas últimas, se analizan los datos a través de los AEVP donde se buscan las causas de muertes más relevantes, indagando en aquellas por las que se pierden mayor cantidad de años de vida. Sucesos mayormente evitables si se aplican buenas políticas públicas de bienestar en salud por acción del Estado Nacional.

Un antecedente clave para mencionar es la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento realizada en Madrid en el año 2002 ya que pone de relieve la importancia de las políticas públicas de bienestar en salud en relación con el envejecimiento. Concretamente resalta las implicancias del envejecimiento demográfico y de la necesidad 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). Los representantes de gobiernos participantes definieron el Plan de Acción de Madrid de 2002, y se comprometieron a “promover una sociedad para todas las edades”. La intención de dicho plan, entre otras, es ocuparse del envejecimiento de las personas de 60 años y más para los países menos desarrollados. Asimismo, dicha conferencia dio origen al sistema de indicadores elaborado por CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) en el año 2006 y son utilizados por los países de Latinoamérica.

En el plan de Madrid, se formulan recomendaciones –que los países se comprometen a incorporar– en tres grandes 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 para el desarrollo de estas políticas públicas de bienestar en salud.

Por su parte, 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 para la acción local.

Para la aplicación y el seguimiento de la Estrategia Regional, según la Declaración de Brasilia de 2007, se retoma como propio uno de sus objetivos del Plan de Madrid orientado a la “elaboración e implementación de un sistema de indicadores específicos que sirva de referencia en el seguimiento y la evaluación de la situación de las personas mayores a nivel nacional y regional” (Plan de Madrid, 2002: Párrafo 51, citado en CEPAL, 2004: 23).

El sistema de indicadores propuesto 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 sociodemográficas más relevantes. La segunda área temática, se relaciona con la seguridad económica en la vejez. 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 sus factores de riesgo asociados. La cuarta área temática alude a los entornos físicos y sociales. Ejes son utilizados para el análisis del envejecimiento a lo largo de la tesis. Los ejes que son tomados en cuenta para esta tesis son los 1, 3 y 4. Se excluyen los relativos a la segunda temática por ser económicos, área que excede los propósitos de esta tesis y ameritaría un desarrollo profundo en otros tópicos.

Tomando en cuenta la primera de las cuatro áreas temáticas, cabe mencionar el artículo de Ribotta et al (2014) donde se exploran las fuentes de datos producidas en Argentina y Uruguay durante la última década y se toman como referencia para la propuesta de indicadores de CELADE (2006). Es desde allí donde estos autores buscan los indicadores que permitan visibilizar la situación de los adultos mayores. Las medidas propuestas podrán ser útiles como insumo para el diseño, ejecución y monitoreo de las políticas públicas focalizadas. Un aspecto para destacar de este artículo es el foco puesto en los derechos humanos, el cual es rescatado por esta tesis para conocer los derechos de los adultos mayores en tanto personas activas y no ser tratados como sujetos pasivos. En segundo término, los autores destacan la carencia que presentan las fuentes de datos en ambos países la cual impactará y marcará la deficiencia en el diseño de políticas. En particular observa la falta de datos para conocer los perfiles de riesgo de la población adulta mayor y sus principales necesidades en salud. En este sentido

resulta necesario incorporar estadísticas oficiales que ayuden a comprender la realidad en la que se encuentra el país.

Respecto al tercer módulo de sistema de indicadores del CELADE, que refiere a La salud y el bienestar en la vejez cabe citar al trabajo realizado por Peláez – Ribotta (2008). Siguiendo a estos autores, un indicador como la relación de dependencia nos ayuda a comprender el bienestar de los adultos mayores. Los autores observan que en Argentina se gana sólo 6,7 años de edad mediana en 50 años, un mayor envejecimiento de la población que en otros países latinoamericanos. Claramente, los cambios generacionales estudiados producen alteraciones en las estructuras etarias. Esta relación de dependencia da una idea de la carga económica promedio que tiene un trabajador teóricamente activo o potencialmente activo, para mantener a los trabajadores teóricamente no activos o potencialmente inactivos. Para garantizar políticas de bienestar sustentables debería darse al mismo tiempo el crecimiento de la población de los adultos mayores con un crecimiento sostenido de la economía, de lo contrario se correría el riesgo de que los potencialmente activos pasen a engrosar la lista de los desocupados, con la consecuencia del incremento de pobreza y del desequilibrio social a que esto conlleva.

Si se toma en cuenta que una mayor expectativa de vida supone un desafío para mejorar la calidad de vida, surge el interrogante de cómo lograr un envejecimiento activo y saludable para los adultos mayores, en donde los recursos limitados de los Estados obligan a diseñar políticas y programas de bajo costo que resulten realmente efectivos.

El artículo: “Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social” de Tisnés y Salazar-Acosta (2016) tiene por objetivo general la caracterización de la población mayor de 65 años, utilizando diversos indicadores demográficos, a fin de mostrar tanto el impacto del envejecimiento en las estructuras poblacionales por grupos de edad y sexo como la situación en la cual se encuentran. Para esta tesis resulta interesante observar cómo analiza los diversos indicadores propios del proceso del envejecimiento. El análisis de datos demográficos realizado ayudó a construir un análisis propio sobre los datos obtenidos que luego serán analizados.

Para los autores Alvarado García y Salazar Maya (2014), el envejecimiento es considerado un problema de salud pública tanto a nivel nacional como internacional. El cambio en la pirámide poblacional se traduce en un aumento de la población adulta mayor en un contexto en el cual los gobiernos no están preparados para las consecuencias físicas, mentales, sociales y sanitarias de aquello que implica este proceso en su total magnitud. El conocimiento

de este fenómeno permitirá, profundizar en el entendimiento del concepto, así como proponer estrategias de intervención, y guiar la práctica de cuidado.

Las autoras Gascón y Redondo (2014) en el documento: “Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia” analizan la experiencia internacional desarrollada por países pioneros y exitosos en la instalación de servicios para las personas mayores con dependencia y sistemas de estándares de calidad. El estudio se realizó como una investigación empírica de normas y documentos utilizando técnicas de revisión bibliográfica y análisis de información secundaria. La principal conclusión a la que arribaron es que el cuidado a largo plazo ayuda comprender las necesidades de los adultos mayores y los cambios que sufren en su vida cotidiana. En esta tesis, esta metodología de análisis fue extrapolada para la experiencia argentina. El análisis de estas autoras establece un parámetro para las políticas públicas que permite evaluar los escenarios posibles para la Argentina.

3.2 Políticas públicas de bienestar en salud. Cambios recientes en la historia.

La Argentina ha implementado acciones en el ámbito de la salud y de la promoción y asistencia social tendientes a afrontar las necesidades de cuidados de los adultos mayores. La organización en la prestación de estos servicios es fragmentada, no sólo por las características propias de este tipo de atención (OCDE, 2011), sino porque también heredan la estructura federal del país y la fragmentación en el sistema de salud argentino (Tobar, 2012).

Las políticas públicas del bienestar en salud para el envejecimiento activo en Argentina están impulsadas por políticas preventivas para lograr una mejor calidad de vida del adulto mayor en su cobertura tanto pública como privada. Las políticas que se orientan a la mejora de los factores de riesgo y a la cobertura a través del PMO (Programa Médico Obligatorio).

Por otro lado, aquellas políticas que contemplan acciones de protección social de los adultos mayores.

El sistema de salud está conformado por 3 subsistemas público, privado y de obras sociales. Todos comparten el financiamiento, la producción y la provisión de los servicios (González-García y Tobar, 1997). El financiamiento se origina en 3 fuentes: los impuestos (nacionales, provinciales y municipales), las contribuciones a la Seguridad Social y la compra directa de seguros y copagos, en el caso del sistema privado.

El sistema público provee directamente servicios a través de la red de hospitales públicos que son, en su mayoría, provinciales y municipales, como producto de una progresiva

descentralización del gasto a nivel nacional. El sistema privado brinda en su mayoría servicios a las obras sociales sin infraestructura propia; asimismo, cubre a la población de medianos y altos ingresos a través de empresas de medicina prepaga. Las Obras Sociales se financian con fondos que se originan en los aportes y las contribuciones sobre el salario de los trabajadores en relación de dependencia (6% por parte del empleador y 3% del empleado) y determinadas prestaciones son cubiertas por partidas del presupuesto general (González-García y Tobar, 1997). Esas entidades han sentado las bases de un sistema de seguridad social médico solidario en cada uno de los gremios: cada trabajador realiza aportes en función de su nivel salarial y obtiene prestaciones de salud – no necesariamente proporcionales – relacionadas con el monto de recursos globales que percibe cada entidad. Los recursos, a su vez, dependerán del nivel salarial medio de la rama de actividad correspondiente (Cetrángolo y Devoto, 1998).

Los profundos cambios operados en el mercado de trabajo desde mediados de los años 1970, expresados en un descenso de la tasa de asalariados y el crecimiento del mercado informal, redujeron la base de los mecanismos financieros que nutren a las obras sociales, provocando fuertes desequilibrios económicos, y haciendo más visibles los rasgos de heterogeneidad e inequidad en las prestaciones. La expulsión de demanda a los hospitales públicos en búsqueda de atención gratuita por parte de los afiliados de menores recursos significó de hecho una mayor estratificación de la demanda.

Las políticas sociales en bienestar en salud en particular, están caracterizadas por determinadas propiedades que las hacen especialmente dependientes de la calidad de las instituciones necesarias para darles soporte. Son altamente distributivas, suelen involucrar a una multiplicidad de agentes a lo largo del territorio, implican a múltiples actores políticos interactuando en diversos niveles del proceso de construcción de políticas, requieren especial atención en aquellas etapas de escasez de recursos –como las crisis económicas- e importantes acuerdos intertemporales, entre otros (Spiller y Tommasi, 2000).

En el contexto de regulación de las obras sociales sindicales se creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados en el año 1971 mediante el Decreto Ley 19.032, con el propósito de concentrar a la totalidad de la población pasiva bajo una única cobertura social, universal y obligatoria. Así, se instrumentó el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI) hacia el año 2010 su cobertura alcanza cerca de cuatro millones de personas.

En cuanto a la población cubierta por el PAMI debe destacarse que ésta no ha sido siempre la misma, sino que se han ido incorporando nuevos sectores. Al conjunto de jubilados y pensionados, se sumó mediando el Decreto 28/74 los beneficiarios de pensiones por vejez, invalidez y leyes especiales. En 1988 se sancionó la Ley 23.569 que estableció la

incorporación a la nómina de beneficiarios del INSSJP de toda persona mayor de 70 años que no fuera titular o adherente a otra obra social. Así, en la actualidad la población beneficiaria del PAMI está compuesta mayoritariamente por jubilados, pensionados y sus familiares, además de discapacitados y veteranos de guerra.

En comparación con el PMO, los afiliados del PAMI reciben mayor cobertura de servicios que la exigida a las obras sociales. El PAMI brinda servicios médicos, cuidado hospitalario, prescripción de medicamentos, odontología y geriatría. No existen copagos o deducibles, excepto en caso de medicamentos y cuidados especiales. El INSSJP también provee una variedad de servicios sociales que incluye asistencia financiera y alimentación a los beneficiarios que lo requieren por cuestiones sociales o sanitarias. A pesar de la amplitud de los servicios que el PAMI ofrece en términos formales a sus afiliados, los mismos se hacen atender con frecuencia en los Hospital Públicos.

La inestabilidad laboral, el aumento del empleo asalariado no registrado en la década de los noventa y la crisis de los años 2001-2002 exigieron la implementación del “Programa de Inclusión Previsional” mediante dos mecanismos: “prestación previsional anticipada” y “moratoria previsional” mediante la Ley 25.994 (2005), que supuso una transformación radical. El primero de ellos otorgó una jubilación anticipada para adultos desocupados que tenían los años de aportes necesarios, pero no la edad jubilatoria. El segundo, ofreció un plan de facilidades de pago a aquellas personas que teniendo la edad para jubilarse no podían acceder, por no cumplir con los requisitos contributivos. En ese contexto, los nuevos jubilados empezaron a recibir los beneficios previsionales, de los cuales se les descontaría mensualmente por un lapso máximo de 60 meses (Bertranou y colaboradores, 2013).

Para atenuar la afectación de la pobreza y la desigualdad por la ausencia o escasez de ingresos de los adultos mayores, el Estado Nacional puede implementar diferentes esquemas de protección social, en cuanto a cobertura, prestaciones y formas de financiamiento.

En gran medida la protección previsional se basa en el sistema previsional contributivo, asociados a la historia laboral que se financian con los aportes y contribuciones realizados sobre la masa de salarios del empleo formal y ahorros “obligatorios” que se realizan durante la etapa económicamente activa. Los mismos, actúan como seguros y pasan en el retiro a reemplazar los ingresos laborales.

Ante la situación erosionada del mercado laboral formal y el empleo en general, se configuró también un esquema de pensiones no contributivas que tiende a cubrir con un ingreso mínimo a los adultos mayores, independientemente de su historia laboral, sus contribuciones y se financia con rentas generales (Bertranou y colaboradores 2013). Esto permitió alcanzar una

cobertura casi universal, superior al 90% de los adultos mayores en edad de jubilarse. El programa de inclusión previsional se desplegó bajo la lógica del sistema contributivo, alejándose de la lógica asistencialista segmentada, vinculado a la historia laboral.

La Ley 26.425, sancionada en noviembre de 2008 (Mesa-Lago, 2009), dispuso la eliminación de las Administradoras privadas de los Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP) y las reemplazó por un sistema de reparto administrado por el Estado, denominado Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA), lo que constituyó, a juicio de Danani y Beccaria (2012), un proceso de contrarreforma con respecto a las políticas de protección social de la década del 90. Todos los beneficiarios del sistema de capitalización fueron transferidos al sistema público emergente al igual que los fondos de las cuentas individuales.

Las moratorias implementadas han sido muy importantes para la ampliación de la cobertura. Sin embargo, con el paso de los años y ante un escenario en el que no se ha logrado resolver el problema de la precarización, la informalidad laboral, el desempleo y la baja participación laboral -especialmente femenina-, es esperable que la cobertura a través del pilar contributivo vuelva a caer. Lo que se traducirá en un porcentaje creciente de población en edad jubilatoria, nuevamente por fuera del sistema previsional.

En Argentina, la edad legal para acceder a un beneficio previsional es de 60 años para las mujeres y 65 para los hombres. Ambos sexos deben acreditar 30 años de aportes a la seguridad social. Cuando la edad es igual o superior a los 65 años, en caso que hayan trabajado en actividades consideradas como penosas o insalubres, deberá ser reducida por la legislación nacional para acceder a los beneficios (Bertranou y colaboradores, 2013).

De acuerdo con los datos del Censo 2010, en octubre de ese año la población total que percibía haberes jubilatorios era de poco más de seis millones de personas; de éstos, quienes tenían la edad de jubilarse eran 4.291.352, cifra que representa un 86,4%. Un 79% de estos últimos recibía solamente un beneficio previsional (una jubilación o una pensión por fallecimiento del titular) mientras que el 15% recibía dos beneficios, generalmente, una jubilación y una pensión. Las mujeres eran, por abrumadora mayoría, las titulares del “doble beneficio”, alcanzando el 90 % de quienes revisten en esa condición. Por su parte el 6% restante corresponde a beneficiarios de pensiones no contributivas, asistenciales o graciabiles (Beccaria y Danani, 2012).

Debe notarse que la flexibilización y la apertura de la base de cobertura del PAMI, a través de mecanismo para trabajadores autónomos fue también la puerta de entrada a la cobertura previsional para los trabajadores en relación de dependencia que se habían desempeñado total o parcialmente en la informalidad, o en el trabajo no registrado, como también para

trabajadores que habían transitado por el desempleo y para las personas que habían permanecido en la inactividad (como las amas de casa).

Del mismo modo, muchas de las iniciativas de políticas en el marco del sistema de Seguridad Social se focalizaron en los más pobres, sea mediante el incremento de la jubilación mínima (que creció más de un 80% en términos reales en cuatro años) o la moratoria previsional.

La cobertura del sistema jubilatorio tradicional entre los adultos mayores fue decayendo, y la presión por revisar el esquema no contributivo y hacerlo más accesible fue en aumento. (Rofman Fajnzylber y Herrera, 2010).

La ley central de la reforma fue aprobada en diciembre de 2004, pero hubo —en cuanto a nuevos beneficios otorgados— una respuesta lenta hasta mayo de 2007. A partir de entonces, una rápida aceleración en los procedimientos de aplicación y procesamiento de las solicitudes redundó en un total aproximado de 2,1 millones de nuevos beneficiarios hacia mediados de 2009.

3.3. Descripción del contexto de la salud argentina en relación a la vejez.

3.3.1 Enfermedades crónicas no transmisibles y su relación con el Sistema de Salud.

La transición epidemiológica y demográfica de las últimas décadas generó un incremento de las llamadas enfermedades no transmisibles (ENTs) principalmente de las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, cánceres, enfermedades crónicas respiratorias y las lesiones de causas externas. En total estas ENTs representan más del 70 % de las muertes en el país (Ministerio de Salud de la Nación, 2010; Grushka, C., 2014a).

El crecimiento sostenido de estas enfermedades en todo el mundo amenaza a futuro la capacidad de respuesta de los sistemas de salud. Argentina no escapa a esta realidad. Las enfermedades infectocontagiosas y degenerativas hacen que el sistema sanitario se enfrente a importantes desafíos producto de esta “doble carga” de enfermedad.

Desde el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, en el año 2009, se aprobó y puso en marcha la “Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles” (ECNT). Las ENTs son las causas más frecuentes de mortalidad en el país, y afectan en forma relevante la calidad de vida relacionada con la salud de las personas que las padecen, requiriendo conjuntos significativos de recursos financieros, y del cuidado de familiares o instituciones.

En Argentina existe evidencia respecto de la reducción en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares que puede atribuirse particularmente al cambio de hábitos y conductas.

Asimismo, las leyes de ambientes libres de humo han reducido las internaciones por síndromes coronarios agudos, pero no han logrado reducir el cáncer de pulmón (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

La Comisión Nacional de Enfermedades No Transmisibles, asimismo, generó nuevas iniciativas como el Código Alimentario Argentino en 2010, estableciendo la eliminación de las grasas trans y la reducción de la utilización del sodio en la industria, reduciendo así los riesgos cardiovasculares y diabetes mellitus a futuro (Grushka, 2014a).

Fundamentalmente, el Ministerio de Salud, en conjunto con las autoridades de Educación y Desarrollo Social cuentan con la responsabilidad de generar espacios de debate, asistencia técnica, formación y capacitación, fomentando hábitos de alimentación y cuidado.

Sin embargo, la aplicación de políticas de promoción y fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública en una estructura de financiamiento y gestión federal de recursos presenta un desafío especial. Para la implementación efectiva de todas estas medidas no sólo deben participar las autoridades ejecutivas de Ministerios y Secretarías de Salud, sino también las legislaturas provinciales y el Poder Judicial, permitiendo para posibilitar un diseño consistente y consensuado en el tiempo lo que resulta ser el mayor desafío para llevar adelante.

El Programa de Asistencia Médica Integral para los adultos mayores en Argentina cumple un papel importante en este marco de protección. Siendo la institución de seguridad social de mayor escala del país, su posibilidad de organizar un plan de cobertura de intervenciones a todo nivel de complejidad es particularmente amplia, con capacidad de contratación tanto a prestadores públicos como privados.

El Estado asume un protagonismo particular, contando con dos instrumentos especialmente idóneos para avanzar en una estrategia de ciclo vital: el Programa Médico Obligatorio (PMO) – descrito anteriormente – y las tareas de evaluación de nuevas tecnologías. Ambos se presentan como potenciales herramientas para el uso racional de recursos, y permitirían inducir prácticas al sistema prestacional que fomenten sesgos preventivos, medicina basada en la evidencia y coordinación interinstitucional.

3.3.2 El Programa Médico Obligatorio (PMO). Definición, usos y alcances.

La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) cuenta entre otras responsabilidades, con la facultad de definir, financiar y dar cumplimiento al Programa Médico Obligatorio (PMO). Según dicho organismo, el PMO es una canasta básica de prestaciones a través de la cual

los beneficiarios tienen derecho a recibir prestaciones médico asistencial. Las obras sociales y Prepagas deben brindar las prestaciones del PMO y otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión. El PMO se utiliza como parámetro de atención, en contenido y precio, para las instituciones de seguridad social tanto provincial como nacional (Grushka, 2014a).

Este programa se concibió para ser flexible, en este sentido lograr la incorporación de los avances médicos, tanto tratamientos como medicinas, tecnologías etc. Esto requiere de instrumentos para hacer frente a diferentes necesidades, derivadas de los cambios en los perfiles sanitarios y demográficos. La incorporación de mecanismos que establecen las diferencias entre regiones, provincias y municipios lleva a una más eficiente asignación de recursos, respecto al peso epidemiológico y de cobertura sanitaria de cada municipio, jurisdicción, provincia y Nación. Desde una mirada sistémica, el PMO es un instrumento de regulación de alto efecto expansivo potencial para incorporar eficiencia y equidad en el sistema, impartiendo normas a financiadores, prestadores y usuarios sobre pautas de contratación, prescripción y conducta sanitaria.

La presencia del PAMI como programa de cobertura universal de la tercera edad, conceptualmente establece diferencias regionales en relación a las diferencias geopolíticas de las zonas, que refiere a una iniciativa consistentemente sostenida a lo largo de los años cuya intencionalidad es cubrir a aquellas personas con mayores necesidades relativas de atención y de gastos del sistema de salud a partir de un mecanismo unificado a nivel nacional.

Más allá del factor económico, a medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas, degenerativas y discapacitantes. Por lo general, las enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores y si no se tratan adecuada y oportunamente, tienden a provocar complicaciones y secuelas que dificultan la independencia y la autonomía de las personas. Haciendo la vida más compleja.

A pesar de que la mayoría de las personas de edad con enfermedades no transmisibles mantienen su capacidad funcional, el grado de discapacidad aumenta con la edad, independientemente de la discapacidad que remita. La depresión, artrosis, cardiopatía isquémica y la fractura de cadera producen el mayor número de casos con discapacidad física en personas de edad avanzada que no están en instituciones. La elevada prevalencia de estas enfermedades en adultos mayores constituye un importante desafío para el sistema de salud, ya que elevan los costos sanitarios y aumentan la discapacidad, afectando negativamente la calidad de vida.

Ahora bien, la definición de una estrategia de cuidados de la salud en una población en proceso de envejecimiento como la observada en Argentina, requiere de la consideración de un programa de intervenciones que faciliten una política regulatoria racional de incorporación de tecnología, iniciativas que promuevan el análisis sistémico de las enfermedades no-transmisibles, a la vez que no descuide el desarrollo de hábitos saludables en la población (Grushka, 2014a).

La nueva visión de la vejez intenta “Postergar la muerte” al darle herramientas a los adultos mayores para que puedan convivir con las enfermedades. Así muchas de ellas si son tratadas a tiempo se transformarán en crónicas. Es importante tanto un diagnóstico a tiempo como consignar un tratamiento completo con la medicación correcta. Por tanto, depende del hombre, la ciencia y el sistema. Transformarlo y que se entienda la importancia del cuidado a largo plazo y el cuidado de la salud a largo plazo y que no quede solo en papel.

Exposiciones en estadios tempranos de la vida a los factores de riesgo con síntomas negativos, pueden aumentar el riesgo de enfermedades en el adulto mayor. Los factores de riesgo tienden a agruparse socialmente.

Una perspectiva que abarca la totalidad del ciclo vital ayuda a identificar cadenas de riesgos y momentos en los cuales las intervenciones pueden ser especialmente eficaces.

El avance de pirámides poblacionales con bases angostas, el surgimiento de un mayor peso de las enfermedades crónicas en los patrones epidemiológicos, aún sin haber resuelto patologías transmisibles propias de la pobreza, brinda un amplio espacio para el desarrollo de estas iniciativas de intervención. El avance tecnológico exitoso en la búsqueda de más y mejor esperanza de vida, también impone una fuerte presión orientados a brindar cobertura universal (Grushka, 2014a).

Como parte de este redireccionamiento, tópicos de salud mental han entrado como integrantes de la discusión central de estrategia sanitaria, particularmente a raíz del surgimiento de nuevas patologías sociales, entre las que se encuentran trastornos alimenticios y depresión.

Las cuatro políticas seleccionadas más destacadas, relevantes para el perfil epidemiológico argentino son: política integral de control de tabaco, reducción en el consumo de sal, promoción de actividad física y control de hipertensión. Todas ellas tienen su correlato en políticas implementadas pero que no han dado grandes resultados (Gragnotati, Rofman, Apella y Troiano, 2014).

La estructura del sistema de salud argentino muestra algunos desafíos que han sido afrontados y resueltos exitosamente. Hay una agenda pendiente vinculada con la organización y gestión de recursos. Ello no ha impedido que se encontrara una cobertura satisfactoria para grupos poblacionales específicos o necesidades particulares de la población, aunque queda una gran tarea por completar.

Como es el caso de la política de medicamentos, iniciada a partir del 2003. A través de la Ley de Prescripción de Genéricos y el programa REMEDIAR, contribuyó transitoriamente a la economía familiar sin tener que abandonar en su totalidad los tratamientos en curso. En conjunto, estas iniciativas garantizan a toda la población entre 40% y 100% de la cobertura en medicamentos asociados con la atención primaria en salud, el 100% de los medicamentos vinculados con enfermedades crónicas oncológicas, como también la totalidad de cobertura para las personas con HIV-SIDA. Falta resolver los tiempos en los cuales se pueden completar los tratamientos.

De igual manera ocurrió con la puesta a punto de las salas de emergencia primaria que se encontraban más cerca de la gente. De este modo se evita que por algo sencillo las personas deban concurrir al hospital, bajando ampliamente el costo en salud reorganizándolos tanto para el Estado como para las personas de a pie.

3.4 Incidencia de los cuidados a largo plazo en la vida personal e institucional.

Los cuidados a largo plazo de los adultos mayores producto principalmente de la cronicidad de las enfermedades son un sector creciente en la sociedad. Se definen como los servicios que requieren las personas que han perdido su capacidad de vivir de manera independiente (OCDE, 2011).

El término cuidados a largo plazo se refiere a la organización y provisión de una gama de servicios y asistencia a personas cuyas capacidades de vivir independientemente se han visto reducidas por un largo período de tiempo. Los cuidados pueden incluir la atención de necesidades personales, domésticas y de salud.

Estos servicios pueden proveerse en una variedad de ámbitos, incluyendo su propio hábitat adecuado a las nuevas necesidades, geriátricos, residencias para adultos y hogar de día, servicio que es brindado por personal capacitado (enfermeros o similares) o cuidadores informales (miembros de la familia, amigos, vecinos, voluntarios) (OCDE, 2007). Hay dos

componentes centrales de esta definición: (1) la atención debe brindarse por un largo período; y (2) los cuidados provistos implican una gran diversidad de prestación de servicios.

Los mayores de 60 años, y aquellos de más de ochenta, son los que tienen más probabilidad de requerir este tipo de atención. A escala mundial, se estima que más del 46% de las personas mayores de 60 años viven con alguna discapacidad (UNFPA, 2012).

Los cuidados a largo plazo no se limitan solamente a los mayores. Los avances de la medicina permiten alargar la sobrevivencia en determinadas problemáticas de salud, aunque con discapacidades físicas, psíquicas y cognitivas. En este contexto, se genera un dilema ético y moral sobre las circunstancias en que se produce dicho alargamiento, tanto desde lo personal como desde lo institucional.

En todas las sociedades, siempre han existido personas de edad avanzada que requieren de la ayuda de otros (CEPAL, 2009). Sin embargo, la forma de dar respuesta a esta necesidad está cambiando y la presión sobre los sistemas formales de cuidados a largo plazo se está incrementando debido a distintas razones (OCDE, 2011; OMS, 2003):

- 1) la transformación demográfica incrementa la demanda de estos servicios. A medida que la sociedad se desarrolla hay más población envejecida.
- 2) el cambio en los roles sociales y familiares inciden en una baja en los cuidados informales brindados, resultando en una mayor presión sobre el sistema formal.
- 3) a medida que la población aumente el uso de estos servicios, se esperan mayores demandas de calidad y más respuestas por parte del sistema social y/o de salud.
- 4) los cambios tecnológicos permiten mayores cuidados a largo plazo en el hogar, llevando a nuevos roles familiares e institucionales.

En conclusión, se viene produciendo un cambio de paradigma en los modelos de cuidados al adulto mayor.

El número creciente de casos de enfermedades crónicas, la prevalencia de factores de riesgo (obesidad, hipertensión, tabaco, alcohol), así como las características en los episodios agudos de la enfermedad, hacen prever que los riesgos de dependencia de los adultos mayores sean cada vez más significativos (Huenchuan, 2009).

3.5 Políticas públicas según la dependencia de los adultos mayores (AVD y AIVD).

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) da cobertura de salud al 82% de las personas mayores de 60 años. A estos se suman los servicios prestados por otros organismos de la seguridad social (obras sociales nacionales y provinciales), y planes estatales, como el Plan Federal Incluir Salud (ex Profe). Por su parte el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación cuenta con la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, que ejecuta programas específicos de promoción, protección e integración social de los adultos mayores. En términos normativos esta estructura institucional debería garantizar el 100 por ciento de la cobertura de salud y protección social en esta población en estudio.

Las políticas públicas de bienestar de estas instituciones están concebidas sobre la base de la evaluación de las necesidades específicas de los adultos mayores. Para comprender dichas necesidades es importante conocer dentro de esta población aquellas actividades que requieren de diversas formas la asistencia de un tercero. La evaluación de la necesidad de una persona para recibir este tipo de atención se ha basado, en general, en dos medidas de dependencia: dificultad para desarrollar las actividades de la vida diaria (AVD), y el grado de dificultad para implementar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). El grado de dificultad que las personas experimentan al realizar una u otra actividad evidencia su nivel de dependencia. Las AVD denotan un conjunto de acciones personales o de autocuidado que incluyen bañarse e higienizarse, vestirse, alimentarse, acostarse o levantarse de la cama, ir al baño y el control de la incontinencia.

Las AIVD por su parte hacen relación a las acciones para mantener el medio ambiente del individuo, como hacer las compras, lavar la ropa, limpiar el hogar, cocinar, y manejar asuntos personales. Las restricciones en estas últimas pueden tomarse como limitaciones en la participación comunitaria o en la resolución de problemas cotidianos. En general, se considera que la asistencia en AVD implica un mayor grado de dependencia que la asistencia en AIVD, y por lo tanto está asociado a un mayor nivel y complejidad de atención (OCDE, 2007).

Estas medidas resultan relevantes para comprender el envejecimiento activo y la posibilidad de participación del adulto mayor en él. Tema que se desarrollará en el último capítulo.

Los cuidados a largo plazo abarcan prestaciones del sector salud y de la promoción y asistencia social, ya que tienen componentes de ambas áreas. El desafío es definir de forma comprensiva y práctica los límites entre ambos. (OCDE, 2007).

Según la OCDE (2007), la perspectiva funcional de las actividades de la vida diaria del adulto mayor, refiere al tipo de servicio provisto para asistirlo en el desarrollo de las AVD o en las AIVD.

Los servicios de salud y protección social que se deben incluir dentro de los cuidados a largo plazo, en orden decreciente de intensidad son (OCDE, 2006; OCDE, 2007):

1. Cuidados paliativos (al final del ciclo de vida): Esto incluye la atención brindada en hospicios o domicilio.
2. Cuidado de enfermería de largo plazo: Estos son servicios intensivos, de alta complejidad, y con asistencia en las actividades de la vida diaria.
3. Asistencia personal con actividades de la vida diaria.
4. Servicios y financiamiento en apoyo al cuidado informal.
5. Ayuda y cuidados en el hogar, y otros tipos de asistencia con el desarrollo de las actividades instrumentales de la vida diaria.
6. Otros servicios residenciales.
7. Otros servicios sociales provistos en el contexto de cuidados a largo plazo.

En los casos 1 y 2, se incluye el tipo de asistencia que proveen la administración de medicación, diagnóstico médico y la realización de cirugías menores o curación de heridas. Este modelo de servicios de salud presupone una creciente incorporación de los cuidados de enfermeros profesionales en el hogar de personas con enfermedades crónicas o con discapacidad avanzada.

En el caso 3, los servicios se refieren a cuidados intermedios, mayormente ayuda con una o más de las AVD por medio del apoyo psicológico o la supervisión de la persona con discapacidad. Los cuidadores no tienen formación médica, pero en general están preparados para estas tareas. Es importante tener en cuenta que lograr el otorgamiento de este servicio tiene un alto nivel de complejidad. No toda persona puede contar con dicho servicio.

En los casos de 4 y 5 se hace cargo principalmente la familia que puede o no poseer ayuda institucional complementaria.

En el caso 6 relacionados con los servicios residenciales, se cubren las necesidades de personas mayores con o sin discapacidades. Estos establecimientos combinan la idea de vivir de forma independiente, como por ejemplo en un departamento propio con alto grado de

determinación en los aspectos personales, pero con la provisión de actividades de apoyo social de distinto tipo: servicio de comida y limpieza de la habitación, actividades recreativas, kinesiología, etc.

En el caso 7, incluye servicios de cuidados de día, transporte especial u otras actividades sociales para las personas con limitaciones funcionales.

De acuerdo a los anterior se puede afirmar que los cuidados en la vejez pueden provenir de distintos orígenes: familia, Estado y servicios privados. Ninguna de estas tiene la responsabilidad exclusiva en la provisión del cuidado y, como resultado de ello, no siempre existe una clara división entre la asistencia que presta cada uno a los adultos mayores que así lo requieren. (CEPAL, 2009).

Muchos países de la región se han focalizado en la regulación de las residencias de larga estadía (por ejemplo, Argentina, Chile, Costa Rica, México y Uruguay). En la mayoría de los casos, la reglamentación es débil e incluso suele tratarse sólo de medidas administrativas, que en su mayoría no se cumplen, o si lo hacen es de manera parcial.

3.6 Debates pendientes en la Argentina sobre los cuidados a largo plazo.

Las políticas de cuidados a largo plazo enfrentan numerosos desafíos dada la superposición de servicios de salud y sociales, así como también, con los cuidados informales que brindan familiares y voluntarios.

Los problemas de coordinación entre los servicios de atención del evento agudo, la rehabilitación y los cuidados a largo plazo pueden llevar a resultados poco satisfactorios para los pacientes y también conducir a una ineficiente utilización de los recursos.

Las políticas para mejorar la coordinación pueden implementarse a partir del establecimiento de un marco estratégico nacional que defina los grandes objetivos y las prioridades. En el contexto argentino, debe enfrentarse la superposición de servicios de salud y sociales, y también la fragmentación que presenta la estructura actual del sistema de salud (Gragnoti, Rofman, Apella y Troiano, 2014).

Existe una gran variabilidad en la calidad de los servicios de cuidados a largo plazo, y consecuentemente, descontento por parte de los usuarios y sus familiares. Hay numerosos ejemplos de cómo se proveen servicios poco adecuados: malas condiciones habitacionales en las residencias, poca interacción social y privacidad, e inadecuado tratamiento del dolor o la depresión.

El tiempo en la iniciación del tratamiento o la inclusión en los distintos programas es, muchas veces, demasiado prolongado. Situación que amerita ser corregida y tenida en cuenta por las autoridades pertinentes.

Algunos países, han tratado de abordar esta problemática mediante un incremento del gasto público o una mejora en la regulación de los servicios, estableciendo medidas de calidad y monitoreo por resultados (OCDE, 2005).

El PAMI tiene algunos avances en este sentido ya que la Resolución 682/08 establece mecanismos de evaluación prestacional y de planta física de los geriátricos o centros residenciales especializados.

La Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, del Ministerio de Desarrollo Social, tiene dentro de sus objetivos la promoción de la calidad de vida del adulto mayor y el fortalecimiento institucional (técnico, edilicio y de equipamiento) de instituciones que atienden a este grupo poblacional. A pesar del establecimiento de esta dirección en el ámbito ministerial restó la implementación efectiva de las normas y esquemas de monitoreo. Así como la profundización en el desarrollo de programas que incentiven la mejora de la calidad de los servicios (Gragnotati, Rofman, Apella y Troiano, 2014).

El personal es otro de los ejes en los cuales la política pública de bienestar en salud debe trabajar aún más, tanto en lo referente a cantidad como calidad de los cuidados brindados y en las auditorías de los mismos debido a su deficiencia.

Muchos países han resuelto este tema mediante incrementos salariales, mejoras en las condiciones laborales, o el diseño y apoyo a iniciativas de formación profesional. En la Argentina, si bien existen programas de formación, como el de cuidadores domiciliarios realizado por el Ministerio de Desarrollo Social y la AMIA, el alcance de estos debe ser ampliado, junto con una definición de las características y cualidades que deben poseer estos profesionales. Por un convenio entre el PAMI y universidades nacionales, se provee capacitación a través de las extensiones universitarias a cuidadores domiciliarios.

El incremento de los recursos, tanto públicos como privados, destinados a los cuidados a largo plazo, irá en incremento a medida que se profundice la tendencia al aumento de la población adulta mayor (Grushka, 2014a)

Respecto al rol del sector privado, en algunos países han surgido esquemas de seguros para brindar cobertura de cuidado a largo plazo (OCDE, 2011). En general, estos seguros pueden tener dos objetivos: complementar los servicios que brinda el sector público o proveer servicios no contemplados en la cobertura pública.

Los modelos más comunes de seguros son el de reembolso y el de indemnización. En el primer caso, se otorga un monto para cubrir hasta cierto límite los gastos necesarios. En el segundo, se brinda un monto fijo mensual de por vida a la persona que presenta un nivel de

dependencia acorde a los criterios preestablecidos. En Argentina dada la inestabilidad económica esta alternativa es inviable. (Gragnotati, Rofman, Apella y Troiano, 2014).

Otras alternativas que se han implementado se asocian con la construcción de alianzas público-privadas o la venta de un mix de seguros. Sin embargo, la falta de reconocimiento por parte de la población de los riesgos financieros de los cuidados a largo plazo y el rol que estos seguros pueden tener para mitigar este efecto, hace que aún el alcance sea acotado. (Gragnotati, Rofman, Apella y Troiano, 2014).

Capítulo 4: Estrategia metodológica

4.1. Metodología

4.1.1 Antecedentes teóricos metodológicos: Las tablas de mortalidad en la Argentina.

Para entender cómo fue variando en la Argentina el fenómeno de la mortalidad se comienza por entender cómo se sucedieron los cambios demográficos en parte observables a través de las tablas de mortalidad. Para ello se toma a Somoza y su extenso estudio sobre esta temática.

Somoza (1971) fue quien elaboró la primera tabla de mortalidad en la Argentina, en su trabajo tiene como principal objetivo estimar cuál fue su nivel en el período 1869-1960 limitado por los censos nacionales de población en ese mismo período. Primordialmente buscó estimar el nivel de la mortalidad con el fin de elaborar una tabla de vida. Incluso, pudo reconstruir información para los períodos intercensales, generando 2(dos) tablas de mortalidad para los años 1869 a 1895 y 1895 a 1914. Cabe mencionar que los censos nacionales relevados hasta el momento eran los de los años 1914, 1947 y 1960. En la medida de lo posible, Somoza elaboró tablas de mortalidad por sexo según el origen de la población.

Uno de sus hallazgos más interesantes, se verá que se cumplen en esta tesis, concluye que: "...si el nivel de mortalidad del país se hubiera mantenido uniforme en el tiempo, la tasa bruta de mortalidad hubiera aumentado por efecto del proceso de envejecimiento. Si no lo ha hecho, ..., es porque la baja de mortalidad ha tenido una incidencia mayor en la tasa bruta que la influencia del envejecimiento..." (Somoza, 1971: pág. 4). En ese momento se sostenía que los cambios en los criterios de clasificación reflejaban el progreso de la ciencia médica que había hecho posible que los diagnósticos de las causas de muerte más precisos que en el pasado (Somoza, 1971: pág. 8).

Sin este estudio no se podría haber avanzado sobre el estudio de los AEVP.

Por su parte, Eduardo Arriaga (1996, 2001, 2005, 2007, 2011) define cómo y por qué se debe utilizar el índice de los AEVP y no las tasas de mortalidad brutas, o incluso, las tasas de mortalidad estandarizadas. Plantea que el uso de los AEVP permite relacionar la mortalidad diferenciada por causas de muerte en determinadas edades con el cambio de la esperanza de vida y, el consecuente cambio para las edades seleccionadas. Esto permite en esta tesis un análisis específico focalizado en las edades de 60 a 85 años y más.

El índice de los AEVP reemplaza el uso de tablas de mortalidad para lograr un análisis más profundo y exhaustivo. Busca estudiar el impacto sobre las esperanzas de vida que producen los cambios de mortalidad por causa de muerte y edad. Asimismo, los AEVP permiten un

análisis longitudinal de la mortalidad por causas de muerte sin la necesidad de utilizar tasas brutas de mortalidad estandarizadas. También miden el cambio en el nivel de la mortalidad por causas de muerte. Como se deduce del trabajo de Arriaga (1996, 2001, 2005, 2007, 2011), esta última característica puede utilizarse para detectar causas de muerte que cambian rápidamente, e incluso cuando el nivel de mortalidad sea relativamente bajo.

En conclusión, este índice analiza los eventos de la mortalidad y busca medir con una sola medida tanto el nivel como el cambio de la mortalidad en sus dos dimensiones, absoluta y relativa, basándose en los beneficios que brinda su estudio por causas de muerte. De este modo se evita en el análisis el problema de usar datos agregados, ya que da cuenta de la dinámica interna de los grupos etarios. Mientras que el uso de la mortalidad estandarizada no llega a observar simultáneamente el cambio y el nivel.

El índice de los AEVP está relacionado con la descomposición de las esperanzas de vida, desarrollada anteriormente (Pollard, 1982; Arriaga, 1984; Pollard, 1988), que fueron la base para el cálculo de los años de esperanza de vida perdidos. También se deduce en base a las funciones de las tablas de mortalidad (Arriaga, 1994 y Arriaga y Bocco, 1995). Sin entrar en especificaciones técnicas que luego se verán, las diferencias de dos esperanzas de vida temporarias entre dos edades se explican, en su totalidad, por las diferencias en los años de vida perdidos entre las mismas edades. Estos autores citados analizan aspectos muy específicos de la población expuesta al riesgo de morir. Se analiza la mortalidad a través de aquellos que mueren, pero que deberían haber vivido hasta la edad superior del intervalo de edades en estudio.

Siguiendo el trabajo de Arriaga, esta tesis focaliza el estudio de los AEVP para el grupo etario 60 a 85 y más años, rango abierto habitualmente excluido en el análisis de la temática. Esto va a permitir un mayor entendimiento del comportamiento de los adultos mayores y la relevancia de pensar el desarrollo de políticas públicas de bienestar en salud para el envejecimiento activo.

4.1.2 Tipo de estudio y diseño

Se realizó un estudio observacional demográfico de tipo longitudinal, con objetivos analíticos.

4.1.3 Descripción metodológica

Esta tesis propone analizar el impacto de las causas de muerte en los adultos mayores (60 años y más) y considerar las posibles futuras políticas públicas de bienestar en salud en Argentina para el período 2000-2010. Para ello se tomaron en cuenta los cambios más

relevantes en el perfil de la población, a lo largo de los últimos veinte años para detectar la dinámica de largo plazo del envejecimiento, focalizando en la última década. Se centrarán los esfuerzos en diferenciar los conceptos de envejecimiento demográfico, vejez y envejecimiento activo, y en comprender la importancia de la evolución demográfica que cada uno de ellos tiene, con base en los censos de los años 2001 y 2010.

El primer objetivo específico propone analizar los años de esperanza de vida perdidos (AEVP) y el exceso de mortalidad para los años 2001 y 2009 debido a las distintas causas de muerte y determinar la causa de muerte principal para cada sexo y grupo etario, dentro del segmento de 60 a 85 años, en cada una de las regiones y provincias de Argentina.

Para alcanzar el objetivo específico N°1 se utiliza la metodología desarrollada por Arriaga (1996) basada en el concepto de AEVP, que permite determinar el impacto que la mortalidad de cada categoría de causa de muerte tiene sobre la esperanza de vida por edades. Esta metodología explica también, dentro de un número determinado de grupos etarios, por qué la población no vive todas las edades comprendidas dentro de ellas y analiza cuáles son las categorías de causas de muerte que no permiten que se vivan todos esos años. Posibilita analizar en dónde ocurren (identificar las causas que más muertes ocasionan) y qué proporción posee cada categoría de causa de muerte de esos años no vividos. Se presentan aquí los AEVP calculados para cada una de las regiones y provincias de la Argentina en los años 2001 y 2009. Para el cálculo de los AEVP es recomendable la utilización de los promedios trienales para compensar desbalances en la mortalidad por año. En este sentido para los trienios 2000-2001-2002 y 2008-2009-2010 se utilizan como centro 2001 y 2009 de los períodos analizados, según sexo y grupos etarios de la población de los adultos mayores.

A posteriori se realizan comparaciones entre los años 2001 y 2009. Se calcula el exceso de mortalidad que cada región posee a nivel del país, que buscan dar cuenta de la tabla óptima observada en las categorías de causas de muerte a nivel regional.

Se efectúa un análisis de los niveles de la mortalidad en la Argentina en los años 2000-02 y 2008-10 según dos listas de las categorías de causas de muerte, siguiendo la categorización de la CIE-10. Estas fueron la lista 6/67 (OMS) y la lista originada en la tabla 25 del Anuario del Ministerio de Salud de la Nación Argentina para dichos años.

Se estudian los principales grupos y categorías de causas de muerte más relevantes, indagando en cada una de ellas y precisando también el impacto que tienen sobre los años de vida, como los comportamientos de las distintas causas de muerte en ciertos grupos etarios particulares.

A lo largo de la década se verán variaciones muy peculiares, si bien se sintetizarán los datos a nivel nacional, en esta tesis se destacarán y analizarán en profundidad los cambios ocurridos entre los años censales 2001 y 2010. Dado que los censos aportan datos oficiales, a partir de ellos se puede obtener un panorama más preciso respecto que otras fuentes, sobre todo al usar las tablas de mortalidad oficiales.

Los datos analizados fueron provistos por una base elaborada por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), del Ministerio de Salud de la Nación, con los registros de estadísticas vitales del período comprendido entre los años 2000 y 2010. A partir de los datos de dicha base se efectúan los procesamientos necesarios para generar los insumos, acordes con los requerimientos de la tesis.

Se utilizan las tablas de mortalidad de los períodos 2000-2001 y 2008-2010 realizadas por el INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) debido al carácter oficial de las mismas.

La mortalidad se podría medir a través de la tasa bruta de mortalidad, que revela la cantidad de personas que fallecen por cada mil habitantes. Sin embargo, este no es un índice que permita medir bien los cambios que se producen, dado que está afectado por la estructura etaria. Por otra parte, las tasas de mortalidad específicas por edad, indican el nivel de la mortalidad en cada edad y no permiten determinar su nivel total (todas las edades); en este sentido, el nivel general de la mortalidad de cada causa no se podría obtener con las tasas específicas por causa y edad (Arriaga, 2014).

Al calcular la esperanza de vida al nacer a partir de las tablas de mortalidad, se convierte en el índice más adecuado para calcular su nivel general ya que permite medir el nivel de mortalidad mediante años de vida. Sin embargo, este índice no mide el cambio del fenómeno. Esto es advertido por Arriaga en diversos artículos (Arriaga, 1997, 2014), donde menciona que, al ser este un indicador que no mide correctamente los cambios en el nivel de la mortalidad, es mejor para ello establecer el índice de años de vida perdidos (AEVP), el cual contempla tanto los cambios como el nivel de la mortalidad, de forma que logra reflejar mejor el cambio en el nivel general de mortalidad.

Sin embargo, la esperanza de vida al nacer que proviene de la tabla de mortalidad, permite realizar un análisis por sexo y edad; resume la ocurrencia de la mortalidad desde el nacimiento hasta las últimas edades, y permite realizar comparaciones entre distintas poblaciones, tanto por sexo como por grupos etarios.

En la literatura demográfica se ha demostrado que la esperanza de vida al nacer femenina es mayor que la masculina. Este fenómeno no sólo es atribuible a cuestiones biológicas, sino también a distintos tipos de vida los cuales pueden observarse en las causas de muerte. Las

mismas afectan de diferente forma a cada uno de los sexos y a las diferentes edades. Durante la última década analizada en esta tesis, en Argentina, la “ganancia” de años de vida de los varones ha sido mayor que la observada en las mujeres, pero, de todas formas, no es esperable que supere a la esperanza de vida femenina. Ambos han ganado años de vida, motivo por el cual la tendencia no ha variado. Esta tesis toma por tanto la variable sexo como necesaria para explicar la dinámica del envejecimiento en ambos grupos.

El aporte central de esta tesis es el cálculo de la tabla óptima. Primero se analizan todas las provincias para identificar el valor mínimo de causa de muerte registrado para un año determinado. Para lo cual se toman las provincias con mayor densidad de población y se eliminan aquellas de conocido déficit de registro de causa muerte. Se muestran los valores a los que debería llegar el resto de la Argentina, teniendo ese valor como referencia, por tanto, la tabla óptima sintetiza el valor mínimo al que podría aspirar el resto de las provincias.

Asimismo, en función de la disponibilidad de los datos, para esta tesis se tomó la decisión de analizar la población de 60 años hasta el grupo abierto de 80 años y más, salvo para determinados cuadros o indicadores, que han requerido una desagregación mayor.

Considerando que la ONU, en la Primera Asamblea Mundial sobre “Envejecimiento” realizada en Viena en 1982, propuso que la edad límite para ingresar a la vejez sea para los países desarrollados 65 años y para los países en vías de desarrollo —entre los que se encuentra la Argentina— de 60 años.

Para comprender esta decisión metodológica se transcriben algunos conceptos expresados por Arriaga (1994) a este respecto:

Los años de vida perdidos tratan de determinar cuántos años más deberían haber vivido las personas que fallecen. Como los años que cada persona debería vivir no se conocen, el concepto de años de vida perdidos necesita de algún supuesto. Supuestos distintos producen posibilidades de análisis diversas:

Suponer que la mortalidad debería ser nula entre dos edades elegidas para el análisis. Vale decir, aquellos que mueren deberían haber vivido hasta la edad superior del intervalo de edades donde se analiza la mortalidad...²

Una de las ventajas del uso del número de años de vida perdidos es que hace posible la medición, con el mismo índice, del nivel de mortalidad y de su cambio. Otra ventaja importante es que facilita la interpretación de la mortalidad por causas de muerte en relación a los años promedio de vida que vive una población, vale decir las esperanzas de vida.

Un estudio del cambio de la mortalidad para cada una de las causas simples mediante tasas brutas de mortalidad estandarizadas y esperanzas de vida al nacimiento requiere muchos cálculos y una interpretación muy cuidadosa. Si se utilizan años de vida perdidos, no sólo el

² A sugerencias del propio autor, Dr. Eduardo Arriaga, fueron omitidos los supuestos B y C mencionados en dicho artículo, ya que este considera que no se deben utilizar.

cálculo es más fácil sino que, además, la interpretación del nivel y del cambio se entiende sin dificultad. Por último, un análisis utilizando años de vida perdidos junto con la etiología de las enfermedades puede relacionarse fácilmente con los programas de salud pública para maximizar el aumento de las esperanzas de vida bajo recursos limitados. (Arriaga, 1994: 19).

Complementando los estudios realizados hasta la fecha por Arriga al utilizar los AEVP esta tesis hace un aporte en el estudio específico de la población adulta mayor de 60 a 80 años y más, lo que supone un cálculo preciso de las causas de muerte y es la primera vez que se hace para un rango de edad que incluye el grupo abierto final y no para una causa de muerte en particular.

Desde la década de los noventa en adelante para Argentina se observa una esperanza de vida aproximadamente superior a los 70 años para ambos sexos. Esto es indicativo de una estructura de la mortalidad en la que predominan las enfermedades crónicas, tales como la del sistema circulatorio, los tumores y las causas externas (accidentes principalmente, secundados por suicidios, homicidios y causas violentas).

Para esta tesis se calculan los promedios trianuales (2000-2002 y 2008-2010) de las defunciones por edad y sexo, con el objetivo de reducir el efecto de las posibles variaciones aleatorias de los registros entre años calendarios.

Según Arriaga (1997), el método de años de esperanza de vida perdidos permite:

- 1) Medir los años de vida perdidos como consecuencia de la mortalidad por cada causa de muerte, ya sea para el total de edades como para cada grupo de edad específico.
- 2) Determinar para cada causa de muerte, el cambio producido en los años de vida perdidos durante un período como consecuencia del cambio del nivel de mortalidad de dicha causa.
- 3) Calcular la rapidez del cambio de la mortalidad por cada causa de muerte, analizando el cambio porcentual anual de los años de vida perdidos (citado por González y Peranovich, 2012).

Para el cálculo de los AEVP se utiliza la planilla "AEVP 65-85" del libro *Análisis demográfico de la mortalidad* (Arriaga, 2014), a través de la cual se calcula, para cada una de las causas específicas de muerte, los años de esperanza de vida perdidos.

Se seleccionaron para su posterior análisis las principales y más relevantes causas de muerte, teniendo en cuenta la lista de causas CIE-10 de la OMS. Luego se realizó un ordenamiento en cada trienio a trabajar para hombres y mujeres en función a los datos obtenidos de la base de datos provista por la DEIS para los años correspondientes.

La importancia que tiene cada categoría de causa de muerte se determina teniendo en cuenta los AEVP y no el número total de defunciones (en valores absolutos) que produce cada causa de muerte, que es lo que frecuentemente se realiza. Se ha tomado esta decisión debido a que, si el nivel general de la mortalidad se calcula con años promedios de vida, la categoría de causa de muerte principal debe ser la que restringe más la esperanza de vida.

Del paquete PAS para análisis estadístico en Excel y SPSS se utiliza el aplicativo DDEV-085 y el AEVP-VELOC-2-2-085, donde se pueden comparar las tablas resultantes de las causas de muerte del aplicativo AEVP-80 para cada sexo, a escala país solamente (Arriaga, 2014).

Según Ribotta (2013), la *causa básica de muerte* es una variable compleja de analizar dada su dificultad en la calidad que presenta. Hay un informe nacional en el que se menciona que el porcentaje de datos en las causas “mal definidas” se incrementa durante el período en estudio de esta tesis, y comenta, además la existencia de varias dificultades para la certificación y codificación de algunas muertes en particular no sólo en esta categoría. No menos importante para este trabajo, sigue comentando Ribotta, es no perder de vista que desde diferentes perspectivas se ha mostrado que el país posee una elevada proporción de codificación “basura” o “impropia” de la causa básica de muerte. Argentina sería uno de los 17 países con mayor proporción en esta categoría, entre aquellos que son miembros de OMS. Según otras definiciones operacionales, el país tendría uno de los niveles más altos de América, manteniendo o incrementando la proporción de estas causas de muerte entre los años 1996 y 2007. Pese a los esfuerzos que se realizan para mejorar la calidad de la clasificación de las causas, los registros aún presentan muchos problemas. Esta tesis incluye en sus cálculos esta categoría “mal definida” a sabiendas de su limitación en el análisis. Las contribuciones no se ven impedidas de mencionar ni modificadas por el sólo hecho de no contar con la exactitud deseada. Haciendo la salvedad del caso, el estudio fue factible de realizar pues no afectó el bien mayor que fue conocer el comportamiento de las causas de muerte.

De acuerdo al marco legal vigente, INDEC es responsable directo de la coordinación del Sistema Estadístico Nacional bajo el principio de la centralización normativa y descentralización operativa. Con relación a la salud, la coordinación operativa del Sistema Estadístico de Salud está a cargo de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), organismo dependiente del Ministerio de Salud de la Nación. La responsabilidad de la producción de las estadísticas vitales recae sobre dicho Ministerio, por delegación del INDEC. El Ministerio de Salud, además, es el que se encuentra a cargo de realizar el consolidado nacional de las estadísticas vitales utilizado en esta tesis. Hay que tener en

cuenta el hecho que la recolección de estadísticas vitales se basa en el registro permanente y universal involucrando también a las Oficinas provinciales de estadísticas de salud.

La DEIS como agencia coordinadora nacional, articula su trabajo con organismos de alcance jurisdiccional y local. Incluyendo a los establecimientos de salud y a los Registros Civiles. Así, el sistema de recolección adquiere *base territorial, cobertura nacional y continuidad*, gracias a la estructura del Registro Civil, regulado por la Ley 26.413/08.

Se utilizan los datos producidos por la DEIS ya que son los más exhaustivos para los propósitos de esta tesis.

Siguiendo a Ribotta (2013), el enfoque más habitual consiste en analizar las muertes por *causas "mal definidas"*, utilizando la codificación: "signos, síntomas y hallazgos clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte" o bien "signos, síntomas y afecciones mal definidas" (R00-R99) según el listado de la CIE10 utilizado en esta tesis. Estos códigos son utilizados para contemplar aquellos casos en que el médico o la persona que realizó la certificación, no logró diagnosticar la causa básica de la muerte correctamente.

Con base a la necesidad de garantizar la exactitud de los datos sobre la causa básica de defunción, en esta perspectiva también es frecuente recurrir a *umbrales de tolerancia*. En una de las primeras clasificaciones regionales al respecto, la exactitud de las causas de muerte se establece a partir de la siguiente clasificación del porcentaje de causas mal definidas: muy buena, 0-15%; relativamente buena, 15-25%; poco confiable, 25-40% y deficiente, 40% (Chackiel, 1987: 16-17). En una de las últimas clasificaciones disponibles, se estima que dicho porcentaje no debería exceder al 5% en menores de 65 años, ni ser superior al 10% en los mayores de esa edad, para considerar de buena calidad a la variable sobre causa básica de muerte. Si bien en el caso de la Argentina se encuentra en la categoría de poco confiable es el único dato disponible para poder realizar un análisis de las características propuestas.

Los objetivos específicos 2, 3 y 4 apuntan a:

- Identificar el proceso de envejecimiento de los adultos mayores en la población argentina.
- Caracterizar las diferentes tipologías de edades de los adultos mayores, a fin de establecer las necesidades en diferentes ámbitos de las políticas públicas de bienestar.
- Describir el estado de situación en el que se encuentra el envejecimiento activo en Argentina y sugerir propuestas de implementaciones de políticas públicas de bienestar.

Para alcanzar estos objetivos se realizó una selección bibliográfica sobre envejecimiento demográfico y su diferencia con el concepto de la vejez. Esto me permitió identificar en distintos países las directrices políticas para dar respuestas institucionales a las necesidades específicas de la población adulta mayor de acuerdo a la dinámica demográfica de cada territorio. Los documentos analizados incluyen publicaciones académicas que reportan datos sobre envejecimiento, informes oficiales sobre las normativas y la trama institucional orientada a las políticas públicas de bienestar en salud orientadas en los adultos mayores.

Se tomaron ejes de análisis propuestos por la CELADE, OIT, OMS, que estructuraron el análisis del envejecimiento para comprender el estado de situación de las políticas públicas de bienestar en salud en la Argentina y luego proponer como mejorar la situación de los adultos mayores.

Capítulo 5: Resultados

La Argentina tiene uno de los indicadores de envejecimiento poblacional más altos de América Latina. De acuerdo a información del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), la población de más de 65 años se ha ido incrementando. En 1970 representaba el 7% y en el 2010 el 10,2%. Si se diferencia por sexo se observa que la proporción de varones es de 6,4% y 7,6% para mujeres en 1970; mientras que en 2010 se observa un 8,6% para varones y 11,8% para mujeres. Como puede observarse la diferencia entre sexos es importante.

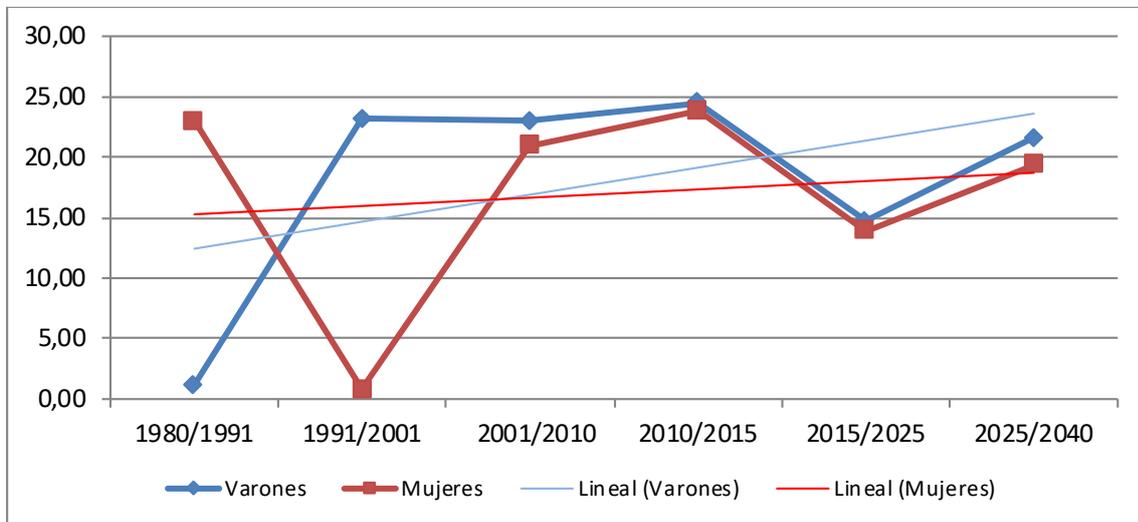
Las personas de más de 80 años, en 1970 era el 1% del total de habitantes para pasar en 2010 al 2,5%. El aumento de la edad media de la población se asocia directamente con la incidencia de patologías que generan dependencia, y por ende una mayor necesidad de cuidados intensivos. El 0,8% para varones y 1,2% para mujeres en 1970; mientras que en 2010 para varones alcanza el 1,7% y 3,2% para mujeres. Como puede observarse aquí también hay una diferencia importante entre sexos. Se observa así un envejecimiento más pronunciado en las mujeres.

Estas tendencias son relevantes al momento de analizar los AEVP por sexo y grupo etario.

5.1- Resultados demográficos para Argentina en adultos mayores de 60 años y más.

5.1 Indicadores demográficos de las personas de 60 años y más en Argentina.

Gráfico 7: Tasa de crecimiento medio anual (por mil) de la población de 60-69 años y de población proyectada, por sexo, según períodos censales seleccionados. Total país.



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980 - 2010. Proyección y estimación del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Serie Análisis Demográfico N°35.

Como puede observarse en el gráfico N°7, la tendencia de la tasa de crecimiento medio anual de la población de 60 años es positiva y, en general, más elevada en los varones que en las mujeres.

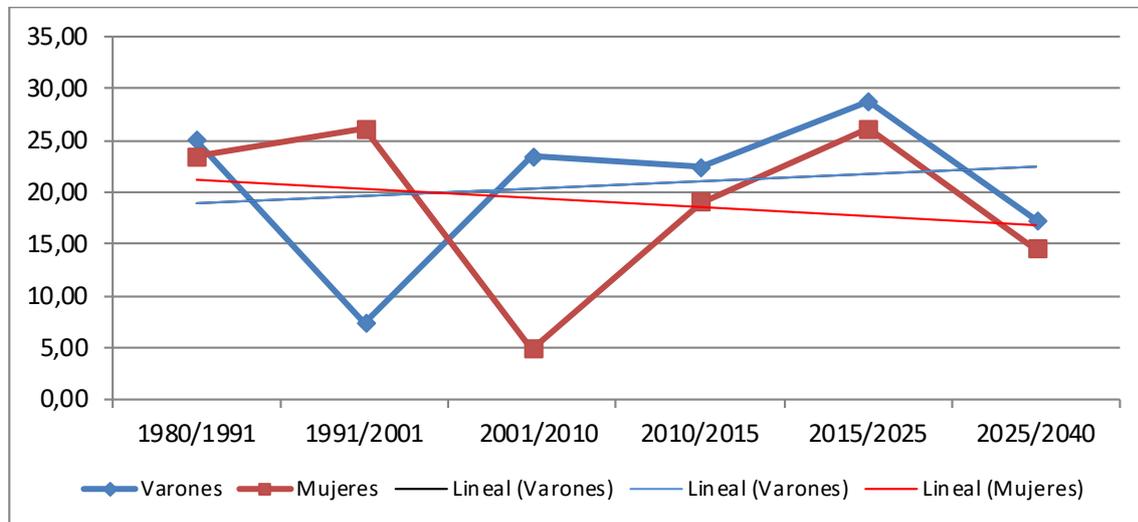
La proyección realizada por INDEC, muestra que esta población irá creciendo con el correr de los años. De este modo se vislumbra el surgimiento de las nuevas necesidades asociadas a los adultos mayores, que requerirán de políticas públicas de bienestar que acompañen dichos cambios. Sin embargo, el crecimiento no es constante.

Las cohortes que conforman la proyección provienen de diferentes años de nacimientos, de ahí la importancia de tener en cuenta sus orígenes. La migración de ultramar marcó fuertemente a nuestro país.

La cohorte de 1930 tiene varias singularidades que la hacen poseer características peculiares y diferentes. Es más acotada. No tuvo la misma cantidad de migrantes, y se caracteriza por ser una década con menor cantidad de nacimientos.

Por último, en esos censos las estadísticas vitales aún poseían muchos problemas de calidad. Todo ello hace que el proceso en su conjunto provoque un descenso notable del crecimiento poblacional. Se profundizará más adelante. Este evento se logra observar en el gráfico, más allá de los problemas de cobertura que pudieran tener.

Gráfico 8 Tasa de crecimiento medio anual (por mil) de la población de 70-79 años y de la población proyectada, por sexo, según períodos censales seleccionados. Total país.



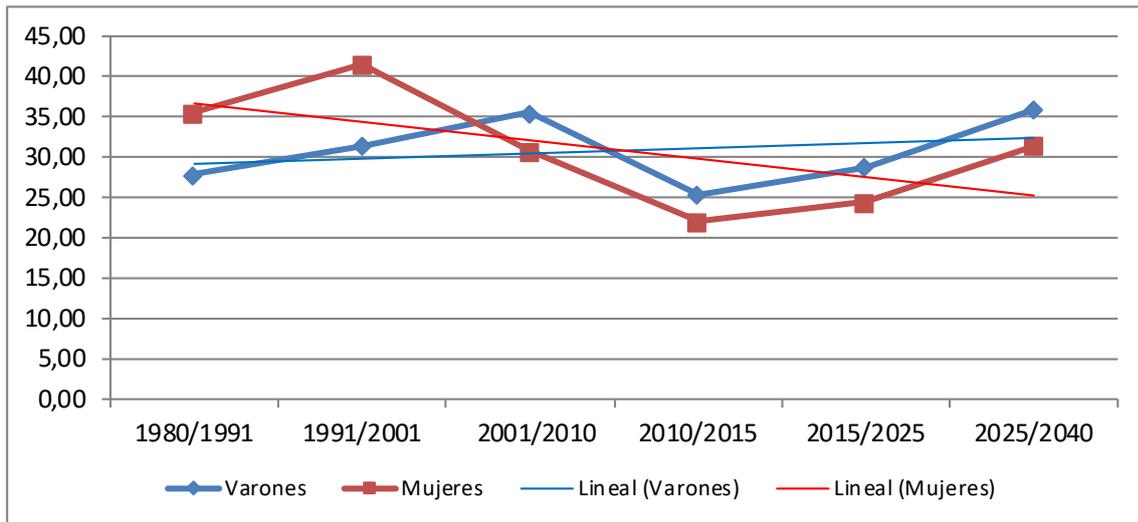
Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980 - 2010. Proyección y estimación del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Serie Análisis Demográfico N°35.

En la población que posee entre 70-79 años además de tener la misma problemática que la comentada anteriormente con la cohorte de 1930 y siendo observada en un período posterior, podemos ver que en los varones la tendencia al envejecimiento es claramente ascendente.

En las mujeres no está tan claro. Según la proyección que realizó el INDEC luego de 2025 se produciría un descenso de esta población. Sería interesante saber los supuestos que atraviesan esta tendencia en la proyección dado que esto es así sólo para estas edades.

En líneas generales y para el resto de la población la tendencia creciente al envejecimiento es clara. Habría que seguir esta edad en particular para observarse en el nuevo censo persiste o se debe a una omisión mayor para esta edad particular.

Gráfico 9 Tasa de crecimiento medio anual (por mil) de la población de 80 y más años, y población proyectada, por sexo, según períodos censales seleccionados. Total país.



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980 - 2010. Proyección y estimación del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Serie Análisis Demográfico N°35.

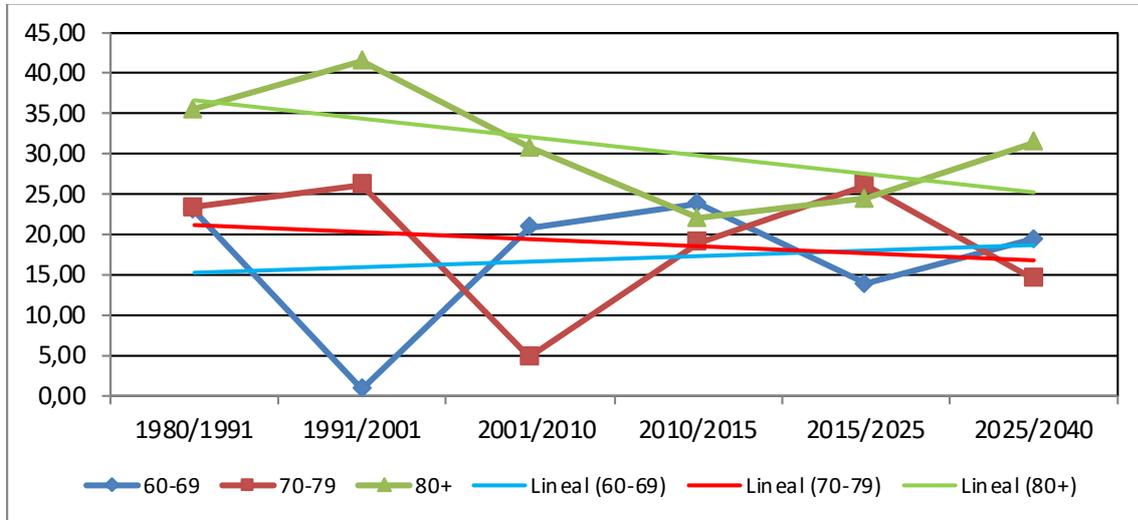
En las edades para 80 años y más se muestra una prolongación de la vida. Hay fluctuaciones en el comportamiento de esta población, pero se mantiene mayormente en crecimiento.

En los varones la tendencia marca un claro desarrollo del proceso del envejecimiento. En cambio, en las mujeres la tendencia es levemente decreciente.

Para los dos sexos a partir de 2010 se marca según las proyecciones realizadas por el INDEC un crecimiento de la población de esta edad. Ello indicaría que las personas vivirían más, prolongando su esperanza de vida. Situación consistente con los gráficos que se mostrarán al analizar la esperanza de vida propiamente dicha en los adultos mayores.

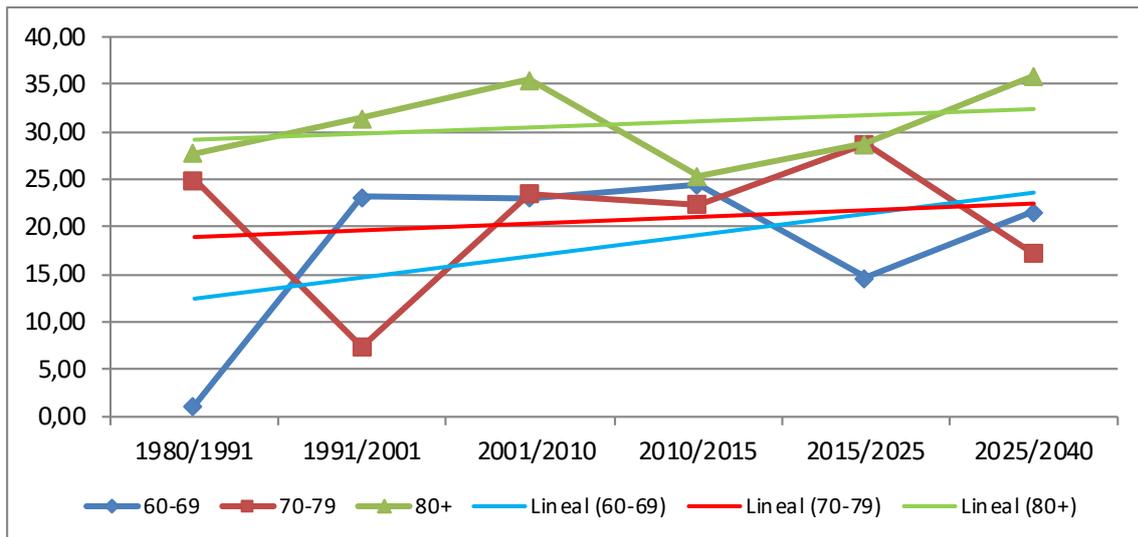
Gráfico 10 Tasas de crecimiento medio anual de diferentes grupos etarios según períodos censales seleccionados (1980-1991, 1991-2001, 2001-2010) y población proyectada para períodos seleccionados (2010-2015, 2015-2025 y 2025-2040). Total país, Argentina.

Gráfico 10 a_Mujeres



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980 - 2010. Proyección y estimación del Censo Nacional de Población, hogares y Viviendas 2010. Serie Análisis Demográfico N°35.

Gráfico 10 b_Varones



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980 - 2010. Proyección y estimación del Censo Nacional de Población, hogares y Viviendas 2010. Serie Análisis Demográfico N°35.

Como se muestra en los Gráficos N° 10a y 10b y del mismo modo que se observó en la población de 60 años y más, las tendencias del crecimiento poblacional de los adultos mayores son positivas.

En la población de 80 años y más, dichas tendencias son aún más pronunciadas, especialmente en las mujeres, en las que el crecimiento es mayor que en los hombres. En ambos casos, este comportamiento es sostenido en el tiempo, principalmente a partir del último censo, y es más constante en los hombres.

La esperanza de vida se ha incrementado desde aquellos años hasta nuestros días: fue de 68,9 años para ambos sexos en 1980 (65,50 para los varones y 72,70 para las mujeres) y de 75,6 años para ambos sexos en 2010 (72,08 para los varones y 78,81 para las mujeres). Este tema será oportunamente analizado con mayor profundidad.

El incremento observado, genera las variaciones en los ciclos de vida en el tiempo y hace que la vejez se manifieste de diversos ángulos, que se están reconsiderando, pero aún se mantienen algunos conceptos por convención. La adhesión a las edades acordadas en la Asamblea Mundial antes mencionada es un ejemplo de tales convenciones.

La proporción de personas adultas mayores en ascenso constante implica la necesidad de planificar distintas políticas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y de pensar en sus nuevas necesidades. Y no sólo se requiere del Estado; también se necesita el compromiso de otras instituciones gubernamentales, así como de asociaciones civiles, científicas, gremiales y organizaciones no gubernamentales (ONG) involucradas en la protección social y la salud para la vejez.

También se vuelven necesarios programas de viviendas para adultos mayores y programas tanto recreativos como educativos, capacitación, ocupación, oficios, etc., a fin de dar respuestas y soluciones oportunas, factibles, viables y eficientes a las constantes problemáticas que se presentan en la vida cotidiana de los adultos mayores, que hasta ahora no se habían tenido en cuenta por su menor envergadura.

En las últimas dos décadas ha habido un desaceleramiento en el descenso de la mortalidad y una fluctuación en las tasas de fecundidad que se han mantenido más constantes de lo esperado hasta el censo 2010, que tuvo una TGF de 2,4 para el total del país, así se encontró que eran distintas las predicciones hechas de las tasas de fecundidad.

El supuesto de que iban a bajar por debajo del nivel de reemplazo no ocurrió (TGF 1,8). Se esperaba que la TGF en ciertas provincias se encontrase muy por debajo del nivel de reemplazo de 2,1.

Por otro lado, llevaron a un envejecimiento global con características diferentes a las previstas en el censo 2001.

El envejecimiento en las provincias es heterogéneo, aunque siguen las tendencias del total del país. Es cierto que hay un enlentecimiento del proceso de envejecimiento que permanece constante en el tiempo, su variación es mínima. Ello favorece directamente la implementación de políticas públicas de bienestar y su adaptación a una población cada vez más envejecida, sin observarse procesos de cambios bruscos como sucedió en la mayoría de los países de América Latina. El gran dilema es como se va a comportar Argentina frente a esta situación.

La población envejece por dos grandes motivos: por la caída de la tasa de fecundidad y por la prolongación de la esperanza de vida, lo que redundará en un mayor número de personas de edades avanzadas.

Cuadro N°2 Evolución de la tasa global de fecundidad por provincias y diferencia absoluta, 1980-2010 (hijos por mujer).

Jurisdicciones	1980	1991	2001	2010	Diferencia absoluta
Total País	3,3	2,9	2,4	2,4	0,9
CABA	2,2	1,8	1,9	1,9	0,3
Buenos Aires	3,0	2,5	2,3	2,5	0,5
Catamarca	4,7	4,0	3,1	2,3	2,3
Córdoba	3,2	2,7	2,1	2,3	0,9
Corrientes	4,6	3,6	2,9	2,5	2,0
Chaco	4,9	4,4	2,8	2,6	2,3
Chubut	4,2	3,2	2,5	2,4	1,8
Entre Ríos	3,6	3,3	2,7	2,3	1,3
Formosa	5,1	4,8	3,2	2,7	2,4
Jujuy	5,2	3,3	2,9	2,4	2,8
La Pampa	3,4	3,2	2,4	2,3	1,1
La Rioja	4,7	4,0	2,5	2,2	2,5
Mendoza	3,5	3,1	2,5	2,5	1,0
Misiones	5,2	3,9	3,4	2,8	2,4
Neuquén	4,3	3,6	2,5	2,5	1,7
Río Negro	3,9	3,1	2,5	2,3	1,6
Salta	4,9	3,9	3,2	2,8	2,0
San Juan	3,8	3,5	2,9	2,7	1,1
San Luis	3,7	3,6	2,9	2,3	1,3
Santa Cruz	3,9	3,5	2,7	2,6	1,3
Santa Fe	2,9	3,0	2,2	2,1	0,8
Stgo. del Estero	4,6	3,8	2,6	2,5	2,0
Tierra del Fuego	3,7	3,8	2,7	2,3	1,5
Tucumán	4,2	3,2	2,6	2,5	1,7

Fuente: INDEC, en base a datos de Cristina Massa en Fecundidad en la Argentina, 2013.

En la Argentina se observó en el siglo XX un descenso en el promedio de hijos por mujer, que pasó de 6 a 2,4 en 2010 para el total país. Del censo 2001 al 2010 la TGF no ha variado

considerablemente a nivel país teniendo en cuenta que para 2010 se han incorporado los nacimientos tardíos.

En las provincias, este valor fue mucho más variable. Ello quiere decir que el ritmo de descenso ha disminuido en las provincias, pero no de modo constante. La TGF varía de 1,9 a 2,8 hijos por mujer.

Esto es muy diferente de lo que sucede en la mayoría de los países de Latinoamérica, donde la tendencia se mantiene decreciente, por debajo del nivel de reemplazo, como en el caso de Cuba, que es el país que tiene la fecundidad más baja de América Latina. En menor medida sucede en Chile y Brasil.

Es evidente que las personas envejecen de manera individual, pero también es destacable que las sociedades envejecen en la medida que lo hacen sus miembros, y por ello, al hablar del proceso de envejecimiento desde una perspectiva social, resulta inevitable hacer referencia al concepto de ciclo vital.

Se envejece tal y como se ha vivido, y la trayectoria biográfica culmina con la muerte, que sobreviene tras un período más o menos prolongado de vejez, etapa que puede relacionarse con la presencia de algunas enfermedades o de algún tipo de dependencia.

Al analizar el proceso del envejecimiento, se puede comprender a la vejez como un "estado", el de 'ser viejo', pero sobre todo, como un proceso: el de "envejecer" o "hacerse viejo". Por ello, el envejecimiento no puede ser analizado de manera uniforme, sino como un proceso dinámico y heterogéneo. Tampoco puede ser interpretado en términos individuales, sino en su dimensión histórica, cultural y social.

Una de las mayores preocupaciones que se derivan hoy en día del proceso de envejecimiento poblacional es la creciente demanda de cuidados y apoyo por parte de las personas de edad avanzada, ya que se torna necesario cubrir sus necesidades y prestar atención a la calidad de vida de estas personas, cada vez más longevas.

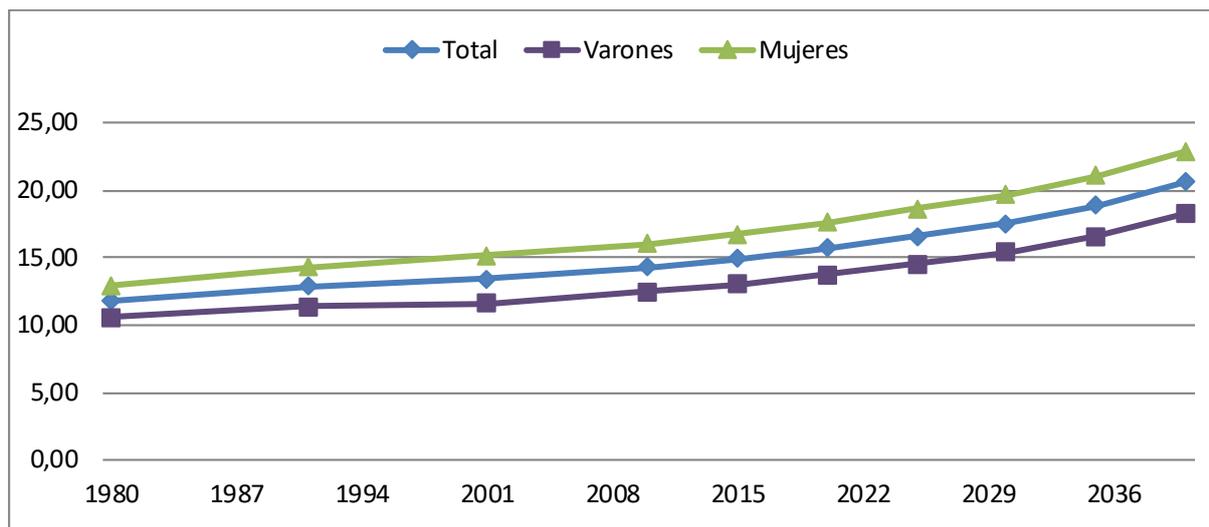
La duración de la vida es cada vez mayor y esto crea una problemática nueva, no sólo de índole individual o social, sino también para el Estado, que tiene la obligación de hacerse presente con políticas públicas de bienestar en salud, con una intervención diferente a la que planteaba décadas atrás.

Las relaciones entre los diferentes grupos etarios y entre las generaciones adquieren un rol significativo. La vejez trae consigo no sólo transformaciones personales por los cambios en las condiciones físicas o mentales que se producen sino además genera una población dependiente desde lo económico y funcional. Hay modificaciones del entorno y de los roles

dentro y fuera de la familia; así como también en la participación familiar y en la autopercepción, lo que lleva a pensar en que se necesita un sistema que sea capaz de contener al adulto mayor activo.

El aumento de la esperanza de vida, exige cada vez más la necesidad del desarrollo de sistemas de solidaridad e intercambio intergeneracionales como respuesta al aumento del número de personas inactivas en edades avanzadas. (Verón, 2005).

Gráfico 11 Porcentaje de población de 60 años y más, por sexo, según años seleccionados. Total país. Argentina.



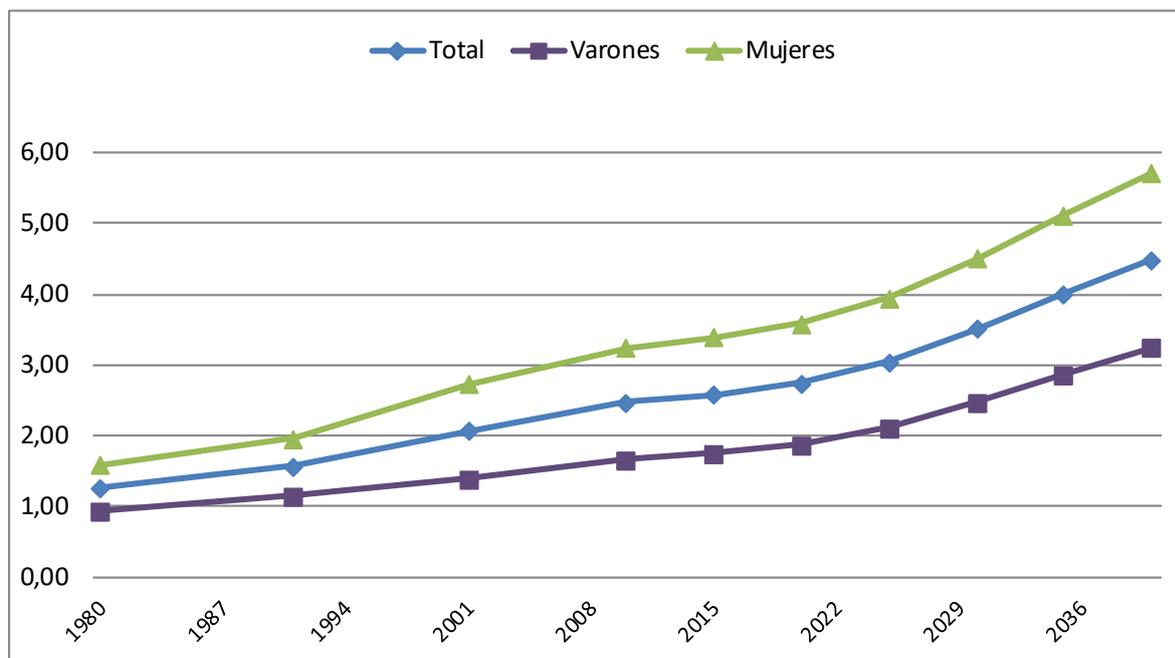
Fuente: INDEC. Elaboración propia en base Censo Nacional De Población, Hogares y Vivienda años 1980-2010 y Proyecciones y estimaciones del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 2001-2010. Serie Análisis demográfico N° 31 y N° 35.

Se puede observar que el envejecimiento en el total del país para Argentina es creciente, tendencia que se viene observando desde hace décadas y que se espera continúe en el futuro según las proyecciones que realiza el INDEC. Proceso que se irá confirmando o no con el devenir del tiempo.

La tendencia se desacelera para ambos sexos y, salvo para el año 2010, que es un año donde la desaceleración parecería ser mayor, es más acentuada para las mujeres que para los hombres. Esto indicaría que las mujeres envejecen más que los hombres, esto indicaría una esperanza de vida mayor.

Argentina ha comenzado a impartir políticas públicas que han hecho que su población comience a rejuvenecer incipientemente.

Gráfico 12 Porcentaje de población de 80 años y más, por sexo, según años seleccionados. Total país. Argentina.



Fuente: INDEC. Elaboración propia en base Censo Nacional De Población, Hogares y Vivienda años 1980-2010 y Proyecciones y estimaciones del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 2001-2010. Serie Análisis demográfico N° 31 y N° 35.

La franja etaria de los mayores de 80 años presenta para el total del país una tendencia creciente, más acentuada aún que la de los mayores de 60 años, con mayor predominancia de las mujeres. Si bien las ganancias son fluctuantes, siempre se mantiene la tendencia en alza. Y más aún cuando es previsible que la población se encuentre cada vez más envejecida. Esta tendencia (al igual que lo observado para los mayores de 60 años) no es tan acelerada; por el contrario, según las proyecciones hechas en INDEC indicarían una tendencia que estaría mostrando un incremento más pausado y podría acentuarse recién después del año 2025.

Cuadro N° 3 Índice de dependencia potencial entre grupos funcionales de edad, según años censales seleccionados. Total país. Argentina.

Año	Ambos sexos	Varones	Mujeres
1980	72,79	71,72	73,84
1991	76,81	75,47	78,11
2001	71,52	69,76	73,22
2010	65,99	64,15	67,76
2015	66,71	64,87	68,53
2020	66,83	64,64	69,01
2025	66,70	64,02	69,38
2030	65,62	62,51	68,76
2035	66,22	62,65	69,84
2040	68,66	64,59	72,82

Fuente: INDEC. Elaboración propia en base Censo Nacional De Población, Hogares y Vivienda años 1980-2010 y Proyecciones y estimaciones del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 2001-2010. Serie Análisis demográfico N° 31 y N° 35

Puede destacarse que el avance del envejecimiento poblacional modifica la carga de población inactiva que debe ser sustentada por la población activa. Como se advierte al observar el cuadro N°3, este fenómeno puede medirse a través del análisis de la relación de dependencia que se establece entre tres segmentos de edad.

Cuadro N° 4 Índice de vejez por años seleccionados según sexo. Total país. 1980-2040

Año	Ambos sexos	Varones	Mujeres
1980	20,36	18,20	22,47
1991	22,76	19,97	25,46
2001	23,05	19,75	26,24
2010	23,69	20,47	26,81
2015	24,80	21,41	28,13
2020	26,22	22,62	29,77
2025	27,68	23,84	31,51
2030	29,01	24,96	33,09
2035	31,32	26,99	35,72
2040	34,74	30,06	39,52

Fuente: INDEC. Elaboración propia en base Censo Nacional De Población, Hogares y Vivienda años 1980-2010 y Proyecciones y estimaciones del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 2001-2010. Serie Análisis demográfico N° 31 y N° 35

Cuadro Nº 5 Índice de juventud por año seleccionado según sexo. Total país. 1980-2040

Año	Ambos sexos	Varones	Mujeres
1980	52,43	53,52	51,37
1991	54,05	55,49	52,65
2001	48,47	50,01	46,98
2010	42,30	43,68	40,95
2015	41,91	43,45	40,40
2020	40,62	42,02	39,23
2025	39,02	40,18	37,87
2030	36,61	37,55	35,67
2035	34,89	35,65	34,13
2040	33,92	34,53	33,29

Fuente: INDEC. Elaboración propia en base Censo Nacional De Población, Hogares y Vivienda años 1980-2010 y Proyecciones y estimaciones del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 2001-2010. Serie Análisis demográfico Nº 31 y Nº 35

En 2001, cada 100 personas potencialmente activas (15-64 años) debían sustentar a 71.52 personas inactivas (48.47 niños y 23,05 ancianos). En 2010, cada 100 personas potencialmente activas (15-64 años) debían sustentar a 65.99 inactivas (42.30 niños y 23.69 ancianos), lo que da cuenta de un incremento lento del envejecimiento, pero importante. Hacia 2025, esos valores se prevé que serán de 66.70, de los cuales serán 39.02 y 27.68, respectivamente. Cada vez la proporción de adultos mayores es mayor y la `carga´ a mantener para los sectores activos es más relevante.

Es importante destacar también que en esa “carga” de adultos mayores tienen mayor peso relativo las mujeres que los varones. Situación que es coherente con el hecho que la esperanza de vida de la mujer supera a la de los hombres.

El envejecimiento demográfico (sobre todo, el envejecimiento por la cúspide) es ineludible y le plantea a la sociedad argentina grandes desafíos, que no deberían subestimarse. Y no sólo en lo referido al funcionamiento de los mercados de trabajo y los sistemas de previsión social, sino al conjunto de la infraestructura educativa, sanitaria, habitacional y asistencial, entre otras temáticas, que deberán readaptarse a las nuevas realidades demográficas. También se verá afectada la dinámica electoral, ya que la población en edad de acudir a las urnas incluirá cada vez más adultos mayores y menos jóvenes.

Las políticas públicas son las que van a tener que adecuarse para resolver estas temáticas y adelantarse, de ser posible, a las nuevas problemáticas que se presentarán a raíz de la gran cantidad de adultos mayores que conformará la población en el futuro.

Cuadro N° 6 Razón adultos mayores (60 años y más) y Jóvenes, según años seleccionados por sexo. Total país. 1980-2040

Año	Ambos sexos	Varones	Mujeres
1980	38,83	34,01	43,75
1991	42,11	36,00	48,35
2001	47,54	39,48	55,85
2010	56,01	46,87	65,46
2015	59,18	49,28	69,63
2020	64,54	53,84	75,89
2025	70,92	59,34	83,20
2030	79,23	66,46	92,76
2035	89,76	75,71	104,66
2040	102,42	87,05	118,71

Fuente: INDEC. Elaboración propia en base Censo Nacional De Población, Hogares y Vivienda años 1980-2010 y Proyecciones y estimaciones del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 2001-2010. Serie Análisis demográfico N° 31 y N° 35

En el cuadro N°6 se puede observar que a medida que transcurren los años la relación de adultos mayores por cada 100 jóvenes es cada vez mayor. Ello coincide en primer lugar con la tendencia del envejecimiento y en segundo lugar muestra empíricamente porque urge la necesidad de pensar políticas públicas de bienestar en salud para contener de diversas maneras a los adultos mayores.

Cuadro N° 7 Índice de dependencia potencial por provincia según sexo. 1980-2040. Ambos sexos

Provincia/jurisdicción	Año									
	1980	1991	2001	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
TOTAL PAÍS	72,79	76,81	71,52	65,99	66,71	66,83	66,70	65,62	66,22	68,66
BUENOS AIRES	68,96	73,44	69,29	65,87	67,67	68,11	67,59	66,13	66,82	69,37
CABA	64,84	70,15	63,52	61,33	68,83	69,76	69,45	69,47	72,21	76,98
CATAMARCA	90,90	87,53	77,94	68,01	64,17	62,55	63,33	64,21	66,18	69,60
CHACO	86,19	86,37	81,42	67,72	65,39	65,37	65,61	64,16	63,44	64,63
CHUBUT	73,72	75,62	67,83	59,90	61,18	61,38	61,31	60,36	61,45	64,99
CORDOBA	70,07	74,15	69,84	66,29	65,63	65,96	66,78	65,88	66,27	68,52
CORRIENTES	87,02	86,52	79,27	68,50	65,62	66,90	68,17	67,21	66,54	67,40
ENTRE RIOS	79,49	81,80	74,85	68,30	66,88	66,66	67,30	66,88	67,57	69,74
FORMOSA	89,76	89,07	84,40	71,13	68,48	67,98	69,01	68,70	68,37	69,14
JUJUY	89,15	86,57	76,19	65,66	64,53	62,99	63,00	62,80	64,13	67,17
LA PAMPA	71,50	77,91	72,02	67,90	67,38	67,51	68,32	68,47	69,44	71,73
LA RIOJA	87,00	84,25	73,83	62,11	59,23	58,95	59,98	60,52	61,41	63,85
MENDOZA	71,38	76,88	72,14	66,99	68,57	68,89	68,19	66,30	66,32	68,28
MISIONES	87,46	89,09	84,07	71,49	67,76	66,06	66,07	64,67	64,29	65,33
NEUQUEN	79,73	75,65	66,11	57,58	61,35	62,89	63,69	63,44	65,21	68,66
RIO NEGRO	76,47	77,00	70,32	62,14	63,42	63,79	64,58	64,39	65,54	68,40
SALTA	86,81	85,79	80,16	70,30	68,70	67,05	66,10	64,40	64,12	65,38
SAN JUAN	77,31	78,09	73,03	70,41	68,75	66,93	65,21	64,69	65,64	67,44
SAN LUIS	70,56	77,44	73,07	67,80	65,07	64,06	64,65	65,16	66,37	68,85
SANTA CRUZ	61,42	69,66	66,85	56,71	59,35	58,10	56,93	55,36	55,90	58,81
SANTA FE	71,97	80,01	72,04	65,10	65,01	65,92	66,35	65,56	66,08	69,23
SANTIAGO DEL ESTERO	98,41	94,42	83,69	74,02	67,93	65,34	65,00	64,47	64,75	66,36
TIERRA DEL FUEGO	47,07	64,63	62,65	51,04	52,41	52,38	54,53	55,36	56,67	59,29
TUCUMAN	78,79	79,87	72,89	66,13	66,15	66,10	65,60	63,82	63,60	65,70

Fuente: INDEC. Elaboración propia en base Censo Nacional De Población, Hogares y Vivienda años 1980-2010 y Proyecciones y estimaciones del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 2001-2010. Serie Análisis demográfico N° 31 y N° 35

Se observa en cuadro N°7 que, para las diferentes provincias, a pesar de mostrar ciertas oscilaciones hay una clara tendencia decreciente, salvo excepciones como Tierra del fuego, CABA, Buenos aires, y La pampa en menor medida, en donde se muestra una tendencia creciente.

Al haber menos cantidad de personas pertenecientes potencialmente a la PEA, se demuestra no sólo que hay un envejecimiento creciente y una eventual reducción de individuos en edades centrales sino y más importante, el Estado contará con menos personas que sostengan las necesidades de los inactivos. Veamos que ocurre en cada sexo.

Cuadro N° 8 Índice de dependencia potencial por provincia según sexo 1980-2040. Varones

Provincia/jurisdicción	Año									
	1980	1991	2001	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
TOTAL PAÍS	71,72	75,47	69,76	64,15	64,87	64,64	64,02	62,51	62,65	64,59
BUENOS AIRES	67,40	71,74	67,17	63,66	65,42	65,51	64,49	62,63	62,90	65,00
CABA	62,34	66,04	58,24	56,15	64,01	64,50	63,77	63,44	65,72	70,00
CATAMARCA	91,62	86,41	76,16	66,52	63,07	61,26	61,63	62,02	63,32	65,82
CHACO	86,50	85,61	81,09	67,94	65,60	65,15	64,64	62,60	61,25	61,75
CHUBUT	69,89	74,23	67,16	58,32	59,83	59,53	58,75	57,29	57,94	61,08
CORDOBA	69,26	72,59	67,66	63,86	63,06	63,20	63,66	62,40	62,49	64,42
CORRIENTES	87,06	87,38	78,72	68,94	65,98	66,89	67,46	65,72	64,19	64,18
ENTRE RIOS	78,87	79,91	72,35	65,83	64,72	64,13	64,26	63,50	63,80	65,46
FORMOSA	90,67	89,55	85,26	72,87	69,51	68,27	68,61	67,44	66,13	65,84
JUJUY	90,43	88,76	77,52	66,27	64,92	62,59	61,75	60,79	61,42	63,78
LA PAMPA	68,43	75,51	69,96	65,76	65,52	65,78	66,32	65,98	66,44	68,26
LA RIOJA	87,20	83,06	72,73	61,55	58,78	58,56	59,05	59,13	59,47	61,25
MENDOZA	71,94	77,60	71,91	65,71	66,99	66,76	65,40	63,03	62,59	64,14
MISIONES	87,17	89,51	84,63	72,53	68,46	66,33	65,68	63,53	62,41	62,65
NEUQUEN	75,48	74,66	66,32	57,59	61,31	62,31	62,23	61,11	62,07	64,68
RIO NEGRO	74,86	76,13	70,47	61,94	62,99	62,88	62,96	62,16	62,74	64,88
SALTA	87,64	86,84	81,28	71,27	69,19	67,07	65,52	63,22	62,30	62,87
SAN JUAN	79,21	80,64	73,42	69,75	67,58	65,05	62,63	61,62	62,14	63,60
SAN LUIS	68,01	75,14	71,73	66,64	63,72	62,47	62,63	62,79	63,58	65,46
SANTA CRUZ	53,66	66,02	65,60	54,29	57,75	56,69	55,42	53,77	54,24	57,07
SANTA FE	70,87	77,80	68,98	62,08	61,92	62,57	62,86	61,75	61,91	64,63
SANTIAGO DEL ESTERO	99,28	93,24	82,05	73,50	67,79	65,14	64,55	63,74	63,47	64,26
TIERRA DEL FUEGO	36,60	60,95	61,30	50,36	51,85	51,94	53,78	54,09	54,88	57,14
TUCUMAN	79,63	80,79	72,54	65,73	65,83	65,28	64,17	61,94	61,23	62,80

Fuente: INDEC. Elaboración propia en base Censo Nacional De Población, Hogares y Vivienda años 1980-2010 y Proyecciones y estimaciones del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 2001-2010. Serie Análisis demográfico N° 31 y N° 35

En el caso de los varones las provincias de CABA, santa cruz, Tierra del fuego son las provincias que muestran tendencias crecientes, el resto de las provincias la tendencia se mantiene decreciente. Sería conveniente confirmar con el nuevo censo del 2020 si estas tendencias continúan.

Cuadro N°9 Índice de dependencia potencial por provincia según sexo 1980-2040. Mujeres

Provincia/jurisdicción	Año									
	1980	1991	2001	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
TOTAL PAÍS	73,84	78,11	73,22	67,76	68,53	69,01	69,38	68,76	69,84	72,82
BUENOS AIRES	70,53	75,10	71,34	68,03	69,88	70,69	70,69	69,68	70,81	73,86
CABA	66,97	73,72	68,17	66,02	73,31	74,70	74,87	75,30	78,55	83,88
CATAMARCA	90,21	88,65	79,74	69,51	65,29	63,85	65,07	66,47	69,15	73,56
CHACO	85,86	87,16	81,74	67,50	65,18	65,59	66,57	65,70	65,62	67,52
CHUBUT	78,06	77,08	68,52	61,52	62,54	63,28	63,98	63,57	65,16	69,14
CORDOBA	70,86	75,66	71,95	68,65	68,16	68,69	69,89	69,38	70,11	72,71
CORRIENTES	86,97	85,70	79,81	68,09	65,26	66,90	68,87	68,69	68,91	70,67
ENTRE RIOS	80,10	83,65	77,33	70,72	69,01	69,18	70,34	70,29	71,39	74,12
FORMOSA	88,84	88,58	83,53	69,46	67,47	67,69	69,40	69,95	70,64	72,53
JUJUY	87,88	84,49	74,91	65,09	64,15	63,40	64,25	64,82	66,88	70,66
LA PAMPA	74,89	80,42	74,12	70,04	69,25	69,24	70,34	70,98	72,48	75,26
LA RIOJA	86,80	85,45	74,95	62,66	59,68	59,33	60,91	61,91	63,38	66,50
MENDOZA	70,84	76,19	72,36	68,22	70,11	71,01	70,98	69,62	70,12	72,53
MISIONES	87,75	88,66	83,51	70,47	67,07	65,80	66,47	65,81	66,21	68,08
NEUQUEN	84,51	76,67	65,90	57,57	61,38	63,46	65,15	65,79	68,41	72,75
RIO NEGRO	78,18	77,89	70,17	62,33	63,85	64,71	66,23	66,67	68,42	72,05
SALTA	86,01	84,77	79,07	69,37	68,22	67,03	66,67	65,56	65,95	67,92
SAN JUAN	75,53	75,76	72,65	71,04	69,91	68,83	67,84	67,86	69,28	71,46
SAN LUIS	73,23	79,82	74,42	68,94	66,41	65,66	66,69	67,55	69,21	72,33
SANTA CRUZ	72,54	73,86	68,18	59,37	61,08	59,63	58,54	57,07	57,69	60,67
SANTA FE	73,05	82,16	75,04	68,05	68,04	69,24	69,81	69,37	70,28	73,91
SANTIAGO DEL ESTERO	97,56	95,61	85,35	74,52	68,07	65,55	65,45	65,21	66,02	68,49
TIERRA DEL FUEGO	66,80	68,98	64,08	51,75	53,00	52,84	55,32	56,68	58,55	61,57
TUCUMAN	77,96	79,00	73,23	66,51	66,46	66,92	67,02	65,71	65,99	68,64

Fuente: INDEC. Elaboración propia en base Censo Nacional De Población, Hogares y Vivienda años 1980-2010 y Proyecciones y estimaciones del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 2001-2010. Serie Análisis demográfico N° 31 y N° 35

En el caso de las mujeres se encuentra que las provincias en su mayoría tienen una tendencia decreciente con excepción de Buenos aires, CABA, Córdoba, La pampa, Mendoza que son las provincias que poseen una tendencia creciente.

Es interesante notar las diferencias que hay entre los sexos. Habría que analizar con mayor profundidad en que edades se concentran las diferencias, para poder saber con más exactitud que parte pertenece a la población local y cuánto influyen los migrantes. Las provincias que en su mayoría muestran tendencias crecientes son aquellas conocidas por ser receptoras. Estos hechos quedan por fuera del alcance de esta tesis.

Cuadro N° 10 IDP. Variación porcentual en absolutos del período 1980-2040 por sexo según provincia.

Provincia/jurisdicción	Ambos sexos	Varones	Mujeres
TOTAL PAÍS	-5,68	-9,95	-1,39
BUENOS AIRES	0,59	-3,57	4,73
CABA	18,73	12,28	25,24
CATAMARCA	-23,44	-28,16	-18,46
CHACO	-25,01	-28,62	-21,36
CHUBUT	-11,85	-12,61	-11,43
CORDOBA	-2,20	-6,98	2,61
CORRIENTES	-22,54	-26,28	-18,75
ENTRE RIOS	-12,26	-16,99	-7,47
FORMOSA	-22,97	-27,39	-18,36
JUJUY	-24,65	-29,47	-19,60
LA PAMPA	0,32	-0,25	0,49
LA RIOJA	-26,61	-29,75	-23,39
MENDOZA	-4,35	-10,84	2,39
MISIONES	-25,30	-28,13	-22,41
NEUQUEN	-13,89	-14,30	-13,92
RIONEGRO	-10,56	-13,32	-7,84
SALTA	-24,69	-28,26	-21,03
SAN JUAN	-12,76	-19,70	-5,40
SAN LUIS	-2,42	-3,75	-1,23
SANTA CRUZ	-4,26	6,36	-16,37
SANTA FE	-3,80	-8,81	1,17
SANTIAGO DEL ESTERO	-32,56	-35,28	-29,79
TIERRA DEL FUEGO	25,97	56,13	-7,83
TUCUMAN	-16,61	-21,14	-11,96

Fuente: INDEC. Elaboración propia en base Censo Nacional De Población, Hogares y Vivienda años 1980-2010 y Proyecciones y estimaciones del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 2001-2010. Serie Análisis demográfico N° 31 y N° 35

Buenos Aires y Tierra del fuego son las provincias que mayor variación tuvieron durante el período 1980-2040. Las que menos variación presentan son Santiago del Estero, La rioja y Misiones. También puede observarse que las variaciones entre sexos son importantes. Ello indicaría que no necesariamente los comportamientos son similares.

Esta variación presentada es otra confirmación además de mostrar el envejecimiento en aumento que se provee que la heterogeneidad al interior de la Argentina es importante.

Cuadro N° 11. Envejecimiento de la población de 65 años y más (%) para el total del país según censos nacionales 1970 a 2010.

Total del país	Porcentaje de población de 65 años y más (1)														
	1970			1980			1991			2001			2010 (2)		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
	7	6,4	7,6	8,2	7,2	9,2	8,9	7,6	10,1	9,9	8,3	11,5	10,2	8,6	11,8

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1970 - 2010.

NOTAS:

(1) Personas de 65 años y más sobre el total de la población la población por cien

(2) Las Islas Malvinas, Georgias del Sur, Sandwich del Sur y los espacios marítimos circundantes forman parte integrante del territorio nacional argentino. Debido a que dichos territorios se encuentran sometidos a la ocupación ilegal del REINO UNIDO DE GRAN BRETAÑA e IRLANDA DEL NORTE, la REPÚBLICA ARGENTINA se vio impedida de llevar a cabo el Censo 2010 en esa área. Por consiguiente, no se consideró la superficie correspondiente a esas islas.

El índice de dependencia potencial muestra que ayuda a comprender y contextualizar cómo se encuentran proporcionalmente determinados grupos etarios en función de la PEA (población económicamente activa) (cuadro N° 12). Al notar que el IDP de los jóvenes desde 1991 está disminuyendo y que el IDP de los mayores continúa en aumento, es importante analizar cómo se encuentra la sociedad, para pensarla a futuro y prever la redistribución de los gastos que tendrá la Nación con estas poblaciones, que son las más vulnerables.

Cuadro N° 12 Índice de dependencia potencial de 65 años y más (%) para el total del país. Años 1970, 1980, 1991, 2001 y 2010.

Total del país	Índice de dependencia potencial (1)														
	1970			1980			1991			2001			2010 (2)		
	Total	Jóvenes	Mayores	Total	Jóvenes	Mayores	Total	Jóvenes	Mayores	Total	Jóvenes	Mayores	Total	Jóvenes	Mayores
	57,0	46,0	11,0	62,7	49,4	13,3	65,1	50,5	14,6	61,7	45,7	16,0	60,3	43,0	17,3

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1970 - 2010.

Nota:

(1) El índice de dependencia potencial expresa el número de personal potencialmente no económicamente activas que serán sostenidas por el total de la población potencialmente activa.

Índice de dependencia potencial total: proporción de menores de 15 años y mayores de 64 años respecto a la población de 15-64 años por cien.

Índice de dependencia potencial los jóvenes: proporción de población de los menores de 15 años respecto a la población de 15-64 años por cien.

Índice de dependencia potencial los mayores: proporción de mayores de 65 años y más respecto a la población de 15-64 años por cien.

Si se observa el IDP de la población de 60 años y más comparativamente con la de 60 años y más es notorio que la incidencia del envejecimiento aumento con la edad. Hay más personas en la población de 60 años que de 65 años por ello los mayores se van a ver disminuidos, sin embargo, es importe destacar que cada vez hay más personas que llegan a edades más avanzadas.

5.2 Envejecimiento poblacional. La Esperanza de vida histórica de la Argentina

La tasa bruta de mortalidad (TBM), como ya se señaló, es un indicador que mide el número de defunciones de una población por cada mil habitantes en un período determinado y por lo general se calcula anualmente, pero debido a que no resulta útil para comparar poblaciones con diferentes estructuras etarias a causa de sus variaciones, y a que además suele oscilar en mayor o menor medida de un año a otro, es que se suelen calcular las tasas específicas por edad.

En la Argentina, la TBM en 2001 fue de 7,6, mientras que en 2010 fue de 7,9. Dado que el cambio no es tan significativo como para aseverar que hay una tendencia ascendente, y que en esta tesis no se abordará esta temática en profundidad, es que aquí se presenta la mortalidad como un indicador de la transición demográfica, y sólo se profundizará en el análisis de ciertos parámetros seleccionados, entre los que se encuentran la esperanza de vida y los años de esperanza de vida perdidos.

Cuadro N° 13. Esperanza de vida al nacer. Total país. 1869-2010.

Período	Año central	Esperanza de vida al Nacer e ⁰				Amplitud del período (en Años)	Aumento de la e de vida al nacer por Año		
		Total	Varones	Mujeres	Diferencia		Ambos sexos	Varones	Mujeres
1869-1895	1883	32,90	32,60	33,30	0,72				
1895-1914	1905	40,00	39,50	40,70	1,2	22	0,32	0,31	0,34
1913-1915	1914	48,50	47,60	49,70	2,1	9	0,94	0,90	1,00
1946-1948	1947	61,10	59,10	63,60	4,5	33	0,38	0,35	0,42
1959-1961	1960	66,40	63,70	69,50	5,8	13	0,41	0,35	0,45
1969-1971	1970	65,60	61,90	69,70	7,8	10	-0,08	-0,18	0,02
1980-1981	1980	68,90	65,50	72,70	7,2	10	0,33	0,36	0,30
1990-1992	1991	71,90	68,40	75,60	7,2	11	0,27	0,26	0,26
2000-2001	2000	73,80	70,00	77,50	7,5	9	0,21	0,18	0,21
2008-2010	2009	75,30	72,10	78,80	6,7	9	0,17	0,23	0,14

Fuentes: Somoza (1971), Müller (1978); INDEC (1997); INDEC-CELADE (1995), INDEC, Censos de Población, Hogares y Viviendas años 2001-2010.

Cuadro N° 14 Esperanza de vida al nacer y a los 60 años, por sexo. Total del país. 1990-2010.

Período	Año central	Varones		Mujeres		Diferencia entre sexos		Aumento de la e de vida por año (al nacer y de 60 años)			
		e^0	e^{60}	e^0	e^{60}	Total	60 años y más	Varones e^0	Mujeres e^0	Varones e^{60}	Mujeres e^{60}
1990-1991	1991	68,44	16,73	75,59	21,26	7,15	4,53				
2000-2001	2000	70,04	17,38	77,54	22,33	7,50	4,95	0,18	0,22	0,07	0,12
2008-2010	2009	72,08	18,45	78,81	23,05	6,73	4,60	0,23	0,14	0,12	0,08

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del INDEC (1995-2004-2013).

Tal como se ve reflejado en el cuadro N°14, la esperanza de vida al nacer se ha ido incrementando a lo largo de los diferentes períodos; sin embargo, la distancia entre ambos sexos para las edades avanzadas se va acotando lentamente.

En el caso particular de la Argentina, la disminución de la mortalidad y su consecuente aumento en la esperanza de vida al nacer significan, un aumento de la sobrevivencia, en mayor medida para las mujeres. Se pasó de una diferencia entre sexos de 1,2 años a una de 6,7 años en 2010, con un máximo ubicado en el trienio 1969-1971 (año central 1970), en el que la diferencia fue de 7,8 años. Es importante, la calidad de vida en el ámbito de salud se está incrementando.

A partir de esos años, las ganancias experimentadas por los varones se vuelven mayores o similares a las de las mujeres y, por consiguiente, la sobremortalidad masculina comienza a decrecer y se estabiliza en las tres últimas décadas con una diferencia en las esperanzas de vida que se encuentra alrededor de 7 años (Grushka, 2014).

Cuadro N° 15 Envejecimiento de la población de 60 años y más (%) para el total del país y provincias según censos seleccionados 1980-2010 y proyección nacional 2010-2040. Ambos sexos

Provincia/jurisdicción	Año									
	1980	1991	2001	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
TOTAL PAÍS	11,78	12,87	13,44	14,27	14,88	15,71	16,60	17,52	18,84	20,60
BUENOS AIRES	11,86	13,42	14,32	14,90	15,47	16,22	17,08	18,00	19,30	20,95
CABA	20,33	22,15	21,95	21,67	20,80	21,42	22,01	22,84	24,58	26,70
CATAMARCA	9,75	9,90	9,90	11,27	12,62	13,99	15,31	16,77	18,75	21,24
CHACO	6,96	7,78	8,82	10,01	10,98	12,19	13,36	14,42	15,72	17,51
CHUBUT	6,53	7,63	9,61	10,83	11,87	13,08	14,28	15,42	17,01	19,19
CORDOBA	11,98	13,52	14,46	15,52	16,09	16,74	17,52	18,24	19,37	21,01
CORRIENTES	9,17	9,26	9,68	11,29	12,55	13,83	15,12	16,24	17,54	19,18
ENTRE RIOS	11,70	12,51	13,05	14,34	15,18	16,10	17,08	17,99	19,29	21,00
FORMOSA	6,34	7,17	8,07	10,07	11,39	12,94	14,46	15,92	17,46	19,28
JUJUY	6,00	7,21	8,65	10,53	11,61	12,77	13,90	15,15	16,97	19,30
LA PAMPA	11,66	12,56	13,68	15,60	16,49	17,45	18,54	19,53	20,76	22,37
LA RIOJA	9,19	9,36	9,16	10,41	11,64	12,86	14,11	15,29	16,88	19,01
MENDOZA	9,67	11,53	12,89	14,47	15,24	15,97	16,65	17,41	18,63	20,25
MISIONES	6,20	6,87	7,89	9,16	10,26	11,61	13,02	14,25	15,67	17,42
NEUQUEN	5,16	5,96	7,74	9,94	11,39	13,06	14,76	16,40	18,33	20,47
RIO NEGRO	6,89	8,06	10,27	12,38	13,52	14,80	16,10	17,29	18,82	20,74
SALTA	6,89	7,71	8,62	10,10	10,95	11,90	12,91	14,00	15,44	17,25
SAN JUAN	8,38	10,18	11,13	12,60	13,56	14,44	15,27	16,15	17,56	19,24
SAN LUIS	11,12	10,64	10,90	12,54	13,82	15,06	16,28	17,44	18,90	20,79
SANTA CRUZ	5,39	6,25	7,87	8,08	8,74	9,70	10,76	11,78	13,24	15,34
SANTA FE	13,69	14,91	15,49	16,08	16,61	17,30	18,07	18,79	19,94	21,81
SANTIAGO DEL ESTERO	9,67	10,03	9,89	10,90	11,81	12,70	13,52	14,44	15,89	17,86
TIERRA DEL FUEGO	3,43	3,35	4,71	6,40	7,94	9,93	11,89	13,21	14,67	16,62
TUCUMAN	8,53	9,58	10,32	11,66	12,74	13,80	14,59	15,32	16,51	18,37

Fuente: INDEC. Elaboración propia en base Censo Nacional De Población, Hogares y Vivienda años 1980-2010 y Proyecciones y estimaciones del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 2001-2010. Serie Análisis demográfico N° 31 y N° 35

Cuadro N° 16 Envejecimiento de la población de 60 años y más (%) para el total del país y provincias según censos seleccionados 1980-2010 y proyección nacional 2010-2040.
Varones

Provincia/jurisdicción	Año									
	1980	1991	2001	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
TOTAL PAÍS	10,60	11,38	11,63	12,47	12,99	13,74	14,54	15,36	16,60	18,26
BUENOSAIRES	10,65	11,91	12,38	12,97	13,41	14,09	14,87	15,71	16,95	18,52
CABA	17,33	18,45	17,90	17,89	17,09	17,68	18,26	19,11	20,89	23,06
CATAMARCA	1,04	1,11	1,17	1,27	1,42	1,60	1,91	2,38	2,93	3,44
CHACO	7,03	7,44	8,04	9,17	10,03	11,10	12,10	12,96	14,04	15,61
CHUBUT	6,34	7,27	8,88	9,88	10,70	11,76	12,80	13,78	15,24	17,35
CORDOBA	10,90	11,95	12,52	13,50	13,96	14,54	15,26	15,92	17,02	18,64
CORRIENTES	8,50	8,50	8,61	10,30	11,50	12,64	13,74	14,65	15,69	17,07
ENTRE RIOS	10,80	11,02	11,12	12,44	13,22	14,03	14,91	15,76	16,98	18,60
FORMOSA	6,47	7,20	7,86	9,69	10,82	12,12	13,43	14,61	15,84	17,32
JUJUY	5,83	7,03	8,18	9,77	10,61	11,49	12,39	13,42	15,06	17,24
LA PAMPA	11,11	11,65	12,42	14,16	15,07	15,98	16,96	17,79	18,87	20,35
LA RIOJA	8,84	8,77	8,36	9,57	10,71	11,86	12,97	14,00	15,39	17,33
MENDOZA	8,99	10,57	11,53	12,88	13,46	14,03	14,58	15,22	16,35	17,92
MISIONES	6,18	6,81	7,57	8,72	9,66	10,84	12,05	13,04	14,21	15,70
NEUQUEN	4,86	5,52	7,15	9,24	10,49	11,92	13,33	14,67	16,34	18,25
RIO NEGRO	6,77	7,60	9,61	11,51	12,53	13,65	14,73	15,74	17,09	18,82
SALTA	6,73	7,48	8,12	9,38	10,04	10,81	11,67	12,59	13,84	15,45
SAN JUAN	7,99	9,64	10,01	11,21	11,97	12,65	13,34	14,13	15,46	17,12
SAN LUIS	10,51	9,69	9,87	11,39	12,52	13,62	14,72	15,79	17,14	18,88
SANTA CRUZ	5,25	6,14	7,67	7,47	8,05	8,98	10,00	10,95	12,37	14,45
SANTA FE	12,48	13,10	13,23	13,79	14,26	14,89	15,60	16,27	17,36	19,19
SANTIAGO DEL ESTERO	9,47	9,36	8,98	10,05	10,90	11,70	12,44	13,26	14,54	16,25
TIERRA DEL FUEGO	3,16	3,24	4,38	5,99	7,59	9,65	11,46	12,52	13,74	15,53
TUCUMAN	8,25	9,02	9,23	10,46	11,47	12,38	13,02	13,62	14,69	16,43

Fuente: INDEC. Elaboración propia en base Censo Nacional De Población, Hogares y Vivienda años 1980-2010 y Proyecciones y estimaciones del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 2001-2010. Serie Análisis demográfico N° 31 y N° 35

Cuadro N° 17 Envejecimiento de la población de 60 años y más (%) para el total del país y provincias según censos seleccionados 1980-2010 y proyección nacional 2010-2040. Mujeres

Provincia/jurisdicción	Año									
	1980	1991	2001	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
TOTAL PAÍS	12,93	14,29	15,15	15,98	16,69	17,62	18,60	19,61	21,03	22,87
BUENOS AIRES	13,06	14,86	16,16	16,73	17,44	18,27	19,22	20,22	21,60	23,31
CABA	22,83	25,21	25,31	24,88	24,04	24,73	25,36	26,20	27,93	30,02
CATAMARCA	10,22	10,85	11,03	12,37	13,79	15,21	16,63	18,24	20,43	23,19
CHACO	6,89	8,13	9,60	10,84	11,91	13,24	14,58	15,83	17,34	19,35
CHUBUT	6,72	8,01	10,33	11,79	13,05	14,41	15,77	17,08	18,80	21,04
CORDOBA	13,03	15,01	16,30	17,43	18,12	18,85	19,69	20,49	21,65	23,31
CORRIENTES	9,83	10,01	10,72	12,23	13,57	14,98	16,45	17,80	19,34	21,23
ENTRE RIOS	12,58	13,94	14,90	16,17	17,07	18,10	19,18	20,16	21,53	23,33
FORMOSA	6,20	7,15	8,29	10,44	11,96	13,76	15,47	17,21	19,07	21,21
JUJUY	6,17	7,38	9,11	11,27	12,59	14,01	15,39	16,84	18,84	21,33
LA PAMPA	12,25	13,49	14,93	17,00	17,90	18,90	20,09	21,23	22,62	24,34
LA RIOJA	9,54	9,94	9,96	11,22	12,55	13,86	15,24	16,58	18,35	20,68
MENDOZA	10,32	12,44	14,18	15,98	16,96	17,84	18,67	19,54	20,85	22,53
MISIONES	6,22	6,93	8,21	9,60	10,87	12,38	13,98	15,45	17,12	19,12
NEUQUEN	5,48	6,41	8,32	10,63	12,29	14,18	16,18	18,10	20,29	22,66
RIO NEGRO	7,02	8,53	10,93	13,23	14,50	15,95	17,46	18,84	20,54	22,65
SALTA	7,05	7,93	9,12	10,81	11,85	12,96	14,13	15,38	17,01	19,01
SAN JUAN	8,75	10,69	12,19	13,93	15,12	16,19	17,17	18,16	19,64	21,36
SAN LUIS	11,75	11,60	11,93	13,66	15,09	16,47	17,81	19,06	20,63	22,67
SANTA CRUZ	5,57	6,36	8,08	8,73	9,46	10,46	11,58	12,66	14,15	16,27
SANTA FE	14,87	16,63	17,61	18,23	18,83	19,58	20,42	21,20	22,41	24,33
SANTIAGO DEL ESTERO	9,88	10,70	10,81	11,74	12,71	13,68	14,60	15,60	17,22	19,46
TIERRA DEL FUEGO	3,84	3,49	5,05	6,83	8,29	10,23	12,34	13,92	15,64	17,74
TUCUMAN	8,80	10,13	11,38	12,81	13,98	15,19	16,13	16,97	18,30	20,28

Fuente: INDEC. Elaboración propia en base Censo Nacional De Población, Hogares y Vivienda años 1980-2010 y Proyecciones y estimaciones del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 2001-2010. Serie Análisis demográfico N° 31 y N° 35

En el caso de los tres cuadros precedentes se puede observar cómo fue aumentando la proporción de población de 60 años y más tanto en los censos 1980-2010 como en las proyecciones realizadas por INDEC. Si bien la heterogeneidad sigue siendo destacada, y las provincias en que más se percibe un aumento son aquellas que se encuentran en plena transición demográfica. Por lo que es esperable dicho aumento.

Por otra parte, y dada la feminización característica en las mujeres se observa mayor cantidad de población en el tiempo.

Cuadro N° 18 Probabilidad de sobrevivir desde los 60 años hasta los 80 años exactos.

Período	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Diferencia M-V
%				
1869-1895	16,78	14,98	18,71	3,73
1895-1914	21,26	18,50	24,56	6,06
1913-1915	26,70	22,80	31,71	8,91
1946-1948	32,30	26,52	39,17	12,65
1959-1961	40,22	33,02	48,65	15,63
1969-1971	37,20	26,44	48,87	22,43
1980-1981	43,51	33,15	53,96	20,80
1990-1992	48,65	37,44	58,93	21,49
2000-2001	51,79	40,22	62,27	22,05
2008-2010	55,53	45,16	65,60	20,44

Fuente: Somoza, J. (1971). La mortalidad en la Argentina entre 1869 y 1960. Buenos Aires: Instituto Di Tella - CELADE. Grushka basado en Müller, 1978; INDEC, 1988, 1995, 2005 y 2013.

En el cuadro N° 18 se da cuenta en primer lugar de las diferencias importantes que hay, a nivel nacional, de la esperanza de vida entre las personas de 60 y 65 años, que llegan a cumplir 80 años de edad. Este indicador ayuda a ver que el envejecimiento se está incrementando.

La excepción se encuentra en los años de la década de 1970 donde poseen la tendencia inversa. Tal vez producto del contexto que atravesaba la Argentina de los gobiernos militares.

En el resto de la historia argentina se comprueba que siempre se ha ido en un proceso creciente del envejecimiento. Según estos datos entre los censos de 1914 y 1947 es donde se confirma dicho proceso.

Cuadro N° 19 Probabilidad de sobrevivir desde los 60 años hasta los 80 años exactos.

Porcentaje de variación relativa entre períodos.

Período	Varones	Mujeres
%		
1869-1895		
1895-1914	23,43	31,26
1913-1915	23,29	29,11
1946-1948	16,29	23,52
1959-1961	24,52	24,22
1969-1971	-19,94	0,44
1980-1981	25,41	10,41
1990-1992	12,92	9,22
2000-2001	7,44	5,67
2008-2010	12,27	5,34

Fuente: Somoza, J. (1971). La mortalidad en la Argentina entre 1869 y 1960. Buenos Aires: Instituto Di Tella - CELADE. Grushka basado en Müller, 1978; INDEC, 1988, 1995, 2005 y 2013.

En el cuadro N° 19 se puede observar que, la variación entre los períodos comienza con mayor amplitud siendo más importante que la resultante del último censo. Ello estaría indicando que el envejecimiento se produjo con mayor intensidad en la antigüedad. Este cuadro estaría demostrando que es correcto decir que el proceso de envejecimiento por estos días es menor en su intensidad comparado al inicio del siglo XX, más acelerado hasta mediados del siglo pasado, luego su curso fue más leve.

Cuadro N° 20 (a y b)

Porcentaje de la esperanza de vida a los 65 años que se transcurre con 80 años o más. Total del País. Años 2008-2010

Provincias	Ambos sexos	Varones		Mujeres
		%		
Total país	28,0	22,7	31,2	
Ciudad de Buenos Aires	29,5	25,0	32,3	
Buenos Aires	27,4	22,0	30,7	
Catamarca	29,3	24,4	32,5	
Chaco	26,6	20,9	29,9	
Chubut	30,0	24,3	33,5	
Córdoba	27,4	21,8	30,8	
Corrientes	28,4	23,2	31,7	
Entre Ríos	27,8	21,6	31,5	
Formosa	29,3	25,5	31,8	
Jujuy	28,6	24,0	31,6	
La Pampa	29,2	24,2	32,4	
La Rioja	29,2	23,7	32,8	
Mendoza	28,3	23,9	31,1	
Misiones	28,0	22,3	31,6	
Neuquén	30,9	26,0	34,1	
Río Negro	29,9	25,6	32,7	
Salta	29,0	24,1	32,1	
San Juan	26,5	22,5	28,9	
San Luis	29,3	23,8	32,9	
Santa Cruz	28,9	22,9	32,4	
Santa Fé	27,9	21,9	31,4	
Santiago del Estero	28,0	22,1	31,6	
Tierra del Fuego	29,1	24,1	32,5	
Tucumán	27,6	22,8	30,6	

Fuente: INDEC, elaboración en base a tablas abreviadas de mortalidad por sexo y edad 2008-2010. Total del país y provincias. Serie Análisis demográfico N° 37.

Porcentaje de la esperanza de vida a los 60 años que se transcurre con 80 años o más. Total del País. Años 2008-2010

Provincias	Ambos sexos	Varones		Mujeres
		%		
Total país	21,99	17,45	25,08	
Ciudad de Buenos Aires	22,91	18,83	25,68	
Buenos Aires	21,00	16,20	24,15	
Catamarca	22,64	18,31	25,74	
Chaco	20,06	15,18	23,22	
Chubut	23,21	18,15	26,62	
Córdoba	21,02	16,10	24,26	
Corrientes	21,73	17,12	24,93	
Entre Ríos	21,34	15,90	24,83	
Formosa	22,57	19,03	25,00	
Jujuy	22,02	17,89	24,84	
La Pampa	22,55	18,12	25,61	
La Rioja	22,45	17,61	25,87	
Mendoza	21,84	17,95	24,49	
Misiones	21,35	16,38	24,74	
Neuquén	24,09	19,69	27,22	
Río Negro	23,13	19,32	25,84	
Salta	22,35	18,04	25,32	
San Juan	20,17	16,65	22,47	
San Luis	22,60	17,81	26,00	
Santa Cruz	22,17	16,81	25,67	
Santa Fé	21,37	16,04	24,78	
Santiago del Estero	21,36	16,23	24,80	
Tierra del Fuego	22,50	18,09	25,69	
Tucumán	21,07	16,84	23,94	

Fuente: INDEC, elaboración en base a tablas abreviadas de mortalidad por sexo y edad 2008-2010. Total del país y provincias. Serie Análisis demográfico N° 37.

En el cuadro N° 20 se observa que una de las diferencias destacables a nivel provincial, de las esperanzas de vida entre las personas de 60/65 años a medida que pasan los años logran sobrevivir más en el tiempo, más personas llegan a cumplir 80 años de edad. Este indicador ayuda a ver que el envejecimiento se está incrementando.

Es importante que la esperanza de vida a los 65 años sea alta. Más allá de la heterogeneidad de las provincias se espera que todas tengan un proceso de envejecimiento cada vez mayor.

Implica pensar en la necesidad de nuevas políticas públicas de bienestar por parte del Estado.

La consecuencia más directa del incremento en la expectativa de vida es el envejecimiento poblacional, y como resultado de ello se incrementa el índice de dependencia potencial de los mayores. Como puede observarse en el Cuadro N°21, la República Argentina se encuentra más envejecida en 2010 que en 2001, con un 10,2 % de población mayor de 65 años, dentro de la cual las mujeres superan en proporción a los hombres en un 3,2 %. Es esperable que este proceso continúe, si bien no se puede saber a qué velocidad.

Cuadro N° 21 Envejecimiento de la población de 80 años y más (%) para el total del país y provincias según censos seleccionados 1980-2010 y proyección nacional 2010-2040. Ambos sexos

Provincia/jurisdicción	Año									
	1980	1991	2001	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
TOTAL PAÍS	1,27	1,57	2,08	2,48	2,59	2,75	3,05	3,51	4,01	4,50
BUENOS AIRES	1,27	1,50	2,15	2,59	2,70	2,84	3,13	3,61	4,10	4,56
CABA	2,54	3,58	4,53	5,09	4,72	4,79	5,12	5,65	6,20	6,77
CATAMARCA	1,29	1,38	1,52	1,79	2,02	2,23	2,59	3,12	3,78	4,42
CHACO	0,66	0,85	1,10	1,38	1,56	1,76	1,99	2,35	2,90	3,51
CHUBUT	0,61	0,77	1,21	1,54	1,73	1,94	2,24	2,67	3,19	3,72
CORDOBA	1,20	1,58	2,16	2,66	2,79	2,97	3,31	3,80	4,26	4,67
CORRIENTES	1,08	1,19	1,40	1,67	1,90	2,14	2,47	2,96	3,58	4,21
ENTRE RIOS	1,33	1,67	2,07	2,34	2,54	2,79	3,15	3,63	4,14	4,64
FORMOSA	0,57	0,76	1,01	1,38	1,63	1,94	2,30	2,78	3,45	4,19
JUJUY	0,51	0,75	1,01	1,37	1,65	1,94	2,30	2,77	3,32	3,84
LA PAMPA	1,13	1,58	2,17	2,63	2,87	3,17	3,60	4,12	4,63	5,12
LA RIOJA	1,10	1,28	1,31	1,55	1,74	1,94	2,23	2,67	3,24	3,78
MENDOZA	0,86	1,12	1,83	2,35	2,56	2,77	3,15	3,69	4,20	4,59
MISIONES	0,56	0,75	0,95	1,20	1,43	1,66	1,93	2,32	2,86	3,49
NEUQUEN	0,46	0,62	0,96	1,28	1,52	1,80	2,21	2,80	3,47	4,15
RIO NEGRO	0,63	0,87	1,35	1,81	2,05	2,32	2,71	3,26	3,83	4,39
SALTA	0,65	0,89	1,11	1,42	1,63	1,85	2,14	2,54	3,00	3,45
SAN JUAN	0,79	1,01	1,38	1,77	1,96	2,18	2,60	3,13	3,64	4,06
SAN LUIS	1,27	1,40	1,53	1,83	2,11	2,39	2,83	3,38	3,94	4,48
SANTA CRUZ	0,42	0,55	0,78	0,90	1,05	1,19	1,37	1,63	1,99	2,41
SANTA FE	1,41	1,85	2,54	3,01	3,14	3,28	3,53	3,97	4,46	4,93
SANTIAGO DEL ESTERO	1,07	1,33	1,49	1,69	1,83	2,02	2,28	2,67	3,16	3,63
TIERRA DEL FUEGO	0,16	0,22	0,34	0,60	0,72	0,86	1,07	1,46	2,03	2,75
TUCUMAN	0,88	1,04	1,37	1,77	1,95	2,08	2,35	2,84	3,45	3,96

Fuente: INDEC. Elaboración propia en base Censo Nacional De Población, Hogares y Vivienda años 1980-2010 y Proyecciones y estimaciones del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 2001-2010. Serie Análisis demográfico N° 31 y N°

Cuadro N°22 Envejecimiento de la población de 80 años y más (%) para el total del país y provincias según censos seleccionados 1980-2010 y proyección nacional 2010-2040.
Varones

Provincia/jurisdicción	Año									
	1980	1991	2001	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
TOTAL PAÍS	0,94	1,15	1,39	1,67	1,75	1,87	2,11	2,48	2,87	3,24
BUENOSAIRES	0,93	1,10	1,43	1,72	1,80	1,91	2,14	2,51	2,88	3,24
CABA	1,69	2,34	2,80	3,29	3,06	3,12	3,38	3,77	4,17	4,61
CATAMARCA	1,04	1,11	1,17	1,27	1,42	1,60	1,91	2,38	2,93	3,44
CHACO	0,59	0,78	0,86	1,00	1,12	1,23	1,41	1,72	2,16	2,63
CHUBUT	0,52	0,64	0,86	1,13	1,23	1,37	1,60	1,93	2,33	2,74
CORDOBA	0,92	1,18	1,43	1,77	1,87	2,01	2,27	2,65	3,00	3,33
CORRIENTES	0,79	0,95	1,06	1,22	1,36	1,53	1,82	2,25	2,76	3,22
ENTRE RIOS	1,05	1,29	1,36	1,47	1,60	1,81	2,13	2,53	2,94	3,31
FORMOSA	0,50	0,70	0,90	1,16	1,38	1,63	1,90	2,26	2,78	3,33
JUJUY	0,43	0,65	0,79	1,08	1,30	1,51	1,77	2,12	2,52	2,88
LA PAMPA	1,01	1,25	1,55	1,82	2,07	2,32	2,70	3,13	3,57	3,96
LA RIOJA	0,84	1,04	1,01	1,14	1,25	1,38	1,64	2,02	2,49	2,92
MENDOZA	0,71	0,86	1,33	1,71	1,86	2,01	2,30	2,70	3,07	3,35
MISIONES	0,48	0,67	0,77	0,98	1,10	1,26	1,45	1,75	2,19	2,68
NEUQUEN	0,39	0,46	0,69	0,93	1,11	1,33	1,65	2,11	2,62	3,12
RIO NEGRO	0,57	0,68	1,01	1,35	1,56	1,79	2,11	2,55	2,99	3,41
SALTA	0,54	0,79	0,89	1,10	1,26	1,42	1,63	1,92	2,27	2,61
SAN JUAN	0,62	0,85	1,03	1,30	1,44	1,59	1,90	2,30	2,67	2,96
SAN LUIS	0,97	1,05	1,09	1,27	1,50	1,71	2,06	2,51	2,95	3,36
SANTA CRUZ	0,38	0,44	0,58	0,69	0,79	0,87	0,98	1,18	1,48	1,84
SANTA FE	1,14	1,39	1,65	1,94	2,02	2,13	2,34	2,68	3,08	3,46
SANTIAGO DEL ESTERO	0,88	1,12	1,17	1,24	1,33	1,48	1,70	2,03	2,45	2,81
TIERRA DEL FUEGO	0,16	0,18	0,27	0,39	0,49	0,62	0,81	1,16	1,67	2,30
TUCUMAN	0,72	0,88	1,03	1,28	1,38	1,47	1,70	2,11	2,60	2,96

Fuente: INDEC. Elaboración propia en base Censo Nacional De Población, Hogares y Vivienda años 1980-2010 y Proyecciones y estimaciones del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 2001-2010. Serie Análisis demográfico N° 31 y N°

Cuadro N°23 Envejecimiento de la población de 80 años y más (%) para el total del país y provincias según censos seleccionados 1980-2010 y proyección nacional 2010-2040. Mujeres

Provincia/jurisdicción	Año									
	1980	1991	2001	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
TOTAL PAÍS	1,59	1,97	2,73	3,25	3,39	3,59	3,95	4,51	5,13	5,72
BUENOS AIRES	1,60	1,88	2,83	3,41	3,57	3,74	4,10	4,68	5,28	5,84
CABA	3,25	4,62	5,96	6,63	6,17	6,26	6,68	7,34	8,04	8,73
CATAMARCA	1,53	1,64	1,86	2,31	2,63	2,87	3,27	3,87	4,64	5,40
CHACO	0,72	0,91	1,34	1,74	2,00	2,27	2,56	2,97	3,62	4,36
CHUBUT	0,70	0,91	1,55	1,95	2,23	2,52	2,90	3,42	4,05	4,70
CORDOBA	1,46	1,96	2,86	3,50	3,68	3,90	4,30	4,91	5,47	5,96
CORRIENTES	9,83	10,01	10,72	12,23	13,57	14,98	16,45	17,80	19,34	21,23
ENTRE RIOS	1,61	2,04	2,76	3,18	3,45	3,73	4,13	4,69	5,31	5,93
FORMOSA	0,64	0,83	1,13	1,60	1,89	2,26	2,70	3,29	4,10	5,04
JUJUY	0,59	0,86	1,23	1,66	2,00	2,36	2,81	3,42	4,11	4,79
LA PAMPA	1,26	1,92	2,78	3,42	3,66	4,01	4,49	5,09	5,66	6,25
LA RIOJA	1,35	1,52	1,60	1,96	2,23	2,49	2,81	3,32	3,98	4,64
MENDOZA	1,01	1,37	2,30	2,96	3,23	3,50	3,98	4,65	5,31	5,80
MISIONES	0,63	0,83	1,13	1,43	1,75	2,07	2,40	2,88	3,53	4,29
NEUQUEN	0,54	0,79	1,23	1,63	1,92	2,28	2,77	3,47	4,30	5,16
RIO NEGRO	0,69	1,06	1,69	2,26	2,53	2,84	3,31	3,96	4,66	5,37
SALTA	0,77	0,98	1,34	1,73	2,00	2,27	2,63	3,14	3,72	4,28
SAN JUAN	0,96	1,16	1,71	2,21	2,47	2,76	3,28	3,96	4,61	5,16
SAN LUIS	1,58	1,75	1,96	2,38	2,72	3,06	3,58	4,23	4,92	5,58
SANTA CRUZ	0,47	0,67	0,98	1,11	1,32	1,53	1,79	2,11	2,52	3,00
SANTA FE	1,68	2,28	3,39	4,02	4,20	4,38	4,67	5,19	5,78	6,35
SANTIAGO DEL ESTERO	1,26	1,53	1,82	2,13	2,33	2,57	2,86	3,30	3,87	4,44
TIERRA DEL FUEGO	0,17	0,27	0,42	0,83	0,96	1,11	1,34	1,76	2,40	3,22
TUCUMAN	1,04	1,19	1,70	2,24	2,50	2,68	2,98	3,55	4,28	4,93

Fuente: INDEC. Elaboración propia en base Censo Nacional De Población, Hogares y Vivienda años 1980-2010 y Proyecciones y estimaciones del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 2001-2010. Serie Análisis demográfico N° 31 y N° 35

En los tres cuadros precedentes se puede observar un aumento en la proporción de población mayor a 80 años. Como se viene sosteniendo el aumento de los adultos mayores es una constante. Las mujeres poseen mayor proporción que los hombres en la población de 80 años y más.

Este tipo de aumento poblaciones hace repensar las políticas públicas de bienestar que se deben tener en cuenta en un futuro cercano si se desea mantener o incluso mejorar el bienestar de las personas mayores. Especialmente esto da cuenta que la revisión de la jubilación se hace necesaria si se piensa la cantidad de años que se sobrevive a dicho momento.

Cuadro N°24 Esperanza de vida temporaria por sexo según Provincia.

Jurisdicción / Provincia	Varones	Mujeres
Total País	56,22	57,72
CABA	56,93	58,20
Buenos Aires	56,24	57,88
Catamarca	56,49	57,43
Córdoba	56,64	57,96
Corrientes	55,27	56,92
Chaco	54,92	56,65
Chubut	56,07	57,72
Entre Ríos	56,37	57,87
Formosa	55,30	56,35
Jujuy	55,44	57,21
La Pampa	56,79	58,24
La Rioja	56,24	57,25
Mendoza	56,75	58,01
Misiones	55,80	57,29
Neuquén	56,67	58,22
Rio Negro	56,51	57,95
Salta	55,42	57,76
San Juan	56,34	57,55
San Luis	56,59	57,80
Santa Cruz	56,30	57,92
Santa Fe	56,44	57,88
Santiago	55,73	57,25
Tucumán	56,06	57,23
Tierra del Fuego	57,30	58,09

Fuente: Elaboración propia en base a Proyecciones Nacionales de los Censos de Población, Hogar y vivienda 2001, 2010. Serie de análisis demográfico N° 31 y 38.

La **esperanza de vida temporaria** se puede entender como el número promedio de años que vive una persona de edad x entre la edad x y la edad $x+n$. En este caso particular se realizó el cálculo para las edades 0-60.

Esto quiere decir que hay un gran porcentaje de personas que sobreviven estas edades. Y lo que se pierde es muy poco en relación a otras épocas.

En las provincias que más viven en estas edades son Tierra del Fuego, CABA y La pampa en los varones, mientras que en las mujeres La pampa, CABA, Neuquén son las provincias que tienen más alta la esperanza de vida temporaria para estas edades.

Por el contrario, para los varones las que poseen una esperanza de vida temporal más baja son: Chaco, Corrientes y Formosa; para las mujeres son: Formosa, Chaco y Corrientes.

La brecha de las que tienen una mayor esperanza de vida temporaria para los varones con relación al promedio del País es de 1,09 años, mientras que para las mujeres ésta disminuye a 0,52 años. Eso significa que las mujeres viven más que los hombres.

Si se observa la diferencia que hay entre el que más esperanza de vida temporaria muestra con el que menos tiene, para los varones hay una brecha de 2,38 entre los varones y 1,89 entre las mujeres.

Cuadro N°25 Esperanza de vida temporaria para las edades de 60-85 en el período 2000-2010 por provincia según sexo³

Jurisdicción	Esperanza de vida temporaria para las edades 60-85. Año 2001	
	Varones	Mujeres
Total País	16,33	19,70
CABA	16,93	20,44
Buenos Aires	16,35	19,91
Catamarca	16,29	19,40
Córdoba	16,66	20,06
Corrientes	16,07	19,33
Chaco	15,30	18,36
Chubut	15,56	18,75
Entre Ríos	16,06	19,92
Formosa	15,98	18,69
Jujuy	16,50	19,62
La Pampa	16,30	20,00
La Rioja	16,31	18,89
Mendoza	16,87	19,68
Misiones	16,48	19,41
Neuquén	16,62	20,06
Rio Negro	16,92	18,86
Salta	16,20	18,18
San Juan	16,45	19,17
San Luis	16,57	19,34
Santa Cruz	15,81	19,20
Santa Fe	16,24	20,00
Santiago	15,94	18,44
Tucumán	15,89	19,27
Tierra del Fuego	17,02	18,89

Jurisdicción	Esperanza de vida temporaria para las edades 60-85. Año 2009	
	Varones	Mujeres
Total País	17,12	20,18
CABA	17,79	20,69
Buenos Aires	17,00	20,17
Catamarca	17,63	20,18
Córdoba	17,07	20,29
Corrientes	16,91	19,71
Chaco	16,10	19,22
Chubut	17,28	20,54
Entre Ríos	16,73	20,23
Formosa	17,15	19,91
Jujuy	17,42	19,83
La Pampa	17,69	20,37
La Rioja	17,20	19,90
Mendoza	17,77	20,29
Misiones	16,72	19,53
Neuquén	17,93	20,79
Rio Negro	17,92	20,13
Salta	17,41	19,96
San Juan	17,19	19,62
San Luis	17,39	20,15
Santa Cruz	16,52	20,34
Santa Fe	16,72	20,25
Santiago	16,64	19,71
Tucumán	17,10	19,79
Tierra del Fuego	17,89	20,12

³ Los períodos que se toman siempre y a lo largo de la tesis como promedios trianuales a fin de suavizar algún efecto particular que haya afectado a las defunciones. Los períodos son 2000, 2001 y 2008, 2010. Los años centrales que se toman son 2001 y 2009. Ello también se relaciona en su elección con los censos para esos años, donde se obtienen datos oficiales.

Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Años 2000 - 2010. INDEC. Censos de población Hogares y vivienda 2001 y 2010.

En los cuadros presentados anteriormente se puede observar que en el primer período las provincias que tuvieron una esperanza de vida más alta en los varones son: Tierra del Fuego, CABA, Mendoza y Neuquén. Mientras que para las mujeres se ve en las provincias de CABA, Córdoba y Neuquén.

En el caso del período 2008-2010 se vislumbra que las provincias en que viven más años de la esperanza de vida temporaria son: para los varones Neuquén, Tierra del fuego y CABA. En el caso de las mujeres: Neuquén, CABA y Chubut.

En contraposición para el período 2000-2002 los varones presentan la esperanza de vida temporaria más baja. Las provincias donde se presenta esta situación son: Chaco, Chubut y Santa cruz.

En el caso de las mujeres se observa en las provincias de: Salta, Chaco y Santiago del estero.

Para el período 2008-2010 las provincias que viven menos dentro de esos 25 años y consecuentemente tienen una esperanza de vida temporal menor son en el caso de los hombres: Chaco, Santa Cruz, Santa Fe y Misiones.

En el caso de las mujeres las provincias son: Chaco, Misiones y San Juan.

La diferencia que se encuentra entre los hombres en relación a la provincia que posee una mejor posición en comparación con la del Total País es 0,68 y 0,91 respectivamente en cada período y en el caso de las mujeres esta diferencia se manifiesta en 0,74 y 0,61 años. En esta situación llama la atención que en el último período de referencia sea ostensiblemente más baja que en el período 2000-2001. La tendencia se corresponde si se piensa que la esperanza de vida aumenta para este período.

La diferencia que hay entre el mínimo alcanzado y el nivel nacional en los varones es -1,03 y -1,01. La diferencia es mínima. Se puede pensar que las provincias con peores condiciones en salud no han logrado grandes avances. En el caso de las mujeres esta diferencia es algo mayor: -1,52 y 0,95. Se puede apreciar mejor la diferencia dado que se acerca más al promedio nacional.

Cuadro N°26 Variación relativa porcentual de la esperanza de vida temporaria para las edades 60-85. Período 2000-2010

Jurisdicción	Variación relativa porcentual.	
	Varones	Mujeres
Total País	4,79	2,44
CABA	5,04	1,20
Buenos Aires	4,00	1,27
Catamarca	8,23	3,99
Córdoba	2,47	1,11
Corrientes	5,22	1,97
Chaco	5,23	4,69
Chubut	11,07	9,54
Entre Ríos	4,14	1,52
Formosa	7,31	6,50
Jujuy	5,57	1,11
La Pampa	8,52	1,87
La Rioja	5,47	5,38
Mendoza	5,34	3,12
Misiones	1,44	0,60
Neuquén	7,86	3,63
Rio Negro	5,95	6,71
Salta	7,47	9,79
San Juan	4,48	2,38
San Luis	4,94	4,19
Santa Cruz	4,49	5,95
Santa Fe	2,95	1,21
Santiago	4,41	6,89
Tucumán	7,61	2,71
Tierra del Fuego	5,14	6,51

Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Años 2000 - 2010.
INDEC. Censos de población Hogares y vivienda 2001 y 2010

En el caso de la variación relativa porcentual se pueden comprender mejor las diferencias entre los períodos. Chubut en el caso de los varones y Salta y Chubut en el caso de las mujeres son quienes muestran mayores diferencias.

La que menor diferencia muestra es Misiones para cada sexo. Eso significa que es la provincia que menos progreso logró.

CABA muestra una diferencia muy grande entre varones y mujeres. Los primeros han mejorado notablemente mientras que las mujeres tuvieron una variación leve. Puede deberse

a una cantidad de defunciones reducidas y bajarlas aún más no es tarea sencilla, especialmente cuando las causas externas ya comienzan a estar más controladas y son las endógenas en las que hay que modificar los patrones de enfermedad y consecuentemente la cantidad de decesos.

Chubut, La pampa y Catamarca para los varones son las provincias que mayores cambios han mostrado en términos absolutos. En el caso de las mujeres son las provincias de Chubut, Salta, Río negro y Santiago del estero. En varios casos hay coincidencia con lo expuesto de la variación relativa porcentual.

Así como el índice de envejecimiento es un indicador de la estructura demográfica por edades, y el aumento de su valor pone en evidencia el mayor nivel de envejecimiento de la población, de la misma manera, la evolución de la edad mediana de la población⁴ –indicador del grado de envejecimiento de la estructura por edades– muestra cómo ha ido en aumento el proceso de envejecimiento.

⁴ Es una medida estadística de posición, que se expresa como la edad que divide a la población en dos grupos de igual número de personas.

Cuadro N°27 Edad Mediana de la población. Años censales 1991,2001, 2010. Argentina y provincias del país.

Provincia	Mediana		
	1991	2001	2010
Total País	27,00	27,00	29,00
Capital Federal	36,00	36,00	36,00
Buenos Aires	28,00	29,00	30,00
Catamarca	22,00	23,00	26,00
Córdoba	28,00	28,00	30,00
Corrientes	22,00	22,00	26,00
Chaco	21,00	22,00	25,00
Chubut	23,00	25,00	28,00
Entre Ríos	26,00	26,00	29,00
Formosa	20,00	21,00	24,00
Jujuy	20,00	22,00	26,00
La Pampa	27,00	28,00	31,00
La Rioja	22,00	23,00	26,00
Mendoza	26,00	26,00	29,00
Misiones	19,00	21,00	23,00
Neuquén	21,00	24,00	28,00
Río Negro	23,00	25,00	29,00
Salta	20,00	22,00	24,00
San Juan	24,00	25,00	27,00
San Luís	25,00	25,00	28,00
Santa Cruz	24,00	25,00	27,00
Santa Fe	28,00	29,00	31,00
Santiago	21,00	22,00	25,00
Tucumán	23,00	24,00	27,00
Tierra Del Fuego	24,00	25,00	27,00

Fuente: Censos de Población, Hogar y vivienda 1991, 2001, 2010.

A nivel del total país se observa un incremento moderado, en cambio en las provincias de Jujuy, Río negro y Neuquén (4 años) fueron las provincias que más cambio muestran si se compara 2010 con 1991. Si se compara 2010 con 2001 la provincia que mayor cambio

muestra es Neuquén (7 años), seguida un poco más lejos por las provincias de Río Negro, Jujuy (6 años) y Chubut (5 años).

Como puede verse, en el último período censal el cambio fue aún más trascendente. Produciéndose un envejecimiento en algunas provincias más pronunciado que en otras. Este indicador sustenta lo que se viene sosteniendo sobre que muchas provincias recientemente consolidan en la última década el proceso del envejecimiento y en otras aún es incipiente.

5.3 Índice de Swaroop

El índice de Swaroop, que representa la proporción de defunciones entre personas de 50 años o más por cada 100 fallecimientos totales en un año o período determinado entiende como resultado que un valor más elevado de este índice indica una mejor situación sanitaria.

El valor óptimo de este índice es del 100 %, el cual se obtendría si todas las personas vivieran más de 50 años. En los países desarrollados, este índice ronda el 90 %. Para la Argentina, este índice fue de 83,77 % en 2001 y de 86,5 % en 2010.

Se advierte entonces que en la Argentina, pese a que en valores absolutos la cantidad de muertes ha aumentado, la situación ha mejorado notablemente. Como ya se mencionó, cada vez más los fallecimientos se concentran en las edades más avanzadas, circunstancia que —como se analizará más adelante— trae aparejadas nuevas problemáticas, dado que la demanda en materia de salud varía y requiere de nuevas visiones a la hora de diseñar y desarrollar las políticas públicas.

El problema de éste índice es que posee un gran sesgo. A medida que nos encontramos con poblaciones más envejecidas se va a acercar a 100% sin importar la situación en que se encuentre la población. Ello se va a dar principalmente por la concentración de las muertes en las edades avanzadas.

5.4 Análisis poblacional de la Argentina. Índice de masculinidad, Índice de dependencia potencial.

Desde el punto de vista Demográfico como del socioeconómico, la población en general y la población de adultos mayores es heterogénea.

Los valores que asume el índice de masculinidad de la Argentina da cuenta de la considerable diferencia entre la cantidad de personas de uno y otro sexo, que se profundiza a medida que se envejece y se amplía en favor del sexo femenino. Se sabe que la mujer, por motivos biológicos, socioeconómicos, mayor cuidado y la realización de los tratamientos completos, hace que vivan más que el hombre, producto de tomar los problemas más a tiempo, que en muchos casos derivan en la cronicidad de una enfermedad, en lugar de producir un deceso en forma temprana.

Cuadro N° 28. Índice de masculinidad por censos de población. Total del país. Años censales 1980 a 2010

EDAD	1980	1991	2001	2010
Total	96.9	95.6	94.9	94.8
0-4	102.4	102.5	103.5	103.6
5-9	102.2	102.3	102.9	103.3
10-14	102.0	101.9	103.0	103.2
15-19	100.4	99.0	102.4	101.6
20-24	97.8	97.9	99.8	99.8
25-29	98.3	97.5	97.3	98.3
30-34	98.9	97.7	96.2	96.7
35-39	98.8	97.0	95.1	95.9
40-44	99.1	97.5	95.4	95.0
45-49	99.1	97.1	94.7	94.6
50-54	95.0	94.2	93.7	93.3
55-59	93.8	92.0	91.4	91.6
60-64	87.7	85.5	86.9	88.4
65-69	83.4	82.7	81.9	83.5
70-74	79.3	74.5	73.6	75.9
75-79	73.4	66.8	65.9	67.0
80 y mas	58.5	56.0	48.4	48.7

Fuente: INDEC. Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años censales 1980 - 2010.

Al observar el índice de masculinidad regional (cuadro N°29), puede verse que, salvo pequeñas excepciones, en las edades de 60 años y más, a lo largo del tiempo y para todos

los casos hay una tendencia decreciente. Esto refuerza la idea de que sigue habiendo una importante y notable feminización de la población. Pese a ello, hay con el correr del tiempo una preponderante alza de los varones en la sociedad. Ello nos indica, desde otro punto de vista, que la brecha entre varones y mujeres disminuye lentamente. Sigue siendo muy importante la presencia femenina en las edades más avanzadas.

Cuadro N° 29 Índice de masculinidad por censos de población según regiones. Argentina. Años 1980 – 2010.

Pampeana					Patagónica					Cuyo					Nordeste					Noroeste				
	1980	1991	2001	2010		1980	1991	2001	2010		1980	1991	2001	2010		1980	1991	2001	2010		1980	1991	2001	2010
Total	95.6	94.0	93.3	93.6	Total	109.3	103.1	100.2	100.2	Total	96.7	96.0	95.6	95.5	Total	101.4	100.7	99.4	97.3	Total	98.8	98.1	98.1	96.7
0-4	102.8	102.6	103.6	103.7	0-4	102.4	102.7	104.7	103.7	0-4	102.5	103.1	103.4	103.4	0-4	102.2	102.6	103.3	103.8	0-4	101.2	101.7	102.9	102.9
5-9	102.7	102.3	103.2	103.4	5-9	101.6	102.3	102.5	103.4	5-9	100.4	102.5	103.0	103.2	5-9	102.6	102.9	102.8	103.6	5-9	100.9	101.5	102.1	102.6
10-14	102.1	101.9	102.9	103.2	10-14	100.7	102.1	103.0	104.3	10-14	100.5	102.1	103.7	103.4	10-14	102.9	102.7	103.3	103.1	10-14	102.1	101.3	102.8	102.8
15-19	100.5	98.9	102.1	101.7	15-19	116.4	100.8	103.8	103.6	15-19	97.0	98.4	102.6	101.8	15-19	100.6	99.5	103.5	100.9	15-19	97.6	98.4	102.4	101.0
20-24	99.4	98.6	99.8	100.1	20-24	106.3	99.6	101.5	104.9	20-24	92.3	95.6	100.7	101.3	20-24	94.0	95.7	99.0	96.1	20-24	91.4	96.1	99.3	98.3
25-29	97.1	97.9	97.9	98.8	25-29	110.4	100.3	97.0	102.1	25-29	94.3	95.3	96.9	99.2	25-29	100.7	97.3	95.2	94.6	25-29	97.4	95.1	96.4	96.3
30-34	97.2	97.6	96.6	97.0	30-34	114.6	104.4	96.7	100.2	30-34	96.5	94.6	94.0	97.1	30-34	103.8	99.6	94.2	93.7	30-34	100.1	95.8	96.6	95.1
35-39	97.4	95.5	95.0	96.2	35-39	115.9	107.1	96.8	99.8	35-39	96.4	94.3	93.0	95.4	35-39	100.6	103.5	96.2	93.3	35-39	99.4	98.8	95.2	94.9
40-44	98.6	95.6	94.5	94.9	40-44	123.2	110.9	102.6	98.3	40-44	95.7	94.5	92.5	94.1	40-44	103.3	106.9	99.3	93.7	40-44	99.9	101.8	96.3	95.5
45-49	98.5	95.3	92.8	93.8	45-49	123.1	113.2	102.0	99.5	45-49	100.3	95.3	92.7	93.1	45-49	106.0	104.8	103.5	97.3	45-49	100.6	100.5	98.7	95.5
50-54	92.4	92.4	91.2	92.3	50-54	121.2	114.4	104.4	101.0	50-54	97.0	92.9	92.3	91.4	50-54	106.2	101.8	105.3	97.7	50-54	99.1	96.8	99.6	94.1
55-59	91.6	90.0	89.5	89.5	55-59	120.7	109.3	103.1	100.2	55-59	99.8	93.4	90.7	90.1	55-59	105.9	102.4	99.7	100.3	55-59	101.8	95.7	96.1	96.3
60-64	85.7	83.0	84.9	86.4	60-64	106.9	102.4	101.4	98.6	60-64	92.4	88.1	87.5	88.3	60-64	103.2	99.2	94.0	97.8	60-64	99.1	94.0	92.4	93.2
65-69	80.4	80.2	79.6	81.5	65-69	104.6	99.8	93.8	92.8	65-69	89.4	89.0	85.9	84.3	65-69	100.6	94.8	91.1	92.2	65-69	98.3	91.3	87.9	89.4
70-74	75.2	71.6	70.8	73.8	70-74	101.6	87.7	87.9	87.0	70-74	85.5	80.5	77.7	78.1	70-74	101.2	91.2	86.7	83.3	70-74	95.2	87.3	83.4	82.2
75-79	71.1	63.4	63.1	64.7	75-79	94.9	80.3	79.1	76.3	75-79	76.8	76.2	73.4	71.8	75-79	90.8	87.2	79.0	75.9	75-79	89.0	84.1	76.3	73.7
80-84	58.8	55.9	51.5	52.7	80-84	93.5	69.9	63.8	65.3	80-84	69.7	66.1	61.4	60.2	80-84	81.8	86.1	69.1	65.4	80-84	76.5	78.4	67.0	63.6
85-89	49.2	47.9	38.3	39.0	85-89	72.8	60.9	49.5	49.8	85-89	57.7	55.9	47.8	47.1	85-89	55.6	65.6	60.1	54.3	85-89	57.7	64.6	56.1	50.0

Fuente: INDEC. Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 1980 – 2010

Para 1980, en las regiones patagónica y nordeste, los varones predominaban hasta las edades de 75 años, aproximadamente; recién luego de esa edad pasaban a predominar las mujeres. En el resto de las regiones las mujeres ya predominaban desde edades más tempranas, como se advierte al conocer los índices de masculinidad de la región del noroeste, o incluso casi en la adolescencia, como se observa en la región de Cuyo. Con el correr de las décadas, este proceso se fue adelantando y la feminización ocurrió cada vez a edades más tempranas. La última región que experimentó este cambio fue la patagónica, siempre considerando las edades de 60 años y más.

Donde se encontraron menos hombres en las edades más avanzadas (85 años y más) es en la región pampeana, seguida por la de Cuyo, patagónica, noroeste y, en último lugar, la del nordeste, que es donde más varones de esa edad se encontraron.

Para comprender y contextualizar mejor la problemática del envejecimiento en la Argentina, se propone efectuar una breve descripción de cómo se ha desarrollado la población desde 1980 hasta 2010 (con base en los datos censales incluidos en la presente tesis), tanto a nivel nacional como regional, haciendo hincapié en las edades de los adultos mayores, que son las que aquí nos ocupan.

Otra forma de presentar esta información es analizar el índice de femineidad, que brinda otra visión.

Si se desea representar la estructura por sexo y edad, lo adecuado es recurrir a la llamada pirámide de población, constituida por dos histogramas ubicados horizontalmente en forma contigua y de signos opuestos, cuyas barras tienen base proporcional a la amplitud del intervalo de edad y cuyas superficies son proporcionales a la población (o al porcentaje que estas representan respecto del total de los grupos).

La pirámide brinda mucha información, la cual caracteriza a la sociedad que se está representando y permite poner en evidencia, si se comparan dos o más pirámides, los posibles cambios que se han sucedido en el tiempo. Asimismo, permite aproximar los grandes movimientos que dan cuenta del proceso histórico.

La primera percepción de una pirámide permite identificar los rasgos generales de la población que está representando: si se observa una pirámide de base ancha y que se estrecha rápidamente, implica población joven, con alta proporción de niños y adolescentes, y con una población de adultos mayores pequeña, resultado de una alta natalidad y una alta mortalidad. Contrariamente, una pirámide con un perfil más estrecho en la base y ancho en el centro, y con la cima también ensanchada, representa una estructura más madura o envejecida.

Como se dijo en relación con el total país, cuanto mayor es la esperanza de vida de una población, mayor suele ser la desigualdad por sexo en la cima de la pirámide (más amplia del lado de las mujeres, por su mayor nivel de supervivencia).

En el mismo sentido, pero de forma teórica, se puede pensar a la pirámide poblacional no como un objeto gráfico que por sí mismo da respuestas, sino como una fuente que invita al investigador a plantear las preguntas pertinentes, y es el investigador quien debe ser capaz de hacerlo, y de comprender las respuestas que de ella surgen. Es una primera aproximación a la población en estudio.

Las explicaciones que justifican y dan lugar al perfil de la pirámide deben buscarse en la historia del lugar que se estudia; en las transformaciones sociales, políticas y económicas que dicho lugar ha experimentado y que generan consecuencias en el devenir demográfico;

también en las variables de la fecundidad, la mortalidad o la migración, que son los fenómenos que modelan el contorno y el contexto, y, además, determinan el tamaño de la población. Estos fenómenos, asimismo, tienen una interpretación en función de la edad, período y cohorte.

El índice de femineidad expresa el número de mujeres por cada cien hombres. Permite identificar cambios en la distribución por sexos de la población y facilita la lectura de género de eventos relacionados con la salud y otros de naturaleza social y económica. Es interesante ver las diferencias al mostrarlo en su versión original como el índice de masculinidad tradicional.

La importancia de considerar este indicador radica en el hecho de que la relación numérica entre las personas de distinto sexo tiene implicancias en una amplia variedad de fenómenos demográficos y sociales como son, entre otros, la conducta reproductiva de la población e indirectamente la dinámica familiar vía los matrimonios.

Se afirma que una población mantiene una relación natural de 97 varones por cada 100 mujeres. Este es el índice de masculinidad natural de una población, no obstante, por razones sociales puede ser superior o inferior ya sea que se muestre a nivel nacional, por regiones, provincias o incluso áreas menores.

Al respecto, las condiciones de equilibrio o desequilibrio en que se encuentra la composición por sexo de una población dada, vendría a afectar la frecuencia e, indirectamente, la manera en que se forman las parejas y por consecuencia la formación, reproducción y estabilidad de las familias a lo largo de su ciclo vital.

En el caso de la Argentina y sus regiones se puede observar el siguiente resultado:

Cuadro N° 30 Índice de femineidad por región. Total País. Año 2010.

	Pampeana	Patagónica	Cuyo	Nordeste	Noroeste
60-64	115,79	101,42	113,28	102,29	107,34
65-69	122,77	107,76	118,65	108,46	111,83
70-74	135,49	114,99	127,99	120,11	121,72
75-79	154,56	131,05	139,20	131,76	135,62
80 y más	215,68	171,16	183,09	164,75	173,35

Fuente: Elaboración propia en base a datos Censo Nacional de Población, hogares y vivienda 2010. INDEC.

En el año 2010 en las diferentes regiones el índice de femineidad posee una tendencia ascendente a medida que aumenta la edad de las personas. Ello confirma el hecho que a medida que se es mayor aumenta la cantidad de mujeres por hombre.

La región que más ha cambiado es la Pampeana, seguida con bastante diferencia por la Patagónica y luego el resto. Esto tiene sentido si se piensa que por un lado la primera mencionada es la más grande del país y la más moderna. Con mayor acceso a la tecnología y la salud.

Por otro lado, la región patagónica es la región que más cambios ha tenido durante el paso del tiempo, por ello también es factible que su variación sea mayor a la cuyana. Aunque son bastantes similares.

Cuadro N° 31 Variación porcentual relativa. Argentina según regiones. Período 1980-2010.

	Pampeana	Patagónica	Cuyo	Nordeste	Noroeste
60-64	-0,81	8,44	4,66	5,61	6,38
65-69	-1,27	12,71	6,03	9,12	9,98
70-74	1,94	16,85	9,43	21,57	15,87
75-79	9,91	24,40	6,87	19,67	20,76
80 y más	18,98	45,39	19,13	15,32	18,87

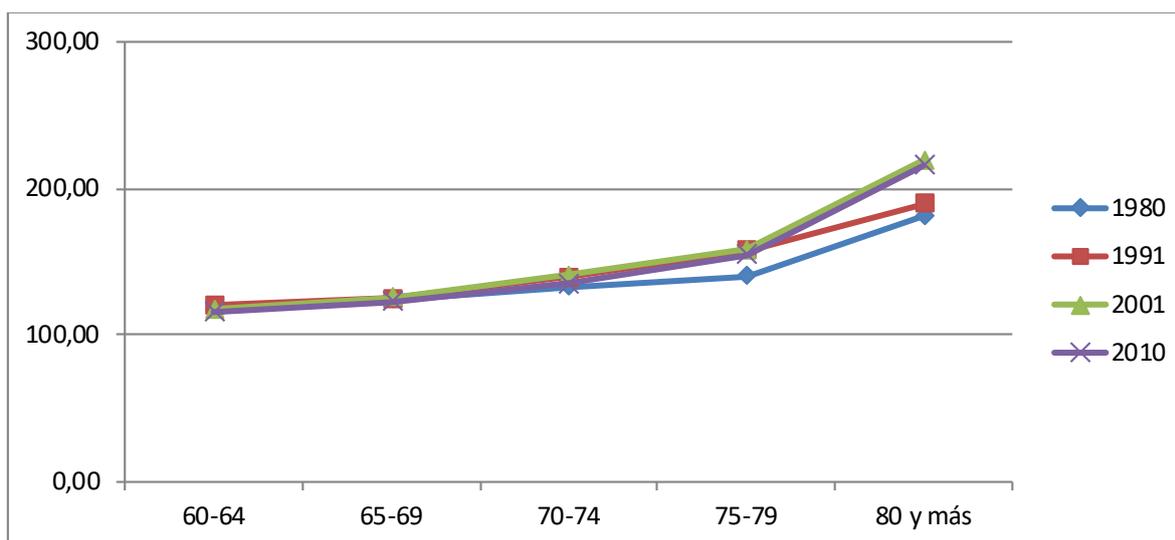
Fuente: Elaboración propia en base a datos Censo Nacional de Población 1980, 1991, 2001, 2010. INDEC.

Si observamos el cuadro N° 31 de la variación porcentual donde se ve las diferencias entre los censos 1980 – 2010 puede observarse que todas tuvieron su cambio más significativo en la edad mayor (80 años y más). Posiblemente esto esté en consonancia a que es la edad que más aumentó su proporción en la pirámide poblacional.

La región que más cambios ha tenido en el período observado es la Patagonia. Salvo en la edad de 70-74 que es la región del Nordeste quien posee la mayor variación. Esto posiblemente observando la trayectoria de las diferentes regiones tenga una estrecha relación que recientemente ha ingresado a ser catalogada como una región envejecida. Aún posee mucha población en diferentes quinquenios. Es esperable que en un futuro su población mayor aumente.

Todas las regiones a excepción de la Pampeana han experimentado cambios muy importantes. Es de esperarse como se dijo anteriormente que a medida que la población envejezca la cantidad de mujeres en relación a los hombres crezca y a su vez que la población en estudio aumente considerablemente en todas las regiones del país.

Gráfico 13 Índice de femineidad según grupos etarios seleccionados. Censos nacionales de población años: 1980 – 1991 – 2001 – 2010. Región pampeana.

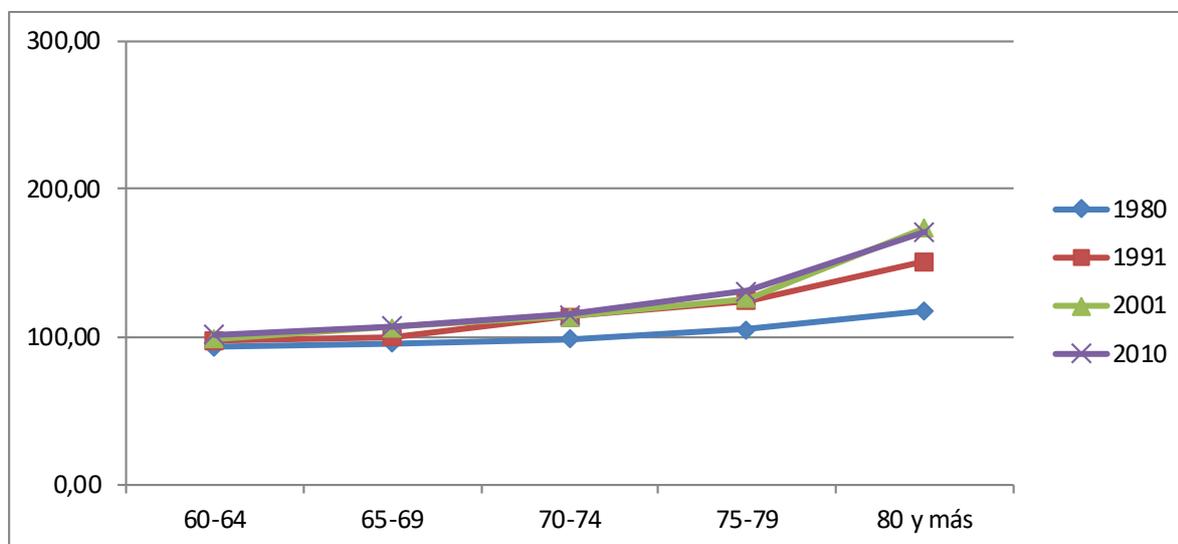


Fuente: Elaboración propia en base a datos Censo Nacional de Población 1980, 1991, 2001, 2010. INDEC.

En la región pampeana como puede observarse en el gráfico las edades que más cambios han tenido en este período son las edades más avanzadas. Cada vez hay más personas adultas mayores femeninas. Pese a ello también es importante destacar que la brecha entre mujeres y varones es menor en 2010 que en censos anteriores.

Esta región es la que tiene el índice más alto para las personas de 80 años y más en comparación con el resto de las regiones. Le sigue Cuyo y en tercer lugar noroeste, luego la Patagonia y por último la del nordeste.

Gráfico 14 Índice de femineidad según grupos etarios seleccionados. Censos nacionales de población años: 1980 – 1991 – 2001 – 2010. Región patagónica.

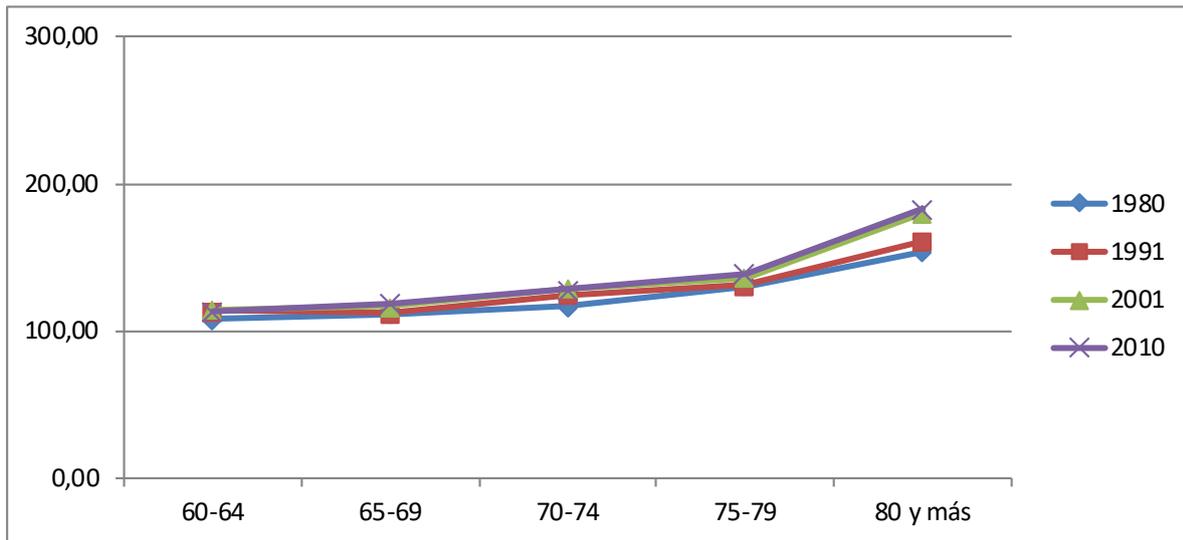


Fuente: Elaboración propia en base a datos Censo Nacional de Población 1980, 1991, 2001, 2010. INDEC.

En la región patagónica es donde hay mayores diferencias entre períodos. Su población se ha envejecido y eso se percibe en el gráfico, aunque la diferencia es menor entre los dos últimos censos.

Hay mayor proporción de mujeres que de varones. Situación esperable dado que además de ser una región que ha envejecido mucho en el último período muestra que las mujeres viven más que los hombres. Es importante destacar que la brecha entre sexos va disminuyendo lentamente, aunque comienza a reducirse.

Gráfico 15 Índice de femineidad según grupos etarios seleccionados. Censos nacionales de población años: 1980 – 1991 – 2001 – 2010. Región de Cuyo.



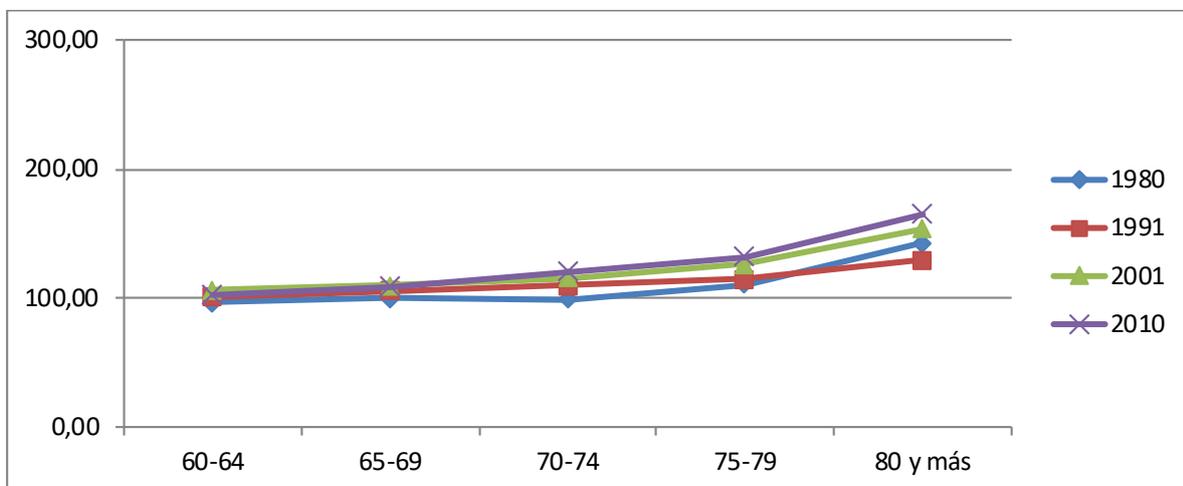
Fuente: Elaboración propia en base a datos Censo Nacional de Población 1980, 1991, 2001, 2010. INDEC.

En la región cuyana también se observa que la mayor diferencia se encuentra entre los censos de 1980 y 2010.

Esta región viene envejeciendo ya hace mucho tiempo al igual que la región pampeana. En menor proporción hay más mujeres que varones y a su vez esta brecha disminuye lentamente.

Es por ello que la mayor diferencia puede verse especialmente en la población de 75 años y más. Por otro lado, la población de estas edades ha crecido, especialmente la de las mujeres.

Gráfico 16 Índice de femineidad según grupos etarios seleccionados. Censos nacionales de población años: 1980 – 1991 – 2001 – 2010. Región nordeste.

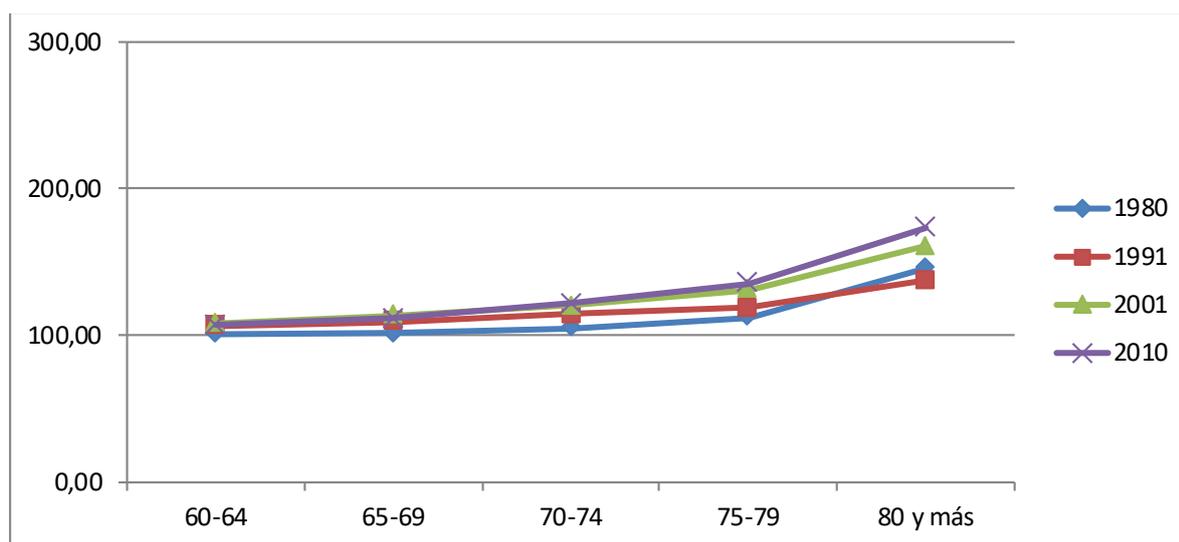


Fuente: Elaboración propia en base a datos Censo Nacional de Población 1980, 1991, 2001, 2010. INDEC.

En la población del nordeste puede observarse que los mayores crecen más lentamente que las tres regiones mencionadas anteriormente. Es notorio que las poblaciones se encuentran menos envejecidas. Es esperable que si bien la población ha crecido en los adultos mayores lo hizo más paulatinamente. Consecuentemente la brecha entre mujeres y varones aún es importante.

Hay más mujeres que varones en todas las edades de los adultos mayores, especialmente en los de 70 y más.

Gráfico 17 Índice de femineidad según grupos etarios seleccionados. Censos nacionales de población años: 1980 – 1991 – 2001 – 2010. Región noroeste.



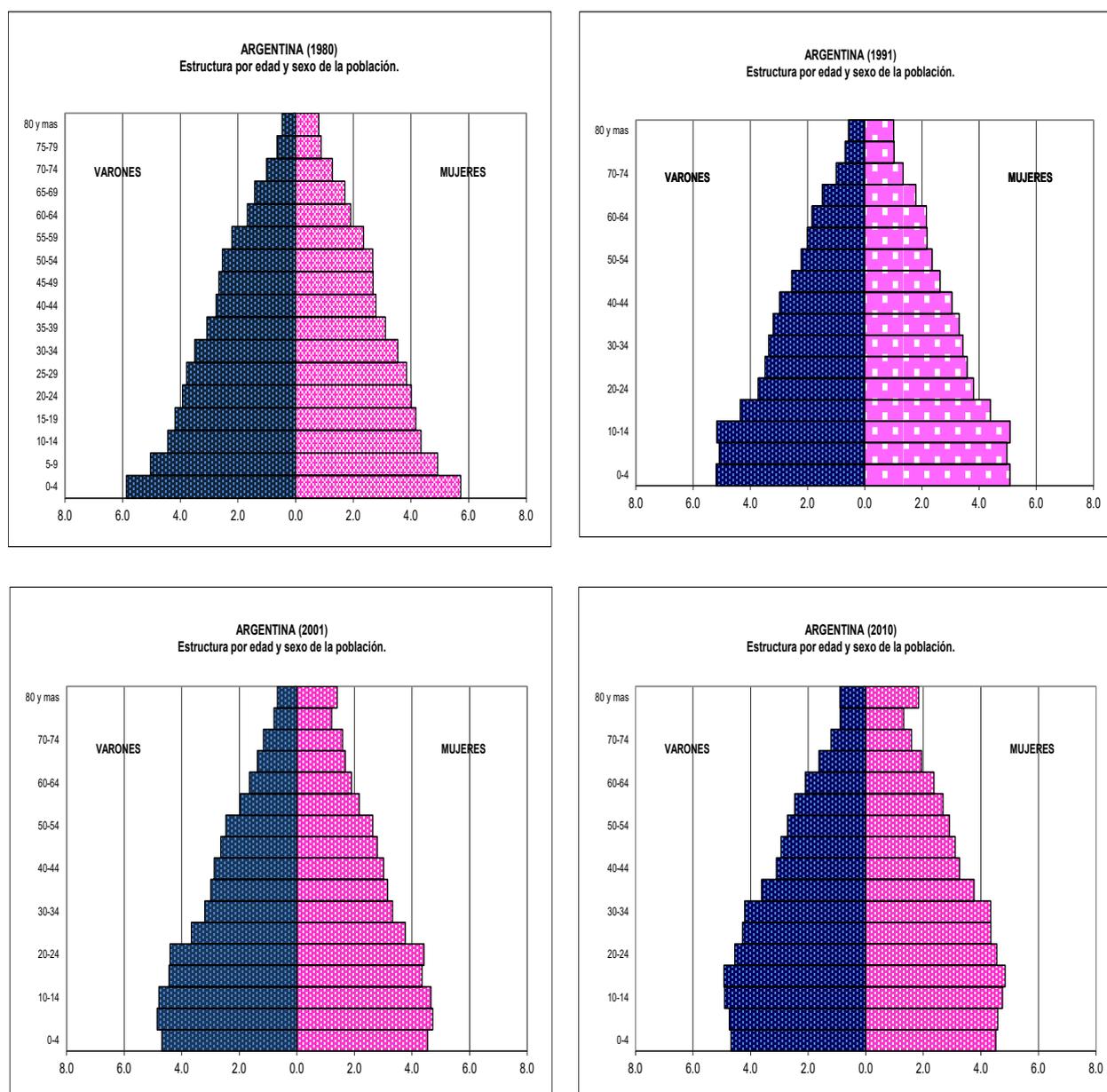
Fuente: Elaboración propia en base a datos Censo Nacional de Población 1980, 1991, 2001, 2010. INDEC.

La región noroeste, como es sabido, es la región más postergada del país. De ello se deduce que al ser la más joven de todas las regiones y recientemente haber pasado el nivel mínimo del 7% según la OPS, para ser catalogada de población envejecida, hay menos diferencias entre los períodos de estudio.

La mayor diferencia que se puede observar es en las personas mayores de las edades más avanzadas.

Si bien la población de mujeres ha aumentado considerablemente la brecha acá no se despegó como en el resto de las regiones.

Gráfico 18 Pirámides de población argentina. Años censales 1980 – 2010.



Fuente: INDEC. Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 1980 -2010.

En las pirámides de población que se presentan para la Argentina, puede observarse un importante cambio en la distribución de esta población a lo largo del período analizado, en ambos sexos (Gráfico N° 18). Se puede notar que ha habido una reducción en la tasa de natalidad, un sustancial incremento poblacional en las edades centrales y un trascendente crecimiento de las edades adultas mayores, lo que da cuenta de un envejecimiento avanzado. En todos los casos, el incremento es mayor en las mujeres que en los varones.

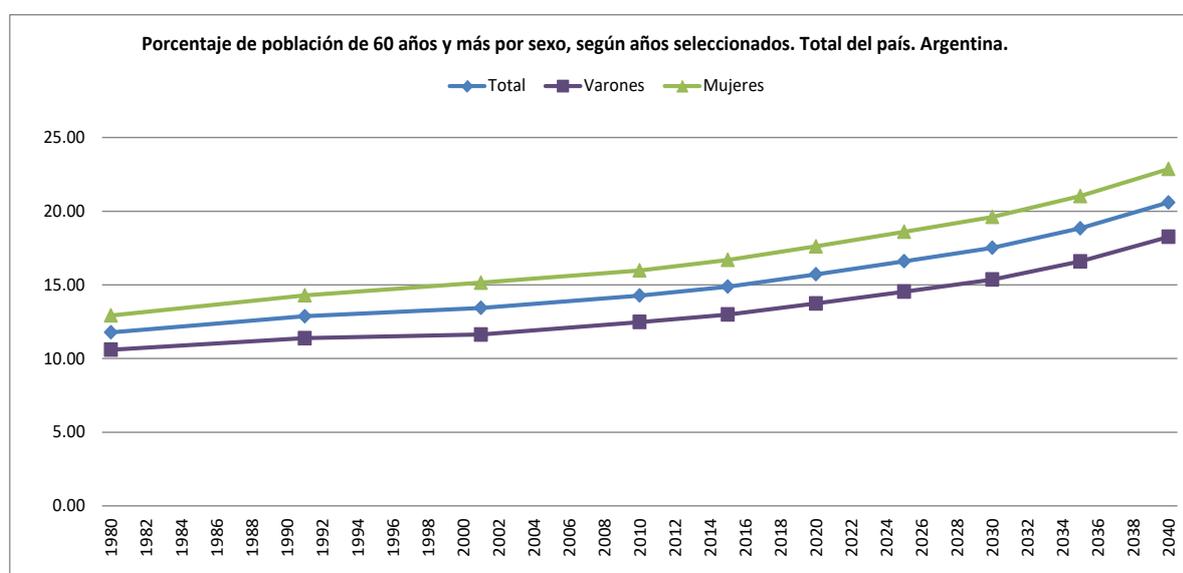
La TBN se calculó dividiendo la cantidad de nacimientos promedio de los tres años por el total de población del año censal correspondiente a cada período (2001 y 2010, respectivamente).

Entre los últimos dos períodos analizados, 2000-2002 y 2008-2010, la TBN descendió de 20,67 por mil a 19,02 por mil (ver Cuadro N° 80).

La TBM, que se calculó de manera similar pero considerando la cantidad de defunciones, para ambos sexos pasó en el mismo período de 7,85 por mil a 7,68 por mil. Para los varones, la TBM fue de 8,76 por mil en el período 2000-2002 y de 8,27 por mil en el período 2008-2010, es decir, se advierte un pequeño descenso de la tasa.

En el caso de las mujeres, la tasa en ese mismo lapso ascendió de 6,99 por mil a 7,12 por mil, crecimiento moderado que no impactó tanto en la baja que obtuvo la tasa para el total poblacional del país.

Gráfico 19 Porcentaje de población de 60 años y más por sexo según años seleccionados. Total del país. Argentina.



Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 1980-2010 y de las Proyecciones y estimaciones del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001 y 2010. Serie Análisis demográfico N° 31 y N° 35.

Cuadro N° 32. Porcentaje de población de 60 años y más por sexo, según años seleccionados. Total del país. Argentina.

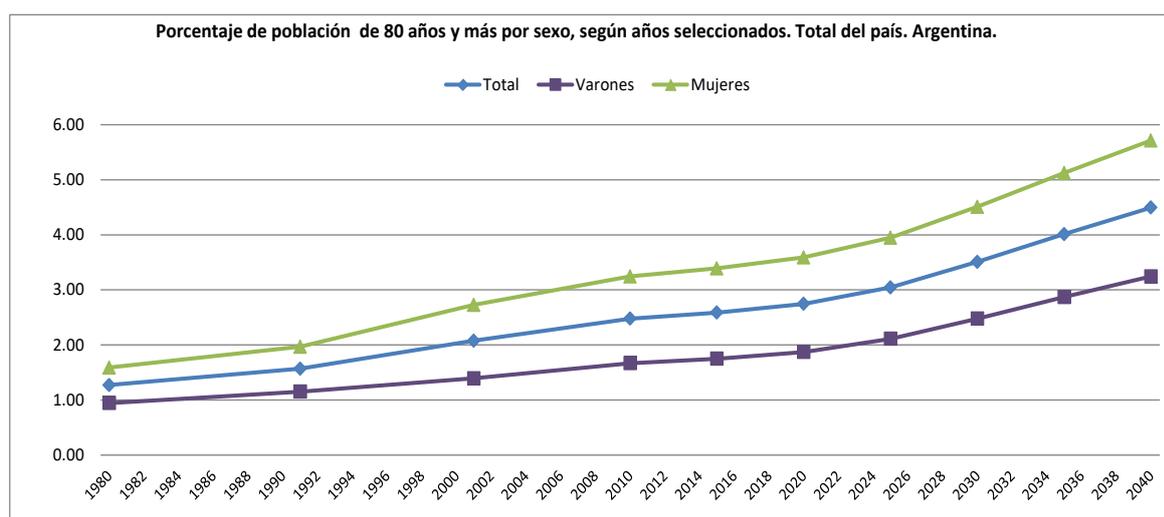
	1980	1991	2001	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Total	11.78	12.87	13.44	14.27	14.88	15.71	16.60	17.52	18.84	20.60
Varones	10.60	11.38	11.63	12.47	12.99	13.74	14.54	15.36	16.60	18.26
Mujeres	12.93	14.29	15.15	15.98	16.69	17.62	18.60	19.61	21.03	22.87

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 1980-2010 y de las Proyecciones y estimaciones del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001 y 2010. Serie Análisis demográfico N° 31 y N° 35.

Al observar el gráfico N° 19 y el cuadro N° 32, se nota el sostenido incremento de la población adulta mayor desde el año 1980, y cómo se proyecta esta evolución hasta el año 2040. Este incremento es más importante en las mujeres que en los hombres, producto de la feminización del envejecimiento.

Lo mismo ocurre si se considera sólo la población de 80 años y más, tal como lo muestra el gráfico N° 20, en el que se aprecia la tendencia creciente de dicha población.

Gráfico 20 Porcentaje de población de 80 años y más por sexo según años seleccionados. Total del país. Argentina.



Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base a Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 1980-2010 y de las Proyecciones y estimaciones del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001 y 2010. Serie Análisis demográfico N° 31 y N° 35.

Cuadro N° 33. Porcentaje de población de 80 años y más por sexo, según años seleccionados. Total del país. Argentina.

	1980	1991	2001	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
Total	1.27	1.57	2.08	2.48	2.59	2.75	3.05	3.51	4.01	4.50
Varones	0.94	1.15	1.39	1.67	1.75	1.87	2.11	2.48	2.87	3.24
Mujeres	1.59	1.97	2.73	3.25	3.39	3.59	3.95	4.51	5.13	5.72

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 1980-2010 y de las Proyecciones y estimaciones del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001 y 2010. Serie Análisis demográfico N° 31 y N° 35.

La población de 80 años y más está en constante ascenso (gráfico N° 20 y cuadro N° 33), aunque el crecimiento no es para nada constante en el transcurso del tiempo estudiado. Es una población que requiere de cuidados diferentes y políticas públicas y de bienestar en salud

particulares. Su incremento implica la necesidad de prever y estar alertas a los importantes cambios que están ocurriendo en la sociedad.

Por otro lado, la esperanza de vida está aumentando y, como es sabido, este es un indicador fiel que refleja este proceso de envejecimiento poblacional. Si bien es más lento de lo que se suponía, sin duda debe ser tenido en cuenta por el Estado, dado que es una población que se encuentra en ascenso, al igual que sus necesidades.

Cuadro N° 34 Tasa de crecimiento demográfico en los períodos censales seleccionados. Total del país. Argentina.

	1980-1991	1991-2001	2001-2010	2010-2015	2015-2020	2020-2025	2025-2030	2030-2035	2035-2040
Total	23.38	32.44	19.25	4.43	6.16	10.88	15.25	14.35	12.02
Varones	22.03	20.87	19.80	4.88	7.00	12.85	17.34	15.78	13.05
Mujeres	23.79	38.70	18.95	4.53	5.83	9.97	14.24	13.64	11.51

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas 1980-2010 y de las Proyecciones y estimaciones del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001 y 2010. Serie Análisis demográfico N° 31 y N° 35.

Como se observa en el cuadro N°34, se acentúa el crecimiento que tuvieron las mujeres, especialmente entre los censos de los años 1991 y 2001, seguido del que mostraron entre los censos de los años 1980 y 1991. Luego desciende, y se estima que volverá a crecer después del año 2020. En el caso de los varones, esta tasa asume su máximo en el primer período estudiado, para bajar lentamente y retomar su ascenso luego del año 2015 según se proyecta para el país.

Además de las grandes variaciones que se observan entre los períodos, son destacables las diferencias intercensales. Sería interesante confirmar si ello se debe a cambios propios de la población, a problemas de cobertura (teniendo en cuenta que se está trabajando con datos censales y no corregidos por omisión) o simplemente al movimiento natural de la población.

Como ya se mencionó anteriormente, hay que tener en cuenta que la cohorte nacida en 1930 fue más pequeña y recibió menos migración que las cohortes que la sucedieron y la antecedieron, lo cual puede también impactar en la cohorte analizada en 2010.

Cuadro N° 35 Índice de envejecimiento (vejez) según año censal por sexo. Total del país. Argentina.

Año	Índice de envejecimiento (60)			Índice de envejecimiento (65)		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
1980	38,83	34,01	43,75	27,01	23,04	31,06
1991	42,11	36,00	48,35	29,02	24,06	34,08
2001	47,54	39,48	55,85	35,01	28,00	42,23
2010	56,01	46,87	65,46	40,15	32,23	48,35
2015	59,18	49,28	69,63	42,74	34,24	51,72
2020	64,54	53,84	75,89	47,32	38,10	57,10
2025	70,92	59,34	83,20	52,81	42,73	63,49
2030	79,23	66,46	92,76	59,75	48,51	71,65
2035	89,76	75,71	104,66	66,88	54,52	79,99
2040	102,42	87,05	118,71	75,78	62,24	90,15

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 1980-2010.

Para analizar el índice de envejecimiento, también conocido como índice de vejez, se decidió elaborar y comparar dos índices, tomando en un caso la población de 60 años y más, y en otro la población de 65 años y más como los numeradores del índice, y en ambos casos a los menores (población de 0 a 14 años) en el denominador (cuadro 9).

Este índice relaciona la población de los adultos mayores que tiene el país, que puede ser de 60 años o más o de 65 años o más, con la población de menores, que en este caso está por debajo de la edad de 15 años (0-14), y tiene por objetivo referir si la población de más edad de un lugar en particular es mayor, igual o menor que la población más joven.

La importancia de este indicador reside en que muestra la relación numérica entre aquellos que más prestaciones sociales van a necesitar en un futuro mediano y los que ya las están utilizando. Lo importante es observar la cantidad de población de adultos mayores por cada 100 menores; es decir, el indicador intenta medir el peso que recae desde un sector sobre otro. Esto ayuda a la implementación de políticas públicas adecuadas para una población cada vez más envejecida.

Como puede observarse, han surgido interesantes diferencias como para tener en cuenta.

Las divergencias se incrementan con el paso del tiempo y se fortalece la tendencia, acentuando esas diferencias, más en las mujeres que en los hombres.

Afortunadamente, en nuestro país este no es un proceso que ocurre en forma drástica, sino más bien lo contrario, es decir, paulatino. Esto le da tiempo al Estado para planificar qué va a poder realizar y cómo. En otros países, en cambio, no hubo un tiempo para pensar qué se

podía hacer, y tuvieron que actuar conjuntamente con los acontecimientos, complejizándose mucho más todo el desarrollo del proceso.

En este caso, se podría decir que es mucho más acelerado el índice de envejecimiento de los de 60 años y más que el de los de 65 años y más, especialmente si se mira a futuro, donde ya para 2030 el primero será una preocupación muy importante, principalmente si se toma en cuenta la población de mujeres mayores.

Cuadro N° 36 Índice de dependencia potencial según año censal, por sexo. Total del país. Argentina.

Año	Índice de dependencia potencial (60)			Índice de dependencia potencial (65)		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
1980	72,79	71,72	73,84	62,71	62,21	63,20
1991	76,81	75,47	78,11	65,13	64,56	65,66
2001	71,52	69,76	73,22	61,70	60,54	62,81
2010	65,99	64,15	67,76	55,55	54,28	56,77
2015	66,71	64,87	68,53	55,97	54,75	57,16
2020	66,83	64,64	69,01	55,93	54,42	57,40
2025	66,70	64,02	69,38	55,69	53,76	57,61
2030	65,62	62,51	68,76	54,60	52,25	56,94
2035	66,22	62,65	69,84	53,93	51,22	56,66
2040	68,66	64,59	72,82	54,68	51,60	57,81

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 1980-2010.

Por último, se analiza el índice de dependencia potencial, que también fue considerado en sus dos versiones, con las franjas etarias de 60 años y más o de 65 años y más en el numerador, y las franjas etarias tope en el denominador, según cada caso (15-59 años o 15-64 años, respectivamente) (cuadro N° 10).

Se advierte en el cuadro 10 que este índice se incrementa constantemente, a excepción del año 2001, donde decrece. La variación es mayor en las mujeres que en los varones.

En este caso en particular, era de esperar que el índice para los de 60 años y más fuese mayor que para la población de 65 años y más, dado que hay mayor cantidad de personas que conforman la población económicamente activa, y, por consiguiente, para sostener a los inactivos potenciales.

Es importante destacar, que no todos aquellos que en teoría conforman la masa en edad activa o inactiva efectivamente lo están, pero es una forma de estimar la población que idealmente debería incluirse en este grupo. Es sabido también, que al realizar un estudio económico en profundidad, las categorías que deben tomarse en cuenta son más amplias, pero aquí se decidió limitarlas al hecho de ser o no activo más allá de su condición real laboral. Muchos jubilados trabajan y muchos menores también lo hacen, pero, como en toda investigación, se hace necesario delimitar la población de estudio para poner un punto de partida, sin perder de vista que existen excepciones a lo previsto.

Entre otras cosas, este índice se utiliza habitualmente para medir el impacto social y económico de las distintas estructuras de edades. Observar la estructura de edades es lo que permite estar alerta e ir delineando estrategias factibles y adecuadas para atender a las necesidades de la sociedad en su conjunto; por otra parte, la estructura de edades expresa el desafío de cómo gestionar los recursos, que suelen ser escasos, según las condiciones existentes.

El índice de dependencia potencial se relaciona con diversos componentes de la dinámica demográfica, como la fecundidad, la esperanza de vida en constante aumento y las migraciones, especialmente en las edades activas. Es un indicador que puede proporcionar información clave y vital para las políticas en materia de salud, de seguridad social (jubilación, pensión, invalidez, desocupación, etc.), de empleo y de educación.

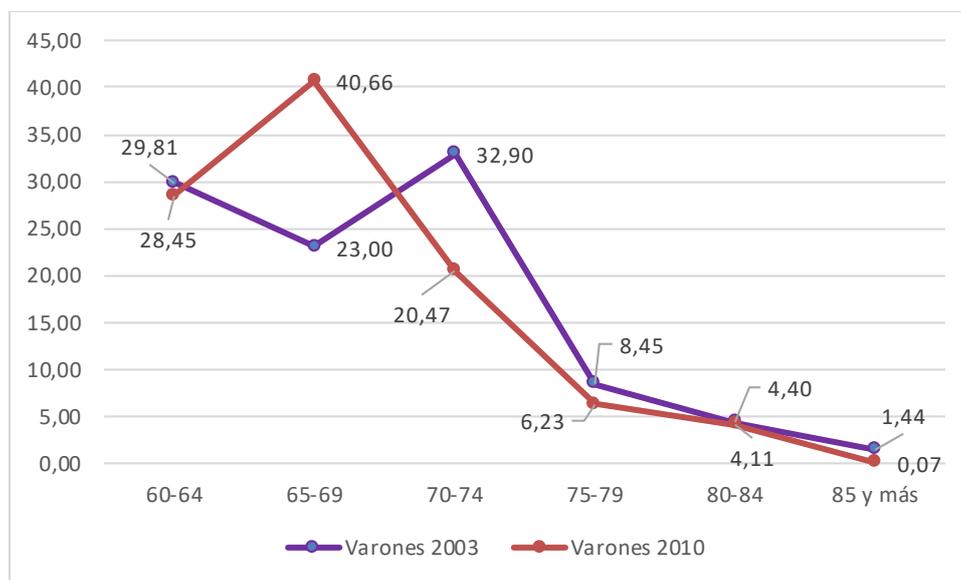
En relación con la EPH, se observa que la revisión efectuada sobre los distintos procesos de trabajo y datos publicados con anterioridad (2007-2015), ha encontrado problemas en lo referido a la omisión en la cobertura geográfica, la discrepancia en las proyecciones de población, la falta de capacitación conceptual y operativa del personal responsable del proceso de recolección de datos, la utilización de prácticas sesgadas para la realización del trabajo de campo, la no explicitación de criterios conceptuales para la reclasificación de grupos poblacionales específicos, la clasificación errónea de algunos agrupamientos tomando en cuenta las recomendaciones internacionales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la eliminación de circuitos de trabajo integrados, entre los principales inconvenientes.⁵

Para el uso de esta tesis se tomaron en cuenta las bases de 2003, a partir de aquí cambió la EPH y dado que iba a ser un dato para comparar no pareció correcto utilizar la del año 2000. También se utilizó la base del año 2010 teniendo los recaudos pertinentes recomendados en el anexo metodológico.

⁵ Para mayor detalle consultar el anexo del informe de prensa disponible en: http://www.INDEC.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/anexo_informe_eph_23_08_16.pdf

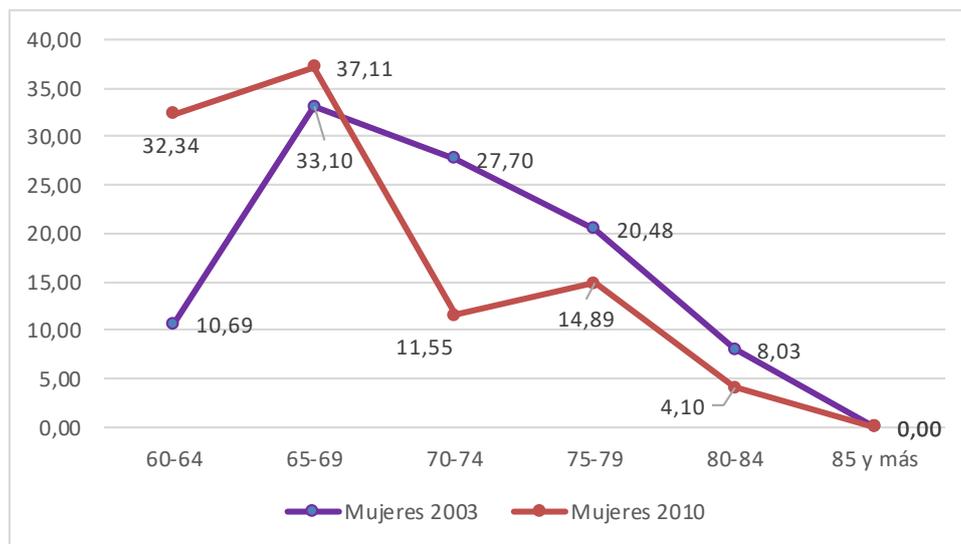
Para ambas bases se utilizaron las del 3er. Trimestre dado que se considera que es el trimestre que menos cambios estacionales posee.

Gráfico 21 Porcentaje de varones que trabajan de 60 años y más según grupos quinquenales. Años 2003 y 2010.



Fuente: estimaciones propias sobre la base de datos de la EPH del INDEC. 3er trimestre años 2003 y 2010.

Gráfico 22 Porcentaje de mujeres que trabajan de 60 años y más según grupos quinquenales. Años 2003 y 2010.



Fuente: estimaciones propias sobre la base de datos de la EPH del INDEC. 3er trimestre años 2003 y 2010.

Como puede observarse para los varones de 65-74 años trabajan más en 2010 que en 2003, en relación al resto de las edades. Estaría evidenciando los efectos de la crisis del 2008.

En el caso de las mujeres se ve un aumento en la cantidad de personas que trabajan en las 2 primeras edades. Pero si se toma en cuenta que la mujer se retira a los 65 años, que es el inicio de su período jubilatorio se puede suponer que se quedan trabajando 5 años más. Esto ocurre con mayor intensidad en 2010.

En el resto de las edades explicitadas en cada sexo, se observa que se trabajaba más en 2003 que en 2010. La coyuntura en 2003 era más favorable en lo laboral, recién se salía de una crisis muy importante para la Argentina, en 2010 este “viento a favor” no era tal.

En líneas generales las variaciones relativas de los varones fueron más destacadas y en su mayoría a la baja para el 2010 en relación al 2003. En el caso de las mujeres las variaciones tienen un comportamiento similar en las últimas edades. El ingreso al mundo jubilatorio es diferencial por sexo.

Cuadro Nº37 Porcentaje de tenencia de algún tipo de cobertura según grupo etario. 3er trimestre 2003. Argentina.

Edad	Obra Social	Mutual / Prepaga / Servicio de emergencia	Planes y seguros públicos	No paga ni le descuentan	Obra social y mutual/prepaga/servicio de emergencia.
60-64	66,22	10,59	0,00	12,54	10,65
65-69	70,43	17,20	0,00	3,91	8,47
70-74	67,06	17,89	0,00	1,41	13,63
75-79	60,17	21,68	1,79	10,56	5,80
80-84	59,80	34,61	0,00	0,00	5,58
85 y más	30,12	57,31	0,00	0,00	12,57
Total	66,14	17,41	0,18	5,89	10,38

Fuente: estimaciones propias sobre la base de datos de la EPH del INDEC. 3er trimestre año 2003.

Cuadro Nº38 Porcentaje de tenencia de algún tipo de cobertura según grupo etario. 3er trimestre 2010. Argentina.

Edad	Obra Social	Mutual / Prepaga / Servicio de emergencia	Planes y seguros públicos	No paga ni le descuentan	Obra social y mutual/prepaga/servicio de emergencia.
60-64	79,84	8,76	0,30	6,75	4,34
65-69	88,14	4,05	0,00	1,12	6,68
70-74	77,45	11,14	0,00	2,19	9,21
75-79	88,69	6,84	0,00	0,52	3,95
80-84	73,77	19,04	0,00	0,00	7,19
85 y más	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	83,09	7,62	0,09	2,86	6,34

Fuente: estimaciones propias sobre la base de datos de la EPH del INDEC. 3er trimestre año 2010.

Como puede observarse para cada año es muy dispar la distribución de cobertura por grupo etario. Sin embargo, la concentración mayor se encuentra en Obra Social, aunque en 2010 con mayor representatividad.

Es interesante destacar que para el 2003 los mayores de 85 años poseen más de la categoría: Mutual / Prepaga / Servicio de emergencia que obra social.

El hecho que haya más personas con Obra Social en 2010 que en 2003 y se observe una importante disminución de la categoría: Mutual / Prepaga / Servicio de emergencia puede asumirse que está relacionado directamente con la condición económica de los individuos en ambos períodos. Téngase en cuenta que, poseer Obra social es más económico, pero aún se preservan ciertos privilegios en relación con el resto de las categorías exceptuado a la segunda categoría citada en el cuadro.

Es de destacar que en 2010 ya se encontraba en vigencia la ley que aumentó la base jubilatoria.

5.5 Condiciones y cobertura de salud. La Situación previsional en los adultos mayores de 60 años y más.

El envejecimiento se correlaciona con un incremento en la demanda de salud y un cambio importante en la programación futura de la implementación de políticas públicas de bienestar.

En la última década, se encontraban vigente la Ley 24.476, aprobada en 2006 que modificó el mapa de la salud a nivel País. Para 2001 había 3.830.685 personas, mientras que para 2010 se encontraban jubiladas 6.030.721 personas. Asimismo, se refleja en la cantidad de población que posee algún tipo de cobertura de salud.

Cuadro N°39 Alcance de la cobertura en salud (%) en la población residente en viviendas particulares. Total del país, 2001-2010.

Año censal	Población en viviendas particulares	Cobertura de salud	
		Si	No
2001	36260130	51,95	48,05
2010	39671131	62,09	37,91

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos censales 2001 y 2010.

Como puede observarse en el cuadro N° 39, en 2010 hubo un 10,15 % más de individuos que poseían algún tipo de cobertura de salud. De igual modo, si se focaliza este análisis en la población de 65 años y más, se visualiza el incremento de individuos que tienen cobertura de salud, que era de 61,73 % en 2001 y pasó a 94,03 % en 2010. Hubo un aumento del 32,3 % en la proporción de personas pertenecientes a dicho grupo etario.

Cuadro N° 40 Alcance de la cobertura en salud (%) en la población de 65 años y más residente en viviendas particulares. Total del país, 2001-2010.

Año censal	Cobertura de salud	
	Si	No
2001	61,73	38,27
2010	94,03	5,97

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos censales 2001 y 2010.

En la percepción de jubilación es donde se destaca el importante cambio que se produjo en el período intercensal 2001-2010, en el que un 34,35 % más de la población pasó a recibir

jubilación. Esto evidencia cómo influyó la ley, que hizo que una parte importante de la población que se encontraba invisibilizada en materia jubilatoria pudo regularizar su situación.

Cuadro N° 41 Percepción de jubilación o pensión (%) en la población residente en viviendas particulares, según sexo. Total del país, años 2001 y 2010.

Sexo	Población en viviendas particulares	2001		2010		
		Percibe jubilación o pensión		Percibe jubilación o pensión		
		Sí	No	Sí	No	
Total	36.260.130	10,56	89,44	39.671.131	15,20	84,80
Varones	17.659.072	9,04	90,96	19.276.217	11,46	88,54
Mujeres	18.601.058	12,02	87,98	20.394.914	18,74	81,26

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos censales 2001 y 2010.

En el período intercensal analizado, las diferencias más notorias se advierten en las mujeres de 60 años y más y en los hombres de 65 años y más, cuadro N° 41).

Para el total poblacional de estos grupos etarios y teniendo en cuenta la edad a la que cada sexo se jubila en la Argentina, se puede concluir que la brecha se ha modificado un 28,69 % (varones: 25,17 %; mujeres: 15,09 %). Es importante destacar que es aquí donde más influye la nueva ley.

Cuadro N° 42 Percepción de jubilación o pensión (%) en la población residente en viviendas particulares, según sexo y grupo de edad seleccionado. Total del país, año 2010.

Sexo y grupo de edad	Población en viviendas particulares	2001		2010		
		Percibe jubilación o pensión		Percibe jubilación o pensión		
		Sí	No	Sí	No	
Total	4274698	60,08	39,92	4.834.296	88,77	11,23
Varones (65 años y mas)	1456892	64,55	35,45	1.632.039	89,72	10,28
Mujeres (60 años y mas)	2817806	73,19	26,81	3.202.257	88,29	11,71

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos censales 2001 y 2010.

Es interesante observar la distribución de la población según el tipo de cobertura de salud para el año 2010 (Cuadro N° 42). Dentro de este gran grupo encontramos que la categoría que concentra la mayor cantidad de personas es la obra social, seguida de quienes tienen una cobertura prepaga a través de obra social y, en menor medida, los que voluntariamente contratan una cobertura prepaga, independientemente de sus ingresos laborales.

Las personas que poseen planes sociales o están adheridas a programas de salud pertenecientes al Ministerio de Bienestar Social, representan a quienes suelen identificarse

como aquellos provenientes de los sectores más vulnerables, de menores recursos. Es importante destacar que planes como la asignación universal por hijo y por embarazo lograron acercar a dicho grupo social la salud.

Aún queda una parte de la población que no posee ninguna cobertura de salud; sin embargo, dado que la Argentina se caracteriza por tener la salud gratuita y al alcance de todo aquel que la necesite, nadie se encuentra desamparado. Aún así es necesario mejorar la calidad de los servicios de salud y precisamente hacia eso apuntan las políticas públicas de salud en el presente.

Cuadro N° 43 Cobertura de salud (%) en la población residente en viviendas particulares, según sexo. Total del país, año 2010.

Sexo y grupo de edad	Población en viviendas particulares	Tipo de cobertura de salud				No tiene obra social, prepaga o plan estatal
		Obra Social (*)	Prepaga a través de obra social	Prepaga sólo por contratación voluntaria	Programas y planes estatales de salud	
Total	39.671.131	18.410.964	4.192.827	2.029.716	722.942	14.314.682
Varones	19.276.217	44,54	10,86	5,11	1,70	37,79
Mujeres	20.394.914	48,17	10,30	5,12	1,94	34,47

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos censales 2001 y 2010.

Nota: (*) Incluye PAMI.

Se incluye a las personas viviendo en la calle.

Las Islas Malvinas, Georgias del Sur, Sandwich del Sur y los espacios marítimos circundantes forman parte integrante del territorio nacional argentino. Debido a que dichos territorios se encuentran sometidos a la ocupación ilegal del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, la República Argentina se vio impedida de llevar a cabo el Censo 2010 en esa área. Por consiguiente, no se consideró la superficie correspondiente a esas islas.

Los datos que aquí se publican se remiten al cuestionario ampliado, es decir, se aplicó a una parte de la población. Los valores obtenidos son por lo tanto de una muestra contemplan el llamado error maestro.

Capítulo 6

6. Factores de Influencia en la Salud para los adultos mayores de 60 años y más.

6.1 Influencia de los factores de riesgo en la salud de los adultos mayores.

La salud ha sido concebida como un estado de bienestar físico, psíquico y social, que implica un “normal” funcionamiento orgánico y una adaptación biológica del individuo a su ambiente, todo lo cual le permite realizar su trabajo habitual. Esta concepción representa una situación ideal, que se alcanzaría sólo por excepción. Es necesario concebir a la salud como un proceso esencialmente dinámico.

Siendo el sistema de salud la respuesta organizada para las diversas problemáticas que se presentan, el análisis de los factores de riesgo puede contribuir a esclarecer situaciones poco visibilizadas.

Sus condiciones son estar “sano” o “enfermo”, que son dos momentos de un mismo proceso. Como objeto de estudio, este proceso puede considerarse en un plano individual o en un plano colectivo. La mortalidad se analiza en los que se encuentran dentro de la categoría “enfermo”, condición no excluyente.

Cada grupo familiar desarrolla una serie de conductas como pautas de consumo y distribución, o de formación de uniones y procreación, a través de las que intenta asegurar la reproducción del grupo (a veces llamadas “estrategias de sobrevivencia”) (Frenk, 1991).

El papel de los llamados “estilos de vida”, son comportamientos compartidos por un grupo social en un contexto específico, con componentes ideológicos y relacionados a la situación del mercado.

Reflejan la forma en que los grupos sociales traducen las condiciones materiales de vida en pautas de comportamiento, como consumo de alcohol, tabaco y drogas siendo estos factores de alto riesgo para la salud.

Los métodos analíticos de los que se dispone para identificar el rol de aquellos en la determinación de la muerte tienen un alcance limitado. Comprender que no pueden “explicar” la génesis del proceso sino de un modo fragmentario.

Las condiciones que prevalecen en las economías subdesarrolladas y dependientes que caracterizan a la región latinoamericana, debería esperarse que las diferencias sociales ante la muerte sean importantes (Frenk, 1991).

Se denomina incidencia aquella medida de frecuencia epidemiológica que indica el número de casos nuevos de una enfermedad, de un determinado suceso o evento, que aparece en un grupo susceptible a lo largo de un período de tiempo dado. Este valor absoluto, cuando lo consideramos en función del tiempo y con respecto al total de la población con probabilidad de padecer el suceso en estudio, expresa el riesgo individual.

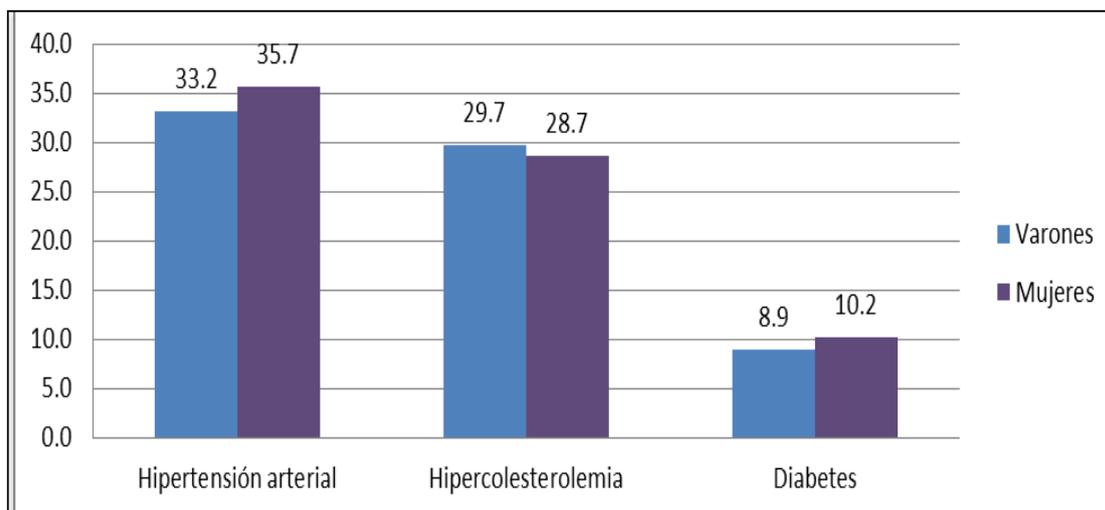
El riesgo es la probabilidad de enfermar o morir a causa de una determinada patología o accidente, condicionada a la probabilidad de que el sujeto no muera por otra causa. Los factores de riesgo son el conjunto de fenómenos de los cuales depende dicha probabilidad. Se analizan en la encuesta de factores de riesgo realizada en forma conjunta por el INDEC y el Ministerio de Salud de la Nación en 2005 y 2009, para intentar comprender la implicancia que pueden tener en el área de la salud en la Argentina.

El indicador de riesgo o signo precursor de enfermedad pone de manifiesto la presencia temprana de aquella. Es una característica unida a la enfermedad en su estadio preclínico, sin influencias en su producción. Los factores de riesgo son los que más interés tienen en salud pública, modificándolos se puede interrumpir el desarrollo de la enfermedad y lograr considerables avances.

Es importante destacar que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), entre las que suelen identificarse las cardiovasculares, respiratorias, tumorales y diabetes, entre otras, han ido en aumento, en detrimento de las enfermedades infecciosas. Si se conocen estos factores y cómo influyen en la sociedad, se puede lograr a través de la prevención y las campañas educativas propicias una disminución en la mortalidad poblacional.

La hipertensión arterial suele presentarse más asiduamente en los grupos etarios de mayor edad. Como puede observarse, este factor de riesgo en las mujeres es mayor que en los hombres (Gráfico N° 23), y lo mismo ocurre con la diabetes. En el caso del hipercolesterolemia, se observa el fenómeno inverso, es decir, los hombres presentan más frecuentemente colesterol alto que las mujeres.

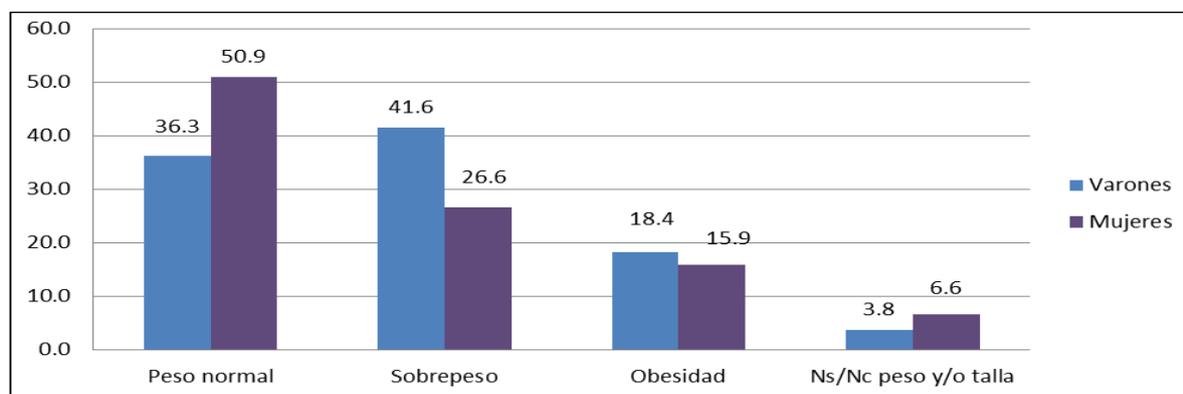
Gráfico 23 Prevalencia de medición de factores de riesgo, según sexo. Total país. Año 2009.



Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 (ENFR-2009). Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios, Ministerio de Salud. Secretaría de Deporte, Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

El peso corporal es un indicador importante a la hora de analizar al individuo, dado que puede acelerar, acrecentar, el desarrollo de diversas enfermedades. Si bien por sí mismo puede no ser un problema (salvo en casos de obesidad extrema), el sobrepeso sí puede ser un factor desencadenante o complejizar el cuadro de presentación de ciertas enfermedades. El caso más común y paradigmático es el de la Diabetes Mellitus, enfermedad en que la asociación entre estas variables es considerablemente alta.

Gráfico 24 Peso corporal de la población de 18 años y más, por sexo. Total país. Año 2009. (%).



(1) El nivel de actividad física se constituye a partir de la cantidad de días por semana de actividad física y el tiempo empleado en realizarla.

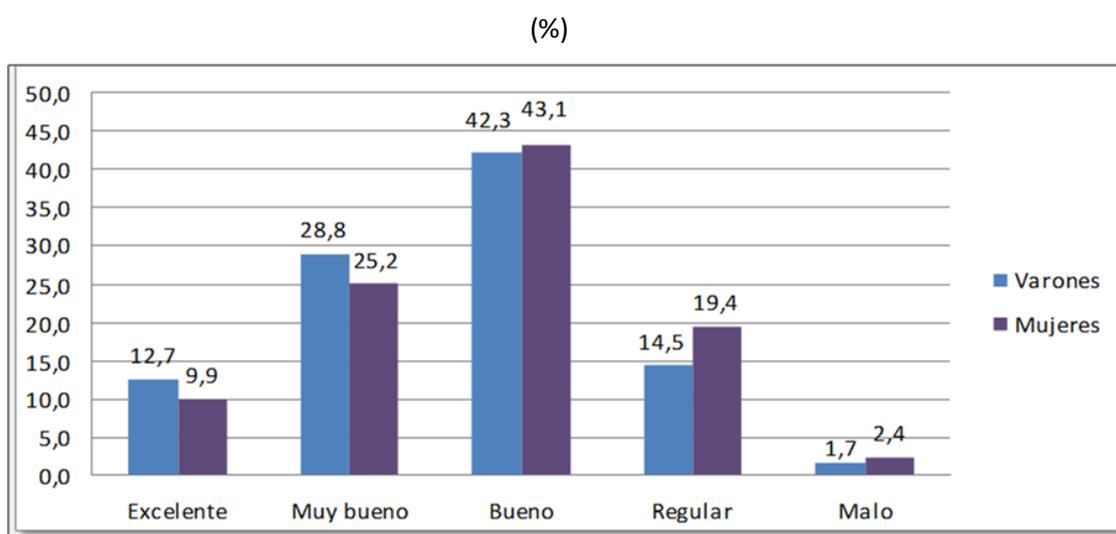
Fuente: INDEC. Encuesta nacional de factores de riesgo 2009.

Secretaría de promoción y programas sanitarios. Ministerio de salud de la Nación.

Secretaría de deporte. Ministerio de desarrollo social.

Puede observarse en el gráfico N°25, que más del 40% de los encuestados consideran que se encuentran en buenas condiciones de salud, es algo más elevada en las mujeres que en los hombres. Una proporción de 28,8% y 25,2% de varones y mujeres, respectivamente, sostienen que poseen un estado “muy bueno”, y sólo el 14,5 % de los hombres y el 19,4 % de las mujeres consideran que su salud es “regular”.

Gráfico 25 Estado de salud general de la población de 18 años y más, por sexo. Total país. Año 2009.



(1) El nivel de actividad física se constituye a partir de la cantidad de días por semana de actividad física y el tiempo empleado en realizarla. Fuente: INDEC. Encuesta nacional de factores de riesgo 2009.

Secretaría de promoción y programas sanitarios. Ministerio de salud de la Nación. Secretaría de deporte. Ministerio de desarrollo social.

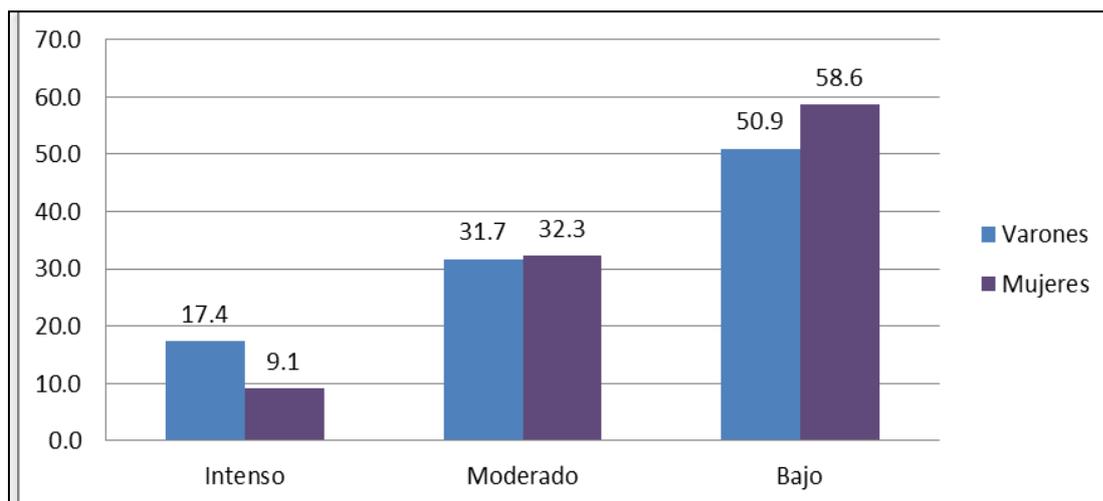
La actividad física es un indicador muy importante para poder comprender de un modo indirecto el cuidado personal de los individuos. Hacer deporte beneficia al estado de salud, se observan mejores indicadores de colesterol y peso, entre otros, siendo una condición excluyente.

Quienes realizan actividad física regularmente, conlleva a una mejor alimentación y mejor calidad de vida.

En la Argentina más del 50% de la población tiene un nivel de actividad física insuficiente. Como puede observarse en el gráfico N°26, las mujeres se encuentran en una situación más desfavorable.

Este indicador se encuentra altamente relacionado con el riesgo de tener enfermedades como cardiopatías isquémicas, cerebrovasculares, o diabetes, entre otras, con una relación directa con el sedentarismo.

Gráfico 26 Nivel de actividad física de la población de 18 años y más, por sexo. Total país. Año 2009. (%)



Nota: El Índice de masa corporal (IMC) es el cociente del peso y la talla al cuadrado del encuestado. Las categorías de peso corporal son resultado del agrupamiento del IMC. Peso normal: IMC menor de 25; sobrepeso: IMC mayor o igual a 25 y menor que 30; obesidad: IMC mayor o igual a 30.

Fuente: INDEC. Encuesta nacional de factores de riesgo 2009.

Secretaría de promoción y programas sanitarios. Ministerio de salud de la Nación.

Secretaría de deporte. Ministerio de desarrollo social.

6.2 NBI y sus consecuencias en Salud

Las personas que poseen algún tipo de NBI se acercan a una pobreza estructural.

Aquellas que no poseen ningún tipo de cobertura de salud, plan o prepaga: son las que poseen NBI tanto de hacinamiento como de condiciones sanitarias o vivienda. Las políticas públicas para esta temática son complejas y muy profundas, y quedan por fuera del alcance de esta tesis.

CEPAL recalca que “el envejecimiento saludable se encuentra estrictamente asociado al control adecuado de los factores de riesgo y a la práctica de actividades de prevención en salud” (CEPAL, 2008, pág. 45).

Cuadro N°44. Cobertura de salud según condición de NBI⁶. Año 2010.

Tipo de NBI	Capacidad de subsistencia	Asistencia escolar	Hacinamiento	Condiciones sanitarias	Vivienda
No cumple condición NBI					
1. Obra social (incluye PAMI)	77,85	78,31	77,85	77,53	77,60
2. Prepaga a través de obra social	5,57	5,58	5,56	5,54	5,55
3. Prepaga sólo por contratación voluntaria	4,89	4,90	4,89	4,88	4,89
4. Programas o planes estatales de salud	1,20	1,22	1,20	1,18	1,19
5. No tiene obra social, prepaga o plan estatal	9,69	9,83	9,52	9,39	9,46
Total	99,21	99,84	99,02	98,53	98,69
Cumple condición NBI					
1. Obra social (incluye PAMI)	0,57	0,10	0,57	0,89	0,82
2. Prepaga a través de obra social	0,01	0,01	0,03	0,05	0,04
3. Prepaga sólo por contratación voluntaria	0,01	0,00	0,01	0,02	0,01
4. Programas o planes estatales de salud	0,02	0,00	0,02	0,04	0,03
5. No tiene obra social, prepaga o plan estatal	0,18	0,05	0,35	0,48	0,41
Total	0,79	0,16	0,98	1,47	1,31
Total					
1. Obra social (incluye PAMI)	78,42	78,42	78,42	78,42	78,42
2. Prepaga a través de obra social	5,59	5,59	5,59	5,59	5,59
3. Prepaga sólo por contratación voluntaria	4,90	4,90	4,90	4,90	4,90
4. Programas o planes estatales de salud	1,22	1,22	1,22	1,22	1,22
5. No tiene obra social, prepaga o plan estatal	9,87	9,87	9,87	9,87	9,87
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Elaboración propia en base a datos redatam. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Como puede observarse en el cuadro N°45, la mayoría de la población adulta mayor de 60 años no posee NBI y aquellos que si carecen de alguna necesidad básica insatisfecha se concentran en los que poseen obra social, y a su vez tienen NBI de condiciones sanitarias o de vivienda, impidiendo a veces poder recibir la atención mínima necesaria en domicilio, siendo estas las difíciles de corregir. Este indicador se asocia a un mayor riesgo de mortalidad en la ancianidad.

⁶ Los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) son los hogares que presentan al menos uno de los siguientes indicadores de privación:

- Vivienda: hogares en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho). (NBI 1)
- Condiciones sanitarias: hogares que no tuvieran ningún tipo de retrete. (NBI 2)
- Hacinamiento: hogares que tuvieran más de tres personas por cuarto. (NBI 3)
- Asistencia escolar: hogares que tuvieran algún niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asistiera a la escuela. (NBI 4)
- Capacidad de subsistencia: hogares que tuvieran cuatro o más personas por miembro ocupado y, además, cuyo jefe no haya completado tercer grado de escolaridad primaria. (NBI 5).

Aquellos que no poseen ni plan, ni obra social y prepaga, utilizan directamente los servicios públicos hospitalarios que en Argentina son de carácter universal.

Cuadro N° 45 Personas de 60 años y más sin cobertura de salud según tipo de NBI. Año 2010

Tipo de NBI	Capacidad de subsistencia	Asistencia escolar	Hacinamiento	Condiciones sanitarias	Vivienda
5. No tiene obra social, prepaga o plan estatal	22,96	28,70	35,80	32,80	31,33

Fuente: Elaboración propia en base a datos redatam. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Conjuntamente, este acelerado proceso de envejecimiento plantea un desafío mayor a la hora de implementar y monitorear políticas públicas tendientes a mejorar el bienestar de las personas mayores.

La proporción de necesidades insatisfechas en salud está en aumento debido al estado sanitario, económico, con influencia de lo regional mostrando al menos la presencia de un indicador de NBI.

Existen aún importantes problemas en lograr la equidad en la atención sanitaria en su conjunto.

Capítulo 7

7. Categoría de causas de muerte y sus AEVP.

7.1 Categorías de Causas de muerte en las personas de 60 años y más a nivel provincial para Grandes grupos de causas. AEVP. Por sexo. Períodos 2000-2002 y 2008-2010.

Las diferencias entre ambos períodos 2000-2002 y 2008-2010 de estudios, cuyos años medios son 2001 y 2009, en los cuales se calculan los AEVP de las edades entre 60 a 85 años dan cuenta de un análisis diferencial por sexo.

Otro concepto importante que se tiene en cuenta es la velocidad de cambio del promedio anual, que permite visualizar el esfuerzo que se ha hecho y un cambio relativo para seguir reduciendo la mortalidad.

Cuanta más alta sea la velocidad, indica que se ha conseguido un mayor esfuerzo, el cual logró bajar la mortalidad y perder menos AEVP. Si la provincia tiene aún mucha mortalidad,

es posible que muestre una magnitud más elevada de AEVP, independientemente de la velocidad, pudiendo observar un cambio rápido o no.

La velocidad está más vinculada al desarrollo de las variables de la mortalidad y cómo interactúan éstas con las políticas públicas propuestas por el Estado. Si fuesen de alto impacto y efectivas, lograrían un descenso y un control de las categorías de causas de muerte, impactando en los AEVP y en su velocidad de cambio promedio anual directamente.

Cuadro N° 46 AEVP por provincia según sexo. Años 2001 y 2009.

Provincia	AEVP			
	Varones		Mujeres	
	2001	2009	2001	2009
TOTAL DEL PAIS	8,67	7,88	5,30	4,82
CABA	8,07	7,21	4,56	4,31
BUENOS AIRES	8,65	8,00	5,09	4,83
CATAMARCA	8,71	7,37	5,60	4,82
CORDOBA	8,34	7,93	4,94	4,71
CORRIENTES	8,93	8,09	5,67	5,29
CHACO	9,70	8,90	6,64	5,78
CHUBUT	9,44	7,72	6,25	4,46
ENTRE RIOS	8,94	8,27	5,08	4,77
FORMOSA	9,02	7,85	6,31	5,09
JUJUY	8,50	7,58	5,38	5,17
LA PAMPA	8,70	7,31	5,00	4,63
LA RIOJA	8,69	7,80	6,11	5,10
MENDOZA	8,13	7,23	5,32	4,71
MISIONES	8,52	8,28	5,59	5,47
NEUQUEN	8,38	7,07	4,94	4,21
RIO NEGRO	8,08	7,08	6,14	4,87
SALTA	8,80	7,59	6,82	5,04
SAN JUAN	8,55	7,81	5,83	5,38
SAN LUIS	8,43	7,61	5,66	4,85
SANTA CRUZ	9,19	8,48	5,80	4,66
SANTA FE	8,76	8,28	5,00	4,75
SANTIAGO DEL ESTERO	9,06	8,36	6,56	5,29
TUCUMAN	9,11	7,90	5,73	5,21
TIERRA DEL FUEGO	7,98	7,11	6,11	4,88

Fuente: INDEC. Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Años 2000 - 2010.

Cuadro N° 47 Velocidad del cambio promedio anual de la mortalidad en porcentaje por provincia según sexo. Años 2001 y 2009.

Provincia	VELOCIDAD CAMBIO ANAUL PROMEDIO DEL PERIODO (POR CIENTO)	
	Hombres	Mujeres
	2001	2009
TOTAL DEL PAIS	-1,34	-1,18
CABA	-1,58	-0,69
BUENOS AIRES	-1,12	-0,64
CATAMARCA	-2,36	-1,84
CORDOBA	-0,72	-0,58
CORRIENTES	-1,40	-0,87
CHACO	-1,22	-1,72
CHUBUT	-2,84	-4,12
ENTRE RIOS	-1,10	-0,76
FORMOSA	-1,96	-2,64
JUJUY	-1,62	-0,51
LA PAMPA	-2,45	-0,97
LA RIOJA	-1,54	-2,25
MENDOZA	-1,66	-1,52
MISIONES	-0,40	-0,26
NEUQUEN	-2,39	-1,97
RIO NEGRO	-1,88	-2,84
SALTA	-2,09	-3,71
SAN JUAN	-1,28	-1,01
SAN LUIS	-1,45	-1,92
SANTA CRUZ	-1,14	-2,71
SANTA FE	-0,80	-0,62
SANTIAGO DEL ESTERO	-1,15	-2,66
TUCUMAN	-2,01	-1,19
TIERRA DEL FUEGO	-1,65	-2,77

Fuente: INDEC. Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Años 2000 - 2010.

La situación en las mujeres:

Para el caso de las mujeres en el Total del país de la población adulta mayor de 60 a 85 años de edad, en el año 2001 se perdían 5,30 AEVP, mientras que en 2009 la pérdida fue de 4,82 años. Esto implica que se dejaron de perder 0,48 AEVP en el período 2000-2010. Es de importancia el descenso por la magnitud que representa.

La contribución a la esperanza de vida entre las edades de 60 a 85 años por el descenso de la mortalidad fue importante para cada provincia para los años: 2000-2002 y 2008-2010. El máximo descenso (mejorando su condición al dejar de perder tantos AEVP en el período mencionado), lo logró la Provincia de Chubut en 1,79 AEVP mientras que, Misiones fue la provincia que menos progreso obtuvo, y sólo pudo dejar de perder 0,12 AEVP.

Las provincias que más AEVP perdían en los principios de los años 2000 son: Salta y Chaco, por el contrario, los que menos lo hacían eran: CABA Córdoba y Río Negro, en ese orden. En el Período 2008-2010, las provincias que menos AEVP lograron dejar de perder eran las de CABA Neuquén y Chubut. Por otra parte, las provincias que más AEVP perdían son las de Salta y Chaco.

Las mayores diferencias entre ambos períodos de estudios para 2001 corresponden a las provincias de Chubut y Salta, con menor diferencia las provincias de Santiago del Estero, Río Negro, Tierra del Fuego y Formosa. Las provincias que menor diferencia muestran en 2009, y por consiguiente cambian su situación en el descenso de la mortalidad son Misiones, Formosa, Corrientes, Santa Fe, Buenos Aires y Catamarca.

Para el Total del país las dos primeras causas son iguales en el ordenamiento en ambos periodos – insuficiencia cardíaca (0,54 AEVP en el año 2001 pasa a perder 0,44 en 2009) y enfermedades cerebrovasculares (0,49 AEVP en el año 2001 pasa a perder 0,33 en 2009) – pero disminuyen la cantidad de años de esperanza de vida que se pierden en cada causa.

La tercera, cuarta y quinta causa de cada período, cambian su ordenamiento, dando lugar a que las respiratorias superiores sean las categorías de causas que ocupen un lugar preponderante seguidas por las categorías de causas tumorales.

Diabetes mellitus, para Total país muestra una tendencia que no es necesariamente uniforme a la que se observará en cada una de las provincias. En muchas provincias esta causa mejoró y en otras sucedió lo contrario. A nivel nacional, para el primer período 2000-2002, se encontraba en el noveno lugar, mientras que para el período 2008-2010, descendió al doceavo lugar. Si bien se encuentra dentro de las quince primeras causas de muerte en ambos períodos, esta causa dejó de perder AEVP. Su situación mejoro tanto en AEVP como en valores absolutos.

Esto es consecuencia de las campañas de concientización realizadas por parte del Estado. Poseer esta enfermedad no implica, cuidado mediante, que sea mortal.

En el período de los años 2000-2002, los AEVP que las mujeres pierden mayormente, son debido al grupo de la categoría de causas del sistema circulatorio, luego los tumores y en tercer lugar otras categorías clasificadas que incluyen diabetes, deficiencias nutricionales, entre otras causas.

Para el período siguiente: 2008-2010, se mantiene el mismo ordenamiento. La velocidad de cambio del promedio anual de la mortalidad cambia. Representa el esfuerzo que se realizó para poder obtener resultados en el descenso de la mortalidad. Se observa que el sistema

circulatorio tiene un ritmo de desaceleración importante. Las enfermedades infecto-parasitarias tienen un cambio positivo que se acelera y muestra que la situación empeoró, pese a que se dejan de perder AEVP.

La categoría de la causa tumor maligno de mama, si bien no se ha modificado en el ordenamiento, pierde más AEVP para el año 2009 de los que perdía en 2001. También sucede lo mismo en valores absolutos. Esta causa es una de las que mayores variaciones presentan entre las provincias. En algunas se observa un descenso muy pronunciado mientras que en otras se ve un crecimiento intenso.

De modo similar, puede observarse en la causa otras enfermedades de las vías respiratorias superiores, que bajan en el ordenamiento una posición en el lugar que muestran, manteniéndose los AEVP que pierden para cada período, pero aumentan en absolutos.

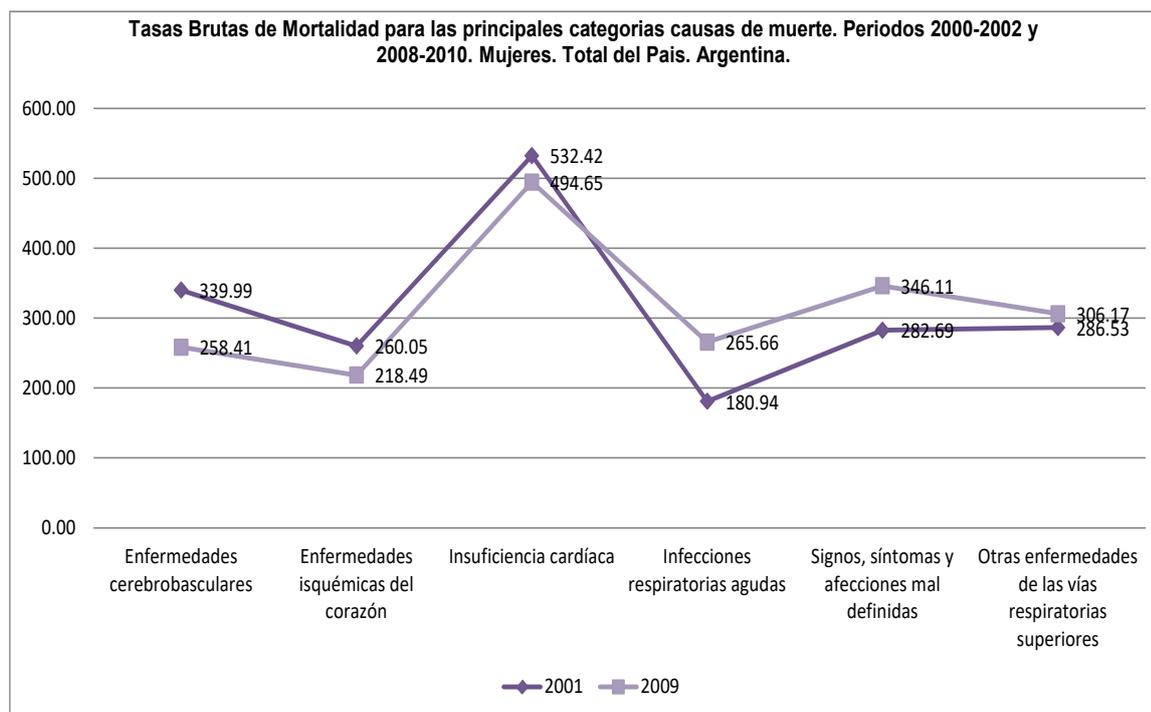
En el primer período representaban un 7,75% de las muertes de todas las causas mientras que para el segundo un 8,36%. Es importante entender que los valores absolutos por sí mismos, no siempre dan una visión real de la magnitud que representa en el nivel de la mortalidad, de ahí su importancia. Observando sólo los valores absolutos, se estaría incurriendo en un error, asumiendo que fue más importante la variación; para ambos períodos su peso en años de esperanza de vida perdidos es la misma para el total país.

La causa de las infecciones respiratorias agudas es una de las causas que más ha subido en el ordenamiento, pasó de estar en la posición 13 al 8 en el año 2009. Pierde más AEVP 0,16 a 2,24 años, también aumentaron en valores absolutos la cantidad de muertes de un período a otro.

En el caso de las mujeres y para el Total del País, la TBM (tasa bruta de mortalidad), tuvieron las variaciones más importantes en las categorías de las siguientes causas: enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca. Aquí se observan la menor cantidad de defunciones. Contrariamente, las categorías de las causas que más ascendieron son las infecciones respiratorias agudas; signos, síntomas y afecciones mal definidas y otras enfermedades de las vías respiratorias superiores. Es interesante observar que, tanto la primera como la tercera causa que se ha mencionado, se encuentra relacionada con el aparato respiratorio.

Las enfermedades isquémicas del corazón son otras que han descendido en el ordenamiento, ya que pasaron del 3er al 6to lugar en el año 2009, mejorando su situación, ya que perdieron menos años de esperanza de vida que en 2001.

Gráfico 27 Tasas brutas de mortalidad para las principales categorías de muerte. Período 2000-2002 y 2008-2010. Mujeres. Total del País. Argentina.



Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. INDEC. Años 2000 - 2010.

La situación en los varones:

En el caso de los varones, los AEVP en el Total del País descendieron de 8,67 a 7,88; la diferencia entre ambos periodos de estudio 2000-2002 y 2008-2010 es de 0,78 AEVP, divergencia mayor a la hallada en las mujeres. En cada provincia la contribución a la esperanza de vida entre las edades 60 a 85 años por el descenso de la mortalidad fue importante.

El máximo descenso es el logrado en la provincia de Chubut en 1,72 AEVP, apenas menor que el de las mujeres; mientras que Misiones, es la provincia que menos progreso obtuvo y sólo pudo bajar sus AEVP en 0,24 años (aunque es el doble de lo que pudieron disminuir las mujeres).

Hay similitudes relevantes con los datos presentados para las mujeres en cuanto a los comportamientos que muestran las provincias. Las que más años de esperanza de vida perdidos muestran, entre el período 2000-2002 son Chaco y Chubut. Las que más dejan de perder AEVP son las provincias de Tierra del Fuego en primer lugar, secundadas por CABA y Río Negro. En el período 2008-2010, las provincias que menos AEVP presentan, y pudiendo mejorar su situación son: Neuquén, Río Negro y CABA en orden de importancia. Las

provincias que más AEVP muestran son: Chaco y Santa Cruz, dando cuenta de un empeoramiento de la situación provincial.

Las mayores diferencias entre los períodos de estudios son Chubut, seguidas por las provincias de La Pampa, Córdoba, Neuquén, Tucumán y Salta. Las provincias, que por el contrario muestran menores diferencias, incluso un menor descenso de la mortalidad son Misiones y Santa Fe.

En el período de los años 2000-2002 para el caso de los varones se pierden la mayor cantidad de AEVP con el sistema circulatorio, luego con los tumores y, en tercer lugar, otras categorías clasificadas que incluye diabetes, deficiencias nutricionales, entre otras. Para el período: 2008-2010, se mantiene el mismo orden, aunque se acercan la tercera a la segunda causa.

Se distingue la velocidad de cambio promedio anual de la mortalidad en los hombres, donde se muestra que el sistema circulatorio tiene la velocidad de cambio más baja, que la observada en las mujeres seguida por las causas externas; en cambio las enfermedades infecto-parasitarias tienen un cambio positivo que se acelera, empeorando la situación tanto por el signo de su velocidad como por lo acelerado del proceso. Para cada uno de los sexos, el grupo de causas de signos, síntomas y afecciones mal definidas se incrementa.

El ordenamiento ha variado en las principales causas. Otros tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas para el período 2008-2010 pasó a ocupar la primera posición, mientras que antes se encontraba en el tercer lugar; el segundo, permanece igual (insuficiencia cardíaca) en ambos períodos. En el caso del tercero, se invirtió con el período anterior, quedando las enfermedades isquémicas del corazón para el 2008-2010 - que anteriormente eran la primera categoría de causa de muerte - ahora en el tercer lugar, y pasando otros tumores malignos de otras localizaciones de las no especificadas al primero cuando para el 2000-2002 eran el tercero.

La categoría de causas: Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores, ascendieron del 6to al 5to lugar, tendencia que se observa en muchas provincias. Este hecho puede vincularse al grado de contaminación ambiental, polución, y otras causas que afectan el medio ambiente. Se presume que los individuos se enferman más por diferentes causas respiratorias.

Como ya se explicó previamente en el marco teórico, la Tasa Bruta de Mortalidad (TMB) es un índice sencillo para calcular, que determina cuántas personas mueren de una población en un momento determinado, en este caso por cada cien mil personas. Se intenta determinar la frecuencia de muertes en relación a una determinada población y particularmente por cada categoría de causa de muerte de la lista 6/67 de la CIE10 de la OPS.

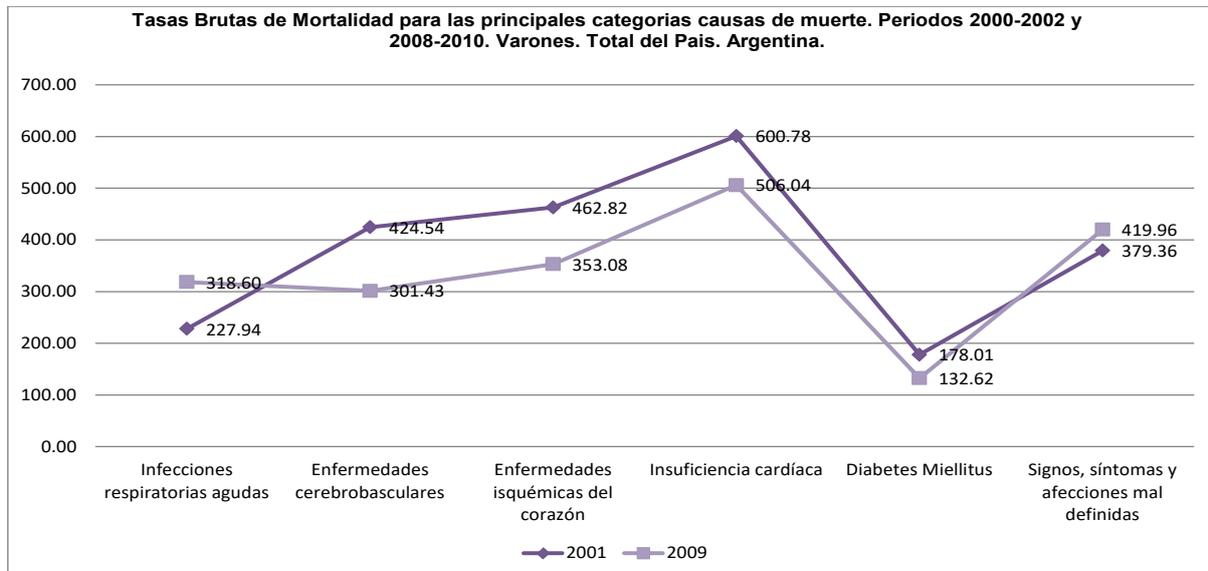
Dado que este índice se encuentra afectado por la estructura etaria, las comparaciones que se realizarán aquí, serán para 60 y más años de edad, sin distinguir los grupos etarios y para promedios trianuales. Evitando las distorsiones posibles que se puedan encontrar.

A partir de los 80 años hay mayor riesgo de muerte que en las edades más jóvenes, riesgo que aumenta lógicamente y proporcionalmente con la edad. La población de estos grupos etarios es muy variable y por lo tanto no puede reflejar correctamente las variaciones de la población en estudio.

En comparación con las mujeres para el Total del País, los varones tienen variaciones en las TBM de las causas de mortalidad con mayor relevancia. Las causas que más se incrementaron son infecciones respiratorias agudas, seguidas por signos, síntomas y afecciones mal definidas.

Sería deseable realizar un estudio para ver las particularidades de dicha enfermedad, pero queda por fuera del alcance de esta tesis; Por el otro lado, aquellas causas entre las que más descendieron se hallan las cerebrovasculares, enfermedades isquémicas del corazón, insuficiencia cardíaca y diabetes mellitus. Esta última es la que más llama la atención, aunque habría que tener en cuenta que en la última década hubo campañas, aunque no continuas, para la toma de conciencia sobre los cuidados de dicha enfermedad.

Gráfico 28 Tasas brutas de mortalidad para las principales categorías de muerte. Período 2000-2002 y 2008-2010. Varones. Total del País. Argentina.



Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. INDEC. Años 2000 - 2010.

Cuadro N°48 Comportamiento de los AEVP según edad y provincia. Varones. Años 2001 y 2009

Jurisdicción	Varones			
	AEVP 0-60 (2001)	AEVP 0-60 (2009)	AEVP 60-85 (2001)	AEVP 60-85 (2009)
Total País	3,78	3,12	8,67	7,88
CABA	3,07	2,40	8,07	7,21
Buenos Aires	3,76	3,12	8,65	8,00
Catamarca	3,51	2,98	8,71	7,37
Córdoba	3,36	2,81	8,34	7,93
Corrientes	4,73	3,40	8,93	8,09
Chaco	5,08	3,96	9,70	8,90
Chubut	3,93	3,22	9,44	7,72
Entre Ríos	3,63	3,26	8,94	8,27
Formosa	4,70	4,07	9,02	7,85
Jujuy	4,56	3,45	8,50	7,58
La Pampa	3,21	2,99	8,70	7,31
La Rioja	3,76	3,15	8,69	7,80
Mendoza	3,25	2,83	8,13	7,23
Misiones	4,20	3,55	8,52	8,28
Neuquén	3,33	2,71	8,38	7,07
Rio Negro	3,49	2,94	8,08	7,08
Salta	4,58	3,60	8,80	7,59
San Juan	3,66	2,82	8,55	7,81
San Luis	3,41	2,81	8,43	7,61
Santa Cruz	3,70	3,13	9,19	8,48
Santa Fe	3,56	3,25	8,76	8,28
Santiago	4,27	3,54	9,06	8,36
Tucumán	3,94	3,13	9,11	7,90
Tierra del Fuego	2,70	2,45	7,98	7,11

Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Años 2000 - 2010.
INDEC. Censos de población Hogares y vivienda 2011 y 2010

Los AEVP de personas menores a 60 años están indicando que se pierden menos años que en el caso de la población adulta mayor. Esto es muy importante que suceda de este modo, dado que la mortalidad de los menores es la que suele mostrar cierto estancamiento cuando las causas de mortalidad que la caracterizan pertenecen a las endógenas. Cuando las tasas de mortalidad ya se encuentran muy bajas suelen descender muy lentamente o se estancan.

Para lograr otro estadio de descenso es necesario factores externos, como nuevas tecnologías aplicadas a la mejoría en salud.

Cuando la concentración de la mortalidad se observa en los adultos mayores es un buen indicio en lo que a envejecimiento refiere. Cuando esto sucede es necesario políticas públicas en salud para que ayuden a controlar la mortalidad en los mayores. Las causas externas son más sencillas de disminuir si la concientización social es buena en temas como realizar deporte, mantener una alimentación sana, no tomar mucho alcohol, no consumir tabaco, realizarse controles de salud anualmente o cuando el médico lo indique entre otros factores de riesgo que pueden ser controlados.

Hay enfermedades que pueden pasar a ser crónicas y no mortales, especialmente si son detectadas a tiempo.

Las patologías relacionadas con causas endógenas son mucho más difíciles de controlar en igual o mayor proporción que la población más joven, primordialmente porque hay muchos hábitos que son difíciles de cambiar en las personas mayores.

Todo esto sucede tanto en varones como en mujeres.

En los dos sexos se observa que en 2009 se pierden menos años que en 2001 en distinta proporción. Este panorama es alentador. Está íntimamente relacionado con el tipo de sociedad y el grado de envejecimiento que poseen.

Cuadro N°49 Comportamiento de los AEVP según edad y provincia. Mujeres. Años 2001 y 2009

Jurisdicción	Mujeres			
	AEVP 0-60 (2001)	AEVP 0-60 (2009)	AEVP 60-85 (2001)	AEVP 60-85 (2009)
Total País	2,28	1,90	5,30	4,82
CABA	1,80	1,41	4,56	4,31
Buenos Aires	2,12	1,90	5,09	4,83
Catamarca	2,57	2,07	5,60	4,82
Córdoba	2,04	1,70	4,94	4,71
Corrientes	3,08	2,40	5,67	5,29
Chaco	3,35	2,60	6,64	5,78
Chubut	2,28	1,80	6,25	4,46
Entre Ríos	2,13	1,87	5,08	4,77
Formosa	3,65	2,93	6,31	5,09
Jujuy	2,79	2,18	5,38	5,17
La Pampa	1,76	1,80	5,00	4,63
La Rioja	2,75	2,13	6,11	5,10
Mendoza	1,99	1,71	5,32	4,71
Misiones	2,71	2,18	5,59	5,47
Neuquén	1,78	1,53	4,94	4,21
Río Negro	2,05	1,71	6,14	4,87
Salta	2,24	2,23	6,82	5,04
San Juan	2,45	1,86	5,83	5,38
San Luis	2,20	1,82	5,66	4,85
Santa Cruz	2,08	1,70	5,80	4,66
Santa Fe	2,12	1,76	5,00	4,75
Santiago	2,75	2,21	6,56	5,29
Tucumán	2,77	1,98	5,73	17,18
Tierra del Fuego	1,91	1,48	6,11	18,08

Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Años 2000 - 2010. INDEC. Censos de población Hogares y vivienda 2011 y 2010

En el caso de las mujeres se puede observar que pierden menos años de esperanza de vida que los varones. En ambos períodos, esto sigue siendo distintivo en las mujeres dado que biológicamente en especial además de otros factores, destacan que el envejecimiento tiene un predominio femenino.

Sería indagar más porqué en las mujeres de las provincias de Tucumán y Tierra del fuego han aumentado de modo tan significativo. Si bien Tierra del fuego es una provincia en la que las defunciones son muy pocas ello puede hacer que con pocos decesos haya una oscilación muy importante en las tasas o mayor aún en los AEVP producto que la casuística poblacional tiene una incidencia mayor.

7. 2 Categorías Causas de muerte en las personas de 60 años y más a nivel provincial para Causas Especificas de causas de muerte. Por sexo. Períodos 2000-2002 y 2008-2010.

7.2.1 Comparación de categorías de causas de muerte según AEVP para el período de estudio 2000-2010, en las provincias argentinas.

- Insuficiencia Cardíaca

Entre la población femenina, la insuficiencia cardíaca es la principal categoría de causa de muerte del Total del país, pero la segunda en importancia para los varones. En los AEVP por esta categoría de causas de muerte, los varones pierden más años que las mujeres. Ellas lograron dejar de perder por esta causa 0,10 AEVP, mientras que los hombres pudieron avanzar más y dejaron de perder 0,14 AEVP. La variación relativa del cambio⁷ que se muestra en cada sexo son los AEVP que dejan de perder durante el período 2000-2010, en este caso para las mujeres es de 18,05% en cambio para los varones es de 16,37%.

En el caso de las mujeres, a nivel provincial, se encuentran con menores diferencias en el período de estudio aquellas que más lograron avanzar, con lo cual dejaron de perder más AEVP, entre las que se hallan: Santa Cruz, Río Negro, San Juan, Formosa, en menor medida CABA, Santa Fe, y Neuquén. En contrapartida, aquellas que siguieron perdiendo más AEVP son las provincias de Tierra del Fuego, Chubut y La Rioja.

En los varones hay un panorama similar, pero con mayor diferencia entre los años 2001 y 2009 que en las observadas en las mujeres. En las provincias cuyo descenso de la mortalidad hizo aumentar menos la esperanza de vida de los adultos mayores son: Formosa, San Juan, Misiones, Salta, Jujuy, y en menor proporción Buenos Aires, Santa Fe, y Río Negro. Las provincias que perdieron más años en el período de estudio 2000-2010 son Tierra del Fuego, Chubut, La Rioja y La pampa.

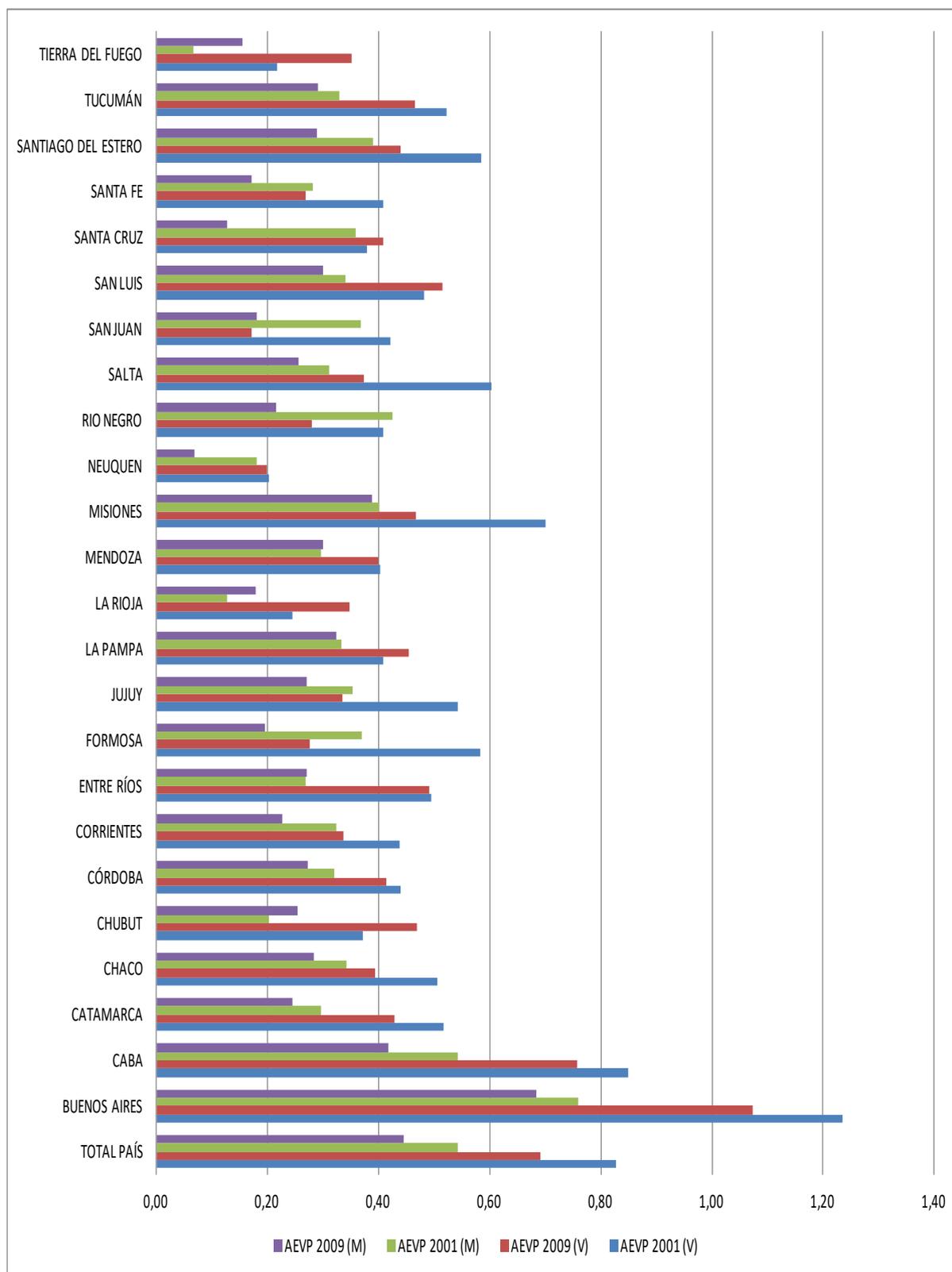
La tasa de cambio más destacadas para las mujeres que se pueden notar, son en las provincias de Neuquén, San Juan, Río Negro, Formosa, Santa fe, y Corrientes, en las cuales más desarrollo se ha logrado en esta categoría de causa al descender la cantidad de muertes. En sentido contrario, se encuentran las provincias de: Tierra del Fuego, Chubut, Mendoza y Entre Ríos. En ellas es a través de la cual, la categoría de la causa insuficiencia cardíaca menos progreso pudo mostrar.

⁷ Se entiende por variación relativa de cambio o variación de cambio o tasa de cambio a la diferencia existente entre los AEVP (2010-2001)/2001.

Las mayores tasas de cambio de los hombres entre períodos, se observa en las provincias de San Juan, Formosa, y Jujuy por una parte las menores variaciones de cambio se dan en las provincias de Tierra Del Fuego, La Rioja, Chubut, y La Pampa donde no lograron mejorar su situación, sino por el contrario, empeoraron, perdieron más AEVP del 2001 al 2009.

El crecimiento relativo de AEVP que mayor se presenta para el período 2000-2010 es en la provincia de La Rioja con 1,42, seguido por Chubut. En contraposición la provincia que menor crecimiento relativo ha tenido es San Juan con 0,41 seguida por Formosa con 0,47.

Gráfico 29 AEVP por provincia según sexo. Insuficiencia Cardíaca. Años 2001-2009. Argentina.



Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. INDEC. Años 2000 - 2010.

- Enfermedades Isquémicas del Corazón

En las mujeres, es la tercera en importancia y pasa a ser la sexta en el ordenamiento de causas. En cambio, para los hombres, es la principal causa de muerte en el período 2000-2002; sin embargo, en el período 2008-2010 pasa a ser la cuarta en el ordenamiento. Si bien en ambos casos se encuentra dentro de las diez causas principales de muerte, cada vez su peso relativo es menor. En el 2001 en el caso de las mujeres la diferencia es casi la mitad (0,09 AEVP) que la observada en los varones, dado que inicialmente los AEVP que muestran son de 0,36 años, y para el año 2009 son de 0,28.

Para los varones, se da cuenta que perdían para el Total del país 0,83 AEVP en el año 2001, mientras que para el 2009 sólo perdían 0,64 AEVP. Esta diferencia de 0,20 años entre ambos períodos es lo que contribuyó a la disminución de los años de vida perdidos por esta causa. Es decir, es producto de lo que se dejó de perder por la mejoría lograda, al no fallecer por esta categoría de causa de muerte. Igualmente que para ambos sexos, pero para el sexo femenino se pierden menos personas por esta causa en el año 2009 respecto al 2001.

Las mujeres muestran una situación disímil a la de los hombres, dado que en las provincias se encuentran más repartidas, en cuanto al aporte en el mejoramiento y la contribución al descenso en la mortalidad por esta categoría de causa de muerte. Las provincias que más diferencias muestran entre ambos períodos son: La Rioja, La Pampa, y Santa Cruz, seguidas por Río Negro, Córdoba y Chubut. Mientras que, las provincias que han incrementado su AEVP son Tierra del Fuego, Misiones y CABA.

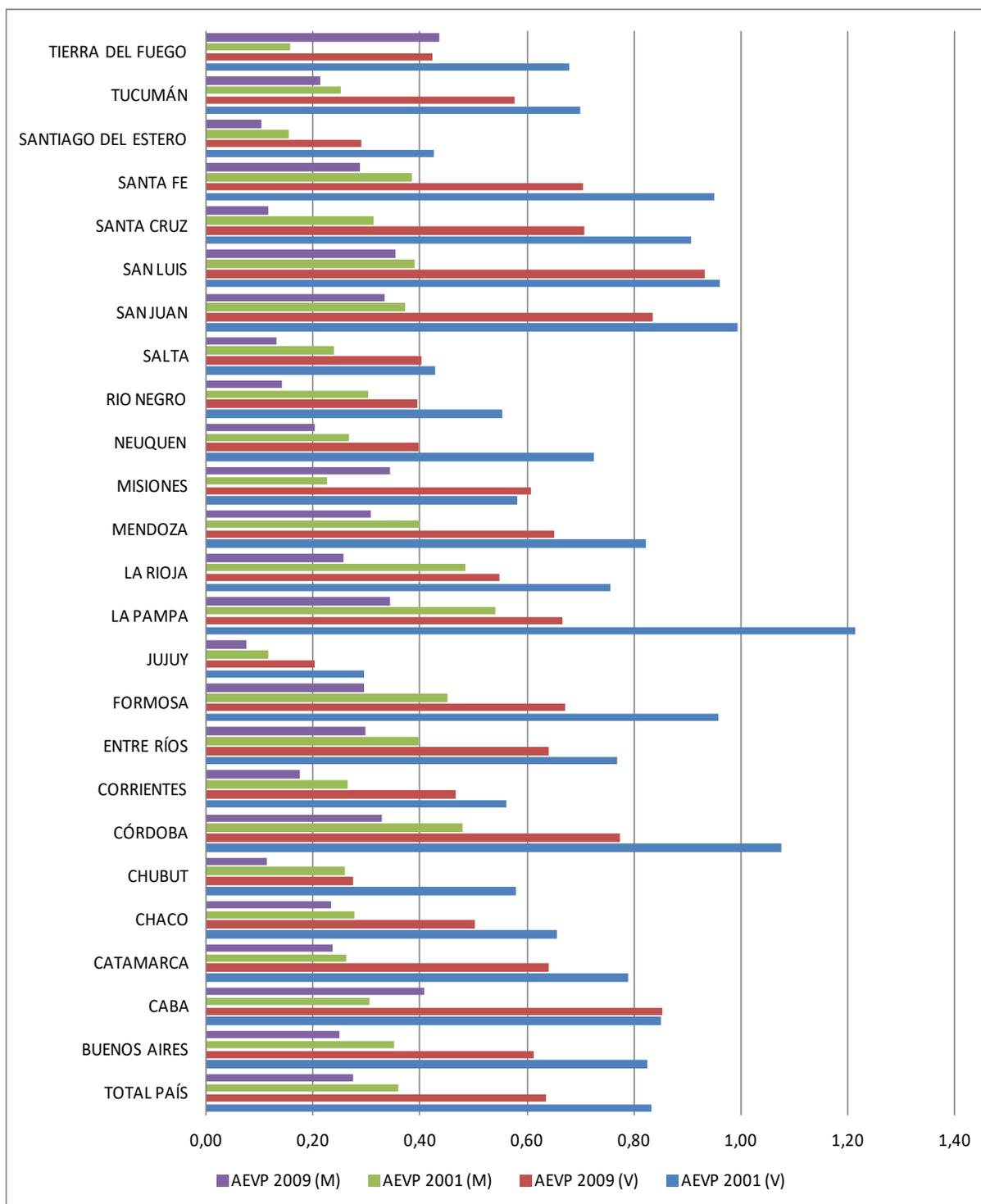
Para los varones en cambio, las diferencias *de AEVP* entre el período comprendido por los años 2000-2010, las provincias que más han contribuido a este mejoramiento son, de acuerdo al *ordenamiento* en que aparecen para esta causa: en primer lugar La Pampa, con una diferencia muy elevada, la cual se distingue ampliamente del resto de las provincias; seguida por Neuquén, Formosa, Córdoba, Chubut, Río Negro, y más alejadas, Tierra del Fuego, Santa Fe, y Buenos Aires. Misiones, es la única provincia que no pudo mejorar sus condiciones. El resto de las provincias lo hizo pero en menor proporción.

En las mujeres, la tasa de cambio de AEVP que mayor diferencia presenta son, las provincias de Santa Cruz, Chubut, Río Negro, La Rioja, y Salta; variaciones que resultan ser muy representativas si se compara con las que presentan otras causas. En cambio, presentan un valor muy notorio, los AEVP que perdieron, situación que preocupa dado que empeora el estado de la provincia entre las que se encuentran: Tierra del Fuego (esta debería tomarse con cuidado dado que presenta pocos casos), Misiones, y en menor medida CABA.

Los varones muestran una tasa de cambio de AEVP menor en líneas generales a la presentada por las mujeres. Aquellas provincias en las que se observa una mayor variación dando cuenta de una disminución de AEVP, mostrando un mejoramiento en las enfermedades isquémicas del corazón son: Chubut, Neuquén, La Pampa, Tierra del Fuego entre las más destacadas. Asimismo, las que menos AEVP lograron mejorar, y aumentar la pérdida de los mismos entre los años 2001 y 2009 son las provincias de Misiones, y CABA.

El crecimiento relativo de las mujeres para la enfermedad isquémica del corazón es similar al que muestran los hombres. Y salvo algunas excepciones, que corresponde para ambos sexos para la misma provincia. Es deseable que las provincias crezcan, en el sentido que a mayor crecimiento más AEVP habrán dejado de perder y más desarrollo genuino podrá observarse en esta causa en la provincia. Cuanta menor mortalidad tenga la causa, las provincias se encuentran en una situación en la cual se evidencia una mejor calidad de vida en la sociedad en su conjunto.

Gráfico 30 AEVP por provincia según sexo. Enfermedades Isquémicas del Corazón. Años 2001-2009. Argentina.



Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. INDEC. Años 2000 - 2010.

- Otras enfermedades de las Vías Respiratorias Superiores

Es una de las categorías de las causas de muerte más interesantes para analizar. Hay diferentes factores, tanto externos como internos del mismo organismo que afectan al sistema respiratorio produciendo distintas patologías.

Si bien queda por fuera del alcance de esta tesis realizar un análisis exhaustivo de esta situación. Estas causas están directamente relacionadas, entre otras cosas, con la contaminación ambiental que está en permanente aumento en Argentina. Las neumonías, podrían ser disminuidas a través de políticas públicas de bienestar; entre ellas podría darse a conocer y aplicar masivamente la vacuna para dicho fin.

El Estado podría hacerse cargo de su alto costo, en los casos en que el adulto mayor no lo pueda hacer por sí mismo. Muchas gripes mal curadas y/o mal tratadas, pueden terminar en neumonías, y si la persona se encuentra muy debilitada, ser un caso fatal. Evento totalmente evitable.

Para el Ministerio de Salud y la OMS, las enfermedades respiratorias crónicas (ERC) son enfermedades crónicas como su nombre lo dice, que comprometen al pulmón y/o a las vías respiratorias. Dentro de ellas se encuentra el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la rinitis alérgica, las enfermedades pulmonares de origen laboral, la hipertensión pulmonar y las producidas por el estrés.

Las causas que implican factores de riesgo importantes de las ERC (Enfermedades Respiratorias Crónicas) son: fumar, contaminación del aire en espacios cerrados por ejemplo, la exposición pasiva al humo del tabaco, contaminación ambiental, exposición a alérgenos, inhalación de polvo y productos químicos en el medio laboral, antecedentes familiares de asma u otras alergias.

Es una de las categorías de causas que casi no ha tenido variación entre períodos. En el caso de las mujeres, no hubo variación pues se mantuvo en 0,32 AEVP para ambos períodos. Para los varones, los AEVP han pasado de 0,53 años en 2001 a 0,51 en 2009. Esto implica una variación de cambio de 0,02 AEVP en el Total del país. Es importante comprender cómo esta categoría de causas de muerte contribuye, ya sea con un descenso o un incremento a la proporción de años de la esperanza de vida entre los 60 a 85 años de edad, que es nuestro grupo de estudio, en la mortalidad en cada provincia en el período comprendido por los años 2001 y 2009.

Para las mujeres, las provincias donde más años de esperanza de vida se pierden entre los años 2001 y 2009 revelando una diferencia destacable son La Pampa, Tierra del Fuego, Jujuy, Santa Cruz, Santiago del Estero, San Juan, Tucumán, Buenos Aires, Chubut, y Mendoza. De

manera yuxtapuesta San Luis, Catamarca, Neuquén, CABA, Chaco, y Misiones entre las más destacadas, presentan un mejoramiento de la situación con respecto a esta causa.

Las provincias que más han contribuido a la diferencia que se pone de manifiesto, en el caso de los varones, y se observa una baja de los AEVP, en relación al año 2001 - 2010, produciendo un mejoramiento de la situación provincial y /o jurisdiccional, son: Catamarca, CABA, Misiones, Jujuy y San Luis, entre las más destacadas.

En las que más se visualiza un deterioro y por lo tanto han incrementado el riesgo de muerte por esta categoría de causa, aumentando los AEVP en el período de estudio son: La Rioja, Tierra del Fuego, Santa Cruz, San Juan, Chubut, Tucumán, y Buenos Aires entre los que poseen diferencias más acentuadas. Es de notar que varias de ellas sean provincias con actividad especialmente minera y petrolera.

En las mujeres se puede observar una tasa de cambio del período 2000-2010 con marcadas diferencias entre las provincias. En este caso podría decirse que es una de las causas en las cuales, la ganancia ha sido mayor que en el resto de las principales causas en estudio. Se ha mejorado y avanzado, pero sólo en el caso de las mujeres y en determinadas provincias.

La amplitud que existe al interior de esta causa es muy grande para poder generalizar la mejora del Total país. Entre las provincias que más AEVP han dejado de perder se encuentran: San Luis (-73,67%), Neuquén (-59,23%), Catamarca (-21,98%), y Chaco (-21,49%). En contraposición, las que más años de esperanza de vida perdieron y provocaron un detrimento de la situación para esta categoría de causa son principalmente: La Pampa (162,34%), Santa Cruz (47,41%), y Jujuy (38,51%).

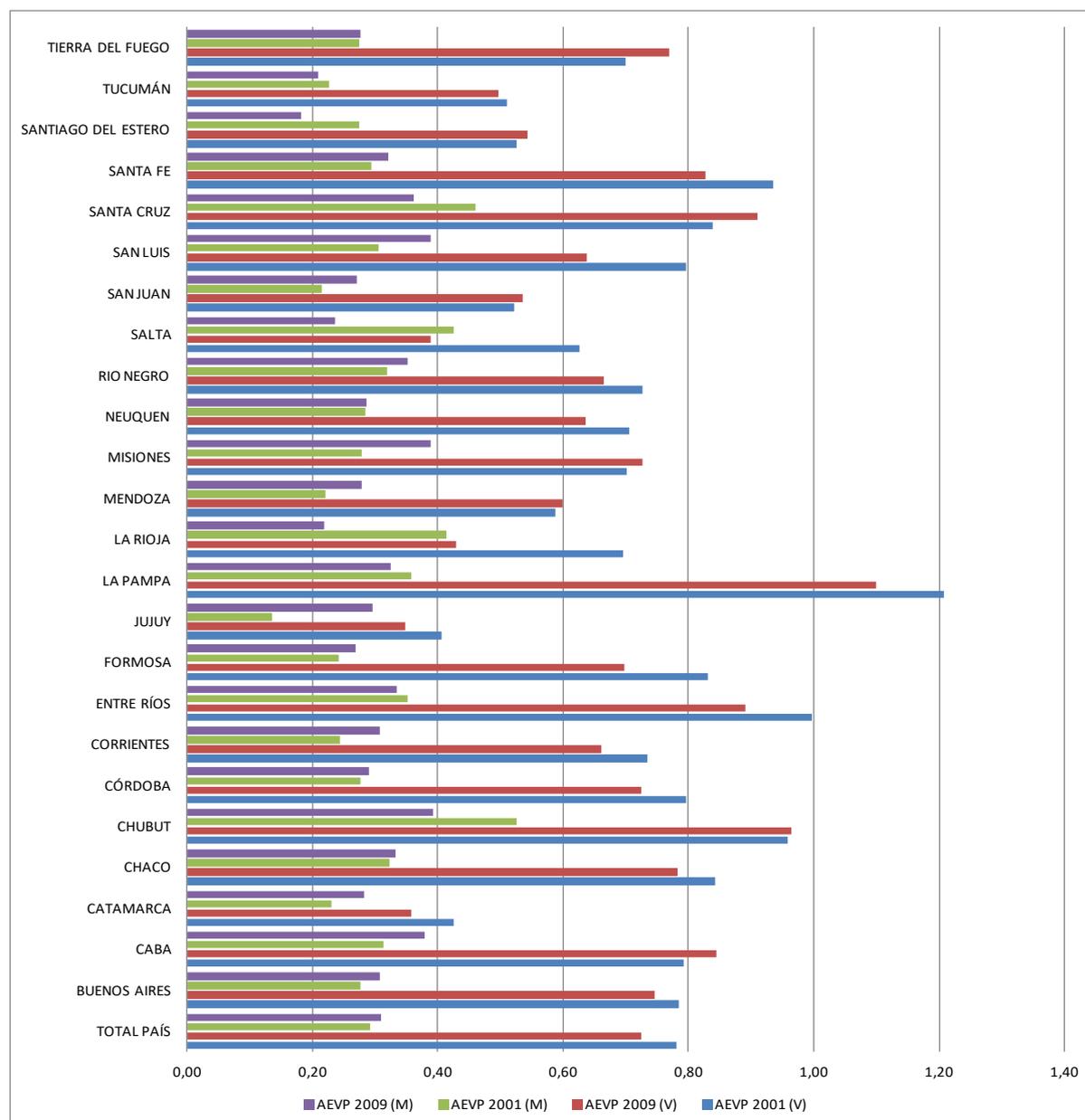
La tasa de cambio de AEVP entre los años 2000-2010 para los varones, muestra variaciones importantes en las provincias, principalmente deja una brecha muy importante entre la que más AEVP dejaron de perder: San Luis (-39,28%) y Catamarca (-25,07%), y aquellas que incrementaron su pérdida, como el caso de Tierra del Fuego (225,38%) y La Rioja (58,30%), en menor medida.

La tasa de cambio posiblemente influenciada por la cantidad de casos que la hacen fluctuar, no es representativa con la magnitud que muestra, esto se puede notar en el crecimiento relativo de una situación moderada en cada sexo.

En el caso de las mujeres, las provincias que muestran un mayor crecimiento relativo son La Pampa, Santa Cruz, Jujuy, Santiago del Estero, y San Juan. Las que más decrecieron por su parte son San Luis, y Neuquén.

En los hombres se observa que aquellas provincias que mayor crecimiento han tenido son La Rioja, Santa Cruz, y Chubut mientras que, tuvieron un descenso las provincias de San Luis, Jujuy, y Misiones. La diferencia entre el que más creció y el que menor crecimiento tuvo en el período intercensal en AEVP, se puede dar cuenta en las mujeres para quienes la diferencia ha sido más importante.

Gráfico 31 AEVP por provincia según sexo. Otras enfermedades de las Vías Respiratorias Superiores. Años 2001-2009. Argentina.



Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. INDEC. Años 2000 - 2010.

- Enfermedades Cerebrovasculares

En ambos sexos descendieron si los comparamos entre los períodos en estudio.

En el caso de las mujeres, pasan del segundo al tercer lugar en el ordenamiento general de las categorías de causas en el Total país.

En los varones lo hacen de un cuarto a un sexto lugar. En las mujeres se pierden proporcionalmente más años de esperanza de vida por esta causa que en los hombres en ambos períodos, si bien los dos tuvieron una mejora.

En el primer caso, las mujeres pasan de 0,49 a 0,33 AEVP, dejando de perder -0,16 años. En los varones, por su parte, tenían 0,71 en el año 2001 y 0,50 AEVP en 2010, hay una diferencia de -0,21 años. Ambas situaciones son positivas. Muestran una mejora reflejada en la disminución de muertes es valores absolutos.

En ambos casos hay un aumento de la esperanza de vida entre las edades de 60 a 85 años con el descenso de la mortalidad en promedio de las provincias argentinas por esta categoría de causas en los años 2000-2010.

En el caso de las mujeres, las diferencias encontradas en las provincias y/o jurisdicciones donde más AEVP se mostraban pérdidas para 2001 son: Chaco, Corrientes, Formosa y Salta y las que menos lo hacían eran las de CABA, Chubut, Tierra del Fuego y Santa Cruz.

Para el año 2010, se observa que las provincias y/o jurisdicciones con más pérdidas son las de Formosa, Misiones, Chaco y Santiago del Estero, en contrapartida las que mejor situación y que pierden menos AEVP son: CABA, Santa Cruz, Mendoza y Neuquén, mostrando marcadas variaciones en el período 2000-2010. Las más destacadas son aquellas que más años de esperanza de vida perdieron: Tierra del Fuego y en menor medida Santiago del Estero y Catamarca. En sentido opuesto las que más dejaron de perder AEVP son Chaco, Corrientes, Mendoza, Salta, Río Negro y, Neuquén.

En el caso de los hombres las diferencias donde más AEVP se perdían en el año 2001 ocurría en las provincias y/o jurisdicciones de Tucumán, Chaco, Corrientes, La Rioja, Salta y Santa Fe, y las que menos lo hacían eran CABA, Tierra del Fuego, Catamarca, Chubut, y Río Negro.

En el año 2010 las provincias y/o jurisdicciones que se encontraban en peor situación eran Catamarca, Misiones, Formosa, Corrientes y Santa Fe. Las que menos AEVP tienen son CABA, Río Negro, La Pampa, Mendoza y Chubut.

Para el caso masculino, la tasa de cambio que se puede observar es mínimamente inferior a la que muestran las mujeres, siendo las provincias más afectadas en el período intercensal: Mendoza, Tucumán, La Pampa, Córdoba y Salta.

Aquellas que han logrado mejorar su situación al dejar de perder más AEVP y en sentido opuesto las que manifiestan un empeoramiento, son Catamarca, y Tierra del Fuego. En una situación intermedia se encuentran las provincias de Misiones, San Luis y Santiago del Estero las cuales, no pudieron avanzar demasiado en el 2009 en relación al año 2001.

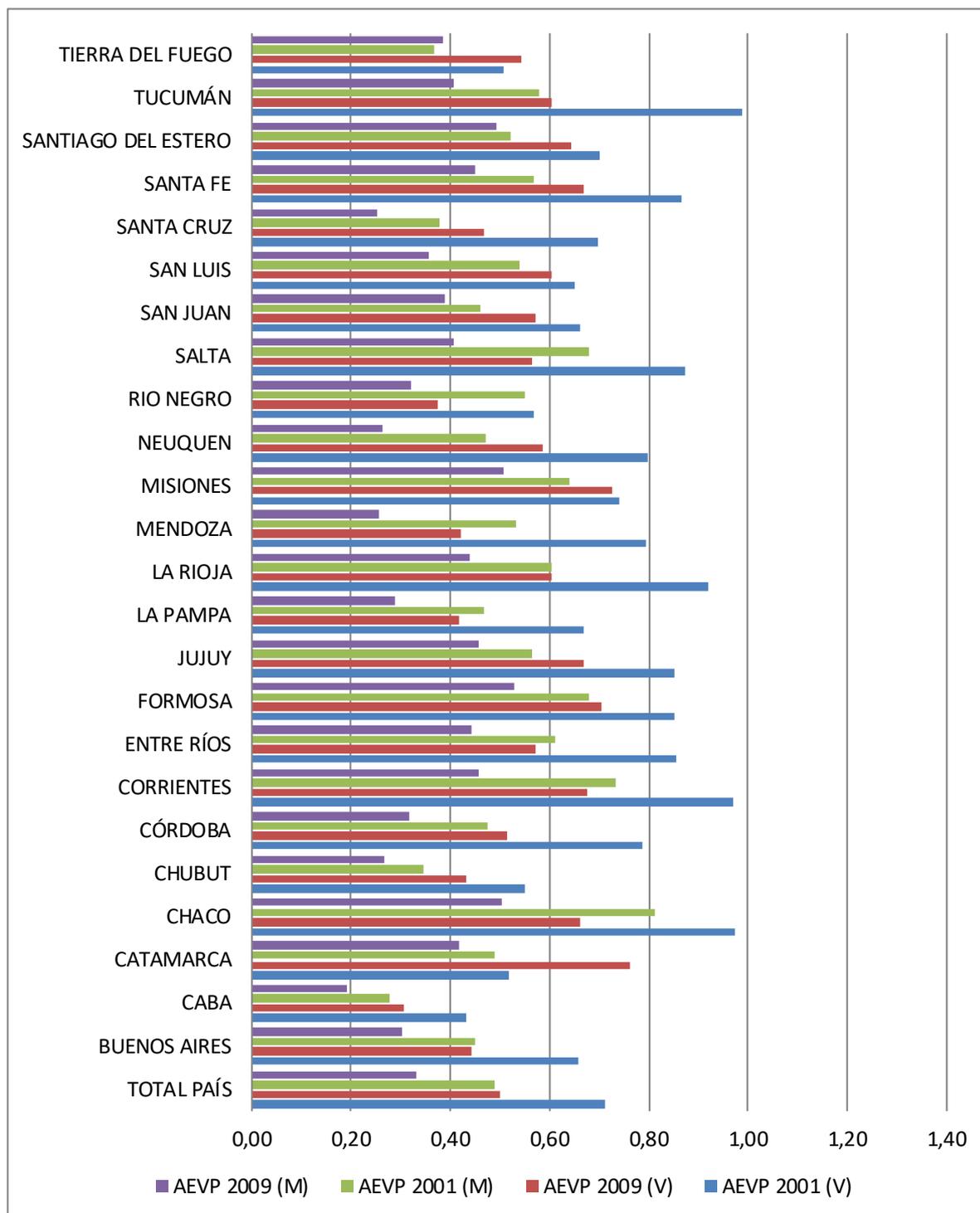
El crecimiento relativo de AEVP en mujeres, las provincias que mayor crecimiento han tenido en el período de estudio son Tierra del Fuego, Santiago del Estero, Catamarca, y Jujuy. Por el contrario las que menor crecimiento lograron son las provincias de Mendoza, Neuquén, Río Negro, y Salta.

En el caso de los varones las provincias varían, observándose con mayor crecimiento relativo de AEVP a Catamarca, Tierra del Fuego, Misiones, San Luis, y Santiago del Estero. Las provincias que menor crecimiento manifiestan son Mendoza, Salta, Córdoba, Río Negro, Buenos Aires, Entre Ríos, y Santa Cruz.

Entre ambos grupos de provincias la brecha es muy amplia lo que demuestra que hay una diversidad importante en el comportamiento de las provincias para igual período.

La información completa del tema tratado se encuentra en el Anexo de Causas de Muerte.

Gráfico 32 AEVP por provincia según sexo. Enfermedades cerebrovasculares. Años 2001-2009. Argentina.



Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. INDEC. Años 2000 - 2010.

Capítulo 8

8. Análisis regional de la Argentina. Periodo 2000-2010.

Los resultados obtenidos para las diferentes regiones muestran una diversidad significativa a lo largo y ancho del país, pero ya no como suposición sino de modo empírico. Por ello es importante analizar el interior de la Argentina. En este apartado se analizarán las regiones que componen el país, a fin de dar cuenta de las particularidades que pueden hallarse en las temáticas que nos competen.

8.1 Las regiones están compuestas por las siguientes provincias:

Región Pampeana: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Santa Fe.

Región Patagónica: Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz, Tierra del Fuego.

Región de Cuyo: Mendoza, San Juan, San Luis.

Región Nordeste: Chaco, Corrientes, Formosa, Misiones.

Región Noroeste: Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero, Tucumán.

La heterogeneidad es una de las principales características de la República Argentina y también de sus regiones; esto se evidencia en su composición y en el comportamiento de sus poblaciones. Los avances en materia de salud, por un lado, y el desarrollo de enfermedades, por el otro, dan cuenta de esta marcada heterogeneidad.

Uno de los primeros indicadores que pueden ser analizados para comprender la diversidad que se plantea es la esperanza de vida, y dado que nuestro análisis se centra en los adultos mayores, resulta interesante ver el comportamiento de este indicador para las edades de 60, 70 y 80 años en cada una de las regiones señaladas.

En todos los casos, con excepción del noroeste, la esperanza de vida de las personas de 80 años y más aumentó de un período al otro, tanto en hombres como en mujeres. En el noroeste la esperanza de vida descendió mínimamente, lo que pudo haber estado influenciado por la calidad de las estadísticas provinciales, como es el caso de Santiago del Estero.

La región que mayor diferencia presenta en su esperanza de vida entre los períodos analizados, tanto en el caso de los varones como de las mujeres, es la región del nordeste (cuadro N° 53). Esta brecha es muy notoria y elevada en relación con el resto de las regiones. Se debe tener en consideración que esta región, a su vez, es la que tiene la menor esperanza de vida de todas las regiones del país (cuadro N° 53). Podría implicar, entre otras cosas, que es la que tiene menor calidad de vida, mayores necesidades básicas insatisfechas, de salud y de educación, entre otras. Es el región más retrasada del país y la que más aumentó la diferencia entre varones y mujeres en la esperanza de vida en los sucesivos períodos, especialmente en las edades de 60, 70 y 80 años (0,61; 1,15; 1,32 puntos porcentuales, respectivamente).

En el resto de las regiones, para las edades de 60 y 70 años disminuyó la brecha entre los sexos. Para la edad de 80 años, las regiones de Cuyo y noroeste aumentaron levemente la diferencia entre varones y mujeres (0,10 y 0,06 puntos porcentuales, respectivamente).

En lo que respecta a la esperanza de vida al nacer, la mayor diferencia entre sexos en el período 2000-2002 se observa en la región patagónica y la menor en la del noroeste (cuadro N° 53). Para las edades de 60, 70 y 80 años, la diferencia más grande entre sexos también se registra en la región patagónica, mientras que la menor se observa en la región del nordeste, en los tres casos por igual.

En el período 2008-2010, la mayor diferencia de la esperanza de vida al nacer entre sexos se encuentra en la región patagónica y la menor en la región de Cuyo. Para las edades de 60, 70 y 80 años, la situación es similar.

Cuadro N°50 Esperanza de vida al nacer según región. Períodos 2000-2002 y 2008-2010. Argentina.

Región	Período 2000-2002		Período 2008-2010		Diferencia entre sexos período 2000-2002	Diferencia entre sexos período 2008-2010	Diferencias de períodos por sexo	Diferencia entre Mujeres	Diferencia entre Varones
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres					
Cuyo	71.42	77.85	73.31	79.12	6.43	5.81	-0.62	1.27	1.89
Nordeste	62.17	68.80	70.88	77.43	6.63	6.55	-0.08	8.63	8.71
Noroeste	71.13	77.53	72.20	78.53	6.40	6.33	-0.07	1.00	1.07
Pampeana	70.29	78.28	72.31	79.23	7.99	6.92	-1.07	0.95	2.02
Patagónica	71.34	79.52	73.57	80.79	8.18	7.22	-0.96	1.27	2.23

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 2001 y 2010

Cuadro N°51 Esperanza de vida a la edad de 60 años según región. Períodos 2000-2002 y 2008-2010 Argentina.

Región	Período 2000-2002		Período 2008-2010		Diferencia entre sexos período 2000-2002	Diferencia entre sexos período 2008-2010	Diferencias de períodos por sexo	Diferencia entre Mujeres	Diferencia entre Varones
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres					
Cuyo	18.00	22.32	19.10	23.04	4.32	3.94	-0.38	0.72	1.10
Nordeste	11.98	15.89	18.13	22.65	3.91	4.52	0.61	6.76	6.15
Noroeste	18.53	22.89	18.82	23.11	4.36	4.29	-0.07	0.22	0.29
Pampeana	17.45	22.79	18.51	23.30	5.34	4.79	-0.55	0.51	1.06
Patagónica	18.26	23.75	19.44	24.40	5.49	4.96	-0.53	0.65	1.18

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 2001 y 2010

Cuadro N°52 Esperanza de vida a la edad de 70 años según región. Períodos 2000-2002 y 2008-2010. Argentina.

Región	Período 2000-2002		Período 2008-2010		Diferencia entre sexos período 2000-2002	Diferencia entre sexos período 2008-2010	Diferencias de períodos por sexo	Diferencia entre Mujeres	Diferencia entre Varones
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres					
Cuyo	11.64	14.65	12.26	15.15	3.01	2.89	-0.12	0.50	0.62
Nordeste	7.03	9.23	11.86	15.21	2.20	3.35	1.15	5.98	4.83
Noroeste	12.24	15.46	12.30	15.47	3.22	3.17	-0.05	0.01	0.06
Pampeana	11.30	15.02	11.96	15.40	3.72	3.44	-0.28	0.38	0.66
Patagónica	11.97	15.93	12.76	16.42	3.96	3.66	-0.30	0.49	0.79

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 2001 y 2010

Cuadro N°53 Esperanza de vida a la edad de 80 años según región. Períodos 2000-2002 y 2008-2010. Argentina.

Región	Período 2000-2002		Período 2008-2010		Diferencia entre sexos período 2000-2002	Diferencia entre sexos período 2008-2010	Diferencias de períodos por sexo	Diferencia entre Mujeres	Diferencia entre Varones
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres					
Cuyo	6.93	8.46	7.17	8.80	1.53	1.63	0.10	0.34	0.24
Nordeste	3.71	4.33	7.24	9.18	0.62	1.94	1.32	4.85	3.53
Noroeste	7.59	9.50	7.31	9.28	1.91	1.97	0.06	-0.22	-0.28
Pampeana	6.50	8.51	6.96	8.80	2.01	1.84	-0.17	0.29	0.46
Patagónica	7.28	9.72	7.81	9.80	2.44	1.99	-0.45	0.08	0.53

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 2001 y 2010

Al igual que lo propuesto respecto del Total país, se propone el análisis de un índice de relevancia al realizar la síntesis regional, especialmente en los adultos mayores: el índice potencial de dependencia y sus dos componentes: el índice de adultos mayores y el índice de la juventud.⁸ Para complementar este análisis se agregaron el índice de envejecimiento y la relación entre adultos mayores y niños. De este modo, sabiendo qué porcentaje de la población representa la población de estudio, se puede observar su comportamiento en el tiempo.

⁸ Índice de dependencia potencial: es el cociente entre el número de personas supuestamente pasivas (menores de 15 y mayores de 60 años) por cada cien personas supuestamente activas (15 a 59 años) en una población. Índice de juventud: proporción de población menor de 15 años respecto de la población de 15 a 59 años. Índice de adultos mayores: proporción de población de 60 años y más respecto de la población de 15 a 59 años.

Al igual que ocurre con el total del país, a nivel regional el envejecimiento es más lento con el paso del tiempo, producto de que el proceso de la fecundidad se desaceleró pero su baja no ha sido tan pronunciada como había sido prevista, y como lo es en muchos otros países de la región, que incluso hoy muestran tasas globales de fecundidad más bajas que la Argentina (como Chile y Uruguay).

Se observa una mortalidad general que se concentra en la población de mayores de 50 años, más aún si se tiene en cuenta que el 70% de las defunciones ocurren entre los mayores de 60 años. Estas poblaciones son las que se ven más afectadas por las enfermedades crónicas y degenerativas. De este modo, el envejecimiento ve incrementado su peso relativo en las personas adultas mayores, especialmente en las de 80 años y más, cuyo deterioro es aún mayor y necesitan apoyo médico, institucional y familiar, dependiendo de cada caso.

El porcentaje de la población de 60 años y más (discriminado por sexo) en cada una de las regiones nos permite visualizar su peso relativo en el total poblacional y, de este modo, nos permite saber cómo este grupo poblacional fue variando en el tiempo y cobrando importancia para nuestro país.

A continuación, se verá con más detalle parte de la información presentada anteriormente.

En 1991, la esperanza de vida aumenta para ambos sexos, en comparación con años anteriores, sin embargo, la diferencia entre ambos sigue siendo alta. Los índices registrados para hombres y mujeres para el censo citado fueron de 68.44 años y de 75.55 años respectivamente, siendo la diferencia de 7.2 años en detrimento de los varones.

En el censo 2001, la esperanza de vida aumenta para ambos sexos, sin embargo, la diferencia entre los sexos se acentúa. Los índices registrados para mujeres y hombres para el citado año fueron de 77.50 años y de 70.00 años respectivamente, siendo la diferencia de 7.5 años en detrimento de los varones.

En 2010, la esperanza de vida al nacimiento para las mujeres de todo el país era de 78.80 años, mientras que para los hombres era de 72.10 años, siendo la diferencia de 6.7 años a favor de las mujeres. Hay que tener en cuenta que los períodos intercensales varían, aunque en la mayoría de los casos levemente, y no son constantes. Por ello es importante tenerlo en cuenta al ver el crecimiento entre los diferentes censos.

Para el caso de las variaciones que ocurren en los adultos mayores las experiencias son similares, observaremos los cuadros con los distintos valores por región y por diferentes edades, en los períodos 2000-2002 y 2008-2010.

Cuadro N°54 Esperanza de vida al nacer según región. Períodos 2000-2002 y 2008-2010. Argentina.

Región	Período 2000-2002		Período 2008-2010		Diferencia entre sexos período 2000-2002	Diferencia entre sexos período 2008-2010
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres		
Cuyo	71,42	77,85	73,31	79,12	6,43	5,81
Nordeste	62,17	68,80	70,88	77,43	6,63	6,55
Noroeste	71,13	77,53	72,20	78,53	6,40	6,33
Pampeana	70,29	78,28	72,31	79,23	7,99	6,92
Patagónica	71,34	79,52	73,57	80,79	8,18	7,22

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 2001 y 2010

Se observa un mayor crecimiento en el período 2000-2002 en varones en la región de Cuyo con 71,42 años y el menor crecimiento se encuentra en la región del nordeste siendo de 62,17 años.

En mujeres, el mayor crecimiento se muestra en la región patagónica 79,52 años y el menor crecimiento coincide con los varones en la región nordeste con 68,80 años.

La mayor diferencia de crecimiento entre sexos se encuentra en la región patagónica 8,18 años y la menor en la región noroeste siendo esta de 6,40 años.

En el período 2008-2010 en varones, el mayor crecimiento se halla en la región patagónica, 73,57 años y el menor en la región nordeste 70,88 años.

En mujeres, el mayor crecimiento se encuentra en la región patagónica 80,79 años, el menor en la región noroeste 77,43 años, en coincidencia con los varones de la región.

La mayor diferencia de crecimiento que no puede perderse de vista entre sexos es en la región patagónica 7,22 años y la menor en la región de Cuyo 5,81 años. Esto da cuenta que, si bien las diferencias son cada vez menores, aún la esperanza de vida de las mujeres es predominantemente femenina.

En el siguiente cuadro se puede observar la esperanza de vida de los 60 años y las diferencias de crecimiento según la región en los períodos 2000-2002 y 2008-2010.

Cuadro N°55 Esperanza de vida a la edad de 60 años según región. Períodos 2000-2002 y 2008-2010. Argentina.

Región	Período 2000-2002		Período 2008-2010		Diferencia entre sexos período 2000-2002	Diferencia entre sexos período 2008-2010
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres		
Cuyo	18,00	22,32	19,10	23,04	4,32	3,94
Nordeste	11,98	15,89	18,13	22,65	3,91	4,52
Noroeste	18,53	22,89	18,82	23,11	4,36	4,29
Pampeana	17,45	22,79	18,51	23,30	5,34	4,79
Patagónica	18,26	23,75	19,44	24,40	5,49	4,96

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas años 2001 y 2010.

Se observa un mayor crecimiento en el período 2000-2002 en varones en la región de noroeste con 18,53 años y el menor crecimiento se encuentra en la región del nordeste siendo de 11,98 años.

En mujeres, el mayor crecimiento se observa en la región patagónica 23,75 años y el menor crecimiento coincide con los varones en la región nordeste con 15,89 años.

La mayor diferencia de crecimiento entre sexos se encuentra la región patagónica 5,49 años y la menor en la región nordeste siendo esta de 3,91 años.

En el período 2008-2010 en varones, el mayor crecimiento se halla en la región patagónica, 19,44 años y el menor en la región nordeste 18,13 años.

En mujeres, el mayor crecimiento se encuentra en la región patagónica 24,40 años, el menor en la región noroeste 22,65 años, en coincidencia con los varones de la región.

La mayor diferencia de crecimiento observada entre sexos es en la región patagónica 4,96 años y la menor en la región Cuyo 3,94 años. Esto da cuenta que, si bien las diferencias son cada vez menores, aún la esperanza de vida de las mujeres es predominantemente femenina.

En el siguiente cuadro se puede observar la esperanza de vida de los 70 años y las diferencias de crecimiento según la región en los períodos 2000-2002 y 2008-2010.

Cuadro N°56 Esperanza de vida de los 70 años y las diferencias de crecimiento según la región en los períodos 2000-2002 y 2008-2010

Región	Período 2000-2002		Período 2008-2010		Diferencia entre sexos período 2000-2002	Diferencia entre sexos período 2008-2010
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres		
Cuyo	11,64	14,65	12,26	15,15	3,01	2,89
Nordeste	7,03	9,23	11,86	15,21	2,20	3,35
Noroeste	12,24	15,46	12,30	15,47	3,22	3,17
Pampeana	11,30	15,02	11,96	15,40	3,72	3,44
Patagónica	11,97	15,93	12,76	16,42	3,96	3,66

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas años 2001 y 2010.

Se observa un mayor crecimiento en el período 2000-2002 en varones en la región de patagónica con 11,97 años y uno menor se encuentra en la región del nordeste siendo de 7,03 años.

En mujeres, el mayor crecimiento se observa en la región patagónica 15,93 años y el menor coincide con los varones en la región nordeste con 9,23 años.

La mayor diferencia en el crecimiento entre sexos se encuentra la región patagónica 3,96 años y la menor en la región nordeste siendo esta de 2,20 años.

En el período 2008-2010 en varones, el mayor crecimiento se halla en la región patagónica, 12,76 años y el menor en la región nordeste 11,86 años.

En mujeres, el mayor crecimiento se encuentra en la región patagónica 16,42 años, el menor en la región noroeste 15,21 años, en coincidencia con los varones de la región.

La mayor diferencia del crecimiento se puede ver entre sexos es en la región patagónica 3,66 años y la menor en la región Cuyo 2,89 años. Ello muestra, que las diferencias son cada vez menores, aún la esperanza de vida de las mujeres es predominantemente femenina, como ha de esperarse.

En el siguiente cuadro se puede observar la esperanza de vida de los 80 años y las diferencias de crecimiento según la región en los períodos 2000-2002 y 2008-2010.

Cuadro N°57 Esperanza de vida a la edad de 80 años según región. Períodos 2000-2002 y 2008-2010. Argentina.

Región	Período 2000-2002		Período 2008-2010		Diferencia entre sexos período 2000-2002	Diferencia entre sexos período 2008-2010
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres		
Cuyo	6,93	8,46	7,17	8,80	1,53	1,63
Nordeste	3,71	4,33	7,24	9,18	0,62	1,94
Noroeste	7,59	9,50	7,31	9,28	1,91	1,97
Pampeana	6,50	8,51	6,96	8,80	2,01	1,84
Patagónica	7,28	9,72	7,81	9,80	2,44	1,99

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas años 2001 y 2010.

Se percibe un mayor crecimiento en el período 2000-2002 en varones en la región de noroeste con 7,59 años y el menor crecimiento se halla en la región del nordeste siendo de 3,71 años.

En mujeres, el mayor crecimiento se observa en la región patagónica 9,72 años y el menor crecimiento coincide con los varones en la región nordeste con 4,33 años.

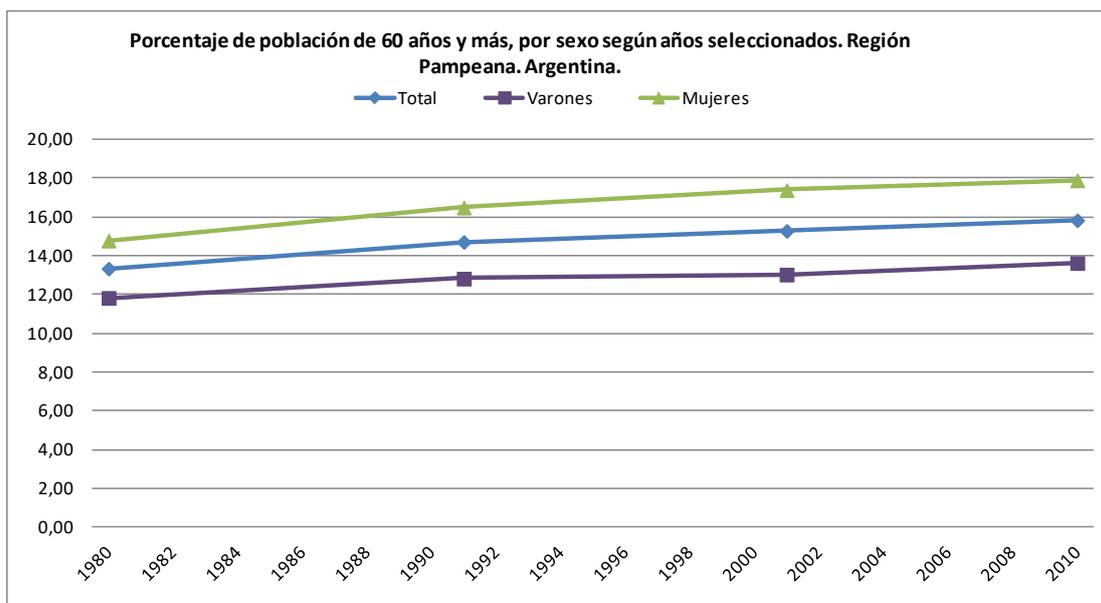
La mayor diferencia de crecimiento entre sexos se encuentra la región patagónica 2,44 años y la menor en la región nordeste siendo esta de 0,62 años.

En el período 2008-2010 en varones, el mayor crecimiento se halla en la región patagónica, 7,81 años y el menor en la región pampeana 6,96 años.

En mujeres, el mayor crecimiento se localiza en la región patagónica 9,80 años, el menor en la región pampeana 8,80 años, en coincidencia con los varones de la región.

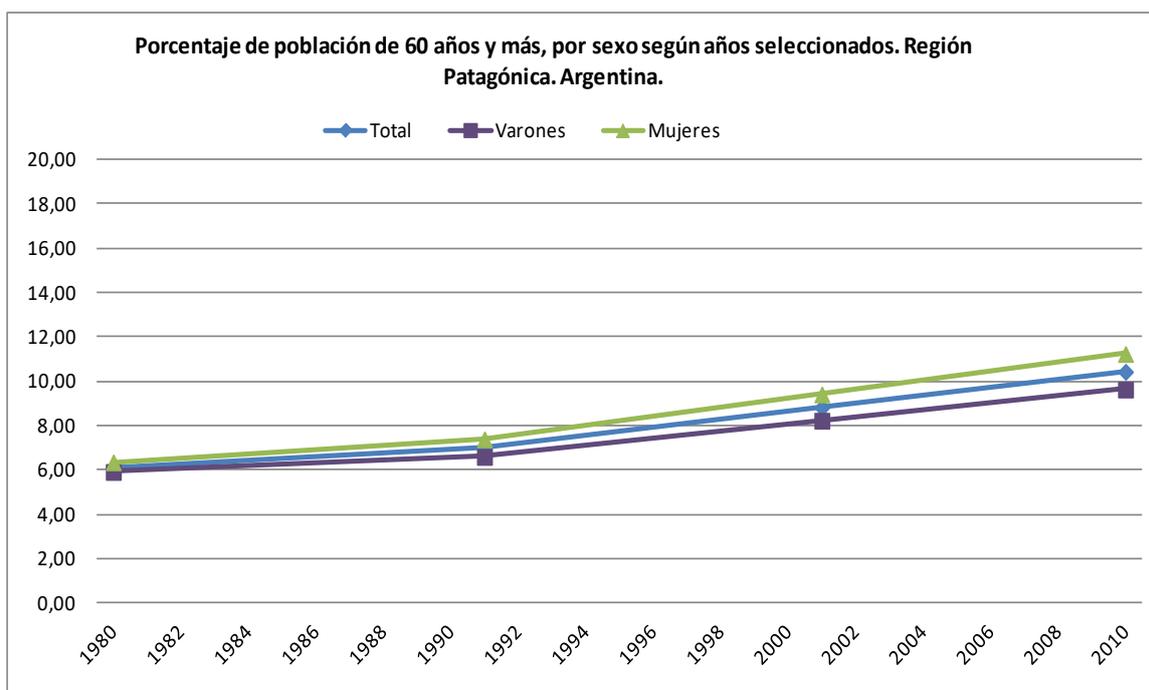
La mayor diferencia de crecimiento observada entre sexos es en la región patagónica 1,99 años y la menor en la región Cuyo 1,63 años. Esto se deja ver en las diferencias son cada vez menores, aún la esperanza de vida de las mujeres es también aquí predominantemente femenina.

Gráfico 33 Porcentaje de población de 60 años y más por sexo según años seleccionados. Región Pampeana. Argentina.



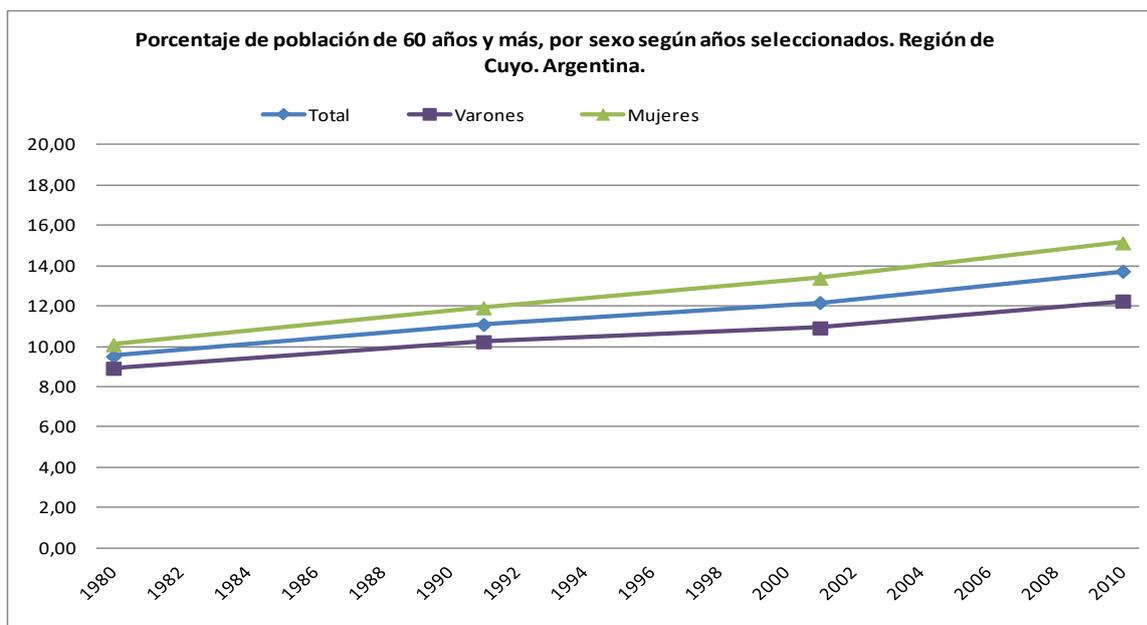
Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980, 1991, 2001 y 2010.

Gráfico 34 Porcentaje de población de 60 años y más por sexo según años seleccionados. Región Patagónica. Argentina.



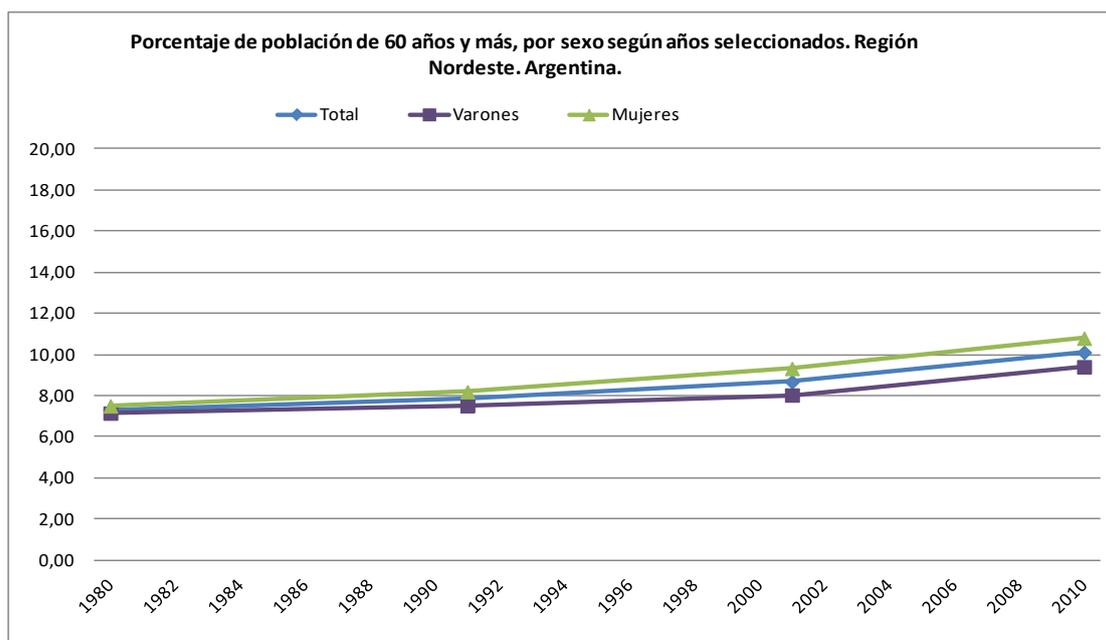
Fuente: INDEC. Elaboración propia en base a Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980, 1991, 2001 y 2010.

Gráfico 35 Porcentaje de población de 60 años y más por sexo según años seleccionados. Región Cuyo. Argentina.



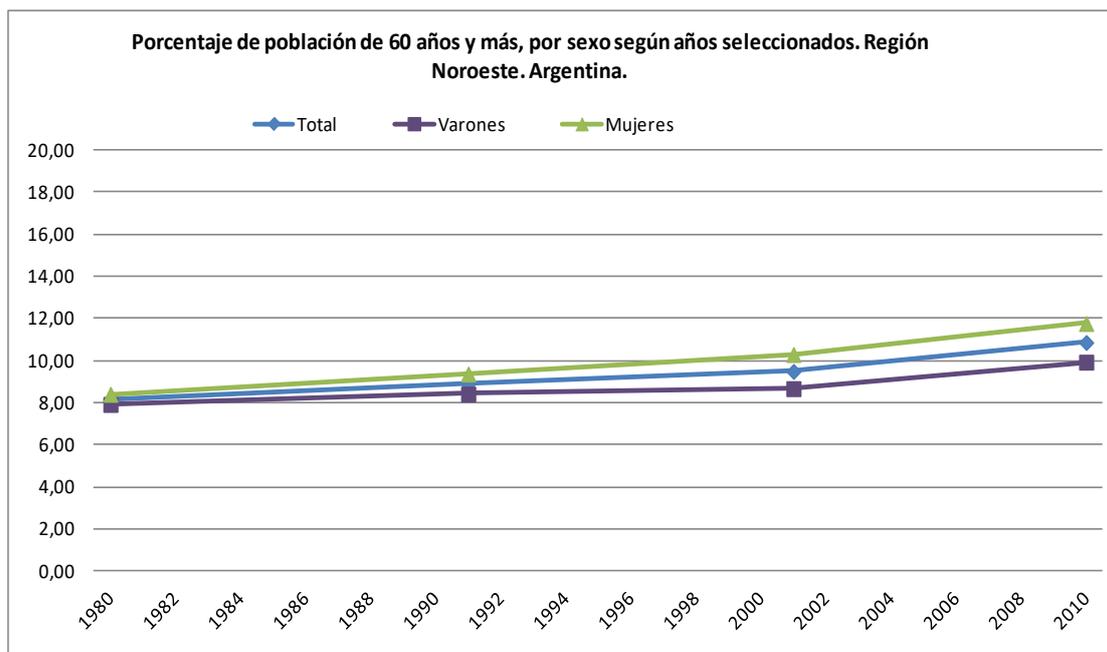
Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980, 1991, 2001 y 2010.

Gráfico 36 Porcentaje de población de 60 años y más por sexo según años seleccionados. Región Nordeste. Argentina.



Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980, 1991, 2001 y 2010.

Gráfico 37 Porcentaje de población de 60 años y más por sexo según años seleccionados. Región Noroeste. Argentina.



Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980, 1991, 2001 y 2010.

Cuadro N°58 Porcentaje de población de 60 años y más, por sexo según años seleccionados. Por regiones. Argentina.

Porcentaje de población de 60 años y más, por sexo según años seleccionados. Por regiones. Argentina.

Año	Región Pampeana			Región Patagónica			Región Cuyana			Región Nordeste			Región Noroeste		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
1980	13,35	11,84	14,79	6,13	5,92	6,36	9,51	8,92	10,09	7,33	7,16	7,50	8,17	7,93	8,41
1991	14,72	12,83	16,50	6,99	6,60	7,39	11,09	10,23	11,92	7,86	7,52	8,20	8,90	8,42	9,37
2001	15,29	13,04	17,39	8,83	8,23	9,42	12,18	10,92	13,39	8,68	8,03	9,33	9,50	8,68	10,30
2010	15,84	13,64	17,90	10,44	9,64	11,24	13,73	12,25	15,14	10,11	9,41	10,79	10,87	9,94	11,77

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980, 1991, 2001 y 2010.

La región donde más ha crecido el total de la población de 60 años y más es la patagónica (gráfico N°58), seguida por la región cuyana, si comparamos los valores desde 1980 a 2010. Si se analiza por sexo, se advierte que en los varones se mantiene esta tendencia global, pero en el caso de las mujeres hay un cambio, dado que las diferencias más importantes se evidencian en la región cuyana, seguida por la patagónica. El resto de las regiones muestran pocas diferencias entre sí.

La región pampeana conserva una población más envejecida, con un mayor porcentaje de adultos mayores de 60 años y más en todos los períodos, para los dos sexos. Le sigue la región cuyana, la del noroeste, luego la región patagónica, y por último la región nordeste, que es la más joven, si bien ha envejecido mucho en las últimas dos décadas.

La tendencia de la feminización del envejecimiento se mantiene en todas las regiones para todos los períodos en estudio (cuadro N°58). Con excepción de la región pampeana, si se compara el año 2001 con 2010, se observa que persiste una tendencia más predominante del envejecimiento femenino en puntos porcentuales.

En la comparación del período de 1980 a 1991, el envejecimiento es claramente más favorable a las mujeres. Aquí se observa una diferencia más acentuada que en el resto de los períodos. Es en el período 1991-2001 donde se ven las mayores variaciones, tanto entre los sexos como entre las regiones. La que mayor diferencia en puntos porcentuales registra es la región cuyana (0,78), y la menor diferencia se advierte en la región patagónica (0,39).

Cuadro N° 59 Porcentaje de población de 80 años y más por sexo según años seleccionados. Por regiones. Argentina.

Porcentaje de población de 80 años y más, por sexo según años seleccionados. Por regiones. Argentina.

Año	Región Pampeana			Región Patagónica			Región Cuyana			Región Nordeste			Región Noroeste		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
1980	1,47	1,07	1,85	0,55	0,48	0,62	0,89	0,71	1,06	0,74	0,61	0,88	0,86	0,70	1,01
1991	1,84	1,31	2,33	0,72	0,56	0,88	1,13	0,89	1,37	0,90	0,79	1,03	1,05	0,90	1,21
2001	2,47	1,60	3,28	1,09	0,79	1,38	1,68	1,23	2,11	1,13	0,89	1,36	1,29	1,00	1,58
2010	2,91	1,91	3,85	1,41	1,04	1,79	2,13	1,54	2,70	1,40	1,08	1,72	1,60	1,19	2,00

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980, 1991, 2001 y 2010.

La región con mayor población de adultos mayores de 80 años y más es la región pampeana (cuadro N°59), seguida por la región cuyana, patagónica, noroeste y, por último, la región del nordeste, cuyo comportamiento es muy similar al de aquella que la antecede.

En ambos sexos sucede lo mismo; sin embargo, en todos los casos hay más mujeres que varones. La mayor diferencia porcentual siempre se encuentran en la región pampeana; la menor se observa en la región del nordeste, con la excepción del año 1980, en el que esto sucede en la región patagónica.

En los gráficos que se presentan a continuación se puede observar cómo se han ido incrementando las poblaciones de los adultos mayores de 80 años y más, en algunos casos

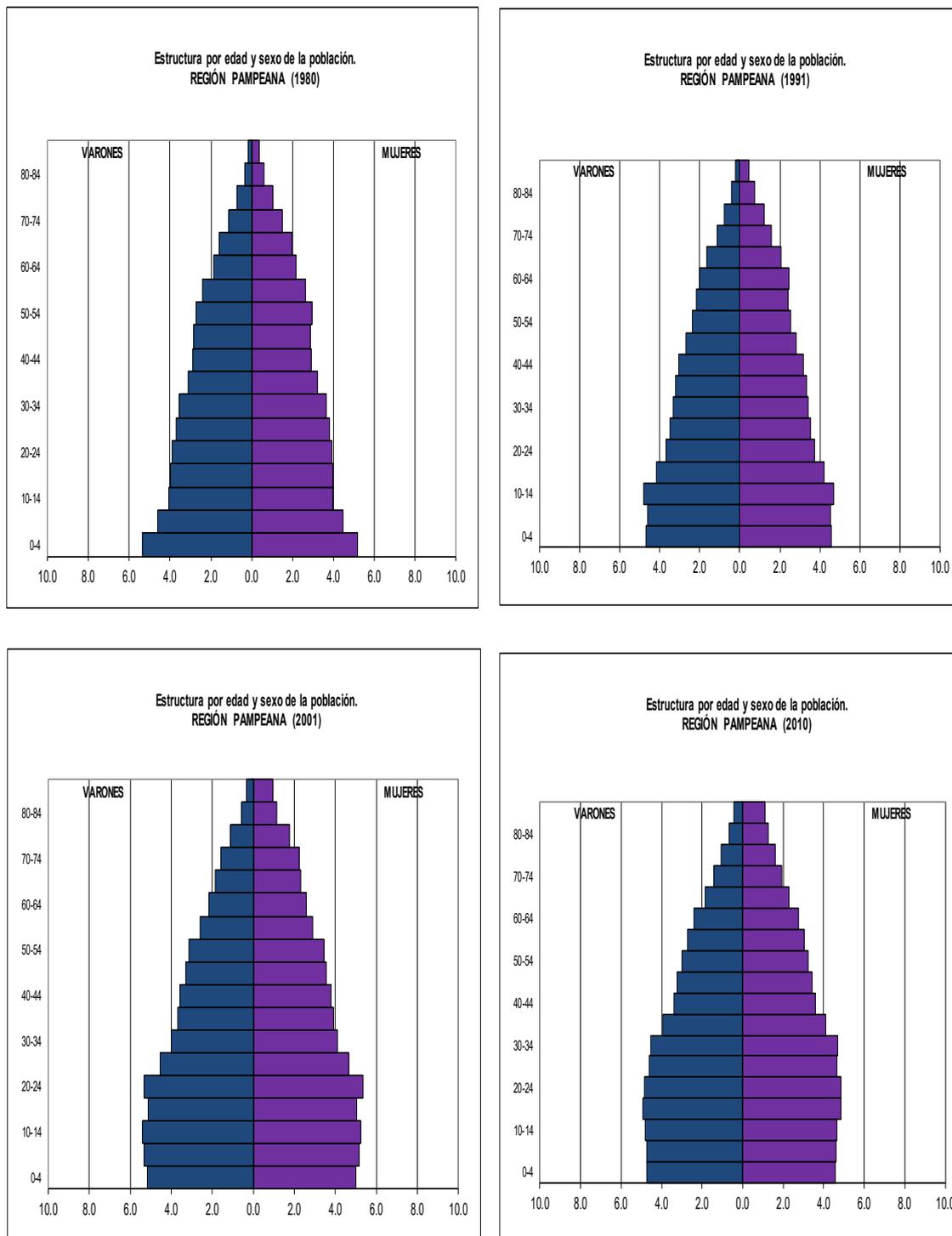
con mayor intensidad que en otros. El tema de la velocidad de cambio será tratado con mayor detenimiento más adelante; sin embargo, no puede dejar de destacarse la diferencia que se observa en todos los casos de estudio.

Antes de comenzar el análisis general de las regiones, es importante realizar una aclaración. En este apartado se analizan la tasa bruta de natalidad (TBN) y la tasa bruta de mortalidad (TBM) para cada región. En general, al utilizar estas tasas, tanto para las regiones como para las provincias, existe la posibilidad de que las poblaciones sean muy pequeñas o la cantidad de eventos ocurridos sea muy baja. De suceder ello, no es recomendable su utilización, y si se utilizan, hay que tomar ciertas precauciones.

La primera de ellas es advertir al lector que puede haber algún tipo de distorsión en las tasas, por no contar con el tamaño suficiente. Existe la posibilidad de afectación de la estructura poblacional por diferentes movimientos; en nuestro caso, en los períodos 2000-2002 y 2008-2010 se han producido crisis nacionales muy importantes; además, hay elementos migratorios que podrían alterar de alguna manera la cantidad de eventos ocurridos en una región en particular, y que por ello no lleguen a ser percibidos. En poblaciones pequeñas, además, suele obtenerse un número muy reducido de defunciones, lo cual podría modificar la inestabilidad de las tasas específicas de mortalidad por edad y, más aún, si se toman las tasas brutas. Por esta razón se decidió utilizar la información de la mortalidad y la natalidad de períodos trianuales, con el objetivo de estabilizar las tasas y evitar cambios bruscos provocados por eventos de salud o de otra índole (epidemias, fuertes crisis socioeconómicas, etc.), que, si son tomadas en un sólo año, podrían distorsionar la tendencia de la mortalidad y la natalidad.

Como se observa en algunas regiones, como la patagónica, se percibe la situación descripta.

Gráfico 38 Pirámides de población. Región pampeana. Años censales 1980 – 2010.



Fuente: INDEC. Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas, años 1980 -2010.

En la región Pampeana se observa que la TBN se ha incrementado de forma notable. Si se toman los últimos dos censos y se calculan los nacimientos trianualmente (para disminuir su posible variación por particularidades regionales), se puede ver un leve ascenso en la tasa al

comparar el período 2000-2002 con el período 2008-2010: pasó de 17,46 por mil a 17,62 por mil. Estas variaciones mínimas también se manifiestan al analizar cada sexo por separado.

La TMI pampeana logró descender comparando los períodos 2000-2002 con el período 2008-2010, elemento muy positivo, si se lo asocia con los beneficios sociales que esto trae aparejado. La tasa pasó de 14,63 por mil a 11,54 por mil. En el caso de los varones su descenso fue más pronunciado que en las mujeres que se observa más moderado (Varones: 15,95 a 12,65; Mujeres: 13,20 a 10,39). Esto también da cuenta que si se analizaran los AEVP de toda la población la pérdida sería menor aún de lo que se encontrará para la población de los adultos mayores de 60 años y más que es la que ocupa a esta tesis en lo particular.

Cuadro N°60 Índice potencial de juventud según año censal. Región Pampeana. Argentina.

Año	Índice potencial de juventud (60)			Índice de juventud (65)		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
1980	46,72	47,98	45,50	43,76	45,12	42,44
1991	48,63	50,15	47,17	45,12	46,78	43,54
2001	43,41	44,98	41,90	40,73	42,36	39,17
2010	39,25	40,61	37,95	36,62	38,03	35,27

Fuente: INDEC. Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas, años 1980 -2010.

El índice potencial de juventud da cuenta de la proporción de jóvenes que hay en la sociedad sobre la población de personas de 15 a 64 años o de 15 a 59 años, dependiendo de lo que se haya tomado como denominador. A esta última se la conoce como población económicamente activa, pues independientemente de que una parte de esa población tal vez esté desempleada o no busque empleo, a los fines metodológicos se la toma como un conjunto poblacional en condiciones de poder formar parte del mercado laboral.

A medida que la sociedad se desarrolla, este índice tiende a descender. Según la OPS, un índice potencial de juventud menor del 33% representa un problema, dado que se puede pensar que en ese caso no se va a contar con la cantidad suficiente de jóvenes para sostener a los mayores, en un futuro. Además, cuantos menos jóvenes haya, más se contrae la masa laboral futura.

En el caso de la región pampeana, si bien se advierte un descenso sostenido de este índice (cuadro N° 60), aún se encuentra dentro de los parámetros normales en los dos sexos. Sin embargo, es importante comenzar a delinear políticas públicas futuras, capaces de revertir la baja constante de este índice, para que la sociedad se pueda mantener en un equilibrio saludable.

Como se observa en el cuadro N° 60, especialmente en las mujeres el índice de juventud se encuentra cercano a 33 %, valor límite que marca la necesidad de que el Estado se preocupe seriamente del tema, según la OPS. Y no muy lejos de ese límite se encuentran los hombres. Por ello se dice que se está en un punto de quiebre, en el que es tiempo de ocuparse de esta problemática. También hay que tener en cuenta que es la región más grande de la Argentina, por ello es necesario que su tendencia comience a ser corregida.

Se observa que la proporción de adultos mayores de la región pampeana fue incrementándose de un modo más acentuado para las mujeres que para los hombres (cuadro N° 60).

Cuadro N°61 Porcentaje de población de 60 años y más, según años seleccionados. Región pampeana. Argentina.

	1980	1991	2001	2010
Total	13,35	14,72	15,29	15,84
Varones	11,84	12,83	13,04	13,64
Mujeres	14,79	16,50	17,39	17,90

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980, 1991, 2001 y 2010.

Cuadro N°62 Porcentaje de población de 65 años y más, según años seleccionados. Región pampeana. Argentina.

	1980	1991	2001	2010
Total	9,35	10,25	11,41	11,49
Varones	8,06	8,65	9,34	9,47
Mujeres	10,58	11,76	13,33	13,39

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980, 1991, 2001 y 2010.

En sintonía con los procesos de envejecimiento que se presentan al considerar la franja etaria de 60 años y más, sucede lo mismo con los de 65 años y más, pero en menor escala (cuadro 62).

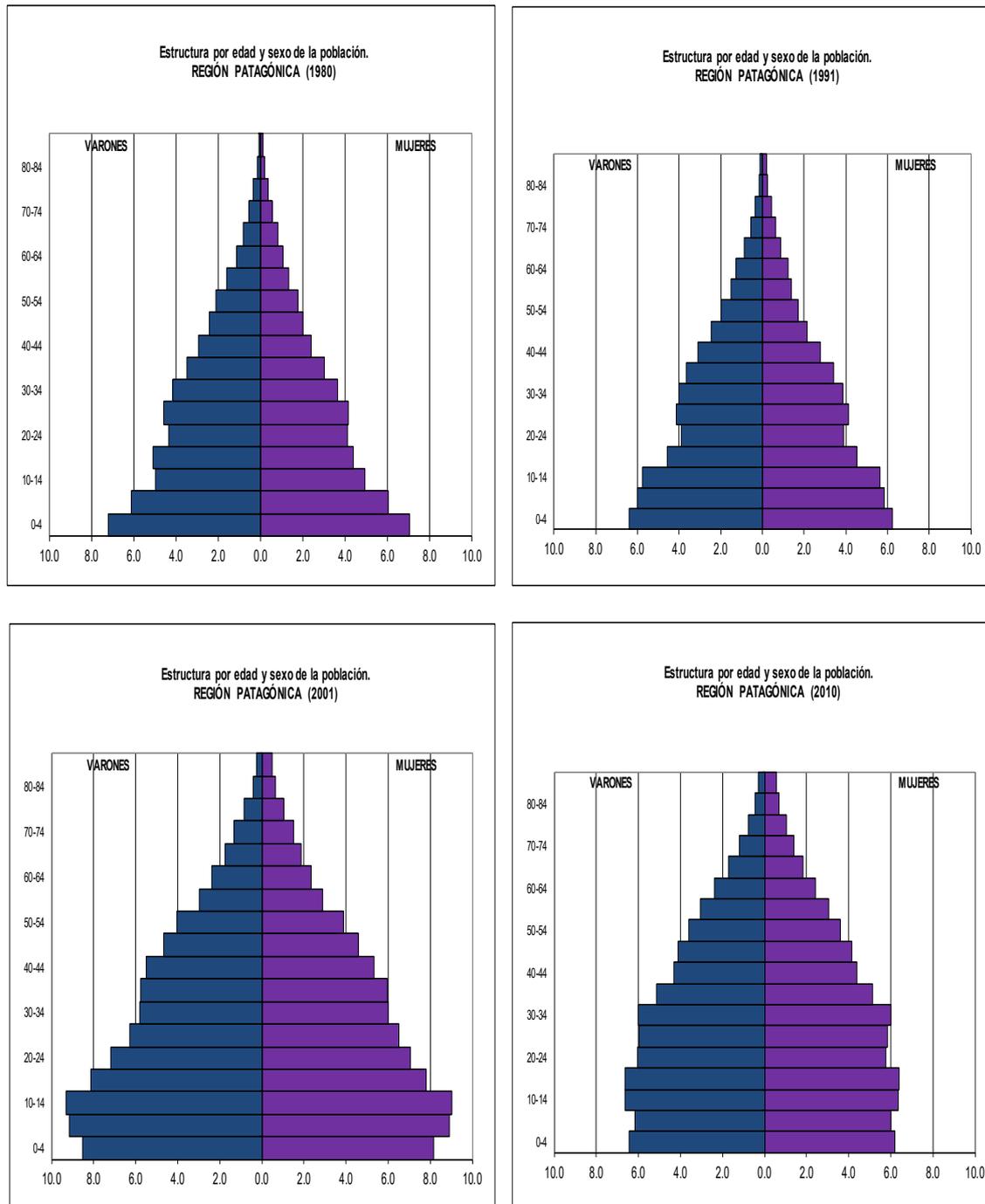
Cuadro N°63 Tasa de variación demográfica, según períodos seleccionados. Región Pampeana. Argentina.

	Tasa de variacion demografica (60)			Tasa de variacion demografica (65)		
	1980-1991	1991-2001	2001-2010	1980-1991	1991-2001	2001-2010
Total	10.28	3.89	3.57	9.66	11.25	0.76
Varones	8.40	1.64	4.56	7.30	8.03	1.35
Mujeres	11.52	5.44	2.91	11.14	13.36	0.42

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980, 1991, 2001 y 2010.

Puede notarse en el cuadro N°63 que la tasa de variación fluctúa mucho entre períodos, para ambos grupos etarios y ambos sexos. La menor variación de los de 60 años y más se produce en el período 1991-2001, en los varones. Las mujeres tienen la menor tasa de variación en el período siguiente (2001-2010). En la población de 65 años y más, la variación más baja se encuentra en el período 2001-2010 para ambos sexos, y son las mujeres la que exhiben la tasa más reducida (cuadro N°63). Las edades intermedias se fueron ampliando, proceso probablemente influido por la migración, tanto interna como externa, que recibe la región.

Gráfico 39 Pirámides de población. Región patagónica. Años censales 1980 – 2010.



Fuente: INDEC. Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 1980 -2010.

El gráfico N°39 muestra la evolución de la población de la región patagónica. Es esta una de las regiones que más cambios han tenido en estas cuatro décadas. La región patagónica está compuesta por provincias que se han transformado considerablemente, con procesos importantes de migración. Incluso muchas de ellas están atravesadas por el desarrollo de

grandes empresas petroleras o mineras, así como por el avance de la industria del turismo y de otros tipos de empresas, que han modificado, en muchos casos, la estructura de la sociedad, su coyuntura y, consecuentemente, su estilo de vida. Esto se percibe en las estructuras piramidales, donde los cambios son muy notorios e incluso han sido incentivados por políticas públicas en determinados períodos, como desde 2003 a 2010, que alentaron la migración hacia estas provincias, como es el caso de Tierra del Fuego y Santa Cruz.

La TBN, si tomamos los últimos dos períodos (2000-2002 y 2008-2010), varía de 20,67 por mil a 25,83 por mil; un crecimiento similar ocurre en los dos sexos, como se muestra en el cuadro N° 80 al final de este apartado.

Las edades centrales se han incrementado, transformándose en regiones no tan expulsoras, como lo eran tradicionalmente. Por el contrario hoy día también atraen población, por temas laborales, en especial población joven.

Cuadro N° 64 Índice potencial de juventud según año censal. Región patagónica. Argentina.

Año	Índice potencial de juventud (60)			Índice de juventud (65)		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
1980	63,14	59,45	67,39	60,83	57,35	64,83
1991	62,66	61,88	63,48	60,06	59,34	60,81
2001	52,91	53,63	52,19	50,54	51,22	49,86
2010	42,37	42,88	41,85	40,19	40,70	39,67

Fuente: INDEC. Elaboración propia en base a Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980, 1991, 2001 y 2010.

El índice potencial de la juventud de la región patagónica demuestra un descenso en la proporción de jóvenes en relación con la PEA (población económicamente activa), ya sea que se tome a esta como la de 15 a 64 años o la de 15 a 59 años (gráfico N° 64). Esta baja es mayor en las mujeres que en los varones. Puede observarse que hay una aceleración del descenso a partir del censo de 2001, hecho que se acentúa en el año 2010.

Es interesante ver que los valores aún no se encuentran lo suficientemente bajos como para preocuparse, pero sí ameritan comenzar a ocuparse. Son las mujeres quienes se van aproximando con mayor velocidad al valor límite de 33 %; de todos modos, el descenso no ha sido diferente en los varones. Si la tendencia descendente continúa, posiblemente la situación sea compleja en no muchos años más. Por ello sería importante plantear políticas públicas tendientes a enfrentar esta problemática.

Cuadro N° 65 Porcentaje de población de 60 años y más, según años seleccionados. Región patagónica. Argentina.

	1980	1991	2001	2010
Total	6,13	6,99	8,83	10,44
Varones	5,92	6,60	8,23	9,64
Mujeres	6,36	7,39	9,42	11,24

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980, 1991, 2001 y 2010.

Cuadro N°66 Porcentaje de población de 65 años y más, según años seleccionados. Región patagónica. Argentina.

	1980	1991	2001	2010
Total	3,95	4,51	6,03	7,03
Varones	3,76	4,13	5,42	6,26
Mujeres	4,15	4,90	6,64	7,81

Fuente: INDEC. Elaboración propia en base a Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 1980, 1991, 2001 y 2010.

El cuadro N°65 y el N°66 evidencian el envejecimiento de esta región, con un claro crecimiento de las poblaciones de 60 años y más y de 65 años y más, de un modo más acentuado en las mujeres que en los hombres. En ambos grupos etarios la tendencia creciente al envejecimiento es la misma, pero difieren en intensidad, como se verá al analizar la tasa de variación. Aunque parecería que la población adulta mayor de 60 años lo hace más rápido, esto no ocurre necesariamente de ese modo, si bien representa una proporción mayor de población con dicha edad, como resulta lógico. Hay más población de 60 años y más que de 65 años y más, producto de que la mortalidad crece con la edad, además, la pirámide lógicamente no se encuentra invertida y la población, a medida que asciende en edad, se reduce hasta extinguirse.

La mayor tasa de variación para los adultos mayores de 60 años y más (cuadro N° 67) se observa en el período 1991-2001, la menor en el período 1980-1991. En todos los casos, la tasa de variación es más marcada en las mujeres que en los hombres; esto último también ocurre en la población de 65 años y más (mismo cuadro).

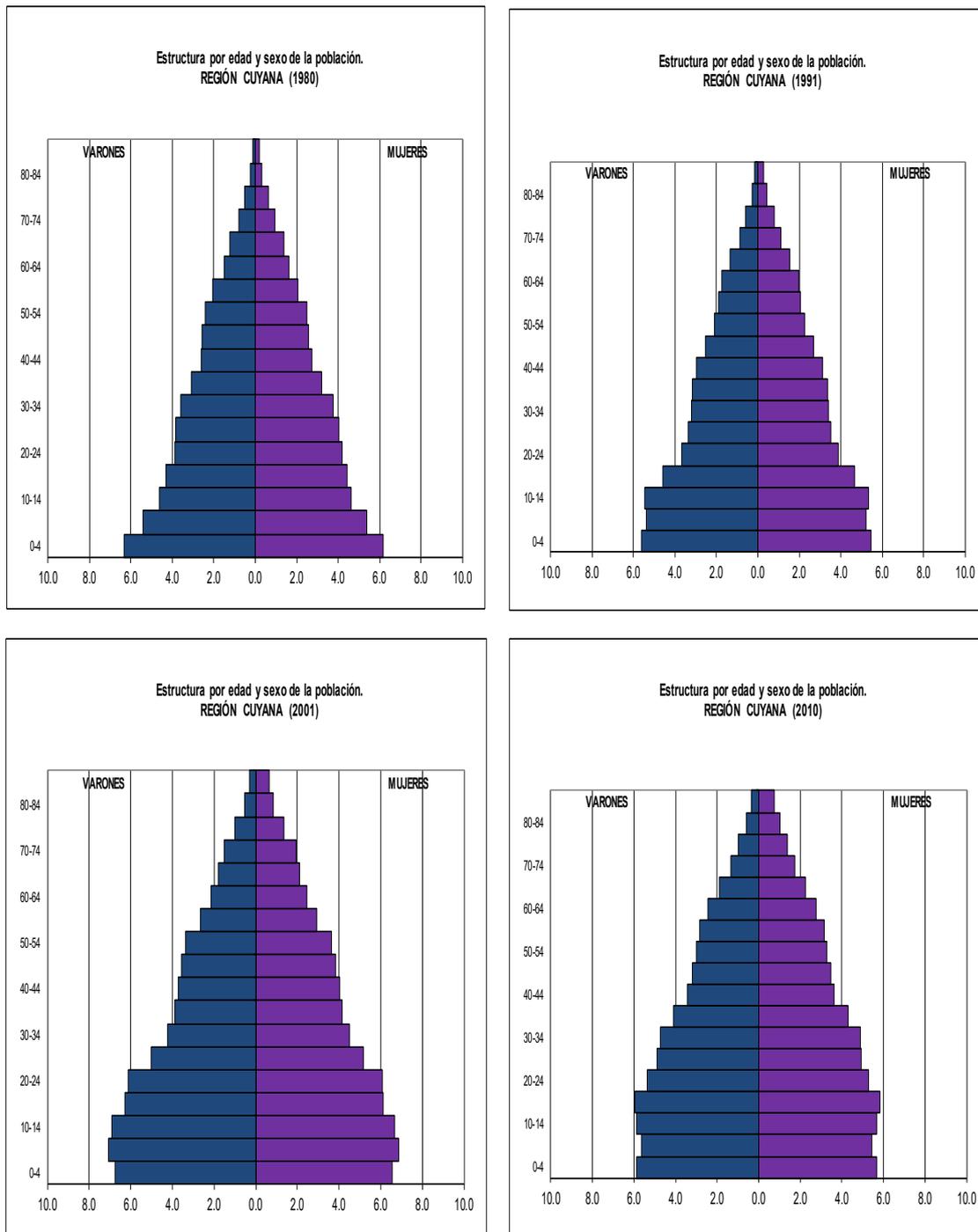
Cuadro N°67 Tasa de variación demográfica según los períodos seleccionados. Región Patagónica. Argentina.

	Tasa de variacion demografica (60)			Tasa de variacion demografica (65)		
	1980-1991	1991-2001	2001-2010	1980-1991	1991-2001	2001-2010
Total	14.03	26.25	18.30	14.33	33.66	16.62
Varones	11.46	24.73	17.07	9.84	31.23	15.45
Mujeres	16.28	27.42	19.37	18.22	35.40	17.58

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980, 1991, 2001 y 2010.

En los adultos mayores de 65 años y más, también se advierte la tasa de variación más elevada en el periodo 1991-2001, pero esta variación es mucho más relevante que la del grupo etario anterior y que la que se observa en el resto de los períodos. La menor tasa de variación registrada corresponde al primer período de estudio y a los varones. En la población femenina, la tasa de variación del período 1980-1991 se ubica algo por encima de la del 2001-2010; en los hombres, por el contrario, esta es muy inferior.

Gráfico 40 Pirámides de población. Región cuyana. Años censales 1980 – 2010.



Fuente: INDEC. Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 1980 -2010.

El gráfico N°38 muestra la evolución de la población de la región de Cuyo. Puede considerarse a la región cuyana la más próspera del país; los avances de sus indicadores son destacables,

con varios de ellos similares o aún mejores que los de la región pampeana, que suele ser tomada como ejemplo de región de avanzada.

En la región de Cuyo se han desarrollado muchas políticas públicas para apoyar a los adultos mayores, por lo que ha pasado a ser una de las regiones que 'más cuidan a sus mayores', tal y como se verá en el apartado correspondiente.

La región tiene una TBN para ambos sexos de 20,05 por mil para el período 2000-2002 y de 19,99 por mil para el período 2008-2010 (cuadro N° 80). Una variación similar ocurrió en cada uno de los sexos: la TBN descendió de 21 por mil a 20,92 por mil en los varones y de 19,14 por mil a 19,11 por mil en las mujeres. Si bien puede considerarse a este un cambio mínimo, es importante decir que habiendo atravesado dos grandes crisis nacionales (la de 2001 y la de 2008), la tendencia continúe siendo descendente.

La población correspondiente a las edades centrales de la pirámide ha ido creciendo ininterrumpidamente, esto indica que, en líneas generales, es una región receptora de población, que tiende a su envejecimiento, sobre todo de la población femenina.

Cuadro N°68 Índice potencial de juventud según año censal. Región Cuyana. Argentina.

Año	Índice potencial de juventud (60)			Índice de juventud (65)		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
1980	53,40	54,85	52,01	56,29	57,75	54,88
1991	54,01	56,20	51,94	57,58	59,76	55,50
2001	48,64	50,63	46,75	51,48	53,44	49,60
2010	41,99	43,52	40,51	44,86	46,37	43,41

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980, 1991, 2001 y 2010.

El índice potencial de juventud de la región de Cuyo muestra un descenso más lento que el de la región patagónica, y más lento aún que el de la región pampeana. Hacia 2010, si bien se advierten índices similares a los de la región patagónica, tanto en varones como en mujeres, hay que considerar que los valores de partida de Cuyo son más bajos.

Se podría decir que aún hay más tiempo en esta región del país que en la región pampeana para pensar en políticas públicas tendientes a lograr que la composición de la población siga en equilibrio. Pero no hay que perder de vista que la tendencia es descendente y que el ritmo es considerable, siempre con predominancia de población femenina, cualquiera sea el denominador que se tome para elaborar este índice. La diferencia reside en que si se toma

como denominador a la población de 15 a 64 años, es mayor el índice y el ritmo de descenso que si se tomara como denominador a la población de 15 a 59 años.

Cuadro N°69 Porcentaje de población de 60 años y más, según años seleccionados. Región Cuyana. Argentina.

	1980	1991	2001	2010
Total	9,51	11,09	12,18	13,73
Varones	8,92	10,23	10,92	12,25
Mujeres	10,09	11,92	13,39	15,14

Fuente: INDEC. Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 1980 -2010.

Cuadro N°70 Porcentaje de población de 65 años y más, según años seleccionados. Región Cuyana. Argentina.

	1980	1991	2001	2010
Total	6,39	7,37	8,80	9,65
Varones	5,86	6,67	7,69	8,34
Mujeres	6,89	8,04	9,86	10,90

Fuente: INDEC. Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 1980 -2010.

La población cuyana se ha envejecido en las últimas cuatro décadas, emulando el fenómeno que se da a nivel país, donde los adultos mayores de 60 años y más son el 14,27 % (varones 12,47 %; mujeres 15,98 %). Se podría decir que esta región muestra valores muy cercanos a la media nacional, con 13,73 % para ambos sexos, 12,25 % para los varones y 15,14 % para las mujeres en el total de la población, es decir, siempre con predominancia femenina.

La población mayor de 65 años y más también tiene alta representatividad en esta región y se va incrementando de modo constante. A lo largo de estas cuatro décadas, siempre estuvo entre las poblaciones regionales con mayor representatividad, si comparamos las diferentes regiones. Por ello, podemos decir que es esta una de las regiones más envejecidas, como se verificará luego al analizar la población de 80 años y más.

Cuadro N° 71 Tasa de variación demográfica según los períodos seleccionados. Región Cuyana. Argentina.

	Tasa de variacion demografica (60)			Tasa de variacion demografica (65)		
	1980-1991	1991-2001	2001-2010	1980-1991	1991-2001	2001-2010
Total	16.59	9.80	12.72	15.38	19.44	9.65
Varones	14.74	6.70	12.21	13.80	15.29	8.38
Mujeres	18.11	12.32	13.11	16.61	22.69	10.58

Fuente: INDEC. Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 1980-2010.

La tasa de variación que puede observarse para esta región da cuenta de notables diferencias entre los distintos períodos y sexos, considerando los dos grupos etarios en estudio.

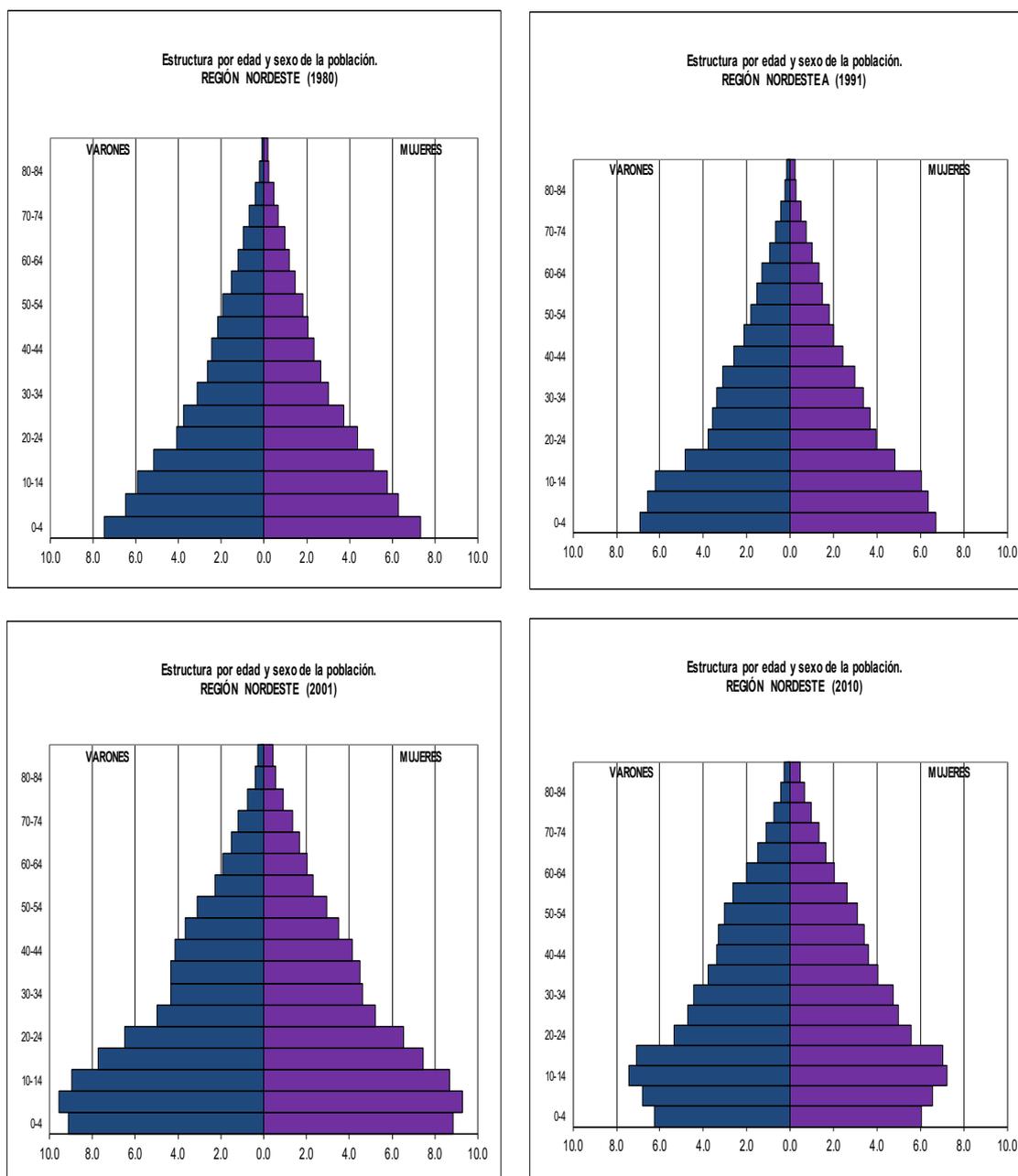
En el caso del grupo de 60 años y más, es en el período 1991-2001 donde se encuentra la menor tasa de variación y también la diferencia más marcada entre los sexos, ya que la de las mujeres casi duplica a la de los varones. La variación más alta, en cambio, se da en el período 1980-1991, con mayor variación en las mujeres que en los hombres. Esto podría estar implicando que el envejecimiento en los varones fue menos constante y más heterogéneo que en las mujeres.

Si se considera ahora la franja etaria de 65 años y más, las tasas de variación más marcadas se observan en el período intermedio (1991-2001), y estas superan a todas las tasas del grupo etario anterior. Las menos pronunciadas se corresponden con el período 2001-2010. Se mantiene el fenómeno de que las tasas de variación de las mujeres van siempre por encima de las de los hombres.

De acuerdo a lo señalado, entonces, puede afirmarse que es en el período 1991-2001 cuando se observa el mayor envejecimiento de la región para la edad de 65 años y más, en tanto que para los de 60 años y más esto se produjo en el período 1980-1991.

Es interesante ver las tasas de variación, porque si sólo se analiza cómo es el peso de cada edad en la población total no se llega a percibir el impacto que tuvo el cambio entre períodos.

Gráfico 41 Pirámides de población. Región nordeste. Años censales 1980 – 2010.



Fuente: INDEC. Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 1980 -2010.

Al observar a las pirámides de población de la región nordeste, se reconocen algunas de las particularidades de esta región. A principios de 1980 el nordeste albergaba una población muy joven, y poco a poco se fue dando la transición hacia una sociedad más desarrollada; sin embargo, y pese a haber mejorado sus indicadores, esta región aún no está plenamente desarrollada. Se podía decir que dicho proceso está todavía en pleno auge. Junto con la región noroeste, son las dos regiones del país que se encuentran más retrasadas, aunque

ambas han avanzado mucho, especialmente en la última década. Los aspectos socioeconómicos influyen mucho en los indicadores que se irán desarrollando, como así también las enfermedades características de estas regiones, respecto de las cuales aún hay mucho para hacer. Se trata de una región en donde las enfermedades infecciosas y degenerativas aún tienen importancia, cuando deberían estar en vías de extinción.

La TBN de la región del nordeste para los dos últimos períodos de estudio, esto es, 2000-2002 y 2008-2010, ha descendido de 24,31 por mil a 21,61 por mil para ambos sexos (cuadro N° 80). Esta baja es importante si se la compara con el resto de las regiones. En los varones, la caída ha sido de 24,93 por mil a 22,41 por mil; en las mujeres fue un poco mayor aún, de 23,68 por mil a 20,83 por mil.

En las edades centrales, las tasas de cambio que más fluctúan son las de las edades de 20 a 40 años en el periodo 1980-1991, y no son despreciables las variaciones que se advierten en el período 2001-2010, donde la variación para las edades de 25 a 35 años se ubica por encima del 20 %, aunque en los años 1980-1991, para las mismas edades rondaba el 40 %. En el período 1991-2001 es bastante menor, de alrededor del 10%.

La región nordeste en su conjunto es principalmente expulsora de población, especialmente en estas edades centrales; esto se refleja en la forma piramidal a lo largo de todos los períodos analizados.

Pese a ello, la población de todos los segmentos etarios aumenta en el tiempo. Ello implica que hay un incremento poblacional, aunque este sea leve.

Cuadro N° 72 Índice potencial de juventud según año censal. Región nordeste. Argentina.

Año	Índice potencial de juventud (60)			Índice de juventud (65)		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
1980	73,50	73,97	73,03	70,38	70,80	69,96
1991	72,81	73,62	72,00	69,37	70,16	68,58
2001	66,19	67,41	64,98	63,17	64,41	61,94
2010	52,39	54,25	50,60	49,77	51,52	48,08

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980, 1991, 2001 y 2010.

En la región nordeste, el índice potencial de juventud aún no parecería constituir un problema demográfico. Sin embargo, no se puede desconocer que su tendencia es decreciente y que en el último período (2000-2010) ha descendido mucho, tanto en varones como en mujeres. De continuar a ese ritmo, será un problema mucho antes de lo que se preveía.

Esta situación parece razonable y hasta esperable si se considera que la región está transitando el camino que implica dejar de ser una población joven para pasar a ser, una población que recién muestra sus primeros indicios de envejecimiento.

EL descenso se ha producido más pronunciadamente en las mujeres que en los varones. Esta brecha es mayor si se toma como denominador del grupo etario de 15 a 59 años (en lugar de hacerlo con el de 15 a 64 años).

Cuadro N°73 Porcentaje de población de 60 años y más, según años seleccionados. Región nordeste. Argentina.

	1980	1991	2001	2010
Total	7,33	7,86	8,68	10,11
Varones	7,16	7,52	8,03	9,41
Mujeres	7,50	8,20	9,33	10,79

Fuente: INDEC. Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 1980 -2010.

En la región del nordeste, la población de 60 años y más muestra una tendencia ascendente a lo largo de las últimas cuatro décadas (cuadro N° 73). Este aumento es más pronunciado en las mujeres que en los hombres, si bien la tasa de variación entre los últimos dos censos (que es la mayor entre todos los períodos censales analizados) fue más alta para los hombres que para las mujeres (17.14 % y 15.73 %, respectivamente).

Como queda a la vista, en términos generales el crecimiento de 2001 a 2010 ha sido el mayor de los períodos en estudio, y esto se relaciona directamente con el desarrollo que ha tenido la región nordeste en su conjunto, en todos sus aspectos (socioeconómicos, culturales, etc.), y podría decirse que también hubo muchos cambios en diversas pautas culturales.

Cuadro N° 74 Porcentaje de población de 65 años y más, según años seleccionados. Región nordeste. Argentina.

	1980	1991	2001	2010
Total	4,96	5,22	6,05	7,01
Varones	4,77	4,90	5,48	6,30
Mujeres	5,16	5,54	6,62	7,70

Fuente: INDEC. Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 1980 -2010.

El avance del peso relativo de la población de 65 años y más da cuenta del envejecimiento poblacional de la región, que es incipiente, pero que viene avanzado de manera firme. Recién en 2010, esta región llega a los niveles que la OPS reconoce como los de una población envejecida, que es cuando se supera el 7 %. Este nivel es bastante discutido en las sociedades modernas, de todos modos, puede pensarse que opera como una guía que marca la necesidad de tomar conciencia del proceso, a fin de ir generando políticas públicas para la vejez. Esta región es la más joven del país.

Cuadro N° 75 Tasa de variación demográfica según períodos seleccionados. Región nordeste. Argentina.

	Tasa de variación demográfica (60)			Tasa de variación demográfica (65)		
	1980-1991	1991-2001	2001-2010	1980-1991	1991-2001	2001-2010
Total	7.23	10.47	16.47	5.19	15.96	15.79
Varones	5.15	6.77	17.14	2.86	11.71	15.00
Mujeres	9.21	13.79	15.73	7.33	19.62	16.21

Fuente: INDEC. Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 1980 -2010.

En la región nordeste, la tasa de variación es similar a la que luego se observará en la región noroeste, dada sus semejanzas en la conformación de sus estructuras poblacionales. Si bien la región noroeste es un poco más desarrollada que la nordeste, son dos regiones que tienen mucho en común, incluso más de lo que la mayoría de la gente supone o imagina. Del mismo modo, poseen diferencias importantes, que hacen al desarrollo particular de cada una de estas regiones. Las provincias de Salta y Jujuy son provincias muy pujantes. El nordeste cuenta con provincias que tienen características muy similares, posiblemente sea una de las

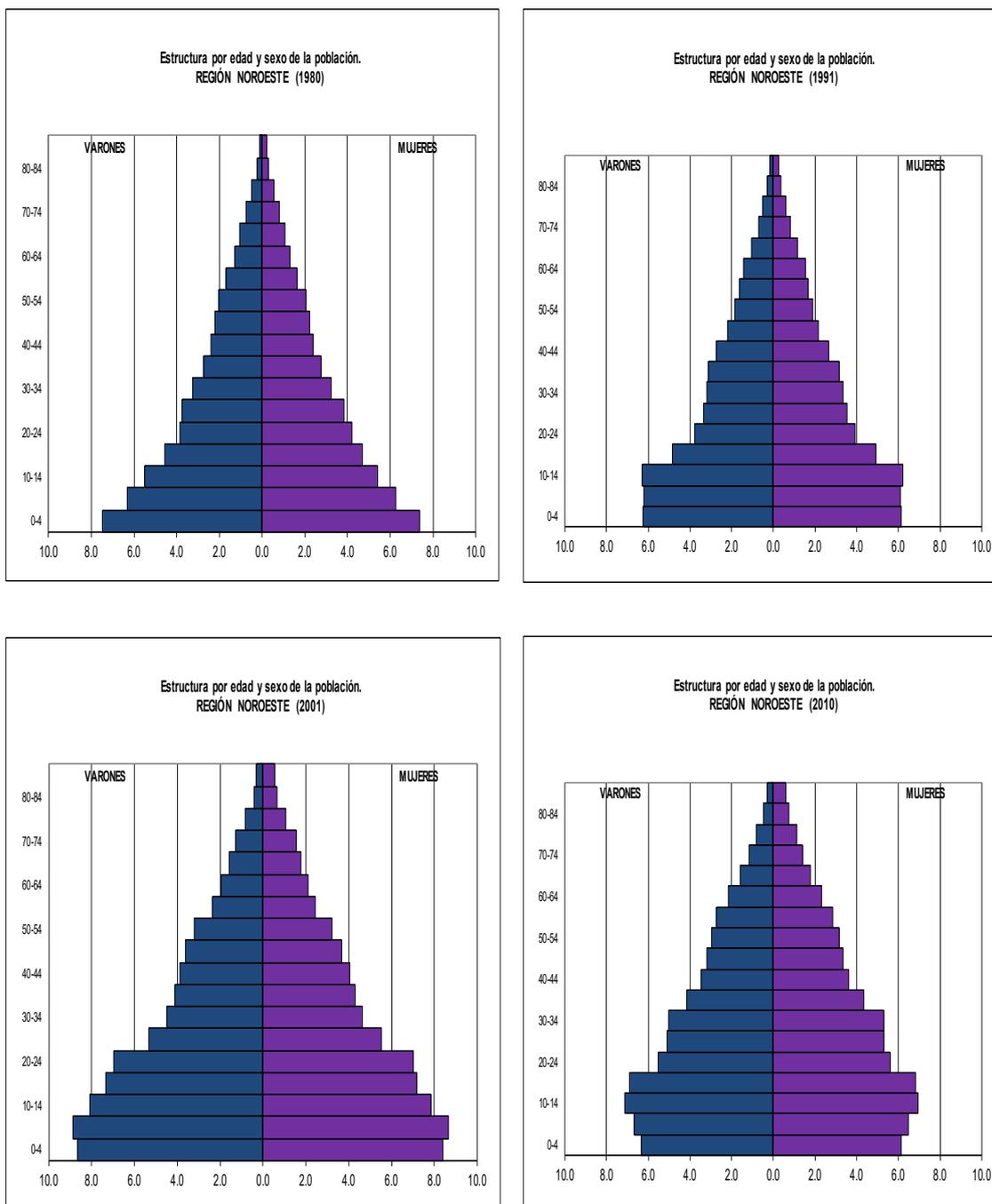
regiones más homogéneas del país. Ello lleva a que el desarrollo sea más parejo o casi al mismo tiempo para cada provincia que compone la región en estudio.

La tasa de variación más destacada en las mujeres de 60 años y más (cuadro N°75) se detecta en el período 2001-2010. De igual manera ocurre en los varones, pero en estos últimos la diferencia de la tasa de variación entre los períodos es mucho más relevante, y se advierte que la tasa de variación del último período es mucho más alta que la de los dos períodos previos, ya que si bien venía ascendiendo, lo hacía más lentamente.

En el análisis del grupo etario de 65 años y más, la tasa de variación es mayor para las mujeres que para los hombres. La tasa de variación más alta en ellas se registra en el período 1991-2001 (cuadro N°75), mientras que en los varones la tasa de variación más alta se da en el período 2001-2010. En ambos casos, la tasa más baja se puede observar en el período 1980-1991.

En términos generales, se podría decir que el envejecimiento se viene produciendo con mayor intensidad desde el período 1991-2001, pero que recién cobra importancia en 2010, cuando su representatividad en el total poblacional llega a superar el 7 %.

Gráfico 42 Pirámides de población. Región noroeste. Años censales 1980 – 2010.



Fuente: INDEC. Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 1980 -2010.

Por último, analizaremos la evolución de la población de la región noroeste. En dicha región, las transformaciones en la sociedad han sido más lentas que en el resto del país, aunque los cambios ocurridos no son para nada despreciables.

La TBN ha descendido considerablemente. Se observa que para el período 2000-2002, la TBN para ambos sexos era de 22,28 por mil, en tanto que para el período 2008-2010 esta pasó a ser de 20,51 por mil (cuadro N° 80). Este descenso es importante porque podría marcar un cambio en el modo de conducirse de la sociedad del noroeste, y, sobre todo, marca un cambio en las pautas sociales vinculadas con la conformación de las familias y con cuántos hijos se desean por familia. De igual manera se da en los varones, cuya TBN baja de 23,00 por mil a 21,22 por mil, mientras que en las mujeres desciende de 21,56 por mil a 19,82 por mil. En todos los casos, la caída es trascendente.

En las edades centrales hay un crecimiento constante y en la última década este es más importante, especialmente cuando se considera la tasa de variación de las edades de 30 a 34 años, pero es muy baja la tasa de variación en las edades de 40 a 50 años. Podría decirse que no sería una región receptora de población, más bien da la impresión de ser una región expulsora en su conjunto, aunque para poder afirmarlo sería necesario encarar un estudio profundo, que excede la intención de esta tesis. En el período 1991-2001, la tasa de variación es mucho más baja en todas las edades, lo que daría indicios de que antes era una región más expulsora de lo que aparentemente es hoy.

Cuadro N° 76 Índice potencial de juventud según año censal. Región noroeste. Argentina.

Año	Índice potencial de Juventud (60)			Índice de Juventud (65)		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
1980	71,59	72,85	70,36	68,34	69,52	67,18
1991	69,02	70,39	67,69	65,40	66,76	64,08
2001	60,55	61,88	59,24	57,74	59,09	56,41
2010	50,00	51,54	48,51	47,34	48,85	45,89

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980, 1991, 2001 y 2010.

La región noroeste es la región más joven de la Argentina y como tal, es la que posee el índice potencial de juventud más alto (cuadro 76).

Es importante destacar que al igual que la región nordeste, el índice de juventud de esta región muestra una tendencia descendente, que se ha incrementado principalmente en el último período aquí considerado (entre 2001 y 2010).

Si bien aún no es una preocupación para la región, es importante controlar cómo es este proceso de descenso, ya que al ser más rápido puede sorprender y eso no sería positivo para el equilibrio de la sociedad. Por ello, el Estado debería ser cuidadoso y cauteloso al respecto.

No se debe perder de vista que los valores que se observan para el año 2010, tanto en varones como en mujeres, comienzan a ser bajos. La sociedad del noroeste está ya en un proceso de envejecimiento, al igual que el resto de las regiones. Por ello sería importante plantear políticas públicas para toda la Argentina, pese a que no todas las regiones se encuentran en el mismo punto de este proceso.

Cuadro N°77 Porcentaje de población de 60 años y más, según años seleccionados. Región noroeste. Argentina.

	1980	1991	2001	2010
Total	8,17	8,90	9,50	10,87
Varones	7,93	8,42	8,68	9,94
Mujeres	8,41	9,37	10,30	11,77

Fuente: INDEC. Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 1980 -2010.

La población de 60 años y más de la región Noroeste se incrementa a lo largo de las décadas paulatinamente, con un ritmo moderado. Hay predominancia de las mujeres por sobre los hombres. La diferencia entre períodos se intensifica con el transcurso del tiempo en los dos sexos, pero es mayor en las mujeres. Por ello se podría decir que crece más la población de mujeres mayores que la de los hombres mayores, y de censo a censo ese incremento se profundiza.

Cuadro N° 78 Porcentaje de población de 65 años y más, según años seleccionados. Región noroeste. Argentina.

	1980	1991	2001	2010
Total	5,62	5,92	6,75	7,53
Varones	5,38	5,50	6,01	6,66
Mujeres	5,86	6,32	7,47	8,37

Fuente: INDEC. Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 1980 -2010.

Como es previsible, la población adulta mayor de 65 años y más tiene una representatividad menor que la de 60 años y más; sin embargo, esta se está incrementando con el paso del tiempo y posee cada vez más relevancia demográfica. A principios de 1980, esta región era aún joven, hoy ya se encuentra más desarrollada y sus indicadores están mostrando que está más envejecida.

Cuadro N°79 Tasa de variación demográfica según períodos seleccionados. Región Noroeste. Argentina.

	Tasa de variación demográfica (60)			Tasa de variación demográfica (65)		
	1980-1991	1991-2001	2001-2010	1980-1991	1991-2001	2001-2010
Total	8.94	6.70	14.46	5.25	14.08	11.58
Varones	6.22	3.06	14.50	2.33	9.32	10.76
Mujeres	11.44	9.91	14.30	7.83	18.15	12.07

Fuente: INDEC. Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 1980 -2010.

El análisis de las tasas de variación muestra que las grandes variaciones en la población de 60 años y más han ocurrido principalmente en el período 2001-2010, y más marcadamente en los varones que en las mujeres (cuadro N° 79). La menor variación, tanto en los hombres como en las mujeres, se puede visualizar en el período 1991-2001; la observada en el período previo, es decir, 1980-1991, tampoco es muy elevada en el caso de los hombres. En suma, hay un incremento de la población de 60 años y más.

En el caso de la población de 65 años y más, puede verse que en el primer período (1980-1991), las tasas de variación no han sido muy altas; esto estaría en consonancia con el hecho de ser una región joven, con una participación relativa de las edades avanzadas no muy destacable. Asimismo, esta relevancia es la que va apareciendo con el transcurrir de las décadas, aunque las tasas de variación del último período (2001-2010) son menos destacadas que en la franja etaria antes analizada. Sin embargo, es sustancial el incremento que se produjo en el período 1991-2001 en las mujeres de esta franja etaria, y en conjunto la representatividad de este grupo aumenta notablemente con el pasar del tiempo, lo que implica un claro proceso de envejecimiento de la región.

Cuadro N° 80 Tasa bruta de natalidad regional. Períodos 2000-2002 y 2008-2010. Argentina.
(Por mil)

Tasa de natalidad regional (TBN*) por mil						
	Período 2000-2002			Período 2008-2010		
	Ambos Sexos	Varones	Mujeres	Ambos Sexos	Varones	Mujeres
Cuyo	20.05	21.00	19.14	19.99	20.92	19.11
Nordeste	24.31	24.93	23.68	21.61	22.41	20.83
Noroeste	22.28	23.00	21.56	20.51	21.22	19.82
Pampeana	17.46	18.57	16.40	17.62	18.82	16.47
Patagónica	20.67	21.16	20.18	25.83	26.30	25.35

Fuente: INDEC. Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 2001 -2010.

Nota: Para el cálculo de TBN se tomaron el promedio trienios de los períodos 2000-2002 y 2008-2010 sobre la población censal 2001 y 2010.

De acuerdo a lo expresado anteriormente y a modo de resumen, se destaca que la tasa de natalidad regional que más ha descendido entre los períodos analizados es la de la región Nordeste (cuadro N° 79), principalmente en las mujeres, en las que descendió en 2,85 por mil (la de los hombres disminuyó en 2,51 por mil). A esta región le sigue la del noroeste, en la cual la TBN bajó más en los varones que en las mujeres (-1,78 por mil y -1,74 por mil, respectivamente). En la región cuyana, la TBN también ha descendido, pero en una proporción muy pequeña.

En el caso de la región Patagónica, la TBN se ha incrementado en 5,14 por mil para los varones y en 5,17 por mil para las mujeres. Esto llama la atención y puede ser la consecuencia de varios procesos simultáneos. En primer lugar, la región ha recibido migración joven, apoyada por políticas públicas, y además experimentó un incremento del desarrollo de sus industrias, que se ampliaron y entre las que cabe mencionar a la petrolera, la minera, la eléctrica, la pesquera, el turismo y el ensamblado industrial, entre otras. Esto pudo haber ayudado a que las poblaciones migrantes hayan tenido sus hijos allí, y por eso la natalidad se haya incrementado, al mismo tiempo que la población se ve inmersa en un proceso de envejecimiento. Es por ello que podría ser la región donde se observa más crecimiento dentro del país.

En la región pampeana la tasa bruta de natalidad ha crecido, pero con valores ínfimos.

Cuadro N°81 Tasa de variación demográfica de la TBN por regiones según períodos seleccionados. Argentina.

Período 2001-2010			
	Ambos Sexos	Varones	Mujeres
Cuyo	-0.30	-0.41	-0.18
Nordeste	-11.08	-10.09	-12.03
Noroeste	-7.93	-7.74	-8.06
Pampeana	0.93	1.30	0.37
Patagónica	24.94	24.27	25.64

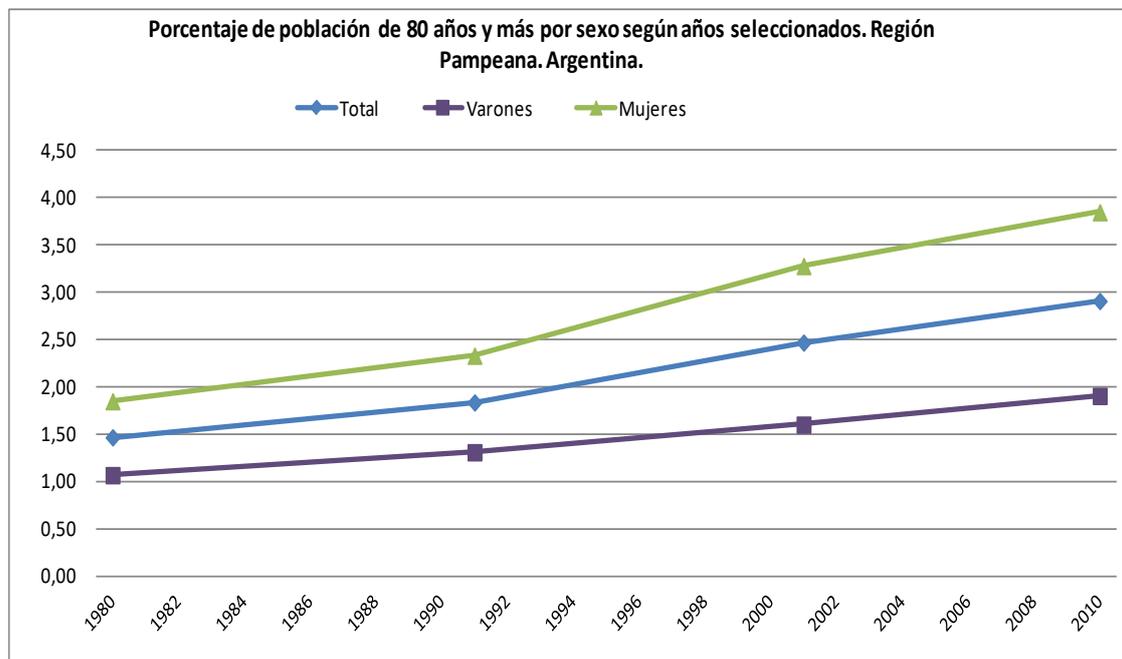
Fuente: INDEC. Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 2001 -2010.

Se advierte en el cuadro N°81 la gran variación de la tasa bruta de natalidad que experimentó la región patagónica, como ya se indicó, con mayor intensidad en las mujeres que en los hombres. En el caso de la región pampeana, la variación también es positiva, pero de mucha menor magnitud; sin embargo, es importante que crezca dado que hay desde el Estado políticas proactivas que incentivan la fecundidad.

En el caso de la región cuyana, la tasa de variación de la TBN es levemente negativa. En las regiones noroeste y nordeste son intensamente negativas. En estos casos, parecería que el descenso está más asociado con el desarrollo de la región que con las políticas propuestas por el Estado. No es posible saber si estas tasas serían aún más negativas o permanecerían iguales, de no existir dichas políticas. El tiempo dará dicha respuesta. Igualmente, es importante destacar que la disminución del nordeste es mayor que la del noroeste.

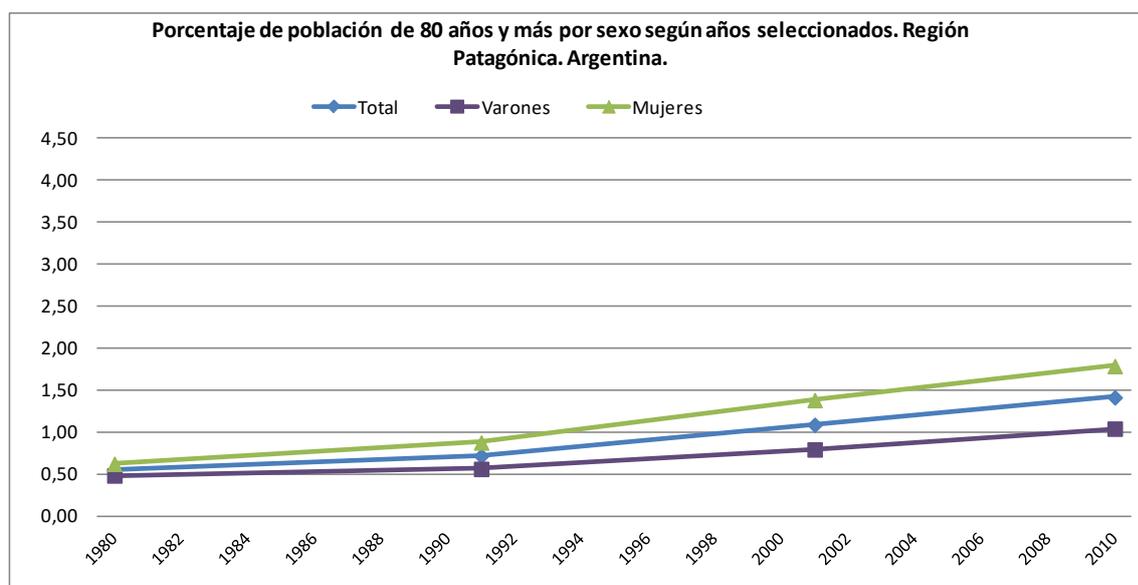
8.2 Análisis de la población de 80 años y más

Gráfico 43 Porcentaje de población de 80 años y más por sexo según años seleccionados. Región Pampeana. Argentina.



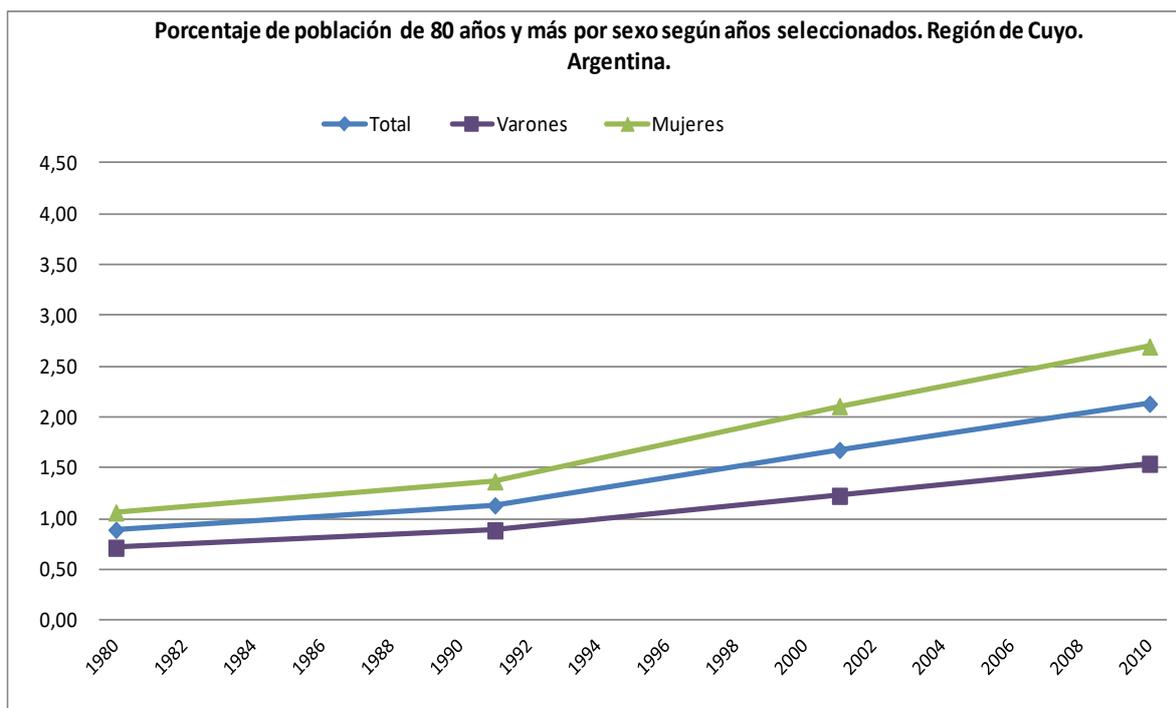
Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980, 1991, 2001 y 2010.

Gráfico 44 Porcentaje de población de 80 años y más por sexo según años seleccionados. Región Patagónica. Argentina.



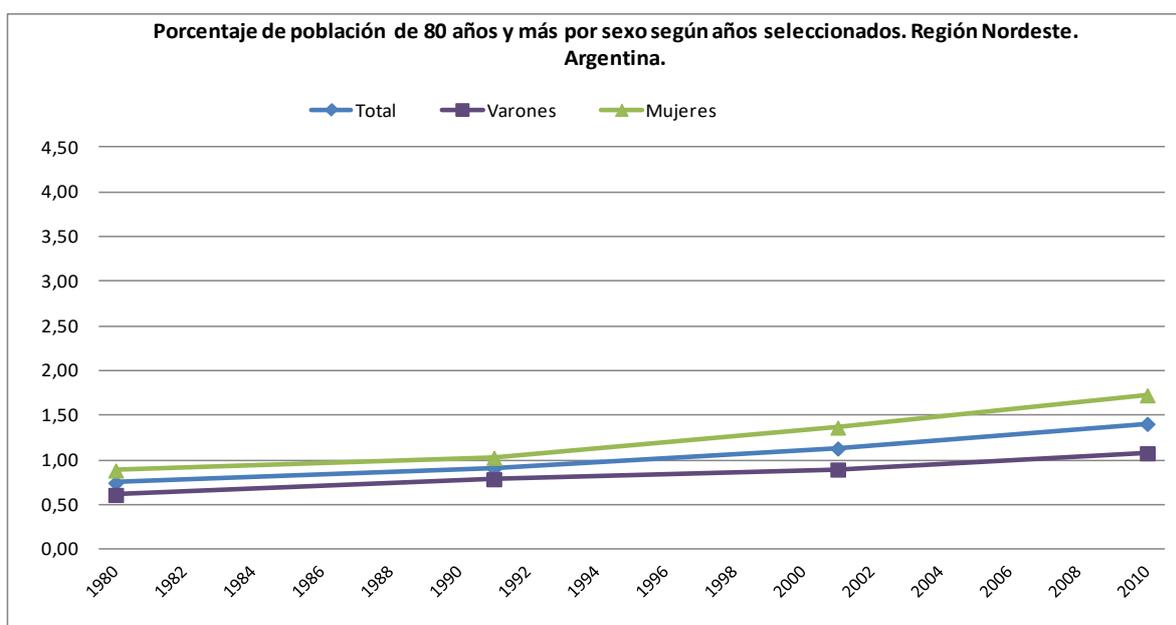
Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980, 1991, 2001 y 2010

Gráfico 45 Porcentaje de población de 80 años y más por sexo según años seleccionados. Región Cuyo. Argentina.



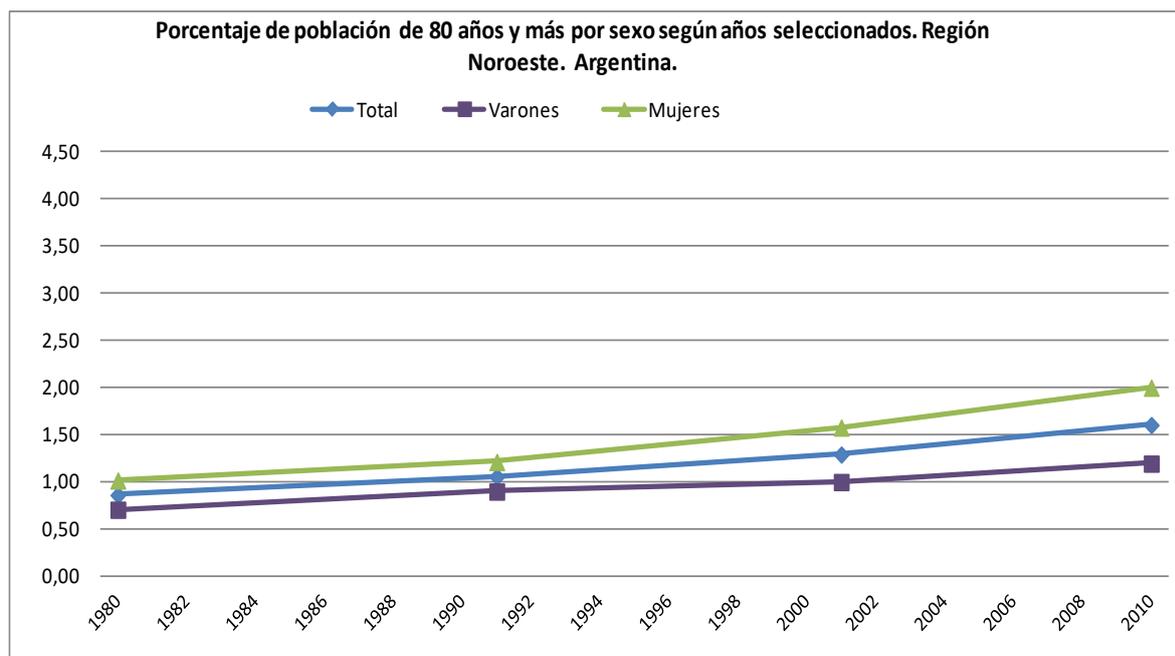
Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980, 1991, 2001 y 2010

Gráfico 46 Porcentaje de población de 80 años y más por sexo según años seleccionados. Región Nordeste. Argentina.



Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980, 1991, 2001 y 2010

Gráfico 47 Porcentaje de población de 80 años y más por sexo según años seleccionados. Región Noroeste. Argentina.



Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, año 1980, 1991, 2001 y 2010

En el caso particular del norte argentino, en ambas regiones se advierte una tendencia de desaceleración en la expansión de la franja etaria de 80 años y más de varones, más marcada en la década que va de 1990 a 2000, y parecería incrementarse desde el año 2001 en adelante. Se verá en el próximo censo si esta tendencia se confirma, aunque todo indicaría que sí, especialmente por las características de esta población, que es longeva y joven a la vez. En el caso de las mujeres, esta franja etaria ha tenido un alza importante, acompañando la tendencia del resto del país.

En las regiones pampeana, de Cuyo y patagónica, es en el período 1991-2001 cuando más ha crecido esta población, especialmente la de las mujeres.

En todas las regiones y para los dos sexos, a partir de la década de los noventa y hasta el año 2000, aproximadamente, hay un incremento de la población de 80 años y más, tendencia que parecería desacelerarse de allí en adelante. A pesar de ello, es importante señalar que en todos los casos, para el año 2010 hay más población de adultos mayores de 80 años y más en todas las regiones, tanto en porcentaje como en valores absolutos.

Cuadro N° 82 Tasas de variación de 80 años y más por sexo, según años seleccionados

Región pampeana

	1980-1991	1991-2001	2001-2010
Total	25.11	34.47	17.80
Varones	22.69	22.25	18.99
Mujeres	26.00	40.67	17.35

Región patagónica

	1980-1991	1991-2001	2001-2010
Total	30.42	51.75	29.99
Varones	16.22	41.29	31.22
Mujeres	40.95	57.68	29.28

Región cuyana

	1980-1991	1991-2001	2001-2010
Total	27.03	48.18	27.08
Varones	23.96	38.38	25.75
Mujeres	28.86	54.15	27.79

Región nordeste

	1980-1991	1991-2001	2001-2010
Total	21.46	24.79	24.42
Varones	28.88	13.79	20.42
Mujeres	16.17	32.98	26.51

Región noroeste

	1980-1991	1991-2001	2001-2010
Total	22.77	22.26	24.32
Varones	27.44	11.30	19.61
Mujeres	19.46	30.21	26.89

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, años 1980, 1991, 2001 y 2010

La región que muestra la tasa de variación más elevada es la región Patagónica, que es bastante similar a la de la región cuyana, esta última solo la supera en el período 1980-1991 en los varones. En cambio, la variación es sensiblemente más baja en las mujeres de la región cuyana especialmente en el período 1980-1991.

La región Pampeana muestra tasas de variación intermedias, las más elevadas tienen lugar para las mujeres en el período 1991-2001. En el resto de los casos se mantienen estables, aunque son variaciones importantes que no deberían pasar inadvertidas.

Las regiones que menos variaciones revelan son las del Nordeste y el Noroeste, la menor variación para los varones se observa en el período 1991-2001 y la mayor en el período 1980-1991. En las mujeres, el pico máximo de la variación se halla en el período 1991-2001, igual que en la región Pampeana y a la inversa que los hombres, y la menor variación de la tasa se la puede visualizar en el período que cubre los años 1980 a 1991.

En la mayoría de los casos, podría decirse que el período 1991-2001 fue de los más destacados, para ver cómo comienza a modificarse la estructura poblacional y empieza a crecer de un modo más importante la población adulta mayor de 80 años y más, y con ella se obtendría un punto interesante en la historia, para ver qué ocurre con esta población y si es aquí donde comienza a haber diferencia y se produce un punto de quiebre en el proceso del envejecimiento.

Capítulo 9: Los AEVP y sus causas de muerte regionales

9.1 Categorías de causas de muerte en las personas de 60 años y más a nivel regional para grandes grupos de causas por sexo. Períodos 2000-2002 y 2008-2010.

Cuadro N° 83 AEVP por causa de insuficiencia cardíaca, por sexo y según región.
Años 2001 y 2009. Argentina.

Insuficiencia cardíaca									
Varones 2001									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden
0,94	1	0,32	10	0,42	7	0,74	5	0,48	4
Varones 2010									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	rango	AEVP	rango	AEVP	rango	AEVP	rango	AEVP	rango
0,81	1	0,33	8	0,37	6	0,38	6	0,41	7
Mujeres 2001									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden
0,58	1	0,24	5	0,31	6	0,54	4	0,29	6
Mujeres 2010									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden
0,51	1	0,17	10	0,28	8	0,28	6	0,27	7

Fuente: Elaboración propia a partir de datos suministrados por el Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. INDEC. 2001 y 2010.

Como se observa en el cuadro N°83, la categoría de causa insuficiencia cardíaca, es la que más aporta a los AEVP en la región pampeana, tanto en 2001 como en 2009, en ambos sexos. Sin embargo, en el resto de las regiones, el peso de esta causa dentro del *ordenamiento* de enfermedades es muy inferior.

Al analizar la población de hombres, se advierte que las regiones noreste y noroeste incluían esta causa de muerte dentro de las cinco primeras en el año 2001, la cual pasó a ubicarse dentro de las diez primeras hacia el año 2009. En el resto de las regiones (con la excepción de la región pampeana, ya señalada), esta causa se ubica dentro de las diez primeras, tanto en 2001 como en 2009. Es interesante observar que, en las regiones patagónica y cuyana

esta causa pasó a ocupar puestos más altos en el *ordenamiento* de causas, mientras que en el nordeste y el noroeste pasó a ocupar puestos más bajos. La mayor variación en términos de AEVP se detecta en la región del nordeste, donde se pasó de 0,74 a 0,38 años.

En el caso de las mujeres, puede verse que para una misma región, los AEVP por insuficiencia cardíaca son siempre inferiores que en los varones. La región pampeana es la que muestra más AEVP por esta causa en ambos períodos: 0,58 en el año 2001 y 0,51 en el año 2009. Lo destacable es que hacia el año 2010, en todas las regiones se perdieron menos años de esperanza de vida que los que se perdían en 2001.

En todas las regiones, salvo la pampeana, en 2009 la insuficiencia cardíaca está posicionada por debajo de las cinco primeras causas, lo que daría cuenta de una mejora en lo que respecta a esta causa, tanto en la población femenina como masculina.

Cuadro N° 84. AEVP por causa de enfermedades cerebrovasculares, por sexo y según región. Años 2001 y 2009. Argentina.

Enfermedades cerebrovasculares									
Varones 2001									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden
0,68	4	0,59	3	0,75	2	1,27	2	0,77	2
Varones 2010									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden
0,46	6	0,46	3	0,48	4	0,69	3	0,61	2
Mujeres 2001									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden
0,44	2	0,37	1	0,50	2	1,13	1	0,52	2
Mujeres 2010									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden
0,31	5	0,28	2	0,30	3	0,49	2	0,42	2

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos suministrados por el Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. INDEC. 2001 y 2010.

Considerando ahora la causa Enfermedades cerebrovasculares (cuadro N°83), en todas las regiones se advierte para los varones, una tendencia favorable en lo referido a AEVP al comparar el año 2001 con el 2009; es decir, se pierden menos años de esperanza de vida a

causa de estas afecciones, si bien eso no siempre se vio reflejado en la posición que ocupa esta causa en el *ordenamiento* global.

Las regiones que menos AEVP muestran en ambos períodos en la población masculina son la patagónica y la pampeana. Asimismo, la región que más redujo este índice entre 2001 y 2009 fue la región del nordeste (de 1,27 a 0,69 años), aunque esta causa descendió sólo un puesto en el *ordenamiento*, pasando del segundo al tercer puesto. La región que lo hizo de forma más acotada fue el noroeste, donde aún permanece en el segundo lugar, dado que su disminución no ha sido tan trascendente.

En el caso de las mujeres se observa la misma tendencia en lo que respecta a enfermedades cerebrovasculares y AEVP, aunque el efecto es de menor magnitud. La menor disminución de AEVP al comparar los años 2001 y 2009 ocurre en la región patagónica, mientras que la más marcada se observa en la región nordeste. En todas las regiones esta causa sigue siendo una de las principales causas de pérdida de años de esperanza de vida, a menudo la primera y la de mayor magnitud.

Cuadro N° 85 AEVP por causa de enfermedades isquémicas del corazón, por sexo y según región. Años 2001 y 2009. Argentina.

Enfermedades isquémicas del corazón									
Varones 2001									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden
0,88	2	0,61	2	0,89	1	0,97	4	0,50	3
Varones 2010									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden
0,67	3	0,40	4	0,73	1	0,55	4	0,43	5
Mujeres 2001									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden
0,37	3	0,23	7	0,38	3	0,44	5	0,20	11
Mujeres 2010									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden
0,29	6	0,15	12	0,32	2	0,25	8	0,16	14

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos suministrados por el Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. INDEC. 2001 y 2010.

Pasando ahora al análisis del vínculo entre la categoría de causas enfermedades isquémicas del corazón y los AEVP (cuadro N°85), se advierte que, en los hombres, esta causa se ubica

entre las primeras causas de muerte en 2001, para descender en el *ordenamiento* hacia 2009 en tres de las cinco regiones analizadas. Llama la atención en este sentido la región cuyana, en donde esta causa se asocia al valor más elevado de AEVP en 2009 (con el primer lugar en el *ordenamiento*), aunque no fue así en 2001, dado que entonces fue la región del nordeste la que mostró el más alto valor de AEVP por esta causa, si bien fue la cuarta causa de muerte en esa región.

La mayor tasa de variación (cuadro N°89 que se encuentra al final del apartado), entre los años 2001 y 2009, corresponde a la región del nordeste; es decir, esta es la región en la que las enfermedades isquémicas del corazón más se retrajeron como categoría de causa de AEVP, mientras que la región en la que menos se modificó es la del noroeste, seguida muy de cerca por la región cuyana. El noroeste es una de las regiones que ha experimentado un mayor crecimiento y desarrollo del país.

En las mujeres, la situación es muy diferente en lo referido a las enfermedades isquémicas del corazón: la divergencia entre regiones es mayor, y en todas las regiones hubo un descenso notorio en la posición de esta causa dentro del *ordenamiento*, con excepción de la región cuyana, en la cual esta causa pasó de ocupar el tercer lugar a ocupar el segundo lugar, pese al moderado descenso del valor de AEVP. Lo relevante es que en todas las regiones disminuyeron los valores de AEVP, aunque en diferentes magnitudes. Al igual que en la población masculina, la región que mayor tasa de variación tuvo en el período considerado fue la región del nordeste, con una reveladora mejora en términos de posición en el *ordenamiento*, y la de menor variación fue la región cuyana, en la que no se logró el avance esperado. Cabe destacar que tanto en la región patagónica como en la del noroeste, esta causa se sitúa en el *ordenamiento* del año 2009 por fuera de las diez principales causas de muerte.

Cuadro N° 86 AEVP por causa de otras enfermedades de las vías respiratorias superiores, por sexo y según región. Años 2001 y 2010. Argentina.

Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores									
Varones 2001									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden
0,60	5	0,23	15	0,22	14	0,49	9	0,39	6
Varones 2010									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden
0,58	5	0,27	11	0,22	13	0,27	12	0,42	6
Mujeres 2001									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden
0,34	4	0,17	12	0,15	13	0,33	12	0,24	8
Mujeres 2010									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden
0,35	3	0,17	11	0,16	12	0,18	13	0,29	5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos suministrados por el Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. INDEC. 2001 y 2010

Cuando se analiza el impacto sobre los AEVP de la categoría Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores (cuadro N°86), se advierte que sólo en la región pampeana, estas figuran dentro de las cinco primeras causas, tanto en el año 2001 como en el 2009, y más alto en el *ordenamiento* en las mujeres que en los hombres.

Respecto de la población de hombres, en la región del noroeste esta causa se mantuvo en el sexto lugar en ambos períodos, mientras que en la del nordeste pasó de ocupar el rango 9 a ocupar el rango 12. En el resto de las regiones no forman parte de las diez primeras causas de muerte. En este grupo poblacional, la tasa de variación es bastante heterogénea, con casos de disminución en AEVP y casos de aumento. La región que mayor variación tuvo fue la del nordeste, en tanto que la región pampeana presentó la menor variación.

Si se considera ahora la población de mujeres, también se observa una gran variabilidad interregional al comparar los AEVP en 2001 y en 2009. Sólo en la región pampeana esta causa se encontraba dentro de las cinco causas principales de muerte en el año 2001; en las demás regiones se encontraba incluso por fuera de las diez primeras. En 2009 la situación

empeoró, ya que en casi todas las regiones esta causa pasó a ocupar números más bajos en el *ordenamiento*; probablemente esto se deba al empeoramiento ambiental, la polución y la contaminación que están caracterizando al país.

A pesar de ello, solo en las regiones pampeana y noroeste, esta causa se ubica dentro de las cinco primeras causas de muerte en 2009. Se advierte que la región que más varió es la del nordeste, implicando una mejora, y la que menos varió fue la región patagónica, con empeoramiento de la situación.

Es importante destacar que, en las mujeres, la tendencia entre 2001 y 2009 (exceptuando el caso de la región nordeste) es creciente. Es decir, se pierden más años de esperanza de vida de los que se perdían, lo que confirma lo señalado. Si bien esta variación no es muy grande, se debería tener en cuenta este dato para tomar medidas al respecto.

Cuadro N° 87 AEVP por causa de otros tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas, por sexo y según región. Años 2001 y 2010. Argentina.

Otros tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas									
Varones 2001									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden
0,83	3	0,76	1	0,60	4	1,17	3	0,48	5
Varones 2010									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden
0,77	2	0,76	1	0,59	3	0,72	2	0,44	4
Mujeres 2001									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden
0,29	5	0,31	2	0,22	10	0,44	6	0,24	7
Mujeres 2010									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden
0,32	4	0,33	1	0,29	5	0,33	4	0,23	10

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos suministrados por el Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. INDEC. 2001 y 2010

La categoría de la causa: Otros tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas (cuadro N°87) se ubica en todas las regiones entre las cinco principales causas de muerte en los varones. Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos suministrados

por el Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. INDEC. 2001 y 2010. En el resto de las regiones, en el año 2009 esta causa de muerte pasa a estar más arriba en el *ordenamiento* de lo que se encontraba en 2001, escenario sin duda preocupante. Es interesante observar que pese a ello, los AEVP descienden en casi todos los casos, en diferentes proporciones.

La mayor tasa de variación (cuadro N° 89 al final del apartado), se encuentra en la región del nordeste y la menor en la Patagonia, donde casi no hubo variación.

Para la población femenina se presenta una situación heterogénea; la posición de esta causa en el *ordenamiento* fue mucho más diversa en 2001 que en 2009. Para el año 2009 esta causa se encuentra en todas las regiones, a excepción del noroeste, dentro de las cinco primeras. Los AEVP atribuidos a esta causa en las regiones patagónica y cuyana ascienden, es decir, se pierden más años de vida por esta causa de los que se perdían en 2001; en el resto de regiones se dejó de perder AEVP, aunque en una magnitud moderada. La mayor tasa de variación se advierte en la región de Cuyo, mientras que la región que muestra menor tasa de variación es la patagónica.

En la población de mujeres, se observan algunos cambios más marcados en la posición de esta categoría de causa de muerte dentro del *ordenamiento*, aunque esos cambios no se reflejan demasiado en la tasa de variación de los AEVP, a diferencia de lo que ocurre en los varones.

Cuadro N° 88 AEVP por causa Signos, síntomas y afecciones mal definidas, por sexo y según región. Años 2001 y 2010. Argentina.

Signos, síntomas y afecciones mal definidas									
Varones 2001									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden
0,49	6	0,48	4	0,43	6	1,37	1	1,14	1
Varones 2010									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden
0,65	4	0,50	2	0,13	20	1,01	1	0,80	1
Mujeres 2001									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden
0,28	7	0,28	4	0,33	4	0,98	2	0,72	1
Mujeres 2010									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden	AEVP	Orden
0,39	2	0,23	6	0,09	21	0,59	1	0,52	1

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos suministrados por el Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. INDEC. 2001 y 2010

Finalmente, analizaremos la categoría de la causa: Signos, síntomas y afecciones mal definidas (cuadro N°88) en términos de AEVP. Dado que esta no es una “causa” de muerte, sino un conjunto donde se agrupan todas aquellas causas que no pueden incluirse correctamente en ningún otro grupo, esta categoría de causa da cuenta, en parte, de la calidad de las estadísticas en estudio. Un número muy abultado para esta categoría estaría indicando que hay muchas causas de muerte cuyo origen se desconoce, o bien que no tienen un grupo representativo de pertenencia; puede considerarse más grave lo primero. Desafortunadamente, en la Argentina este grupo aún es significativo, y pese a que no invalida el análisis del resto de las causas, que se encuentran bien definidas, merece que se lo analice separadamente.

Al comparar los años 2001 y 2009, en los varones se advierte un descenso importante de AEVP en esta categoría en las regiones de Cuyo, nordeste y noroeste; por otro lado, hay un aumento en las regiones pampeana y patagónica. La región de Cuyo es la que más variación presenta, dado que es la que más logró descender los AEVP. Ello es muy relevante, debido

a que es la que más redujo los AEVP, dando cuenta de una mejoría en la situación de su región; posiblemente, incluso haya mejorado la calidad de los datos. La situación inversa se da en la región patagónica y en la pampeana, donde los AEVP en el año 2009 superan a los de 2001.

Es interesante destacar que en las regiones noroeste y nordeste es esta la primera causa de muerte en ambos períodos en los varones, y que para el año 2009 es la segunda causa de muerte en la región patagónica. Cuyo es la única región en la que la categoría Signos, síntomas y afecciones mal definidas, no se encuentra posicionada dentro de las diez causas principales de muerte en 2009.

Cuadro N°89 Variación relativa entre los años 2010-2001 por sexo según categorías de causas principales de muerte seleccionadas. Regiones Argentinas.

Insuficiencia cardíaca									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
0,14	0,13	-0,01	0,29	0,12	0,11	0,49	0,49	0,16	0,07
Enfermedades cerebrovasculares									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
0,32	0,30	0,23	0,25	0,35	0,40	0,46	0,57	0,21	0,18
Enfermedades isquémicas del corazón									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
0,24	0,21	0,35	0,35	0,17	0,16	0,44	0,44	0,13	0,22
Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
0,03	-0,03	-0,16	-0,01	0,02	-0,06	0,45	0,44	-0,07	-0,22
Otros tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
0,07	-0,09	-0,01	-0,06	0,01	-0,33	0,39	0,26	0,09	0,07
Signos, síntomas y afecciones mal definidas									
región pampeana		región patagónica		región cuyana		región nordeste		región noroeste	
Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
-0,33	-0,42	-0,05	0,19	0,69	0,74	0,26	0,39	0,29	0,27

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos suministrados por el Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. INDEC. 2001 y 2010

Del análisis de la población de mujeres surge un escenario bastante similar. En ambos períodos este grupo de causas ocupa la primera posición del *ordenamiento* en el noroeste, mientras que en el nordeste sólo en 2009 sucede esto, tras subir un lugar con respecto al

período anterior. En la región pampeana también se observa un ascenso en el *ordenamiento* entre 2001 y 2009, del séptimo al segundo lugar. Pero la mayor diferencia se observa en la región cuyana, donde pasa del rango 4 a la 21. Esto es un ejemplo para el resto de las regiones, porque muestra que es factible mejorar la calidad y la clasificación de las causas de muerte.

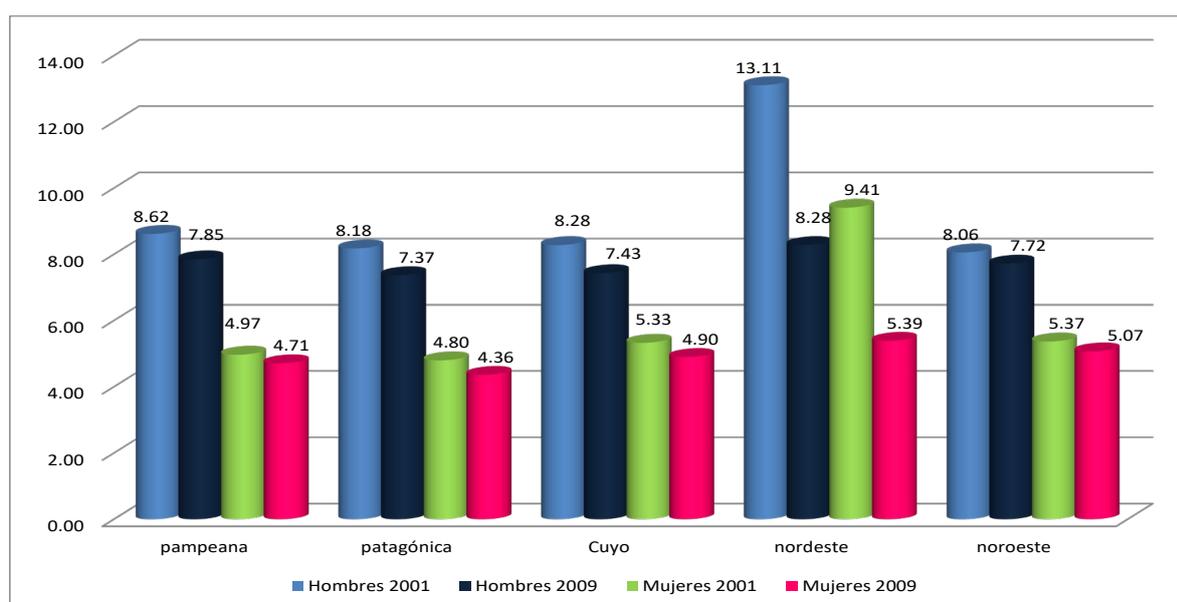
Como se observa cuando se comparan los cambios ocurridos durante el período 2001-2010, hay regiones donde la variación es mucho más evidente que en otras, y mientras los AEVP en algunos casos no se modifican casi o se reducen, en otros crecen, dando cuenta de un empeoramiento de la situación, tal como sucede en la región pampeana.

Como ya se señaló, la región que más tasa de variación tiene en el período abarcado en la población de mujeres es la cuyana, y la que menos tasa de variación muestra es la patagónica. Es interesante destacar que la tasa de variación en la región cuyana, del 73,8 %, es la más alta de todas las causas que se han venido comentando, considerando todas las regiones y todas las causas.

9.2 Años de esperanza de vida perdidos en las personas de 60 años y más a nivel regional para Grandes categorías de grupos de causas. Por sexo. Períodos 2000-2002 y 2008-2010.

Los años de esperanza de vida perdidos (AEVP) han disminuido considerablemente en todas las regiones del país (Gráfico N° 48). En la región pampeana, se advierte el cambio menos marcado que han tenido las mujeres, seguida por la región noroeste (Cuadro N° 89). En el caso de los varones, la región que menos descendió sus AEVP es el noroeste.

Gráfico 48 Años de esperanza de vida perdidos de la población de 60 años y más, por sexo, según región. Años 2001 y 2009. Argentina.



Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 2001 – 2010. Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Estadísticas vitales años 2000-2002 y 2008-2010.

Cuadro N° 90 Tasa de cambio y diferencias en base a los años de esperanza de vida de la población de 60 años y más, por sexo, según región. Años 2001 y 2009. Argentina.

	Hombres 2001	Hombres 2009	Mujeres 2001	Mujeres 2009	Diferencia Varones	Diferencia Mujeres	Tasa de cambio varones	Tasa de cambio mujeres
pampeana	8.62	7.85	4.97	4.71	-0.77	-0.26	-8.93	-5.23
patagónica	8.18	7.37	4.80	4.36	-0.81	-0.44	-9.90	-9.17
Cuyo	8.28	7.43	5.33	4.90	-0.85	-0.43	-10.27	-8.07
nordeste	13.11	8.28	9.41	5.39	-4.83	-4.02	-36.84	-42.72
noroeste	8.06	7.72	5.37	5.07	-0.34	-0.30	-4.22	-5.59

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 2001 - 2010. Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Estadísticas vitales años 2000 - 2002 y 2008 - 2010.

En la región pampeana, introducir cambios culturales, pautas de comportamiento diferentes, es complejo, por tratarse de una población "grande". Lleva tiempo observar diferencias pequeñas.

Los nuevos avances en el campo de la medicina, influyen considerablemente en la reducción de los AEVP.

En la región patagónica, la población masculina pierde en el año 2009 -0,81 años de esperanza de vida menos que en 2001; la femenina -0,44 años de esperanza de vida (Cuadro N° 90); se encuentra así dentro del avance promedio de las cinco regiones. Producto de la transformación de la zona, su sociedad, su producción, la migración que hoy recibe, el estilo de vida y la calidad de vida.

Producto de su modificación en la dinámica demográfica muestra un descenso en la mortalidad en su población.

La región de Cuyo, ha variado en este período en una magnitud semejante a la región anterior: el cambio fue de -0,85 AEVP para los varones y de -0,42 AEVP para las mujeres, parece poco pero no despreciable. Modificación similar a las defunciones producidas por el grupo de las enfermedades infecto-parasitarias, de la zona noroeste.

La región nordeste, muestra los valores más elevados de AEVP tanto en 2001 como en 2009, en ambos sexos, muy por encima del resto de las regiones. En 2001, este índice descendió abruptamente en comparación al 2009, en -4,83 AEVP para hombres y -4,02 para mujeres. Siendo así la región más pobre y vulnerable del país, aunque es positivo como ha logrado avanzar, esto se observa en los valores de AEVP, con un marcado descenso, aunque aún son elevados.

El problema es que la sociedad aún no se ha desarrollado lo suficiente para superar los primeros obstáculos y es necesario que continúe su evolución para lograr alcanzar su máximo potencial. Es una región donde todavía hay mucho por hacer, desarrollar, y concientizar a la población para que las causas de muerte se reduzcan y esté a la altura del siglo XXI, ya que varias de ellas deberían estar superadas.

Asimismo, la región noroeste también es una región en vías de desarrollo, pero esta se encuentra más avanzada que la región nordeste, con AEVP más próximos a los de las otras regiones. La magnitud de la mejora que experimenta el noroeste en este período es similar a la de la región pampeana en las mujeres, pero menor que otras regiones en los hombres.

La región noroeste, se compone de provincias heterogéneas. Varias de ellas están caracterizadas mayormente por la pobreza, tienen mayor empuje y estarían logrando desarrollarse de un modo más acelerado y productivo, dando lugar a un inicio del mejoramiento de sus indicadores. Hay que comprender que tanto esta región como la del nordeste recién estarían entrando en los niveles iniciales que caracterizan a una región envejecida (7 % según la OPS).

La región noreste, es una de las que más años de esperanza de vida ha dejado de perder en el país, y eso es muy saludable, ya que ayuda al equilibrio de su sociedad en virtud del mejoramiento de la calidad de vida.

Si se comparan los AEVP en las distintas regiones, se puede también comprender que la Argentina es un país heterogéneo en su interior. Del mismo modo, queda demostrado que si no se contextualiza el resultado obtenido, se pueden entender los AEVP de una forma distorsionada, porque estos pueden obedecer a diversos factores socioeconómicos importantes, que es preciso tener en cuenta a la hora de sacar conclusiones.

Las tasas de cambio indican otra forma de entender los años de vida que se dejan de perder a través del tiempo. La variación más importante, como era esperable de acuerdo con lo que se viene observando, ocurrió en la región noreste, cuya estructura, combinación de factores y circunstancias que caracterizan la situación que atraviesa la región, y por la cual, sufrió cambios importantes.

La región pampeana es la que menos variación mostró para las mujeres y la del noroeste para los hombres, aunque por motivos diferentes, de manera yuxtapuesta.

El resto de las regiones tuvieron variaciones en el período de análisis entre el -5 % y el -11 %, un rango de variación interesante de observar, en especial si se tiene en cuenta la dinámica de los cambios estimada mediante las velocidades de cambio del promedio anual, que como se puede ver, fue bien diferente en cada región (cuadro N°90).

Es interesante poner de manifiesto, que las diferencias más destacadas siempre se encuentran en la población masculina. Ello implica que las causas que más contribuyen a la mortalidad están cambiando, con tendencias que difieren de las que se venían observando históricamente, donde la mayoría de los cambios y las variaciones más importantes se daban en las mujeres.

Cuadro N° 91. Velocidad de cambio del promedio anual de AEVP en los años 2001 y 2009 por sexo, según región. Argentina.

	Varones	Mujeres
pampeana	-1.17	-0.69
patagónica	-1.30	-1.18
Cuyo	-1.35	-1.03
noreste	-5.58	-6.73
noroeste	-0.54	-0.70

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 2001 – 2010. Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Estadísticas vitales años 2000-2002 y 2008-2010.

La velocidad de cambio del promedio anual de los AEVP fue importante en todas las regiones (Cuadro N° 91). El cambio que más se destaca es el ocurrido en la región nordeste, que fue de -5,58% para los varones y de -6,73% para las mujeres.

La región del noroeste, también muestra una velocidad de cambio en el promedio anual, que es trascendente, aunque menor que la esperada (-0,5 % en los varones y -0,7 % en las mujeres). Lo importante es que disminuye la pérdida de años de esperanza de vida.

La región nordeste es la que más ha dejado de perder años de esperanza de vida y eso se advierte en la velocidad del cambio promedio anual: -5,58 % para los varones y -6,73 % para las mujeres.

Se va consolidando la idea que el desarrollo de la región es dinámico tal como demuestran sus indicadores. A esta región la componen provincias que están modificando mucho su dinámica demográfica y cambiando su estructura, hoy más envejecida. El impacto de las causas de muerte mostró este crecimiento, que se aceleró en el período 2000-2010.

En el resto de las regiones se nota una velocidad media, al evaluar el cambio del promedio anual entre los años 2001 y 2009.

A continuación, se detalla para cada región por separado y por sexo, la distribución de los AEVP según los diferentes grupos de categorías de causas de muerte en los años 2001 y 2009.

9.2.1 Región pampeana

Cuadro N°92 Distribución de los AEVP según los diferentes grupos de categorías de causas de muerte. Región pampeana, años 2001 y 2009.

GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES	MUJERES
	AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS		AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS		Cambio anual promedio del período (por ciento)	Cambio anual promedio del período (por ciento)
	2001	2009	2001	2009		
TOTAL	8,62	7,85	4,97	4,71	-1,17	-0,69
ENFERMEDADES INFECTO-PARASITARIAS	0,57	0,68	0,37	0,45	2,37	2,59
TUMORES	2,20	2,04	1,37	1,30	-0,92	-0,65
SISTEMA CIRCULATORIO	3,15	2,53	1,74	1,46	-2,70	-2,17
ENFERMEDADES PERÍODO PERINATAL	0,00	0,00	0,00	0,00	-9,59	-100,00
CAUSAS EXTERNAS	0,31	0,24	0,11	0,09	-3,24	-2,92
OTRAS CATEGORÍAS CLASIFICADAS	1,84	1,63	1,03	0,94	-1,51	-1,19
RESTO DE LAS ENFERMEDADES	0,07	0,08	0,08	0,08	1,22	0,05
SIGNOS SINTOMAS Y AFECIONES MAL DEFINIDAS	0,49	0,65	0,28	0,39	3,59	4,46

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 2001 – 2010. Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Estadísticas vitales años 2000-2002 y 2008-2010.

En la región pampeana, el grupo de categorías de causas de muerte, en los varones en 2001 son en orden de importancia son los siguientes grupos de causas: a) sistema circulatorio, b)

tumores, c) otras categorías clasificadas, manteniendo la misma tendencia para 2009 de manera descendente.

En el caso de las mujeres, se conservan el ordenamiento y las tendencias señaladas para los hombres, pero los valores de AEVP son sensiblemente inferiores.

Los valores por enfermedades infecto-parasitarias aumentan en esta región de 2001 a 2009 para ambos sexos, especialmente por las infecciones respiratorias agudas y la septicemia, como se verá más adelante.

Otro grupo de categorías de causas que aumentó en el período, y que preocupa, dada su relación con la calidad del dato, es signos, síntomas y afecciones mal definidas. La tasa de cambio para este grupo es muy alta, ya que aumentó un 32,6 % y 41,8 % en varones y en mujeres, respectivamente.

Su contribución es pequeña, estos datos dan cuenta de la necesidad de mejorar la calidad de los datos para llegar a un diagnóstico más preciso de cada cuadro de situación.

El resto de los grupos de causas tienen una tendencia decreciente o no varían sustancialmente para ser analizadas en lo particular.

La velocidad promedio del cambio anual del período muestra algunas variaciones interesantes. Las enfermedades infecto-parasitarias en mujeres, manifiestan una leve aceleración en relación a la de los hombres, aunque con valores similares, de signo positivo; implicaría que ese aceleramiento ayudó a la mayor pérdida de años de vida, si se comparan el 2001 con el 2009.

Lo mismo ocurre con signos, síntomas y afecciones mal definidas, donde la pérdida de años de esperanza de vida durante el período aumentó y la velocidad en cada sexo se incrementó notablemente. Esto último es una alerta, dado que no se estaría logrando una mejora en la calidad del ingreso y la correcta imputación de cada causa en su propia categoría de grupo de causas.

En menor medida la categoría del grupo de causas del resto de las enfermedades, en varones se observa una peor situación en 2010 en relación al año 2001.

La velocidad de cambio anual promedio del período en la que se manifiesta una mejora más relevante es en las causas externas: -3,24 % para los varones y -2,92 para las mujeres, le sigue la categoría del grupo de causas del sistema circulatorio -2,70% y -2,17% en los hombres y mujeres, la siguiente es otras categorías clasificadas -1,51% para varones y -1,19% para mujeres, y por último se mencionará al grupo de categoría de causas de los tumores con -0,92% para los hombres y -0,65% las mujeres.

En estos últimos grupos de categorías de causas mencionados se observa una mejora. En 2010 se pierden menos años de esperanza de vida que en 2001 con una velocidad en la cual se ve favorecido dicho descenso.

9.2.2 Región patagónica

Cuadro N° 93 Distribución de los AEVP según los diferentes grupos de causas de muerte. Región patagónica, años 2001 y 2009.

GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES	MUJERES
	AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS		AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS		Cambio anual promedio del período (por ciento)	Cambio anual promedio del período (por ciento)
	2001	2009	2001	2009		
TOTAL	8,18	7,37	4,80	4,36	-1,30	-1,18
ENFERMEDADES INFECTO-PARASITARIAS	0,53	0,51	0,35	0,39	-0,48	1,49
TUMORES	2,35	2,18	1,52	1,47	-0,90	-0,41
SISTEMA CIRCULATORIO	2,38	1,80	1,33	0,93	-3,44	-4,31
ENFERMEDADES PERÍODO PERINATAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CAUSAS EXTERNAS	0,43	0,37	0,12	0,12	-1,67	0,04
OTRAS CATEGORÍAS CLASIFICADAS	1,92	1,92	1,12	1,12	-0,02	-0,09
RESTO DE LAS ENFERMEDADES	0,10	0,08	0,08	0,11	-2,15	3,40
SIGNOS SINTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	0,48	0,50	0,28	0,23	0,63	-2,65

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 2001 – 2010. Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Estadísticas vitales años 2000-2002 y 2008-2010.

En la región patagónica, al analizar cómo han cambiado los AEVP en relación con otras regiones del país, (cuadro N° 93), se puede notar que estos han disminuido y que lo han hecho a expensas de la reducción que experimentaron la mayoría de los grupos de categoría de causas de muerte.

Los AEVP asociados a la causa signos, síntomas y afecciones mal definidas se han incrementado levemente en los varones, esto estaría indicando un empeoramiento de la calidad y del ingreso del dato.

En contraposición, para las mujeres este grupo de categoría de causa descendió considerablemente. Por otra parte, en las mujeres hubo un leve incremento del grupo de categoría de causas resto de las enfermedades.

Los grupos de las categorías de las causas que más decrecieron en los varones son las del sistema circulatorio y las tumorales. De igual manera sucedió en las mujeres, pero esta baja tuvo menor intensidad.

Los varones dejaron de perder más años de esperanza de vida que las mujeres al reducirse la cantidad de AEVP relacionados con cada causa. Las mujeres también dejaron de perder años de esperanza de vida, pero en menor medida.

En ambos sexos la tendencia se manifiesta descendente.

Es interesante observar que en 2001, en los varones de la región patagónica, el grupo de categoría de la causa que más impacta en los años de esperanza de vida que se pierden corresponde al grupo del sistema circulatorio, mientras que en las mujeres corresponde al grupo de las causas tumorales y, en el tercer lugar, en hombres y mujeres se ubica el grupo

otras categorías clasificadas. La principal causa de pérdida de años de esperanza de vida en 2010, tanto en hombres como en mujeres, son los tumores. El segundo lo ocupa otras categorías clasificadas y el tercero sistema circulatorio en el caso de los varones. En el caso de las mujeres, este orden se invierte, ya que quedan en segundo lugar las causas del sistema circulatorio y en tercero otras categorías clasificadas.

La velocidad del cambio anual promedio del período que más se destaca en la región patagónica es el que experimentó el grupo de causas asociadas al sistema circulatorio y el grupo denominado resto de las enfermedades, este último con signo opuesto para varones y mujeres: negativo y positivo, respectivamente, lo que implica un avance en los primeros pero un retroceso en las últimas.

En lo que respecta a las enfermedades infecto-parasitarias, esta velocidad del cambio anual promedio también es de signo distinto: -0,48 % en los varones y 1,49 % en las mujeres, lo que señala que para el año 2010 se pierden menos años de esperanza de vida en los varones pero más en las mujeres de esta región argentina, lo que sin duda es preocupante.

Es interesante mostrar que en el caso de signos, síntomas y afecciones mal definidas también la velocidad de cambio promedio anual es de signo contrario para cada sexo favoreciendo a las mujeres, dado que dejaron de perder AEVP, aunque a un ritmo bastante diferencial que el de los varones que es más moderado: 0,63 % en los varones y -2,65 % en las mujeres.

Por otra parte, el grupo de las categorías de causas que más se ha beneficiado en este período y para esta región es sistema circulatorio, dado que ha descendido y ha dejado de perder AEVP a una interesante velocidad de cambio promedio anual: -3,44 % en los varones y -4,31 % en las mujeres.

9.2.3 Región cuyana

Cuadro N°94 Distribución de los AEVP según los diferentes grupos de causas de muerte. Región cuyana, años 2001 y 2009.

GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES	MUJERES
	AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS		AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS		Cambio anu promedio del período (por ciento)	Cambio anual promedio del período (por ciento)
	2001	2009	2001	2009		
TOTAL	8,28	7,43	5,33	4,90	-1,35	-1,03
ENFERMEDADES INFECTO-PARASITARIAS	0,52	0,48	0,42	0,37	-0,88	-1,62
TUMORES	2,00	1,94	1,34	1,44	-0,36	0,85
SISTEMA CIRCULATORIO	2,84	2,33	1,67	1,38	-2,41	-2,35
ENFERMEDADES PERÍODO PERINATAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CAUSAS EXTERNAS	0,39	0,36	0,15	0,17	-0,77	1,89
OTRAS CATEGORÍAS CLASIFICADAS	2,03	2,09	1,30	1,35	0,35	0,49
RESTO DE LAS ENFERMEDADES	0,09	0,09	0,12	0,11	1,18	-1,22
SIGNOS SINTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	0,43	0,13	0,33	0,09	-13,77	-15,42

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 2001 – 2010. Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Estadísticas vitales años 2000-2002 y 2008-2010.

En la región de Cuyo, el grupo de causas asociado a los AEVP más elevado en el año 2001, tanto en la población masculina como en la femenina, era sistema circulatorio, seguido por otras categorías clasificadas, y luego, muy próximo al segundo, lo ocupaba el grupo tumores (Cuadro N° 94). De este grupo de categorías de causas, la única que aumenta su proporción en los AEVP hacia 2010 es otras categorías clasificadas, el ordenamiento continúa siendo el mismo.

El grupo de causas que más disminución ha tenido en los varones, en el período 2000-2010, es el de sistema circulatorio. Su descenso fue de 0,50 AEVP, muy trascendente para un sólo grupo de causas. El grupo que le sigue en cuantía de descenso en varones es signos, síntomas y afecciones mal definidas, que se retrajo en 0,30 AEVP. Esto posiblemente implique un mejoramiento en las estadísticas vitales, lo cual sería un hecho de gran relevancia.

En el año 2001, los grupos de causas que más carga tuvieron en los AEVP en las mujeres fueron sistema circulatorio, tumores y otras categorías clasificadas. Para 2010 hay un cambio notable: los tumores pasaron a ser la primera causa de AEVP, el sistema circulatorio ocupa el segundo lugar y otras categorías clasificadas el tercero. Este cambio no es menor, porque demarca un inicio del control de las causas del sistema circulatorio, que durante muchos años fueron las primeras causas de muerte en la Argentina.

El grupo de causas del sistema circulatorio es el que más ha contribuido a que se dejen de perder años de esperanza vida en el período 2000-2010, en la población femenina de la región de Cuyo, con una disminución de 0,29 años, dato destacable para tener en cuenta.

En cuanto al grupo de categorías de causas signos, síntomas y afecciones mal definidas, en las mujeres es el segundo grupo que más reduce los AEVP, al dejar de perder 0,24 años. Eventualmente, ello ejemplificaría un mejoramiento en las estadísticas vitales, un hecho revelador el cual debería ser ejemplo para el resto de las regiones.

El grupo de causas externas desciende de 2001 a 2009 en los varones y asciende en el mismo período en las mujeres, aunque sutilmente en ambos casos.

Por último, es importante destacar que el grupo de enfermedades infecto-parasitarias, si bien ha reducido los AEVP en el período analizado, aún sigue siendo un grupo numéricamente importante, y esto indica que la región tiene problemas que deberían estar resueltos a esta altura de la civilización y del desarrollo de la sociedad.

Estas causas correspondientes al grupo de enfermedades infecto-parasitarias son parte de la problemática que podría estar provocando el incremento del retraso del crecimiento de la región.

En cuanto a la velocidad de cambio promedio anual, puede observarse que la causa con mayor cambio del período es signos, síntomas y afecciones mal definidas.

Como era de esperarse, este grupo de causas es el que conserva el mayor porcentaje de descenso anual; le sigue la categoría de causas del sistema circulatorio. En ambos casos la velocidad es trascendente y mayormente alta en signos, síntomas y afecciones mal definidas. El avance de esta causa ayuda al mejoramiento del sistema de estadísticas vitales.

En cuanto a la causa tumores, se advierte que en los varones el cambio promedio anual es negativo. Se han dejado de perder años de vida. En las mujeres ocurre lo contrario: la velocidad de cambio tiene signo positivo, porque se pierden en el año 2009 más años de esperanza de vida que en 2001.

La velocidad de cambio anual promedio para el grupo de las enfermedades infecto-parasitarias se encuentra en la media de lo que ocurre en la región, y es mayor en las mujeres que en los varones.

En el grupo de causas otras categorías clasificadas, la velocidad de cambio tiene signo positivo en cada sexo. Hubo un retroceso en este sentido y se pierden más años de esperanza de vida en 2009 que en 2001, a un ritmo moderado.

9.2.4 Región nordeste

Cuadro N°95 Distribución de los AEVP según los diferentes grupos de causas de muerte. Región nordeste, años 2001 y 2009.

GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES	MUJERES
	AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS		AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS		Cambio anual promedio del período (por ciento)	Cambio anual promedio del período (por ciento)
	2001	2009	2001	2009		
TOTAL	13,11	8,28	9,41	5,39	-5,58	-6,73
ENFERMEDADES INFECTO-PARASITARIAS	0,94	0,87	0,74	0,61	-1,02	-2,28
TUMORES	2,97	1,91	2,17	1,32	-5,36	-6,04
SISTEMA CIRCULATORIO	4,21	2,25	3,02	1,47	-7,53	-8,65
ENFERMEDADES PERÍODO PERINATAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CAUSAS EXTERNAS	0,60	0,34	0,22	0,12	-6,72	-6,99
OTRAS CATEGORÍAS CLASIFICADAS	2,87	1,80	2,09	1,16	-5,64	-7,08
RESTO DE LAS ENFERMEDADES	0,15	0,09	0,19	0,11	-5,41	-6,29
SIGNOS SINTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	1,37	1,01	0,98	0,59	-3,77	-6,08

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 2001 – 2010. Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Estadísticas vitales años 2000-2002 y 2008-2010.

La región del nordeste es la región con población más joven de la Argentina. Esta condición se refleja en la distribución de los grupos de categorías de las causas de muerte, su peso y distribución en los AEVP dan cuenta de ello (cuadro N°95).

Aquí se observan los valores más elevados de AEVP: varones, 13,11 años (2001) y 8,28 años (2009); mujeres, 9,41 años (2001) y 5,39 (2009). Esta variación en la magnitud de los AEVP muestra que los cambios que ha tenido la región han sido más rápidos de lo esperado, y estaría demostrando un próspero desarrollo, incluso en la velocidad de cambio promedio anual, que es mayor a la esperada y en aceleración. Sin embargo, sigue siendo la región más relegada del país.

En el año 2001, la principal pérdida de años de esperanza de vida para los varones estaba dada por el grupo de categorías de causas del sistema circulatorio; el segundo, por el grupo de las causas tumorales y el tercero, por otras categorías clasificadas, todas ellas con altos valores.

En el año 2009, el grupo de causas de muerte que más años de esperanza de vida perdieron son los hombres y sigue siendo sistema circulatorio; en el segundo lugar se encuentran las causas tumorales y el tercero lo ocupa el grupo otras categorías clasificadas, pero en todos los casos la pérdida de años de vida es sensiblemente menor que en 2001, aunque sigue siendo importante la cantidad de años que se pierden asociados a cada uno de los grupos de categorías de causas de muerte.

Los grupos de las categorías de causas para las cuales se pudo mejorar la situación y dejar de perder más años de vida son: sistema circulatorio, otras categorías clasificadas, tumores.

En las mujeres de esta región, los AEVP por los diferentes grupos de causas de muerte son menores en magnitud que en los hombres, pero comparados con los valores que se manejan a nivel nacional son más elevados, caracterizando a una sociedad menos desarrollada, más empobrecida y, por lo tanto, más vulnerable e indefensa frente a las problemáticas de la salud.

Para los años 2001 y 2009 el primer grupo de causas de muerte de las mujeres es el sistema circulatorio, seguido por los tumores, y el tercer grupo otras categorías clasificadas, (al igual de lo que sucede en varones). La reducción más notoria se logró en el sistema circulatorio, la segunda en magnitud la ostenta otras categorías clasificadas, y los tumores también se retrajeron y colaboraron en la disminución de AEVP, pero de manera menos contrastada.

En los hombres se pierde casi un año de esperanza de vida por enfermedades infecto-parasitarias, en las mujeres es algo menor. La pérdida por esta causa es muy relevante.

En la región nordeste es donde más años de esperanza de vida se perdieron por esta causa, sobre todo en las mujeres (considerando su total). En el resto de las regiones, la pérdida de años de esperanza de vida por esta causa es cercana a medio año (excepto en el noroeste, donde también es alta). Lo importante y destacable es que la tendencia es decreciente.

El grupo de categorías de causas externas, es uno de los que menos se modificaron en esta región. Si bien entre los años 2001 y 2009 se dejaron de perder años de esperanza de vida por esta causa en ambos sexos, es decir, se puede notar una mejoría (especialmente en los varones), la magnitud de este cambio no fue de las más destacadas de la región.

El grupo de categorías de causas de signos, síntomas y afecciones mal definidas, tanto en varones como en mujeres, está declinando en la región del nordeste. Sin embargo, aún se pierden muchos años de esperanza de vida por estas causas: en los varones se pierde casi un año en 2009 en 2001 se perdía aún más; en las mujeres se logró reducir de 0,98 AEVP en 2001 a 0,59 AEVP en 2009.

La velocidad de cambio promedio anual de esta región es muy alta, lo cual da cuenta de un acelerado proceso de mejora en materia sanitaria, asociado a importantes cambios. Se debe reconocer que la región se desarrolló mucho en términos socioeconómicos, pero aún queda mucha labor por realizar.

Los grupos de categoría de causas de muerte en las que se observa mayor velocidad de cambio son el sistema circulatorio, otras categorías clasificadas, causas externas y causas tumorales. Asimismo, todos los grupos de causas de muerte tuvieron una velocidad de cambio anual que fluctuó entre -6 % y -9 %. La excepción corresponde a enfermedades infecto-parasitarias, categoría asociada a una velocidad de cambio mucho más modesta. Lo

interesante es que en todos los casos se dejó de perder años de esperanza de vida, con lo cual mejoró notablemente la situación de la región.

9.2.5 Región noroeste

Cuadro N°96 Distribución de los AEVP según los diferentes grupos de causas de muerte. Región noroeste, años 2001 y 2009.

GRUPOS DE CAUSAS DE MUERTE	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES	MUJERES
	AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS		AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS		Cambio anual promedio del período (por ciento)	Cambio anual promedio del período (por ciento)
	2001	2009	2001	2009		
TOTAL	8,06	7,72	5,37	5,07	-0,54	-0,70
ENFERMEDADES INFECTO-PARASITARIAS	0,73	0,90	0,58	0,62	2,67	0,80
TUMORES	1,50	1,51	1,21	1,16	0,04	-0,53
SISTEMA CIRCULATORIO	2,32	2,02	1,36	1,20	-1,72	-1,52
ENFERMEDADES PERÍODO PERINATAL	0,00	0,00	0,00	0,00	-100,00	0,00
CAUSAS EXTERNAS	0,32	0,34	0,11	0,10	0,44	-1,33
OTRAS CATEGORÍAS CLASIFICADAS	1,98	2,05	1,30	1,37	0,46	0,66
RESTO DE LAS ENFERMEDADES	0,07	0,11	0,09	0,10	5,04	1,93
SIGNOS SINTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	1,14	0,80	0,72	0,52	-4,26	-3,93

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 2001 – 2010. Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Estadísticas vitales años 2000-2002 y 2008-2010.

El noroeste se caracteriza por ser una región joven, que ya ha empezado su proceso de envejecimiento según los parámetros establecidos por la OPS del 7%, y que en la última década se están desarrollando a una velocidad inesperada, dado que, es un proceso que se viene realizando principalmente en materia productiva. Ello se ve reflejado en la distribución de los AEVP en los grupos de causas de muerte y en la magnitud de los cambios, aunque de mayor manera para los varones que para las mujeres.

Los AEVP para los varones de esta región fueron 8,06 en 2001 y 7,72 en 2009; para las mujeres, fueron 5,37 y 5,07, respectivamente (cuadro N° 96).

Los grupos de categorías de causas de muerte que más impactaron en los AEVP en 2001 son sistema circulatorio, otras categorías clasificadas y tumores. Para 2010, se produce un cambio: la principal causa pasa a ser el grupo otras categorías clasificadas, al que le sigue sistema circulatorio y luego tumores.

Es muy importante destacar, que en pequeña proporción aumentó la pérdida asociada a los principales grupos de causas de muerte en los varones. La excepción es el grupo del sistema circulatorio que, por el contrario, dejó de perder años de vida si se compara los años 2001 con 2009.

En el caso de las mujeres de la región noroeste, en el año 2001, la principal pérdida de años de esperanza de vida recaía en los grupos de categorías de causas sistema circulatorio, otras

categorías clasificadas y tumores, en ese orden. Y sucede lo mismo que en los hombres para el año 2009: la principal pérdida de años de esperanza de vida pasa a incurrir en el grupo otras categorías clasificadas, seguido por sistema circulatorio, y, tercero, el grupo de los tumores.

En la región noroeste, el grupo de las enfermedades infecto-parasitarias es relevante en los AEVP tanto en 2001 como en 2009, particularmente en los varones, porque además de asumir valores muy altos, en 2009 perdió más años de esperanza de vida en el total del país.

Hubo un incremento de AEVP, que en los hombres pasó de 0,73 (2001) a 0,90 (2009). Esta diferencia de 0,17 años es muy grande y preocupante. El Estado debería tener políticas más activas al respecto.

En el caso de las mujeres, esta causa parecería estar más controlada dado el menor número de AEVP; sin embargo, exhibió un incremento (pasó de 0,58 AEVP en 2001 a 0,62 AEVP en 2009), este dato merece atención inmediata.

El grupo de categorías de causas signos, síntomas y afecciones mal definidas, tanto en varones como en mujeres se está reduciendo en esta región. Esto podría reflejar una mejora en la calidad de los datos de las estadísticas vitales, así como en los procesos de cobertura. Aún son elevados los AEVP por esta causa, y bastante mayores en los hombres que en las mujeres.

El grupo de causas externas ha tenido pequeñas variaciones, pero podría decirse que se ha mantenido considerablemente estable. La tendencia muestra un moderado descenso en las mujeres y un pequeño aumento en los hombres, efectos que resultan poco deseables.

La velocidad de cambio de esta región no es muy acelerada. Las causas que mayor velocidad de cambio en su promedio anual demuestran a lo largo del período 2000-2010 son en los hombres: signos, síntomas y afecciones mal definidas y sistema circulatorio, y en las mujeres esas mismas categorías además de causas externas.

En contraposición, no se lograron mejoras y consecuentemente se pierden más años de esperanza de vida, con una velocidad de cambio preocupante, en los varones a causa de resto de las enfermedades, enfermedades infecto-parasitarias principalmente, y en menor medida, a causa de otras categorías clasificadas. En cambio, en las mujeres las velocidades en que se pierden son menores, pero las causas donde se observan las mayores pérdidas de un año a otro son las mismas.

9.3 Años de esperanza de vida perdidos en las personas de 60 años y más a nivel regional para Categorías de Causas Específicas de causas de muerte. Por sexo. Períodos 2000-2002 y 2008-2010.

En la sección que sigue se presenta el detalle por región de cómo se distribuyen los años de esperanza de vida perdidos, respecto de las diversas categorías de causas de muerte incluidas en cada grupo de causas, en hombres y mujeres, en los años 2001 y 2009. Asimismo, se consigna la estimación de la velocidad del cambio promedio anual (en porcentaje) de cada causa durante el período comprendido entre dichos años.

9.3.1 Región pampeana

Cuadro N° 97 AEVP y estimación de su velocidad de cambio anual promedio por cada causa de muerte. Región pampeana, años 2001 y 2009.

Región Pampeana	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES	MUJERES
	AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS		AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS		Cambio anual promedio del período (por ciento)	Cambio anual promedio del período (por ciento)
CAUSAS DE MUERTE	2001	2009	2001	2009		
TOTAL	8,62	7,85	4,97	4,71	-1,2	-0,7
Enfermedades infecciosas Intestinales	0,00	0,00	0,00	0,00	-2,1	-2,3
Tuberculosis inclusive secuelas	0,02	0,01	0,01	0,00	-7,4	-6,9
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,02	0,01	0,01	0,01	-4,3	-7,5
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,00	0,00	0,00	0,00	-7,8	-13,4
Meningitis	0,01	0,01	0,01	0,01	-1,6	-3,2
Septicemia, excepto neonatales	0,26	0,27	0,19	0,21	0,5	1,1
Enfermedades por el HIV/SIDA	0,01	0,01	0,00	0,00	2,6	9,2
Infecciones respiratorias agudas	0,25	0,37	0,15	0,22	5,1	5,3
Otras infecciosas y parasitarias	0,01	0,01	0,01	0,01	0,0	-0,6
ENFERMEDADES INFECCIO-PARASITARIAS	0,57	0,68	0,37	0,45	2,4	2,6
Tumor maligno del estómago	0,13	0,10	0,05	0,04	-2,8	-2,0
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	0,20	0,22	0,14	0,13	1,0	-0,7
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon	0,36	0,34	0,24	0,22	-0,8	-1,0
Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	0,00	0,00	0,00	0,00	4,3	12,9
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos excepto tráquea, bronquios y pulmón	0,08	0,06	0,01	0,01	-2,0	3,0
Tumor maligno de mama	0,00	0,00	0,28	0,25	-6,6	-1,2
Tumor maligno del cuello del útero	0,00	0,00	0,02	0,02	0,0	-0,2
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,00	0,00	0,02	0,02	0,0	-1,5
Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,00	0,00	0,05	0,04	0,0	-1,8
Tumor maligno de próstata	0,22	0,21	0,00	0,00	-0,6	0,0
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	0,16	0,15	0,11	0,11	-0,9	-0,2
Leucemia	0,05	0,05	0,03	0,03	-1,1	-2,0
Tumor maligno del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	0,07	0,07	0,06	0,05	-1,5	-2,4
Otros tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas	0,83	0,77	0,29	0,32	-1,0	1,1
Carcinoma in situ, tumor benigno y comportamiento incierto o desconocido	0,09	0,08	0,06	0,05	-2,2	-3,0
TUMORES	2,20	2,04	1,37	1,30	-0,9	-0,7
Fiebre reumática aguda y enfermedades reumáticas crónicas	0,00	0,00	0,01	0,00	-0,9	-3,9
Enfermedades hipertensivas	0,11	0,10	0,07	0,06	-1,6	-1,1
Enfermedades isquémicas del corazón	0,88	0,67	0,37	0,29	-3,4	-2,9
Enfermedades cardiopulmonar, de la circulación pulmonar, y otras formas de enfermedades del corazón	0,36	0,38	0,21	0,24	0,7	2,0
Paro cardíaco	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Insuficiencia cardíaca	0,94	0,81	0,58	0,51	-1,9	-1,8
Enfermedades cerebrovasculares	0,68	0,46	0,44	0,31	-4,7	-4,4
Arteriosclerosis	0,03	0,01	0,02	0,01	-15,2	-15,5
Otras enfermedades del sistema circulatorio	0,14	0,10	0,04	0,03	-4,2	-0,6
SISTEMA CIRCULATORIO	3,15	2,53	1,74	1,46	-2,7	-2,2
Feto y recién nacidos afectados por ciertas afecciones maternas	0,00	0,00	0,00	0,00	3,7	0,0
Feto y recién nacidos afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer y gestación corta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Sepsis bacteriana del recién nacido	0,00	0,00	0,00	0,00	-100,0	-100,0
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
ENFERMEDADES PERÍODO PERINATAL	0,00	0,00	0,00	0,00	-9,6	-100,0
Accidente del transporte terrestre, inclusive secuelas	0,05	0,05	0,02	0,02	1,7	-0,3
Otros accidentes del transporte y los no especificados, inclusive secuelas	0,00	0,00	0,00	0,00	-14,0	-100,0
Caídas	0,00	0,00	0,00	0,00	-2,4	-9,4
Accidentes causados por disparo de armas de fuego	0,00	0,00	0,00	0,00	-23,6	-100,0
Ahogamiento y sumersión accidentales	0,00	0,00	0,00	0,00	-4,7	-10,0
Accidentes que obstruyen la respiración	0,01	0,01	0,00	0,00	-1,5	-9,2
Exposición a la corriente eléctrica	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,5	9,1
Exposición al humo, fuego, llamas	0,01	0,01	0,00	0,00	1,1	-2,7
Los demás accidentes	0,08	0,07	0,04	0,04	-1,9	-0,5
Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios), inclusive secuelas	0,07	0,04	0,02	0,01	-7,3	-9,2
Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	0,03	0,01	0,01	0,00	-8,9	-8,0
Eventos de intención no determinada, inclusive secuelas	0,06	0,04	0,02	0,01	-3,4	-2,6
Las demás causas externas	0,00	0,00	0,00	0,00	-21,2	-100,0
CAUSAS EXTERNAS	0,31	0,24	0,11	0,09	-3,2	-2,9
Diabetes mellitus	0,30	0,20	0,20	0,14	-4,7	-4,6
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	0,02	0,01	0,02	0,01	-8,3	-9,7
Trastornos mentales y del comportamiento	0,04	0,04	0,03	0,02	-2,2	-4,1
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	0,08	0,07	0,06	0,06	-1,7	-1,6
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	0,22	0,18	0,07	0,07	-2,8	0,5
Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	0,60	0,58	0,34	0,35	-0,4	0,4
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	0,00	0,00	0,00	0,00	2,3	4,7
Ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis	0,11	0,11	0,03	0,03	-0,5	-1,9
Resto de enfermedades del sistema digestivo	0,25	0,23	0,15	0,13	-1,1	-2,1
Enfermedades del sistema urinario	0,20	0,20	0,13	0,13	0,0	0,5
Hiperplasia de la próstata	0,00	0,00	0,00	0,00	-15,0	0,0
Embarazo, parto, puerperio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,00	0,00	0,00	0,00	20,4	4,7
OTRAS CATEGORÍAS CLASIFICADAS	1,84	1,63	1,03	0,94	-1,5	-1,2
RESTO DE LAS ENFERMEDADES	0,07	0,08	0,08	0,08	1,2	0,0
SIGNOS, SÍNTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	0,49	0,65	0,28	0,39	3,6	4,5

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 2001 – 2010. Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Estadísticas vitales años 2000-2002 y 2008-2010.

Los hombres en la región pampeana:

Se presenta en primer término el caso de la región pampeana (cuadro N° 97). Puede observarse que las causas que más años de esperanza de vida se pierden en los varones se encuentran dentro del grupo de sistema circulatorio: insuficiencia cardíaca, la cual se asocia a 0,94 AEVP en 2001 y 0,81 en 2009; enfermedades isquémicas del corazón, que originó 0,88 AEVP en 2001 y 0,67 en 2009; y enfermedades cerebrovasculares, con 0,68 AEVP en 2001 y 0,46 en 2009. La única causa que asciende en el período, si bien levemente, es enfermedades cardiopulmonares.

Dentro del grupo de causas tumores, son varias las que descienden en términos de AEVP, como otros tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas; también disminuyen tumor maligno de estómago y tumor maligno de próstata, pero en sentido contrario se encuentran: tumor maligno de colon y de la unión rectosigmoidea muestra un leve incremento.

En otras categorías clasificadas, encontramos varias causas importantes, con cambios de magnitud variable. Uno de los cambios más destacados corresponde a la diabetes mellitus (0,30 AEVP en 2001; 0,20 en 2009); también descendieron las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, otras enfermedades de las vías respiratorias (estas últimas con gran peso dentro de este grupo) y resto de las enfermedades del sistema digestivo.

En el grupo de las enfermedades infecto-parasitarias, notamos que las más relevantes y a su vez preocupantes son la septicemia y las infecciones respiratorias agudas, ambas con tendencia creciente, especialmente la última, que pasó a perder más años de esperanza de vida en 2009 (0,37 AEVP) de los que perdía en 2001 (0,25 AEVP).

Las mujeres en la región pampeana:

En el caso de las mujeres, la situación es bastante similar en general. Las diferencias respecto de los hombres se encuentran en la magnitud, algo inferior de los AEVP.

Las causas por las cuales más años de esperanza de vida pierden las mujeres de la región pampeana se ubican dentro del grupo del sistema circulatorio e incluyen la insuficiencia cardíaca (0,58 AEVP para 2001 y 0,51 para 2009), las enfermedades cerebrovasculares (0,44 AEVP en 2001 y 0,31 en 2009) y las enfermedades isquémicas del corazón (0,37 AEVP para 2001 y 0,29 AEVP para 2009).

Los tumores son la segunda categoría de mayor peso en los AEVP. La causa más importante del grupo en magnitud y que asciende en el período considerado es otros tumores malignos de otras localizaciones de las no especificadas (de 0,29 AEVP en 2001 pasa a 0,32 AEVP en 2009). El tumor de mama, si bien descendió en términos de AEVP (0,28 AEVP para 2001; 0,25 para 2009), lo hizo moderadamente y aún sigue siendo una importante causa de muerte.

El resto de las causas, como tumor de órganos digestivos y tumor de colon, tienen una tendencia decreciente.

Pasando al análisis de las causas incluidas en otras categorías clasificadas, puede observarse que estas se mantienen o muestran un leve descenso, con la excepción de otras enfermedades de vías respiratorias, que tiene una tendencia ascendente. Aun así, la pérdida de años de vida por esta causa (0,34 AEVP en 2001 y 0,35 en 2009) es muy inferior a la que se advierte en los varones. Entre las causas que muestran una tendencia decreciente se destaca la diabetes mellitus (0,20 AEVP y 0,14 AEVP para 2001 y 2009, respectivamente), también se retrajo la causa resto de enfermedades del sistema digestivo.

En el grupo de las enfermedades infecto-parasitarias se observa un panorama similar al observado en varones: las más relevantes y preocupantes son la septicemia, que pasó de 0,19 AEVP en 2001 a 0,21 AEVP en 2009, y las infecciones respiratorias agudas, que de producir 0,15 AEVP en 2001 pasó a generar 0,22 AEVP en 2009.

Como se puede apreciar, hay muchas enfermedades relevantes relacionadas con el tracto respiratorio, en el que especialmente influye el medio ambiente, la contaminación, el estrés y otros factores que podrían hacer que los AEVP no desciendan como se esperaría en función de los avances médicos y el mejoramiento en la calidad de vida. Se podría pensar que dichas condiciones estarían causando un retraso en el desarrollo de la sociedad.

La velocidad de cambio promedio anual:

Las velocidades de cambio del promedio anual que más se destacan en esta región incluyen las infecciones respiratorias agudas, que lamentablemente suman alrededor de un 5 % de AEVP cada año (en ambos sexos), por un lado, y las de las enfermedades cerebrovasculares y la diabetes mellitus, por el otro, que, por el contrario, van reduciendo los AEVP en el período, con descensos anuales promedio de -4,4 % a -4,7 %.

Las enfermedades isquémicas del corazón, también fueron en descenso en su impacto sobre los AEVP, muestran una velocidad promedio anual de -3,4 % y -2,9 % para varones y mujeres, respectivamente.

Levemente por encima de estas velocidades, pero con signo contrario, ya que creció y por ende sumó AEVP, cabe mencionar al grupo signos, síntomas y afecciones mal definidas, cuya velocidad de cambio del promedio anual es de 3,6 % en varones y de 4,5 % en mujeres. Como pueden observarse, los cambios son variables, algunos cuantitativamente importantes y deben tenerse en cuenta para entender la dinámica de este indicador sociodemográfico.

9.3.2 Región patagónica

Cuadro N° 98. AEVP y estimación de su velocidad de cambio anual promedio por cada causa de muerte. Región patagónica, años 2001 y 2009.

REGIÓN PATAGÓNICA	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES	MUJERES
	AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS		AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS		Cambio anual promedio del período (por ciento)	Cambio anual promedio del período (por ciento)
CAUSAS DE MUERTE	2001	2009	2001	2009		
TOTAL	8,18	7,37	4,80	4,36	-1,30	-1,18
Enfermedades infecciosas Intestinales	0,01	0,01	0,01	0,01	5,6	1,3
Tuberculosis inclusive secuelas	0,05	0,02	0,02	0,01	-11,1	-9,0
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,02	0,01	0,00	0,00	-5,6	-8,2
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Meningitis	0,01	0,00	0,01	0,01	-10,6	5,5
Septicemia, excepto neonatales	0,17	0,14	0,13	0,12	-2,5	-0,9
Enfermedades por el HIV/SIDA	0,01	0,02	0,00	0,00	15,4	0,0
Infecciones respiratorias agudas	0,26	0,29	0,15	0,21	1,5	4,3
Otras infecciosas y parasitarias	0,02	0,02	0,03	0,02	1,3	-1,7
ENFERMEDADES INFECTO-PARASITARIAS	0,53	0,51	0,35	0,39	-0,5	1,5
Tumor maligno del estómago	0,25	0,21	0,10	0,08	-2,5	-3,1
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	0,17	0,23	0,15	0,15	4,3	0,2
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, exce	0,47	0,39	0,29	0,27	-2,4	-1,0
Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	0,00	0,00	0,00	0,00	-100,0	-100,0
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos ex	0,09	0,07	0,02	0,00	-3,0	-18,0
Tumor maligno de mama	0,00	0,01	0,23	0,26	3,3	1,2
Tumor maligno del cuello del útero	0,00	0,00	0,05	0,05	0,0	-0,2
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,00	0,00	0,03	0,02	0,0	-6,0
Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,00	0,00	0,06	0,05	0,0	-0,6
Tumor maligno de próstata	0,23	0,21	0,00	0,00	-1,2	0,0
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	0,19	0,16	0,14	0,12	-1,8	-1,5
Leucemia	0,05	0,03	0,03	0,04	-7,8	2,3
Tumor maligno del tejido linfático, de los órganos hematopéyic	0,08	0,06	0,07	0,05	-2,8	-4,1
Otros tumores malignos de otras localizaciones y de las no es	0,76	0,76	0,31	0,33	0,1	0,7
Carcinoma in situ, tumor benigno y comportamiento incierto o	0,05	0,05	0,03	0,05	0,6	5,5
TUMORES	2,35	2,18	1,52	1,47	-0,9	-0,4
Fiebre reumática aguda y enfermedades reumáticas crónicas	0,02	0,02	0,03	0,02	-0,1	-7,6
Enfermedades hipertensivas	0,33	0,19	0,17	0,10	-6,9	-6,6
Enfermedades isquémicas del corazón	0,61	0,40	0,23	0,15	-5,2	-5,2
Enfermedades cardiopulmonar, de la circulación pulmonar, y o	0,36	0,32	0,22	0,18	-1,6	-2,3
Paro cardíaco	0,001326	0,002049	0,000000	0,001419	5,6	0,0
Insuficiencia cardíaca	0,32	0,33	0,24	0,17	0,1	-4,3
Enfermedades cerebrovasculares	0,59	0,46	0,37	0,28	-3,2	-3,6
Arterioesclerosis	0,01	0,01	0,01	0,00	-8,9	-18,5
Otras enfermedades del sistema circulatorio	0,14	0,09	0,05	0,04	-5,1	-4,9
SISTEMA CIRCULATORIO	2,38	1,80	1,33	0,93	-3,4	-4,3
Feto y recién nacidos afectados por ciertas afecciones matern	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Feto y recién nacidos afectados por complicaciones obstétrica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al n	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Sepsis bacteriana del recién nacido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
ENFERMEDADES PERIODO PERINATAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Accidente del transporte terrestre, inclusive secuelas	0,08	0,08	0,02	0,03	0,7	4,3
Otros accidentes del transporte y los no especificados, inclusi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Caidas	0,01	0,03	0,01	0,01	11,4	5,8
Accidentes causados por disparo de armas de fuego	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	4,5
Ahogamiento y sumersión accidentales	0,03	0,02	0,01	0,00	-5,9	-20,9
Accidentes que obstruyen la respiración	0,01	0,01	0,00	0,00	-8,8	-100,0
Exposición a la corriente eléctrica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Exposición al humo, fuego, llamas	0,02	0,02	0,00	0,00	2,5	2,0
Los demás accidentes	0,09	0,09	0,03	0,03	0,7	0,4
Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios), inclusive	0,11	0,07	0,03	0,02	-5,5	-5,7
Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	0,05	0,03	0,01	0,01	-4,2	1,5
Eventos de intención no determinada, inclusive secuelas	0,04	0,02	0,00	0,00	-7,2	2,6
Las demás causas externas	0,00	0,00	0,00	0,00	28,6	-100,0
CAUSAS EXTERNAS	0,43	0,37	0,12	0,12	-1,7	0,0
Diabetes miellitus	0,33	0,35	0,22	0,26	0,9	2,0
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	0,04	0,03	0,04	0,01	-2,9	-12,2
Trastornos mentales y del comportamiento	0,08	0,14	0,04	0,04	7,3	1,5
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	0,12	0,10	0,09	0,10	-1,9	1,4
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	0,26	0,24	0,11	0,12	-0,9	0,2
Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	0,23	0,27	0,17	0,17	1,9	0,1
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intes	0,01	0,00	0,01	0,00	-15,1	-5,8
Ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis	0,25	0,21	0,09	0,07	-2,2	-2,3
Resto de enfermedades del sistema digestivo	0,35	0,34	0,21	0,20	-0,4	-0,6
Enfermedades del sistema urinario	0,23	0,21	0,16	0,14	-1,2	-1,2
Hiperplasia de la próstata	0,01	0,00	0,00	0,00	-3,7	0,0
Embarazo, parto, puerperio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromos	0,00	0,01	0,00	0,00	4,6	19,8
OTRAS CATEGORÍAS CLASIFICADAS	1,92	1,92	1,12	1,12	0,0	-0,1
RESTO DE LAS ENFERMEDADES	0,10	0,08	0,08	0,11	-2,1	3,4
SIGNOS, SÍNTOMAS Y AFECIONES MAL DEFINIDAS	0,48	0,50	0,28	0,23	0,6	-2,7

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 2001 – 2010. Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Estadísticas vitales años 2000-2002 y 2008-2010.

Los hombres en la región patagónica:

Con respecto a la evolución de los AEVP en esta región (cuadro N°98), el primer punto que conviene destacar son las causas de muerte que más incidieron en los AEVP de los hombres en 2001 fueron las del sistema circulatorio, pero no sucedió lo mismo en las mujeres, donde fueron los tumores la causa de mayor gravitación, tanto en 2001 como en 2009.

Las causas que más han contribuido a mejorar la situación de la población masculina de esta región corresponden al grupo de causas del sistema circulatorio. Cabe citar entre estas a las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades hipertensivas, que pasaron de 0,61; 0,59 y 0,33 AEVP en el año 2001 a 0,40; 0,46 y 0,19 AEVP en el año 2009, en ese orden. La única causa del grupo que muestra una tendencia opuesta en los hombres, es decir, que aumenta con el tiempo, es la insuficiencia cardíaca (de 0,32 AEVP en 2001 a 0,33 AEVP en 2009).

Dentro del grupo tumores, se observa que la causa de mayor magnitud es otros tumores malignos de otras localizaciones de las no especificadas, que permanece sin modificación, con 0,76 AEVP. La causa tumor de órganos digestivos decrece sensiblemente (de 0,47 AEVP para el año 2001 a 0,39 AEVP para el año 2009), y el resto de las causas también tienden en su mayoría al descenso (por ejemplo, tumor de colon, tumor de estómago), en tanto que el tumor de próstata desciende moderadamente, y aún exhibe valores relevantes.

En otras categorías clasificadas que conforman este grupo de causas, exhiben importantes pérdidas de AEVP. La mayoría de las causas contempladas en otras categorías clasificadas han hecho que desciendan los AEVP en 2009 respecto de 2001. La categoría resto de enfermedades del sistema digestivo es la que arroja el valor más elevado de AEVP (0,35 AEVP en 2001 y 0,34 en 2009), muy próxima a ésta causa se ubica la diabetes mellitus (con 0,33 AEVP para 2001 y 0,35 para 2009), pero pasa a perder más AEVP tanto en hombres como en mujeres.

El grupo denominado Ciertas enfermedades del hígado y cirrosis y el grupo de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores pierden aproximadamente 0,25 AEVP cada uno en 2001, con valores algo inferiores en 2010. Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores tienen una tendencia creciente que hace que se pierdan aún más años de esperanza de vida en 2009 (0,27) que en 2001 (0,23). Para destacar son enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, resto de enfermedades del sistema digestivo y enfermedades del sistema urinario, todas ellas con tendencia decreciente.

Al igual que lo observado en la región pampeana, la septicemia y las infecciones respiratorias agudas son las causas más significativas en el grupo de causas de las enfermedades infecto-parasitarias. Por septicemia hubo 0,17 AEVP en 2001 y 0,14 en 2009) y, en tanto que por infecciones respiratorias agudas se perdieron más años de esperanza de vida en 2009 (0,29 AEVP) que en 2001 (0,26 AEVP).

Las mujeres en la región patagónica:

Nuevamente, se advierte que las mujeres acusan valores de AEVP considerablemente menores. En todas las causas que integran el grupo de sistema circulatorio hay una tendencia decreciente, indicadora de una mejora en la calidad de vida de la sociedad y un avance en el desarrollo. El mayor descenso corresponde a la causa de las enfermedades cerebrovasculares, que originó 0,37 AEVP en 2001 y 0,28 en 2009.

En las causas tumorales, se puede ver que se pierden más años de vida por otros tumores malignos de otras localizaciones de las no especificadas en 2009 que en 2001. Lo mismo ocurre con la causa tumor de mama: 0,23 AEVP en el año 2001 y 0,26 AEVP en el año 2009. El resto de las causas tienen una tendencia decreciente o estable.

En otras categorías clasificadas, la causa de la diabetes mellitus es la que más aumenta y la más relevante de este grupo de causas (de 0,22 AEVP en 2001 pasa a 0,26 en 2009). Además de la cantidad de años de esperanza de vida que se pierden por esta causa, preocupa la tendencia. Esto puede estar relacionado con la alimentación, con problemas vasculares o cerebrovasculares, con la obesidad, entre otros factores de riesgo. El resto de las causas de este grupo muestran pequeñas variaciones, pero ninguna muy relevante.

En las mujeres, el grupo de las enfermedades infecto-parasitarias muestra dos causas relevantes, una de ellas es en especial preocupante por su tendencia creciente: la de las infecciones respiratorias agudas, que pasa de 0,15 AEVP en 2001 a 0,21 en 2009. La septicemia, en cambio, exhibe una pequeña disminución (0,13 AEVP en 2001; 0,12 AEVP en 2009), con la consecuente mejoría.

La velocidad de cambio promedio anual:

Las velocidades de cambio que más se destacan en esta región en sus promedios anuales se vinculan con una causa por la cual en 2010 se pierden menos años de esperanza de vida que en 2001, tanto en hombres como en mujeres: la tuberculosis. Lo contrario se da con una causa de este mismo grupo, las infecciones respiratorias agudas, con más AEVP en 2009 que en 2001 y una velocidad de cambio anual promedio de 1,5 % en varones y 4,3 % en mujeres, lo cual es sin duda preocupante. También creció el tumor de colon, sobre todo en hombres, y el tumor de mama, mientras que el de órganos respiratorios e intratorácicos decreció (en particular en mujeres). Los trastornos mentales y del comportamiento empeoraron su situación, tanto en los hombres como en las mujeres. Otras causas que mejoraron su situación con una velocidad de cambio trascendente son tumor de estómago, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas, enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades del sistema urinario.

9.2.3 Región cuyana

Cuadro N°99. AEVP y estimación de su velocidad de cambio anual promedio por cada causa de muerte. Región cuyana, años 2001 y 2009.

Región Cuyo	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES	MUJERES
	AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS		AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS		Cambio anu promedio del período (por ciento)	Cambio anual promedio del período (por ciento)
	2001	2009	2001	2009		
TOTAL	8,28	7,43	5,33	4,90	-1,35	-1,03
Enfermedades infecciosas Intestinales	0,01	0,01	0,01	0,01	-0,2	2,1
Tuberculosis inclusive secuelas	0,03	0,01	0,01	0,00	-10,9	-11,1
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,04	0,03	0,02	0,02	-3,0	-3,5
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,00	0,00	0,01	0,00	-11,3	-18,6
Meningitis	0,01	0,01	0,01	0,01	-6,3	-4,9
Septicemia, excepto neonatales	0,07	0,03	0,07	0,03	-9,2	-10,1
Enfermedades por el HIV/SIDA	0,00	0,01	0,00	0,00	32,4	2,7
Infecciones respiratorias agudas	0,33	0,36	0,26	0,28	0,8	0,6
Otras infecciosas y parasitarias	0,02	0,02	0,02	0,02	3,0	-1,7
ENFERMEDADES INFECTO-PARASITARIAS	0,52	0,48	0,42	0,37	-0,9	-1,6
Tumor maligno del estómago	0,17	0,13	0,05	0,06	-3,2	1,9
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	0,16	0,19	0,12	0,12	2,4	-0,1
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, exce	0,45	0,37	0,32	0,29	-2,4	-0,9
Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos ex	0,06	0,05	0,01	0,01	-4,3	5,1
Tumor maligno de mama	0,00	0,00	0,28	0,30	0,6	1,0
Tumor maligno del cuello del útero	0,00	0,00	0,03	0,04	0,0	5,6
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,00	0,00	0,03	0,03	0,0	0,0
Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,00	0,00	0,05	0,05	0,0	1,9
Tumor maligno de próstata	0,26	0,24	0,00	0,00	-0,9	0,0
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	0,13	0,14	0,11	0,10	1,0	-0,5
Leucemia	0,04	0,04	0,03	0,03	-0,3	1,6
Tumor maligno del tejido linfático, de los órganos hematopéyic	0,07	0,08	0,05	0,04	1,5	-1,8
Otros tumores malignos de otras localizaciones y de las no es	0,60	0,59	0,22	0,29	-0,2	3,6
Carcinoma in situ, tumor benigno y comportamiento incierto o	0,05	0,11	0,07	0,07	9,6	-0,4
TUMORES	2,00	1,94	1,34	1,44	-0,4	0,9
Fiebre reumática aguda y enfermedades reumáticas crónicas	0,01	0,01	0,01	0,01	6,7	-8,3
Enfermedades hipertensivas	0,25	0,34	0,18	0,25	3,9	3,9
Enfermedades isquémicas del corazón	0,89	0,73	0,38	0,32	-2,4	-2,1
Enfermedades cardiopulmonar, de la circulación pulmonar, y o	0,37	0,28	0,23	0,18	-3,7	-3,3
Paro cardíaco	0,000000	0,000322	0,000000	0,000000	0,0	0,0
Insuficiencia cardíaca	0,42	0,37	0,31	0,28	-1,6	-1,4
Enfermedades cerebrovasculares	0,75	0,48	0,50	0,30	-5,3	-6,1
Arterioesclerosis	0,04	0,02	0,02	0,01	-7,9	-6,0
Otras enfermedades del sistema circulatorio	0,12	0,11	0,03	0,04	-1,9	2,5
SISTEMA CIRCULATORIO	2,84	2,33	1,67	1,38	-2,4	-2,4
Feto y recién nacidos afectados por ciertas afecciones matern	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Feto y recién nacidos afectados por complicaciones obstétrica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al n	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Sepsis bacteriana del recién nacido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
ENFERMEDADES PERÍODO PERINATAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Accidente del transporte terrestre, inclusive secuelas	0,11	0,10	0,03	0,02	-1,1	-4,6
Otros accidentes del transporte y los no especificados, inclusi	0,00	0,00	0,00	0,00	-19,9	-100,0
Caidas	0,03	0,02	0,02	0,01	-3,2	-10,1
Accidentes causados por disparo de armas de fuego	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Ahogamiento y sumersión accidentales	0,02	0,01	0,01	0,00	-5,3	-16,1
Accidentes que obstruyen la respiración	0,01	0,01	0,00	0,01	-5,0	10,7
Exposición a la corriente eléctrica	0,00	0,00	0,00	0,00	6,8	-0,5
Exposición al humo, fuego, llamas	0,01	0,01	0,00	0,00	-2,2	-0,3
Los demás accidentes	0,10	0,14	0,06	0,11	4,8	7,2
Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios), inclusive	0,07	0,05	0,01	0,01	-2,9	2,6
Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	0,04	0,02	0,00	0,00	-11,3	-13,4
Eventos de intención no determinada, inclusive secuelas	0,00	0,00	0,00	0,00	-100,0	7,3
Las demás causas externas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
CAUSAS EXTERNAS	0,39	0,36	0,15	0,17	-0,8	1,9
Diabetes miellitus	0,69	0,61	0,51	0,45	-1,5	-1,7
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	0,07	0,04	0,04	0,03	-5,6	-2,9
Trastornos mentales y del comportamiento	0,09	0,12	0,06	0,10	3,6	5,7
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	0,08	0,09	0,07	0,08	1,5	2,3
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	0,23	0,32	0,06	0,09	4,2	6,2
Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	0,22	0,22	0,15	0,16	-0,3	0,7
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intes	0,00	0,00	0,01	0,00	11,2	-4,8
Ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis	0,20	0,20	0,08	0,09	0,0	0,7
Resto de enfermedades del sistema digestivo	0,26	0,27	0,18	0,20	0,6	1,0
Enfermedades del sistema urinario	0,18	0,20	0,14	0,15	1,0	0,9
Hiperplasia de la próstata	0,00	0,01	0,00	0,00	12,3	0,0
Embarazo, parto, puerperio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromos	0,00	0,00	0,00	0,01	3,8	5,0
OTRAS CATEGORÍAS CLASIFICADAS	2,03	2,09	1,30	1,35	0,3	0,5
RESTO DE LAS ENFERMEDADES	0,09	0,09	0,12	0,11	1,2	-1,2
SIGNOS, SÍNTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	0,43	0,13	0,33	0,09	-13,8	-15,4

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 2001 – 2010. Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Estadísticas vitales años 2000-2002 y 2008-2010.

Los hombres en la región cuyana:

Como pudo observarse antes, al analizar comparativamente los AEVP en las diferentes regiones del país (cuadro N° 99), los hombres de la región de Cuyo dejaron de perder 0,85 años de esperanza de vida y las mujeres 0,42 entre los años 2001 y 2009, con una tasa de cambio de -10,27 % y -7,97 % para hombres y mujeres, respectivamente. En el caso de los hombres, esta tasa de cambio es la segunda más importante del país, por debajo del nordeste (cuadro N° 99).

Es en el grupo de causas de muerte del sistema circulatorio, donde se encuentran aquellas causas que más variación han tenido entre el período 2000 y 2010 en la población masculina (cuadro N° 99). La causa enfermedades isquémicas del corazón tuvo un descenso moderado (pasó de 0,89 AEVP en el año 2001 a 0,73 en el año 2009), por consiguiente, sigue siendo la primera dentro del grupo. Hacia 2010, por debajo de esta causa se ubican las enfermedades cerebrovasculares, cuyo descenso sí ha sido muy relevante (pasaron de 0,75 AEVP en el año 2001 a 0,48 AEVP en el año 2009), luego la causa insuficiencia cardíaca (con 0,42 AEVP en 2001 y 0,37 AEVP en 2009), con un comportamiento módico.

En el sentido opuesto se encuentra la causa enfermedades hipertensivas, que ha mostrado una tendencia creciente en el período: de 0,25 AEVP en 2001 pasó a representar 0,34 AEVP en 2009. Esto sin duda debe considerarse una alarma para la atención sanitaria.

Dentro del grupo de las causas tumorales, la causa otros tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas, es la que más gravita dentro de este grupo, permanece casi constante en el período, ello implicaría que no estaría controlada dicha enfermedad y que los hombres siguen perdiendo para 2010 casi 0,6 años de esperanza de vida.

La causa tumor de órganos digestivos decrece, con 0,45 AEVP en el año 2001 y 0,37 AEVP en el año 2009. El tumor de próstata también asumió una tendencia en baja, aunque moderada (de 0,26 AEVP en 2001 pasó a 0,24 AEVP en 2010). El tumor de colon y de la unión rectosigmoidea, por el contrario, creció en los hombres en términos de AEVP, de 0,16 (2001) a 0,19 (2009).

La mayoría de las demás causas muestran una tendencia decreciente, aunque algunas fueron en ascenso.

En el grupo denominado otras categorías clasificadas, la diabetes mellitus, al igual que en otras regiones, es la de mayor peso. Si bien esta causa ha mostrado una disminución, no ha sido tan importante como en otras regiones, ya que tuvo 0,69 AEVP en 2001 y 0,61 AEVP en 2009. Este es un dato preocupante y que merece vigilancia continua, dada su alta relación

con el tipo de alimentación y la obesidad. Esta afección genera a menudo problemas vasculares o cerebrovasculares, que suelen representar un factor de riesgo adicional.

Otras causas que crecieron en los varones, con el consiguiente impacto negativo sobre los AEVP, son las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (0,23 AEVP en 2001 y 0,32 en 2009) y los trastornos mentales (0,09 AEVP en 2001 y 0,12 en el año 2010).

El grupo de causas de las enfermedades infecto-parasitarias presenta dos causas como las más relevantes, una de ellas claramente alarmante, por su tendencia creciente y la magnitud de los AEVP, nos referimos a las infecciones respiratorias agudas, que pierden más años de esperanza de vida en 2010 que en 2001 (0,33 y 0,36); la otra es la septicemia, que si bien en el período considerado algo se redujo (pasó de 0,07 AEVP en 2001 a 0,03 en 2009), a estas alturas debería ser una causa mucho más controlada. En el grupo de las causas externas, las causas más relevantes cuantitativamente son demás accidentes, agresiones y lesiones autoinfligidas, y mientras las dos últimas decrecieron en este período, la primera aumentó.

Las mujeres en la región cuyana:

En el caso de las mujeres, al igual de lo que sucede en el resto de las regiones, la cantidad de AEVP es siempre menor en todas las causas, y la velocidad promedio de cambio también es menor que en los hombres.

En el grupo de causas de muerte del sistema circulatorio, se encuentra que las causas que más han variado entre 2001 y 2009 son las enfermedades cerebrovasculares, con 0,50 AEVP en 2001 y 0,30 AEVP en 2009; las enfermedades isquémicas del corazón, que tuvieron un descenso moderado (de 0,38 AEVP a 0,32 AEVP) y siguen teniendo un peso importante en los AEVP por problemas del sistema circulatorio; y la causa insuficiencia cardíaca, como la primera causa, decreció muy poco (de 0,31 AEVP en 2001 a 0,28 AEVP en 2009). Otra causa relevante es enfermedades cardiopulmonares, que experimentó un descenso mínimo (de 0,23 AEVP a 0,18 AEVP).

Un dato que llama la atención, del mismo modo que en otras regiones, es el incremento de AEVP asociado a las enfermedades hipertensivas, que muestran una tendencia creciente (0,18 AEVP en 2001, 0,25 en 2009); esto es preocupante, dado que se pierden más AEVP en 2009 que en 2001. El resto de las causas del grupo mantienen una tendencia descendente.

En las mujeres, dentro del grupo de causas tumorales, vemos que la causa de otros tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas pasó de 0,22 AEVP en el año 2001 a 0,29 AEVP en el año 2009, es decir, se perdieron más años de esperanza de vida en 2009 que en 2001, por tanto, la situación con respecto a esta causa ha empeorado.

La causa de tumor de órganos digestivos decreció en este período. En cambio, el tumor de mama mostró una tendencia creciente, aunque moderada (de 0,28 AEVP en el año 2001 a

0,30 AEVP en el año 2009). El tumor de colon y de la unión rectosigmoidea fue de 0,12 AEVP en ambos periodos. El resto de las causas del grupo en su mayoría decrecen, algunas crecen moderadamente.

En otras categorías clasificadas, la causa diabetes mellitus es la más relevante de todo ese grupo y tiene una disminución durante el período considerado (de 0,51 AEVP en 2001 a 0,45 en 2010). Su modificación entre ambos años ha sido de gran importancia, es deseable que esta tendencia continúe. Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores ascienden ligeramente (de 0,06 AEVP a 0,09), también asciende la causa trastornos mentales (de 0,06 AEVP en 2001 a 0,10 en 2010). El resto de las causas de este grupo tienen pequeñas variaciones, con tendencias en ambos sentidos.

De manera similar a lo indicado en otras regiones, en el grupo de causas de enfermedades infecto-parasitarias, gravitan muy negativamente en los AEVP, las infecciones respiratorias agudas, que pasan de 0,26 AEVP en el año 2001 a 0,28 AEVP en el año 2010, y la septicemia, que se retrae, de 0,07 AEVP en 2001 a 0,03 AEVP en 2010. Es necesario ocuparse de la primera de ellas sobre todo, por su tendencia creciente; asimismo, la septicemia debería ser un problema superado en pleno siglo XXI. En este grupo de causas no se notan diferencias extremas entre sexos.

La velocidad de cambio:

Como sucede en otras regiones, la velocidad de cambio del promedio anual que más se destaca corresponde a signos, síntomas y afecciones mal definidas, con -13,8 % en los varones y -15,4 % en las mujeres. Esto significa que se pierden menos años de esperanza de vida por esta causa en 2010 en cada sexo. Esta mejoría podría estar dando cuenta, en gran parte, de un mejoramiento de la calidad en la cobertura de las causas de muerte y cómo estas se estarían registrando, dado que hay menor cantidad de casos cuya procedencia se desconoce. La velocidad de este cambio apoya la idea, que es bueno, rápido y congruente con lo que se observa como resultado.

En los varones, las velocidades de cambio de los promedios anuales más destacadas se observan en las causas agresiones (-11,3 %) y septicemia (-9,2 %). También es considerable el cambio que se nota en las causas deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (-5,6 %), enfermedades cerebrovasculares (-5,3 %), enfermedades cardiopulmonares (-3,7 %), tumor maligno de los órganos digestivos (-2,4 %) y tumor maligno de próstata (-0,9 %). Entre las más destacadas, pero por su tendencia creciente en la velocidad de cambio del promedio anual se encuentran el carcinoma *in situ* (9,6 %), las lesiones autoinfligidas intencionalmente (4,8 %), las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (4,2 %), las enfermedades hipertensivas (3,9 %) y los trastornos mentales y del comportamiento (3,6 %).

En las mujeres se observan también grandes cambios, que se visualizan al analizar la velocidad de cambio en el promedio anual de cada causa, y se advierte que las tendencias no siempre son las mismas que en hombres.

En sus promedios anuales, las velocidades de cambio que más se destacan con tendencia a la baja en las mujeres son septicemia (-10,1 %), enfermedades cerebrovasculares (-6,1 %), enfermedades cardiopulmonares (-3,3 %) y diabetes mellitus (-1,7 %). Las causas con promedios anuales de velocidad de cambio que señalan agravamiento de la situación entre los años 2001 y 2009 son demás accidentes (7,2 %), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (6,2 %), trastornos mentales y del comportamiento (5,7 %), enfermedades hipertensivas (3,9 %) y otros tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas (3,6 %).

9.2.4 Región nordeste

Cuadro N° 100. AEVP y estimación de su velocidad de cambio anual promedio por cada causa de muerte. Región nordeste, años 2001 y 2009.

Nordeste	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES	MUJERES
	AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS		AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS		Cambio anual promedio del período (por ciento)	Cambio anual promedio del período (por ciento)
	2001	2009	2001	2009		
CAUSAS DE MUERTE						
TOTAL	13,11	8,28	9,41	5,39	-5,6	-6,7
Enfermedades infecciosas Intestinales	0,02	0,01	0,02	0,01	-8,6	-11,3
Tuberculosis inclusive secuelas	0,13	0,06	0,05	0,01	-9,5	-14,6
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,03	0,02	0,01	0,01	-4,3	-2,3
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,01	0,00	0,00	0,00	-3,3	-14,1
Meningitis	0,01	0,01	0,01	0,00	-2,5	-8,7
Septicemia, excepto neonatales	0,41	0,31	0,38	0,26	-3,6	-4,6
Enfermedades por el HIV/SIDA	0,00	0,00	0,00	0,00	13,5	-10,0
Infecciones respiratorias agudas	0,32	0,45	0,24	0,32	4,2	3,3
Otras infecciosas y parasitarias	0,02	0,01	0,02	0,00	-7,7	-18,6
ENFERMEDADES INFECCIO-PARASITARIAS	0,94	0,87	0,74	0,61	-1,0	-2,3
Tumor maligno del estómago	0,22	0,15	0,09	0,06	-5,0	-4,5
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	0,15	0,14	0,14	0,10	-1,6	-4,3
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, exce	0,55	0,34	0,39	0,25	-5,8	-5,5
Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	0,00	0,00	0,00	0,00	-100,0	-100,0
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos ex	0,12	0,05	0,02	0,01	-10,8	-6,5
Tumor maligno de mama	0,00	0,00	0,34	0,20	1,3	-6,3
Tumor maligno del cuello del útero	0,00	0,00	0,15	0,08	0,0	-7,7
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,00	0,00	0,04	0,02	0,0	-9,7
Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,00	0,00	0,15	0,06	0,0	-10,3
Tumor maligno de próstata	0,34	0,22	0,00	0,00	-5,3	0,0
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	0,15	0,12	0,21	0,10	-3,1	-9,1
Leucemia	0,07	0,03	0,05	0,02	-9,2	-9,9
Tumor maligno del tejido linfático, de los órganos hematopéyic	0,08	0,05	0,07	0,03	-5,5	-8,7
Otros tumores malignos de otras localizaciones y de las no es	1,17	0,72	0,44	0,33	-5,9	-3,7
Carcinoma in situ, tumor benigno y comportamiento incierto o	0,10	0,10	0,08	0,05	-0,7	-4,6
TUMORES	2,97	1,91	2,17	1,32	-5,4	-6,0
Fiebre reumática aguda y enfermedades reumáticas crónicas	0,01	0,00	0,02	0,00	-31,5	-16,8
Enfermedades hipertensivas	0,50	0,25	0,39	0,18	-8,3	-9,3
Enfermedades isquémicas del corazón	0,97	0,55	0,44	0,25	-6,9	-6,9
Enfermedades cardiopulmonar, de la circulación pulmonar, y o	0,49	0,29	0,40	0,22	-6,4	-7,3
Paro cardíaco	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,0	0,0
Insuficiencia cardíaca	0,74	0,38	0,54	0,28	-8,1	-8,0
Enfermedades cerebrovasculares	1,27	0,69	1,13	0,49	-7,5	-10,0
Arterioesclerosis	0,03	0,01	0,03	0,00	-15,2	-23,8
Otras enfermedades del sistema circulatorio	0,19	0,10	0,07	0,04	-8,1	-5,2
SISTEMA CIRCULATORIO	4,21	2,25	3,02	1,47	-7,5	-8,6
Feto y recién nacidos afectados por ciertas afecciones matern	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Feto y recién nacidos afectados por complicaciones obstétrica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al n	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Sepsis bacteriana del recién nacido	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
ENFERMEDADES PERÍODO PERINATAL	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Accidente del transporte terrestre, inclusive secuelas	0,12	0,11	0,03	0,03	-1,5	-2,1
Otros accidentes del transporte y los no especificados, inclusi	0,00	0,00	0,00	0,00	-100,0	0,0
Caidas	0,01	0,01	0,00	0,00	-3,5	-3,2
Accidentes causados por disparo de armas de fuego	0,01	0,00	0,00	0,00	-17,1	0,0
Ahogamiento y sumersión accidentales	0,02	0,00	0,00	0,00	-20,4	-8,2
Accidentes que obstruyen la respiración	0,01	0,00	0,00	0,00	-25,4	-10,7
Exposición a la corriente eléctrica	0,01	0,00	0,00	0,00	-8,1	-9,3
Exposición al humo, fuego, llamas	0,02	0,01	0,00	0,00	-3,8	-6,0
Los demás accidentes	0,18	0,11	0,11	0,06	-6,5	-8,3
Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios), inclusive	0,12	0,05	0,02	0,01	-11,6	-7,3
Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	0,05	0,02	0,02	0,01	-10,1	-14,8
Eventos de intención no determinada, inclusive secuelas	0,03	0,02	0,01	0,01	-4,0	0,1
Las demás causas externas	0,00	0,00	0,00	0,00	-13,5	-8,9
CAUSAS EXTERNAS	0,60	0,34	0,22	0,12	-6,7	-7,0
Diabetes mellitus	0,64	0,36	0,72	0,36	-6,9	-8,2
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	0,14	0,06	0,09	0,02	-11,1	-18,7
Trastornos mentales y del comportamiento	0,11	0,08	0,02	0,02	-3,3	1,2
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	0,17	0,07	0,11	0,06	-10,0	-8,0
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	0,30	0,26	0,17	0,12	-1,7	-4,0
Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	0,49	0,27	0,33	0,18	-7,2	-7,1
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intes	0,02	0,01	0,02	0,01	-4,5	-4,5
Ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis	0,22	0,13	0,06	0,04	-5,9	-5,2
Resto de enfermedades del sistema digestivo	0,38	0,32	0,31	0,19	-2,5	-5,6
Enfermedades del sistema urinario	0,36	0,22	0,27	0,16	-5,7	-6,4
Hiperplasia de la próstata	0,03	0,01	0,00	0,00	-16,0	0,0
Embarazo, parto, puerperio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromos	0,00	0,00	0,00	0,00	-4,1	-7,2
OTRAS CATEGORÍAS CLASIFICADAS	2,87	1,80	2,09	1,16	-5,6	-7,1
RESTO DE LAS ENFERMEDADES	0,15	0,09	0,19	0,11	-5,4	-6,3
SIGNOS, SÍNTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	1,37	1,01	0,98	0,59	-3,8	-6,1

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 2001 – 2010. Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Estadísticas vitales años 2000-2002 y 2008-2010.

Los hombres en la región nordeste:

La región nordeste es la que más redujo los AEVP en el país en el período 2000-2010 (Cuadro N° 100). Esta región pasó de 13,11 AEVP para los hombres en 2001 a 8,28 AEVP en 2009, en tanto que en las mujeres los AEVP fueron 9,41 en el año 2001 y 5,39 en 2009. Es decir, se dejaron de perder 4,83 y 4,02 años de esperanza de vida en hombres y mujeres, respectivamente. Esto significa que la situación de la región mejoró sensiblemente. Hay menos mortalidad en cada sexo. Es destacable que este cambio produjo un desarrollo muy relevante en la región y consiguió un mejor equilibrio dentro de esa sociedad sin dejar de tener en cuenta que debe mejorar sustancialmente su situación socio-económica.

No hay que perder de vista que estos cambios son relativos y no absolutos. Continúa siendo la región más deficiente pese a los cambios logrados.

Si se analiza el detalle de grupos de causas de muerte, se puede advertir que las causas que más han contribuido al descenso de AEVP son las del grupo sistema circulatorio. Y dentro de ellas, el primer lugar en los varones lo ocupan las enfermedades cerebrovasculares (1,27 AEVP en 2001 y 0,69 AEVP en 2009), esta disminución se ubica entre las más altas del país por esta causa; también es muy importante la retracción de las enfermedades isquémicas del corazón: se pasó de 0,97 AEVP en 2001 a 0,55 AEVP en 2009, magnitud muy importante en el total de la reducción de AEVP que muestra esta región. También se destaca el cambio asociado a la insuficiencia cardíaca (de 0,74 AEVP en 2001 a 0,38 AEVP en 2009) y a las enfermedades hipertensivas (de 0,50 AEVP a 0,25 AEVP en igual lapso). Como puede verse, todas estas causas adquieren tendencia negativa y han descendido más que el promedio nacional.

En el grupo de causas tumorales, el descenso no es tan fuerte como en el caso anterior; sin embargo, algunas causas se destacan como, por ejemplo, otros tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas, que de 1,17 AEVP en 2001 pasó a 0,72 AEVP en 2009; es decir, se dejaron de perder 0,45 años de esperanza de vida, cantidad muy importante concentrada en una sola causa.

Se destaca el descenso de otras causas del grupo, como tumor de órganos digestivos y tumor de próstata (0,55 y 0,34 AEVP en 2001; 0,34 y 0,22 AEVP en 2009, respectivamente). El resto de las causas tumorales también muestran una tendencia descendente, en magnitudes variables, y ninguna de este grupo muestra una tendencia ascendente, lo cual merece ser remarcado.

En el grupo de causas de muerte externas, hay descensos importantes en las categorías demás accidentes y lesiones autoinfligidas intencionalmente; sin embargo, la causa de accidente de transporte terrestre decrece mínimamente. La participación del Estado sería de gran importancia para el control y el descenso de esta causa, es una tarea pendiente hasta el día de hoy.

Dentro del grupo de otras categorías clasificadas, al igual que en otras regiones, es la causa de la diabetes mellitus la más destacada y se modifica en el período analizado, pero a diferencia de lo que ocurre en otras regiones, aquí el descenso tiene una magnitud muy importante: de 0,64 AEVP en 2001 pasa a 0,36 AEVP en 2009. La otra causa relevante de este grupo es otras enfermedades de las vías respiratorias superiores, que también desciende notoriamente (de 0,49 AEVP en 2001 a 0,27 AEVP en 2009).

Categorías como resto de las enfermedades del sistema digestivo, enfermedades del sistema urinario y enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, que implicaban entre 0,30 y 0,38 AEVP en 2001, pasan a representar de 0,22 a 0,32 AEVP en 2009. Ello significa que todas las causas que integran este grupo tienen una tendencia decreciente, algunas con mucha mayor intensidad que otras.

El grupo de las enfermedades infecto-parasitarias muestran tres causas relevantes. Una de ellas es la tuberculosis, con una cifra de AEVP alarmante, aun cuando se pensaba que la tuberculosis estaba erradicada en el país. Es promisorio, sin embargo, que esta causa haya mostrado un significativo descenso entre 2001 y 2009: pasó de 0,13 AEVP a 0,06 AEVP.

Las otras dos causas que se destacan son la septicemia y las infecciones respiratorias agudas. Mientras la primera muestra un considerable descenso con el tiempo (0,41 AEVP en 2001; 0,31 en 2009), la segunda exhibe un preocupante incremento (0,32 AEVP en 2001; 0,45 AEVP en 2009), dando cuenta de un empeoramiento de la situación, con más años de vida que se pierden por esta causa de los que se perdían antes. Este dato podría relacionarse con problemas ambientales, de contaminación, de alta polución, aunque no se puede descartar la influencia de otros factores.

La pérdida de AEVP asociada a la categoría signos, síntomas y afecciones mal definidas sigue siendo alta, a pesar de la mejora observada (1,37 AEVP en 2001; 1,01 en 2009), denota un problema que debe resolverse. Posiblemente la calidad de los datos diste de la óptima, dado que en esta categoría los AEVP deberían ser ostensiblemente menores. Sin embargo, es bueno que su tendencia haya sido decreciente.

Las mujeres en la región nordeste:

Los valores de AEVP de las mujeres de esta región son sin duda mucho más bajos que los de los hombres.

En el análisis de los grupos de causas y sus componentes, es claro que el grupo de mayor peso es el de causas del sistema circulatorio, y dentro de este el dato más significativo es el asociado a la causa enfermedades cerebrovasculares, que disminuyó de 1,13 AEVP en 2001 a 0,49 AEVP en 2009. Esta caída se ubica dentro de las más altas por esta causa en las mujeres del país.

Le sigue en importancia la causa de insuficiencia cardíaca, que de 0,54 AEVP en año 2001 pasó a 0,28 AEVP en 2009. También se redujeron de manera significativa los AEVP por enfermedades isquémicas del corazón y por enfermedades hipertensivas. En suma, todas las causas de este grupo muestran tendencia decreciente y han descendido más que el promedio nacional.

En el grupo de los tumores, si bien hay un importante descenso generalizado, este no es tan dinámico como en el caso del grupo anterior; sin embargo, se destaca el cambio observado en otros tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas, con una reducción de 0,12 en los AEVP (ya que pasaron de 0,44 a 0,33), cantidad interesante considerando que es sólo una causa. Las causas tumor de órganos digestivos y tumor de mama también muestran importantes reducciones, incluso más importantes que en otras regiones. El resto de las causas tumorales tienen también una tendencia decreciente. Al igual que en los hombres, no hay ninguna que tenga tendencia ascendente.

En el grupo de causas denominado otras categorías clasificadas, la que por lo general sobresale, y este caso no es la excepción, es la diabetes mellitus. Al igual que lo señalado para hombres, en esta región hubo una mejora en este sentido, ya que se pierden menos años de vida por esta causa en 2009 que en 2001 (0,72 AEVP en 2001; 0,36 AEVP en 2009), y quedó igualado el valor de hombres y mujeres en 2009.

La segunda causa de mayor consideración en este grupo es otras enfermedades de las vías respiratorias superiores, la cual también acusa un descenso en AEVP (0,33 AEVP en 2001; 0,18 en 2009). También exhiben importantes reducciones las causas resto de las enfermedades del sistema digestivo y enfermedades del sistema urinario. En conclusión, todo este grupo de causas muestra una tendencia decreciente, aunque las variaciones no son uniformes en magnitud.

En la categoría que agrupa como causas de muerte a las enfermedades infecto-parasitarias, nuevamente tienen preeminencia tres de ellas: tuberculosis, septicemia e infecciones respiratorias agudas. Aun con una tendencia francamente decreciente (0,05 AEVP en 2001 y 0,01 AEVP en 2009), la tuberculosis es una causa muy preocupante. Esta enfermedad suele considerarse un indicador de condiciones sociales. La septicemia también fue elevada,

especialmente en el año 2009, pero reconoce una tendencia descendente. Las infecciones respiratorias agudas, por el contrario, se vinculan más con los AEVP en 2009 (0,32 AEVP) que en 2001 (0,24 AEVP). Esto implica, como se mencionó respecto de los hombres, que en esta región los problemas ambientales deberían ser un tema de atención.

Por su parte, el grupo de causas signos, síntomas y afecciones mal definidas implicaba casi un año de AEVP en 2001, y si bien pasó a 0,59 AEVP en 2009, aún es un valor elevado, que marca la necesidad de solucionar problemas referidos a la calidad de los datos. De todos modos, es positivo que su tendencia haya sido decreciente.

La velocidad de cambio:

La velocidad de cambio anual promedio en esta región, en conjunto, es trascendente: -6,3 % en los varones y -6,7 % en las mujeres, es decir, el ritmo de descenso fue algo más acelerado en las mujeres que en los varones.

La velocidad de cambio promedio de la causa tuberculosis fue -10,7 % en hombres y -14,6 % en mujeres. La velocidad de cambio del tumor de próstata fue -6,1 %, la del tumor de mama es -6,3 %. La velocidad de cambio del grupo de causas del sistema circulatorio excede en su mayoría el -8 %, tanto en hombres como en mujeres. Esto es muy significativo y supera la velocidad promedio anual que se observa en el resto de las regiones.

En el grupo otras categorías clasificadas, las que más han contribuido al descenso de AEVP tuvieron una velocidad de cambio promedio anual que ronda el -8 %, este es un promedio elevado de pérdida de mortalidad para el período comprendido entre los años 2001 y 2010.

Por su parte, el grupo de causas signos, síntomas y afecciones mal definidas muestra una velocidad de cambio promedio de -4,3 % y -6,1 % para varones y mujeres, respectivamente. La velocidad de cambio promedio anual de esta región es muy importante, con una tendencia decreciente de todas las causas de muerte, que llevan a menos AEVP en 2009 que en 2001. La velocidad de cambio es alta para los promedios que se manejan en todas las regiones en general, para todas las causas.

9.2.5 Región noroeste

Cuadro N° 101. AEVP y estimación de su velocidad de cambio anual promedio por cada causa de muerte. Región noroeste, años 2001 y 2009.

Regional Noroeste	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES	MUJERES
	AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS		AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA PERDIDOS		Cambio anual promedio del período (por ciento)	Cambio anual promedio del período (por ciento)
CAUSAS DE MUERTE	2001	2009	2001	2009		
TOTAL	8,06	7,72	5,37	5,07	-0,5	-0,7
Enfermedades infecciosas Intestinales	0,01	0,01	0,02	0,01	5,8	-8,5
Tuberculosis inclusive secuelas	0,07	0,04	0,04	0,02	-8,3	-8,3
Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y rabia	0,05	0,05	0,04	0,02	0,1	-6,2
Ciertas enfermedades inmunoprevenibles	0,01	0,00	0,00	0,00	-14,5	-12,3
Meningitis	0,01	0,01	0,01	0,01	-5,5	-3,8
Septicemia, excepto neonatales	0,37	0,26	0,33	0,21	-4,2	-5,5
Enfermedades por el HIV/SIDA	0,00	0,01	0,00	0,00	20,3	0,0
Infecciones respiratorias agudas	0,20	0,51	0,12	0,33	12,5	13,7
Otras infecciosas y parasitarias	0,02	0,02	0,02	0,01	1,4	-4,8
ENFERMEDADES INFECTO-PARASITARIAS	0,73	0,90	0,58	0,62	2,7	0,8
Tumor maligno del estómago	0,11	0,12	0,06	0,06	1,1	-0,6
Tumor maligno del colon y de la unión rectosigmoidea	0,07	0,09	0,06	0,08	3,7	3,6
Tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, exce	0,35	0,37	0,33	0,29	0,9	-1,5
Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	0,00	0,00	0,00	0,00	2,2	0,0
Tumor maligno de los órganos respiratorios e intratorácicos ex	0,05	0,04	0,01	0,01	-4,2	-6,9
Tumor maligno de mama	0,00	0,00	0,18	0,20	-7,4	1,2
Tumor maligno del cuello del útero	0,00	0,00	0,06	0,04	0,0	-4,1
Tumor maligno del cuerpo del útero	0,00	0,00	0,02	0,01	0,0	-8,0
Tumor maligno del útero, parte no especificada	0,00	0,00	0,05	0,07	0,0	3,4
Tumor maligno de próstata	0,23	0,22	0,00	0,00	-0,8	0,0
Tumor maligno de otros órganos genitourinarios	0,09	0,11	0,10	0,10	2,9	-0,2
Leucemia	0,04	0,03	0,02	0,02	-1,6	-1,8
Tumor maligno del tejido linfático, de los órganos hematopéyic	0,04	0,05	0,03	0,04	3,8	3,6
Otros tumores malignos de otras localizaciones y de las no es	0,48	0,44	0,24	0,23	-1,1	-0,9
Carcinoma in situ, tumor benigno y comportamiento incierto o	0,04	0,03	0,04	0,02	-5,3	-7,3
TUMORES	1,50	1,51	1,21	1,16	0,0	-0,5
Fiebre reumática aguda y enfermedades reumáticas crónicas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	3,9
Enfermedades hipertensivas	0,17	0,19	0,11	0,12	1,5	2,0
Enfermedades isquémicas del corazón	0,50	0,43	0,20	0,16	-1,7	-3,0
Enfermedades cardiopulmonar, de la circulación pulmonar, y o	0,30	0,29	0,20	0,19	-0,2	-1,0
Paro cardíaco	0,000892	0,008665	0,001110	0,003828	32,9	16,7
Insuficiencia cardíaca	0,48	0,41	0,29	0,27	-2,1	-0,9
Enfermedades cerebrovasculares	0,77	0,61	0,52	0,42	-2,8	-2,4
Arterioesclerosis	0,02	0,00	0,02	0,01	-18,0	-14,2
Otras enfermedades del sistema circulatorio	0,07	0,07	0,02	0,03	-1,2	2,0
SISTEMA CIRCULATORIO	2,32	2,02	1,36	1,20	-1,7	-1,5
Feto y recién nacidos afectados por ciertas afecciones matern	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Feto y recién nacidos afectados por complicaciones obstétric	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al n	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Trastornos respiratorios específicos del período perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Sepsis bacteriana del recién nacido	0,00	0,00	0,00	0,00	-100,0	0,0
Resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
ENFERMEDADES PERÍODO PERINATAL	0,00	0,00	0,00	0,00	-100,0	0,0
Accidente del transporte terrestre, inclusive secuelas	0,05	0,08	0,02	0,02	5,5	-0,5
Otros accidentes del transporte y los no especificados, inclusi	0,00	0,00	0,00	0,00	-10,3	0,0
Caídas	0,01	0,02	0,00	0,01	3,4	10,8
Accidentes causados por disparo de armas de fuego	0,00	0,00	0,00	0,00	-100,0	-100,0
Ahogamiento y sumersión accidentales	0,01	0,00	0,00	0,00	-1,9	-8,9
Accidentes que obstruyen la respiración	0,01	0,02	0,00	0,00	4,0	4,6
Exposición a la corriente eléctrica	0,00	0,00	0,00	0,00	10,1	5,9
Exposición al humo, fuego, llamas	0,01	0,01	0,00	0,00	0,7	7,1
Los demás accidentes	0,12	0,10	0,05	0,03	-2,5	-4,6
Lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios), inclusive	0,05	0,05	0,01	0,01	1,4	2,3
Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	0,01	0,01	0,00	0,00	-2,1	11,8
Eventos de intención no determinada, inclusive secuelas	0,04	0,04	0,02	0,01	-1,7	-8,3
Las demás causas externas	0,00	0,00	0,00	0,00	6,0	5,4
CAUSAS EXTERNAS	0,32	0,34	0,11	0,10	0,4	-1,3
Diabetes miellitus	0,39	0,33	0,32	0,27	-1,9	-2,2
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	0,09	0,07	0,06	0,05	-3,4	-2,2
Trastornos mentales y del comportamiento	0,06	0,08	0,02	0,02	4,4	1,3
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	0,06	0,05	0,06	0,05	-1,8	-2,7
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	0,13	0,17	0,05	0,08	3,8	6,3
Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	0,39	0,42	0,24	0,29	0,8	2,5
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intes	0,01	0,01	0,01	0,01	-7,5	-0,7
Ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis	0,20	0,22	0,08	0,09	0,9	0,0
Resto de enfermedades del sistema digestivo	0,35	0,39	0,22	0,26	1,4	1,9
Enfermedades del sistema urinario	0,29	0,31	0,24	0,26	0,6	1,2
Hiperplasia de la próstata	0,00	0,00	0,00	0,00	-8,0	0,0
Embarazo, parto, puerperio	0,00	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromos	0,00	0,00	0,00	0,00	1,3	-1,6
OTRAS CATEGORÍAS CLASIFICADAS	1,98	2,05	1,30	1,37	0,5	0,7
RESTO DE LAS ENFERMEDADES	0,07	0,11	0,09	0,10	5,0	1,9
SIGNOS, SÍNTOMAS Y AFECCIONES MAL DEFINIDAS	1,14	0,80	0,72	0,52	-4,3	-3,9

Fuente: INDEC. Elaboración propia sobre la base de datos de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Viviendas. Años 2001 – 2010. Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Estadísticas vitales años 2000-2002 y 2008-2010.

Los hombres en la región noroeste:

Finalmente, consideraremos la evolución de los AEVP en la región noroeste. En los hombres, los AEVP fueron 8,11 en 2001 y 7,72 en 2009 (Cuadro N° 101). En las mujeres fueron 5,37 y 5,07, en igual orden. Es decir, se pierden menos años de vida en 2009 que en 2001 en ambos sexos, si bien el cambio no ha sido tan significativo como en otras regiones, donde las diferencias fueron mucho más relevantes.

Al igual que en las demás regiones, en esta región argentina las causas que más se han retraído en términos de AEVP se ubican en el grupo del sistema circulatorio y dentro de ellas, en los varones se encuentran en primer lugar las enfermedades cerebrovasculares, que han pasado de 0,77 AEVP en 2001 a 0,61 AEVP en 2009, lo que significa que se pierden por esta causa 0,16 años de esperanza de vida menos.

Las enfermedades isquémicas del corazón también han descendido, aunque más moderadamente (0,50 y 0,43 AEVP en 2001 y 2009, respectivamente). Asimismo, se observa una disminución en la pérdida de años de vida que ocasiona la causa insuficiencia cardíaca (0,48 AEVP en 2001 y 0,41 AEVP en 2009), evento que ayuda al mejoramiento del equilibrio social. Por el contrario, la causa enfermedades hipertensivas mostró en los varones de esta región una tendencia creciente (0,17 AEVP en 2001; 0,19 AEVP en 2009).

La principal causa del grupo de los tumores, que es tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas, exhibe una disminución (pasó de 0,48 AEVP en 2001 a 0,44 AEVP en 2009); también se redujo de manera leve la causa tumor de próstata (0,23 y 0,22 AEVP en 2001 y 2009, respectivamente). Esto contrasta con la tendencia en alza que tuvo la causa tumor maligno de órganos digestivos, con valores de 0,35 AEVP en 2001 y 0,37 AEVP en 2009. El resto de las causas tumorales varían en ambos sentidos, ninguna presenta una tendencia de modo exacerbada ascendente.

En el grupo de las causas de muerte denominado causas externas, sólo se advierte un descenso moderado en demás accidentes, mientras que crecen los AEVP por la causa de accidente de transporte terrestre, dado que entre otras cosas aún al Estado Nacional le cuesta trabajo controlar plenamente este grupo de causas y es una de las tareas pendientes al plantearse las políticas públicas de bienestar por ejemplo, ello puede percibirse en la falta de campañas de vialidad nacional. Otras categorías, como lesiones autoinfligidas intencionalmente, se mantienen constantes.

En el grupo otras categorías clasificadas, la diabetes mellitus es la causa que más se destaca (0,39 AEVP en 2001), pero ha bajado considerablemente: tuvo 0,33 AEVP en 2010. Particularmente esta causa es una de las que muestra más dinamismo a nivel nacional y se le debería prestar especial atención. Las otras causas relevantes de este grupo muestran una tendencia creciente: otras enfermedades de las vías respiratorias superiores (0,39 AEVP en 2001; 0,42 AEVP en 2009), resto de enfermedades del sistema digestivo (0,35 AEVP en 2001;

0,39 AEVP en 2009), enfermedades del sistema urinario (0,29 AEVP en 2001; 0,31 en 2009) y enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (0,13 AEVP en 2001; 0,17 en 2009). El resto de las causas de este grupo tienen pequeñas variaciones.

En lo que respecta a las enfermedades infecto-parasitarias, en esta región se repite un escenario similar al descrito para otras regiones, con valores aún altos para la causa tuberculosis (0,07 AEVP en 2001; 0,04 AEVP en 2009), pese a su tendencia decreciente. Las otras dos causas también importantes y quizá más difíciles de erradicar, ya que comúnmente no aparecen asociadas a un proceso social particular, son la septicemia, que pasó de 0,37 AEVP en 2001 a 0,26 AEVP en 2009 (este último es especialmente alto y preocupante), y las infecciones respiratorias agudas, causa que, por el contrario, crece de manera alarmante: 0,20 AEVP en 2001; 0,51 AEVP en 2009). Esto sugiere que en esta región también podrían existir problemas de tipo ambientales (como ya se indicó para otras regiones), como contaminación o polución, que podrían derivar en afecciones respiratorias en general.

El grupo signos, síntomas y afecciones mal definidas se reduce, con una pérdida de años de esperanza de vida aún alta (pasa de 1,14 AEVP en 2001 a 0,80 AEVP en 2009), esto podría significar que subsisten los problemas en relación con la calidad de los datos, ya que se espera una menor gravitación de esta categoría. Sin embargo, es bueno que su tendencia sea marcadamente decreciente.

Las mujeres en la región noroeste:

Tal como sucede en otras regiones, en las mujeres hay cifras más bajas de AEVP (en general), considerando la totalidad de causas.

En el grupo de causas de sistema circulatorio hay una tendencia mayormente decreciente, que indicaría una mejora destacable en la calidad de vida de la sociedad y un avance en su desarrollo. El descenso más relevante corresponde a las causas de las enfermedades cerebrovasculares, que pasan de 0,52 AEVP en 2001 a 0,42 AEVP en 2009. Le sigue en magnitud de descenso la causa enfermedades isquémicas del corazón, con 0,20 AEVP en 2001 y 0,16 AEVP en 2009, y luego la causa de la insuficiencia cardíaca, que de 0,29 AEVP en 2001 pasa a 0,27 AEVP en 2009. En contraposición, las enfermedades hipertensivas muestran una tendencia levemente creciente (0,11 y 0,12 AEVP en 2001 y 2009, respectivamente). En su mayoría, el resto de las enfermedades de este grupo van retrayéndose en términos de AEVP.

Pasando al análisis de las causas tumorales, cabe decir que su impacto sobre los AEVP muestra variaciones, con algunas causas en descenso y otras en ascenso. Entre las primeras se destaca el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, que de 0,33 AEVP en 2001 pasó a 0,29 AEVP en 2009; los tumores malignos de otras localizaciones y de las no

especificadas, que también dejaron de perder años de esperanza de vida, pero a un ritmo por cierto reducido (0,24 AEVP en 2001; 0,23 AEVP en 2009).

El noroeste muestra un alza respecto del tumor de mama (de 0,18 AEVP en 2001 pasó a 0,20 AEVP en 2009), es posible que, apoyada por las campañas de concientización y el avance tecnológico, esta causa modere su incremento de hecho, hay provincias o incluso regiones donde ya se pudo cambiar la tendencia de las últimas décadas. En el grupo de causas otras categorías clasificadas, la diabetes mellitus es la más importante y si bien ha disminuido (0,32 AEVP en 2001; 0,27 AEVP en 2009), aún tiene cifras preocupantes, que podrían relacionarse con la alimentación, problemas vasculares o cerebrovasculares y obesidad, entre otros posibles factores de riesgo.

Otras causas de este grupo que llaman la atención, pero por haber experimentado ascensos indeseables, son otras enfermedades de las vías respiratorias superiores, resto de las enfermedades del sistema digestivo y enfermedades del sistema urinario. El resto de las causas de este grupo tienen pequeñas variaciones.

En consonancia general con lo que se observa en otras regiones del país, el grupo de causas de las enfermedades infecto-parasitaria presenta a la septicemia y a las infecciones respiratorias agudas como dos causas muy relevantes, pero de tendencia opuesta: mientras la primera descendió de 0,33 AEVP en 2001 a 0,21 AEVP en 2009 (y puede considerarse este un valor aún alto), la segunda creció de 0,12 AEVP en 2001 a 0,33 AEVP en 2009, situación que sin duda merece rápida atención y reacción. Tampoco en esta región la tuberculosis ha sido erradicada en las mujeres, pero al menos su impacto en los AEVP va disminuyendo.

La pérdida de años de esperanza de vida por signos, síntomas y afecciones mal definidas aún es alta (0,52 en 2009) y podría significar que todavía hay problemas por resolver, tanto con la inscripción de las causas como con la calidad de los datos, dado que esta categoría debería tener menor representatividad. Sin embargo, es bueno que su tendencia se mantenga decreciente (en 2001 era de 0,72 AEVP).

La velocidad de cambio:

Los promedios anuales de velocidad de cambio que más se destacan se corresponden con causas que dejan de perder años de esperanza de vida y por ende mejoran la situación de la región, como la tuberculosis, con -8,3 % para cada sexo. Otras causas que contribuyeron a dejar de perder años de esperanza de vida en esta región son los tumores malignos de los órganos digestivos en las mujeres (-1,5 %), las enfermedades isquémicas del corazón (-1,7 % para hombres y -3,0 % para mujeres), la insuficiencia cardíaca (-2,1 % y -0,9 % en varones y mujeres, respectivamente) y las enfermedades cerebrovasculares (-2,8 % y -2,4 % en hombres y mujeres, respectivamente).

La diabetes mellitus desciende a tasas de -1,9 % (varones) y de -2,2 % (mujeres). Uno de los descensos de la velocidad más importantes se observa en signos, síntomas y afecciones mal definidas, cuya velocidad de cambio anual promedio es de -4,3 % en varones y -3,9 % en mujeres.

Lo opuesto ocurre en causas, como las infecciones respiratorias agudas, que asciende a una velocidad anual promedio de 12,5 % (varones) y 13,7 % (mujeres). También crecen las causas tumor de colon y tumor de mama, así como enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y resto de enfermedades del sistema digestivo. Todas ellas han empeorado su situación, tanto en hombres como en mujeres, con el consiguiente impacto negativo en los AEVP.

Capítulo 10: Tabla óptima y exceso de mortalidad en Argentina

10. Tabla óptima y su exceso de mortalidad medido en AEV para total país.

10.1 Tablas óptimas total país.

Cuadro N° 102. Tabla óptima de mortalidad. Varones. Período 2008-2010. Argentina.

x	n	nMx	nax	nqx	lx	ndx	nLx	5Px	Tx	ex
60	5	0,011074	2,5	0,0538764	100000	5388	486531	0,93099375	2314601	23,15
65	5	0,017754	2,5	0,08499765	94612	8042	452957	0,89262177	1828070	19,32
70	5	0,028228	2,5	0,13183781	86571	11413	404319	0,83621982	1375113	15,88
75	5	0,044586	2,5	0,20057327	75157	15075	338100	0,76224546	970793	12,92
80	5	0,066272	2,5	0,28426445	60083	17079	257715	0,59266962	632693	10,53
85	+	0,114682	8,7197421	1	43003	43003	374978		374978	8,72

Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Años 2000 - 2010. INDEC. Censos de población Hogares y vivienda 2001 y 2010

Cuadro N° 103. Tabla óptima de mortalidad. Mujeres. Período 2008-2010. Argentina.

x	n	nMx	nax	nqx	lx	ndx	nLx	5Px	Tx	ex
60	5	0,005587	2,5	0,02755109	100000	2755	493112	0,96528759	2881735	28,82
65	5	0,008596	2,5	0,04207661	97245	4092	475995	0,94611943	2388623	24,56
70	5	0,013694	2,5	0,06620302	93153	6167	450348	0,91178028	1912628	20,53
75	5	0,023683	2,5	0,11179733	86986	9725	410619	0,85440806	1462279	16,81
80	5	0,040441	2,5	0,18364024	77261	14188	350836	0,66639828	1051661	13,61
85	+	0,089998	11,1113256	1	63073	63073	700825		700825	11,11

Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Años 2000 - 2010. INDEC. Censos de población Hogares y vivienda 2001 y 2010

La tabla óptima de mortalidad se realiza con la finalidad de conocer cuáles son los valores óptimos a lo que se podría aspirar en iguales condiciones de mortalidad para el período de referencia. Las causas que dan origen a ella se construyen con el valor más bajo obtenido de cada región.

Es importante comprender que si una región consiguió ese valor el resto debería encontrarse en condición de hacerlo. El contexto hacia el interior de la Argentina es muy heterogéneo, ello implica plantearse la tabla óptima como una meta accesible en corto tiempo.

Es imprescindible que el Estado tome posición al respecto y desarrolle un plan a largo plazo de políticas públicas de bienestar a fin de lograr esta tabla óptima como premisa.

Como puede observarse en los valores de los varones de 60 años y más es posible llegar a tener 23.15 años de esperanza de vida por delante y para las mujeres 28.82. La diferencia se acrecienta producto de la conjunción entre las condiciones biológicas y la calidad de vida que se logra.

La realidad marca que para los hombres la esperanza de vida a los 60 años es de 18.45 mientras que en las mujeres para igual edad es 23.05.

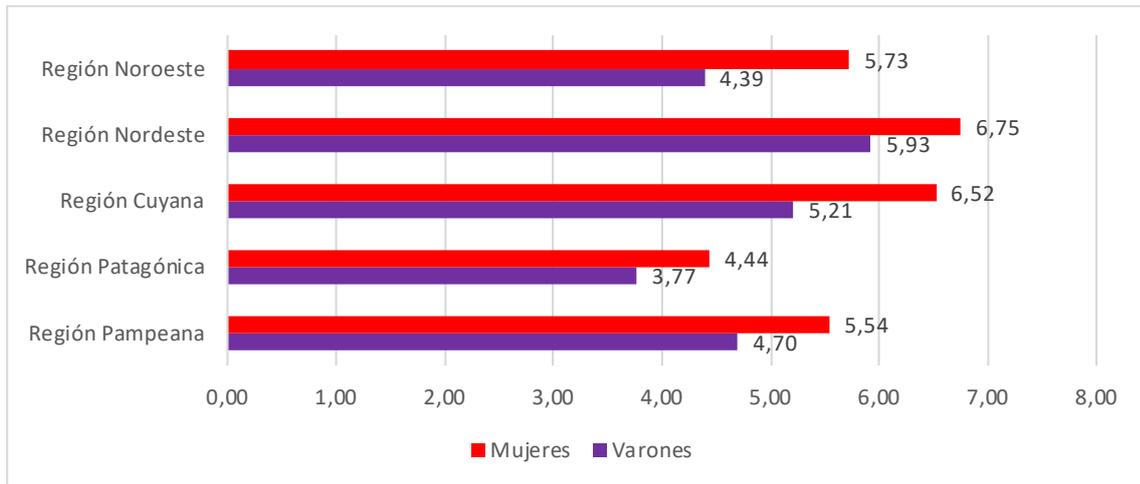
Diferencias fuertemente marcadas que estarían indicando cuanto se podría mejorar especialmente la calidad de vida que es necesaria para poseer una vejez digna de ser vivida, de acuerdo a los parámetros de envejecimiento activo que se plantean en esta tesis.

En el caso de los 85 años la diferencia planteada es aún mayor. La tabla óptima se plantea que se pueden llegar a valores de 8.72 y 11.11 para varones y mujeres respectivamente, mientras que la de las tablas de mortalidad producto del censo nacional de hogares y viviendas del 2010 presenta valores de 5.21 para los varones y 6.35 para las mujeres.

Estas tablas óptimas realizadas en función de los valores regionales para cada sexo en los adultos mayores (60-85 años) son un aporte de esta tesis.

10.2 Exceso de mortalidad medido en años de esperanza de vida.

Gráfico 49 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida. Diferencia entre valores regionales y valores óptimos. Total país. Año 2010

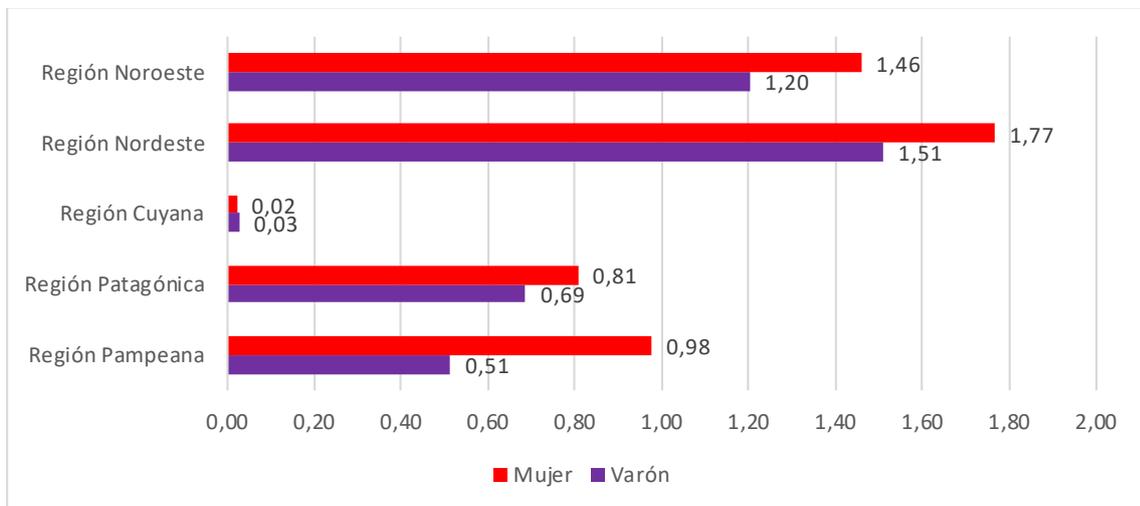


Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Años 2000 - 2010. INDEC. Censos de población Hogares y vivienda 2001 y 2010

La diferencia es notable entre los AEVP regionales del período 2008-2010 y el exceso de mortalidad medido en años de esperanza de vida.

Los niveles óptimos muestran que estas diferencias para todas las regiones son muy significativas. Es indispensable pensar nuevas estrategias para reducirlos a los niveles óptimos presentados.

Gráfico 50 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por sexo según región, para la causa Signos, síntomas y afecciones mal definidas. Año 2010



Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Años 2000 - 2010. INDEC. Censos de población Hogares y vivienda 2001 y 2010

En la región del Nordeste se observa en el gráfico XX que el exceso de mortalidad en las mujeres es muy elevado. Debería mejorar este indicador para acercarse al nivel óptimo para el período 2008-2010.

En el caso de los varones el exceso es significativamente menor. La que más exceso posee es la región del nordeste y en forma decreciente se encuentran noroeste, patagónica, pampeana y con una gran diferencia la región de Cuyo.

Si bien el ordenamiento es diferente a la pérdida de los AEVP vistos anteriormente una de las mayores pérdidas es producto de la causa Signos, síntomas y afecciones mal definidas. En ella se concentra tanto en los varones como en las mujeres para todas las regiones a excepción de cuyo un valor muy significativo que se haya entre las primeras 5 principales causas de muerte.

Cuadro N° 104 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por sexo según región. Porcentaje del total. Signos síntomas y afecciones mal definidas. Año 2010-óptima.

Región	Varón		Mujer		Diferencia	
	Exceso de la mortalidad medida en años de q^o	Porcentaje del exceso del Total regional	Exceso de la mortalidad medida en años de q^o	Porcentaje del exceso del Total regional	Exceso de la mortalidad medida en años de q^o	Porcentaje del exceso del Total regional
Región Pampeana	0,51	10,904	0,98	17,599	0,46	6,696
Región Patagónica	0,69	18,210	0,81	18,165	0,12	-0,045
Región Cuyana	0,03	0,502	0,02	0,316	-0,01	-0,186
Región Nordeste	1,51	25,463	1,77	26,146	0,26	0,683
Región Noroeste	1,20	27,373	1,46	25,465	0,26	-1,908

Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Años 2000 - 2010. INDEC. Censos de población Hogares y vivienda 2001 y 2010

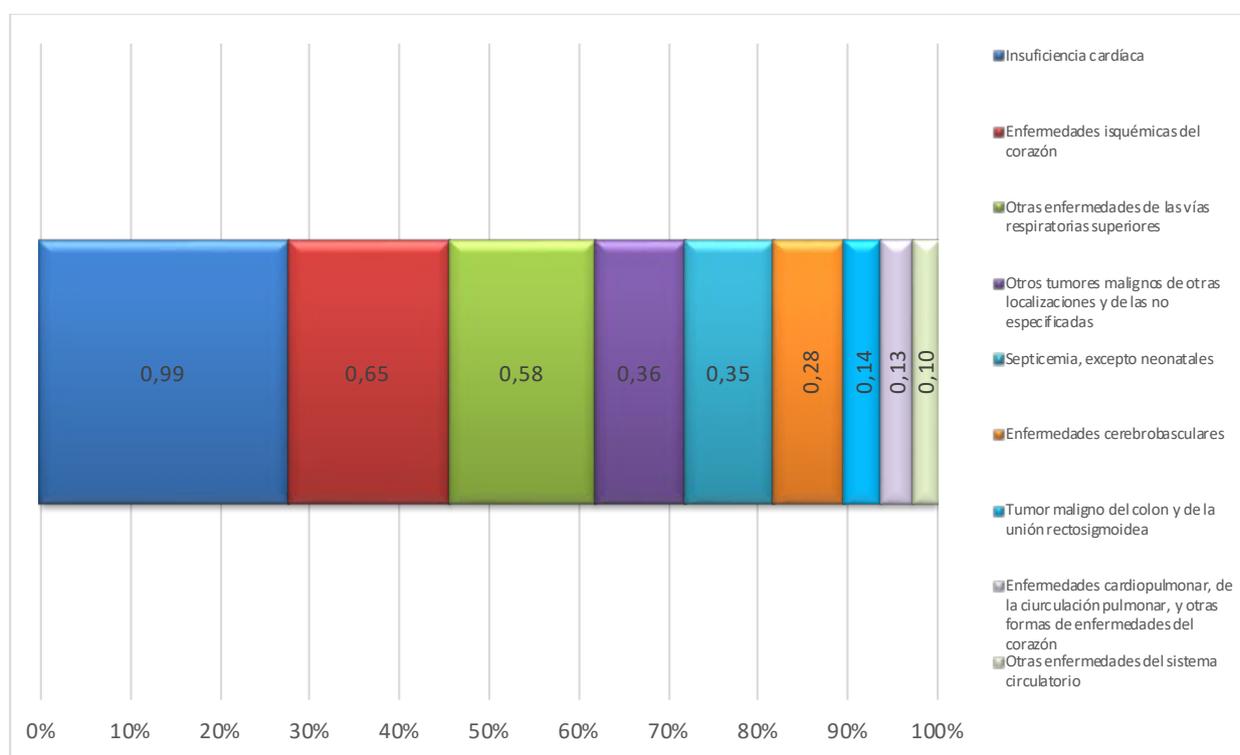
La causa de signos, síntomas y afecciones mal definidas merece ser tratada de modo diferente del resto por la importancia que aún posee para la Argentina. Se observa que a excepción de cuyo es una causa que se presenta entre las primeras del ordenamiento. Se pone en evidencia la necesidad de mejorar la clasificación de las estadísticas vitales.

La mayor diferencia en el exceso de causas de muertes tomado en años de esperanza de vida se da en las mujeres principalmente en la región pampeana, con una diferencia de 6.696 puntos porcentuales en relación con los varones.

El mayor exceso de las causas de muerte se da en el nordeste y noroeste respectivamente en cada sexo. Esto es esperable si se piensa que son las regiones más rezagadas del país, más aún el nordeste quien tiene por esta causa un exceso mayor del 25% del total de las causas. El hecho que el nordeste sea la región menos envejecida del país coincide con la situación de ser la que posee una población más vulnerable.

La región cuyana es la única que muestra mejores resultados en su clasificación de las causas de muerte. La causa signos síntomas y afecciones mal definidas se encuentra por debajo de las primeras diez causas principales de muerte. Este comportamiento es el que se toma en cuenta a la hora de presentar la tabla óptima de mortalidad.

Gráfico 51 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por causa. Región pampeana. Varones. Año 2009 – Óptima



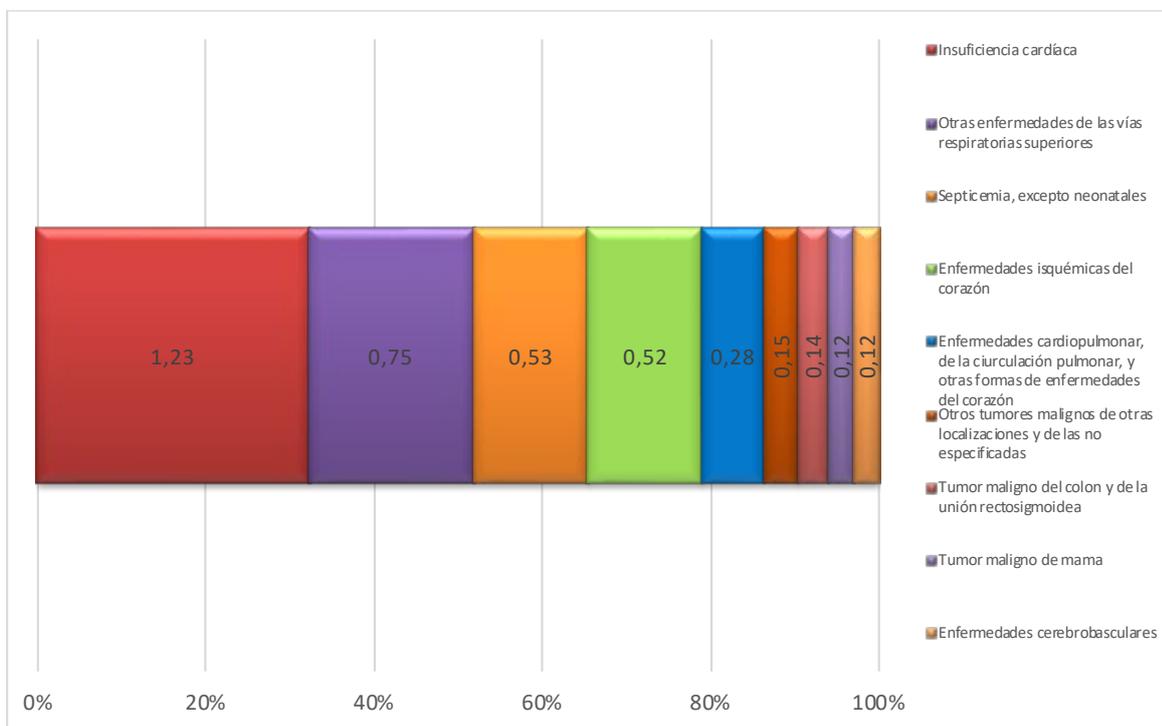
Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Años 2000 - 2010. INDEC. Censos de población Hogares y vivienda 2001 y 2010

Se observa en los varones que el principal exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida se da en tres causas: insuficiencia cardíaca, enfermedades isquémicas del

corazón, y otras enfermedades de las vías respiratorias superiores. De modo similar a lo ocurrido con los AEVP con la excepción de los tumores que en los AEVP tiene mayor predominio.

Se pierden 2.22 años en las principales 3 causas y casi el 50 por ciento de las pérdidas totales. En el caso de la septicemia se pierden 0.35 años siendo evitable en la mayoría de los casos por ser producto de causas externas a los individuos. Estos valores se podrían mejorar con campañas que concienticen a los individuos de las conductas que y hábitos que se tienen a lo largo de la vida y mejorando la atención en las internaciones como así el tema de las infecciones intrahospitalarias.

Gráfico 52 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por causa. Región pampeana. Mujeres. Año 2009 – Óptima



Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Años 2000 - 2010. INDEC. Censos de población Hogares y vivienda 2001 y 2010

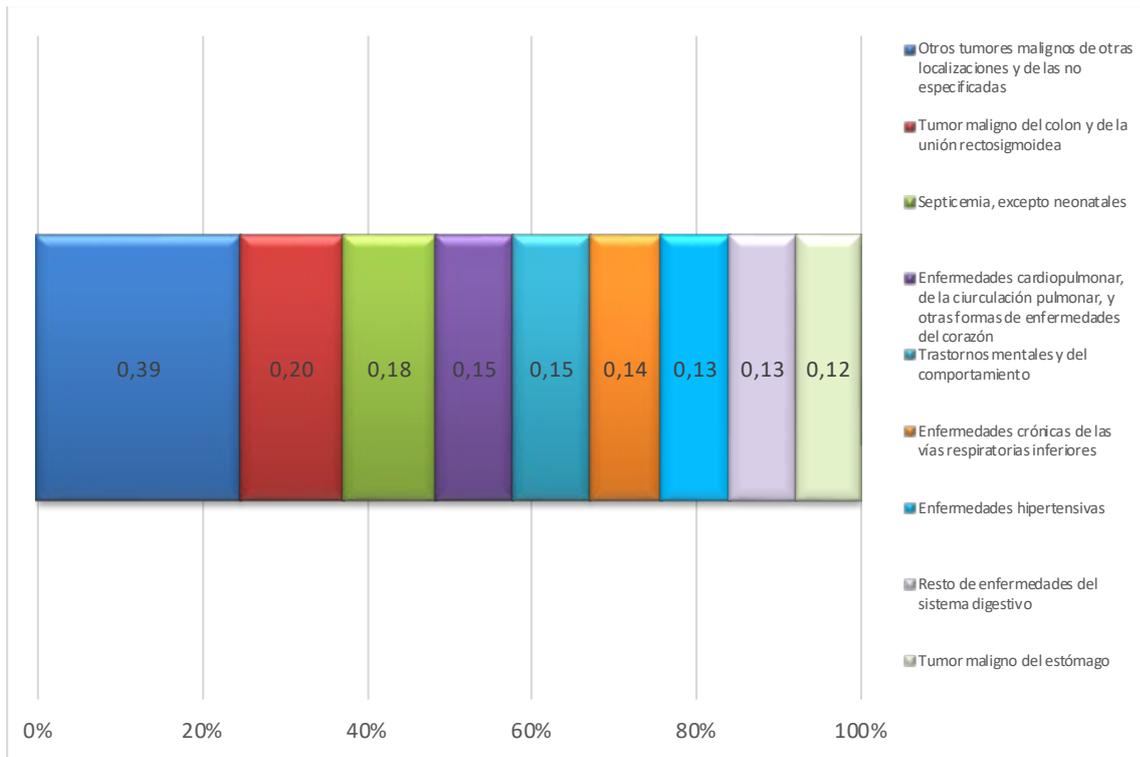
Es interesante ver las diferencias que se observan en las mujeres en relación con los hombres. Por una parte, se pierden 2.51 años en las tres primeras causas.

El ordenamiento en que ocurre es similar, pero cobran importancia las causas de otras enfermedades de las vías respiratorias superiores y septicemia y pierden importancia las

tumorales si bien se encuentran mayor cantidad de causas relacionadas a dicha patología y si se las suma representan un 0.41 años perdidos por la causa tumores.

Una alerta que se enciende es el lugar que ocupan las enfermedades relacionadas a las enfermedades cardíacas. Es notable que al haber aumentado considerablemente posiblemente hecho que se encuentre relacionado con el cambio de vida y con el mayor distres que se sufre lleve a que lentamente se acerquen a los valores que se muestran en los varones. Ello es negativo. Mucho dejan para pensar los valores observados al respecto.

Gráfico 53 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por causa. Región patagónica. Varones. Año 2009 – Óptima



Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Años 2000 - 2010. INDEC. Censos de población Hogares y vivienda 2001 y 2010

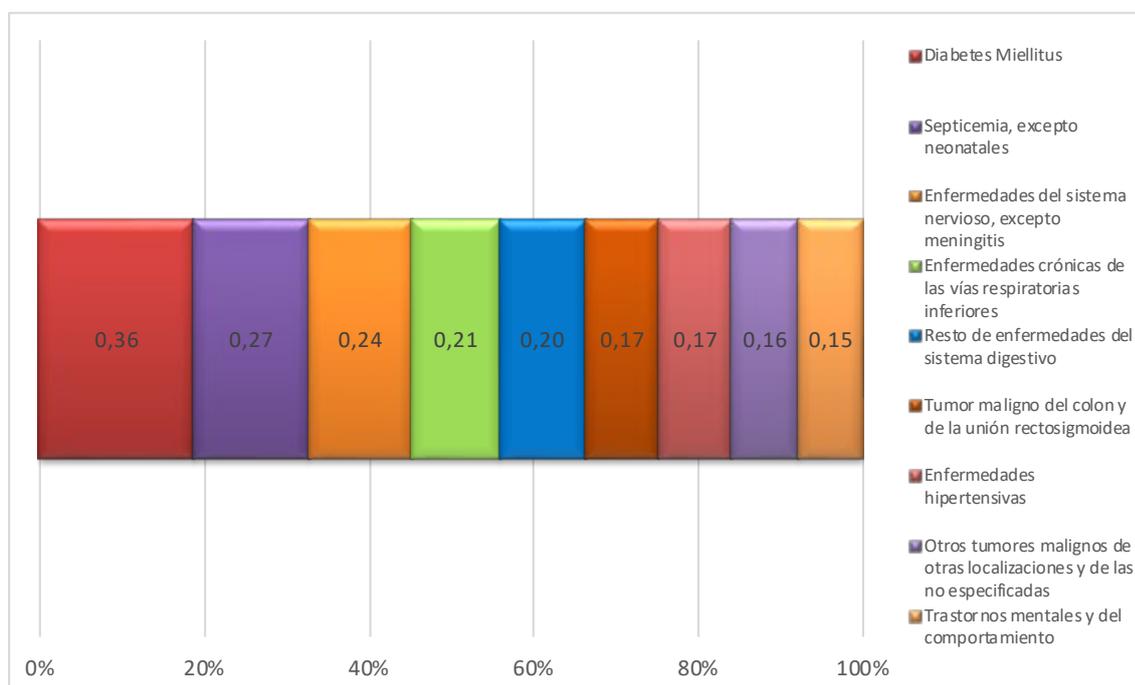
La región patagónica muestra en sus valores situaciones positivas dado que hay mucho menos exceso que otras regiones. Pierden menos años como región en relación con la óptima. Se observa una mejora y posiblemente se vea reflejado en la calidad de vida.

Las 3 (tres) principales causas de muerte que poseen un exceso de mortalidad medido en años de esperanza de vida son muy diferentes que las mostrada en la región pampeana. Esencialmente tumorales: otros tumores malignos de otras localizaciones, tumor maligno de colon y de la unión recto-sigmoidea, y septicemia.

Llamativamente las enfermedades cardíacas poseen muy poco exceso de mortalidad ubicándose muy por debajo de las principales causas.

La causa de trastornos mentales y del comportamiento presentan una conducta muy diferente a lo que sucede en otras regiones ocupando un lugar importante para la región.

Gráfico 54 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por causa. Región patagónica. Mujeres. Año 2009 – Óptima



Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Años 2000 - 2010. INDEC. Censos de población Hogares y vivienda 2001 y 2010

En las mujeres también se observa un menor grado general de exceso de la mortalidad medidos en años de esperanza de vida perdidos.

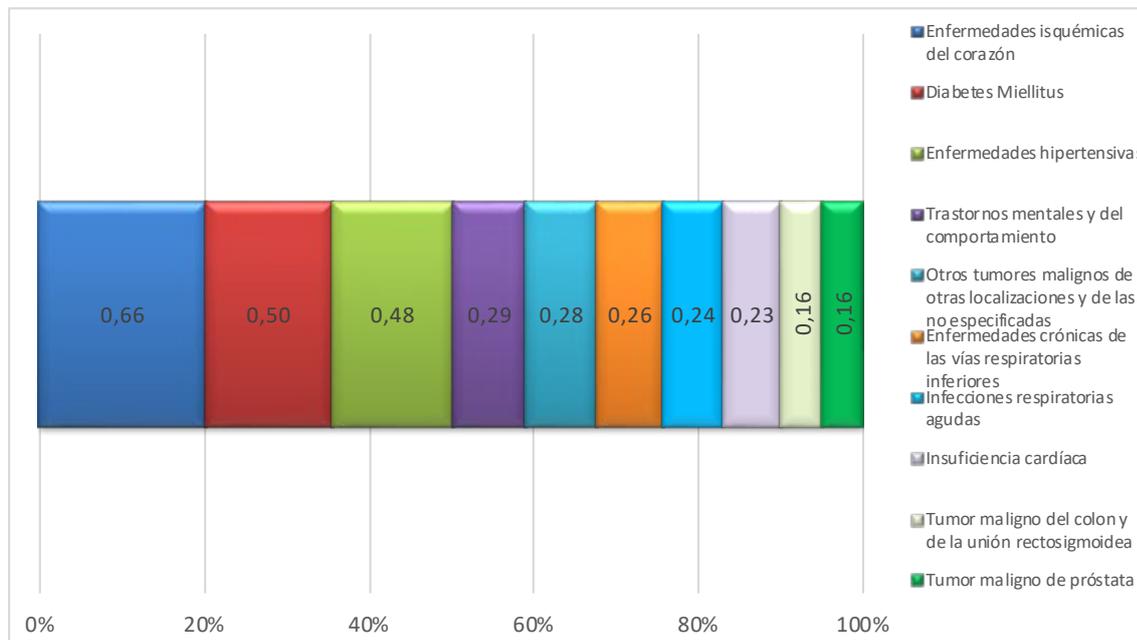
La causa por la que se pierde más años de vida es la diabetes mellitus. De existir campañas de prevención este exceso podría obtener rápidamente un descenso, principalmente producto de los avances tecnológicos que convierten a esta causa en crónica si es detectada y tratada a tiempo.

De igual manera ocurre con la segunda y tercera causa.

Otras causas en que se observa un importante exceso de mortalidad son las respiratorias y tumorales, superando ampliamente a las cardíacas que no se hayan entre las primeras causas

que poseen exceso de mortalidad. Esto es muy importante porque estaría mostrando un avance y control en estas enfermedades.

Gráfico 55 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por causa. Región cuyana. Varones. Año 2009 – Óptima



Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Años 2000 - 2010. INDEC. Censos de población Hogares y vivienda 2001 y 2010

La región de Cuyo, muestra particularidades en las causas que poseen el mayor exceso de mortalidad. Si bien es similar en el caso de la diabetes mellitus como se veía en la región patagónica, aquí se encuentra como la segunda causa de mortalidad que posee uno de los mayores excesos.

Las enfermedades isquémicas del corazón son aquellas que presentan el mayor exceso de mortalidad medido en años de esperanza de vida. En tercer lugar, las enfermedades hipertensivas, que asumen mayor relevancia en el exceso que presentan para los varones en la región cuyana.

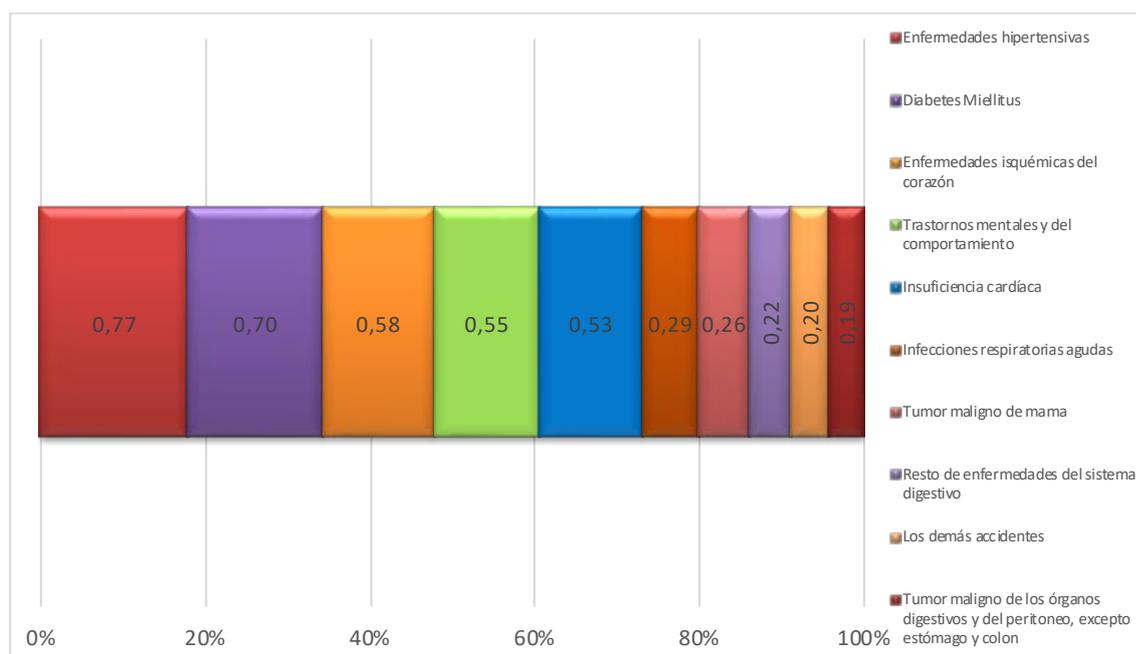
Los trastornos mentales y del comportamiento también son muy importantes en el exceso de mortalidad que se observa. Llama la atención porque es una causa que no suele presentarse entre las de mayor pérdida.

Según comenta Carney (2012) en la actualidad, se considera que el origen de la enfermedad mental está determinado por una compleja interacción entre la herencia y los factores ambientales. Diversas investigaciones han demostrado que, en muchos trastornos mentales,

la herencia está implicada. A menudo se produce un trastorno mental cuando una persona predispuesta a padecerlo por su composición genética experimenta situaciones de gran estrés en su vida familiar, social o laboral.

Si esto es como Carney y otros médicos comentan es una causa de muerte en aumento, al igual que su exceso de mortalidad. Sería conveniente pensar en estrategias para evitar el empeoramiento de la calidad de vida especialmente en los adultos mayores.

Gráfico 56 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por causa. Región cuyana. Mujeres. Año 2009 – Óptima

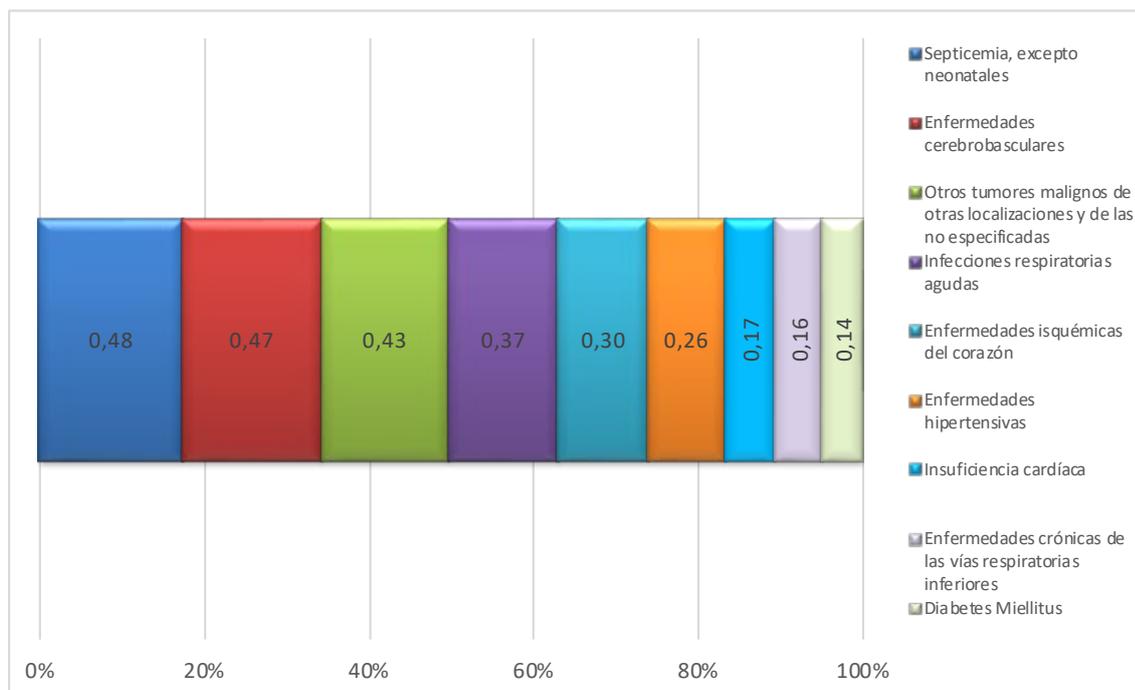


Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Años 2000 - 2010. INDEC. Censos de población Hogares y vivienda 2001 y 2010

En el caso de las mujeres el exceso también presenta particularidades muy características de esta región. Se encuentran entre las primeras causas con exceso la diabetes mellitus y la hipertensión. Dos enfermedades por la que se puede hacer mucho desde el Estado.

Las enfermedades relacionadas con los tumores, cardiopatías y situaciones respiratorias se encuentran presentes entre las principales causas con exceso de mortalidad medida según años de esperanza de vida, pero son menos significativas que en otras regiones. No por ello hay que dejarlas de lado.

Gráfico 57 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por causa. Región nordeste. Varones. Año 2009 – Óptima



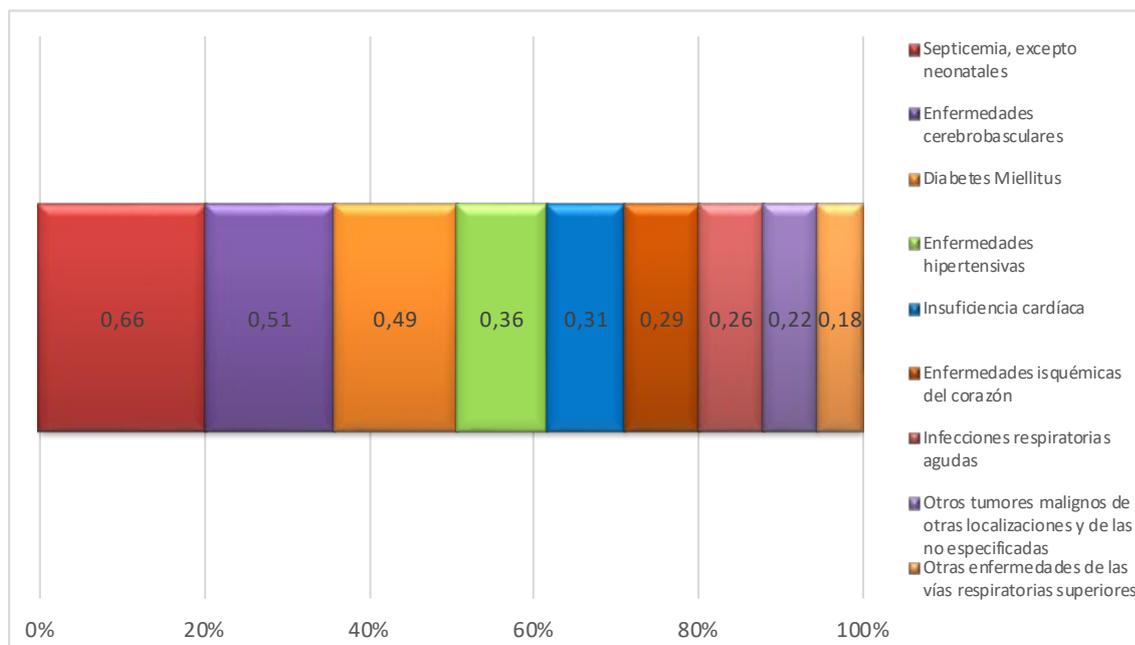
Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Años 2000 - 2010. INDEC. Censos de población Hogares y vivienda 2001 y 2010

En la región nordeste el exceso de mortalidad medido en años de esperanza de vida presenta una distribución más homogénea entre las principales causas especialmente en las tres primeras: septicemia, enfermedades cerebrovasculares y Otros tumores malignos de otras clasificaciones.

En este caso la diabetes mellitus también aparece entre las principales causas de muerte, con menor magnitud que en la región de cuyo.

Es interesante observar que aquí las enfermedades de trastornos mentales y del comportamiento no figuran entre las principales causas.

Gráfico 58 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por causa. Región nordeste. Mujeres. Año 2009 – Óptima



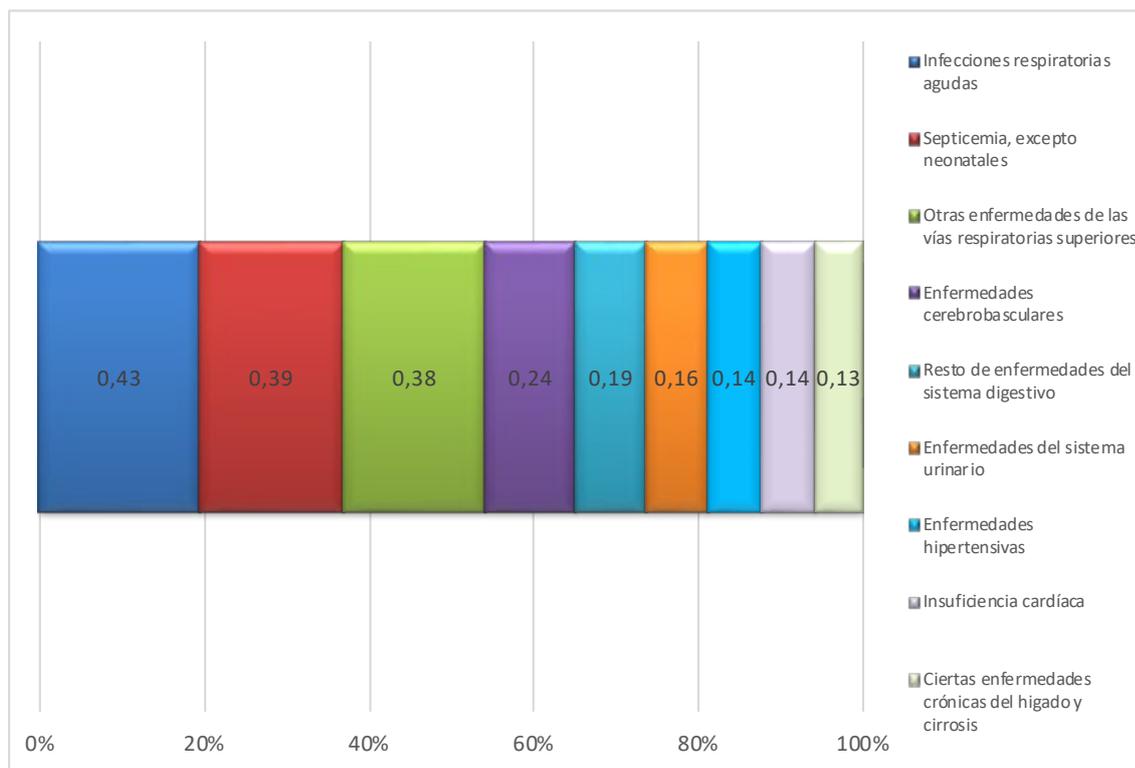
Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Años 2000 - 2010. INDEC. Censos de población Hogares y vivienda 2001 y 2010

El exceso de la mortalidad medido en años de esperanza de vida en las mujeres del nordeste es más elevado que el propio de los hombres.

Es similar al presentado por los varones, aunque presenta un exceso de mortalidad mayor.

Si bien es una región que se está desarrollando y posee niveles de mortalidad bastante altos, los excesos que muestra son más similares a los pampeanos. Ello estaría en consonancia con la concientización ciudadana de las problemáticas como estrategias estatales que ayuden mediante campañas para lograr una mejora trascendente.

Gráfico 59 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por causa. Región noroeste. Varones. Año 2009 – Óptima



Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Años 2000 - 2010. INDEC. Censos de población Hogares y vivienda 2001 y 2010

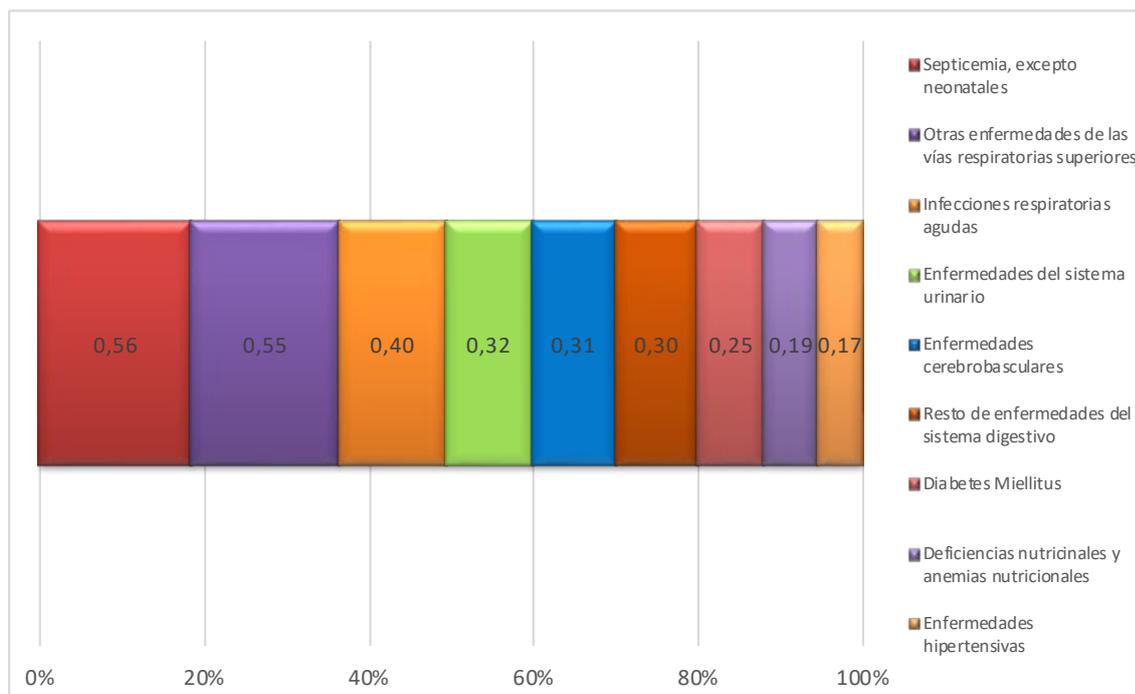
El exceso que se observa en la región del noroeste es similar a la del nordeste, pero con un exceso menor. Aquí el mayor exceso de mortalidad medido en años de esperanza de vida se produce en las diferentes causas vinculadas a los problemas respiratorios y en menor medida las cerebrovasculares.

Es importante notar que la diabetes mellitus no figura entre las principales causas, ni tampoco los trastornos mentales.

Una ausencia importante son las enfermedades tumorales. Si bien esto es positivo dado que no poseen tanto exceso de mortalidad. El aumento de las respiratorias no es un buen signo por su relación con el medio ambiente y la contaminación. Se observa así un empeoramiento de la calidad de vida.

Lejos se está de la tabla óptima presentada.

Gráfico 60 Exceso de mortalidad medidos en años de esperanza de vida por causa. Región noroeste. Mujeres. Año 2009 – Óptima



Fuente: Elaboración Propia en Base a datos suministrados por Ministerio de Salud de la Nación, DEIS. Años 2000 - 2010. INDEC. Censos de población Hogares y vivienda 2001 y 2010.

En las mujeres el exceso de la mortalidad medido en años de esperanza de vida se presenta bastante homogénea en las primeras causas. En las tres primeras se pierden 1.51 años. En este sentido se pierden menos años que la región pampeana.

Las causas donde hay un exceso de mortalidad son principalmente respiratorias, al igual que en los hombres. A diferencia de ellos la diabetes mellitus y deficiencias nutricionales, y del sistema digestivo también son importantes. Es importante tomar nota que la pobreza y la baja calidad de vida son temas aún sin resolver.

Mucho queda por mejorar y aún se está muy lejos de la tabla óptima.

Capítulo 11

11. Conformación y Ejecución de las Políticas Públicas de Bienestar en Salud.

El envejecimiento demográfico y sus consecuencias, así como el proceso del envejecimiento y la transición epidemiológica son procesos en el cual los patrones de salud y enfermedad de una sociedad se van transformando en respuesta a cambios más amplios de índole principalmente demográfica, económica, tecnológica, política, cultural y biológica.

Los países de la región latinoamericana como la Argentina, tal como se viene observando registran un aumento de la longevidad de sus habitantes, situación que se da en todo el territorio nacional pese a su heterogeneidad. Este escenario genera nuevas realidades sociales, que requieren de adecuaciones tanto de las políticas públicas y de bienestar en los servicios sociales públicos y privados, como en los entornos comunitarios.

El fenómeno global del envejecimiento tiene implicancia en varias áreas de manera simultánea como las políticas de salud, economía, cultura, ecología y en el desarrollo del país.

Es importante recalcar que esta etapa de la vida es heterogénea y que no sólo está en función de la edad cronológica, sino también depende fuertemente de contextos socio-culturales. García Ramírez (2016).

Las personas mayores con el devenir del tiempo van perdiendo a diferentes ritmos el control pleno de su accionar diario, su salud en general, también van cambiando su nivel y calidad de vida. Por ello para el país es importante prever las situaciones mientras el aumento de esta población sea modernamente creciente, e ir acomodando las políticas públicas, especialmente las de bienestar en salud para este grupo poblacional, antes de que se conviertan en un problema mayor para el Estado.

Para los autores Frenk y otros (1989) y según sus perspectivas, los niveles de mortalidad se han reducido pero la composición de las causas de muerte es mucho más compleja y heterogénea.

A esta creciente complejidad se agregan los deficitarios sistemas de salud (con importante retraso tecnológico y baja productividad) que, sin haber resuelto problemas antiguos, enfrentan otros nuevos y aún más complejos en los desafíos futuros.

Hay que recordar que Frenk, Barbadilla y otros autores (1991) denominaron transición epidemiológica prolongada polarizada a la desigual trayectoria del descenso y la composición de la mortalidad observada en los países latinoamericanos como la Argentina.

Cómo interpretar la categoría de “política pública” es un debate abierto.

Es importante tener en cuenta que no es lo mismo política social que política pública. En esta tesis se pretende ahondar en las políticas sociales y pese a nombrar las políticas públicas no son el fin último de la misma.

La política social se refiere al planeamiento, intervención y control del gobierno sobre los asuntos sociales a partir de recursos económicos no derivados del ingreso primario del presupuesto, sino de recursos obtenidos de la distribución secundaria del ingreso. Su intervención social es a través de programas institucionalizados en los distintos órganos secretariales o dependencias de gobierno, también hay presencia privada y de ONGs que promueven el cuidado de los adultos mayores, ayudando a la población en estudio, dado que complementan las tareas que no llegan a realizarse desde el Estado.

Por su parte, el concepto de “asistencialismo” significa el conjunto de acciones que ejecutan las instituciones de gobierno con la finalidad de prestar socorro, atención a grupos sociales en desventaja económica, política y cultural. El antecedente del asistencialismo es la beneficencia y la caridad (García Ramírez, 2016).

La esencia de las políticas públicas según García Ramírez (2016) es la participación y la resolución de problemas o necesidades específicas.

Las políticas públicas y de bienestar en salud, representan una arquitectura conceptual compleja y estratégica, en sentido estricto están diseñadas para el desarrollo social.

Suele ser entendida como un conjunto de acciones programadas y administradas de manera “vertical” por el Estado y en la cual se plantean estrategias para atender las múltiples necesidades (en términos de salud, educación, empleo, vivienda, derechos y libertades públicas, entre otras) de la sociedad.

La política pública o de bienestar en salud que es la pertinente a esta tesis, puede ser interpretada como un proceso diseñado no solamente por las estructuras institucionales o de gobierno, sino también por otras esferas sociales como los cuerpos académicos de expertos, iniciativa privada, pero ante todo se requiere de la participación de los pertinentes o interesados directos.

La política pública, en especial la que se encuentra orientada al bienestar es de tipo “horizontal”, donde la participación simétrica de los beneficiarios de un bien público representa un ejercicio democrático y legítimo. Al intentar ser la más inclusiva, es la más difícil de implementar. (González y Ham Chande, 2007).

La ONU indica que lo característico del método participativo es escuchar principalmente a los interesados y darles la oportunidad de intervenir sobre los asuntos a resolver, dado que son los primeros que pueden clarificar y priorizar las necesidades (ONU, 2003).

Se llega entonces a una política pública cuando se ha desarrollado un proceso de madurez, sensibilización y se pudo responsabilizar a los actores políticos institucionales (García, 2006b).

En otros términos, se puede decir que la política pública y de bienestar es un proceso complejo y dinámico en donde la intervención para resolver necesidades sociales se realiza en función del “consenso fáctico”.

Como resultado del avance de la transición epidemiológica, a partir de los 80 años de edad se observa que la mortalidad en las edades avanzadas determina que la probabilidad de padecer limitaciones permanentes se intensifica.

Hablar de la salud en adultos mayores significa atender primordialmente los temas epidemiológicos. La insuficiencia de los programas de salud destinados hacia adultos mayores, experimenta dilaciones en la cobertura.

Hay un aumento de las causales, incidencias y prevalencia de enfermedades donde la familia pasa a ser el soporte cuando el Estado no llega por la falta de la implementación de las políticas necesarias.

La política pública por su parte, tiene por lo menos cuatro facetas indivisibles e interdependientes según García Ramírez (2016), que se describirán a continuación, pero no es tema de esta tesis pese a su relación con el tema:

- 1) Epistemológica: involucra conocer las necesidades materiales de la sociedad. Derivar instrumentos de análisis para la satisfacción de aquellas de manera eficiente y equitativa.
- 2) Económica: abarca el estudio y la planificación correcta de los procesos de producción, circulación y distribución justa de los bienes materiales de una comunidad.

3) Normativa: implica exigir a través de instrumentos jurídico – constitucionales el aseguramiento y /o protecciones sociales insoslayables e indubitables que toda agenda de gobierno está obligada a garantizar.

4) Ético – democrática: tiene que estar direccionada por principios reguladores o universales que den forma, sentido y contenido a toda acción política. Entre ellas se encuentran: principios de justicia y equidad, validez, factibilidad y participación simétrica.

Las funcionalidades estratégicas de la política pública sobre envejecimiento deben tener en cuenta el proceso de articulación entre las demandas encuadradas en el ámbito de la satisfacción de las necesidades biopsicosociales e intergeneracionales de las personas de edad avanzada. García Ramírez (2016).

Las políticas públicas o de bienestar exigen: generar análisis serios y responsables sobre la realidad material (histórico-social) para generar de esa forma un mejor planeamiento, posibles mecanismos de gestión, procedimientos de implementación, monitorización de resultados y evaluación integral del proceso. Estas deben poseer una base de principios universales.

El “principio universal” implica que un bien público sea distribuido en todos los beneficiarios sin distinción alguna (llamado también población abierta). Los “principios particulares” definen la relatividad del beneficio (sectorización o focalización).

Es importante por ello recalcar que esta etapa de la vida es heterogénea y no sólo está en función de la edad, sino también de contextos culturales. Discernir sobre la vejez contribuye a comprender los diversos modos en lo que los grupos humanos envejecen, planifican y asumen su envejecimiento, con todos los cambios que implica para la vida de la persona, así como también de su entorno.

Las personas mayores siguen siendo contribuyentes netos importantes de apoyo tanto al interior de sus familias como de sus comunidades. Del mismo modo, se trata de personas que en su gran mayoría se valen por sí mismos. Es preciso ver este fenómeno en toda su extensión, planificando a tiempo las medidas para garantizar a todos los derechos a una vejez digna. (Cepal, 2003).

Las repercusiones que tiene el aumento de los promedios de vida son, entre otras cosas, un incremento de la proporción de personas de 80 años y más —incluso con la aparición de un cierto número de centenarios— y una extensión del período que media entre la jubilación y la muerte.

Este universo hace que las políticas a implementar sean diferentes según el grupo hacia el cual están dirigidas.

En el cuerpo central de la tesis ya se comentó incluso como ha variado la esperanza de vida de las personas de 60 años que llegan a cumplir 80 años.

La dilación de la mortalidad hacia las edades más avanzadas, propias de las transiciones más desarrolladas, ocasiona el aumento del número de personas que viven varios años padeciendo más de una enfermedad crónica (comorbilidades).

La falta de una adecuada atención de las enfermedades crónicas y comorbilidades por parte de los sistemas públicos de salud afecta con mayor intensidad a las personas de los grupos socioeconómicos bajos, que están más expuestos a los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles y continúan padeciendo enfermedades infecciosas, así como los efectos de las carencias nutricionales.

Por este motivo se trata en esta tesis de relacionar la propuesta y puesta en marcha de las políticas públicas de bienestar en salud como un aporte concientizando las causas de muerte para lograr su descenso y así mejorar su calidad de vida.

A lo largo y ancho de Argentina se ve una modificación de los perfiles epidemiológicos. Las políticas públicas de bienestar tal como se encuentran necesitan ser replanteadas. La población objetivo se halla en pleno cambio de sus características principales, eso debiera ser considerado a la hora de pensar políticas nuevas y más dinámicas.

No es la edad cronológica la causante del incremento, sino el umbral que alcanza la esperanza de vida de cada población (Ham Chande, 2007).

A partir de la década de 1970, tras la celebración de la Convención Americana de Derechos Humanos, se estableció el Pacto de Costa Rica que consagró definitivamente en los países suscriptores, como la Argentina, la prevalencia de la garantía de los derechos humanos individuales o inalienables como son el derecho: a la vida, identidad, integridad física, intimidad, a no ser discriminado, a la imagen, dignidad y honor. El ejercicio de estos derechos es integral y de carácter vitalicio; se debe garantizar que los mantengan cada una de las personas hasta el momento del fallecimiento. (Gascón, Redondo, 2014).

Desde la declaración de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas Mayores de Edad del año 1991, como a partir de la declaración política del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento del año 2002, que marcó un antes y un después para los adultos mayores, es donde se establece primordialmente el tratamiento de los derechos de las personas mayores en políticas y programas. En dicho plan se ha pensado un cambio paradigmático que daría lugar a que los Estados comiencen a tener en cuenta una población olvidada y proporciona una perspectiva conceptual y metodológica para la

innovación de las políticas públicas dirigidas a las personas mayores (Huenchuan y Morlachetti, 2007).

La internación en asilos, hogares o residencias mayormente geriátricas fue, durante siglos y hasta bien entrada la década de 1980, la única prestación pública o privada disponible en caso que las familias no pudieran garantizar la protección suficiente para “sus mayores”, o bien no tengan quien cuide de ellos (Gascón, Redondo, 2014).

Actualmente la tendencia ha cambiado, pues se busca la internación en instituciones públicas o privadas, incluso hospitales lo más tardíamente posible. Quedando como opciones las internaciones ambulatorias, de día, con participación de profesionales (que asisten con diferentes niveles de especialización según la necesidad de la persona), o incluso la propia familia que se adecúa a sus nuevos roles. Se trata entonces de retrasar el ingreso a alguna institución dado que se comprobó que mejora la calidad de vida de las personas mayores. Se las retira de su cotidianeidad lo más tarde posible.

En un documento al que la Argentina adscribió de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre políticas para la región, se enfatizó la necesidad de encarar programas específicos dirigidos a la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles en los países de América Latina (OPS, 2012). En la Declaración de Brasilia, surgida de la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos, propone “la realización de intervenciones en la prevención y atención para mejorar el acceso a los servicios de tratamiento, cuidado, rehabilitación y apoyo a las personas de edad con discapacidad” (CEPAL, 2011, pág.7).

Es de consenso internacional que el programa individualizado sea organizado mediante el “case manager”, o “care manager”, una figura técnica que no tiene traducción acordada en el idioma español pero cuya acepción literal sería “gestor de caso” o “gestor de cuidados”, respectivamente. El gestor es un técnico especializado que debería tratar al adulto mayor como Geronte y no como simplemente Mayor. (Gascón, Redondo, 2014).

Es ideal envejecer en el seno de la propia comunidad. Actualmente, la atención familiar no remunerada está creando nuevas tensiones económicas y sociales al interior de la misma familia. (ONU, 2003).

A partir de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento del año 2002 se transmite a los Estados suscriptores que prioricen los objetivos de estos programas que deben, en todos los casos, mantener una capacidad funcional máxima durante toda la vida y promover su participación plena en la sociedad. Se genera la necesidad de ampliar la oferta de servicios

continuos, tanto de base comunitaria (incluido el domicilio) como institucionales, entre los que las personas mayores con diferentes necesidades o ayuda de un tercero, tengan opciones variadas según sus preferencias, puedan mantener sus estilos de vida y cubrir sus necesidades de atención. (Gascón, Redondo, 2014).

Cuando los adultos mayores se encuentran en la necesidad de institucionalizarse es necesario que existan lugares acondicionados correctamente, con los profesionales y voluntarios necesarios, y profesionales que asesoren el modo de llevar a la práctica esta decisión.

En la actualidad, los servicios de largo plazo principalmente, para personas con dependencia son variados. La Organización Mundial de la Salud (OMS), los define de la siguiente manera: “El cuidado a largo plazo es el sistema de actividades realizadas por los cuidadores informales (familia, amigos y/o vecinos) y/o profesionales (sanitarios, sociales y otros) para asegurar que una persona que no es plenamente capaz de su autocuidado pueda mantener el más alto nivel de calidad de vida posible, de acuerdo con sus preferencias individuales, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana” (WHO, 2002, pág.6).

El problema se suscita en “campo” para las personas de escasos recursos, dado que PAMI se ve sobrecargado y la realidad es que no llega a cubrir todas las demandas de sus usuarios. Muchas veces la realidad marca que la ayuda domiciliaria llega a destiempo y produce una mayor vulnerabilidad en los adultos mayores, pudiendo también dificultar las posibilidades de recupero o incluso provocar que dicho recupero no sea factible.

Los servicios de apoyo y cuidado a las personas mayores con dependencia poseen la peculiaridad de combinar dos tipos de programas de diferente índole: servicios sanitarios y servicios sociales. La evaluación de la calidad de los servicios sanitarios enfatiza los aspectos médicos y técnicos del cuidado y su eficacia para alcanzar el mejor nivel de salud posible (derecho a la vida). La valoración de la calidad de los servicios sociales se centra en la satisfacción del usuario, tanto en sus expectativas como de sus necesidades (calidad de vida). (Gascón, Redondo, 2014).

El contexto del hábitat de los adultos mayores, en particular los aspectos edilicios pueden favorecer o limitar la autonomía y la integración social (derecho a la libre circulación, a la intimidad, a la privacidad y a la dignidad) (IOM, 2001).

En la actualidad, los países pioneros en la implementación de servicios de largo plazo han desarrollado programas acerca de la excelencia en los servicios que establecen estándares mínimos y máximos para cada tipo de servicio. (Gascón, Redondo, 2014).

Los autores Gascón y Redondo (2014) sostienen que las reformas de la seguridad social de gran parte de los países de Europa continental tendieron hacia la des-familiarización de sus sistemas. Las reformas obedecieron a la necesidad de adecuación ante los nuevos escenarios demográficos.

Por este motivo, comienza a reconocerse en la región y en nuestro país en particular que existe una importante necesidad de incorporar “los servicios sociales para fortalecer la autonomía” (Huenchuan, 2011, pág.166) como un nuevo pilar de los sistemas de protección social.

En el caso europeo y de América del Norte (Estados Unidos y Canadá) existe una tradición de la protección social que sigue, en líneas generales, las tres grandes corrientes definidas por Esping-Andersen (1990) en su clásico estudio de los estados de bienestar occidentales, comentadas por Gascón y Redondo (2014):

1-Un modelo de protección universal que reconoce derechos ciudadanos y está basado en impuestos (países nórdicos, Holanda y Canadá).

2-Un modelo de protección a través de la seguridad social, subsidiario de la protección familiar, basado en las contribuciones sobre la nómina salarial que se acumulan en un fondo propio para gastos definidos, administradas bajo ese régimen (países del centro de Europa, Alemania, Austria y Luxemburgo).

3-Un modelo asistencial público de protección básica (residual), basado en impuestos generales, que proporciona protección limitada y, en el caso de los servicios sociales, solamente a grupos sin recursos suficientes, excluyendo por lo tanto a las clases medias (países del sur de Europa; un caso especial es Estados Unidos).

En los países nórdicos y Canadá, los servicios de protección ofrecen prestaciones universales según el nivel de dependencia y tienen en cuenta la situación económica de los usuarios solamente a los fines de establecer los co-pagos que deben realizar. El sistema es, esencialmente, prestador de servicios.

Los países del sur de Europa, entre los que se exceptúan España e Italia que han reformado sus sistemas, siguen la tradición asistencialista de carácter público, que presta servicios básicos limitados a personas con dependencia sin recursos económicos. (IMSERSO, 2004).

Según los autores Gascón y Redondo (2014), en Argentina la habilitación, evaluación y fiscalización de las instituciones de larga estadía para personas mayores está descentralizada: la establecen y ejecutan los niveles sub-nacionales de gobierno, vale decir,

provincias, jurisdicciones y municipios. No hay regulación nacional alguna del servicio de internación geriátrica o gerontológica.

Hay algunas Obras Sociales que en caso de ser necesario tienen a cargo la institucionalización de sus mayores, tal es el caso entre otros de OSPLAD, IOMA, OSPOCE, etc.

Las normas establecidas hasta el momento se orientan básicamente a supervisar la estructura y los procesos. No se publican normas para la evaluación de su calidad.

Se ofrecen dos tipos de prestaciones institucionales: por un lado, internación geriátrica con control médico e internación geriátrica con asistencia psico-geriátrica. Por otro lado, se ofrece la modalidad de Centros de Día, destinados a la rehabilitación psico-social.

En el caso de las residencias del Estado Nacional para personas mayores que dependen de la Dirección Nacional de Políticas para el Adulto Mayor (DINAPAM), se observa un cambio de orientación en su reglamentación para el funcionamiento interno.

En la actualidad se produce un cambio importante para destacar: las admisiones en las residencias para personas mayores de 60 años deben reunir principalmente los siguientes requisitos:

1) Podrán residir en instituciones del tipo RPM aquellos adultos mayores que debido a la ausencia o al grado de deficiencia en algunas de sus capacidades bio-psico-sociales para el desarrollo y las actividades de la vida diaria, no puedan ser auto-válidas y/ o cuidadas por miembros de su grupo primario, ni por personal capacitado dentro de su ámbito natural.

2) No poseer bienes propios. En caso de percibir jubilación o pensión, o contar con otros recursos, el monto de los mismos no superará aquellos fijados por el valor expresado en pesos de la medición actualizada de la línea de pobreza.

Este punto se encuentra en pleno debate ya que, en muchos casos, aunque perciben un ingreso mínimo o poseen una vivienda propia no llegan a cubrir sus gastos. Téngase en cuenta que los tratamientos y los cuidadores (independientemente si son formales o informales) son muy onerosos.

3) No poseer obra social o cobertura de salud que brinde prestaciones geriátricas y/o gerontológicas.

Muchas personas intentan mantener la obra social que tenían como aportes derivados de sus ingresos cuando eran activos, o bien se la sostienen familiares. Ello hace que no puedan percibir el beneficio de cobertura domiciliaria o prestaciones gerontológicas.

4) No padecer deterioro en su salud mental muy avanzado, dado que ello requiere de otro tipo de tratamiento.

El cambio tanto demográfico como del paradigma actual, conlleva a la necesidad de ampliar los servicios de base comunitaria para personas con dependencia. Debería quedar instalada en la agenda pública de nuestro país.

Para resolver cosas menores, existe una amplia y extensa red de centros de jubilados y clubes de la tercera edad que se localizan en todo el territorio nacional, son canales de distribución de servicios públicos específicamente dirigidos a personas mayores de sus comunidades de pertenencia. Estas formas también son altamente burocráticas.

Una persona de clase media baja posiblemente no acceda a los mismos beneficios.

Finalmente, en Argentina se desarrollan programas de capacitación técnica de cuidadores domiciliarios gerontológicos. La currícula incluye formación teórica y práctica.

En la Argentina, la capacitación de cuidadores domiciliarios está a cargo de la Dirección Nacional de Personas Adultas Mayores (DINAPAM) y el empleo se coordina mediante la firma de convenios con obras sociales nacionales y provinciales; por ejemplo, Resolución IOMA 3558.

El programa tiene un componente de capacitación y otro de promoción de sistemas locales de cuidados. A través de convenios con obras sociales nacionales y provinciales se estimula el desarrollo de prestaciones domiciliarias, así como la constitución de cooperativas de cuidadores.

En el Estado pueden hallarse unidades ubicadas en diferentes ministerios que cumplen funciones similares (programas de complementación nutricional en Salud y Educación); Se agrega a ello lo que hacen entidades públicas subnacionales tales como: provincias, departamentos o municipios.

Hay, administraciones especializadas (fundaciones, corporaciones, institutos, patronatos, etc.) que no están sujetas a relaciones jerárquicas con los ministerios, aunque reciben recursos públicos, como ONG, empresas sin fines de lucro, que son aquellas instituciones que finalmente terminan ocupando el espacio vacío que deja el mismo Estado.

En las políticas sociales, hay que lograr una contundente identificación de la población-objetivo, sin ello es imposible centrar los esfuerzos y obtener resultados trascendentes; luego se debe poder lograr la medición de impacto, y de este modo realizar los controles necesarios para ver la efectividad de lo propuesto en relación a lo supuesto.

Por ello, se requiere una autoridad social que, sin perjuicio de la máxima colaboración con la autoridad económica, esté en condiciones de orientar al conjunto de las instituciones creadas para llevar a cabo las diferentes políticas sociales, coordinando a los distintos sectores intervinientes. Franco y Székely Pardo (2010).

Las enfermedades infecciosas agudas son sensibles a las campañas tradicionales de la salud pública, basadas en el saneamiento ambiental, la vacunación y el control de los transmisores.

Falta una mayor difusión oficial a tiempo en la prevención de enfermedades y lograr la cronicidad de las mismas. Se debería tener un Estado más activo al respecto.

A partir de la década de 1990 comenzó en los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) la preocupación estatal por los servicios de atención existentes y la ayuda disponible.

Se generaron en los países europeos como en los de América del Norte, Oceanía y Japón alternativas innovadoras, con perfiles de servicios diversificados, que en la actualidad se proponen confluir de manera integrada para proporcionar el mayor bienestar.

En nuestro país se suele considerar que la atención de las personas mayores en situación de fragilidad y dependencia es un problema de índole privada. La realidad lleva a pensar que la modernidad obliga a cambiar este paradigma de forma urgente.

Los servicios de atención médica se han adaptado a las necesidades de las personas con mayor estado de dependencia. Se verifica en la actualidad el crecimiento de la oferta de servicios médicos en domicilio dirigidos a pacientes que presentan morbilidades complejas.

Se encuentran identificadas algunas situaciones a tener en cuenta como: disminuir el número de consultas al servicio de emergencia del hospital, realizar programas preventivos entre los que encontramos: prevención de caídas y vacunación como la antigripal y para prevenir las neumonías, seguimiento de enfermedades trazadoras (insuficiencia cardíaca, síndromes demenciales, EPOC, inmovilidad post fracturas de cadera, etc.). También se encuentran propuestas de talleres de entrenamiento para cuidadores entre otros. Franco y Székely Pardo (2010).

El gobierno central no puede transferir sus responsabilidades sociales, que fundamentalmente se basan en asegurar una canasta de bienes y servicios, cuyo contenido y dimensión dependerán del nivel de desarrollo alcanzado por el país.

El paradigma tradicional reservaba al Estado la totalidad de las funciones, esto es, el diseño, financiamiento, implementación, control y evaluación de los programas sociales. Podría trasladarse a otros actores la responsabilidad de la implementación. Reúne, por tanto, sólo una descentralización operativa (Gascón y Redondo; 2014).

No todo el territorio nacional posee las mismas necesidades y en los mismos tiempos. Poder identificar las necesidades permite ser más eficientes y eficaces.

La descentralización podría ser una instancia adecuada para implementar la focalización, llegando así a poblaciones más específicas y por ende realizar una mejor distribución de recursos. También evitaría en muchos casos la superposición de diferentes organismos que de diferente modo hacen lo mismo, quedando finalmente la tarea inconclusa por superposición.

Se ha comprobado que los programas sociales con activa participación comunitaria en su diseño, gestión y evaluación, tienen resultados muy superiores a los programas de corte tradicional burocrático y vertical.

Hay programas sociales dedicados a la compensación social. Se dirigen a personas que no poseen accesibilidad a la sociedad y a la producción, a las que se les transfieren recursos para su sobrevivencia. Tal el caso de los planes sociales sin contraprestación alguna.

La compensación social es, por tanto, el cumplimiento de una responsabilidad estatal, que surge cuando se han omitido otras responsabilidades constitucionales previas.

La educación y la salud, cumplen la función básica de asegurar la formación de capital humano, factor clave para que la sociedad esté en condiciones de crecer con el aprovechamiento de la ciencia y la tecnología en una sociedad del conocimiento. Este debería ser el mecanismo en el tiempo del reemplazo de los planes sociales.

La política social tiene que ser integral. Sin embargo, en la práctica, es posible comprobar que se caracteriza por la fragmentación institucional y la desarticulación, lo que suele conducir a la descoordinación, a la duplicación y al desperdicio de recursos. Lo opuesto a lo deseado. (Gascón y Redondo; 2014).

Para poder identificar los elementos que conforman una política institucional, es necesario primero definir el concepto de institucionalidad. Para los fines de nuestro análisis y esta tesis

en lo particular, partimos de la definición de Eisenstadt (1979) que destacan los autores Gascón y Redondo (2014): se considera que las Instituciones sociales son los núcleos básicos de la organización social, comunes a todas las sociedades y las que se ocupan de la problemática fundamental de toda vida social ordenada.

Estas características garantizan de alguna manera que las políticas propuestas cuenten con tres atribuciones altamente deseables, y complementarias entre sí: continuidad, eficiencia y eficacia. Sin ellas no se sabe si la implementación es oportuna y adecuada para los adultos mayores que la requieran, más allá de su situación socioeconómica. (Gascón y Redondo; 2014).

En la ejecución de la política social coexisten al menos dos o tres actores: gobierno nacional, subnacionales (Jurisdicciones, Provincias, Departamentos), y los Municipales. Conceptualmente pueden distinguirse las “ventajas comparativas” de cada actor en el marco de las acciones de política social, la coordinación entre ellos requiere de mecanismos formales en su definición.

Otra participación necesaria e importante es la sociedad civil organizada.

El Gobierno Nacional cuenta con ventajas en la aplicación de las políticas de alcance nacional o de equilibrios regionales, mientras que los Municipios son la instancia ideal para el diseño y la ejecución de programas y acciones que atienden la problemática específica a nivel local.

- Establecimiento de objetivos concretos en un Plan o Programa Nacional.
- Definición y adopción de indicadores de evaluación del cumplimiento de objetivos.
- Marco jurídico estableciendo responsabilidades, facultades y atribuciones por actor.
- Presupuesto para poner en funcionamiento los planes.
- Contraloría social e instancias de participación y atención ciudadana.
- Elaboración de Reglas de operación para los Programas y Acciones.
- Confección de padrones de beneficiarios.

Es importante enfatizar que estos elementos son solamente una primera propuesta que intenta operacionalizar el concepto. Se reconoce que además de ser perfectible, es posible que algunos de los elementos no sean relevantes para todos los objetivos por igual. (Gascón y Redondo; 2014).

Las instituciones que llevan a cabo la política social dependen directamente de la Presidencia de la Nación. Existe un Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales instituido como un espacio articulador de la planificación y la coordinación de las políticas sociales nacionales, mediante la formulación de las políticas y su definición.

El Ministerio de Desarrollo Social es el responsable principal de atender las áreas de alimentación, familia, desarrollo local y social, así como asistir al Presidente y al Jefe de Gabinete de Ministros en todo lo inherente al desarrollo humano y asistencia social. (Gascón y Redondo; 2014).

Capítulo 12: Propuestas de la Tesis

12.Propuestas generales de esta tesis:

12.1 Inserción, y mantenimiento de la calidad de vida del adulto mayor

12.1.1 Impacto positivo en el Envejecimiento flexibilizando las condiciones de retiro

Los cambios que se proponen para el cuidado de los mayores se encuentran en las siguientes propuestas.

La población mayor puede otorgar beneficios a las empresas si conjuntamente con el Estado plantean una salida para aquellos individuos que pese a la edad no desean retirarse exactamente a la edad jubilatoria, tal como la ley indica.

Producto del alargamiento de la vida, una persona saludable, es una persona activa que aún tiene mucho para dar.

El rol de las personas a partir de los 55/60 años cambia al interior de las empresas. Poseen el know how necesario para compartirlo con los individuos que lo sucederán. Aquí se puede organizar una transición ordenada donde el mayor transmita su conocimiento y expertise, cumpliendo el rol de mentor y el más joven aprehendiendo las tareas a realizar y a su vez agiornar al mayor en cuanto a tecnologías y nuevos avances.

Esto permitiría que el adulto mayor al jubilarse permanezca activo pudiendo realizar reemplazos por licencias, enfermedades de largo tratamiento, beneficiando así a la empresa que no debe capacitar a una nueva incorporación.

Los factores a tener en cuenta por los cuales un individuo desea seguir activo son: el cambio en su status económico, social y cultural que hacen a su modo de vida y la relación con su entorno.

Es deseable que la jornada se vuelva flexible o sea una jornada laboral reducida.

Es importante que el Estado establezca pautas y regulaciones para poder tener menor carga impositiva para el empleador durante los años de transición, de modo tal que este proceso sea llevado a cabo compartiendo en conjunto con las mismas el retraso del retiro hacia la jubilación y de ese modo cambiar la ecuación de la cantidad de aportantes activos aliviando la problemática actual de la argentina en lo particular y a nivel global.

Consecuentemente ambos ganan, el Estado vería reducido el tiempo que paga las jubilaciones completas y aumentando la masa de asalariados que contribuyen con el sistema. Las empresas tendrían un mayor beneficio por seguir manteniendo en su staff a personas que

ya se encuentran en edad jubilatoria y que reduce el tiempo de capacitación de la nueva generación.

La población económicamente activa se verá incrementada reduciendo el desempleo y el Estado recibirá mayores contribuciones.

En esta nueva transición hay que capacitar más intensamente a las generaciones no tecnológicas, integrando los mundos de los jóvenes y los adultos mayores.

Elaborar un registro de las personas mayores que desean trabajar y saber cuál es su expertise sería óptimo para las empresas y el sistema. Del mismo modo ayudaría a la integración de los adultos mayores con su inserción en el mundo laboral.

Concomitantemente las Universidades deberían ofrecer en su currícula carreras de menor duración que las licenciaturas ya existentes que permitan al adulto mayor reinsertarse o permanecer más tiempo en el mercado laboral de forma independiente o no según la circunstancia que se presente.

Ello lleva a pensar que hay mucha mano de obra que puede reinsertarse en el mercado laboral, pero con algunas variantes y con otras condiciones.

Es necesario pensar que, en la actualidad, una persona desde los 60 años hasta edades cercanas a los 75 aún se sienten plenamente activas y no todas pueden sostenerse sin trabajar para no limitar su autonomía de vida. Nuevos tiempos, nuevas problemáticas, nuevas metas.

12.1.2 Salud y bienestar para el adulto mayor

Son tres los actores necesarios para la atención del adulto mayor: Estado, ONGs y familias.

Un avance importante para el tratamiento de las personas es implementar la Historia Clínica por el sistema Portal Web a nivel nacional.

Santa Fe y CABA ya se encuentran realizando esta tarea, pero aún de modo local.

Entregar y/o colocar pulseras o ciertos dispositivos a utilizar en el interior del hábitat como en el espacio exterior que avisan cuando la persona se ha caído, cuando se le altera el pulso, si sufre un episodio de desorientación temporario, una baja importante en su glucemia, etc.

Implementar el otorgamiento de plataformas que ayudan a movilizar al adulto mayor cuando la discapacidad se encuentra en las piernas. De este modo se simplifica el traslado de la persona reduciendo el costo por traslados innecesarios al centro sanitario.

Hacer más asequible el transporte como normativa del estado para las personas mayores y para los que poseen ciertas dificultades. Implica una mejora en la integración del adulto mayor.

Lo enunciado anteriormente es un modo a mi entender que reduciría el costo por accidentes de la seguridad social en lo relativo a insumos, hospitalización, coadyuvando a la problemática de la cama caliente hospitalaria y prolongando la independencia del adulto mayor.

Las estrategias de salud pública que se han adoptado frente al envejecimiento de la población han sido claramente ineficaces hasta la actualidad. La salud de las personas mayores no acompaña el ritmo de crecimiento de la longevidad; las marcadas inequidades son evidentes, del mismo modo que los sistemas de salud actuales no están adaptados a la atención que necesita la población de edad avanzada.

Los modelos de cuidados a largo plazo son a la vez inadecuados e insostenibles; y los entornos físicos y sociales presentan múltiples obstáculos, carecen de incentivos para la salud y la participación tanto de las instituciones como de las personas responsables de la población en estudio.

Más allá de las pérdidas biológicas, la vejez con frecuencia conlleva a otros cambios importantes que por diversas circunstancias suelen ser dejados de lado. Se trata primordialmente de cambios en los roles y las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas.

Como forma de evitar lo anteriormente expuesto y para que el adulto mayor conserve su identidad es necesario que el estado y sus organizaciones pertinentes tomen cuenta de ello y se ponga en práctica lo antes expuesto a través de reglamentaciones firmes.

Ello llevó a prestar especial atención a las siguientes necesidades claves:

- ❖ tener en cuenta la heterogeneidad de las experiencias en la vejez y asegurar la pertinencia de las estrategias para todas las personas mayores, independientemente de su estado de salud;
- ❖ evitar la desestimación de las personas adultas mayores por medio de estereotipos y preconceptos discriminatorios por motivos de edad a través de una campaña al respecto;

- ❖ empoderar a las personas mayores con el objetivo de lograr que se adapten mejor a los desafíos que enfrentan y al cambio social que acompaña el envejecimiento de la población.
- ❖ tener en cuenta los entornos en los que viven las personas mayores;
- ❖ tener en cuenta la salud desde la perspectiva de la trayectoria de funcionamiento de la persona mayor, en lugar de la enfermedad o la comorbilidad que presenta en un momento determinado de su vida.

Para lograr las soluciones a los ítems antes expuestos se propone implementar y organizar programas para equipos interdisciplinarios formados por: asistentes sociales, psicólogos, cuidadores, ONGs, kinesiólogos y enfermeros.

Sería relevante comenzar a difundir, valorar y lograr lugares de formación para la figura de los Cuidadores formales e informales, como contribución al cuidado del adulto mayor y a su vez lograr nuevos trabajos.

Creo que de este modo se evitaría gastos duplicados de distintos ministerios para una tarea, preservando la salud social del adulto mayor.

Es importante mantener activas las campañas de vacunación y asegurarse de su cumplimiento.

Las campañas deben extenderse a otros temas como: hipertensión, detección y cuidados de la diabetes de la tercera edad, enfermedades cardíacas, respiratorias, renales, extinción de la enfermedad de Chagas, y lograr la erradicación definitiva de la tuberculosis enfermedad que ha reaparecido y que visibiliza la pauperización de la situación económica y social del adulto mayor.

Incentivar el uso de los gimnasios instalados en las plazas para realizar ejercicio e instalarlas en aquellas ciudades que no cuentan aún con las mismas.

Concientizar de la realización de ejercicio físico desde más temprana edad para que el adulto mayor ya lo tenga incorporado y continúe con esa rutina.

A medida que se envejece sería importante el reemplazo del Médico de cabecera por un médico gerontólogo.

Conjuntamente con la práctica médica gerontológica debería diferenciarse el estado de cada paciente, para conocer su grado de complejidad y saber en caso de necesitar una internación, cuál sería su destino más adecuado. (centro de día, geriátrico, hospital, etc.).

Desde lo tecnológico se destaca un avance sumamente interesante. Sistema de teleconferencia en el cual se contacta al individuo con los prestadores y estos garantizan su bienestar a través del contacto, inclusive contactándolo en la pantalla con sus familiares. Del mismo modo se garantizan de recordarles la administración diaria y correcta de sus insumos.

En muchos casos las casas de día serían otra solución. Ayudan a aliviar la presión familiar y se realiza un mix entre la institución y el hogar familiar.

Falta desarrollar más la integración plena de este tipo de instituciones y hacerlos más asequibles a toda la población adulta mayor.

No interesa el grupo social de pertenencia, estas deberían ser políticas públicas sociales y de bienestar que lleguen a cada persona que se encuentre jubilada.

En el caso de las provincias de Buenos Aires, San Luis, Entre Ríos y CABA son las que más han desarrollado opciones para los adultos mayores, sin embargo, aún queda mucho trayecto por recorrer.

Debería lograrse que los recursos de la SSS lleguen en tiempo y forma a los beneficiarios en estado crítico. Actualmente eso no sucede. El gasto se realiza de todos modos y el adulto mayor fallece.

12.1. 3 Reorganización y mejoramiento del modo de vida para el adulto mayor

Desde el punto de vista habitacional es interesante la construcción de viviendas destinadas a los adultos mayores con exclusividad. Es importante que haya gente idónea para la atención con diferentes grados de complejidad, permitiendo que el adulto mayor viva de forma independiente dentro de sus posibilidades y sociabilizado.

Uno de los modos de lograrlo es que se acceda a este sistema mediante la entrega de su propiedad al sistema o por el pago del mismo.

Otra forma de reorganizar a un adulto mayor es la posibilidad de vivir con un estudiante o algún joven que intercambie el alojamiento provisto por el mayor a cambio de la ayuda que puede recibir de los jóvenes para completar sus tareas diarias. Incluso tener con quien comunicarse.

Si bien ya hay algunos lugares con estas características, suelen ser todavía muy exclusivos para los estratos superiores.

Un sistema que se lleva a cabo diariamente en algunos países europeos, Israel entre otros, de fácil implementación es llevar a las personas mayores para que puedan pasar el día en una institución similar a una escuela y luego son traídos de regreso a sus hogares. Allí realizan entre otras cosas, tareas de esparcimiento, lectura, juegos que ayuden a mantener ágil, sana y activa la mente pudiendo optar por diferentes clases de gimnasia, talleres de pintura, escultura, jardinería, literatura, adquirir diferentes aprendizajes tecnológicos, idiomas, danzas, juegos específicos como ajedrez, y algunos oficios.

De este modo se logra que puedan sociabilizar y no sientan un profundo sentido de soledad. Permanecen activos de diversos modos. Reciben allí las comidas más básicas o viandas para que las lleven a sus hogares y no tengan la necesidad de cocinar.

Este sistema logra mejorar la calidad de vida de los adultos mayores contribuyendo a su felicidad. Esta medida daría un nuevo nicho de trabajo para educadores y cuidadores.

12.2 Objetivos a lograr desde el compromiso empresarial

El proceso del envejecimiento de la población ofrece a las empresas una doble oportunidad: en primer término, pensar en desarrollar nuevos productos y servicios, así como fomentar una nueva cultura ciudadana y empresarial que incorpore la idea de ayudar a un envejecimiento activo y saludable, ello requiere alianzas y trabajo conjunto entre los principales agentes sociales.

En segundo lugar, crear una cultura empresarial para adecuarse al envejecimiento activo. Implica contemplar el envejecimiento como un proceso complejo y por sobre todo multidimensional, que afecta a distintas áreas de la empresa e incorpora una visión dinámica relacionada con la evolución vital que se perciba de forma integral desde diferentes ángulos: recursos humanos, producción, marketing, responsabilidad social corporativa, acción social, alianzas, estrategias, y desarrollo de cultura organizativa donde predominen estilos, hábitos, conocimientos y habilidades comprensivas de este proceso.

El reto es contestar a la pregunta ¿Qué crea simultáneamente mayor bienestar social y mayor competitividad empresarial a mediano y largo plazo? Hasta ahora ni la actividad ni el propio interés general empresarial han demandado una profundización en el estudio de este desafío. Ello conlleva a plantear una problemática que se va a hacer presente cada vez con mayor velocidad.

Sería interesante proponer una política pública de bienestar que busque soluciones sobre el proceso del envejecimiento como aporte de ese sector social. Para ello inicialmente sería necesario considerar:

- ❖ promover una mayor participación activa en grupos interdisciplinarios que tengan más cercanía a su actividad y mayor efecto multiplicador en la que se incluya a las personas mayores como parte del equipo integrador.
- ❖ Desarrollar políticas orientadas a la sensibilización empresarial en temas claves.
- ❖ Tener en cuenta las recomendaciones aportadas por Asociaciones, Instituciones y Organizaciones institucionales que ya tienen experiencia en la integración.
- ❖ Prolongar la vida laboral de forma voluntaria, en particular para aquellas profesiones y trabajos de contenido intelectual. Trabajar conjuntamente con el Estado.
- ❖ Establecer procedimientos donde se pueda ver un mejor aprovechamiento del capital social de las personas mayores al servicio a la comunidad.
- ❖ Introducir en las Universidades las figuras del mentor para el emprendimiento y para el empleo que apoye a los jóvenes egresados en los inicios de la actividad empresarial y en la búsqueda de su primer empleo, utilizando el valor de la experiencia y del conocimiento de las personas mayores en estos ámbitos. De este modo se integran y trabajan en forma conjunta especialmente los líderes actuales con quienes lo van a reemplazar en un futuro mediato.
- ❖ Intensificar la colaboración del sector público-privado para desarrollar mejor los beneficios para ambas partes.
- ❖ Lograr que las empresas comprendan que los adultos mayores son un Capital social y no una carga o un costo.
- ❖ Fortalecer las campañas de promoción a la salud y protección a los derechos humanos.
- ❖ Lograr que las empresas gastronómicas tomen en cuenta a los adultos mayores con aptitudes pertinentes para la atención en los locales.

12.3 La educación como un puente hacia la inserción del adulto mayor en la sociedad actual.

En estas nuevas sociedades donde sus pilares son tecnológicos, con alto poder de información constante y una nueva forma de comunicación entre los individuos conlleva a sentimientos peligrosos para aquellas personas y colectivos incapaces de adaptarse a ella.

El riesgo de los nuevos analfabetismos (informático, tecnológico, técnico, científico, etc.) constituye un verdadero obstáculo para estas sociedades, ya que si no generan suficientes y adecuadas oportunidades para su erradicación aumenta la desigualdad, inequidad y exclusión entre sus miembros y colectivos.

La “alfabetización informática” se refiere a la posesión de capacitación imprescindible para sobrevivir en una sociedad de la información. Es interesante lograr iniciativas que capaciten a las personas para poder escribir un texto, hacer una búsqueda por Internet, usar una hoja de cálculo electrónica, copiar información de un ordenador a otro o enviar un email. En este nivel, son frecuentes algunas barreras de las personas mayores frente a las TICs.

Esta tarea podría realizarse dentro de las universidades.

Una de las funciones de aprender a lo largo de la vida es minimizar este “peligro” y lograr que la sociedad de la información no pierda su dimensión humana.

- El aprendizaje a lo largo de la vida debe considerarse como un derecho de los ciudadanos.
- La educación de adultos es un valor social y económico: genera puestos de trabajo, impulsa la actividad económica y mejora la competitividad. Un adulto mayor puede desde su hábitat hacer trabajos independientes.
- El aprendizaje aporta efectos positivos al envejecimiento en los planos personal y social. Conceptualización sostenida por la neurociencia.
- Sería importante que las Universidades entiendan esta problemática e implementen con celeridad programas para integrar al adulto mayor a la nueva sociedad.

Capítulo 13

13. Conclusiones

A lo largo de la tesis se realiza un estudio sobre los procesos de envejecimiento y sus causas de muerte en la población adulta mayor de 60 años y más en Argentina, en sus regiones y provincias en el período 2000-2010. Se considera que la misma busca realizar un aporte de información para la futura planificación de políticas públicas de bienestar social y salud que den respuestas a las posibles transformaciones demográficas y sociales que impactarán en la vida cotidiana, originando cambios y consecuencias inevitables.

El análisis propuesto ayuda a comprender en qué situación se encuentra en el área de la salud cada región y provincia argentina dentro de la población y período estudiado, y de esta forma se contribuirá a fomentar la focalización de las políticas públicas de bienestar y salud, que ayuden a mejorar las condiciones de la población.

Desde los estudios clásicos demográficos se utiliza la Esperanza de Vida al Nacer como la medida más adecuada para analizar la mortalidad. En esta tesis se avanza en el desarrollo conceptual teniendo en cuenta los AEVP (Años de esperanza de vida perdidos) para entender qué porcentaje de población se pierde según las causas de muerte puntualmente, pudiendo así identificar cuáles podrían ser buenas políticas públicas de bienestar en salud para ayudar a comprender cómo se podrían controlar y disminuir dichas causas, mejorando la calidad de vida de la población y consecuentemente aumentando la esperanza de vida.

El aspecto del envejecimiento que traerá mayor impacto social y económico, será el relacionado con las condiciones de salud de la población. Por una parte, se siguen atendiendo las enfermedades infecciosas para seguir bajando la tasa de morbilidad, y por la otra, se requiere la implementación de acciones encaminadas a disminuir las tasas de mortalidad por enfermedades no transmisibles en una población que está transformando su predominio etario, de materno-infantil hacia uno adulto y adulto mayor.

Durante el desarrollo fue necesario analizar la incidencia de los factores de riesgo vista a través de las diferentes categorías de causas de muerte. Se analizó los cambios en las causas de muerte, propios del envejecimiento poblacional, que ayudan a comprender qué políticas públicas de bienestar en salud serán necesarias para acompañar las modificaciones en la calidad de vida para los adultos mayores. Específicamente, a través de los AEVP es donde se puede observar con mayor detalle los cambios producto de las variaciones de las causas de muerte en la población de nuestros mayores.

Si concebimos al proceso de la transición epidemiológica como aquel a través del cual el cambio en la estructura de las causas de mortalidad implica un significativo aumento de la esperanza de vida al nacer y un consecuente cambio en el peso relativo de las defunciones desde las edades más jóvenes hacia las más avanzadas, se pudo observar que la Argentina se ha desarrollado favorablemente, pese a haber atravesado a lo largo de la década 2000-2010 por dos importantes crisis. Las muertes de los adultos mayores ya superan el 70% de las muertes totales del país.

La vejez es una etapa de la vida y el envejecimiento es un proceso que ocurre a lo largo de la misma. Ambos objetos de conocimiento son multidisciplinarios puesto que el ser humano es una realidad bio-psico-social.

Como dice el Dr. Facundo Manes: se empieza a envejecer el día que se nace.

Se consideran al menos 4 tipos de edades a ser tenidas en cuenta:

- Edad cronológica: es el número de años transcurridos desde el nacimiento de la persona.
- Edad biológica: está determinada por el grado de deterioro de los órganos.
- Edad psicológica: representa el funcionamiento del individuo en cuanto a su competencia conductual y adaptación.
- Edad social: establece el papel individual que debe desempeñar en la sociedad en la que el individuo se desenvuelve.

Frente a un escenario de envejecimiento poblacional y una avanzada transición epidemiológica que implicará una mayor demanda de servicios de salud, los principales desafíos a afrontar son, por una parte, establecer estrategias destinadas a disminuir los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles y lograr una mayor equidad en la atención en salud y disminuir los condicionantes sociales de la salud a lo largo de la vida en general y en las personas mayores en particular.

Una visión relevante es que no es la actividad social per se la responsable de la satisfacción vital, sino el sentido que el sujeto logró encontrar o darle a la actividad que eligió asumiendo un nuevo rol.

El envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres

vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales.

El proceso del envejecimiento, se transforma en un problema si no se lo planifica, hecho que por otro lado es propio de las sociedades modernas.

El envejecimiento activo y saludable puede ser definido como el proceso para la optimización de las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad, e incrementar de este modo la calidad de vida de las personas de edad avanzada (OPS, 2005). Los adultos mayores son entonces, un factor de población que está experimentando un crecimiento acelerado, y presenta necesidades diversas. Esto hace pensar que la Argentina de hoy no se encuentra preparada para darle respuestas ni al volumen poblacional ni a sus nuevas demandas (OPS, 2005).

Cuando se hace referencia al envejecimiento activo, el término “activo” hace mención a una participación continua en aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo. Lo anterior lleva a concluir que el concepto de envejecimiento es único para cada persona, la cual decide cómo desea vivir esa etapa de la vida, si desde la perspectiva de la enfermedad o de la salud, desde el optimismo o con actitud negativa, la cual está influida directamente por el contexto donde esté inmersa.

En esta tesis no se pretendió hacer un análisis exhaustivo del envejecimiento sino verlo en su interacción con las políticas públicas de bienestar en salud y las causas de muertes. Para una mejor comprensión de estas últimas, se analizan los datos a través de los AEVP donde se buscan las causas de muertes más relevantes, indagando en aquellas por las que se pierden mayor cantidad de años de vida. Sucesos mayormente evitables si se aplican buenas políticas públicas de bienestar en salud por acción del Estado Nacional.

Para las corrientes más tradicionales la definición del proceso del envejecimiento puede ser vista como un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva.

Es un fenómeno extremadamente variable, influido por múltiples factores arraigados en el contexto genético, social e histórico del desarrollo humano, cargado de afectos y sentimientos que se construyen durante el ciclo vital y están permeados por la cultura y las relaciones sociales, de tal manera que no es claro precisar el estadio de la vida en el cual se ingresa a la vejez y cada vez la concepción de ésta está más alejada de la edad cronológica y tiene mayor estructuración desde lo individual y lo social.

A diferencia de esas teorías que posee un carácter más pesimista, las teorías más positivas, no positivistas, observan que hay una aceptación de la vida tal como se encuentra y es el individuo quien permanece física, psicológica y socialmente activo con mayor independencia y autonomía en las actividades de la vida diaria.

Para comprender cómo las causas de muerte afectan al estudio de la mortalidad y de la esperanza de vida, y así entender qué parte de los decesos son explicables por estas causas de muerte es vital incluir el concepto de Años de Esperanza de Vida Perdidos (AEVP).

“El concepto de AEVP es la diferencia entre el máximo número de años que en promedio una población puede vivir entre dos edades, menos el número de años promedio que realmente dicha población vive entre las mismas (que es la esperanza de vida temporaria). Para calcular los AEVP, hay que estimar primero la esperanza de vida temporaria con el objeto de tener el número de años que en promedio vive la población entre las edades seleccionadas, y luego restar la esperanza de vida temporaria del número de años del intervalo de edad bajo estudio.” (Arriaga, 2012: pág. 74-75).

El intervalo de las edades en estudio representa el máximo de años que se puede vivir entre esas edades. Ello posibilita saber si se está más cerca de un extremo o de otro. Por ello se dice que los AEVP pueden medir tanto el cambio de mortalidad como el nivel. En ese sentido puede pensarse como una medida superadora de la esperanza de vida.

Una de las posibilidades que nos brinda este índice es poder conocer cuál es la causa de muerte que más evita que aumente la esperanza de vida en una población. Consecuentemente permitiría señalar hacia donde debe focalizarse las políticas públicas de bienestar en salud.

El aporte central de esta tesis es el cálculo de la tabla óptima. Primero se analizan todas las provincias para identificar el valor mínimo de causa de muerte registrado para un año determinado. Para lo cual se toman las provincias con mayor densidad de población y se eliminan aquellas de conocido déficit de registro de causa muerte. Se muestran los valores a los que debería llegar el resto de la Argentina, teniendo ese valor como referencia, por tanto, la tabla óptima sintetiza el valor mínimo al que podría aspirar el resto de las provincias.

Las políticas públicas del bienestar en salud para el envejecimiento activo en Argentina están impulsadas por políticas preventivas para lograr una mejor calidad de vida del adulto mayor en su cobertura tanto pública como privada. Las políticas que se orientan a la mejora de los factores de riesgo y a la cobertura a través del PMO (Programa Médico Obligatorio).

En conclusión, los AEVP analizan los eventos de la mortalidad y busca medir con una sola medida tanto el nivel como el cambio de la mortalidad en sus dos dimensiones, absoluta y relativa, basándose en los beneficios que brinda su estudio por causas de muerte. De este modo se evita en el análisis el problema de usar datos agregados, ya que da cuenta de la dinámica interna de los grupos etarios. Mientras que el uso de la mortalidad estandarizada no llega a observar simultáneamente el cambio y el nivel.

Siguiendo el trabajo de Arriaga, esta tesis focaliza el estudio de los AEVP para el grupo etario 60 a 85 y más años, rango abierto habitualmente excluido en el análisis de la temática. Esto va a permitir un mayor entendimiento del comportamiento de los adultos mayores y la relevancia de pensar el desarrollo de políticas públicas de bienestar en salud para el envejecimiento activo.

Para analizar las causas de muerte se utilizó la metodología desarrollada por Arriaga (1997) basada en el concepto de años de esperanza de vida perdidos (AEVP), que permite determinar el impacto que la mortalidad de cada categoría de causa de muerte tiene sobre la esperanza de vida por edades.

El citado método permite:

- 1) Medir los años de vida perdidos como consecuencia de la mortalidad por cada causa de muerte, ya sea para el total de las edades como para cada grupo de edad específico de 60 años y más.
- 2) Determinar para cada causa de muerte, el cambio producido en los años de vida perdidos durante un período como consecuencia del cambio del nivel de mortalidad de dicha causa.
- 3) Calcular la velocidad del cambio de la mortalidad por cada causa de muerte, analizando el cambio porcentual anual de los años de vida perdidos. (González y Peranovich, 2012).
- 4) Calcular el exceso de mortalidad para las diferentes causas de muerte.

Las enfermedades diagnosticadas a tiempo por el aporte del desarrollo médico tecnológico hacen que se puedan curar evitando letalidad y en el mejor de los casos su cronicidad.

El mayor envejecimiento de la población como se mencionó anteriormente, resulta de los avances y logros en la reducción de la mortalidad y de un mayor control de la fecundidad.

El envejecimiento en las provincias es heterogéneo, aunque siguen las tendencias del total país. Hay un enlentecimiento del proceso de envejecimiento que permanece constante en el tiempo, su variación es mínima. Ello favorece directamente la implementación de políticas

públicas de bienestar y su adaptación a una población cada vez más envejecida, sin observarse procesos de cambios bruscos como sucedió en la mayoría de los países de América Latina.

La Argentina podría ubicarse en lo que Frenk llama un proceso denominado “transición epidemiológica prolongada polarizada” por la desigual trayectoria del descenso y la composición de la mortalidad observada hacia el interior del país.

La esperanza de vida entre las personas de 60/65 años a medida que pasan los años logran sobrevivir más en el tiempo, así más personas llegan a cumplir 80 años de edad. Este indicador ayuda a ver que el envejecimiento se está incrementando.

Una de las consecuencias de la prolongación del promedio de la vida es el aumento de la cantidad y la proporción de personas de edades avanzadas que viven períodos más prolongados en situaciones de fragilidad o dependencia, derivadas de limitaciones físicas o cognitivas permanentes que generan las enfermedades crónicas. (Gascón, Redondo, 2014).

En los últimos períodos se observa una baja fecundidad y una mortalidad decreciente, lo que implica para muchos países que el envejecimiento de la población es un logro posible.

Muchos adultos mayores poseen enfermedades, pero deciden aceptarlas y continuar con su modo de vida. La felicidad no se interrumpe sino por el contrario aprenden a vivir de otra forma sin dejar de lado lo que más satisfacción les da que es ni más ni menos que vivir.

En Argentina la edad legal para acceder a un beneficio previsional es de 60 años para las mujeres y 65 para los hombres. El restante requisito es idéntico para ambos sexos: acreditar 30 años de aportes a la seguridad social.

A partir de la implementación del “Programa de Inclusión Previsional” a través de dos mecanismos: la “prestación previsional anticipada” y la “moratoria previsional” enmarcadas en la Ley 25.994 del año 2005, la cobertura de las jubilaciones y pensiones para garantizar un ingreso en la vejez, produjo una transformación radical. (Grushka, 2012)

El primero de ellos otorgó una jubilación anticipada para adultos desocupados que tenían los años de aportes necesarios, pero no la edad jubilatoria.

El segundo, ofreció un plan de facilidades de pago a aquellas personas que teniendo la edad para jubilarse no podían hacerlo por carecer de los años de aportes requeridos, no cumplían con los requisitos contributivos.

Argentina, tal como se viene observando registran un aumento de la longevidad de sus habitantes, situación que se da en todo el territorio nacional pese a su heterogeneidad. Este escenario genera nuevas realidades sociales, que requieren de adecuaciones tanto de las políticas públicas y de bienestar en los servicios sociales públicos y privados, como en los entornos comunitarios.

La política pública o de bienestar en salud que es la pertinente a esta tesis, puede ser interpretada como un proceso diseñado no solamente por las estructuras institucionales o de gobierno, sino también por otras esferas sociales como los cuerpos académicos de expertos, iniciativa privada, pero ante todo se requiere de la participación de los pertinentes o interesados directos.

La dilación de la mortalidad hacia las edades más avanzadas, propias de las transiciones más desarrolladas, ocasiona el aumento del número de personas que viven varios años padeciendo más de una enfermedad crónica (comorbilidades).

La falta de una adecuada atención de las enfermedades crónicas y comorbilidades por parte de los sistemas públicos de salud afecta con mayor intensidad a las personas de los grupos socioeconómicos bajos, que están más expuestos a los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles y continúan padeciendo enfermedades infecciosas, así como los efectos de las carencias nutricionales.

Por este motivo se trata en esta tesis de relacionar la propuesta y puesta en marcha de las políticas públicas de bienestar en salud como un aporte concientizando las causas de muerte para lograr su descenso y así mejorar su calidad de vida.

Actualmente la tendencia ha cambiado, pues se busca la internación en instituciones públicas o privadas, incluso hospitales lo más tardíamente posible. Quedando como opciones las internaciones ambulatorias, de día, con participación de profesionales (que asisten con diferentes niveles de especialización según la necesidad de la persona), o incluso la propia familia que se adecúa a sus nuevos roles. Se trata entonces de retrasar el ingreso a alguna institución dado que se comprobó que mejora la calidad de vida de las personas mayores. Se las retira de su cotidianeidad lo más tarde posible.

Dado que no todo el territorio nacional posee las mismas necesidades y en los mismos tiempos. Poder identificar las necesidades permite ser más eficientes y eficaces.

La descentralización podría ser una instancia adecuada para implementar la focalización, llegando así a poblaciones más específicas y por ende realizar una mejor distribución de recursos. También evitaría en muchos casos la superposición de diferentes organismos que

de diferente modo hacen lo mismo, quedando finalmente la tarea inconclusa por superposición.

La política social tiene que ser integral. Sin embargo, en la práctica, es posible comprobar que se caracteriza por la fragmentación institucional y la desarticulación, lo que suele conducir a la descoordinación, a la duplicación y al desperdicio de recursos.

Algunos de los objetivos de las políticas públicas de bienestar son: disminución del desempleo, aumento de los aportes de empleados activos, mejoramiento de la calidad de vida en la primera etapa de la vejez.

Dentro de las conclusiones a las cuales arribé considero que es necesario que el Congreso Nacional dicte y sancione una ley del adulto mayor donde se incluya los distintos ítems planteados a lo largo de esta tesis.

Temáticas que debería contener la ley:

- ❖ Modificación de la ley previsional.
- ❖ Nuevas formas de vida en cuanto al hábitat, modalidad, posibilidades de sociabilización, e inclusión social entre propios y ajenos.
- ❖ Cuidados del adulto mayor.
- ❖ Figura del mentor en la transmisión del know how del adulto hacia las nuevas generaciones.
- ❖ Aportes de las empresas sobre el compromiso con la solución de la problemática actual del adulto mayor.
- ❖ Educación inclusiva.
- ❖ Formas de libre acceso a la formación cultural, intelectual, aprendizaje de la utilización de las nuevas tecnologías.
- ❖ Lograr una vejez activa implica educar a la población joven sobre la importancia de llevar una vida saludable, para alcanzar la disminución de los AEVP esperados.
- ❖ La necesidad de construir viviendas exclusivamente para adultos mayores que permitan mayor independencia y mejores condiciones de vida.
- ❖ Realizar Auditoria en las prestaciones de Alta Complejidad para reducir considerablemente el gasto de la Seguridad Social.
- ❖ Es necesario realizar campañas masivas de difusión. Como consecuencia de estas acciones hay una gran factibilidad de ver reducidos los AEVP logrando un aumento en la esperanza de vida de los de 60 años y más.

Se comprobó que cada región y provincia siendo estas Pampeana, Patagónica, Cuyo, Nordeste y Noroeste, en relación con las causas de muerte, y con el objeto de identificar lo mejor posible las necesidades de salud pública se concluye que en 2010 las principales causas de muerte para el total país son:

Varones:

Otros tumores malignos y de otras localizaciones

Insuficiencia cardíaca

Enfermedad isquémica del corazón

Enfermedad de las vías respiratorias superiores

Enfermedades cerebro-vasculares

Mujeres:

Insuficiencia cardíaca

Enfermedades cerebro-vasculares

Enfermedad de las vías respiratorias superiores

Otros tumores malignos y de otras localizaciones

Enfermedades isquémicas del corazón

Tumor de mamas

En cada sexo la Diabetes mellitus ha descendido mientras que se observa un ascenso pronunciado de Signos, síntomas, y afecciones mal definidas.

Es notorio que las enfermedades infecto-parasitarias en algunas regiones se encuentran aún presentes. Esto conlleva a la conclusión que faltan campañas de prevención y vacunación consistentes.

Con respecto a los AEVP hay un importante descenso en el total país:

En los varones se produjo un descenso de 8.67 AEVP a 7.92 AEVP

En las mujeres también descendió de 5.30 AEVP a 4.98 AEVP.

Esto demuestra que hay una baja de 0.75 años para los varones y sólo 0.32 años en el período de estudio para las mujeres. Esto está en concordancia con lo propuesto de aumentar la

concientización de la población sobre las problemáticas actuales de salud y la necesidad de campañas preventivas.

Se propusieron pautas para que el concepto que sólo la edad es lo que separa al ser humano de ser activo en su vida cotidiana se haga realidad.

Al interrogante propuesto de si el país está en condiciones de dar respuesta hoy al creciente envejecimiento se concluye que faltan concretar acciones, normas, e implementar grandes cambios en las instituciones y organizaciones existentes para dar lugar a los cambios propuestos en esta tesis, mediante el trabajo conjunto del Estado, sociedad en general, empresas, ONGs, familias y los propios actores principales: los adultos mayores.

Capítulo 14

14. Bibliografía.

- Alvarado A, Moreno M. (2007). “Adaptación en el envejecimiento” en Adaptación y cuidado en el ser humano: Una visión de enfermería. Manual Moderno y Universidad de la Sabana; Bogotá.
- Alvarado García, Alejandra María, & Salazar Maya, Ángela María. (2014). Aging concept analysis. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- América Latina y el Caribe por un envejecimiento saludable y activo. (2005). Noticias e Información Pública. Comunicado de Prensa. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps051214.htm>
- Argentina (2011), Ministerio de Desarrollo Social. Convenio 3558, Convenio entre el Instituto de Obra Social de la Provincia de Buenos Aires y el Ministerio de Desarrollo Social, 16 de noviembre de 2011.
- Argentina (s/f), Reglamento para las Residenciales de Adultos Mayores dependientes de CONNAF, Ministerio de Desarrollo Social, Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.
- Arriaga, E. – Castellano, C. – Valenzuela, S. (2005). Diferencias de mortalidad en la provincia de Córdoba. Ponencia presentada en las VIII Jornadas Argentinas de Estudios de la Población, <http://www.redaepa.org.ar/jornadas/viii/AEPA/B03/Arriaga.pdf>
- Arriaga, E. (1996). Años de vida perdidos: su utilización para medir el nivel y cambio de la Mortalidad. *Notas de Población*, Nº 63, 7-38.
- Arriaga, E. (2001). El análisis de la población con microcomputadoras. Córdoba: Doctorado en Demografía – Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Córdoba.
- Arriaga, E. (2011). Análisis demográfico de la mortalidad. Inédito.
- Bankirer, Mónica (2010): “La dinámica poblacional en tiempos del ajuste: mortalidad y fecundidad” (Punto 2), en Torrado, Susana (Directora): El costo social del ajuste (Argentina, 1976-2002), EDHASA, Buenos Aires.
- Beccaria, A., & Danini, C. (2012). La política previsional argentina 2003 - 2011: balances, desafíos e incógnitas sobre la protección. *Argumentum*, 59-79.
- Belliard, Matías, Cristina Massa y Nélica Redondo (2013), “Análisis comparado de la esperanza de vida con salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Población de

Buenos Aires, Año 10, Nº 18. Buenos Aires. Dirección General de Estadística y Censos de la Ciudad de Buenos Aires.

- Bertranou, Evelina (2008), "Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe", serie Población y Desarrollo Nº 82 (LC/L.2864-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), febrero.
- BERTRANOU, F. (2011), Encrucijadas en la Seguridad Social Argentina: reformas, cobertura y desafíos para el sistema de pensiones. Buenos Aires: CEPAL/OIT.
- Bertranou, F., Grushka, C. O., Casanova, L., & Cetrángolo, O. (2013). El sistema previsional en Argentina: reformas, políticas para la inclusión y sus desafíos. En: Hacia un desarrollo inclusivo: el caso de la Argentina. Santiago: CEPAL; OIT, 2013. LC/L.3569. p. 189-220.
- Bertranou, F.; Rofman, R. y Grushka, C. (2003). "De la reforma a la crisis: el sistema de pensiones en Argentina". Revista Internacional de la Seguridad Social 56(2):103-114.
- Bocco, M. (1996). La relación entre los años de vida perdidos y la esperanza de vida: aplicaciones para el análisis de la mortalidad. Notas de Población, Nº 63, 7-60. Población y Salud en Mesoamérica - Volumen 10, número 1, artículo 4, jul - dic 2012. <http://ccp.ucr.ac.cr/revista>
- Bocco, M. (1996). La relación entre los años de vida perdidos y la esperanza de vida: aplicaciones para el análisis de la mortalidad. Notas de Población, Nº 63, 7-60.
- Carbonetti, A. – Celton, D. (2007). La transición epidemiológica, en Susana Torrado (comp.), Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario. Buenos Aires: Edhasa, 369-98.
- Carbonetti, A. – Celton, D. (2007). La transición epidemiológica, en Susana Torrado (comp.), Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario. EDHASA, Buenos Aires. 369-98.
- Caroline Carney (2012). Enfermedades mentales y sociedad. MD, MSc, Magellan Healthcare, USA. Recuperado en 24 de julio de 2019, de: <https://www.msmanuals.com/es-ar/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/introducci%C3%B3n-al-cuidado-de-la-salud-mental/enfermedades-mentales-y-sociedad>
- Casado, D. y G. López, (2001) Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Simulación actual y perspectiva de futuro. Fundación La Caiza. Colección Estudios Sociales Nº 6.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2006), Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez, colección Documentos de proyecto Nº 113 (LC/W.113), Santiago de Chile, CEPAL.

- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2004a), Informe de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: hacia una Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (LC/L.2079), Santiago.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2004b), Población, envejecimiento y desarrollo (LC/G.2235), Santiago.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2010), Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos LC/L.3216 (CEP.2010/3), Comité Especial de la CEPAL sobre Población y Desarrollo, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), mayo.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2011), Declaración de Brasilia (LC/G.2359), Brasilia, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), octubre.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2013), Panorama Social de América Latina 2012 (LC/G.2557-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), enero.
- CEPAL, (2009) Envejecimiento y sistemas de cuidado ¿Oportunidad o crisis? Colección Documentos de Proyecto.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2008), Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe [LC/G.2378(SES.32/14)], trigésimo segundo período de sesiones de la CEPAL, Santo Domingo, República Dominicana.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2007a), “Estimaciones y proyecciones de las poblaciones de América Latina y el Caribe”, actualizadas a julio de 2007 en base a las estimaciones y proyecciones vigentes en el CELADE, Santiago de Chile, [en línea] http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.
- Cetrángolo, O. y C. Grushka (2004), “Sistema previsional argentino: crisis, reforma y crisis de la reforma”, en Serie Financiamiento del Desarrollo N° 151, CEPAL, Santiago de Chile.
- Cetrángolo, O. y C. Grushka (2008), “Perspectivas previsionales en Argentina y su financiamiento tras la expansión de la cobertura”, en Serie Financiamiento del Desarrollo N° 205, CEPAL, Santiago de Chile.
- Chackiel, J. (1999), “Las tendencias de la población de América Latina hacia el final de la transición demográfica. Un análisis orientado al sector salud”, Las consecuencias de las transiciones demográficas y epidemiológicas en América Latina, Ken Hill, José

Morelos y Rebeca Wong (coords.), Ciudad de México, El Colegio de México/Johns Hopkins University Press.

- Chackiel, J. (2004), "La dinámica demográfica en América Latina", serie Población y Desarrollo, Nº 52 (LC/L.2127-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Chesnais, J. C. (1990), El proceso de envejecimiento de la población, serie E, Nº 35 (LC/DEM/G.87), Santiago de Chile, CEPAL.
- Costa Rica (2012a), Consejo Nacional de la Persona Mayor (CONAPAM), Red de atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores en Costa Rica, II Versión: revisada y ampliada, octubre del 2012.
- Costa Rica (2012b), Consejo Nacional de la Persona Mayor (CONAPAM), Red de atención progresiva para el cuidado integral de las personas adultas mayores, Informe sobre implementación del programa a octubre del 2012.
- Costa Rica (2012c), Poder Ejecutivo, Decretos Nº 37.165-S, "Reglamento para el otorgamiento del permiso sanitario de funcionamiento de los hogares de larga estancia para personas adultas mayores", 26 de junio de 2012.
- COURTIS, C. (2010). Políticas Sociales, programas sociales, derechos sociales. Ideas para una construcción garantista. In: ABRAMOVICH, V.; PAUTASSI, L. (Comp.). La medición de derechos en las políticas sociales. Buenos Aires: Ediciones del Puerto, 2010.
- Danani, C. (2012). La otra década de reformas de las políticas sociales y laborales. Argentina, 2002-2010. Revista de Ciencias Sociales (Cr), I-II (135-136), 59-72.
- Danani, C., & Hintze, S. (2010). Reformas y Contrarreformas de la Protección Social: la Seguridad Social en la Argentina en la Primera Década del Siglo. Reflexión Política, 18-29.
- Danini, C.; Beccaria, A. La (contra)reforma previsional argentina 2004-2008: aspectos institucionales y político-culturales del proceso de transformación de la protección. En: Danini, C.; Hintze, S. (Org). Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en la Argentina, 1990-2010. Buenos Aires: UNGS, 2011. p. 103-151.
- Danini, C.; Hintze, S. Introducción: protección y seguridad social para distintas categorías de trabajadores: definiciones conceptuales, propuestas de abordaje e intento de interpretación. En: Danini, C.; Hintze, S. (Org). Protecciones y desprotecciones: la seguridad social en la Argentina, 1990-2010. Buenos Aires: UNGS, 2011. p. 9-29.
- Dirección De Estadísticas E Información De Salud (DEIS). Estadísticas Vitales – Información Básica. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, Serie Nº5 - Años 2000-2010, www.deis.gov.ar.

-
- FernándezBallesteros, Rocío. "Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales." Anuario de psicología / The UB Journal of psychology [en línea], 1997, Núm. 73, p. 89-104. <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/61355/88779> [Consulta: 13-11-18].
- Findling, Liliana & Arruñada, María & Klimovsky, Ezequiel. (2002). Desregulación y equidad: el proceso de reconversión de Obras Sociales en Argentina. Cuadernos de Saúde Pública. 18. 10.1590/S0102-311X2002000400013. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400013> ○
<https://www.scielo.br/j/csp/a/QHbVVBL4ZpWtzxqphSVGDMP/?lang=es>
- Franco, R. y M. Székely Pardo (2010), "Institucionalidad social en América Latina" (LC/W.312), Santiago, CEPAL – UNFPA.
- Frenk, Julio y otros (1989), "Health transition in middle-income countries: new challenges for health care", Health Policy Plan, Vol 4.
- Frenk, Julio y otros (1991), "La transición epidemiológica en América Latina", Bol of Sanit Panam, 111.
- García Ramírez, J. (2016). Diagnóstico situacional del envejecimiento en México desde los derechos humanos y la política pública. Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento, 4 (10), 243-262. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457646537006>
- Gascón, Silvia y Redondo, Nélica. (2014). Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia Silvia Gascón Nélica Redondo POLÍTICAS SOCIALES S E R I E ISSN 1564-4162.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36948/1/S1420237_es.pdf
- Gómez Dantés, O., S. Sesma, V. Becerril, K. Knaul, H. Arreola, y J. Frenk, (2011) "El Sistema de Salud en México". En Salud Pública de México. Vol. 53 suppl 2: S220-S232.
- González, César A. y Roberto Ham Chande (2007), "Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México", Salud Pública Mexicana, 49 supl, 4.
- Granolati, Michele; Rafael Rofman; Ignacio Apella y Sara Troiano (eds.) 2014 Los años no vienen solos. Oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en Argentina. Buenos Aires: Banco Mundial.
- Grushka, C. (2014a), "Panorama demográfico en Argentina", en M. Gragnolati et al. (ed.), Los años no vienen solos. Desafíos y oportunidades económicas de la transición demográfica en Argentina, Buenos Aires: Banco Mundial.
- Grushka, C. (2014b), "Evaluación y perspectivas del Sistema Integrado Previsional Argentino", en C. Danani y S. Hintze (coords.), Protecciones y desprotecciones (II):

Problemas y debates de la seguridad social en Argentina, Buenos Aires: Universidad de General Sarmiento. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (1984), La Pobreza en la Argentina, Buenos Aires: INDEC, Serie Estudios INDEC núm. 1.

- Grushka, C., (2010) “¿Cuánto vivimos? ¿Cuánto viviremos?” en Lattes, A. (comp.) Dinámica de una ciudad. Buenos Aires, 1810-2010. Dirección General de Estadística y Censos. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Grushka, Carlos (2001). “La cobertura previsional en Argentina a fines del siglo XX”. Sociales-Revista Latinoamericana de Política Social, No.4, Mayo.
- Ham Chande, R. (1996), “El envejecimiento. Una nueva dimensión de la salud en México”, Revista de Salud Pública, México.
- Ham, R. (2003), El envejecimiento en México: El siguiente reto de la Transición Demográfica, México: M. A. Porrúa.
- Huenchuan, S. (2003), “Diferencias sociales en la vejez. Aproximaciones conceptuales y teóricas”, Revista de Trabajo Social Perspectivas: Notas sobre Intervención y Acción Social, Nº 12, Santiago de Chile, Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez
- Huenchuan, S. (2009), Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas, Libros de la CEPAL Nº 100 (LC/G.2389-P), Santiago de Chile, CEPAL.
- Huenchuan, S. (2010a), “Envejecimiento y derechos humanos”, Seminario internacional del MERCOSUR Ampliado sobre Buenas Prácticas en Políticas Gerontológicas, Buenos Aires, 16 al 18 de junio.
- Huenchuan, S. (2010b), “Envejecimiento y género: acercamiento a la situación de las mujeres mayores en América Latina y a las recomendaciones internacionales en el tema”, en Envejecimiento, género y políticas públicas. Coloquio regional de expertos, NIEVE-UNFPA, Montevideo, Lucida Ediciones.
- Huenchuan, S. (2013), “Los derechos de las personas mayores: módulos 1,2,3”, CEPAL.
- Huenchuan, S., (2009) Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL.
- Huenchuan, S.; D. González; M. Paredes y J. M. Guzmán (2007), Protección y participación en la vejez: escenarios futuros y políticas públicas para enfrentar el envejecimiento en Chile, colección Documentos de Proyecto Nº 139 (LC/W.139), Santiago de Chile, CEPAL.
- Huenchuan, Sandra (2004), “Marco legal de políticas a favor de las personas mayores en América Latina”, Serie Población y Desarrollo Nº 51 (LC/L.2115-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), abril.

- Huenchuan, Sandra (2011), “Envejecimiento e institucionalidad para el cuidado de las personas mayores”, en María Nieves Rico y Carlos Maldonado Valera (eds.) Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas (LC/L.3296-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), febrero.
- Huenchuan, Sandra (2013), “Los derechos de las personas mayores. Módulo 4. El valor de la protección de los derechos de las personas mayores al más alto nivel”, Materiales avanzados de estudio y aprendizaje, Santiago, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), noviembre.
- IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) (2004), Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid.
- IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) (2011), “Midiendo el progreso. Indicadores para las residencias”. Boletín sobre Envejecimiento Nº 49. Madrid. Observatorio de Personas Mayores.
- INDEC (2004). Estimaciones y proyecciones de población. Total del país. 1950-2015. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Serie Análisis Demográfico Nº 30, www.INDEC.gov.ar.
- INDEC, (2004). Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002/2003.
- INDEC, (2010). Censo Nacional de Población y Vivienda 2010.
- INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, www.INDEC.gob.ar.
- IOM (Institute of Medicine (2001), Improving the Quality of Long Term Care, Gooloo S. Wunderlich y Peter O. Kohler (eds.) Institute of Medicine, Washington, National Academy Press.
- Lattes, A. (1975) “El crecimiento de la población y sus componentes demográficos entre 1870 y 1970”, en Z. Recchini de Lattes y A. Lattes (comps.), La población de Argentina, Buenos Aires, CICRED Series.
- Loewy Matías. La vejez en las Américas. Disponible en: http://www1.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero19_articulo02.htm
- Matías L. La vejez en las Américas. Acceso 12 de septiembre de 2012. Disponible en: <http://www.eclac.org/celade/noticias/noticias/4/19454/La%20vejez%20en%20las%20Americas.pdf>
- MEDICAID (2013), Keeping America Healthy [en línea] www.medicaid.gov.
- Messina, G. (2014). Transformaciones y reformas en el sistema de pensiones argentino entre 2003 y 2013. Evaluando las políticas de inclusión más allá de lo contributivo. Gestión y Análisis de Políticas Públicas, 38-51.

- Müller, M. S. (1978), La mortalidad en la Argentina. Evolución histórica y situación en 1970, Buenos Aires: cenep-celade. Naciones Unidas (2004), World population to 2300, Nueva York: UN, ST/ESA/SER.A/236.
- Müller, M. S. (2013), World population prospects: The 2012 revision, Nueva York: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat.
- OCDE, (2005) Ensuring quality long-term care for older people. The OCDE Health Project.
- OCDE, (2006) Guidelines for Estimating long-term care expenditure in the joint 2006 SHA data questionnaire.
- OCDE, (2007) Conceptual framework and methods for analysis of data sources for longterm care expenditure.
- OECD (2005), Ensuring Quality Long-Term Care for Older People, Policy Brief [en línea] www.oecd.org/publications/policybriefs.
- OECD (2011), Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. Paris, [en línea] www.oecd.org/health/longtermcare/helpwanted.
- OECD/EC (Organization for Economic and Cooperation Development/European Commission) (2013), A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- ODDONE, MARÍA JULIETA (2010) "La teoría social del envejecimiento. Un análisis histórico" Capítulo en el libro "La gerontología a través de una historia institucional" Roberto Barca. (compilador) Centro de día. Buenos Aires. ISBN 978-987-26073-1-9. E-Book
- Oddone, María Julieta (2013). "Antecedentes teóricos del Envejecimiento Activo". Madrid, Informes Envejecimiento en red, nº 4. (Fecha de publicación: 28/09/2013). <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/odonne-antecedentes-1.pdf>
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2000), Informe sobre la salud en el mundo 2000, Ginebra.
- OMS, (2003) Key Policy Issues in Long Term Care. World Health Organization Collection on Long-Term.
- ONU (Organización de las Naciones Unidas) (2003), Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Nueva York.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2008), "Personas mayores", en Derechos Humanos y Salud, [en línea] http://www.paho.org/Spanish/dd/pub/10069_Viejos.pdf.

- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2012), Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, presentada en la 28ava Conferencia Sanitaria Panamericana, Washington, D.C.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo, 2002. Ginebra: OMS; 2002. <http://www.redalyc.org/pdf/2310/231018676003.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2010), Indicadores Básicos de México 2000 – 2010. Recuperado de:
http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=200%3AIndicadores-basicos-mexico-2000-2010&Itemid=309
- PAMI (2012) Informe del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados en la Tercera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y El Caribe. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe.
- PELAEZ, Enrique (2004). “Características Sociodemográficas del envejecimiento poblacional en la Provincia de Córdoba” VI Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Buenos Aires.
- Peláez, E. y Ribotta, B. (2008). Envejecimiento y Condiciones de Vida de los Adultos Mayores en Latinoamérica: Comparación de tres países. 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)
- Pantelides, E.A. y M.J. Moreno (coord.), (2009) Situación de la población en Argentina. Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD - UNFPA, Buenos Aires.
- Pantelides, E.A., (1983) “La transición demográfica argentina: un modelo no ortodoxo”. Desarrollo Económico 22(88):511-534, Buenos Aires.
- Pantelides, E.A., (1989) “La fecundidad argentina desde mediados del siglo XX”. Cuaderno del CENEP N° 41. Centro de Estudios de Población, Buenos Aires.
- Pantelides, E.A., (2006) “La transición de la fecundidad en la Argentina, 1869-1947”. Cuaderno del CENEP 54. Centro de Estudios de Población, Buenos Aires.
- Peranovich, A. y González, L. M. (2012). Años de esperanza de vida perdidos en Argentina, 2001-2010. *Población y Salud en Mesoamérica*, 10(1), 1-23.
Recuperado en 1 de abril de 2019, de
<http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/46872/1/los-derechos-de-las-personas-mayores-huenchuan.pdf>

- Redondo, N., Garay, S., & Montes de Oca, V. (2015). Modalidades de allegamiento residencial en la población adulta mayor argentina y mexicana: determinantes socioeconómicos y diferencias regionales. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 30(3), 597-649. doi:<http://dx.doi.org/10.24201/edu.v30i3.1495> o en <https://estudiosdemograficosyurbanos.colmex.mx/index.php/edu/article/view/1495/1724>
- Redondo, Nélica, Matías Manzotti y Esteban de la Torre (2013), ¿Cuánto cuesta y quién paga la dependencia en las personas mayores? Un estudio en la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires. Ediciones del Hospital. Hospital Italiano.
- Reyes Torres, Igdany, & Castillo Herrera, José A. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 454-459. Recuperado en 10 de abril de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002011000300006&lng=es&tlng=es.
- Rofman, R. Fajnzylber, E. y Herrera, G. (2010). “Reformando las reformas previsionales: en la Argentina y en Chile”. *Revista CEPAL* 101.
- Rofman, R. y Oliveri, M. L. (2010). “Las políticas de protección social y su impacto en la distribución del ingreso en Argentina”. Serie de Documentos de Trabajo sobre Políticas Sociales No. 6. Banco Mundial, Argentina.
- Rofman, Rafael, & Apella, Ignacio. (2016). La protección social en Argentina en un contexto de transición demográfica. *Apuntes*, 43(78), 89-120. https://dx.doi.org/10.21678/0252-1865-00430078_4
- Roqué, M. (2012), Avances nacionales en la implementación de la Declaración de Brasilia, 2007-2012, Buenos Aires, Ministerio de Desarrollo Social.
- Rowe J. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*; 273: 143-9.
- Safjp (Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones) (2007), El régimen de capitalización y el sistema previsional, 1994-2007, Buenos Aires.
- Salgado de Snyder, V. Nelly, & Wong, Rebeca. (2007). Género y pobreza: Determinantes de la salud en la vejez. *Salud Pública de México*, 49 (Supl. 4), s515-s521. Recuperado en 31 de mayo de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000011&lng=es&tlng=es.
- Sarabia Cobo, Carmen María. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida: Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*, 20, 172-174. Recuperado en 10 de abril de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400005&lng=es&tlng=es.

- Somoza, J. (1971), La mortalidad en la Argentina entre 1869 y 1960, Buenos Aires: celade/ Centro de Investigaciones Sociales Instituto Torcuato di Tella, Editorial del Instituto.
- Soria Romero, Zuriel, & Montoya Arce, Bernardino Jaciel. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. Papeles de población, 23(93), 59-93. <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>
- Tobar, F., S. Olaviaga, y R. Solano, (2012) "Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino". En Documento de Políticas Públicas/Análisis. CIPPEC. N° 108.
- Torrado Ramos, Amarilys Mercedes, Sánchez Pérez, Laura, Somonte López, Roxana, Cabrera Marsden, Ana María, Henríquez Pino Santos, Paloma Carina, & Lorenzo Pérez, Osney. (2014). Envejecimiento poblacional: una mirada desde los programas y políticas públicas de América Latina, Europa y Asia. Revista Novedades en Población, 10(19), 18-29. Recuperado en 13 de mayo de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782014000100002&lng=es&tlng=es .
- TRUJILLO-SALAZAR, Lucía. Protección social de las personas adultas mayores: Inclusión y equidad en Argentina durante el periodo 2003-2014. En: Entramado. Julio - diciembre, 2018. vol. 14, no. 2, p. 36-49. <http://dx.doi.org/10.18041/1900-3803/entramado.2.4731>
- Tisnés, A.; Salazar Acosta, L. (2016). Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social. Papeles de Población, vol. 22, núm. 88, 209.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2012), Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and a Challenge, Nueva York, Help Age International.
- UNFPA, (2012) Envejecimiento en el siglo XXI: una celebración y un desafío.
- Vaillant G, Mukamal K. Successful (2001); "Aging. Am J Psychiatry";158: 839-47.
- Vallin, J. (1994). La Demografía. Santiago de Chile, LC/DEM/G.147, Serie E, No. 41 CEPAL/CELADE.
- Vázquez Palacios, Felipe. (2004). El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica. Estudios fronterizos, 5(9), 131-135. Recuperado en 24 de mayo de 2019, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-69612004000100006&lng=es&tlng=es.
- WHO (World Health Organization) (2002), Ethical Choices in Long-Term Care: What Does Justice Require? Suiza, WHO Publications.