

Xº Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Asociación de Estudios de Población de la Argentina. Asociación Argentina de Estudios de Población. Universidad Nacional del Sur. Departamento de Geografía y Turismo, Bahía Blanca, 2013.

# **ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN ARGENTINA: ¿QUÉ ES SER UN ADULTO MAYOR EN ARGENTINA? UNA APROXIMACIÓN DESDE EL ENFOQUE DE LA VULNERABILIDAD SOCIAL.**

Adela Tisnés y Salazar Acosta, Luisa María.

Cita:

Adela Tisnés y Salazar Acosta, Luisa María (2013). *ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN ARGENTINA: ¿QUÉ ES SER UN ADULTO MAYOR EN ARGENTINA? UNA APROXIMACIÓN DESDE EL ENFOQUE DE LA VULNERABILIDAD SOCIAL*. Xº Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Asociación de Estudios de Población de la Argentina. Asociación Argentina de Estudios de Población. Universidad Nacional del Sur. Departamento de Geografía y Turismo, Bahía Blanca.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/adela.tisnes/24>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/p0dA/vwp>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

**XII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Bahía Blanca, 18-20 de septiembre de 2013**

**ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN ARGENTINA: ¿QUÉ ES SER UN ADULTO MAYOR EN ARGENTINA? UNA APROXIMACIÓN DESDE EL ENFOQUE DE LA VULNERABILIDAD SOCIAL.**

Salazar Acosta, Luisa María

GREDES, UNS, SALTA

salazarluisamaria@hotmail.com

Tisnés, Adela

IGEHCS / CONICET / FCH / UNCPBA

atisnes@yahoo.com.ar

## **RESUMEN**

La característica principal de la población mundial en el siglo XXI, será el envejecimiento. Entendido este como un proceso que alcanzará a los países desarrollados y a la mayoría de países de América Latina, y que está caracterizado por el aumento poblacional de los adultos mayores, a medida que la proporción de niños y jóvenes disminuye. El grado de avance y el estado actual de este proceso en cada uno de los países es diferente, pero además, al interior de los países, los procesos de envejecimiento son diferentes, si se analiza la población según indicadores socioeconómicos. Es posible intuir que en Argentina, el proceso de envejecimiento será rápido, ya que la velocidad de los cambios sociales, económicos y puntualmente demográficos ha sido acelerada. Pero debido a que los cambios demográficos poseen ritmos de cambio y evolución diferentes a las realidades económicas (niveles de pobreza muy elevados, educación deficitaria, acceso a salud, desempleo, niveles de urbanización, etc), la situación de vejez estará asociada a una serie de problemáticas complejas: inestabilidad económica, aumento de las enfermedades crónicas y discapacitantes, relaciones intergeneracionales y la necesidad de adaptaciones sociales, económicas y familiares.

Se espera encontrar realidades diferentes en Argentina, debido a que, como se mencionó anteriormente, el Estado no se ha adaptado a esta nueva realidad, y el apoyo hacia la vejez es escaso (limitada a la seguridad social y la atención de la salud). Si bien el país está indefectiblemente alcanzado en su totalidad por el proceso de envejecimiento, el ritmo y la profundidad del proceso no es similar en todo el país. Se espera encontrar un alto porcentaje de adultos mayores en situación de vulnerabilidad: viviendo en una situación riesgosa definida por circunstancias específicas que pueden ser sociales, económicas, culturales, familiares, genéticas, de género, y de edad.

### **Introducción**

Aunque, como se mencionaba al principio, el envejecimiento demográfico está relacionado con el aumento de la proporción de adultos mayores, un tema no menor tiene que ver con la edad a la que comienza a considerarse a las personas como adultas mayores. Decidir un margen inferior de edades a partir de la cual las personas son incluidas dentro de ese grupo, parecería no ser tan simple cualitativamente hablando. Esto tiene que ver básicamente con una parte esencial en el análisis del envejecimiento y es la manera en que los adultos ingresan a la ancianidad. Entendida la ancianidad no como el mero hecho de cumplir determinada edad, sino más bien como un momento a partir del cual, las capacidades biológicas, mentales, físicas, comienzan a verse deterioradas, disminuidas o desmejoradas.

El conocimiento de estos procesos favorecerá a la generación de acciones orientadas a la planificación económica y social y de todos aquellos aspectos en que dicho sector constituya un papel substancial como salud, vivienda, seguridad social, producción de bienes y servicios, entre otros.

Resultará de gran importancia la utilización de la información obtenida en este tipo de estudios, ya que sirven como insumo para la futura programación de políticas relativas al sector inactivo o envejecido de la población. Es cierto, que las mencionadas políticas no se encuentran determinadas únicamente por particularidades de carácter demográfico. Claramente, no es posible generar acciones inherentes al envejecimiento que se hallen aisladas ya que cada acción genera sus repercusiones en todos los sectores de la sociedad, como así también, en toda la estructura de edades, la cual se manifiesta de forma diferente

en las distintas poblaciones. De cualquier modo, los determinantes poblacionales constituyen un aporte imprescindible para la formulación de políticas concretas.

Para ello, es necesario utilizar un enfoque de análisis que nos permita develar las características específicas de los adultos mayores sujetos de asistencia social y nos permita ir más allá del tradicional estudio de situación de pobreza de la población. Este enfoque es el de la vulnerabilidad social. Mantener una óptica de vulnerabilidad social propone básicamente, lograr programas más puntuales, que logren generar indicadores reales de desarrollo y que permitan medir exactamente hasta dónde es posible reducir la exclusión social y lograr la inclusión social de un colectivo cada vez más grande, como lo es de las y los adultos mayores, cuyas necesidades cada día son ascendientes, en todas las áreas del desarrollo humano.

En este sentido es que la historia personal de cada una de las personas, el propio camino recorrido a lo largo de todos los años, ha dejado una huella imposible de borrar, y que tiene un impacto imposible de negar y acumulado sobre los años adultos de las personas. Por lo dicho anteriormente, no podría definirse de manera generalizada una edad en la cual comience la vejez, ni tampoco es posible afirmar que no haya diferencias a partir de los 65 años en adelante. No es lo mismo tener 65 años, que tener 85, sin embargo, para muchos de los análisis, esas dos edades, pertenecen a un mismo grupo. A pesar de estas salvedades, el uso de fuentes de datos cuantitativas invita a tomar una decisión que se traduce en definir de manera general, y más allá de las especificidades, el comienzo de esta etapa.

El objetivo general de esta investigación es caracterizar la población mayor de 65 años (que es la considerada adulta mayor), considerando además a los adultos mayores como sujetos de asistencia social, cuando están expuestos a condiciones de desamparo, incapacidad, marginación o maltrato. Se tendrá en cuenta que las realidades actuales, están determinadas fuertemente por las etapas anteriores del ciclo de vida de las personas, no sólo los personales, sino también los familiares, socioeconómicas e históricas. Se considerarán también las diferencias que presentan los sexos y los grupos etarios dentro mismo del grupo de 65 años y más.

Se analizarán:

- Las principales causas de muerte según grupos etarios quinquenales para mayores de 65 años y sexo.
- Indicadores de dependencia
- La disponibilidad de obra social o plan de salud
- La composición de los hogares de las personas adultas

Se utilizarán como fuentes de información los Censos Nacionales de Población y Vivienda 2001 y 2010; las estadísticas de salud provenientes de los Anuarios de la Dirección de Estadísticas de Salud pertenecientes al Ministerio de Salud de la Nación, e información proveniente de las Encuestas Permanentes de Hogares y de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

### **Desarrollo**

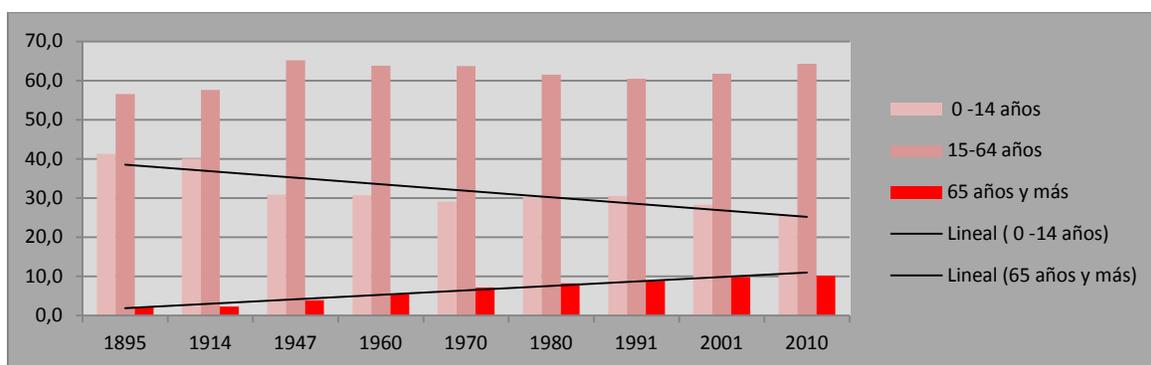
La manera estadística y demográficamente más simple y por tanto más conocida y utilizada es a través de una edad alcanzada. De esta forma, y dependiendo de circunstancias y objetivos, se han utilizado los grupos de 60 años y más; 65 años y más o 70 años y más, aparte de otras opciones. En esta investigación utilizaremos 65 años y más, ya que es el corte más utilizado, haciendo previamente la aclaración de que el criterio de la edad es tan sólo una aproximación práctica.

El envejecimiento poblacional está asociado, por un lado, a la caída de la fecundidad (se han reducido de 4,6 a 2,5 el número de nacimientos por mujer en los últimos 50 años), y al aumento de la proporción de adultos mayores en los países en desarrollo, sumado al descenso de las tasas brutas de mortalidad. A esta situación, se le debe agregar el aumento en la esperanza de vida de las personas, con lo cual, el escenario posee, no sólo una proporción más elevada de personas mayores de 65 años, sino que además, son personas que vivirán en promedio más años que en épocas pasadas.

En términos de distribución porcentual puede observarse en el cuadro XX, cómo es el comportamiento de los grupos etarios. Se observa que la disminución de la proporción de población en edades de 0 años de edad a 14 años de edad disminuye a partir de 1895 y hasta 1980, momento en el que se puede apreciar un leve aumento hasta el 2001. De ese

año en adelante, vuelve la tendencia al descenso, y se espera de que dicha tendencia se mantenga hasta 2050.

**Cuadro 1: Estructura de la población total por grandes grupos de edad. Total del país. Censos nacionales de población 1895-2010**



**Fuente:** elaboración personal basada en datos de los Censos Nacionales, disponibles en [www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar)

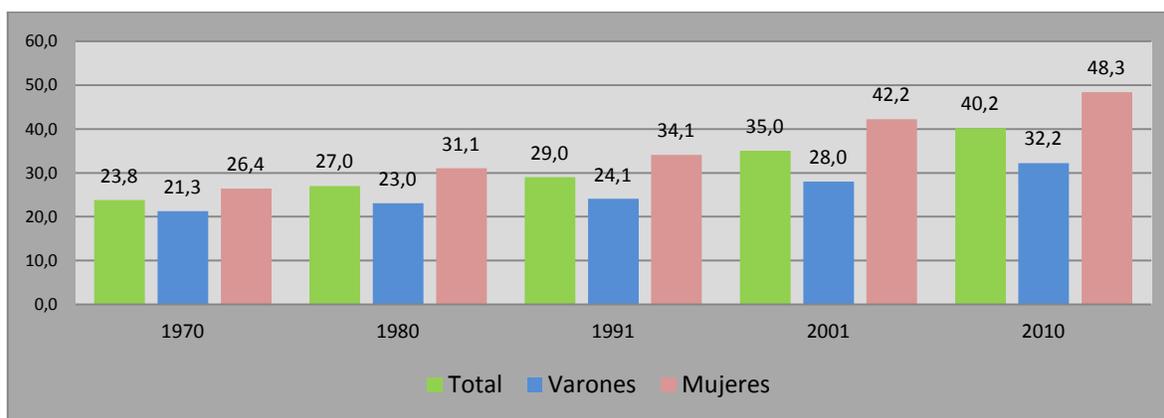
El grupo de 65 años y más (Ver Cuadro 1), ha tenido poca participación porcentual durante el siglo pasado. Sin embargo, vemos que la tendencia general y continua y sostenida, es al aumento porcentual, ganando progresivamente más importancia respecto de los otros dos grupos etarios. Esto indica un futuro de envejecimiento poblacional descrito en el aumento esperado en números absolutos y relativos de la población de 65 años y más (CEPAL, 2011).

Si prestamos atención a la población envejecida, podemos observar que existe un porcentaje más elevado de población femenina por sobre la masculina, resultado de su conocida mayor sobrevivencia. De ahí que puede decirse que la vejez en Argentina es mayormente femenina. En este sentido, a la inequitativa participación de la mujer en el mercado laboral, el limitado acceso a la seguridad social, las menores condiciones de salud y el relego social, se añaden las desventajas del envejecimiento.

### Índice de envejecimiento

Un índice que permite observar el balance entre las generaciones jóvenes (comprendidas entre 0-14) y las adultas mayores (65 y más), es el índice de envejecimiento<sup>1</sup>.

**Cuadro 2. Total del país. Índice de envejecimiento de la población por provincia, según censos nacionales 1970 a 2010**



**Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas 1970. Censo Nacional de Población y Viviendas 1980 y 1991. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.**

En el año 1970, el Índice de Envejecimiento era de 23,8 personas adultas por cada 100 jóvenes (Ver Cuadro 2). La misma relación, desagregada según sexo, muestra una proporción mayor de mujeres respecto de la población joven (26,4 por cada 100 jóvenes) en relación a la proporción de varones mayores respecto de la población joven (21,3 por cada 100 jóvenes). Este patrón se repite a lo largo de todos los años analizados, y la brecha entre uno y otro sexo, se acrecienta a medida que llegamos al año 2010.

El Índice de Envejecimiento para total de la población, comienza siendo de 23,8 en 1970 como se mencionaba, y alcanza un valor de 40,2 personas adultas por cada 100 jóvenes en 2010. En ese año, la relación de personas adultas mujeres era de 48,3 por cada 100 jóvenes. Para los varones, la relación era de 32,2 varones por cada 100 jóvenes.

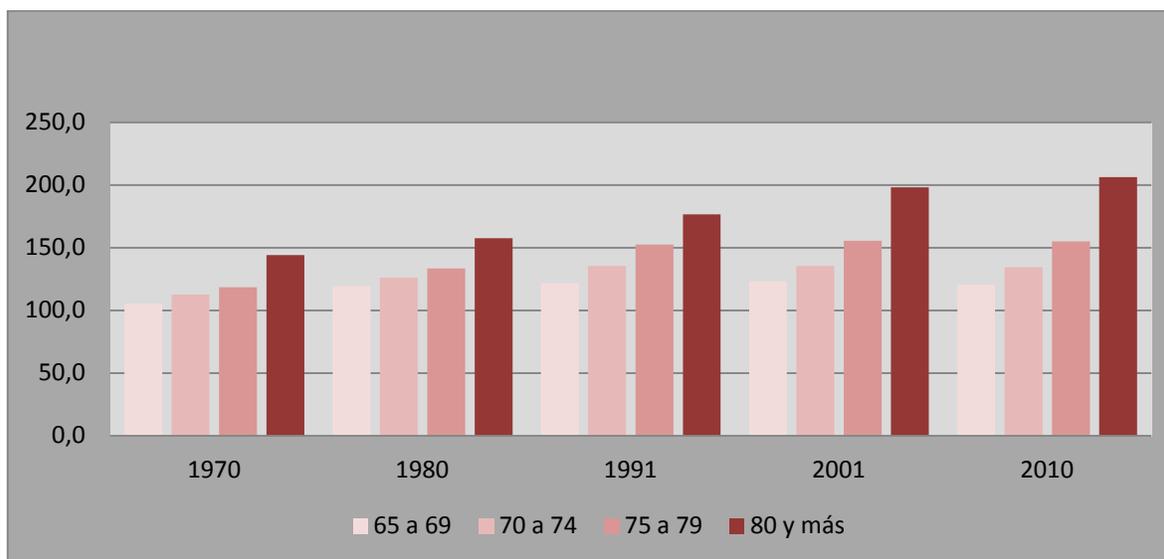
### Índice de feminidad

El envejecimiento de la población femenina hace referencia a la composición etaria de este grupo. En este caso se analizará un indicador denominado Índice de Feminidad (IF), que

<sup>1</sup> El índice de envejecimiento se define como el número de personas envejecidas por cada 100 jóvenes. En términos numéricos, es el cociente de la población envejecida entre la población joven, multiplicado por 100.

muestra el número de mujeres por cada 100 hombres. Y se presenta, a partir de los 65 años, por grupos quinquenales de edad hasta los 80 y más, durante los años 1970, 1980, 1991, 2001 y 2010.

**Cuadro 3. Índice de feminidad de la población de 65 años y más por grupos de edad. Argentina, 1970-2010**



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas 1970. Censo Nacional de Población y Viviendas 1980 y 1991. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

Puede notarse que a lo largo del tiempo y dentro de cada grupo etario, la tendencia del IF muestra un crecimiento que es más leve en las edades comprendidas entre los 65 y los 69 años, pero que comienza a mostrarse más notable en los grupos de más edad, y puntualmente en el grupo de 80 años y más.

Si agregamos ahora el análisis de la proporción de mujeres adultas mayores respecto del total de población femenina del país, y su evolución en los años mencionados, es posible seguir confirmando lo que hasta aquí se viene insinuando.

**Tabla 1: Proporción de población de 65 años y más. Argentina. 1970-2010**

	1970		1980		1991		2001		2010	
	Mujeres	Hombres								
65 a 69	2,99	2,82	3,38	2,91	3,39	3,55	3,51	2,96	3,51	3,04
70 a 74	2,14	1,89	2,60	2,12	2,56	2,80	3,10	2,39	2,97	2,30

75 a 79	1,35	1,13	1,74	1,34	1,82	2,09	2,37	1,59	2,49	1,67
80 y más	0,95	0,65	1,28	0,83	1,46	1,77	2,36	1,24	3,09	1,56
Total Mayores 50	21,04	19,65	22,85	20,54	23,42	20,18	24,35	20,58	26,29	21,96
Total Mayores 60	11,29	10,18	12,96	10,82	14,36	11,42	15,15	11,65	16,26	12,40

**Fuente:** INDEC. Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas 1970. Censo Nacional de Población y Viviendas 1980 y 1991. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

En la Tabla 1, se aprecia por un lado, que, tanto la población mayor de 50 años como la de 60 años van en aumento. Esto quiere decir que estas personas representan una mayor proporción sobre el total de población cada vez más. Se observa también un envejecimiento mayor de la población femenina respecto de la masculina en todos los años considerados, relación que se acrecienta cuando nos acercamos al año 2010 y se espera que esa tendencia se mantenga.

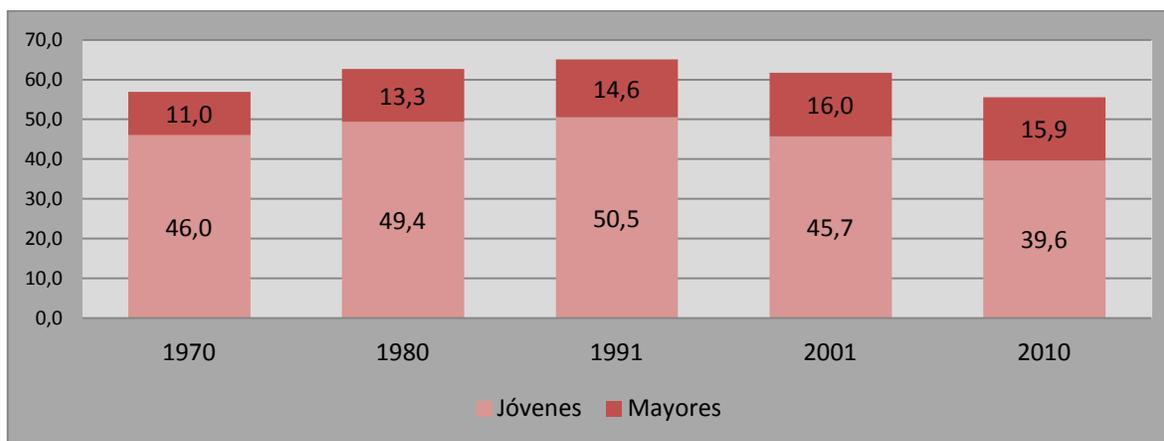
Según los resultados arrojados, la proporción de mujeres de 80 años y más se triplica entre 1970 y 2010, mientras que la proporción de varones, apenas se duplica. Y, la población femenina adulta mayor aumenta casi 7 puntos porcentuales en ese mismo período, mientras que la población masculina adulta mayor aumenta algo más de 2 puntos porcentuales.

### **Relaciones de dependencia demográfica**

El aumento proporcional de adultos mayores en relación a la población total, modifican la relación de dependencia demográfica (RDD), que está definida como el peso que posee el grupo de niños y adolescentes sumado al grupo de adultos mayores sobre la población en edades comprendidas entre 15 y 64 años de edad. El supuesto es que los jóvenes y viejos dependen de los adultos en edades intermedias, considerados como capaces y activos para otorgar apoyo familiar, social y económico. El resultado de la RDD se obtiene sumando el total de personas menores de 15 años con las personas mayores de 65, dividida por la población mayor de 15 años y menor de 64. El primer sumando del numerador se denomina relación de dependencia demográfica joven (RDDJ). El segundo sumando, se denomina relación de dependencia demográfica de la vejez (RDDV). Ambas relaciones de dependencia demográfica son aproximaciones, cuya principal virtud es que son intuitivas y fáciles de calcular con información disponible y simple. Sin embargo, deben tomarse con cautela, y no como valores definitivos, pues es claro que no toda la población en las edades

entre los 0 y los 14 años es dependiente. Pero tampoco es que todo el sector comprendido entre los 15 y los 64 años es activo y tampoco todas las personas de 65 años y más son dependientes.

**Cuadro 4. Total del país. Índice de dependencia potencial de padres, según censos nacionales 1970 a 2010**



**Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas 1970. Censo Nacional de Población y Viviendas 1980 y 1991. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.**

El cuadro 4 muestra, un aumento conjunto de la RDDJ y de la RDDV hasta el año 1991, lo cual redundó en un aumento de la RDD. A partir de ese año, y hasta el 2010, se observa por un lado una disminución de la RDD total, impulsada más que nada por la disminución de la RDDJ básicamente, ya que la RDDV, muestra un aumento leve y un estancamiento final hacia el año 2010.

### **Relación entre población envejecida y cuidadoras potenciales**

Si se piensa en el concepto de vulnerabilidad aplicada a la vejez, debemos mencionar que la mayor vulnerabilidad en la vejez es la que se relaciona con la salud. En cierto punto se genera dependencia debido a que las enfermedades crónicas y discapacidades motrices o mentales, requieren antes que nada prevención, pero luego atención médica, medicamentos y cuidados personales de modo permanente. Y, de alguna manera, estos servicios llevan asociados un gasto económico. En el mejor de los casos, los adultos mayores poseerán capacidad económica suficiente como para cubrir las necesidades en la oferta privada. En otros casos, poseerán obra social, con lo cual podrán atenderse en instituciones públicas o privadas.

Un hecho ineludible de la vejez, tiene que ver con la mayor vulnerabilidad existente en relación a la salud. Las enfermedades crónicas, las discapacidades mentales, físicas requieren prevención y atención médica, pero también medicamentos y cuidados personales de modo permanente. En este sentido, hay que indicar y subrayar que se trata de servicios especialmente costosos.

En los casos en los que el adulto mayor o su familia tienen capacidad económica suficiente, las necesidades que surgen son preferentemente resueltas en la oferta privada. Sin embargo, una gran parte de la población adulta mayor, ve limitada esa capacidad y por lo tanto, ve restringido y de difícil acceso a la prevención, a los sistemas de salud, medicamentos o tratamientos. De esta manera, debido a las limitaciones que se presentan y dentro del contexto social y económico prevalente, la dependencia de la vejez es, en muchos casos responsabilidad de los hijos, o de familiares como nietos, hermanos y demás parientes. De todas maneras, esta ayuda está restringida a la disponibilidad de tiempo de los familiares, y queda librado al azar de su mayor o menor afinidad con esas actividades, que requieren paciencia, conocimientos específicos muchas veces, y tiempo. Si la necesidad de atención y de cuidados se perpetúa en el tiempo, o los cuidados necesarios son demasiado delicados y específicos, ya no son las redes familiares y sociales las que se involucran y cubren los requerimientos, sino algunos de sus integrantes, con alguna persona como cuidadora principal, generalmente alguna de las hijas o la esposa. La bibliografía indica que estas cuidadoras, en su mayor parte están en el rango de edad de 45 a 59 años de edad (Robles-Silva, 2001).

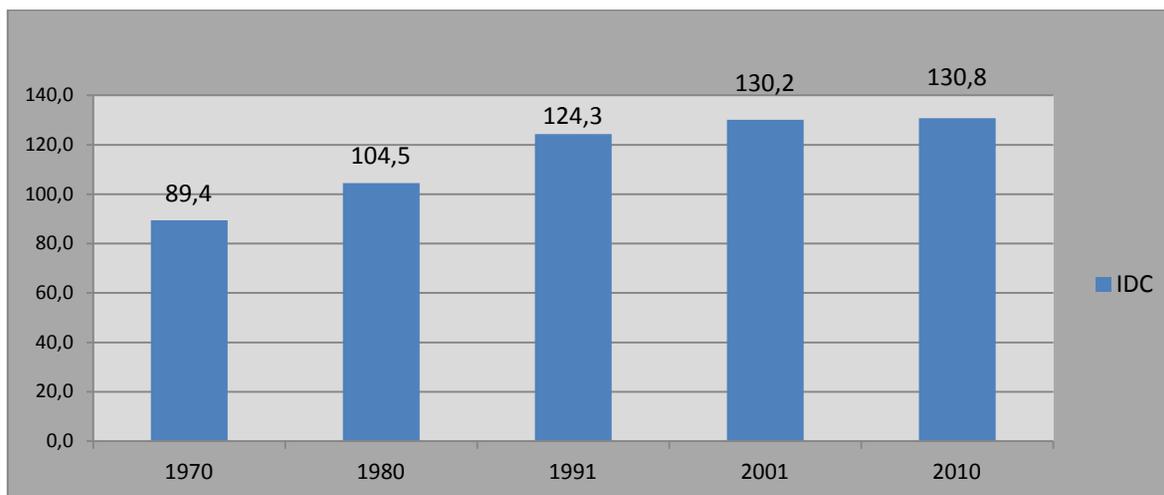
Una manera de estimar la magnitud de la afectación de la capacidad de atención a la vejez ante la dinámica demográfica esperada, puede realizarse utilizando un índice denominado de disponibilidad de las cuidadoras (IDC) de la población envejecida<sup>2</sup>. Es otra aproximación bajo la consideración de que al considerar grupos quinquenales de edad, las más propensas a ser cuidadoras son las mujeres en ese rango de edad, que ayuda a ilustrar

---

<sup>2</sup> El Índice de Disponibilidad de Cuidadoras como la relación entre el tamaño de la población envejecida multiplicada por 100 y la población femenina en edades (45-59)

el grado de dependencia que tienen las personas adultas mayores, sobre grupos etarios que cada vez se vuelven más pequeños en relación a las anteriores.

**Cuadro 5. Relación de población de 65 años y más y mujeres en edad media 45 a 59 años de edad. Argentina, 1970-2010**



**Fuente:** INDEC. Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas 1970. Censo Nacional de Población y Viviendas 1980 y 1991. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

En el cuadro 5 se muestra el IDC. Entre 1970 y 1980 el IDC se mantiene más o menos estable y oscilando cerca del 100. Después de ese año, se superan los 120 puntos y los 130 puntos en el año 2001. Se esperan incrementos que seguirán siendo importantes, de tal manera que habrá potencialmente mayor número de personas que requieran atención que de posibles cuidadoras disponibles. Es esperable que esa cantidad se duplicará después de 2040, llegando a más de 222 en 2050, cifras que reflejan los cambios de estructura por edad y sexo con mayor presencia esperada de los sectores más envejecidos. Más que describir una situación esperada estos datos revelan la necesidad de prever institucionalmente los cuidados a largo plazo de la población envejecida. Seguramente serán otras las alternativas familiares, sociales y económicas que se utilicen, las que son convenientes planear desde ahora para que sean funcionales cuando el futuro se haga presente.

### **Vejez y hogares unipersonales.**

Es interesante observar que el 31% de la población mayor de 65 años, vive en hogares unipersonales o en hogares compuestos por dos personas. Y, del total de personas en ese

mismo rango etario, el 39% vive en hogares unipersonales. Esto viene, de alguna manera a fortalecer las hipótesis que se están esgrimiendo: las personas adultas viven generalmente solas, lo que facilita la aparición de situaciones complejas: soledad, falta de atención, mayor vulnerabilidad social: dificultad de acceso a servicios, limitada integración social.

Esta situación, desencadena muchas dificultades para los adultos mayores. Muchas veces es necesario, como mencionábamos anteriormente, que algún familiar cercano se haga cargo de la vida de los adultos mayores. Muchas veces, esto recae en las mujeres. Y la atención a los adultos, no tiene sólo que ver con los temas relacionados con la salud. También, debe mencionarse las dificultades que deben atravesar los adultos mayores para realizar operaciones cotidianas que se vuelven complejas e inaccesibles para ellos. Y esto tiene que ver puntualmente con la brecha tecnológica que se ha generado entre ellos (más puntualmente entre los adultos de 70 años y más), que los aleja y los aparta de realizar una serie de acciones, trámites, etc. Nos referimos puntualmente a transacciones bancarias, problemáticas asociadas con el cobro de haberes, o mínimamente la comunicación cotidiana entre ellos o con el resto de las personas. No sentir seguridad para manejar un cajero electrónico, no poder enfrentarse a una computadora, alcanzar a comprender los límites de la burocracia estatal o privada, los limita, los excluye y los subordina a decisiones que muchas veces no les son propias, y, muchas otras veces, no les son consultadas.

Claro que existen excepciones. Hay adultos mayores que han ingresado en la era tecnológica con la experiencia suficiente como para sobrevivir a los embates técnicos. Sin embargo, es muy amplia la proporción de adultos que se ven excluidos y por lo tanto, muy limitados en estos temas.

### **Salud en la vejez**

El concepto de envejecimiento como dependencia se genera en razón de la aparición y acumulación de padecimientos crónicos, incurables y progresivos, dentro de una polipatología que no es inmediatamente fatal, sino que tiene serios efectos no letales con consecuencias de deterioro funcional, mala calidad de vida, demanda de atención médica y necesidad de cuidados de largo plazo. Es el caso de las enfermedades del corazón, la

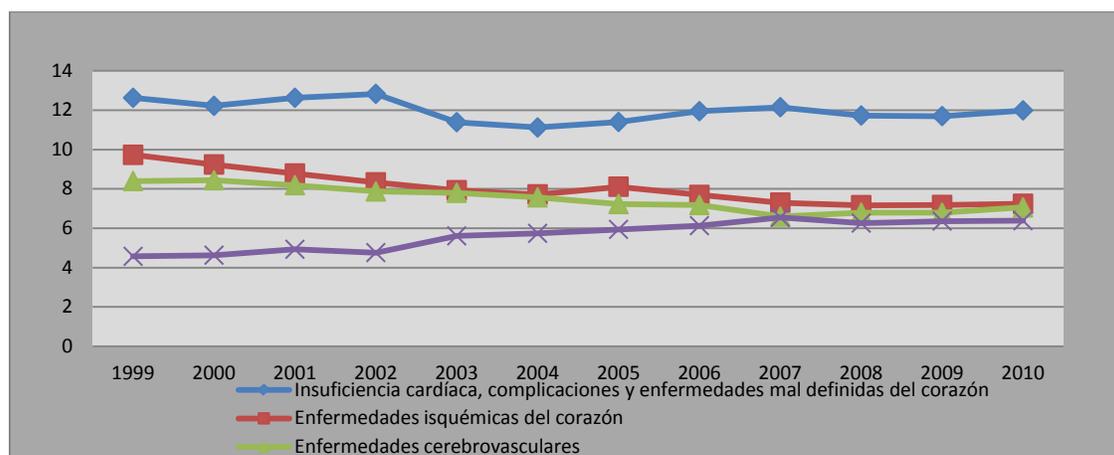
diabetes, los cánceres y las enfermedades cerebrovasculares, que además son las principales causas de muerte en esta etapa de la vida. Debido a enfermedad e incapacidad a partir de la vejez, se originan dependencias que significan cargas sociales, económicas y emocionales para la persona, la familia y la sociedad. Esta situación era poco problemática cuando los volúmenes de población envejecida eran menores, pero ahora, y sobre todo a futuro, las dificultades se multiplican ante las perspectivas de envejecimiento y cambios epidemiológicos con las consecuencias mencionadas. Ante la necesidad de prevenir y controlar estas enfermedades para mitigar sus efectos, se genera una creciente necesidad de adaptar y reforzar los sistemas de salud, las instituciones de seguridad social y las familias.

### Principales causas de muerte.

En la medida en que la esperanza de vida va aumentando y las personas fallecen cada vez más ancianas, varía, de manera conjunta, el perfil de las causas de defunción. Esta situación se pone de manifiesto al analizar las principales causas de mortalidad por grupos de edad en adultos mayores de 65 años de la Argentina.

Según las bases de datos sobre mortalidad de la Organización Panamericana de la Salud, las principales causas de mortalidad proporcional en los varones son las insuficiencias cardíacas, las enfermedades isquémicas del corazón, seguidas por las enfermedades cerebrovasculares, y la influenza y neumonía.

**Cuadro 6. Principales causas de defunción en Adultos Mayores Varones. Argentina 1999-2010**



Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas 1970. Censo Nacional de Población y Viviendas 1980 y 1991. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

Las muertes por insuficiencias cardíacas representan la mayor proporción de muertes para todos los años considerados. Si bien presenta oscilaciones en la medida en que avanzan los años, se mantiene relativamente estable como principal causa, representando en promedio un 11 a 13,5% del total de las muertes ocurridas entre las personas de 65 años y más.

En segundo lugar, proporcionalmente hablando, se ubican las enfermedades isquémicas del corazón. Esta causa muestra un leve descenso en el tiempo: comienza representando un 10% de las muertes totales, y termina, en el año 2010, representando algo menos del 8% del total. En tercer lugar, se encuentran las enfermedades cerebrovasculares, con valores porcentuales que oscilan entre el 8% y el 6,5%. Por último, una causa que viene ganando importancia porcentual es la influenza y la neumonía, que comienzan alcanzando algo más del 4% de las muertes, para terminar llegando a representar casi el 6,5% de las muertes.

Estas cuatro enfermedades crónicas no transmisibles causaron en el año 1999 casi el 40% de las muertes ocurridas a partir de los 65 años, y representan casi el 30% en el 2010.

Esto indica que en cierta manera ha habido cambios respecto de importancia porcentual de algunas enfermedades en los adultos mayores varones. El cambio observado puede explicarse, en parte, en el aumento proporcional de algunas enfermedades. Es decir, una serie de variables aumentan la importancia relativa en este rango etario. Estas enfermedades son las enfermedades hipertensivas y los edemas pulmonares.

Este patrón causal varía al analizar las defunciones según grupos etarios. Entre los adultos mayores de menor edad (65-69 años), las enfermedades cerebrovasculares pierden importancia relativa situándose en la segunda posición, luego de la diabetes mellitus. En este grupo de edades, las proporciones de muertes por cirrosis y otras enfermedades del hígado y neoplasias malignas de tráquea, bronquio y pulmón, superan a las muertes por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. Por otro lado, las neoplasias malignas llegan a ocupar el noveno lugar entre las primeras veinte causas dentro de este grupo de edad. La única enfermedad transmisible que aparece entre las diez primeras es la influenza y la neumonía.

A medida que se avanza en la edad, la diabetes aún se mantiene entre las diez primeras causas de muerte, aunque desciende a la cuarta posición entre los octogenarios y a la séptima si analizamos las personas mayores de 90 años. Luego, las enfermedades

cerebrovasculares pasan a la segunda posición cuando se seleccionan sólo las personas mayores a 70 años de edad. La proporción de muertes por neoplasias va disminuyendo en la medida que avanza la edad. Sin embargo, causas transmisibles como la influenza y la neumonía ganan importancia, llegando a la tercera posición a partir de los 80 años. Estas enfermedades causan casi el 3% de las muertes entre los 60 y 69 años, y alcanzan casi el 9% pasados los 90 años de vida. En esta etapa, son las enfermedades relacionadas con la desnutrición y anemias nutricionales también adquieren relevancia al subir a la décima posición entre las causas de muerte. Ascende también en su contribución a la mortalidad, con el avance de la edad, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. En los septuagenarios esta causa de muerte aparece como la número diecinueve y pasa a la novena posición a partir de los 80 años.

El patrón de causas también exhibe diferencias entre sexos. En las mujeres adultas mayores de 60 a 69 años, la proporción de muertes por diabetes mellitus alcanza un valor relativo de 12.8%, superando así a las muertes por enfermedades isquémicas del corazón que poseen un valor relativo del 10.2%. Si se analizan ambos sexos de manera individual, puede observarse que la enfermedad hipertensiva, las demencias y las caídas accidentales muestran mayor peso como causa de defunción entre las mujeres. Entre los hombres, las proporciones de muertes por neoplasias de tráquea, bronquio y pulmón, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, la cirrosis y otras enfermedades hepáticas, son las más altas.

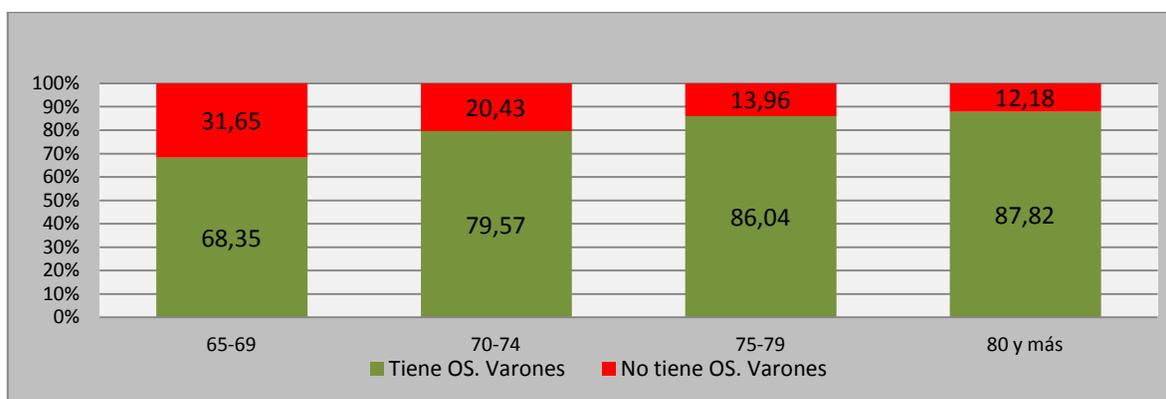
#### **Acceso a obra social o a atención médica prepaga.**

Al análisis descriptivo de las principales causas de muerte en la vejez, debemos agregarle el hecho que mencionábamos anteriormente asociado a los de riesgo y fragilidad. Y, en cierto modo, lo que rápidamente puede irse indicando es que, cuando la transición epidemiológica avanza, como lo ha hecho en nuestro país, queda rezagada la estructura social necesaria para incluirlos en los sistemas de salud, de previsión.

Y, claramente, el acceso a los servicios de salud es esencial en las edades adultas, ya que es el momento en que aparecen enfermedades, como se vio en el punto anterior, que necesariamente requieren de cuidados especiales, vigilancia permanente y medicamentos que son suministrados, en su mayoría, no de manera esporádica, sino, de por vida.

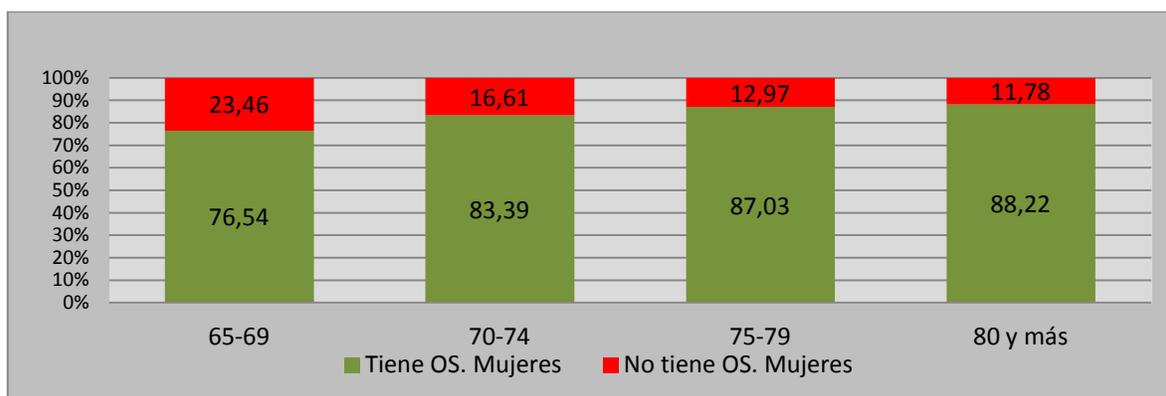
En este sentido, en el año 2001, de las personas de 65 a 69 años, el 72,86% de las personas de esa edad poseen obra social. Y casi el 30% de ellos, no poseen ningún tipo de obra social ni prepaga. Luego, de las personas de 70 a 74 años, el 81% poseen obra social y alrededor del 14% no poseen. Entre las personas de 75 años y más, alrededor del 87% de la población poseen obra social y entre el 12% aproximadamente. Si ahora el análisis se desagrega según sexo, lo que puede verse es que, en general y a lo largo de todos los grupos quinquenales de edad analizados, existen mayores porcentajes de mujeres con acceso a obra social en comparación con el acceso que poseen los hombres (Ver cuadro 7 y 8).

**Cuadro 7. Población por cobertura por obra social y/o plan de salud privado o mutual según grupos de edad. Varones**



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

**Cuadro 8. Población por cobertura por obra social y/o plan de salud privado o mutual según grupos de edad. Mujeres**

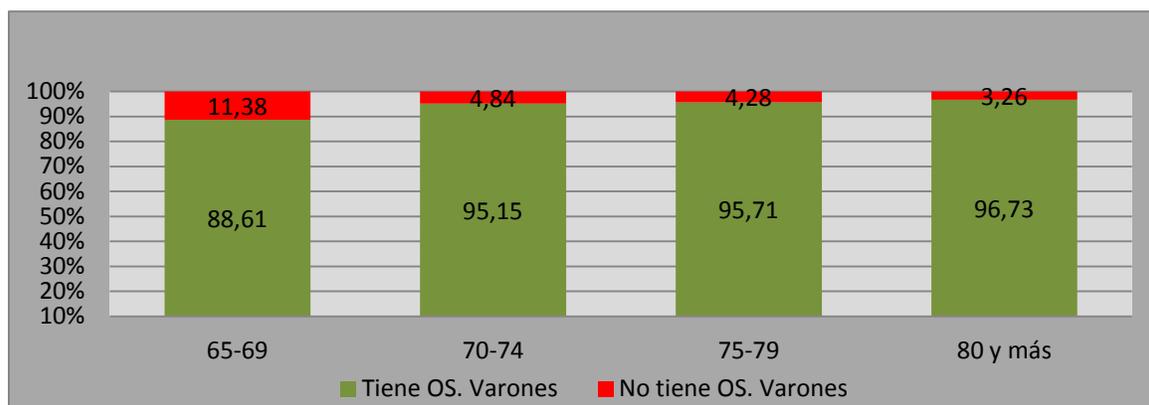


Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

En el año 2010, la situación mejora relativamente. El acceso de la población adulta a obra social, se ve una mejora en esta situación (Ver cuadro 9 y 10).

**Cuadro 9. Población en viviendas particulares por tipo de cobertura de salud grupo de edad.**

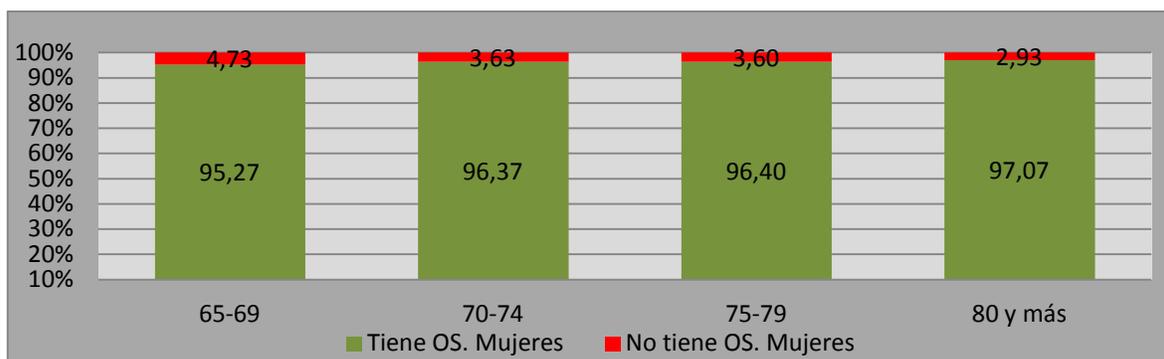
**Varones. Año 2010**



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

En el año 2010, el acceso a obra social de la población adulta, alcanza valores mucho más favorables que en año 2001, reduciéndose a un 11,38% los casos de varones mayores de 65 y hasta 6 años los que no acceden a obra social. Luego, la reducción es mayor, alcanzando valores cercanos al 4%.

**Cuadro 10. Población en viviendas particulares por tipo de cobertura de salud grupo de edad. Mujeres. Año 2010**



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

En el caso de las mujeres, en el primer grupo etario, sólo el 4,73% no acceden a obra social, mientras que, a medida que avanzan en la edad, el valor se reduce levemente.

Sin embargo, lo que sucede normalmente, es que los servicios sociales, no alcanzan a cubrir las necesidades de las personas adultas. Es decir, la calidad de la cobertura no es lo suficientemente buena como para hacer frente a las demandas de una población cada vez más envejecida.

En la Argentina, los trabajadores que se jubilan, tiene cobertura de salud por la obra social a la que estaba afiliado como activo, por el plazo de tres meses inmediatamente siguientes a su jubilación (art 10 de la ley 23660 de Obras Sociales). Luego, una vez que se jubila, automáticamente queda incluido en el INSSPJYP-Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados), según la ley 19032 (BO 28-5-1971) conocido como PAMI (PRESTACIONES ASISTENCIALES MÉDICAS INTEGRALES). La ley de su creación establece lo siguiente:

*Art. 2º — El Instituto tendrá como objeto otorgar —por sí o por terceros— a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones y a su grupo familiar primario, las prestaciones sanitarias y sociales, integrales, integradas y equitativas, tendientes a la promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, organizadas en un modelo prestacional que se base en criterios de solidaridad, eficacia y eficiencia, que respondan al mayor nivel de calidad disponible para todos los beneficiarios del Instituto, atendiendo a las particularidades e idiosincrasia propias de las diversas jurisdicciones provinciales y de las regiones del país..Las prestaciones así establecidas se considerarán servicios de interés público, siendo intangibles los recursos destinados a su financiamiento....."*

Sin embargo, la mayoría de las personas mayores de 65, intenta mantener la obra social que mantenían cuando estaban en actividad. Ser mayor de 65 años, dificulta el hecho de ser recibidos por muchas empresas de medicina prepaga, para ingresar como pasivos, debido a lo que mencionábamos anteriormente: los adultos mayores requieren de consultas y prácticas médicas complejas, lo que representa un costo muy elevado a ser asumido por esas empresas. En este sentido, la salud deja de constituirse en un derecho para los adultos mayores, y pasa a ser un negocio para los prestadores. Y entonces, es aquí donde aparecen los contrastes, y son sólo aquellas personas mayores de 65 años con mejor situación socioeconómica las que pueden acceder a mejores sistemas de salud, quedando desamparados y desatendidas aquellas personas que no disponen del dinero necesario para alcanzar un buen servicio de salud.

Hay que mencionar que las empresas de medicina prepaga, indican expresamente que la edad no puede ser tomada como criterio de rechazo a de admisión Artículo 11 de la (LEY

26682 (BO 17-5-2011), promulgada por Decreto 588/11. Y aclara además, en el artículo 12, que las personas mayores de 32 años, la Autoridad de Aplicación, debe definir los porcentajes de aumento de costos según riesgos para los distintos rangos etarios. Y aquellos usuarios mayores de 65 años, que tengan antigüedad mayor a 10 años, no se les puede aplicar el aumento en razón de su edad.

No obstante estas normas, es cotidiano el rechazo de las prepagas a afiliar personas mayores a 65 años.

### **Conclusiones**

El proceso de envejecimiento en Argentina, y puntualmente, la feminización de la adultez, es un hecho indudable. Con más desarrollo en algunas regiones que en otras, debido a que el alcance de la transición demográfica, no se da en todo el país de manera uniforme, el envejecimiento es una realidad que irá avanzando, sin dudas, sobre todo el territorio.

El índice de envejecimiento claramente indica un aumento proporcional de los adultos mayores respecto de la población total, con valores que llegan a los 32 puntos porcentuales para los varones y a los 48 puntos porcentuales para las mujeres en el año 2010.

En este mismo sentido, y analizando las situaciones de dependencia, se analizó el índice de dependencia de los padres y de la juventud, que mostró un aumento conjunto de la RDDJ y de la RDDV hasta el año 1991, que determina un aumento de la RDD. Luego y hasta el 2010, se observa por un lado una disminución de la RDD total, impulsada más que nada por la disminución de la RDDJ básicamente, ya que la RDDV, muestra un aumento leve y un estancamiento final hacia el año 2010.

Respecto del IDC se observó que los valores para el año 2001 superan los 120 puntos y los 130 puntos en el año 2010. Es esperable que esa cantidad se duplicará después de 2040, llegando a más de 222 en 2050. Estos valores revelan la necesidad de prever institucionalmente los cuidados a largo plazo de la población envejecida.

Y, como se ha visto en la investigación, por falta de adecuación del estado a la nueva realidad, por la velocidad que adquieren los cambios sociales y demográficos, pero también los cambios de tipo tecnológicos, son los adultos mayores quienes mayormente sufren las consecuencias. La vida de las personas (en mayor medida, la de las mujeres), se ha extendido. Sin embargo, las vidas de esas mujeres adultas, transcurre tantas veces en soledad, alejada de redes sociales que la contengan, con la debilidad que caracteriza a la

salud de los mayores, escenario no demasiado alentador para muchas de ellas, lo que viene a configurar una situación de vulnerabilidad en la cual terminan sus vidas.

Es cierto que existen excepciones, y, puntualmente aquellas personas de entre 65 y 70 años que en esta investigación se las ha llamado adultas mayores, estén socialmente integradas, mantengan relación con las instituciones y las redes de contención colectivas. Sin embargo, cuando avanzamos en las edades, vemos que la fragilidad a la que se hallan expuestos, les impide mantener la vitalidad a la que estaban acostumbrados.

## Bibliografía

- Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo 2001: Resultados Definitivos. Variables Básicas Seleccionadas [Internet]. Buenos Aires: INDEC; 2011. Acceso: 15 de junio de 2013.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo 2010: Resultados Definitivos. Variables Básicas Seleccionadas [Internet]. Buenos Aires: INDEC; 2011. Acceso: 15 de junio de 2013.
- Belmartino, S. (2009). Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos. 5º Foro del Bicentenario. Panel Políticas de Salud Pública en el siglo XX. Buenos Aires
- Bisang, R. y O. Cetrángolo (1997). "Descentralización de los Servicios de Salud en Argentina" Serie Reformas de Política Pública 47 CEPAL.
- CELADE (2010). "Población y Salud en América Latina y el Caribe: Retos pendientes y nuevos desafíos". Comité especial de la CEPAL sobre población y desarrollo.
- CELADE (2011) "Envejecimiento poblacional" Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Año VI. Nro 12.
- CEPAL (2010). Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos. Comité Especial de la Cepal sobre población y desarrollo. Santiago de Chile.
- CEPAL, (2006). La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad, Trigésimo primer período de sesiones de la CEPAL. Montevideo.
- Chackiel, J (1999), "El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?", en Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad, Seminario técnico, Santiago de Chile, CEPAL.
- Martín, Ruiz, J. F (2005), "Los factores deficiatorios de los grandes grupos de edad de la población: tipos, subgrupos y umbrales", en Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, Universidad de Barcelona, Vol. IX, Núm. 190, 1 de junio de 2005, ISSN: 1138-9788.
- Organización de las Naciones Unidas (2000), "Panorama social de América Latina 1999-2000", en Noticias comunicados de prensa, Centro de Información para Argentina y Uruguay, de [http://www.unic.org.ar/noticias/cp/cp080\\_00.htm](http://www.unic.org.ar/noticias/cp/cp080_00.htm)
- Redondo, N; Garay S. (2012) "El envejecimiento en América Latina: evidencia empírica y cuestiones metodológicas". Serie Investigaciones N°13. ALAP Editor. 1ra Edición. Río de Janeiro, Brasil.
- Robles Silva, L (2001), "El fenómeno de las cuidadoras: un efecto invisible en el envejecimiento", en Estudios Demográficos y Urbanos 48, Vol. 16, Núm. 3, Septiembre-Diciembre.

