

Morbilidad, cobertura de salud y uso de los servicios de salud de los adultos mayores en un aglomerado urbano argentino.

Carola Leticia Bertone, Centro de Estudios Avanzados - CONICET - UNC y Marcos Javier Andrada, CONICET - Centro de Estudios Avanzados - UNLAR.

Cita:

Carola Leticia Bertone, Centro de Estudios Avanzados - CONICET - UNC y Marcos Javier Andrada, CONICET - Centro de Estudios Avanzados - UNLAR (2010). *Morbilidad, cobertura de salud y uso de los servicios de salud de los adultos mayores en un aglomerado urbano argentino. IV Congreso de La Asociación Latino Americana de Población (ALAP). Asociación Latino Americana de Población, Habana, Cuba.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/marcos.andrada/12>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pCMz/Fqk>



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>.

Morbilidad, cobertura de salud y uso de los servicios de salud de los adultos mayores en un aglomerado urbano argentino¹

Bertone, Carola Leticia²

Andrada, Marcos Javier³

Resumen

Argentina presenta un envejecimiento poblacional moderadamente avanzado, con una relación viejos/jóvenes⁴ de 58,1%. Y se espera que para el año 2025 el porcentaje de personas argentinas mayores de 60 años sea de 17,1%, y para el 2050 de 24,8% (CEPAL, 2009:1). La naturaleza de los problemas de salud de la población anciana plantea retos importantes para el Sector Salud: la mayor frecuencia de padecimientos crónicos, su diagnóstico a edades más tempranas y la producción de distintos tipos de discapacidades, darán lugar a una demanda de servicios más grande y compleja (Borges-Yañez et al. 1998: 2). El presente trabajo tiene como objetivo describir la prevalencia de algunas patologías crónicas y agudas, como proxy de morbilidad, de la población adulta mayor de un aglomerado urbano argentino, a partir de una fuente primaria. Se evaluará por otra parte, el nivel de cobertura de salud, la utilización de los servicios de salud, y el uso de medicamentos. Estar al tanto de los cuadros mórbidos más prevalentes permitiría conocer las demandas futuras más importantes, y orientaría la planificación de medidas preventivas más apropiadas para evitar su ocurrencia, disminuyendo así, la gran demanda esperada; y así sobrellevar mejor el fenómeno del envejecimiento poblacional.

¹ Trabajo presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en La Habana, Cuba, del 16 al 19 de noviembre de 2010.

² CONICET - CEA - UNC - CEPYD. carolabertone@gmail.com

³ CONICET - CEA - UNC - UNLAR. marcosandrada80@gmail.com

⁴ Relación viejos/jóvenes, mide la cantidad de adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes. Se calcula haciendo la razón entre personas de 65 años y más con respecto a las personas menores de 15 años, por cien.

Introducción

Argentina, se encuentra en una etapa avanzada de este proceso, sin embargo, el proceso de envejecimiento en Argentina no ha sido lineal. Por el contrario, sus distintas y marcadas etapas reflejan no sólo la particular transición demográfica del país que comenzara a fines del siglo XIX sino también, y de manera muy importante, la inmigración internacional, masiva en algunas épocas y no tanto en otras que, con sus particulares características a lo largo del tiempo, afectara de distinta manera a varones y mujeres. Como consecuencia del proceso de envejecimiento poblacional ha ido aumentando el porcentaje de población mayor de 65 años y la relación de dependencia porcentual de viejos y jóvenes, representando en 2001 el 9.7% y el 34.9%, respectivamente (INDEC, Censo 2001).

Al interior del país, la provincia de Córdoba en 1991, presentó un 9.3% de mayores de 64 años y una relación viejos/jóvenes de 31.9%, siendo en el 2001 de 10.6% y 39.8% por ciento, respectivamente (Peláez, 2004). El departamento con proceso de envejecimiento más avanzado es Marcos Juárez, con una relación viejos/jóvenes de 61.3% y 14.6% de población mayor de 64 años. Hay un grupo de departamentos con envejecimiento algo más lento entre los cuales está General San Martín, cuyas relaciones viejos/jóvenes están comprendidas entre 45% y 50%. (Álvarez et al. 2010: 2).

Este estudio se desarrolló en las ciudades de Villa María y de Villa Nueva (conforman una misma mancha urbana), ubicadas en el departamento General San Martín de la provincia de Córdoba. El Departamento General San Martín está situado al sudeste de la Provincia de Córdoba con una superficie de 5.006 km², en el mes de noviembre de 2001, tenía una población de 116.107 habitantes, lo cual determinó una densidad de población de 23,21 habitantes por km². Villa María es la ciudad cabecera, y Villa Nueva es la continuación de la mancha urbana. En el 2001, en ambas ciudades la población de personas mayores de 60 años, sumaba: 5710 varones y 8594 mujeres, que representaban el 13% y el 19% del total de la población respectivamente (INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2001).

La naturaleza de los problemas de salud de la población anciana plantea retos importantes para el Sector Salud: la mayor frecuencia de padecimientos crónicos, su diagnóstico a edades más tempranas y la producción de distintos tipo de discapacidades, darán lugar a una demanda de servicios más grande y compleja (Borges- Yáñez et al. 1998: 2).

El presente trabajo tiene como objetivo describir algunos rasgos del perfil epidemiológico de la población adulta mayor del aglomerado Villa María- Villa Nueva, a partir de datos de autopercepción de la salud como proxy de morbilidad, particularmente sobre enfermedades crónicas y algunas agudas. Por otro lado, se evaluará la utilización de los servicios de salud, estableciendo diferencias por sexo, edad y cobertura de salud. Acerca de la cobertura se mostrarán las obras sociales que cubren a los AM, y cómo cubren los gastos médicos los AM que no tiene cobertura de salud.

Al haber realizado un trabajo sobre la autonomía como forma de medir la salud de los AM del mismo aglomerado en un trabajo previo, y dada la deficiente información sobre morbilidad, pareció pertinente ampliar el estudio sobre la salud de los AM (Bertone, 2009). La disponibilidad de datos sobre algunas patologías crónicas y agudas en la fuente primaria, fueron las que originaron el interés en analizar estos aspectos de los AM de Villa María-Villa Nueva como un estudio de caso al interior del país. El aglomerado urbano del interior de Córdoba (Argentina) presenta un contexto bastante diferente del Área Metropolitana del Gran Buenos Aires a donde fue realizada la encuesta SABE en el 2000.

Ya que la fuente está realizada en base a la encuesta SABE, algunos apartados pueden ser comparativos. Sin embargo, no es el objeto de este trabajo plantear comparaciones entre ellas, pero es de destacar que sería interesante realizarlo como una muestra de las heterogeneidades del país son respecto a la situación de los AM.

Objetivo general

Analizar el perfil epidemiológico de la población adulta mayor de un aglomerado urbano del interior de Argentina, a partir de datos de autopercepción de la salud como proxy de morbilidad; analizar algunas características sobre la utilización del sistema de salud.

Objetivos específicos

- Conocer la prevalencia de algunas de las enfermedades crónicas y algunas patologías agudas-infectocontagiosas que afectan a los AM.
- Analizar la prevalencia de algunas de las complicaciones de la Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial, estableciendo los diferenciales por sexo y edad.

- Estimar la cobertura de salud de los AM y valorar la utilización de servicios de salud de baja (Atención Primaria de la Salud) y de mayor complejidad (hospitalizaciones).
- Evaluar el uso de medicamentos de los AM.

Metodología

Se utilizó una fuente primaria construida a partir de una encuesta ad hoc (al estilo de la encuesta SABE) realizada a una muestra de mayores de 44 años que residen habitualmente (más de 5 años) en hogares particulares de las ciudades de Villa María y Villa Nueva, una ciudad del interior de Argentina.

El operativo se identificó con el logo “NOS VES?”, y se realizó en diferentes barrios de la ciudad, la muestra fue de 1166 personas aproximadamente, tomada desde mayo a Diciembre del 2008 y Febrero-Marzo del 2009. Se determinaron 120 puntos muestrales distribuidos en el conglomerado según densidad de población, pero no se pudo respetar la distribución exacta, ya que en algunos barrios la población se negó a participar y en otros lo hizo de forma reticente. La unidad de análisis fue la persona. En el presente desarrollo sólo se consideraron las personas de 60 años y más, en adelante adultos mayores (AM).

Se utilizaron preguntas de los módulos de Estado de salud, Medicinas, Uso y accesibilidad a servicios y Características económicas (Ver anexo).

La información se presentó por sexo y grupo de edad, utilizando dos grupos: de 60 a 74 años y 75 años y más; en algunos casos se muestra la información de los AM que no son jubilados o pensionados, ni reciben ingresos.

Marco conceptual y antecedentes

La región latinoamericana en los próximos decenios se verá afectada por el aumento del número de AM, lo cual exigirá una respuesta a los sistemas de salud que estarán demandados por servicios específicos de atención al grupo de edad. El deterioro gradual de las condiciones de salud física y mental que acompaña al proceso de envejecimiento, la reducción resultante de los años esperados de vida activa y sana, la reducción o el cese completo de la participación en el mercado laboral y la mayor dependencia de las transferencias de ingresos de diversas fuentes públicas y privadas determinan, en conjunto, que el crecimiento de la

población de adultos mayores origine una mayor demanda de asistencia y servicios de salud (Albala et al. 2005: 308).

El incremento de la esperanza de vida es un indicador de mejora del estado de salud de la población en edades tempranas, pero se relaciona en edades mayores con tasas elevadas de enfermedades crónicas y degenerativas e incapacidad que afectan su calidad de vida (Shamah-Levy et al., 2008: 384).

Borges-Yáñez et al. (1998) realizaron un artículo utilizando como fuente la Encuesta Nacional de Salud (ENSA-II), realizada en 1994, cuyo objetivo fue describir las características sociodemográficas y las determinantes de la utilización de los servicios de salud por la población de México. La ENSA-II contiene información de 4.628 individuos de 60 años y más y a partir de la cual concluyeron entre otras cosas que entre las enfermedades crónicas informadas con mayor frecuencia en el grupo de 60 años y más destacan la hipertensión arterial (9.9%); diabetes Mellitus (9%); cardiopatía (3.3%) y ceguera, sordera o parálisis (2.8%). Sólo se encontraron diferencias por género en la prevalencia de hipertensión arterial, siendo esta mayor en las mujeres (12.9%) que en los hombres (6.6%). Por otra parte, se observa una mayor prevalencia de diabetes, hipertensión arterial, enfermedades del corazón y úlcera gástrica en los residentes de las zonas urbanas y mayor prevalencia de discapacidades y asma en las zonas rurales. Además, encontraron que durante el último año, 5.5% de los hombres y 5.8% de las mujeres fueron hospitalizados; la principal causa fue algún tipo de enfermedad (52.5%), seguida por cirugía (39.7%) y accidente (7.9%). Las causas fueron significativamente diferentes, ya que un mayor porcentaje de hombres (10%) que de mujeres (5%) fueron hospitalizados por accidente.

Los mismos autores reconocen que es clara la tendencia de los AM a utilizar exclusivamente servicios curativos, especializados y complejos, debida, asimismo, a las múltiples enfermedades características de esa etapa de la vida. De modo que, los pocos cuidados preventivos y de mantenimiento de la salud hacen que el costo de la atención de problemas crónicos avanzados para los enfermos y sus familias, así como para las instituciones de salud, sea muy elevado. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) absorbió el mayor porcentaje de hospitalizaciones (40.5%).

En la ENSA-II, el 74% de los encuestados notificaron haber tomado medicamentos (Borges - Yáñez et al. 1998: 5), mientras que en la SABE de Argentina, las mayoría de los AM (82,8%)

está tomando medicamentos, siendo más frecuente en las mujeres que en los hombres (Pantelides et al. 2002: 245).

Un artículo publicado en la revista de salud pública de México en el año 2008 por Shamah-Levy et al. (2008), que tuvo como objetivo describir, en una muestra probabilística con representatividad nacional, las entidades patológicas más frecuentes y algunos indicadores del estado de nutrición de los adultos mayores mexicanos, concluyó que: hasta 40% de los adultos mayores carece de seguridad social; cerca de 25% son hipertensos diagnosticados por la encuesta y del 15 al 20% son diabéticos. Los resultados de este estudio muestran que los adultos mayores en México poseen un estado de salud y nutrición preocupante a nivel de demandas en salud.

La Organización Panamericana de la Salud realizó en 1999 la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) para evaluar el estado de salud de la población de individuos mayores de 60 años en siete ciudades de América Latina y El Caribe, incluida la Ciudad de México. De ella resultó que las enfermedades registradas con más frecuencia fueron las siguientes: hipertensión arterial, problemas, articulares, reumatismo, desnutrición y osteoporosis (Shamah-Levy et al. 2008: 384).

Otro trabajo, costarricense, tuvo como objetivo describir la situación de los adultos mayores del área rural de Costa Rica, en algunos aspectos asociados a su bienestar y calidad de vida: la presencia de enfermedades y discapacidades, el estado nutricional, condición mental y estado de ánimo. Utilizó como fuente la encuesta SABE realizada allí y obtuvieron los siguientes resultados: el 15.8% presentaron una baja capacidad funcional, considerados en la categoría de muy enfermo⁵ el 27.9%, el 9.5% presentaron discapacidades físicas moderadas, entre otras. Y concluyeron que los adultos mayores en Costa Rica presentan los problemas de salud, físicos y mentales propios de esta población y probablemente en la magnitud que se ha observado en otros países de la región (Cáceres Rodas, 2004: 1).

Un estudio realizado en Argentina por el Centro de estudios de población (CENEP), en el marco del Proyecto SABE sobre bienestar y envejecimiento en América Latina y el Caribe,

⁵ Se elaboraron tres categorías de estado de salud: "Sano", enfermo, muy enfermo, según el número de enfermedades reportadas y otros síntomas relevados. Se definió "Sano" cuando la persona declaró no presentar ninguna de las enfermedades crónicas relevadas, "Enfermo" cuando declaró tener una enfermedad o dos enfermedades pero menos de cinco de los síntomas ; "Muy enfermo" cuando la persona reportó presentar dos enfermedades y más de cinco síntomas o cuando declaró padecer tres o más de las enfermedades.

2002, permitió la caracterización de los patrones de morbilidad, de deficiencias físicas, mentales y funcionales, acceso a los servicios de salud, costos de la vejez y la enfermedad, de personas con 60 años y más, residentes en viviendas particulares del Área Metropolitana del Gran Buenos Aires. Este estudio, netamente descriptivo, manifiesta que la hipertensión arterial, que afecta al 47% de los hombres y al 50, 8% de las mujeres, junto con la artrosis, reumatismo o artritis son las más frecuentes. Con respecto a la prevalencia de Diabetes Mellitus, el 12, 3 % de los encuestados dice padecerla; esta proporción es algo más alta entre los hombres. Los AM que sufren enfermedades del corazón no llegan al 5%, sin embargo la proporción de hombres duplica al de las mujeres. El 68,7% de ellos presenta secuelas debido a ellas. El 5,2% tuvo diagnóstico de cáncer, siendo mayor en las mujeres. El 20% declara haber tenido diagnóstico de enfermedad cerebrovascular, y el 8% una pulmonar crónica; ésta con mayor prevalencia en los hombres.

La magnitud y trascendencia de los padecimientos crónicos y quirúrgicos estriba en que originan una mayor demanda de atención en consulta externa y hospitalización, por lo que es necesario estar preparados para poder enfrentar este reto como institución de salud (Borges-Yáñez et al. 1998: 2).

La organización Mundial de la Salud en su declaración de principios de 1948, definió a la salud como “el completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad o invalidez”. De esta manera, se enfatiza que la salud no es patrimonio sólo del cuerpo, sino del individuo en su totalidad. También puede propiciar que el organismo se deteriore por diversas enfermedades que se van presentando; es por ello que dentro de las muchas necesidades de la población adulta mayor, se encuentra la de salud. (Sánchez-Gavito, 2000 citado por Bertone, 2009: 6).

Para hablar de salud de las personas adultas mayores hay que hablar de autonomía, de funcionalidad. La funcionalidad ha sido reconocida por la organización Mundial de la Salud como el mejor indicador del efecto de la enfermedad en el estilo de vida y nivel de independencia de la persona. Una definición de Batzán Cortés (2000) y otros citada por Alonso Galbán et al. (2007: 4), plantea que "La fragilidad puede definirse como la disminución progresiva de la capacidad de reserva y adaptación de la homeostasis del organismo (homeostenosis) que se produce con el envejecimiento, está influenciada por factores genéticos (individuales) y es acelerada por enfermedades crónicas y agudas, hábitos tóxicos, desuso y condicionantes sociales y asistenciales".

Al respecto, Bertone (2009:13), realizó una investigación en la que se estudiaron los aspectos sociales que se relacionan con la discapacidad y la dependencia que presentan los mayores de 44 años, utilizando la misma fuente primaria que se utiliza en el presente artículo. En ella se concluyó que alrededor de los 65 años o tal vez un poco antes ya se comienza a gestar la dependencia, que la situación conyugal no tiene relación con el grado de dependencia de las personas, como así tampoco el hecho de tener o no hijos. Las conclusiones apuntan que, a menores recursos socio-familiares, menor calidad de vida y mayor grado de dependencia. Al mismo tiempo, aquellos que tienen algún grado de dependencia manifiestan estar menos satisfechos con sus vidas. Por otro lado, a medida que el AM se hace más grande y dependiente, su participación en la comunidad es menor. Al respecto, Álvarez et al. (2009: 14), a partir de la misma fuente que el presente trabajo sobre los factores contextuales y las enfermedades que favorecen la autonomía del AM en Villa María-Villa Nueva, concluyen además que aspectos tales como: sexo, edad, condición de diabético, con quién vive, algunas características de la vivienda, relaciones y contactos sociales, apoyo de la red social e ingresos del hogar, podrían ser aplicados como predictores del riesgo de ser dependiente.

Entre los factores de riesgo de discapacidad/dependencia se encuentran las enfermedades agudas o crónicas, conocidas o no, y dado que los trastornos de salud característicos de la edad avanzada son más crónicos que agudos y más progresivos que regresivo (Albala et al. 2005: 308), es importante complementar el estudio con un análisis de la prevalencia de ellas.

En cuanto a problemas crónicos de salud, la encuesta SABE ha puesto de relieve la aparición de determinadas enfermedades, como hipertensión, trastornos cardiovasculares, artritis y Diabetes que, en este orden, prevalecen entre los adultos mayores. Se observan importantes diferencias por sexo: las mujeres sufren más artritis que los varones y existe un notable contraste entre países; por ejemplo, en México, D.F. y en Bridgetown se observan prevalencias más altas de Diabetes que en otras ciudades. En otros estudios se ha demostrado que la prevalencia de los problemas de salud que en el estudio SABE se declaran —trastornos cardiovasculares, artritis y Diabetes— es más alta que la señalada en adultos mayores en Norteamérica. Puesto que los trastornos crónicos notificados son aquellos que diagnosticó un médico o una enfermera, y que la población de adultos mayores de la región afronta más problemas de acceso y calidad en la atención de la salud que sus semejantes en otros lugares, las diferencias observadas resultan alarmantes y, según se estima, la prevalencia real podría ser aún mayor que la que revela la encuesta SABE (Albala et al. 2005: 318).

Dentro de los factores de riesgo cardiovascular (entre los que se incluyen las enfermedades cardíacas), la enfermedad isquémica y los accidentes cerebro-vasculares causan la mayor parte de las muertes. Cabe destacar que CEPAL (2003: 18), respecto de la mortalidad debida a enfermedades del sistema circulatorio, observó una reducción neta del riesgo de morir cercana a 21% en varones y 29% en mujeres de 60 y más años, siendo ésta la característica específica más destacable del cambio en el perfil de mortalidad de la población adulta mayor de América Latina y el Caribe en las últimas dos décadas del siglo XX. En efecto, es el grupo de causas de muerte que tuvo la contribución más significativa a la ganancia de la esperanza de vida de ambos sexos. Las reducciones más significativas en las tasas estandarizadas a nivel regional se observaron en las correspondientes a enfermedades cerebrovasculares, así como en enfermedades isquémicas coronarias. El riesgo de morir por enfermedad hipertensiva — por el contrario— cayó 2% en mujeres y subió 8% en varones, aunque en ambos sexos se observó una reducción neta del riesgo en edades menos avanzadas. Por otro lado, se observó una marcada reducción del riesgo de morir por las demás enfermedades del aparato circulatorio (42% en mujeres; 38% en varones), una categoría que incluye, entre otras causas, la fiebre reumática, cardiopatías valvulares, insuficiencia cardíaca congestiva, cardiomiopatías y una gran variedad de otros padecimientos cardiovasculares. (CEPAL, 2003: 18).

Sin embargo, la falta de información sobre otras enfermedades que no fueron relevadas en la fuente utilizada constituye una limitación. Sería importante contar con esta información para completar un diagnóstico más preciso del proceso salud-enfermedad en el adulto mayor y así conocer sus necesidades prioritarias.

En la actualidad, las condiciones de vida de los adultos mayores, tanto de los países en desarrollo como de los no desarrollados, se caracteriza por la extrema pobreza en la que viven y por estar afectados por situaciones de exclusión social y carencia de posibilidades de participación en actividades sociales. Tienen un muy limitado acceso a la atención sanitaria, inexistencia o mínimo desarrollo de los sistemas de pensiones, falta de redes de servicios sociales y viviendas que no cumplen las condiciones dignas (Varela, et al., 2006: 53).

Cabe aclarar que si bien es cierto que las mujeres viven más tiempo y que, por tanto, son más representativas en la población adulta mayor, es muy probable que vivan en condiciones desfavorables la última etapa de su ciclo de vida. Muchas de ellas no tienen cónyuge, ya sea por la mayor frecuencia de la viudez o porque nunca se unieron, con lo cual experimentan necesidades básicas no satisfechas y carencias afectivas. Más aún, se ven afectadas

negativamente por una menor participación laboral, o bien por un trato desigual en el mercado laboral, percibiendo menor salario que los hombres por un trabajo de igual valor. Todo esto redundaría en limitaciones para la generación de ahorro o para la percepción de ingresos mediante una pensión, lo que se traduce en su alta dependencia económica en las edades más avanzadas.

Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en su ingreso por jubilaciones y pensiones. Dado que la inserción económica de las mujeres tiende a darse por períodos más cortos y en los sectores informales de la economía, ellas quedan fuera del sistema y tienen una cobertura mucho más baja que los hombres; sin embargo, las mujeres casadas pueden beneficiarse ya sea de los ingresos que reciba el hogar por estos conceptos o de las pensiones de viudez.

La naturaleza de los problemas de salud de la población anciana plantea retos importantes para el Sector Salud: la mayor frecuencia de padecimientos crónicos, su diagnóstico a edades más tempranas y la producción de distintos tipos de discapacidades, darán lugar a una demanda de servicios más grande y compleja. La atención institucional enfrentará a corto plazo, por lo menos dos tipos de demandas: en el primer nivel de atención será necesario prevenir los riesgos a edades más tempranas, destacando los aspectos positivos de la salud para mejorar la calidad de vida y disminuyendo la discapacidad física y psicológica derivada de la demencia, la depresión, el abandono y la pérdida de las redes sociales de apoyo. Por otro lado, el incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas se combinará para generar una demanda de servicios altamente especializados, de alto costo, que requerirán de atención especializada. (Borges- Yañez et al. 1998: 2).

Resultados

Cabe aclarar, como se dijese anteriormente, que se ha llegado al conocimiento de las enfermedades que padecen los AM a través de preguntas sobre si algún médico o enfermera le habían puesto en conocimiento de su enfermedad. Si bien, la mayoría de las enfermedades crónicas que se han relevado en la encuesta son de amplio reconocimiento entre la gente, ha de tenerse en cuenta si el AM conoce la enfermedad de la que le están hablando en cada una de las preguntas, y si el encuestador está lo suficientemente entrenado para orientar al AM a responderlas adecuadamente.

Autopercepción de la salud

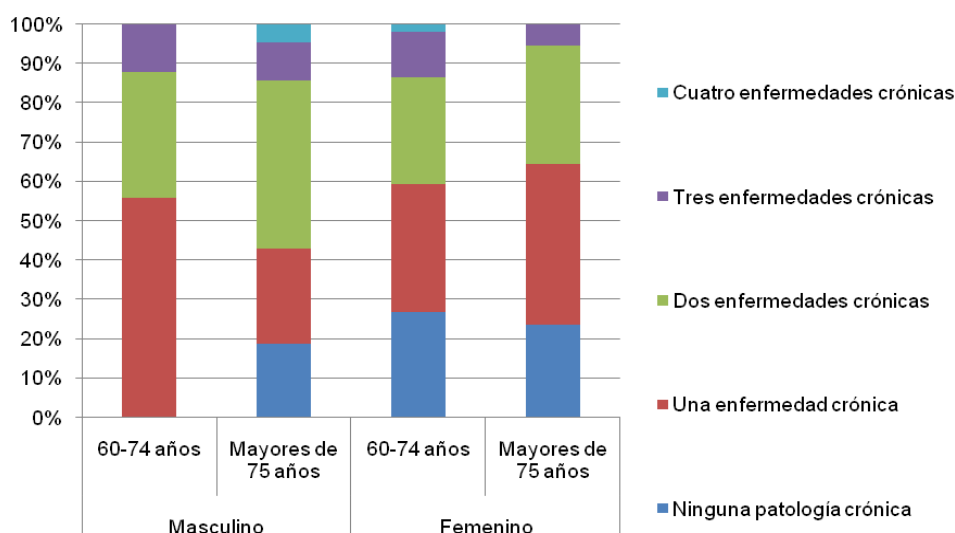
Enfermedades crónicas

Al presentar la información acerca de la prevalencia de las enfermedades crónicas, se observa que los AM que presentan al menos una enfermedad crónica rondan entre el 60,6% y el 73,9% en mujeres y hombres, respectivamente.

El porcentaje de *hombres* de entre 60 y 74 años que padecen una sola patología es mayor que el de los de 75 años y más, en los que se aprecia mayor prevalencia de dos enfermedades crónicas, sin embargo casi el 19% de los hombres mayores de 75 años dicen no padecer ninguna.

Las *mujeres* de 75 años y más, que declaran padecer más de dos afecciones crónicas no supera el 35%, y sólo un padecimiento crónico, poco más del 40%. Las mujeres de entre 60 y 74 años sufren 3 o más patologías crónicas simultáneamente en mayor medida que las del grupo de mayor edad. Cerca del 25% de las mujeres encuestadas de ambos grupos de edad estudiados declaran no padecer ninguna de las afecciones cuestionadas.

Distribución porcentual de AM según la cantidad de enfermedades crónicas que declaran padecer. VM-VN. 2008



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de estadísticas vitales. 2008

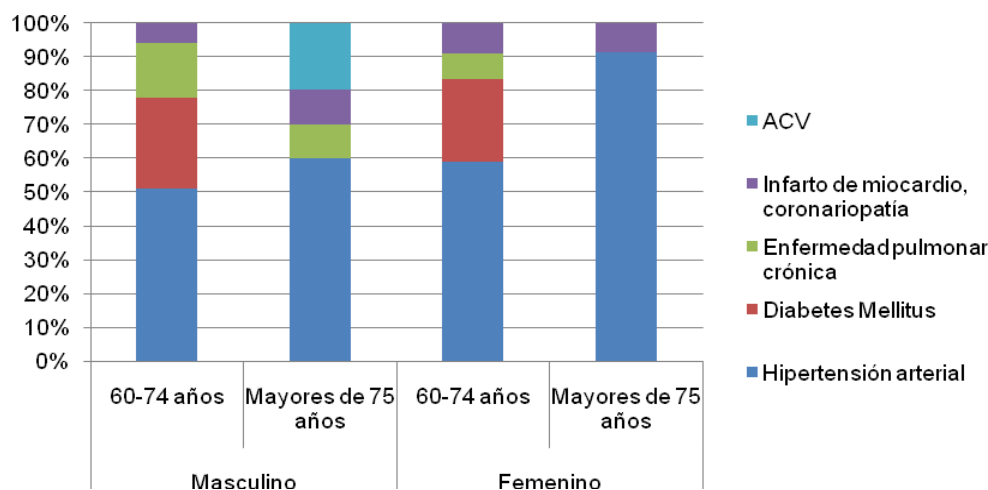
Cuando se evalúa cuál es la patología más prevalente entre los AM que declaran padecer sólo un cuadro mórbido, aparece la hipertensión arterial. En segundo lugar, la Diabetes, pero sólo en los AM de menor edad.

Llama la atención que los *hombres* de 75 años y más declaran haber sufrido algún accidente cerebro vascular (ACV) -que no ocurre ni en los hombres más jóvenes, ni en las mujeres-, porque al mismo tiempo relatan no tener diagnóstico de hipertensión ni Diabetes, que son dos de las patologías que tiene como complicación los síndrome agudo vasculo-encefálicos o accidentes cerebrovasculares, entonces quizás se esté frente a un ACV de otro origen, o bien, ya que esta encuesta se realiza sobre autopercepción de la salud, podría suceder que no conozcan de su padecimiento y que debuten con una complicación. (Cabe destacar que sólo se está presentando la información de aquellos que sólo padecen una de las 6 patologías consultadas). Si se analiza la incidencia de ACV, independientemente de si padece otra enfermedad, no llega al 10%. Los mayores de 75 años *varones* que han padecido algún ACV llega al 9,9% del total.

Para ampliar un poco la información, se verá a continuación la prevalencia de complicaciones propias de las afecciones más prevalentes, hipertensión y Diabetes.

Los AM que padecen hipertensión arterial y han sufrido algún ACV, es menor al 10% en todas las edades y ambos sexos (como se indicó antes), mientras que los que padecen cardiopatía isquémica o padecieron infarto de miocardio representan del 24% al 63% en los hombres, aumentando con la edad. En las mujeres la prevalencia es menor: del 30% al 20,7% pero afecta en mayor medida a las mujeres más jóvenes.

Distribución porcentual de enfermedades crónicas de los AM que padecen sólo una de ellas, según sexo y edad. VM-VN. 2008



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de estadísticas vitales. 2008

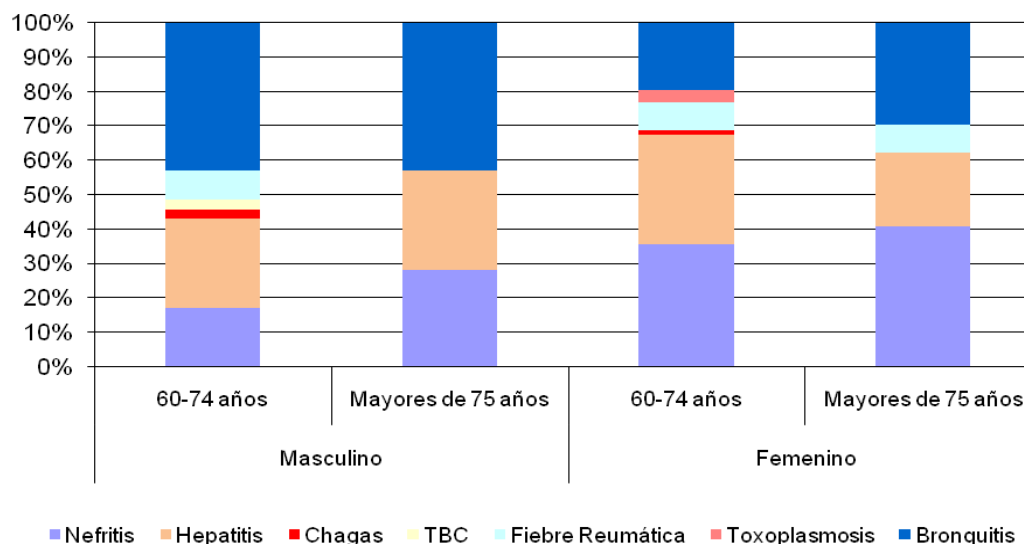
Ahora bien, si se evalúan las cardiopatías isquémicas o infartos de los diabéticos, se aprecia que el 22% de los hombres más jóvenes estudiados han presentado esta complicación, y llega al 45% de los mayores. El 31% de las mujeres de entre 60 y 74 años y el 62% de las mayores de 75 años, relatan sufrir o haber sufrido estos problemas cardíacos.

La enfermedad pulmonar crónica, muy asociada al tabaquismo y a la exposición a contaminantes ambientales, afecta en igual medida a los hombres y a las mujeres, llegando al 18,6% de los hombres de entre 6 y 74 años, para disminuir a 7,1% para los que tienen más de 75 años. En las mujeres se comporta casi igual, con valores de 15,4 y 8,2%. Cabe destacar que cuando se evalúa el hábito de fumar es mucho más frecuente en las mujeres menores de 75 años.

Otras enfermedades

Se realizaron pregunta sobre algunas otras enfermedades agudas o infecciosas en su vida, y se advirtió que las enfermedades más prevalentes fueron la nefritis, la hepatitis, y la bronquitis.

Distribución porcentual de AM según sexo y edad que declaran padecer o haber sufrido alguna de las siguientes patologías. VM-VN. 2008



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de estadísticas vitales. 2008

Aunque la *nefritis* es una de las que se muestran como las más prevalentes, los autores del presente artículo dudan de la validez de esta pregunta, ya que no es un término del lenguaje coloquial y por ende, se cree que los AM respondieron positivamente sin saber de qué se trataba. Nótese que las respuestas a estas preguntas fueron: sí, no, no sabe, no contesta. Se confrontaron estos resultados con los de las encuestas SABE de México, Argentina y Chile, en las que la frecuencia de las personas que dicen tener nefritis no supera el 2%, mientras que en la fuente utilizada es del 12%.

Con respecto a las *hepatitis*, fue excluida del análisis al no precisarse, el tipo de hepatitis que padecían. Existen varios tipos de hepatitis infecciosas (nos referiremos solamente a estas) y no infecciosas, con diferencias epidemiológicas importantes. La hepatitis A, muy frecuente, mayoritariamente en la infancia y asociada a saneamiento básico de un lugar, es una patología que no deja secuelas y que en la mayoría de los casos pasa desapercibida por el niño que la padece, y que en el adulto, si bien provoca mayor convalecencia que en los niños, no deja secuelas (excepto la forma fulminante de muy baja incidencia). En cambio, las hepatitis B y C, son de menor prevalencia pero de mayor impacto, ya que en un porcentaje no despreciable,

llevan a la cronicidad, afectando la calidad de vida en diferente grado, y en algunos casos al cáncer hepático. Algunas de las vías de transmisión de estas últimas, a diferencia de la anterior son, la vía sexual, propia de la adultez, y la parenteral, como así también la transmisión vertical. Desgraciadamente al existir el limitante, de no estar discriminado en la encuesta el tipo de hepatitis declarada, el análisis no puede precisarse en mayor grado.

La *bronquitis* (no crónica), siendo una patología aguda frecuente, que no deja secuela, a pesar de la prevalencia en los AM encuestados de entre el 20 y el 40%, no merece la pena un análisis, recordándose que se refiere a las patologías que tuvo a lo largo de su vida.

La *fiebre reumática*, que presenta un prevalencia del 10% aproximadamente en la mayoría de los AM, es una de las principales causas de las endocarditis y puede ser la responsable de algunas valvulopatías que requieran de una cirugía mayor (valvuloplastia) en los AM. Aunque no requiera necesariamente una cirugía de alta complejidad, puede generar una patología cardíaca que impacta en la vida del individuo limitándolo, con la consiguiente pérdida de la calidad de vida.

Un pequeño porcentaje del grupo de AM de 60 a 74 años declara padecer la Enfermedad de Chagas. Quizás no aparezca en los AM de 75 años y más, posiblemente porque hayan tenido menos posibilidades de migrar en su juventud. Por otra parte, ya con más de 60 años de vida, se han tenido muchas oportunidades para conocer el diagnóstico de la misma.

Si bien la provincia de Córdoba está dentro de la zona en donde la *enfermedad de Chagas* es endémica, al parecer no muestra ser una patología prevalente en los AM encuestados. Al preguntarles sobre la localidad de nacimiento, el 68,3% no han nacido en Villa María-Villa Nueva, siendo de distintas regiones de la provincia e incluso del país, pero mayoritariamente de la zona noreste de la provincia. Cabe destacar que la transmisión de esta, vector mediante, es más propia de regiones rurales y de condiciones de vivienda más precarias que las que tienen la mayoría de los habitantes de esta ciudad. Independientemente de las condiciones actuales, se podría preguntar en lo que sucedía varias décadas atrás, pero se ve en los datos que los mayores no declaran esta patología –considerando que en esa época tampoco había tratamiento para esta tripanosomiasis. Entonces, se podría considerar que los resultados, respecto a esta enfermedad, refleja la realidad del aglomerado con respecto al mal de Chagas.

Sólo una bajo porcentaje de mujeres de entre 60 y 64 años de edad manifiestan haber recibido un diagnóstico de *toxoplasmosis* alguna vez en sus vidas. Esto coincide con el conocimiento

de la realización de la pesquisa de esta infección en las embarazadas como parte de la detección precoz de toxoplasmosis congénita, ya sea que se le hubiese realizado el diagnóstico serológico a ella en algún embarazo, o bien por comentarios de otras mujeres sobre el tema. Para los hombres no es una enfermedad tan conocida y tampoco se realiza el diagnóstico de la infección en ellos, pero esto que no quiere decir que no estén infectados. Es importante aclarar que una persona infectada no presenta síntomas y que si los hay se habla de enfermedad. Este padecimiento está teniendo protagonismo en nuestros días, más que por provocar la antedicha enfermedad congénita, por afectar a adultos de la mano del HIV-SIDA. Lo mismo está ocurriendo con la Tuberculosis, pero ésta todavía sigue asociada a la pobreza y a las condiciones de vida que favorecen su desarrollo, independientemente de la infección del HIV.

Cobertura de salud y utilización de servicios de salud

Según Albala et al. (2005: 316) es muy probable que los adultos mayores permanezcan en la fuerza de trabajo —y aun que reingresen después de retirarse—, por necesidad más que por elección. En particular en casi todas las ciudades, con la excepción de México, D.F. y São Paulo, la fracción de varones que reciben algún tipo de pensión es muy cercana a 80%.

Coincidente con los autores antes nombrados, la cobertura de seguridad social en varones va de 83% entre los 60 y 74 años, y llega al 95,1% en los mayores de 75 años varones. Se observa que los hombres de 70 a 74 años y los mayores de 80 tienen 100% de cobertura, así como las mujeres de entre 65 y 74 años. La menor cobertura de las personas de entre 60 y 64 años implica que no han recibido su jubilación por estar activos aún.

Albala et al. (2005: 316) dicen que las disparidades por sexo en los ingresos por pensiones son acentuadas y universales, y que, como era de esperar en su trabajo, sólo una minoría de las mujeres tiene ingresos por pensiones.

La población femenina de Villa María y Villa Nueva mayor de 60 años tiene una cobertura de seguridad social mayor al 90%. Debe destacarse que se implementó por decreto nacional, en el año 2006, que cualquier persona que contara con la edad reglamentaria (65 años o más para los hombres) y que no tuviera los 30 años de aportes completos; asimismo quienes nunca hubiesen aportado podían pedir la jubilación aunque no contara con los aportes necesarios. De esta manera se aumentó el nivel de cobertura del seguro social.

Que lo adultos mayores reciban jubilación o pensión no significa que no estén trabajando como manifestaban Albala et al. (2005:316). De los encuestados en el aglomerado urbano estudiado, mayores de 60 años, el 18% dijo haber trabajado la semana anterior a la entrevista.

Coincidentemente con la cobertura social, los jubilados, pensionados están adheridos en forma obligatoria al Programa de Atención Médica Integral (PAMI), que es una obra social de jubilados y pensionados de la Argentina, bajo control estatal federal.

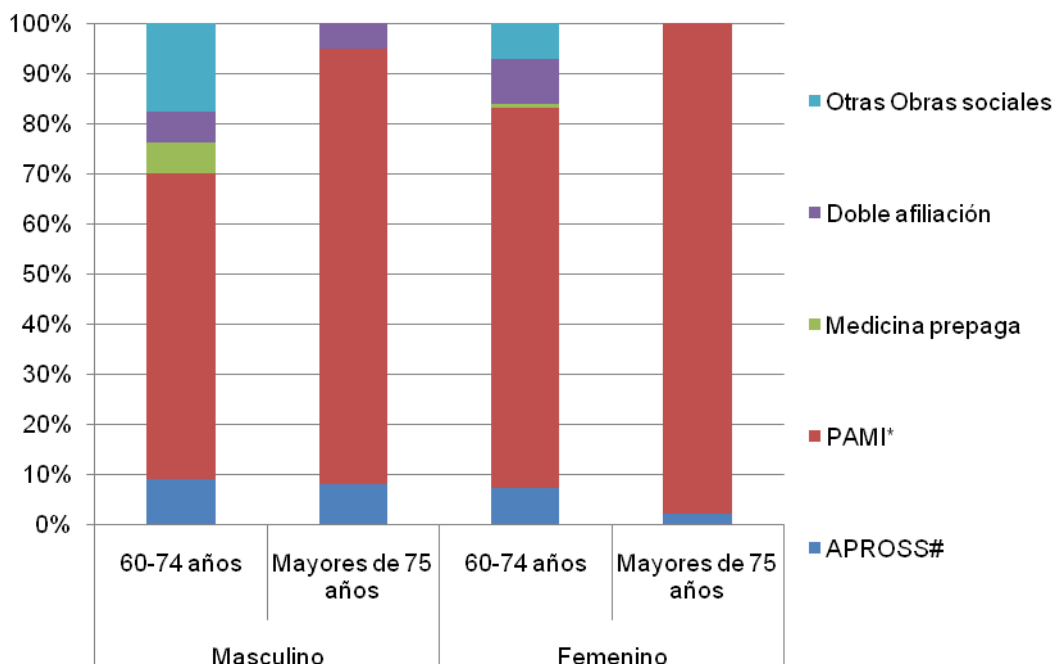
La Administración Provincial de Seguro de Salud (APROSS) es la obra social de la provincia de Córdoba. Brinda cobertura de salud a los agentes en actividad y pasividad de los tres Poderes del Estado Provincial y de algunos municipios y comunas adheridos. Es decir que los jubilados y pensionados de la Caja de Jubilaciones, Pensiones y Retiros de Córdoba, o sea, aquellos que han trabajado para el estado municipal o provincial sitios en Villa María-Villa Nueva, son afiliados obligatorios a la APROSS. La cobertura de la misma a los AM estudiados es de menos del 10% pero puede ser un poco mayor considerando la doble afiliación. Se considera doble afiliación al caso en el que un AM está afiliado a dos obras sociales como las antes nombradas, o a una de ellas y a algún servicio de medicina prepaga (privado).

Ahora bien, los AM que no están activos y que tampoco reciben jubilación o pensión de la población estudiada en este trabajo, no tiene cobertura de salud. Sólo tienen cobertura el 33% de los varones en esta situación de entre 60 y 74 años.

Si se analiza quién cubre los gastos en salud de los AM que no tiene seguro social y por ende tampoco cobertura de salud, queda claro que los hombres cubren sus propios gastos en la mayoría, mientras las mujeres reciben mayor apoyo económico de otras personas para cubrirlos.

Afiliación de los AM que poseen cobertura de salud, según sexo y edad.

VM-VN. 2008



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de estadísticas vitales. 2008

*Programa de Atención Médica Integral. Instituto Nacional De Servicios Sociales Para Jubilados Y Pensionados - obra Social Para Jubilados Y Pensionados De La República Argentina.

#Administración Provincial De Seguro De Salud.

En lo concerniente a los servicios de salud, la ciudad de Villa María posee un hospital público de gestión provincial y de segundo nivel de complejidad con 72 camas, once centros de atención primaria de salud, un centro de salud mental de atención ambulatoria igualmente de gestión provincial; cuenta, además con un centro odontológico comunitario, un hospital de día y la asistencia pública que brinda atención ambulatoria con guardia de 24 hs., todos de gestión municipal. Villa Nueva no sólo cuenta con un hospital municipal con 10 camas sino también con un centro de salud provincial de primer nivel de complejidad.

Existen 24 centros de atención de salud privados en Villa María, de los que 15 tienen camas para internación. Entre todos los establecimientos privados suman 395 camas disponibles, de las cuales, 55 son especializadas (materno-infantil, oftalmología, pediatría,

otorrinolaringología). Mientras que en Villa Nueva hay un centro privado que cuenta con 16 camas para internación.

Como es de esperar las personas *con cobertura de salud* asisten a nosocomios privados para la atención de la salud, aproximadamente 88% del total de AM tanto en hombres como mujeres. El 100% de los AM de más de 75 años en ambos sexos concurre a clínicas privadas cuando requieren mayor complejidad de la atención.

Si evaluamos ahora el uso de los servicios de salud de baja y mediana complejidad, utilizados por la minoría de AM que *no tiene cobertura de salud*, se avizora que las mujeres utilizan más que los hombres los servicios públicos de salud (90%). Recordemos que las mujeres tienen un mayor acercamiento al primer nivel de atención que los hombres, ya sea por el control ginecológico periódico (colposcopia y Papanicolau) que traen arraigado de edad más jóvenes, o porque han sido las encargadas del cuidado de la salud de sus hijos o nietos.

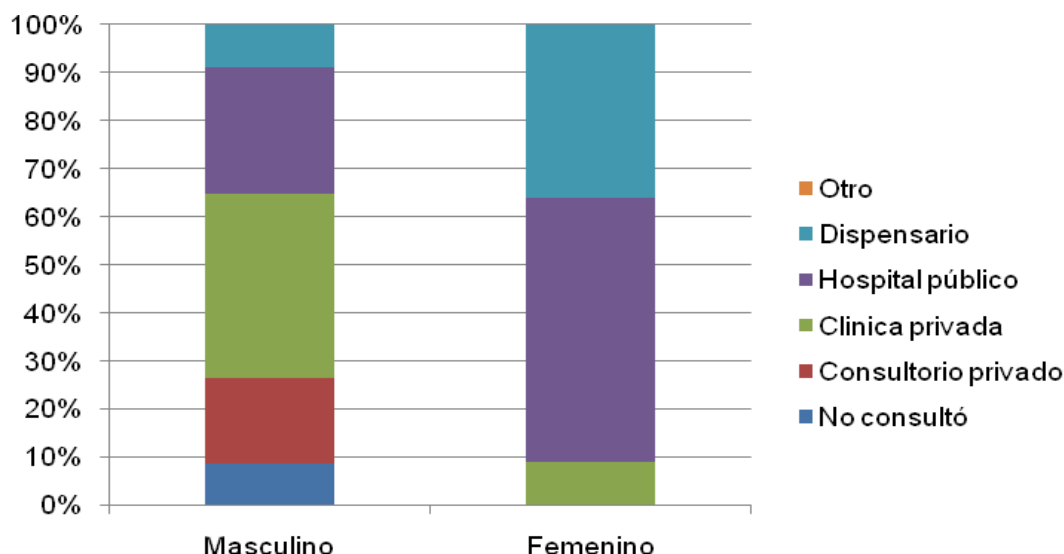
Casi un 55% de los hombres recurren a clínicas o consultorios privados, aún sin poseer obra social u otra cobertura de salud, y como se dijo anteriormente, suelen ser ellos mismos los que pagan los gastos en salud. Un porcentaje similar de hombres recurre al hospital público o al dispensario y es notable que sólo en los hombres aparece la categoría: no consultó, refiriéndose al último año respecto al día de la entrevista.

Es destacable que los AM de Villa María-Villa Nueva pueden acceder a esas 374 camas privadas (se exceptuaron las pediátricas y materno-neonatales), con la apropiada cobertura de salud. Si la confrontamos con las, tan sólo, 82 camas en lo público, la mayoría compartidas con gente de la región que podría ser derivada al hospital provincial por ser éste un hospital regional, comprendemos el porqué de la mayor utilización de los centros privados, sin olvidar, la amplia cobertura de salud.

El AM *sin cobertura de salud* cuando necesitó servicios de mayor complejidad, particularmente cuando requirió hospitalización, recurrió al hospital público en su mayoría, mientras que *los que presentan cobertura* lo hicieron en clínicas privadas.

La minoría (20%) de los AM *con cobertura de salud* que recurren a los servicios públicos pueden realizarlo, quizás porque algunas prácticas médicas no son cubiertas por sus obras sociales o prepagas, o por requerir un nivel de complejidad que no presenta la parte privada o solicita la atención de un profesional determinado que sólo atiende en instituciones públicas.

Lugar de consulta de los AM no jubilados o pensionados, la última vez que se sintió enfermo, según sexo. VM-VN. 2008



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de estadísticas vitales. 2008

La razón por la que fueron hospitalizados los AM, independientemente de su cobertura en salud la última vez, se debió a cirugía en hombres mayores de 75 años (57%) y en mujeres de entre 60 y 74 años de edad (51%). Mientras que los hombres de entre 60 y 74 años de edad (70%) y las mujeres mayores de 75 años (83%) lo necesitaron por padecer alguna enfermedad.

El 90% de los AM toma algún medicamento, excepto los varones menores de 75 años en los que poco más del 70% consume alguno. Y de aquello AM que dejaron de tomar algún medicamento en el último año, lo hicieron por el costo en un 33%

Si bien se conocen los medicamentos que los AM toman para cada enfermedad crónica y para otras, fue difícil presentar la información por lo extensa y compleja, ya que existen medicamentos que se toman con diferentes objetivos en más de una enfermedad se corría el riesgo de duplicar u omitir la información o realizar un análisis indebido de dicha información. Lo que se puede decir, es que no escapa de la realidad de los AM de otras regiones con respecto a la polifarmacia, es decir, a la toma de más de tres medicamentos simultáneamente y que la mayoría son medicamentos para patologías cardiovasculares.

Con respecto a quién cubre los gastos de los medicamentos que le indicaron en la última consulta, y considerando que las mujeres son las que más reciben ayuda para pagar los gastos médicos, se evaluó quién particularmente ayudó a las adultas mayores a cubrir los gastos generados. Resultó que los esposos o compañeros y los hijos eran los que pagaban (41% y 45% respectivamente) por los medicamentos de las AM sin cobertura de salud; el resto lo pagaba otra persona no familiar. En el caso de las AM que tienen cobertura de salud, sólo al 38% le pagó la pareja y 22% el hijo, otra persona en el 23% de los casos y en el 17% la cobertura la salud.

Conclusiones

Los AM del aglomerado urbano argentino estudiado **presentan una alta cobertura del sistema de seguridad social y por ende cobertura de salud (88-100%)**. Esto permite atender la salud de la mayoría de ellos que, **entre un 60 y casi un 75%, padecen al menos una enfermedad crónica, principalmente hipertensión arterial**, que es la responsable de la prevalencia de la cardiopatía isquémica e infartos de miocardio. Sin embargo hay que resaltar que las principales causas de muerte del Departamento San Martín en el año 2008, siguiendo con la tendencia del país, son las Enfermedades Cardiovasculares (I00-I99), las Neoplasias (C00-D48) y las Enfermedades del Sistema Respiratorio (J00-J99) según datos de estadísticas vitales.

La utilización de los servicios de alta y baja complejidad está en estrecha relación a la cobertura de salud, es decir, aquellos AM que poseen cobertura de salud suelen utilizar los servicios privados y viceversa, sin embargo existe un porcentaje de AM, principalmente hombres, que utilizan los servicios privados a pesar de no poseer cobertura de salud. Esto puede deberse a la **mayor oferta de servicios privados**, o bien, a la deficiencia del sistema público en cuanto a oferta horaria, de recursos humanos, materiales, o de infraestructura.

El 90% está utilizando algún medicamento, y que muchos de ellos toman simultáneamente más de 3 medicamentos, sin embargo sólo el 33% de los que disminuyó el consumo o tuvo que abandonarlo lo hizo debido al costo del mismo.

Es importante desatacar que la atención de salud está fuertemente centrada, en Argentina, en la atención secundaria. Es decir, el diagnóstico y el tratamiento de la patología ya instalada. Hubo, y siguen habiendo, esfuerzos por transformar esto y fomentar la APS (Atención Primaria en Salud) pero todavía no se ha logrado mucho. Las políticas públicas en salud, en

general no logran trascender más allá de los gobiernos de turno en la mayoría de los casos y recordando la descentralización ocurrida en los años `90, esto se ve con mayor énfasis a nivel local.

Borges- Yáñez et al. (1998: 9) cree que entre las actividades de prevención que mayor impacto y beneficio pueden tener en la población anciana están: la inmunización contra la influenza y neumonía pneumocócica, la prevención de accidentes, así como la detección temprana y el tratamiento oportuno de enfermedades como la tuberculosis, hipertensión, cáncer de mama y cáncer colorrectal. Cabe agregar además, detectar deficiencias en los órganos de los sentidos, incontinencia, problemas dentales y podiátricos, niveles de actividad física, estado nutricional y los problemas de funcionalidad. Se requiere conocer las proyecciones de población y realizar estudios sobre la utilización de servicios, para diseñar modelos de prevención, atención y cuidado de la salud que se puedan aplicar a la población de mayor edad.

En la provincia de Córdoba, el área pública realiza algunas de estas como partes de programas de prevención, por ejemplo, campañas de vacunación para gripe, programa de climaterio, programa de Diabetes, programa de medicación para patología crónica, programa de salud ocular y prevención de la ceguera, entre otros. Y en la parte privada, depende de cada obra social. Pero, si bien puede haber buena accesibilidad, la participación de los ancianos muchas veces no logra gran impacto, sin olvidar que los que más participan no son los que más necesitan de la mayoría de las acciones.

El PAMI, lleva a cabo, a nivel nacional, programas de prevención como por ejemplo: para evitar intoxicaciones con monóxido de carbono, mantener alimentación adecuada, prevenir accidentes, gripe, resfríos, Dengue. A nivel local, prevención en Diabetes, hipertensión, osteoporosis, cáncer, enfermedades regionales, accidentes domésticos, salud bucodental, y algunos de salud mental.

Como se ha podido ver, las patologías crónicas sólo presentan acciones en cuánto a diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, lo cual no es despreciable, pero tampoco suficiente. Entonces se puede decir, que la mayor parte de las acciones están orientadas en realidad a controlar las patologías y así prevenir complicaciones como lo serían la cardiopatía isquémica, los ictus, o amputaciones de miembros inferiores en los diabéticos, para dar algunos ejemplos.

Estrategias de promoción de estilos de vida saludables son escasas. En este sentido coincidimos con Borges-Yáñez et al. (1998: 9) en que intervenciones preventivas que, aplicadas oportunamente y dirigidas a grupos de adultos jóvenes, pueden incidir en la prevalencia de las afecciones de tipo crónico, ya que las patologías crónicas se gestan desde muy temprana edad. Entonces no es cuestión sólo de crear más y mejores servicios, sino también de inculcar una cultura de la salud: informar, educar y practicar desde la infancia conductas de salud enfocadas a la prevención de las enfermedades crónicas para evitar su instalación, y de hacerlo, lograr un diagnóstico temprano de ellas. Al mismo tiempo, es necesario ejecutar programas que ayuden al AM que sufre por este tipo de afecciones a tener una mejor calidad de vida.

Vale la pena destacar que frente al proceso de envejecimiento poblacional, es imperativo diseñar y poner en efecto una campaña intensiva de prevención para amortiguar la demanda a los servicios de salud de los AM que padecen de patologías crónicas y de sus complicaciones.

Bibliografía

1. ALBALA C, LEBRÃO ML, LEÓN DÍAZ EM, HAM-CHANDE R, HENNIS AJ, PALLONI A, et al. (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): Metodología de la Encuesta y Perfil de la Población Estudiada. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 17(5/6):307-22.
2. ALONSO GALBÁN, Patricia et al. (2007) Envejecimiento Poblacional y Fragilidad en el Adulto Mayor. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2007, vol.33, n.1 [citado 2010-09-29], pp. 0-0. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466.
3. ÁLVAREZ, María F. y BERTONE, Carola L. (2009). Factores Contextuales y Enfermedades que Favorecen la Dependencia. Villa María- Villa Nueva, 2008-09. X Jornadas Argentinas de Estudios de Población. AEPA. Universidad Nacional de Catamarca. Noviembre de 2009. Disponible en: <<http://www.produccion.fsoc.uba.ar/aepa/xjornadas/pdf/index.html>>.

4. ÁLVAREZ, M. y BERTONE C. (2010) Arreglos Residenciales y Transferencias Intergeneracionales de los Adultos Mayores. Presentado en el Seminario Internacional de Población y Sociedad en América Latina 2010. Salta, Argentina.
5. BERTONE, C. L. (2009). Análisis de las Interrelaciones entre Variables Demográficas y Sociales, con la Dependencia del Adulto Mayor en la Ciudad de Villa María (Provincia de Córdoba). Informe Final presentado ante la Comisión Nacional Salud, Ciencia y Tecnología, realizado con el apoyo de una Beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativia. otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Comisión Nacional Salud Investiga. No publicado. (2009).
6. BORGES-YÁÑEZ, S. AÍDA, y GOMEZ-DANTES, HÉCTOR (1998). Uso de los Servicios de Salud por la Población de 60 años y más en México. Salud pública Méx [online]. 1998, vol.40, n.1 [cited 2010-09-29], pp. 13-23 . Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341998000100003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0036-3634. doi: 10.1590/S0036-36341998000100003.
7. CÁCERES RODAS, Rhina Ivette. (2000). Estado de Salud, Físico y Mental de los Adultos Mayores del Área rural de Costa Rica, 2000. Población y Salud en Mesoamérica, Enero-Junio, año/vol. 1, número 002 Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica, 2004. ISSN (Versión en línea): 1659-0201.
8. CEPAL (2009). El Envejecimiento y las Personas de Edad. Indicadores Sociodemográficos para América Latina y el Caribe. Separata. Disponible en: <http://www.eclac.cl/celade/noticias/documentosdetrabajo/3/39343/Separata_indicadores%5BAIta%5D.pdf>.
9. CEPAL / OPS (2003) Las Personas Mayores en América Latina y El Caribe: Diagnóstico Sobre la Situación y las Políticas. 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. Santiago de Chile, Chile.
10. INDEC (2001). Instituto Nacional de Estadísticas y Censo: Informe. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.
11. PANTELIDES, Edith; ROFMAN, Rafael y PACÍFICO, Paola (2002). Proyecto SABE. Salud, bienestar y envejecimiento en América Latina y el Caribe. Mimeo. Informe final, OPS, BID, CENEP

12. PELÁEZ, Enrique (2004). Envejecimiento poblacional. En la provincia de Córdoba. Situación actual y perspectivas futuras. Doctorado en Demografía, Colección temática. CEA_UNC
13. SHAMAH-LEVY, Teresa et al.(2008) Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. Salud pública Méx [online]. 2008, vol.50, n.5, pp. 383-389. ISSN 0036-3634. doi: 10.1590/S0036-36342008000500011.
14. VARELA L., Luz Estella. OCAMPO R., Diana Carolina. RAMÍREZ G., Martha Cecilia. RESTREPO M., Sandra Lucía. LÓPEZ, María Victoria. CAÑAVERAL D., María Isabel. (2006). Perfil de algunas condiciones psicosociales de un grupo de adultos mayores: Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública [en línea] 2006, vol. 24 no. 2 [citado 2010-05-16]. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12024206>. ISSN 0120-386X..

Anexo

Módulos	Alguna de las preguntas utilizadas
Estado de salud	<p>1. En el último año, su médico o enfermera le dijo si tiene la tensión o presión sanguínea alta, es decir, hipertensión?</p> <p>2. ¿En el último año, su médico o enfermera le ha dicho si tiene Diabetes, es decir, niveles altos de azúcar en la sangre?</p> <p>3. ¿Tuvo o tiene cáncer o tumor maligno, excluyendo tumores pequeños de la piel?</p> <p>4. ¿Sufre o sufrió de enfermedad pulmonar crónica tal como bronquitis o enfisema?</p> <p>5. ¿Sufrió (o sufre) algún ataque al corazón, una enfermedad coronaria u otros problemas del corazón?</p> <p>6. ¿Ha sufrido de embolia, derrame, ataque, isquemia o trombosis cerebral?</p> <p>7. ¿Alguna vez un doctor o enfermera le dijo si tiene artritis, traumatismo o artrosis?</p> <p>8. ¿Durante su vida, tuvo alguna de éstas enfermedades?: Nefritis, Hepatitis, Chagas, Tuberculosis, Fiebre Reumática, Toxoplasmosis, Bronquitis Crónica, Alguna Otra(s), Especifique.</p>
Medicinas	<p>9. ¿Actualmente está tomando o consumiendo algún medicamento?</p> <p>10. Dejo de tomar medicamento o tomo menos en algún momento durante los últimos doce meses?</p> <p>11. ¿La última vez que dejo de tomar medicamentos o tomo menos se debió a?: costo, la medicina no estaba disponible, no tenía transporte, no le gusta tomar medicinas, otra razón.</p>
Uso y accesibilidad a servicios	<p>12. ¿Tiene usted cobertura de salud?</p> <p>13. ¿Qué tipo de cobertura de salud tiene usted?</p> <p>14. ¿Durante los últimos 12 meses, a dónde fue cuando se sintió enfermo o cuando necesitó hacer una consulta de salud?: No hice consulta, Consultorio privado, Clínicas privadas, Hospital público, Dispensario,</p>

	<p>Farmacia, Curandero, Otro, Especifique, No sabe, No responde</p> <p>15.¿Por qué no hizo consulta?: No me he enfermado, Distancia, falta de transporte, No tengo tiempo, No tengo dinero, La atención no es buena, Mi familia me necesitaba, Se automedicó, Otro. Especifique.</p> <p>16.Durante esta consulta, ¿le indicaron algunas radiografías, exámenes de laboratorio o diagnósticos (rayos – x, etc.)?</p> <p>17.¿Se los realizó?</p> <p>18.¿Quién pagó?: Entrevistado(a), Esposo(a)/compañero(a), Hijo(a), Otro familiar, Otra persona no familiar, No sabe, No responde.</p> <p>19.¿Durante la consulta le recetaron algunas medicinas o remedios?</p> <p>20.¿Pudo obtener las medicinas o remedios recetados?</p> <p>21.¿Por qué no los pudo obtener?: Medicamentos caros / costos; No los cubre el seguro, No tenía transporte, Otro. Especifique, No sabe, No responde.</p> <p>22.¿Tuvo que pagar por estas medicinas?</p> <p>23.¿Quién pagó?: Entrevistado(a), Esposo(a)/compañero(a), Hijo(a), Otro familiar,Otra persona no familiar, Cobertura obra social, No sabe, No responde.</p>
<p>Características económicas</p>	<p>24.Le voy a mencionar diferentes gastos de la vida diaria y quisiera que me dijera si usted los paga o alguien más lo hace: Casa (alquiler), Comida, Ropa, Gastos médicos, Paseos o transporte, Otros. Especifique.</p> <p>25.¿Durante la semana pasada usted...: Vendió algún producto?, Hizo algunos productos para vender?, A cambio de un pago: lavó, planchó, cocinó o brindó otro servicio?, Ayudó a trabajar en actividades agrícolas, en la cría de animales?, No realizó ninguna actividad extra a su, trabajo habitual, No trabajó?</p> <p>26.¿Recibe usted ingresos por...: Jubilación o pensión?, Ayuda de familiares desde otro país?, Ayuda de familiares dentro del país?, Alquiler (renta) o ingresos bancarios?, Subsidio de bienestar social?, Otro?, ninguno.</p>