

# Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la vulnerabilidad social

Adela TISNÉS y Luisa María SALAZAR-ACOSTA

*Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires,  
Universidad Nacional de Salta, Argentina*

## *Resumen*

La característica principal de la población mundial en el siglo XXI, será el envejecimiento demográfico, entendido como un proceso que está caracterizado por el aumento poblacional de los adultos mayores. El grado de avance y el estado actual de este proceso en cada uno de los países es diferente. El objetivo general de esta investigación es caracterizar la población mayor de 65 años, utilizando indicadores demográficos robustos, a fin de mostrar el impacto del envejecimiento en las estructuras poblacionales por grupos de edad y sexo. 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.

*Palabras clave:* Envejecimiento poblacional, vulnerabilidad social, desigualdad.

## *Abstract*

*Population aging in Argentina. Being an aging adult in Argentina. a social vulnerability approach*

The main feature of the world population in the twenty-first century will be aging. Understood as a process that is characterized by the increasing population of older adults. The progress and current status of the process in each country is different. The general aim of this research is to characterize the population over 65 years (which is considered older adult), considering further older adults as subjects of social assistance, when exposed to conditions of homelessness, disability, marginalization and abuse. Take into account that current realities are determined strongly by the previous stages of the life cycle of individuals, not only personal, but also the family, socioeconomic and historical.

*Key words:* Population aging, social vulnerability, sociodemographic inequality.

## INTRODUCCIÓN

**L**a característica principal de la población mundial en el siglo XXI, será el envejecimiento demográfico, entendido este como un proceso que alcanzó a los países desarrollados y a la mayoría de países de América Latina. 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 cada país, los procesos de envejecimiento son distintos, si se analiza la población según indicadores socioeconómicos.

El objetivo general de esta investigación es aportar elementos que permitan comprender la situación de los adultos mayores de 65 años (población considerada adulta mayor), tomando en cuenta 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 las personales, sino también las familiares, socioeconómicas e históricas. Se considerarán también las diferencias que presentan los sexos y los grupos etarios dentro mismo del grupo de 65 años o más.

Dado 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. La vulnerabilidad social puede definirse a partir de la carencia de activos de las personas y los hogares, tanto de capital físico como de capital social y capital humano (Katzman, 2000).

Se espera encontrar realidades diferentes en Argentina. 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.

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, es decir, ingresan en el grupo de más de 65 años.<sup>1</sup>

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 sociales de la población constituyen un aporte imprescindible para la formulación de políticas concretas (Marmot, 2005). Los determinantes sociales del envejecimiento considerados se muestran en el Diagrama 1.

Para ello, es necesario utilizar un enfoque de análisis que permita develar las características específicas de los adultos mayores sujetos de asisten-

<sup>1</sup> Algunos autores plantean que el ingreso en el grupo denominado adulto mayor se hace indefectiblemente cuando se cumplen 60 años: "Este corte en la edad no permite ambivalencias; una vez cumplida cierta edad, se pertenece a un grupo específico. El envejecimiento demográfico se define como el incremento sostenido de la proporción de adultos mayores (60 años o más) dentro del total poblacional y es producto de los cambios que se generan en la dinámica demográfica, principalmente por la mortalidad y la fecundidad" (González, 2013: 82). Otros autores, plantean que independientemente de la edad que se utilice en los diferentes contextos, es importante reconocer que la edad cronológica no es un indicador exacto de los cambios que acompañan al envejecimiento. Existen considerables variaciones en el estado de salud, la participación y los niveles de independencia entre las personas ancianas de la misma edad. Los responsables políticos tienen que tenerlo en cuenta cuando diseñen políticas y programas para sus poblaciones de personas ancianas (OMS, 2002). Aunque en este caso, se considerarán adultos mayores a quienes tengan 65 años o más.

cia social e ir más allá del tradicional estudio de situación de pobreza de la población. Este enfoque es el de la vulnerabilidad social.

Diagrama 1. Los determinantes del envejecimiento activo



Fuente: *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37(S2): 74-105.

Mantener una óptica de vulnerabilidad social propone básicamente, lograr programas más puntuales, que permitan 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 ascendentes, en todas las áreas del desarrollo humano (Caro, 2002: 1).

El estudio del proceso de envejecimiento supone abordar desafíos teórico-metodológicos, dado que

no existe un único paradigma de la vejez y el envejecimiento: la vejez alude a una realidad multifacética atravesada no sólo por el paso del calendario, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales (CELADE, 2006: 14).

En este sentido es que la historia personal, el propio camino recorrido a lo largo de todos los años, ha dejado una huella imposible de borrar y tiene un impacto acumulado sobre los años adultos de las personas. Acheson (Gordon, 1999) afirma que las desigualdades en salud son la expresión de exposición y vulnerabilidad diferencial que surgen a partir de diferencias en las posiciones socioeconómicas de los individuos, desde la etapa gestacional y durante el curso de la vida, generando interacciones socio

—psico— biológicas que además son acumuladas en el tiempo. 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. 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.

En este sentido Chackiel, plantea que el envejecimiento biológico es un proceso irreversible, y considera

...vieja a la persona que está en la etapa final de la misma, en la que dicho proceso se hace más acelerado y va comprometiendo las facultades físicas y mentales. Desde un punto de vista sociodemográfico y jurídico-laboral se considera que la vejez comienza a partir de cierta edad o, mejor dicho, de un cumpleaños específico... (Chackiel, 2000: 9).

Este límite teórico, termina siendo representativo en algunos casos, pero no en todos. Pero definitivamente, no tiene en cuenta la multiplicidad de factores que convergen en su definición. Así, Villa y Rivadeneira destacan que: “Si bien la edad parece ser el criterio más apropiado para delimitar el envejecimiento, la determinación de un valor numérico estará siempre sujeta a arbitrariedad” (Villa y Rivadeneira, 2000: 26).

De tal manera que 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 información proveniente de las Encuestas Permanentes de Hogares y de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

## **DESARROLLO**

La manera estadística y demográfica más simple, y por tanto más conocida y utilizada para definir la ancianidad es a través de una edad alcanzada. De esta forma, y dependiendo de circunstancias y objetivos, se han utilizado

los grupos de 60 años o más; 65 años o más y 70 años o más, aparte de otras opciones. En esta investigación utilizaremos 65 años o 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),<sup>2</sup> 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,<sup>3</sup> 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 1 cómo es el comportamiento de los grupos etarios. Se observa que la proporción de población en edades de cero a 14 años de edad disminuye a partir de 1895 y hasta 1980, momento en el que se puede apreciar un leve aumento, hasta 2001. De ese año en adelante, vuelve la tendencia al descenso y se espera que dicha tendencia se mantenga hasta 2050.

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

<sup>2</sup> Según la CEPAL, “Latinoamérica experimentó desde mediados de los años sesenta un descenso extraordinario y sostenido del número de hijos por mujer. Todos los países clasificados como de envejecimiento incipiente y moderado tenían una fecundidad superior a los seis hijos a mediados del siglo pasado. [...] Argentina ya había iniciado mucho antes este cambio —por lo que se encuentra en la etapa de envejecimiento avanzado. Este descenso de la fecundidad se materializó incluso en los países en que no existían programas de planificación familiar y resistió los ciclos recesivos de la “década perdida” de 1980, las dictaduras militares, la violencia política y los ajustes estructurales; es más, se ha sostenido en una región con fuertes índices de exclusión, vulnerabilidad y pobreza. En el último quinquenio del siglo XX la tasa global de fecundidad llegó a un promedio regional de 2.8 hijos y, si bien todavía se observa una importante variabilidad entre los valores de los países, todos ellos registran tasas inferiores a cinco” (CEPAL, 2003: 5).

<sup>3</sup> “Entre 1950 y 2000 la esperanza de vida al nacer se extendió, en promedio, 18 años, llegando en el año 2000 a 70 años. Para el año 2025 se estima que la esperanza de vida será de casi 75 años y para 2050 de un valor cercano a los 80 años (CEPAL, 2003: 6). Para Argentina, la esperanza de vida al nacimiento entre los años 1995-2000 rondaba los 70 años de edad, mientras que se proyecta que será de 75.3 años de edad para el periodo 2020-2025 y de 78.9 para 2045-2050 (CEPAL, 2003).

Cuadro 1. Estructura de la población total por grandes grupos de edad. Total del país. Censos nacionales de población 1895-2010 (en porcentaje)

<i>Tipo de población y grupos de edad</i>	Censos nacionales de población									
	1895	1914	1947	1960	1970	1980	1991	2001	2010	
Población total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
0 -14 años	41.3	40.1	30.9	30.7	29.1	30.3	30.6	28.3	25.5	25.5
15-64 años	56.6	57.6	65.2	63.8	63.7	61.5	60.5	61.8	64.3	64.3
65 años o más	2.1	2.3	3.9	5.5	7.2	8.2	8.9	9.9	10.2	10.2

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

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

	1970	1980	1991	2001	2010
Total	23.8	27.0	29.0	35.0	40.2
Varones	21.3	23.0	24.1	28.0	32.2
Mujeres	26.4	31.1	34.1	42.2	48.3

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.

Si prestamos atención a la población envejecida, se observa que existe un porcentaje más elevado de población femenina sobre la masculina, resultado de su mayor sobrevivencia. De ahí que puede decirse que la vejez en Argentina es mayormente femenina (Cuadro 2). 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 o más) es el índice de envejecimiento.<sup>4</sup>

En el año 1970, el índice de envejecimiento era de 23.8 personas adultas mayores por cada 100 jóvenes (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 se llega al año 2010.

El índice de envejecimiento para el total de la población, comenzó siendo de 23.8 en 1970 como se mencionaba y alcanzó un valor de 40.2 personas adultas mayores 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.

<sup>4</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.



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

	1970	1980	1991	2001	2010
0 a 4	97.08192	96.9001	96.75517	96.63015	96.47817
5 a 9	97.1376	97.08283	96.92616	96.74452	96.64158
10 a 14	97.07805	97.2576	97.65775	96.86194	96.77055
15 a 19	97.205	99.03654	98.03531	97.5051	96.96166
20 a 24	96.67878	102.6999	98.51123	98.58124	97.32691
25 a 29	97.55131	102.2716	100.1139	99.19845	98.30068
30 a 34	98.38565	101.8483	103.874	99.88208	99.53991
35 a 39	98.67581	100.6061	103.0999	101.5383	100.3579
40 a 44	98.95726	101.5676	103.0464	105.6215	101.2811
45 a 49	99.29662	102.4095	102.7366	105.2465	103.4747
50 a 54	101.3764	103.1329	105.4708	106.3398	108.585
55 a 59	103.2035	106.0663	108.9682	108.0876	109.979
60 a 64	104.1091	112.1499	113.4048	114.441	114.0709
65 a 69	105.4909	119.469	121.7465	123.2635	120.4995
70 a 74	112.6921	126.1385	135.4419	135.3385	134.4474
75 a 79	118.3321	133.3046	152.4006	155.4381	155.0543
80 o más	144.1675	157.5277	176.5252	198.0284	206.3438

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.

### 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 muestra el número de mujeres por cada 100 hombres y se presenta, a partir de los 65 años, por grupos quinquenales de edad y hasta los 80 años o más, durante los años 1970, 1980, 1991, 2001 y 2010 (Cuadro 3).

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 65 y 69 años, pero que comienza a mostrarse más notable en los grupos de más edad y puntualmente en el grupo de 80 años o más.

Cuadro 4. Proporción de población de 65 años o más. Argentina. 1970-2010

	1970		1980		1991		2001		2010	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	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	2.6	2.12	2.56	2.8	3.1	2.39	2.97	2.3
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	12.4

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.

Si se agrega 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.

En el Cuadro 4 se aprecia, por un lado, que tanto la población mayor de 50 años como la de 60 años va 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 hacia el año 2010, y se espera que esa tendencia se mantenga.

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

## **RELACIONES DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA**

El aumento proporcional de adultos mayores con respecto a la población total, modifica 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 de 65 años o mayores, 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 cierto que todo el sector comprendido entre los 15 y los 64 años es activo, y tampoco todas las personas de 65 años o más son dependientes.

El Cuadro 5 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, ya que la RDDV muestra un aumento leve, y por otro lado un estancamiento final hacia el año 2010.

Cuadro 5. Total del país. Índice de dependencia potencial de padres, según censos nacionales 1970 a 2010

	1970	1980	1991	2001	2010
Total	57.0	62.7	65.1	61.7	55.6
Jóvenes	46.0	49.4	50.5	45.7	39.6
Mayores	11.0	13.3	14.6	16.0	15.9

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.

## RELACIÓN ENTRE POBLACIÓN ENVEJECIDA Y CUIDADORAS POTENCIALES

Si se piensa en el concepto de vulnerabilidad aplicado a la vejez, es importante 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. 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 y 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 y tiempo. Si la necesidad de atención y de cuidados aumenta con el tiempo o éstos 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: 2).

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>5</sup> Esta es otra aproximación, bajo el criterio de que al considerar grupos quinquenales etarios, las más propensas a ser cuidadoras son las mujeres en ese rango de edad, que ayuda a ilustrar el grado de dependencia que tienen las personas adultas mayores, sobre grupos etarios que cada vez se vuelven más pequeños en relación a los anteriores.

En el Cuadro 6 se muestra el IDC. Entre 1970 y 1980, el IDC se mantuvo más o menos estable y oscilando cerca del 100. Después de ese año, se superaron 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 posibles cuidadoras disponibles. Es esperable que esa cantidad se duplicará después del año 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.

<sup>5</sup> El índice de disponibilidad de cuidadoras se define como la relación entre el tamaño de la población envejecida multiplicada por 100 y la población femenina en edades de 45 a 59 años.

Cuadro 6. Relación de población de 65 años o más y mujeres en edad media 45 a 59 años de edad. Argentina, 1970-2010

	1970	1980	1991	2001	2010
Pob 65 o más	1 666 388	2 279 437	2 911 970	3 601 127	4 194 293
Pob fem 45-59	1 864 145	2 180 843	2 342 096	2 766 195	3 205 777
	89.4	104.5	124.3	130.2	130.8

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.

### VEJEZ Y HOGARES UNIPERSONALES

Es interesante observar que 21 por ciento de la población mayor de 65 años vive en hogares unipersonales o en hogares compuestos por dos personas y que del total de personas que viven en hogares unipersonales, 39 por ciento tiene más de 65 años. 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 y mayor vulnerabilidad social, reflejada en dificultad de acceso a servicios y limitada integración social.

Esta situación desencadena muchas dificultades para los adultos mayores. Muchas veces es necesario, como se mencionó 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 deben mencionarse las dificultades que atraviesan los adultos mayores para realizar operaciones cotidianas que se vuelven complejas e inaccesibles para ellos, lo que tiene que ver puntualmente con la brecha tecnológica que se ha generado entre ellos (más puntualmente entre los adultos de 70 años o más) que los aleja y los aparta de realizar una serie de acciones y trámites como 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 y no 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.

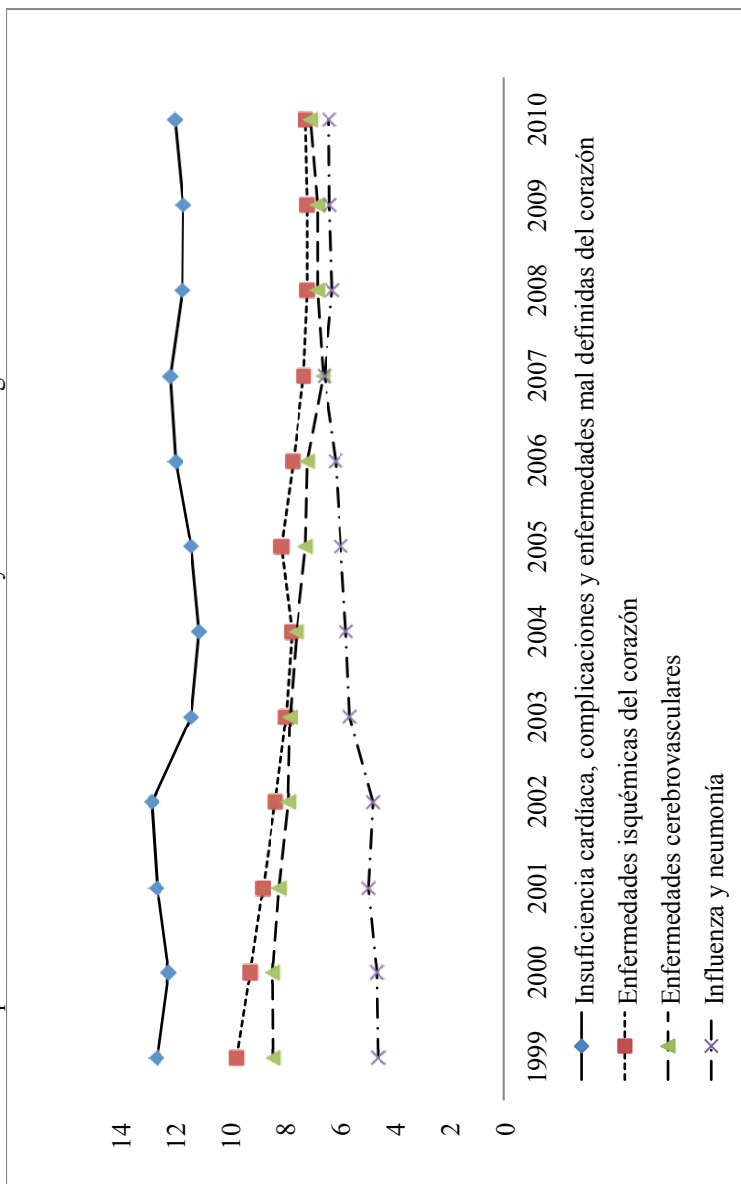
### **PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE**

En la medida 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 (Gráfica 1).

Las muertes por insuficiencia cardíaca representan la mayor proporción de fallecimientos 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 de 11 a 13.5 por ciento del total de las muertes ocurridas entre las personas de 65 años o más.

Gráfica 1. Principales causas de defunción en adultos mayores varones. Argentina 1999-2010



Fuente: elaboración personal en base a datos DEIS, Dirección de Estadísticas e Información en Salud.



En segundo lugar, proporcionalmente hablando, se ubican las enfermedades isquémicas del corazón. Esta causa muestra un leve descenso en el tiempo: comienza representando diez por ciento de las muertes totales y termina representando en el año 2010 algo menos de ocho por ciento del total. En tercer lugar, se encuentran las enfermedades cerebrovasculares, con valores porcentuales que oscilan entre ocho y 6.5 por ciento. Por último, las causas que han ganado importancia porcentual son la influenza y la neumonía, que comienzan alcanzando algo más de cuatro por ciento de las muertes, para terminar llegando a representar casi 6.5 por ciento de los decesos.

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

Esto indica que en cierta manera ha habido cambios en cuanto a la importancia porcentual de algunas enfermedades en los adultos mayores varones. El cambio observado puede explicarse, en parte, por 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 edad, 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 influenza y la neumonía son las enfermedades transmisibles que aparecen entre las diez primeras.

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 se analiza a las personas mayores de 90 años. Luego, las enfermedades cerebrovasculares pasan a la segunda posición cuando se seleccionan sólo las personas mayores de 70 años. 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 tres por ciento de las muertes en-

tre los 60 y 69 años, y alcanzan casi nueve por ciento pasados los 90 años de vida. En esta etapa, las enfermedades relacionadas con la desnutrición y anemias nutricionales también adquieren relevancia al subir a la décima posición entre las causas de muerte. Ascenden 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 por ciento, superando así a las muertes por enfermedades isquémicas del corazón que poseen un valor relativo de 10.2 por ciento. 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, debe agregarse el hecho que se mencionaba 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 Argentina, queda rezagada la estructura social necesaria para incluir a los ancianos en los sistemas de salud de previsión.

El acceso a los servicios de salud es esencial en las edades adultas, ya que es el momento en que aparecen enfermedades que necesariamente requieren de cuidados especiales, vigilancia permanente y medicamentos que son suministrados, en su mayoría, no de manera esporádica, sino cotidianamente (Bisang y Centrángolo, 1997)..

En este sentido, en el año 2001, de las personas de 65 a 69 años, 72.86 por ciento poseían obra social y casi 30 por ciento de ellas no poseían ningún tipo de obra social ni prepaga. Luego, de las personas de 70 a 74 años, 81 por ciento poseía obra social y alrededor de 14 por ciento no. Entre las personas de 75 años y más, alrededor de 87 por ciento de la población poseía obra social y aproximadamente 12 por ciento no la poseía. 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 (Gráfica 2 y Gráfica 3).

En el año 2010, la situación mejoró relativamente. En el acceso de la población adulta a obra social, se observa una mejoría (Gráfica 4 y Gráfica 5).

En el año 2010, el acceso a obra social de la población adulta alcanzó valores mucho más favorables que en el año 2001, reduciéndose a 11.38 por ciento los casos de varones mayores de 65 que no acceden a obra social. Luego, la reducción es mayor, alcanzando valores cercanos a cuatro por ciento.

En el caso de las mujeres, en el primer grupo etario, sólo 4.73 por ciento no accede a obra social, mientras que a medida que avanzan en la edad, el valor se reduce levemente.

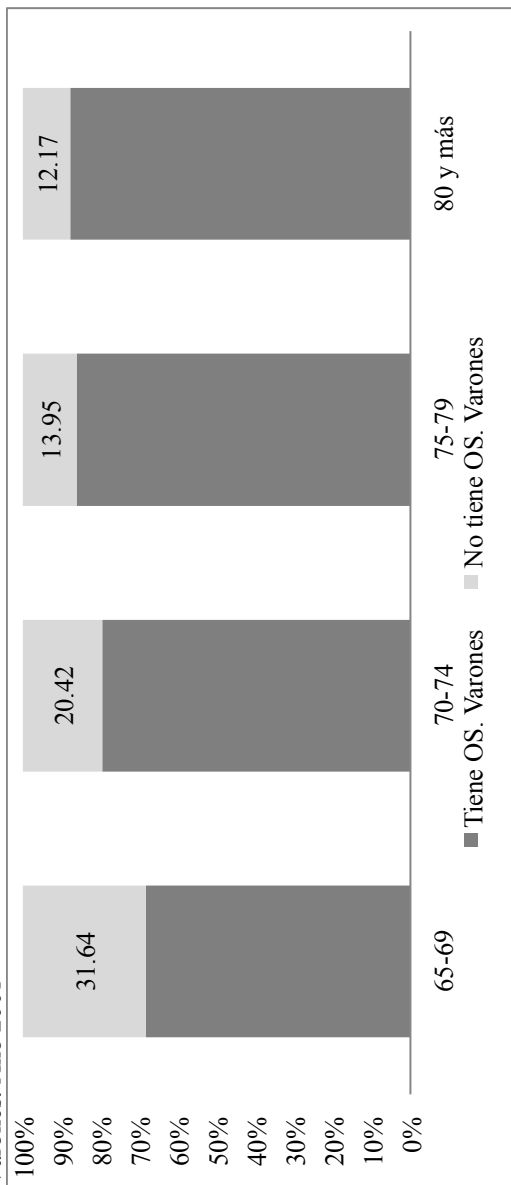
Sin embargo, lo que sucede normalmente es que los servicios sociales no alcanzan a cubrir las necesidades de las personas adultas. Es decir, la calidad de la cobertura no es lo suficientemente buena como para hacer frente a las demandas de una población cada vez más envejecida.

En Argentina, los trabajadores que se jubilan, tienen cobertura de salud por la obra social a la que estaban afiliados como activos, por el plazo de tres meses inmediatamente siguientes a su jubilación (art 10 de la ley 23660 de obras sociales) (Belmartino, 2009). Luego, una vez que se jubilan, automáticamente quedan incluidos en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSPJYP), según la ley 19032 (BO 28-5-1971) conocido como PAMI (Prestaciones Asistenciales Médicas Integrales).

La ley de su creación establece lo siguiente:

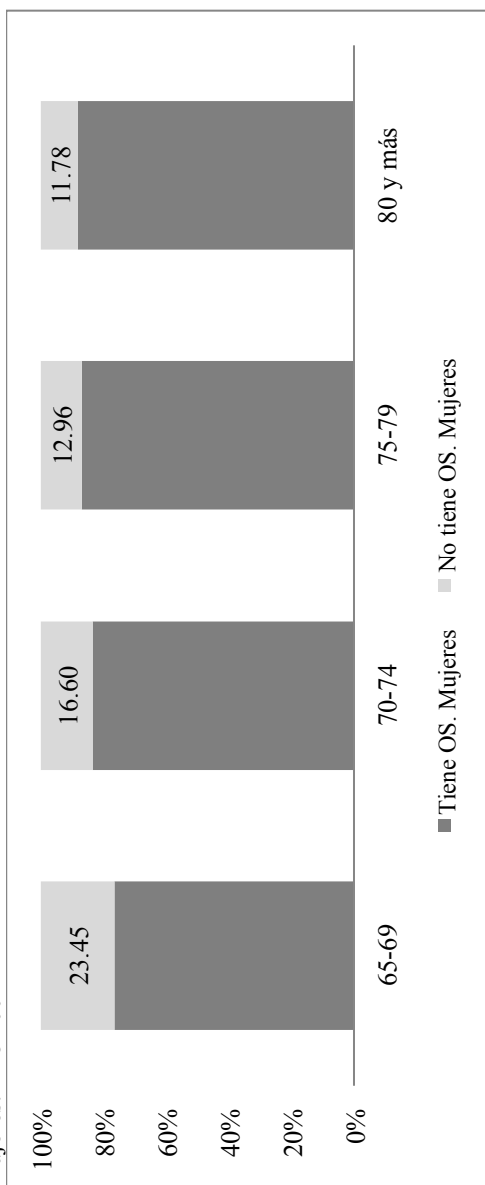
Artículo 2º El Instituto tendrá como objeto otorgar —por sí o por terceros— a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones y a su grupo familiar primario, las prestaciones sanitarias y sociales, integrales, integradas y equitativas, 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... (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, 1971, Art 2º: 1).

Gráfica 2. Población por cobertura por obra social y/o plan de salud privado o mutual según grupos de edad. Varones. Año 2001



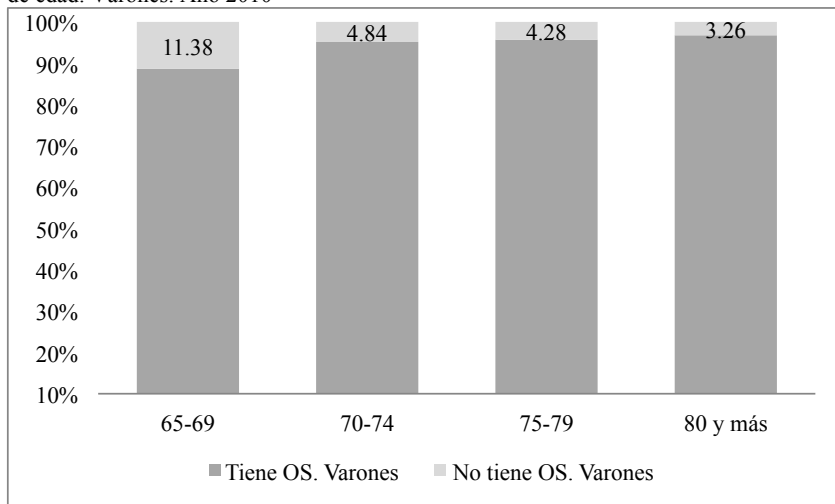
Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Gráfica 3. Población por cobertura por obra social y/o plan de salud privado o mutual según grupos de edad. Mujeres. Año 2001



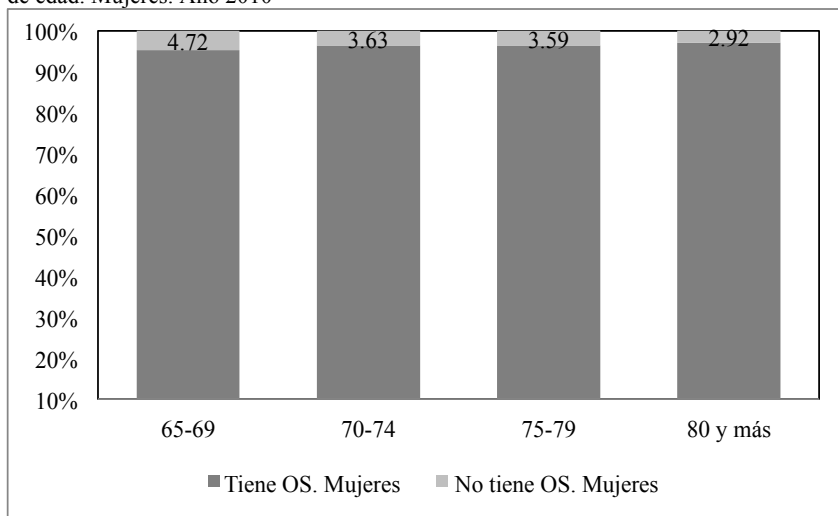
Fuente: elaboración personal con base en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 (INDEC).

Gráfica 4. Población en viviendas particulares por tipo de cobertura de salud grupo de edad. Varones. Año 2010



Fuente: elaboración personal con base en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (INDEC).

Gráfica 5. Población en viviendas particulares por tipo de cobertura de salud grupo de edad. Mujeres. Año 2010



Fuente: elaboración personal con base en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (INDEC).

Sin embargo, la mayoría de las personas mayores de 65, intenta mantener la obra social que tenía cuando estaba en actividad. Ser mayor de 65 años dificulta el hecho de ser recibidos por muchas empresas de medicina prepagada, para ingresar como pasivos, debido a que requieren de consultas y prácticas médicas complejas, lo que representa un costo muy elevado para 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. 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 desamparadas 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 prepagada indican expresamente que la edad no puede ser tomada como criterio de rechazo o de admisión, según el Artículo 11 de la Ley 26 682 (BO 17-5-2011, promulgada por el decreto 588/11 que aclara además en el artículo 12 que para 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 prepagadas a afiliarse personas mayores de 65 años.

## CONCLUSIONES

El proceso de envejecimiento en Argentina, y particularmente 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 sin duda irá avanzando 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 llegaron 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 considerando las situaciones de dependencia, se analizó el índice de dependencia de los padres y de la juventud, que mostró un aumento conjunto de la relación de dependencia demográfica joven y de la relación de dependencia demográfica de la vejez hasta el año 1991, que determinó un incremento de la relación de dependencia demográfica. Luego y hasta 2010, se observa por un lado una disminución de la

la relación de dependencia demográfica total, impulsada más que nada por la disminución de la relación de dependencia demográfica joven básicamente, ya que la relación de dependencia demográfica de la vejez, muestra un aumento leve y un estancamiento final hacia el año 2010.

Respecto del índice de disponibilidad de las cuidadoras 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.

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 transcurren muchas veces en soledad, alejadas 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 se registran excepciones. Hay personas de 65 y 70 años (en esta investigación se las ha llamado adultas mayores), que están socialmente integradas, y mantienen una relación estrecha 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

BELMARTINO, S., 2009, *Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos*, 5° 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.

CARO, E., 2002, *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*, ONU, Brasilia, Brasil.

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

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.

CEPAL, 2003, *Las personas mayores en América Latina y el Caribe: diagnóstico sobre la situación y las políticas*, Síntesis, Santiago de Chile.

CEPAL, 2004, *Población, envejecimiento y desarrollo*, Trigésimo período de sesiones de la CEPAL San Juan, Puerto Rico.

CEPAL, 2006, *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*, Trigésimo primer período de sesiones de la CEPAL, Montevideo.

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-CELADE, 2011, *Envejecimiento poblacional*, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, año 6, núm. 12.

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, CEPAL, Santiago de Chile.

CHACKIEL, J., 2000, *Envejecimiento de la población latinoamericana: una relación de dependencia favorable?*, documento presentado en la Sesión III del Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad, CEPAL-FNUAP, Santiago de Chile.

DEIS, 1999, *Estadísticas vitales. Información básica año 1999*, Ministerio de salud y ambiente. Secretaría de políticas, regulación y relaciones sanitarias. Subsecretaría de relaciones sanitarias e investigación en salud. Dirección de estadísticas e información de salud.

DEIS, 2000, *Estadísticas vitales. Información básica año 2000*, Ministerio de salud y ambiente. Secretaría de políticas, regulación y relaciones sanitarias. Subsecretaría de relaciones sanitarias e investigación en salud. Dirección de estadísticas e información de salud.

DEIS, 2001, *Estadísticas vitales. Información básica año 2001*, Ministerio de salud y ambiente. Secretaría de políticas, regulación y relaciones sanitarias. Subsecretaría de relaciones sanitarias e investigación en salud. Dirección de estadísticas e información de salud.

DEIS, 2002, *Estadísticas vitales - Información básica año 2002*, Ministerio de salud y ambiente. Secretaría de políticas, regulación y relaciones sanitarias. Subsecretaría de relaciones sanitarias e investigación en salud. Dirección de estadísticas e información de salud.

DEIS, 2003, *Estadísticas vitales. Información básica año 2003*, Ministerio de salud y ambiente. Secretaría de políticas, regulación y relaciones sanitarias. Subsecretaría de relaciones sanitarias e investigación en salud. Dirección de estadísticas e información de salud.

DEIS, 2004, *Estadísticas vitales. Información básica año 2004*, Ministerio de salud y ambiente. Secretaría de políticas, regulación y relaciones sanitarias. Subsecretaría de relaciones sanitarias e investigación en salud. Dirección de estadísticas e información de salud.

DEIS, 2005, *Estadísticas vitales. Información básica año 2005*, Ministerio de salud y ambiente. Secretaría de políticas, regulación y relaciones sanitarias. Subsecretaría de relaciones sanitarias e investigación en salud. Dirección de estadísticas e información de salud.

DEIS, 2006, *Estadísticas vitales. Información básica año 2006*, Ministerio de salud y ambiente. Secretaría de políticas, regulación y relaciones sanitarias. Subsecretaría de relaciones sanitarias e investigación en salud. Dirección de estadísticas e información de salud.

DEIS, 2007, *Estadísticas vitales. Información básica año 2007*, Ministerio de salud y ambiente. Secretaría de políticas, regulación y relaciones sanitarias. Subsecretaría de relaciones sanitarias e investigación en salud. Dirección de estadísticas e información de salud.

DEIS, 2008, *Estadísticas vitales. Información básica año 2008*, Ministerio de salud y ambiente. Secretaría de políticas, regulación y relaciones sanitarias. Subsecretaría de relaciones sanitarias e investigación en salud. Dirección de estadísticas e información de salud.

DEIS, 2009, *Estadísticas vitales. Información básica año 2009*, Ministerio de salud y ambiente. Secretaría de políticas, regulación y relaciones sanitarias. Subsecretaría de relaciones sanitarias e investigación en salud. Dirección de estadísticas e información de salud.

DEIS, 2010, *Estadísticas vitales. Información básica año 2010*, Ministerio de salud y ambiente. Secretaría de políticas, regulación y relaciones sanitarias. Subsecretaría de relaciones sanitarias e investigación en salud. Dirección de estadísticas e información de salud.

GONZÁLEZ GONZÁLEZ, C., 2013, *Los determinantes: los cambios demográficos, en Envejecimiento y Salud. Una propuesta para el plan de acción*, México.

GORDON, D., 1999, *Inequalities in health: the evidence; presented to the independent inquiry into inequalities in health*, Chaired by Sir Donald Acheson, The Policy Press, Londres.

KAZTMAN, Rubén, 2000, *Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social*, Montevideo, Universidad Católica del Uruguay, Serie Documentos de Trabajo de IIPES / Colección Aportes Conceptuales núm. 2, en [http://www.ucu.edu.uy/Facultades/CienciasHumanas/IPES/pdf/Laboratorio/AC\\_N\\_umero%202.pdf](http://www.ucu.edu.uy/Facultades/CienciasHumanas/IPES/pdf/Laboratorio/AC_N_umero%202.pdf)

INDEC, 2011, *Censo 2001: Resultados definitivos. Variables básicas seleccionadas*, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Internet, consulta 15 de junio de 2013, Buenos Aires.

INDEC, 2011, *Censo 2010: Resultados definitivos. Variables básicas seleccionadas*, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Internet, consulta 15 de junio de 2013, Buenos Aires.

LEY 26.682, 2011, *Marco Regulatorio de Medicina Prepaga* (sancionada el 4 de mayo de 2011). Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina.

LEY 19.032, 1971, Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP).

MARMOT, M., 2005, “Social determinants of health inequalities”, en *Lancet*, 365.

MARTÍN RUIZ, J. F., 2005, “Los factores definitorios de los grandes grupos de edad de la población: tipos, subgrupos y umbrales”, en *Scripta Nova*, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, vol. 9, núm. 190, Universidad de Barcelona.

OMS, 2002, “Envejecimiento activo: un marco político”, en *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 37(S2), 5.

ONU, 2000, *Panorama social de América Latina 1999-2000*, noticias comunicados de prensa, Centro de Información para Argentina y Uruguay, Organización de las Naciones Unidas en [http://www.unic.org.ar/noticias/cp/cp080\\_00.htm](http://www.unic.org.ar/noticias/cp/cp080_00.htm)

REDONDO, N.; S. Garay, 2012, “El envejecimiento en América Latina: evidencia empírica y cuestiones metodológicas”, en *Serie Investigaciones*, núm. 13, ALAP Editor, Río de Janeiro, Brasil.

ROBLES SILVA, L., 2001, “El fenómeno de los cuidadores: un efecto invisible en el envejecimiento”, en *Estudios Demográficos y Urbanos*, 48, vol. 16, núm. 3, septiembre-diciembre.

## INFORMACIÓN SOBRE LAS AUTORAS

### *Adela Tisnés*

Doctora en Demografía por La Universidad Nacional de Córdoba. Es becaria y docente investigadora del Centro de Investigaciones Geográficas de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires y del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús, Argentina. Entre sus publicaciones más importantes destacan Adela Tisnés; Salazar Acosta, Luisa María, *Análisis comparativo de la fecundidad en provincias de la Argentina, 2001*, en *Población y Desarrollo argonautas y caminantes*, Tegucigalpa, 2016 vol. 12 núm. 1; Velazquez, Guillermo; Adela Tisnés; Gómez, Néstor, “Región Pampeana: Geografía y bienestar según subregiones” (2010), en *Geografizando*, 2014 vol. 10 núm. 2, Adela Tisnés, “Análisis espacial de la mortalidad por cáncer en Tandil 2003-2005 utilizando métodos bayesianos”, en *Revista Estudios Socioterritoriales*, 2014 vol. núm. 15. Adela Tisnés,

“Espacio y salud: teoría, técnicas y conceptos. una aproximación a la evolución temporal de la geografía de la salud”, en *Geografía em Questão*, 2014 vol.7 núm. 2.

Dirección electrónica: atisnes@fch.unicen.edu.ar

*Luisa María Salazar Acosta*

Doctora en Demografía por la Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. Becaria Postdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas Argentina de 2016 a 2018. Docente en la Universidad Nacional de Salta. Argentina. Entre sus publicaciones más importantes destacan *Educación Permanente para Adultos Mayores. De la Universidad al medio*, Salta 2016 y *La salud de los adultos mayores en Tandil 2010-2013. Un análisis espacial de la morbilidad urbana en geografía, el desafío de construir territorios de inclusión*, Tandil, en coautoría con Adela Tisnés.

Dirección electrónica: salazarluisamaria@gmail.com

Artículo recibido el 21 de enero de 2014 y aprobado el 5 de febrero de 2015.