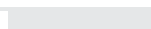


Índice

| | |
|--|-----|
| Presentación | 7 |
| Potencialidades de los censos de población y complementariedad con otras fuentes de información para la evaluación de resultados de políticas habitacionales | 11 |
| <i>Florencia Molinatti</i> | |
| Tendencias y proyecciones de la población del área metropolitana del Valle de Aburrá en Colombia, 2010-2030 | 37 |
| <i>Jorge Enrique Horbath</i> | |
| Diferenciales en la fecundidad brasileña según la naturaleza de la unión: algunas reflexiones sobre decisiones reproductivas y convivencia | 67 |
| <i>Joice Melo Vieira</i> | |
| Las posibilidades de las fuentes de información sociodemográficas para el monitoreo del derecho a la salud de las personas mayores en la Argentina, 1999-2013 | 95 |
| <i>María Marta Santillán Pizarro, Bruno Sebastián Ribotta, Laura D. Acosta</i> | |
| Arreglos familiares de la población latinoamericana en España: ¿cambios en tiempos de crisis? | 123 |
| <i>Xiana Bueno, Helga de Valk</i> | |
| Las consecuencias de quedarse y de volver en el empleo de los uruguayos que migraron a España | 149 |
| <i>Victoria Prieto Rosas</i> | |
| La urbanización en el Brasil, un proceso consolidado y paradójicamente mutable | 179 |
| <i>Clovis Ultramari, Olga Lucia C. de Freitas Firkowski, Fernanda Cantarim</i> | |
| Segregación socioespacial en ciudades mineras: el caso de Antofagasta, Chile | 203 |
| <i>Emilio Thodes Miranda</i> | |
| Cambios y continuidades en la movilidad laboral de la fuerza de trabajo femenina en México | 229 |
| <i>Fiorella Mancini</i> | |

| | |
|--|------------|
| La nueva geografía de la explotación minero-energética y la acumulación por desposesión en Colombia entre 1997 y 2012 | 249 |
| <i>Nubia Yaneth Ruiz Ruiz, Luis Daniel Santana Rivas</i> | |
| Envejecimiento demográfico y cambios en la transición a la vejez en el Brasil: pasado, presente y futuro | 279 |
| <i>Carolina A. Guidotti Gonzalez</i> | |
| La escolaridad, el estrato social y la formación de las primeras uniones en México: una visión de largo plazo | 301 |
| <i>Marta Mier y Terán</i> | |
| Orientaciones para los autores de la revista <i>Notas de Población</i> | 329 |
| Publicaciones recientes de la CEPAL..... | 335 |



Presentación

La edición núm. 102 de *Notas de Población* llega a los lectores con un diverso catálogo de temas de suma importancia en el campo de los estudios demográficos y de la población de América Latina y el Caribe. Estos temas, que se analizan a lo largo de los 12 artículos que conforman la presente edición, abarcan resumidamente los censos y las proyecciones de población, el análisis de la fecundidad en relación con las características de las uniones, el derecho a la salud de las personas de edad, el envejecimiento demográfico en el Brasil, las formas de convivencia de los latinoamericanos en España, la migración uruguaya de retorno desde aquel país europeo, el proceso de urbanización en el Brasil, la segregación espacial en ciudades mineras de Chile, la movilidad laboral femenina en México, el impacto de la explotación minero-energética en Colombia, los rostros diversificados del envejecimiento en el Brasil y las interrelaciones entre escolaridad, estrato social y formación de la unión en México.

El primer artículo de esta selección, de Florencia Molinatti, lleva por título “Potencialidades de los censos de población y complementariedad con otras fuentes de información para la evaluación de resultados de políticas habitacionales” y destaca las potencialidades de los relevamientos censales para la formulación, el monitoreo y la evaluación de políticas públicas en materia de hábitat y vivienda. Además, da cuenta de los desafíos metodológicos a enfrentar debido a las limitaciones para la identificación de la población beneficiaria de los programas habitacionales. En este contexto, el trabajo propone una metodología de evaluación de resultados que, a partir de las potencialidades de los censos y su complementariedad con otras fuentes de información, permite estimar los efectos de una política habitacional concreta en la provincia de Córdoba (Argentina) sobre la población beneficiaria.

El artículo de Jorge Horbath, “Tendencias y proyecciones de la población del área metropolitana del Valle de Aburrá en Colombia, 2010-2030”, refiere a los cambios demográficos, económicos y sociales experimentados por el área metropolitana del Valle de Aburrá (Colombia). Con más de 3,5 millones de habitantes distribuidos en 10 municipios que incluyen a Medellín, la capital del departamento de Antioquia, las tendencias por grupos de edad y sexo ponen de manifiesto notorias recuperaciones de la población respecto de un pasado marcado por la violencia y las altas tasas de mortalidad. El trabajo echa luz sobre la desaceleración de los procesos de concentración hacia Medellín que se observa actualmente y la consolidación de nuevos centros de agrupación poblacional en los municipios colindantes, con fenómenos de rururbanización que estarían marcando la tendencia en las siguientes dos décadas.

En el trabajo de Joice Melo Vieira, “Diferenciales en la fecundidad brasileña según la naturaleza de la unión: algunas reflexiones sobre decisiones reproductivas y convivencia”,

se explora la relación entre el comportamiento reproductivo y las características de la nupcialidad en el Brasil, sobre la base de datos de las Encuestas de Demografía y Salud (Demographic and Health Survey (DHS)) de 1986 y 1996 y de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de la Infancia y la Mujer (PNDS) de 2006. El artículo da cuenta de que las mujeres que viven en uniones consensuales presentan un nivel de fecundidad más elevado que aquellas que optan por el matrimonio. También constata un movimiento de convergencia entre los niveles de fecundidad de ambos grupos. En este contexto, la autora consigna que el significado de tener hijos ha sufrido transformaciones y que, en el caso brasileño, las uniones consensuales pueden comprenderse mejor a la luz de la teoría de la institucionalización.

En el artículo de María Marta Santillán, Bruno Ribotta y Laura Acosta, “Las posibilidades de las fuentes de información sociodemográficas para el monitoreo del derecho a la salud de las personas mayores en la Argentina, 1999-2013”, se analiza el alcance, las limitaciones y los desafíos de las fuentes de información oficiales de la Argentina para el monitoreo del ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores en los últimos 15 años. Los autores realizan una compilación de indicadores propuestos principalmente por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y analizan las posibilidades de implementación de dichos indicadores con un enfoque de derechos humanos. Entre las principales conclusiones del trabajo se destaca que si bien la Argentina cuenta con fuentes de información que permiten abordar una cantidad significativa de indicadores, ellas no permiten monitorear diferencias entre distintos grupos socioeconómicos y geográficos ni su evolución para este grupo poblacional, por lo que no es posible el abordaje desde el enfoque de derechos.

A continuación, Xiana Bueno y Helga de Valk abordan el tema de la estructura de los hogares de la población migrante en el artículo “Arreglos familiares de la población latinoamericana en España ¿Cambios en tiempos de crisis?”. Sostienen que dicha estructura a menudo difiere de la que se presenta en el caso de la población no migrante y destacan entre los factores explicativos el papel que juegan las redes sociales en la facilitación del proceso de asentamiento y los vínculos intergeneracionales potencialmente más estrechos en las familias migrantes. Sobre la base de información de la Encuesta de Población Activa (EPA) del período comprendido entre 2005 y 2012, las autoras sugieren la existencia de una pauta de género diferenciada y resaltan la importancia no solo de la coyuntura económica sino también de los eventos en el ciclo de vida a la hora de explicar la probabilidad de vivir en hogares complejos.

También en el ámbito de la migración internacional, en el artículo de Victoria Prieto, “Las consecuencias de quedarse y de volver en el empleo de los uruguayos que migraron a España”, se analiza el acceso al empleo de los emigrados y retornados uruguayos. La autora indaga si la aparente ventaja del retorno, desde un contexto de alto desempleo como el español hacia otro con pleno empleo como el uruguayo, se distribuye de forma homogénea entre los retornados de este origen según sexo, instrucción y duración del asentamiento

tras la migración. Los resultados expuestos en el trabajo corroboran una distribución heterogénea de las ganancias del retorno sobre el acceso al empleo y el sector de inserción, que favorece a los varones con menor nivel de educación y perjudica a las mujeres y a los retornados más instruidos.

Seguidamente, Clovis Ultramari, Olga de Freitas y Fernanda Cantarim incursionan en los temas de urbanización en el artículo “La urbanización en el Brasil, un proceso consolidado y paradójicamente mutable”. Basados en la evidencia de una nueva cuestión urbana como la cuasisustitución del crecimiento demográfico producto de la emigración del campo a la ciudad, los autores postulan que la urbanización en el país sudamericano se caracteriza por la doble condición de estar consolidada y ser, paradójicamente, mutable. El marco temporal de las referencias teóricas utilizado en el trabajo es el período que va entre 1970 y 2010.

El artículo “Segregación socioespacial en ciudades mineras: el caso de Antofagasta, Chile”, de Emilio Thodes, forma parte de una serie de estudios sobre desarrollo urbano en zonas mineras realizados en Australia y Chile. Al tiempo que se da cuenta del impulso a la economía local que ha supuesto la actividad minera en los países del Cono Sur de América Latina, por atraer capital externo y nuevos actores a las zonas donde se concentra la extracción minera, en el trabajo también se analiza el impacto de dicha actividad en la segregación socioespacial, concretamente en la ciudad de Antofagasta, al norte de Chile. Se advierte que este proceso ha promovido modalidades de desarrollo desigual que afectan tanto a las zonas urbanas como a las rurales, a la vez que producen transformaciones socioespaciales y crean barreras físicas y sociales.

Ya en el plano de la movilidad laboral y el género, el trabajo de Fiorella Mancini, “Cambios y continuidades en la movilidad laboral de la fuerza de trabajo femenina en México”, se centra en el análisis de diferentes transiciones laborales de mujeres mexicanas de tres generaciones, desde su primer empleo hasta los 30 años. La finalidad es doble: por una parte, observar procesos de informalización, descalificación, desalarización y tercerización del mercado de trabajo femenino en los últimos años, y, por la otra, analizar en qué medida tales procesos se manifiestan en la movilidad individual de las trayectorias laborales femeninas. En el artículo se pone de relieve que las condiciones de entrada al mercado laboral tienen gran incidencia en las posibilidades futuras de las trayectorias laborales de las mujeres.

El artículo de Nubia Ruiz y Luis Santana, “La nueva geografía de la explotación minero-energética y la acumulación por desposesión en Colombia entre 1997 y 2012”, se centra en el análisis de las relaciones existentes entre el desplazamiento forzado, la entrega de títulos mineros y explotaciones energéticas, y la acumulación de tierras rurales productivas en Colombia entre 1997 y 2012. En la indagación de dichas relaciones, los autores ponen en evidencia la existencia de una nueva geografía humana y la configuración de regiones en las cuales la explotación minero-energética y las condiciones de violencia han reafirmado al país como exportador neto de materias primas. Desde esta perspectiva, ello habría reforzado la transnacionalización de la economía y profundizado las condiciones de inequidad y pobreza.

Más adelante, en el artículo “Envejecimiento demográfico y cambios en la transición a la vejez en el Brasil: pasado, presente y futuro”, Carolina Guidotti describe las características de la transición a la vejez de hombres y mujeres en el Brasil. Para ello, el trabajo se focaliza en tres áreas: la esfera doméstica, las condiciones de salud y la condición de actividad económica. A partir de la perspectiva teórica del curso de vida, plantea la hipótesis de que la heterogeneidad de la población adulta mayor viene aumentando desde las últimas décadas, motivo por el cual se estaría observando una diversificación de las experiencias de envejecimiento. Los resultados del análisis ponen de relieve de qué manera los cambios en el contexto demográfico, político, económico y sociocultural inciden en las formas de envejecer de la población y las modifican.

En el final de la presente edición, el artículo “La escolaridad, el estrato social y la formación de las primeras uniones en México: una visión de largo plazo”, de Marta Mier y Terán, analiza el efecto de los crecientes niveles educativos en los patrones de formación de las primeras uniones en el siglo XX en México. La autora utiliza como fuente de datos la Encuesta Nacional de la Dinámica Familiar (Endifam) de 2005 y emplea modelos de tiempo discreto que involucran regresión logística y de riesgos en competencia. El trabajo resalta entre sus hallazgos que la asistencia a la escuela y la escolaridad propician la postergación de la formación de la primera unión en general, y en particular de las uniones consensuales y de las uniones que permanecen en el hogar familiar, pero a través de vías muy distintas en hombres y mujeres, en las cohortes de nacimiento y en los estratos sociales de origen.

Comité Editorial de *Notas de Población*

Las posibilidades de las fuentes de información sociodemográficas para el monitoreo del derecho a la salud de las personas mayores en la Argentina, 1999-2013¹

María Marta Santillán Pizarro²

Bruno Sebastián Ribotta³

Laura D. Acosta⁴

Recibido: 10/11/15

Aceptado: 24/12/15

Resumen

En el artículo se propone analizar y sistematizar el alcance, las limitaciones y los desafíos de las fuentes de información producidas oficialmente en la Argentina en los últimos 15 años, para el monitoreo del ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores. Se realiza una compilación de indicadores propuestos principalmente por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en el marco de diferentes

¹ El presente artículo es producto del proyecto de investigación “El derecho a la salud en los extremos de la vida. Un aporte desde la socio-demografía (Argentina, 2000-2010)”, proyecto PIP 2013-2015 del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), dirigido por María Marta Santillán Pizarro.

² Doctora en Demografía, Investigadora Adjunta del CONICET, Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS) (CONICET-Universidad Nacional de Córdoba (UNC)). Correo electrónico: mm_santillan@yahoo.com.ar.

³ Doctor en Demografía, Investigador Adjunto del CONICET, Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS) (CONICET-UNC). Correo electrónico: brunoribo@yahoo.com.ar.

⁴ Doctora en Demografía, Becaria posdoctoral del CONICET, Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS) (CONICET-UNC). Correo electrónico: laudeac@gmail.com.

conferencias internacionales y se analizan las posibilidades de implementación, con una mirada desde el enfoque basado en los derechos humanos. Entre las principales conclusiones, se destaca que la Argentina cuenta con un conjunto de fuentes de información que permiten abordar una cantidad importante de indicadores. Sin embargo, para medidas clave en este grupo poblacional, las principales fuentes de información no permiten monitorear diferencias entre distintos grupos socioeconómicos y geográficos ni su evolución, por lo que no admiten una mirada desde el enfoque de derechos.

Palabras clave: personas mayores, derechos humanos, fuentes de datos, monitoreo de derechos humanos, indicadores.

Abstract

This article analyses and systematizes the scope, limitations and challenges of official sources of information in Argentina over the past 15 years in order to monitor exercise of the right to health care by older persons. It includes a compilation of indicators, mostly proposed by the Latin American and Caribbean Demographic Centre (CELADE) – Population Division of ECLAC in the framework of various international conferences, and analyses the possibilities of implementation from a human rights perspective. One of the main conclusions is the fact that Argentina has a set of information sources that allows a large number of indicators to be addressed. However, the main sources of information for key measures in this population group do not support tracking of differences between socioeconomic and geographical groups, or their development, which means that they do not admit an approach based on the human rights perspective.

Keywords: older persons, human rights, data sources, human rights monitoring, indicators.

Résumé

Cet article tente d'analyser et de systématiser la portée, les contraintes et les défis des sources d'information produites officiellement en Argentine ces 15 dernières années, pour le suivi de l'application du droit à la santé chez les personnes âgées. On élabore une compilation d'indicateurs proposés principalement par le Centre de démographie d'Amérique latine et des Caraïbes (CELADE) et la Division de la population de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) dans le cadre de différentes conférences internationales et on analyse leurs possibilités de mise en œuvre depuis une optique fondée sur les droits humains. Il se dégage des principales conclusions que l'Argentine bénéficie de nombreuses sources d'information permettant d'aborder une quantité importante d'indicateurs. Cependant, pour effectuer des mesures fondamentales de ce groupe de la population, les principales sources d'information ne permettent pas de repérer les différences entre les différents groupes socio-économiques et géographiques ni de suivre leur évolution, et de ce fait n'incluent pas une approche fondée sur les droits.

Mots-clés: personnes âgées, droits de l'homme, sources de données, suivi des droits humains, indicateurs.

Introducción

En los últimos años, los países han experimentado, con diversos matices, significativos progresos en la disminución de la mortalidad en todas las edades, con lo que se ha logrado aumentar la esperanza de vida, al mismo tiempo que se ha mejorado la salud de la población. Simultáneamente, con diferencias en el ritmo y la intensidad, se ha reducido la cantidad de hijos por mujer. Estos cambios han conducido a un proceso de envejecimiento de la población, caracterizado por el aumento relativo de la población de personas de 60 años y más, con una vejez cada vez más prolongada (CEPAL, 2004b; UNFPA, 2012; Naciones Unidas, 2013). En este escenario, se incrementa la demanda de servicios de salud de la población de personas mayores, a la vez que se modifica el perfil epidemiológico: desde la prevalencia de patologías infecciosas y parasitarias hacia el aumento de tumores, enfermedades de tipo degenerativo y accidentes (CEPAL, 2008).

En el marco de los derechos humanos, la salud se presenta como un derecho elemental cuyo ejercicio por parte de la población de personas mayores se encuentra fuertemente amenazado por el deterioro natural en esta etapa de la vida, al que se suman las posibilidades de acceso a sistemas de salud de calidad, cuestiones que se vinculan a factores como las condiciones socioeconómicas adversas y el hecho de residir en zonas geográficas rezagadas, entre otros.

Así, frente al proceso de envejecimiento de la población, que ocurre con diferencias de ritmo y en el contexto socioeconómico de cada país (Chackiel, 1999), la comunidad internacional ha instado a los Estados a avanzar en la protección de los derechos de las personas mayores y muy especialmente del derecho a la salud. Tal fue el caso de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002), en que se propuso el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, que posteriormente se complementó en la región con la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2003). Luego se produjo su reafirmación en la Declaración de Brasilia (2007), la Carta de San José sobre los Derechos de las Personas Mayores de América Latina y el Caribe (2012) y el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013). El último hito en esta materia lo representa la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, de la Organización de los Estados Americanos (OEA), aprobada en junio de 2015 y firmada por cinco países, incluida la Argentina.

En estos instrumentos, en términos generales, se reconocen las problemáticas de las personas mayores y se insta a los países a realizar acciones para avanzar en la protección de sus derechos, a fin de garantizar su bienestar y calidad de vida. En este aspecto, adquiere fundamental importancia la protección del derecho a la salud y el bienestar en la vejez, que constituye una de las tres temáticas principales del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento⁵. Ahora bien, para que estas acciones se transformen efectivamente

⁵ Las otras temáticas se refieren a la seguridad económica y a los entornos favorables.

en una garantía del derecho a la salud, el monitoreo de la situación de las personas mayores es fundamental. En este sentido, el Plan de Acción Internacional de Madrid y la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento han sido claves en destacar la importancia de contar con datos estadísticos que posibiliten identificar prioridades y detectar brechas tanto en el estado de salud como en el acceso a los servicios –cuestiones relevantes para la planificación, gestión y evaluación de los servicios sanitarios– y que a la vez permitan rendir cuentas y transparentar las acciones a la población en general (Naciones Unidas, 2003b). Por este motivo, se han realizado propuestas de sistemas de indicadores para colaborar con los países en la producción de sus propias estadísticas.

La Argentina conjuntamente con el Uruguay constituyen dos casos particulares dentro de América Latina, ya que en ellos el proceso de envejecimiento se inició mucho antes que en el resto de los países de la región (Chackiel, 2004). Este acelerado proceso de envejecimiento plantea un desafío mayor a la hora de implementar y monitorear políticas tendientes a mejorar el bienestar de las personas mayores, en especial aquellas relacionadas con la salud de este grupo poblacional.

En este contexto, en este artículo se propone analizar y sistematizar el alcance, las limitaciones y los desafíos en materia de las fuentes de información producidas oficialmente en la Argentina en los últimos 15 años, para el monitoreo del ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores. Se espera identificar los desafíos pendientes en el diseño de instrumentos de recolección y técnicas de procesamiento de los datos necesarios para dar seguimiento a las obligaciones contraídas en esta materia, a fin de ofrecer sugerencias para la mejora de los registros estadísticos y, al mismo tiempo, contribuir al incremento de su utilidad para el diseño y la implementación de políticas públicas.

A. Antecedentes y marco teórico y conceptual

1. Reconocimiento de la salud como derecho

Recordemos las implicancias de que la salud sea reconocida como un derecho humano. Por un lado, los Estados que adhieren a los tratados de derechos que la entienden como tal se identifican como principales sujetos de obligaciones. Ello se traduce en el compromiso de realizar los esfuerzos que resulten necesarios para avanzar en el respeto, la protección y la garantía de este derecho. Dichos esfuerzos se refieren a adecuar la normativa, diseñar e implementar políticas y programas tendientes a su cumplimiento y, al mismo tiempo, monitorear las acciones efectuadas y los logros alcanzados en términos del ejercicio del derecho por parte de la población, cuyos integrantes son considerados sujetos de derechos.

En reconocimiento de los compromisos asumidos y de la particular condición de vulnerabilidad de las personas mayores, y con el objeto de promover que los países

incorporen en sus agendas la problemática de estas, los organismos internacionales han celebrado diferentes conferencias de las que han surgido recomendaciones a los países para la toma de decisiones respecto a las prioridades básicas sobre el envejecimiento y las personas mayores, como la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002), en que se propuso el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

De manera complementaria, los países de la región definieron, en 2003, las prioridades para la implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid, en la denominada Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, en que se plantean las especificidades regionales de los ejes temáticos de dicho Plan. Para la aplicación y seguimiento de la Estrategia Regional, se propuso, como uno de los objetivos, la “elaboración e implementación de un sistema de indicadores específicos que sirva de referencia en el seguimiento y evaluación de la situación de las personas mayores a nivel nacional y regional” (párrafo 51).

Para alcanzar ese objetivo, se solicitó apoyo técnico a los organismos internacionales. En respuesta al requerimiento, se realizaron diferentes propuestas de sistemas de indicadores relativos a las condiciones de vida de las personas mayores. En todos ellos se pone de relieve la salud como uno de los temas principales. En el ámbito de las Naciones Unidas y en la región, la CEPAL, y especialmente el CELADE-División de Población de la CEPAL, han sido pioneros en este sentido (CEPAL, 2004a). Entre las diferentes propuestas se encuentra el *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez* (CEPAL, 2006), en que se recopilan un conjunto de indicadores que pueden obtenerse con las fuentes de datos disponibles en los países de la región. Posteriormente, el CELADE realizó una propuesta metodológica de contenidos que podrían incluirse en las encuestas de hogares en las tres áreas fijadas como prioritarias en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y en la Estrategia Regional de Implementación (CEPAL, 2008). Asimismo, en 2008, el CELADE creó el Sistema Regional de Indicadores sobre Envejecimiento (SISE), que reúne todas las medidas que pueden obtenerse a partir de datos censales de las rondas del período comprendido entre 1990 y 2000.

2. Prioridades temáticas de los indicadores de salud de las personas mayores

El CELADE-División de Población de la CEPAL reconoce que diseñar una propuesta de un sistema de indicadores para las personas mayores es una tarea compleja. Sin embargo, existen consensos de los que surgen distintos planteamientos que es importante rescatar. Asimismo, destacan como asuntos pendientes la necesidad de estandarizar los indicadores, tanto en lo conceptual como en lo metodológico, así como de optimizar el uso de las fuentes de datos (estadísticas vitales, censos y encuestas) y complementarlas con la creación de encuestas específicas (CEPAL, 2008). En este apartado se presentan observaciones y recomendaciones que el CELADE ha realizado en diversas publicaciones.

En una de ellas, se afirma que los indicadores de salud deben revelar tanto los estados de salud asociados a la presencia de patologías y factores de riesgo como los que se refieren al acceso a servicios de salud (CEPAL, 2006).

En otra de las propuestas se señala que los indicadores deben referirse a la condición sanitaria de la población, al uso que se hace de los servicios de salud y a los factores socioeconómicos y ambientales que los afectan (Naciones Unidas, 2003b, citado en CEPAL, 2008). Como ejes temáticos de los indicadores, a continuación se presentan las principales ideas y conceptos planteados por la CEPAL (2008).

Se destaca que las mejoras en la esperanza de vida han redundado en una vejez progresivamente más larga, que origina nuevas demandas en salud y en la que el riesgo de sufrir enfermedades crónicas y discapacidades se incrementa. Por ello, es importante contar con información relativa a enfermedades crónicas, estado funcional cognitivo y autopercepción en salud de la población.

Asimismo, la CEPAL recalca que “el envejecimiento saludable se encuentra estrictamente asociado al control adecuado de los factores de riesgo y a la práctica de actividades de prevención en salud” (CEPAL, 2008, pág. 45). Reconoce, además, la necesidad de contar con información relacionada con la salud sexual y reproductiva, concepto que es necesario redefinir para adaptarlo a la población de personas mayores.

Otro de los temas mencionados es la dependencia, especialmente por la composición de la población de edad avanzada, frente a la cual se requieren instrumentos objetivos que permitan, por una parte, identificar las necesidades de atención en función de los diferentes grados y niveles de dependencia y, por otra, encontrar la respuesta más adecuada y de calidad a través de prestaciones de cada uno de los servicios existentes (Fontanals, 2007, citado en CEPAL, 2008, pág. 45).

Se enfatiza también la satisfacción con la vida como un tema relevante. En este sentido, se señala que la dependencia en la vejez “parece estar más determinada por la autopercepción del individuo (en la que incluye su situación económica, sus recursos culturales, sus redes sociales, o por el contrario el grado de soledad en el que se encuentre, entre otros aspectos) que por su estado físico objetivo y el diagnóstico médico” (CEPAL, 2008, pág. 46).

Por último, se destaca la importancia de contar con información relacionada con el acceso y la protección en materia de salud, que “en el primer caso, permite conocer el volumen y la distribución de las atenciones de salud a las personas de edad, la disponibilidad de recursos para estos fines, así como las barreras de acceso que hay que franquear para satisfacer efectivamente la demanda práctica del derecho a la salud que ejerce este grupo humano. La segunda permite evaluar la cobertura de los seguros de salud y el nivel de gasto de los hogares por atención, servicios y prestaciones sanitarias, que pueden afectar en mayor o menor medida el presupuesto familiar” (CEPAL, 2008, pág. 46).

3. La salud como derecho: el enfoque basado en los derechos humanos

Una cuestión central del Plan de Acción de Madrid sobre el Envejecimiento y de la Estrategia Regional para su implementación es que la salud se entiende como un derecho humano. En consecuencia, consideramos como un aspecto esencial que los indicadores de salud de las personas mayores, además de referirse a las temáticas señaladas en el apartado anterior, incorporen el enfoque basado en los derechos humanos, que se caracteriza por sintetizar los principios fundamentales que están presentes en todos los instrumentos de derechos humanos y que deben considerarse en la planificación, la ejecución, el monitoreo y la evaluación de acciones que plantean avanzar en la garantía de los derechos reconocidos en sus textos (Nyamu-Musembi y Cornwall, 2004; Naciones Unidas, 2003b; Naciones Unidas, 2006).

Del conjunto de principios contemplados en el enfoque basado en los derechos humanos, para el desarrollo del presente trabajo se consideran especialmente los siguientes: la igualdad y no discriminación, y el avance y no retrocesión. De manera resumida, estos principios implican que todas las personas tienen los mismos derechos, por lo que no pueden aceptarse las diferencias injustas; que, a lo largo del tiempo, el ejercicio de los derechos debe incrementarse (y nunca debe volverse a estados anteriores), y que esos avances deben producirse en todos los sectores sociales, culturales y geográficos. Al mismo tiempo, dado que se reconoce la presencia de inequidades en lo que respecta a las condiciones en que se ejercen los derechos (existiendo, incluso, situaciones en que los derechos no pueden ser realizados), se propone priorizar a los sectores más vulnerables, para reducir las brechas entre estos y los más favorecidos.

En este punto es importante realizar una aclaración conceptual y metodológica. Paul Hunt, entonces Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos, propuso una clasificación de los indicadores de derechos humanos en que se distinguen indicadores estructurales, de proceso y de resultado. Los primeros se refieren a las intenciones de los Estados de cumplir con los compromisos asumidos en virtud de la ratificación de un tratado de derechos; los indicadores de proceso se refieren a las acciones realizadas y los de resultado a los logros alcanzados (Naciones Unidas, 2003a). Esta clasificación fue aceptada y complementada con propuestas posteriores (CIDH/OEA, 2008).

Los indicadores que se abordan en el presente documento que, como se mencionó, han sido sugeridos por diferentes organismos, son indicadores de resultado, de acuerdo con la clasificación mencionada. Específicamente, se refieren al ejercicio del derecho, tanto al acceso a los servicios de salud como al estado de salud y los factores asociados. Por tanto, si bien no es posible afirmar que los indicadores se proponen como indicadores de derecho, ya que solo responden a una dimensión (la de resultado), sí es importante señalar que los indicadores se plantean con enfoque de derechos, ya que incorporan los principios fundamentales en los que se basa dicho marco.

Por último, cabe señalar que, aun cuando las políticas no han sido formuladas con el enfoque basado en los derechos humanos, la posibilidad de que los indicadores se basen en él permite poner en evidencia situaciones de desigualdad, así como de vulnerabilidad y prácticas discriminatorias, lo que abre la posibilidad de corregirlas (Borja, García e Hidalgo, 2011).

B. Metodología

En primer lugar, se identifican las áreas temáticas, temas e indicadores reconocidos como relevantes en los antecedentes consultados (CEPAL, 2004b; CEPAL, 2006; CEPAL, 2008) para el monitoreo del derecho a la salud de las personas mayores. Según estos antecedentes, las áreas temáticas se pueden sintetizar en las siguientes:

- Mortalidad y sus causas
- Estado de salud
- Estilos de vida y factores de riesgo
- Atención en salud de las personas mayores
- Actividades preventivas en salud
- Salud sexual y reproductiva

A continuación, se vinculan las necesidades de información implícitas en dichos indicadores con las posibilidades brindadas por las principales fuentes de datos secundarios producidas en el país entre 1999 y 2013, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: periodicidad, disponibilidad de la información básica para el cálculo de los indicadores y desagregación (geográfica, social, cultural y etaria).

Como guía transversal para el análisis se aplica el enfoque basado en los derechos humanos. Ello implica que los datos que se utilicen deben reunir una serie de condiciones esenciales: para verificar si se cumple el principio de igualdad y no discriminación, deben poder desagregarse en sectores sociales, geográficos, culturales y/o etarios, a efectos de posibilitar la observación de una misma situación en distintas poblaciones⁶; para indagar si se cumple el principio de avance y no retrocesión, es necesario contar, al menos, con dos mediciones en el tiempo comparables entre sí⁷; finalmente, la información debe estar disponible para una gran diversidad de temas, de manera que permita la construcción de los indicadores fundamentales para reflejar de manera fidedigna cualquier aspecto de la realidad que se analice.

En los aspectos mencionados, las fuentes de información que posibilitan calcular cada indicador son claves, ya que de ellas depende que sea posible desagregar a un determinado nivel y efectuar comparaciones en el tiempo. A continuación se comentan estos aspectos.

⁶ En la *Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*, que incorpora de manera transversal este enfoque, se sugiere que los indicadores deberían desagregarse “por sexo, edad, residencia urbana o rural y grupos étnicos y socioeconómicos cuando sea pertinente y de acuerdo a las características y especificidades de cada temática” (CEPAL, 2015, pág. 10).

⁷ El tema de la comparabilidad de la información en el tiempo es clave: si dos mediciones no son totalmente comparables, no es posible medir la evolución, por lo que no se podrá probar si existe avance y no retrocesión.

C. Fuentes de información

En la Argentina, las fuentes de información que permiten captar información sobre la situación de las personas mayores son las siguientes⁸:

- Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2001.
- Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2010.
- Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), de 2001.
- Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), del período 1999-2000.
- Estadísticas de Defunción. Informe Estadístico implementado en 2001 (EEVV).
- Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) de 2005, 2009 y 2013.
- Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaViAM), de 2012.
- Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI), del período 2002-2003.

Cada una de estas fuentes tiene características diferentes, que habilitan las posibilidades de comparación en espacio y tiempo, como se propone hacer en el caso de los indicadores de derechos. Los censos presentan la ventaja de relevar información sobre toda la población, por lo que las estimaciones son bien representativas y permiten los mayores niveles de desagregación posibles, tanto geográfica como por condiciones sociodemográficas. Sin embargo, son bastante limitados en cuanto a las temáticas. Por el contrario, las encuestas mencionadas abordan temas más específicos e incluyen una batería de preguntas más completa. Su desventaja radica en que se realizan sobre una muestra de la población que, si bien puede ser representativa del país como un todo⁹, presenta limitaciones a la hora de desagregar la información. Para ello, se definen los “dominios de estimación”, que son aquellas subdivisiones del universo (geográficas, generalmente) en que las muestras son representativas, es decir, en que es posible desagregar los indicadores a dichos niveles.

En el cuadro 1 se pueden observar las principales características de las fuentes de información mencionadas. Otro aspecto que se debe considerar en el caso de algunas fuentes es que, si bien los dominios de estimación para la muestra permitirían desagregar la información a nivel de regiones geográficas o provincias, la población de personas mayores es un subconjunto de población de cada relevamiento, por lo que dichos dominios no serían válidos.

⁸ Cabe aclarar que no se incluyó la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas ya que no fue posible acceder al material (bases de datos, cuestionarios e informes metodológicos completos).

⁹ A veces, la encuesta es representativa solo de las zonas urbanas del país, ya que el universo definido son los aglomerados de 500.000 habitantes y más.

Cuadro 1
Argentina: principales características de las fuentes de datos seleccionadas para captar información sobre la situación de las personas mayores

| Fuente | Tipo de relevamiento | Número de personas de 60 años y más | Dominios de estimación ^a | Periodicidad | Cobertura territorial | Microdato publicado | Urbana (U) o rural (R) | Desagregación geográfica (según dominios de estimación ^b para el total de la población) | | | | | Desagregación sociodemográfica | | | | |
|--|----------------------|--|--|---|---------------------------------------|---|------------------------|--|----------------|--------------|-------------------|-------|--------------------------------|------|------|-----------|----------------|
| | | | | | | | | Región | Provincia | Departamento | Fracción | Radio | Aglomerado | Sexo | Edad | Educación | Pobreza |
| Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas | Censo | 2001: 4.871.957 2010: 5.725.838 | Hasta radio censal | 2001 y 2010 (en general, cada diez años) | Todo el territorio nacional | Si (en el Censo de 2010, cuestionario básico) | U/R | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Encuesta de Condiciones de Vida | Muestra | Total en el país: 8.550 Provincias: desde 99 (Tierra del Fuego) hasta 1986 (Buenos Aires) | Total del país urbano, región, totales provinciales de población urbana residente en hogares particulares (algunas provincias) | 2001 (anterior a 1997; no se replicó con posterioridad) | Localidades de 5.000 habitantes y más | Si | U | X | X ^c | | | | | X | X | X | X |
| Encuesta Nacional de Factores de Riesgo | Muestra | 2005 Total en el país: 8.799 Provincias: desde 104 (Tierra del Fuego) hasta 974 (Buenos Aires) | 2005 Total del país, regiones, provincias y Ciudad Autónoma de Buenos Aires | 2005-2009 y 2013 | Localidades de 5.000 habitantes y más | Si (base no disponible para 2013) | U | X | X | | X (desde 2009) | | | X | X | X | X |
| Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento | Muestra | 2013: base no disponible 1.039 | 2009 Se agregan aglomerados de 500.000 habitantes y más, y agrupamientos de aglomerados según tamaño de la población ^d | 1999-2000 | Gran Buenos Aires | Si | U | | | | | | | X | X | X | X ^e |

Cuadro 1 (conclusión)

| Fuente | Tipo de relevamiento | Número de personas de 60 años y más | Dominios de estimación ^a | Periodicidad | Cobertura territorial | Microdato publicado | Desagregación geográfica (según dominios de estimación ^b para el total de la población) | | | | | Desagregación sociodemográfica | | | | | |
|--|----------------------|---|-------------------------------------|---------------------|------------------------------------|------------------------|--|-----------|--------------|----------|-------|--------------------------------|------|------|----------------|---------|-------|
| | | | | | | | Región | Provincia | Departamento | Fracción | Radio | Aglomerado | Sexo | Edad | Educación | Pobreza | Etnia |
| Estadísticas de defunción | Registro continuo | 2001: 212 979 2012: 248 600 | Hasta departamento/partido | Registros continuos | Todo el territorio nacional | Sí (según solicitud) | - | X | X | X | X | X | X | X | X ¹ | | |
| Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores | Muestra | 4 624 | Total nacional urbano | 2012 | Todo el territorio nacional urbano | Sí | U | | | | | | | | | X | X |
| Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad | Muestra | No se sabe (la base de datos Redatam produce resultados expandidos) | Total nacional urbano | 2002-2003 | Todo el territorio nacional urbano | Sí (muestra expandida) | U | X | X | | | | | | | X | X |

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), *Encuesta nacional sobre calidad de vida de adultos mayores 2012. Documento para la utilización de la base de datos usuario*. Buenos Aires, 2012; *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Documento metodológico preliminar*, Buenos Aires, 2011; *Encuesta nacional de factores de riesgo. Documento para la utilización de la base de datos usuario*, Buenos Aires, Presidencia de la Nación/ Ministerio de Salud/Secretaría de Deporte/Ministerio de Desarrollo Social, 2010; "Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 (censo 2001). Metodología para la reconstrucción de las viviendas", *Serie Hábitat y Vivienda DT*, N° 14, 2004; *La nueva Encuesta Permanente de Hogares de Argentina*, 2003 [en línea] <http://www.indec.mecon.gov.ar>; "Aspectos metodológicos del Censo 2001", *Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001. Resultados provisionales*, 2002 [en línea] www.indec.mecon.gov.ar; Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO), *Objetivos y metodología*, ECV 2001, Buenos Aires, Presidencia de la Nación, 2001; C. Albala y otros, "Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 17, N° 5/6, 2005; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), *Manual del usuario de las bases de datos SABE*, Washington, D.C., 2004 y M. Fernández y otros, *Omisión de registro de nacimientos y muertes infantiles: magnitud, desigualdades y causas*, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Ministerio de Salud de la Argentina, 2008.

^a Dominio es cualquier subdivisión de población acerca de la cual se puede dar información numérica de precisión conocida.
^b Se realiza sobre capitales de provincia y ciudades de más de 100.000 habitantes, aunque incluye algunas ciudades que no cumplen con estos criterios.
^c Solo para 14 provincias, con suficientes unidades primarias de muestreo seleccionadas para el diseño de la muestra.
^d Las categorías son: de 5.000 a 100.000 habitantes; de 100.001 a 500.000 habitantes; de 500.001 a 1.500.000 habitantes; más de 1.500.000 habitantes. Véase [en línea] http://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/menusuperior/entir/doc_base_usuario_enfr2009.pdf.
^e Si bien se incluye una pregunta sobre condición étnica, no es incluida en la base de datos.
^f La variable sobre nivel educativo se incluye en el cuestionario, pero tiene un porcentaje de datos ignorados sumamente elevado. No se difunde en las publicaciones de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).

D. Resultados

En esta sección se expone, por áreas temáticas, el análisis de la información disponible para el cálculo de los indicadores sobre situación de salud de las personas mayores, que se complementa con la síntesis que se presenta en el cuadro A1.1 del anexo.

1. La mortalidad y sus causas

Como se observa en el cuadro A1.1, todos los indicadores de esperanza de vida (al nacer, a los 60 años y a los 80 años), así como las tasas de mortalidad general y por causas seleccionadas pueden calcularse con los registros de Estadísticas de Defunción de la Argentina. En relación con esta fuente, según datos de la División de Estadísticas de las Naciones Unidas (2014), la Argentina presentaba un porcentaje de subregistro de la mortalidad del 1% en 2009. Además, presentaba un 8,4% de causas de muerte mal definidas en 2011, otro indicador que informa sobre la calidad de los registros vitales (Gawryszewski y otros, 2013). Esta constituye una cifra intermedia comparada con las de otros países de América Latina, pero que dista de ser la ideal.

En relación con el principio de igualdad y no discriminación, los datos de las estadísticas de defunciones de la Argentina permiten desglosar los indicadores según edad, sexo y área geográfica, hasta el nivel de departamentos. En la mayoría de los casos no es posible determinar tasas de mortalidad a dicho nivel geográfico, debido al bajo número de casos observados en algunos departamentos. Además, existen deficiencias en el registro de variables sociales, como el nivel educativo (Ribotta, 2013).

Los registros de defunciones en la Argentina poseen una periodicidad anual, por lo que permiten evaluar el principio de avance y no retrocesión.

2. Estado de salud

a) Enfermedades crónicas

En cuanto a la prevalencia de enfermedades crónicas, el mayor número de indicadores son obtenidos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) y la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). En los indicadores propuestos por las fuentes se diferencia entre los relacionados con enfermedades crónicas transmisibles y con enfermedades crónicas no transmisibles. Se puede observar que existe una carencia en las fuentes de datos analizadas en relación con la medición de la prevalencia de enfermedades crónicas transmisibles, de las cuales la SABE solo recoge información sobre la tuberculosis¹⁰.

A diferencia de la encuesta SABE, en la ENFR no se registran en profundidad todas las enfermedades crónicas no transmisibles (por ejemplo, el cáncer). En la ENFR de 2013, se

¹⁰ Una aproximación a los indicadores sobre enfermedades no transmisibles (enfermedad de Chagas y tuberculosis) se puede obtener del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Los datos sobre virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se pueden obtener en la Dirección de SIDA y ETS.

incorporaron preguntas acerca de otras enfermedades crónicas no transmisibles (patologías cardíacas, accidente cerebrovascular, enfermedad renal crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

Como aspecto negativo en relación con el relevamiento de datos de la ENFR y la SABE, se podría indicar el hecho de que no se realizó ninguna medición para la determinación de las enfermedades crónicas no transmisibles, sino que los datos se obtuvieron mediante autorreporte, lo que podría relacionarse con un subregistro de las enfermedades (Ferrer, 2000). Sin embargo, se realizó un estudio para analizar la correlación entre los diversos autorreportes y las mediciones de salud (presión arterial, nivel de glucemia y otros), observándose una buena correlación entre ambas medidas (MSN, 2004).

En relación con el principio de igualdad y no discriminación, la ENFR permite observar las diferencias según edad, sexo y nivel educativo. Si bien la representatividad es provincial, no podría asegurarse para las personas mayores, ya que constituyen una submuestra del dominio. Por otra parte, la periodicidad que contempla la ENFR permite evaluar el avance o retroceso en cada uno de los indicadores. Por su parte, los indicadores obtenidos de la encuesta SABE solo permiten obtener información para el Gran Buenos Aires y la encuesta no se ha repetido en el tiempo.

b) Enfermedades mentales

Existe escasa información acerca de los trastornos mentales que sufren las personas mayores de la Argentina (véase el cuadro A1.1 en el anexo). En la SABE se midieron la depresión y el deterioro cognitivo mediante escalas específicas, por lo que esta encuesta constituye un importante antecedente.

La Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI), por su parte, permite obtener la prevalencia de la discapacidad mental, pero no es posible obtener información sobre diagnóstico (solo indica si se trata de retraso mental o problema mental).

En la ENFR, se incorpora un ítem en que se indaga si la persona “se ha sentido ansiosa o deprimida en el día de hoy”. Esto presenta dos limitaciones: por una parte, la ansiedad y la depresión corresponden a dos patologías mentales diferentes y, por otro, al no considerarse un período de tiempo adecuado, la información obtenida no puede dar un indicio cierto de las necesidades de atención en salud mental.

En la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaViAM) se incorporó una serie de preguntas sobre depresión, para indagar si la persona había sido diagnosticada con depresión y si recibía tratamiento para esa enfermedad. Con respecto al deterioro cognitivo, únicamente se puede apreciar la autopercepción de la memoria, que es solo un aspecto de la valoración cognitiva de la persona mayor.

Otro de los aspectos relacionados con la salud mental se refiere al consumo de sustancias psicoactivas. En la Argentina, se ha elaborado la Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENPRECoSP), que se realizó en 2008 y 2011, que no contempla a las personas mayores. Los escasos indicadores disponibles en relación con la salud mental de las personas mayores provienen de la ENDI y la ENCaViAM.

Ambas encuestas han sido realizadas una sola vez y sus resultados no son comparables, de modo que no se pueden observar cambios en el tiempo. Por otra parte, estas fuentes permiten desagregar la información por sexo, edad, nivel educativo y situación de pobreza (ENCaViAM), hasta el nivel regional.

c) **Capacidad funcional**

La discapacidad funcional (o dependencia) se refiere específicamente a las limitaciones en la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Este aspecto adquiere un interés fundamental en el caso de la población de personas mayores, ya que la capacidad funcional se ve disminuida por procesos propios del envejecimiento, así como debido a las enfermedades crónicas que prevalecen en esta etapa de la vida (Rodríguez y Alfonso, 2006).

En algunas de las fuentes de información disponibles en la Argentina se encuentra la medición de ciertas discapacidades, como ocurre con los Censos de 2001 y 2010. En el caso del primero, las indagaciones sobre discapacidad constituyeron el marco para la Encuesta Nacional sobre Discapacidad (ENDI), realizada en el período 2002-2003. Esta fuente de datos es de utilidad para determinar el número y la proporción de personas mayores con algún tipo de discapacidad, pero no para determinar la magnitud de la discapacidad funcional (dependencia) de la población de personas de edad. Ya que la muestra solo considera a la población con algún tipo de discapacidad (auditiva, visual, motora o mental), no está incluida la población de personas mayores que no tienen ninguna de estas discapacidades, pero que presentan alguna limitación en la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria o las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

En la encuesta SABE se captan con detalle las dificultades para la realización de las ABVD y las AIVD, en secciones específicas. En este mismo aspecto, la ENFR presenta tres ítems relacionados con la realización de las ABVD, lo que, si bien no es suficiente, constituye una aproximación sobre las dificultades funcionales que pueden enfrentar las personas mayores.

En la ENCaViAM se recoge con mayor exactitud la discapacidad funcional. Además, se indaga acerca de la disponibilidad de ayuda para llevar a cabo las Actividades Básicas de la Vida Diaria y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

Si bien la mayor información sobre la discapacidad funcional se obtiene de la SABE y la ENCaViAM, estas encuestas presentan la limitación de que, en cada caso, solo se ha realizado una medición en el tiempo y los datos no pueden desagregarse totalmente. Cabe destacar que la información sobre dependencia en la vejez es fundamental para la formulación de políticas de cuidado; por lo tanto, es imprescindible que la información esté disponible con desagregación a nivel provincial.

d) **Autopercepción de salud**

La autopercepción de salud en la ancianidad se asocia a un mayor riesgo de mortalidad, independientemente de evaluaciones más objetivas que puedan realizarse en función de

enfermedades crónicas y deterioros (Yanguas, 2006). Constituye un indicador útil para indagar el estado de salud de la población de personas mayores y, a su vez, para establecer políticas públicas dirigidas a promover la salud con igualdad de oportunidades.

Este indicador ha sido relevado en la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento, la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores. Los datos de la ENFR, además, permiten comparar la prevalencia de autopercepción de salud negativa en la población de personas mayores con la que se registra en la población adulta y adulta joven. Debido a que existe información en diferentes momentos de tiempo, se garantiza la posibilidad de monitorear el cumplimiento de los principios del enfoque basado en los derechos humanos.

e) Satisfacción con la vida

En CEPAL (2008), se consideran una serie de preguntas como referencia para la construcción del indicador sobre satisfacción con la vida por parte de las personas mayores. Todas esas preguntas están contempladas en la encuesta SABE realizada en la Argentina.

Otra aproximación muy adecuada al mismo concepto puede obtenerse a partir de la ENCaViAM. En ella se toma como punto de partida el concepto de satisfacción vital de Diener y otros (1985), que la conciben como una valoración global que la persona hace sobre su vida, comparando sus logros con sus expectativas. Dicha encuesta incluye el cuestionario de satisfacción compuesto por cinco ítems que proponen los autores mencionados.

En cuanto al monitoreo de los principios del enfoque basado en los derechos humanos, estas fuentes, como se mencionó antes, no lo pueden garantizar completamente.

f) Otros problemas de salud en la vejez

En el *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez* (CEPAL, 2006) se propone un módulo sobre otros problemas de salud en esa etapa de la vida. Para las personas mayores, las caídas constituyen un factor de riesgo, de dependencia y de mortalidad. Este indicador ha sido recogido en la SABE y en la ENCaViAM. Asimismo, en ambos relevamientos se ha recogido información sobre pérdidas de piezas dentarias y problemas auditivos. Este último indicador también ha sido relevado en los Censos de 2001 y 2010, como se indicó en los apartados dedicados a la discapacidad.

3. Estilos de vida y factores de riesgo

Si bien los estilos de vida se refieren a conductas individuales, desde la perspectiva teórica de los determinantes sociales de la salud (OMS, 2009) se considera que los entornos físicos y psicosociales en que las personas nacen, crecen y viven influyen en las conductas de los grupos. Además, la estratificación social crea disparidades en el acceso a los sistemas de salud y su utilización, lo que da lugar a desigualdades en la promoción de la salud y el bienestar.

Esta área prioritaria, aunque no incluye indicadores que respondan directamente al monitoreo del derecho a la salud, se incorpora en este análisis ya que es sugerida en los documentos tomados como antecedente (CEPAL, 2006 y 2008). Además, se considera pertinente contar con información relativa a los hábitos y conductas de las personas, que sirva como insumo para la formulación y adecuación de las políticas públicas, entre ellas, las de promover medidas “para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles”, “fortalecer los factores protectores” e “implementar programas de educación sobre hábitos de vida saludable”¹¹.

La información respecto a estilos de vida y factores de riesgo se obtiene principalmente de la SABE y la ENFR, que recogen información sobre la realización de actividad física, consumo de alcohol y de tabaco, estado nutricional y dieta. Además, la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) reúne información sobre consumo de tabaco y realización de actividad física.

La disponibilidad de la información básica para el cálculo de los indicadores es más amplia en la SABE; sin embargo, en la ENFR, por sus características, está asegurada la posibilidad de analizar los principios del enfoque basado en los derechos humanos. El dato sobre prevalencia de factores de riesgo desagregado a nivel provincial, así como la evaluación de su evolución en el tiempo, es de suma importancia para diseñar o reformular las políticas y programas en relación con la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

4. Atención en salud de las personas mayores

a) Protección social en salud

En la mayoría de las fuentes de datos se puede obtener información sobre la cobertura de salud y el tipo de cobertura. No se ha relevado cierta información propuesta en CEPAL (2008), como la satisfacción con el seguro de salud o el porcentaje de personas mayores que no acceden a seguros de salud, según causas. Sin embargo, en el caso de este último indicador debe tenerse en cuenta que en la Argentina, además de contarse con un sistema público y universal, la proporción de personas mayores que no están cubiertas por seguros de salud (obra social o medicina prepaga) es del 10% (Roqué, 2012).

En cuanto a la información sobre el gasto en salud y medicamentos, la situación de las fuentes de datos de la Argentina es muy variable. Por ejemplo, la encuesta SABE releva información sobre gastos en consultas, medicamentos, internaciones y exámenes médicos. Además, se consulta por el costo de los remedios y cómo o quién los pagó (si corresponde). En otras fuentes, como la ENCaViAM y la ECV, se indaga si a la persona le indicaron medicamentos en el último mes, si los compró o no, y las causas por las cuales no compró los medicamentos indicados, lo que permite obtener un indicador interesante en relación con el acceso a medicamentos.

¹¹ Líneas de acción que se mencionan en el análisis de la Medida prioritaria 26 del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, en CEPAL (2015, pág. 52).

En cuanto al cumplimiento de los principios del enfoque basado en los derechos humanos, salvo la SABE, las fuentes de datos consideradas permiten la desagregación a nivel provincial, así como por otras variables de interés para analizar el principio de igualdad y no discriminación, al menos para la variable cobertura de salud. Además, permiten analizar el cumplimiento del principio de avance y no retrocesión. Sin embargo, puede suceder (por ejemplo, en el caso del acceso a medicamentos) que no exista un número suficiente de casos que posibilite obtener resultados por edad, sexo, nivel educativo o región.

b) Acceso a servicios

En la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento, la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y la Encuesta de Condiciones de Vida se encuentra información sobre las dificultades en el acceso a la atención médica. En la ENFR y la SABE se considera para cada patología crónica si la persona recibe tratamiento.

La ECV y la SABE permiten obtener información sobre internaciones que hayan ocurrido en los 12 meses anteriores. En la última encuesta, también se recaban datos sobre las consultas realizadas en los cuatro meses anteriores (incluida su frecuencia).

El resto de los indicadores no pueden ser obtenidos de las fuentes de datos consideradas. Se destaca como especialmente relevante el indicador propuesto por la CEPAL (2006) de tasa de cobertura de la atención médica geriátrica. Respecto del cumplimiento de los principios del enfoque basado en los derechos humanos, al menos para los indicadores posibles de obtener los datos necesarios se encuentran en la SABE, la ENFR y la ECV, lo que asegura la posibilidad de monitorear el cumplimiento de los principios de igualdad y no discriminación, y de avance y no retrocesión (en el caso de la ENFR). Sin embargo, nuevamente puede existir un número insuficiente de casos para la variable relacionada con las dificultades en el acceso a la atención médica, que dificulte su desagregación.

c) Servicios de cuidado de largo plazo en instituciones

Este indicador puede obtenerse a través de los Censos de 2001 y 2010, por lo que además se asegura la posibilidad de analizar el cumplimiento de los principios del enfoque basado en los derechos humanos. Este indicador es de suma importancia para planificar los servicios sociales y de salud en el futuro, ya que se estima que el número de personas mayores que requieran cuidados de largo plazo aumentará en los próximos años (CEPAL, 2006).

5. Actividades preventivas en salud

En este apartado, se recoge información sobre la cobertura de vacunación y de algunas medidas de prevención secundaria (detección temprana y tratamiento oportuno) en relación con el cáncer de mama, de cuello de útero y de próstata. En la ENFR de 2013 se recogió

información sobre la cobertura de la vacunación contra la gripe, influenza o neumonía, y en la encuesta SABE sobre la vacunación contra la gripe en el último año.

Respecto a la detección del cáncer, los exámenes para los tres tipos mencionados están contemplados en la SABE. En la ENFR solo se recogió información sobre la realización de exámenes para la detección del cáncer de mama y de cuello de útero, en el caso de las mujeres. Por otra parte, en la ENFR se recabó información sobre la realización de exámenes de detección del cáncer de colon en ambos sexos.

6. Salud sexual y reproductiva

La definición de salud reproductiva adoptada en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (aprobado en El Cairo en 1994) se refiere a funciones y procesos asociados a todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. Se considera entonces que abarca a hombres y mujeres de cualquier edad. Por otra parte, la salud sexual está asociada a las condiciones de salud necesarias para vivir la sexualidad de forma placentera, saludable y segura (Arihla y otros, 2003). En el cuadro A1.1 se puede observar que existe escasa información sobre la salud sexual y reproductiva de la población de personas mayores. Solo es posible obtener información sobre la utilización de métodos anticonceptivos y de profilaxis frente a enfermedades de transmisión sexual de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2005 y de 2009, pero únicamente hasta los 65 años. En la ENFR de 2013 no se relevó esta información, debido a que se llevó a cabo ese año la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR), que no se realizó en personas mayores.

En la ENCaViAM, existe una serie de preguntas sobre sexualidad como un primer acercamiento para comenzar a conocer sobre esta temática en la población de personas mayores del país, pero se requiere una mayor profundización para conocer cuáles serían los indicadores más adecuados que informen sobre la garantía del ejercicio de este derecho en este grupo poblacional.

Con la escasa información disponible en este aspecto no es posible garantizar, por tanto, el monitoreo del cumplimiento de los principios del enfoque basado en los derechos humanos considerados.

E. Conclusiones

De acuerdo con los resultados de la investigación, existe la posibilidad de construir un sistema de indicadores para el monitoreo del derecho a la salud de las personas mayores en la Argentina, sobre la base de las estadísticas oficiales de los 15 años analizados. Las fuentes de información disponibles permiten abarcar, en líneas generales, todas las temáticas planteadas como relevantes, aunque no todos los indicadores propuestos. Entre las temáticas

más críticas, debido a la menor cantidad de indicadores posibles de medir, se encuentran las enfermedades mentales, el acceso a los servicios de salud y, muy especialmente, la salud sexual y reproductiva.

Por otra parte, respecto a las limitaciones en relación con las fuentes de datos existentes, cabe mencionar las siguientes:

- Algunos indicadores pueden implementarse a partir de varias fuentes. Si la información se captara en cada una exactamente de la misma manera, sería posible comparar en el tiempo y medir la evolución. Pero lamentablemente no es así. Para poder medir la evolución, sería importante que los diferentes relevamientos se replicaran a través del tiempo y que se mantuviera la comparabilidad.
- Las desagregaciones “ausentes” en todas las encuestas analizadas –excepto en los Censos– son las correspondientes a área de residencia (urbana/rural) y condición étnica. En cuanto a la primera, las encuestas en la Argentina se realizan considerando como universo la población urbana del país, de manera que no es posible conocer las características de la población rural. En cuanto a la etnicidad, la mayoría de las fuentes no incorporan una pregunta para captarla.
- Además de la carencia de variables que permitan la desagregación de ciertos grupos poblacionales en las fuentes de datos, otro factor que debe considerarse es el tamaño de los grupos. En ciertas condiciones, la dificultad para captar conjuntos cuantitativamente pequeños (población rural o etnias, entre otros) puede superar el plano mismo del diseño conceptual de la fuente de datos y estar determinada por el uso de muestreo (por ejemplo, en las encuestas de hogar).
- Asimismo, debe tenerse presente que algunas de las fuentes no son representativas de las personas mayores, por lo que no sería correcto realizar inferencias sobre estos grupos, ya que se podrían obtener estimaciones sesgadas o poco precisas. Ello indica la necesidad de desarrollar instrumentos específicos de relevamiento de información sobre estas poblaciones.
- Tanto la encuesta SABE como la ENCaViAM son relevamientos realizados específicamente para captar las problemáticas de la población de personas mayores y tienen la gran ventaja de captar información sobre la mayoría de los indicadores propuestos. Sin embargo, su limitación radica en las muestras utilizadas: la SABE se realiza solo en el Gran Buenos Aires y la ENCaViAM, si bien es nacional, tiene como dominio de estimación únicamente el total urbano del país, de manera que no permite realizar desagregaciones por regiones geográficas. Esto representa una seria limitante en un país como la Argentina, en que conviven realidades muy diferentes a lo largo de toda su extensión. Por otra parte, ambos relevamientos se realizaron una sola vez, por lo que no es posible realizar seguimiento en el tiempo.

En consecuencia, el potencial de ambas fuentes respecto de las temáticas abordadas se diluye cuando se consideran las características de cada muestra, ya que son estas las que invalidan la capacidad de analizar la situación de las personas mayores desde el enfoque

basado en los derechos humanos. Para que esta mirada sea posible, el Estado argentino debería invertir en replicar los relevamientos, para poder medir la evolución, y en aumentar la representatividad de la población, tratando de llegar a dominios de estimación al menos a nivel de provincia.

Por el contrario, se destaca la ENFR por la amplitud de temas que aborda, por su periodicidad y por las posibilidades que ofrece de desagregación de la información, las que incluso permiten la comparabilidad con otros grupos etarios.

Cabe recordar, por último, que los indicadores analizados en este artículo se refieren, dentro de la clasificación de los indicadores de derechos humanos, al nivel de resultado. Como se mencionó, estos permiten revelar el estado de situación y la evolución en el ejercicio del derecho a la salud, útil tanto para la rendición de cuentas como para el diseño, la implementación, el seguimiento y la evaluación de las políticas públicas. Sería importante complementar estos indicadores con otros en los niveles de estructura y de proceso, a fin de dar a conocer y sistematizar información relacionada con las acciones que el Estado realiza para garantizar el ejercicio de los derechos de las personas mayores.

Asimismo, en la *Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo* (CEPAL, 2015), recientemente elaborada, se incorporan algunos indicadores complementarios que deberían ser considerados para futuras evaluaciones.

Bibliografía

- Albala, C. y otros (2005), “Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 17, N° 5/6.
- Arilha, M. y otros (2003), *Salud sexual y reproductiva de la mujer adulta mayor: un campo por explorar y evidenciar*, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) [en línea] <http://coebioetica.salud-oaxaca.gob.mx/biblioteca/libros/ceboax-0594.pdf>.
- Borja, C., P. García y R. Hidalgo (2011), *El enfoque basado en derechos humanos: evaluación e indicadores*, Red en Derechos, Equipo de ISI Argonauta, Madrid, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).
- Chackiel, J. (2004), “La dinámica demográfica en América Latina”, *serie Población y Desarrollo*, N° 52 (LC/L.2127-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- (1999), “Las tendencias de la población de América Latina hacia el final de la transición demográfica. Un análisis orientado al sector salud”, *Las consecuencias de las transiciones demográficas y epidemiológicas en América Latina*, Ken Hill, José Morelos y Rebeca Wong (coords.), Ciudad de México, El Colegio de México/Johns Hopkins University Press.
- CIDH/OEA (Comisión Interamericana de Derechos Humanos/Organización de los Estados Americanos) (2008), *Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales* (OEA/Ser.L/V/II.132), julio.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2015), *Guía operacional para la implementación y el seguimiento del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo* (LC/L.4061(CRPD.2/3)/Rev.1), Santiago.

- (2008), “Directrices para la elaboración de módulos sobre envejecimiento en las encuestas de hogares”, *serie Manuales*, N° 60 (LC/L.2969-P), Santiago.
- (2006), “Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez”, *Documentos de Proyecto* (LC/W.113), Santiago, diciembre.
- (2004a), *Informe de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: hacia una Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* (LC/L.2079), Santiago.
- (2004b), *Población, envejecimiento y desarrollo* (LC/G.2235), Santiago.
- Diener, E. y otros (1985), “The satisfaction with life scale”, *Journal of Personality Assessment*, vol. 49, N° 1.
- INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) (2012), *Encuesta nacional sobre calidad de vida de adultos mayores 2012. Documento para la utilización de la base de datos usuario*, Buenos Aires.
- (2011), *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Documento metodológico preliminar*, Buenos Aires.
- (2010), *Encuesta nacional de factores de riesgo. Documento para la utilización de la base de datos usuario*, Buenos Aires, Presidencia de la Nación/Ministerio de Salud/Secretaría de Deporte/Ministerio de Desarrollo Social.
- (2004), “Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 (censo 2001). Metodología para la reconstrucción de las viviendas”, *Serie Hábitat y Vivienda DT*, N° 14.
- (2003), *La nueva Encuesta Permanente de Hogares de Argentina* [en línea] <http://www.indec.mecon.gov.ar>.
- (2002), “Aspectos metodológicos del Censo 2001”, *Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001. Resultados provisionales* [en línea] www.indec.mecon.gov.ar.
- Fernández, M. y otros (2008), *Omisión de registro de nacimientos y muertes infantiles: magnitud, desigualdades y causas*, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Ministerio de Salud.
- Ferrer, M. (2000), “Los módulos de salud en las encuestas de hogares de América Latina y el Caribe. Un análisis de cuestionarios recientes”, *Serie de Informes Técnicos*, N° 72, Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Gawryszewski, V. y otros (2013), “Trends in ill-defined causes of deaths in Latin America, 2000 – around 2010”, documento presentado en la Quinta Reunión de la Red Latinoamericana y del Caribe para el Fortalecimiento de los Sistemas de Información de Salud (RELACIS), Ciudad de México, Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- MSN (Ministerio de Salud de la Nación) (2006), *Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Informe de resultados*, Buenos Aires.
- (2004), “Adaptación transcultural y adaptación de la herramienta para vigilancia de enfermedades no transmisibles en Argentina: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo”, *Boletín Epidemiológico Periódico. Edición especial: vigilancia de enfermedades no transmisibles*, Buenos Aires.
- Naciones Unidas (2014), “Coverage of civil registration system” [en línea] http://unstats.un.org/unsd/demographic/CRVS/Website_final_coverage.xls.
- (2013), *World Population Ageing 2013* (ST/ESA/SER.A/348), Nueva York.
- (2011), “Proposed indicators for tracking progress of Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing” [en línea] http://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/Review_and_Appraisal/list-of-indicators-2011.pdf.
- (2006), *Informe sobre indicadores para vigilar el cumplimiento de los instrumentos internacionales de derechos humanos* (HRI/MC/2006/7), Ginebra.
- (2003a) “Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt” (E/CN.4/2006/48), Nueva York.

- (2003b), *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, Nueva York [en línea] <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>.
- (2000), *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002 (A/CONF.197/9)*, Nueva York.
- Nyamu-Musembi, C. y A. Cornwall (2004), “What is the “rights-based approach” all about? Perspectives from international development agencies”, *Working Paper*, N° 234, Brighton, Instituto de Estudios para el Desarrollo.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2009), *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, Buenos Aires, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud) (2004), *Manual del usuario de las bases de datos SABE*, Washington, D.C.
- (2000), *Caribbean Health & Ageing Minimum Data Set (CHAMDS)*, Barbados.
- Ribotta, B. (2013), “Precisión de los datos sobre defunciones del Sub-Sistema de Estadísticas Vitales de la Argentina (2001-2009)”, *XII Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, Nidia Formiga y Eduardo Garriz (comps.), Bahía Blanca, Editorial de la Universidad Nacional del Sur (EDIUNS).
- Rodríguez, D. y L. Alfonso (2006), “El adulto mayor y sus capacidades funcionales”, *Discapacidad: lo que todos debemos saber*, Alicia Amante y Armando Vásquez, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Roqué, M. (2012), *Avances nacionales en la implementación de la Declaración de Brasilia, 2007-2012*, Buenos Aires, Ministerio de Desarrollo Social.
- SIEMPRO (Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales) (2001), *Objetivos y metodología. ECV2001*, Buenos Aires, Presidencia de la Nación.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2012), *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and a Challenge*, Nueva York, Help Age International.
- Yanguas, J. (2006), *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*, Madrid, IMSERSO Publicaciones.

Anexo A1

Cuadro A1.1

Argentina: posibilidades de cálculo de los indicadores sobre situación de las personas mayores propuestos por la CEPAL y las Naciones Unidas^a, según información requerida y fuentes de datos seleccionadas, por áreas prioritarias, temas e indicadores, 2000-2015

| Áreas prioritarias, temas e indicadores | Fuente en que se propone el indicador ^b | Fuentes de datos seleccionadas para el cálculo de los indicadores ^c | | | | | |
|---|--|---|-----|----------------|----------------|------|----------------|
| | | C01-C10 | ECV | ENFR | SABE | EEVV | ENCaVIAM |
| 1. La mortalidad y sus causas | | | | | | | |
| a) Perfiles de mortalidad en la vejez | | | | | | | |
| Esperanza de vida al nacer | A, B | | | | | T | |
| Esperanza de vida a los 60 años | A, B | | | | | T | |
| Esperanza de vida a los 80 años | B | | | | | T | |
| Tasa de mortalidad | C | | | | | T | |
| Tasa de mortalidad en personas mayores por causas específicas | C | | | | | T | |
| Tasa de mortalidad en personas mayores para las cinco principales causas de muerte | A | | | | | T | |
| Tasa de mortalidad en personas mayores para enfermedades no transmisibles, por edad y sexo | B | | | | | T | |
| Tasa de mortalidad en personas mayores por causas externas (homicidio, suicidio, accidentes) por edad y sexo | B | | | | | T | |
| 2. Estado de salud | | | | | | | |
| a) Enfermedades crónicas | | | | | | | |
| Prevalencia de enfermedades crónicas en las personas mayores | A, C, D | | | P ^d | P ^e | | |
| Prevalencia de enfermedades crónicas transmisibles en las personas mayores ^f | C | | | | P ^e | | |
| Prevalencia de VIH en las personas mayores por edad y sexo, en comparación con la población total ^f | B | | | | | | |
| Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en las personas mayores | C | | | T ^g | T | | |
| Porcentaje de personas mayores que padecen de enfermedades crónicas específicas (diabetes, hipertensión y otras) | A | | | T ^g | T | | |
| Porcentaje de personas mayores con algún problema de salud en el último mes | A | | | T | T | | |
| Porcentaje de personas de 60 años y más según número de malestares frecuentes | D | | | P ^h | T | | |
| Porcentaje de personas mayores que han tenido malestares frecuentes según grado de interferencia en sus tareas normales | D | | | T | | | |
| b) Enfermedades mentales | | | | | | | |
| Prevalencia de enfermedades mentales en personas de 60 años y más, según diagnóstico | D | | | | P ⁱ | | P ^j |
| Prevalencia de demencia en las personas mayores | C | | | | | | |
| Prevalencia de deterioro cognitivo en las personas mayores | C, D | | | | T ^k | | P ^l |
| Prevalencia de depresión en las personas mayores | C, D | | | P ^m | T ⁿ | | T ^ñ |

Cuadro A1.1 (continuación)

| Áreas prioritarias, temas e indicadores | Fuente en que se propone el indicador ^b | Fuentes de datos seleccionadas para el cálculo de los indicadores ^c | | | | | |
|---|--|---|----------------|----------------|----------------|------|----------------|
| | | C01-C10 | ECV | ENFR | SABE | EEVV | ENCaViAM |
| c) Capacidad funcional | | | | | | | |
| Esperanza de vida ajustada por discapacidad a los 60 años | A, B | P | | P ^o | P ^p | P | P ^o |
| Esperanza de vida ajustada por discapacidad al nacimiento, a los 80 años | B | P | | P ^o | P ^p | P | P ^o |
| Porcentaje de personas mayores con dificultad en Actividades Básicas de la Vida Diaria | C, D | P ^q | P ^r | | T | | T P |
| Porcentaje de personas mayores con dificultad en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria | D | | | | T | | T P |
| Porcentaje de personas de 60 años y más según frecuencia de ayuda que necesitan en la semana | D | | | | | | |
| Porcentaje de personas de 60 años y más según cantidad de horas de ayuda que reciben en la semana | D | | | | | | |
| Índice de discapacidad funcional en la vejez | A, C | | | | | | T |
| Prevalencia de la discapacidad en la vejez | A, C | P | | | | | P ^s |
| Prevalencia de la discapacidad en personas de 60 años y más, en comparación con la prevalencia de la discapacidad en personas de 15 a 59 años | B | P | | | | | |
| Porcentaje de personas mayores que padecen discapacidades específicas (de visión, auditivas, de movilidad y otras) | A | P | | | | | P ^s |
| Porcentaje de personas de 60 años y más según disponibilidad de ayuda para el desarrollo de las Actividades Básicas de la Vida Diaria | D | | T | | T | | T |
| Porcentaje de personas de 60 años y más según disponibilidad de ayuda para el desarrollo de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria | D | | | | T | | T |
| Porcentaje de personas de 60 años y más según preferencia del sexo del cuidador en caso de necesidad | D | | | | | | |
| Porcentaje de personas de 60 años y más según opinión en relación con las opciones de cuidado en la vejez | D | | | | | | |
| d) Autopercepción de salud | | | | | | | |
| Porcentaje de personas mayores según niveles de autopercepción de salud | C, A, D | | | T | T | | T |
| Porcentaje de personas mayores según niveles de autopercepción de salud por edad y sexo en comparación con la población general | B | | | T | | | |
| e) Satisfacción con la vida | | | | | | | |
| Porcentaje de personas de 60 años y más según satisfacción con la vida | D | | | | T | | T |
| Porcentaje de personas de 60 años y más que se encuentran satisfechas con sus relaciones familiares | D | | | | T ^t | | |
| Porcentaje de personas de 60 años y más que se encuentran satisfechas con su relación con amigos, vecinos y conocidos | D | | | | T ^u | | |
| Porcentaje de personas de 60 años y más que se encuentran satisfechas con la imagen que la sociedad tiene de la vejez | D | | | | | | P ^v |
| Porcentaje de personas de 60 años y más según opinión que tienen de la vejez | D | | | | | | |

Cuadro A1.1 (continuación)

| Áreas prioritarias, temas e indicadores | Fuente en que se propone el indicador ^b | Fuentes de datos seleccionadas para el cálculo de los indicadores ^c | | | | | |
|---|--|---|----------------|-----------------|-----------------|------|----------|
| | | C01-C10 | ECV | ENFR | SABE | EEVV | ENCaViAM |
| f) Otros problemas de salud de la vejez | | | | | | | |
| Porcentaje de personas mayores que han sufrido caídas | C | | | | T | | T |
| Porcentaje de personas mayores con problemas auditivos | C | T | | | | | T |
| Porcentaje de personas mayores que han perdido dientes | C | | | | T | | T |
| 3. Estilos de vida y factores de riesgo | | | | | | | |
| a) Actividad física | | | | | | | |
| Porcentaje de personas mayores que realizan actividad física | C, D | | T ^w | T | T | | T |
| b) Consumo de tabaco | | | | | | | |
| Porcentaje de personas mayores que consumen tabaco | C, D | | T ^x | T | T | | |
| c) Estado nutricional | | | | | | | |
| Prevalencia de desnutrición en personas mayores | C | | | T | T | | |
| Prevalencia de obesidad en personas mayores | A, C | | | T | T | | |
| Prevalencia de personas mayores con malnutrición | C | | | T | T | | |
| Porcentaje de personas de 60 años y más con riesgo nutricional moderado o alto | D | | | P ^y | T | | |
| d) Consumo de alcohol | | | | | | | |
| Porcentaje de personas de 60 años y más según consumo de bebidas alcohólicas | B, D | | | T | T | | |
| 4. Atención en salud de las personas mayores | | | | | | | |
| a) Protección social en salud | | | | | | | |
| Porcentaje de personas mayores sin cobertura de servicios de salud | A, B, C, D | T | T | T | T | | T |
| Porcentaje de personas de 60 años y más con cobertura médica, según tipo de cobertura | D | T | T | T | T | | T |
| Porcentaje de personas de 60 años y más que se encuentran satisfechas con su seguro de salud | D | | | | | | |
| Porcentaje de personas de 60 años y más que no acceden a seguros de salud, según causas | D | | | | | | |
| Porcentaje de personas de 60 años y más según promedio de gasto mensual en salud | D | | | | T | | |
| Porcentaje de personas de 60 años y más que gastan más del 25% de sus ingresos mensuales en medicamentos | D | | | | T | | |
| b) Acceso a servicios | | | | | | | |
| Porcentaje de personas mayores con dificultades en el acceso a la atención médica en el último año (o con necesidades insatisfechas en atención en salud) | A, C, D | | T | T | T | | |
| Porcentaje de personas mayores que consultaron a un profesional de la salud en el último mes por problemas de salud o enfermedades crónicas | A | | T | T | P ^z | | |
| Porcentaje de personas mayores que realizaron consultas de salud en el último mes en el sector público | A | | | | P ^z | | |
| Porcentaje de personas mayores con enfermedades crónicas específicas que reciben tratamiento regular por la enfermedad | A | | | T ^{aa} | T ^{ab} | | |
| Porcentaje de personas mayores internadas en algún establecimiento de salud en los últimos 6 meses | A | | T | | T ^z | | |
| Porcentaje de personas de 60 años y más según frecuencia de consultas médicas en el último año | A, D | | | | T ^z | | |

Cuadro A1.1 (conclusión)

| Áreas prioritarias, temas e indicadores | Fuente en que se propone el indicador ^b | Fuentes de datos seleccionadas para el cálculo de los indicadores ^c | | | | | | |
|--|--|---|-----|-----------------|-----------------|------|----------|------|
| | | C01-C10 | ECV | ENFR | SABE | EEVV | ENCaViAM | ENDI |
| Porcentaje de personas de 60 años y más que se encuentran satisfechas con la última atención médica que recibieron | D | | | | | | | |
| Porcentaje de personas de 60 años y más que se han sentido maltratadas por motivos de edad en los centros de atención médica | D | | | | | | | |
| Tasa de cobertura de atención médica geriátrica | C | | | | | | | |
| c) Servicios de cuidados de largo plazo en instituciones | | | | | | | | |
| Proporción de personas mayores en hospitales y asilos | C | T | | | | | | |
| 5. Actividades preventivas en salud | | | | | | | | |
| Porcentaje de personas de 60 años y más que recibieron vacunación contra la gripe, la influenza o la neumonía en el último año | D | | | T ^{ac} | T ^{ad} | | | |
| Porcentaje de mujeres de 60 años y más que se han hecho examen de Papanicolaou en los últimos 2 años | D | | | T | T | | | |
| Porcentaje de mujeres de 60 años y más que se han hecho mamografía en los últimos 2 años | D | | | T | T | | | |
| Porcentaje de hombres de 60 años y más que se han hecho examen de próstata dentro de los últimos 2 años | D | | | | T | | | |
| Porcentaje de hombres de 60 años y más que se han hecho examen de antígeno prostático dentro de los últimos dos años | D | | | | | | | |
| 6. Salud sexual y reproductiva | | | | | | | | |
| Porcentaje de personas de 60 años y más que conocen o han oído hablar al menos de uno o más métodos anticonceptivos | D | | | | | | | |
| Porcentaje de personas de 60 años y más que han utilizado métodos anticonceptivos en su vida | D | | | | | | | |
| Porcentaje de personas de 60 años y más que conocen o han oído hablar de derechos sexuales y reproductivos | D | | | | | | | |
| Porcentaje de personas de 60 años y más que han transmitido información a sus hijos y/o nietos en relación con la sexualidad | D | | | | | | | |
| Porcentaje de personas de 60 años y más que conocen al menos un centro de atención frente a casos de violencia sexual | D | | | | | | | |
| Proporción de personas mayores que reportan haber sido informados sobre aspectos relacionados al VIH/SIDA, en comparación con la población general | B | | T | | | | | |

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Población, envejecimiento y desarrollo* (LC/G.2235), Santiago, 2004; Naciones Unidas, "Proposed indicators for tracking progress of Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing", 2011 [en línea] http://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/Review_and_Appraisal/list-of-indicators-2011.pdf; CEPAL, "Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez", *Documentos de Proyecto* (LC/W.113), Santiago, diciembre, 2006 y "Directrices para la elaboración de módulos sobre envejecimiento en las encuestas de hogares", *serie Manuales*, N° 60 (LC/L.2969-P), Santiago, 2008, para las propuestas de indicadores; en cuanto al análisis de datos para el cálculo de indicadores, Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), *Encuesta nacional sobre calidad de vida de adultos mayores 2012. Documento para la utilización de la base de datos usuario*, Buenos Aires, 2012; *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Documento metodológico preliminar*, Buenos Aires, 2011; *Encuesta nacional de factores de riesgo. Documento para la utilización de la base de datos usuario*, Buenos Aires, Presidencia de la Nación/Ministerio de Salud/Secretaría de Deporte/Ministerio de Desarrollo Social, 2010; "Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 (censo 2001). Metodología para la

reconstrucción de las viviendas”, *Serie Hábitat y Vivienda DT*, N° 14, 2004; *La nueva Encuesta Permanente de Hogares de Argentina*, 2003 [en línea] <http://www.indec.mecon.gov.ar>; “Aspectos metodológicos del Censo 2001”, *Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001. Resultados provisionales*, 2002 [en línea] www.indec.mecon.gov.ar; Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO), *Objetivos y metodología. ECV 2001*, Buenos Aires, Presidencia de la Nación, 2001; C. Albala y otros, “Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 17, N° 5/6, 2005; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), *Manual del usuario de las bases de datos SABE*, Washington, D.C., 2004 y M. Fernández y otros, *Omisión de registro de nacimientos y muertes infantiles: magnitud, desigualdades y causas*, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Ministerio de Salud de la Argentina, 2008.

- ^a Las posibilidades de cálculo de los indicadores se definen como: T: se puede obtener totalmente el indicador; P: se puede obtener parcialmente el indicador. Los espacios en blanco indican que esa fuente no proporciona datos que permitan calcular el indicador.
- ^b Las fuentes son las siguientes: A: CEPAL, *Población, envejecimiento y desarrollo* (LC/G.2235), Santiago, 2004; B: Naciones Unidas, “Proposed indicators for tracking progress of Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing”, 2011 [en línea] http://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/Review_and_Appraisal/list-of-indicators-2011.pdf; C: CEPAL, “Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez”, *Documentos de Proyecto* (LC/W.113), Santiago, diciembre, 2006; D: CEPAL, “Directrices para la elaboración de módulos sobre envejecimiento en las encuestas de hogares”, *serie Manuales*, N° 60 (LC/L.2969-P), Santiago, 2008.
- ^c Las fuentes seleccionadas son: C01-C10: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001 y 2010; ECV: Encuesta de Condiciones de Vida, 2001; ENFR: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 2005, 2009 y 2013; SABE: Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento, 1999-2000; EEV: Estadísticas de Defunción, Informe Estadístico implementado en 2001; ENCaViAM: Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores, 2012; ENDI: Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, 2002-2003.
- ^d La ENFR recoge información sobre algunas enfermedades crónicas no transmisibles.
- ^e La encuesta SABE recoge datos de la mayoría de las enfermedades crónicas no transmisibles requeridas, mientras que de las enfermedades crónicas transmisibles solo capta el padecimiento de tuberculosis.
- ^f No se incluye en el análisis, por tratarse de un componente del sistema de información sobre salud de la Argentina que no es estadístico.
- ^g En la ENFR de 2005 y de 2009 se recolectó información sobre prevalencia de diabetes, hipertensión arterial y colesterol elevado. En la ENFR de 2013 se incorporaron algunas afecciones crónicas: infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia renal crónica.
- ^h En la ENFR se pregunta explícitamente si el encuestado presentó algún dolor o malestar en los últimos 30 días y si el mismo interfirió en las actividades cotidianas.
- ⁱ En la SABE se pregunta si algún médico o enfermera le ha dicho que tiene un problema nervioso o psiquiátrico, si ha mejorado o empeorado y si recibe tratamiento.
- ^j La ENDI recoge información sobre prevalencia de discapacidad mental, sin realizar distinción sobre el diagnóstico de discapacidad mental (solo distingue entre retraso o retardo mental y problema mental).
- ^k La encuesta SABE utiliza la Escala de Pfeiffer para evaluar el estado cognitivo.
- ^l En la ENCaViAM se consulta sobre auto percepción de la memoria.
- ^m En la ENFR se consulta si el entrevistado se encuentra ansioso o deprimido.
- ⁿ En la SABE se pregunta si el entrevistado recibe tratamiento para la depresión.
- ^ñ En la ENCaViAM se consulta autoinforme de depresión.
- ^o Depende de la discapacidad para la que se quiere obtener el índice.
- ^p Solo Buenos Aires y patologías estudiadas por la SABE.
- ^q En los Censos de 2001 y 2010, se recogió información sobre la prevalencia de algunas dificultades, entre ellas, para ver, oír, caminar, tomar objetos, entender o aprender. En 2001, esas preguntas sirvieron de marco para la realización de la Encuesta Nacional de Discapacidad.
- ^r La ECV incorpora una serie de preguntas para personas de 65 años y más: si necesita ayuda para desplazarse de la casa, vestirse y desvestirse, higiene personal, comer.
- ^s La ENCaViAM no recoge información sobre algunas discapacidades, entre ellas, discapacidades mentales, parálisis o falta de alguna extremidad.
- ^t Se refiere a hijos que no viven en el hogar, hermanas y hermanos.
- ^u Se refiere a otros familiares y amigos.
- ^v La ENCaViAM recoge información sobre la percepción de las personas mayores acerca del trato de la sociedad para con ellas.
- ^w En la ECV, se indaga sobre la realización de una serie de actividades físicas en las últimas cuatro semanas y la frecuencia de dichas actividades por semana, en el Cuestionario Adultos.
- ^x En la ECV se pregunta si fuma o fumó, y la cantidad de cigarrillos fumados por día en la actualidad.
- ^y En la ENFR se consulta sobre algunas características de la dieta, como el consumo de sal y de frutas y verduras.
- ^z Para los últimos cuatro meses.
- ^{aa} Para las enfermedades crónicas consideradas por la ENFR.
- ^{ab} Para las enfermedades crónicas consideradas por la SABE.
- ^{ac} Solo en la ENFR de 2013.
- ^{ad} Solo en cuanto a la gripe.