



HACIA UNA ARGENTINA PARA TODAS LAS EDADES

Las condiciones de salud de las personas mayores

Sus aspectos más críticos

ODSA

Observatorio
de la Deuda
Social Argentina

BARÓMETRO DE LA DEUDA SOCIAL
CON LAS PERSONAS MAYORES

Serie del Bicentenario (2010-2016)

Boletín N° 2 - año 2017

ISBN 978-987-620-331-9 | ISSN 1853-6204



UCA



FUNDACIÓN NAVARRO VIOLA

OBSERVATORIO
DE LA DEUDA
SOCIAL ARGENTINA

Director de Investigación

Agustín Salvia

Director de Gestión Institucional

Juan Cruz Hermida

**Socio del Barómetro de la Deuda
Social con las personas mayores**

Fundación Navarro Viola

Presidente

Enrique Valiente Noailles

Directora Ejecutiva

Inés Castro Almeyra

BARÓMETRO
DE LA DEUDA SOCIAL
CON LAS PERSONAS MAYORES

Coordinador del Estudio

Enrique Amadasi

Investigadora

Cecilia Tinoboras

Asistente de Investigación

María Rosa Cicciari

Corrección de estilo

Karina Bonifatti

Diseño e impresión

Artes Gráficas Integradas S.A.

www.agi.com.ar

Fotografías

Diego Epstein

Marta Ferré

Amadasi, Enrique

Las condiciones de salud de las personas mayores. Sus aspectos más críticos.

Enrique Amadasi; Cecilia Tinoboras – 1ª. Edición- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa, 2017.

64 p.; 27 x 21 cm. Edición para Fundación Universidad Católica Argentina.

ISBN 978-987-620-331-9

1. Personas Mayores. 2. Salud 3. Condiciones de vida 4. Políticas Públicas

CDD 613.0434

Los autores de los artículos publicados en el presente número ceden sus derechos a la Universidad, en forma no exclusiva, para que incorpore la versión digital de los mismos al Repositorio Institucional de la Universidad Católica Argentina como así también a otras bases de datos que considere de relevancia académica.

Libro editado y hecho en la Argentina

Printed in Argentina

Queda hecho el depósito que previene la ley 11.723

© Fundación Universidad Católica Argentina

Av. Alicia M. de Justo 1300.

Buenos Aires, Argentina.

LAS CONDICIONES DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

Sus aspectos más críticos

Índice

Introducción	4
1. Estado de salud de las personas mayores	5
1.1. Las personas mayores que perciben que su salud se encuentra comprometida	5
1.2. Las personas mayores con malestar psicológico.....	10
2. Las personas mayores que no practican hábitos preventivos	14
2.1. Las personas mayores que no realizan consulta médica	14
2.2. Las personas mayores que no practican ejercicio físico.....	18
2.3. Las personas mayores que fuman	26
3. Subsistemas de atención en salud: atención en hospital público y atención en PAMI	29
3.1. Las personas mayores que se atienden en el hospital público	29
3.2. Las personas mayores que se atienden en PAMI.....	33
4. Calidad de la atención en salud	37
4.1. Demora en la obtención de turnos médicos	38
4.2. Evaluación de la atención recibida en salud	40
4.3. La insatisfacción de las necesidades de atención en salud.....	42
5. El enfoque multidimensional de la pobreza y los indicadores de salud	47
ANEXO	53
BIBLIOGRAFÍA	61

LA ENCUESTA

Los resultados aquí presentados utilizan como fuente de información los datos de la Encuesta de la Deuda Social Argentina, Serie Bicentenario. La EDSA Bicentenario 2010-2016 tiene un diseño muestral probabilístico de tipo polietápico estratificado y con selección aleatoria de viviendas, hogares y población (5.700 hogares cada año) representativa de los siguientes conglomerados urbanos: Área Metropolitana del Gran Buenos Aires, Gran Córdoba, Gran Rosario, Gran Mendoza y San Rafael, Gran Salta, Gran Tucumán y Tafí Viejo, Mar del Plata, Gran Paraná, Gran San Juan, Gran Resistencia, Neuquén-Plottier, Zárate, Goya, La Rioja, Comodoro Rivadavia, Ushuaia y Río Grande. Para este informe se ha trabajado con bases apiladas 2010-2016 que cuentan con un total de 8.876 encuestados de 60 años y más y con un total de 19.963 personas mayores relevadas en los hogares de la muestra. Los desarrollos temáticos, conceptuales y metodológicos específicos se inscriben en el marco del desarrollo conceptual de las tesis del desarrollo humano y el enfoque de derechos, aspectos desarrollados de manera general y de manera específica por el equipo de investigadores del ODSA.

INTRODUCCIÓN

Las cifras son elocuentes en su progresión mundial: mientras que en 2015 el número de personas en edad de 60 años y más era de 900 millones, es decir, el 12,3% de la población, en 2050 llegará a ser de 2.090 millones, por lo que representarán el 21,5% de la población mundial. El continente americano es una de las regiones con más rápida tasa de envejecimiento del planeta: mientras que 1 de cada 10 habitantes era adulto mayor en 2015, para el año 2030 lo será 1 de cada 6; y para 2050, 1 de cada 4 (Global Age Watch Index, 2015). Según el mismo informe, la Argentina, con 15,1% de adultos mayores sobre su población total, se encuentra entre los países más envejecidos de Latinoamérica, y según el Ministerio de Salud de la Nación viene demostrando signos de envejecimiento desde 1970 (MSAL, 2007).

En materia de edad de las personas mayores, conviene considerar que el promedio de vida se ha extendido. Actualmente, una persona de 60 años puede esperar vivir hasta los 81, es decir, 21 años más que hace cinco décadas. Adquiere así relevancia que el proceso de envejecimiento se desenvuelva en condiciones vitales adecuadas y en ejercicio pleno de derechos.

Bien entendido, este marco significa que el bienestar comprende no sólo las condiciones materiales de vida, sino también la sociabilidad y la sensación de bienestar y satisfacción con su propia vida que experimentan las personas mayores. En tal sentido, una de las principales dimensiones es la salud entendida

como el estado integral de bienestar físico, mental y social que una persona puede alcanzar, y no solamente como la ausencia de enfermedades (OMS, 1948). Constituye, pues, un objetivo y desafío primordial para las agendas públicas que las personas mayores puedan disfrutar de una vida plena, saludable, satisfactoria, en ejercicio pleno de los derechos fundamentales e inalienables consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el seno de sus familias y comunidades y como parte integrante de la sociedad (ONU, 1982).

El principal propósito del presente Boletín es contribuir al diagnóstico y la planificación de políticas públicas con relación a la salud de las personas mayores. Para ello, ofrece una descripción de los perfiles sociales de quienes se encuentran en distintas situaciones de vulnerabilidad frente a la salud y presenta los resultados de un modelo de análisis multivariados dirigido a reflexionar sobre los determinantes de cada situación problemática. Es decir, además de describir la composición sociodemográfica, socioeconómica y psicosocial de las personas mayores afectadas por distintos problemas de salud, se analizan los factores que inciden en el riesgo de encontrarse con alguno de los problemas de salud abordados.

El primer apartado expone los perfiles sociales de las personas mayores que se perciben con muchos problemas de salud o que se consideran afectadas por enfermedades graves o crónicas, es decir, que acusan una salud comprometida, y también las ca-

racterísticas de quienes registran altos niveles de malestar psicológico. Seguidamente, se analizan los determinantes de dichas percepciones.

El segundo apartado da a conocer la conformación de la población de personas mayores que no realiza prácticas preventivas, como son la consulta médica y el hábito de realizar ejercicio físico; y también describe la población de fumadores. Luego se analizan los determinantes de cada una de estas problemáticas.

El tercer apartado expone los perfiles poblacionales de quienes en este grupo etario acceden a distintos sistemas de salud: la atención en el hospital público o a través de PAMI. Y examina los resultados en cada caso.

El cuarto apartado presenta los perfiles sociales de quienes declaran demoras en la obtención de un turno para la consulta; de quienes consideran que la calidad en la atención recibida es mala o regular y de quienes consideran sus necesidades insatisfechas en este campo. ¿Quiénes encuentran más dificultades en la atención médica o se ven sometidas a tiempos de espera más extensos? ¿Cómo se conforma el grupo poblacional de personas mayores con necesidades de atención en salud insatisfechas? He aquí dos de los interrogantes abordados.

Por último, complementando la línea de trabajo iniciada en el Boletín anterior, y brindando los datos correspondientes a la dimensión Cobertura en Salud, el quinto apartado presenta un análisis acerca del Enfoque Multidimensional de la Pobreza y los indicadores de salud.

1. ESTADO DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

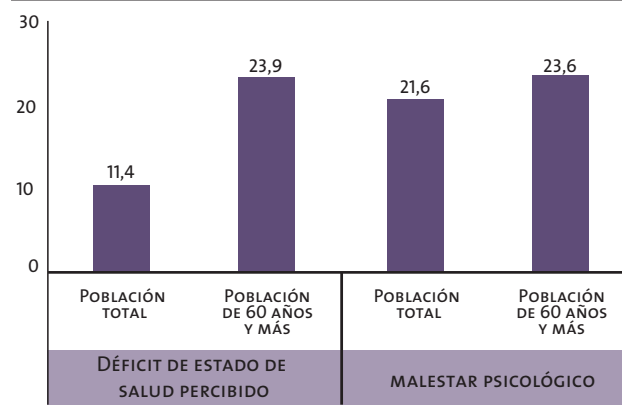
Los perfiles de las personas mayores según el estado de salud percibido y el malestar psicológico,¹ tema de este apartado, han sido confeccionados atendiendo a su composición demográfica, a las variables que dan cuenta de la estratificación social y a aquellas otras específicas consideradas para el análisis de esta cuestión.

En principio, conviene señalar que el 23,9% de la población de 60 años y más declara tener “bastantes problemas de salud y/o padecer alguna enfermedad crónica o grave”, mientras que en la pobla-

DÉFICIT DE ESTADO DE SALUD PERCIBIDO Y MALESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN GRUPO GENERACIONAL

FIGURA 1.1

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 18 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

ción total adhiere a esta declaración el 11,4%. En cuanto a la percepción de situaciones de depresión y/o ansiedad dada a través del índice de malestar psicológico, la condición de déficit afecta al 23,6% de la población mayor, un poco más que el porcentaje registrado (21,6%) por la población total de 18 años y más (ver Figura 1.1).

1.1. Las personas mayores que perciben que su salud se encuentra comprometida

En el primer Barómetro de las Personas Mayores (ODSA-UCA, 2014) se ha señalado que las mujeres tienden a percibir mayor déficit en el estado de su salud que los varones. Ello explica que, entre quienes declaran tener muchos problemas de salud, el 62,3% sean mujeres, porcentaje algo superior al 58,1% de mujeres que conforma la población general de personas mayores. A su vez, entre quienes ven su salud comprometida, las personas de 75 años y más representan el 28,3%, un porcentaje de similar peso en el total de mayores. De esto resulta que el 71,7% de quienes tienen su salud más comprometida pertenece al grupo de 60-74 años, sim-

1 Para la definición de estas variables, ver “Anexo: esquema de dimensiones, variables e indicadores” al final de este Boletín.

plemente porque también predominan en el total de la población envejecida.

En cuanto a la caracterización de las personas mayores con muchos problemas de salud, el 43,7% reside en hogares multipersonales mixtos, el 28,5% convive exclusivamente con otras personas mayores, y el 27,7% vive solo. Como se puede observar en la Figura 1.1.1, una distribución muy similar a la verificada en el conjunto de las personas mayores.

Algo similar ocurre cuando se coteja la distribución de los aglomerados urbanos en la población total de personas mayores y en el grupo con muchos o bastantes problemas de salud; el peso de los distintos aglomerados es similar en ambos grupos. Específicamente, el 18,2% de quienes perciben muchos o bastantes problemas en su salud reside en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; el 45,1% vive en el Conurbano Bonaerense; el 23,2% en Otras Áreas Metropolitanas; y el 13,6% en el Resto Urbano Interior (ver Figura 1.1.1).

Con excepción de la condición de ser mujer, puede decirse que las personas mayores que perciben su salud comprometida no presentan un perfil muy diferente al resto de la población de mayores en términos de edad, tipo de hogar y distribución según aglomera-

dos urbanos. En efecto, en el grupo de quienes perciben que su salud se encuentra comprometida predominan quienes tienen entre 60 a 74 años, quienes residen en hogares multipersonales mixtos y quienes residen en el Conurbano Bonaerense.

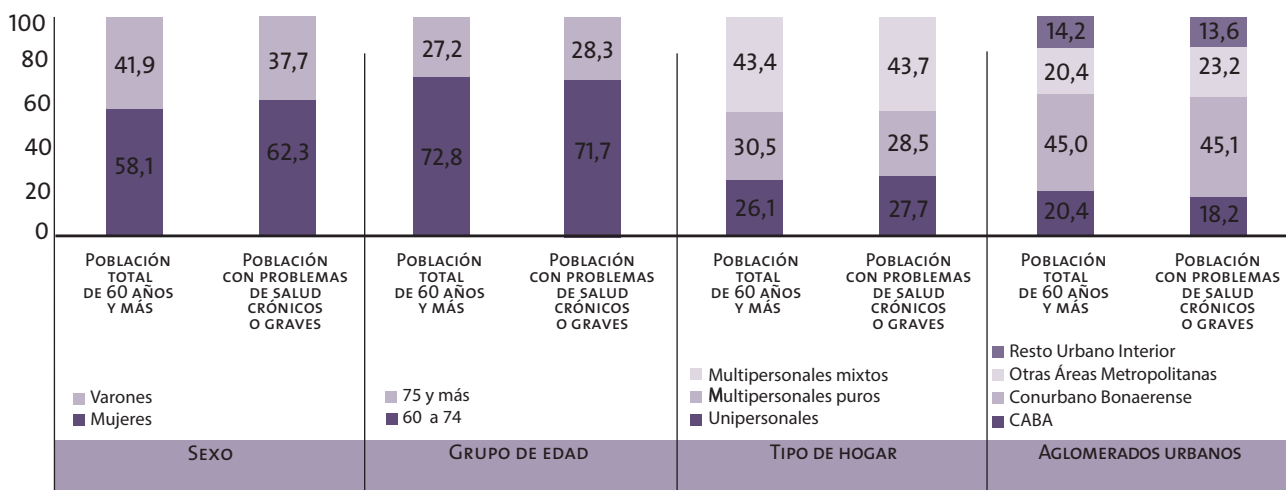
En estudios anteriores (ODSA-UCA, 2015) hemos demostrado que son los factores que expresan la estratificación social los que más influyen en esta percepción del estado de salud. El primer factor es el nivel educativo: las personas mayores que al menos terminaron su secundario están menos expuestas a padecer dicho estado de salud. Ello implica que quienes no finalizaron el nivel medio de enseñanza –la mayoría de las personas mayores– se hallan más expuestos a considerar que su salud se encuentra comprometida. Además, verificamos en esta oportunidad que el porcentaje de personas mayores sin credencial de secundario completo que manifiestan problemas de salud es de 69,8%, cifra superior en 7 puntos porcentuales a la expresada por la población total de mayores.

Cuando se analiza el segundo factor, esto es, la distribución del estrato socioeconómico en las condiciones de salud, se observa con claridad que el 11,7% de personas mayores con muchos o bastantes proble-

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN DE MAYORES SEGÚN ESTADO DE SALUD PERCIBIDO

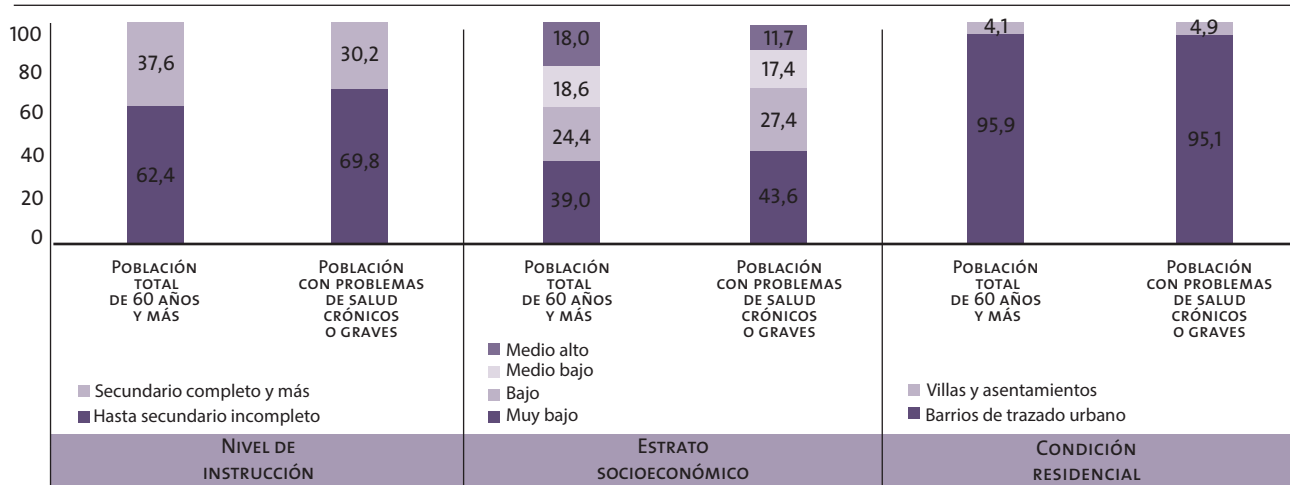
FIGURA 1.1.1

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

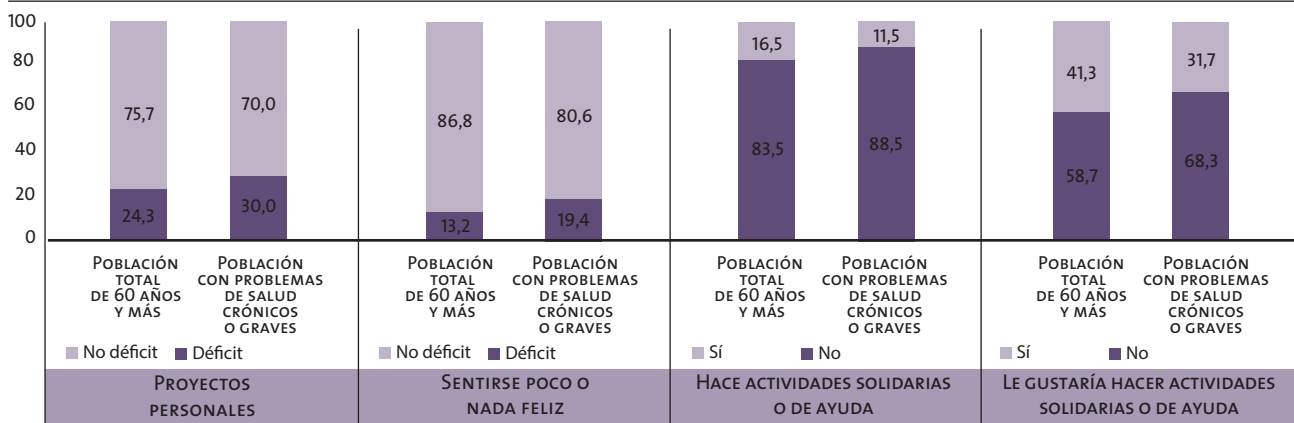
mas de salud pertenece al estrato más alto (una participación menor, la de este estrato, que la registrada en el total de mayores: 18%). Respecto del otro extremo, es decir, del estrato más bajo, la distribución se invierte: hay una mayor participación en la población con problemas de salud que en la población total. A su vez, al examinar cómo se conforma esta población de acuerdo al contexto residencial, se deduce una distribución análoga a la exhibida por la población general de mayores: menos del 5% reside en villas o asentamientos (ver Figura 1.1.2). Ahora bien, en la dimensión psicológica, el primer signo del perfil de quienes perciben su salud comprometida es el déficit de proyectos personales, entendido como la dificultad para pensar proyectos más allá del día a día, una condición que afecta a una de cada 4 personas mayores. Entre quienes perciben que su salud se halla comprometida, aunque predominan las personas sin déficit de proyectos personales pues son el 70%, no puede soslayarse que el 30% sí registran carencia, y que esta proporción es algo mayor que la encontrada en la población total de este grupo etario. No obstante, visto de modo positivo, hay que decir que 7 de cada 10 personas mayores, aun cuando perciben su salud comprometida, no tienen dificultades para pensar proyectos personales.

Otra de las dimensiones estudiadas es la de sentirse poco o nada feliz, déficit que caracteriza al 13,2% de las personas mayores. Entre quienes declaran su salud comprometida, tal déficit se incrementa hasta alcanzar al 19,4%. Se trata de una diferencia significativa, aunque no puede dejar de señalarse que una gran mayoría (80,6%), incluso reconociendo su salud comprometida, no declaran sentimientos de infelicidad. En materia de actividades solidarias o de ayuda, como son la lectura para enfermos y no videntes, la elaboración y reparación de artefactos para donar, la costura y tejido también para donar, la ayuda en tareas escolares fuera del ámbito familiar, tareas de acompañamiento a personas solas y de asesoramiento o transmisión de saberes, solo las realiza el 16,5% de las personas mayores; proporción que disminuye al 11,5% cuando se trata de personas mayores que sienten su salud comprometida. De todas maneras, es de resaltar que una de cada 10 personas mayores, aun cuando perciben dicho estado en su salud, se involucran en esta clase de actividades. Aquí es preciso hacer una observación: que el 16,5% de las personas mayores realice actividades solidarias o de ayuda a los demás –actividades que tanto dan cuenta de su sociabilidad– pone de manifiesto el voluntariado “actual”. Pero otra dimensión es el

PERFIL PSICOSOCIAL DE LA POBLACIÓN DE MAYORES SEGÚN ESTADO DE SALUD PERCIBIDO (PRIMERA PARTE)

FIGURA 1.1.3

AÑOS 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

voluntariado “potencial”, representado por aquellas personas mayores a las que les gustaría hacer alguna actividad solidaria o de ayuda y que caracteriza al 41,3% de esta población. Este porcentaje es menor entre quienes perciben su salud comprometida: 31,7%. De todas formas, si bien entre aquellos que perciben comprometida su salud predominan (68,3%) quienes no manifiestan interés alguno por este tipo de actividades, debe resaltarse que 1 de cada 3 personas mayores, aun acusando tal estado de salud, desearía involucrarse en actividades solidarias, o sea, en tareas que tienen que ver con el “dar” (ver Figura 1.1.3).

¿Qué actividades domésticas realizan las personas mayores que perciben su salud comprometida? ¿Son las mismas que realiza el conjunto de las personas mayores? La información disponible permite recorrer distintos tipos de tareas hogareñas. Encargarse de la limpieza, el lavado y el planchado, por ejemplo, no disminuye como actividad entre quienes perciben su salud comprometida: 2 de cada 3 con este registro en su salud realizan dichas tareas, tal como ocurre en el total de personas mayores, con leves diferencias. Tampoco encargarse de la preparación de la comida es una actividad que disminuya entre quienes sienten su salud comprometida (74%).

Se encarga del cuidado de niños y otros convivientes

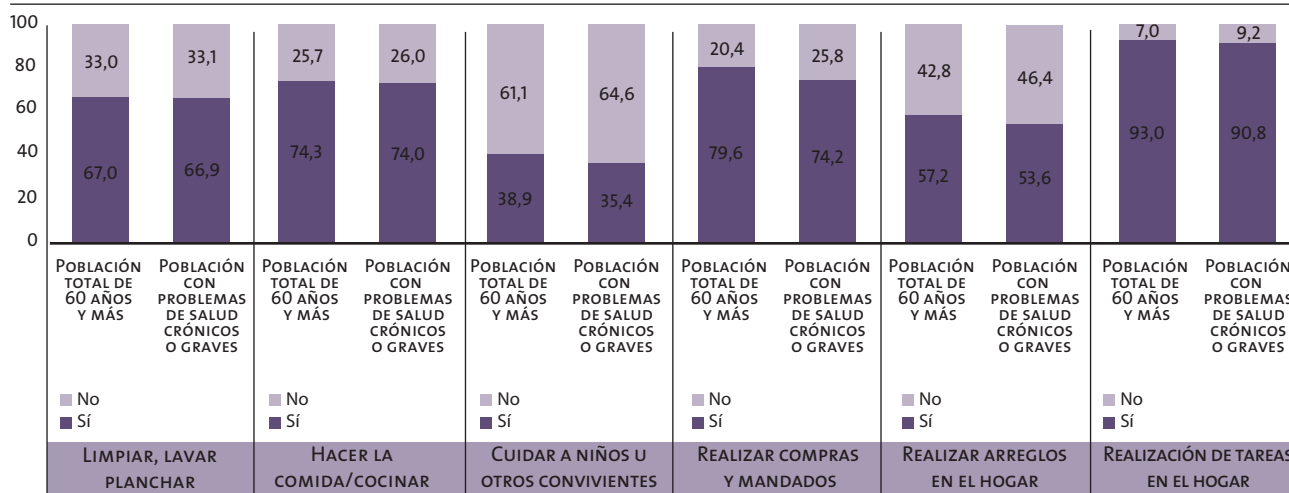
el 35,4% de las personas mayores cuya salud declaran comprometida, lo que no difiere mayormente de lo encontrado en el total de las personas mayores. Por otro lado, el 74,2% de quienes perciben complicada su salud se encarga de hacer las compras y mandados en almacenes y/o supermercados. Tampoco aquí los resultados difieren demasiado de los observados para la población total de mayores. Y en cuanto a la última de las dimensiones consideradas, realizar arreglos en el hogar (artefactos, jardinería, etc.), el 53,6% de quienes ven comprometida su salud se encarga de este tipo de tareas domésticas, siendo este guarismo, también aquí, similar al registrado en el total de personas mayores.

En síntesis, las tareas domésticas más frecuentes entre quienes perciben comprometida su salud son, de mayor a menor, las siguientes: a) compras y mandados en almacenes y/o supermercados (74,2%); b) preparación de la comida (74%); c) tareas de limpieza, lavado y planchado (66,9%); d) arreglos de artefactos y/o tareas de jardinería (53,6%); e) cuidado de niños y otros convivientes (35,4%). Por cierto, esta distribución no difiere de la encontrada en el total de personas mayores. En suma, se puede afirmar que realiza alguna de estas tareas domésticas el 90,8% de las personas mayores con su salud comprometida, un porcentaje levemente inferior al verificado en la población mayor en general. Por señalar alguna dife-

PERFIL PSICOSOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN ESTADO DE SALUD PERCIBIDO (SEGUNDA PARTE)

FIGURA 1.1.4

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

rencia, puede decirse que la proporción de los que no hacen ninguna de estas tareas (9,2%) es superior a la registrada en el total (ver Figura 1.1.4).

Conocida la conformación sociodemográfica, socioeconómica y psicosocial de las personas mayores que perciben como comprometido su estado de salud, es pertinente ahora preguntarse por los factores que inciden en la propensión a percibirse de tal modo. En otras palabras, cuáles son los determinantes sociales que ejercen influencia en la percepción del estado de salud.

Para abordar este interrogante, partimos de la información brindada por la Organización Mundial de la Salud según la cual las circunstancias donde las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen inciden directa o indirectamente sobre las inequidades que se producen en el campo de la salud (OMS, 2009). Siguiendo esta y otras nociones de la OMS, nuestro análisis ha considerado los siguientes condicionantes: a) Ingresos (a partir de la clasificación de los hogares conforme a la mediana de ingresos per cápita del hogar: 50% inferior y 50% superior); b) Acceso a la atención sanitaria (a partir del indicador de cobertura de salud que distingue obra social/mutual/prepaga, PAMI o sin cobertura); c) Nivel de instrucción (a partir del nivel educativo alcanzado);

d) Estado de la vivienda y entorno físico (a partir de la identificación de hogares en viviendas con déficits en cuanto a condiciones de habitabilidad y de la identificación de zonas residenciales con problemas de acceso a la infraestructura urbana). Se agregan a este modelo de análisis los atributos sociodemográficos, es decir: sexo, edad, tipo de hogar, presencia de niños en el hogar y grupo de aglomerados urbanos.

Al respecto, encontramos que la dimensión de ingresos tiene un peso significativo en la propensión a percibir el estado de salud comprometido: quienes pertenecen a hogares del 50% inferior en la estructura de distribución del ingreso registran mayores riesgos de percibir su salud en tal estado que quienes se ubican en hogares del 50% superior. La dimensión de acceso a la atención sanitaria es la que muestra mayor peso dentro de los determinantes explorados: quienes poseen cobertura por PAMI o por el sistema público, presentan riesgos más altos de percibir su salud comprometida que quienes tienen obra social o prepaga. La dimensión de escolarización, es decir, el nivel de instrucción alcanzado, también exhibe un peso muy significativo: quienes han tenido menos oportunidades de instrucción muestran mayor propensión a percibir problemas de salud que quienes adquirieron mayores credenciales educativas. La dimensión

DETERMINANTES PRINCIPALES EN LA PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD
(PERCIBIR MUCHOS O BASTANTES PROBLEMAS DE SALUD O ENFERMEDADES CRÓNICAS)
Año 2010-2016

FIGURA 1.A

Personas de 60 años y más.

	Wald	Sig.	Exp(B)
Ingresos			
50% inferior *50% superior	16,12	**	1,322
Acceso a la atención sanitaria			
Cobertura por PAMI *Obra social/mutual	33,177	**	1,368
Cobertura por sistema público *Obra social/mutual	9,460	**	1,324
Escolarización			
Hasta secundario incompleto *Secundario completo y más	28,80	**	1,412
Estado de la vivienda y el entorno físico			
Viviendas con déficits *Viviendas adecuadas	2,23	***	1,114
Déficits de acceso a infraestructura urbana *Infraestructura urbana adecuada	1,27		1,069
Aspectos sociodemográficos			
Personas de 60 a 74 años *75 años y más	1,48		,931
Mujeres *Varones	14,773	**	1,223
Hogares unipersonales *Hogares de personas mayores puros	4,03	**	1,146
Hogares multipersonales mixtos *Hogares de personas mayores puros	1,80	***	,913
Conurbano Bonaerense *Ciudad de Buenos Aires	6,79	**	,806
Otras Áreas Metropolitanas *Ciudad de Buenos Aires	,33		1,051
Resto Urbano Interior *Ciudad de Buenos Aires	4,74	**	,809

* Categoría de comparación **p valor <0,1 *** p valor <=0,2 **** p valor >0,2

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

referida al entorno físico da cuenta de otro aspecto: que la calidad de la vivienda también tiene un peso significativo; así pues, las personas mayores que presentan déficits en la calidad de la vivienda también tienen riesgos más elevados de percibir problemas en su salud que quienes residen en viviendas adecuadas. Finalmente, sobre la incidencia de los factores socio-demográficos, los resultados de la encuesta señalan que el sexo es uno de los principales indicadores de relevancia: las mujeres presentan mayor propensión a percibir su salud comprometida que sus pares varones. También quienes viven solos registran una propensión más elevada a percibir comprometida su salud que las personas que conviven con otras personas mayores. Este panorama evidencia que los determinantes de mayor peso en la propensión a percibir un estado de salud comprometido son, pues, el acceso a la aten-

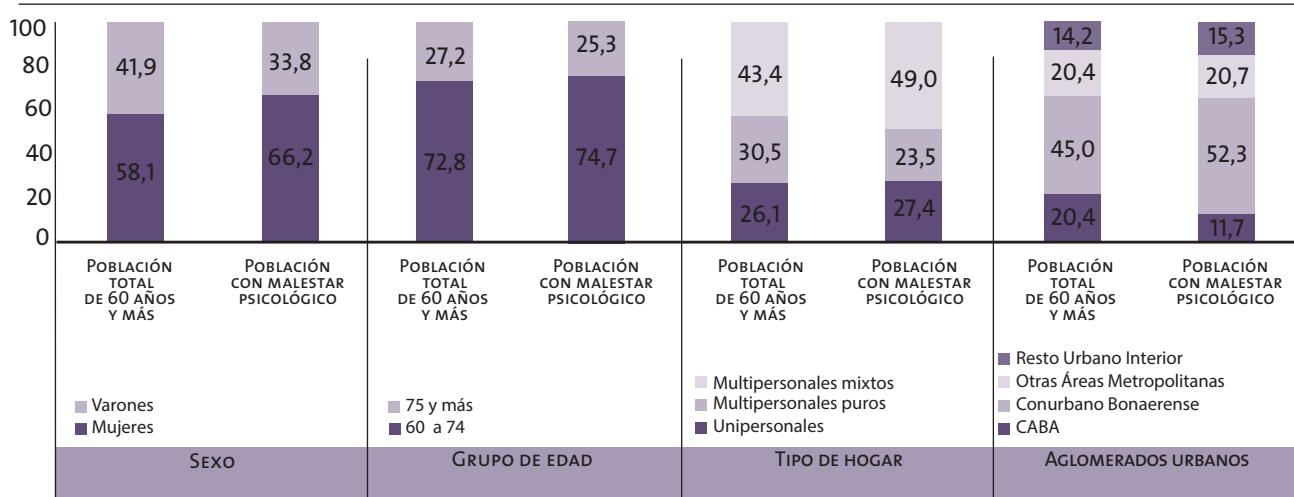
ción sanitaria, las oportunidades de escolarización, el sexo y el nivel de ingresos (ver Figura 1.A).

1.2. Las personas mayores con malestar psicológico

La salud mental de las personas mayores puede ser mejorada mediante la promoción de hábitos activos y saludables; y en este sentido, la depresión en los ciudadanos mayores es un problema de salud pública que requiere estrategias de tratamiento y asistencia por parte de los prestadores de asistencia sanitaria y la sociedad en su conjunto (OMS, 2016).

Específicamente, la ansiedad es un estado emocional subjetivo que se caracteriza por aprensión y síntomas de hiperactividad del sistema nervioso, relacionados con una amenaza potencial, real o imaginada, de peligro para la integridad física o psíquica. Suele ir acom-

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

pañada de trastornos somáticos como taquicardias, tensión muscular, cefaleas, sudoración, sensación de ahogo, fatiga, trastornos del sueño, digestivos, etc. (Triadó y Villar, 2007). En general, los trastornos de ansiedad en las personas mayores tienen menos prevalencia que en el resto de la población, siendo las mujeres de este grupo de edad quienes más los padecen. Este tipo de trastorno se genera a partir de distintas situaciones muy comunes en la vida de las personas mayores: al darse cuenta de no poder realizar ciertas tareas; ante situaciones no familiares como los cambios de residencia, de entorno, de cuidadores, etc.; y ante situaciones de aislamiento social y/o falta de vínculos (Sánchez García, 2014).

Estos antecedentes dan cuenta de la problemática de la salud mental en las personas mayores y remiten a la importancia de caracterizar a la población de mayores que expresa ansiedad y/o depresión, por cuanto se trata de síntomas que generan dificultades para responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana, desenvolverse socialmente y mantener relaciones sociales satisfactorias con los otros. Cabe recordar aquí que el conjunto poblacional que padece malestar psicológico asciende al 23,6% de las personas mayores.

Tal como mencionamos en estudios anteriores (ODSA-UCA, 2015), el primer factor de riesgo para

dicho malestar es ser mujer, en la medida que los varones mayores aparecen más protegidos contra el mismo. Además, el peso de las mujeres dentro de las personas mayores con malestar psicológico es más alto que el registrado en la población total (66,2% y 58,1%, respectivamente). Por lo demás, entre las personas mayores que sufren malestar psicológico predominan las que tienen entre 60 y 74 años (74,7%), en consonancia con su peso en el total de la población.

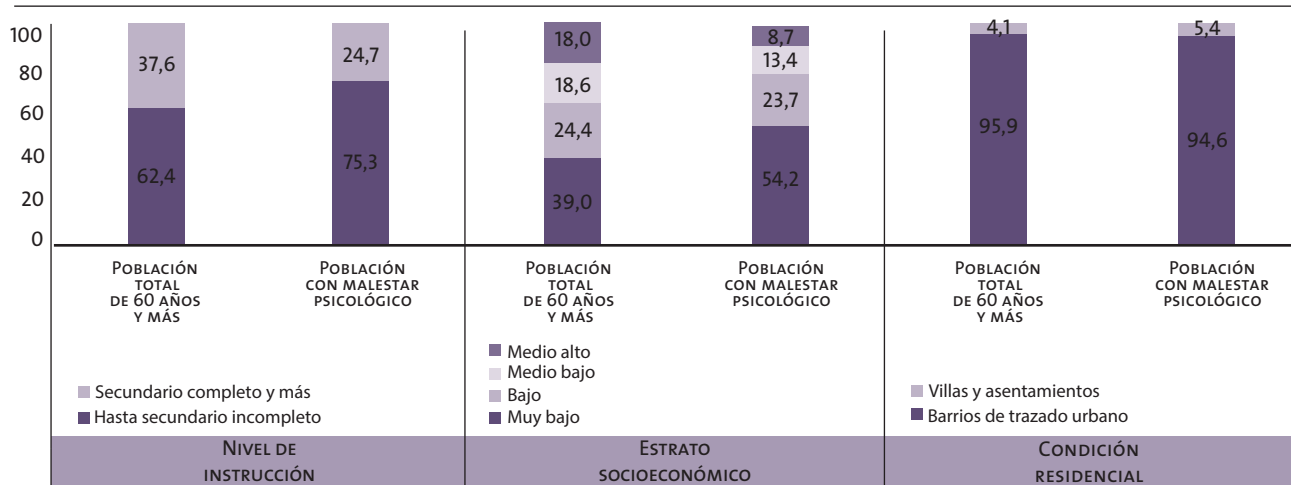
La conformación por tipo de hogar de la población de mayores con malestar psicológico presenta una distribución que difiere de la exhibida por este grupo etario en su conjunto. Entre los que presentan déficits a este respecto, son más quienes residen en hogares multipersonales y conviven con otras generaciones, mientras que tienen menor peso las personas mayores en cuyo hogar la convivencia es únicamente con otras personas mayores.

También se observan variaciones regionales, pues si bien dentro de la población de 60 años y más el 45% reside en el Conurbano Bonaerense, el peso de estos residentes es más importante entre quienes manifiestan malestar psicológico (52,3%). En contrapartida, el peso de los residentes en la Ciudad de Buenos Aires es menor en la población de mayores con malestar psicológico que en la población total de mayores (ver Figura 1.2.1).

PERFIL SOCIOECONÓMICO DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN MALESTAR PSICOLÓGICO

FIGURA 1.2.2

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

En cuanto al perfil socioeconómico de las personas mayores con malestar psicológico, más de la mitad pertenece al estrato muy bajo. A su vez, en comparación con la población total, la distribución por nivel de instrucción indica que entre quienes tienen malestar psicológico es mayor el peso de los que no terminaron el nivel secundario en comparación con el peso que ex-

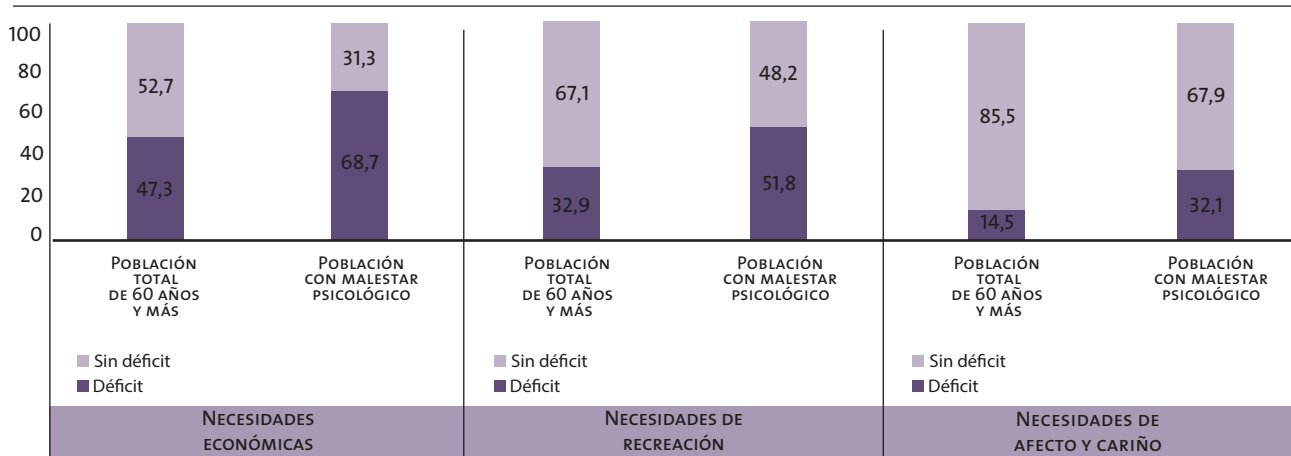
hibe esta categoría en la población total. En cuanto a la condición residencial, la distribución es muy similar entre quienes presentan malestar y la población total (ver Figura 1.2.2).

Al indagar el peso de quienes manifiestan estar poco o nada satisfechos respecto de tres necesidades: las económicas, las de recreación y las de afecto y cari-

PERFIL PSICOSOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN MALESTAR PSICOLÓGICO

FIGURA 1.2.3

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

ño, se puede apreciar que entre las personas mayores que manifiestan malestar psicológico, el peso demográfico de los insatisfechos con sus necesidades económicas (68,7%) supera el que este grupo tiene en la población total (47,3%). Algo similar ocurre en el campo de las necesidades de recreación: el peso de los insatisfechos a este respecto es mayor (51,8%) entre quienes afirman tener malestar psicológico que en el total poblacional de mayores (32,9%). La misma tendencia se observa en el campo de las necesidades de afecto y cariño: la insatisfacción es más del doble (32,1%) entre quienes acusan malestar psicológico que en el total de personas mayores, donde la marca alcanza al 14,5% (ver Figura 1.2.3).

Corresponde exponer seguidamente cómo inciden los distintos factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales en los riesgos de presentar

síntomas de malestar psicológico. Así, en la estructura de distribución de ingresos, quienes se encuentran en hogares del 50% inferior tienen 47% más probabilidades de presentar malestar psicológico que quienes se ubican en los del 50% superior.

La dimensión de acceso a la atención sanitaria también arroja resultados importantes. En este caso, el conjunto de personas que tienen cobertura por PAMI no presenta diferencias significativas respecto del conjunto que declara cobertura por obra social o prepaga. Sin embargo, quienes cuentan únicamente con cobertura de salud a través del sistema público corren más riesgos de presentar malestar psicológico que sus pares con acceso a obras sociales o a la atención mediante el subsistema privado.

En cuanto a la dimensión que evalúa las oportunidades de instrucción escolar, estas cristalizan en un riesgo

DETERMINANTES PRINCIPALES DEL MALESTAR PSICOLÓGICO

FIGURA 1.B

Año 2010-2016

Personas de 60 años y más.

	Wald	Sig.	Exp(B)
Ingresos			
50% inferior *50% superior	31,15	**	1,472
Acceso a la atención sanitaria			
Cobertura por PAMI *Obra social/mutual	1,05	**	,944
Cobertura por sistema público *Obra social/mutual	38,70	**	1,710
Escolarización			
Hasta secundario incompleto *Secundario completo y más	46,83	**	1,575
Estado de la vivienda y el entorno físico			
Viviendas con déficits *Viviendas adecuadas	2,59	**	1,121
Déficits de acceso a infraestructura urbana *Infraestructura urbana adecuada	9,12	**	1,191
Aspectos sociodemográficos			
Personas de 60 a 74 años *75 años y más	,02		,992
Mujeres *Varones	72,35	**	1,587
Hogares unipersonales *Hogares de personas mayores puros	32,23	**	1,504
Hogares multipersonales mixtos *Hogares de personas mayores puros	5,63	**	1,183
Conurbano Bonaerense *Ciudad de Buenos Aires	17,41	**	1,462
Otras Áreas Metropolitanas *Ciudad de Buenos Aires	11,26	**	1,382
Resto Urbano Interior *Ciudad de Buenos Aires	10,78	**	1,405

* Categoría de comparación **p valor <0,1 *** p valor <=0,2 **** p valor >0,2

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

más elevado de malestar psicológico para aquellas personas mayores que no han logrado finalizar el nivel de enseñanza medio.

La vivienda y el entorno físico y ambiental muestran asimismo una incidencia significativa. Previsiblemente, la presencia de déficits en estas dimensiones influye negativamente al aumentar la propensión a presentar síntomas de malestar psicológico en relación a la propensión que se tendría de residir en viviendas y entornos adecuados.

Respecto a los factores sociodemográficos, más allá del rol principal que cumple la variable sexo al expresar probabilidades de malestar psicológico más altas en las mujeres, el tipo de hogar cobra un peso significativo por la siguiente razón: tanto las personas mayores que viven solas como aquellas que conviven con otras generaciones tienen más probabilidad de padecer malestar psicológico que quienes conviven únicamente con otras personas mayores (por lo general con su pareja o cónyuge). Y la región de residencia también influye significativamente: las personas mayores que viven en el Conurbano Bonaerense tanto como las que residen en ciudades grandes y pequeñas del interior del país son más proclives a presentar malestar psicológico que quienes residen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En síntesis, el sexo, el nivel educativo, el acceso a la atención sanitaria, el tipo de hogar y el nivel de ingresos

per cápita del hogar, son las variables con mayor peso en las probabilidades de que las personas mayores presenten malestar psicológico (ver Figura 1.B).

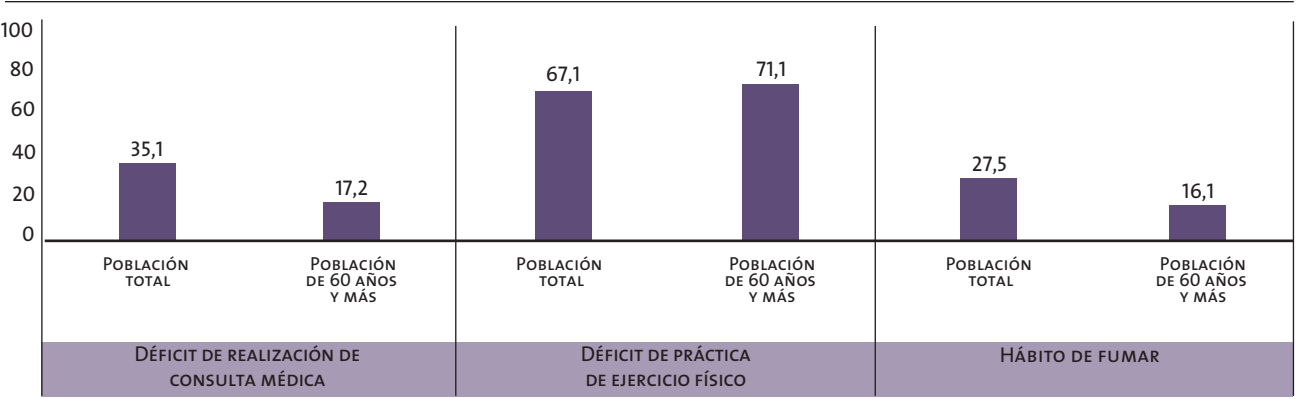
2. LAS PERSONAS MAYORES QUE NO PRACTICAN HÁBITOS PREVENTIVOS

Antes de aproximarnos a la descripción de los perfiles sociodemográficos, socioeconómicos y psicosociales de las personas mayores que no practican determinados hábitos preventivos, conviene mencionar que el 17,2% de los mayores de 60 años tiene déficit de realización de consulta médica, la mitad de la carencia registrada en el conjunto de la población. A su vez, el 71,1% de las personas mayores registra déficit de práctica de ejercicio físico, porcentaje que es 4 p.p. superior al encontrado en la población total. En otro orden, si bien acá la cifra no es alta, se ha podido constatar que tiene el hábito de fumar cigarrillos el 16,1% de las personas mayores, una proporción menor a la registrada en la población total de 18 años y más, donde asciende al 27,5% (ver Figura 2.1).

2.1. Las personas mayores que no realizan consulta médica

No solo hay coincidencia entre las personas mayores acerca de que el cuidado de la propia salud resul-

DÉFICIT DE REALIZACIÓN DE CONSULTA MÉDICA, DÉFICIT DE PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO Y HÁBITO DE FUMAR SEGÚN GRUPO GENERACIONAL FIGURA 2.1
Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 18 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

ta esencial; forma parte del imaginario social que este cuidado es, o debería ser, el principal “trabajo” de las personas mayores. También forma parte del imaginario social la idea de que las personas de menor edad –y especialmente los jóvenes– asisten a la consulta solo cuando están o se sienten “enfermos”, mientras que, por el contrario, se espera que una persona mayor concurra a consultar su estado aunque esté “sana”, justamente para prever episodios que comprometan su salud.

Más allá del imaginario social, la visita a un profesional médico, sea por control, prevención o tratamiento, es un indicador de cuidado sobre la propia salud. La finalidad de una evaluación médica periódica radica en la detección precoz de enfermedades, la evaluación de los factores de riesgo, la prevención, el tratamiento y el consiguiente alcance de niveles de vida satisfactorios (ODSA-UCA, 2015: 98). En tal sentido, la consulta médica periódica, sea ante la aparición de episodios de enfermedad o con propósitos de seguimiento y control, es un elemento básico de dicho autocuidado. Por estos motivos, que el 17,2% de las personas mayores no haya realizado al menos una consulta médica en el último año es un indicador de la deuda social en materia de salud que la sociedad argentina tiene con sus personas mayores.

Desde este punto de vista, suponemos que debería haber coincidencia en llevar adelante un programa de acciones que tenga como meta “al menos una consulta médica anual para todas las personas mayores”, sin exclusiones de ningún tipo. En lo que sigue, se ilustran algunas de las características de la población de personas mayores que no realiza consulta médica a fin de aportar en los procesos de diagnóstico, diseño e implementación de políticas públicas orientadas a la promoción de la salud en este grupo poblacional. Empezaremos por los atributos demográficos básicos como el sexo y la edad. Es sabido que, como efecto de la mayor longevidad femenina, en este grupo poblacional hay más mujeres que varones. Es decir que entre las personas mayores, cuanto más elevada es la edad, mayor es el peso de las mujeres (si solo se consideran los de 75 años y más, por cada 2 mujeres hay 1 varón). Ahora bien, dentro de aquellas personas que no hacen al

menos una consulta médica anual, la cantidad de mujeres y varones casi se equipara, lo cual implica que los varones tienen una participación más importante en la población de mayores que no realiza consulta médica que en la población total de personas mayores; como si fueran más reacios que ellas a la consulta médica anual.

De compartir esta evidencia, es esperable que nuestros colegas del campo de la salud de las personas mayores puedan sugerir explicaciones e interpretaciones sobre este aspecto tan particular. Entretanto, es posible conjeturar que, al menos en parte, los diferenciales por sexo en el acceso a los beneficios previsionales pueden estar ejerciendo su peso. Como se sabe, la normativa vigente establece edades mínimas diferentes para mujeres y varones, que en el caso de los regímenes nacionales es de 60 años para las mujeres y de 65 para los varones. Aun cuando subsisten diversos regímenes previsionales de alcance provincial con edades aún menores –el caso de Tierra del Fuego es citado en los medios con cierta frecuencia–, siempre se establece una edad mínima menor para las mujeres que para los varones. Aunque en las sociedades más desarrolladas esta diferencia ha desaparecido o está en vías de disminuir, lo cierto es que en la Argentina los varones de 60 a 64 años aún no alcanzan la edad jubilatoria, están económicamente activos y, por lo tanto, conductas que se esperan más propias de “pasivos” como preocuparse por su salud pasan a un segundo plano. Vale aclarar que no se está sugiriendo disminuir la edad jubilatoria de los varones como modo de aumentar su propensión a la consulta médica anual, pero sí, tal vez, podría sugerirse la obligatoriedad del control médico anual para los varones que aún no hayan alcanzado la edad jubilatoria, extensiva a las mujeres que, habiéndola alcanzado, continúan trabajando por decisión propia. Decíamos más arriba que el otro atributo demográfico es la edad. El 79,3% de las personas mayores que no hicieron al menos una consulta médica anual pertenece al subgrupo de 60-74 años, y el 20,7% restante se ubica entre las personas de 75 años y más. También en el total de mayores predominan los individuos de 60-74 años, pero incluso así el peso de este subgrupo etario en la población que no consulta es

mayor que el advertido en la población total. En correspondencia con lo señalado en estudios anteriores (ODSA-UCA, 2014), el déficit de consulta médica disminuye bastante a partir de los 75 años, y de hecho, difícilmente alguien con 75 años cumplidos no haga una consulta médica en forma anual.

En cuanto al tipo de hogar –esto también fue mencionado en estudios anteriores–, vivir en soledad no implica una mayor o menor exposición a la falta de consulta médica. No obstante, interpretando la distribución por tipo de hogar de quienes no la realizan, se observa que el 47,6% convive con personas de otros grupos de edad, el 28% vive exclusivamente con otras personas mayores, y el 24,4% viven solos, siendo esta distribución similar a la observada en la población total de mayores, con un leve aumento de personas que conviven con otras generaciones y una ligera menor presencia de los otros tipos de arreglos residenciales. Los indicadores sobre las condiciones de vida de las personas mayores reconocen variaciones territoriales respecto del déficit de consulta médica anual; pues si bien es cierto que la mayor parte de esta población vive en el Conurbano Bonaerense, tanto en la población de mayores que no realiza consulta como en la población total no puede soslayarse el hecho de

que los residentes en el Conurbano Bonaerense son más numerosos en la población que no realiza consulta, con un peso demográfico incluso mayor al que tienen en la población total de 60 años y más. Es decir que, entre quienes no consultan, es notorio el menor peso de los mayores residentes en la Ciudad de Buenos Aires que el registrado en la población total de mayores (ver Figura 2.1.1).

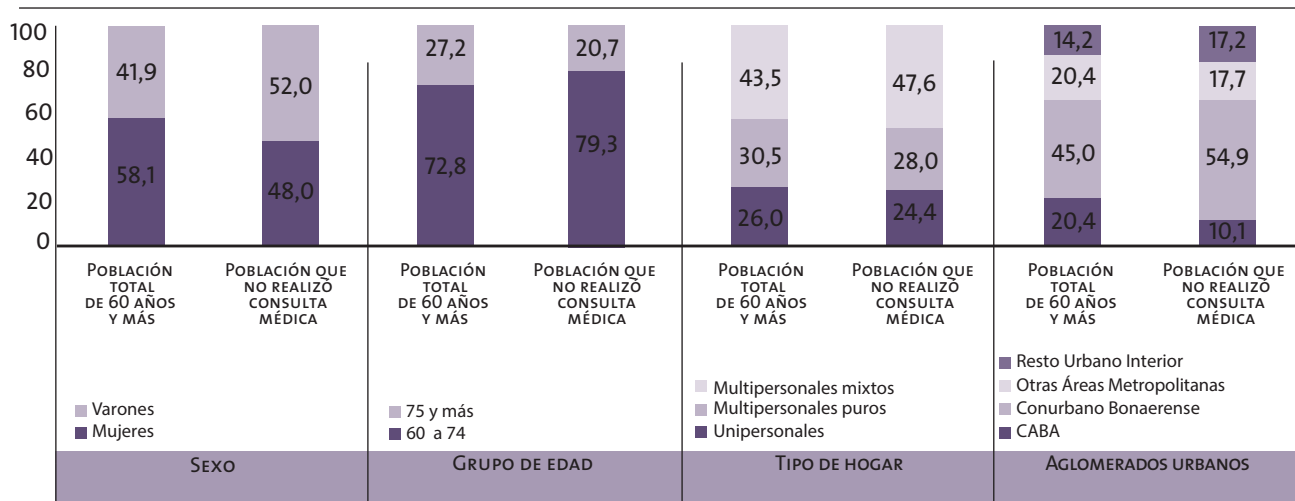
Independientemente de la región urbana específica donde resida la persona, la población de mayores cuyo hogar se encuentra en villas y asentamientos también tiene mayor peso entre quienes no consultan que en la población total.

El cotejo de credenciales educativas indica que el 70,3% de las personas mayores con déficit en la realización de consulta médica anual no terminó el secundario, es decir, que ha tenido menos oportunidades educativas que el resto; condición que también predomina, aunque con menos fuerza, en la totalidad de este grupo etario. Como se señaló en el primer Barómetro de las Personas Mayores, el mejor nivel educativo (secundario completo y más) protege en gran medida contra esta carencia en salud; de hecho, es bastante difícil que alguien que haya finalizado al menos el secundario no haga una

PERFIL SOCIODEMGRÁFICO DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN DÉFICIT DE REALIZACIÓN DE CONSULTA MÉDICA

FIGURA 2.1.1

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más

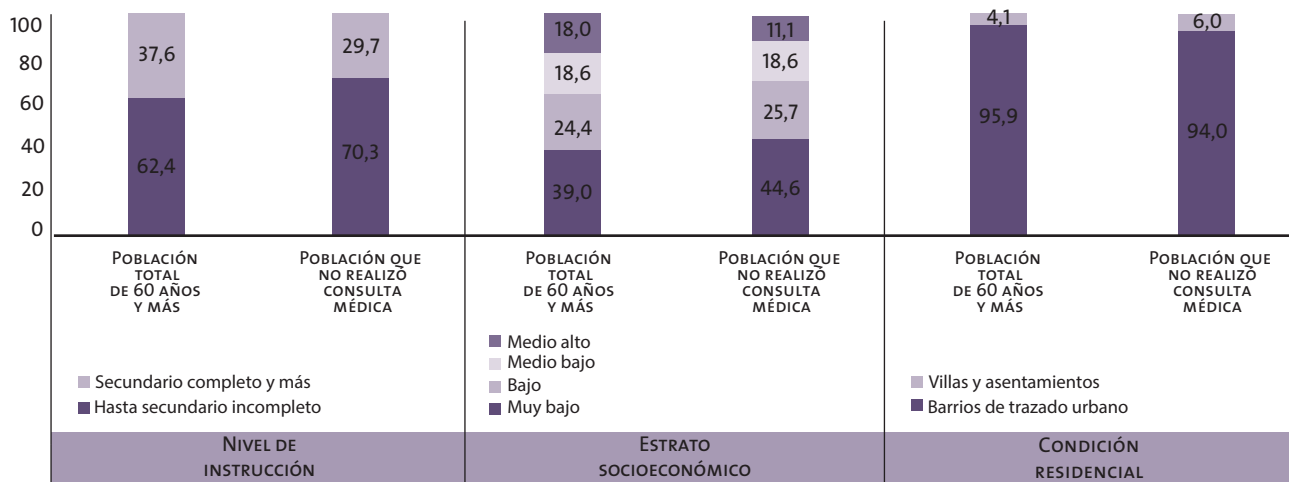


FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

PERFIL SOCIOECONÓMICO DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN DÉFICIT DE REALIZACIÓN DE CONSULTA MÉDICA

FIGURA 2.1.2

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

consulta médica anual (ODSA-UCA, 2014). En lo concerniente a la estratificación social, donde se clasifican los hogares en cuatro estratos socioeconómicos: medio alto, medio bajo, bajo y muy bajo, las cifras señalan que el 44,6% de las personas mayores que no consulta anualmente al médico pertenece al estrato muy bajo; el 25,7% corresponde al bajo; el 18,6% al medio bajo; y el 11,1% al estrato medio alto. Si se compara esta distribución con la del total de personas mayores surge que son los dos estratos extremos –el muy bajo y el medio alto– los que muestran los resultados más relevantes: la población del estrato muy bajo tiene más peso entre quienes no consultan que en la población total de mayores; y en contrapartida, el estrato medio alto disminuye mucho su participación entre quienes tienen este tipo de déficit (ver Figura 2.1.2).

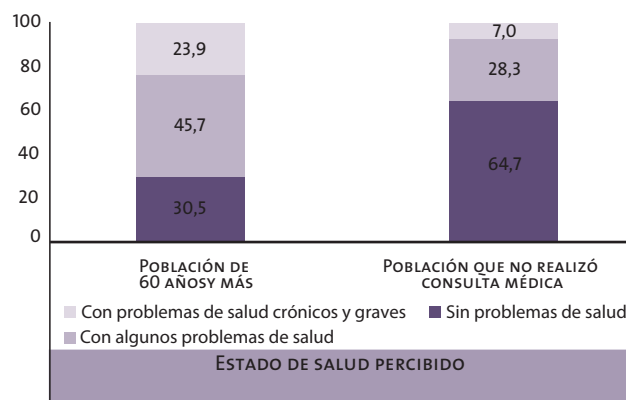
Con respecto a la percepción de la propia salud en las personas mayores, entre las que no hacen al menos una consulta anual tienen mucho peso (64,7%) las personas que evalúan su salud como “sin problemas”. Este porcentaje es el doble que el observado en el total de personas mayores (ver Figura 2.1.3). Cabe señalar además que los factores que inciden en que las personas mayores no realicen una consulta médica anual están dados en primer lugar por las

variables sociodemográficas de sexo, edad y tipo de hogar: presentan menos riesgos las mujeres (consultan más) que los varones y las personas de 75 años y más respecto de quienes tienen 60-74 años. También se hallan más expuestas a “no consultar” las personas mayores que viven solas respecto de aquellas que conviven con otras personas mayores.

PERFIL DE CONDICIONES DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN DÉFICIT EN LA REALIZACIÓN DE CONSULTA MÉDICA

FIGURA 2.1.3

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Medido a través de la cobertura de salud, el acceso a la atención sanitaria da cuenta de que las personas mayores que solo están cubiertas por el sistema público registran mayor riesgo de “no consultar” que quienes acceden a prestaciones de obras sociales, mutuales o prepagas (excluyendo PAMI).

El análisis del indicador de aglomerados de residencia, que también constituye un indicador de la oferta disponible en servicios de salud, permite afirmar que tanto residir en el Conurbano Bonaerense como en ciudades medianas del Interior duplica los riesgos de omitir la consulta médica respecto de las personas mayores residentes en la Ciudad de Buenos Aires; y que residir en las grandes ciudades del interior del país implica asimismo riesgos de no consulta pero que no llegan a duplicar el nivel registrado en la Ciudad de Buenos Aires.

Con todo, la vulnerabilidad ante este hábito preventivo se traduce en que los individuos de 60 años y más con mayores riesgos de no acceder a una consulta médica anual son los varones, las personas de 60 a 74 años, las personas que viven solas, aquellas que tienen cobertura únicamente por sistema público y quienes residen fuera de la Ciudad de Buenos Aires (ver Figura 2.A).

2.2. Las personas mayores que no practican ejercicio físico

En su *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, la Organización Mundial de la Salud sostiene que “debido a que la mayor parte de la carga de morbilidad en la edad avanzada se debe a enfermedades no transmisibles, los factores de riesgo de estas afecciones son blancos importantes en la promoción de la

DETERMINANTES PRINCIPALES DEL DÉFICIT DE CONSULTA MÉDICA

FIGURA 2.A

Año 2010-2016

Personas de 60 años y más.

	Wald	Sig.	Exp(B)
Ingresos			
50% inferior *50% superior	,55		1,059
Acceso a la atención sanitaria			
Cobertura por PAMI *Obra social/mutual	1,13		,935
Cobertura por sistema público *Obra social/mutual	22,84	**	1,558
Escolarización			
Hasta secundario incompleto *Secundario completo y más	,87		1,069
Estado de la vivienda y el entorno físico			
Viviendas con déficits *Viviendas adecuadas	,10		1,025
Déficits de acceso a infraestructura urbana *Infraestructura urbana adecuada	2,25	***	1,101
Aspectos sociodemográficos			
Personas de 60 a 74 años *75 años y más	18,43	**	1,361
Mujeres *Varones	69,57	**	,616
Hogares unipersonales *Hogares de personas mayores puros	3,85	**	1,169
Hogares multipersonales mixtos *Hogares de personas mayores puros	1,73	***	1,105
Conurbano Bonaerense *Ciudad de Buenos Aires	66,09	**	2,362
Otras Áreas Metropolitanas *Ciudad de Buenos Aires	17,99	**	1,622
Resto Urbano Interior *Ciudad de Buenos Aires	56,60	**	2,420

* Categoría de comparación **p valor <0,1 *** p valor <=0,2 **** p valor >0,2

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

salud”. Uno de los hábitos clave que influyen en el envejecimiento saludable es la actividad física, que a lo largo de la vida tiene muchos beneficios, entre ellos –sostiene la OMS– aumentar la longevidad. Otros beneficios señalados son el mejoramiento de la capacidad física y mental (se citan, como ejemplos, preservar la fuerza muscular y la función cognitiva, reducir la ansiedad y la depresión y mejorar la autoestima); la prevención y reducción de los riesgos de enfermedades (riesgo de cardiopatía coronaria, diabetes y accidente cerebrovascular); y el mejoramiento de la respuesta social. Un ejemplo de esto último es facilitar una mayor participación en la comunidad y el mantenimiento de redes sociales y vínculos intergeneracionales. El punto clave es que la actividad física protege contra algunos de los problemas de salud más importantes en la vejez (OMS, 2015: 75).

En Débora Di Domizio (2015) encontramos una revisión de las prácticas corporales en personas mayores desde la perspectiva de la Educación Física Crítica, cuyo telón de fondo es el marco de programas universitarios para adultos mayores. El interrogante es, en este caso, cómo favorecer desde la Educación Física experiencias de prácticas corporales saludables que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores. En su nota, que aquí publicamos (ver recuadro: “La actividad física de las personas mayores”), se exponen testimonios de quienes concurren a las clases de Educación Física de un programa universitario, y se expresan las relaciones positivas que se construyen entre salud, ejercicio físico y calidad de vida. Cuando se publicaron los resultados del primer Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores (2015), el déficit en la práctica de ejercicio físico resultó ser el de mayor incidencia, no solo entre los indicadores de salud sino entre todos los aspectos estudiados. Cuando al año siguiente se publicaron nuevos indicadores, aquel siguió siendo el de mayor incidencia. También se descubrió que el enorme déficit no era privativo de las personas mayores, sino que también entre la población de 18-59 años la incidencia era muy marcada. Cuando en otras investigaciones se pregunta por las razones de tan escasa práctica social, las respuestas hasta los 59 años giran en torno a la falta de tiempo, especialmente de la persona para sí misma, en consonancia

con las múltiples demandas tanto laborales como familiares que la vida adulta conlleva. Por eso, cuando tales “obligaciones” decrecen, en consonancia con la salida de la vida económicamente activa y también con el advenimiento de la etapa familiar denominada de “nido vacío”, se espera que mitigue el valor explicativo de dichas razones. Sin embargo, la práctica de ejercicio físico sigue siendo una deuda pendiente entre las personas mayores.

Entre las personas mayores con déficit de ejercicio físico predominan las mujeres (59,5%), lo cual se corresponde con su peso demográfico en el total de este grupo etario, dado que la proporción es muy similar a la presentada en la población general de personas de 60 años y más.

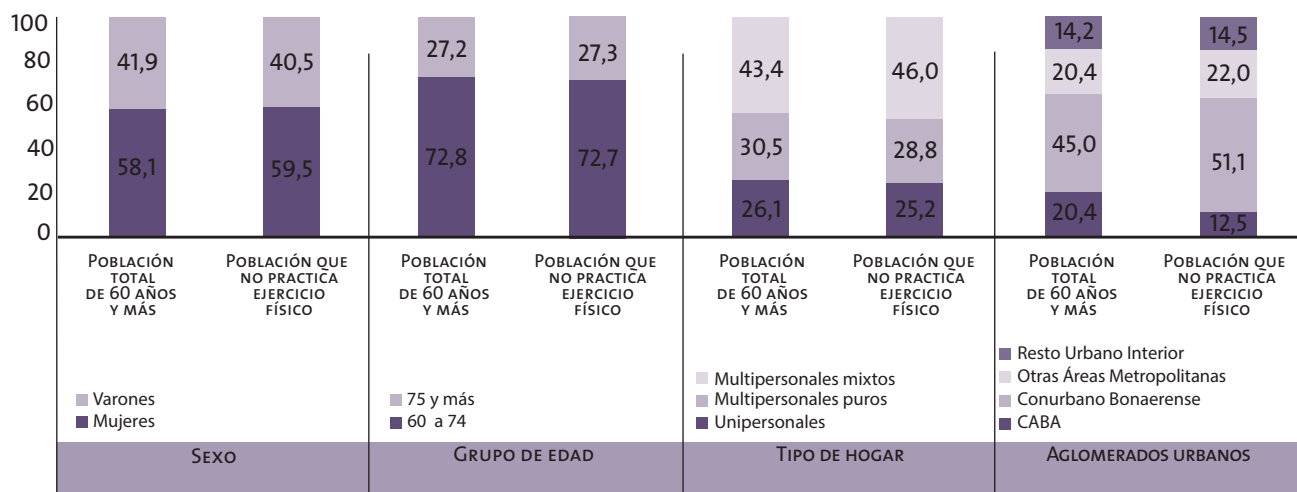
La distribución por edad refleja un escenario parejo: el gran peso (72,7%) del subgrupo de 60-74 años se corresponde con su mayor peso demográfico. No puede dejar de señalarse aquí que una de cada 4 personas con este tipo de déficit tiene 75 años o más, factor que no debería pasarse por alto a la hora de diseñar actividades físicas para personas mayores.

La distribución por tipo de hogar de quienes no realizan ejercicio físico en este grupo etario es semejante a la advertida en la población total de personas mayores. Sin embargo, debe destacarse que 1 de cada 4 mayores vive solo, en consonancia con su peso en el total poblacional del grupo. A su vez, entre quienes viven acompañados, predominan los que conviven con otras generaciones, y a pesar de que lo mismo ocurre en la población total de mayores, su peso entre los que no realizan ejercicio físico es algo superior. Cuando se revisan las cifras por región, se verifica que poco más de la mitad (51,1%) de las personas mayores que no realizan ejercicio físico habitan en el Conurbano Bonaerense, un valor por encima de su peso en el total de mayores. Debe distinguirse, sin embargo, que tanto en la población de mayores con déficit de ejercicio físico como en la población general de este grupo es similar la cantidad de residentes en el Interior del país, sea en grandes aglomerados o en ciudades medias. En cambio, el peso de las personas residentes en la Ciudad de Buenos Aires es menor entre quienes no realizan ejercicio que entre las personas mayores en general (ver Figura 2.2.1).

Los factores que expresan la estratificación social

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN DÉFICIT DE PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

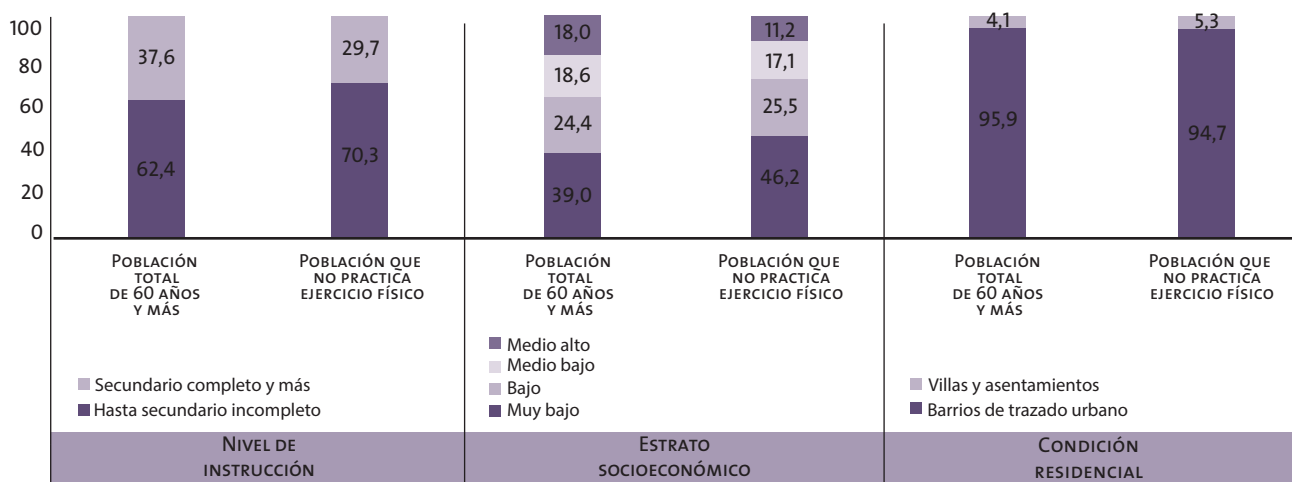
parecen tener más incidencia que el sexo y la edad. Así pues, una de cada 2 personas con este déficit pertenece al estrato muy bajo. Si bien el peso de este estrato también es importante en el total de personas mayores, es más marcado entre quienes no hacen actividad física. Los únicos estratos con similar participación entre los que tienen este déficit y en el total de personas mayores son el estrato bajo (1 de cada 4) y el estrato medio bajo (1 de cada 5). Solo el 11,2% de quienes no practican ejercicio físico pertenecen al estrato medio alto, una proporción muy inferior a su peso en el total de mayores. Tal como señalamos en estudios anteriores, la pertenencia al estrato muy bajo es un factor de riesgo en esta conducta; en cambio, la pertenencia al estrato medio alto “protege” contra este déficit. En cuanto a la distribución del nivel de instrucción alcanzado, si bien entre los mayores con déficit en la realización de ejercicio predomina (70,3%) la población con menores oportunidades educativas, su peso demográfico es superior al registrado en el total de personas de 60 años y más. En consecuencia, las personas con mejor nivel educativo (secundario completo y más) tienen más peso en el total de personas mayores que entre quienes no hacen una actividad física semanal.

Por último, con independencia de la región geográfica en la que vivan, el 5,3% de las personas mayores que no hacen ejercicio físico reside en villas o asentamientos, porcentaje que se halla algo por encima de su peso en el total de personas mayores (ver Figura 2.2.2). Pese a que el 25% de quienes no hacen ejercicio físico declara tener bastantes problemas de salud o padecer alguna enfermedad crónica o grave, el 28,4% declara no tener problemas de salud; esos porcentajes no difieren mucho de los observados en el total poblacional de mayores (ver Figura 2.2.3). ¿Cómo inciden todos estos aspectos sociodemográficos y socioeconómicos en el déficit de práctica de ejercicio físico de las personas mayores? Si se los analiza de manera simultánea, se verifica que tanto el nivel de ingresos como el acceso a la vivienda y el entorno físico y ambiental, así como las oportunidades de escolarización, el acceso a la atención sanitaria y los factores sociodemográficos ejercen una significativa influencia en el riesgo de no practicar ejercicio físico. Un papel muy destacado cumple la variable de aglomerados urbanos donde residen las personas mayores. Así, encontramos que residir en el Conurbano Bonaerense o en las ciudades medias del Interior

PERFIL SOCIOECONÓMICO DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN DÉFICIT DE PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO

FIGURA 2.2.2

AÑOS 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

triplica los riesgos de no practicar ejercicio físico. Ello indica entonces que la práctica de ejercicio físico es mucho más habitual entre las personas mayores de la Ciudad de Buenos Aires que en el resto del país, lo cual permite afirmar que en contextos urbanos más dinámicos la práctica de ejercicio físico

entre los mayores es más habitual.

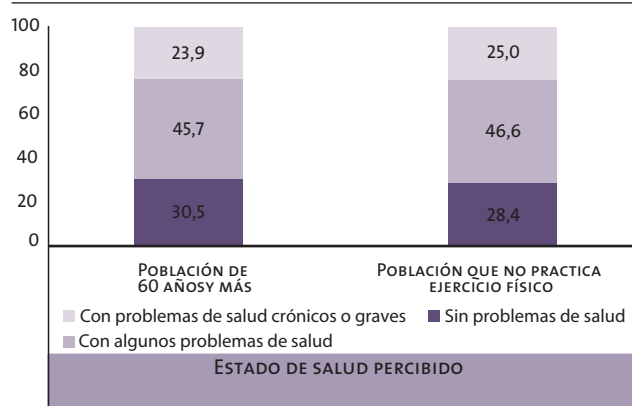
En la misma dirección de este resultado, se verifica también que el acceso a infraestructura urbana adecuada y a un entorno habitacional saludable, medido a través de la calidad de la vivienda, inciden en el déficit de práctica de ejercicio físico. En efecto, las personas mayores cuyas viviendas presentan déficits en sus condiciones habitacionales, así como también las que residen en entornos con déficits en el acceso a infraestructura urbana son más propensas a no practicar ejercicio físico que sus pares de entornos urbanos y habitacionales más adecuados. Tal como señala la Organización Mundial de la Salud, las características del entorno que favorecen la actividad física en las personas mayores incluyen: espacios seguros para caminar (como aceras y parques); acceso fácil a instalaciones, bienes y servicios locales; el hecho de ver a otras personas mayores ejercitándose en el mismo vecindario; y ejercitarse con regularidad en compañía de amigos y familiares (OMS, 2015: 196).

El nivel de ingreso per cápita del hogar, las oportunidades de escolarización y el acceso a la atención sanitaria también inciden en el déficit de práctica de ejercicio físico. Respectivamente, en compara-

PERFIL DE CONDICIONES DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN DÉFICIT DE PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO

FIGURA 2.2.3

AÑOS 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

ción con las personas mayores que pertenecen a hogares del 50% superior, así como respecto de las que han terminado el nivel secundario y las que acceden a la atención en salud mediante obras sociales o el subsistema privado, presentan mayores riesgos de déficit en la práctica de ejercicio físico aquellas personas mayores que residen en hogares ubicados en el 50% inferior de la estructura de distribución de los ingresos, las que no han podido finalizar la es-

cuela media y las que se atienden a través de PAMI o mediante el sistema de salud público.

Finalmente, con respecto al papel que desempeñan los indicadores sociodemográficos, encontramos que las mujeres presentan mayor riesgo de no ejercitarse que los varones; los de menor edad, menor riesgo que los de 75 años y más, y quienes conviven con otras generaciones, más riesgo que quienes conviven únicamente con otras personas mayores (ver Figura 2.B).

DETERMINANTES PRINCIPALES DEL DÉFICIT DE EJERCICIO FÍSICO

FIGURA 2.B

Año 2010-2016

Personas de 60 años y más.

	Wald	Sig.	Exp(B)
Ingresos			
50% inferior *50% superior	4,73	**	1,171
Acceso a la atención sanitaria			
Cobertura por PAMI *Obra social/mutual	10,69	**	1,194
Cobertura por sistema público *Obra social/mutual	10,10	**	1,391
Escolarización			
Hasta secundario incompleto *Secundario completo y más	75,12	**	1,667
Estado de la vivienda y el entorno físico			
Viviendas con déficits *Viviendas adecuadas	17,30	**	1,440
Déficits de acceso a infraestructura urbana *Infraestructura urbana adecuada	4,72	**	1,146
Aspectos sociodemográficos			
Personas de 60 a 74 años *75 años y más	9,59	**	,834
Mujeres *Varones	24,68	**	1,291
Hogares unipersonales *Hogares de personas mayores puros	1,63	***	1,088
Hogares multipersonales mixtos *Hogares de personas mayores puros	7,54	**	1,196
Conurbano Bonaerense *Ciudad de Buenos Aires	267,46	**	3,365
Otras Áreas Metropolitanas *Ciudad de Buenos Aires	192,62	**	3,004
Resto Urbano Interior *Ciudad de Buenos Aires	90,53	**	2,281

* Categoría de comparación **p valor <0,1 *** p valor <=0,2 **** p valor >0,2

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Actividad Física en las Personas Mayores



Débora Di Domizio
Esp. en Gerontología Comunitaria (UNMdP)
Mg. en Educación Corporal (UNLP)

La vejez como construcción social y el envejecimiento como experiencia individual forman parte de uno de los fenómenos de mayor importancia de los últimos dos siglos. Las estadísticas demográficas muestran un acelerado cambio en la presencia de la población vieja en el mundo, habida cuenta de una baja natalidad y mortalidad en la mayoría de las naciones, lo cual muestra una alta expectativa de vida.

Martínez Ortega, Polo Luque y Carrasco Fernández señalan que al considerar “la vejez de la sociedad del siglo XXI se impone una reflexión sobre ella a través de un espacio y un tiempo, con el fin de entender este complejo fenómeno de la vida del ser humano en su totalidad, como un hecho ligado a la cultura y no solo a lo biológico” (2002). En esa línea, concuerdo con Huenchuan Navarro (1998) en que es importante afirmar que hoy no existe un paradigma determinante de la vejez y el envejecimiento. La vejez alude a una realidad multifacética atravesada no solo por el paso del calendario, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales. Y el envejecimiento es un proceso que implica cambios reconocibles en los organismos a medida que se incrementa su edad cronológica. Además conlleva “una reducción progresiva de la capacidad funcional de un organismo, pero también mantenimiento y enriquecimiento posibles, particularmente desde el punto de vista psicológico y social. Está bajo el control de condiciones genéticas, como lo están todos los procesos relacionados con la vida, pero su forma de darse y expresarse (su velocidad y calidad) depende de condiciones y estilos de vida asumidos” (CEPSIGER, 2000: 25).

Touceda y Rubin incluyen la actividad física dentro de una amplia gama de prácticas específicas destinadas a mantener la salud e impedir la enfermedad. Sostienen que “el estado funcional de un individuo se puede modificar a través de la actividad física a cualquier

edad. Entonces, es posible en las personas mayores mejorar la fuerza y la resistencia muscular, la coordinación, el equilibrio físico y mental y la seguridad para moverse. También mejora cualquier condición médica subyacente y favorece los contactos sociales. Esta recomendación forma parte del proceso de promoción de la salud” (2009: 70).

La Organización Mundial de la Salud define la actividad física como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas. La actividad física –tanto moderada como intensa– es beneficiosa para la salud” (OMS, 1948).

“La promoción de la actividad física considera especialmente las formas utilitaria y recreativa. La actividad física utilitaria comprende las actividades que se realizan en las diferentes esferas de la vida para cumplir con las obligaciones diarias, e implican movimiento en las tareas del hogar, en el trabajo, la escuela, entre otros. En cambio, la actividad física recreativa se realiza en el tiempo libre con fines de distracción y placer (caminar, bailar, jugar, correr, patinar, etc.). Por último, la actividad física deportiva se realiza a través de diferentes disciplinas deportivas y está regida por normas cuyo fin es la competición” (Ministerio de Salud del Perú, 2005: 15-16).

A partir de los resultados de un estudio¹ que compartiré a continuación, podemos ratificar que las personas mayores entienden la necesidad de realizar alguna actividad física para mejorar su calidad de vida, fomentar su salud, su educación y su integración social. Expondré algunos testimonios de adultos

1 Di Domizio, D. (2011). Capítulo 5: Notas del trabajo de campo. Análisis de los datos. Tesis de Maestría en Educación Corporal, p. 83.

mayores que transitan por experiencias de actividad física y/o deportiva. Para llevar a cabo el análisis, la pregunta disparadora fue cómo vivían las experiencias de actividad física y/o deportiva en el cuerpo de la vejez. Los temas de investigación propuestos por el estudio mencionado resultan de particular valor, ya que permiten comprender la vejez desde una perspectiva positiva y ponen énfasis en el logro de una nueva (re)significación que los adultos mayores son capaces de producir para sus vidas. Teniendo en cuenta las voces de los adultos mayores practicantes, es posible sintetizar algunos tópicos de exploración, tales como:

La competencia y el deseo de ganar: uno de los entrevistados expresa: “La sensación es siempre [...] vamos para ganar y también hacemos amigos, somos todos amigos los que jugamos, es como una competencia pero siempre está el que quiere más, más, y la sensación es muy linda. Yo creo que como todo juego, como querer ganar, porque todo el que juega, para mí juega para ganar. Yo juego a la bolita: juego para ganar; al tejo juego para ganar, es lo que me produce una sensación linda y si pierdo, bueno... la cuestión es competir...”.

El aprendizaje corporal: uno de los adultos consultados afirma: “Le dije a la médica que me gustaba nadar, y me dijo: ‘Bueno, entonces... de lleno a la natación’. Y ahí empecé, empecé a darle con más ritmo, más horas, más días, y así me enganché”. Otro entrevistado nos cuenta que “el tenis de mesa es una actividad que, en principio, observo que para la edad mía es una gimnasia con una serie de aspectos motrices y en lo que hace a las reacciones, las reacciones que uno debe tener para poder ejecutar la actividad. Y la otra cuestión es que el tenis de mesa me hace sentir bien durante el momento que lo práctico, me concentro en él y eso me parece importante para poderlo efectuar, eliminando el estrés que uno muchas veces consigue cuando no se tiene una actividad de este tipo”.

Edad cronológica, límites y beneficios: dos informantes exponen: “Y aparte de ayudar a que no aparezcan los

dolores tan comunes a una edad determinada como la nuestra. Somos personas mayores, ¿no? Pero, obviamente, la longevidad un poco ha sido también por el avance de la medicina”. Y también: “Sí, sí, por supuesto, cada una de estas actividades corporales que uno hace tiene la virtud de aportar salud y calidad de vida, ya que es importante para la edad de uno, así que uno busca poder desarrollar actividades que te hagan sentir mejor”.

En cuanto al tema de *la práctica corporal y la conciencia de las posibilidades*, hay quienes, por ejemplo, expresan: “Voy para allá, vengo para acá, más en mi trabajo que yo voy a un lado, otro día a otro lado. Me dicen vení, subí esta escalera y yo subo a la puntita del techo, subo la escalera o me meto por cualquier hueco para arreglar una estufa o me cuelgo, no tengo problemas, físicamente no tengo problemas”. Y además: “He bajado de peso, descanso mejor, no sufro los dolores que, por ejemplo, tenía antes en las rodillas. Mi cuerpo está más cómodo, en general mi cuerpo yo lo noto que cambió, cambió muchísimo”.

Sobre el tópico del *bienestar corporal y el aporte a la construcción permanente de la subjetividad*, varios son los entrevistados que dan testimonios como este: “Si no vengo, yo me siento mal, que me falta algo, que me falta realizar alguna cosa, aunque camino muchísimo porque yo no tomo micro, pero no es lo mismo caminar que realizar ejercicio con la profesora”. Otro relato indica: “Me canso menos, me levanto temprano, hago todas las cosas de la casa, en una palabra, rindo más, sí, es eso”. Una entrevistada comenta: “Además yo me veo a mí misma el físico, la edad que tengo y todavía puedo lucirme y no solo por eso, sino lo bien que me siento. Yo soy una persona que no toma ningún medicamento, así que bueno, pienso que tiene mucho que ver lo de la natación, tanto para el físico y para lo mental”. Y por último: “Yo necesito hacer algo para sentirme bien y una de las cosas que hago es esta actividad deportiva, donde uno tiene que moverse, tiene que pensar, eso es necesario para poder tener una buena calidad de vida”.

Concluyo el análisis de los testimonios con el tema

del *placer corporal* y *el grupo de pares*: otro de los entrevistados nos cuenta: “Me parece que es un programa corporal muy interesante para adultos mayores en el sentido de que nos permite realizar actividades cuando a lo mejor, estando solo en tu casa no lo hacés, ¿viste? En cambio en grupo sí lo hacés”. Y, finalmente: “Conozco gente, me relaciono mucho mejor con las personas, también hacemos amigos, somos todos amigos los que jugamos”.

Con estos relatos puedo aseverar que gran parte de los adultos mayores valora su participación en distintos programas de actividad física recreativa y/o deportiva, no solamente por la contribución que hacen

al componente biológico de su salud, sino también porque disfrutan de las prácticas en las que participan y pueden apreciar los beneficios que acarrea hacerlo en grupos con personas de la misma edad, como espacios capaces de promover la socialización. En las actividades físicas y/o deportivas los sujetos generan nuevas dimensiones y sentidos para su vida, vencen obstáculos impuestos por una cultura anti-edad, calman procesos de depresión y aislamiento, lo que estimula la consecución de nuevos aprendizajes y la formación de amistades y de grupos de apoyo, exaltando nuevos proyectos y numerosas posibilidades.

BIBLIOGRAFÍA

Centro de Psicología Gerontológica-CEPSIGER (2000). *Términos claves sobre envejecimiento, vejez y temas afines*. Recuperado de: http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/CEPSIGER_Terminos_Claves_Envejecimiento_Vejez.pdf, p. 25 (consultado el 15-2-2017).

Di Domizio, D. (2011). *Políticas públicas, prácticas corporales y representaciones sociales sobre la vejez: Un estudio de casos* [en línea]. Tesis de Posgrado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.441/te.441.pdf>

Huenchuan Navarro, S. (1998). “Vejez, Género y Etnia: acercamiento a un enfoque de las diferencias sociales”. En *Revista de Educación y Humanidades*, N° 78, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

Martínez Ortega, M. P.; Polo Luque, M. L.; Carrasco Fernández, B. (2002). “Visión histórica del concepto de vejez desde la Edad Media”. En *Cultura de los cuidados*, Año VI, N° 11 (1° semestre). ISSN 1138-1728, pp. 40-46.

Ministerio de Salud del Perú (2005). *Políticas municipales para la promoción de la actividad física: Diálogo entre salud, transporte, obras públicas y seguridad pública*. Cuadernos de Promoción de la Salud N° 14, Lima: OPS. 68 pp. ISBN: 9972-9956-7-4. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/813_MS-PROM-CPS14.pdf (consultado el 15-2-2017).

Organización Mundial de la Salud (2016). “Actividad física. Nota descriptiva”. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/> (consultado el 15-2-2017).

Touceda, M. A. & Rubin, R. (2009). *Salud, Epidemiología y Envejecimiento* (2° ed.). Universidad Nacional de Mar del Plata, Ministerio de Desarrollo Social. ISBN 978-987-544-229-0.

2.3. Las personas mayores que fuman

Atendiendo al paradigma del cuidado de la salud y en el marco del envejecimiento activo, es indudable que las personas mayores presentan un mayor riesgo ante las consecuencias nocivas del tabaco (IMSERSO, 2011), dado que es un hábito que afecta la esperanza de vida, generando dependencia tanto física como psíquica.

En la EDSA se indaga acerca del hábito de fumar (si la persona tiene o no dicho hábito, y en caso de tenerlo, si fuma poco o mucho) teniendo en cuenta que se trata de un hábito nocivo para el cuidado de la salud de las personas en general y de las personas mayores en particular.

Al analizar cuáles son las personas mayores que fuman, es decir que presentan uno de los hábitos considerados poco saludables, las variables que dan cuenta de la composición demográfica presentan diferencias en la distribución por sexo: del segmento de personas mayores que fuman, el 49,8% son mujeres y el 50,2% son varones; porcentajes algo diferentes a los que arroja la distribución por sexo de la población total de mayores (donde el 58,1 son mujeres y el 41,9% son varones). Esto significa que hay un mayor peso de los varones dentro de la población fumadora (siempre en comparación con la población general de personas de 60 años y más). Con respecto a la distribución por edad, encon-

tramos que el 83,3% de quienes fuman tienen entre 60 y 74 años de edad, mientras que el 16,7% fumador es de 75 años o más. Si bien en la población general de este grupo también los de 60-74 años tienen más participación, su peso es considerablemente más importante en la población de mayores fumadores.

Respecto al tipo de hogar donde viven las personas mayores con hábito de fumar, se puede señalar que el 24% reside en hogares unipersonales, mientras que el 27,2% lo hace en hogares multipersonales puros y el 48,8% en hogares multipersonales mixtos. En el total de la población de mayores, la distribución por tipo de hogar muestra menor presencia de los hogares multipersonales mixtos, y alguna presencia también importante de los hogares unipersonales y los conformados únicamente por personas mayores. De modo que, entre los fumadores de este grupo etario, es mayor el peso de quienes conviven con personas más jóvenes.

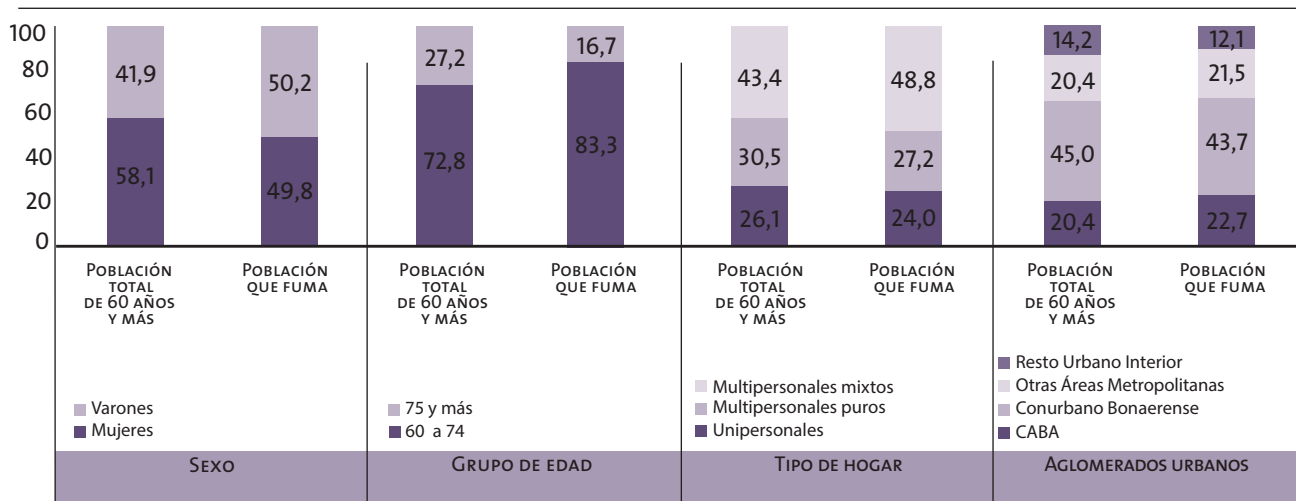
En cuanto a la distribución por áreas geográficas, no hay diferencias de magnitud entre la composición de la población de mayores fumadores y la población de mayores en general (ver Figura 2.3.1).

Las variables que dan cuenta de la estratificación social, no tanto a partir del nivel educativo ni de la condición residencial sino más bien en la distribución por estrato, presentan los siguientes resultados. Las personas

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN HÁBITO DE FUMAR

FIGURA 2.3.1.

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más

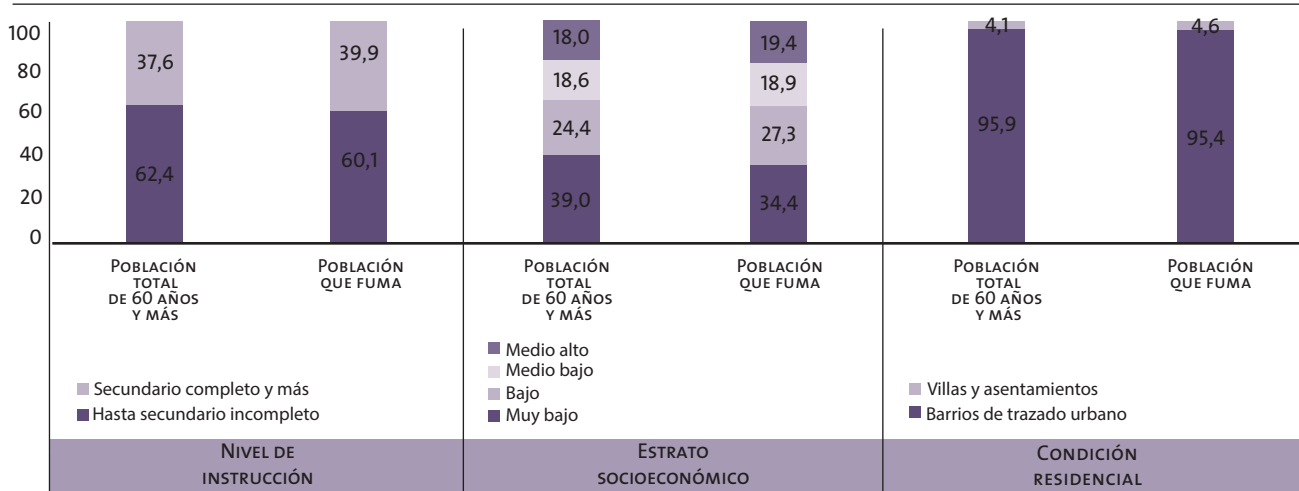


FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

PERFIL SOCIOECONÓMICO DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN HÁBITO DE FUMAR

FIGURA 2.3.2

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

mayores que fuman pertenecen menos al estrato muy bajo que al estrato medio bajo: es decir, si se parte de la distribución en dos segmentos: muy bajo y bajo, por un lado, y medio bajo y medio alto, por otro, la comparación con la composición del total de personas mayores no arroja diferencias. En cambio, en la distribución desagregada en cuatro estratos, se observa un menor peso de las personas mayores pertenecientes al estrato muy bajo (ver Figura 2.3.2).

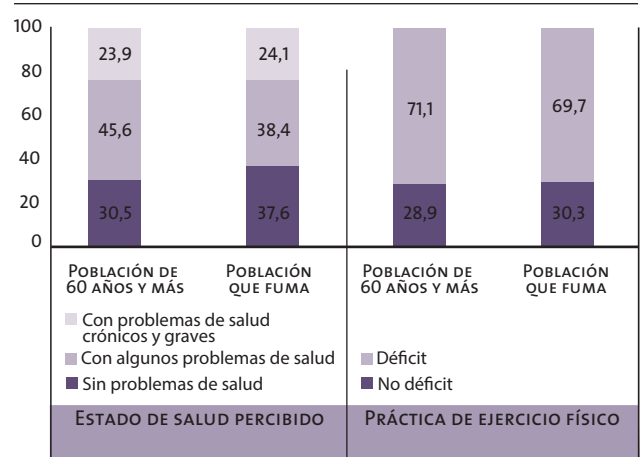
En cuanto al hábito de fumar y las condiciones de salud de las personas mayores, específicamente con relación al estado de salud, aquellas personas que se perciben “sin problemas” evidentemente son menos (30,5%) en la población total de este grupo que entre las personas mayores que fuman (37,6%); mientras que quienes perciben su estado “con algunos problemas de salud” son más (45,6%) en la población total que entre quienes fuman en este grupo (38,4%). En consecuencia, la relación entre quienes tienen el hábito de fumar y el estado de salud percibido presenta diferenciales de comportamiento en aquellos que tienen pocos o ningún problema de salud. Por su parte, las personas mayores que perciben “problemas de salud crónicos o graves” tienen un peso demográfico similar en la población total del grupo y en la que tiene el hábito de fumar, oscilante en torno al 24%.

Para la relación entre el hábito de fumar y el hábito de realizar ejercicio físico, los resultados indican que el peso de quienes no realizan ejercicio físico es similar entre las personas mayores que fuman y el total de la población de 60 años y más, oscilante en torno al 70% (ver Figura 2.3.3).

PERFIL DE CONDICIONES DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN HÁBITO DE FUMAR

FIGURA 2.3.3

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Conocidas ya las características de la población de personas mayores con el hábito de fumar, nos interrogamos acerca de los determinantes sociales de tal hábito. Al respecto, encontramos que los factores sociodemográficos de sexo, edad, tipo de hogar y aglomerados de residencia tienen un rol significativo. Específicamente, se ha podido verificar, en primer término, que las mujeres presentan menor riesgo que los varones (los varones mayores fuman más); en segundo término, que las personas mayores de 60-74 años tienen también mayor riesgo que sus pares de 75 años y más; y que quienes viven solos y quienes conviven con generaciones más jóvenes registran un riesgo más elevado que aquellos que cohabitan únicamente con otras personas mayores. También se ha detectado que residir en el Conurbano Bonaerense o en ciudades grandes o medias

del Interior disminuye los riesgos de ser fumador respecto de los que residen en la Ciudad de Buenos Aires (las personas mayores de la Ciudad de Buenos Aires fuman más que las del resto del país).

Otros factores que inciden en el hábito de fumar en las personas mayores son el nivel de ingresos y el acceso a la atención sanitaria. De hecho, el consumo de tabaco predomina en los hogares de menores ingresos (50% inferior) y en quienes acceden a la atención de salud mediante el sistema público. Lo expuesto permite argumentar que las personas mayores de sectores más vulnerables que residen en regiones socioeconómicamente más dinámicas son más propensas al consumo de tabaco que quienes residen en contextos menos dinámicos o pertenecen a sectores socioeconómicamente más acomodados (ver Figura 2.C).

DETERMINANTES PRINCIPALES DEL HÁBITO DE FUMAR

FIGURA 2.C

Año 2010-2016

Personas de 60 años y más.

	Wald	Sig.	Exp(B)
Ingresos			
50% inferior *50% superior	7,42	**	1,242
Acceso a la atención sanitaria			
Cobertura por PAMI *Obra social/mutual	,13		,977
Cobertura por sistema público *Obra social/mutual	23,52	**	1,596
Escolarización			
Hasta secundario incompleto *Secundario completo y más	2,48	***	,891
Estado de la vivienda y el entorno físico			
Viviendas con déficits *Viviendas adecuadas	,06		1,020
Déficits de acceso a infraestructura urbana *Infraestructura urbana adecuada	3,98	**	1,149
Aspectos sociodemográficos			
Personas de 60 a 74 años *75 años y más	65,74	**	1,886
Mujeres *Varones	47,923	**	,662
Hogares unipersonales *Hogares de personas mayores puros	2,51	***	1,139
Hogares multipersonales mixtos *Hogares de personas mayores puros	3,03	**	1,144
Conurbano Bonaerense *Ciudad de Buenos Aires	14,98	**	,698
Otras Áreas Metropolitanas *Ciudad de Buenos Aires	5,28	**	,799
Resto Urbano Interior *Ciudad de Buenos Aires	19,91	**	,604

* Categoría de comparación **p valor <0,1 *** p valor <=0,2 **** p valor >0,2

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

3. SUBSISTEMAS DE ATENCIÓN EN SALUD: ATENCIÓN EN HOSPITAL PÚBLICO Y ATENCIÓN EN PAMI

En este apartado investigamos los perfiles sociodemográficos, socioeconómicos y psicosociales de las personas mayores que recurren a los servicios de salud del hospital público y de PAMI.

Los resultados sobre atención en el hospital público en la población aludida señalan que una de cada 10 personas mayores ha utilizado este prestador de salud en la última consulta médica realizada, siendo esa proporción mucho menor que la observada en la población total. Asimismo, se deduce que 3 de cada 10 personas mayores se han atendido con el prestador PAMI, siendo este porcentaje el cuádruple que el registrado en la población total de 18 años y más (ver Figura 3.1).

3.1. Las personas mayores que se atienden en el hospital público

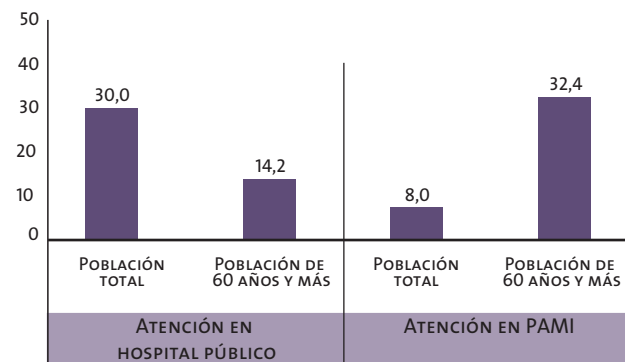
En la EDSA se indaga, a través de una pregunta puntual, cuál ha sido el prestador o sistema de salud utilizado en la última consulta médica realizada en los últimos 12 meses, distinguiéndose entre hospital público, obra social o mutual, medicina prepaga, médico particular pagado por la persona, PAMI y otros prestadores. Una vez dicho que el 14,2% de las personas mayores de 60 años utiliza el hospital público, es pertinente averiguar cuáles son las características del grupo que se ha atendido en el hospital público en la última consulta médica. Pues bien, los resultados de la composición demográfica muestran que el 47,3% son varones y el 52,7% mujeres, una distribución que difiere de la población total, dado que en ella los varones son el 39,8% y las mujeres el 60,2%. Se observa así un aumento de la población masculina entre las personas mayores que se atienden en el hospital público, en correspondencia con el hecho de que los varones de 60-64 años de edad, al no haber alcanzado la edad jubilatoria, no tienen acceso a PAMI.

Respecto a la distribución por grupo de edad de las personas mayores que utilizaron el hospital público en la última consulta médica realizada, el 86,5% tiene entre 60 y 74 años, mientras que el 13,5% tiene 75 o más. Esta distribución difiere de la población total de mayores, puesto que en ella el 71,4% posee entre 60 y 74

ATENCIÓN EN EL HOSPITAL PÚBLICO Y EN PAMI SEGÚN GRUPO GENERACIONAL

FIGURA 3.1

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 18 años y más



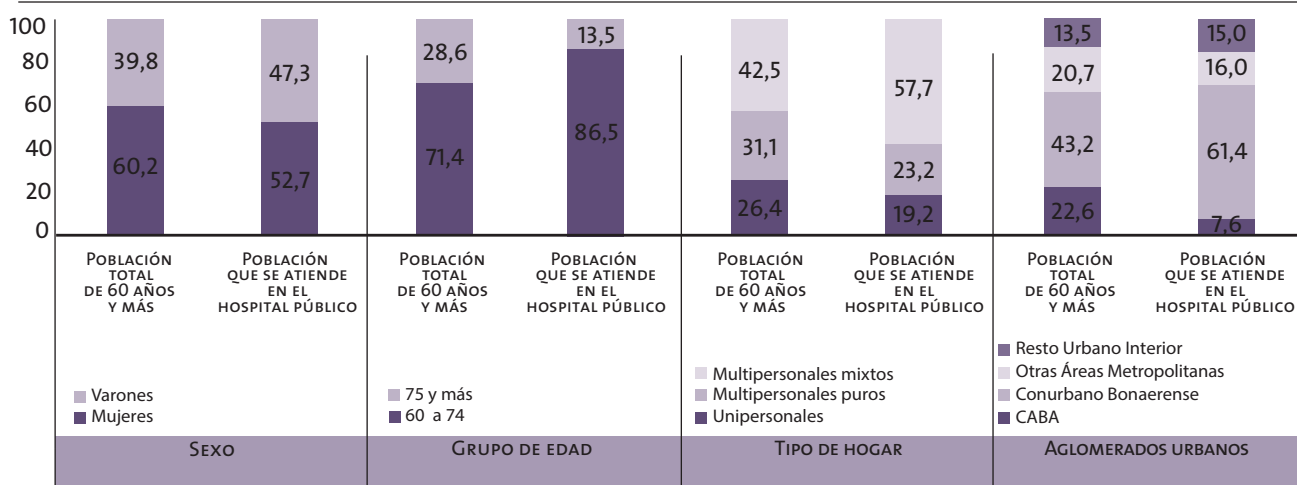
FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

años de edad y el 28,6% tiene 75 años o más. Es decir que tiene más peso demográfico la población de mayores de 60-74 años entre quienes utilizan este sistema de atención en salud que en el conjunto de la población. Cabe señalar que, además, entre quienes recurren al hospital público, los de 75 años y más tienen una participación que es la mitad de la participación que presentan en el total de la población de mayores.

Con referencia a la distribución por tipo de hogar, se observa que el 57,7% de los que hicieron uso del hospital público vive en hogares multipersonales mixtos, mientras que el 23,2% vive en hogares multipersonales puros y el 19,2% vive solo. Así, el tipo de hogar aparece asociado con la utilización del hospital público en la última consulta médica realizada, dado que en la población general se observan valores que difieren de esta distribución: el peso de los hogares mixtos es menor en la población general que entre quienes utilizan el hospital público. En conclusión, suelen acudir en mayor medida al hospital público las personas mayores que conviven con menores de 60 años.

Por áreas geográficas, las cifras recogidas establecen que el 61,4% de quienes utilizan el hospital público reside en el Conurbano Bonaerense; mientras que el 16% lo hace en Otras Áreas Metropolitanas; el 15% en el Resto Urbano Interior; y apenas el 7,6% reside en la Ciudad de Buenos Aires. Puede decirse, por lo tanto, que el peso del Conurbano Bonaerense difiere significativamente entre la población total de mayores y

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

aquella que utiliza el hospital público, siendo considerablemente más alto en la población de mayores que se atiende por hospital público (ver Figura 3.1.1).

Al contemplar las variables de la estratificación social y el nivel educativo alcanzado, se observa que el 81,7% de las personas mayores que hacen uso del hospital público tiene hasta secundario incompleto, mientras que el 18,3% registra secundario completo y más. Estos porcentajes son bien diferentes en el total de la población, dado que el 60,7% de las personas mayores tiene hasta secundario incompleto, mientras que el 39,3% restante tiene secundario completo y más. Vale decir, entre las personas mayores que se atienden en hospital público, son más numerosas las que no terminaron el nivel secundario que en el total de la población de 60 años y más.

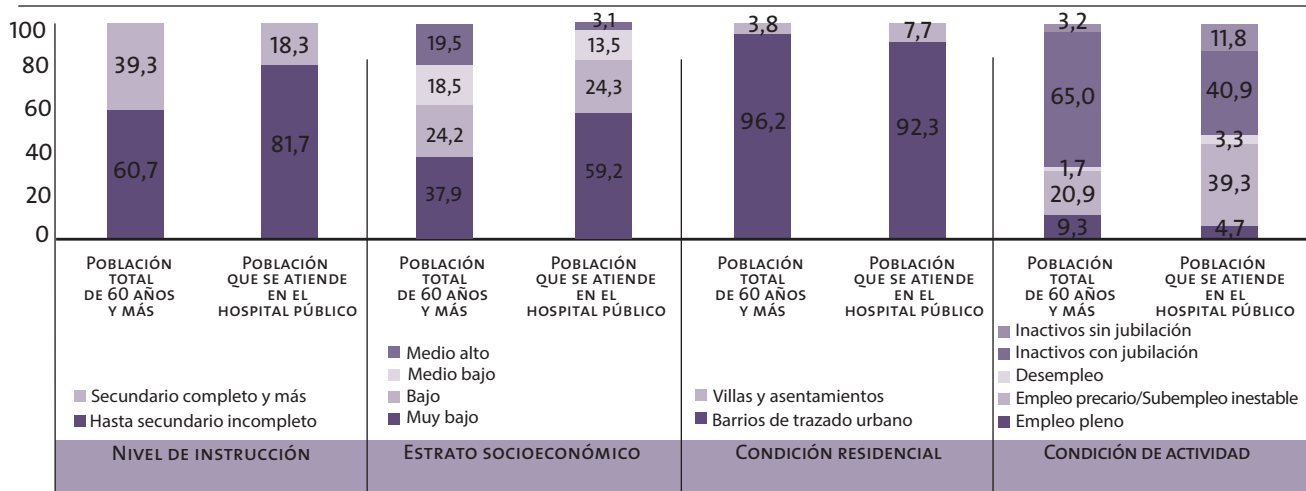
Considerando el nivel socioeconómico de las personas mayores, también se observan diferencias. Concretamente, el 59,2% de quienes asistieron al hospital público pertenece al estrato muy bajo; el 24,3% pertenece al estrato bajo; el 13,5% proviene del estrato medio bajo; y solo el 3,1% se ubica en el estrato medio alto. Sin duda, la diferencia en la participación de los estratos socioeconómicos medio alto y muy bajo en la población total de mayores y la población que recurre al hospital público es muy significativa. Ello se aprecia en el conjunto de mayores, donde el 37,9% pertenece al estrato

muy bajo; el 24,2% al estrato bajo; el 18,5% al estrato medio bajo; y el 19,5% al estrato medio alto. Aunque es claro que el peso del estrato muy bajo es mucho mayor entre quienes recurren al hospital público, no puede dejar de señalarse que el 40% de quienes allí reciben atención en salud no pertenecen al estrato muy bajo, y que el 17% pertenece a los estratos medios.

Por último, en cuanto a la condición residencial, el 7,7% de las personas mayores que se atienden en el hospital público vive en villas o asentamientos precarios, siendo ese porcentaje del 3,8% en la población total. De este modo, entre quienes concurren al hospital público, el peso de los residentes en villas o asentamientos precarios casi duplica el registrado en el total de la población de mayores.

Acerca de la situación económica, en estudios anteriores hemos señalado la diversidad de fuentes de ingresos de los hogares de las personas mayores, provenientes tanto del mercado de trabajo como del sistema previsional y/o de ayudas monetarias y no monetarias (ODSA-UCA, 2017:8). En cuanto a la situación ocupacional, pueden considerarse diversas situaciones en las personas mayores, como tener empleo pleno, empleo precario o inestable, y/o estar desempleado; constituyendo, cada una de estas circunstancias, perfiles de situaciones diversas al momento de contar con recur-

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



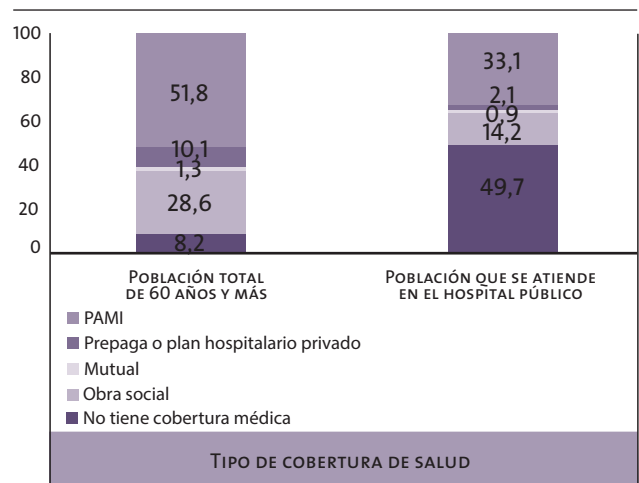
FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

monetarios para hacer frente a la atención sanitaria. En este sentido, del conjunto de personas mayores que se atienden en el hospital público, el 39,3% tiene empleo precario o subempleo inestable, mientras que el 3,3% se halla desocupado, y el 4,7% posee empleo pleno. Esta distribución es ligeramente distinta a la observada en la población total, donde el 20,9% tiene empleo precario/subempleo inestable, el 1,7% se encuentra desocupado y el 9,3% tiene empleo pleno. Por su parte, el 40,9% de las personas mayores que se atiende en el hospital público es inactiva y cuenta con cobertura previsional, mientras que el 11,8% es inactivo sin jubilación. Estos porcentajes también presentan una distribución disímil en el total de la población, donde el 65% es inactivo con cobertura previsional y el 3,2% es inactivo sin cobertura previsional (ver Figura 3.1.2). Otra variable analítica destacada es el uso del hospital público según el tipo de cobertura de salud de las personas mayores. He aquí los principales resultados. En principio, corresponde aclarar que el 49,7% de las personas mayores que se atienden en el hospital público no posee cobertura médica; mientras que el 33,1% se halla cubierto por PAMI y el 14,2% accede a cobertura por obra social. Estos valores no se corresponden con los de la población total, donde se observa que el porcentaje de quienes no tienen cobertura médica es

mucho más reducido (8,2%) y la proporción de quienes cuentan con cobertura de PAMI u obra social es mucho más elevada (51,8% y 28,6%, respectivamente). Indudablemente, el hospital público presta servicios de salud a un importante porcentaje de la población que no cuenta con cobertura médica, aunque cabe desta-

TIPO DE COBERTURA DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN ATENCIÓN EN EL HOSPITAL PÚBLICO

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Personas de 60 años y más.

	Wald	Sig.	Exp(B)
Ingresos			
50% inferior *50% superior	39,35	**	2,059
Acceso a la atención sanitaria			
Cobertura por PAMI *Obra social/mutual	,31		1,055
Cobertura por sistema público *Obra social/mutual	770,11	**	49,562
Escolarización			
Hasta secundario incompleto *Secundario completo y más	30,50	**	1,985
Estado de la vivienda y el entorno físico			
Viviendas con déficits *Viviendas adecuadas	44,34	**	2,035
Déficits de acceso a infraestructura urbana *Infraestructura urbana adecuada	7,66	**	1,306
Aspectos sociodemográficos			
Personas de 60 a 74 años *75 años y más	12,50	**	1,482
Mujeres *Varones	27,41	**	,626
Hogares unipersonales *Hogares de personas mayores puros	1,100		1,142
Hogares multipersonales mixtos *Hogares de personas mayores puros	,598		,912
Conurbano Bonaerense *Ciudad de Buenos Aires	4,338	**	1,416
Otras Áreas Metropolitanas *Ciudad de Buenos Aires	,456		,885
Resto Urbano Interior *Ciudad de Buenos Aires	,427		1,132

* Categoría de comparación **p valor <0,1 *** p valor <=0,2 **** p valor >0,2

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

car que también hacen uso del hospital público personas que cuentan con otros prestadores de salud, como PAMI u otra obra social (ver Figura 3.1.3).

Corresponde dar cuenta a continuación de los factores sociales que inciden en las probabilidades de atenderse a través del sistema público de salud.

Previsiblemente, la variable que más incide es el tipo de cobertura sanitaria. Así, más probabilidades tienen de atenderse en hospitales o centros de salud de este tipo quienes tienen cobertura por el subsistema público únicamente. Sin embargo, aun controlando el efecto de tener o no cobertura por obra social o prepaga, es evidente que se atienden en el hospital público las perso-

nas mayores cuyos ingresos son más bajos², las que han tenido menos oportunidades educativas, y además las personas mayores que registran déficits estructurales en el acceso a una vivienda adecuada y las que residen en entornos con problemas de acceso a infraestructura urbana. En definitiva, el sistema público provee cobertura en salud más frecuentemente a las personas mayores que residen en los hogares del 50% inferior en la estructura de distribución de ingresos, a las que han tenido escasas oportunidades de formarse y a las que se ven privadas de acceso a una vivienda digna y a la infraestructura urbana.

En este caso, también inciden los siguientes factores sociodemográficos: el sexo del entrevistado, su edad y su lugar de residencia. Ello se ve reflejado en tres resultados: por un lado, en la menor probabilidad de atención en el sistema público por parte de las mujeres respecto de los varones; en segundo lugar la mayor propensión

2 Además es preciso mencionar que la cobertura por sistema público y el nivel de ingresos se encuentra fuertemente correlacionado, de allí que parte del efecto del nivel socioeconómico pueda quedar subsumido en el efecto que tiene la variable de cobertura de salud y viceversa.

de las personas de 60-74 años respecto de sus pares de 75 años y más; y por otro lado, en la mayor probabilidad de atención médica en el sistema público por parte de las personas mayores que residen en el Conurbano Bonaerense en comparación con las que habitan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (ver Figura 3.A).

3.2. Las personas mayores que se atienden en PAMI

Como se aprecia en la Figura 3.1 representan, el 32,4% de las personas mayores las que han recurrido al PAMI como prestador de salud en la última consulta realizada, cuyos perfiles sociodemográficos, socioeconómicos, psicosociales y de acceso a la atención en salud damos a conocer a continuación.

Los principales resultados de la distribución por sexo de las personas mayores que hicieron en PAMI la última consulta médica indican que el 65,1% de esa población son mujeres; distribución que difiere en la población total de mayores, donde los varones representan el 41,9% y, por lo tanto, las mujeres son el 58,1%. Como se ve, es mayor el peso demográfico de las mujeres en ambos casos pero es aún mayor entre quienes se atendieron por PAMI.

La distribución por grupo de edad indica, asimismo, que el 65,4% de la población que realizó su última consulta en tal prestador posee entre 60 y 74 años, de lo

que se deduce que el 34,6% tiene 75 años o más. Esta distribución también difiere de la registrada por la población total de 60 años y más, donde tienen un peso mayor los de 60-74 años (72,8%) y por lo tanto un peso menor los que tienen 75 años o más (27,2%). En suma, en el conjunto de personas mayores que se atienden por PAMI se verifica una presencia superior de la población de más de 74 años.

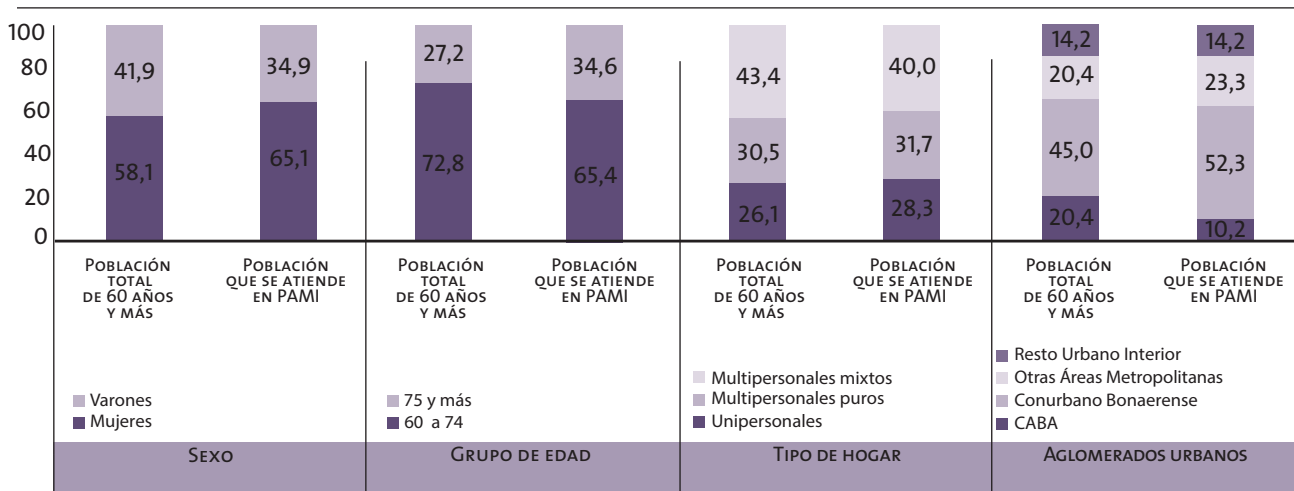
Cotejando los arreglos residenciales, se advierte que el 40% de quienes utilizaron PAMI vive en hogares multipersonales mixtos, mientras que el 31,7% pertenece a hogares multipersonales puros y el 28,3% vive solo. Esta distribución es similar a la detectada en la población total, donde los valores registrados son 43,4%, 30,5% y 26,1%, respectivamente.

En cuanto a la distribución por áreas geográficas de quienes se atienden por PAMI, reside en el Conurbano Bonaerense el 52,3% de las personas mayores, mientras que el 10,2% vive en la Ciudad de Buenos Aires, el 23,3% en Otras Áreas Metropolitanas y el 14,2% en el Resto Urbano Interior. Por lo tanto, el peso relativo de las personas mayores que residen en el Conurbano Bonaerense es bastante más elevado entre quienes se atienden por PAMI que en la población total de este grupo etario. Paralelamente, el peso relativo de las personas que residen en la Ciudad de Buenos Aires es bas-

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN ATENCIÓN EN PAMI

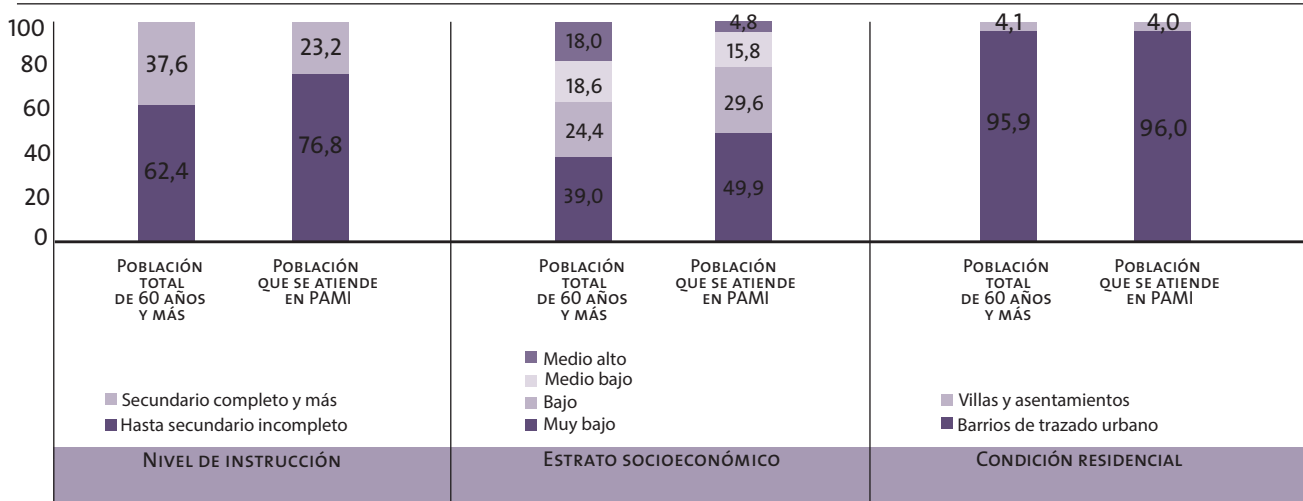
FIGURA 3.2.1

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

tante menor, mientras que la distribución es similar en Otras Áreas Metropolitanas y en el Resto Urbano Interior (ver Figura 3.2.1).

Es decir que en la composición demográfica de los usuarios de PAMI presentan un mayor peso relativo las mujeres y quienes residen en el Conurbano Bonaerense respecto del conjunto de la población total de personas mayores.

Damos a conocer seguidamente los principales resultados obtenidos mediante el cotejo de las variables en la estratificación social. Según el nivel de instrucción alcanzado, el 76,8% de las personas mayores que realizaron su última consulta médica por PAMI tiene hasta secundario incompleto, mientras que el 23,2% posee secundario completo y más. Esta distribución varía respecto del total de la población, donde el 62,4% registra hasta secundario incompleto y el 37,6% restante completó el secundario o alcanzó un nivel de instrucción superior. Es decir que existe mayor peso de quienes no terminaron el secundario entre las personas mayores que hicieron por PAMI su última consulta médica que en la población total de mayores.

Con relación al nivel socioeconómico, se verifica que el 49,9% de quienes se atendieron por PAMI pertenece al estrato muy bajo (casi la mitad), frente al 29,6%

perteneciente al siguiente estrato, es decir, al bajo, y frente al 15,8% de personas mayores del estrato medio bajo y al escaso 4,8% perteneciente al estrato medio alto. Esta distribución revela algunas diferencias en la comparación hecha con el conjunto de la población total, donde los resultados señalan que pertenece al estrato muy bajo el 39% (una diferencia de alrededor de 10 p.p.), al bajo pertenece el 24,4%, al medio bajo, el 18,6%, y al estrato medio alto el 18%. Como bien puede apreciarse, existen diferencias significativas en la participación de los estratos muy bajo y muy alto, siendo mayor el peso demográfico de las personas provenientes de los estratos muy bajo, bajo y medio bajo que en la población total.

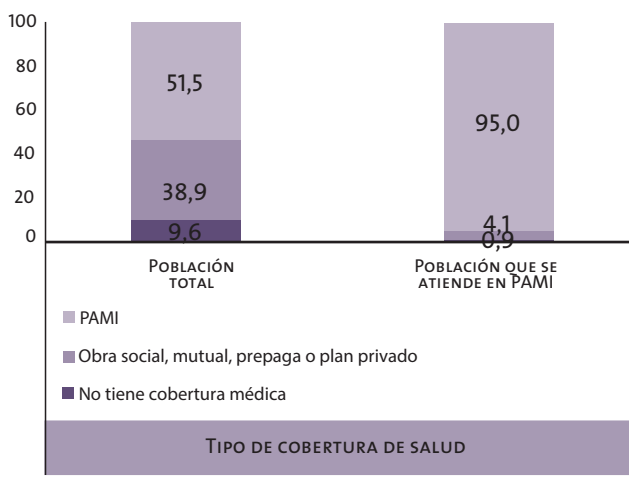
Por último, merece mencionarse que de las personas mayores que se atienden mediante los servicios de PAMI, el 4% vive en villas y asentamientos, un porcentaje similar al de residentes en este tipo de urbanización en el grupo total de mayores.

Estos resultados, junto con los presentados en el primer Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores (2015), ponen de manifiesto que el PAMI es utilizado principalmente por los sectores socioeconómicos más vulnerables: personas de los estratos más bajos y las que no completaron el nivel secundario de

TIPO DE COBERTURA DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN ATENCIÓN EN PAMI

FIGURA 3.2.3

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

instrucción. Sin embargo, no debería soslayarse que también recurren a este prestador de salud una parte de los sectores medios (ver Figura 3.2.2)³.

Otro aspecto destacable es la atención mediante los servicios de PAMI según el tipo de cobertura de salud. En este caso, los principales resultados indican que el 95% de las personas mayores que se atienden en PAMI tiene esta cobertura médica con exclusividad, mientras que el 4,1% cuenta con otra obra social o posee cobertura médica mediante mutual o prepaga. Estos porcentajes distan en gran medida de los registrados por la población total de personas mayores. Se concluye, pues, que casi la totalidad de quienes usan PAMI son personas mayores que cuentan únicamente con este prestador de servicios de salud (ver Figura 3.2.3).

Por último, investigamos en distintos tipos de nece-

³ Tanto en la población que se atiende por el hospital público como la que se atiende por PAMI, es mayor la presencia de los estratos bajo y muy bajo. Sin embargo, y tal como puede observarse en las Figuras 3.1.2 y 3.2.2, mientras que en la población que acude al hospital público la presencia de dichos estratos es del 59,2%, entre quienes se atienden por PAMI esa participación es del 49,9%.

sidades los niveles de satisfacción e insatisfacción revelados por las personas mayores que se atienden por PAMI. Al respecto, más de la mitad (54%) de quienes se atienden a través de este prestador considera que sus necesidades económicas se encuentran poco o nada satisfechas; un peso bastante mayor que el de los insatisfechos con tales necesidades en el total poblacional de personas mayores. En fin, entre quienes utilizan PAMI, la insatisfacción económica es más marcada que en la población total de 60 años y más.

Análogos resultados arroja el cotejo de las necesidades de recreación y de atención en salud. Específicamente, el 35,8% de quienes utilizan PAMI declara que sus necesidades de recreación se encuentran poco o nada satisfechas; un porcentaje algo más elevado que en el total de personas mayores. Por el lado de las necesidades de atención en salud, el 27,3% de quienes utilizan PAMI considera estas necesidades poco o nada satisfechas; y también aquí hay más insatisfechos entre quienes utilizan PAMI que en el total de personas mayores. Por el contrario, el peso de quienes ven poco o nada satisfechas sus necesidades de afecto y cariño coincide entre las personas que se atienden por PAMI (15%) y el total de mayores (ver Figura 3.2.4).

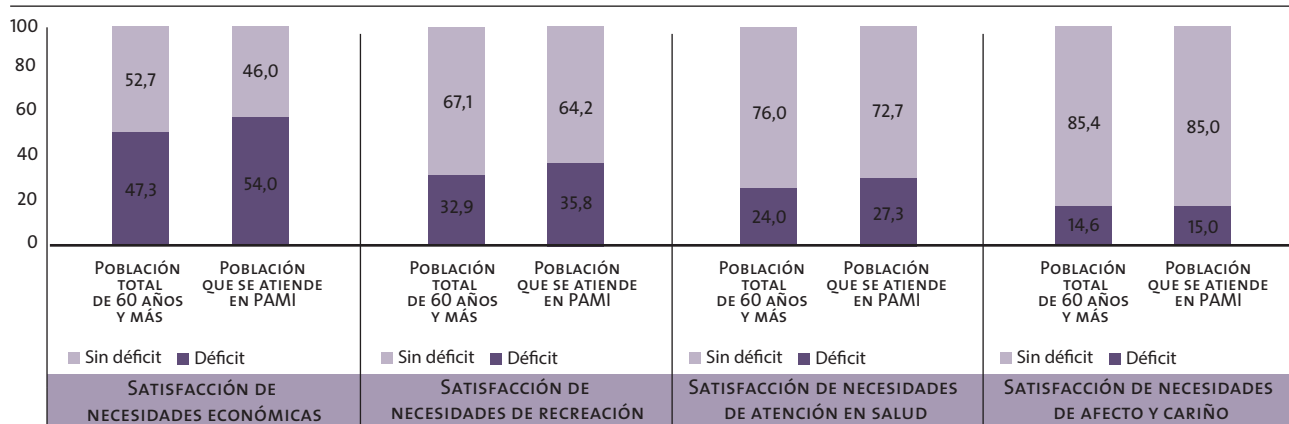
Al revisar la incidencia de los determinantes sociales en utilizar la prestación de PAMI, y como es de esperar, se vuelve a evidenciar la preponderancia de tener cobertura de salud a través de este prestador. Huelga decirlo: quienes tienen cobertura por PAMI son quienes presentan mayor propensión a atenderse por PAMI.

Como se mostró en el apartado anterior las personas mayores que residen en los hogares de más bajos ingresos o en viviendas inconvenientes o con problemas de acceso a infraestructura urbana son más proclives a utilizar el sistema de salud público que sus pares de sectores menos vulnerables. Como correlato de ello se evidencia aquí que pertenecer a los sectores más vulnerables disminuye las probabilidades de atenderse por PAMI (si se lo compara con la probabilidad de atenderse por obras sociales o incluso por el sistema público). No obstante, cuando se es mayor con escasos recursos educativos aumenta la probabilidad de atenderse por este prestador (PAMI) respecto de quienes han logrado finalizar la escuela media. Respecto de los factores demográficos, también las mujeres muestran probabilidades más altas de realizar su consulta mé-

PERFIL DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE LA POBLACIÓN DE MAYORES SEGÚN ATENCIÓN EN PAMI

FIGURA 3.2.4

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

PROBABILIDADES DE ATENCIÓN EN PAMI

FIGURA 3.B

Año 2010-2016

Personas de 60 años y más.

	Wald	Sig.	Exp(B)
Ingresos			
50% inferior *50% superior	2,37	***	,896
Acceso a la atención sanitaria			
Cobertura por PAMI *Obra social/mutual	728,98	**	4,089
Cobertura por sistema público *Obra social/mutual	118,10	**	,113
Escolarización			
Hasta secundario incompleto *Secundario completo y más	127,74	**	2,039
Estado de la vivienda y el entorno físico			
Viviendas con déficits *Viviendas adecuadas	12,32	**	,763
Déficits de acceso a infraestructura urbana *Infraestructura urbana adecuada	,01	**	,993
Aspectos sociodemográficos			
Personas de 60 a 74 años *75 años y más	38,90	**	,699
Mujeres *Varones	58,67	**	1,505
Hogares unipersonales *Hogares de personas mayores puros	,01		,994
Hogares multipersonales mixtos *Hogares de personas mayores puros	3,71	**	,876
Conurbano Bonaerense *Ciudad de Buenos Aires	114,42	**	2,553
Otras Áreas Metropolitanas *Ciudad de Buenos Aires	108,02		2,612
Resto Urbano Interior *Ciudad de Buenos Aires	55,64	**	2,138

* Categoría de comparación **p valor <0,1 *** p valor <=0,2 **** p valor >0,2

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

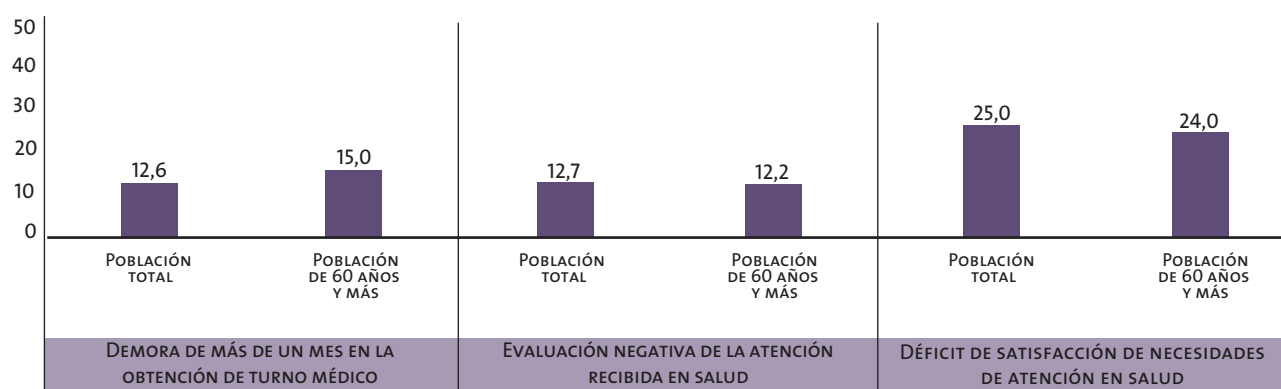
dica anual a través de PAMI que los varones; mientras que el subgrupo de menor edad tiene menos chances de utilizar este prestador que las personas mayores de 75 años y más. También quienes viven fuera de la Ciudad de Buenos Aires tienen más probabilidad de recurrir a los servicios de PAMI que quienes residen en esa ciudad (ver Figura 3.B).

4. CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La calidad de la atención en salud es un concepto dinámico y polisémico. Dinámico, porque articula ámbitos institucionales diversos, entre otros la cultura de una organización, el clima laboral de los servicios de salud, la respuesta a los problemas de los pacientes y la perspectiva de los usuarios sobre la atención recibida. La construcción de su sentido diferirá si su enunciador es la comunidad científica, los profesionales, los usuarios de los servicios de salud o la opinión pública. También es un término multidimensional, tal como mostró A. Donabedian al incorporar, además de la calidad técnica, la relevancia de otras dos dimensiones: interpersonal y servicios. Al tomar en cuenta la perspectiva de los sujetos involucrados, ya sean proveedores y/o usuarios, las dimensiones sociales y culturales de la atención médica se incorporan a la calidad de la atención (Petracci, 2004: 3).

Resulta presumible que la calidad de la atención recibida es una de las dimensiones que merece ser considerada por el investigador cuando su objeto de estudio es la salud de las personas mayores, amén de que esta evaluación desde la perspectiva del usuario es cada vez más común en este campo. En este apartado presentamos los perfiles sociodemográficos, socioeconómicos y psicosociales de las personas mayores en relación a los indicadores que dan cuenta de la calidad de la atención recibida en salud (demoras en la obtención de turnos, evaluación de la atención recibida en salud y satisfacción de las necesidades de atención en salud). En cuanto a los indicadores que dan cuenta de la calidad de la atención recibida, solo 1 de cada 10 personas mayores ha manifestado haber tenido que soportar demoras de más de un mes en la obtención de un turno médico, una proporción similar a la registrada en el grupo de la poblacional total. En cuanto a la evaluación negativa de la calidad de la atención recibida, también 1 de cada 10 personas mayores registra una evaluación negativa al respecto, valor idéntico al obtenido en la población total. Por último, con relación al déficit de satisfacción de necesidades de atención en salud, debe reconocerse que 1 de cada 4 personas mayores manifiesta insatisfacción, y lo hace en similar proporción que la contabilizada en la población total de 18 años y más (ver Figura 4.1).

FIGURA 4.1
DEMORAS EN LA OBTENCIÓN DE TURNOS MÉDICOS, EVALUACIÓN NEGATIVA DE LA ATENCIÓN RECIBIDA Y DÉFICIT DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD SEGÚN GRUPO GENERACIONAL
 Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 18 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

4.1. Demora en la obtención de turnos médicos

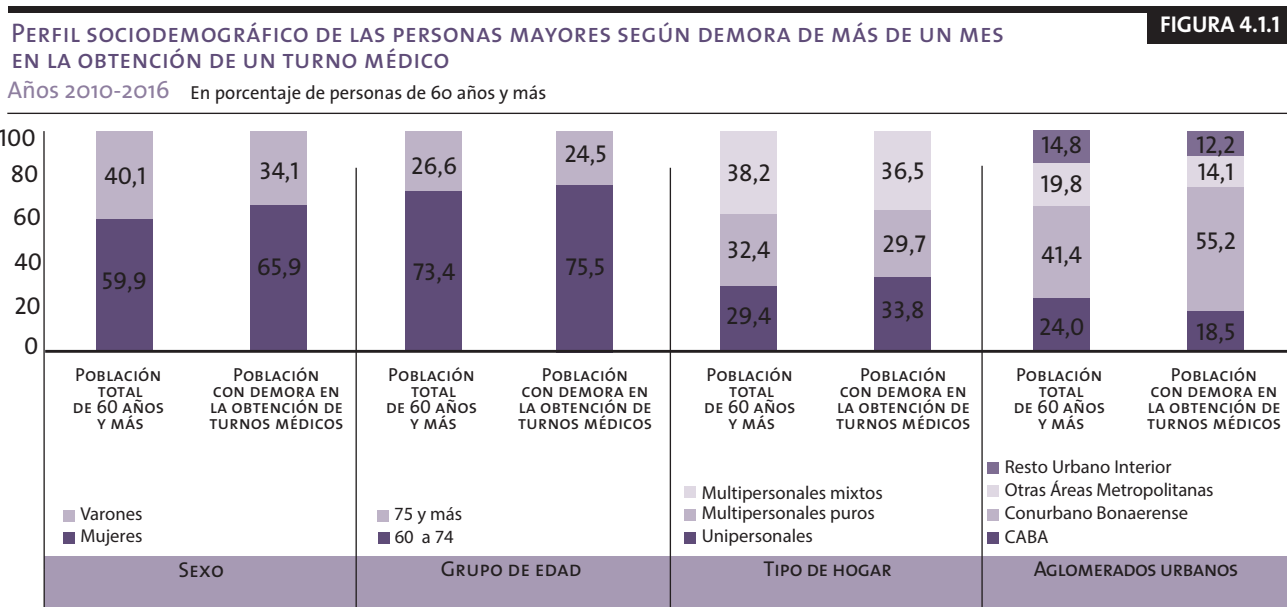
El indicador aquí utilizado expresa la calidad de la atención en salud mediante la demora de más de un mes en la obtención de un turno médico. Vale recordar, en este contexto, que los siguientes resultados se brindan en pos de contribuir al diagnóstico y diseño de políticas públicas para mejorar la situación de calidad de la atención en salud recibida por las personas mayores en los casos que así lo requieran. Con este propósito, en la EDSA se indaga cuánto tiempo tuvo que esperar la persona para ser atendida la última vez que pidió turno con un médico especialista, distinguiendo si esa demora fue de hasta una semana, más de un mes o más de dos meses. Tal como refleja la Figura 4.1, el 15,0% de las personas mayores refiere haber tolerado demoras superiores a un mes en la obtención de un turno.

En cuanto a las variables atinentes a la composición sociodemográfica, el 65,9% de las personas mayores que han sufrido dicha demora son mujeres, un porcentaje algo superior al obtenido en la población total, donde las mujeres representan el 59,9%. No se registran diferencias sustanciales en la distribución por grupos de edad cuando se coteja el conjunto de personas mayores y la población de mayores que debió esperar más de un mes en la obtención de un turno

médico. Tampoco surgen diferencias relevantes entre las personas mayores y el total poblacional conforme al tipo de hogar: dentro de la población afectada por demoras de más de un mes en la obtención de un turno, las personas mayores que viven en hogares multipersonales mixtos constituyen el 36,5%; mientras que el 29,7% pertenece a hogares multipersonales puros y el 33,8% vive solo. En este caso, con relación a la población total, son las personas mayores que viven solas las que tienen un peso relativo mayor entre los afectados por la demora en la obtención de turnos.

El análisis de la distribución por aglomerados urbanos pone en evidencia que si bien el Conurbano Bonaerense reúne mayor peso poblacional en el conjunto de personas mayores, su peso en el grupo que ha tolerado demoras de más de un mes en la obtención de un turno médico es aún mayor: el 55,2% de los afectados por estas demoras reside en dicho aglomerado, un porcentaje bastante superior al del total poblacional de mayores allí residentes, que es el 41,4% (ver Figura 4.1.1).

Revisando la estratificación social y el nivel educativo alcanzado, se observa que el 72,7% de las personas que esperaron más de un mes para obtener un turno no tiene finalizada su instrucción secundaria, por lo que el 27,3% registra nivel secundario completo

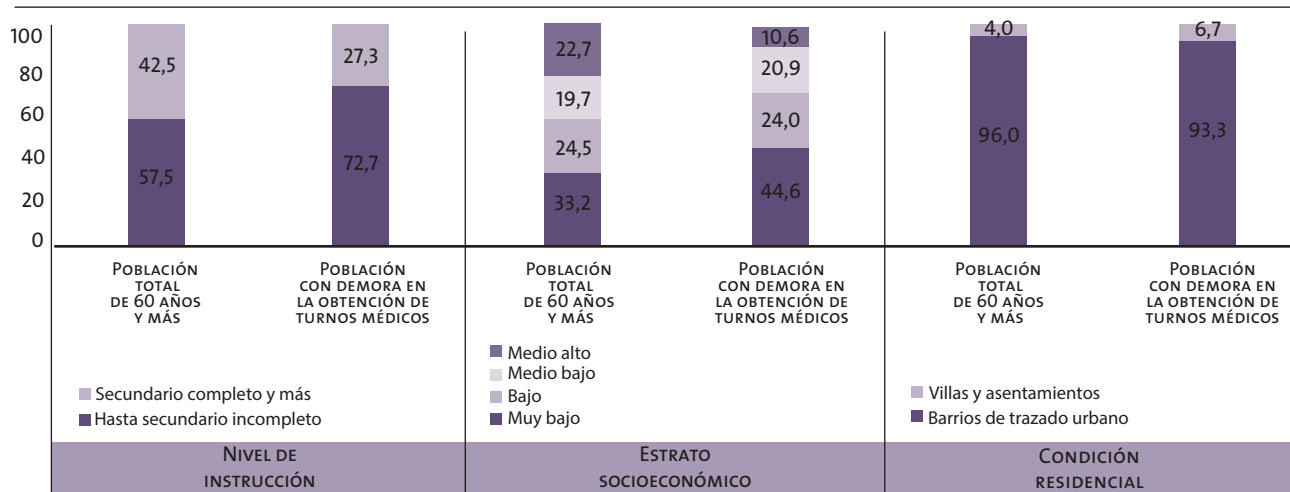


FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

PERFIL SOCIOECONÓMICO DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN DEMORA DE MÁS DE UN MES EN LA OBTENCIÓN DE UN TURNO MÉDICO

FIGURA 4.1.2

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

y más. Estos porcentajes de la población mayor de 60 años muestran variaciones significativas respecto de la población total, siendo posible argumentar que las oportunidades educativas alcanzadas tienen incidencia en la atención de la salud, dado que, como advertimos en estudios anteriores, cuanto menor es su nivel de formación, más dificultades debe afrontar la persona mayor para alcanzar una atención sanitaria de calidad.

La comparación de estratos socioeconómicos de los afectados por demoras de más de un mes en la obtención de turnos médicos revela que el 44,6% pertenece al estrato muy bajo y el 10,6% al medio alto; valores disímiles a los obtenidos en la población total (33,2% y 22,7%, respectivamente). Puede decirse, entonces, que la posición económica también tiene incidencia en los indicadores de atención sanitaria de las personas mayores.

Por último, al evaluar la condición residencial, se advierte que tiene su hogar en villas o asentamientos el 6,7% de quienes sufren demora de más de un mes en la obtención de un turno médico, siendo tal porcentaje bastante superior al registrado en la población total, donde asciende al 4% (ver Figura 4.1.2).

Esta clase de demora para conseguir un turno médico

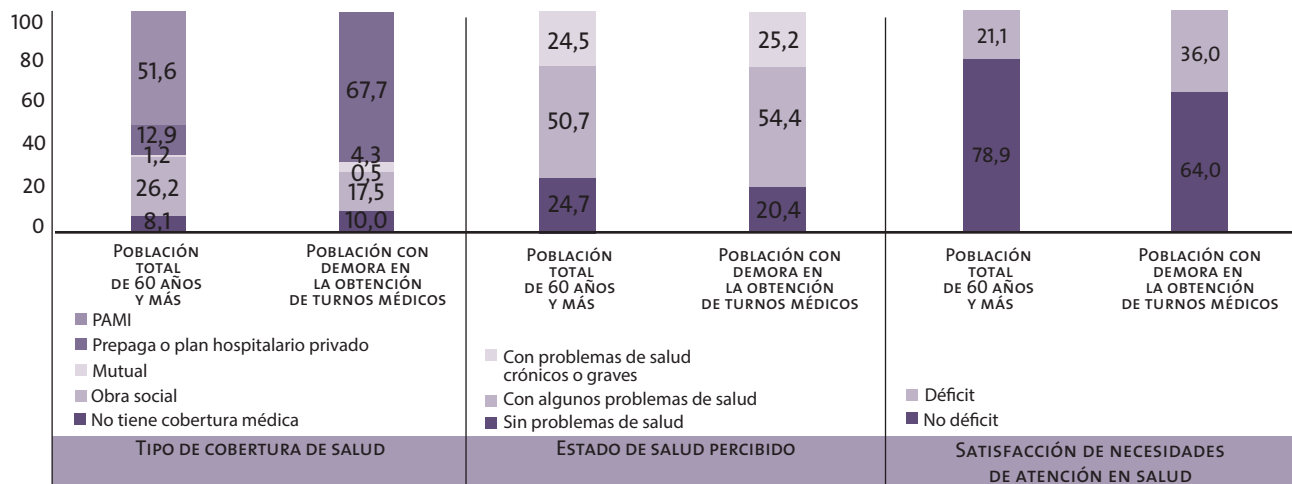
presenta además las siguientes características. Al considerar el tipo de cobertura de salud, se advierte que se atiende por PAMI el 67,7% de quienes manifiestan haber tolerado dicha demora; porcentaje bastante superior al registrado para la población total (51,6%); mientras que tiene cobertura médica de obra social/mutual el 18%, porcentaje bastante inferior al peso proporcional de quienes tienen obra social en la población total. Por último, el 10% de las personas mayores que manifiesta haber soportado tal demora no posee cobertura médica, porcentaje levemente superior al que se aprecia en el total de la población.

En cuanto al estado de salud percibido, de todos los afectados por demoras de más de un mes en la obtención de un turno, los que declaran tener problemas de salud crónicos o graves constituyen el 25,2%, valor muy aproximado al que registra el total de esta población (24,5%).

Asimismo, responde como insatisfechas sus necesidades de atención en salud el 36% de las personas mayores afectadas por demoras de más de un mes en la obtención de un turno, porcentaje ampliamente superior al registrado en la población total de este grupo etario (21,1%). Esto permite concluir que esta clase de demoras es un indicador que hace a la calidad

PERFIL DE CONDICIONES DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN DEMORA DE MÁS DE UN MES EN LA OBTENCIÓN DE UN TURNO MÉDICO

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

de la atención recibida en salud de las personas mayores (ver Figura 4.1.3).

Complementariamente, tienen más participación que en la población total del grupo las siguientes personas mayores: las mujeres, los individuos que viven en el Conurbano Bonaerense, los que han tenido menos oportunidades educativas y los pertenecientes al estrato socioeconómico muy bajo. Por otra parte, también están sobrerrepresentadas las personas mayores cuya cobertura de salud es PAMI y aquellas que declaran insatisfechas sus necesidades de atención en salud.

4.2. Evaluación de la atención recibida en salud

Para indagar la atención médica recibida desde la perspectiva de los usuarios (en este caso las personas mayores), la Encuesta de la Deuda Social Argentina formula una pregunta que indica la calificación que dicha atención les mereció durante la última consulta realizada. En este sentido, se trata de investigar el perfil de las personas mayores que evalúan negativamente la atención recibida en la última consulta realizada, considerando como “negativa” las respuestas de regular, mala y muy mala calidad de la atención.

Pues bien, interpretando las variables que dan cuenta de la composición demográfica, la distribución por sexo muestra que el 59,3% de quienes adhieren a esa

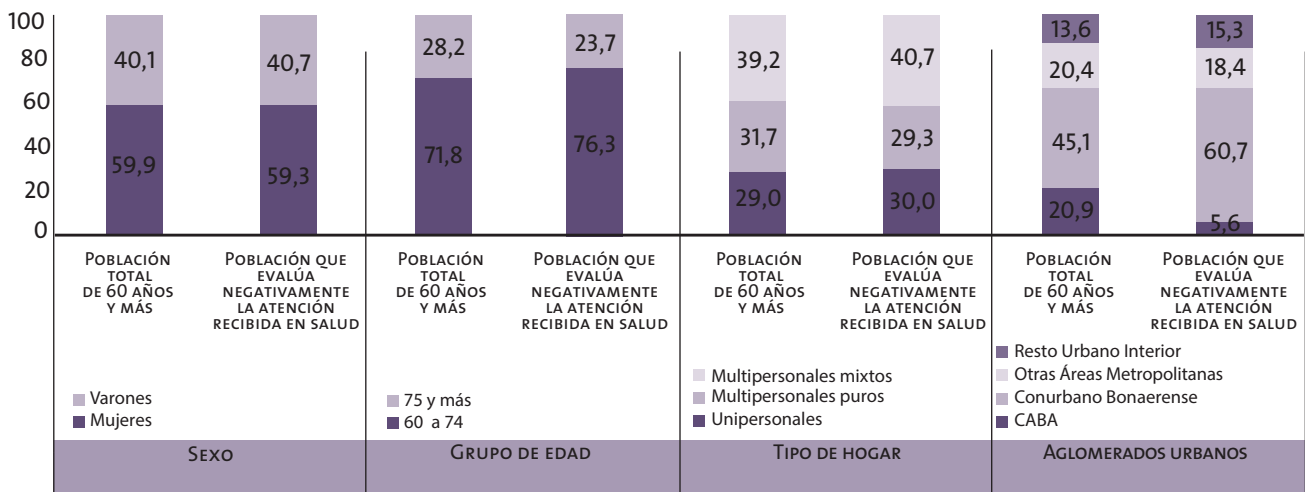
respuesta negativa son mujeres (40,7% varones); números que no varían sustancialmente en la distribución por sexo de la población total. A su vez, respecto de la edad, el 76,3% resultan ser personas de 60 a 74 años, mientras que el resto (23,7%) de quienes responden negativamente tienen de 75 años en adelante. Estos valores son levemente disímiles a los obtenidos en la distribución por edad dentro de la población total, donde el 71,8% son personas de 60 a 74 años y el 28,2% restante tiene 75 o más. Se puede señalar, pues, que la evaluación negativa de la calidad de la atención recibida en salud se incrementa en las personas de 60 a 74 años. Esta exigencia característica de las personas mayores de edad inferior tiende luego a disminuir, en la medida que acepta las condiciones de atención de salud existentes y reduce el grado de exigencia sobre las mismas (ODSA-UCA, 2015).

Otra de las variables consideradas para describir a quienes evalúan en forma negativa la calidad de la atención recibida es el tipo de hogar, cuyo cotejo muestra una equivalencia muy clara en la distribución respecto de la población total. Por otro lado, la distribución por áreas urbanas permite asegurar que el 60,7% de las personas mayores que manifiestan disconformidad reside en el Conurbano Bonaerense, porcentaje considerablemente superior al computado como población de mayores

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN EVALUACIÓN NEGATIVA DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN SALUD

FIGURA 4.2.1

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

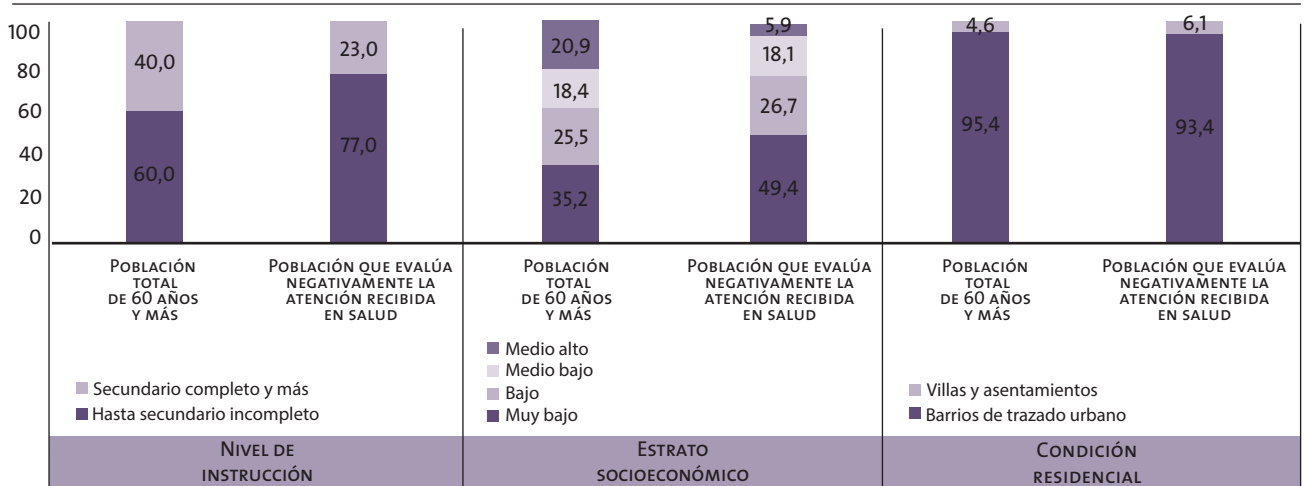
residentes en este aglomerado (45,1%). Por último, solo el 5,6% de quienes consideran mala o regular su atención en salud reside en la Ciudad de Buenos Aires, mientras que los residentes en la CABA son el 20,9% de la población general de mayores (ver Figura 4.2.1).

Las variables que informan sobre la estratificación social revelan los siguientes resultados. Al considerar el nivel de instrucción alcanzado, se advierten diferenciales significativos en la composición de la población con evaluación negativa de la calidad de la atención en

PERFIL SOCIOECONÓMICO DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN EVALUACIÓN NEGATIVA DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN SALUD

FIGURA 4.2.2

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

salud recibida. Efectivamente, el 77% de las personas mayores que evalúan negativamente la atención recibida no ha finalizado el secundario, mientras que el 23% restante declara haber hecho el secundario completo y más. Estos valores son bien diferentes a los computados en la distribución de la población total por nivel educativo, donde la proporción es de 60% hasta secundario incompleto y 40% secundario completo y más; es decir que al interior de la población que evalúa de forma negativa la calidad de la atención recibida, es mayor la participación de quienes no han completado el nivel de instrucción secundaria que en la población total.

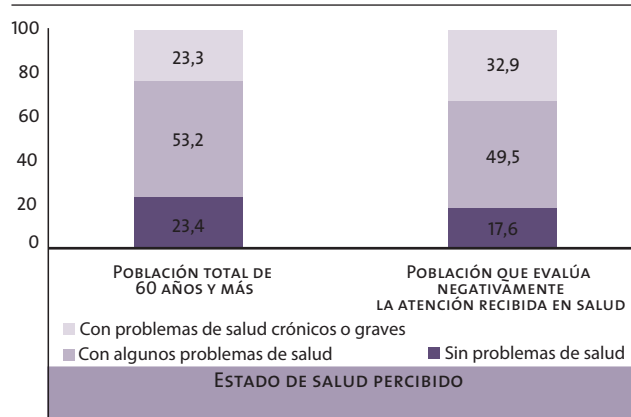
La proporción es elocuente: de cada 2 mayores que se declaran inconformes con la atención recibida, 1 pertenece al estrato muy bajo (el 49,4%). La proporción disminuye al cotejar el resultado en el estrato bajo, donde los que manifiestan inconformidad representan el 26,7%. En el otro extremo, se declara disconforme con la atención apenas el 5,9% de las personas mayores entrevistadas del estrato medio alto. Esta distribución socioeconómica difiere ampliamente de la registrada para el total de personas mayores. Ahora, según su condición residencial, el perfil de las personas mayores que en materia de salud evalúan negativamente la calidad de la atención recibida se completa informando que el 6,1% de los disconformes reside en villas o asentamientos precarios, con un peso superior

al existente en el total poblacional (ver Figura 4.2.2).

Por último, según la percepción que tienen de su estado de salud los mayores que evalúan negativamente la calidad de la atención recibida, el 32,9% afirma padecer alguna enfermedad crónica o grave o bastantes problemas de salud, porcentaje bastante más alto que el registrado en el total poblacional (23,3%). En cambio, entre los disconformes, el peso de los que responden “sin problemas de salud” (17,6%) es mucho menor que en el total de mayores (ver Figura 4.2.3).

¿Cuáles son, entonces, los factores que inciden en los riesgos de tener que afrontar una mala calidad de atención en materia de salud? Dentro de los factores sociodemográficos, desempeña un rol significativo el dinamismo del contexto residencial: es más pronunciado el riesgo de mala atención para quienes viven fuera de la Ciudad de Buenos Aires que para el resto. Desde luego, resultan relevantes también las oportunidades de escolarización, donde el riesgo aumenta para las personas de escasos recursos educativos; y el acceso a infraestructura urbana, factor donde el mayor riesgo es corrido por quienes no cuentan con acceso a tal tipo de infraestructura. Además presentan mayor probabilidad de evaluar de manera negativa la calidad de la atención recibida quienes pertenecen al grupo de 60 a 74 años (en relación con la percepción de los de mayor edad); mientras que el sexo y el tipo de hogar no resultan estadísticamente significativos para describir los determinantes de esta evaluación (ver Figura 4.A).

FIGURA 4.2.3
PERFIL DE CONDICIONES DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN EVALUACIÓN NEGATIVA DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN SALUD AÑOS 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016).
 Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

4.3. La insatisfacción de las necesidades de atención en salud

Más allá del estado de salud percibido, sea este sin problemas o revelador de una salud muy comprometida, todas las personas mayores tienen la necesidad –básica, sin duda– de ser bien atendidas cuando acuden a un consultorio. Acerca de cuán satisfechas o insatisfechas vieron sus necesidades en tal sentido las personas encuestadas, debe reconocerse que una de cada 4 respondió estar poco o nada satisfecha. Es una proporción elevada, no solo porque afecta a muchos, sino también por el gasto tanto público como privado destinado a tal efecto.

Cuando se cotejan los resultados por sexo, si bien las mujeres predominan entre las personas mayores poco o nada satisfechas en sus necesidades de atención, ello no ocurre en mayor medida que en el total de este gru-

**DETERMINANTES PRINCIPALES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA.
(CALIDAD DE LA ATENCIÓN MALA O REGULAR)**

FIGURA 4.A

Año 2010-2016

Personas de 60 años y más.

	Wald	Sig.	Exp(B)
Ingresos			
50% inferior *50% superior	,02		1,022
Acceso a la atención sanitaria			
Cobertura por PAMI *Obra social/mutual	2,388	***	,815
Cobertura por sistema público *Obra social/mutual	,136		1,072
Escolarización			
Hasta secundario incompleto *Secundario completo y más	9,03	**	1,527
Estado de la vivienda y el entorno físico			
Viviendas con déficits *Viviendas adecuadas	,85		1,160
Déficits de acceso a infraestructura urbana *Infraestructura urbana adecuada	7,37	**	1,372
Aspectos sociodemográficos			
Personas de 60 a 74 años *75 años y más	3,78	**	1,293
Mujeres *Varones	,019		,985
Hogares unipersonales *Hogares de personas mayores puros	,94		1,150
Hogares multipersonales mixtos *Hogares de personas mayores puros	,47		,899
Conurbano Bonaerense *Ciudad de Buenos Aires	27,78	**	3,675
Otras Áreas Metropolitanas *Ciudad de Buenos Aires	12,88	**	2,559
Resto Urbano Interior *Ciudad de Buenos Aires	17,40	**	3,102

* Categoría de comparación **p valor <0,1 *** p valor <=0,2 **** p valor >0,2

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

po poblacional. Tampoco es diferente la distribución por grupo de edad, puesto que entre las personas que consideran sus necesidades poco o nada satisfechas, el peso de quienes tienen 75 años o más casi equipara el registrado en la población total del grupo etario.

El análisis por tipo de hogar evidencia las siguientes peculiaridades: de cada 4 personas mayores con sus necesidades de atención insatisfechas, 3 viven acompañadas y 1 vive sola; proporciones, éstas, similares a las reflejadas por su peso demográfico en el total poblacional de mayores. Sin embargo, cuando se repara en el conjunto de personas de más de 60 años que viven acompañadas y se distingue entre quienes conviven exclusivamente con otras personas mayores (hogares multipersonales puros) y quienes viven con personas más jóvenes (hogares multipersonales mixtos), se observa con claridad que el peso de estos últi-

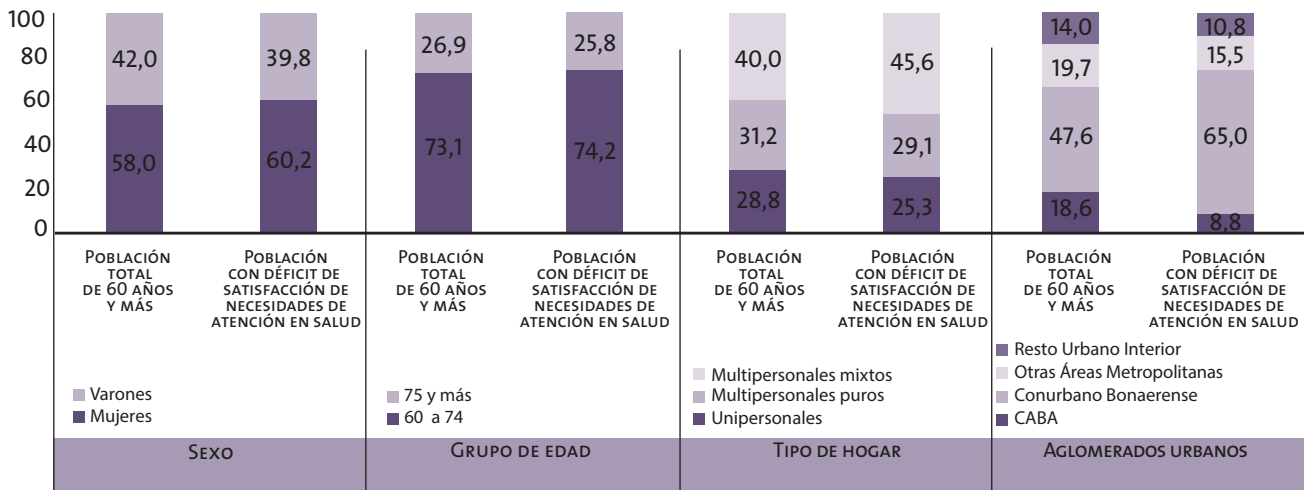
mos entre los insatisfechos (45,6%) supera el registrado en la población total de mayores. También entre las personas insatisfechas, los mayores que viven solos son menos que en la totalidad del grupo.

Las regiones geográficas revelan, asimismo, que 2 de cada 3 individuos mayores insatisfechos (65%) residen en el Conurbano Bonaerense. Nuevamente, un porcentaje significativo por ser más elevado que el registrado en el conjunto del grupo poblacional. Distintos son los resultados en el Interior del país: tanto las Otras Áreas Metropolitanas como las ciudades medias pesan relativamente menos entre los insatisfechos que en el total de personas mayores. El caso extremo es Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde reside el 8,8% de las personas mayores insatisfechas con su atención sanitaria, porcentaje que se halla muy por debajo de su peso demográfico en el

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN DÉFICIT DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD

FIGURA 4.3.1

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

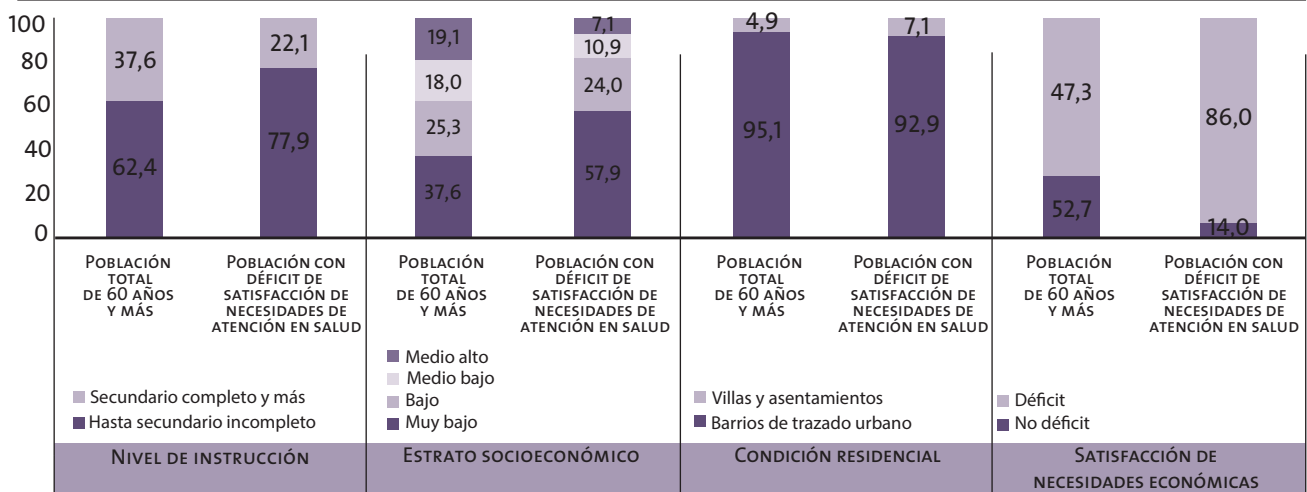
total poblacional de mayores (ver Figura 4.3.1). Los factores atinentes a la estratificación social caracterizan visiblemente el perfil de quienes se reconocen afectados por un déficit en la satisfacción de necesidades de atención en salud. Así, aun reconociendo que el

22,1% de las personas mayores con insatisfacción de necesidades de atención en salud ha tenido acceso a las mejores oportunidades educacionales (secundario completo y más), su peso es notoriamente inferior que en la población total del grupo (37,6%). En correspon-

PERFIL SOCIOECONÓMICO DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN DÉFICIT DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD

FIGURA 4.3.2

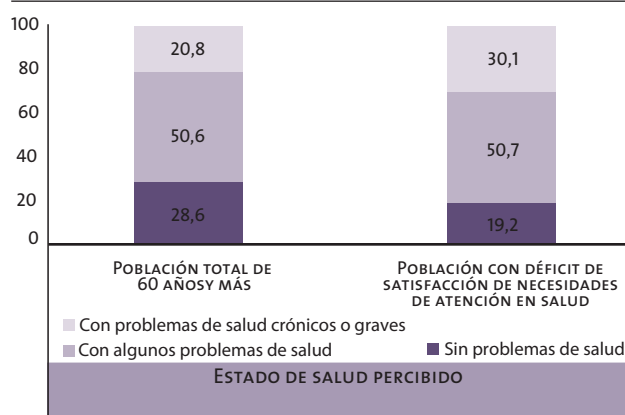
Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

FIGURA 4.3.3

PERFIL DE CONDICIONES DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN DÉFICIT DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD
Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016).
Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

dencia con ello, el 77,9% de las personas insatisfechas en esta dimensión exhiben menos credenciales educativas (el secundario incompleto como máximo nivel de instrucción); y su peso es mucho mayor que el correspondiente en la población total de mayores (62,4%). He aquí un dato que merece atención, pues aproxima al lector a la idea de cuánto protege una mejor educación ante el riesgo de hallarse insatisfecho con la atención de la propia salud.

Como se ha dicho antes, la descripción se aprecia mejor cuando son introducidos en el análisis los diferentes estratos socioeconómicos. De hecho, más de la mitad (el 57,9%) de los individuos insatisfechos de este grupo etario pertenecen al estrato muy bajo; y 1 de cada 4 (24%) pertenece al estrato bajo. Dicho en otros términos: pertenecen a los estratos muy bajo y bajo 3 de cada 4 personas que declaran sus necesidades de atención poco o nada satisfechas; y solo 1 de cada 4 que así declara pertenece a los estratos medios, especialmente al medio bajo. Solamente el 7,1% de las personas mayores insatisfechas proviene del estrato medio alto, aun cuando su peso demográfico en el total de personas mayores es mucho más elevado (casi el triple). Vale agregar que el peso de los estratos medios (medio bajo y medio alto) en el total de personas mayores representa el 37,1%; y cuando se considera solo a los insatisfechos su peso disminuye al 28%. Por último, el 7,1% de las personas mayores insatisfechas tiene su hogar en villas o asentamientos precarios, porcentaje superior al de su peso demográfico en el total de personas mayores (ver Figura 4.3.2).

Ahora bien, la participación del grupo de mayores con necesidades económicas insatisfechas dentro de la población de personas que consideran poco o nada satisfechas sus necesidades de atención sanitaria alcanza al 86,0%, valor que casi duplica su peso en el total de personas mayores. Cabe pensar, en consecuencia, que la satisfacción de las necesidades económicas “protege” contra la insatisfacción en materia de atención en salud (ver Figura 4.3.2).

Con respecto a la percepción sobre la propia salud, entre los poco o nada satisfechos con la atención recibida en salud, el peso demográfico de quienes perciben su salud comprometida es mayor que en el total poblacional del grupo. Y en contrapartida, el peso

de los “sin problemas de salud” disminuye entre los insatisfechos. De todas maneras, una de cada 2 personas mayores insatisfechas se percibe como con “algunos problemas de salud”, proporción que resulta similar a la obtenida en el total de personas mayores (ver Figura 4.3.3).

Lo dicho hasta aquí sobre las personas mayores con necesidades de atención en salud poco o nada satisfechas resume y sintetiza la caracterización del grupo que se enfrenta a tal situación. La exploración de los determinantes sociales de su insatisfacción resulta elocuente como modo de explicación y aporte a las reflexiones en torno a la proyección de políticas de salud.

Los resultados de la EDSA expresan que las desigualdades más amplias surgen del acceso diferencial a cuestiones estructurales tales como la vivienda, la atención sanitaria, las oportunidades educativas, el contexto residencial y el nivel de ingresos del hogar. Además, resultan significativas las desigualdades vinculadas con atributos demográficos como el sexo y el tipo de hogar.

En lo que atañe al análisis de la desigualdad provocada por los diferentes niveles de ingresos, se evidencia que el riesgo de encontrar sus necesidades de atención en salud poco o nada satisfechas entre quienes pertenecen a los hogares de más bajos ingre-

**DETERMINANTES PRINCIPALES DE LA INSATISFACCIÓN
DE LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD**
Año 2010-2016

FIGURA 4.B

Personas de 60 años y más.

	Wald	Sig.	Exp(B)
Ingresos			
50% inferior *50% superior	9,96	**	1,419
Acceso a la atención sanitaria			
Cobertura por PAMI *Obra social/mutual	1,32		,897
Cobertura por sistema público *Obra social/mutual	21,00	**	1,798
Escolarización			
Hasta secundario incompleto *Secundario completo y más	22,574	**	1,623
Estado de la vivienda y el entorno físico			
Viviendas con déficits *Viviendas adecuadas	31,82	**	1,869
Déficits de acceso a infraestructura urbana *Infraestructura urbana adecuada	3,89	**	1,184
Aspectos sociodemográficos			
Personas de 60 a 74 años *75 años y más	1,91	***	,879
Mujeres *Varones	4,54	**	1,190
Hogares unipersonales *Hogares de personas mayores puros	2,80	**	,837
Hogares multipersonales mixtos *Hogares de personas mayores puros	1,88	***	,862
Conurbano Bonaerense *Ciudad de Buenos Aires	26,32	**	2,135
Otras Áreas Metropolitanas *Ciudad de Buenos Aires	,43		1,114
Resto Urbano Interior *Ciudad de Buenos Aires	,00		,998

* Categoría de comparación **p valor <0,1 *** p valor <=0,2 **** p valor >0,2

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Personas de 60 años y más. Los ingresos (50% inferior) es mayor que el de quienes ocupan posiciones más acomodadas (50% superior) en la estructura de distribución del ingreso. Asimismo, en las desigualdades en el tipo de cobertura de salud, se verifica que las personas mayores con cobertura mediante el sistema público corren más riesgos de ver poco o nada satisfechas sus necesidades de atención en salud que las personas mayores cuya cobertura es por obra social, mutual o prepaga. En cuanto a las personas mayores que residen en hogares con déficit en la calidad de la vivienda o con dificultades para acceder a la infraestructura urbana, también tienen un riesgo más elevado de ver insatisfechas sus necesidades de atención en salud que quienes residen en condiciones habitacionales y de entorno adecuadas. También quienes han tenido menores oportunidades educativas tienen mayor probabilidad de encontrar poco o nada satisfechas sus necesidades de atención

en salud que quienes han finalizado la educación media. Por su parte, las personas mayores residentes en el Conurbano Bonaerense presentan más probabilidades de no satisfacer sus necesidades de atención en salud que sus pares de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En cuanto a la incidencia de las variables demográficas encontramos que las mujeres mayores tienen menos probabilidad de evaluar como poco o nada satisfechas sus necesidades en esta materia que sus pares varones y lo mismo ocurre con quienes viven solos (en relación con quienes cohabitan con otros mayores).

En este enfoque, es preciso resaltar una vez más que las desigualdades más pronunciadas se hallan estrechamente ligadas a las condiciones estructurales de vida y a la distribución desigual de poder, ingresos y oportunidades (ver Figura 4.B).

5. EL ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL DE LA POBREZA Y LOS INDICADORES DE SALUD

En el Boletín anterior (ODSA-UCA, 2017) se argumentó suficientemente sobre la inconveniencia de utilizar el enfoque de pobreza por ingresos en la población de personas mayores. Se presentaron, en cambio, ventajas y conveniencias en el uso del enfoque denominado *multidimensional*, precisamente porque en vez de tratar el problema de la medición de la pobreza de modo unidimensional, como hace el enfoque por ingresos donde todo se reduce a esa sola dimensión, se aborda la pobreza desde una multiplicidad de dimensiones aptas para investi-

gar sus matices y facetas. Helas aquí: 1) Alimentación adecuada, 2) Cobertura de Salud, 3) Acceso a Servicios Básicos, 4) Vivienda Digna, 5) Accesos Educativos, y 6) Empleo y Seguridad Social. En este apartado abordaremos específicamente la medición de la dimensión referida a Cobertura de Salud. En nuestro Boletín anterior (ODSA-UCA, 2017) se han trabajado dos dimensiones más: Alimentación adecuada y Empleo y Seguridad Social. A continuación, se incluyen dos tablas; la primera presenta las dimensiones de derechos utilizadas (se trabaja con 3 de las 6 dimensiones que incluye el índice) y la segunda reproduce los indicadores y umbrales de privación que en ellas se consideran.

TABLA 1: DEFINICIONES DE DIMENSIONES DE DERECHOS SOCIALES

ALIMENTACIÓN ADECUADA: Considera que el acceso por parte del hogar a una alimentación adecuada supone como mínimo no pasar privaciones en las porciones necesarias de comida por motivos económicos.

COBERTURA DE SALUD: Considera la dotación de recursos frente a situaciones de riesgo en salud; su condición deficitaria se define a partir de la situación en que algún componente del hogar no tiene ningún tipo de cobertura de salud y donde el hogar tuvo que reducir gastos en consultas y/o en medicamentos por motivos económicos.

EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL: Considera como carencia asociada al derecho a un empleo decente y a la seguridad social la situación en que un hogar no cuenta con ningún integrante con empleo con aportes a la seguridad social ni con ninguna jubilación o pensión contributiva.

Fuente: Bonfiglio, J. y Salvia, A. (2016: 9).

TABLA 2: DEFINICIONES DE INDICADORES Y UMBRALES DE CARENCIAS EN LAS DISTINTAS DIMENSIONES DEL ESPACIO DE DERECHOS

ALIMENTACIÓN ADECUADA	INSEGURIDAD ALIMENTARIA	Expresa la reducción involuntaria de la porción de comida y/o la percepción frecuente de experiencias de hambre por problemas económicos durante los últimos 12 meses.	Hogares que por motivos económicos han reducido porciones de comida de sus integrantes en los últimos 12 meses.
COBERTURA DE SALUD	RECORTES EN GASTOS DE SALUD	Expresa los recortes en gastos en el hogar, tanto en atención médica como en medicamentos, por motivos económicos.	Hogares que en los últimos 12 meses recortaron gastos en atención médica o medicamentos.
	SIN COBERTURA DE SALUD	Situación en la que los integrantes del hogar no poseen cobertura de salud, teniendo acceso únicamente al sistema público.	Hogares con al menos un integrante sin cobertura médica (obra social, medicina prepaga, mutual, PAMI).
EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL	SIN APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL	Ningún aportante de ingresos en el hogar tiene un empleo registrado con aportes a la seguridad social.	Ningún ocupado en el hogar registra aportes a la seguridad social.
	NO ACCESO A LA JUBILACIÓN	Ninguna persona en el hogar accede a una jubilación o pensión contributiva.	Ningún adulto del hogar percibe jubilación o pensión contributiva.

Fuente: Bonfiglio, J. y Salvia, A. (2016: 10).

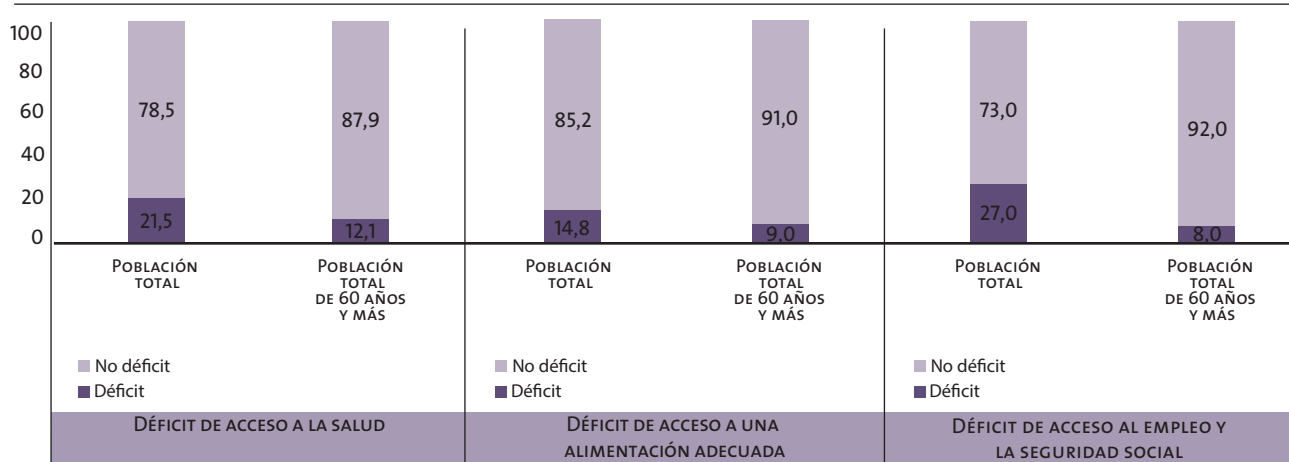
Estas dimensiones en un índice pueden ser utilizadas de dos maneras: i) considerar como personas que viven en hogares en condiciones de carencias/vulnerabilidad de derechos a quienes presentan al menos 1 de los 3 déficits, al estilo de las NBI; y ii) dependiendo de la cantidad de déficits, diferenciar entre personas mayores que residen en hogares con 1, 2 o 3 déficits. Especialmente, esta segunda manera permite indagar sobre el grado de hetero-

geneidad que respecto a la pobreza caracteriza a la población de personas mayores. Ahora bien, corresponde indagar primero en qué medida las personas mayores residen en hogares afectados por privaciones vinculadas con el acceso a la salud y evaluar luego cuál es el nivel de déficit agregado si se consideran tres dimensiones de carencias: 1) Alimentación adecuada, 2) Empleo y Seguridad Social, y 3) Acceso a la Salud⁴.

DÉFICIT DE ACCESO A LA SALUD, A UNA ALIMENTACIÓN ADECUADA Y AL EMPLEO Y LA SEGURIDAD SOCIAL SEGÚN GRUPO GENERACIONAL

FIGURA 5.1

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 18 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

Considerando el indicador de acceso a la salud según el enfoque multidimensional, encontramos que el 12,1% de las personas mayores reside en hogares con déficit en este aspecto, porcentaje equivalente a la población total de la provincia de Jujuy o de San Juan. A su vez, si se considera la población en su conjunto, se advierte que el nivel general de esta carencia es de 21,5%. Como se puede apreciar, al igual que sucede con los indicadores de acceso al empleo y la seguridad social y también a una alimentación adecuada, el nivel de carencia de las personas mayores en este aspecto es menor que el presentado en el conjunto de la población (ver Figura 5.1).

¿Qué proporción de personas mayores reside en hogares en condiciones de carencias/vulnerabilidad si se analiza las tres dimensiones en consideración? Al respecto, el 14,5% reside en hogares que presentan solo 1 de los 3 déficits; cuya magnitud es de 870.000 personas mayores, es decir, casi el volumen de la población de la provincia de Santiago del Estero. El 5,4% presenta 2 de estos 3 déficits: se trata de

324.000 personas mayores, el equivalente a la población de la provincia de La Rioja o del partido de Berazategui en el Conurbano Bonaerense. La máxima condición de vulnerabilidad –pobreza extrema, muy crítica teniendo en cuenta estos tres indicadores– es para el 1,2% de las personas mayores, es decir, 72.000, cantidad de personas equivalente a la población de San Pedro en Jujuy, de Río Grande en Tierra del Fuego, o del partido de La Costa en la provincia de Buenos Aires. De este modo, la proporción de personas mayores en hogares donde al menos se presenta una de estas 3 carencias asciende al 21,1%, contra el 15,1% que resultaba de considerar solo dos dimensiones –Alimentación adecuada y Empleo y Seguridad Social– (ODSA-UCA, 2017). Este 21,1% resultante de la aplicación de las tres dimensiones (incorporando Acceso a la Salud) se traduce en 1.266.000 personas mayores, población equivalente a los habitantes de la provincia de Entre Ríos o de Salta (ver Figura 5.2).

Tal como hemos hecho en los apartados anteriores, es preciso preguntarse cómo está conformado el grupo de personas mayores que residen en hogares con al menos una de las 3 carencias mencionadas. En primer lugar, se destaca que la población de mayores en hogares con al menos una de las 3 carencias está compuesta por mujeres en el 55,6% y

4 Las dimensiones de acceso a una Alimentación adecuada y a Empleo y Seguridad Social han sido trabajadas en *Los problemas económicos de las personas mayores. Una aproximación a las múltiples dimensiones de su vulnerabilidad* (ODSA-UCA, 2017).

PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS CON CARENCIAS EN LAS DISTINTAS DIMENSIONES DE DERECHOS SOCIALES (ACCESO A UNA ALIMENTACIÓN ADECUADA, AL EMPLEO Y LA SEGURIDAD SOCIAL Y A LA SALUD)

FIGURA 5.2

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más

	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Una carencia	14,5	14,5
Dos carencias	5,4	19,9
Tres carencias	1,2	21,1
Sin carencias	78,9	100,0
Total	100,0	

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

varones en el 44,4%; distribución similar a la del conjunto de personas mayores en general. En cambio, en el análisis por grupo de edad, el peso demográfico de las personas de 60-74 años y de 75 o más cambia significativamente al comparar la distribución que presenta el conjunto de personas mayores y el grupo de mayores que reside en hogares con una o más carencias. Así pues, mientras que el peso del grupo de menor edad es 73% en la población total, asciende a 82,9% en la población de quienes

presentan al menos una carencia. Además, sobresale el hecho de que 3 de cada 4 mayores residentes en hogares con al menos una de estas 3 carencias convive con personas de menor edad: porcentaje significativamente mayor al 58,3% detectado en el total poblacional del grupo etario. En contrapartida, quienes viven solos y quienes conviven únicamente con otras personas mayores son menos en la población afectada por carencias que en la de mayores en general. Particularmente, la brecha más profunda en el peso demográfico se encuentra en el grupo de quienes conviven únicamente con otras personas mayores: el 14,6% en la población de mayores con carencias y el 28,9% en el conjunto de personas de 60 años y más.

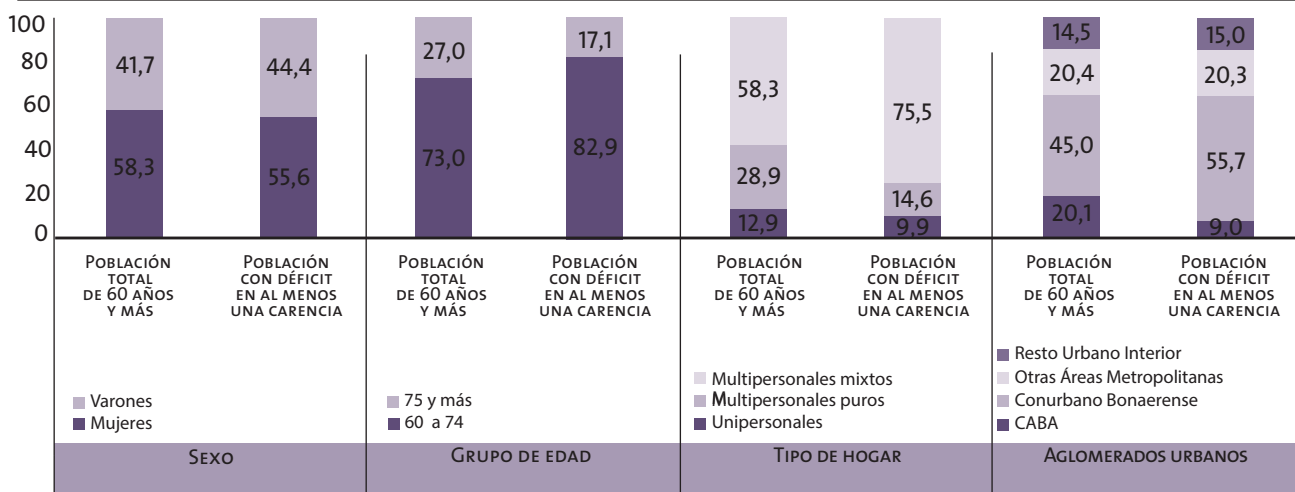
También se advierten brechas significativas en cuanto al peso de población en las distintas regiones, principalmente del Conurbano Bonaerense, cuyo peso demográfico es 10 p.p. superior en las personas con carencias que entre los mayores en general; y el de la Ciudad de Buenos Aires, donde la población de mayores con carencias representa la mitad del peso observado en la población en general (ver Figura 5.3).

En cuanto a las variables que predicen sobre la es-

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN CARENCIAS EN EL ACCESO A UNA ALIMENTACIÓN ADECUADA, A LA SALUD, Y AL EMPLEO Y LA SEGURIDAD SOCIAL

FIGURA 5.3

Años 2010-2016 En porcentaje de personas de 60 años y más



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

tratación social, surge de ellas que entre los mayores residentes en hogares con carencias, el 76,8% no han terminado el nivel secundario (un peso significativamente mayor al 54,9% verificado en la población de 60 años y más), mientras que el restante 23,2% registra secundario completo y más; proporción que se duplica en la población general de mayores. Por otro lado, algo que no sorprende, los pesos poblacionales de los distintos estratos sociales también difieren entre el grupo que presenta al menos una de las 3 carencias y el que presenta la población general. Más precisamente, encontramos que el peso del estrato muy bajo en la población con carencias es 1,8 veces el que presenta la población general; y en el otro extremo de la estratificación, el peso del estrato más alto es la cuarta parte del registrado en la población general de mayores.

Por último, diremos que el peso demográfico de la población en villas o asentamientos es el doble entre mayores con al menos 1 carencia que en la población mayor en general (ver Figura 5.4).

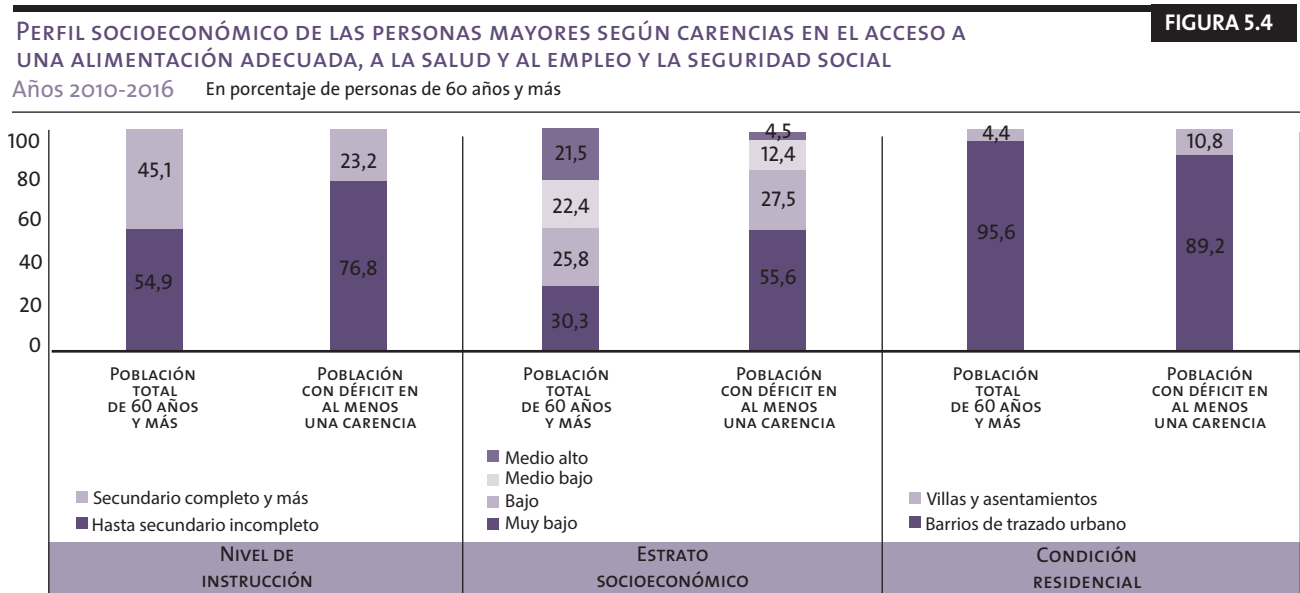
¿Cómo se relacionan las variables descriptivas utilizadas con las probabilidades de presentar condiciones de pobreza en materia de alimentación, acceso a la salud y al empleo y la seguridad social?

Una forma de dar respuesta a este interrogante po-

dría ser mediante la evaluación de coeficientes de asociación bivariados; es decir, observar la correlación entre el indicador de carencias y el sexo; o entre el indicador de carencias y el nivel de instrucción. Otra forma más compleja de evaluación sería analizar las asociaciones controlando el efecto de las otras variables. Para ello, aplicamos un modelo de regresión logística binaria que tiene como variable dependiente la que indica pobreza por alguna de las 3 carencias, y como variables independientes, las utilizadas como descriptoras de perfiles sociales.

En esta dirección, los resultados del modelo muestran, previsiblemente, que la variable de estrato socioeconómico es la de mayor capacidad explicativa: en el estrato muy bajo, los riesgos de presentar carencias en alguna de las dimensiones abordadas son 14 veces la que se presenta en las personas mayores del estrato medio alto. Y para las personas mayores del estrato bajo, ese riesgo es 6 veces el de sus pares etarios del estrato más alto.

Otra variable que aparece muy asociada al riesgo de presentar carencias de alimentación o de acceso a la seguridad social o de acceso a la salud es el tipo de hogar: las personas mayores que conviven con personas de menos de 60 años muestran un riesgo 3,5 veces superior al de sus pares que conviven solamen-



FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

te con otras personas mayores. También quienes viven solos presentan desventajas respecto a quienes conviven únicamente con personas mayores.

Muy asociada al riesgo de tener carencias de este tipo es la variable referida al contexto residencial. Se hallan más expuestos a padecer alguna de estas situaciones de carencia quienes viven en villas o asentamientos que quienes residen en barrios de trazado urbano.

Si se controlan todas estas variables, comparativamente el peso del lugar de residencia es más bajo que el del estrato socioeconómico, el del contexto residencial y el del tipo de hogar. Sin embargo, en comparación con quienes residen en la Ciudad de Buenos Aires, el hecho de vivir en el Conurbano Bonaerense implica mayor probabilidad de tener que tolerar carencias.

La edad también incide de forma significativa: las personas mayores más jóvenes (60-74 años) tienen

más chances de hallarse en situación de carencias que el grupo de 75 en adelante.

Contemplando el riesgo de presentar situaciones de carencia en el acceso a una alimentación adecuada, al empleo y la seguridad social y a la salud, es posible concluir que las personas mayores con los riesgos más elevados de padecer situaciones de pobreza son las que habitan en villas o asentamientos, las que tienen su hogar en el Conurbano Bonaerense, las que pertenecen al estrato muy bajo y, respecto de los arreglos residenciales, aquellas que conviven con generaciones más jóvenes o las que viven solas (ver Figura 5.A).

FIGURA 5.A

FACTORES ASOCIADOS A LA POBREZA POR FALTA DE ACCESO A UNA ALIMENTACIÓN ADECUADA, FALTA DE ACCESO AL EMPLEO Y LA SEGURIDAD SOCIAL O FALTA DE ACCESO A LA SALUD
Año 2010-2016

Personas de 60 años y más.

	Wald	Sig.	Exp(B)
Estrato socioeconómico			
Estrato medio bajo *Estrato medio alto	114,15	**	2,647
Estrato bajo *Estrato medio alto	386,50	**	6,025
Estrato muy bajo *Estrato medio alto	772,18	**	14,074
Nivel de instrucción			
Hasta secundario incompleto *Secundario completo y más	,183		1,025
Estado de la vivienda y el entorno físico			
Residentes en villas o asentamientos *Residentes en barrios de trazado urbano	27,643	**	1,501
Aspectos sociodemográficos			
Personas de 60 a 74 años *75 años y más	239,08	**	2,112
Mujeres *Varones	13,395	**	,868
Hogares unipersonales *Hogares de personas mayores puros	42,52	**	1,605
Hogares multipersonales mixtos *Hogares de personas mayores puros	624,08	**	3,580
Conurbano Bonaerense *Ciudad de Buenos Aires	12,59	**	1,272
Otras Áreas Metropolitanas *Ciudad de Buenos Aires	,03		,987
Resto Urbano Interior *Ciudad de Buenos Aires	,19		1,035

* Categoría de comparación **p valor <0,1 *** p valor <=0,2 **** p valor >0,2

FUENTE: EDSA-Bicentenario (2010-2016). Observatorio de la Deuda Social Argentina, UCA.

ANEXO: ESQUEMA DE DIMENSIONES, VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES DEPENDIENTES		
ESTADO DE SALUD PERCIBIDO	Medida subjetiva de la percepción de las personas acerca de su estado general de salud, noción que integra las dimensiones física, biológica y psicológica.	Porcentaje de personas de 60 años y más que perciben tener muchos o bastantes problemas de salud y/o padecer enfermedades crónicas o graves.
MALESTAR PSICOLÓGICO	Mide el déficit de las capacidades emocionales a través de la sintomatología ansiosa o depresiva de las personas. El malestar psicológico dificulta responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana, desenvolverse socialmente y tener relaciones satisfactorias con los otros.	Porcentaje de personas de 60 años y más que declaran síntomas de ansiedad y depresión integrados en una puntuación que indica riesgo moderado o alto de malestar psicológico en la escala KPDS-10.
DÉFICIT DE REALIZACIÓN DE CONSULTA MÉDICA	Mide la inasistencia a una visita profesional médica para realizar control, prevención o tratamiento durante el último año.	Porcentaje de personas de 60 años y más que afirman no haber realizado una consulta médica durante el último año.
DÉFICIT DE PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO	Se considera ejercicio físico el conjunto de acciones motoras, musculares y esqueléticas; habitualmente se asocia a cualquier actividad física que mejora y mantiene la aptitud física, la salud y el bienestar del individuo. El déficit de ejercicio físico mide la ausencia de esta práctica en forma periódica.	Porcentaje de personas de 60 años y más que afirman no realizar ejercicio físico por lo menos una vez por semana.
HÁBITO DE FUMAR	Práctica en la cual una sustancia es quemada y luego inhalada por medio de la combustión que desprenden las sustancias activas como la nicotina y es absorbida por el cuerpo a través de los pulmones.	Porcentaje de personas de 60 años y más que declaran fumar varios cigarrillos (manufacturados o armados) por semana o todos los días.

ATENCIÓN EN EL HOSPITAL PÚBLICO	Información que discrimina si el entrevistado dijo haber utilizado el hospital público/salita en su última consulta médica.	Porcentaje de personas de 60 años y más que acudieron a efectores públicos de salud (hospital público/ salita) en su última consulta médica durante el último año.
ATENCIÓN EN PAMI	Información que discrimina si el entrevistado dijo haber utilizado el sistema de salud de PAMI en su última consulta médica.	Porcentaje de personas de 60 años y más que acudieron a efectores de salud de PAMI en su última consulta médica durante el último año.
DEMORA DE MÁS DE UN MES EN LA OBTENCIÓN DE UN TURNO MÉDICO	Información brindada por los entrevistados sobre haber tenido que esperar más de un mes para la obtención de un turno médico.	Porcentaje de personas de 60 años y más que dijeron haber tenido que esperar más de un mes para la obtención de un turno médico.
EVALUACION NEGATIVA DE LA ATENCIÓN RECIBIDA EN SALUD	Mide la valoración subjetiva negativa de la calidad de la atención recibida en la última consulta médica realizada.	Porcentaje de personas de 60 años y más que valoran en forma negativa la calidad de la atención recibida en la última consulta médica realizada.
DÉFICIT DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD	Mide la percepción de satisfacción de diversas necesidades en la atención en salud.	Porcentaje de personas de 60 años y más que afirman tener déficit en la satisfacción de sus necesidades de atención en salud en los últimos seis meses.
VARIABLES INDEPENDIENTES		
SEXO	Se refiere al sexo del entrevistado	Varón Mujer
GRUPO GENERACIONAL	Se refiere al grupo de edad al que pertenece el encuestado	De 18 a 59 años De 60 años y más
GRUPO DE EDAD	Se refiere a la clasificación por edad de las personas mayores	De 60 a 74 años De 75 años y más

TIPO DE HOGAR	Permite clasificar los hogares donde residen las personas mayores según la conformación generacional de los mismos. Se identifican tres tipos.	<ul style="list-style-type: none"> - Hogares unipersonales: donde vive una sola persona de 60 años o más. - Hogares multipersonales puros: los unigeneracionales, donde solamente viven personas de 60 años o más. - Hogares multipersonales mixtos: los multigeneracionales, donde conviven personas de 60 años o más con personas de menor edad.
AGLOMERADOS URBANOS	Reconoce de manera nominal cuatro modalidades de concentración urbana, las cuales son representadas en la muestra y presentan un valor geoeconómico y geopolítico destacado.	<ul style="list-style-type: none"> - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Conurbano Bonaerense - Otras Áreas Metropolitanas - Resto Urbano Interior
CONDICIÓN RESIDENCIAL	Permite clasificar los hogares urbanos según su emplazamiento en diferentes espacios residenciales (barrios o vecindarios).	<ul style="list-style-type: none"> - Barrios con trazado urbano - Villas o asentamientos
ESTRATO SOCIOECONÓMICO	Constituye un índice factorial calculado a través del método de componentes principales categóricos (CATPTCA). Para ello se utilizan variables basales como el nivel educativo del jefe de hogar, el acceso a bienes y servicios de consumo durable del hogar y la condición residencial de la vivienda. El resultado de esta operación es un índice que a los fines del análisis se agrupa en cuatro niveles socioeconómicos.	<ul style="list-style-type: none"> - Medio alto - Medio bajo - Bajo - Muy bajo
INGRESOS	Hogares clasificados en dos categorías según el nivel de ingresos per cápita. El punto de corte es la mediana de ingresos per cápita del hogar.	<ul style="list-style-type: none"> - 50% inferior: Porcentaje de hogares cuyo ingreso per cápita es menor o igual a la mediana. - 50% superior: Porcentaje de hogares cuyo ingreso per cápita es mayor a la mediana.

VIVIENDAS CON DÉFICITS	<p>Viviendas que presentan uno o más indicadores de déficit (calidad constructiva de la vivienda; hacinamiento; déficit de servicio sanitario).</p> <p><i>Calidad constructiva de la vivienda:</i> Vivienda que por su estructura o materiales de construcción no cumple con las funciones básicas de aislamiento hidrófugo, resistencia, delimitación de los espacios, aislación térmica, acústica y protección superior contra las condiciones atmosféricas.</p> <p><i>Hacinamiento:</i> Número elevado de personas por cuarto habitable, lo cual afecta la salubridad y la privacidad de las personas.</p> <p><i>Déficit de servicio sanitario:</i> Situación en la que una vivienda no cuenta con baño, retrete, o en caso de tenerlo, carece de descarga mecánica o arrastre de agua.</p>	<p>- Porcentaje de personas de 60 años y más en hogares que presentan uno o más indicadores de déficit en la calidad de la vivienda.</p>
DÉFICIT DE ACCESO A INFRAESTRUCTURA URBANA BÁSICA	<p>Viviendas que presentan uno o más indicadores de déficit (carencia de calles pavimentadas, carencia de alumbrado público, falta de recolección periódica de residuos y/o carencia de desagües pluviales).</p>	<p>- Porcentaje de personas de 60 años y más en hogares que presentan uno o más indicadores de déficit de acceso a infraestructura urbana básica.</p>
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	<p>Variable dicotómica construida a partir del máximo nivel educativo alcanzado.</p>	<p>- Hasta secundario incompleto - Secundario completo y más</p>
PROYECTOS PERSONALES	<p>Percepción de incompetencia para proponerse metas y objetivos en procura del bienestar personal.</p>	<p>Porcentaje de personas de 60 años y más que declaran no tener proyectos personales.</p>
SENTIRSE POCO O NADA FELIZ	<p>Percepción negativa del estado de ánimo que produce en la persona una sensación de insatisfacción con su vida y tristeza.</p>	<p>Porcentaje de personas de 60 años y más que declaran sentirse poco o nada felices en su vida.</p>

REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES SOLIDARIAS O DE AYUDA	Medida objetiva de la realización efectiva de actividades solidarias o de ayuda (lectura para enfermos y no videntes; elaboración y reparación de artefactos para donar; costura y tejido para donar; ayuda en tareas escolares fuera del ámbito familiar, tareas de acompañamiento a personas solas; asesoramiento y transmisión de saberes).	Porcentaje de personas de 60 años y más que declaran realizar alguna de las actividades solidarias o de ayuda mencionadas.
DESEO DE REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES SOLIDARIAS O DE AYUDA	Medida objetiva del deseo de realización de algunas de las actividades solidarias o de ayuda mencionadas.	Porcentaje de personas de 60 años y más que declaran tener deseos de realizar alguna de las actividades solidarias o de ayuda mencionadas.
LIMPIAR, LAVAR, PLANCHAR	Medida objetiva de la realización efectiva de la tarea en el hogar referida a la limpieza, lavado y planchado.	Porcentaje de personas de 60 años y más que dicen realizar tareas de limpieza, lavado y planchado en el hogar.
HACER LA COMIDA, COCINAR	Medida objetiva de la realización efectiva de la tarea en el hogar referida a la preparación de la comida.	Porcentaje de personas de 60 años y más que dicen realizar tareas de preparación de la comida.
CUIDAR A NIÑOS O A OTROS CONVIVIENTES	Medida objetiva de la realización efectiva de la tarea en el hogar referida al cuidado de niños o de otros convivientes.	Porcentaje de personas de 60 años y más que dicen realizar tareas de cuidado de niños o de otros convivientes.
REALIZAR COMPRAS Y MANDADOS	Medida objetiva de la realización efectiva de la tarea doméstica referida a la realización de compras y mandados en almacenes y/o supermercados.	Porcentaje de personas de 60 años y más que dicen realizar tareas de compras y mandados en almacenes y/o supermercados.
REALIZAR ARREGLOS EN EL HOGAR	Medida objetiva de la realización efectiva de la tarea en el hogar referida a la realización de arreglos de artefactos del hogar y/o trabajos de jardinería.	Porcentaje de personas de 60 años y más que dicen realizar tareas de arreglos de artefactos del hogar y/o trabajos de jardinería.

REALIZACIÓN DE TAREAS EN EL HOGAR	Medida objetiva de la realización general, efectiva o no, de todas las tareas hogareñas relevadas.	Porcentaje de personas de 60 años y más que dicen realizar o no todas las tareas hogareñas relevadas.
CONDICIÓN DE ACTIVIDAD	Describe la inserción o no en el mercado de trabajo de las personas mayores. Presenta las siguientes categorías: a) <i>Empleo pleno</i> : Incidencia de las relaciones laborales de calidad en el total de la población económicamente activa de personas mayores, considerando la realización de aportes previsionales y la continuidad laboral.	Porcentaje de personas de 60 años y más ocupadas en relación de dependencia a quienes se les ha realizado descuentos jubilatorios; cuentapropistas profesionales y no profesionales con continuidad laboral que realizan aportes al sistema de la seguridad social; y patrones o empleadores con continuidad laboral que realizan aportes, respecto del total de personas mayores activas.
	b) <i>Empleo precario</i> : Incidencia de las relaciones laborales precarias en el total de las personas mayores económicamente activas, considerando la no realización de aportes previsionales y la ausencia de continuidad laboral.	Porcentaje de personas de 60 años y más ocupadas en relación de dependencia a quienes no se les ha realizado descuentos jubilatorios; cuentapropistas no profesionales que no realizan aportes al sistema de seguridad social y/o sin continuidad laboral; y patrones o empleadores que no realizan aportes y/o sin continuidad laboral, respecto del total de personas mayores activas.
	c) <i>Desempleo</i> : Incidencia de la situación de desocupación (búsqueda activa) en la población económicamente activa de personas mayores.	Porcentaje de personas de 60 años y más que no trabajan pero que en el momento del relevamiento buscan activamente trabajo y están en disponibilidad de trabajar, respecto del total de personas mayores activas.
	d) <i>Subempleo inestable</i> : Incidencia de las relaciones laborales de subempleo inestable en el total de las personas mayores activas, considerando la no realización de aportes previsionales, la ausencia de continuidad laboral, la baja remuneración y/o la situación de los beneficiarios de programas de empleo.	Porcentaje de personas de 60 años y más ocupadas en trabajos temporarios de baja remuneración o changas; trabajadores sin salario y beneficiarios de planes de empleo con contraprestación laboral, respecto del total de personas mayores activas.

	e) <i>Inactivos</i> : No participación económica en el mercado de trabajo de las personas mayores.	Porcentaje de personas de 60 años y más que no participan económicamente del mercado de trabajo.
TIPO DE COBERTURA DE SALUD	Indica el tipo de cobertura social en materia de salud que tiene la persona.	Porcentaje de personas de 60 años y más que poseen obra social, mutual o prepaga, médico particular, PAMI, o que no poseen cobertura médica y se atienden en el sistema público de salud.
SATISFACCIÓN DE NECESIDADES ECONÓMICAS	Es una medida subjetiva de bienestar que mide la percepción de satisfacción de las necesidades económicas de las personas mayores.	Porcentaje de personas de 60 años y más que expresan tener satisfacción de las necesidades económicas en los últimos 6 meses.
SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE RECREACIÓN	Es una medida subjetiva de bienestar que mide la percepción de satisfacción de las necesidades de recreación de las personas mayores.	Porcentaje de personas de 60 años y más que expresan tener satisfacción de las necesidades de recreación en los últimos 6 meses.
SATISFACCIÓN DE NECESIDADES DE AFECTO Y CARIÑO	Es una medida subjetiva de bienestar que mide la percepción de satisfacción de las necesidades de afecto y cariño de las personas mayores.	Porcentaje de personas de 60 años y más que expresan tener satisfacción de las necesidades de afecto y cariño en los últimos 6 meses.

BIBLIOGRAFÍA

Bonfiglio, J. & Salvia, A. (2016). “Nota de investigación: La pobreza multidimensional y el espacio de los derechos”. En *Tiempo de balance: Deudas sociales pendientes al final del Bicentenario. Necesidad de atender las demandas del desarrollo humano con mayor equidad e inclusión social*. Barómetro de la Deuda Social Argentina, Serie del Bicentenario (2010-2016)/ Año VI. Buenos Aires, Educa. Disponible en: <http://www.uca.edu.ar/index.php/site/index/es/uca/observatorio-de-la-deuda-social-argentina/deuda-social-argentina/informes-anuales-de-la-deuda-social-argentina/>

Di Domizio, D. (2011). *Políticas públicas, prácticas corporales y representaciones sociales sobre la vejez: Un estudio de casos*. Tesis de Posgrado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.441/te.441.pdf>

----- (2015). “Educación física para la calidad de vida de los adultos mayores”. Ponencia presentada en el VI Congreso Iberoamericano de Programas Universitarios para Adultos Mayores. Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná, Brasil.

Global Age Watch Index (2015). Help Age International. Disponible en: <https://helpage.app.box.com/s/8az4hq1n1sm8ojanpku37p07mf8rltga/1/4211342739/34698660953/1>

IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) (2011). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*,

Madrid, IMSERSO. Disponible en: http://imserso.es/imserso_01/envejecimiento_activo/libro_blanco/lbea_cap/index.htm

MSAL (Ministerio de Salud de la Nación) (2007). Programa Nacional de Envejecimiento Activo y salud para los adultos mayores. Marzo. Disponible en: <https://es.slideshare.net/rgvecchio/programa-nacional-de-envejecimiento-activo-y-salud-para-los-adultos-mayores>

ODSA (2015). *Condiciones de vida e integración social de las personas mayores. ¿Diferentes formas de envejecer o desiguales oportunidades de lograr una vejez digna?* Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores, Serie del Bicentenario (2010-2016) / Año I, Buenos Aires: Educa. Disponible en: http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/2015_Obs_Barometro_Personas_Mayores.pdf

----- (2016). *El desafío de la diversidad en el envejecimiento. Familia, sociabilidad y bienestar en un nuevo contexto*. Barómetro de la Deuda Social con las Personas Mayores, Serie del Bicentenario (2010-2016) / Año II, Buenos Aires: Educa. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/greenstone/cgi-bin/library.cgi?a=d&c=investigacion&d=desafio-diversidad-envejecimiento-familia>

----- (2017). *Los problemas económicos de las personas mayores. Una aproximación a las múltiples dimensiones de su vulnerabilidad*. Barómetro de la Deuda So-

cial con las Personas Mayores, Serie del Bicentenario (2010-2016) / Boletín 1, 2017, Buenos Aires: Educa. Disponible en: http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/2017_Observatorio_BPM_Los_Problemas_Economicos.pdf

OMS (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Disponible en: <http://www.apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf>.

----- (2009). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe de la Secretaría, 62°, Asamblea Mundial de la Salud.

----- (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*.

----- (2016). La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva 381, abril. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>.

ONU (1982). *Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento*. Viena: Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/plan_de_accion_internacional_de_viena_sobre_el_envejecimiento.pdf

Petracci, M. (2004). *La perspectiva de los profesionales de la salud sobre la calidad percibida por los usuarios/as: dos opiniones en coincidencia*. Disponible en: <http://www.cedes.org/publicaciones/documentos/Salud/2005/7575.pdf>

Sánchez García, R. (2014). Ansiedad y depresión en el adulto mayor con y sin demencia. Medicina interna, Agosto. Disponible en: <https://es.slideshare.net/rodrsanchez/ansiedad-y-depresion-38389525>

Triadó, C. y Villar, F. (coords.) (2007). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza.



ODSA

Observatorio
de la Deuda
Social Argentina



FUNDACIÓN NAVARRO VIOLA



Pontificia Universidad Católica Argentina
Observatorio de la Deuda Social Argentina

Av. Alicia M. de Justo 1500, cuarto piso, oficina 462
(C1107AFD) Ciudad de Buenos Aires - Argentina
Tel/fax: (+54 11) 4338 0615
E-Mail: observatorio_deudasocial@uca.edu.ar
www.uca.edu.ar/observatorio

