

Autopercepción de la salud de los adultos mayores en Bahía Blanca.

Formiga, Nidia y Prieto, María Belén.

Cita:

Formiga, Nidia y Prieto, María Belén (2011). *Autopercepción de la salud de los adultos mayores en Bahía Blanca. XI Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Neuquén.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xijornadasaepa/29>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eeQG/8wm>



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

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

AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES EN BAHÍA BLANCA.¹

Sesión 5: Población y envejecimiento en Argentina

Nidia Formiga - María Belén Prieto
CIUR- Estudios Territoriales - Departamento de Geografía y Turismo
Universidad Nacional del Sur
nformiga@uns.edu.ar - mbprieto@uns.edu.ar

Resumen

El proceso de envejecimiento de la población ha generado un creciente interés por las condiciones de vida y el estado de salud de la población adulta mayor. Este tema ocupa un lugar de relevancia en las agendas públicas, no sólo a nivel internacional, sino muy particularmente a escala nacional y local. En especial, el interés está focalizado en la vulnerabilidad de los integrantes de este grupo etéreo, que agregan a las condiciones de pobreza los riesgos y los problemas de salud vinculados con el deterioro del organismo en las etapas más avanzadas de la vida.

En las últimas décadas se observa un acelerado proceso de envejecimiento demográfico en la ciudad de Bahía Blanca, por lo que resulta fundamental conocer el estado de situación y condiciones de vida de los adultos mayores. En este sentido y como parte del Proyecto de investigación en desarrollo, se pretende abordar el estudio del acceso a los servicios, el tipo y la calidad de prestaciones en salud que recibe y las condiciones de vida, a lo que se agrega como aspecto significativo la autopercepción que tienen los adultos mayores de su estado de salud, en la ciudad de Bahía Blanca. Para obtener la información requerida para este estudio, se ha implementado una encuesta para aplicar a personas de este grupo etéreo, las que fueron seleccionados de manera que permita cubrir las diferentes áreas de la ciudad y condiciones de vida, abarcar los distintos sistemas públicos de obra social.

Se propone relevar información acerca de las características sociodemográficas de los adultos mayores encuestados (65 años y más). Asimismo se incluyen aspectos que den cuenta del estado de salud de este grupo de personas y captar la autopercepción del adulto mayor respecto al mismo. Se busca establecer las condiciones y los tipos de prestaciones, así como la calidad de los servicios a los que tienen acceso. Por último, interesa establecer el apoyo familiar/social con que cuentan, vinculado con la composición del hogar.

Por otra parte, y en forma complementaria, se investiga las acciones llevadas a cabo desde la esfera institucional, particularmente las instrumentadas desde PAMI y el Municipio Bahiense, dado que de indagaciones efectuadas a personas de este grupo etéreo, la participación en actividades formales e informales tienen un efecto muy positivo sobre su autopercepción de su estado de salud y su autoestima.

Palabras clave: adultos mayores, condiciones de vida, autopercepción de la salud.

Introducción

En los últimos años ha habido un creciente interés por las condiciones de calidad de vida y el estado de salud de la población adulta mayor, en relación con el proceso de envejecimiento que se observa en gran número de países.

¹ Ponencia presentada en XI Jornadas Argentinas de Estudios de Población (AEPA), Universidad Nacional de del Comahue, Neuquén, Argentina, realizada entre los días 21 al 23 de septiembre de 2011.

Se considera que en esta etapa del ciclo vital las personas son más vulnerables, en general, en cuanto a riesgos que afectan su salud y movilidad. Además su condición de dependencia se incrementa con su edad. La vulnerabilidad es mayor en los casos en que se considera la población que, además, carece de recursos económicos o tiene ingresos muy limitados, con escasas relaciones sociales y con carencias importantes en su forma de habitar, considerando la vivienda y su entorno. Por ello el estudio de la población de adultos mayores resulta de relevancia para políticas sociales y de salud y ocupa un lugar de relevancia en las agendas públicas, no sólo a nivel internacional, sino muy particularmente a escala nacional y local.

El estudio de la cuarta edad es de gran importancia en el contexto del sistema de salud pública, por el impacto que tendrá en la demanda de sus servicios. En este sentido, en las últimas décadas, se observa un acelerado proceso de envejecimiento demográfico en la ciudad de Bahía Blanca. Por ello resulta fundamental conocer el estado de situación y condiciones de vida de este grupo de población. En este sentido y como parte del Proyecto de investigación en desarrollo², se pretende abordar el estudio del acceso a los servicios, el tipo y la calidad de prestaciones en salud que recibe y las condiciones de vida, a lo que se agrega como aspecto significativo la autopercepción que tienen los adultos mayores de su estado de salud, en la ciudad de Bahía Blanca. Continuando con los estudios de tipo cuantitativo llevados a cabo en la ciudad de Bahía Blanca, en el transcurso del presente año se ha implementado una encuesta a un grupo de adultos mayores, que fueron seleccionados de manera que permita cubrir las diferentes áreas de la ciudad y condiciones de vida, así como los distintos sistemas de cobertura. El propósito es relevar información acerca de las características sociodemográficas de los adultos mayores encuestados (65 años y más) y se incluyen aspectos que den cuenta del estado de salud de este grupo de personas y captar la autopercepción del adulto mayor respecto al mismo. Se busca establecer las condiciones y los tipos de prestaciones, así como la calidad de los servicios a los que tienen acceso. Por último, interesa establecer el apoyo familiar/social con que cuentan, vinculado con la composición del hogar.

Por otra parte, y en forma complementaria, se investiga las acciones llevadas a cabo desde la esfera institucional, particularmente las instrumentadas desde PAMI y el Municipio Bahiense. Para ello se ha organizado una serie de entrevistas a informantes claves y se hizo una revisión de las actividades desarrolladas desde distintas instancias, que tienen que ver con aspectos socioculturales que se consideran directamente relacionados con el estado de salud y calidad de vida de los adultos mayores.

Envejecimiento y Vulnerabilidad Sociodemográfica

En términos estrictamente demográficos, envejecimiento alude al aumento (en valores absolutos y relativos) de la importancia de las personas de 65 años y más, vinculado a una prolongación cada vez mayor de la vida, que se expresa en el aumento de los valores de la esperanza de vida al nacer.

² La presente investigación se realiza en el marco del Proyecto de Investigación “Tendencias y desafíos en las ciudades medias. Efectos dinamizadores. Procesos sociodemográficos y territorialización de las acciones en la ciudad de Bahía Blanca”, que se desarrolla en el Departamento de Geografía y Turismo, financiado por la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional del Sur.

La investigación del envejecimiento se relaciona tanto con sus aspectos cuantitativos y cambios en la estructura de edades, como con las dimensiones sociales y económicas del proceso. Desde la perspectiva de Canales (2001:511) “el envejecimiento, como proceso demográfico y proceso social, implica una reformulación de los ejes sobre los cuales ha transcurrido el discurso demográfico. En particular, implica pasar de una preocupación por la dinámica del crecimiento, a una preocupación por la estructura demográfica; en particular por la estructuración social de las diferencias demográficas.”

Carmen Miró (2003:21) señala que, en general, nuestras sociedades no parecen haberse percatado de la magnitud y seriedad de los problemas que el proceso de envejecimiento demográfico les plantea, en términos del creciente aumento de los adultos mayores.

Este proceso constituye uno de los temas centrales del desarrollo social del presente siglo, porque implica importantes cambios sociales, económicos, culturales y político. Es significativo el tema central del Año Internacional de las Personas de Edad (1999) “Hacia una sociedad de todas las edades”, así como sus cuatro dimensiones- situación de las personas de edad, desarrollo permanente, relaciones multigeneracionales y desarrollo y envejecimiento de la población. “La noción misma de una “sociedad para todas las edades” refleja una inquietud por lograr que estén integrados todos los grupos etarios. En este sentido, cabe tener presente que muchos de los aspectos de equidad que se refieren a las personas de edad también son pertinentes al resto de la sociedad.” (CEPAL, 1997:16).

En las sociedades actuales hay dos hechos que llaman poderosamente la atención en torno al tema del envejecimiento: “...las personas viven en promedio más años que antes y hay un importante crecimiento en el número de personas en edades avanzadas. Estos dos aspectos constituyen conceptos diferentes aunque relacionados. El primero es la prolongación de la vida de los individuos; el segundo corresponde al envejecimiento de las poblaciones, que generalmente se expresa en un aumento en la proporción de personas mayores...” (Chackiel, 2000:9). Laslett indica como un rasgo de este proceso la presencia de una formación familiar en la que coexisten varias generaciones con un número reducido de miembros de cada generación (bean-pole family) (Laslett, 1997:1807). De allí que el envejecimiento demográfico se define como un aumento de la proporción de personas de edad con respecto a la población total, concepto distinto al de envejecimiento de una persona, que aumenta en función del tiempo. En términos cronológicos, las poblaciones pueden envejecer o rejuvenecer según como varíen las proporciones de los diferentes grupos de edad. Sin embargo, las tendencias observadas en las últimas décadas parecen indicar un progresivo envejecimiento de la población, si no ocurren cambios sustanciales hacia un incremento de la fecundidad, hecho poco probable en las condiciones actuales. Indica Canales que “...el envejecimiento refiere a nuevos sentidos y significados de la ‘dinámica demográfica’. Como régimen demográfico, su especificidad se construye de un modo distinto, no a partir de la dinámica de los ‘componentes’, sino con base en estructuras sociales y demográficas de diferenciación social.”(Op.cit.:516).

El estudio del proceso de envejecimiento plantea también desafíos teórico-metodológicos, pues “no existe un único paradigma de la vejez y el envejecimiento: la vejez alude a una realidad

multifacética atravesada no sólo por el paso del calendario, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales.” (CELADE, 2006:14).

Bertranou (2008:51) establece las siguientes expresiones del envejecimiento:

- envejecimiento demográfico, consiste en el incremento de la proporción de personas mayores en la población total.
- envejecimiento doméstico, que consiste en el aumento de la proporción de personas mayores en los hogares, que también puede medirse a través del promedio de adultos mayores por hogar.
- envejecimiento individual, incremento de la edad cronológica de las personas, vinculado al aumento de la esperanza de vida. La incidencia e interpretación depende del contexto sociocultural y de las características personales.

Es preciso establecer una distinción entre el envejecimiento biológico, que guarda estrecha relación con la edad cronológica, y los conceptos sociales de envejecimiento. En palabras de Chackiel, conceptualmente el envejecimiento biológico como proceso irreversible, considera “...vieja a la persona que está en la etapa final de la misma, en la que dicho proceso se hace más acelerado y va comprometiendo las facultades físicas y mentales. Desde un punto de vista sociodemográfico y jurídico-laboral se considera que la vejez comienza a partir de cierta edad o, mejor dicho, de un cumpleaños específico...” (Op.cit: 9-10). Este umbral resulta arbitrario y no puede contemplar la multidimensionalidad de un estado que depende de muchos factores.

La edad social refleja los efectos de las normas que rigen los comportamientos de los individuos, como las que regulan la jubilación, y los estructurales referidos a las posibilidades de inserción y participación en las diversas esferas sociales. También se distingue una edad subjetiva que depende de la apreciación social y de la percepción y experiencia individual. “La edad subjetiva apunta al envejecimiento psicológico y a la forma en que el individuo enfrenta y resuelve los conflictos derivados de los trastornos vinculados al avance de la edad biológica.”(CEPAL, 1997:16)

Por lo tanto es preciso tomar en consideración las diversas nociones que varían en relación al contexto espacio-temporal para establecer, con mayor propiedad, el umbral de envejecimiento (Chackiel, 2000, Del Popolo, 2001, Villa y Rivadeneira, 2000).

Laslett hace referencia a los rasgos que caracterizan a las cuatro grandes etapas en el ciclo de vida: una “primera edad” relacionada con la juventud, la dependencia, la educación y la maduración/crecimiento; la “segunda edad” de la madurez, de los ingresos y las responsabilidades; para arribar a la “tercera edad” de logros y realización personal, la culminación de la vida individual, como tienden a denominarla los más entusiastas; una tercera edad que lleva y termina, para algunas personas solamente, en la “cuarta edad” de dependencia y decrepitud. Lo que se señala como una barbaridad es tomar la cuarta edad con estas características y llamarla con el título de vejez (old age) y aplicarla a todas las personas después de la vida activa.

Considerando entonces la “tercera edad”, el término no sería entonces sinónimo de “vejez”, sino que sólo refiere a una etapa específica de esa condición. Chackiel expresa que con este término se trata de “...describir aquella etapa de la vejez en que las personas son relativamente autónomas, activas y socialmente integradas...” (Op. cit.:10).

Laslett destaca el surgimiento de la “tercera edad” como el hecho demográfico y económico más importante e interesante como consecuencia de este cambio secular. “Es la emergencia de la “tercera edad” que es la indicada respuesta social y cultural a la transformación por el envejecimiento, es más, también la respuesta política, aunque no me aventurare en ese campo aquí” (1997:1808).

Por lo tanto, es importante tomar en consideración que, de acuerdo con Canales, “La edad es una construcción social que con base en determinadas relaciones define una división social del trabajo, del poder y las responsabilidades entre los distintos individuos de una población. El envejecimiento biológico es así sobredeterminado por el envejecimiento social en un proceso en que los significados de las distintas edades o etapas del ciclo vital de un individuo son construidos socialmente y en forma diferenciada.” (Op.cit.:504)

La vejez trae transformaciones personales, en las condiciones físicas, independencia económica y funcional, modificación en los roles familiares, participación en el mercado laboral, el uso del tiempo libre, etc... (Villa y Rivadeneira, 1999). No se puede obviar el hecho de que edad avanzada y vejez no significan necesariamente lo mismo. La edad cronológica no admite ambigüedades; sin embargo, no sucede lo mismo con la condición de vejez, cuyo significado ha variado y probablemente seguirá transformándose en el tiempo (Aranibar, 2001). “Existe consenso en que la relación entre la edad y el envejecimiento no es directa ni causal, pues el factor clave no es la cantidad de años vividos sino la calidad de esa vida” (CEPAL, 1997:15).

En cuanto a la vulnerabilidad social, puede definirse a partir de la carencia de activos de las personas y los hogares, como componentes de los denominados capital físico, capital social y capital humano (Katzman, 2000).

Desde mediados de los años noventa se observa un creciente interés por este concepto, tanto desde la investigación social como en la formulación e implementación de políticas relacionadas con la pobreza en diversos países de la región, en particular en investigaciones pioneras vinculadas con organismos internacionales como Naciones Unidas, Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial.

Señala Rodríguez (2001) que la noción de vulnerabilidad ha superado ampliamente la delimitación inicial establecida en “asset/vulnerability framework”. Se la ha empleado como un componente de creciente importancia dentro del complejo de desventajas sociales y demográficas de la población (Rodríguez, 2000). Se la ha considerado como el rasgo negativo más relevante del modelo de desarrollo basado en la liberalización y apertura económica, así como reflejo de la gran cantidad de movimientos de entrada y de salida a la condición de pobreza (CEPAL, 2000), entre otras, intentando vincular la situación microsocia (activos de diversa naturaleza de los hogares) con la esfera macrosocia (la estructura de oportunidades disponible para los hogares y sus miembros).

El concepto de vulnerabilidad se utiliza para referirse a grupos específicos de la población. De allí que surgen diversas denominaciones como vulnerabilidad social, vulnerabilidad demográfica y vulnerabilidad socio-demográfica. Se aplica, en primer lugar, para identificar grupos que se hallan en situación de “riesgo social”; es decir, compuestos por individuos que debido a diversos factores propios de su ambiente doméstico o comunitario, se hallan en situación de riesgo (delincuencia,

drogadicción, agresividad, desnutrición, deficiencia escolar, maltrato familiar, etc.). En segundo lugar, la expresión se utiliza para referirse a los grupos de individuos que por su conducta tienen más probabilidad de sufrir un acto dañino. Por último, el tercer uso y quizás el más frecuente, se refiere a la identificación de colectivos que comparten algún atributo común (edad, sexo, localización territorial, etc.).

En el ámbito de la población y el desarrollo, la vulnerabilidad es entendida como una combinación de riesgos que entrañan dificultades en la capacidad de respuesta y adaptación tanto de individuos, hogares y como de comunidades. De este modo, desde la perspectiva de la División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL-CELADE), la vulnerabilidad socio-demográfica es entendida como “...un síndrome en el que se conjugan eventos sociodemográficos potencialmente adversos (riesgos), incapacidad para responder a la materialización del riesgo e inhabilidad para adaptarse activamente al nuevo cuadro generado por esta materialización...” (CEPAL, 2002:7).

La directa relación con la noción de pobreza y, en particular, de su medición basada en los ingresos monetarios de los hogares, ha sido probablemente el principal estímulo para el desarrollo de los enfoques de vulnerabilidad. La condición de pobreza por ingresos resulta de la carencia de activos como patrimonio físico, ahorro financiero, capital social y hasta algunas pautas de comportamiento, entre otras. De esta manera, la falta de activos, su devaluación o la inhabilidad para mejorarlos, configuran el signo distintivo de la vulnerabilidad frente a dos riesgos sociales de importancia capital: la pobreza y la movilidad económica descendente (CEPAL, Op. Cit.). En este contexto, la vulnerabilidad adquiere contenido específico, puesto que acota esos dos riesgos ante los cuales tanto comunidades, como hogares y personas son vulnerables.

Rodríguez (2002) plantea a la vulnerabilidad como exposición a riesgos, más incapacidad para enfrentarlos, más inhabilidad para adaptarse activamente. Ruben Kztman define el concepto como la “...incapacidad de una persona u hogar para aprovechar sus oportunidades disponibles para mejorar su situación de bienestar o impedir su deterioro...” (Kztman, 2000:8-13).

Para el desarrollo de este trabajo y de acuerdo con Busso y Katzman, se parte de considerar que la noción de vulnerabilidad social tiene como potencialidad contribuir a “...identificar individuos, hogares y comunidades que por su menor dotación de activos y diversificación de estrategias tienen menor capacidad de respuesta y resiliencia, por lo tanto por situación de desventaja social están expuestos a mayores riesgos por alteraciones significativas en los planos sociales, políticos y económicos que afectan sus condiciones de vida y la capacidad de habilitarse por sus propios medios o por ayuda externa...” (Busso, 2005:16-17).

El nivel de vulnerabilidad de un hogar dependerá entonces de la posesión o el control de activos, de los recursos necesarios para el aprovechamiento y la satisfacción de las oportunidades que le brinda el medio en el cual se desenvuelve (Kztman y otros, 1999:20).

Los activos son definidos como “...el conjunto de recursos, materiales e inmateriales, sobre los cuales los individuos y los hogares poseen control, y cuya movilización permite mejorar su situación de bienestar, evitar el deterioro de sus condiciones de vida o bien, disminuir su vulnerabilidad. Si bien los recursos que manejan las personas y los hogares son múltiples, desde el

punto de vista de este enfoque, sólo aquéllos que permiten el aprovechamiento de las estructuras de oportunidades del Estado, del mercado y de la comunidad se constituyen en activos...” (Kaztman, 2000:30).

Calidad de vida, autopercepción de la salud y funcionalidad

El concepto de calidad de vida viene siendo ampliamente utilizado, en las últimas décadas, en diversas disciplinas sociales así como en la planificación y las políticas sociales, centrado en el estudio de complejos problemas sociales, económicos, territoriales, ambientales; también se está aplicando en relación al envejecimiento. “...La calidad de vida en la vejez es un asunto trascendental que afecta no sólo a las personas mayores, sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad...”. (CELADE, 2006:15).

La calidad de vida de los adultos mayores está asociada con factores sociales, económicos y afectivos, que influyen sobre su posibilidad de enfrentar la vejez en forma sana y afectiva. Así, sus principales problemas se vinculan con la falta de dinero y el estado de soledad que deben enfrentar (Ramírez, 2003).

Existen muchos conceptos involucrados con “calidad de vida”. Directamente vinculados con está y en palabras de Sánchez Gavito (2000:21) “...la salud es la capacidad de satisfacer las necesidades sentidas y la aspiración a una mejor calidad de vida. La funcionalidad es la capacidad para desempeñar las actividades cotidianas necesarias para mantener una existencia independiente a pesar de padecer una o varias enfermedades...”.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud en su declaración de principios de 1948 definió el concepto de salud como “...el completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad o invalidez...” (OMS, 1990:29), enfatizando que la salud no es sólo patrimonio del cuerpo sino del individuo en su totalidad.

Al hablar de salud en adultos mayores, no podemos dejar de mencionar el concepto de funcionalidad, reconocido por la OMS como el “...mejor indicador del efecto de la enfermedad en el estilo de vida y nivel de independencia de la persona...” (Sánchez Gavito, 2000:22).

La valoración funcional se divide en básica e instrumental (también denominada intermedia). La primera de ellas refiere a la posibilidad del adulto mayor de desplazarse por sus propios medios en su cuarto o casa, realizar actividades de la vida cotidiana como alimentarse, moverse de un lugar a otro en el hogar, bañarse o simplemente vestirse. Por el otro, la funcionalidad instrumental refiere a la realización de actividades de mayor complejidad como el uso del dinero, actividades laborales, efectuar compras, conducir, cocinar, necesarias para llevar adelante una vida independiente (Sánchez Gavito, 2000:23). En este último grupo se encuentran la mayor parte de adultos mayores. Otro concepto que no debe dejar de mencionarse es el de autonomía del individuo.

En síntesis, esta situación generaría un estado cíclico, es decir, a mayor salud de la persona, mejoran sus condiciones de calidad de vida, esto a su vez genera un estado de plena autonomía del individuo y funcionalidad (independencia de la persona) (Op.cit:23).

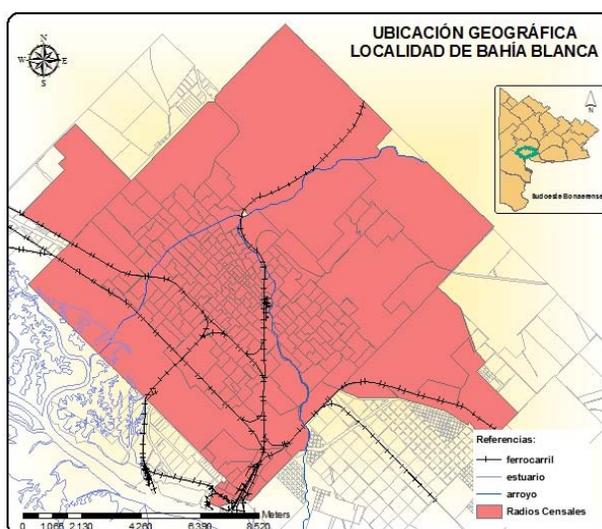
El estado de salud y las enfermedades como características básicas de la vejez, la forma y la magnitud de las diversas anomalías así como sus consecuencias, se interpretan de manera distinta

dependiendo de cada individuo, los roles que han desempeñado a lo largo de los años, su entorno socioeconómico, sus experiencias de salud y la propia percepción que tiene de la propia vida (Ham Chande, 2000).

El proceso de envejecimiento en Bahía Blanca

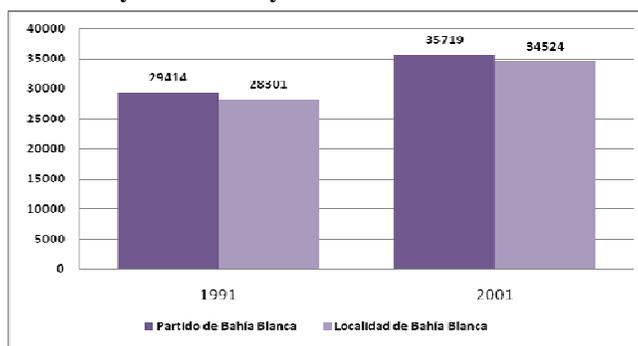
En el caso de la ciudad de Bahía Blanca, ciudad intermedia localizada en el sudoeste bonaerense (figura 1), se evidencia el proceso de envejecimiento de la población en la importancia creciente de las personas de 65 años y más, tanto en términos absolutos como relativos, como se observa en los datos correspondientes al último período intercensal 1991-2001. Se destaca el cambio más reciente ya que en el año 1991, en Bahía Blanca, el total de personas de 65 años y más era de 29.414 efectivos y en el año 2001 ese total se eleva a 35.719; en términos porcentuales, ese grupo poblacional pasó de 10,8 % a 12,5 % para el partido de Bahía Blanca. Respecto a la ciudad, el peso de adultos mayores paso de 28.301 en 1991 a 34.524 en 2001 (gráfico 1).

FIGURA N° 1
Localización de la Ciudad de Bahía Blanca



Fuente: elaboración propia sobre la base de CNPHYV, INDEC, 2001.

Gráfico N° 1
Adultos mayores Partido y Ciudad de Bahía Blanca 1991-2001



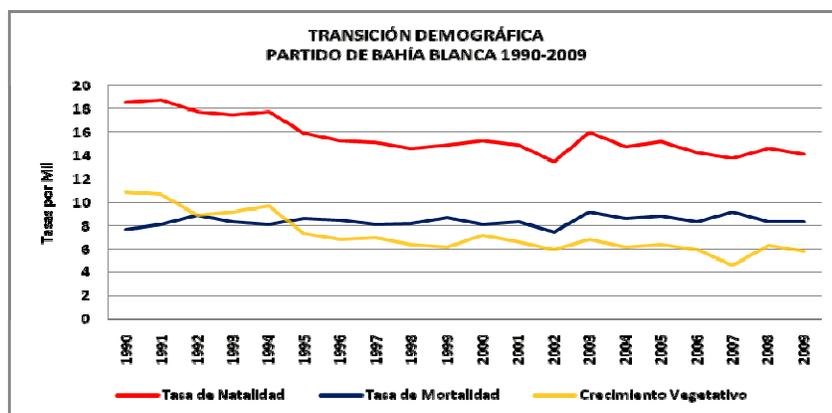
Fuente: INDEC, Censos nacionales de población 1991- 2001.

El envejecimiento demográfico es un indicador que permite apreciar el desarrollo de la transición epidemiológica, ya que esta supone un cambio en el predominio de las causas de muerte. En este sentido, el crecimiento de la proporción de población mayor de 65 años y más indica además una preponderancia de la morbilidad sobre la mortalidad.

Las principales características que distinguen la dinámica demográfica del Partido de Bahía Blanca, durante el período comprendido entre 1990-2009 (gráfico 2), pueden resumirse en el descenso sostenido en el ritmo de crecimiento vegetativo de la población bahiense. Esta desaceleración del ritmo de crecimiento es resultado del avance en el proceso de transición que trae aparejado un descenso del crecimiento vegetativo o natural como consecuencia de la caída de las tasas de natalidad y mortalidad.

La tasa bruta de natalidad (TBN) disminuye en forma suave pero continua a lo largo del período de análisis. Ambos indicadores (TBN y TBM) siguen una trayectoria paralela y la distancia entre ellas o tasa de crecimiento vegetativo o natural (TCN) nunca es menor a 4,6 por mil (2003) o mayor del 10,9 por mil en 1990; aunque muestra una tendencia declinante en el mediano plazo. Este descenso de las tasas de mortalidad para el Partido de Bahía Blanca, es en parte consecuencia de los avances en las condiciones de vida de la población, a partir de la implementación de políticas sanitarias y médicas y del aumento sostenido de la esperanza de vida. En síntesis, podemos expresar que Bahía Blanca se encuentra en una etapa avanzada de transición demográfica.

Gráfico N° 2



Fuente: elaboración propia, sobre la base de Estadísticas Vitales, Departamento de Informaciones, Dirección Provincial de Estadística, Provincia de Buenos Aires, 1990-2009³.

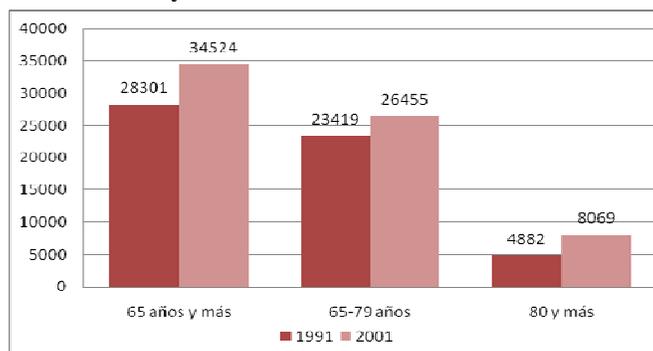
Al hablar de los adultos mayores, suele diferenciarse a la “tercera edad”, entre 65 a 79 años de edad, etapa en la cual las personas adultas mayores son relativamente autónomas y activas. Con una “cuarta edad” (80 años y más), etapa en la que las personas mayores se hacen más dependientes y en la cual el deterioro de su salud se hace cada vez más evidente. Esta clasificación es muy relativa, ya que varía de acuerdo a las condiciones socioeconómicas de las personas y los hogares. Dentro de

³ Se agradece especialmente a la Sra. Miriam Grozanick y Silvia Tomás de la Dirección Provincial de Estadística de Buenos Aires por la información aportada.

estos dos grupos de edad, a medida que avanza el proceso de envejecimiento de la población, gana en importancia relativa el grupo de 80 y más (Prieto y Formiga, 2009, Formiga y Prieto, 2010).

La población adulta mayor comprendida en el grupo de 80 años y más, tiene en este período un crecimiento muy significativo para la localidad bahiense, tal como se muestra en el gráfico 3, pasó de 4.882 a 8.069 adultos de 80 años y más en 2001. El peso porcentual de 1,9% a 2,9% de este grupo sobre la población total, muestra claramente el aumento de la esperanza de vida y del número de dependientes sobre la población activa.

Gráfico N° 3
Cambio en los distintos grupos de edad.
Adultos mayores localidad de Bahía Blanca 1991-2001



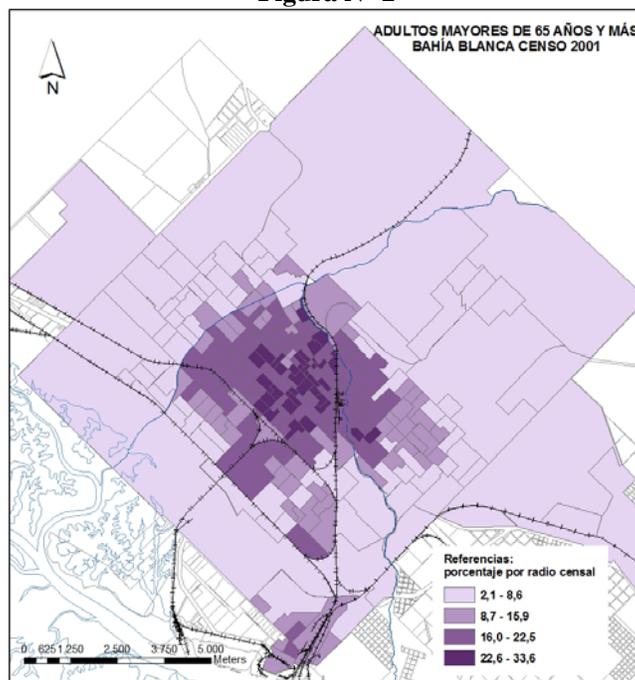
Fuente: INDEC, Censos nacionales de población 1991- 2001.

Respecto a su distribución espacial se observan diferencias significativas en los pesos relativos de los adultos mayores en el total de población de los radios, que se corresponde con el patrón típico urbano donde las mayores proporciones de este grupo etario se concentran en las áreas centrales.

Para el año 2001 (figura 2), se observa una mayor distribución de los adultos mayores en el ámbito urbano que se expresa en las diferencias en los valores extremos y en una mayor proporción de radios comprendidos en las dos clases superiores. En este caso también los valores más bajos y que, en general, representan cantidades reducidas de personas mayores, se localizan hacia la periferia. Los mayores valores (entre 22,5 a 33,6%) se concentran, como se puede observar en la figura 2, en el microcentro y radios contiguos. Se agregan algunas áreas del macrocentro de la ciudad, a las que se le agregan algunos barrios de antiguo poblamiento, como Comahue (hacia el norte), Pacífico y Villa Mitre (hacia sudeste). Las mayores concentraciones de adultos mayores en el centro están en relación con la mayor accesibilidad a los diversos bienes y servicios, lo que incide en desplazamientos de corta distancia y menor demanda de transporte. La proporción de adultos mayores por radio disminuye progresivamente desde el centro de la ciudad hacia la periferia, donde se conforma una amplia corona con los valores mínimos, que oscilan entre un 2,1 a 6,6 por ciento de personas mayores por radio censal.

En estos espacios de borde, donde predomina la trama más abierta, tanto en los barrios residenciales del norte y este, de mayor prestigio y con nuevos formatos tipo barrio cerrado y country club, como en las áreas de hábitat popular del sur y oeste, donde se localiza una gran proporción de asentamientos carenciados, predominan las familias de parejas más jóvenes y niños.

Figura N° 2



Fuente: elaboración propia, sobre la base de CNPHyV, INDEC 2001.

Valoración de la Salud

Como insumo para la investigación se elaboró una encuesta sobre las condiciones de vida de los adultos mayores en la localidad de Bahía Blanca, al estilo de la encuesta SABE⁴, que se aplica a una muestra de adultos mayores de 65 años y más, entre los meses de junio a agosto del corriente año. Se presentó la investigación y la encuesta a funcionarios de PAMI y la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca, quienes se interesaron en los resultados a obtener y brindaron su apoyo para la aplicación de las encuestas, en sus oficinas.

El operativo se realiza en diferentes barrios y centros de jubilados de la ciudad, con el objeto de cubrir la mayor parte de los barrios de la planta urbana. Asimismo, se contó con la colaboración de centros de jubilados, PAMI barriales y salas médicas para obtener una amplia distribución.

La muestra fue calculada empleando el software OpenEpi (Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health- Version 2.3.1)⁵ y el procesamiento será efectuado con el software SPSS

⁴ La Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) investiga las condiciones de salud de los adultos mayores, en las principales zonas urbanas de siete países en América Latina y el Caribe. En el conjunto se destacan: Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, México y Uruguay. El universo de estudio fue la población mayor de 60 años y más, residente en hogares privados de residencia permanente en cada una de las ciudades seleccionadas para su aplicación (Albala et.al, 2005). La información refiere a condiciones de salud y limitaciones funcionales de los adultos mayores. A ello se agregan cuestiones vinculadas con algunas medidas físicas, cognitivas, uso y acceso a servicios, arreglos domiciliarios, participación laboral, transferencias inter-generacionales, ingresos, pensiones y bienestar general del adulto mayor (Organización Panamericana de la Salud, 2001). Las ciudades incluidas en el estudio representan diferentes etapas del envejecimiento en la región. En un primer grupo se incluyen cuatro ciudades, entre ellas Buenos Aires (Argentina), Bridgetown (Barbados), La Habana (Cuba) y Montevideo en Uruguay. Por su parte, el segundo grupo de ciudades se encuentran en una situación menos avanzada: Santiago de Chile (Chile), México D.F y San Pablo (Brasil) (Albala, Lebrao, Díaz, Ham-Chande, Hennis y Palloni, 2005:307-308).

⁵ Software con licencia libre, disponible en <http://www.openepi.com/OE2.3/Menu/OpenEpiMenu.htm>.

17(Statistical Package for the Social Sciences). Este programa, desarrollado por la Universidad de Chicago, es uno de los más difundidos en el ámbito de las ciencias sociales.

La unidad de análisis es la persona, es decir, adulto mayor de 65 años y más.

El formulario de relevamiento (tabla 1) consta de varios apartados, en el que se destacan en términos generales, aquellos vinculados con características sociodemográficas y aquellas vinculadas con aspectos de la calidad de vida, apoyo social, acceso a servicios y atención obra social, ingresos, participación social de los adultos y autopercepción de los adultos mayores respecto a su estado de salud general.

Una característica de la aplicación de la encuesta, es su “autoadministración” por parte del adulto mayor, lo que ha llevado a la simpleza en la formulación/redacción de las preguntas.

Se complementa su análisis sobre la base de información censal y cartografía temática elaborada con Sistemas de Información Geográfica (SIG).

TABLA N° I
Encuesta “Condiciones de Vida de Adultos Mayores”

Módulo	Preguntas utilizadas
Socio-demográficas	<ul style="list-style-type: none"> -Sexo -Edad -Barrio dónde vive (localización geográfica) -Lugar de nacimiento (ciudad, provincia) -Dónde vivía en junio de 2006? -Máximo nivel educativo alcanzado -Situación conyugal (casado/a, unido/a, viudo/a, divorciado/a, soltero/a) -Habita en (vivienda propia, alquilada, de un familiar o pariente, de un no pariente, geriátrico o residencia para personas mayores, otra situación) -¿Con quién vive uds? -¿Total de personas con las que convive? -¿Total de personas que aportan ingresos mensualmente en el hogar?
Uso y acceso a servicios	<p>Obra Social</p> <ul style="list-style-type: none"> -¿Qué cobertura de salud tiene? <p>Consultas Médicas</p> <ul style="list-style-type: none"> -¿Realizó consultas médicas en el último año? -No realizó consultas médicas por: costo de la consulta, costo del transporte, dificultad o falta de transporte, atención deficiente, tiempo de espera para ser atendido, no la necesitó -Si realizó la consulta médica: malestar o problema de salud, sufrió un accidente, está enfermo o para control de salud sin estar enfermo -Tiempo de espera en días y horas hasta que fue atendido <p>Consultas médicas en Hospitales Públicos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Realiza consultas medicas en hospitales públicos: siempre, frecuentemente, sólo a veces o nunca -¿Qué servicios utiliza?

	<p>-¿Qué habría que mejorar?</p> <p>-¿Qué falta en este servicio o servicios?</p> <p>Consultas médicas en Unidades Sanitarias</p> <p>-¿Ha concurrido sólo una vez, más de una vez, no ha concurrido, no conoce su localización?</p> <p>-Tipo de servicio que utiliza en la sala médica o unidad sanitaria</p> <p>-Problemas con la sala médica o unidad sanitaria</p> <p>Medicamentos</p> <p>-En la última consulta recibió medicamentos: no le recetaron, recibió todos gratis, recibió algunos gratis, los adquirió con descuentos de la obra social, prepaga o mutual, los adquirió por su cuenta propia sin descuentos o no pudo comprarlos</p> <p>-Si no pudo comprarlos fue por: el medicamento era caro, no lo cubría la obra social, no tenía transporte para ir a comprarlo, no estaba disponible, otra razón.</p> <p>En relación a Obra Social PAMI</p> <p>-Cuenta con cobertura de PAMI</p> <p>-Dispone de una oficina PAMI cercana a su domicilio</p> <p>-¿Ha concurrido o concurre en alguna ocasión a dicha oficina para realizar tramites?</p> <p>-Tipo de trámites que ha realizado en dicha oficina?</p> <p>-Problemas en la realización de trámites</p>
Características económicas	<p>-Recibe ingresos por: trabajo actual remunerado, jubilación, pensión, ayuda de familiares dentro del país, desde otro país, alquiler/renta, subsidio de bienestar social, otro.</p> <p>-Situación socio-económica por mes: hasta 1.400 pesos por mes, más de 1.400 pesos por mes, no recibe jubilación/pensión ni otros ingresos.</p> <p>-Necesita ayuda o recibe ayuda económica: no necesita, de familiares o vecinos, ayuda a domicilio formal o voluntaria, necesita cuidados permanentes que no son dados.</p>
Estado de salud general	<p>-Autopercepción del estado de salud: excelente, muy bueno, bueno, regular, mala, no sabe/no está seguro</p> <p>-Padece de enfermedades crónicas: si - no</p>
Participación social	<p>-Desarrolla actividades fuera de su domicilio, sólo se relaciona con la familia y vecinos, sólo con la familia, no sale de su domicilio ni recibe visitas, no sale de su domicilio pero recibe visitas de su familia una vez por semana</p> <p>-Tipo de participación/actividades que realiza (asociaciones sociales o comunitarias, asociaciones profesionales, ceremonias religiosas, juegos de interior, actividades deportivas, culturales, realiza cursos, visitar o juntarse con amigos, otras</p>
Condición de actividad	<p>-Jubilado, trabaja, busca empleo, no trabaja ni es jubilado</p>

Accesibilidad a servicios y atención de la salud del adulto mayor

La ciudad es un sistema gigantesco de recursos, la mayoría contruidos por el hombre, localizados territorialmente y por lo tanto "...su disponibilidad depende de la accesibilidad y la proximidad. Así, pues, el sistema urbano contiene una distribución geográfica de recursos creados de una gran importancia económica, social, psicológica y simbólica..."(Harvey, 1985:66).

En este sentido, se agregan como aspectos importantes que hacen a la vulnerabilidad y la calidad de vida de los adultos mayores, la accesibilidad a servicios, en especial las vinculadas directamente con la salud y que atienden a la población que no cuenta con cobertura social o medica asistencial. Se consideran aquellas que presentan una mayor frecuencia de utilización y de requerimiento. De esta manera se pueden establecer las condiciones de accesibilidad para obtener estos servicios por parte de los adultos mayores. Cabe aclarar que implica un concepto amplio de accesibilidad, ya que además de la distancia física es necesario e importante considerar la calidad/nivel del servicio al que se accede, tipo de transporte disponible, costo del servicio y/o del transporte, tiempo para obtener el servicio (Formiga y Prieto, 2009).

Es frecuente que la demanda de prestaciones en hospitales públicos y oficinas de PAMI (Obra Social para la Tercera Edad del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados), para la obtención de los servicios de mayor especialización, suele implicar obtener turnos con una espera de varios días/meses. En este sentido, desde el mes de mayo de 2009, se abrieron además oficinas de atención a los afiliados de PAMI en los hospitales Español, Italiano y Felipe Glassman.

Respecto de la atención en salud, corresponde a las unidades sanitarias⁶, centros de salud y hospitales públicos, de acceso gratuito, a lo que se agrega la atención de afiliados a la obra social de mayor cobertura en ingresos bajos, que es PAMI.

Dentro de las actividades, se tomó en consideración el acceso a las oficinas de PAMI, donde se realizan los trámites para la obtención de beneficios especiales.

Para este trabajo se toman en consideración la distribución de dos tipos de servicios de salud:

- Las unidades periféricas que prestan servicios de menor complejidad, a cargo del Municipio, que corresponden a unidades sanitarias y centros de salud. Aunque no todas cuentan con las mismas especialidades y también varía la cantidad, en general ofrecen atención de clínica general, pediatría, ginecología, odontología y psicología. Los centros de salud son los que disponen de mayor número de servicio y guardia de 24 horas.
- Los hospitales públicos, con consultorios externos e internación, cuentan con servicios especializados y un elevado nivel de prestación.

Si bien se observa una amplia distribución de estas unidades de menor complejidad, que hace accesible la cobertura a prácticamente todos los barrios, un déficit importante en la accesibilidad a

⁶ 47 unidades sanitarias/salas médicas distribuidas geográficamente en diferentes barrios de la ciudad.

esta prestación se detecta en la periferia, donde se localizan asentamientos carenciados como Stella Maris y 9 de Noviembre, en particular en los sectores noroeste y este.

Para los servicios públicos de mayor complejidad, se dispone de 2 hospitales muy bien equipados. Uno depende del nivel provincial y el otro del municipal. Se puede destacar el alto nivel de los servicios en ambas instituciones, tanto para la población bahiense como la de una importante área de influencia regional. Respecto a la distribución de estos hospitales (figura 3), se puede acotar que no tienen una adecuada accesibilidad, en especial para la población de escasos recursos localizada en los sectores oeste y sur de la periferia urbana.

Dado que los adultos mayores requieren justamente de servicios médicos especializados y tienen una mayor probabilidad de requerir servicios quirúrgicos, se observa que no hay una adecuada accesibilidad para los adultos mayores que habitan las áreas de mayor vulnerabilidad, excepto para la población que habita en los sectores marginales del este de la ciudad. Además de las distancias lineales que alcanzan a 6 km, hay que agregar las dificultades en el transporte colectivo de pasajeros, ya que en general no hay una conexión directa y se requiere un cambio de línea en el sector céntrico, con su incidencia en tiempo, costo y movilidad.

Un cambio significativo se ha logrado desde principios de marzo de 2009, con la habilitación de oficinas de PAMI que responden al programa “PAMI en los barrios”, que se orienta a la descentralización de sus servicios y establece una situación más ventajosa. En particular, es preciso señalar la localización de oficinas en el sector periférico y marginal del oeste y sur de la ciudad, que facilita el acceso para los trámites que antes sólo se realizaban en las oficinas centrales.

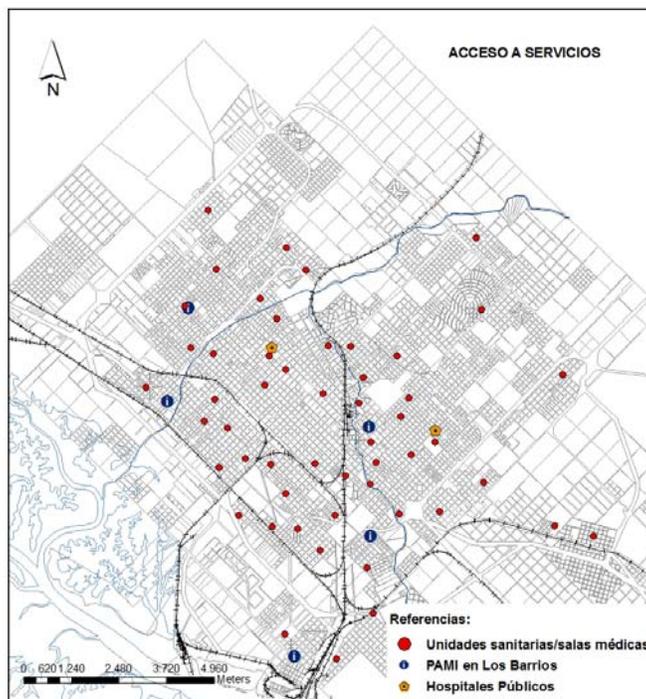
En el diario local⁷ se anunciaba el inicio de este nuevo programa con el título “Pami está en marcha por los barrios” indicando que, con la apertura de las oficinas en Villa Nocito, Moresino, Villa Mitre, Estomba, White y otras dos en localidades próximas, no sería imprescindible llegar hasta la oficina central. Se evidencia el problema de accesibilidad e información al indicar que “...con la premisa de captar a la población afiliada que no llega a usar los beneficios de la obra social...”, el director ejecutivo del Pami regional, Diego Palomo, lanzó el Programa Pami en los Barrios.

El reconocimiento institucional de la problemática planteada se manifiesta cuando el funcionario puntualizó: "...Este programa complementa un primer paso, dado semanas atrás, el que consistió en la capacitación de adultos mayores para atender los centros de informes del Pami que funcionan en las agrupaciones de jubilados, a fin de llegar a la población más vulnerable...".

Se indica en la nota que las oficinas se abren en puntos estratégicos, por el número de afiliados y el grado de vulnerabilidad y necesidad, que serán atendidas por un empleado administrativo. En las mismas será posible realizar trámites, sin tener que recurrir a la sede del centro de la ciudad, así como se podrá detectar y asistir a los adultos mayores con vulnerabilidad social y sanitaria, mediante la implementación de encuestas, valorización del riesgo y visitas domiciliarias. El funcionario manifiesta que es fundamental las mejoras que implementó el Pami, en calidad y cantidad de prestaciones, y que estos lleguen al que más los necesita.

⁷ La Nueva Provincia, 8 de marzo de 2009.

Figura N° 3



Fuente: elaboración propia sobre la base información aportada por PAMI y Secretaría de Salud de MBB, 2011

Si bien todavía se encuentra una importante proporción de los adultos mayores con dificultades en la accesibilidad a este servicio, es preciso destacar que las primeras acciones están orientadas a satisfacer necesidades en las áreas más carenciadas de la ciudad.

Oferta de actividades socioculturales para los adultos mayores

Como parte importante de los aspectos que inciden en el estado de salud de los integrantes de grupo etáreo se consideran las socioculturales. En este sentido, un relevamiento de la oferta existente en la ciudad muestra que se ha incrementado y diversificado en los últimos años. Comprende tanto actividades culturales (cine, conferencias, presentaciones, muestras, etc.) como de formación (cursos de distinto tipo, talleres), entretenimiento (ajedrez, costura, tejido, colonias de verano) y para mantener y mejorar la aptitud física (natación, gimnasia, gimnasia acuática, yoga). Se agregan además, diversos programas destinados a la prevención y rehabilitación del cardíaco, plan y tratamiento del control de la obesidad, intervenciones lúdico-terapéuticas en el ámbito hospitalario, abordaje integral del adulto mayor, situación especial de veteranos de Malvinas y diversas jornadas especiales que se realizan a lo largo del año.

Estas actividades son desarrolladas, en su mayor parte, en diferentes lugares/instituciones ubicados en el centro de la ciudad, aunque en los últimos años se observa la tendencia a incorporar una mayor oferta en diversos barrios de la ciudad.

En primer lugar, y por la amplia demanda que generan, son de destacar los cursos ofrecidos en la Universidad Nacional del Sur por un convenio con PAMI, denominado “PAMI en la Universidad”. Estos cursos en general con régimen cuatrimestral, son ofrecidos a todos los adultos mayores, no sólo a los afiliados PAMI, y registran un alto número de inscriptos. Cabe destacar que la mayor

demanda insatisfecha se registra en los cursos de computación, particularmente de inicio. En este caso, debido a que se establece un cupo por la necesidad de disponer de equipos de computación para el aprendizaje individualizado. Además del mencionado, los cursos se orientan a Filosofía, Historia, Letras, Problemáticas socio-políticas, Derecho, Psicología comunitaria y social, Juegos de ingenio y origami, Fotografía, Jardinería, Huerta Grande, Fitness mental, Internet, Turismo y salud, Ciudadano y consumidor.

Cabe destacar que a partir del segundo semestre de 2009, la UNS implementó una carrera corta para los adultos mayores denominada Diplomatura en “Promoción de Derechos, Participación e Inclusión del Adulto mayor”, la primera carrera universitaria en el país destinadas a adultos mayores.

Esta es una carrera a término, organizada para completar una cohorte. Las expectativas respecto al interés en esta carrera fueron ampliamente superadas, por lo que se llevó a cabo una selección. Los primeros graduados han completado sus estudios en el primer semestre de 2011.

Los objetivos que persigue la diplomatura son: liderar un proceso de cambio de visión de las estructuras universitarias, generar un espacio que incluya a los adultos mayores para que se puedan desarrollar sus potencialidades y capacitar en cuidado, protección, consejería, promoción y resolución de conflictos.

En la Municipalidad de Bahía Blanca, se ha organizado una División de Adultos Mayores que se orienta a la organización de actividades para este grupo de la población. Como meta principal, el municipio sostiene “...elevar la calidad de vida del adulto mayor, constituyéndose en un instrumento de eficacia, eficiencia, equidad y participación, orientado a atender carencias, demandas, necesidades y el derecho impostergable al protagonismo...” (MBB, 2011)⁸.

Entre sus objetivos se indican:

- Atención directa de la población mayor de 60 años.
- Asesoramiento, orientación o derivación en relación a la problemática que aflige a los adultos mayores.
- Fomentar la participación, el protagonismo, el aprendizaje y la convivencia a través de la ejecución de diferentes espacios grupales.
- Trabajar conjuntamente con otros organismos nacional, provincial y municipal relacionados con este amplio sector social en la implementación de programas preventivos y de promoción estimulando la participación y creatividad de los adultos mayores (MBB, División de Adultos Mayores, 2011).

Entre los Programas Sociales, orientados a adultos mayores de 60 años se encuentran: SATE (Sistema Alimentario Tercera Edad), Juegos Buenos Aires (tiene como objetivos afianzar el sentido de integración e identidad bonaerense en los destinatarios ofreciendo canales de expresión artísticas, recreativas y deportivas que les permitan desarrollar su creatividad y potencialidad, favoreciendo los hábitos y la valoración de un estilo de vida sano), Coro Municipal de Mayores en diferentes barrios de la ciudad, talleres de tango, viernes de la tercera edad (se realizan diversas actividades

⁸ Para mayor información consultar: <http://www.bahiablanca.gov.ar/psociales/adultosmayores1.php>.

recreativas y sociales), Centro de Día (se asiste a una población aproximada de 20 adultos mayores de 60 años en diversas situaciones de vulnerabilidad. Se brinda asistencia alimentaria: desayuno, almuerzo, merienda y vianda, traslado al centro de día desde el domicilio, vestimenta, asistencia médica y terapia ocupacional. A través del equipo técnico se trabaja con los beneficiarios y las familias. Durante la semana se realizan diferentes talleres como educación física, talleres laborales, taller de alfarería, artesanías, huerta orgánica, actividades recreativas), Programa de fortalecimiento institucional “La experiencia cuenta”, Programa de fortalecimiento institucional “Cuidados domiciliarios”, Capacitación informática, Reconocimiento a adultos mayores, Consejo Municipal de Adultos Mayores (Concentrar el trabajo conjunto de todos los sectores comprometidos con los adultos mayores, con participación mayoritaria de los propios adultos mayores, en un ámbito de reflexión, concertación y asesoramiento permanente; institucionalizar la colaboración y participación de los adultos mayores en la definición, aplicación y seguimiento de las políticas públicas relacionadas con este sector, en estrecha colaboración con los organismos del Estado; asistencia, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores), Pensiones sociales y emergencia en salud (brinda asesoramiento y tramitación de Pensiones Sociales: se gestionan por invalidez, vejez y menor discapacitado).

Por otro lado, la Cooperativa Obrera Limitada es otra institución que está desarrollando una diversidad de actividades para los adultos mayores. En este caso en particular, se destaca la amplia demanda a los cursos de gimnasia, para ambos sexos y numerosos, que son muy requeridos y siempre registran una lista en espera de vacantes. Además, ofrecen ciclos de cines con una nutrida audiencia y diversas actividades culturales.

En los Centros de Jubilados, numerosos y con una amplia distribución barrial⁹, hay una oferta variada de actividades. En algunos predominan las de entretenimiento (truco, ajedrez, abuelas cuenta cuentos, teatro), de aprendizaje (computación, costura, tejido, cerámica, filosofía y cine), salud (gimnasia, nutrición, yoga, taller de memoria) y realización de viajes turísticos a diferentes puntos del país.

Lo importante es destacar que todas estas actividades, además del objetivo específico, tienen un contenido relacional muy importante para los adultos mayores. Se convierten en lugares de encuentro, donde se comparten intereses y donde se generan amistades.

En conversaciones entabladas sobre el tema con algunas personas de este grupo etéreo se puso de manifiesto la incidencia de participar en este tipo de actividades y sus efectos positivos sobre su estado de salud y su autoestima, tanto en actividades informales como formales (cursos universitarios).

Consideraciones finales

Es preciso señalar la importancia que reviste el análisis de vulnerabilidad social y condiciones de vida a escala local, a los fines de detectar las características y las localizaciones geográficas tanto de personas y hogares en este tipo de situación. La formulación de políticas focalizadas en los grupos

⁹ Se localizan 56 Centros de Jubilados en diferentes barrios de la ciudad y dos federaciones (Federación Regional del Sur y Federación Coordinadores del Sur).

con mayores carencias requiere un acabado conocimiento (cuantificación y caracterización) de la población afectada.

“...Lo común es que el avance en la edad conlleve la fragilidad en la salud, los riesgos de incapacidad, la pérdida de roles sociales y el retiro del trabajo. Estos factores en sí mismos y en sus necesarias interrelaciones terminan por imponer esa vuelta a la dependencia...” (Ham, 2000:666). El retiro de la actividad laboral en general implica siempre una disminución en los ingresos y, a la vez, que implicará cambios en sus estilos de vida.

Más que una edad fija que separe a los adultos mayores del resto de la población, parece conveniente establecer varios trayectos de transición que contemplen las cualidades, condiciones, habilidades y limitaciones de las personas en edades avanzadas. Ham ha intentado, desde el título de su artículo, indicar que en la vejez comprende más de un umbral. “La experiencia individual o colectiva del envejecimiento tiene que ver con grados de desarrollo, posiciones económicas, formas culturales, ámbitos regionales, épocas y condiciones históricas, relaciones familiares, la manera en que se es visto por los demás y la de verse uno mismo como parte de las actitudes psicológicas hacia el envejecimiento y sus manifestaciones” (2000:674). Y en estas consideraciones está implícita la vulnerabilidad de los adultos mayores, aún sin incluir los aspectos económicos, en cuanto a la dependencia en los requerimientos para la atención de la salud (solicitud de turnos a veces con horarios más restringidos, autorización de recetas y estudios clínicos, procedimientos quirúrgicos, etc.).

El presente trabajo aborda, desde una perspectiva cualitativa, el análisis de la relación entre diversos indicadores referidos a condiciones de vida de adultos mayores y la autopercepción de la salud, a través de la implementación de una encuesta demográfica en diferentes barrios, instituciones y unidades sanitarias en la ciudad de Bahía Blanca.

La aplicación de la encuesta, con características de “autogestión” por parte del adulto mayor, se encuentra actualmente en plena implementación en diferentes puntos de la ciudad. Si bien, no contamos a la fecha con resultados parciales, se puede indicar en términos generales y de acuerdo a las experiencias personales con los propios adultos mayores e información aportada por diversos actores de gestión pública vinculados con la temática del envejecimiento demográfico en la ciudad, que la utilización de los servicios de alta y baja complejidad se encuentra en estrecha relación con la cobertura de salud que poseen. No obstante ello, la ciudad presenta una adecuada cobertura de servicios. En este sentido, desde la acción local se destaca el papel asumido por el PAMI y la Secretaría de Salud del municipio.

Esta propuesta cualitativa constituye una herramienta de importancia. Como complemento a los aspectos planteados, se han programado entrevistas semiestructuradas a adultos mayores para obtener la perspectiva desde los actores, sus experiencias en el acceso a los servicios, condiciones en sus prácticas espaciales y en los aspectos relacionales. También se realizan entrevistas a responsables de instituciones que tienen que ver con la prestación de servicios a adultos mayores (PAMI, PAMI Barriales, Unidades Sanitarias, Centros de Jubilados y Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca).

Bibliografía

- ALBALA C, LEBRÃO M, DÍAZ EM, HAM CHANDE R, HENNIS AJ, PALLONI A (2005), “Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada”, *Revista Panamericana de la Salud Pública*, 17(5/6), 307–22.
- ARANIBAR, Paula (2001), “Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina”, *Serie Población y Desarrollo*, N° 21, Santiago de Chile.
- BERTRANOU, Evelina (2008), “Tendencias demográficas y protección social en América Latina y el Caribe”, *Población y Desarrollo* 82, Santiago de Chile.
- BUSSO, Gustavo (2002), “Vulnerabilidad sociodemográfica en Nicaragua: un desafío para el crecimiento económico y la reducción de la pobreza”, *Serie Población y Desarrollo*, N° 29. CELADE, Santiago de Chile.
- BUSSO, Gustavo (2005), “Pobreza, exclusión y vulnerabilidad social. Usos, limitaciones y potencialidades para el diseño de políticas de desarrollo y de población”, En VIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población (AEP), Tandil, Provincia de Buenos Aires.
- CANALES, Alejandro (2001), “La población en la era de la información. De la transición demográfica al proceso de envejecimiento”, *Estudios Demográficos y Urbanos*, n° 48, El Colegio de México, 485-518. <http://redalyc.uaemex.mx/buscar/search.jsp?query=alejandro+canales>
- CELADE (2006), *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*, CEPAL, Santiago de Chile LC/W.113.
- CELADE (1997), *Envejecimiento: Cuatro facetas de una sociedad para todas las edades*, CEPAL, Santiago de Chile. LC/DEM/G.174 Serie A, N° 309.
- CEPAL (2002a), *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. Síntesis y conclusiones*. Santiago, CEPAL, Documento electrónico LC/W.3 <http://www.eclac.cl/publicaciones/SecretariaEjecutiva/6/LCG2170SES2916/DGE2170-SES29-16.pdf>
- CEPAL (2002b), *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*. Santiago: CEPAL, <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/10264/P10264.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl>.
- CHACKIEL, Juan (1999), “Envejecimiento de la población latinoamericana: una relación de dependencia favorable?”, Documento presentado en la Sesión III del Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad, CEPAL- FNUAP, Santiago de Chile.
- DEL POPOLO, Fabiana (2001), “Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina”, *Serie Población y Desarrollo*, N° 19, CEPAL, Santiago de Chile.
- FORMIGA, Nidia y PRIETO, María Belén (2010). “Vulnerabilidad social y envejecimiento demográfico en ciudades intermedias. El caso de Bahía Blanca”, En Seminario Internacional de Población y Sociedades en América Latina (SEPOSAL), Gredes, Salta, Argentina.
- FORMIGA, Nidia; PRIETO, María Belén y MEDUS, Silvina (2009). “Vulnerabilidad, Accesibilidad y Calidad de Vida. Los Adultos Mayores en la ciudad de Bahía Blanca”, En

Geografía y Sistemas de Información Geográfica (GEOSIG). Revista Digital del Grupo de Estudios sobre Geografía y Análisis Espacial con Sistemas de Información Geográfica (GESIG). Programa de Estudios Geográficos (PROEG). Universidad Nacional de Luján, Argentina. Año 1, Número 1, ISSN 1852 – 8031. Sección Artículos: I, Pp. 37 – 61, <http://www.gesig-proeg.com.ar>.

FORMIGA, Nidia y PRIETO, María Belén (2009). “Vulnerabilidad, Calidad de Vida y Accesibilidad. Los adultos mayores en la ciudad de Bahía Blanca”, En XII Conferencia Iberoamericana en Sistemas de Información Geográfica, Universidad Nacional de Heredia, Costa Rica, http://www.geo.una.ac.cr/prosigte/index.php?option=com_remository&Itemid=169&func=startdown&id=66.

FORMIGA Nidia y PRIETO, María Belén (2008), “Envejecimiento y condiciones sociodemográficas. Algunas reflexiones sobre la situación en Bahía Blanca – Argentina”, En III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, [_www.alapop.org/Congreso08/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_296.pdf](http://www.alapop.org/Congreso08/DOCSFINAIS_PDF/ALAP_2008_FINAL_296.pdf).

GUZMAN, José Miguel (2002), “Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe”, Serie Población y Desarrollo, N° 28, CEPAL, Santiago de Chile.

HAM CHANDE, Roberto (2000), Los umbrales del envejecimiento, Estudios Sociológicos, sep-dic, año/vol. XVIII, N° 003, pp.661-676.

JARMA, Norma y CEBALLOS, María Beatriz (2007), “Las Condiciones Sociodemográficas del Adulto Mayor en los Municipios de la Provincia de Tucumán, República Argentina”, En IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población (AEPA), Huerta Grande, Córdoba.

KAZTMAN y otros (1999), Activos y estructuras de oportunidades. Estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay, Montevideo, CEPAL-PNUD.

<http://www.cepal.org/publicaciones/Montevideo/6/LCMVDR176/LC-R176.pdf>.

KAZTMAN, R. – FILGUEIRA, F (2006), Las normas como bien público y como bien privado: reflexiones en las fronteras del enfoque AVEO. Montevideo, Universidad Católica del Uruguay, Serie Documentos de Trabajo del IPES /Colección Aportes Conceptuales N° 4.

KAZTMAN, Rubén (1999), Segregación residencial y desigualdades sociales en Montevideo.

KAZTMAN, Rubén (2000), Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social. Montevideo, Universidad Católica del Uruguay, Serie Documentos de Trabajo del IPES/Colección AportesConceptualesN°2, http://www.ucu.edu.uy/Facultades/CienciasHumanas/IPES/pdf/Laboratorio/AC_Numero%202.pdf.

LASLETT, Peter (1997), Interpreting the demographic changes, Phil. Trans. R. Soc. London B 352, 1805-1809 Downloaded from rstb.royalsocietypublishing.org on February 23, 2010.

MIRO, Carmen (2003), “Transición demográfica y envejecimiento demográfico”, En Papeles de Población, enero-marzo, N° 35, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, 9-29.

Montevideo, CEPAL <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/10820/LCR177.pdf>.

OPS/OMS, (1990), “Programa de promoción de la salud de los ancianos para Latinoamérica y el Caribe”, Proyecto SABE.

PELAEZ, Martha, PALLONI, Alberto, FERRER, Marcela (1999), “Perspectivas para un envejecimiento saludable en América Latina y el Caribe”, En Serie Encuentro latinoamericano y

caribeño sobre las personas de edad. Seminario Técnico, Seminarios y Conferencias, N° 2, CEPAL, Santiago de Chile.

PIZARRO, R (2001), “La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina”, Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos, N° 6, CEPAL, Santiago de Chile.

PRIETO, María Belén y FORMIGA, Nidia (2009) “Envejecimiento y vulnerabilidad sociodemográfica. El caso de Bahía Blanca – Argentina”, En 12° Encuentro de Geógrafos de América Latina (EGAL). Caminando en una América Latina en transformación”, Montevideo, Uruguay, Publicado en CD. ISBN: 978-9974-8002-9-8.

RAMÍREZ, O (2003). “Envejecimiento poblacional y características de las personas de edad costarricenses”, Manuscrito presentado en la Jornada de Demografía. Octubre 2003. Academia de Centro América, Centro Centroamericano de Población. San José, Costa Rica.

RODRÍGUEZ J. y ARRAIGADA, C. (2004), “Segregación residencial en la ciudad latinoamericana”, Revista EURE, Vol. XXIX, N° 89, pp5-24, Santiago de Chile.

RODRÍGUEZ V., J. (2001), “Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes”, Serie Población y Desarrollo, N17, CELADE, Santiago de Chile.

RODRÍGUEZ V., J. (2000), Vulnerabilidad demográfica: una faceta de las desventajas sociales. Cepal/Celade, Santiago de Chile.

RODRÍGUEZ V., Jorge (2004), “Vulnerabilidad social, sociodemográfica y pobreza”, En II Encuentro Nacional de Demógrafos y Estudiosos de la Población. Caracas.

SÁNCHEZ GÁVITO, Ana (2000), “Manual de prevención y auto cuidados para las personas adultas mayores”, Gobierno del Distrito Federal, México, agosto.

SANTILLÁN PIZARRO, M. LAPLANTE, B (2008), “Argentina y la vulnerabilidad sociodemográfica a la pobreza. Una aproximación metodológica”. En III Congreso de ALAP, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, 24 al 26 de septiembre de 2008. Publicado en CD, Pp. 17.

VILLA, Miguel y RIVADENEIRA, Luis (1999), “El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica”, En Serie Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad. Seminario Técnico, Seminarios y Conferencias, N° 2, CEPAL, Santiago de Chile.