
CAPITULO 4

LA MORTALIDAD DE LOS NO RESIDENTES EN LA CIUDAD

La ciudad de Bahía Blanca, situada al sudoeste de la provincia de Buenos Aires, es un nudo gravitatorio de gran importancia, lo que ha favorecido para que se convierta en un centro comercial, financiero, educacional, industrial y de servicios que abastece a una amplia región. Entre estos últimos se deben mencionar los servicios de salud, con elevados niveles de complejidad, de desarrollo tecnológico y capacidad humana, lo que convierte a la ciudad en un centro de consulta regional, determinando una gran afluencia de personas de los distritos aledaños que arriban en busca de una atención más especializada.

Este centro cuenta con varias instituciones hospitalarias privadas y dos estatales: el Hospital Interzonal "Dr. José Penna", dependiente de la provincia de Buenos Aires, y el Hospital Municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero", solventado por el municipio local; ambos poseen un excelente nivel de personal médico y de enfermería, así como importante aparatología que los ubica dentro de aquellos centros de alta complejidad, donde la atención es gratuita para toda persona que requiera de sus servicios.

Además de las derivaciones zonales en busca de atención especializada, las cuales algunas derivan en el deceso del paciente, ya mencionado cuando se analiza la mortalidad infantil, que se pueden denominar como "*muertes esperables*"- correspondientes a enfermos con diagnóstico complejo o terminales, como ser enfermos de cáncer, HIV Sida, con enfermedades cardíacas, ancianos, etc.- se detectan defunciones ocurridas en la ciudad procedentes de otros países y provincias, así como de partidos de la provincia de Buenos Aires los cuales se encuentran geográficamente más alejados de la jurisdicción en estudio, que se designan "*muertes inesperadas o sorpresivas*", las que engloban los decesos producidos por accidentes, homicidios o muerte súbita; en las cuales se puede decir que el motivo no se debe a

la búsqueda de atención médica en la ciudad, sino que la muerte los sorprende circunstancialmente en el lugar.

Conjuntamente con los servicios asistenciales, la ciudad cuenta con instituciones al servicio de la comunidad que otras localidades con similar jerarquía no poseen; como el caso de la Unidad Penitenciaria IV Villa Floresta, a la cual arriban reclusos de distintos puntos del país; el puerto de Ingeniero White, quien aporta las muertes correspondientes a personal embarcado en diversos buques pesqueros extranjeros, algunos muertos en forma violenta (según consta en sus respectivas actas de defunción) y cuyo lugar de residencia los ubica en diferentes países del planeta. El hecho de asentarse el deceso en el Registro Civil local se debe a que el fallecimiento se produjo en aguas jurisdiccionales del puerto local. En este caso una variable al azar aumenta el número de defunciones totales en la ciudad.

Bahía Blanca cuenta, como muy pocos núcleos del país, con un instituto que cobija a personas con malformaciones congénitas El Pequeño Cottolengo, que atiende especialmente a niños y jóvenes con dicha problemática de una extensa área territorial, hecho que aumenta las defunciones por dicha problemática.

El área rural próxima a la ciudad no sólo es agrícola-ganadera, sino que genera cultivos intensivos de distinta naturaleza; esto determina, desde hace varias décadas, que trabajadores temporarios o golondrinas arriben a la zona, según la estacionalidad de los cultivos. Es por eso que se han registrado muertes de personas o hijos de éstas, de diferentes localidades de las provincias norteñas y en algunos casos de países limítrofes. Atento a lo antedicho, se podría considerar que estos grupos poblacionales no se volcaron a la ciudad con el objeto de recibir mejor atención médica, sino que por cuestiones laborales se encontraban temporariamente radicados en la ciudad o la zona rural y ante una necesidad de tipo sanitario recurren al centro más cercano.

Desglosando la información se puede inferir que Capital Federal, Catamarca, Córdoba, Entre Ríos, Mendoza, Misiones, Salta, Santa Fe, Santiago del Estero,

Tucumán y algunos países del exterior, aparecen representadas dentro de las defunciones producidas en la ciudad, no por la búsqueda o necesidad de atención médica especializada, sino porque la muerte los sorprende en la ciudad o alrededores. Los totales y porcentajes correspondientes, no sufren muchas variaciones en todo el período; como se vio anteriormente el grueso de las defunciones corresponden a Bahía Blanca. (Tabla 4-1)

Tabla 4-1: Evolución de las defunciones por lugar de origen

	1993		1994		1995		1996		1997		1998	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
BB	2164	79.24	2177	78.20	2293	77.54	2305	78.70	2210	76.50	2294	77.79
RP	87	3.19	97	3.48	108	3.65	73	2.49	112	3.88	99	3.36
Zona	458	16.77	489	17.56	543	18.36	534	18.23	540	18.69	529	17.94
O.Zona	22	0.81	21	0.75	13	0.44	17	0.58	27	0.93	27	0.92
Total	2731	100	2784	100	2957	100	2929	100	2889	100	2949	100

Los decesos totales correspondientes a la zona aledaña a Bahía Blanca alcanzan su máximo aporte durante 1995, con 543 casos, y su mínimo en 1993 con 458. Los correspondientes a otras zonas, donde se incluyen partidos y provincias lejanas a la localidad, como también del exterior; su menor valor se encuentra en 1995 con 13 eventos, siendo los años 1997 y 1998 los de mayor incidencia con 27 sucesos. (Gráfico 4-1)

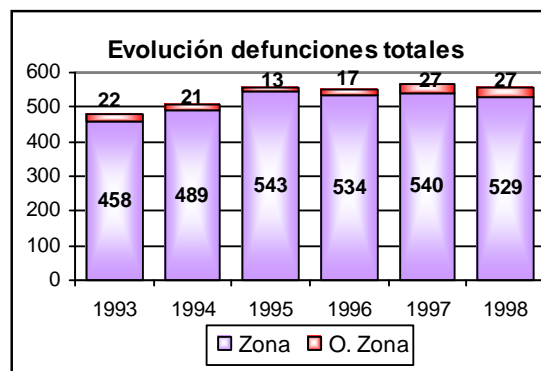


Gráfico 4-1

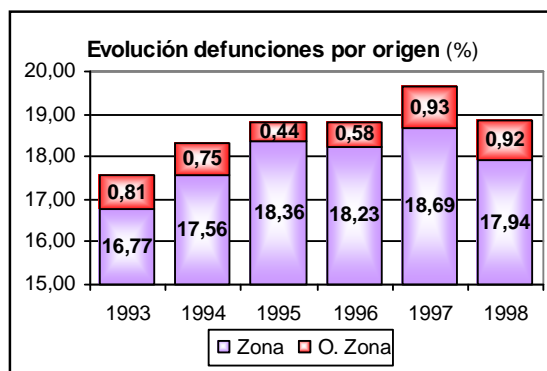


Gráfico 4-2

En porcentaje sobre el total de defunciones, se detecta una tendencia general al aumento en la participación de la zona, con leves variaciones sobre todo durante los años posteriores a 1993, donde adquiere el mínimo de un

16,7% en 1993, luego se mueve alrededor del 18,2%. Los valores de las *muerres inesperadas*, siempre menores al 1%, van del 0,4% en 1995, al 0,9% durante 1997 y 1998. (Gráfico 4-2)

En las defunciones de la zona discriminadas por sexo, se detecta la amplia supremacía de defunciones masculinas con respecto a las femeninas, en casi todo el período estudiado, destacándose los años 1997 (con 160 casos en total y 154 decesos de diferencia, sin las muertes infantiles y fetales) y 1996, con 142 y 147 casos respectivamente (la diferencia se debe a que este año registra el máximo de muertes infantiles y fetales femeninas). El año de menor contraste es 1995, con 95 varones más; cifra que se debe al aumento de las muertes de mujeres provenientes de la zona, siendo el máximo para todo el período con 187 casos. (Gráfico 4-3)

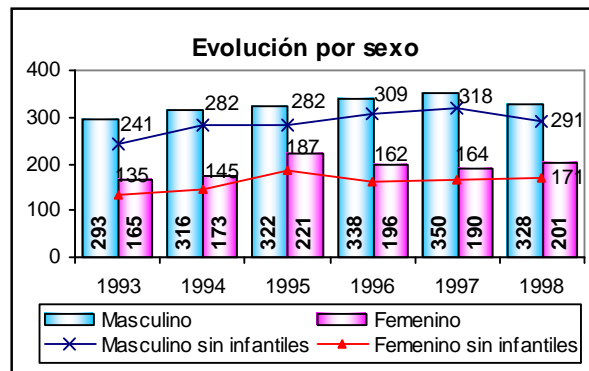


Gráfico 4-3

Variaciones mensuales

Los meses de mayor incidencia son, en total, los correspondientes al invierno y la primavera, destacándose el mes de julio de 1995 con 68 defunciones, le siguen en orden decreciente: setiembre de 1997 con 61, agosto de 1998 con 59, agosto de 1996 con 55, octubre de 1993 con 49 y los meses de abril y octubre de 1994 con 48 decesos. Cuando no se consideran las defunciones infantiles, los totales resultantes son: julio de 1995 con 59 casos, setiembre de 1997 con 55, agosto de 1998, 54; agosto de 1996, 47; octubre de 1994, 45 y abril de 1993 con 41.

Los períodos de menor incidencia total, que coinciden con el verano, son: enero de 1993 y 1995 con 28 y 29 casos respectivamente; febrero y marzo de 1997 con 30; febrero de 1998, 31; noviembre de 1994, 32 y marzo de 1996 con 35. Sin las defunciones infantiles, los meses con menos aportes zonales son: enero de 1993 con

22; febrero de 1997, 23; febrero y marzo de 1998, 26; febrero de 1994, 27; enero de 1995, 27 y diciembre de 1996 con 29.

Al analizar la variaciones por sexo, es cuando se percibe claramente la supremacía de defunciones pertenecientes al sexo masculino con respecto al femenino. (Gráfico 4-4) Los primeros presentan su máximo total en el mes de julio de 1995 con 46 muertes; en agosto de 1996, 41; octubre de 1997 y agosto de 1998, 37 cada uno; octubre de 1994, 33 y junio de 1993 con 32. Para el sexo femenino el valor mayor es de 25 decesos para el mes setiembre de 1997, le siguen enero de 1996 con 23; julio, agosto y setiembre de 1995 y agosto de 1998 con 22: setiembre de 1994, 19 y marzo, abril y octubre de 1993 con 18 defunciones.

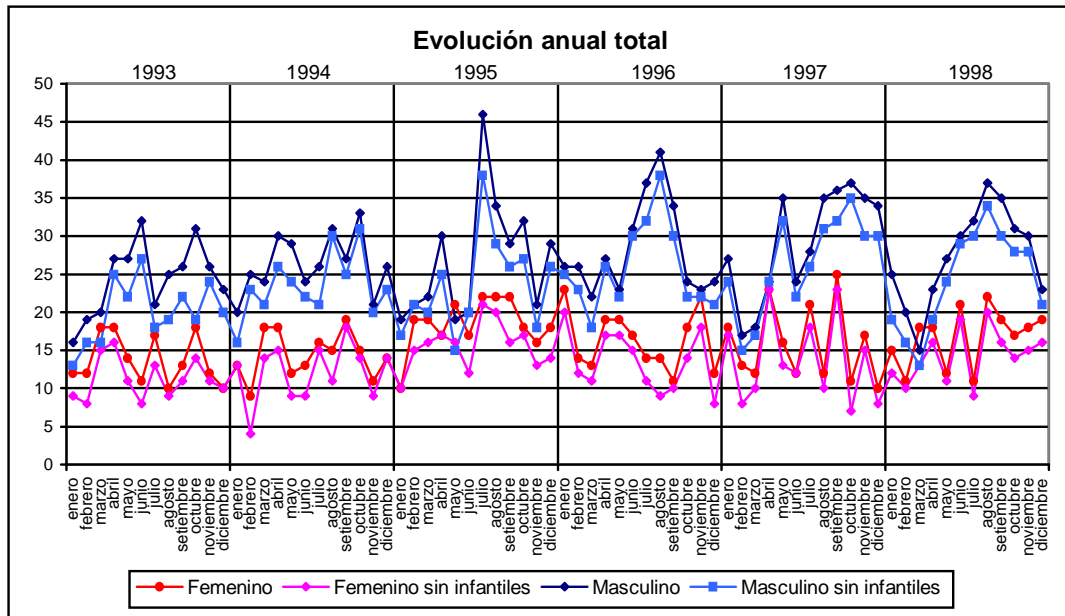


Gráfico 4-4

Las mayores diferencias para 1993, año en el cual se registra el menor número de muertes de todo el período analizado, se presentan en el mes de junio, con 11 mujeres fallecidas

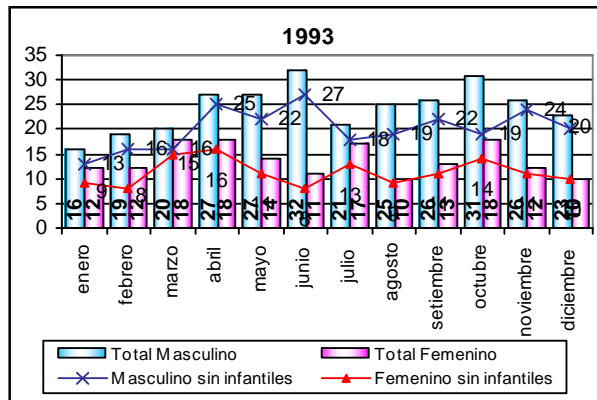


Gráfico 4-5

y 32 varones en total; sin considerar las defunciones infantiles y fetales los valores resultantes son 8 y 27 respectivamente. (Gráfico 4-5) El mes de menor disparidad es marzo con 15 mujeres y 16 varones.

Durante el año 1994 se detectan importantes variaciones, siendo los meses de octubre, con 15 decesos femeninos y 33 masculinos; mayo, con 12 y 29; febrero, 9 y

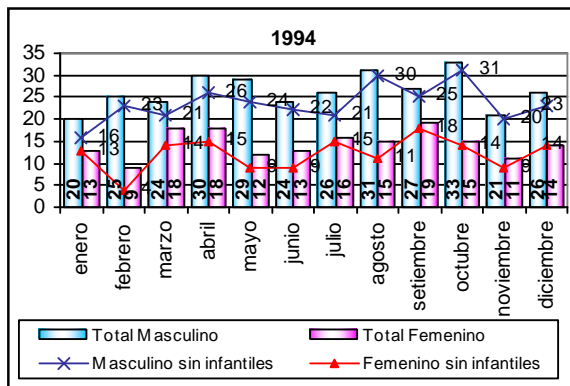


Gráfico 4-6

25 y agosto, 15 y 31 respectivamente, los de mayor valor en total. (Gráfico 4-6) Descontando las defunciones infantiles y fetales, los meses más afectados son agosto, con 11 mujeres y 30 varones; febrero, 4 y 23, y octubre con 14 y 31 respectivamente.

El mes de marzo es el que presenta más paridad con 18 decesos femeninos y 24 masculinos; en cambio resulta enero el de menor diferencia entre ambos sexos cuando no se consideran las muertes de menores de un año.

El año 1995 es el que presenta mayor cuantía de aportes zonales y el de menor contraste entre sexos, los meses de mayores diferencias son julio, con 22 mujeres y 46 varones y octubre con 18 y 32 casos respectivamente; los mismos meses siguen presentado las

mayores discrepancias si no se consideran las muertes infantiles. (Gráfico 4-7) Mayo, al igual que marzo de 1998, son meses en los cuales el sector femenino supera el masculino en cantidad de muertes, en este caso son 21 y 19.

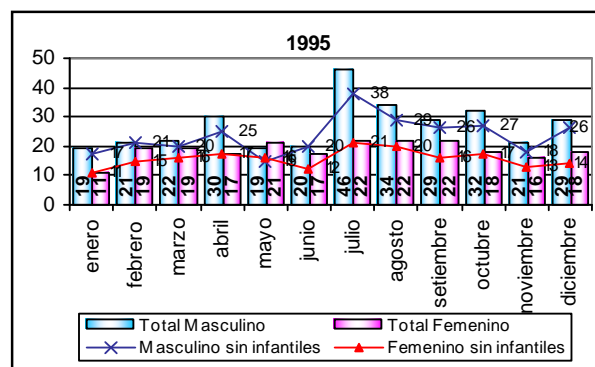


Gráfico 4-7

El año 1996 es el que presenta mayores disparidades por sexo, ya que las cuantías más elevadas para los varones se presentan en los meses de agosto, julio y

setiembre con 41, 37 y 34 decesos respectivamente, siendo de 27 y 23 decesos la

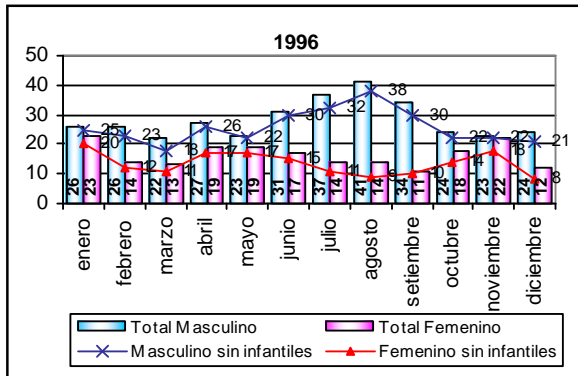


Gráfico 4-8

diferencia; en tanto las mujeres presentan en enero y noviembre 23 y 22 muertes, constituyéndose en los meses de menores discrepancias. (Gráfico 4-8) Los meses de marzo y setiembre son los de menor incidencia para varones y mujeres,

con 22 y 11 casos respectivamente. Sin considerar las defunciones infantiles las diferencias se mantienen, excepto en el mínimo para mujeres que es diciembre.

El año 1997 es el de mayor diferencia entre ambos sexos y en defunciones totales de la zona. (Gráfico 4-9) El mes de octubre es el que presenta el mayor contraste, con 11 mujeres y 37 varones, resultando el mes de abril con menor diferencia, registrando 23 y 24 decesos respectivamente. Estas disparidades

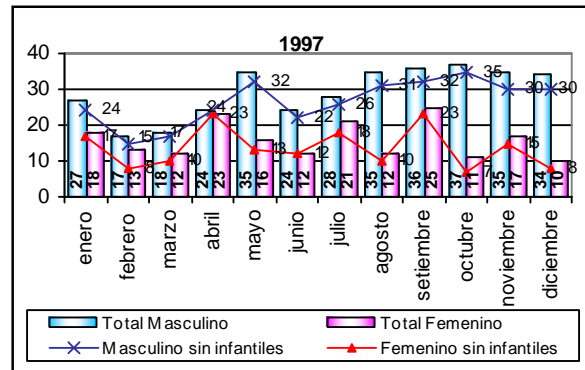
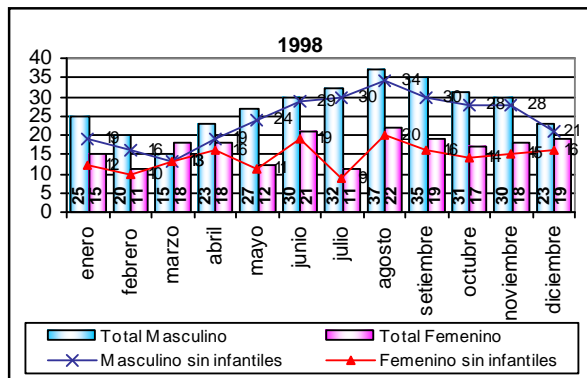


Gráfico 4-9

se mantienen cuando se excluyen las defunciones infantiles.

Durante 1998 la máxima desproporción se encuentra en el mes de julio, con 11 casos para el sexo femenino y 32 para el masculino, siendo el mes de marzo el de



menor con 18 y 15 respectivamente. (Gráfico 4-10)

Cuando se exceptúan las defunciones infantiles los guarismos no presentan variación. El mes con más cantidad de

Gráfico 4-10

defunciones para ambos meses es agosto. En general se observa que, salvo en casos aislados, la mortalidad de los varones es muy superior a las mujeres.

Principales causas de muerte

Las principales causas de muerte registradas en Bahía Blanca de personas con residencia en la zona durante todo el período 1993 – 1998, son las enfermedades del sistema circulatorio (1-064) con un valor promedio de 25,5%; los tumores (1-026) con 19,2%, las defunciones infantiles, fetales y malformaciones congénitas alcanzan valores cercanos al 12%; las enfermedades del sistema respiratorio (1-072) con 10,5% y los traumatismos (codificadas como 1-400) con 7%. (Gráfico 4-11)

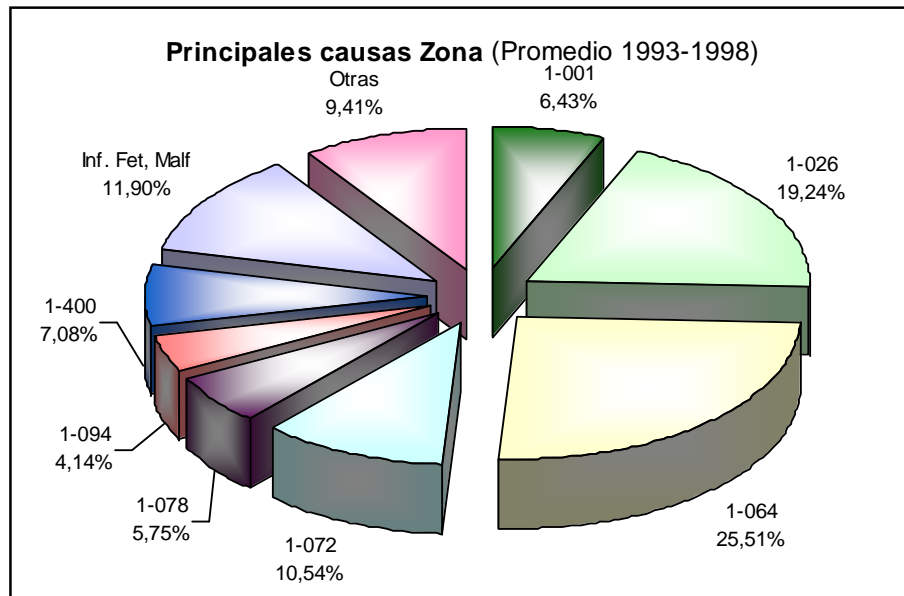


Gráfico 4-11

Referencias:

1-001	Enf. Infecciosas	1-094	Síntomas anormales
1-026	Tumores	1-400	Traumatismos, causa externa
1-064	Enf. Sistema Circulatorio	Inf, fet y M	Infantiles, fetales y malformaciones
1-072	Enf. Sistema Respiratorio	Otras	Resto de causas
1-078	Enf. Sistema Digestivo		

Analizando las causas por año se observa un fuerte incremento en las producidas por enfermedades del sistema respiratorio (1-072), también con tendencia positiva se detectan las correspondientes a muertes producidas tumores (1-026), enfermedades infecciosas (1-001) y síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (1-094). Con tendencia estable se

encuentran las enfermedades del sistema circulatorio (1-064) y otras causas (resto de enfermedades); correspondiendo a las enfermedades del sistema digestivo (1-078), muertes fetales, infantiles y malformaciones y traumatismos por causa externa (1-400) la trayectoria declinante. (Gráfico 4-12)

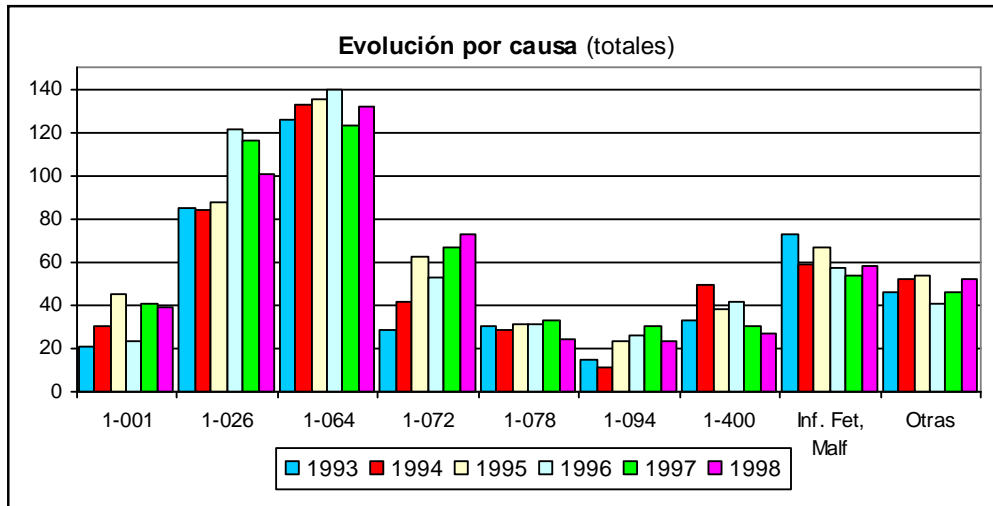


Gráfico 4-12

Referencias:

1-001	Enf. Infecciosas	1-094	Síntomas anormales
1-026	Tumores	1-400	Traumatismos, causa externa
1-064	Enf. Sistema Circulatorio	Inf, fet y M	Infantiles, fetales y malformaciones
1-072	Enf. Sistema Respiratorio	Otras	Resto de causas
1-078	Enf. Sistema Digestivo		

Las enfermedades del sistema circulatorio (1-064) representan, en promedio, el 25,6%; encontrándose más afectadas las mujeres, ya que constituye el 27% del total de defunciones de ese grupo. Los tumores (1-026) son la segunda causa, con un promedio del 19%, en este grupo están más perjudicados los varones con 20%; le siguen en importancia las defunciones fetales, infantiles y malformaciones, con 12%; las enfermedades del sistema respiratorio (1-072), 10%; Otras (resto de enfermedades) 9%; traumatismos (1-400) 7%, donde se percibe la mayor incidencia en los varones: 9% contra casi 4% en las

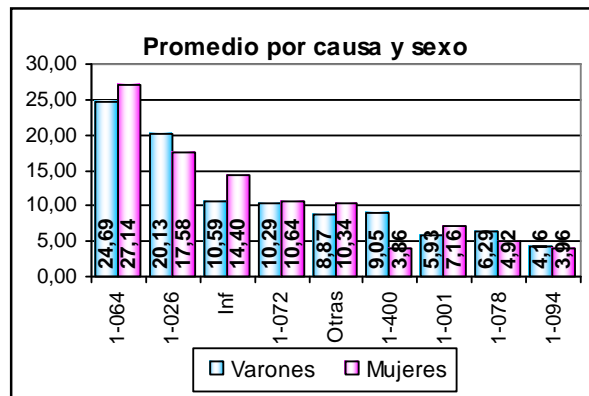


Gráfico 4-13

mujeres; enfermedades infecciosas (1-001) y del sistema digestivo (1-078) 6% y los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (1-094) con 4%. (Gráfico 4-13)

Considerando las variaciones anuales por causa y sexo es donde surgen las diferencias más notorias. En la mayoría de los años y de las causas de muerte el predominio masculino es relevante.

Decesos por enfermedades en el sistema circulatorio

En las defunciones producidas por esta causa, se detecta el incremento del sector femenino, ocurriendo lo contrario para el masculino; aunque éstos siempre son mayoría de casos. La mayor disparidad se encuentra en el año 1993 con 40 sucesos, donde casi duplican al otro sexo; constituyéndose 1996 el año de menor contraste, con 20 ocurrencias de diferencia. (Gráfico 4-14)

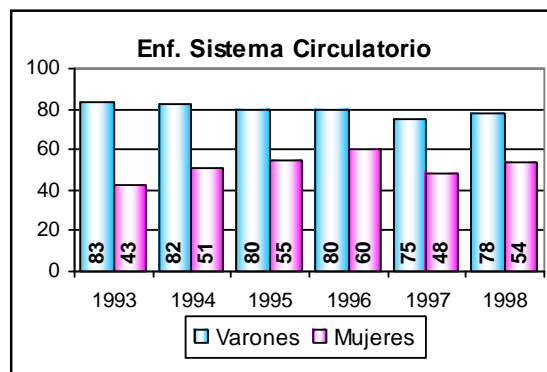


Gráfico 4-14

Diferenciando por causales y sexo es donde se pueden evidenciar las diferencias. (Tabla 4-2)

Tabla 4-2: Defunciones por Enfermedades del sistema circulatorio

	1993			1994			1995			1996			1997			1998		
	T	M	V	T	M	V	T	M	V	T	M	V	T	M	V	T	M	V
1-065	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
1-066	1	1	0	1	1	0	2	1	1	1	1	0	7	2	5	3	1	2
1-067	22	9	13	27	8	19	29	11	18	26	13	13	17	6	11	25	7	18
1-068	34	13	21	44	18	26	31	18	13	40	21	19	44	19	25	40	22	18
1-069	49	14	35	43	16	27	51	18	33	47	19	28	45	20	25	54	21	33
1-070	8	5	3	6	4	2	9	5	4	14	4	10	1	1	0	0	0	0
1-071	12	1	11	12	4	8	13	2	11	12	2	10	9	0	9	9	3	6
Total	126	43	83	133	51	82	135	55	80	140	60	80	123	48	75	132	54	78

Referencias:

1-065: Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas

1-066: Enfermedades hipertensivas

1-068: Otras enfermedades del corazón

1-070: Aterosclerosis

1-067: Enfermedades isquémicas del corazón

1-069: Enfermedades cerebrovasculares

1-071: Resto de enfermedades del sistema circulatorio

Las muertes producidas por enfermedades en el sistema circulatorio son en mayor número las clasificadas, según la OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud) como Enfermedades cerebrovasculares (1-

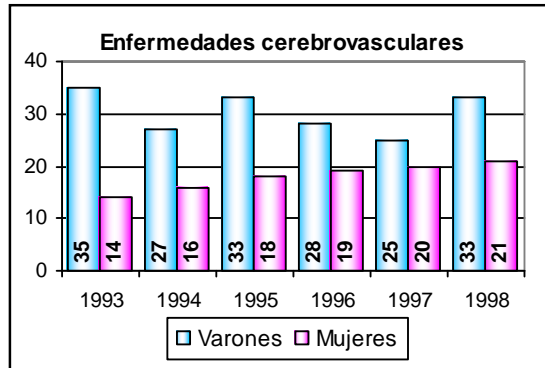


Gráfico 4-15

069), en las que se ubican la hemorragia subaracnoidea, accidente cerebrovascular e infarto cerebral entre otras, con 36,6% en promedio para los seis años analizados. (Gráfico 4-15) Los varones superan a las mujeres, pero presentan una tendencia estable,

en cambio el sector femenino se muestra con notoria tendencia a incrementarse.

En segundo lugar se hallan las Otras enfermedades del corazón (1-068), entre las que se encuentran las enfermedades cardiopulmonares, pericarditis, endocarditis, miocarditis, cardiomiopatía e insuficiencia cardíaca, con 29,6% en promedio para los seis años analizados. En total muestra una tendencia en ascenso, diferenciando por sexo se percibe una leve tendencia en decreciente en el sector masculino, mientras que el femenino se presenta con tendencia creciente. Los varones superan a las mujeres ampliamente en los años 1993, 1994 y 1997, ocurriendo lo contrario en los años restantes; los

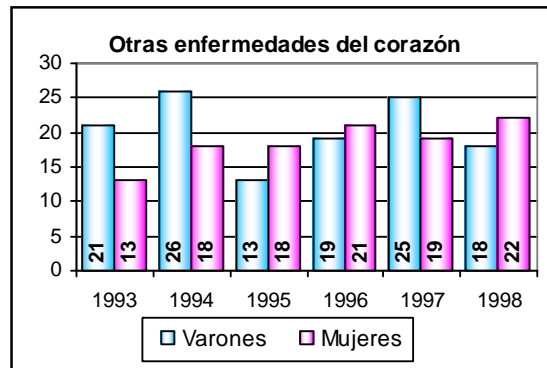
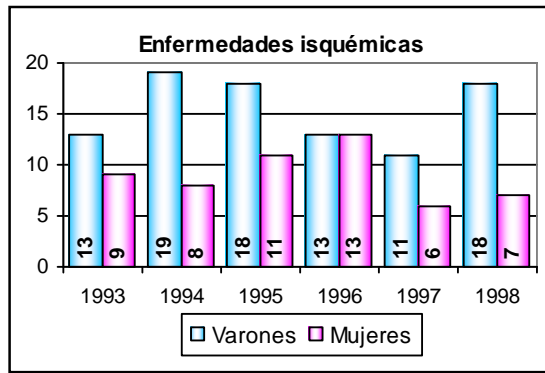


Gráfico 4-16

primeros presentan oscilaciones constantes, en cambio las mujeres se presentan con crecimiento casi constante. (Gráfico 4-16)

Las Enfermedades isquémicas del corazón (1-067) que involucran la angina de pecho y el infarto de miocardio, también presentan valores importantes durante el período tratado, alcanzando el 18,5% sobre el total de defunciones de la zona por problemas circulatorios. Sólo en 1996, cuando se igualan los valores, los varones



superan a las mujeres; presentando ambos sexos una tendencia decreciente. (Gráfico 4-17)

Gráfico 4-17

Le siguen en importancia, con cuantías menores: Resto de enfermedades del sistema circulatorio (1-071) con 8,5% en promedio; aterosclerosis (1-070) con 4,7% (en este caso es llamativo que durante el año 1998 no registra ninguna defunción por esta causa, el resto del período las mujeres decrecen, en cambio los varones presentan un notorio crecimiento); por último se encuentran la Enfermedades hipertensivas (1-066) con valor cercano al 2% y Fiebre reumática aguda y enfermedades reumáticas crónicas (1-065) con 0,10%, ya que registra un solo caso correspondiente a un varón en 1998.

Defunciones producidas por tumores

Los decesos producidos por tumores malignos es la segunda causa de muerte de personas provenientes de la zona, registrada en las oficinas de la Delegación de las Personas de Bahía Blanca. Presentan una directriz progresiva, sobre todo en lo que respecta a los hombres. (Gráfico 4-18)

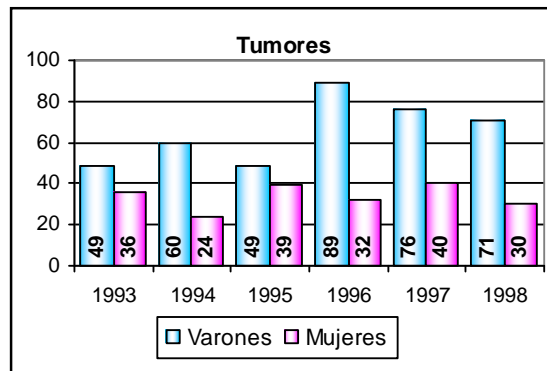


Gráfico 4-18

Al diferenciar por distintos tipos de tumores y sexo detectan discrepancias notorias. (Tabla 4-3)

Tabla 4-3: Defunciones totales por Tumores según tipo

	1993			1994			1995			1996			1997			1998		
	T	M	V		M	V		M	V		M	V		M	V		M	V
1-027	2		2	3		3	0			2		2	3	1	2	2		2
1-028	2		2	4		4	4	1	3	5		5	3	1	2	7	3	4
1-029	4	1	3	4	1	3	1		1	4	1	3	3		3	7	1	6
1-030	10	2	8	9	4	5	6	3	3	16	3	13	9	1	8	10	4	6
1-031	3	1	2	2	1	1	4		4	2	2		1		1	1		1
1-032	2	1	1	5	2	3	2	1	1	2		2	2		2	5	1	4
1-033	2		2	3		3	4		4	4	1	3	2		2	4		4
1-034	15	3	12	17	1	16	14	3	11	27	5	22	18	3	15	12	2	10
1-035	1	1		1		1	1	1										
1-036	6	6		3	3		8	8		7	7		7	7		3	3	
1-037	4	4					3	3		1	1		2	2		1	1	
1-038													1	1		3	3	
1-039	2	2		4	4		2	2		1	1		5	5		2	2	
1-040				3		3	1		1	3		3	2		2	9		9
1-041	4		4	1	1					5		5	5		5	4		4
1-042	3	2	1	2		2	1	1		5	1	4	6	4	2	4	2	2
1-043	1	1		2		2	3		3	3		3	2		2	4	1	3
1-044	1		1	1		1	1		1	1		1				1	1	
1-045	5	2	3	7	2	5	16	8	8	15	5	10	16	5	11	6	2	4
1-046	18	10	8	13	5	8	17	8	9	18	5	13	26	10	16	14	4	10
1-047													3		3	2		2
Total	85	36	49	84	24	60	88	39	49	121	32	89	116	40	76	101	30	71

Referencias

1-027 T.M. del labio, cavidad bucal y faringe	1-028 T.M. del esófago
1-029 T.M. del estómago	1-030 T.M. del colon, recto y ano
1-031 T.M. del hígado y vías biliares intrahepáticas	1-032 T.M. del páncreas
1-033 T.M. de la laringe	1-034 T.M. de la tráquea, bronquios y pulmón
1-035 Melanoma maligno de la piel	1-036 T.M. de la mama
1-037 T.M. del cuello de útero	1-038 T.M. de otras partes y no especif. del útero
1-039 T.M. del ovario	1-040 T.M. de la próstata
1-041 T.M. de la vejiga urinaria	1-042 T.M. de las meninges, encéfalo y s.nervioso
1-043 Linfoma no Hodgkin	1-044 Mieloma múltiple y T.M. células plasmáticas
1-045 Leucemia	1-046 Resto de T.M.
1-047 Resto de tumores	T.M. Tumores malignos

La codificada como Resto de tumores malignos (1-046) es la que presenta, en total, mayor cantidad de registros en todo el período, siguiéndole en importancia el tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón (1-034), leucemia (1-045), el tumor maligno del colon, del recto y del ano (1-030), el tumor maligno de la mama (1-036) y los tumores malignos de esófago (1-028) y estómago (1-029).

Considerándolas por sexo surgen algunos contrastes, en el caso de los varones las principales localizaciones son: tumor maligno de la tráquea, de los

bronquios y del pulmón (1-034), con variaciones importantes en todo el período, alcanzando la mayor cantidad de casos en 1996, descendiendo notoriamente los años posteriores; resto de tumores malignos (1-046), con trayectoria en aumento hasta el año 1997 y declive en 1998; tumor maligno del colon, del recto y del ano (1-030), el cual disminuye desde 1993 a 1995, elevándose bruscamente durante 1996 para luego disminuir y leucemia (1-045), afección que muestra un sostenido incremento hasta el año 1997, para mermar en 1998. Con menores cuantías aparecen los tumores malignos del esófago (1-028), estómago (1-029), de la vejiga urinaria (1-041), éste no presenta registros durante los años 1994 y 1995; y con un importante crecimiento en el último año el tumor maligno de próstata (1-040), el cual no muestra casos durante el año 1993. (Gráfico 4-19)

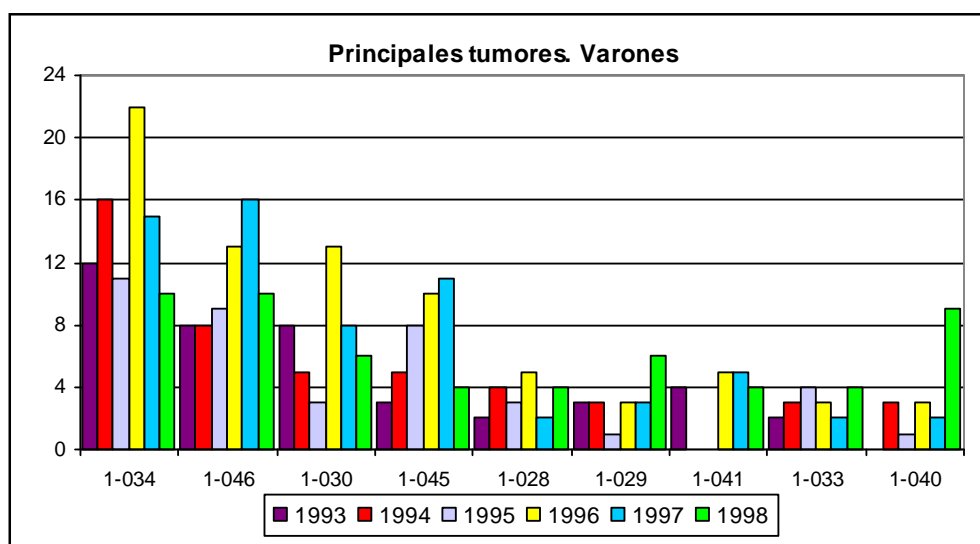


Gráfico 4-19

La causa que más afecta al sexo femenino es la codificada como resto de tumores malignos (1-046), que presenta fluctuaciones durante los seis años, alcanzando los valores máximos los años 1993, 1995 y 1997; como segunda causa se detecta el tumor maligno de la mama (1-036), con máximos en 1995, 1996 y 1997, con descensos en 1994 y 1998; la leucemia (1-045) aparece como tercer causa de muerte, siendo 1995 el año de mayor valor, produciéndose posteriormente un sostenido decrecimiento.

Las defunciones por tumores malignos de la tráquea, de los bronquios y del pulmón (1-034) que afectan en menor medida a este sexo, pero igualmente es la cuarta causa de muerte, presentan el valor más elevado en 1996, disminuyendo posteriormente; los tumores malignos del colon, recto y ano (1-030) registran una sola muerte en 1997, manteniéndose estable el resto del período; y el tumor maligno de ovario (1-039) se presenta variable, alcanzando su valor tope en 1997, con cinco muertes y 1994, con 4; el resto de años se estabiliza en dos casos. Le siguen en importancia el tumor maligno del cuello del útero (1-037) y el tumor maligno de las meninges, del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central (1-042) (Gráfico 4-20)

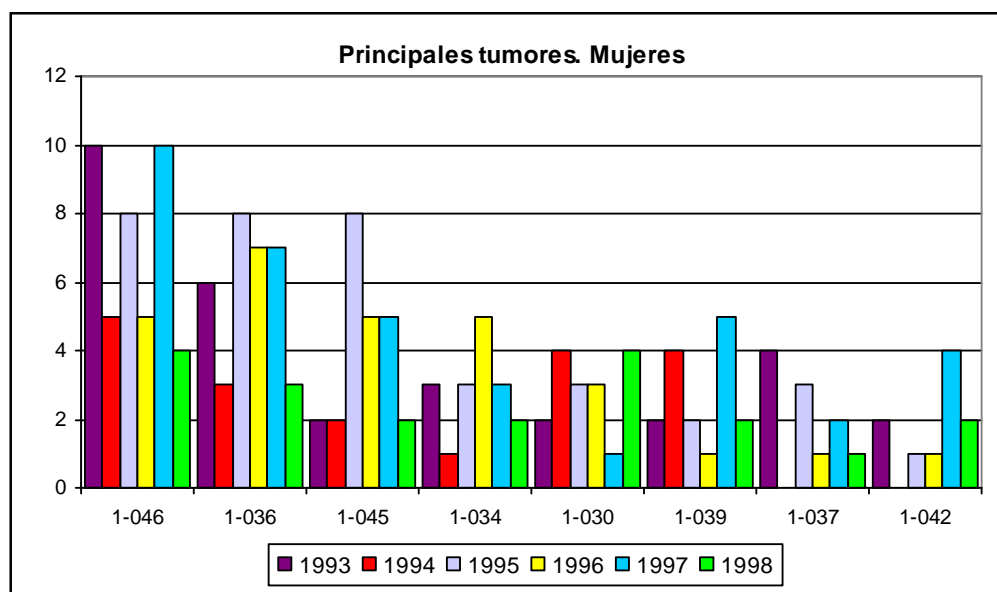


Gráfico 4-20

Defunciones por enfermedades del sistema respiratorio

Las muertes causadas por enfermedades del sistema respiratorio muestran un notorio incremento para ambos sexos, constituyéndose en la cuarta causa; la tercera corresponde a las defunciones fatales, infantiles y

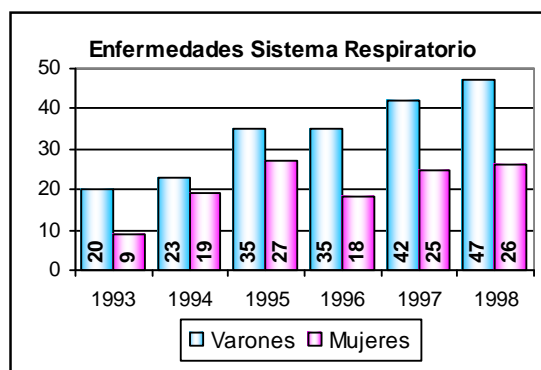


Gráfico 4-21

malformaciones congénitas, ya analizadas en el capítulo anterior. (Gráfico 4-21) Los varones siempre superan a las mujeres, sobre todo en el último trienio analizado.

Diferenciando por causa, se percibe que la mayoría de los casos, para ambos sexos, corresponde a Resto de enfermedades del sistema respiratorio (1-077), siguiéndole la neumonía (1-074), con un crecimiento importante para el sector masculino; y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (1-076), las cuales presentan un incremento para los varones durante 1994; no se registran en todos los años analizados casos de influenza (1-073) ni otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (1-075). Todas las causas presentan tendencia a incrementarse para ambos sexos. (Tabla 4-4)

Tabla 4-4: Defunciones por enfermedades de sistema respiratorio

	1993			1994			1995			1996			1997			1998		
	T	M	V	T	M	V	T	M	V	T	M	V	T	M	V	T	M	V
1-074	6	2	4	11	7	4	19	10	9	19	6	13	16	6	10	32	11	21
1-076	4	1	3	8	1	7	6	2	4	6	1	5	8	2	6	6	3	3
1-077	19	6	13	23	11	12	37	15	22	28	11	17	43	17	26	35	12	23
Total	29	9	20	42	19	23	62	27	35	53	18	35	67	25	42	73	26	47

Referencias

1-074: Neumonía

1-076: Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores

1-077: Resto de enfermedades del sistema respiratorio

Defunciones por el resto de las causas

Las causas que siguen en importancia son: infantiles, fetales y malformaciones congénitas, ya analizadas en el capítulo 3; Otras; traumatismos por causa externa y con intervención policial (1-400); enfermedades infecciosas y parasitarias (1-001); enfermedades del sistema digestivo (1-078) y por último las correspondientes a síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (1-094). (Tabla 4-5)

Tabla 4-5: Total de defunciones por el resto de causas

	Otras			1-400			1-001			1-078			1-094		
	Total	M	V	Total	M	V	Total	M	V	Total	M	V	Total	M	V
1993	46	14	32	33	11	22	21	8	13	30	14	16	15	6	9
1994	52	15	37	49	10	39	30	13	17	29	10	19	11	5	6
1995	54	25	29	38	9	29	45	16	29	31	9	22	23	11	12
1996	41	17	24	42	8	34	23	13	10	31	8	23	26	7	19
1997	46	21	25	30	3	27	41	12	29	33	7	26	30	10	20
1998	52	28	24	27	2	25	39	21	18	24	7	17	23	7	16

Referencias:

Otras: Otras causas agrupadas

1-400 Traumatismos, causa externa

1-001 Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

1-078 Enfermedades del sistema digestivo

1-094 síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

La calificada como Otras, en la que se agrupan (por ser de menor cuantía): Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (1-048); Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas (1-051); Trastornos mentales y del comportamiento (1-055); Enfermedades del sistema nervioso (1-058); Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (1-082); Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (1-083); Enfermedades del sistema genitourinario (1-084); Embarazo, parto y puerperio (1-087); y las codificadas como: Traumatismos por causa externa (muertes accidentales, sin intervención policial) (1-300); Defunciones como consecuencia de posoperatorio (1-500) y las que no se pueden codificar por figurar en el acta de defunción una sigla, letra ilegible del médico interviniente o no estar declarado el motivo del deceso; se sitúa como quinta causa de muerte, con tendencia en aumento para el sector femenino y lo contrario para el masculino. (Tabla 4-6)

Tabla 4-6: Defunciones por Otras causas

		1993	1994	1995	1996	1997	1998
1-048	Total	6	6	3	3	1	5
	M	1	4	3	2	0	4
	V	5	2	0	1	1	1
1-051	Total	10	5	12	8	7	10
	M	3	2	3	4	4	4
	V	7	3	9	4	3	6
1-055	Total	3	5	1	2	6	1
	M	0	2	0	0	2	0
	V	3	3	1	2	4	1
1-058	Total	9	10	10	11	10	8
	M	5	1	5	4	6	3
	V	4	9	5	7	4	5
1-082	Total	1	0	1	0	2	1
	M	1	0	1	0	1	1
	V	0	0	0	0	1	0
1-083	Total	1	1	1	0	0	0
	M	0	1	1	0	0	0
	V	1	0	0	0	0	0
1-084	Total	9	9	13	8	11	16
	M	3	2	7	4	8	10
	V	6	7	6	4	3	6
1-087	Total	0	0	0	0	0	2
	M	0	0	0	0	0	2
	V	0	0	0	0	0	0
1-300	Total	1	0	1	1	1	2
	M	0	0	0	1	0	1
	V	1	0	1	0	1	1
1-500	Total	5	15	11	8	7	4
	M	1	3	5	2	0	1
	V	4	12	6	6	7	3
sin código	Total	1	1	1	0	1	3
	M	0	0	0	0	0	2
	V	1	1	1	0	1	1
Total	Total	46	52	54	41	46	52
	M	14	15	25	17	21	28
	V	32	37	29	24	25	24

Referencias:

1-048 Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad

1-051 Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas

1-055 Trastornos mentales y del comportamiento

1-058 Enfermedades del sistema nervioso

1-082 Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo

1-083 Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo

1-084 Enfermedades del sistema genitourinario

1-087 Embarazo, parto y puerperio

1-300 Traumatismos por causa externa (muertes accidentales, sin intervención policial)

1-500 Defunciones como consecuencia de posoperatorio

sin código no se pueden codificar por figurar en el acta una sigla, letra ilegible del médico interviniente o no estar declarado el motivo del deceso

La causa que presenta mayores cuantías es la 1-084, correspondiente al sistema genitourinario, con un ascenso en las mujeres y estabilidad en los varones; siguiéndole en importancia las enfermedades del sistema nervioso (1-058) y las endócrinas, nutricionales y metabólicas (1-051). Se debe destacar el descenso paulatino de la causa codificada como 1-500: defunciones producidas como

consecuencia de posoperatorio, sobre todo en el sexo masculino, el cual es el más afectado, especialmente durante el año 1994.

En el resto de causas, le sigue en importancia los traumatismos por causa externa, con intervención policial (1-400), con un promedio del 7% de las defunciones totales; los varones, a pesar de tener una tendencia declinante, superan ampliamente a las mujeres. (Gráfico 4-22)

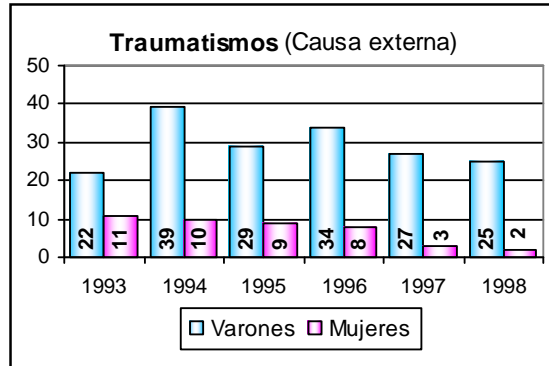


Gráfico 4-22

Posteriormente se encuentran las denominadas Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (1-001), en la cual, en promedio, las mujeres presentan

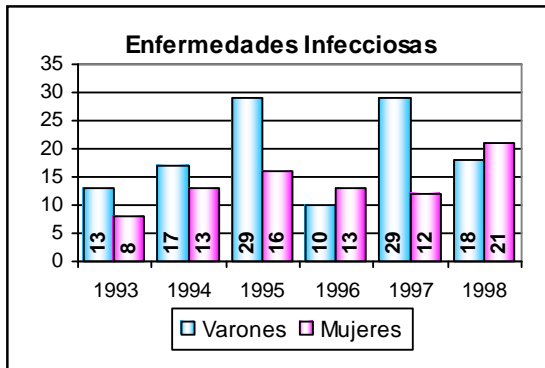


Gráfico 4-23

valores levemente superiores a los hombres, 7,2% contra 5,9% y ambos con directriz en incremento. La causa predominante, al menos así declarada en el acta de defunción, es la sepsis, lo cual implica procesos infecciosos, no mencionándose el motivo que la origina.

(Gráfico 4-23)

A continuación aparecen las enfermedades del sistema digestivo (1-078), las que muestran tendencias contrapuestas,

el sector femenino en descenso y el masculino en aumento. La principal causa es la correspondiente a resto de enfermedades del sistema digestivo. (Gráfico 4-24)

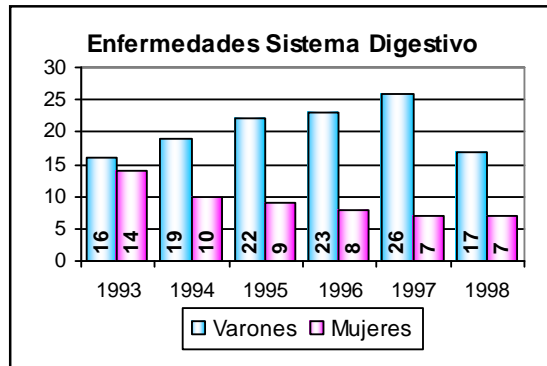


Gráfico 4-24

Por último se encuentran las denominadas síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (1-094);

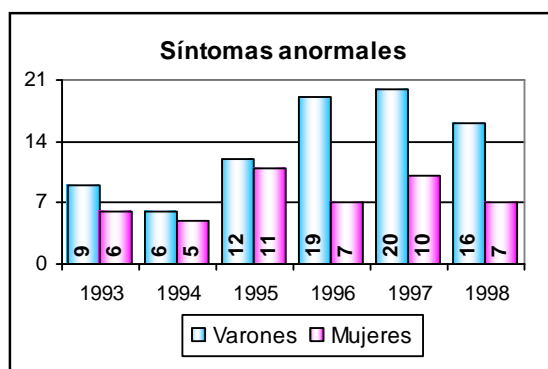


Gráfico 4-25

acrecentándose en los varones, a pesar del descenso del año 1998, y con cierta estabilidad en las mujeres. El motivo de defunción que figura en la mayoría de los casos, es el paro cardiorespiratorio no traumático, sin otra especificación sobre la real causa de muerte. (Gráfico 4-25)

Edad media de muerte

A pesar de las variaciones producidas, respecto a la cantidad de personas arribadas a la ciudad en busca de atención médico-hospitalaria, la edad media de muerte no sufre grandes desviaciones, oscilando en 57 años. Ambos sexos muestran una suave tendencia a ampliarse. (Gráfico 4-26) El sexo masculino parte de una edad media de 55,25 años en 1993, alcanza su mayor valor en 1997 con 58,12 años

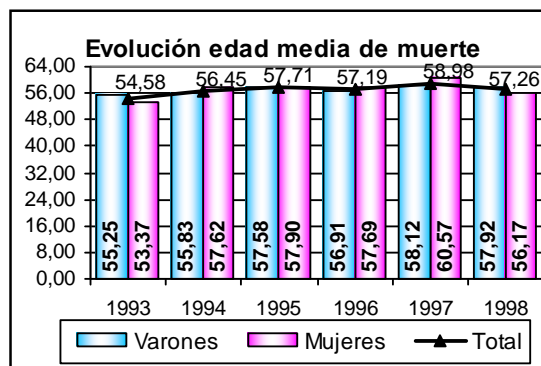


Gráfico 4-26

promedio; para descender levemente en 1998 logrando 57,92 años de edad media de muerte. Para el sexo femenino la evolución es similar, se inicia con 53,37 años en 1993; durante el trienio siguiente se mantiene por encima de los 57,6 años; en 1997 alcanza el máximo con 60,57 años; descendiendo fuertemente en 1998, obteniendo sólo 56,17 años de edad media

Distinguiendo por sexo y causa de muerte, se aprecian las variaciones de la edad media de muerte, ocasionada por la incidencia de las diversas afecciones en cada grupo etario. (Tabla 4-7)

Tabla 4-7: Edad media de muerte por causa y sexo

		1993	1994	1995	1996	1997	1998
1-001	Total	60,36	51,67	65,39	60,91	57,62	57,63
	M	51,25	54,42	65,94	66,35	61,25	52,74
	V	65,96	49,56	65,09	53,06	56,12	63,33
1-026	Total	63,15	62,44	58,64	62,21	60,47	63,24
	M	63,89	61,46	56,99	59,06	60,00	59,67
	V	62,60	62,83	59,95	63,33	60,72	64,75
1-064	Total	66,98	67,69	68,50	69,14	68,15	70,08
	M	68,90	69,66	69,50	73,50	73,23	71,94
	V	65,99	66,46	67,81	65,88	64,90	68,78
1-072	Total	60,78	68,33	64,84	60,80	66,31	63,25
	M	58,61	68,55	61,20	62,22	68,30	62,31
	V	61,75	68,15	67,64	60,07	65,12	63,78
1-078	Total	58,67	69,91	68,15	67,66	67,65	67,50
	M	51,79	67,50	65,28	76,25	68,21	69,64
	V	64,69	71,18	69,32	64,67	67,50	66,62
1-094	Total	57,50	67,95	64,55	67,31	68,83	67,07
	M	47,50	75,50	74,50	58,93	81,00	73,93
	V	64,17	61,67	56,25	70,39	62,75	64,06
1-400	Total	45,08	35,56	49,21	34,88	41,17	39,91
	M	44,77	33,00	61,39	32,50	49,17	12,50
	V	45,23	36,22	45,43	35,44	40,28	42,10
Otras	Total	53,48	62,40	61,77	53,96	59,46	51,73
	M	38,21	58,50	60,96	55,44	53,93	54,46
	V	60,16	63,99	62,50	52,92	64,10	48,54
Total	Total	54,58	56,45	57,71	57,19	58,98	57,26
	M	53,37	57,62	57,90	57,69	60,57	56,17
	V	55,25	55,83	57,58	56,91	58,12	57,92

Referencias:

1-001: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias

1-026: Tumores

1-064: Enf. Sistema Circulatorio

1-072: Enf. Sistema Respiratorio

1-078: Enf. Sistema Digestivo

1-094: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte

1-400: Traumatismos, causa externa

Otras: Resto de causas

Nota: no se incluyen en la tabla las defunciones de menores de un año.

La causa que presenta la más elevada edad media de muerte en promedio es la que afecta el sistema circulatorio, siendo las mujeres las que mueren a mayor edad, rondando los 71 años en promedio, en cambio los hombres oscilan en los 66,6 años; los tumores afectan a menor edad promedio al sexo femenino, alrededor de los 60 años, el masculino presenta una edad media promedio de 62 años.

La causa que perjudica con más intensidad a los de menor edad, es la codificada como 1-400: los traumatismos por causa externa, ya que las mujeres, con muchos menos casos, detentan una edad media de muerte de casi 39 años, siendo de 40,8 para los varones; hecho causado por la mayor propensión de éstos a los accidentes. Para el sexo femenino es llamativo el descenso en la edad media de

muerte producido durante el año 1998, alcanzando los 12,5 años; motivado por dos defunciones, una debido a traumatismo de grave de tórax, en una niña de un año y la otra a traumatismo grave de cráneo, a una joven 22 años, lo que conlleva a un descenso de la edad media de muerte. Cuando se los selecciona por edad se detecta que son los jóvenes de 20 a 24 años los más damnificados, ocasionado sobre todo por accidentes de tránsito. (Gráfico 4-27)

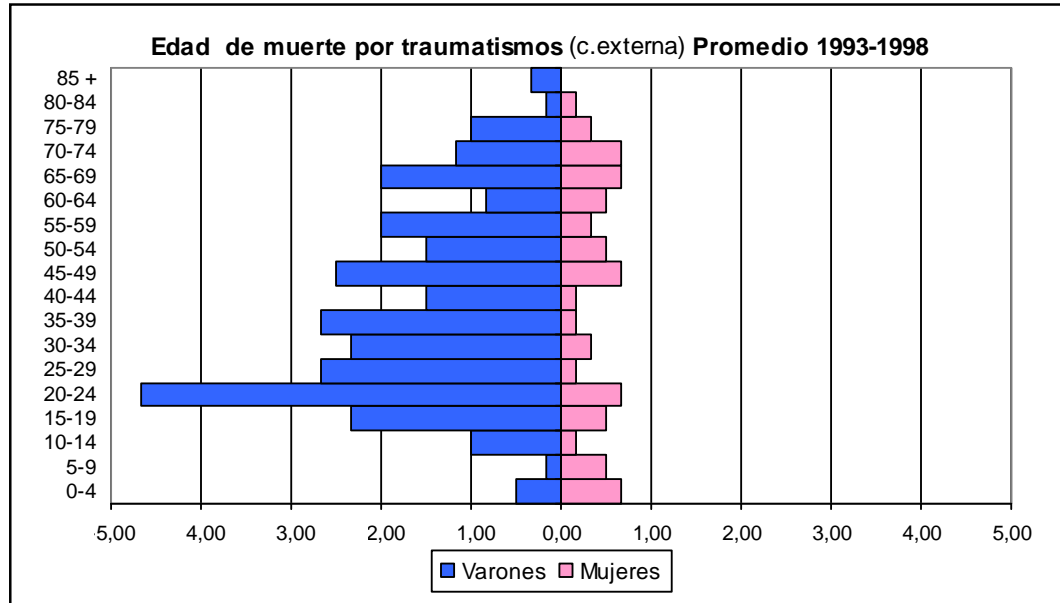


Gráfico 4-27

Lugar de procedencia

La afluencia de personas en busca de servicios de salud pertenecientes a partidos de la provincia de Buenos Aires y departamentos de otras provincias cercanos a Bahía Blanca es importante, registrándose valores menores en aquellos casos donde los pacientes residen en partidos o jurisdicciones mas alejadas.

En base a los datos trabajados se ve una correlación entre las defunciones producidas en la ciudad y la red vial, siendo los partidos mas próximos los que aportan el mayor flujo de atenciones. (Tabla en el Anexo Capítulo 4: A4-T1)

La difícil situación económica que aflige al país y en particular a grandes estratos poblacionales influye para que los entornos cercanos a la urbe, busquen con

mayor asiduidad que los más apartados los servicios especializados de salud con que cuenta el núcleo. Como ejemplo podemos acotar que los pacientes arribados a los centros asistenciales de la ciudad con serios problemas de salud, al llegar a un estado terminal frecuentemente son trasladados nuevamente a su lugar de origen. Esto está ocasionado por que generalmente el costo del servicio de ambulancia es cubierto por la Obra Social con que cuenta la persona, o por PAMI en el caso de jubilados.

Se puede inferir que esta situación conlleva dos realidades: por un lado la tranquilidad espiritual de que el enfermo terminal reciba sus últimas atenciones rodeado por su familia y en su lugar de origen, y por el otro el costo que significa el traslado de la persona ya fallecida, a lo cual se le suman los trámites legales que son necesarios llevar adelante para desplazarlo de una jurisdicción a otra.

Los residentes en partidos aledaños a la ciudad concurren más asiduamente en busca de asistencia médica y hospitalaria, como el caso de Villarino y Tornquist, con más de trescientas defunciones promedio en Bahía Blanca cada cien mil habitantes de su partido; el Municipio Urbano de Monte Hermoso, Coronel Dorrego y Puán , participan con más de doscientas defunciones promedio. (Carta 4-1)

Otros partidos contiguos y próximos estarían mostrando también valores significativos. El peso gravitatorio se va levemente diluyendo a medida que la lejanía hacia Bahía Blanca es mayor, hecho que reafirmaría la correlación entre lugar de residencia y distancia a nuestra ciudad. Se podría inferir que los partidos del centro de la provincia de Buenos Aires según la jerarquía de servicios atento a Christaler, pueden escoger entre Bahía Blanca y Capital Federal, la casi ausencia de datos significativos mostrarían la preferencia por la capital del Estado.

En relación a la provincia de La Pampa, la cual muestra algunos indicadores de relevancia, podría explicarse de la siguiente manera:

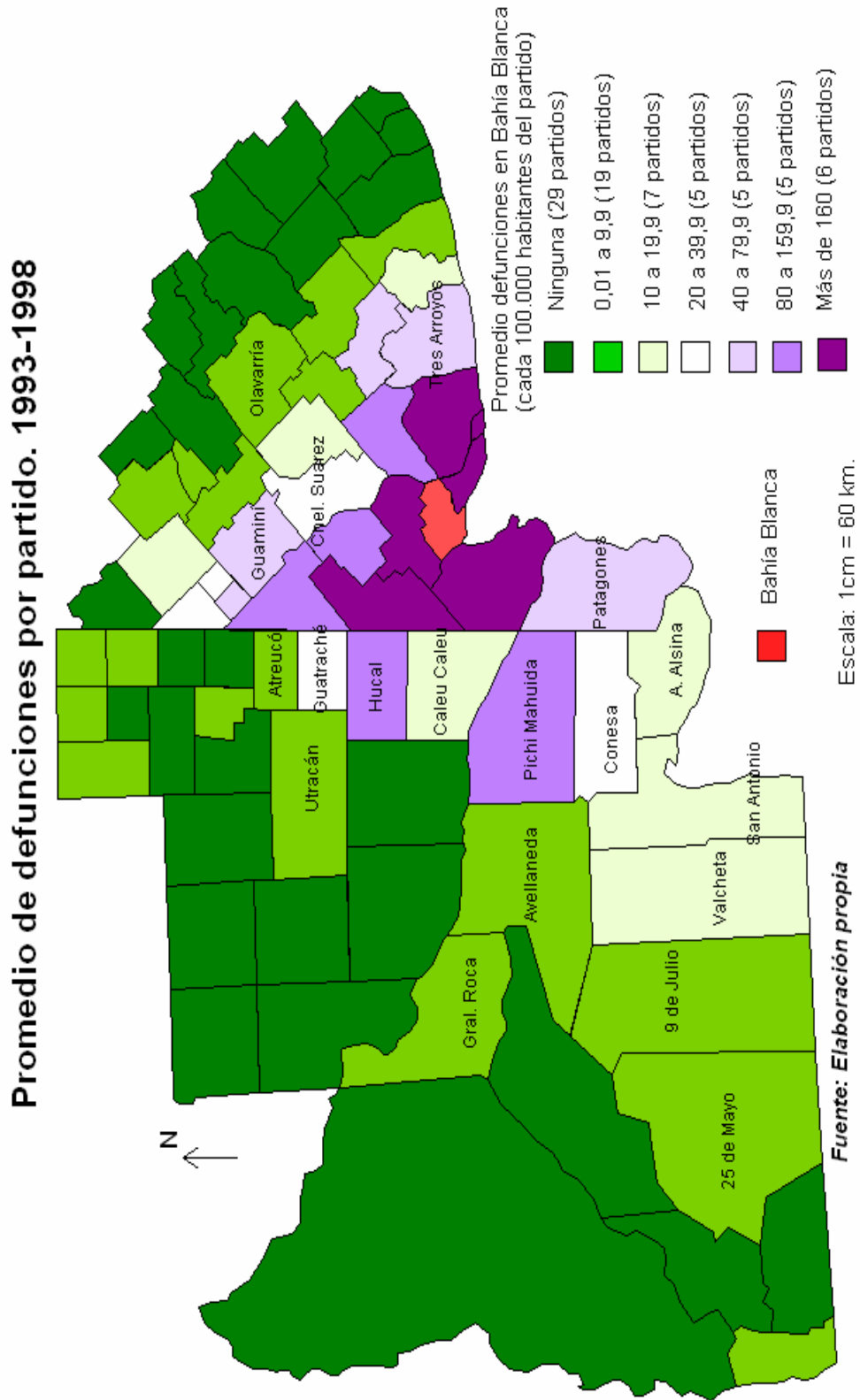
- a.- Los departamentos cuyos límites coinciden con el Meridiano V, por proximidad se acercan a Bahía Blanca para recibir asistencia en salud,

como Hucal, con 93 defunciones promedio cada cien mil habitantes y Guatraché con 34.

- b.- El departamento de Caleu Caleu, con muy poco peso poblacional, presenta bajos valores totales de defunciones en la ciudad, pero estandarizando los datos los niveles se elevan; aquí la escasa población sería la variable más representativa y no la distancia que los separa de Bahía Blanca. Su valor promedio para los seis años analizados es de 16 defunciones cada cien mil habitantes.

Con respecto a la provincia de Río Negro, el departamento de Pichi Mahuida, limítrofe a la provincia, es el que más efectivos aporta y al normalizar los datos obtiene un valor importante, casi 93 muertes cada cien mil habitantes. Le siguen en importancia los departamentos de Adolfo Alsina, quien contribuye con muchos registros, pero al referirlo con el total poblacional disminuye su importancia, alcanzando casi 19 defunciones promedio por cada cien mil personas; en el caso de Conesa, ocurre lo contrario al anterior, el cual aporta menor cantidad de registros, pero al normalizarlos su valor adquiere relevancia, similar a lo ocurrido con La Pampa, la baja densidad poblacional es el indicador preponderante.

Carta 4-1: Defunciones estandarizadas promedio 1993 – 1998



Consideraciones finales

Como corolario del análisis sobre las defunciones producidas en la ciudad de personas con domicilios foráneos, se percibe una importante afluencia de pacientes en busca de atención médica y hospitalaria a los centros asistenciales de Bahía Blanca.

Las derivaciones o arribos está determinado por la gravedad de los casos, los cuales requieren atención más especializada y que muchas veces en su lugar de origen no se les puede brindar, ya sea por la falta de equipamiento complejo y costoso o por la alta especialización humana requerida, que no todos los centros pueden garantizar u ofrecer.

Es importante destacar como causal de muerte, en lo referido a tumores, el incremento sufrido por casos de leucemia, a pesar de presentar un descenso en el último año analizado. Siendo el partido bonaerense de Tres Arroyos el más afectado, siguiéndole Coronel Rosales y los aportes provenientes de la provincia de Río Negro.

La zona de recepción de pacientes, correspondientes a la provincia de Buenos Aires, coincide con la delimitación de la Región Sanitaria I, lo cual estaría influenciado por la presencia en esta ciudad del Hospital Interzonal Dr. José Penna, el cual tiene incumbencia en toda la región y hacia este nosocomio son derivados los casos que requieren alta complejidad.

CAPITULO 5

*La tarea no es tanto la de ver las cosas que nadie ve,
como la de pensar cosas nuevas,
sobre cosas que todos han visto,
pero no de esa manera.
ILYA PRYGOGINE*

LA MORTALIDAD DE LOS RESIDENTES EN LA CIUDAD

En este capítulo se analizarán las causales de muerte de los bahienses, primero en forma general y luego sus diferencias por género, ciclo vital y localización espacial.

La principal causa de muerte de los habitantes de la ciudad en promedio para los seis años analizados, acorde con las estadísticas internacionales y nacionales, es la provocada por las enfermedades del sistema circulatorio (1-064) con 33,5%, siguiéndole en importancia los tumores (1-028) con 23% y las enfermedades del sistema respiratorio (1-072) con 11%; posteriormente, y con menor porcentaje, aparecen las consideradas Otras, en las que se engloba una serie de afecciones las cuales presentan valores bajos¹, con 9,6%; síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (1-094), 6,8%; traumatismos por causa externa con intervención policial (1-400), 4%; enfermedades del sistema digestivo, 3,9%; infantiles, fetales y malformaciones congénitas, 3,8% y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (1-001) con 3,66%. (Gráfico 5-1)

¹ 1-048 (Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad), 1-051 (Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas), 1-055 (Trastornos mentales y del comportamiento), 1-058 (Enfermedades del sistema nervioso), 1-082 (Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo), 1-083 (Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo), 1-084 (Enfermedades del sistema genitourinario), 1-087 (Embarazo, parto y puerperio), 1-300 (Traumatismos por causas externas sin intervención policial); 1-500 (Procedimientos quirúrgicos: posoperatorios) y 99 (sin especificar causa)

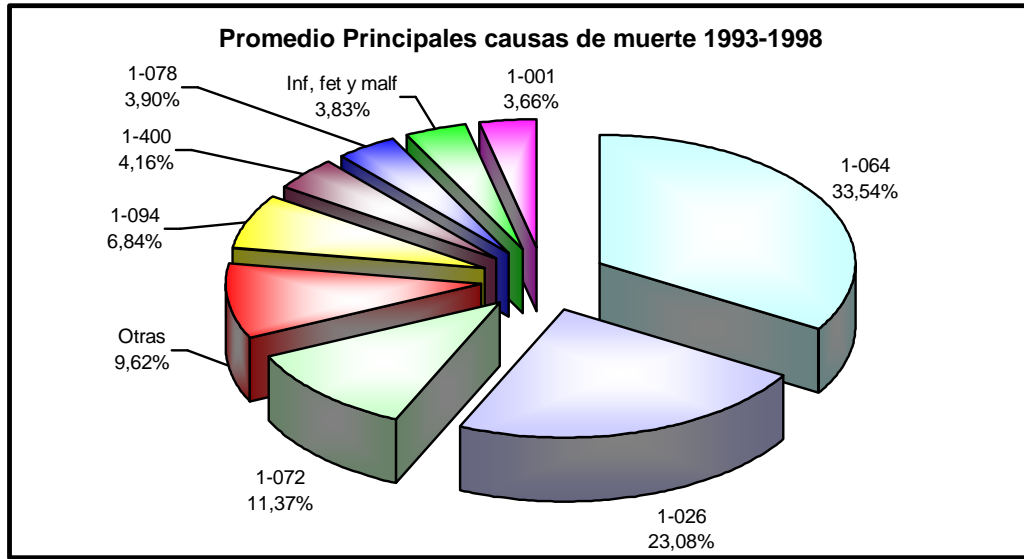


Gráfico 5-1

Referencias:

1-064	Enf. Sistema Circulatorio	1-400	Traumatismos, causa externa
1-026	Tumores	1-078	Enf. Sistema Digestivo
1-072	Enf. Sistema Respiratorio	Inf, fet y malf	Infantiles, fetales y malf.congénitas
Otras	Otras causas	1-001	Enf. Infecciosas
1-094	Síntomas anormales		

Tasas de mortalidad por causa

En general, la tasa de mortalidad para la ciudad –sin considerar las muertes fetales- muestra una leve tendencia en alza, determinada por el incremento sufrido en el sector femenino, la cual parte de 7,8 defunciones cada mil mujeres en 1993, alcanzando el máximo en 1996 con 8,67%, para presentar 8,46‰ en 1998. Los varones en cambio muestran una suave desaceleración general, mostrando su máximo valor en 1995 con 8,5 muertes cada mil hombres, el mínimo en 1997 con 8,14‰ y presentando, tanto al inicio como al final del lapso analizado valores similares: 8,5‰.

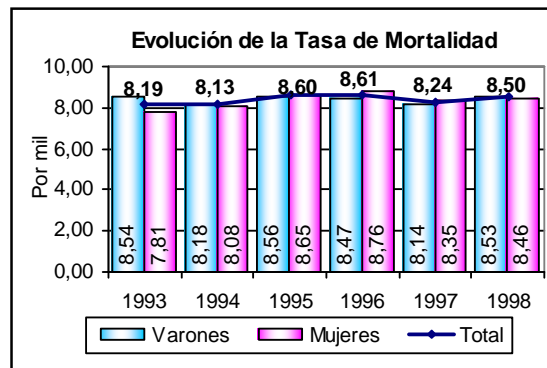


Gráfico 5-2

Cuando se consideran las respectivas tasas de mortalidad específica, por causa y sexo, resaltan los valores que adquieren las principales causas de muerte mencionadas anteriormente. (Tabla 5-1)

Tabla 5-1: Tasas de mortalidad específica

		1-001	1-026	1-064	1-072	1-078	1-094	1-400	Inf	Otras
1993	T	26,92	196,12	292,26	80,37	26,53	50,76	44,22	23,84	77,68
	M	20,90	184,90	306,29	70,74	25,72	45,82	20,10	20,10	86,02
	V	32,44	206,41	279,39	89,20	27,28	55,29	66,35	27,28	70,03
1994	T	26,41	205,56	305,09	78,47	29,86	42,11	30,24	19,52	76,18
	M	28,01	202,47	312,90	78,43	33,61	40,01	16,01	20,01	76,83
	V	24,95	208,40	297,92	78,52	26,42	44,03	43,29	19,08	75,58
1995	T	30,48	190,91	308,28	107,08	34,30	56,78	35,44	17,53	79,64
	M	29,48	183,23	329,82	105,16	35,05	58,16	20,71	12,75	90,82
	V	31,41	197,95	288,53	108,84	33,60	55,51	48,94	21,91	69,39
1996	T	36,04	202,19	276,92	95,97	45,14	62,21	35,66	19,35	87,63
	M	29,34	193,51	314,06	84,07	46,79	65,03	17,45	15,86	110,24
	V	42,17	210,14	242,86	106,89	43,63	59,62	52,35	22,54	66,90
1997	T	31,72	190,70	260,19	108,76	32,85	66,84	32,48	16,99	83,46
	M	38,69	194,23	287,40	105,01	25,27	66,32	11,84	13,42	93,17
	V	25,33	187,47	235,24	112,19	39,81	67,32	51,39	20,27	74,55
1998	T	35,71	193,98	272,18	109,77	30,45	70,68	34,59	15,41	86,84
	M	29,08	179,22	307,34	104,54	25,94	75,46	14,93	12,58	96,68
	V	41,79	207,52	239,95	114,57	34,59	66,29	52,60	18,01	77,82

Referencias:

1-001	Enf. Infecciosas	1-094	Síntomas anormales
1-026	Tumores	1-400	Traumatismos, causa externa
1-064	Enf. Sistema Circulatorio	Inf	Infantiles y malf. congénitas
1-072	Enf. Sistema Respiratorio	Otras	Otras causas
1-078	Enf. Sistema Digestivo		

En el caso de las defunciones por enfermedades del sistema circulatorio, se detecta la importancia que adquiere esta causa para ambos sexos, siendo el sector

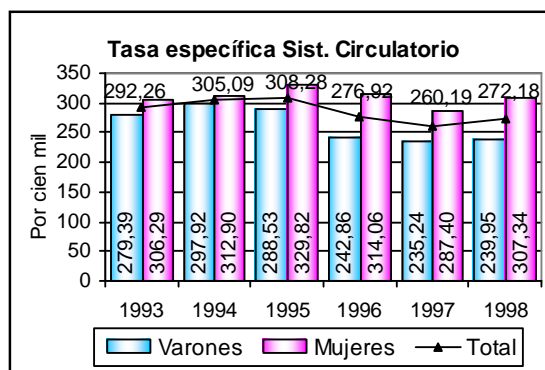


Gráfico 5-3

femenino siempre más elevado que el masculino y presentando ambos tendencia descendente. (Gráfico 5-3)

En general, el mayor valor aparece en el año 1995, con 308 defunciones por esta patología cada cien mil habitantes

coincidiendo con el máximo logrado por las mujeres (329,8 cada cien mil mujeres); para los varones es el año 1994 con 297,9 muertes cada cien mil hombres. El mínimo valor, 287,4 para la mujeres y 235,2 para los varones, es coincidente en el año 1997.

En la tasa de mortalidad proporcional, (Anexo Tabla A5-1) la cual relaciona las muertes por causa según el total de defunciones, se percibe, que a pesar de los

valores elevados que adquiere, la tendencia es decreciente para ambos sexos. Esto da la pauta que desciende en detrimento de otras causales que aumentan sus porcentajes, específicamente se

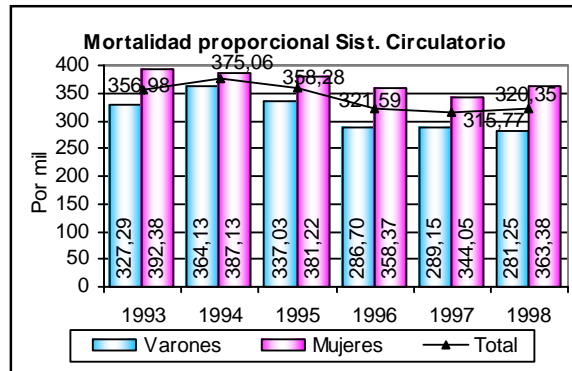


Gráfico 5-4

pueden mencionar las suscitadas por enfermedades del sistema respiratorio. (Gráfico 5-4)

La tasa de mortalidad específica para tumores muestra valores más elevados en los varones, aunque ambos sexos presentan una tendencia estable. (Gráfico 5-5)

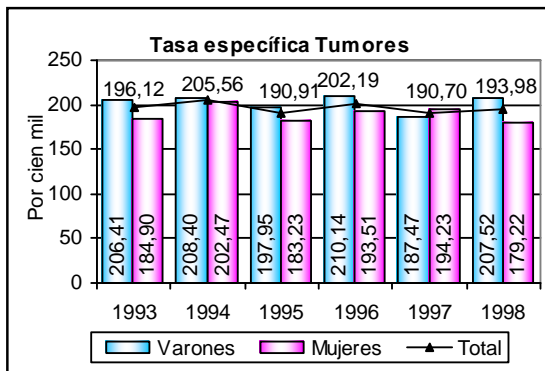


Gráfico 5-5

Los primeros detentan su máximo valor en 1996, con 210 muertes por tumores cada cien mil hombres, las mujeres lo adquieren en 1994 con 202,4; los valores mínimos se alcanzan en 1997 para los varones, con 187,4 y en 1998 para el grupo femenino con 179,2.

La mortalidad proporcional también se presenta estable, logrando el máximo durante el año 1994 con 252,7 defunciones por tumores cada mil fallecidos en total y el mínimo en 1995 con 221,8; aunque las mujeres comienzan a manifestar una leve inclinación descendente. El valor máximo lo presentan en el año 1994, con 250,5 decesos por tumores cada mil mujeres fallecidas, los varones también lo presentan este año, con 254,7 casos; los mínimos se encuentran en 1995 y 1998 para el sexo

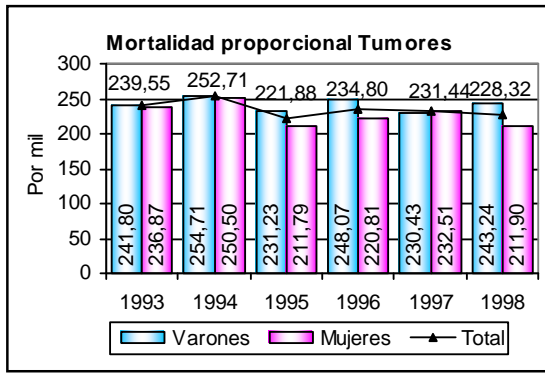


Gráfico 5-6

femenino, con 211,8 y 211,9 casos respectivamente; para los hombres el año de mínima expresión es 1997 con 230,4 defunciones producidas por tumores por cada mil muertes masculinas totales. (Gráfico 5-6)

Para las enfermedades que afectan el sistema respiratorio, la tasa de mortalidad específica muestra una clara tendencia de aumento, notándose especialmente durante el año 1995, cuando alcanza las 107 defunciones por cien mil, referidos al total de población; hasta lograr su máximo valor en 1998 con 109,77. Considerando por sexo se detecta la preponderancia de las tasas correspondiente a los varones, los

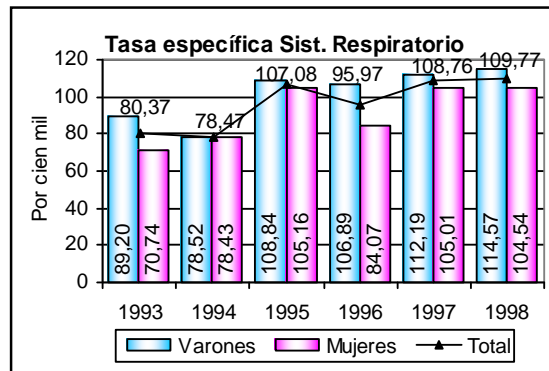


Gráfico 5-7

cuales presentan el valor mínimo en 1994 con 78,47 defunciones cada cien mil habitantes, alcanzando el máximo en 1998 con 109,77. (Gráfico 5-7) Las mujeres presentan la menor tasa en 1993, con 70,74 cada cien mil, mientras que en 1995 logra el máximo, con 105,16; se produce un descenso en 1996 y en los años siguientes se eleva nuevamente.

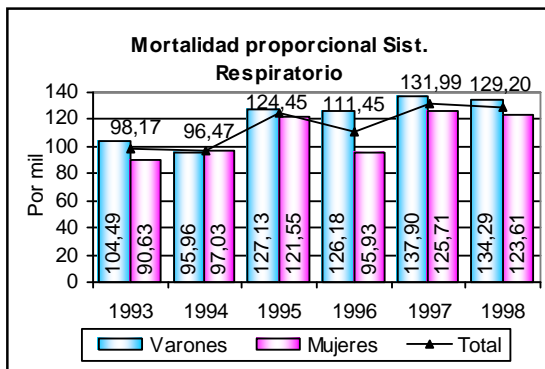
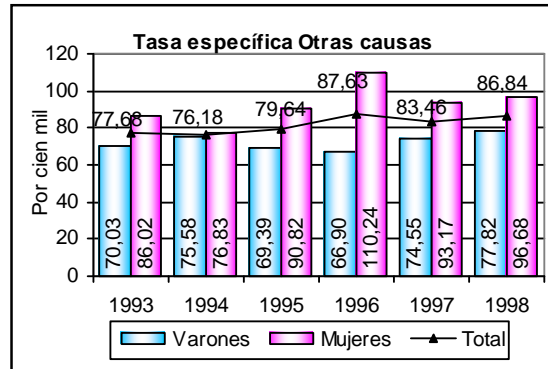


Gráfico 5-8

La mortalidad proporcional, con respecto al total de defunciones, también muestra el incremento antes mencionado. (Gráfico 5-8) En este caso el máximo se encuentra en el año 1997, con 132 decesos cada mil fallecidos en

total y el mínimo en 1994 con 96,47%. El mayor valor para ambos sexos se encuentra en 1997, con 137,9‰ para los hombres y 125,7‰ para las mujeres; el mínimo se halla en 1994 para el sexo masculino, con 95,96‰ y en 1993 para el femenino con 90,63‰.

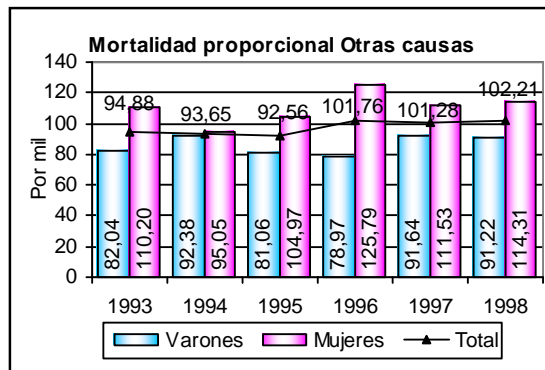
La tasa de mortalidad específica de la agrupada como Otras causas presenta supremacía de las mujeres, las cuales varían entre 76,8 por cien mil en 1994 y 110,2 en 1996; en cambio los varones este año presentan el mínimo valor con 66,9 y el más alto es de 77,2, valor cercano al más bajo de las mujeres.



(Gráfico 5-9)

Gráfico 5-9

La tasa de mortalidad proporcional muestra disparidades similares, el sexo



femenino supera al masculino, excepto en 1994. en el cual se percibe bastante paridad entre ambos. El primero oscila entre 95‰, en 1994 y 125,8‰, en 1996; los varones lo hacen entre 78,97‰, en 1996 y 92,38‰ en 1994, menor valor que el mínimo logrado por las mujeres. (Gráfico 5-10)

Gráfico 5-10

La tasa que también presenta incremento es la correspondiente a Síntomas

anormales, con bastante coincidencia entre ambos sexos. Es el año 1994 el que presenta la menor tasa, 42,11 total, 44 y 40 cada cien mil habitantes para varones y mujeres respectivamente. (Gráfico 5-11) La tasa de mortalidad

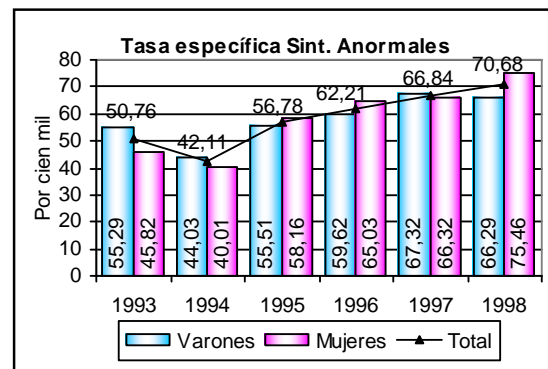


Gráfico 5-11

proporcional presenta similitud en su evolución. (Gráfico Anexo 5-1)

La tasa específica que presenta mayor diferencia entre sexos, es la correspondiente a los traumatismos por causas externas, con intervención policial. El año de mayor incidencia para los hombres es 1993, con 66,35 defunciones cada cien

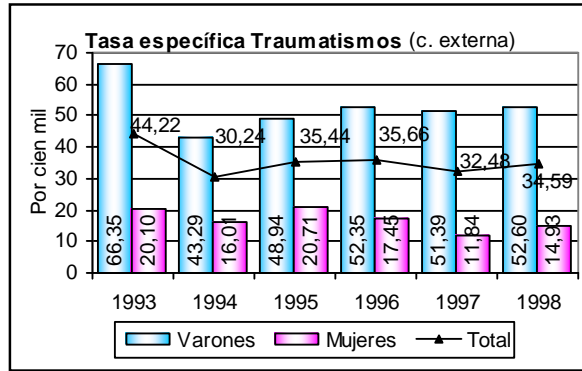


Gráfico 5-12

mil habitantes; en cambio para las mujeres es 1995, con 20,71. La menor tasa se logra en 1994, para los varones, con 43,29 cada cien mil; siendo el año 1997 para las mujeres, alcanzando 11,84 defunciones cada cien mil mujeres habitantes de la ciudad. (Gráfico 5-12)

La tasa de mortalidad proporcional, además de mostrar estas dicotomías, resalta la realidad de lo ocurrido en la ciudad; por supuesto que esta apreciación es válida para todas las causas de muerte, pero los traumatismos externos, que incluyen los accidentes traumáticos, suicidios y homicidios, son normalmente los de mayor repercusión y los prevenibles con mayor concientización, contención y prevención. En el caso de los varones, durante 1993, casi 78 personas, cada mil fallecidos, murieron por esta causa; en 1994 se percibe un descenso importante, 53%; manteniéndose en valores superiores a 60‰ a partir de 1996. (Gráfico 5-13) En el caso de las mujeres 26‰ murieron por esta causa durante 1993, el resto del período se mantiene fluctuante entre ese valor y 14‰ en 1997.

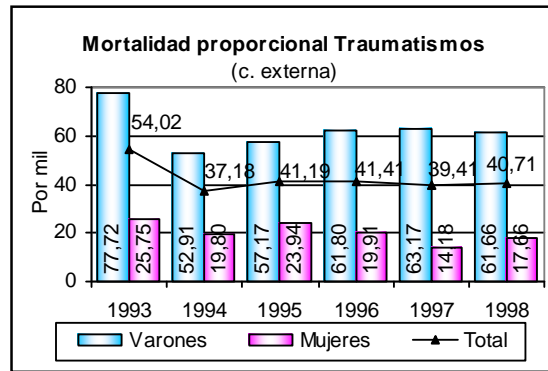


Gráfico 5-13

En cuanto a la tasa de mortalidad específica de las enfermedades del sistema digestivo aparece alguna diferencia, ya que el sexo masculino presenta una clara

tendencia de crecimiento, el femenino decrece. La tasa máxima se sitúa en el año 1996, para ambos sexos, con valores de 43,6 y 46,8 cada cien mil habitantes para

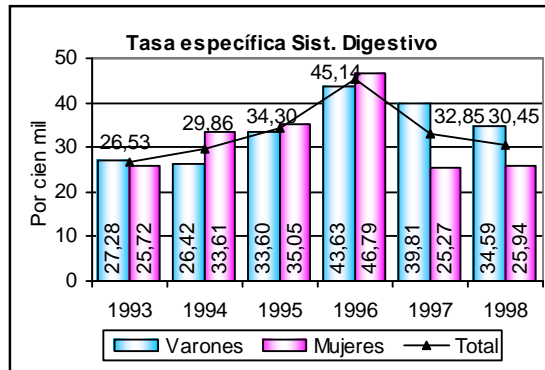


Gráfico 5-14

varones y mujeres respectivamente; el mínimo aparece en 1994, con 26,4 para los hombres y en 1997, con 25,27 cada cien mil para las mujeres. (Gráfico 5-14)

La causa que presenta un notorio incremento, sobre todo en los varones, es la correspondiente a las enfermedades del hígado.

La correspondiente tasa de mortalidad proporcional muestra similares características, siendo el máximo de 53,4‰ para las mujeres y de 51,5‰ para los varones durante 1996, en cambio el mínimo se encuentra en 1997 para el sexo femenino con 30,25‰ y en 1993 para el masculino con 32‰.

(Gráfico 5-15)

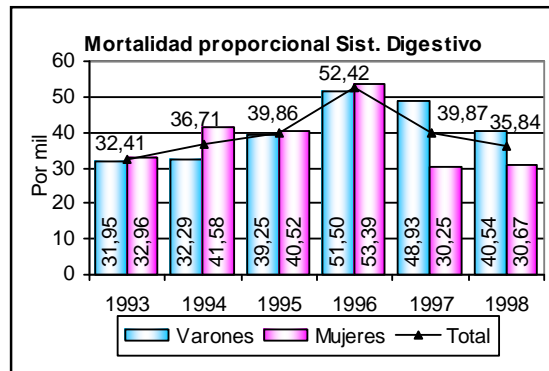


Gráfico 5-15

Edad y sexo de las defunciones por causa

Al realizar una comparación entre las causales de muerte, según la edad y sexo se percibe la menor expectativa de vida de los varones, ya que se muestran más abultados los escalones de 65 a 84 años, en cambio las mujeres aumentan a partir de los 70 años hasta los 89; en promedio para todo el período estudiado se puede observar que los escalones de 70-74 años en los varones y 80-84 en la mujeres son los que presentan mayor cantidad de decesos. (Gráfico 5-16) Las variaciones surgen de acuerdo a la patología causante del deceso y las edades en que la población fue más afectada.

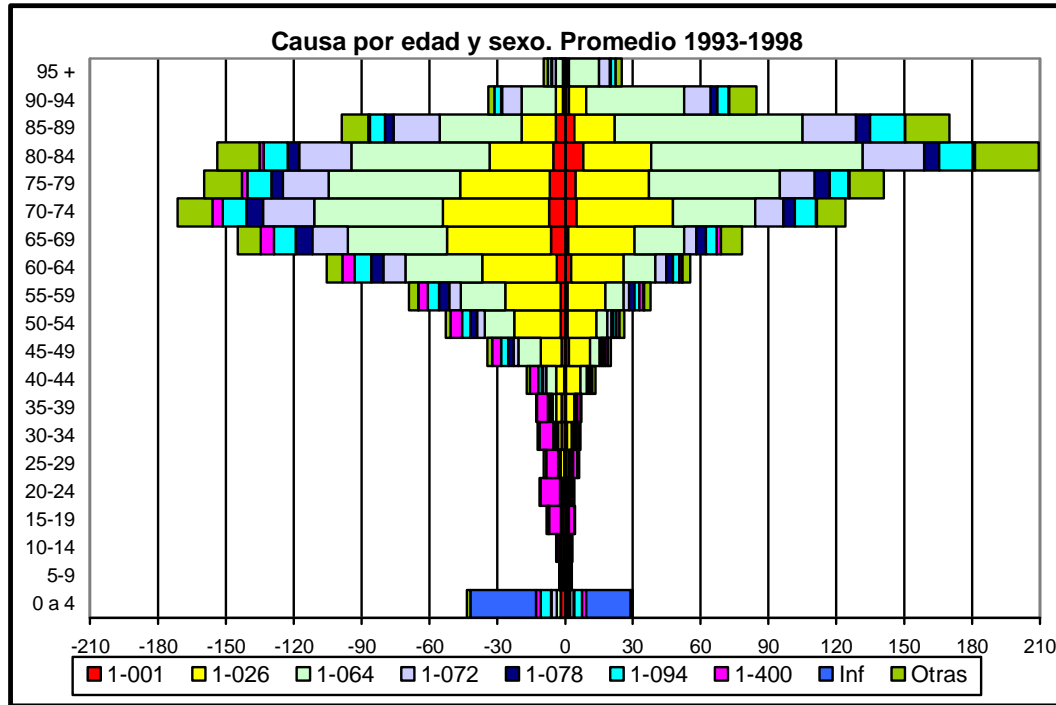


Gráfico 5-16

Referencias:

1-001	Enf. Infecciosas	1-094	Síntomas anormales
1-026	Tumores	1-400	Traumatismos, causa externa
1-064	Enf. Sistema Circulatorio	Inf	Infantiles y malformaciones congénitas
1-072	Enf. Sistema Respiratorio	Otras	Otras causas
1-078	Enf. Sistema Digestivo		

Comparando los seis años entre sí, no se perciben grandes variaciones, en el caso de los varones para 1993, las edades más afectadas corresponden a los escalones 70-74; 80-84 y 75-79; siendo las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores los que resaltan, para la mujeres, las causas son las mismas, variando las edades, ya que las más influidas son: 80-84; 75-79 y 85-89. (Gráfico Anexo A5-2) Para ambos sexos, donde se percibe el incremento de defunciones es a partir de los 60-64 años. El primer escalón, de 0 a 4 años, resalta influido por la mortalidad infantil.

Durante 1994 se repiten las causales por edad, aunque en este caso el salto importante en el aumento de las muertes se produce a los 65-69 años para los varones y a los 70-74 y 80-84 años para las mujeres. (Gráfico Anexo A5-3)

En 1995 se producen dos ensanchamientos importantes para los hombres, situándose en los escalones correspondientes a 60-64 años y 70-74; en las mujeres la

ampliación se da gradualmente, resultando las edades de 80 a 84 años el que más registros presenta. Es llamativo el caso de los varones comprendidos entre los 20 a 24 años, donde las trece defunciones que se producen se deben a traumatismos por causa externa. (Gráfico Anexo A5-4)

En el año 1996 la situación parcialmente varía, debido a que los varones presentan los incrementos en los grupos etarios 60-64 y 65-69, notándose coincidencia en la cantidad de decesos en los grupos que van desde los 65 a los 79 años; resultando el escalón de 80 a 84 años el más numeroso. Para el sexo femenino, el crecimiento es paulatino hasta los 80-84 años, grupo de edad donde se produce un notorio aumento, producido por el ascenso constante de las defunciones producidas por enfermedades del sistema circulatorio, más el producido por las que son producto de los tumores y las consideradas otras causas. Con respecto a los traumatismos por causa externa, este año los integrantes del grupo etareo de 20 a 24 años, presentan once defunciones de las doce registradas en total. (Gráfico Anexo A5-5)

En 1997 se revierte la situación, ya que los hombres presentan un incremento gradual del número total de defunciones, siendo la edad de 75 a 79 la de mayores cuantías; en cambio las mujeres exhiben un importante ensanchamiento a los 70-74 y 80-84 años; siendo de gran magnitud también el de 85 a 89 años, con numerosas defunciones por problemas circulatorios. (Gráfico Anexo A5-6)

Para el año 1998, los varones muestran el aumento en el total de muertes a los 65-69, encontrándose el máximo a los 70.74 años. En cambio el sexo femenino muestra su mayor acrecentamiento en el grupo de 80 a 84 años. (Gráfico Anexo A5-7)

Edad media de muerte

Estas variaciones repercuten en la edad media de muerte de la población bahiense, la que se encuentra reflejada en la Tabla 5-2, en la cual se discrimina la evolución de acuerdo al sexo y la causa.

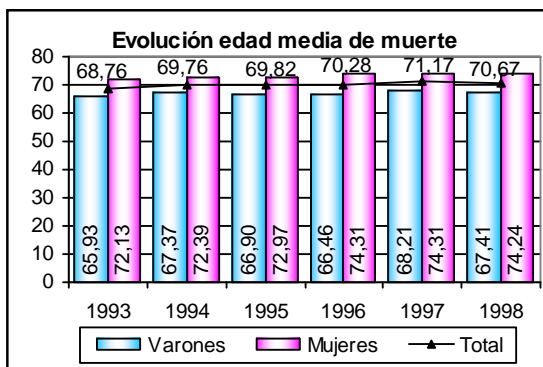
Tabla 5-2: Evolución de la edad media de muerte por causa y sexo

		1993	1994	1995	1996	1997	1998
1-001	Total	66,50	69,60	66,75	66,66	69,40	68,97
	Mujeres	68,08	71,21	68,72	71,42	70,66	72,36
	Varones	65,57	67,94	65,06	63,62	67,64	66,81
1-026	Total	67,98	67,85	68,29	69,13	69,12	68,34
	Mujeres	69,48	68,53	68,63	69,65	69,31	68,09
	Varones	66,75	67,25	68,00	68,69	68,95	68,54
1-064	Total	75,19	75,25	75,28	77,03	77,51	76,98
	Mujeres	78,48	78,43	78,60	80,40	80,43	80,67
	Varones	71,88	72,19	71,80	73,04	74,24	72,64
1-072	Total	76,28	75,52	74,88	75,03	74,83	75,51
	Mujeres	78,52	78,37	76,63	78,21	77,99	77,84
	Varones	74,65	72,92	73,34	72,74	72,11	73,57
1-078	Total	70,76	72,63	70,00	70,48	71,41	70,28
	Mujeres	74,38	75,48	73,52	75,72	73,59	73,41
	Varones	67,64	69,31	66,63	65,33	70,14	68,13
1-094	Total	68,07	70,82	71,19	72,23	71,45	67,29
	Mujeres	68,90	73,70	76,68	77,80	71,90	71,67
	Varones	67,43	68,42	65,92	66,65	71,05	62,72
1-400	Total	43,98	42,69	43,58	41,01	45,00	42,93
	Mujeres	39,70	38,75	42,12	40,45	46,50	42,50
	Varones	45,17	44,03	44,14	41,18	44,68	43,05
Otras	Total	72,87	73,25	72,12	73,24	75,74	76,68
	Mujeres	74,74	75,47	72,72	75,92	79,03	78,35
	Varones	70,76	71,19	71,39	69,18	71,97	74,77
Total	Total	68,76	69,76	69,82	70,28	71,17	70,67
	Mujeres	72,13	72,39	72,97	74,31	74,31	74,24
	Varones	65,93	67,37	66,90	66,46	68,21	67,41

Referencias:

1-001	Enf. Infecciosas	1-078	Enf. Sistema Digestivo
1-026	Tumores	1-094	Síntomas anormales
1-064	Enf. Sistema Circulatorio	1-400	Traumatismos, causa externa
1-072	Enf. Sistema Respiratorio	Otras	Otras causas

La manifiestación de una elevada edad media de muerte, se muestra acorde con envejecimiento paulatino que presenta la ciudad y la correspondiente edad



media de vida. En razgos generales se percibe que la edad media de muerte total varía de 68,76 años en 1993, a un máximo de 71,17 años en 1997; con una tendencia general de suave

Gráfico 5-17

acrecentamiento. (Gráfico 5-17) Cuando se compara la edad media de muerte por sexo, es donde surgen notorios contrastes. Las mujeres adoptan valores más elevados, en concomitancia con la mayor expectativa de vida. El caso extremo se presenta en 1996 con casi 8 años de diferencia, siendo 1994 el de menor disparidad con 5 años. Estos valores elevados son un reflejo de la alta calidad de los servicios sanitarios de la ciudad, los cuales a pesar de la crisis económica que afecta al país y por ende a la ciudad, siguen manteniendo su nivel humano y tecnológico.

En el contraste por sexos se percibe, en casi todas las causales, que las mujeres presentan mayor edad media de muerte; constituyéndose los traumatismos por causa externa, la única causa en la cual son superadas por los varones, como se verá posteriormente.

Las defunciones por enfermedades del sistema circulatorio, son las que muestran, en promedio, la mayor diferencia de edad media de muerte: 6,87 años; en todo el período estudiado, siempre se encuentran por encima de los 6 años, destacándose 1998 con 8 años de separación. En general la tendencia es estable, no detectándose variaciones bruscas. (Gráfico 5-18)

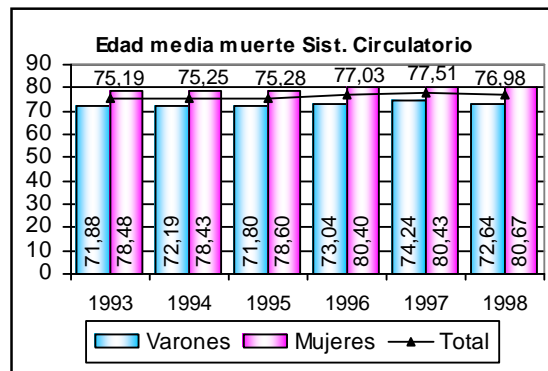


Gráfico 5-18

En el caso de los tumores, se percibe claramente, que no existen diferencias en la edad media de muerte, siendo en promedio de 0,92 años; el año 1993 es el de mayor disparidad, con 2,73 años a favor de las mujeres, en contraposición se encuentra el año 1998 donde éstas presentan menor

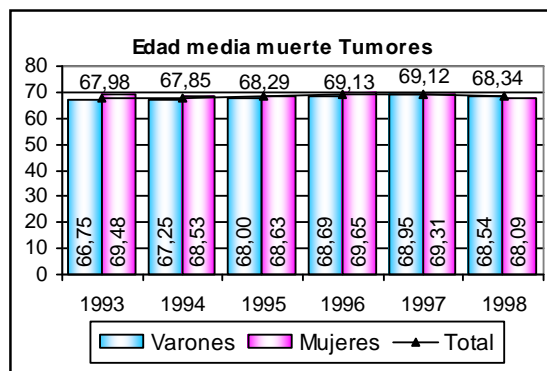


Gráfico 5-19

valor que los varones, casi medio año. Luego del máximo alcanzado en 1996, con 69,65 años, se percibe un descenso de casi un año, logrando en el último año la edad media de 68. Para los varones, aunque lenta, muestran una tendencia de aumento de la edad media de muerte. (Gráfico 5-19)

Las enfermedades del sistema respiratorio, presentan una directriz de disminución en la edad media de muerte, sobre todo en los varones, a pesar de

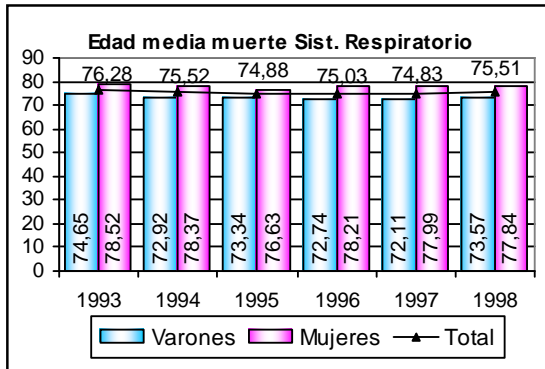


Gráfico 5-20

aumentar más de un año en 1998, alcanzando los 73,57 años contra los 72,11 de 1997, valor más bajo de todo el período. (Gráfico 5-20) Las mujeres ostentan una mayor edad media de muerte, con una diferencia máxima de casi seis años en 1997, respecto de los varones.

Con respecto a los traumatismos por causa externa, corresponde realizar una aclaración, ya que la poca cantidad de decesos, sobre todo en las mujeres, y a distintas edades, da como resultado una edad media, que personalmente considero, desdibuja la realidad, motivo por el cual se realizarán, además, gráficos anuales para determinar la incidencia en cada edad de las defunciones producidas por accidentes, suicidios u homicidios. La edad media de muerte resultante muestra un valor más

elevado para los varones, con un máximo de 5,47 años en 1993. (Gráfico 5-21) La edad media máxima alcanzada es de 45,17 años para los varones en 1993 y de 46,5 para las mujeres en 1997, la mínima es de 41,18 en 1996 para los hombres y de 39,7 años en 1993 para el sexo femenino.

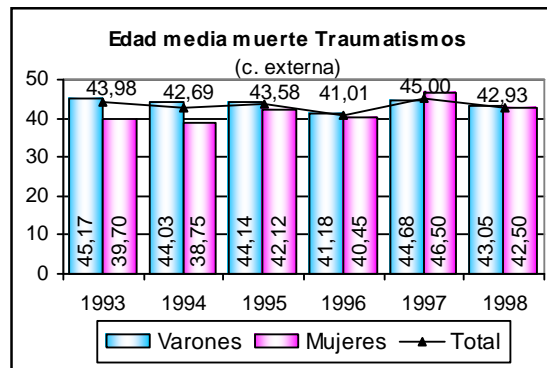


Gráfico 5-21

Al realizar los gráficos por edades y total de defunciones, ya sea anual (Gráficos Anexo Capítulo 5: A5-8 a A5-13) o promedio, (Gráfico 5-22) se percibe claramente los grupos de edades que se hallan más afectados por este tipo de causal; encontrando los varones de 20 a 24 años, sobre todo durante el año 1995, y 65 a 69 como los más influidos; en cambio para el sector femenino es bastante dispar,

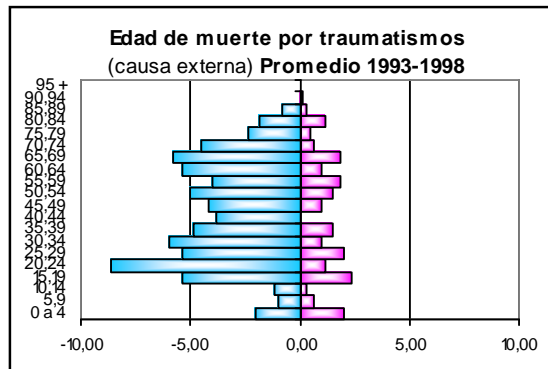


Gráfico 5-22

resultando más aquejados los grupos de 0 a 4 y 35 a 39 durante 1993 y el de 15 a 19 años sobre todo en 1994; este grupo exhibe el mayor promedio ya que durante los seis años, siempre hay defunciones, situación que no se da en todos los grupos etareos.

Esperanza de vida

La variación de las edades de muerte permite elaborar las tablas de vida para poder determinar la esperanza de vida de la población bahiense. (Gráfico 5-23);

(Anexo Capítulo 5 Tablas: Total: A5-2 a A5-7; Varones: A5-8 a A5-13 y Mujeres: A5-14 a A5-19) La misma se mantiene estable en los seis años analizados, ya que parte de 74,15 años en 1993 hasta lograr los 75,40 años en 1997, notándose un leve descenso durante

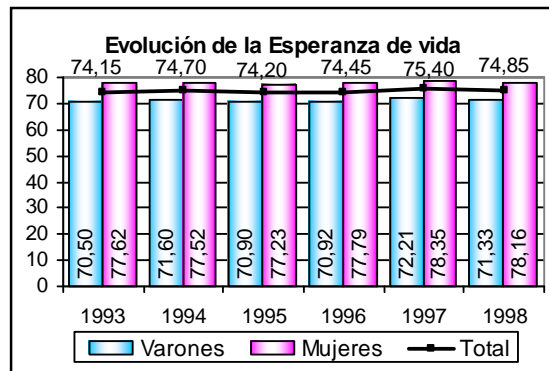


Gráfico 5-23

1998; la tendencia muestra un leve incremento para ambos sexos.

La esperanza de vida de los varones es sensiblemente menor a las mujeres, oscilando entre 70,5 años y 72,2 los primeros y entre 77,2 y 78,3 años el sexo femenino.

Comparando los datos locales con los aportados por la Organización Panamericana de la Salud, para el año 1998 en los países americanos, se perciben algunas diferencias. (Tabla 5-3; Tabla completa: Anexo Capítulo 5: Tabla A5-20)

Tabla 5-3: Esperanza de vida al nacer en algunos países de América. 1998

País	Esperanza de vida al nacer (niños)			Diferencia varón/mujer (años)
	Total	Varones	Mujeres	
Argentina	73,3	69,7	76,9	7,2
Bahía Blanca*	74,85	71,33	78,16	6,83
Bolivia	61,7	60,0	63,4	3,4
Brasil	67,2	63,5	71,3	7,8
Canadá	79,0	76,1	81,9	5,8
Chile	75,4	72,4	78,4	6,0
Costa Rica	76,9	74,6	79,3	4,7
Cuba	76,1	74,3	78,1	3,8
Ecuador	69,9	67,4	72,6	5,2
Estados Unidos	76,8	73,5	80,2	6,7
Haití	54,5	52,9	56,3	3,4
México	72,6	69,6	75,6	6,0
Paraguay	69,8	67,6	72,1	4,5
Perú	68,5	66,6	71,1	4,5
Uruguay	72,9	69,6	76,1	6,5

Fuente: OPS.(1998) La Salud en las Américas. Volumen I

*: elaboración propia.

Los países industrializados, caso Estados Unidos y Canadá -ostenta la mayor expectativa de vida con 79 años promedio-, presentan altos valores de esperanza de vida; también se encuentran otros con menor desarrollo, pero en los cuales la salud de la población son temas prioritarios, como Costa Rica y Cuba; todos por encima de los 76 años en total. Entre los de menor valor se encuentran Haití, con 54,5 y Bolivia con 61,7 años, países menos desarrollados de todo el continente.

Con respecto a los integrantes del MERCOSUR (Mercado Común del Sur), Bahía Blanca se encuentra como la mejor posicionada, al igual que Argentina.

Variaciones estacionales

La variación cíclica o estacional de la mortalidad en la ciudad de Bahía Blanca, refleja una mayoría en la época invernal, especialmente en el año 1995. (Gráfico 5-24) (Anexo Capítulo 5: Tabla A5-21) En el resto de las estaciones no presenta grandes

contrastes, aunque en verano se detecta la menor tasa estacional, el otoño ostenta la menor variación y la primavera muestra un notorio descenso en el año 1997, constituyéndose en la más baja de todo el período. Diferenciando por sexo, no exhiben grandes disparidades. (Anexo Capítulo 5: Gráficos A5-14 y A5-15)

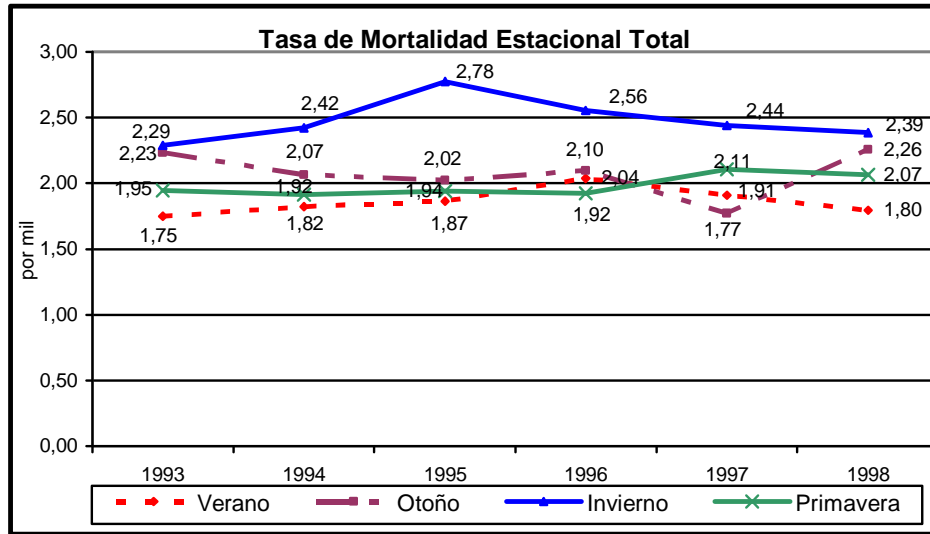


Gráfico 5-24

Lugar de defunción

El ámbito donde se producen las defunciones, muestra, en promedio, un predominio de los Hospitales Privados (38,6%), siguiéndole en importancia los domicilios particulares (26,45%), los Hospitales Públicos (25,73%), los geriátricos (6,13%) y el resto de lugares (3%), en el cual se engloban las muertes producidas en la vía pública y rutas aledañas a la ciudad (1,44%), otros domicilios (0,96%) – generalmente el domicilio particular de algún familiar–, hogares asistenciales (0,42%) –Hogar del Peregrino, Cáritas o Pequeño Cottolengo. (Gráfico 5-25)

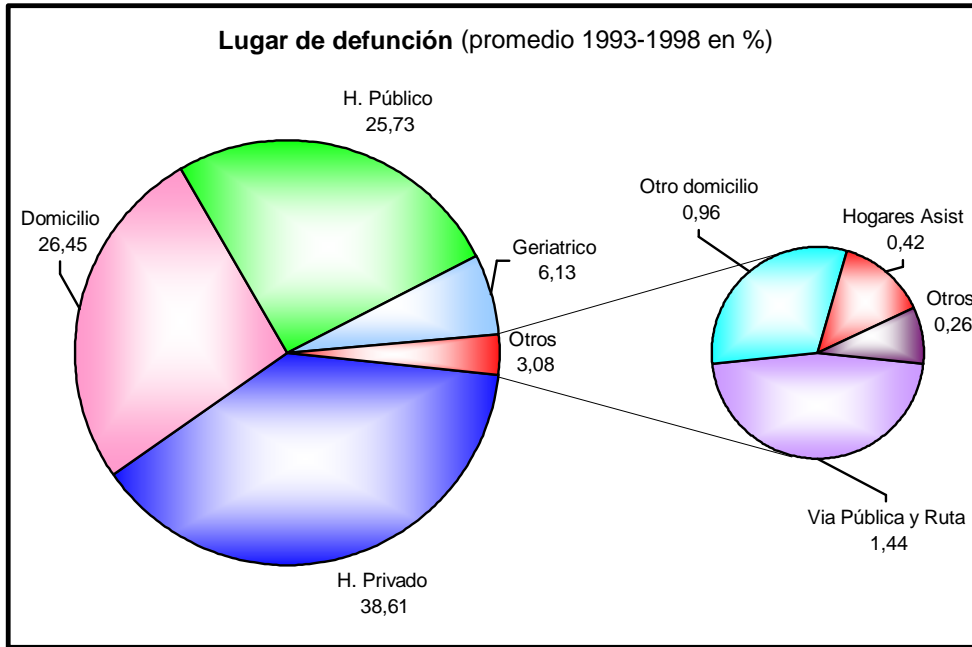


Gráfico 5-25

En la comparación de las variaciones sufridas por cada uno de los lugares de defunción, en el transcurso de los seis años estudiados, se refleja la situación económica imperante en el país y por consiguiente en la ciudad. (Gráfico 5-26)

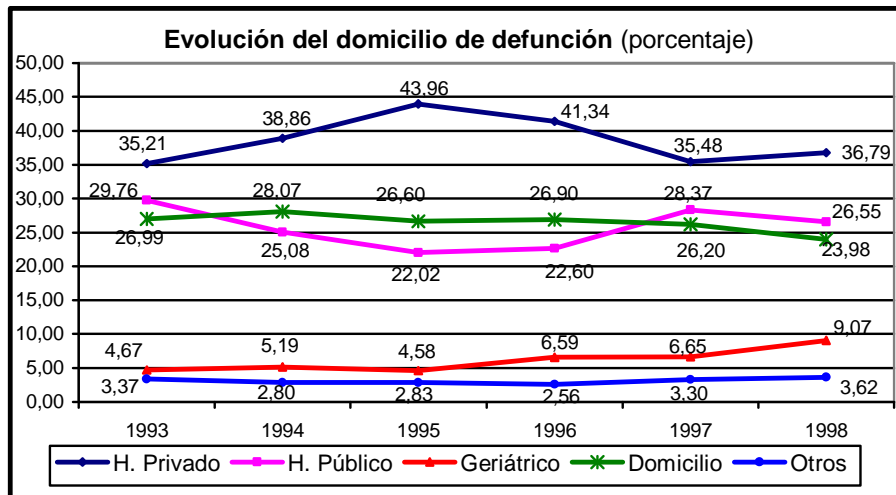


Gráfico 5-26

En el mismo se advierte el perfil casi especular, que adquieren las defunciones producidas en los hospitales privados y públicos. En los primeros el máximo de decesos lo alcanza en 1995, con 1008 muertes, lo que representa el 43,96% del total;

en contraposición los hospitales públicos logran el mínimo, con 505 decesos (22%). El mínimo de los hospitales privados se encuentra en 1993, con 762 defunciones (35,21%); este mismo año queda reflejado el máximo en los hospitales públicos, alcanzando el 29,76%, 644 muertes. A partir del año 1995 se produce nuevamente el descenso en uno y ascenso en el otro, producto de la posibilidad de disponer o no de obra social, lo incide en la utilización del hospital privado o público gratuito, según las circunstancias.

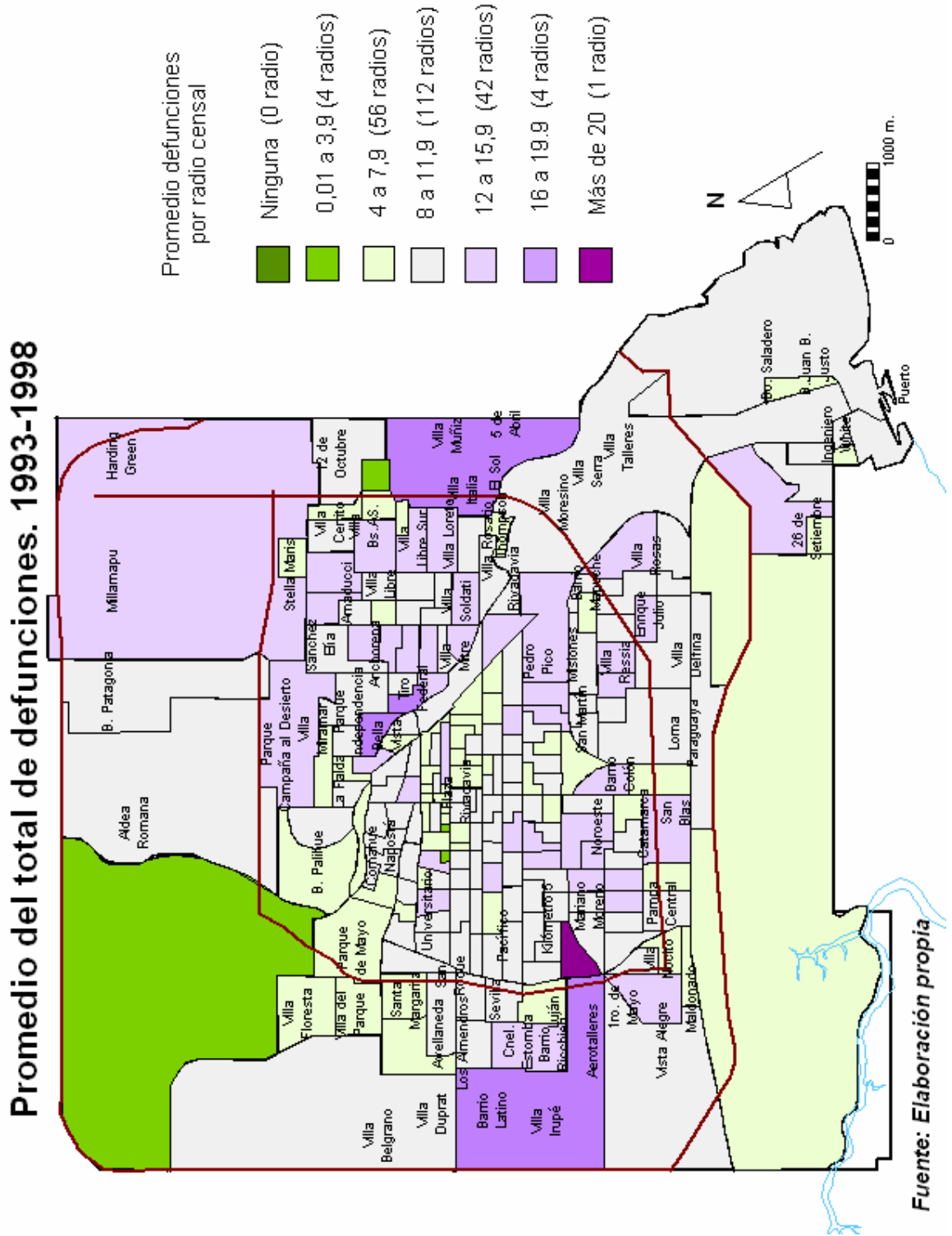
Las defunciones producidas en los domicilios particulares muestran una relativa estabilidad, percibiéndose una tendencia en descenso. En los geriátricos se detecta una directriz ascendente notoria, posiblemente debido al aumento de la oferta en este tipo de servicios, sumado al incremento de los ancianos, las dificultades que implica el cuidado de los mismos y la especialización requerida. En 1993 se producen 101 defunciones (4,67%) en estas instituciones, incrementándose paulatinamente hasta 1998, donde se registran 208 muertes, lo que implica el 9,07% del total.

Localización de las defunciones

Para analizar la distribución espacial de las defunciones, se las localiza por radio fracción censal según el domicilio que figura en el acta de defunción, elaborándose los cartogramas correspondientes a cada año analizado y en base al promedio del período. En estas graficaciones no se consideran las defunciones infantiles y fetales, las cuales ya fueron analizadas y cartografiadas.

Los sectores de la ciudad que aparecen como más afectados, en promedio, están emplazados al oeste, en el cual se destaca el radio 2-03 con el máximo: 22 muertes, donde se encuentra el Hogar del Anciano, que concentra gran cantidad de población anciana y el radio 17-01, que contiene los barrios Aerotalleres, Latino e Irupé entre otros, con 18,8 y hacia el este porciones de los barrios Tiro Federal (radio 11-07 con 19) y Bella Vista (radio 25-06 con 16,6) y la zona correspondiente a Villa Muñiz y 5 de Abril entre otros (radio 10-11 con 16,3) (Carta 5-1)

Carta 5-1: Promedio de defunciones totales



Le sigue en importancia, con un promedio entre 12 y 16 decesos, un grupo de 42 radios los cuales se localizan principalmente al este, sur y oeste del microcentro. En todos los radios censales de la ciudad se registran decesos, destacándose con menos de cuatro defunciones, cuatro radios, dos cercanos entre sí, localizados en el microcentro: 6-07 y 6-11 y los restantes se encuentran al este: radio 9-10 (con 1,9 muertes en promedio) y al norte: radio 18-13, presentando ambos la característica de poseer baja densidad de población.

Analizando individualmente los totales por año considerado, se observa que durante 1993 surgen dos radios que presentan entre 20 y 25 defunciones: uno correspondiente al sector donde se localiza el Hogar del Anciano, radio 2-03 y el otro al barrio Pedro Pico, radio 15-11. La zona que le sigue en cantidad de decesos, entre 15 y 19, afecta a 22 radios los cuales conforman una franja con dirección suroeste-noreste, desde el barrio Mariano Moreno, hasta el Parque Campaña del Desierto y la zona sur que comprende los barrios Pedro Pico, Enrique Julio y Villa Rosas. No aparecen representados los umbrales máximos, más de 25 defunciones, ni mínimos, ningún deceso. (Anexo Capítulo 5 Carta A5-1)

En 1994 surge el sector que abarca los barrios Villa Muñiz, 5 de abril y El Sol entre otros (radio 10-11) con un total de 26 defunciones; continuándole, entre 20 y 25 muertes, tres sectores que afectan los barrios Universitario (radio 6-06), Kilómetro 5, donde se encuentra el Hogar del Anciano, (radio 2-03) y Pedro Pico (radio 15-08). La franja que se forma con los sectores que registran entre 15 y 19 decesos adopta una dirección oeste-este, desde Mariano Moreno hasta Millamapu y Harding Green y además se mantiene el sector sur, con similitud al año anterior, correspondiente a los barrios Pedro Pico, Villa Ressia y Mapuche. La zona de menor impacto, entre 1 y 4 muertes, se localiza, en líneas generales, con dirección norte-sur, desde el barrio Florida y emplazamiento del Ejército hasta el barrio San Martín (radio 15-02) y 26 de Setiembre (radio 17-18). Este año tampoco aparecen radios con ninguna defunción. (Anexo Capítulo 5 Carta A5-2)

En 1995 aparece como sector afectado con más de 25 defunciones, el correspondiente al barrio Tiro Federal (radio 11-07), vecinos a él se localizan los barrios Anchorena (radios 8-03 y 8-04) y Bella Vista (radio 25-06) presentando entre 20 y 25 decesos, al igual que los barrios Kilómetro 5 (radio 2-03) y Pedro Pico (radio 15-08). La zona que manifiesta entre 15 y 19 muertes, conforma una elipse alrededor del macrocentro, con mayor incidencia al este y sur del macrocentro. Coincidente con ella, se establece una franja hacia el este, que marca la zona de menor repercusión, la cual se extiende desde el microcentro (radio 13-03) hasta Villa Cerrito y 12 de Octubre (radios 9-08 y 9-11). En este año, al igual que los anteriores, no surgen sectores con ninguna defunción. (Anexo Capítulo 5 Carta A5-3)

En 1996, se desplaza hacia el oeste el sector con mayor número de registros, 27 en total, afectando a los barrios Latino, Irupé y Aerotalleres (radio 17-01). Aumenta a siete la cantidad de sectores que presentan entre 20 y 25 defunciones, formando un arco que se extiende desde los barrios Universitario (radio 6-03), hasta Amaducci (radio 9-03), pasando por Coronel Estomba y Ricchieri (radio 18-10), Kilómetro 5 (radio 2-03) y Pedro Pico (radios 14-09 y 15-12). En general, los barrios localizados al oeste y este, además del mencionado Pedro Pico, al sur del macrocentro, son los que muestran mayor incidencia. Con ninguna defunción se encuentra el barrio Oasis (radio 9-10); con 1 a 4 muertes se detectan tres sectores: una franja que se extiende desde el oeste al sur, abarcando Villa Nocito (radio 17-05) y Maldonado (radio 17-06) hasta 26 de Setiembre (radio 17-18) y Boulevard Juan B. Justo (radio 17-16); un círculo que rodea la Plaza Rivadavia (microcentro) involucrando los radios 6-11, 6-12, 12-03, 12-10 y 13-05 y por último un sector del norte que comprende desde el barrio Santa Margarita (radio 18-06), barrio Florida y Ejército (radio 18-13) hasta La Falda y Villa Miramar (radio 25-08); quedando el barrio Stella Maris (radio 25-13) como un punto aislado en el este. (Anexo Capítulo 5 Carta A5-4)

En 1997 resaltan Villa Loreto (radio 10-08), con más de 25 defunciones y los barrios Amaducci (radio 9-03) y Kilómetro 5 (radio 2-03) con un valor entre 20 y 25

muerres; resultando una franja que se extiende desde el oeste, barrios Latino, Irupé y Aerotalleres (radio 17-01), pasando por el sur hasta Villa Rosas (radios 16-10 y 16-11), continuando al este en el barrio Anchorena (radio 8-03), Bella Vista (radio 25-06) hasta el barrio Comahue (radio 7-05) entre otros. Presentando entre 1 y 4 defunciones aparecen tres sectores bien marcados: uno localizado al norte, abarcando los barrios Palihue (radio 25-01), Napostá (radios 7-03 y 7-04), Villa del Parque (radio 18-02) y Florida (radio 18-13); el otro ubicado en el centro de la ciudad (radios 6-07, 5-09, 12-04 y 12-08) y barrio Universitario (radio 5-02) y el que se encuentra en el sur, extendiéndose desde Villa Nocito (radio 17-05), por el barrio Colón (radio 1-11), hasta el barrio AMTIP (radio 17-08) y resaltan en el este los barrios Buenos Aires (radio 9-09) y Oasis (radio 9-10). (Anexo Capítulo 5 Carta A5-5)

Durante 1998 prevalece como sector más afectado el oeste, destacándose con más de 25 defunciones los sectores correspondientes a los barrios Latino, Irupé y Aerotalleres (radio 17-01) y Kilómetro 5 (radio 2-03); siguiéndole, con 20 a 24 muertes, barrios vecinos como Villa Belgrano y Duprat (radio 18-14), Noroeste (radio 2-07) y San Blas (radio 1-09), luego hacia el sur aparece Villa Ressia (radio 16-03) y al este Tiro Federal (radio 11-07). El área con menor incidencia, entre 1 y 4 defunciones, se localiza principalmente en el microcentro de la ciudad, además de algunos radios distribuidos aleatoriamente en el plano urbano. (Anexo Capítulo 5 Carta A5-6)

La exploración de la localización espacial por causa de muerte se realizará en el próximo capítulo.

Consideraciones finales

La ciudad no se aleja de las estadísticas nacionales o mundiales con respecto a las principales causales de muerte. Acerca de la expectativa de vida, sin duda se puede afirmar que Bahía Blanca se encuentra en las primeras posiciones respecto a los países Latinoamericanos, lugar que no solo se debe mantener sino se debe intentar mejorar.

CAPITULO 6

LA MORTALIDAD POR EDAD DE LOS BAHIENSES

“Para estudiar heterogeneidades en el estado de salud de una población es fundamental el ciclo vital, por ser la base del cambio biológico en sus individuos conforme envejecen. Reconocer explícitamente esta dimensión nos permite reflejar (y reflexionar sobre) el hecho de que «causas» y «efectos» no son necesariamente contemporáneos y, más aún, podrían vincularse en las diferentes etapas de la vida de manera muy distinta para los individuos. Hemos escogido dividir el ciclo vital en cuatro períodos temporales, cada uno de los cuales parece desplegar su propia gama característica de enfermedades o patologías y vulnerabilidades.... El período perinatal es una subdivisión del ciclo vital tan importante y con tan marcados gradientes de mortalidad, en términos globales e históricos, que sus estadísticas han sido usadas muchas veces entre los grandes indicadores de la salud de conjunto de poblaciones enteras...

Si uno sobrevive indemne este períodos de vulnerabilidad relativamente alta, entra en el período accidental, desde menos de un año a las edades intermedias –aproximadamente, mitad de los cuarenta. Durante este tiempo, las principales amenazas para la salud en los países industrializados no tienen como base la enfermedad, sino los accidentes, la violencia o el suicidio. ...

Entre los 45 y los 74 años se habla de un período de enfermedad degenerativa crónica «prematura». Durante el mismo, las principales amenazas contra la salud, el funcionamiento y la vida son entidades diagnósticas específicas, como la enfermedad cardíaca, el accidente cerebral vascular, el cáncer y la artritis....

Hemos cifrado en 75 años el comienzo de la senectud más generalizada. El estado de salud aquí viene determinado muchas veces por los efectos tardíos –y normalmente menos específicos– de más de un proceso patológico degenerativo crónico, que conduce a una disfunción sistemática de múltiples órganos.”¹

Tomando como base esta clasificación, pero modificándola para mantener la coherencia en el total del trabajo. La nueva subdivisión del ciclo vital a considerar es:

- ⇒ Menores de un año: incluyendo las defunciones fetales e infantiles, las cuales fueron analizadas en el capítulo 3.
- ⇒ 1 a 44 años
- ⇒ 45 a 64 años
- ⇒ 65 a 74 años
- ⇒ Más de 75 años

¹ Evans, R.; Barer, M. y Marmor, T. (1996) ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones. Madrid, Ediciones Díaz de Santos, S.A.

La mortalidad entre 1 y 44 años

En este grupo de edades, al igual que en los países industrializados, las principales causales de muerte son los traumatismos por causa externa e intervención policial, los accidentes, suicidios u homicidios, siguiéndole en importancia los tumores.

(Gráfico 6-1)

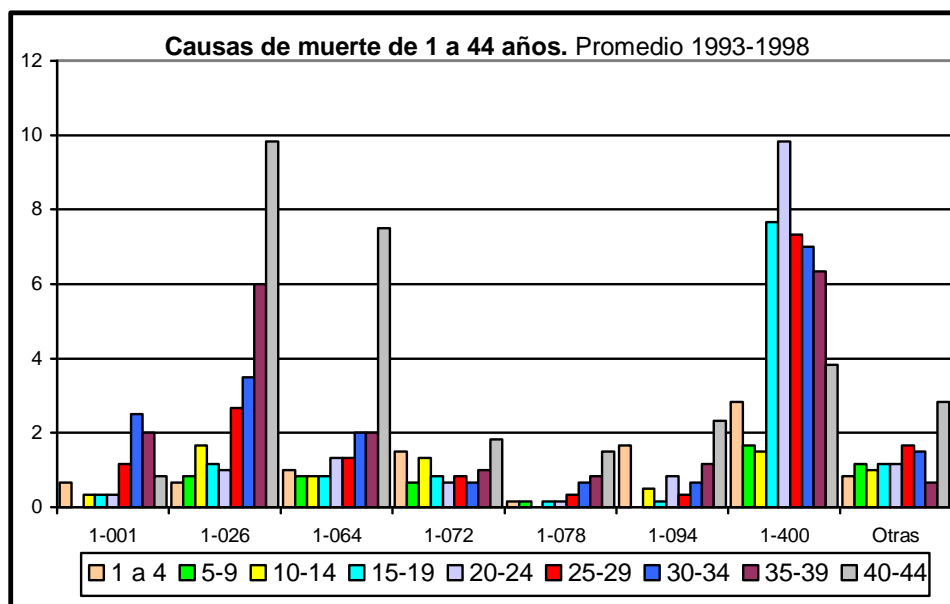


Gráfico 6-1

Referencias:

1-001	Enf. Infecciosas	1-078	Enf. Sistema Digestivo
1-026	Tumores	1-094	Síntomas anormales
1-064	Enf. Sistema Circulatorio	1-400	Traumatismos, causa externa
1-072	Enf. Sistema Respiratorio	Otras	Otras causas

A medida que se asciende en la escala de edades, aumenta el número de defunciones, siendo muy notorio en los traumatismos, los cuales en promedio marcan el máximo a los 20-24 años y presentando en las edades posteriores un descenso; los tumores denotan un crecimiento constante, al igual que las enfermedades del sistema circulatorio, en las cuales se percibe la mayor incidencia a partir de los 40-44 años. Con respecto a los tumores, en el sexo femenino afecta, sobre todo durante el año 1994, a los 40-44 años el cancer de mama con 7 casos de los 13 totales.

Los grupos que se encuentran menos tocados por las defunciones, son los de 5 a 9 años, mayoritariamente afectados por los traumatismos por causa externa; y el de 10 a 14 años, perjudicado por tumores.

Las enfermedades que menos repercusión tienen en este grupo de edades son las producidas por las afecciones en el sistema digestivo.

La mortalidad en las personas de 45 a 64 años

Indudablemente en este grupo de edades varían sustancialmente las principales causas de muerte, ya que aquí predominan las producidas por tumores y por enfermedades del sistema circulatorio, ambas con notorio incremento. (Gráfico 6-2)

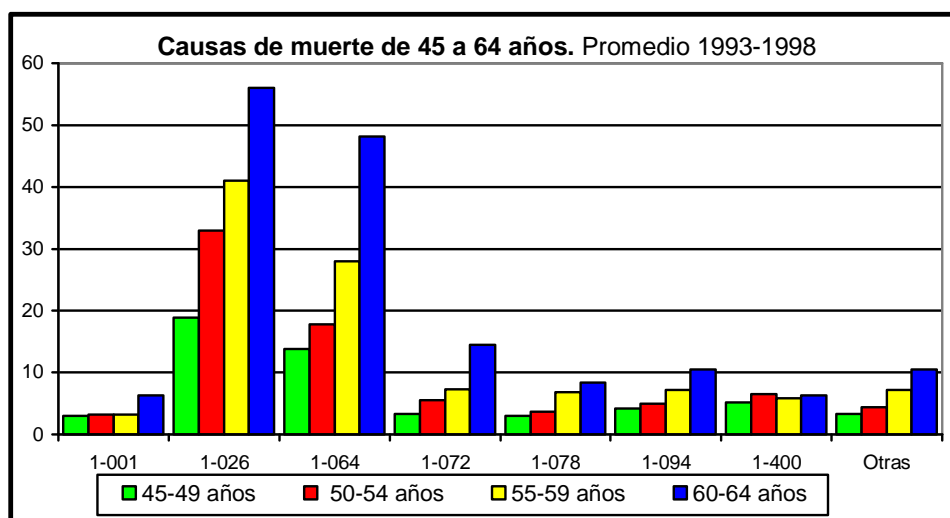


Gráfico 6-2

Referencias:

1-001	Enf. Infecciosas	1-078	Enf. Sistema Digestivo
1-026	Tumores	1-094	Síntomas anormales
1-064	Enf. Sistema Circulatorio	1-400	Traumatismos, causa externa
1-072	Enf. Sistema Respiratorio	Otras	Otras causas

Comparándolas por sexo, en ambas causales, en casi todos los subgrupos de edades predominan las defunciones de varones, especialmente en lo que respecta a enfermedades del sistema circulatorio. (Gráficos Anexo Capítulo 6: A6-1 a A6-8)

En las defunciones producidas por tumores, para el sexo femenino resaltan las producidas por el tumor maligno de la mama (1-036), especialmente en el subgrupo de 60 a 64 años, las cuales presentan una tendencia relativamente estable; las

comprendidas entre los 50-54 años muestran una suave tendencia decreciente, siendo las que menos variaciones presentan en todo el período. Las mujeres comprendidas entre los 40 y 44 años, son las que muestran mayor incremento general y el subgrupo restante, 45-49 años, se mantiene estable durante los seis años analizados. (Gráfico 6-3)

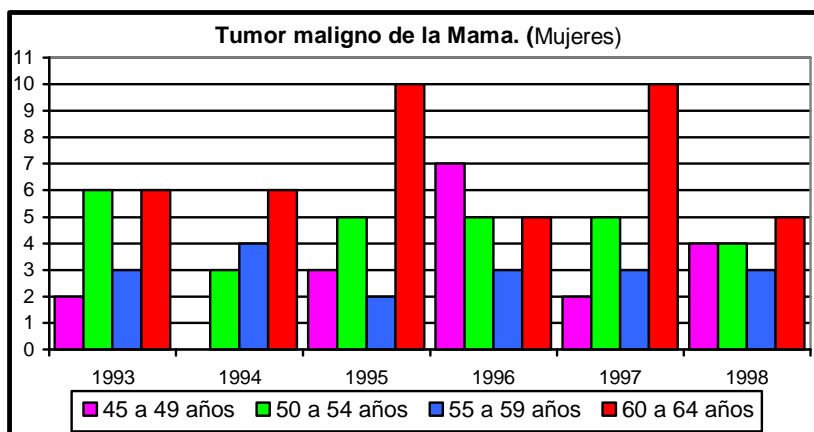


Gráfico 6-3

Para el sexo masculino, el tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón (1-034) es el de mayor secuela, resultando los de 45 a 49 años los menos afectados. A partir de los 50 años, muestra mayor alcance, especialmente el subgrupo de 50 a 54 años en 1995; los de 60 a 64 años tienen un aumento notorio importante en 1998, a pesar de esto, todos presentan una tendencia negativa. (Gráfico 6-4)

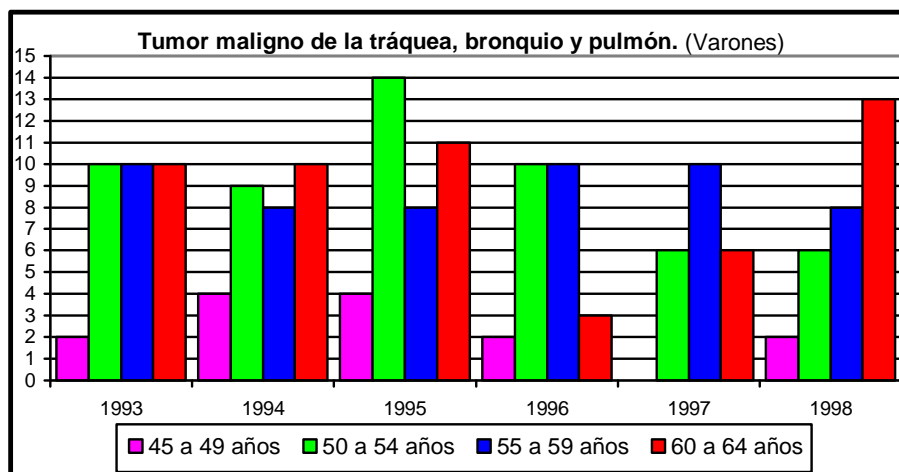


Gráfico 6-4

Con valores menores, se debe mencionar el tumor maligno del colon, recto y ano (1-030), ya que en las edades 50 a 54 y 60 a 64 años presenta una tendencia en crecimiento, a pesar de la disminución registrada en 1998. (Gráfico 6-5) Entre los 45 y 49 años se mantiene estable, con pocos casos registrados y entre los 55 y 59 años marca una disminución.

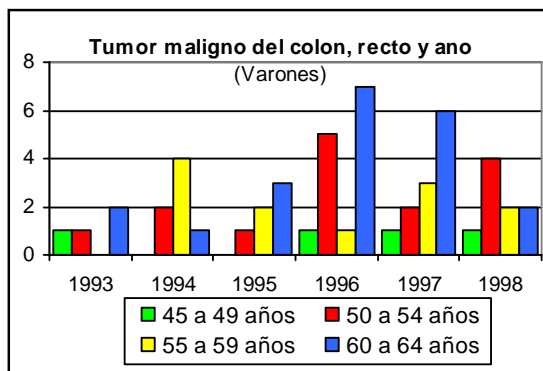


Gráfico 6-5

Respecto de las muerte producidas por enfermedades del sistema circulatorio, en este grupo de edades predominan las enfermedades cerebrovasculares (1-069) para las mujeres, que incluye la hemorragia subaracnoidea y accidente cerebrovascular entre otras; y las mencionadas como otras enfermedades del corazón (1-068) para los varones, en esta clasificación se incluyen las enfermedades cardiopulmonares, pericarditis, endocarditis, problemas de las válvulas, cardiomiopatía y paro cardíaco entre otras. Esta problemática se agudiza a partir de los 55 años en las mujeres y de los 50 años en los varones.

La repercusión por sexos es dispar, en el femenino afectan en primer lugar las enfermedades cerebrovasculares (1-069), sobre todo a partir de los 55 años, presentando igualmente una tendencia negativa. Para el subgrupo de edades, que va

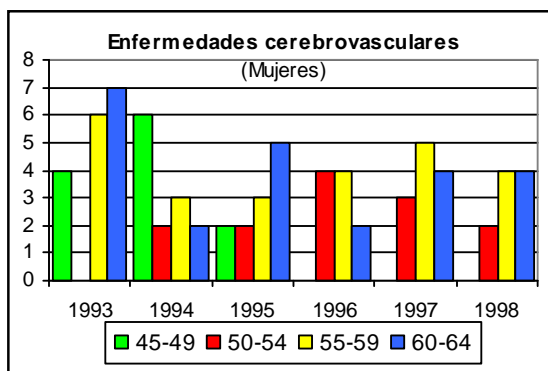


Gráfico 6-6

de los 50 a 54 años se detecta una tendencia positiva, a pesar de haber disminuido en los últimos dos años analizados. Para las mujeres de 45 a 49 años, la problemática se hace presente solamente en los tres primeros años.

(Gráfico 6-6)

Le sigue en importancia, las denominadas otras enfermedades del corazón (1-068), detectándose un incremento muy leve en las mujeres de 55 a 59 años, mostrando una tendencia decreciente en las de 60 a 64 años, edad de mayor incidencia. (Gráfico 6-7)

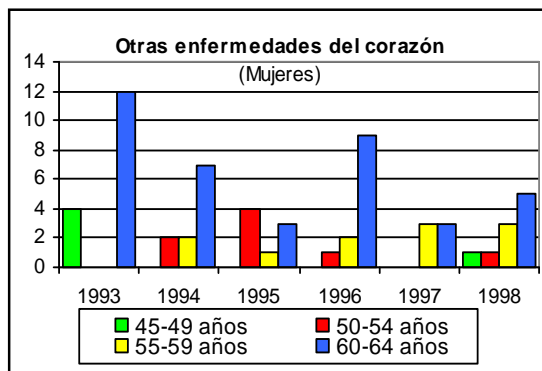


Gráfico 6-7

En el sexo masculino, el nivel de ocurrencia es mayor y la principal causa son las otras enfermedades del corazón (1-068), afectando preferentemente en las edades

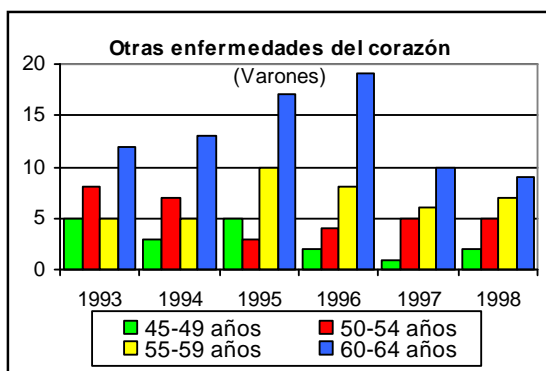


Gráfico 6-8

de 60 a 64 años, las que muestran un aumento hasta el año 1996 y con posterioridad decrece. El grupo comprendido entre 55 y 59 años señala una leve tendencia a incrementarse. (Gráfico 6-8). La segunda causa, dentro

de las producidas por enfermedades del sistema circulatorio, para los varones son las enfermedades isquémicas del corazón (1-067) que incluyen el infarto agudo de miocardio y la angina de pecho. Los subgrupos más afectados son los comprendidos entre los 55 y 64 años, notándose un crecimiento en los afectados entre los 55 y 59 años. Es notorio el descenso que se produce, especialmente en los comprendidos entre los 45 y 49 años. (Gráfico 6-9).

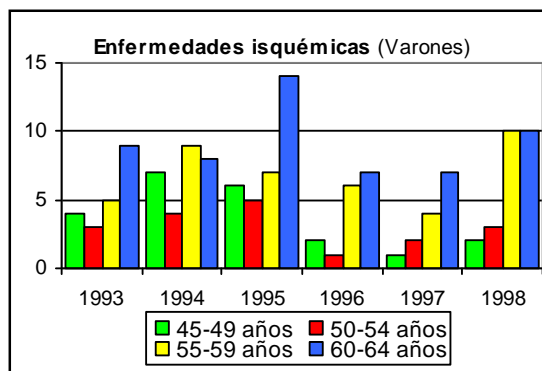
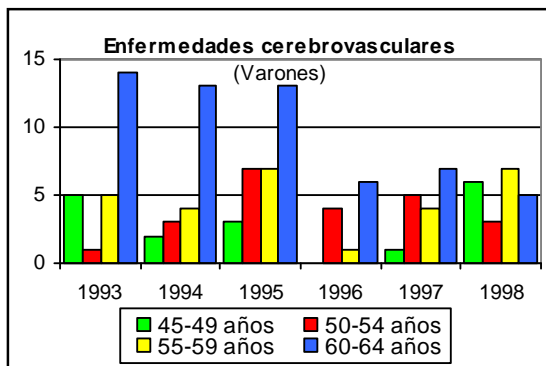


Gráfico 6-9

Con respecto a la defunciones producidas por las enfermedades cerebrovasculares (1-069) se percibe, además de cuantías importantes, variaciones elocuentes. En este caso se manifiesta una repercusión significativa para los varones de 60 a 64 años

durante los tres primeros años analizados, produciéndose un descenso en los años posteriores, llegando a la mitad de las muertes por esta causal. Para los varones de



55 a 59 años, se observan oscilaciones en todo el período, pero con una tendencia general a incrementarse. En el grupo de 45 a 49 años, es notorio en aumento producido en 1998, igualando a los de 1995. (Gráfico 6-10)

Gráfico 6-10

En promedio, se observa la menor repercusión que tienen las otras causales de muerte, percibiéndose en todas la tendencia al aumento, principalmente en las producidas por enfermedades del sistema respiratorio.

La mortalidad en las personas de 65 a 74 años

Lo que se perfilaba en el grupo anterior se percibe claramente en éste: el incremento en los casos de muertes producidas por tumores malignos, enfermedades del sistema circulatorio y las enfermedades del sistema respiratorio. (Gráfico 6-11)

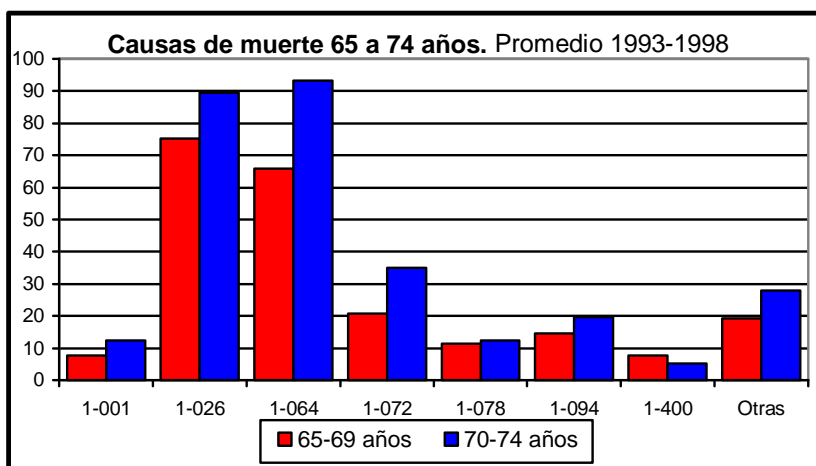


Gráfico 6-11

Referencias:

- | | | | |
|-------|---------------------------|-------|-----------------------------|
| 1-001 | Enf. Infecciosas | 1-078 | Enf. Sistema Digestivo |
| 1-026 | Tumores | 1-094 | Síntomas anormales |
| 1-064 | Enf. Sistema Circulatorio | 1-400 | Traumatismos, causa externa |
| 1-072 | Enf. Sistema Respiratorio | Otras | Otras causas |

Considerando por sexo y edad, en las defunciones causadas por tumores se percibe un decrecimiento en las mujeres de 65 a 69 años y en los varones comprendidos entre los 70 y los 74 años; en cambio hay un incremento en los otros subgrupos de edades para ambos sexos. Excepto en el año 1998, para las mujeres de 70 a 74 años, los varones superan a las mujeres durante todo el período analizado, con mayor amplitud se percibe entre los 65 y 69 años. (Gráfico 6-12)

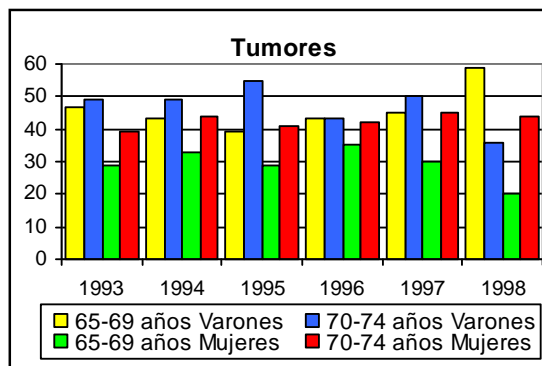


Gráfico 6-12

En las muertes producidas por tumores, según el órgano afectado, en el sexo femenino prevalece el tumor maligno de la mama (1-036), notándose una tendencia decreciente en las de 65 a 69 años, ocurriendo lo contrario en el subgrupo de 70 a 74 años. (Gráfico 6-13) Se podría sospechar que a medida que las mujeres avanzan en edad, no se realizan los controles, recomendados por los especialistas, con la periodicidad aconsejada.

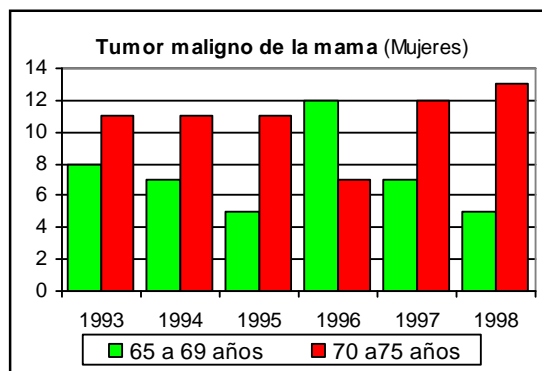


Gráfico 6-13

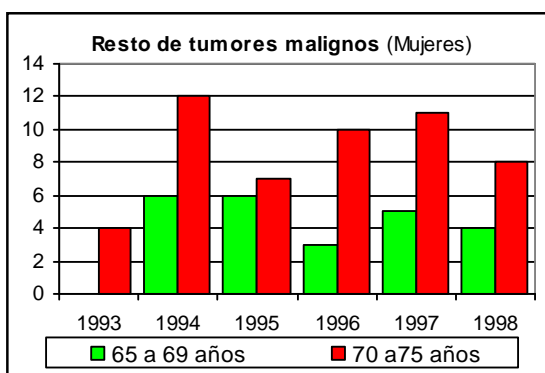


Gráfico 6-14

Le siguen en importancia los denominados resto de tumores malignos (1-046), los cuales presentan la misma propensión que el anterior, o sea disminución en el primer subgrupo considerado y aumento en el segundo. (Gráfico 6-14)

Para el sexo masculino, la principal afección es la producida por el tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón (1-034), con directriz positiva para los individuos de 64 a 69 años, siendo fuertemente negativa para los de 70 a 74 años. (Gráfico 6-15)

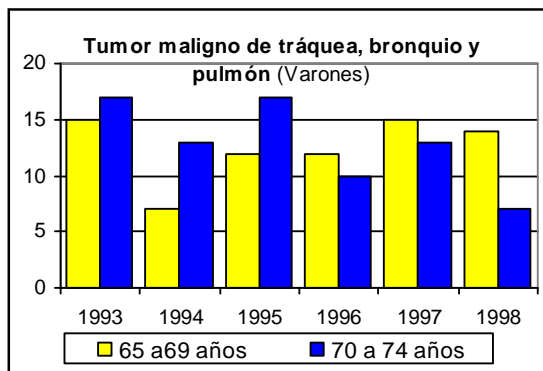


Gráfico 6-15

El caso de las defunciones producidas por el tumor maligno del colon, recto y ano (1-030) se percibe un descenso, en el grupo de 65 a 69 años, hasta el año 1995,

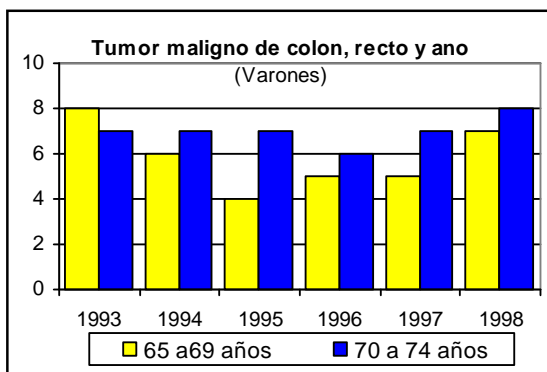


Gráfico 6-16

donde comienza nuevamente una escalada; para el subgrupo de 70 a 75 años se muestra estable los primeros tres años, la menor cantidad de registros se encuentra en 1996 y posteriormente se eleva hasta lograr el máximo en 1998 con 8 defunciones en total. (Gráfico 6-16)

En las defunciones producidas por enfermedades del sistema circulatorio, se manifiesta la mayor incidencia en el sexo masculino, siendo, para ambos sexos, el subgrupo de edad de 70 a 74 años el de mayor alcance. En el caso de las mujeres, se advierte igualdad de registros durante 1995, para todo el segmento de edades consideradas, y en el año 1996 una pequeña mayoría (un caso) en los 65 a 69 años. (Gráfico 6-17)

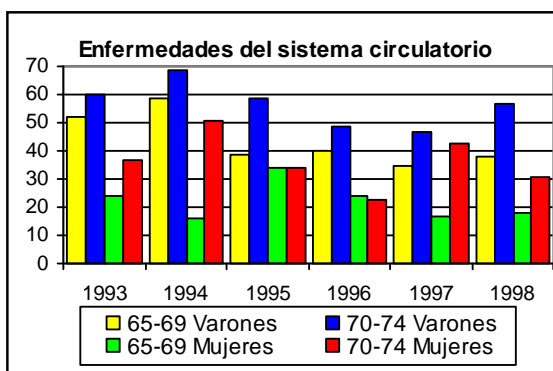


Gráfico 6-17

Para ambos sexos, la definida como Otras enfermedades del corazón (1-068) es la causal de más repercusión. En las mujeres la incidencia es mayor en el grupo de

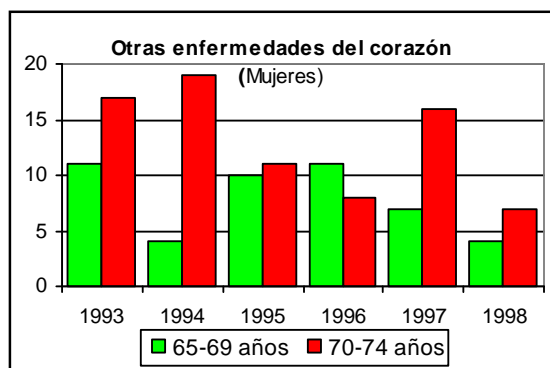


Gráfico 6-18

70 a 74 años, salvo durante 1996, en el cual las mujeres de 65 a 69 años presentan tres defunciones más. A pesar de las oscilaciones que presentan durante todo el período, se percibe una tendencia general a decrecer. (Gráfico 6-18)

Como segunda causa, en las mujeres, se encuentran las enfermedades cerebrovasculares (1-069), las cuales, salvo durante el año 1994, exhiben valores aproximados. En el año mencionado, las mujeres de 70 a 74 años superan al otro grupo en trece casos. La tendencia que presentan es de estabilidad, especialmente en el segundo subgrupo de edad considerado, ya que registran el mismo número de defunciones en los tres últimos años, en las de 65 a 69 años se perfila un leve incremento, luego de un período de estabilidad entre 1995 y 1997. (Gráfico 6-19)

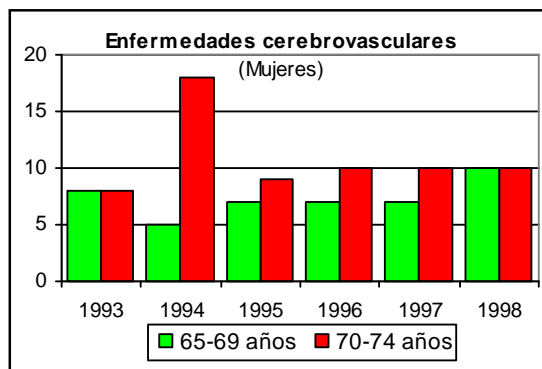


Gráfico 6-19

Con respecto a las enfermedades isquémicas (1-067) la incidencia es mucho menor, destacándose el año 1995, para las de 65 a 69 años, con trece defunciones; en los años posteriores se estabiliza en tres muertes por esta causa. En las mujeres de 70 a 74 años, la repercusión es casi siempre mucho

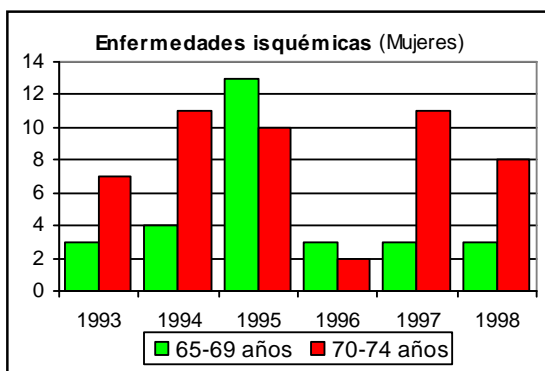


Gráfico 6-20

mayor y presenta oscilaciones durante los seis años considerados. (Gráfico 6-20)

Para el sexo masculino, también las clasificadas como otras enfermedades del corazón (1-068) son la de mayor cantidad de registros, los cuales casi duplican a los presentados por el otro sexo. El grupo que se encuentra más afectado es el de 70 a 74 años, especialmente durante los cuatro primeros años que comprende el estudio; ambos grupos de edades muestran un decrecimiento en la tendencia general. La mayor diferencia entre los grupos considerados se encuentra en el año 1996, con 12 defunciones más. (Gráfico 6-21)

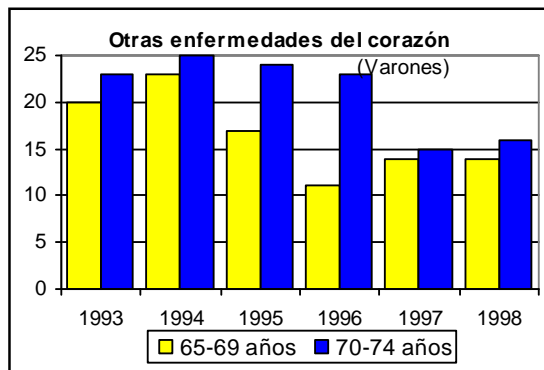


Gráfico 6-21

La segunda causa son las enfermedades isquémicas del corazón (1-067), las que afectan a los dos grupos de edades en manera similar, siendo mayoritario, para todos el período, entre los 70 y 74 años.

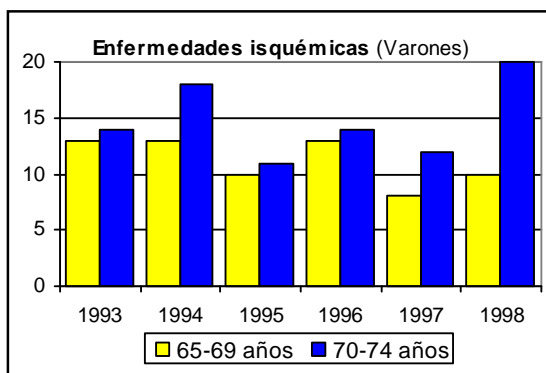


Gráfico 6-22

Este grupo, luego de mantenerse relativamente estable entre los años 1995–1997, muestra un incremento en 1998, constituyéndose en el año de mayor diferencia entre ambos grupos: 10 decesos. (Gráfico 6-22)

Como tercera causa, aunque con valores totales similares a la anterior, se hallan las enfermedades cerebrovasculares (1-069); sugiriendo una tendencia general decreciente para ambos grupos. (Gráfico 6-23)

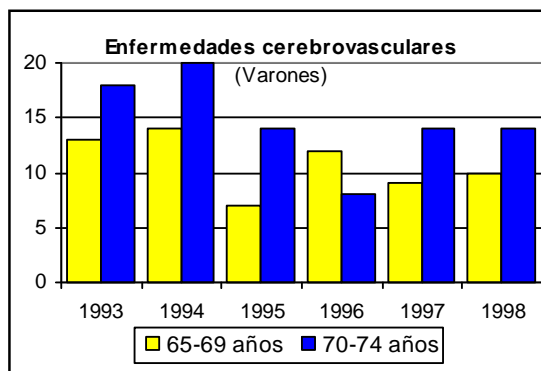


Gráfico 6-23

La mortalidad en las personas de 75 y más años

En el grupo más viejo de la ciudad, son interesantes los valores, en promedio, que adquieren las distintas causales de muerte. Resaltan, con incrementos muy importantes, las defunciones producidas por enfermedades del sistema circulatorio; siendo significativo, en comparación, por un lado el descenso que se produce en las provocadas por tumores malignos, y por el otro el aumento en las enfermedades del sistema respiratorio y las que engloban, por cuantías menores, a otras causales. (Gráfico 6-24) El declive que se aprecia en los últimos grupos de edades –a partir de los 90 años– es natural, debido a la menor cantidad de población que llega a tal grado de longevidad.

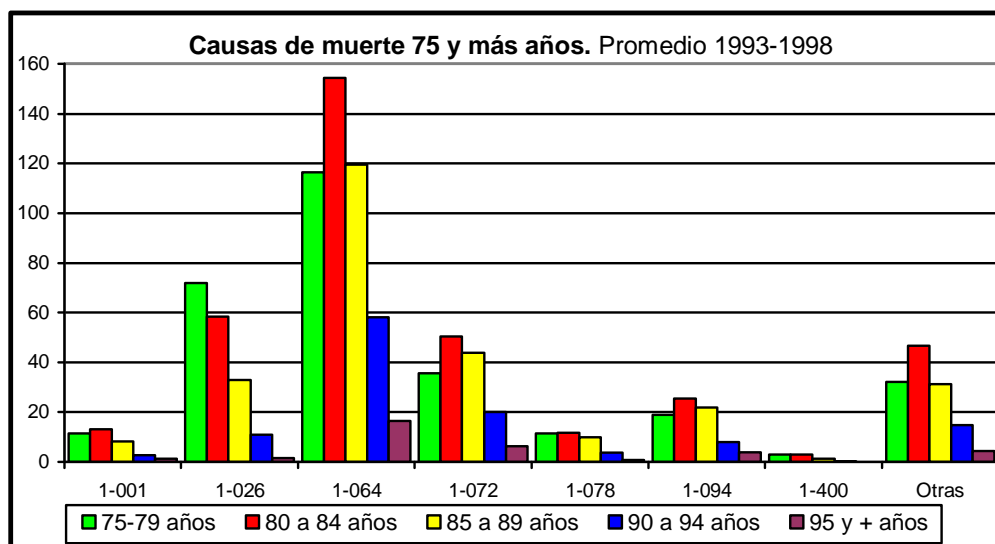


Gráfico 6-24

Referencias:

1-001	Enf. Infecciosas	1-078	Enf. Sistema Digestivo
1-026	Tumores	1-094	Síntomas anormales
1-064	Enf. Sistema Circulatorio	1-400	Traumatismos, causa externa
1-072	Enf. Sistema Respiratorio	Otras	Otras causas

En las muertes producidas por enfermedades del sistema circulatorio, también es importante la diferenciación por sexo, ya que en las mujeres se aprecia una amplia superioridad con respecto a los varones y a su vez muestran tendencias opuestas, siendo positiva para el sexo femenino y levemente negativa para el masculino. (Gráfico 6-25) Estas desigualdades resultan más evidentes a partir de los 80 años, ya

que en el subgrupo de 75 a 79 años los contrastes son menores y con oscilaciones en

todo el período analizado. (Gráficos Anexo

Capítulo 6: A6-9 a A6-13) Las tendencias, por

grupos de edades y sexo, muestran vaivenes

destacables, siendo descendente, en el subgrupo

de 75 a 79 años para los varones y estable para

el sexo femenino; en los 80 a 84 años la

diferencia a favor de las mujeres es notoria, pero siguen presentando estabilidad, en

tanto los hombres muestran un leve descenso general; en los correspondientes al

subgrupo 85 a 89 años, ambos sexos muestran incremento, distinguiéndose la amplia

supremacía de las defunciones femeninas por esta causa; esto mismo sucede en los

dos grupos de edades siguientes.

Para ambos sexos la principal causa, referente a las defunciones producidas

por enfermedades del sistema circulatorio, es la definida como Otras enfermedades

del corazón (1-068), que representa más del 40% de los decesos; afectando

particularmente a las mujeres que presentan una acentuada superioridad en relación a

los varones. (Gráficos 6-26 y 6-27) Los subgrupos más afectados son las mujeres de

80 a 89 años y los varones de 75 a 84 años.

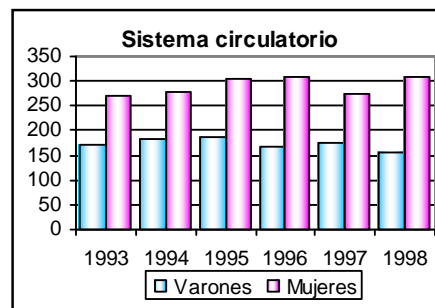


Gráfico 6-25

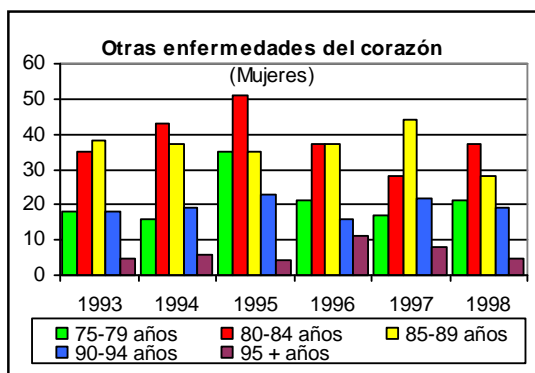


Gráfico 6-26

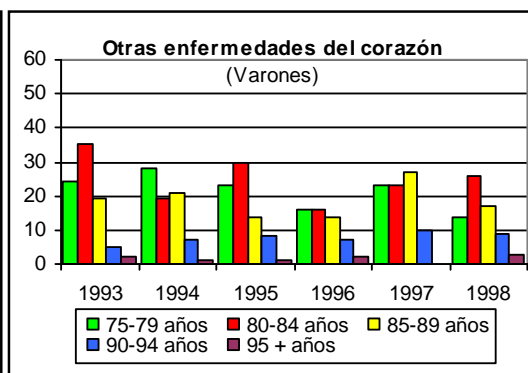


Gráfico 6-27

La afección que se aprecia como segunda causa corresponde a las

Enfermedades cerebrovasculares (1-069), en las que se detecta una amplia mayoría

de mujeres fallecidas, en relación a los varones, en todos los grupos de edades

considerados; percibiéndose en el lapso analizado oscilaciones confrontadas, ya que en total los varones presentan los valores menores en el comienzo y el final, con aumento en la mitad del período, en cambio esta situación se revierte para las mujeres. (Gráficos 6-28 y 6-29)

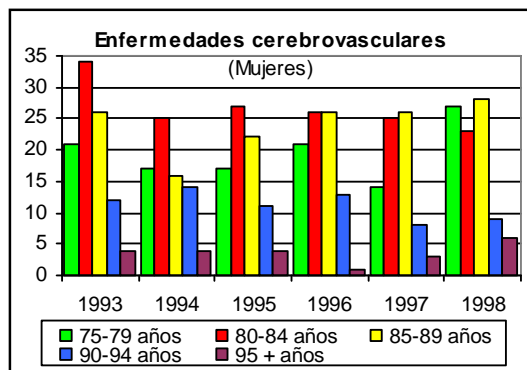


Gráfico 6-28

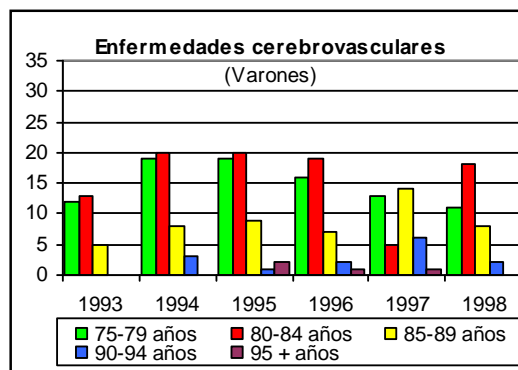


Gráfico 6-29

Con valores similares en ambos sexos se presentan las enfermedades isquémicas del corazón (1-067), aunque con tendencias encontradas, ya que en las mujeres se inclina al aumento, en casi todos los subgrupos de edades, en cambio los varones presentan mayor estabilidad o leve corriente al descenso. Los grupos más afectados son las mujeres entre los 80 a 84 años y 90 a 94; en los varones la repercusión es de los 75 a 79 y 80 a 84 años. (Gráficos 6-30 y 6-31)

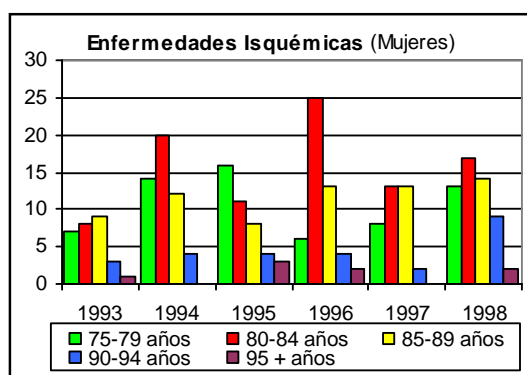


Gráfico 6-30

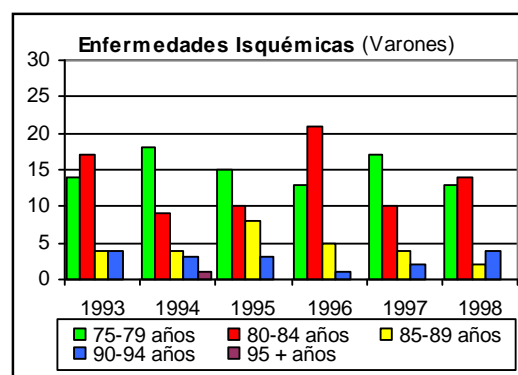


Gráfico 6-31

Las defunciones producidas por tumores se presentan como segunda causal en este grupo de edades. Al discriminarse por sexo no se detectan diferencias importantes en general, ya que ambos presentan repercusiones similares. Los

varones muestran una leve tendencia a crecer, en tanto las mujeres la mantienen, en general, más estable; unos y otros manifiestan leves vaivenes en todo el período, con preeminencias también oscilantes. (Gráfico 6-32)

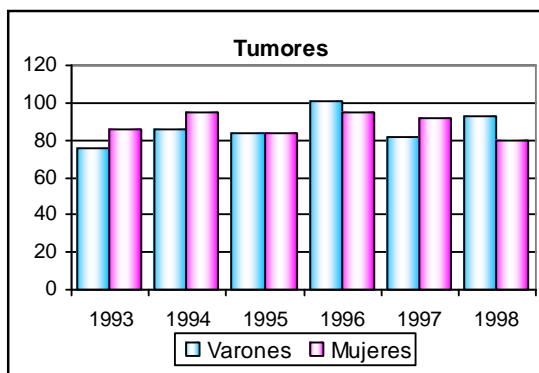


Gráfico 6-32

Diferenciándolas por sexo y órgano afectado se destacan en las mujeres los codificados como Resto de tumores malignos (1-046), los Tumores malignos de la mama (1-036) y los Tumores malignos del colon, recto y ano (1-030); en tanto en los varones predominan los Tumores malignos de la próstata (1-040), Resto de tumores malignos (1-046), los Tumores malignos de la tráquea, bronquio y pulmón (1-034) y los Tumores malignos del colon, recto y ano (1-030).

En el sexo femenino el Resto de tumores malignos (1-046) se aprecia un marcado descenso para el grupo de 75 a 79 años, ocurriendo lo contrario en el grupo

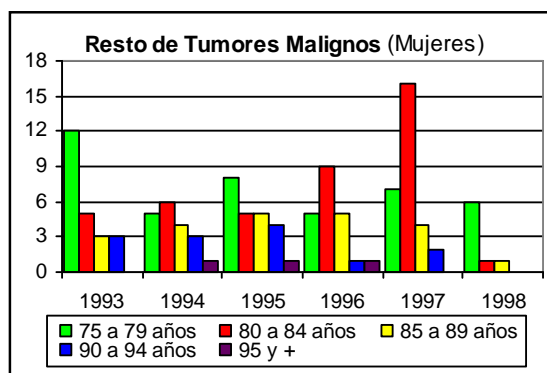


Gráfico 6-33

de 80 a 84 años, el cual aumenta su incidencia hasta el año 1997, con 16 defunciones; registrándose en 1998 un solo suceso. En los restantes grupos se percibe un incremento hasta los años 1995 – 1996 y luego presentan menos decesos. (Gráfico 6-33)

El Tumor maligno de la mama (1-036) presenta incidencias contrapuestas, según el grupo de edades; entre las mujeres de 75 a 79 años el máximo de defunciones se encuentra en el año 1995, exhibiendo con posterioridad un paulatino descenso, esta manifestación se reitera en el grupo siguiente, aunque con pequeñas oscilaciones; en cambio en los grupos de mujeres de 85 a 89 y 90 a 94 años se detecta un marcado incremento en los decesos. (Gráfico 6-34)

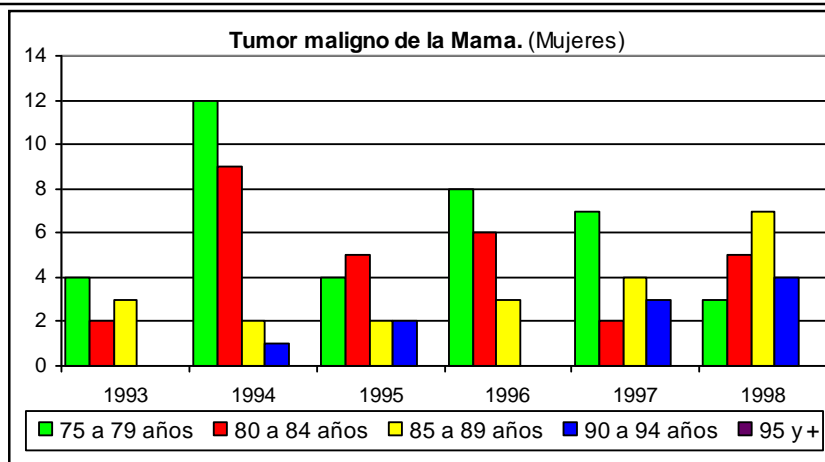


Gráfico 6-34

En el caso del Tumor maligno del colon, recto y ano (1-030) para el grupo de mujeres de 75 a 79 años, presenta una tendencia general de estabilidad; para el grupo de 80 a 84 años, a pesar del brusco descenso que presenta durante el año 1996, registrándose un solo deceso por esta causa, se mantiene la tendencia general a incrementarse; en los grupos posteriores la incidencia es muy baja. (Gráfico 6-35)

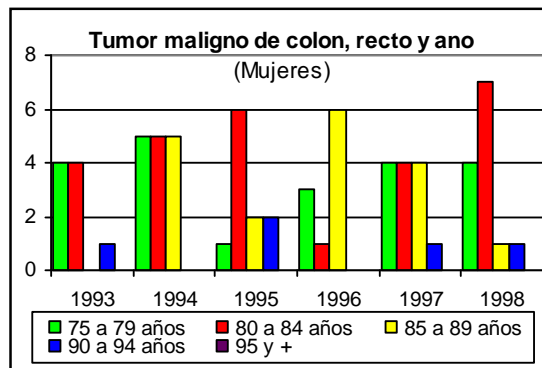


Gráfico 6-35

En los varones el Tumor maligno de la próstata (1-040) afecta especialmente a los de 75 a 79 años, los cuales presentan tendencia general creciente a pesar del descenso del año 1998 (Gráfico 6-36); le siguen en importancia los de 85 a 89 años,

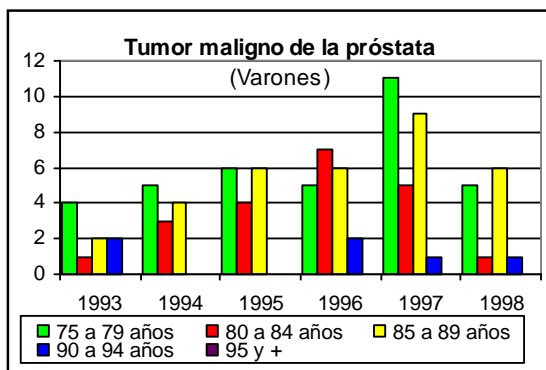


Gráfico 6-36

con características similares al anterior; los de 80 a 84 años la disminución la exhiben a partir del año 1997; poco afectado por esta problemática se presenta el conjunto de 90 a 94 años, no existiendo registros para el último grupo de edades.

El Resto de tumores malignos (1-046), afecta en segundo lugar al sexo masculino, principalmente a los de 75 a 79 años, los cuales se mantienen estables en cantidad de registros, mostrando una leve tendencia positiva; el grupo de 80 a 84 años a pesar de la leve variación manifestada tiende al descenso y las edades siguientes, a partir de los 85 años y especialmente los mayores de 95 años, presentan pocos afectados por esta causa. (Gráfico 6-37)

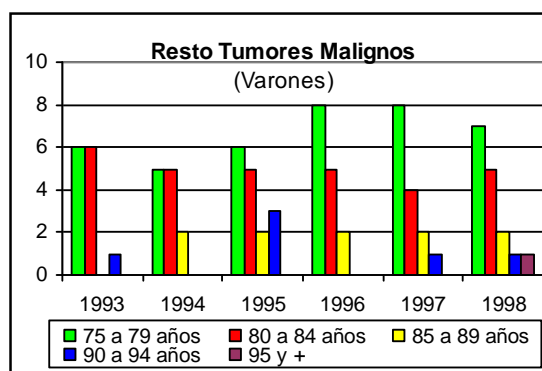


Gráfico 6-37

Los Tumores malignos de la tráquea, bronquio y pulmón (1-034) se manifiestan principalmente en los varones de 75 a 79 años, aunque tendiendo a la

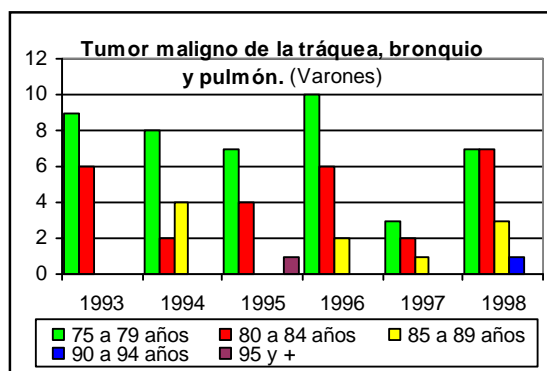


Gráfico 6-38

disminución; en los de 80 a 84 años, a pesar del descenso mostrado en 1997, se mantiene estable con leve tendencia a incrementarse; los siguientes grupos presentan registros esporádicos, sobre todo a partir de los 90 años, ya que se detecta un solo caso. (Gráfico 6-38)

Los Tumores malignos del colon, recto y ano (1-030) expresan tendencias contrapuestas en los dos primeros grupos de edades analizados, ya que los de 75 a 79 años decrecen en cantidad de registros, en tanto los de 80 a 84 años muestran un aumento y posterior estabilidad de personas afectadas. (Gráfico 6-39) Los varones de 85 a 89 años denotan estabilidad y se detecta

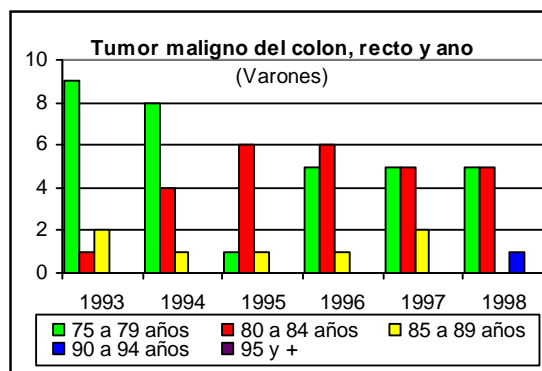


Gráfico 6-39

una sola defunción por esta causa, en 1998, para los de 90 a 94 años; no presentándose casos para los mayores de 95 años.

Como tercera causa de muerte en este grupo de edades aparecen las enfermedades del sistema respiratorio (1-072), las cuales presentan un notorio incremento en el período analizado, siendo las mujeres las más afectadas. (Gráfico 6-

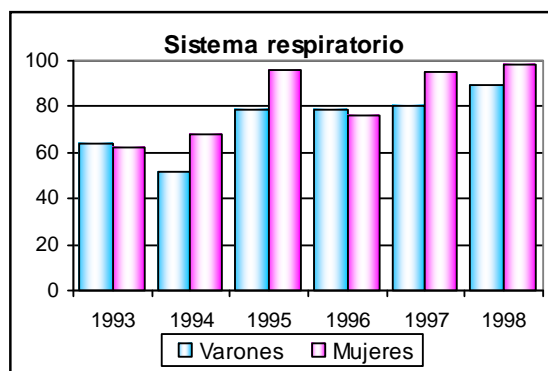


Gráfico 6-40

40) Ambos sexos mantienen una tendencia positiva. En promedio, para este rango de edades, los decesos por esta causa representan el 7,3% de las defunciones totales y el 14,3% de las muertes sobre el total de las ocurridas en este grupo etario.

Al diferenciar por patología, las que presentan mayor repercusión son las codificadas como Resto de enfermedades del sistema respiratorio (1-077), entre las que se destacan los edemas de pulmón, neumotórax, síndrome de dificultad respiratoria del adulto y las insuficiencias respiratorias tanto agudas como crónicas; con el 48% de los casos en relación al total de defunciones por enfermedades del sistema respiratorio. La incidencia es importante en ambos sexos, siendo levemente superior en las mujeres.

Al analizar el efecto por grupo etario, entre los 75 y 79 años se presentan con tendencias contrapuestas y distintas fluctuaciones, ya que los varones, presentando menor variación, tienden a disminuir; en tanto las mujeres, con mayor oscilación en el período analizado, se inclinan al aumento. Salvo en los años 1995 y 1997, los hombres superan al sexo femenino en cantidad de ocurrencias. (Gráfico 6-41 y 6-42) Para el grupo de 80 a 84 años, la cantidad de registros es más estable, excepto en 1994 para los varones, y ambos sexos presentan tendencia a aumentar; entre los 84 y 89 años se percibe aumento en los casos para ambos sexos en el transcurso de los seis años estudiados, es notorio el incremento sufrido en 1995 por las mujeres, hecho

causado por el aumento, según consta en las actas respectivas, de las muertes por insuficiencia respiratoria y neumopatía; para el resto de edades la incidencia es estable y con valores muy inferiores.

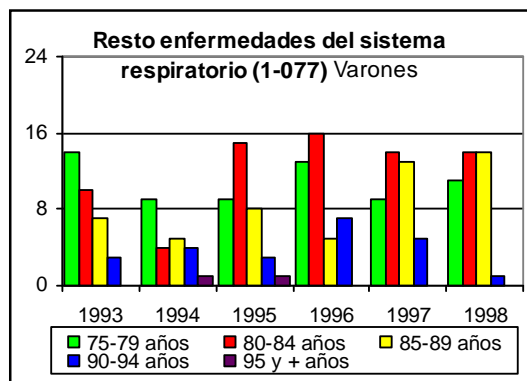


Gráfico 6-41

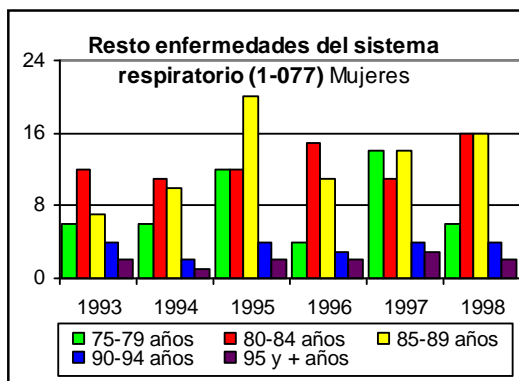


Gráfico 6-42

El segundo motivo, dentro de las enfermedades del sistema respiratorio, es la codificada como neumonía (1-074), patología de gran incidencia entre los ancianos. En todos los grupos de edades considerados se detecta un acrecentamiento significativo, siendo el de 80 a 84 años, para las mujeres, el que reviste mayor importancia. (Gráficos 6-43 y 6-44)

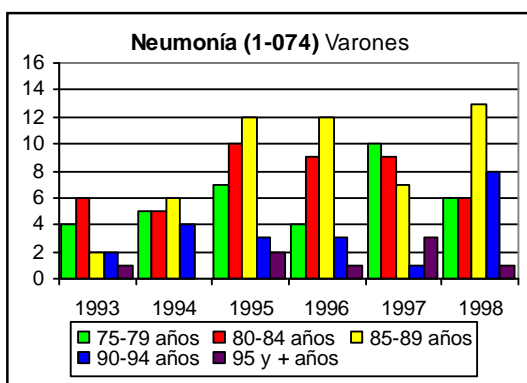


Gráfico 6-43

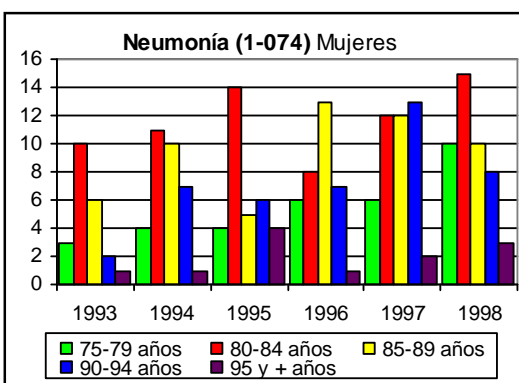


Gráfico 6-44

Localización de las defunciones por enfermedades del sistema circulatorio

En la localización espacial de las defunciones producidas por enfermedades del sistema circulatorio se detecta, en promedio, que algunas de las zonas más afectadas son las que tienen mayor concentración de ancianos, ya sea por instituciones, como el Hogar del Anciano o geriátricos, o los denominados barrios viejos de la ciudad. (Carta 6-1)

En este caso resaltan tres radios censales con más de 6,5 defunciones en promedio, para los años analizados, destacándose el radio 2-03, correspondiente al Hogar del Anciano, con 7,50 muertes y siguiéndole en importancia sectores de los barrios Pedro Pico y Bella Vista; en contraposición se localizan cinco radios con menos de una defunción en promedio, en los cuales sobresale Villa Stella Maris, asentamiento de población carenciada, con solo dos defunciones en todo el período, dando en promedio 0,33 defunciones anuales, los restantes se ubican en sectores periféricos de la ciudad. En general la zona más afectada conforma un círculo alrededor del microcentro, que abarca los barrios Napostá, Universitario, Kilómetro Cinco, Mariano Moreno, Colón, San Martín, Pedro Pico, Villa Mitre, Tiro Federal, Bella Vista y La Falda.

Observando los datos y su localización anual, en 1993 se aprecia que el radio en el cual se encuentra el Hogar del Anciano y un sector del barrio La Falda (radio 11-03) son los de mayor incidencia, con diez defunciones cada uno; le sigue en importancia una franja con dirección este-oeste que se extiende desde Bella Vista hasta el barrio Mariano Moreno. No presentan decesos por esta causa 18 radios los que se localizan principalmente en el oeste, barrios Coronel Estomba y Ricchieri; en el microcentro y al este, Villa Stella Maris y Villa Rosario, ambos sectores carenciados y Parque Independencia; hacia el sur se destaca el barrio 26 de Setiembre e Ingeniero White. (Anexo Capítulo 6: Carta A6-1) El año 1994 muestra mayor incidencia en un sector del barrio Universitario (radio 6-06), con doce decesos y en el barrio Pedro Pico (radio 15-11) con diez; entre 8 y 9 muertes sobresalen sectores del barrio Kilómetro Cinco, al oeste; Pedro Pico y Mapuche, en el sur y hacia el este Tiro Federal y Bella Vista. Sin registros hay trece radios, localizados en la orla periférica del macrocentro, especialmente al oeste, en los barrios Maldonado y Pampa Central; al norte barrio Universitario y La Falda y hacia el este Tiro Federal, Anchorena y 12 de Octubre. (Anexo Capítulo 6: Carta A6-2)

El año 1995, junto al anterior, son los que más muertes presentan, destacándose en la zona este, los barrios Tiro Federal (radio 11-07) y Sánchez Elía (radio 8-03) con diez casos, Villa Mitre y La Falda contabilizando entre 8 y 9 decesos; también hacia el sur aparece el Barrio Misiones y al oeste Kilómetro Cinco; sin ningún registro aparecen siete radios, los cuales en su mayoría también se localizan hacia el este, Villa Rosario, Stella Maris y un sector de Villa Mitre; hacia el sur se destaca el barrio 26 de Setiembre y en el norte Villa Floresta. (Anexo Capítulo 6: Carta A6-3) Durante 1996 la incidencia es mayor en los barrios Universitario (radio 6-03) con 12 defunciones y Rivadavia (radio 14-09) con diez; siguiéndole otros dos sectores del barrio Universitario, Amaducci y la zona ocupada por los barrios Latino, Irupé y Aerotalleres entre otros. Se exteriorizan once radios sin ningún registro, conformando un círculo que une los barrios Santa Margarita, La Falda, Miramar, Stella Maris, 12 de Octubre, Villa Rosas, San Blas y Maldonado, alrededor del macrocentro. (Anexo Capítulo 6: Carta A6-4)

En 1997 se registra la menor cantidad de defunciones por enfermedades del sistema circulatorio, siendo los barrios Mariano Moreno (radios 2-05 y 2-06), Almafuerite (radio 3-06), macrocentro (radio 4-08), San Martín y Villa Mitre los más afectados con ocho o nueve decesos; no presentan sucesos trece radios, los que se localizan en el contorno del macrocentro, pudiéndose mencionar Villa del Parque, Santa Margarita, Villa Nocito, Villa Rosas, Villa Loreto, Villa Buenos Aires y Stella Maris. (Anexo Capítulo 6: Carta A6-5) En el año 1998 prevalece un sector del barrio Almafuerite (radio 3-05) con once muertes, luego aparece con 8 ó 9 decesos Villa Ressa y cinco sectores que bordean el microcentro (los radios 4-06, 5-06, 6-06, 12-01 y 14-05); en este período doce radios no exhiben datos por esta causa, tres se encuentran en el microcentro y los restantes establecen un marco al macrocentro. (Anexo Capítulo 6: Carta A6-6)

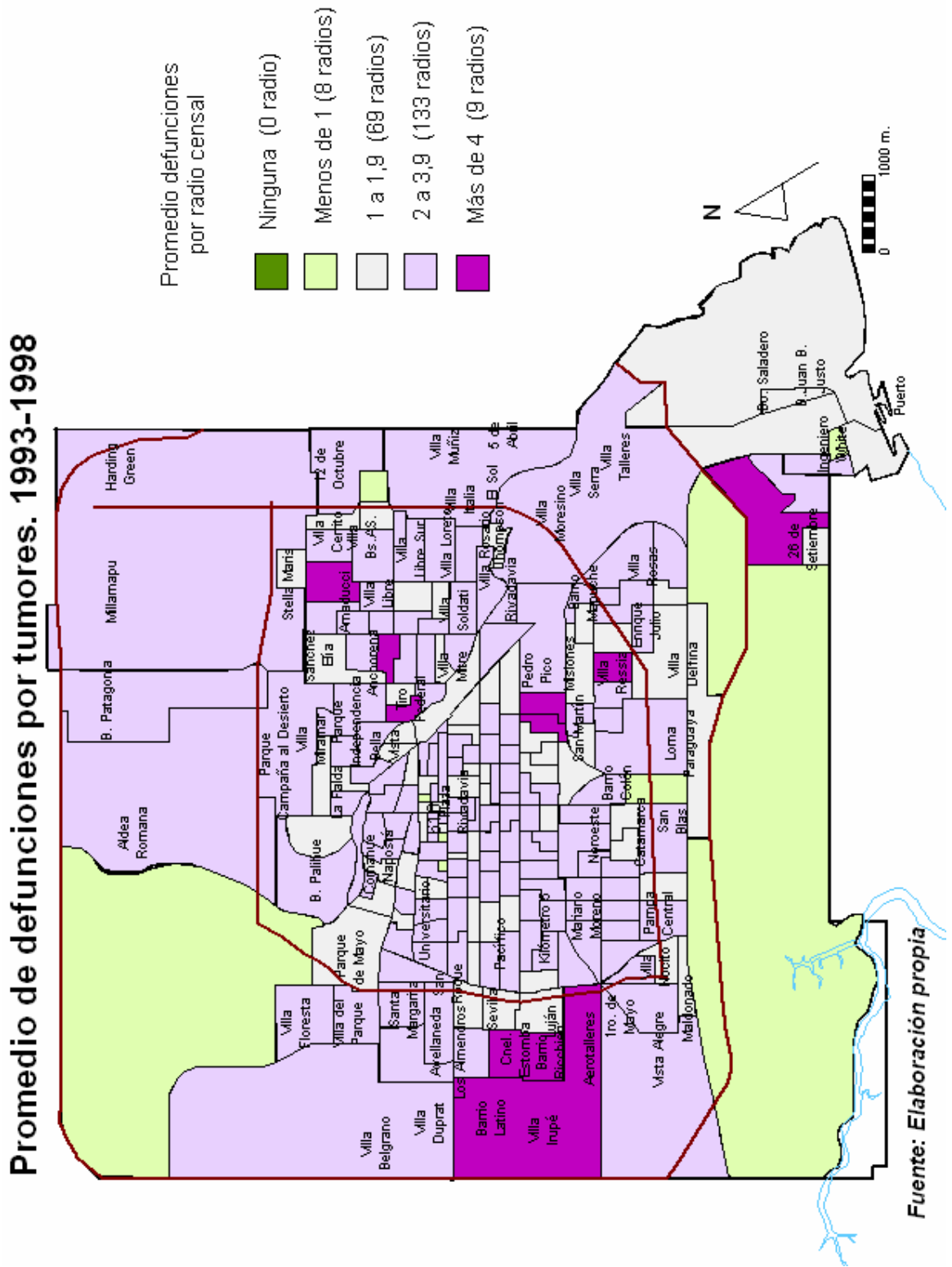
Localización de las defunciones por tumores

Con respecto a las muertes causadas por tumores, en promedio para los seis años estudiados, aparecen afectados sectores localizados al oeste, sur y este de la ciudad, destacándose una sección del barrio Anchorena (radio 8-04) con seis defunciones al este, el barrio Coronel Estomba (radio 18-10) al oeste y Pedro Pico (radio 15-08) al sur, ambos con más de cinco decesos. Con menor valor se destacan sectores del barrio Colón (radio 1-11), Oasis (radio 9-10) y barrio AMTIP (radio 17-08) con 0,50 defunciones promedio. No surgen sectores con ningún registro. En general se observa una amplia zona de incidencia de esta problemática, la cual cubre casi toda la ciudad. (Carta 6-2)

Comparando por año, se puede observar que en 1993 un sector del barrio Pedro Pico (radio 15-11) es uno de los más afectados con 8 defunciones; le siguen 8 sectores de los barrios Universitario (radio 6-02) al noroeste, Pedro Pico (radios 14-05 y 15-08) al sur y al este los radios 8-05, 10-01, 9-03, 11-03 y 25-06, correspondientes a los barrios Tiro Federal, Amaducci, La Falda y Bella Vista entre otros, los que presentan entre 6 y 7 decesos; en cambio son 21 los radios que no presentan registros, los cuales se encuentran, en su mayoría, formado un círculo alrededor del macrocentro. (Anexo Capítulo 6: Carta A6-7)

Durante 1994 son 20 los radios censales que no presentan datos, localizados cinco de ellos en el microcentro (radios 5-10, 13-03, 13-04, 12-02 y 12-03) y el resto forma un círculo concéntrico que bordea la región mencionada anteriormente; en cambio reaparece el radio 15-08 del barrio Pedro Pico como el de mayor cantidad, con 10 defunciones, siguiéndole los barrios Anchorena (8-04) y Coronel Estomba (18-10) con 8 ó 9 decesos y posteriormente distintos sectores, con 6 ó 7 muertes, de los barrios Kilómetro 5 (radio 3-02), Mariano Moreno (radio 2-06) y Noroeste (2-08) localizados al oeste; el radio 10-11, correspondiente a los barrios El Sol, Villa Italia, Villa Muñiz y 5 de Abril, al este y barrios Palihue (radio 25-01) y Napostá (radio 7-09) al norte. (Anexo Capítulo 6: Carta A6-8)

Carta 6-2: Localización de tumores (Promedio)



El año 1995 es el que menor número de registros presenta (496 en total), teniendo 26 radios censales sin decesos por esta causa y cuya distribución en el plano es similar a la resultante el año anterior; los barrios Anchorena (radio 8-04) y Universitario (radio 6-03) son los que detentan mayor valor, con 9 y 8 defunciones respectivamente. Le sigue en importancia, contando entre 6 y 7 decesos, 6 sectores ubicados en los barrios Latino, Irupé y Aerotalleres (radio 17-01), Colón (radio 15-01), Pedro Pico (radios 15-08 y 15-02), Amaducci (radio 9-03) y Tiro Federal (radio 11-07). (Anexo Capítulo 6: Carta A6-9)

Durante 1996 el barrio Coronel Estomba (radio 18-10) es el que aparece con más decesos causados por tumores, 11 muertes en total, siguiéndole el radio 3-06 con 9 muertes; posteriormente se encuentra una franja desde el norte hacia el sur, desde el barrio Comahue (radio 7-05), pasando por Parque Campaña del Desierto y Villa Miramar (radio 25-09), Amaducci (radio 9-05), Villa Cerrito (radio 9-07), Villa Loreto (radio 10-07) hasta el barrio Pedro Pico (radio 15-12); en cambio son 30 los radios no afectados, los cuales conforman una elipse alrededor del microcentro y un círculo que bordea el plano. (Anexo Capítulo 6: Carta A6-10)

En 1997 los sectores con más defunciones corresponden a Villa Libre Sur (radio 10-08), barrio Comahue (radio 7-05) y aledaño al 26 de Setiembre (radio 17-09) presentando entre 8 ó 9 decesos, posteriormente se encuentran 4 sectores que tienen entre 6 y 7 muertes, localizados en cuatro sectores diferenciados: en el microcentro (radio 6-12), al oeste Kilómetro 5 (radio 3-02), al sur barrio Mapuche (radio 15-15) y al este Amaducci (radio 9-03); 22 radios no presentan muertes por esta causa, los cuales se localizan en el microcentro, con extensión al barrio Universitario y otra zona que conforma un arco con lineamiento norte-sureste-suroeste. (Anexo Capítulo 6: Carta A6-11).

Para el año 1998 la zona comprendida por diversos barrios: entre ellos Latino, Irupé, y Aerotalleres (radio 17-01), presenta el máximo de decesos: 11; no se encuentran sectores que presenten entre 8 y 9 muertes; posteriormente surgen dos

zonas, que tienen entre 6 y 7 registros, una que ocupa el microcentro sur (radios 13-07, 14-01 y 14-05), la restante forma un arco que se extiende desde Villa Belgrano y Villa Duprat (radio 18-14) hasta cercanías de barrio Napostá (radio 11-01), afectando los barrios Kilómetro 5 (radio 2-03), Villa Ressia (radio 16-04), Rivadavia (radio 14-09) y Tiro Federal (radio 11-07); también surge el radio 17-09 en el sur. Son 25 los radios que no registran fallecimientos debido a tumores, los cuales conforman dos círculos concéntricos, uno alrededor del microcentro y el restante abarcando casi el borde del ejido. (Anexo Capítulo 6: Carta A6-12)

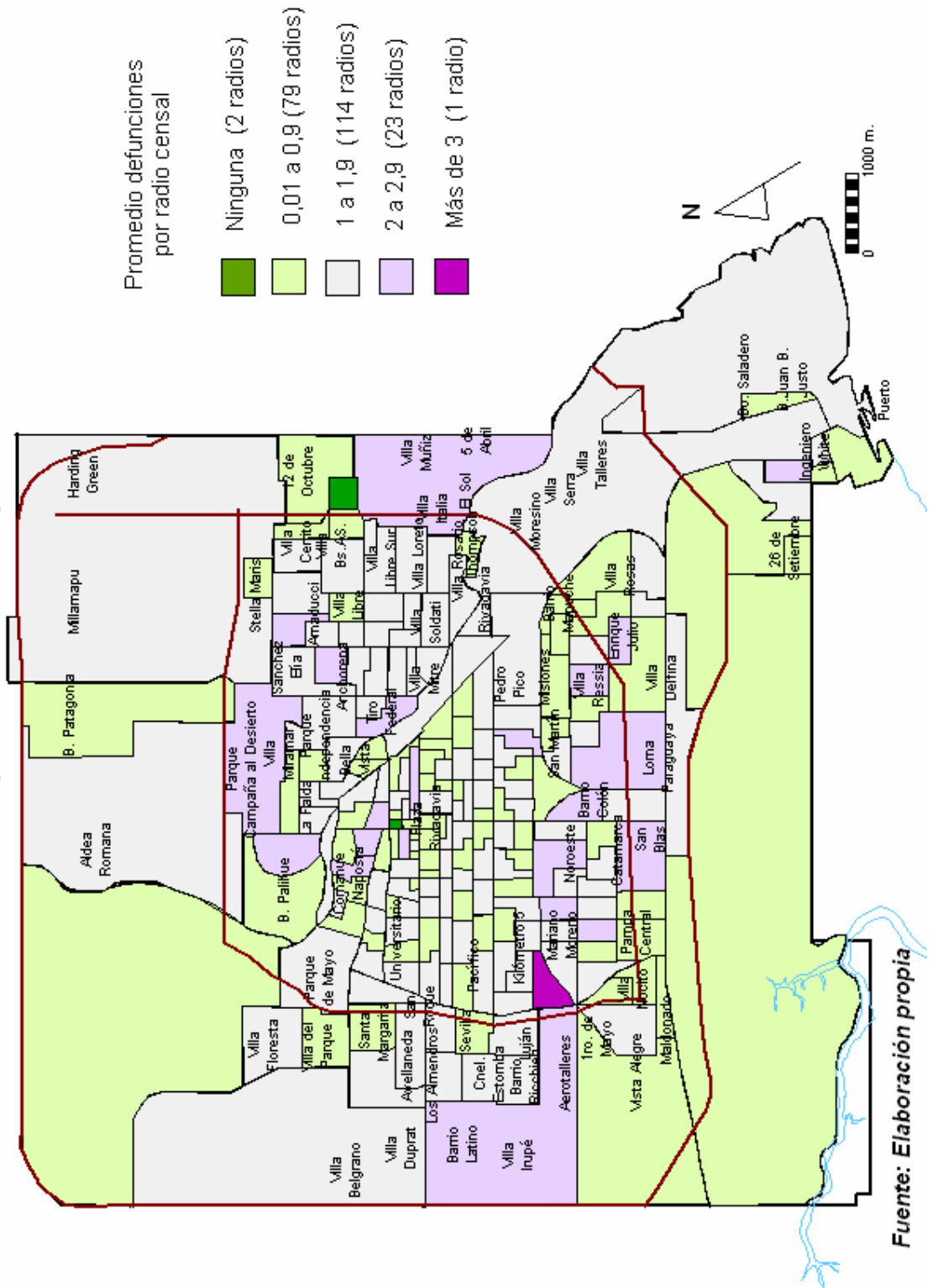
Localización de las defunciones por enfermedades del sistema respiratorio

La localización espacial, en promedio para el período estudiado, de las muertes producidas por enfermedades del sistema respiratorio afectan principalmente el radio donde se encuentra el Hogar del Anciano (radio 2-03) con 3,50 defunciones, le siguen en importancia el barrio Sánchez Elía (radio 9-03) con 2,83 y el área comprendida por diversos barrios: entre ellos Latino, Irupé, Aerotalleres y Mara (radio 17-01) con 2,67 defunciones en promedio por año; en general, las zonas resultantes por presentar entre 2 y 2,9 decesos, se localizan al suroeste-sur de la ciudad, barrios Mariano Moreno, Noroeste, San Blas, Loma Paraguaya, Villa Ressia y Enrique Julio, entre otros; al este-noreste, barrios Sanchez Elía, Anchorena, Tiro Federal, Villa Miramar y Palihue y por último en el centro de la ciudad con dirección norte, hasta el barrio Napostá. Solamente son dos los sectores que no presentan ninguna muerte en los seis años, corresponden al barrio Oasis (radio 9-10) y microcentro (radio 12-03), pudiéndose detectar, además, una zona de menor incidencia, con menos de una defunción en promedio, que cruza la ciudad en dirección norte-sur. (Carta 6-3)

Examinando los datos por año, se puede observar que durante 1993, las secciones con más defunciones debidas a enfermedades del sistema respiratorio corresponden al microcentro (radio 4-10) y barrio Pedro Pico (radio 15-12) con cinco muertes en cada uno; siguiéndole cinco sectores, que forman una franja con directriz

Carta 6-3: Localización de enfermedades del sistema respiratorio (Promedio)

Promedio de defunciones por sistema respiratorio. 1993-1998



oeste-noreste, que afecta los barrios Kilómetro 5 (radios 2-02 y 3-01), Universitario (radio 6-06), Napostá (radio 7-10) y macrocentro (radio 11-02). Este es el año que presenta mayor cantidad de radios, 86, sin registros, los cuales forman elipses, una bordeando el microcentro, con prolongación noroeste-sureste y las otras localizadas en cada punto cardinal. (Anexo Capítulo 6: Carta A6-13).

Durante 1994, año de menor cantidad de registros, los máximos se localizan en el barrio Universitario (radio 5-05) con 6 defunciones y con 4 en los barrios Villa Muñiz, 5 de Abril y Villa Italia, entre otros, que componen el radio censal 10-11; le siguen con tres muertes zonas que comprenden los barrios Luján (radio 18-12) y Kilómetro 5 (radio 2-03) al oeste; Pedro Pico (radios 14-05 y 15-11), San Martín (radio 15-09), Villa Ressa (radio 16-04) y Saladero (radio 17-17) al sur; Villa Soldatti (radios 10-01 y 10-04), Millamapu y Harding Green (radio 25-12) al este; barrio Napostá (radio 7-09) al norte y dentro del micro-macrocentro los radios 5-13, 11-08 y 12-01. Con ningún registro hay 80 radios, ocupando principalmente el norte, oeste y sur del plano. (Anexo Capítulo 6: Carta A6-14)

En 1995 aparece especialmente afectado el este de la ciudad, comprendiendo los barrios Amaducci (radio 9-03), Tiro Federal (radios 11-07 y 11-09), Anchorena (radios 8-03 y 8-04) y Villa Libre Sur (radio 10-10); en dirección norte aparecen los barrios La Falda (radio 25-04), Napostá (radio 7-09) y Universitario (radio 6-04); al oeste Kilómetro 5 (radio 2-03) y Catamarca (radio 1-08), y hacia el sur el barrio Pedro Pico (radios 14-05 y 15-08) e Ingeniero White (radio 17-11); en cambio sin registros aparecen 70 radios los cuales se ubican principalmente en el micro-macrocentro y hacia el norte y este de la ciudad, mezclados con los de mayor impacto. (Anexo Capítulo 6: Carta A6-15).

Para el año 1996, continúa en aumento los radios afectados, siendo la zona comprendida por diversos barrios como Latino, Irupé, Aerotalleres y Mara (radio 17-01), presenta el máximo de decesos con 6 casos, siguiéndole en importancia Kilómetro 5, (radios 2-01 y 2-03 correspondiente al Hogar del Anciano), Mariano

Moreno (radio 1-04), Noroeste (radio 2-08) y Colón (radio 15-01), todos en el oeste; hacia el sur se destaca Villa Ressia (radio 16-04); en dirección este aparece Villa Miramar (radio 25-09) y en el microcentro incide en los radios 12-06, 12-08 y 13-01; este año aparecen 79 radios sin eventos, enfatizándose en el micro-macrocentro la escasa repercusión de esta problemática. (Anexo Capítulo 6: Carta A6-16)

Durante 1997 corresponde al microcentro (radios 5-06 y 6-10); barrios Latino, Irupé, Aerotalleres y Mara (radio 17-01), Kilómetro 5 (2-03), San Blás (radio 1-09), Loma Praguaya (radios 16-01 y 16-02) y Pedro Pico (radio 14-7), en el oeste-sur y hacia el este Tiro Federal (radio 11-09), Sánchez Elía y Amaducci (radios 9-02 y 9-03), Villa Buenos Aires (radio 9-06) y La Falda (25-05), los lugares más afectados; los 71 radios que no presentan registros, se distribuyen principalmente en dirección norte-sur y hacia el este, bordeando la zona de mayor impacto. (Anexo Capítulo 6: Carta A6-17)

En 1998 el área más afectada se localiza esencialmente al noreste en los barrios Aldea Romana (radio 25-11), Villa Miramar (25-09), Palihue (radio 25-03), Parque Independencia (radio 8-01) y Tiro Federal (radio 11-07); hacia el oeste sobresalen Villa Duprat y Belgrano (radio 18-14), Pacífico (radio 4-03), Kilómetro 5 (radio 2-03), Colón (radio 15-01) y especialmente Noroeste (radios 2-07, 2-08 y 2-09); en el sur se destacan el barrio Enrique Julio (radio 16-06) e Ingeniero White (radio 17-11) y por último una zona del macrocentro (radio 6-10) aparecen como los más perjudicados; a su vez 67 radios no presentan defunciones por esta causa, conformando una franja norte-sur y ocupando gran parte del este del plano de la ciudad. (Anexo Capítulo 6: Carta A6-18)

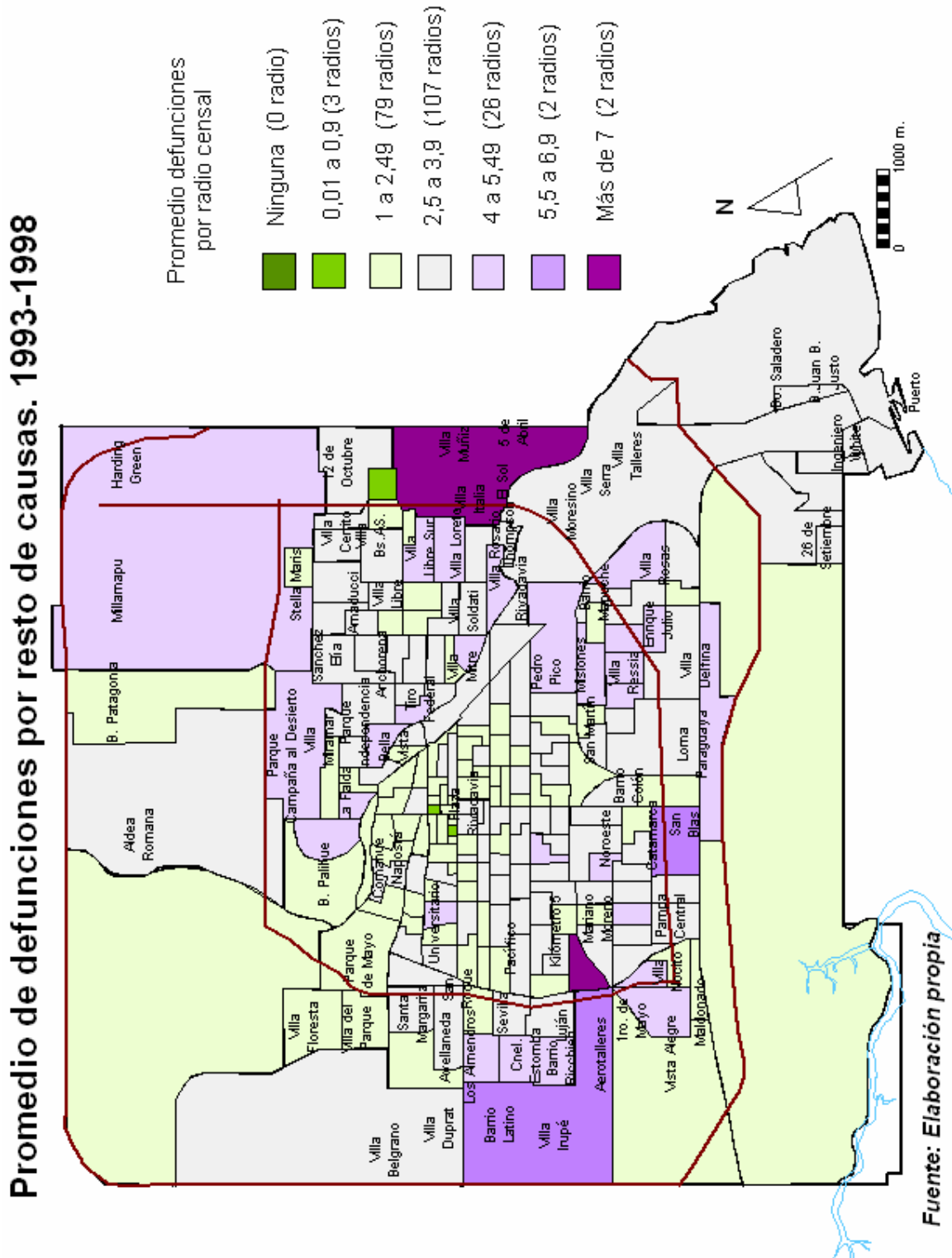
Localización de las defunciones por resto de causas

Este gran grupo congrega las enfermedades restantes, que poseen cuantías menos abultadas, destacándose las codificadas como síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (1-094), 7%; traumatismos por causa externa con intervención policial (1-400), 4%; enfermedades

del sistema digestivo, 4% y ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (1-001) con 4% en promedio. Analizando su distribución espacial, en promedio para los seis años estudiados, se observa que la ausencia de sectores sin defunciones; con valores inferiores a un deceso se encuentran tres sectores, dos localizados en el microcentro (radios 12-03 y 6-12) y uno en la periferia, al este de la ciudad, correspondiente al radio 9-10. Vecino a éste se encuentra el radio 10-11, en el cual se hallan los barrios Villa Muñiz, Italia y 5 de Abril, que presenta el mayor promedio de muertes, más de 7, al igual que el sector 2-03, en el barrio Kilómetro 5 donde se encuentra el Hogar del Anciano. Le siguen en importancia dos radios, tienen entre 5,5 y 6,9 defunciones en promedio, los cuales se encuentran al oeste ocupando los barrios Latino, Irupé y Aerotalleres (radio 17-01) y Barrio San Blas (radio 1-09). En general, surge como zona más afectada la comprendida por los barrios que rodean el macrocentro, especialmente hacia el oeste, sur y este. (Carta 6-4)

En 1993, sólo aparecen 5 radios presentando entre 7 y 8 defunciones, ubicados dos al este, abarcando los barrios Millamapu (radio 25-12) y Villa Miramar (radio 25-09); dos al oeste, afectando los barrios Kilómetro 5 (radio 2-03) y Coronel Estomba (radio 18-10) y el último en dirección sur, Villa Ressia (radio 16-07). Sin presentar decesos aparecen 25 radios, localizados principalmente en dos franjas, una con dirección suroeste-este, desde el barrio AMTIP (radio 17-08) y Pampa Central (radios 1-06) hasta el barrio Oasis (radio 9-10) y la otra se extiende desde el barrio Palihue (radio 25-01) hasta el microcentro (radios 6-07, 6-08, 6-10, 6-11, 6-12, 12-02 y 12-03). (Anexo Capítulo 6: Carta A6-19) En 1994, a pesar de ser el año de menor cantidad de registros por este conglomerado de causas, aparece un radio con más de 11 decesos, ocupando los barrios 5 de Abril, Villa Italia y Muñiz (radio 10-11) y otro que presenta entre 9 y 10, en el radio 2-03. Con ausencia de registros se forma una franja que se extiende desde el barrio San Martín (radio 15-10) hasta el norte de la ciudad (radio 18-13) y varios sectores en el este (radios 25-13, 9-07, 9-09 y 9-10). (Anexo Capítulo 6: Carta A6-20)

Carta 6-4: Localización de resto de causas (Promedio)



En 1995 surgen 21 sectores sin fallecimientos, ubicados principalmente en el microcentro y hacia el este de la ciudad, los cuales rodean a las dos zonas de mayor impacto: Bella Vista (radio 25-06) y barrios 5 de Abril, Villa Muñiz e Italia (radio 10-11). (Anexo Capítulo 6: Carta A6-21) El año 1996 es el que manifiesta mayor cantidad de decesos, presentando solo 13 radios sin sucesos, situados especialmente en el microcentro. El sector de más repercusión se encuentra en el barrio Pedro Pico (radio 15-12), con más de 11 defunciones; le siguen los barrios Latino, Irupé y Aerotalleres (radio 17-01), Villa Cerrito (radio 9-07) y aparecen nuevamente los barrios 5 de Abril, Villa Muñiz e Italia (radio 10-11). (Anexo Capítulo 6: Carta A6-22)

En el año 1997, sólo se destaca, presentando entre 9 y 10 defunciones, Villa Loreto (radio 10-08); en el microcentro siguen prevaleciendo los bajos registros, o la inexistencia de los mismos. (Anexo Capítulo 6: Carta A6-23) En 1998 se mantienen las características generales con respecto a las áreas menos afectadas, donde sigue descollando el microcentro; notándose una variación en la zona de mayor huella, destacándose el barrio San Blas (radio 1-09) con más de 11 muertes, siguiéndole en importancia los barrios Latino, Irupé y Aerotalleres (radio 17-01) y Kilómetro 5 (radio 2-03), entre 9 y 10 defunciones. (Anexo Capítulo 6: Carta A6-24)

Consideraciones finales

Indudablemente las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores, con una amplia dispersión, son las principales causales de muerte, ascendiendo en forma alarmante los problemas respiratorios, por lo cual se deberían incentivar las medidas de concientización y prevención en la población, especialmente en los sectores más afectados.

CAPITULO 7

LA MORTALIDAD DE LOS ANCIANOS

La mortalidad de los ancianos responde a un promedio general del 71,6% con respecto al total de defunciones, si no se consideran las defunciones infantiles ni

fetales se eleva al 74,92%. El menor valor se registra en 1993 con 68,67 %

y 72,3% para los mayores de un año, y el máximo en 1997 con 73,76% y 76,49% respectivamente. (Gráfico 7-1)

La variación que se observa es importante, y confirma lo dicho

anteriormente; en el transcurso de los años analizados se percibe una tendencia positiva en cuanto al aumento de las edades de muerte y el consiguiente envejecimiento de la ciudad. Examinando por sexo, resalta la paridad en los porcentajes para el año 1993, sobre el total de las defunciones de mayores de un año; hecho que varía en el transcurso de los años, donde las mujeres presentan

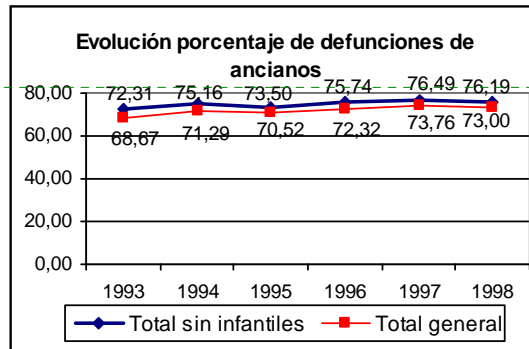


Gráfico 7-1

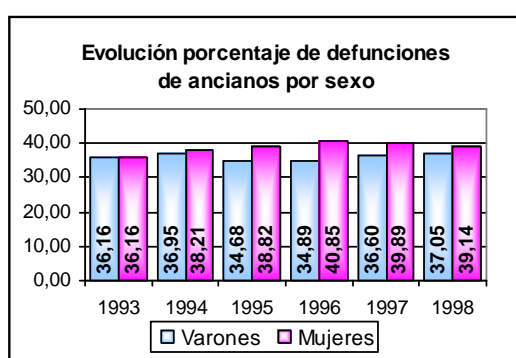


Gráfico 7-2

porcentajes más elevados; su valor más alto lo exhiben en 1996 con 40,85%, descendiendo levemente hacia el final del período (39,14%), hecho motivado por el incremento de los varones los cuales logran su máximo en 1998 con 37%. (Gráfico 7-2)

Las desigualdades más notorias se aprecian al observar los datos discriminados por sexo y por grupo de edad; en promedio, referido al total de defunciones de mayores de un año. Se distingue el notorio predominio de las muertes de varones en los primeros conjuntos etarios, de 65 hasta 79 años, situación que se revierte a partir de los 80 años, en que es marcada la supremacía de los decesos

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición: Vertical: 0,25 cm, Con relación a: Margen

Con formato: Posición: Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,04 cm, Con relación a: Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: ¶

Con formato

Eliminado: adquiere

Eliminado: lo obtiene

Eliminado: ,

Eliminado: ,

Eliminado: elevado

Eliminado: , s

Eliminado: donde

propios de sexo femenino; hecho

que fortalece lo expresado sobre la mayor expectativa de vida de éstas con respecto a los varones.

Éstos registran el mayor porcentaje, en promedio, a los 70-

74 años, en cambio las mujeres lo

presentan a los 80-84 años. (Gráfico 7-3)

Por grupo de edad, en las mujeres, se aprecian variaciones anuales leves en los primeros conjuntos, de 65 hasta los 79 años, y en el último, correspondiente a las mayores de 95 años; en cambio son importantes entre los 80 y 89 años, donde muestran un aumento considerable en el lapso analizado. (Gráfico 7-4) También es importante el incremento del porcentaje de las defunciones a medida que se asciende en edad.

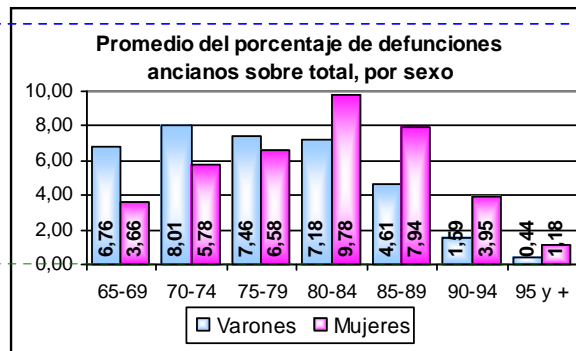


Gráfico 7-3

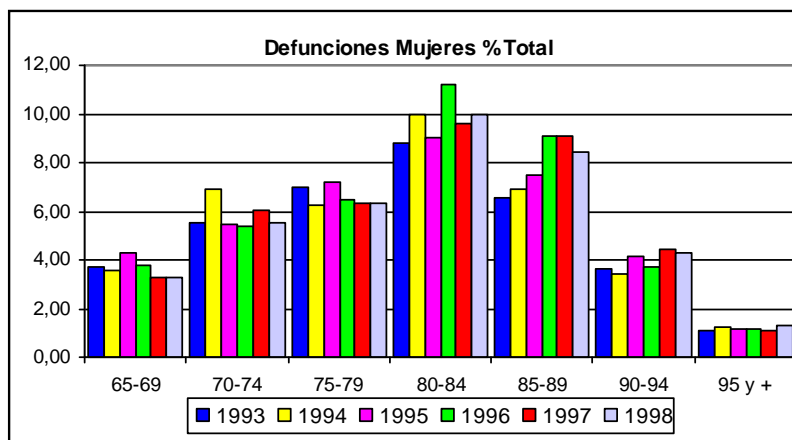


Gráfico 7-4

Los varones se caracterizan por presentar variaciones anuales mas dispares que las mujeres, menores promedios y una mayor homogeneidad en los porcentajes respecto al total de defunciones, especialmente en los primeros cuatro grupos de edades, desde los 65 a los 84 años; Los grupos siguientes, especialmente entre los 85 y 94 años, muestran aumento casi constante en su proporción. (Gráfico 7-5)

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Vertical: 0,25 cm, Con relación a: Margen

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,04 cm, Con relación a: Párrafo

Eliminado: ¶

Eliminado: correspondientes

Eliminado: a

Eliminado: es indudable

Eliminado: detentan

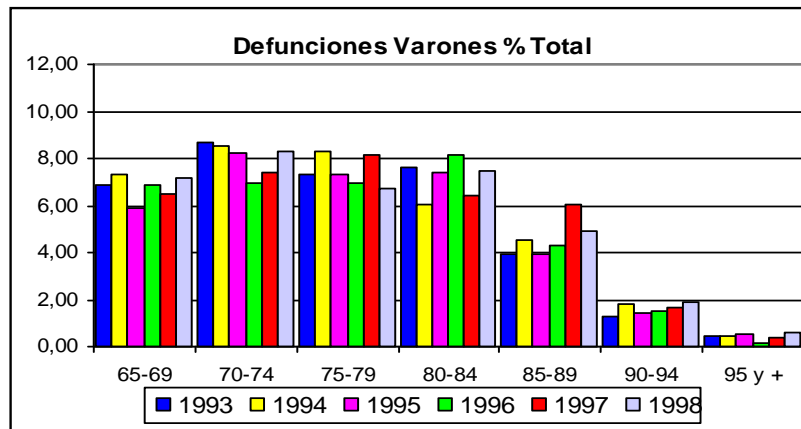


Gráfico 7-5

Nacionalidad de los ancianos

Referente a la nacionalidad promedio de los ancianos fallecidos en la ciudad, el 78,5% es argentino, con leves diferencias por sexo; el 3,58% se ha nacionalizado, con mayor porcentaje de varones, 5,68%, supuestamente por razones laborales; el 3,26% nació en países limítrofes; el 11% es proveniente de otro país, especialmente Italia y España y de un 3,67% se ignora su nacionalidad, por la no presentación del

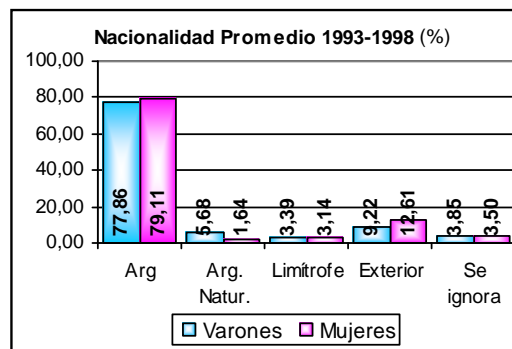


Gráfico 7-6

documento de identidad de la persona fallecida. (Gráfico 7-6)

Con respecto al lugar de nacimiento, el 28,3% de los fallecidos, en promedio, nació en la ciudad, aunque se manifiestan diferencias por sexo, ya que el 34,2% corresponde a los varones y el 22,8% a las mujeres; lo contrario ocurre con los nacidos en el resto de la provincia, alcanzando los varones el 29,12% mientras que el sexo femenino posee el 41,46%, estos guarismos refuerzan lo afirmado sobre la migración proveniente de la región hacia esta localidad, especialmente mujeres en busca de trabajo, estudio o mejores servicios asistenciales.

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Vertical: 0,25 cm, Con relación a: Margen

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,04 cm, Con relación a: Párrafo

Eliminado: ¶

Los aportes de las provincias de Río Negro y La Pampa, también son importantes, especialmente esta última, al igual que los proporcionados por el resto del país. Referente a los nacimientos producidos en el exterior, 14% en promedio y sin diferencias por sexo, aún se observan los remanentes de las grandes oleadas migratorias, producidas con posterioridad a las guerras mundiales que asolaron fundamentalmente Europa, especialmente de españoles e italianos; en cuanto a los nacidos en países limítrofes, Chile es el de mayores aportes. (Gráfico 7-7)

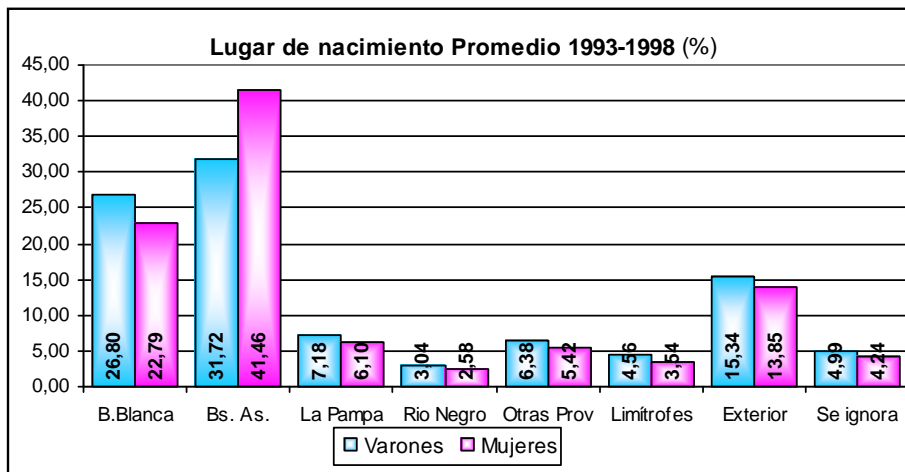


Gráfico 7-7

Estado civil

En referencia al estado civil de los ancianos fallecidos, se observa que la mayoría de los hombres (67,3%) eran casados, en cambio las mujeres eran viudas (70,8%) lo cual ratifica lo expresado sobre la mayor expectativa de vida del sexo femenino, hecho que coincide con parámetros a nivel mundial. (Gráfico 7-8) El

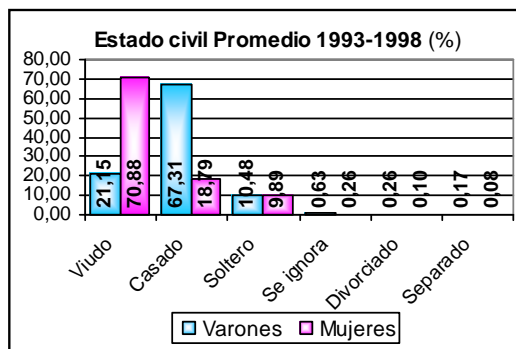


Gráfico 7-8

porcentaje de solteros, para ambos sexos, es bajo, con valores cercanos al 10%; los divorciados o separados apenas si aparecen, como resultado de costumbre de épocas no muy lejanas, que no concuerda con la actual.

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Vertical: 0,25 cm, Con relación a: Margen

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,04 cm, Con relación a: Párrafo

Eliminado: ¶

Eliminado: los

Eliminado: representados

Eliminado: la cual

Eliminado: (Gráfico 7-8)

Principales causas de muerte

Las principales causas que producen la muerte de los ancianos en la ciudad, están en correlación directa con las totales ya consideradas, debido a que este grupo es el de mayor peso. (Gráfico 7-9)

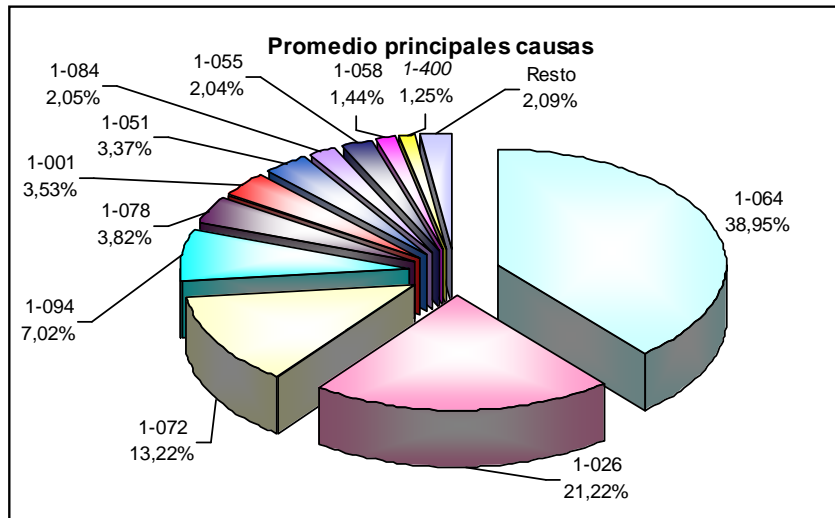


Gráfico 7-9

Referencias:

1-064	Enf. Sistema Circulatorio	1-051	Enf. endócrinas, nutricionales y metabólicas
1-026	Tumores	1-084	Enf. Sistema Genitourinario
1-072	Enf. Sistema Respiratorio	1-055	Trastornos mentales y del comportamiento
1-094	Síntomas anormales	1-058	Enf. Sistema Nervioso
1-078	Enf. Sistema Digestivo	1-400	Traumatismos, causa externa
1-001	Enf. Infecciosas	Otras	Otras causas

Se percibe un leve aumento en el porcentaje de los decesos por enfermedades del sistema circulatorio, (del 33,5% total, pasa al 38,9% en los ancianos) ya que esta dolencia afecta a mayor edad; en el caso de los tumores ocurre lo contrario. Aparecen luego, entre las principales causas, las enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas (1-051) con 3,05% de afectados, siendo para las mujeres principalmente la desnutrición, sobre todo a partir de los 80 años; en cambio los varones la principal problemática es la diabetes.

Los traumatismos por causa externa, (1-400) descienden su porcentaje, ya que los ancianos se encuentran menos afectados por esta causal, 1,13% en promedio. Las causas que adquieren importancia, son las codificadas como Trastornos mentales

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Vertical: 0,25 cm, Con relación
a: Margen

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,04 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: ¶

Eliminado: ,

y del comportamiento (1-055) y las que afectan el sistema nervioso (1-058), representadas principalmente por la demencia senil, en el primer caso, y el mal de Alzheimer en el segundo; enfermedades muy frecuentes en los ancianos.

Variaciones estacionales de la mortalidad

En general el invierno es la estación que más afecta a la ancianidad con 31%, el otoño y la primavera poseen alrededor del 24% de las defunciones, mientras que el verano es la de menor volumen con el 21%. Las muertes producidas por enfermedades del sistema circulatorio durante el invierno, representan en promedio, el 12,3% de las defunciones totales, descendiendo en otoño y primavera, llegar al 7,8% en verano. Los decesos debido a tumores (1-026) no muestran variación estacional, oscilando alrededor del 5,3%. Las enfermedades del sistema respiratorio (1-072) presentan su máximo en el invierno, 5,16% promedio, causado por las bajas temperaturas imperantes, propias de la estación y las repercusiones lógicas que se producen en las vías respiratorias; le sigue, con notorio descenso, la primavera con el 3,1%. (Gráfico 7-10) Las definidas como síntomas anormales (1-094) sufren

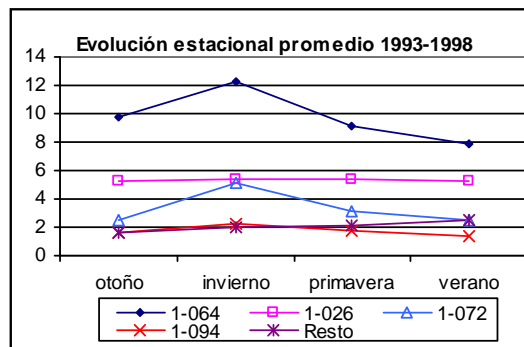


Gráfico 7-10

poca variación y el resto presenta su máximo en verano, con 2,55%.

Las enfermedades del sistema digestivo (1-078) presentan más oscilaciones

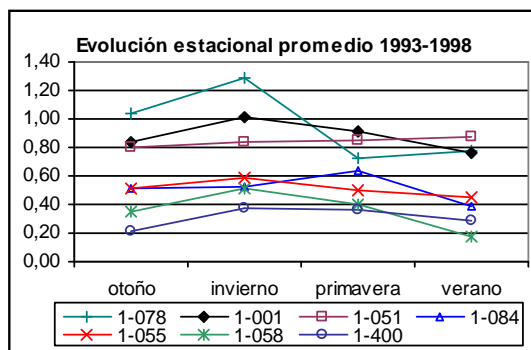


Gráfico 7-11

estacionales, ostentando el máximo en invierno, con 1,29% promedio, y el mínimo en primavera con 0,73%. (Gráfico 7-11) Las enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas (1-051), con valores

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Vertical: 0,25 cm, Con relación
a: Margen

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,04 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: ¶

Eliminado: R

máximos en verano, no presenta mucha variación general; las enfermedades del sistema genitourinario (1-084), afectan con preferencia en primavera (0,63%), y mínimo en verano con 0,38%; las restantes causales alteran levemente sus promedios en las distintas estaciones.

Localización espacial de las defunciones

Observando la mortalidad general de los ancianos bahienses, en promedio, se detecta como zona más afectada la correspondiente al radio censal donde se localiza el Hogar del Anciano, con más de 16 defunciones (Carta 7-1); le siguen en importancia sectores de los barrios Pedro Pico, Bella Vista y Tiro Federal, con un promedio entre 13 y 15,9 defunciones por año. Entre 10 y 12,9 defunciones aparece demarcada una región anular que bordea el microcentro. Como sectores de menor incidencia –entre 1 y 3,9 defunciones promedio- aparecen la periferia, especialmente los sectores con menor cantidad y porcentaje de ancianos con respecto al total de población; y dos radios censales del microcentro, los cuales presentan entre 13 y 16% de ancianos, pero el promedio de defunciones es bajo. En 1993 (Anexo Capítulo 7: Carta A7-1), aparecen dos radios sin decesos, los que corresponden a la Villa Stella Maris y al barrio Maldonado; le siguen con baja cantidad de muertes –entre 1 y 3– la orla exterior de la ciudad especialmente noroeste, oeste y suroeste; además de algunos puntos del micro y macrocentro y del sector este como Villa Loreto, Villa Rosario y Sánchez Elía entre otros. Como lugar más afectado aparece el radio censal 2-03 –con más de 16 defunciones, ubicación del Hogar del Anciano–; entre 13 y 15 muertes aparecen los radios 4-07 y 4-09 –correspondientes al macrocentro– y sectores de los barrios Mariano Moreno, Noroeste, Napostá, Bella Vista y Villa Rosas. En 1994 (Anexo Capítulo 7: Carta A7-2), se incrementa el número de radios con mayor cantidad de defunciones, apareciendo, además del sector del Hogar del Anciano, una porción correspondiente a los barrios Universitario, Pedro Pico, Bella Vista y Villa Mitre, todos con más de 16 decesos. Los sitios correspondientes a Villa Mitre, Universitario, Pedro Pico, Tiro Federal y Villa Ressa le siguen en importancia,

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Vertical: 0,25 cm, Con relación a: Margen

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,04 cm, Con relación a: Párrafo

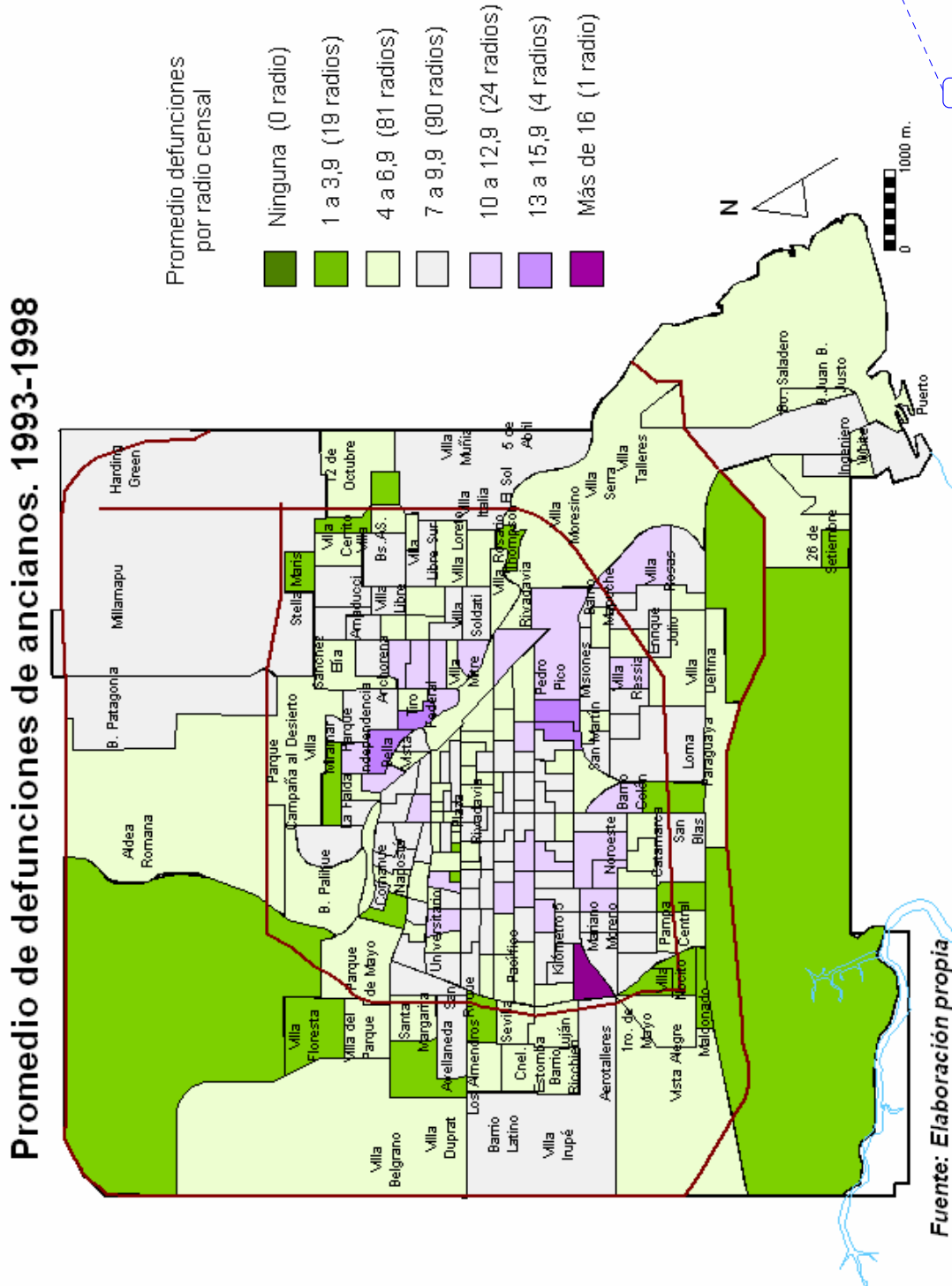
Eliminado: ¶

Eliminado: principales causas

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Carta 7-1: Localización espacial de las defunciones totales (Promedio)



Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Vertical: 0,25 cm, Con relación a: Margen

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,04 cm, Con relación a: Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: ¶

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Sangría:
Primera línea: 1,25 cm

El lugar menos afectado, sin defunciones en este año, es el localizado al este de la ciudad, correspondiente al barrio Oasis; entre 1 y 3 muertes aparecen los sectores periféricos de la ciudad y algunos puntos dentro del macro y microcentro.

En 1995 (Anexo Capítulo 7: Carta A7-3), nuevamente se detecta un aumento de los radios afectados, notándose una coincidencia con los de mayor repercusión en el año anterior, la diferencia se observa en un sector del barrio Universitario, con notorio descenso ya que de entre 13 y 15 defunciones disminuye a 7 y 9; y el aumento registrado en el barrio La Falda; se percibe el mayor efecto en el sector este del macrocentro. Sin incidencia aparecen tres sectores, en el barrio San Roque, Loma Paraguaya y barrio Florida, éste localizado al norte de la ciudad; le siguen, con 1 a 3 defunciones, la orla periférica y algunos radios censales del microcentro.

El año 1996 (Anexo Capítulo 7: Carta A7-4), es el que mayor cantidad de radios presenta con más de 16 defunciones; destacándose, además del radio del Hogar del Anciano, un radio del barrio Universitario, barrio Pacífico y Kilómetro 5, Colón, Pedro Pico, Amaducci y algunos sectores del microcentro; con ninguna defunción aparecen el barrio Oasis y la Villa Stella Maris, siguiéndole con 1 a 3 decesos la periferia y algunos pocos sectores del macrocentro. En 1997 (Anexo Capítulo 7: Carta A7-5), se reduce a un solo sector, ubicado en el barrio Pedro Pico, el de mayor impacto, con más de 16 defunciones; siguiéndole con 13 a 15 decesos, un arco conformado por los barrios Latino, Irupé, Aerotalleres, Mariano Moreno y tres radios censales del macrocentro (3-05, 3-06 y 4-08), para culminar en los barrios Universitario y Comahue; además de una franja que se extiende desde Tiro Federal hasta Villa Loreto y un sector de Villa Ressi y Villa Rosas. Sin defunciones se encuentran tres radios, uno en el barrio Santa Margarita, otro en el barrio Universitario (6-07) y el último localizado en el sector suroeste de la ciudad, zona con poca población total y entre el 5 y 8% de ancianos. Con 1 a 3 muertes se detectan 24 radios que salpican el macrocentro y algunos barrios de la ciudad.

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Vertical: 0,25 cm, Con relación
a: Margen

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,04 cm, Con relación a:
Párrafo

Eliminado: ¶

En el año 1998 (Anexo Capítulo 7: Carta A7-6), la situación varía, ya que aparecen tres radios con más de 16 defunciones, localizados en el sector del Hogar del Anciano, Universitario (6-06) y macrocentro (12-01); en tanto el rango que comprende entre las 13 y 15 muertes, conforma un amplio arco que se extiende desde el norte de la ciudad, en dirección oeste, para continuar por los barrios Mariano Moreno, Noroeste, Pedro Pico hasta Villa Mitre, afectando también un sector de Tiro Federal. Sin defunciones se presenta el barrio Florida, al norte, el cual se continúa con una franja que presenta entre 1 y 3 decesos, que se extiende por Villa Floresta y Santa Margarita; para reaparecer en el sector oeste-suroeste en los barrios Nocito, Maldonado y Pampa Central principalmente.

Localización de las defunciones por enfermedades del sistema circulatorio

Visualizando la espacialidad, en promedio, de la mortalidad producida por enfermedades del sistema circulatorio (1-064), se percibe una mayor repercusión en la zona del macrocentro, con sectores más afectados, como los correspondientes a los barrios Mariano Moreno, Kilómetro 5, Villa Mitre, Bella Vista, Tiro Federal, Pedro Pico entre otros, presentando un lineamiento general ~~oeste-este.~~ El resto del macrocentro, también presenta valores elevados. Las zonas menos afectadas, corresponden a la Villa Stella Maris, ~~la cual no presenta ninguna defunción por esta causa en todo el período,~~ y la orla exterior del ejido urbano. (Carta 7-2)

Discriminando por año, se observa que durante 1993 (Anexo Capítulo 7: Carta A7-7), el sector donde se localiza el Hogar del Anciano, presenta el mayor valor, con más de 10 defunciones, ~~siguiéndole alguna de las zonas con más ancianos, como La Falda, Bella Vista y Pedro Pico.~~ En general aparece la zona del macrocentro con extensión al oeste, sur y este (cercanas al macrocentro). Las menos afectadas se localizan al este, y gran parte del borde del ejido, principalmente al norte y oeste de la ciudad y el barrio 26 de setiembre en el sur.

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Vertical: 0,25 cm, Con relación a: Margen

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,04 cm, Con relación a: Párrafo

Eliminado: ¶

Con formato: Fuente: Negrita

Eliminado: O

Eliminado: E

Eliminado: ; e

Eliminado: ,

Eliminado: ,

Eliminado: 1

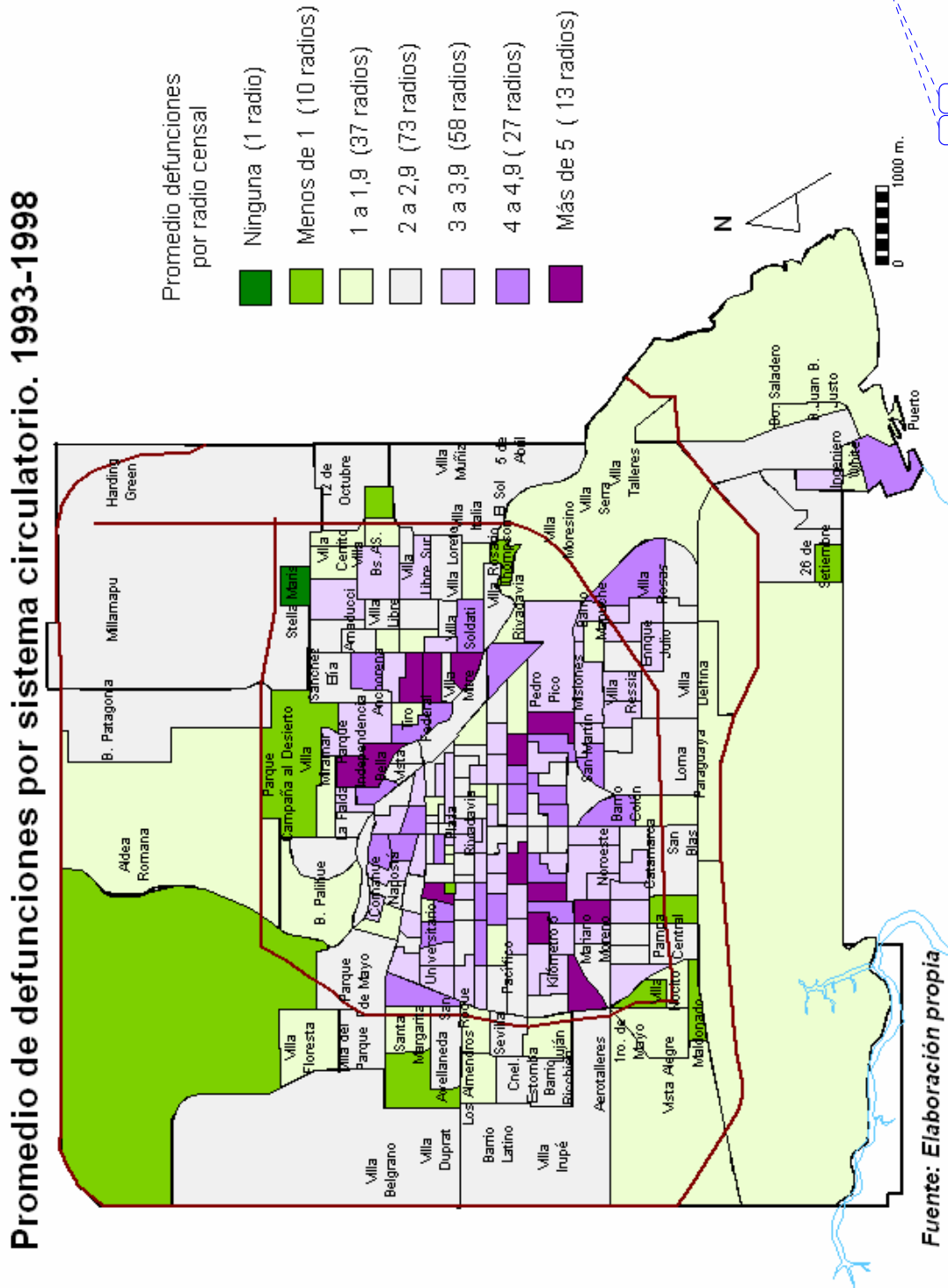
Eliminado: En Anexo

Eliminado: 1

Eliminado: ;

Eliminado: ; e

Carta 7-2: Localización de enfermedades del sistema circulatorio (Promedio)



Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición: Vertical: 0,25 cm, Con relación a: Margen

Con formato: Posición: Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,04 cm, Con relación a: Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: ¶

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Fuente: Negrita

En 1994 ([Anexo Capítulo 7: Carta A7-8](#)), aparece un sector del barrio Universitario con más de 10 defunciones, manteniéndose los otros radios afectados en el año anterior; los menos perjudicados aparecen en el sector oeste, especialmente Villa Nocito y Maldonado, y algunos del este, como Villa Stella Maris y Cerrito; siguiendo los sectores norte y sur. En 1995 ([Anexo Capítulo 7: Carta A7-9](#)), surgen el barrio Anchorena, La Falda y Tiro Federal, entre otros, con 8 ó 9 decesos; manteniéndose la zona del macrocentro como la de mayor repercusión en general. La de menor impacto se mantiene en la periferia del ejido.

Durante 1996 ([Anexo Capítulo 7: Carta A7-10](#)), se destaca otro radio correspondiente al barrio Universitario, con más de 10 defunciones. Le siguen en importancia los barrios Rivadavia y Colón; los menos impactados aparecen en el sector sur de la ciudad y en el norte. En 1997 ([Anexo Capítulo 7: Carta A7-11](#)), el macrocentro norte parece disminuir la cantidad de decesos, marcándose el macrocentro oeste y sur como más afectado, continuando hasta el barrio San Martín; las de menor repercusión se localizan al norte y oeste principalmente, continuando al este.

El año 1998 ([Anexo Capítulo 7: Carta A7-12](#)), muestra sectores del macrocentro, uno cercano al barrio Kilómetro 5 con más de 10 muertes, dos del barrio Universitario y uno de Pedro Pico como los de mayor repercusión; en general se observa un incremento hacia el sector suroeste de la ciudad, aunque se mezcla con los sectores menos afectados, los cuales también se detectan en gran parte del borde del ejido.

Localización de las defunciones por tumores

Las defunciones provocadas por tumores (1-026) en promedio, (Carta 7-3), muestran mayor efecto en los barrios Anchorena y Pedro Pico, resaltando en general los sectores este y sur, cercanos al macrocentro; los menos afligidos se localizan, especialmente en la zona oeste-sur de la ciudad.

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Vertical: 0,25 cm, Con relación a: Margen

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,04 cm, Con relación a: Párrafo

Eliminado: ¶

Eliminado: ¶

Eliminado: En Anexo

Eliminado: 2

Eliminado: En Anexo

Eliminado: 3

Eliminado: gran

Eliminado: Carta 7-1:
Circulatorio promedio¶
-----Salto de página-----

Eliminado: En Anexo

Eliminado: 4

Eliminado: , l

Eliminado: En Anexo

Eliminado: 5

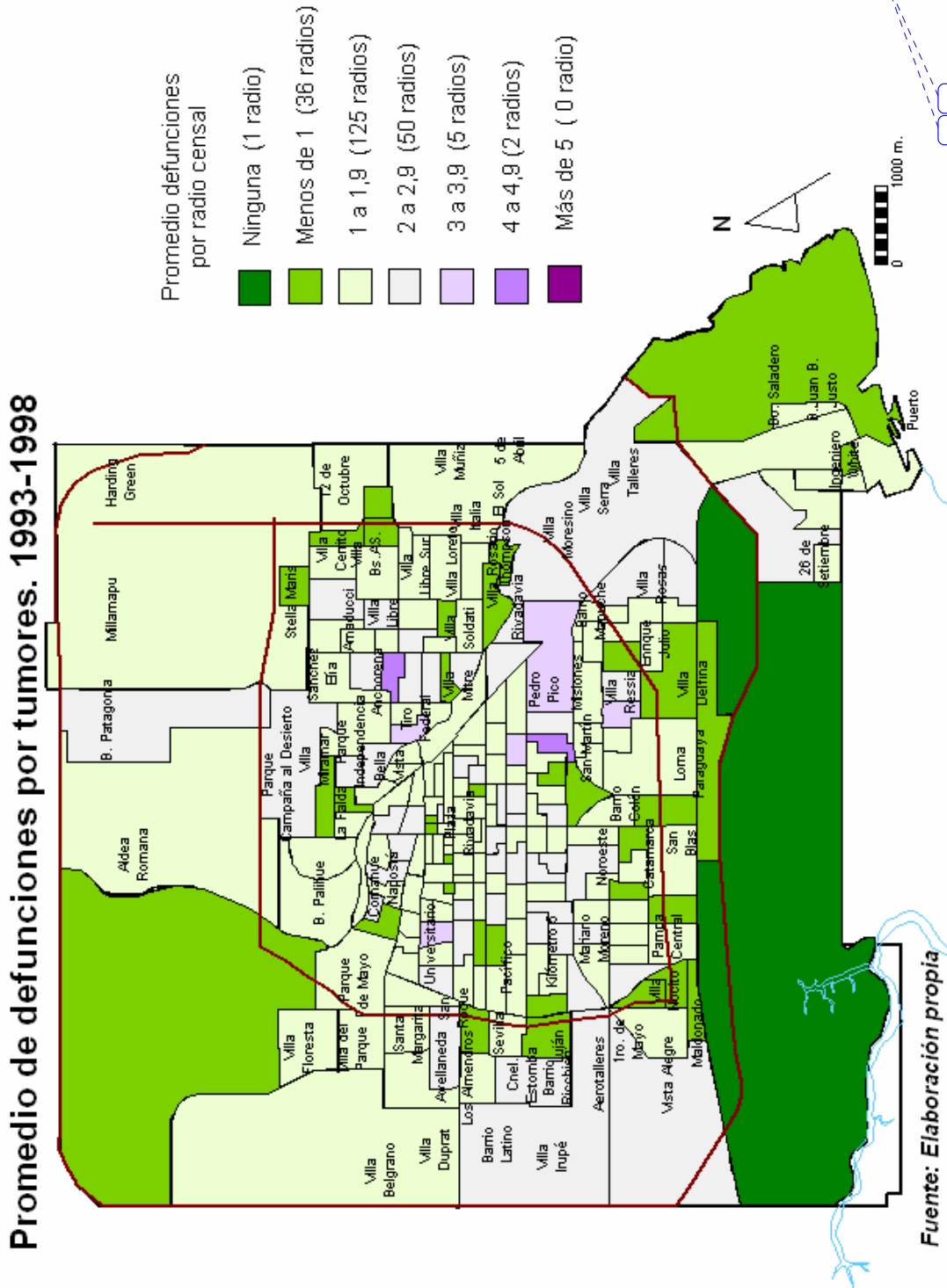
Eliminado: En Anexo

Eliminado: 6

Con formato: Fuente: Negrita

Eliminado: 2

Carta 7-3: Localización de tumores (Promedio)



Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición: Vertical: 0,25 cm, Con relación a: Margen

Con formato: Posición: Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,04 cm, Con relación a: Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: ¶

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Fuente: Negrita

En 1993 ([Anexo Capítulo 7: Carta A7-13](#)), se destacan sectores de los barrios Napostá, Universitario, Villa Mitre, Rivadavia, Pedro Pico y Vista Alegre, con 5 muertes y en contraposición surgen 50 radios sin defunciones, ocupando principalmente las zonas correspondientes al borde de la ciudad y algunos sectores del macrocentro. En 1994 ([Anexo Capítulo 7: Carta A7-14](#)), se produce un cambio en la zona de repercusión, variando más en dirección oeste, barrio Mariano Moreno, y este, Anchorena, manteniéndose al sur, Pedro Pico, siempre rodeando el macrocentro y extendiéndose al radio que comprende los barrios Villa Moresino, Serra y Talleres; las de menor impacto se localizan principalmente en el norte, oeste y sur del límite del ejido y sectores de Villa Mitre y Villa Rosario.

Durante 1995 ([Anexo Capítulo 7: Carta A7-15](#)), se destacan el barrio Anchorena y un sector de Universitario, con más de 6 defunciones, le siguen los barrios Amaducci, Pedro Pico y Tiro Federal; la zona de menor huella, se sigue localizando en el borde de la ciudad, acentuándose en el oeste-sur y luego este. En el año 1996 ([Anexo Capítulo 7: Carta A7-16](#)), resalta un sector del macrocentro, vecino al barrio Kilómetro 5, con más de 6 defunciones, luego se ubican Villa Rosas, Amaducci, Comahue, Napostá y Universitario, estas tres en el sector norte del macrocentro; las zonas más favorables, por no presentar decesos, se ubican principalmente en la orla externa de la ciudad y algunos sectores del microcentro.

En 1997 ([Anexo Capítulo 7: Carta A7-17](#)), surge el barrio Comahue con más de 6 defunciones por tumores, continuando sectores de los barrios Santa Margarita, Universitario, Mariano Moreno, Mapuche, Anchorena y un sector aledaño al barrio 26 de Setiembre. Los lugares menos afectados se localizan en el borde sur-oeste, norte y microcentro, especialmente en dirección norte. Durante 1998 ([Anexo Capítulo 7: Carta A7-18](#)), se presentan un sector del barrio Pedro Pico y otro cercano al barrio Napostá con más de 6 muertes, prolongándose en gran parte del barrio Pedro Pico, sectores del macrocentro, en dirección sudoeste, y en los radios que comprenden Villa Belgrano, Villa Duprat y los barrios Latino, Irupé y Aerotalleres, entre otros, en el

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Vertical: 0,25 cm, Con relación a: Margen

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,04 cm, Con relación a: Párrafo

Eliminado: ¶

Eliminado: ¶

Eliminado: En Anexo

Eliminado: 7

Eliminado: En Anexo

Eliminado: 8

Eliminado: ---Salto de página---
Carta 7-2: Tumores promedio ¶
-----Salto de página-----

Eliminado: En Anexo

Eliminado: 9

Eliminado: En Anexo

Eliminado: 0

Eliminado: En Anexo

Eliminado: 1

Eliminado: ;

Eliminado: |

Eliminado: En Anexo

Eliminado: 2

noroeste de la ciudad, los de menor impacto se encuentran en las franjas oeste-sur y este-noreste y borde noroeste del macrocentro.

Localización de defunciones por enfermedades del sistema respiratorio

Las enfermedades del sistema respiratorio (1-072) en promedio (Carta 7-4), hacen resaltar el sector ocupado por el Hogar del Anciano, con un promedio de más de tres defunciones por año, siguiéndole en importancia sectores de los barrios Noroeste, Colón, Pedro Pico, Napostá, Palihue y algunos radios cercanos al microcentro. En general se aprecia como zona más desfavorable la comprendida por el macrocentro y barrios adyacentes, especialmente en dirección oeste y este desde la plaza Rivadavia, punto central de la ciudad.

Como espacios más favorables, ya que no registran ninguna defunción en todo el período se destacan un radio del microcentro, los barrios 12 de Octubre, Villa Rosario y el sector aledaño al barrio 26 de Setiembre, estos tres últimos ubicados en zonas supuestamente conflictivas, ya que el primero está en el límite este del ejido y por ende en una franja de escasos recursos. Villa Rosario se localiza a la vera del arroyo Napostá y corresponde a una de las zonas carecientes de la ciudad (el último está ubicado en proximidades del Polo Petroquímico Bahía Blanca), lo cual trae aparejado, por parte de la población, cuestionamientos a las empresas allí asentadas. El eje de las protestas se centra en la contaminación y sus efectos en la salud, especialmente en lo que respecta a problemas respiratorios. Este último hecho, sin embargo, no queda registrado en los datos analizados.

En 1993 (Anexo Capítulo 7: Carta A7-19), resaltan 5 sectores con mayor cantidad de defunciones, correspondientes a los barrios Pedro Pico, Universitario, dos sectores del Kilómetro 5 y uno del microcentro, con más de 4 decesos cada uno; le siguen en importancia varios barrios del sector oeste de la ciudad, como Pampa Central, Mariano Moreno y Noroeste y en contraposición otros localizados en el sector este, como Tiro Federal, y los radios cercanos al barrio Bella Vista, que conforman el límite este del macrocentro.

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Vertical: 0,25 cm, Con relación a: Margen

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,04 cm, Con relación a: Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: ¶

Con formato: Fuente: Negrita

Eliminado: 3

Eliminado: ---Salto de página---
Carta 7-3: respiratorio promedio
-----Salto de página-----

Eliminado: ;

Eliminado: n

Eliminado: adas

Eliminado: y

Eliminado: , de

Eliminado: ,

Eliminado: que

Eliminado: en los datos analizados

Eliminado: En Anexo

Eliminado: 3

Las zonas sin afectados, se ubican en el sector oeste-sur y este, fuera del macrocentro, marcando un anillo en la ciudad; queda la franja norte como zona de perturbación intermedia. Durante 1994 ([Anexo Capítulo 7: Carta A7-20](#)), un solo radio presenta más de 4 defunciones, en el barrio Universitario ([5-05](#)), secundándole, con 3 muertes por esta causa, distintos sectores en la ciudad que, en líneas generales, se localizan en el límite sur del macrocentro, (barrios Pedro Pico, San Martín y Villa Ressia) y en el borde norte y noreste, también del macrocentro. Las zonas más favorables se ubican principalmente en los sectores norte-oeste y gran parte del sur.

El año 1995 ([Anexo Capítulo 7: Carta A7-21](#)), muestra un incremento en la cantidad de radios afectados, producto de lo mencionado anteriormente sobre aumento gradual de las muertes por enfermedades del sistema respiratorio, destacándose el sector donde se encuentra el Hogar del Anciano, al oeste; el barrio Pedro Pico, al sur, Tiro Federal al este; La Falda hacia el noreste y un sector del Barrio Universitario al norte, con más de 4 defunciones cada uno; aledaños a ellos se ubican los sectores con tres defunciones, lo que marca el área de afectación en base a los puntos cardinales, siempre en los límites del macrocentro. Las secciones más favorables se encuentran principalmente al norte y sur-suroeste del ejido, [manteniéndose como el año anterior](#). En 1996 ([Anexo Capítulo 7: Carta A7-22](#)), año de mayor cantidad de radios con más de 4 decesos por enfermedades del sistema respiratorio, se remarca una línea que se extiende desde el sector noroeste de la ciudad hasta el sur, afectando principalmente los barrios Latino, Villa Irupé, Aerotalleres, Noroeste, Colón, Villa Ressia, hasta Rivadavia, Villa Talleres, Serra y Moresino; también se aparecen dos sectores del microcentro. Con tres defunciones figuran varios sectores del micro y macrocentro y los radios vecinos a los parques de Mayo y Campaña del Desierto, los que junto a los barrios Amaducci y Villa Soldati, por el este, y Avellaneda, Los Almendros y Coronel Estomba, entre otros por el noroeste, conforman un semicírculo que muestra gran repercusión de esta problemática. [Unidos a los de mayor impacto surge una región bien delimitada de importante rastro en la](#)

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Vertical: 0,25 cm, Con relación a: Margen

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,04 cm, Con relación a: Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: ¶

Eliminado:

Eliminado: ,

Eliminado: ndo

Eliminado: En Anexo

Eliminado: 13

Eliminado: ,

Eliminado: ;

Eliminado: VER SI
CONSERVA EL SENTIDO

Con formato: Fuente:
Negrita, Color de fuente:
Blanco, Resaltar

Eliminado: En Anexo

Eliminado: 3

Eliminado: En Anexo

Eliminado: 14

Eliminado: ,

ciudad. En el año 1997 (Anexo Capítulo 7: Carta A7-23), varía levemente la zona de mayor implicancia, ya que se delimita con bastante claridad una línea al oeste que abarca los barrios Latino, Villa Irupé, Aerotalleres, el sector del Hogar del Anciano y los barrios San Blas y Loma Paraguaya; al este sobresale un radio del barrio Tiro Federal; al sur el centro de Ingeniero White y por último un sector céntrico, lindante con el barrio Universitario; todos con más de 4 defunciones. La región que le sigue en importancia, con 3 fallecidos, se encuentra principalmente al este de la ciudad: Villa Libre Sur, Loreto, Buenos Aires, entre otros y en el macrocentro. Sin registros aparece la orla sur-oeste, sectores en el este y parte norte. En 1998 (Anexo Capítulo 7: Carta A7-24), los ejes más afectados se localizan al oeste, un radio del barrio Pacífico, el Hogar del Anciano y barrio Noroeste; al este, barrio Palihue, Parque Independencia y Tiro Federal; al sur, el centro de Ingeniero White, y en dirección norte uno del microcentro, cada uno con más de 4 defunciones; le siguen en importancia una franja con lineamiento norte-sur, comprendida por los barrios Villa Belgrano, Villa Duprat, Sevilla, Noroeste, Colón, San Martín y Pedro Pico; la cual se prolonga en dirección este, afectando los barrios Villa Mitre, Soldati, Loreto, Buenos Aires y Anchorena, entre otros; otra sectorización se desprende de la norte, abarcando los barrios Napostá, Universitario y San Roque, todos con 3 decesos cada uno. Los radios menos afectados se localizan en los bordes sur, este y norte; además de varios sectores del microcentro.

Localización de defunciones por resto de enfermedades

Con respecto al resto de enfermedades se unificaron, por su menor cuantía, las codificadas como: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (1-094), con el 6,75% en promedio de las defunciones totales; Enfermedades del sistema digestivo (1-078), 4,38%; Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (1-001), 3,55%; Enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas (1-051), 3,38%; Enfermedades del sistema genitourinario (1-084), 2,15%; Trastornos mentales y del comportamiento (1-055), 2,15%;

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Vertical: 0,25 cm, Con relación a: Margen

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,04 cm, Con relación a: Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: ¶

Eliminado: ¶

Eliminado: En Anexo

Eliminado: 15

Eliminado:

Eliminado: En Anexo

Eliminado: 16

Eliminado:

Eliminado: l

Eliminado: un radio del barrio Pacífico y

Eliminado: ocupando

Eliminado: una

Eliminado: una e

Eliminado: algunos

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Enfermedades del sistema nervioso, (1-058), 1,49%; Traumatismos por causa externa (incluye todas las muertes accidentales, con intervención policial) (1-400), 0,92%; Procedimientos quirúrgicos: posoperatorios (1-500), 0,39%; Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad (1-048), 0,48%; Traumatismos por causa externa (muertes accidentales, sin intervención policial) (1-300), 0,31%; Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (1-083), 0,22%; Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (1-082), 0,13% y por último aquellas causas de imposible determinación (99), con 0,13% promedio total. En promedio para los años analizados se observa una mayor repercusión en la zona del Hogar del Anciano, con más de 5 defunciones, siguiéndole en importancia un sector del barrio Tiro Federal, con valores entre 4 y 4,9 defunciones; entre 3 y 3,9 muertes se encuentra una región anular que rodea al microcentro, que comprende desde el barrio Universitario, pasando por los barrios Pacífico, Noroeste, Villa Ressia, Pedro Pico, Bella Vista y un sector de los barrios La Falda y Palihue, más una zona que abarca los barrios Millamapu y Villa Harding Green hacia el este de la ciudad. (Carta 7-5) En contraposición los sectores menos afectados, con menos de una defunción en promedio, se localizan al oeste-sur y norte de la ciudad, todos en la orla exterior, más algunos puntos del sector este y del microcentro. En general como área con menos de dos defunciones se observa la que bordea la mencionada anteriormente con más de tres decesos y la zona del microcentro del ejido urbano. No aparecen sectores con muerte alguna.

Durante 1993 el radio más afectado corresponde al 2-03, proporcional a la cantidad de ancianos aportados por el Hogar del Anciano, con más de 6 defunciones; (Anexo Capítulo 7: Carta A7-25) le siguen con 5 muertes cada uno, cuatro radios localizados en Ingeniero White (17-11), Villa Rosas (16-11), Villa Amaducci (9-05) y el radio 12-06 correspondiente al microcentro; posteriormente se observa una zona localizada al sur, constituida por los barrios Noroeste, San Martín, Misiones y Enrique Julio; la otra afectando los barrios Universitario, Comahue, La Falda, Tiro Federal y

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Vertical: 0,25 cm, Con relación a: Margen

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,04 cm, Con relación a: Párrafo

Eliminado: ¶

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Fuente: Sin Negrita, Cursiva

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Con formato: Sangría:
Primera línea: 1,25 cm

microcentro. Sin defunciones aparecen representados 50 radios, los cuales se localizan en la orla exterior de la ciudad y que junto a los de escasa repercusión (1 deceso) conforman una cuña que penetra en el microcentro, siguiendo una de las arterias de acceso: avenida Colón, continuando posteriormente en dirección norte.

En 1994 (Anexo Capítulo 7: Carta A7-26) aumenta a 4 la cantidad de radios con más de 6 defunciones, destacándose el radio 2-03 con 9 decesos, también se encuentran los barrios San Blas, Tiro Federal y el radio 5-12 del microcentro, ubicado frente a la Plaza Rivadavia. Las zonas que le siguen en importancia conforman una franja con dirección norte-sur que se extiende desde el barrio Santa Margarita hasta Villa Rosas. Las zonas sin afectados o con uno solo, ocupa el espacio exterior de la ciudad, mas una franja que corre paralela, aunque desplazada hacia el este, a la de mayor repercusión mencionada anteriormente. Durante 1995 (Anexo Capítulo 7: Carta A7-27) los barrios mas perturbados son Noroeste y Bella Vista; éstos junto a los que presentan entre 4 y 5 defunciones conforman dos círculos concéntricos, uno que abarca el microcentro y el otro más amplio, que abarca el barrio Avellaneda, Noroeste, Colón, Pedro Pico, Villa Mitre, Tiro Federal, Bella Vista, Napostá y Comahue. La de menor impacto se localiza en el borde de la ciudad, presentando menores registros en la franja norte-este.

En 1996 (Anexo Capítulo 7: Carta A7-28), cambia la dirección de los sectores más afectados, ya que el óvalo que se conforma sigue el lineamiento oeste-este, ocupando los barrios Mariano Moreno, San Martín, Pedro Pico, Villa Mitre, Villa Cerrito, Bella Vista y microcentro; los de menor huella se siguen localizando en el borde exterior y algunos puntos del macrocentro. Durante 1997 (Anexo Capítulo 7: Carta A7-29) se amplía la cantidad de radios con más de 4 decesos, afectando en total a 44; en el cartograma correspondiente se percibe la ampliación en la zona de impacto, ya que afecta parte de la orla exterior, especialmente al oeste y al este; la banda de menor huella se extiende perpendicularmente a la elipse mencionada anteriormente, con dirección norte-sur, entre los barrios Napostá y Pedro Pico.

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Vertical: 0,25 cm, Con relación
a: Margen

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,04 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: ¶

Con formato: Fuente: Sin
Negrita

En 1998 (Anexo Capítulo 7: Carta A7-30) la zona de mayor repercusión se localiza formando una arco con dirección norte-oeste-sur, desde el barrio Universitario hasta Villa Rosas, atravesando los barrios Mariano Moreno y San Blas. Desde el barrio Comahue hasta el barrio San Martín, pasando por el microcentro se extiende la franja de menor cantidad de defunciones.

Consideraciones sobre el tema

En general se puede afirmar que la mayoría de las defunciones de ancianos se producen en la zona denominada macrocentro de la ciudad, con mayor énfasis en el sector donde se localiza el Hogar del Anciano, ya que es muy alta la concentración específica; le siguen en importancia los barrios Pedro Pico, Bella Vista y Tiro Federal. Las zonas menos afectadas se encuentran en la periferia o zonas carenciadas, por tener menor cantidad de ancianos localizados, como el caso de Villa Miramar, Stella Maris, Villa Rosario, entre otros.

- Con formato ... [1]
- Con formato ... [2]
- Con formato ... [3]
- Con formato ... [4]
- Eliminado: ¶
- Eliminado: ---Salto de página---
- Eliminado: Consideraciones
- Eliminado: finales
- Eliminado: sobre el ter ... [5]
- Eliminado: de viejos
- Eliminado: específica; ... [6]
- Eliminado: ; l
- Eliminado: as zonas m ... [7]
- Eliminado: ;
- Eliminado: A
- Eliminado: a
- Eliminado: lgunos de l ... [8]
- Eliminado: ¶
- Eliminado: La segunda ... [9]
- Eliminado: palabra s ... [10]
- Con formato ... [11]
- Eliminado: ¶ ... [12]
- Eliminado: or último ... [13]
- Eliminado: ,
- Con formato ... [14]
- Eliminado: .
- Eliminado: No es un ... [15]
- Eliminado: que considere
- Eliminado: ,
- Eliminado: .
- Eliminado: a
- Eliminado: Algunos ... [16]
- Eliminado: a
- Eliminado: los que le ... [17]
- Eliminado: ,
- Eliminado: es como ... [18]
- Eliminado: e
- Con formato ... [19]
- Eliminado: , l
- Eliminado: as empres ... [20]
- Eliminado: ;
- Eliminado: el segund ... [21]
- Con formato ... [22]
- Con formato ... [23]
- Eliminado: adecuado ... [24]
- Eliminado: ;
- Eliminado: : a lo larg ... [25]
- Eliminado:
- Eliminado: después t ... [26]
- Con formato ... [27]
- Eliminado: E
- Eliminado: e
- Eliminado: sos médic ... [28]
- Con formato ... [29]
- Eliminado: más
- Eliminado: o se atien ... [30]
- Con formato ... [31]

Página 156: [1] Con formato	Nora Pizarro	04/11/2004 18:44:00
Fuente: 9 pt		
Página 156: [2] Con formato	Nora Pizarro	04/11/2004 18:45:00
Posición: Vertical: 0,25 cm, Con relación a: Margen		
Página 156: [3] Con formato	Nora Pizarro	04/11/2004 18:44:00
Fuente: 9 pt		
Página 156: [4] Con formato	Nora Pizarro	04/11/2004 18:46:00
Posición: Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,04 cm, Con relación a: Párrafo		
Página 177: [5] Eliminado	-	01/05/2006 16:56:00
sobre el tema		

En general se puede afirmar que la mayoría de las defunciones de ancianos se producen en la zona denominada macrocentro de la ciudad, con mayor énfasis en el sector donde se localiza el Hogar del Anciano, ya que es muy alta la concentración

Página 177: [6] Eliminado	-	01/05/2006 16:56:00
----------------------------------	----------	----------------------------

específica; le siguen en importancia los barrios Pedro Pico, Bella Vista y Tiro Federal. L

Página 177: [7] Eliminado	-	01/05/2006 16:56:00
----------------------------------	----------	----------------------------

as zonas menos afectadas se encuentran en la periferia o zonas carenciadas, por tener menor cantidad de ancianos localizados, como el caso de Villa Miramar, Stella Maris, Villa Rosario, entre otros.

LA GEOGRAFIA DE LA ANCIANIDAD

En la antigüedad los ancianos eran los sabios de las comunidades, época que se percibe lejana, ya que actualmente el incremento que ha sufrido este grupo es muy importante, producto del aumento de la esperanza de vida. En nuestro caso particular, hacia fines del siglo XX la ciudad presentaba una expectativa de vida de 75 años, como ya se vio anteriormente.

Esta modificación demográfica tiene amplias repercusiones en el desarrollo de las sociedades modernas, significa que una sociedad vieja va a cambiar su estructura de población, su estructura sanitaria, su estructura educativa, su mercado laboral, sus necesidades previsionales: toda la estructura

de la sociedad, toda la sociedad cambia. Y por lo tanto, la sociedad en sí misma, debe pensarse en forma diferente, motivo por el cual es imperioso conocer sus dimensiones y características, preparándose para responder a las exigencias, cada vez más considerables, de este grupo.

A esto debe sumársele la complejidad que implica determinar en qué momento se deja de ser adulto, para ser anciano. Indudablemente la vejez no comienza a una edad determinada, salvo para las estadísticas, en las cuales según la Organización Mundial de la Salud se establece a partir de los 65 años.

Página 177: [8] Eliminado - 01/05/2006 16:56:00
lgunos de los “criterios utilizados para asumir la realidad de ser viejo fueron descritos por Furstenberg (1989) en función de las siguientes variables: Edad cronológica,... el declive de las funciones físicas (uno de los marcadores más utilizados como indicador de vejez...) el deterioro del funcionamiento mental, ... y el sentimiento de utilidad y participación social...”¹

Las teorías tradicionales de carácter socio-biológico sostienen que para el hombre, la vejez comienza con la jubilación, y para la mujer, con la menopausia; el fin de lo instituido para lo productivo y para lo reproductivo. Si bien estos parámetros, ciertamente antiguos, pueden ser válidos, poco nos dicen sobre el registro subjetivo.

Otra clasificación sobre la vejez nos permite reconocer a este fenómeno desde tres concepciones distintas. La primera es la vejez cronológica, la cual considera que esta etapa comienza al momento de haber cumplido los 65 años de edad. Esta concepción es objetiva; si bien la edad es un dato relevante, no determina la condición de la persona, es decir, no tiene en cuenta su historia personal.

Página 177: [9] Eliminado - 01/05/2006 16:56:00

¹ Antequera-Jurado, R.; Blanco Picabía, A. Percepción de control, autoconcepto y bienestar en el anciano En Salvarezza, L. (1998) La Vejez Ed. Paidós

La segunda, es la vejez funcional, que corresponde a utilizar el término “viejo” como sinónimo de incapaz o limitado. Si bien en la etapa de la vejez, debido al paso del tiempo se reduce la capacidad funcional como en cualquier organismo vivo, estos cambios no imposibilitan desarrollar una vida plena, ya que la persona no es sólo física sino que es un ser bio-psico-social. “Las barreras a la funcionalidad de los ancianos son con frecuencia, fruto de las deformaciones y mitos sobre la vejez más que el reflejo de las deficiencias reales”² P

palabra se disimulara u ocultara la realidad. En cuanto al término “abuelo” considero que está totalmente descalificado ya que entre la bibliografía consultada y los ancianos entrevistados, es la definición menos aceptada, por ser considerada despersonalizada y algunos la califican como un insulto o una usurpación de título, porque los ancianos son abuelos de sus propios nietos, pero no de toda la sociedad.

Los ancianos siguen siendo señoras o señores y además tienen un nombre propio, lo cual sería la forma más apropiada para dirigirse a ellos.

La ancianidad en Bahía Blanca

“Para buena parte de la sociedad actual, el discurso del viejo está impregnado por un aura de extrañamiento que lo sitúa extramuros del circuito productivo y de lo que comúnmente se llama vida cotidiana. Sobre este mecanismo que establece una distinción a priori entre aptos y no aptos, el sistema monta una estructura cuyo fin no es otro que la marginación primero y la negación después. Así, la vejez es transformada en un proceso patológico al que hay que curar. De ser un episodio, un momento en el período biológico y vital de cada individuo, la vejez se convierte en una enfermedad cuya permanencia, y aún su expansión amenaza con quebrar la continuidad e identidad del grupo social en su condición de productor y transmisor de los valores culturales que le dan

² Moragas Moragas, R. (1991) Gerontología Social. Ed. Herder.

sentido. Por ello, a los viejos se los margina, se los segrega y se los aísla de la comunidad a la que pertenecen. Esta cita extraída del libro Los discursos marginales de la sociedad moderna, del sociólogo italiano Luca Lazzatti, bien puede ser útil para comenzar a ubicar el complejo problema de la vejez en la Argentina”³ o de Bahía Blanca, en nuestro caso.

Ya se analizó la cantidad de ancianos existentes en la ciudad, su localización espacial, los índices relacionados con el resto de la población y sus principales causas de muerte, pero ¿en qué situación se encuentran?, ¿qué protección tienen?, ¿con qué servicios cuentan?

El Estado y los ancianos

A nivel estatal no se puede determinar la cantidad de jubilados y pensionados con los que cuenta la ciudad, ya que los datos proporcionados por PAMI los engloba junto a los del distrito vecino de Coronel Rosales. En una entrevista realizada al responsable de Relaciones Públicas del PAMI contestó a la pregunta sobre cantidad de beneficiarios: HAY QUE REVISAR LA SINTAXIS DE TODA LA ENTREVISTA El PAMI tiene en este momento, le digo aproximadamente, porque lógicamente se hacen correcciones permanentes de los padrones, podemos hablar de cerca de tres millones y medio de beneficiarios en todo el país. En Bahía Blanca (incluido en partido de Coronel Rosales) son treinta y ocho mil y en toda la zona nuestra que va desde Patagones hasta Rivadavia son ochenta y cinco mil. (En el Anexo Capítulo 7 se presenta la Historia del PAMI y sus características)

Con respecto a los servicios que presta respondió: “la obra social fue fundada por Manrique (Francisco) en la década del setenta, año setenta y uno, empezó como una prestadora de servicios médicos y luego se amplió a servicios sociales, o sea que ahora es una obra social integral porque presta

³ Katz, I. (1992) La tercera edad. Ed. Planeta

servicios médicos y sociales... tenemos servicios propios y servicios delegados.

L

Página 177: [11] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Fuente: Sin Cursiva		
Página 177: [11] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Fuente de párrafo predeter., Fuente: Sin Cursiva		
Página 177: [11] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Fuente: Sin Cursiva		
Página 177: [11] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Con formato		
Página 177: [12] Eliminado	-	01/05/2006 16:56:00

Y p

Página 177: [13] Eliminado - 01/05/2006 16:56:00

or último se presenta la vejez como etapa vital, que es la más equilibrada, ya que se basa en el reconocimiento de que, el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, la cual entra en una etapa distinta a las vividas previamente. Este período se caracteriza por poseer potenciales únicos y distintivos: serenidad de juicio, experiencia, madurez, perspectiva de la historia personal y social. Este enfoque destaca "...la unicidad de la experiencia humana positiva vivida por cada persona, respetando su individualidad pero insertándose en una sociedad de grupos fortalecidos y potenciados por la portación de cada sujeto..."⁴

Otra complejidad ocurre con la denominación, ¿cómo nombrarlos?: ¿viejos, pertenecientes a la tercera o cuarta edad, ancianos, adultos mayores, abuelos?; "se inventan términos, parecería que hay términos que se van utilizando para escaparle a la palabra que es la más temida: "viejo". La vejez produce viejos, no produce otra cosa"⁵, normalmente el llamarlos "viejos" es tomado en forma despectiva, aunque una de las formas de perderle el miedo a todo lo que implica la vejez, es empezar por perder el miedo a la palabra y dejar de lado los eufemismos. Cuando se habla de los viejos, el imaginario social los considera

⁴ Moragas Moragas, R. (1991) Gerontología Social. Ed. Herder.

⁵ Salvarezza, L. (1998) La Vejez Ed. Paidós

“débiles o frágiles”, aunque realmente no lo son, ya que son los sobrevivientes de un grupo numeroso, la gran mayoría ha quedado en el camino; de allí el respeto y consideración que merecen, no sólo por sus canas o sus arrugas.

Con respecto al término tercera o cuarta edad, ¿en qué momento se habla de primera o segunda edad?, ¿en qué momento comienza cada una?

Página 177: [14] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
-------------------------------------	---------------------	----------------------------

Fuente: Sin Cursiva

Página 177: [14] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
-------------------------------------	---------------------	----------------------------

Fuente de párrafo predeter., Fuente: Sin Cursiva

Página 177: [14] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
-------------------------------------	---------------------	----------------------------

Con formato

Página 177: [14] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
-------------------------------------	---------------------	----------------------------

Fuente: Sin Cursiva

Página 177: [14] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
-------------------------------------	---------------------	----------------------------

Fuente de párrafo predeter., Fuente: Sin Cursiva

Página 177: [14] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
-------------------------------------	---------------------	----------------------------

Fuente: Sin Cursiva

Página 177: [14] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
-------------------------------------	---------------------	----------------------------

Con formato

Página 177: [14] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
-------------------------------------	---------------------	----------------------------

Con formato

Página 177: [14] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
-------------------------------------	---------------------	----------------------------

Con formato

Página 177: [14] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
-------------------------------------	---------------------	----------------------------

Con formato

Página 177: [15] Eliminado	-	01/05/2006 16:56:00
-----------------------------------	----------	----------------------------

No es un término que se estime

Página 177: [16] Eliminado	-	01/05/2006 16:56:00
-----------------------------------	----------	----------------------------

Algunos ancianos la aceptan, especialmente

Página 177: [17] Eliminado	-	01/05/2006 16:56:00
-----------------------------------	----------	----------------------------

los que les cuesta reconocer su propia vejez:

Página 177: [18] Eliminado	-	01/05/2006 16:56:00
-----------------------------------	----------	----------------------------

es como si de esa forma o con esa

Página 177: [19] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
-------------------------------------	---------------------	----------------------------

Fuente: Sin Cursiva

Página 177: [19] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
-------------------------------------	---------------------	----------------------------

Fuente de párrafo predeter., Fuente: Sin Cursiva

Página 177: [19] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
-------------------------------------	---------------------	----------------------------

Con formato

Página 177: [19] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Fuente: Sin Cursiva		
Página 177: [19] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Con formato		
Página 177: [19] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Fuente: Sin Cursiva		
Página 177: [19] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Con formato		
Página 177: [19] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Con formato		
Página 177: [19] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Con formato		
Página 177: [19] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Fuente: Sin Cursiva		
Página 177: [20] Eliminado	-	01/05/2006 16:56:00
<p>as empresas médicas que en este momento están trabajando, para nuestra zona son FECLIBA y CISBO V, han entablado un convenio, ellos se encargan del primer nivel: médicos de cabecera, radiología, análisis, y otros estudios,</p>		
Página 177: [21] Eliminado	-	01/05/2006 16:56:00
<p>el segundo nivel que pueden ser médicos especialistas, ambulatorios e internación y tercer nivel o alta complejidad que eso representa todo lo que puede ser diálisis, cardiocirugía; es decir lo medico lo cubre todo. Desde el simple médico de cabecera por una consulta de un resfrío hasta una operación de transplante cardiaco OJO ACLARAR LO QUE SIGUE ...</p>		
Página 177: [22] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Fuente: Sin Cursiva		
Página 177: [22] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Fuente de párrafo predeter., Fuente: Sin Cursiva		
Página 177: [22] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Fuente: Sin Cursiva		
Página 177: [22] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Con formato		
Página 177: [23] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Fuente: Sin Cursiva		
Página 177: [23] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Con formato		
Página 177: [24] Eliminado	-	01/05/2006 16:56:00
adecuado para denominar a este grupo		
Página 177: [25] Eliminado	-	01/05/2006 16:56:00

: a lo largo del trabajo se los ha mencionado como viejos o ancianos. Una denominación muy en boga es “adultos mayores”

después tenemos por fuera de convenio, o sea con convenio pero no el propio PAMI, odontología integral. Convenio con el Círculo Odontológico de Bahía Blanca a través de los colegios de odontólogos de toda la provincia y se atiende gratuitamente el servicio normal de odontología y prótesis totales o parciales; y después tenemos servicios propios, que esos sí los presta el PAMI a través de geriatría o psiquiatría que son convenios que firma directamente con las clínicas, pero nosotros también tenemos servicios de atención ambulatoria e internación psiquiátrica y tenemos servicios de internación geriátrica a través de geriátricos puros o simples o geriátricos con control psiquiátrico que es otra categoría.

Y después tenemos, dentro de lo que es la atención en centro de jubilados, algo más sencillo, que es la enfermería y pedicuría gratuita para todos los jubilados sin necesidad de que sean socios de los Centros. Esto vendría a ser la parte prestacional propiamente dicha, después tenemos lo propio del Instituto, entrega de marcapasos, sillas de ruedas, camas ortopédicas, bastones, muletas, trípodes, pañales, bolsas de colostomía, todo eso se entrega gratuitamente, debemos ser la única obra social que prevé la entrega de esos elementos. Y después tenemos también la parte social que incluye todos los subsidios sociales que se le dan a personas, ya sea por un monto fijo que cobra en el Banco Nación todos los meses, que puede ser para ayudar al pago del alquiler de su casa o su departamento, pago ayuda alimentaria, pago ayuda de medicamentos, por si consume demasiados medicamentos se les da cierto tipo de ayuda, eso es una rama de lo que es la acción social, después tenemos lo que es propiamente dicho, la parte pro bienestar que es la entrega de bolsones mensuales de alimentos, tanto secos como frescos, y atención de comedores a

jubilados en los Centros de Jubilados, que funcionan de lunes a viernes al mediodía.

Consultado sobre el tema médico y las gerencadoras dijo: son sesenta médicos de cabecera para Bahía Blanca y Punta Alta que están atendiendo a PAMI.

Página 177: [27] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Con formato		

Página 177: [27] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Fuente: Sin Cursiva		

Página 177: [28] Eliminado	-	01/05/2006 16:56:00
sos médicos de cabecera pueden tener entre seiscientos ó setecientos		

(pacientes), hay algunos que tienen mil, pero no quiere decir que van los mil, se calcula el veinticinco por ciento del uso tasa relación enfermo-médico de cabecera o sea que del padrón de seiscientos un veinticinco por ciento va. Uno consulta con muchos y le dicen “hace seis meses que no voy al médico”, otros van, otros “yo voy únicamente por la receta, me la hace la secretaria”, ... o sea que no es que atiende seiscientos, el médico atiende PAMI, más las otras cuarenta y tres obras sociales, más particulares, más si es cirujano opera,

Página 177: [29] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Con formato		

Página 177: [29] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Fuente: Sin Cursiva		

Página 177: [30] Eliminado	-	01/05/2006 16:56:00
o se atiende alguna otra cosa,... lo de PAMI se sabe que la tasa de uso se calcula		

un veinticinco por ciento al mes del padrón que tiene. Esos médicos pertenecen todos a la Asociación Médica de Bahía Blanca, son empleados y les paga ella, antes pertenecían a PAMI, los tuvo mas como relación de dependencia y pasaron a ser de la Asociación Médica. Cuando vienen las dos empresas CISBO V y FECLIBA ellos (los médicos) son exclusivamente FECLIBA. Llegado el convenio los médicos atienden a las dos gerencadoras, o sea que en un listado de seiscientos hay doscientos de CISBO V y cuatrocientos de FECLIBA, ellos atienden a todos donde se bifurcan los caminos del gerenciador es en el

segundo nivel. cuando le dicen usted necesita un especialista; se debe informar sobre que sanatorio atiende por FECLIBA o CISBO V, que especialista atiende por FECLIBA o CISBO V. Pero el primer nivel, lo que es atención de medico cabecera y análisis clinicos todos son atendidos por la misma gente de eso no hay ningún problema y más o menos tienen esa proporción o sea hay algunos que tienen mil, otros tienen ochocientos, otros tienen seiscientos, otros cuatrocientos... Cuando empezaron los médicos cabeceras, hace mucho años, se tomo en general, hoy hay médicos que no dan el perfil, el perfil vendría a ser un medico clínico o medico de familia como se llama ahora y si es posible con especialización gerontológica.

A partir de ahora, a medida que se vayan jubilando los médicos de cabecera o alguno renuncie, el PAMI únicamente va a admitir que los profesionales tomen como médicos de cabecera primero y principal clínica medica, o clínico y después con especializaciones en ese tipo; pero hoy encontramos ginecólogos, reumatólogos y muchas otras especialidades. Pasa que hay médicos que hace veinte treinta años que están en el PAMI como médico de cabecera...”

Este tema es bastante complejo, ya que no existen en la ciudad muchos especialistas en esta problemática, según información recabada en la Sociedad de Geriátría y Gerontología de Bahía Blanca, filial de la Sociedad Argentina, hay solamente seis o siete médicos geriatras, éstos eran clínicos que posteriormente hicieron un curso de especialización. Según informaron, el que entiende la problemática del anciano, tiene que ser básicamente clínico, o sea el médico de cabecera.

Geriátricos

Este es otro de los temas preocupantes, consultado sobre la cantidad de geriátricos existentes en la ciudad la respuesta fue: “¿Por PAMI? Dos.

Página 177: [31] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Fuente: Sin Cursiva		
Página 177: [31] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Con formato		
Página 177: [31] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Fuente: Sin Cursiva		
Página 177: [31] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Color de fuente: Automático		
Página 177: [31] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Con formato		
Página 177: [31] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Fuente: Sin Cursiva		
Página 177: [32] Eliminado	-	01/05/2006 16:56:00
Sin PAMI, le puedo hablar de más de sesenta, dentro de los legales		

Página 177: [33] Eliminado - 01/05/2006 16:56:00
os que están en la Federación de Geriátricos del Sur, que tienen todo habilitado por Zona Sanitaria, Municipalidad, la mayoría no trabajan con PAMI no han querido trabajar porque a lo mejor con los privados les basta, nosotros tenemos ciertas normas y por ahí a algunos ponerlos tan a punto como nosotros pedimos no les conviene"... " tenemos mucha demanda, lo que pasa es que han venido (los dueños de los geriátricos), pero no cumplen los requisitos o porque no quieren poner los pasamanos, o porque no quieren poner en el baño las medidas de seguridad, o porque no quieren poner pisos antideslizantes, o porque en una pieza le conviene tener a tres en vez de dos ya que nosotros, por las normas, según los metros cuadrados disponibles, no

Página 177: [34] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Con formato		
Página 177: [34] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Fuente: Sin Cursiva		
Página 177: [34] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Con formato		
Página 177: [34] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Fuente: Sin Cursiva		
Página 177: [35] Eliminado	-	01/05/2006 16:56:00
aceptar más de dos personas, por una cuestión de aireación... y pagamos bien, nosotros estamos pagando bien, seiscientos y pico de pesos por cada persona		

mensuales, más los medicamentos, más los pañales ...y sin embargo no quieren”.

“Hay los que son normalmente de contrabando que uno se da cuenta únicamente en verano cuando ve más de dos viejitos sentados en la puerta, eso es un geriátrico clandestino.

Página 177: [36] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Con formato		

Página 177: [36] Con formato	Nora Pizarro	21/10/2004 17:00:00
Fuente: Sin Cursiva		

CAPITULO 8 LA ANCIANIDAD

En la antigüedad los ancianos eran los sabios de las comunidades, época que se percibe lejana, ya que actualmente el incremento que ha sufrido este grupo es muy importante, producto del aumento de la esperanza de vida. En nuestro caso particular, hacia fines del siglo XX la ciudad presentaba una expectativa de vida de 75 años, como ya se expuso anteriormente.

Esta modificación demográfica tiene amplias repercusiones en el desarrollo de las sociedades modernas, significa que una sociedad vieja va a cambiar su estructura de población, su estructura sanitaria, su estructura educativa, su mercado laboral, sus necesidades previsionales: toda la estructura de la sociedad, toda la sociedad cambia. Y por lo tanto, la sociedad en sí misma, debe pensarse en forma diferente, motivo por el cual es imperioso conocer sus dimensiones y características, preparándose para responder a las exigencias, cada vez más considerables, de este grupo.

A esto debe sumársele la complejidad que implica determinar en qué momento se deja de ser adulto, para ser anciano. Indudablemente la vejez no comienza a una edad determinada, salvo para las estadísticas, en las cuales según la Organización Mundial de la Salud se establece a partir de los 65 años. Algunos de los "criterios utilizados para asumir la realidad de ser viejo fueron descritos por Furstenberg (1989) en función de las siguientes variables: Edad cronológica, ... el declive de las funciones físicas (uno de los marcadores más utilizados como indicador de vejez...) el deterioro del funcionamiento mental, ... y el sentimiento de utilidad y participación social..."¹

Las teorías tradicionales de carácter socio-biológico sostienen que para el hombre, la vejez comienza con la jubilación, y para la mujer, con la menopausia; el fin de lo instituido para lo productivo y para lo reproductivo. Si bien estos parámetros, ciertamente antiguos, pueden ser válidos, poco nos dicen sobre el registro subjetivo.

¹ Antequera-Jurado, R.; Blanco Picabía, A. (1998) Percepción de control, autoconcepto y bienestar en el anciano En Salvarezza, L.; La Vejez Buenos Aires, Ed. Paidós

- Con formato ... [1]
- Con formato ... [2]
- Con formato ... [3]
- Con formato ... [4]
- Eliminado: 7
- Con formato ... [5]
- Eliminado: 7
- Eliminado: R
- Eliminado: esto present ... [6]
- Eliminado: O
- Eliminado: este-
- Con formato ... [7]
- Eliminado: E
- Eliminado: este. E
- Eliminado: ; e
- Eliminado: l resto del ... [8]
- Eliminado: ,
- Eliminado: -la cual no ... [9]
- Eliminado: ,
- Eliminado: y la orla e ... [10]
- Eliminado: ;
- Eliminado: siguiéndol ... [11]
- Eliminado: ; e
- Eliminado: n general a ... [12]
- Eliminado: , l
- Eliminado: e siguen e ... [13]
- Con formato ... [14]
- Eliminado: ;
- Eliminado: L
- Eliminado: l
- Eliminado: os lugares ... [15]
- Con formato ... [16]
- Eliminado: ;
- Eliminado: Villa Rosa ... [17]
- Eliminado: y
- Eliminado: (el último e ... [18]
- Eliminado: , de
- Eliminado: contamina ... [19]
- Eliminado: ,
- Eliminado: hecho, sin ... [20]
- Eliminado: que
- Eliminado:
- Eliminado: en los dato ... [21]
- Eliminado: no queda ... [22]
- Eliminado: ,
- Eliminado: queda
- Eliminado: ndo
- Eliminado: la franja n ... [23]
- Eliminado: ,
- Eliminado: (barrios P ... [24]
- Eliminado: ;
- Eliminado: en el bord ... [25]
- Con formato ... [26]
- Eliminado: finales
- Eliminado: sobre el te ... [27]
- Eliminado: LA MORTA ... [28]

Otra clasificación sobre la vejez nos permite reconocer a este fenómeno desde tres concepciones distintas. La primera es la vejez cronológica, la cual considera que esta etapa comienza al momento de haber cumplido los 65 años de edad. Esta concepción es objetiva; si bien la edad es un dato relevante, no determina la condición de la persona, es decir, no tiene en cuenta su historia personal. La segunda, es la vejez funcional, que corresponde a utilizar el término “viejo” como sinónimo de incapaz o limitado. Si bien en la etapa de la vejez, debido al paso del tiempo se reduce la capacidad funcional como en cualquier organismo vivo, estos cambios no imposibilitan desarrollar una vida plena, ya que la persona no es sólo física sino que es un ser bio-psico-social. *“Las barreras a la funcionalidad de los ancianos son con frecuencia, fruto de las deformaciones y mitos sobre la vejez más que el reflejo de las deficiencias reales”*² Por último se presenta la vejez como etapa vital, que es la más equilibrada, ya que se basa en el reconocimiento de que, el transcurso del tiempo produce efectos en la persona, la cual entra en una etapa distinta a las vividas previamente. Este período se caracteriza por poseer potenciales únicos y distintivos: serenidad de juicio, experiencia, madurez, perspectiva de la historia personal y social. Este enfoque destaca *“...la unicidad de la experiencia humana positiva vivida por cada persona, respetando su individualidad pero insertándose en una sociedad de grupos fortalecidos y potenciados por la portación de cada sujeto...”*³

Otra complejidad ocurre con la denominación, ¿cómo nombrarlos?: ¿viejos, pertenecientes a la tercera o cuarta edad, ancianos, adultos mayores, abuelos?; *“se inventan términos, parecería que hay términos que se van utilizando para escaparle a la palabra que es la más temida: “viejo”. La vejez produce viejos, no produce otra cosa”*⁴, normalmente el llamarlos “viejos” es tomado en forma despectiva, aunque una de las formas de perderle el miedo a todo lo que implica la vejez, es empezar por perder el miedo a la palabra y dejar de lado los eufemismos. Cuando se habla de los

² Moragas Moragas, R. (1991) Gerontología Social. [Barcelona](#), Ed. Herder.

³ Moragas Moragas, R. (1991) Gerontología Social. [Barcelona](#), Ed. Herder.

⁴ Salvarezza, L. (1998) La Vejez. [Buenos Aires](#), Ed. Paidós

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición: Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,33 cm, Con relación a: Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Eliminado: ¶

Eliminado: ¶
Y P

Eliminado:

Índice de masculinidad

La brecha entre varones y mujeres ha ido variando en los distintos períodos censales, desde 1960 hasta el 2001, hecho que se corrobora con los cambios que sufre el índice de masculinidad, el cual parte con una gran paridad entre sexos en 1960, agudizándose las diferencias con posterioridad, especialmente cuando se lo analiza por grandes grupos de edades.

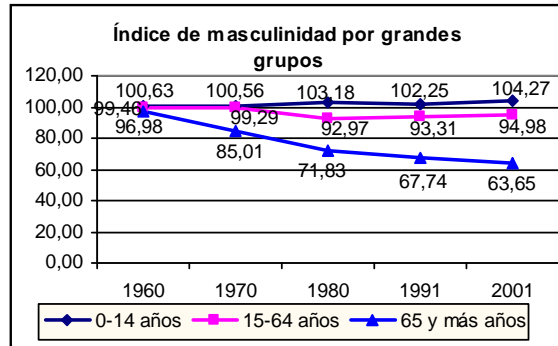


Gráfico 8-1

(Gráfico 8-1) En principio se detecta una leve tendencia positiva en el primer conjunto, de 0 a 14 años, ya que en 1960 aparecen con muy poca diferencia, 100,6 varones cada cien mujeres; proporción que asciende en el 2001 a 104,2. En el grupo siguiente, de 15 a 64 años, se percibe el leve predominio de las mujeres sobre los varones, la mayor desigualdad se observa en 1980 con 92,9 hombres cada cien mujeres, para llegar al 2001 a casi 95%. La tercer agrupación, los mayores de 65 años, son los que detentan mayor variación y con tendencia a agudizarse; ambos sexos manifiestan paridad en el censo de 1960, 96,9 varones cada cien mujeres, pero con el transcurrir de los años éstas los superan ampliamente, obteniendo en el 2001 la mayor diferencia: 63,65 ancianos por cada cien ancianas.

Al desagregar el índice de masculinidad de los ancianos, se observan las variaciones acontecidas durante los últimos censos; en línea generales se detecta un paulatino descenso en cada subgrupo de edades. En 1960 se advierten valores elevados entre los 65 y 74 años, siendo los únicos grupos que presentan mayor cantidad de varones que mujeres en todo el período analizado, dando como resultado un índice de masculinidad de 100,62 y 101,21 respectivamente. Los grupos siguientes muestran declinación en sus valores, adoptando el mínimo el grupo de 85 y más años con una relación de 72,83 varones cada cien mujeres. (Gráfico 8-2)

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición: Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,33 cm, Con relación a: Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Eliminado: ¶

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,33 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

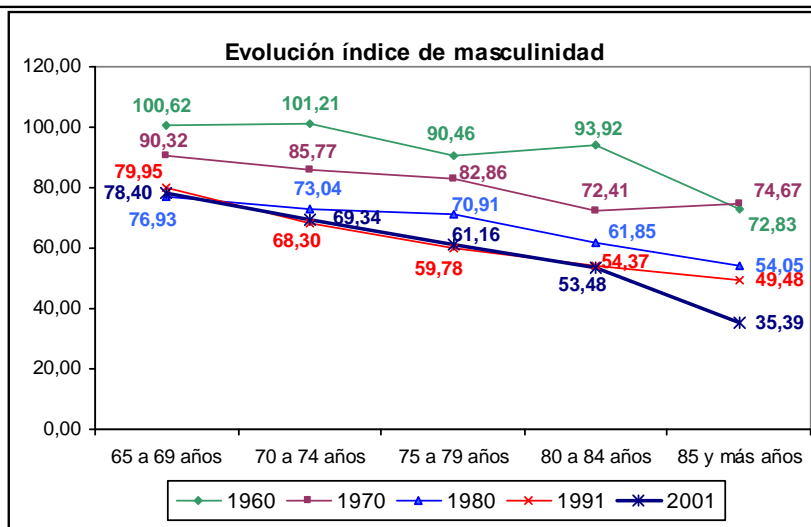


Gráfico 8-2

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Interlineado:
sencillo

Con formato: Centrado,
Sangría: Primera línea: 0 cm

Para el subgrupo de 65 a 69 años se observa una notoria ampliación de las diferencias entre los tres primeros censos, logrando en 1980 el mínimo valor, 76,93; en los relevamientos siguientes se detectan oscilaciones, que van desde 79,85 en 1991 a 78,40 varones por cada 100 mujeres en el 2001. Entre los 70 y 74 años se produce un continuo declive del índice en los sucesivos censos, partiendo en 1960 con 101,21%, para estabilizarse en los dos últimos con valores cercanos al 69%. El conjunto de 75 a 79 desciende en forma más equilibrada, alrededor de 10 puntos cada período censal, notándose la paridad resultante en los censos de 1991 (59,58%) y 2001 (61,16%). De 80 a 84 años es importante la declinación producida entre el censo de 1960 y 1970, con más de 20 puntos, con posterioridad baja de manera similar a las edades anteriores (10 puntos), hasta arribar a la aproximación de valores de los últimos censos, 54,37% en 1991 y 53,48% en 2001. En el grupo mayor de 85 años es donde se remarcen las disparidades, en los censos de 1960 y 1970 mantienen valores similares, 72,83% y 74,67% respectivamente, a partir de aquí se produce un importante descenso, en 1980 alcanza a 54 %, en 1991 llega a 49,48%, produciéndose la mayor diferencia en el 2001 con 35,39 varones cada 100 mujeres, producto de la mayor expectativa de vida del sexo femenino. Es importante la paridad en los valores entre los censos 1991 y 2001, excepto el último grupo de edades.

Esta similitud de valores se corrobora al analizar el incremento sufrido por cada sexo, entre los dos censos, donde se percibe una estabilidad en los valores logrados hasta los 80 años, posteriormente se amplían notoriamente las diferencias, especialmente en el grupo de más de 95 años, donde las mujeres se incrementan un 250%, en tanto los varones sólo lo hacen en un 42,31% (Gráfico 8-3). A pesar de ser

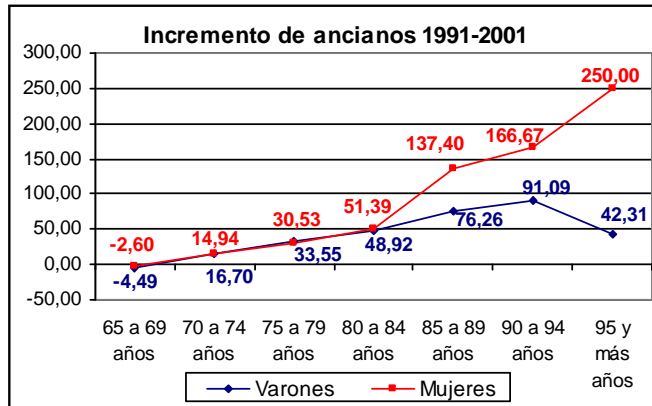


Gráfico 8-3

Envejecimiento y política

El envejecimiento de la cúspide es irrefutable. Y son en conjunto las consideraciones que acompañan esta afirmación las que hacen pensar sobre la relevancia que adquiere ahora el tipo de políticas para enfrentar situaciones derivadas de este envejecimiento de la población en Bahía Blanca. Este centro urbano al igual que muchos en el país no pueden eludir las consecuencias de estas fluctuaciones demográficas y menos una presión excesiva y evidente como la manifiesta evolución cuantitativa que hemos señalado concretamente.

Se entiende que es imposible un ajuste homeostático a corto plazo, por consiguiente, en su aspecto vital básico la población urbana de Bahía Blanca no modificará la posición de retroacción general negativa con un grupo etario en progresión y crecimiento sostenido. Las soluciones a la satisfacción de las necesidades básicas de ese grupo, tanto como a la igualdad de oportunidades no pueden ser una débil prioridad en los esfuerzos de las autoridades. Es un grupo etario que no está compuesto por incapacitados o incompetentes como lo esquematiza

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición: Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,33 cm, Con relación a: Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Fuente: 11 pt, Negrita

Con formato: Justificado, Interlineado: Doble

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Fuente: 11 pt

cualquier visión permeada por criterios dominantes de discriminación . Es población pasiva, supuestamente inactiva y presuntamente dependiente, cuyos servicios han dejado de ser útiles en la estructura productiva actual.

Qué hacer?

Las observaciones precedentes constituyen enunciados de validez ahistórica, ya que las tendencias que se definen como estables hasta el fin del siglo XIX, a partir de las primeras décadas del siglo XX crecen en su significación y se complejizan a inicios del nuevo siglo, como es claro e inequívoco en el grupo etario que se investiga. No obstante las repercusiones de este avance, que son extremadamente complejas desde el punto de vista social y económico, no permite acceder por ahora, a previsiones que, de manera conciente, definan con pleno sentido el futuro de este grupo poblacional en crecimiento.

Sin embargo, las cifras expuestas permiten una utilización precisa y unitaria a la vista de un contexto demográfico y socioeconómico en el que debe ser encuadrado. Asimismo, esto no puede pasar inadvertido a ningún enfoque político y la pregunta en lenguaje corriente es, qué hacer? ya que la integración y la cohesión de una sociedad dependen fundamentalmente de la atención de las necesidades globales de la misma, y con más énfasis, de los grupos etarios más necesitados y condicionados por la edad como es el que se examina.

Una interpretación teórica plausible llevaría, al menos, una respuesta positiva encarada mediante procedimientos adecuados. Esta respuesta es política. Y debe buscarse teniendo presente que Bahía Blanca no contiene familias numerosas con dos o tres generaciones o matrimonios coexistiendo en el seno de un gran hogar, sino que está formada por familias conyugales nucleares compuestas únicamente por padre, madre e hijos, que, en los últimos años hay una señalada reducción de las oportunidades de empleo; que hubo un importante cambio material en la tecnología en uso y que todo esto se vincula estrechamente con un ajuste económico de graves

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,33 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Con formato: Fuente: 11 pt,
Negrita

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Fuente: 11 pt,
Negrita

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Justificado,
Sangría: Primera línea: 1,25
cm, Interlineado: Doble

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Justificado,
Interlineado: Doble

repercusiones en la ocupación. Como consecuencia, la presión sobre los recursos se ve intensificada y los ancianos pagan un caro descenso en su calidad de vida.

Envejecimiento y cultura

En términos generales se considera que la educación cumple un rol de importancia por sus variadas consecuencias en el ámbito personal y social. Es una concepción tradicional que se debe entender solamente en el universo etario de 65 y más años. En este caso, el coeficiente educativo no es constante a medida que se incrementa la brecha temporal entre el momento de recibir educación y la edad actual. Un análisis dinámico de las condiciones educativas muestra la vulnerabilidad y el consiguiente deterioro vinculado a la subutilización de los conceptos educativos tradicionales una vez pasadas dos generaciones, lo cual genera una incompatibilización entre el proceso educativo recibido y la focalización y selectividad que se requieren para interpretar, con aquellos conceptos, el mundo de nuestros días.

Por ello, aunque la población de 65 años y más en Bahía Blanca revele una tasa de escolarización muy elevada, no indica un valor de reconocimiento educativo real por desactualización, por consiguiente es incapaz de otorgarle una cosmovisión clara y concreta sobre la sociedad en la que vive dado el tiempo transcurrido desde la escolarización más temprana.

Suponiendo que la actividad laboral impidió en la mayoría la continuidad de los estudios, una tasa bruta de escolarización superior al 90% cumplida hace 50 años está lejos de permitirle en la actualidad una participación efectiva a desarrollar en el campo social y cultural.

La actual abstención generalizada del grupo etario en cuestiones culturales se produce por efecto cronológico y por la tendencia a estabilizarse en el pasado. A ello se agrega la descentralización de este grupo etario de la atención gubernamental en la formulación de políticas educativas serias para esa edad produciendo una significativa inmovilidad cultural. Y en el grupo mismo, una extendida experiencia superpuesta a una faz educativa muy primitiva interviene dificultando los criterios para

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,33 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Con formato: Fuente: 11 pt,
Negrita

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Fuente: 11 pt,
Negrita

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Fuente: 11 pt

la toma de decisiones. El cambio social acelerado convierte en obsoletos los valores primigenios. Por otra parte, la flexibilidad a esa edad es mínima para interiorizar los valores del grupo mayoritario y menos las manifestaciones externas de su conducta. Si los asimila e integra, impondría serios riesgos a su propio equilibrio personal. De allí que señalar con mucho énfasis una elevada tasa bruta de escolarización para personas de más de 65 años tiene un valor muy relativo.

En resumen: la tasa de escolarización, cuando se trata de 65 años y más, se refiere a situaciones sociales de un sistema sociocultural del pasado, que ha tenido lugar por y para un contexto con sentido y significación en otra época, no para el presente. Las cadenas de comportamiento estandarizadas, por lo menos en las interacciones verbales de los sujetos observados, es consecuencia de una situación asistemática basada en condiciones de experiencias precedentes.

La edad cronológica impone en la sociedad contemporánea una discriminación biológica-cultural y ya nadie niega que los ancianos constituyen un grupo minoritario heterogéneo que no comparte lo esencial de la cultura mayor. Esto se refleja en la incapacidad para operar la reducción y la sustitución de actividades luego de la jubilación, lo cual implica procesos de ajuste en los que los niveles educativos actualizados tienen una importancia fundamental. Y la tienen tanto en la vida como en la muerte, ya que "...los que disponen de mayor educación y renta tienen un mejor nivel de vida y de salud y mueren más tarde que los pobres y menos educados, existiendo una relación intensa entre educación, status socioeconómico y mortalidad"⁶

Vejez, trabajo y sociedad

Uno de los aspectos más valorados culturalmente es la participación del hombre en el mercado laboral. La sociedad acepta al individuo si éste participa activamente del esquema productivo y si no lo hace lo margina. En este contexto los ancianos son marginados y concebidos como una carga social. "Jubilarse del trabajo es jubilarse de la vida ... Indica que en nuestro país ser viejo es una de las tantas

⁶ Moragas Moragas, R (1991) "Gerontología social". Barcelona, Editorial Herder. pág.261

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,33 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Fuente: 11 pt,
Cursiva

Con formato: Fuente: Cursiva

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,33 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

maneras de ya no ser...⁷ A pesar de estar jubilados, o como comentó una anciana en una entrevista “tener los maleficios de la jubilación”, muchos deben continuar en actividad, mientras puedan, para solventar sus gastos; en tanto otros lo hacen para no sentirse “desechados” por la sociedad.

“La vejez es parte del destino humano. Se trata pues, de crear un espacio a la medida de ese tiempo, más lento pero más sabio de los viejos”.⁸

En los estudios más recientes se reconoce la influencia del medio social sobre la personalidad del anciano, ya que éstos exhibirán la personalidad que el medio les permita, siendo negativa si no los integra y siendo positiva cuando encuentren un ambiente de contención.

La persona en desarrollo ve los cambios indeseables que acompañan a la vejez, e inconscientemente rechaza tanto el proceso de envejecimiento como las personas que son portadoras de él. En esta etapa del ciclo vital se observa una declinación en el aspecto biológico de la persona, ya que el cuerpo denota el paso del tiempo y es reflejo de las condiciones de vida que ha llevado. Pero pese a esta disminución de las capacidades, la persona posee muchas más posibilidades que pueden contrarrestar las falencias físicas propias de la edad.

“...Desde el punto de vista psicológico la capacidad de los mayores para asumir los cambios y pérdidas que se producen en la vejez, dependerá de cómo el sujeto se haya adaptado a otros períodos de transición en su etapa vital. Implica tener que elaborar el duelo por lo que fue y ya no es, por lo que tuvo y dejó de tener, por lo que pudo y ahora tiene dificultad para hacer. En pocas palabras: es tener que asumir una nueva identidad sobre bases distintas en un período donde la adecuación a lo nuevo se hace más difícil. Pero sólo a partir de una adaptación activa a la realidad, comprendida como un intercambio crítico entre el sujeto y su contexto, esta fase de la

⁷ Katz, F. (1992) La tercera edad. Buenos Aires, Ed. Planeta.

⁸ Katz, F. (1992) La tercera edad. Buenos Aires, Ed. Planeta.

vida, puede ser asumida como de modificación y crecimiento, y este ciclo se puede pensar, como un proyecto distinto de existencia... ”⁹

El resultado de ver a la vejez como algo negativo es que, de todas las realidades, esta etapa es la que conservamos durante más tiempo en la vida como una noción puramente abstracta. Considerar esta realidad como una abstracción es producto de la imposibilidad de incluirnos dentro de un proceso evolutivo y pensarnos viejos nosotros mismos. Lo habitual es que tratemos de negar reiteradamente nuestro propio envejecimiento y que se lo adjudiquemos masivamente al viejo real que tenemos delante. “...Nos negamos a reconocernos en el viejo que seremos...”¹⁰

El Estado y los ancianos

A nivel estatal no se puede determinar la cantidad de jubilados y pensionados con los que cuenta la ciudad, ya que los datos proporcionados por PAMI los engloba junto a los del distrito vecino de Coronel Rosales. En una entrevista realizada al responsable de Relaciones Públicas del PAMI contestó a la pregunta sobre cantidad de beneficiarios: El PAMI tiene en este momento, aproximadamente, porque se hacen correcciones permanentes de los padrones, tres millones y medio de beneficiarios en todo el país. En Bahía Blanca (incluido en partido de Coronel Rosales) son treinta y ocho mil y en toda la zona, que va desde Patagones hasta Rivadavia son ochenta y cinco mil.

Con respecto a los servicios que presta respondió: “la obra social fue fundada por Manrique (Francisco) en la década del setenta, año setenta y uno, empezó como una prestadora de servicios médicos y luego se amplió a servicios sociales, ahora es una obra social integral porque presta servicios médicos y sociales... tenemos servicios propios y servicios delegados. Las empresas médicas que en este momento están trabajando, para nuestra zona son FECLIBA y CISBO V, han entablado un convenio, ellos se encargan del primer nivel: médicos de cabecera, radiología, análisis,

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición: Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,33 cm, Con relación a: Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Eliminado: . Ya se analizó la cantidad de ancianos existentes en la ciudad, su localización espacial, los índices relacionados con el resto de la población y sus principales causas de muerte, pero ¿en qué situación se encuentran?, ¿qué protección tienen?, ¿con qué servicios cuentan?¶

Eliminado: **HAY QUE REVISAR LA SINTAXIS DE TODA LA ENTREVISTA**

Con formato: Fuente: Negrita, Resaltar

Eliminado: ,

Eliminado: le digo

Eliminado: lógicamente

Eliminado: podemos hablar de cerca de

Eliminado: nuestra

Eliminado: . (En el Anexo Capítulo 7 se presenta la Historia del PAMI y sus características)

Con formato: Fuente: Sin Cursiva

Eliminado: o sea que

Eliminado: , /

Eliminado: ,

⁹ Zolotow, D. (2003) Los devenires de la ancianidad. Buenos Aires, Ed. Lumen Humanitas

¹⁰ Katz, F. (1992) La tercera edad. Buenos Aires, Ed. Planeta.

Eliminado: D

Eliminado:

y otros estudios, el segundo nivel que son, médicos especialistas, ambulatorios e internación y tercer nivel o alta complejidad, diálisis, cardiocirugía; es decir lo médico lo cubre todo, desde el simple médico de cabecera por una consulta de un resfrío hasta una operación de trasplante cardiaco; y por convenio con el Círculo Odontológico de Bahía Blanca, odontología integral, se atiende gratuitamente el servicio normal de odontología y prótesis totales o parciales.

Tiene servicios de atención ambulatoria e internación psiquiátrica y servicios de internación geriátrica a través de geriátricos puros o simples o geriátricos con control psiquiátrico que es otra categoría.

Además cuenta, dentro de lo que es la atención en centro de jubilados, algo más sencillo, que es la enfermería y pedicuría gratuita para todos los jubilados sin necesidad de que sean socios de los Centros. Esto es la parte prestacional propiamente dicha, además, el Instituto entrega, marcapasos, sillas de ruedas, camas ortopédicas, bastones, muletas, trípodes, pañales, bolsas de colostomía, todo se entrega gratuitamente.

La parte social, que incluye todos los subsidios, ya sea por un monto fijo que cobra en el Banco Nación todos los meses, que puede ser para ayudar al pago del alquiler de su casa o su departamento, ayuda alimentaria, ayuda de medicamentos. La parte pro bienestar es la entrega de bolsones mensuales de alimentos, tanto secos como frescos, y atención de comedores a jubilados en los Centros de Jubilados, que funcionan de lunes a viernes al mediodía.

Consultado sobre el tema médico y las gerencadoras dijo: son sesenta médicos de cabecera para Bahía Blanca y Punta Alta que están atendiendo a PAMI. Esos médicos de cabecera pueden tener entre seiscientos ó setecientos (pacientes), hay algunos que tienen mil, pero no quiere decir que van los mil, se calcula el veinticinco por ciento del uso tasa relación enfermo-médico de cabecera o sea que del padrón de seiscientos un veinticinco por ciento utiliza la consulta. Uno pregunta a los jubilados y le dicen "hace seis meses que no voy al médico", otros van, otros "yo voy

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición: Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,33 cm, Con relación a: Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Eliminado: ;

Eliminado: pueden ser

Eliminado: que eso representa todo lo que puede ser

Eliminado: e

Eliminado: .

Eliminado: D

Eliminado: OJO ACLA ... [36]

Con formato ... [37]

Eliminado:

Eliminado: después tenemos

Eliminado: fuera de

Eliminado: , o sea co ... [38]

Eliminado: . Convenio ... [39]

Eliminado: ; y

Con formato ... [40]

Eliminado: después tenemos

Eliminado: propios, qu ... [41]

Eliminado: tenemos

Eliminado:

Eliminado: Y después ... [42]

Eliminado: vendría a ser

Eliminado: después te ... [43]

Eliminado: d

Eliminado: ,

Eliminado: de

Eliminado: eso

Eliminado: , debemos ... [44]

Eliminado: Y después ... [45]

Eliminado: l

Eliminado: sociales qu ... [46]

Eliminado: pago

Eliminado: pago

Eliminado: s, por si co ... [47]

Eliminado: que

Eliminado: ,

Eliminado: e

Eliminado: va

Eliminado: consulta co ... [48]

únicamente por la receta, me la hace la secretaria”, ... o sea que no es que atiende seiscientos. Esos médicos pertenecen todos a la Asociación Médica de Bahía Blanca, y les paga ella; antes pertenecían a PAMI, estaban con relación de dependencia. Cuando vienen las dos empresas, CISBO V y FECLIBA, los médicos atienden a las dos gerencadoras, hay doscientos de CISBO V y cuatrocientos de FECLIBA, donde se bifurcan los caminos del gerenciador es en el segundo nivel, ya los sanatorios y especialistas sólo atienden por una de las gerencadoras, FECLIBA o CISBO V. Cuando se comenzó con los médicos cabeceras, hace mucho años, se inscribieron en general; hoy hay médicos que no dan el perfil, el perfil es un médico clínico o médico de familia como se llama ahora y si es posible con especialización gerontológica.

A partir de ahora, a medida que se vayan jubilando los médicos de cabecera o alguno renuncie, el PAMI únicamente va a admitir que los profesionales sean especialistas en clínica médica o con especialización gerontológica; pero hoy encontramos ginecólogos, reumatólogos y muchas otras especialidades; ocurre que hay médicos que hace más de veinte años que están en el PAMI como médico de cabecera...”

Este tema es bastante complejo, ya que no existen en la ciudad muchos especialistas en esta problemática, según información recabada en la Sociedad de Geriátría y Gerontología de Bahía Blanca, filial de la Sociedad Argentina, hay solamente seis o siete médicos geriatras, éstos eran clínicos que posteriormente hicieron un curso de especialización. Según informaron, el que entiende la problemática del anciano, tiene que ser básicamente clínico, o sea el médico de cabecera.

Geriátricos

Este es otro de los temas preocupantes, consultado sobre la cantidad de geriátricos existentes en la ciudad la respuesta fue: “¿Por PAMI? Dos, Sin PAMI, de sesenta, dentro de los legales, los que están en la Federación de Geriátricos del Sur, que tienen todo habilitado por Zona Sanitaria y la Municipalidad; la mayoría no

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición: Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,33 cm, Con relación a: Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Eliminado: , el médico atiende PAMI, más las otras cuarenta y tres obras sociales, más particulares, más si es cirujano opera,

Eliminado: más

Eliminado: o se atiende alguna otra cosa, ... lo de PAMI se sabe que la tasa de uso se calcula un veinticinco por ciento al mes del padrón que tiene.

Eliminado: , son empleados

Eliminado: ,

Eliminado: , los tuvo mas como

Eliminado: y pasaron (... [49])

Eliminado: ellos (los n (... [50])

Eliminado: o sea que (... [51])

Eliminado: ellos atien (... [52])

Eliminado: . cuando le (... [53])

Eliminado: se debe in (... [54])

Eliminado: por

Eliminado: , que espe (... [55])

Eliminado: empezaron

Eliminado: tomo

Eliminado: ,

Eliminado: vendría a ser

Eliminado: e

Eliminado: e

Eliminado: tomen cor (... [56])

Eliminado: e

Eliminado: , o clínico (... [57])

Eliminado: . Pasa

Eliminado: treinta

Eliminado: ,

Eliminado: s

Eliminado: le puedo h (... [58])

Eliminado: ,

Eliminado: .

Eliminado: L

Eliminado: l

Eliminado: ,

Eliminado: ,

trabajan con PAMI, nosotros tenemos ciertas normas y a algunos ponerlos como nosotros pedimos no les conviene"... "tenemos mucha demanda, lo que pasa es que han venido (los dueños de los geriátricos), pero no cumplen los requisitos, ya sea por falta de pasamanos, medidas de seguridad en el baño, pisos antideslizantes, capacidad de las habitaciones, etc."

"Hay muchos que son de contrabando, uno se da cuenta únicamente en verano cuando ve más de dos viejitos sentados en la puerta; éso es un geriátrico clandestino; lógicamente sería raro que convivieran los cuatros abuelos en una misma casa, generalmente en invierno, como no salen a la calle, no sabe, pero está lleno de casas que en verano salen los ancianos con las sillas a los pasillos o vereda, además se da cuenta que es un geriátrico porque se siente un olor medio raro, olor a humedad y orina junto, (sic) todo dice 'esto es un geriátrico'."

"El control (de los geriátricos) le corresponde a Zona Sanitaria I, pero no tiene un solo inspector en Bahía Blanca para controlar los clandestinos, se tiene que venir de Buenos Aires o de La Plata, de esta ciudad vienen, por las denuncias que hay de la Federación o de algún vecino; posteriormente aparece el drama: 'qué hacemos con los diez jubilados que están depositados ahí, hay que llamar a la familia devolvérselos, todo porque no se puede clausurar y poner a todos en la calle; entonces no existe un buen control lamentablemente y muchos prefieren (o no tienen otra opción) pagar poco, por ejemplo: la jubilación ó doscientos pesos y por doscientos pesos ¿qué le pueden dar? comida, cama, atención de enfermería, nada, así está la situación, es lo que pasa que muchas familias".

Hablar del Hogar del Anciano es un lujo comparado con algunas casas. No tienen convenio con PAMI, a pesar de haberlo solicitado, porque se van a sentir desbordados. Lo único que admiten son personas con una jubilación o pensión de la mínima y que entren autoválidos.

En visitas realizadas a distintos geriátricos y pensiones de "abuelos", como las llaman, se detectan las grandes diferencias; hay pocos de gran nivel, con lugares

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición: Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,33 cm, Con relación a: Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Eliminado: no han querido trabajar porque a lo mejor con los privados les basta, ...por ahí ...tan a punto ... o porque no quieren poner...los ...o porque no quieren poner ... las medidas de seguridad...o porque no quieren poner ... o porque en una pieza le conviene tener a tres en vez de dos ya que nosotros, por las normas, según los metros cuadrados disponibles, (... [59])

Eliminado: puede

Eliminado: podemos

Eliminado: haber

Eliminado: aceptar más de dos personas, por una cuestión de aireación... y pagamos bien, nosotros estamos pagando bien, seiscientos y pico de pesos por cada persona mensuales, más los medicamentos, más los pañales ...y sin embargo no quieren".

Eliminado: los ...normalmente que...e... (... [60])

Eliminado: ,

Eliminado: L

Eliminado: l..., (... [61])

Eliminado: N... hay más de tres o pasa (... [62])

Eliminado: o "

Eliminado: y uno se da cuenta

Con formato: Fuente: Sin Cursiva

Eliminado: tienen que enir...después... viene. (... [63])

Eliminado: "Ahora yo me doy cuenta, porque cuando hacemos la campaña de vacunación antigripal empiezan a aparecer los geriátricos que son afiliados al PAMI, que le damos las vacunas para vacunar y ahí me voy enterando donde están, voy viendo la lista y cada vez se engrosa más; algunos (... [64])

Eliminado: , e

Eliminado: stá muy bueno, lo que pasa es que nosotr (... [65])

acogedores y realmente preparados para los ancianos, pero a costos demasiado altos para la mayoría de los jubilados, los cuales en caso de institucionalizarse en uno de ellos, deberían contar con una jubilación elevada o requerir la ayuda económica de sus familiares directos; los valores de estos lugares se encuentran por encima de los mil pesos. En los de nivel intermedio, también se detectan diferencias, en algunos se observa personal especializado, buen trato y cuidado hacia los ancianos y por sobre todas las cosas excelente limpieza, además el horario de visita es bastante amplio o sin restricción, salvo los horarios fijados para el descanso, con costos oscilantes en seiscientos pesos; en otros se percibe sobremedicación en los pacientes, especialmente los que presentan patologías depresivas, con horarios o días de visita restringidos y en otros no se permitió el acceso, aunque por consultas realizadas se pudo saber que algunos de los ancianos allí internados presentan serios problemas de escaras y desnutrición, además de hacinamiento. También se advirtió en algunos lugares la existencia de escaleras con características no aptas para los ancianos, ya que son con mucha pendiente o tipo caracol lo cual dificulta el acceso a estas personas.

En las denominadas pensiones, el panorama es bastante amplio, hay muchas que son atendidas por enfermeras o personal medianamente calificado, con pocos ancianos, observándose mucha limpieza y buen estado general de los ancianos; en cambio otras presentan hacinamiento y bajas condiciones de salubridad. Sus precios varían desde el cobro de la jubilación o pensión del internado y en muchos casos se cobra un plus no muy elevado, además de la provisión de remedios y pañales.

Indudablemente esta problemática es preocupante, ya que estas pensiones o geriátricos, al no encontrarse registradas adecuadamente, no pueden ser controladas por las autoridades responsables, lo cual deriva, en muchos casos, en el deterioro de la calidad y condiciones de vida de los involucrados.

A nivel municipal pocos ancianos acceden a los planes asistenciales, según informaciones aportadas por la Municipalidad de Bahía Blanca, uno de los planes en

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición: Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,33 cm, Con relación a: Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Eliminado: costos...encuentra n... y en algunos no hay...detecta ... se encuentran sedados en forma casi permanente...restringid (... [66])

Eliminado: también se (... [67])

Eliminado: ;

Eliminado: hasta las (... [68])

Eliminado: a

Eliminado: de limpieza

Eliminado: se

Eliminado: ue

Con formato (... [69])

Eliminado: n

Eliminado: motivo por el cual

Eliminado: son

Con formato (... [70])

Con formato (... [71])

Eliminado: competentes

Con formato (... [72])

Eliminado: ;

Eliminado: A

Eliminado: a

Eliminado: demás, de (... [73])

Eliminado: -,

Eliminado: para no de (... [74])

Eliminado: ,

Eliminado: se hace ne (... [75])

Eliminado: OJO NORA (... [76])

Eliminado:

Eliminado: ¶ (... [77])

Eliminado: ,

Eliminado: cuyos mor (... [78])

Eliminado: S

Eliminado: itución

Eliminado: que

Eliminado: pareciera (... [79])

Con formato: Fuente: cursiva

Eliminado: trecientos

Eliminado: trescientos (... [80])

Eliminado: que tienen

vigencia, es el Vale Vida 3^{ra}. Edad, para mayores de 60 años, Cuenta con 1.044 inscriptos, los cuales reciben la suma de 60 pesos bimestrales y además pueden recibir bolsones con alimentos. A cargo de la Municipalidad local se encuentra el denominado "Centro de Día", al cual concurren 22 ancianos a pasar la jornada, la mayoría de los cuales no tiene familiares. En este centro desarrollan algunas tarefas como ser huerta, tejido y actividades culturales.

Centros de Jubilados

En la ciudad existen varios Centros de Jubilados, los cuales son lugar de reunión y contención para los ancianos. Por supuesto que no todos son asiduos concurrentes, ya que depende de las características personales de cada uno. Consultadas algunas personas comentaron, que concurrían ya que allí se juntaban con gente de su edad, con intereses comunes; en cambio otros más retraídos y especialmente que no aceptaban su vejez, que se consideraban "jubilados de la vida", preferían quedarse, o mejor dicho "escondarse" (sic) en su casa, hasta llegaron al extremo de perder el contacto con sus amistades; según una persona entrevistada "para que no viera en qué situación (económica o de pobreza) se encontraba."

En estos centros, además de contención y esparcimiento, poseen enfermería, asesoría legal, pedicuría entre algunos de los servicios; en un centro se dispone de alojamiento para aquellos jubilados de la zona que deban trasladarse a la ciudad para atención médica más especializada o diversos trámites.

Consideraciones del tema

La sociedad actual nos sitúa en incertidumbre e imprevisibilidad haciendo perder las referencias y los orientadores, generando así una sociedad fragmentada que remarca la ausencia de valores. Esta ausencia es reemplazada por la promesa de la eterna juventud, otorgándole al anciano, un lugar de "no ser". Es por eso, que tal vez, no quiere reconocerse "viejo" porque teme ser descartado.

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,33 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Eliminado: ,

Eliminado: contando

Eliminado: el día

Eliminado: en

Eliminado: su

Eliminado:

Eliminado: n

Eliminado: actividades

Eliminado: algunas

Eliminado: Vejez, trabajo y sociedad¶

Uno de los aspectos más valorados culturalmente es la participación del hombre en el mercado laboral. La sociedad acepta al individuo si éste participa activamente del esquema productivo y si no lo hace lo margina. En este contexto los ancianos son marginados y concebidos como una carga social. "Jubilarse del trabajo es jubilarse de la vida ... Indica que en nuestro país ser viejo es una de las tantas maneras de ya no ser..."¹ A pesar de estar jubilados, o como comentó una anciana en una entrevista "tener los maleficios de la jubilación", muchos deben continuar en actividad, mientras puedan, para solventar sus gastos; en tanto otros lo hacen para no sentirse "desechados" por la sociedad.¶

"La vejez es parte del destino humano. Se trata pues, de crear un espacio a la medida de ese tiempo, más lento pero más sabio de los viejos".¹²¶

En los estudios más recientes se reconoce la influencia del medio social sobre la personalidad del anciano, ya que éstos exhibirán la personalidad que el medio les permita, siendo negativa si no los integra y siendo positiva cuando encuentren un ambiente de contención.¶ La persona en desarrollo ve los cambios indeseables que acompañan a la vejez, e inconscientemente rechaza tanto el proceso de envejecimiento como la (... [81]

Eliminado: algunos

El discurso de que los viejos “no sirven”, es uno de los argumentos de la globalización, aunque se puede observar que en esta sociedad, aún se conserva un poco de respeto hacia los ancianos. Es por eso que se debe rescatar el concepto de ciudadanía ligado a la idea de derechos individuales y por otro lado, a la noción de vínculo con una comunidad particular. Ciudadanía es derecho de participación y responsabilidad. Ejercerla es una forma de aprendizaje, ya que el sujeto sano en la medida en que aprehende el objeto y lo transforma –aprendizaje operativo- se modifica también a sí mismo, entrando en un interjuego dialéctico con el mundo. Para este aprendizaje será necesaria la comunicación, comunicación en todos sus aspectos, tanto dialógico como digital. Esto permitirá lograr el encuentro con el otro reconociéndolo como un igual, es decir como sujeto.

Calidad de vida de la ancianidad bahiense

Para estudiar la calidad de vida de los ancianos se realizó una encuesta en la ciudad, que comprende el macrocentro y los barrios, considerando los grupos de personas con edades entre 60 y más de 85 años. (Tabla 8-1)

Tabla 8-1: Encuestas realizadas

	60-64 años		65-69 años		70-74 años		75-79 años		80-84 años		85 y más	
	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M
BARRIOS	13	21	10	14	10	17	9	10	3	4	3	4
CENTRO	17	25	17	18	10	13	7	7	4	10	2	2
Subtotales	30	46	27	32	20	30	16	17	7	14	5	6
Totales	76		59		50		33		21		11	

Este criterio se funda en la naturaleza de la cohesión que manifiestan los grupos de ancianos, los que definen un tipo específico de distribución poblacional. Esto, a su vez, imprime un matiz diferencial al plano de la ancianidad en la ciudad de Bahía Blanca. Se toma a partir de 60 años ya que son los próximos a ingresar en el grupo pasivo de la población y se considera importante conocer sus características.

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición: Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,33 cm, Con relación a: Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Con formato: Sangría: Primera línea: 1,25 cm

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Sangría: Primera línea: 1,25 cm

Con formato: Fuente: 11 pt

Las encuestas realizadas, 250 en total, abarcaron diversas dimensiones indagatorias: datos personales, residencia, educación, ocupación, vivienda, jubilación o pensión, obra social, salud, alimentación y participación en actividades.

Grupo 60-64 años

En el centro se presenta mayor cantidad de mujeres solteras (20%) y en los barrios el 42% son viudas. Tanto en uno como en otro sector el número promedio de hijos es de 3,5. Es superior el número de personas nacidas en la ciudad entre aquellos que viven en el centro 73% (41% varones y 32% mujeres) comparados con los que habitan en los barrios, 50%. En cuanto al grado de escolarización, en el centro el 64% de los encuestados alcanza el primario obligatorio, el 29% el secundario y uno el universitario entre los hombres; entre las mujeres el 76% el primario (algunas incompleto) y el 12% el secundario completo, resultando insignificantes en unos y otros las cifras correspondientes al terciario y universitario. En cambio, en los barrios, solamente el 52% alcanza el primario completo, siendo prescindible las cifras respecto a otros grados de escolarización.

En el centro, continúa trabajando más de la mitad de los hombres, la mayoría lo hace por cuenta propia y en forma permanente obteniendo un salario promedio de \$300. Entre las mujeres solamente trabaja el 18%, en su mayoría por cuenta propia en forma ocasional o temporaria en servicios en general o en servicios para el hogar. También en los barrios trabaja el 50% de los hombres, pero lo hace el 71% de las mujeres consultadas en diversas actividades.

Con respecto a las jubilaciones y pensiones se presentan diferencias notables. En el centro todos los hombres y el 84% de las mujeres son jubiladas o pensionadas, en cambio en los barrios son jubilados el 69% de los hombres y solamente el 48% de las mujeres. Estas diferencias son causa directa del numeroso grupo de mujeres que aún trabaja en los barrios. En el centro, la totalidad de las personas consultadas no percibe otros ingresos que los originados en la jubilación o pensión o en su trabajo. En cambio, en los barrios, el 15% posee otros ingresos, algunos hombres y varias

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,33 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Con formato: Derecha: 0 cm,
Sin viñetas ni numeración,
Tabulaciones: No en 1,14 cm

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Fuente: 11 pt

Con formato: Derecha: 0 cm

Con formato: Fuente: 9 pt**Con formato:** Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,33 cm, Con relación a:
Párrafo**Con formato:** Fuente: 9 pt**Eliminado:** 7

mujeres reciben ayuda proveniente de institución pública, sus hijos o familiares directos.

En cuanto a vivienda, en el centro el 70% de los hombres y el 88% de las mujeres son propietarias o le han cedido la vivienda que habitan. En los barrios, en ambos sexos, el 85% son propietarios. Las cifras más bajas se presentan entre los hombres localizados en el centro (70%), que coincide con un número elevado de divorciados entre las personas consultadas. La encuesta indica -por las características del material utilizado en la construcción - que en el centro la mayoría habita en casas o departamentos en buenas condiciones con una antigüedad comprendida entre los 10 y 30 años contando con 2 dormitorios y baño instalado. Las habitadas por las mujeres consultadas, se encuentran en regulares condiciones por la antigüedad de la construcción, aún cuando la mayoría disponga de 2 dormitorios y la totalidad, con baño instalado. En los barrios la situación es distinta. Un promedio del 40% habita en viviendas con 30 años o más de antigüedad. Los hombres viven en casas con 2 dormitorios y algunos con 2 baños instalados. Entre las mujeres, el 28% dispone de 3 y 4 dormitorios y el 23% tiene 2 baños instalados. Puede concluirse, que aunque más antiguas, las viviendas habitadas por ancianos en los barrios disponen de mayores comodidades que en el centro y aunque, obviamente, están más alejadas de los circuitos de servicios esenciales.

En el ítem salud, en el centro y considerando ambos sexos, sólo el 7% no dispone de obra social, en los barrios el 17%. En el centro, el 50% de los hombres y el 64% de las mujeres se considera una persona enferma. En los barrios, solamente el 7% de los hombres y el 50% de las mujeres se consideran enfermas. Tanto en el centro como en los barrios las personas comprendidas en esos porcentajes tienen diagnóstico médico y la gran mayoría utiliza el consultorio de la obra social correspondiente. En el centro, unos pocos señalan que el servicio estatal de salud se ha deteriorado, no así en los barrios, donde la gente consultada no tiene opinión sobre el tema.

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,33 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

En cuanto a la alimentación, los hombres que viven en el centro declaran que es buena; de las mujeres, el 12% indica que es regular. En los barrios, entre ambos sexos, el 16% señala que es regular. Respecto de la información que tienen sobre las actividades que realiza el Municipio para las personas mayores, particularmente para satisfacer necesidades propias de su grupo de edad, en el centro a los hombres no les interesa participar, a las mujeres solamente al 20%. En los barrios, en ambos sexos, sólo al 27% les interesa, en su mayoría mujeres.

Grupo 65 a 69 años

Con formato: Fuente:
Negrita, Sin subrayado

En este grupo se realizaron 59 encuestas (35 en el centro y 24 en los barrios) a las que respondieron 27 hombres y 32 mujeres.

En cuanto al estado civil, diferente en su número y calidad, no presenta variantes comparativas de significación, pero es destacable que del total de mujeres el 31% sea jefe de hogar.

Entre los encuestados, tanto hombres como mujeres son de nacionalidad argentina, salvo tres casos. Es importante consignar que solamente el 50% de las mujeres del centro son nacidas en Bahía Blanca y en los barrios aún menos, el 30%. En el centro, el grado de escolarización es bastante compacto el 54% de los hombres encuestados alcanza el primario completo y casi el 9% el secundario. En cambio, en los barrios solamente el 33% tuvo asistencia a la escuela primaria.

Respecto de la ocupación actual, tres hombres y dos mujeres en el centro y dos hombres en los barrios trabajan, es decir el 11% en diferentes ramas, haciéndolo por cuenta propia, en su mayoría en forma ocasional o temporaria. Tanto hombres como mujeres se desempeñaron durante su vida económica activa en diferentes ramas de actividad, a excepción del 68% de las mujeres que se ocuparon de tareas propias del ama de casa.

El 83% de los consultados son jubilados o pensionados. En el centro, exceptuando a 1, el resto percibe jubilación o pensión, en cambio, en los barrios solamente lo hace el 82,5%. Reciben, en uno y otro sector, un promedio de \$250, el

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,33 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

54% no tiene otros ingresos y solamente el 23% es ayudado principalmente por los hijos o familiares directos. Cabe destacar que en los barrios cinco mujeres reciben esa ayuda directa pero ninguno de los hombres consultados. En tales casos la ayuda suele expresarse en efectivo, alimentos, vestimentas o pago de servicios.

En cuanto a la vivienda, los 24 encuestados en los barrios son propietarios de la vivienda que habitan, también los hombres que viven en el centro, en cambio sólo el 78% de las mujeres de este sector son propietarias. En el centro, tanto hombres como mujeres habitan casas o departamentos que tienen entre 10 y 30 años de construcción; en los barrios el 37% tiene más de 30 años de antigüedad. En ambos sectores las viviendas constan de 2 dormitorios y baño instalado, a excepción del 23% de las mismas que tienen más de 2 dormitorios y 2 baños.

Solamente el 5% de los consultados no tiene obra social. El 45% de las personas encuestadas en el centro no se considera enferma, esa cifra se eleva al 54% en los barrios. En todos los casos, centro y barrios, existe diagnóstico médico y en su mayoría sostienen como lugar preferente de consulta al indicado por la obra social.

El 13% de la población señala que su alimentación es regular, destacando que en los barrios esa carencia haya sido puntualizada por el 10%. También cabe señalar que algunas personas de ambos sectores tienen indicada por el médico una dieta que no cumplen estrictamente, sino con bastante frecuencia.

El 50% de los hombres encuestados en el centro y el 95% de las mujeres están informados sobre las actividades que desarrolla la Municipalidad para las personas mayores, en cambio en los barrios, considerando ambos sexos solamente tiene información sobre el tema el 54%. A ninguno de los hombres tanto en el centro como en los barrios le interesaría participar concretamente de actividades que lleven a satisfacer necesidades de su grupo etario. En cuanto a las mujeres solamente al 3%.

Grupo 70 a 74 años

Sobre este grupo etario se realizaron 50 encuestas, 23 en la zona centro (10 hombres y 13 mujeres) y 27 en los barrios (10 hombres y 17 mujeres).

Respecto del estado civil, variado tanto en el centro como en los barrios, se destaca el 38% de viudas que puede considerarse elevado a pesar del grupo en estudio. Un porcentaje similar tiene el número de mujeres del centro y los barrios que son jefes de hogar. Todos los consultados, excepto uno, son argentinos, pero solamente el 50% de ellos han nacido en Bahía Blanca.

El grado de escolarización tanto en el centro como en los barrios es pobre. Del total, solamente el 40% alcanza el primario completo, 10% el secundario incompleto y uno de los encuestados es universitario. Cabe destacar que es el único caso entre los consultados en Bahía Blanca.

Igual número de hombres y mujeres en el centro y en los barrios trabaja actualmente, el 12%, por cuenta propia, en forma ocasional o temporaria en el centro y permanente en los barrios.

Todos los consultados, menos uno, son jubilados o pensionados. El 70% de ellos en el centro cobra entre 200 y 350 pesos, en cambio en los barrios el promedio es de \$350. En el centro, la mayoría de este grupo etario no percibe otros ingresos y solamente el 17% recibe alguna ayuda, en cambio en los barrios el 33% recibe ayuda de institución pública o de sus hijos.

Con respecto a la vivienda, casas o departamentos, el 82% de las personas de este grupo que habita en el centro o en los barrios son propietarios. El 52% de las viviendas tiene más de 30 años de antigüedad, no obstante cabe destacar que el 91% en el centro y el 70% en los barrios disponen de 2 dormitorio y más, todas las viviendas con baño instalado, algunas con dos.

Todos los consultados, a excepción de 2 personas en los barrios, tienen obra social. En el centro, el 56% de los encuestados se consideran personas enfermas, en

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,33 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Con formato: Fuente:
Negrita, Sin subrayado

Con formato: Fuente: Negrita

Con formato: Fuente:
Negrita, Sin subrayado

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,33 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

los barrios el 51%. El 21% en el centro considera que se ha deteriorado la calidad de los servicios públicos vinculados a la salud.

Todos en el centro indican que su alimentación es buena, en cambio en los barrios el 17% señala que es regular. Del total el 36% tiene dieta señalada por el médico, 26% la cumple estrictamente, el resto de vez en cuando. Es importante señalar que en los barrios el 70% de los encuestados toma remedios no recetados.

El 60% de las personas encuestadas que viven en el centro está informada sobre las actividades que desarrolla el Municipio para las personas mayores, en los barrios el 73%. Solamente al 12% del total le interesaría participar en actividades tendientes a satisfacer necesidades propias de su grupo de edad, más en los barrios que en el centro.

Grupo 75 a 79 años

Con formato: Fuente:
Negrita, Sin subrayado

Sobre este grupo se realizaron 33 encuestas, 14 en el centro (7 hombres y 7 mujeres) y 19 en los barrios (9 hombres y 10 mujeres).

En cuanto al estado civil de los encuestados es tan variado como en los grupos etarios anteriores e igual que en aquellos se destaca, ahora con mayor énfasis, el 30% de viudas. Del total, el 36% de las mujeres son jefe de hogar. Referido al lugar de nacimiento, el 87% son argentinos, pero solamente nació en Bahía Blanca el 21%, el resto en la Provincia de Bs.As. o en otra provincia.

El grado de escolarización es más bajo que en los grupos analizados anteriormente, solamente el 6% en el centro y el 27% en los barrios tiene el primario completo. Del total de encuestados (33) solamente dos mujeres en los barrios continúa trabajando por cuenta propia y en forma temporaria. Hombres y mujeres de ambos sectores se desempeñaron en diversas actividades durante su vida económicamente activa, menos el 58% de las mujeres consultadas que sostuvo tareas propias de ama de casa.

A excepción de una mujer que habita en un barrio, todos los consultados son jubilados o pensionados que cobran entre 200 y 500 pesos en el centro y un promedio

de \$300 en los barrios. El 21% tiene otros ingresos derivados de renta de alquiler de propiedad urbana, campos, etc. El 18% recibe alguna ayuda económica de sus hijos o familiares directos.

El 84% de los encuestados es propietario de la vivienda que habita, la gran mayoría de tipo casa; en un barrio una mujer encuestada habita en una casilla que le fuera cedida. En el centro el 15% de las casas tienen más de 30 años de antigüedad y en los barrios, el 69. En ambos sectores se cuenta con viviendas de 2 y 3 dormitorios (75%). A excepción de una todas las viviendas tienen baño instalado, y uno es compartido.

Casi todos los encuestados tienen obra social. El 66% declara que es persona enferma con diagnóstico médico. En los barrios indican que padecen la enfermedad desde hace bastante tiempo. El lugar de consulta más citado es el consultorio de la obra social correspondiente.

El 21% declara que su alimentación es regular, uno de los encuestados señala que es mala. La mayor parte de las personas que tienen dieta indicada por el médico la cumplen con bastante frecuencia.

En el centro casi todos los hombres y la mitad de las mujeres consultadas señalan que están informados de las actividades que realiza el Municipio para las personas mayores, en los barrios el 73% manifiesta lo mismo. De la totalidad de los encuestados solamente al 18% (en el centro 3%) le interesaría participar en alguna actividad para satisfacer necesidades de su grupo de edad.

Grupo 80 a 84 años

En vinculación con este grupo las encuestas se redujeron a 21, 14 en el centro (4 hombres y 10 mujeres) y 7 en los barrios (3 hombres y 4 mujeres).

El 52% de las mujeres consultadas son viudas. Considerando los dos sectores puede señalarse que el 43% de las mujeres son jefe de hogar.

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,33 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Con formato: Fuente:
Negrita, Sin subrayado

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,33 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Solamente el 43% son nativos de Bahía Blanca en un grupo de 21 encuestados donde el 52% son argentinos. En cuanto al grado de escolarización, solamente el 50% de los que viven en el centro y el 14% en los barrios tiene el primario completo.

Una mujer, de la totalidad de los encuestados, aún trabaja y lo hace como asalariada en forma permanente en servicios para el hogar. El resto no trabaja en la actualidad, habiéndose desempeñado en su vida económicamente activa en diferentes ramas, salvo el 47% de las mujeres que sostuvieron las tareas propias del ama de casa.

Sólo dos encuestados no son jubilados ni pensionados, el resto percibe dichos beneficios en un promedio de \$250 en los barrios; en el centro, \$400 los hombres y \$500 las mujeres. Una mujer entre las consultadas en el centro tiene otros ingresos provenientes de la renta por alquiler de propiedad urbana. El 66% de los encuestados recibe ayuda de sus hijos o familiares directos en alimentos, vestimenta o pago de servicios.

El 71% es propietario de vivienda, en su mayoría casa, el resto alquila, tiene una vivienda cedida o no contesta. El 62% habita en casas que tienen más de 30 años de antigüedad, el resto entre 20 y 30 años. En el centro, los hombres consultados tienen entre 1 y 2 dormitorios, las mujeres entre 2 y 3. En los barrios la mayoría dispone de 2 dormitorios. En ambos sectores todas las viviendas tienen baño instalado y la vivienda es de uso exclusivo.

Todos los consultados, a excepción de 1 (barrios) tienen obra social. Respecto de la salud, el 76% de los consultados se considera una persona enferma con diagnóstico médico, visitando de preferencia el consultorio de la obra social. El 9% indica que se ha deteriorado la calidad de la atención en los servicios estatales vinculados a la salud. El 14% señala que su alimentación es regular.

El 38%, en su mayoría mujeres, manifiestan que tienen información sobre las actividades del Municipio para personas mayores, dos mujeres por haber participado, el resto se enteró por comentarios o los medios. Algunos participan en actividades

organizadas por otros, pero a ninguno les interesa integrar grupos para satisfacer las necesidades propias de su edad.

Grupo 85 años y más

Sobre este grupo se realizaron solamente 11 encuestas, 4 en el centro (2 hombres y 2 mujeres) y 7 en los barrios (3 hombres y 4 mujeres). El reducido número de personas consultadas se debe a que el universo de este grupo en la sociedad bahiense es relativamente pequeño comparado con los otros grupos analizados.

De las personas consultadas predomina el número de mujeres viudas (54%) y el 36% del mismo sexo manifiesta ser jefe de hogar. Solamente el 27% de los encuestados es bahiense, el resto nació en la provincia, en otra provincia y uno en el extranjero.

Salvo el 18% el resto de los encuestados en los dos sectores no tienen la escuela primaria completa. Solamente uno de los hombres (centro) trabaja actualmente. En su vida económicamente activa se desempeñaron en diversas ramas de actividades, a excepción del 50% de las mujeres que se ocuparon de tareas propias del ama de casa.

Todos son jubilados o pensionados, cobrando un promedio de \$250 en los barrios y \$300 en el centro. Sólo uno, perteneciente a los barrios, tiene otros ingresos provenientes de alquiler de propiedad urbana. Tres mujeres del conjunto reciben ayuda proveniente de los hijos o familiares directos.

Todos los consultados en ambos sectores son propietarios de la vivienda que habitan a excepción de uno. El 63% de las viviendas tiene 30 o más años de antigüedad, aún cuando el conjunto dispone de 2 o 3 dormitorios con baño instalado.

Todos los encuestados tienen obra social y el 72% se considera persona enferma con diagnóstico médico y visitas a través del consultorio de la obra social correspondiente. Casi todos tienen dieta indicada por algún facultativo. En ambos sectores los encuestados manifiestan que su alimentación es buena, cumpliendo de vez en cuando la dieta señalada por el médico.

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,33 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Con formato: Fuente:
Negrita, Sin subrayado

El 54% dice que está informado sobre las actividades del Municipio para las personas mayores, pero ninguno de los consultados manifiesta interés en participar.

Conclusiones generales de la encuesta

A fin de caracterizar con más precisión la realidad urbana bahiense del último grupo etario, en el que es notoria cierta homogeneidad interna, es importante destacar la elevada concentración de ancianos en el área histórica, ya que justamente en estos últimos 15 años es cuando se produce un flujo importante de ancianos al microcentro.

A pesar de que el 43% de las personas encuestadas no son nacidas en Bahía Blanca, todas viven desde hace más de 10 años en la ciudad, de tal manera que la presencia de un número muy elevado de personas mayores se debe a un proceso intramigratorio de personas que se trasladan desde el macrocentro y barrios residenciales al centro. Ese proceso intramigratorio tiene diversas causas, entre las cuales cabe enumerar las siguientes:

1. El microcentro contiene una elevada concentración de actividades terciarias, muchas de ellas propias para el desempeño de tareas por parte del 1^{er} y 2^{do} grupo (60-64 y 65-69 años).
2. Se abandonan las viviendas en las zonas residenciales ya que su cuidado y mantenimiento exigen trabajo físico, dedicación y erogaciones que no tienen en los departamentos del microcentro.
3. La cercanía y variedad de servicios médico-hospitalarios y de emergencias médicas.
4. La posibilidad de más actividades sociales, culturales y de comunicación con grupos de la misma edad.
5. Entre los radios del microcentro, las diferencias de densidad en términos de comparación es proporcionalmente pequeña, aún cuando se presentan oscilaciones atribuibles a la ausencia de edificios horizontales en algunos radios. No obstante, la elevada densidad de ancianos es el valor modal más acentuado en el área céntrica. La proporción de ancianos en relación con los

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición: Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,33 cm, Con relación a: Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Con formato: Fuente: Negrita, Sin subrayado

Con formato: Derecha: 0 cm, Numerado + Nivel: 1 + Estilo de numeración: 1, 2, 3, ... + Iniciar en: 1 + Alineación: Izquierda + Alineación: 0,63 cm + Tabulación después de: 1,27 cm + Sangría: 1,27 cm

otros grupos etarios disminuye a medida que nos alejamos de la Plaza Rivadavia hacia el noroeste, el cambio no es tan significativo hacia los otros puntos cardinales.

6. La cantidad de personas entre 50 y 60 años con residencia en el área urbana muestra que en el futuro el macrocentro tendrá una mayor homogeneidad y concentración de población anciana y que la diferencia en densidad aumentará en relación con barrios que tienen menos de 20 años de antigüedad.

Respecto del estado civil de los encuestados, presenta variantes en cada grupo, pero lo sí que importa es el número de viudas por la desestructuración de orden familiar que produce y los cambios en la jefatura del hogar, cabe consignar que los porcentajes se mantienen entre 30 y 40% en los grupos etario 65-69, 70-74 y 75-79, ascendiendo a 52 y 54% en los dos últimos (80-84 y 85 y más), lo cual confirma la hipótesis relacionada con el aumento sustancial de mujeres en los grupos que superan los 50 años. Ejemplo paradigmático de esta situación lo constituye el 42% de viudas halladas entre los consultados del grupo etario 60-64 años.

Como transmisión verbal, independientemente de los datos volcados en la encuesta, aparecen cuestionamientos muy graves enmarcados en factores sociales e históricos que pueden simplificarse en una perspectiva global de carencias para gozar de los "derechos a la vida". Sin dilación, también se puede señalar una marcada ausencia de fe en el futuro inmediato, incertidumbre que afecta desde muy cerca la identidad. A través de las conversaciones llevadas a cabo, puede colegirse que la disolución de la familia y la ausencia de objetivos personales son factores condicionantes de esa situación. Es evidente la desidealización de la familia. Desaparecida esa unidad micro de interacción como centro coherente de afecto y crecimiento personal, las situaciones cotidianas no tienen otra resolución que la personal. Están solos, e independientemente de los matices de cada condición, caen en el escepticismo y la desconfianza, lo cual es otra manera de precipitarse en la indefensión y la dependencia, situación que genera una verdadera desestructuración

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,33 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Con formato: Derecha: 0 cm

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,33 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

del yo con somatizaciones de variada índole en la ancianidad. A eso se suma otra desidealización, la del Estado, como modelo y guía válido, actualmente un mito ausente, como lo expresaron en conversaciones posteriores a la encuesta.

Un alto porcentaje de ancianos (15%) manifiesta frustración cotidiana por bienes de consumo a los que no pueden acceder y que por lo tanto mantienen una alimentación inadecuada, pero pesa más la falta de consideración social real, independientes del mérito y la responsabilidad personal. En estos casos, la exclusión y el desamparo se potencian recíprocamente produciendo un estado de contaminación en los últimos tramos de este grupo etario.

Si bien es cierto que la historia personal y sus realizaciones tienen una importancia capital, también depende del cuerpo de información y formación recibidos y del acceso a los marcos institucionales donde encontrar apoyo a sus inquietudes y exigencias. Respecto al primero (información-formación), de la totalidad de los encuestados solamente cursó la escuela primaria completa el 44% y seguramente con una óptica que ni lejanamente refleja la posibilidad de una interpretación adecuada del mundo actual. En casi todos los grupos se observa una escolarización más continuada en las personas que habitan en el centro, particularmente en el 1^{er} grupo etario (60-64 años), donde hallamos 64% y 76% de hombres y mujeres consultadas que tienen el primario completo contra el 52% en los barrios. Esos porcentajes de asistencia a la escuela primaria disminuyen paulatinamente hasta bajar al 18% en las personas mayores de 85 años en proporciones similares entre ambos sectores geográficos.

En cuanto al segundo, acceso a los marcos institucionales, muchos de los consultados manifiestan que están informados de proyectos municipales para personas mayores, reconocen que existen las posibilidades ciertas y concretas de participar e integrarse con otros ancianos en una realidad social compartida, pero muy pocos, solamente el 14% manifiesta interés en participar de actividades organizadas por el Municipio en ese sentido.

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,33 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Desde un punto de vista económico, el grupo más numeroso está compuesto por un estrato medio-bajo, dado que de la totalidad de los consultados aún trabaja en un 19,2% .Si bien es cierto que el 84,8% es propietario de la vivienda que habita, los beneficios de las jubilaciones o pensiones se encuentran en un promedio de \$300, a tal punto que el 26% recibe ayuda de sus hijos o familiares directos para sobrevivir. Si en este caso vinculamos las variables "grado de escolarización" y "nivel socioeconómico" los resultados son similares para la mayoría de los encuestados ya que no alcanzan a la mitad los que cumplen el cursado de la escuela primaria y en promedio cobran jubilaciones o pensiones que no superan los \$250. En conclusión, los efectos de las variables propuestas se anulan al ser, a grandes rasgos, de la misma magnitud. Los resultados de la encuesta son un claro exponente de que existe, salvo muy pocas excepciones, una sola categoría de ancianos, casi todos pertenecientes a la clase media baja. Por otra parte, la simple clasificación dicotómica (centro-barrios) no puso de manifiesto diferencias socioeconómicas notables entre ambos sectores, no obstante, la provisión de servicios en el micro y macrocentro es más variada y completa.

Desgranando las cifras correspondientes a jubilados y pensionados, aparecen diferencias muy marcadas en el 1^{er} grupo etario (60-64 años). En el sector centro todos los hombres son jubilados y el 84% de las mujeres; en cambio, en los barrios se encuentran en esas condiciones el 69% de los hombres y solamente el 48% de las mujeres. En el resto de los grupos etarios se obtuvo un promedio del 93%, cifra que, conceptualmente, puede considerarse muy elevada en relación con el 1^{er} grupo etario.

Respecto a la propiedad de la vivienda, con un porcentaje cercano al 50% con antigüedad de más de 30 años, construidas entre 1955 y 1965, la propiedad decimos, no viene codeterminada por el estrato socioeconómico al que pertenecen actualmente las personas consultadas. Si bien es cierto que reflejan las características personales de los propietarios (esfuerzo, persistencia, convicción, etc.) también fueron factores incidentes de primer orden los créditos, normas y definiciones; situaciones

socialmente establecidas para las clases sociales media y baja de la población por parte de organismos estatales de acción social. En los grupos comprendidos entre los 65 y 80 años el promedio de los propietarios de las viviendas que habitan supera el 84%; en cambio, en el primer grupo etario (60-64 años), en el centro, entre los hombres se ubica en el 70%, entretanto el 80% de las mujeres son propietarias de su vivienda. Esta diferencia entre hombres y mujeres del mismo sector, quizás, se deba al número de divorciados entre los hombres consultados en ese grupo etario. El promedio entre propietarios hombres y mujeres en los barrios es superior y alcanza al 85%. En el 2^{do} grupo (65-69 años), el porcentaje de propietarios de su vivienda se eleva de manera notoria, siendo del 100% en los barrios (ambos sexos) y hombres del sector centro. En este último, contrariamente, sólo el 78% de las mujeres son propietarias de la vivienda que habitan. Las personas consultadas entre los 70 y 74 años y que son propietarias alcanza al 82% tanto en el centro como en los barrios. En los grupos de más edad, con algunas variantes, llega al 81%. La antigüedad de las viviendas aumenta en la medida que avanzamos desde el 1^{er} grupo etario (30% con más de 30 años) hasta el último (63% con más de 30 años de construida).

No se pudo verificar contrastes frontales relacionados con la salud entre los sectores geográficos que integraron el marco de esta encuesta, a excepción de uno. Sólo el 7% de los hombres encuestados en los barrios entre las personas de 60 a 64 años se considera enfermo con diagnóstico médico. En ese mismo grupo etario y en el siguiente manifiestan hallarse enfermos la mitad de los hombres y mujeres consultadas en el centro y las mujeres que respondieron a la encuesta en los barrios. En los siguientes aumenta paulatinamente el número de personas enfermas, partiendo de un promedio del 53% en el 3^{er} grupo hasta elevarse al 72% en el último.

Asimismo, los diferenciales de mortalidad entre los dos sectores geográficos no dejó a la vista diferencias relevantes, pero sí un dato significativo y sustancial, la acusada mortalidad entre los hombres superado el umbral del grupo de 70 a 74 años.

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,33 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Con formato: Derecha: 0 cm

Esto ocurre dado que son parejas las condiciones de salud en los distintos lugares de residencia, no así, por supuesto, entre los diferentes grupos etarios considerados.

De acuerdo a esta investigación, el grado de instrucción, el lugar de residencia y el principal trabajo en la vida activa no son variables unívocamente relacionadas con la condición socioeconómica actual del encuestado. Se señala esto ya que se ha comprobado, salvo contadas excepciones, que la situación económica de los ancianos depende casi exclusivamente de los beneficios derivados de la jubilación o pensión y que, en términos generales, son semejantes para todos.

Volviendo al grado de escolarización, pero a nivel de estudios secundarios, cabe consignar que el número de personas que tienen el secundario completo o incompleto disminuye rápidamente a partir del grupo 60 a 64, y que en el centro los porcentajes son superiores. El 29% de los hombres y el 12% de las mujeres comprendidos en ese grupo etario y que habitan en la zona centro, tienen un grado de instrucción correspondiente a colegio secundario. En los barrios las cifras son prescindibles. En el siguiente grupo etario (65-69 años) del total solamente el 8,5% ha realizado cursos en colegios secundarios (completos e incompletos) y están todos situados en la zona centro. En el siguiente, 70-74 años, el 21% de los encuestados en el centro y el 14% de los que habitan en barrios ha realizado cursos en la escuela secundaria (completos o incompletos). En los tres grupos siguientes no se hallan consultados que hayan realizado cursos secundarios. En síntesis, los niveles educativos son relativamente más sólidos en la zona centro y a partir de los 75 años no hay personas que tengan información correspondiente a ese nivel educativo.

Datos de importancia brinda la encuesta en relación con la ocupación actual de los encuestados. En el primer subgrupo etario (60-64 años) es significativa la cantidad de hombres, debido al aumento de la edad jubilatoria, y mujeres que continúan trabajando, tanto en el centro como en los barrios (más del 50%), pero la diferencia esencial se presenta en las mujeres, 18% en el centro contra 71% en los barrios.

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,33 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Con formato: Derecha: 0 cm

Probablemente, esa diferencia tan acusada sea producto de los bajos porcentajes de mujeres jubiladas o pensionadas en este sector (solamente el 48%).

La cifra correspondiente a los ocupados en la actualidad, disminuye de manera notable en el siguiente grupo etario (65- 69 años). Se reduce en el grupo total (centro y barrios), considerando ambos sexos, al 11%. En el siguiente, (70-74 años) la cifra se mantiene (12%) y desaparece en los últimos grupos (75 a 79, 80 a 84 y más de 85 años) a excepción de tres mujeres que continúan trabajando al momento de ser consultadas. Las cifras son proporcionales en ambos sexos y sectores geográficos (50% hombres, y 17,5% en mujeres, en el centro y en los barrios) en el 1^{er} grupo etario.

Tampoco es posible esperar que en un futuro cercano cambien estas condiciones. Por qué?. No se escapa que la identificación de los fenómenos de comportamiento observables en situaciones sociales, exige la atención a los contextos socioeconómicos y culturales en los que viven los ancianos. Son contextos de sentido y significación, de los que ya se ofrecen indicios claros en las cadenas de comportamientos de los diferentes grupos etarios porque están implícitos. Se considera que dentro de ese contexto la única variable que puede modificar ciertas formas de comportamiento cristalizadas -por lo menos en los dos primeros grupos etarios- es la ocupación actual de los ancianos. Pero dadas las condiciones sumamente críticas que presenta la oferta de trabajo para los jóvenes, no es de esperar que aparezcan para las personas mayores. Por otra parte, la ausencia de ocupación se agudiza a medida que aumenta la edad del grupo considerado y en cada uno de ellos la gente se comporta en consonancia con los roles tipificados, es decir con la significación conferida por el acuerdo general del entorno a cada asunto que tratan. En definitiva, hay una fuerte presión del contexto que los induce a la inmovilidad.

Si a esto se agrega la indiferencia por participar en actividades organizadas por el Municipio para personas mayores, tendencia que se agudiza con la mayor edad, se

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,33 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Con formato: Derecha: 0 cm

alcanzan las conclusiones que siguen: los únicos cambios importantes que guardan relación directa con los grupos etarios y que constituyen atributos cualitativos relevantes derivan de condiciones culturales, particularmente hábitos, usos y costumbres

Con formato: Fuente: 9 pt

Con formato: Posición:
Horizontal: 10,91 cm, Con
relación a: Página, Vertical:
0,33 cm, Con relación a:
Párrafo

Con formato: Fuente: 9 pt

Eliminado: 7

Eliminado: ¶
Consideraciones finales¶

Tema complejo el de la
ancianidad y en especial de la
aceptación por parte del
involucrado y de la sociedad en
general. ¶
L

Con formato: Sangría:
Primera línea: 0 cm, No
permitir puntuación fuera de
margen, No ajustar espacio
entre texto latino y asiático, No
ajustar espacio entre texto
asiático y números, Alineación
de fuente: Línea de base

Eliminado: |

Eliminado: a sociedad actual
nos sitúa en incertidumbre e
imprevisibilidad haciendo
perder las referencias y los
orientadores, generando así
una sociedad fragmentada que
remarca la ausencia de
valores. Esta ausencia es
reemplazada por la promesa de
la eterna juventud, otorgándole
al anciano, un lugar de "no ser".
Es por eso, que tal vez, no
quiere reconocerse "viejo"
porque teme ser descartado.¶
El discurso de que los viejos
"no sirven", es uno de los
argumentos de la globalización,
aunque se puede observar que
en esta sociedad, aún se
conserva un poco de respeto
hacia los ancianos. Es por eso
que se debe rescatar el
concepto de ciudadanía ligado
a la idea de derechos
individuales y por otro lado, a la
noción de vínculo con una
comunidad particular.
Ciudadanía es derecho de
participación y responsabilidad.
Ejercerla es una forma de
aprendizaje, ya que el sujeto
sano en la medida en que
aprehende el objeto y lo
transforma –aprendizaje
operativo- se modifica también
a sí mismo, entrando en un
interjuego dialéctico con el
mundo. Para este aprendizaje
será necesaria la
comunicación, comunicación en
todos sus aspectos, tanto
dialógico como digital. Esto
permitirá lograr el encuentro
con el otro reconociéndolo
como un igual, es decir [82]

Página 178: [1] Con formato	Nora Pizarro	04/11/2004 18:51:00
Fuente: 9 pt		
Página 178: [2] Con formato	Nora Pizarro	22/12/2004 14:35:00
Con formato		
Página 178: [3] Con formato	Nora Pizarro	04/11/2004 18:50:00
Posición: Horizontal: 10,91 cm, Con relación a: Página, Vertical: 0,33 cm, Con relación a: Párrafo		
Página 178: [4] Con formato	Nora Pizarro	04/11/2004 18:51:00
Fuente: 9 pt		
Página 178: [5] Con formato	Nora Pizarro	04/11/2004 18:51:00
Espacio Antes: 6 pto		
Página 178: [6] Eliminado	Nora Pizarro	18/10/2004 17:22:00
esto presenta su máximo en verano, con 2,55%.		

Las enfermedades del sistema digestivo (1-078) presentan más oscilaciones

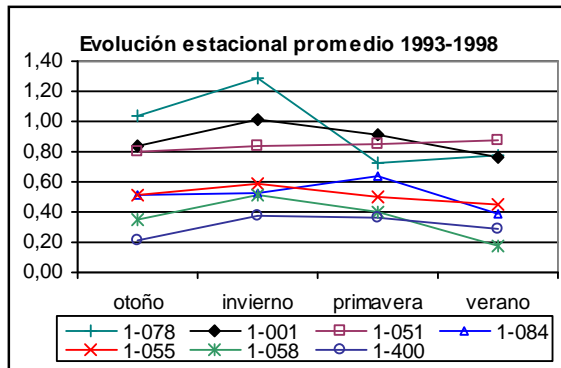


Gráfico 7-11

estacionales, ostentando el máximo en invierno, con 1,29% promedio, y el mínimo en primavera con 0,73%. (Gráfico 7-11) Las enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas (1-051), con valores máximos en verano, no presenta

mucha variación general; las enfermedades del sistema genitourinario (1-084), afectan con preferencia en primavera (0,63%), y mínimo en verano con 0,38%; las restantes causales alteran levemente sus promedios en las distintas estaciones.

Localización espacial de las principales causas

Visualizando la espacialidad, en promedio, de la mortalidad producida por enfermedades del sistema circulatorio (1-064), se percibe una mayor repercusión en la zona del macrocentro, con sectores más afectados, como los correspondientes a los barrios Mariano Moreno, Kilómetro 5, Villa Mitre, Bella Vista, Tiro Federal, Pedro Pico entre otros, presentando un lineamiento general o

Página 178: [7] Con formato	Nora Pizarro	18/10/2004 9:05:00
Fuente: Sin Negrita		
Página 178: [8] Eliminado	Nora Pizarro	18/10/2004 17:22:00

I resto del macrocentro, también presenta valores elevados. Las zonas menos afectadas, corresponden a la Villa Stella Maris

Página 178: [9] Eliminado **Nora Pizarro** **18/10/2004 17:22:00**
–la cual no presenta ninguna defunción por esta causa en todo el período–

Página 178: [10] Eliminado **Nora Pizarro** **18/10/2004 17:22:00**
y la orla exterior del ejido urbano. (Carta 7-1)

Discriminando por año, se observa que durante 1993 (En Anexo Carta A7-1), el sector donde se localiza el Hogar del Anciano, presenta el mayor valor, con más de 10 defunciones,

Página 178: [11] Eliminado **Nora Pizarro** **18/10/2004 17:22:00**
siguiéndole alguna de las zonas con más ancianos, como La Falda, Bella Vista y

Pedro Pico. E

Página 178: [12] Eliminado **Nora Pizarro** **18/10/2004 17:22:00**
n general aparece la zona del macrocentro con extensión al oeste, sur y este (cercanas al macrocentro). Las menos afectadas se localizan al este, y gran parte del borde del ejido, principalmente al norte y oeste de la ciudad y el barrio 26 de setiembre en el sur.

En 1994 (En Anexo Carta A7-2), aparece un sector del barrio Universitario con más de 10 defunciones, manteniéndose los otros radios afectados en el año anterior; los menos perjudicados aparecen en el sector oeste, especialmente Villa Nocito y Maldonado, y algunos del este, como Villa Stella Maris y Cerrito; siguiendo los sectores norte y sur. En 1995 (En Anexo Carta A7-3), surgen el barrio Anchorena, La Falda y Tiro Federal, entre otros, con 8 ó 9 decesos; manteniéndose la zona del macrocentro como la de gran repercusión en general. La de menor impacto se mantiene en la periferia del ejido.

Carta 7-1: Circulatorio promedio

Durante 1996 (En Anexo Carta A7-4), se destaca otro radio correspondiente al barrio Universitario, con más de 10 defunciones. L

Página 178: [13] Eliminado **Nora Pizarro** **18/10/2004 17:22:00**

e siguen en importancia los barrios Rivadavia y Colón; los menos impactados aparecen en el sector sur de la ciudad y en el norte. En 1997 (En Anexo Carta A7-5), el macrocentro norte parece disminuir la cantidad de decesos, marcándose el macrocentro oeste y sur como más afectado, continuando hasta el barrio San Martín; las de menor repercusión se localizan al norte y oeste principalmente, continuando al este.

El año 1998 (En Anexo Carta A7-6), muestra sectores del macrocentro, uno cercano al barrio Kilómetro 5 con más de 10 muertes, dos del barrio Universitario y uno de Pedro Pico como los de mayor repercusión; en general se observa un incremento hacia el sector suroeste de la ciudad, aunque se mezcla con los sectores menos afectados, los cuales también se detectan en gran parte del borde del ejido.

Las defunciones provocadas por tumores (1-026) en promedio, (Carta 7-2), muestran mayor efecto en los barrios Anchorena y Pedro Pico, resaltando en general los sectores este y sur, cercanos al macrocentro; los menos afligidos se localizan, especialmente en la zona oeste-sur de la ciudad.

En 1993 (En Anexo Carta A7-7), se destacan sectores de los barrios Napostá, Universitario, Villa Mitre, Rivadavia, Pedro Pico y Vista Alegre, con 5 muertes y en contraposición surgen 50 radios sin defunciones, ocupando principalmente las zonas correspondientes al borde de la ciudad y algunos sectores del macrocentro. En 1994 (En Anexo Carta A7-8), se produce un cambio en la zona de repercusión, variando más en dirección oeste, barrio Mariano Moreno, y este, Anchorena, manteniéndose al sur, Pedro Pico, siempre rodeando el macrocentro y extendiéndose al radio que comprende los barrios Villa Moresino, Serra y Talleres; las de menor impacto se

localizan principalmente en el norte, oeste y sur del límite del ejido y sectores de Villa Mitre y Villa Rosario.

-----Salto de página-----

Carta 7-2: Tumores promedio

-----Salto de página-----

Durante 1995 (En Anexo Carta A7-9), se destacan el barrio Anchorena y un sector de Universitario, con más de 6 defunciones, le siguen los barrios Amaducci, Pedro Pico y Tiro Federal; la zona de menor huella, se sigue localizando en el borde de la ciudad, acentuándose en el oeste-sur y luego este. En el año 1996 (En Anexo Carta A7-10), resalta un sector del macrocentro, vecino al barrio Kilómetro 5, con más de 6 defunciones, luego se ubican Villa Rosas, Amaducci, Comahue, Napostá y Universitario, estas tres en el sector norte del macrocentro; las zonas más favorables, por no presentar decesos, se ubican principalmente en la orla externa de la ciudad y algunos sectores del microcentro.

En 1997 (En Anexo Carta A7-11), surge el barrio Comahue con más de 6 defunciones por tumores, continuando sectores de los barrios Santa Margarita, Universitario, Mariano Moreno, Mapuche, Anchorena y un sector aledaño al barrio 26 de Setiembre.

Página 178: [14] Con formato	Nora Pizarro	18/10/2004 17:14:00
-------------------------------------	---------------------	----------------------------

Fuente: Negrita

Página 178: [15] Eliminado	Nora Pizarro	18/10/2004 17:22:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

os lugares menos afectados se localizan en el borde sur-oeste, norte y microcentro, especialmente en dirección norte. Durante 1998 (En Anexo Carta A7-12), se presentan un sector del barrio Pedro Pico y otro cercano al barrio Napostá con más de 6 muertes, prolongándose en gran parte del barrio Pedro Pico, sectores del macrocentro, en dirección sudoeste, y en los radios que comprenden Villa Belgrano, Villa Duprat y los barrios Latino, Irupé y Aerotalleres, entre otros, en el noroeste de la ciudad, los de menor impacto se encuentran en las franjas oeste-sur y este-noreste y borde noroeste del macrocentro.

Las enfermedades del sistema respiratorio (1-072) en promedio (Carta 7-3), hacen resaltar el sector ocupado por el Hogar del Anciano, con un promedio de más de tres defunciones por año, siguiéndole en importancia sectores de los barrios Noroeste, Colón, Pedro Pico, Napostá, Palihue y algunos radios cercanos al microcentro. En general se aprecia como zona más desfavorable la comprendida por el macrocentro y barrios adyacentes, especialmente en dirección oeste y este desde la plaza Rivadavia, punto central de la ciudad.

-----Salto de página-----

Carta 7-3: respiratorio promedio

-----Salto de página-----

Como espacios más favorables, ya que no registran ninguna defunción en todo el período se destacan un radio del microcentro, los barrios 12 de Octubre, Villa Rosario y el sector aledaño al barrio 26 de Setiembre, estos tres últimos ubicados en zonas supuestamente conflictivas, ya que el primero está en el límite este del ejido y por ende en una franja de escasos recursos.

Página 178: [16] Con formato **Nora Pizarro** **18/10/2004 17:17:00**
Fuente: Negrita

Página 178: [17] Eliminado **Nora Pizarro** **18/10/2004 17:22:00**
Villa Rosario se localiza a la vera del arroyo Napostá y corresponde a una de las zonas carenciadas de la ciudad

Página 178: [18] Eliminado **Nora Pizarro** **18/10/2004 17:22:00**
(el último está ubicado en proximidades del Polo Petroquímico Bahía Blanca), lo cual trae aparejado, por parte de la población, cuestionamientos a las empresas allí asentadas. El eje de las protestas se centra en la

Página 178: [19] Eliminado **Nora Pizarro** **18/10/2004 17:22:00**
contaminación y sus efectos en la salud, especialmente en lo que respecta a problemas respiratorios. Este último

Página 178: [20] Eliminado **Nora Pizarro** **18/10/2004 17:22:00**
hecho, sin embargo,

Página 178: [21] Eliminado **Nora Pizarro** **18/10/2004 17:22:00**
en los datos analizados

Página 178: [22] Eliminado **Nora Pizarro** **18/10/2004 17:22:00**
no queda registrado en los datos analizados.

En 1993 (En Anexo Carta A7-13), resaltan 5 sectores con mayor cantidad de defunciones, correspondientes a los barrios Pedro Pico, Universitario, dos sectores del Kilómetro 5 y uno del microcentro, con más de 4 decesos cada uno; le siguen en importancia varios barrios del sector oeste de la ciudad, como Pampa Central, Mariano Moreno y Noroeste y en contraposición otros localizados en el sector este, como Tiro Federal, y los radios cercanos al barrio Bella Vista, que conforman el límite este del macrocentro. Las zonas sin afectados, se ubican en el sector oeste-sur y este, fuera del macrocentro, marcando un anillo en la ciudad;

Página 178: [23] Eliminado **Nora Pizarro** **18/10/2004 17:22:00**
la franja norte como zona de perturbación intermedia. Durante 1994 (En Anexo Carta

A7-13), un solo radio presenta más de 4 defunciones, en el barrio Universitario, secundándole, con 3 muertes por esta causa, distintos sectores en la ciudad que, en líneas generales, se localizan en el límite sur del macrocentro

Página 178: [24] Eliminado **Nora Pizarro** **18/10/2004 17:22:00**
(barrios Pedro Pico, San Martín y Villa Ressia) y

Página 178: [25] Eliminado **Nora Pizarro** **18/10/2004 17:22:00**
en el borde norte y noreste, también del macrocentro. **VER SI CONSERVA EL**

SENTIDO Las zonas más favorables se ubican principalmente en los sectores norte-oeste y gran parte del sur.

El año 1995 (En Anexo Carta A7-13), muestra un incremento en la cantidad de radios afectados, producto de lo mencionado anteriormente sobre aumento gradual de las muertes por enfermedades del sistema respiratorio, destacándose el sector donde se encuentra el Hogar del Anciano, al oeste; el barrio Pedro Pico, al sur, Tiro Federal al este; La Falda hacia el noreste y un sector del Barrio Universitario al norte, con más

de 4 defunciones cada uno; aledaños a ellos se ubican los sectores con tres defunciones, lo que marca el área de afectación en base a los puntos cardinales, siempre en los límites del macrocentro. Las secciones más favorables se encuentran principalmente al norte y sur-suroeste del ejido. En 1996 (En Anexo Carta A7-14), año de mayor cantidad de radios con más de 4 decesos por enfermedades del sistema respiratorio, se remarca una línea que se extiende desde el sector noroeste de la ciudad hasta el sur, afectando principalmente los barrios Latino, Villa Irupé, Aerotalleres, Noroeste, Colón, Villa Ressia , hasta Rivadavia, Villa Talleres, Serra y Moresino; también se aparecen dos sectores del microcentro. Con tres defunciones figuran varios sectores del micro y macrocentro y los radios vecinos a los parques de Mayo y Campaña del Desierto, los que junto a los barrios Amaducci y Villa Soldati, por el este, y Avellaneda, Los Almendros y Coronel Estomba, entre, otros por el noroeste, conforman un semicírculo que muestra gran repercusión de esta problemática.

En el año 1997 (En Anexo Carta A7-15), varía levemente la zona de mayor implicancia, ya que se delimita con bastante claridad una línea al oeste que abarca los barrios Latino, Villa Irupé, Aerotalleres, el sector del Hogar del Anciano y los barrios San Blas y Loma Paraguaya; al este sobresale un radio del barrio Tiro Federal; al sur el centro de Ingeniero White y por último un sector céntrico, lindante con el barrio Universitario; todos con más de 4 defunciones. La región que le sigue en importancia, con 3 fallecidos, se encuentra principalmente al este de la ciudad: Villa Libre Sur, Loreto, Buenos Aires, entre otros y en el macrocentro. Sin registros aparece la orla sur-oeste , sectores en el este y parte norte. En 1998 (En Anexo Carta A7-16), los ejes más afectados se localizan al oeste, Hogar del Anciano y barrio Noroeste; al este, barrio Palihue, Parque Independencia y Tiro Federal; al sur, el centro de Ingeniero White, y el dirección norte un radio del barrio Pacífico y uno del microcentro, cada uno con más de 4 defunciones; le siguen en importancia una franja con lineamiento norte-sur, comprendida por los barrios Villa Belgrano, Villa Duprat, Sevilla, Noroeste, Colón San Martín y Pedro Pico; la cual se prolonga en dirección este, ocupando los barrios

Villa Mitre, Soldati, Loreto, Buenos Aires y Anchorena, entre otros; una sectorización se une a la norte, abarcando los barrios Napostá, Universitario y San Roque, todos con 3 decesos cada uno. Los radios menos afectados se localizan en los bordes sur, este y norte; además de algunos sectores del microcentro.

Consideraciones

Página 178: [26] Con formato Jorge 03/10/2004 18:07:00
Fuente: Negrita, Color de fuente: Blanco, Resaltar

Página 178: [27] Eliminado Nora Pizarro 18/10/2004 17:22:00
sobre el tema

En general se puede afirmar que la mayoría de las defunciones de ancianos se producen en la zona denominada macrocentro de la ciudad, con mayor énfasis en el sector donde se localiza el Hogar del Anciano, ya que es muy alta la concentración

Página 178: [28] Eliminado Nora Pizarro 18/10/2004 17:22:00
LA MORTALIDAD DE LOS ANCIANOS

La mortalidad de los ancianos

Página 178: [29] Eliminado Nora Pizarro 18/10/2004 17:22:00
responde a un promedio general del

71,6% con respecto al total de defunciones, si no se consideran las defunciones infantiles ni fetales se eleva al 74,92%. El menor valor

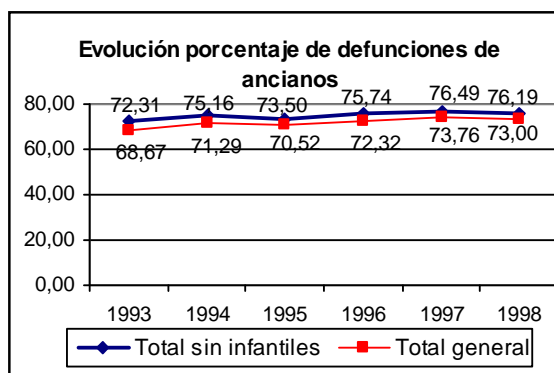
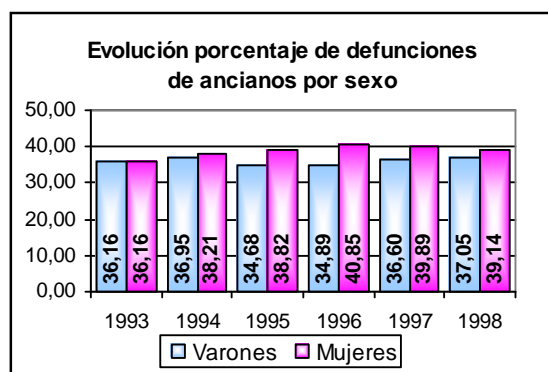


Gráfico 7-1

Página 178: [30] Eliminado Nora Pizarro 18/10/2004 17:22:00
se registra en 1993 con 68,67 % y

72,3% para los mayores de un año, y el máximo en 1997 con 73,76% y 76,49% respectivamente. (Gráfico 7-1) La variación que se observa es importante, y confirma

lo dicho anteriormente



Página 178: [31] Eliminado Nora Pizarro 18/10/2004 17:22:00

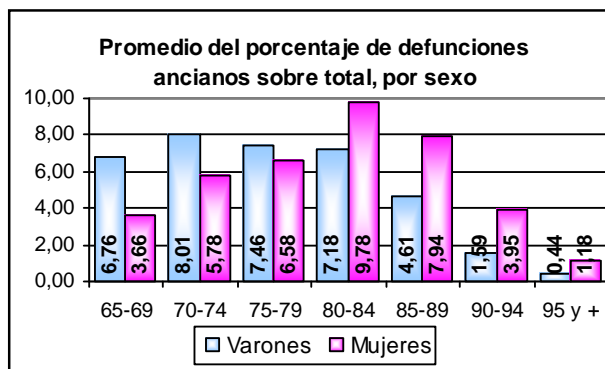
: en el transcurso de los años analizados se percibe una tendencia positiva en cuanto al aumento de las edades de muerte y el consiguiente envejecimiento de la ciudad. Examinando por sexo, resalta la paridad en los porcentajes para el año 1993, sobre el total de las defunciones de mayores de un año; hecho que varía en el transcurso de los años, donde las mujeres presentan porcentajes más elevados;

Página 178: [32] Eliminado **Nora Pizarro** **18/10/2004 17:22:00**
 lo exhiben en 1996 con 40,85%, descendiendo levemente hacia el final del período (39,14%), hecho motivado por el incremento de los varones los cuales logran su máximo en 1998 con 37%. (Gráfico 7-2)

Las desigualdades más notorias se aprecian al observar los datos discriminados por sexo y por grupo de edad; en promedio, referido al total de defunciones de mayores de un año. S

Página 178: [33] Eliminado **Nora Pizarro** **18/10/2004 17:22:00**

e distingue el notorio predominio de las muertes de varones en los primeros conjuntos etarios, de 65 hasta 79 años, situación que se revierte a partir de los 80 años, donde la supremacía de los decesos correspondientes al sexo



femenino es indudable; hecho que fortalece lo expresado sobre la mayor expectativa de vida de éstas con respecto a los varones. Éstos

Página 178: [34] Eliminado **Nora Pizarro** **18/10/2004 17:22:00**

registrar el mayor porcentaje, en promedio, a los 70-74 años, en cambio las mujeres lo presentan a los 80-84 años. (Gráfico 7-3)

Por grupo de edad, en las mujeres, se aprecian variaciones anuales leves en los primeros conjuntos, de 65 hasta los 79 años, y en el último, correspondiente a las mayores de 95 años; en cambio son importantes entre los 80 y 89 años, donde muestran un aumento considerable en el lapso analizado. (Gráfico 7-4) También es importante el incremento del porcentaje de las defunciones a medida que se asciende en edad.

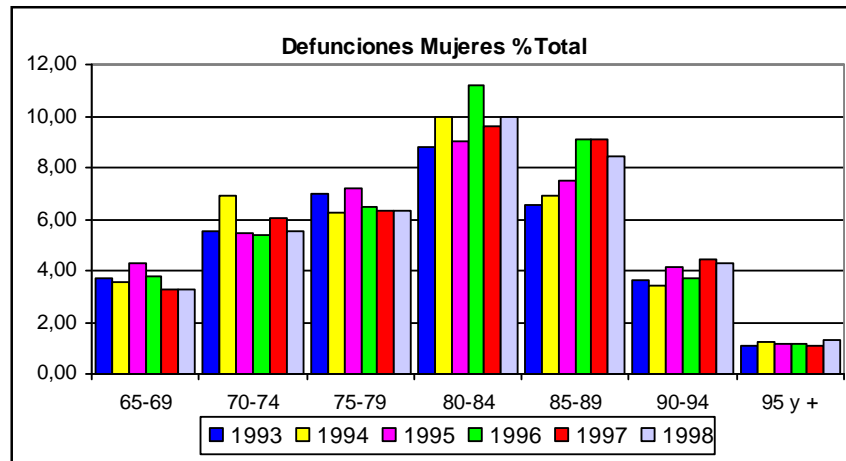


Gráfico 7-4

Los varones se caracterizan por presentar variaciones anuales mas dispares que las mujeres, menores promedios y una mayor homogeneidad en los porcentajes respecto al total de defunciones, especialmente en los primeros cuatro grupos de edades, desde los 65 a los 84 años; Los grupos siguientes, especialmente entre los 85 y 94 años, muestran aumento casi constante en su proporción. (Gráfico 7-5)

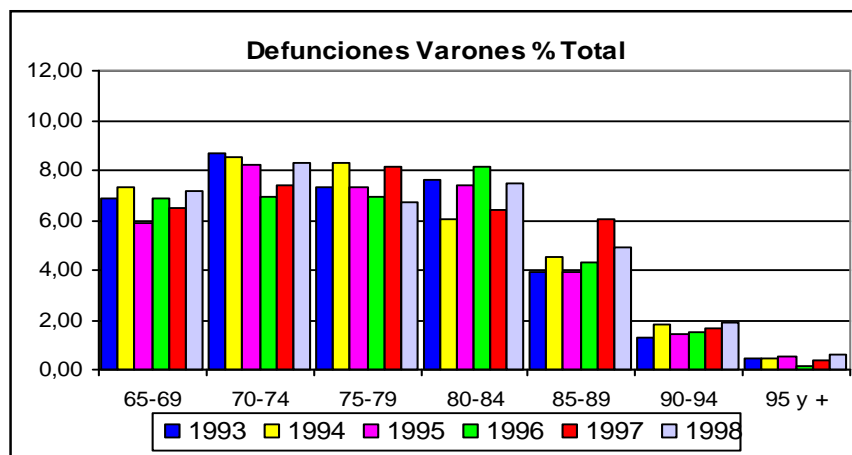


Gráfico 7-5

Nacionalidad de los ancianos

Referente a la nacionalidad promedio de los ancianos fallecidos en la ciudad, el 78,5% es argentino, con leves diferencias por sexo; el 3,58% se ha nacionalizado, con mayor porcentaje de varones, 5,68%, supuestamente por razones laborales; el 3,26% nació en países limítrofes; el 11% es proveniente de otro país, especialmente Italia y España y de un 3,67% se ignora su nacionalidad, por la no presentación del documento de

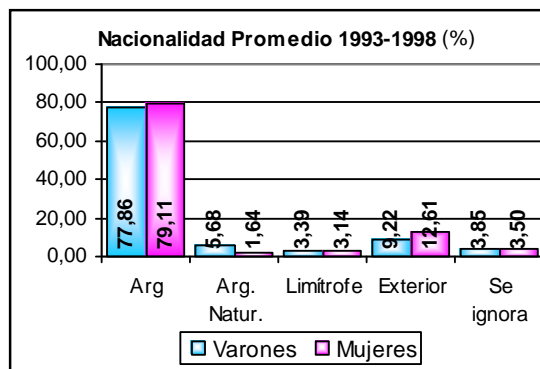


Gráfico 7-6

identidad de la persona fallecida. (Gráfico 7-6)

Con respecto al lugar de nacimiento, el 28,3% de los fallecidos, en promedio, nació en la ciudad, aunque se manifiestan diferencias por sexo, ya que el 34,2% corresponde a los varones y el 22,8% a las mujeres; lo contrario ocurre con los nacidos en el resto de la provincia, alcanzando los varones el 29,12% mientras que el sexo femenino posee el 41,46%, estos guarismos refuerzan lo afirmado sobre la migración proveniente de la región hacia esta localidad, especialmente mujeres en busca de trabajo, estudio o mejores servicios asistenciales.

Los aportes de las provincias de Río Negro y La Pampa, también son importantes, especialmente esta última, al igual que los proporcionados por el resto del país. Referente a los nacimientos producidos en el exterior, 14% en promedio y sin diferencias por sexo, aún se observan los remanentes de las grandes oleadas migratorias, producidas con posterioridad a las guerras mundiales que asolaron fundamentalmente Europa, especialmente de españoles e italianos; en cuanto a los nacidos en países limítrofes, Chile es el de mayores aportes. (Gráfico 7-7)

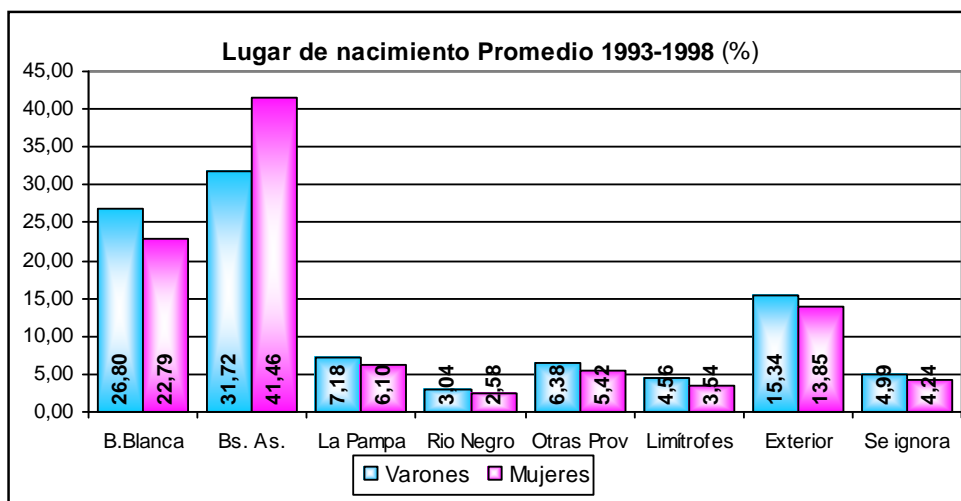


Gráfico 7-7

Estado civil

En referencia al estado civil de los ancianos fallecidos, se observa que la mayoría de los hombres (67,3%) eran casados, en cambio las mujeres eran viudas (70,8%) lo cual ratifica lo expresado sobre la mayor expectativa de vida del sexo femenino, hecho que coincide con

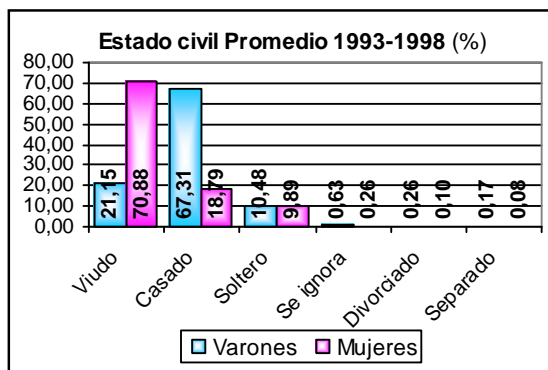


Gráfico 7-8

costumbre de épocas no muy lejanas, la cual no concuerda la actual. (Gráfico 7-8)

Página 178: [35] Eliminado Nora Pizarro 18/10/2004 17:22:00

parámetros a nivel mundial. El porcentaje de solteros, para ambos sexos, es bajo, con valores cercanos al 10%; los divorciados o separados apenas si aparecen representados,

Principales causas de muerte

Las principales causas que producen la muerte de los ancianos en la ciudad, están en correlación directa con las totales ya consideradas, debido a que este grupo es el de mayor peso. (Gráfico 7-9)

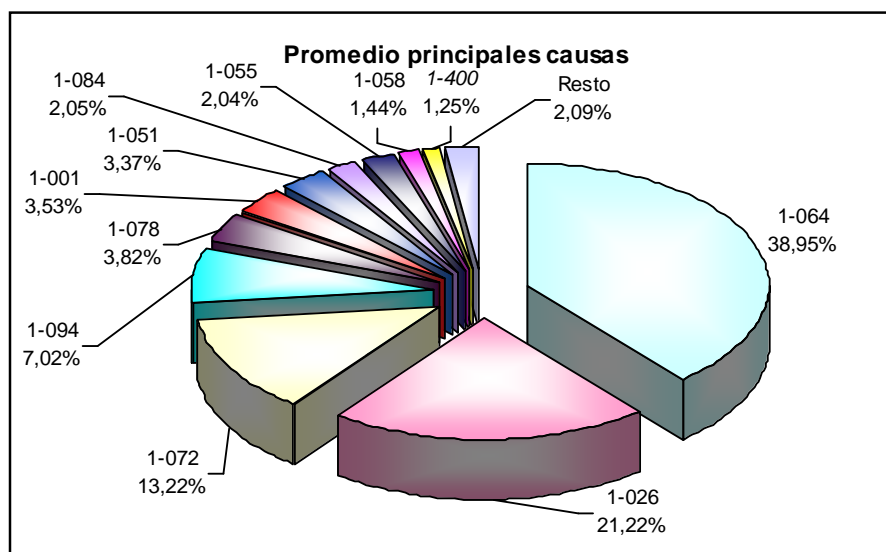


Gráfico 7-9

Referencias:

1-064	Enf. Sistema Circulatorio	1-051	Enf. endócrinas, nutricionales y metabólicas
1-026	Tumores	1-084	Enf. Sistema Genitourinario
1-072	Enf. Sistema Respiratorio	1-055	Trastornos mentales y del comportamiento
1-094	Síntomas anormales	1-058	Enf. Sistema Nervioso
1-078	Enf. Sistema Digestivo	1-400	Traumatismos, causa externa
1-001	Enf. Infecciosas	Otras	Otras causas

Se percibe un leve aumento en el porcentaje de los decesos por enfermedades del sistema circulatorio, (del 33,5% total, pasa al 38,9% en los ancianos) ya que esta dolencia afecta a mayor edad; en el caso de los tumores ocurre lo contrario. Aparece, entre las principales causas, las enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas (1-051) con 3,05% de afectados, siendo para las mujeres principalmente la desnutrición, sobre todo a partir de los 80 años; en cambio los varones la principal problemática es la diabetes.

Los traumatismos por causa externa, (1-400) descienden su porcentaje, ya que los ancianos se encuentran menos afectados por esta causal, 1,13% en promedio. Las

causas que adquieren importancia, son las codificadas como Trastornos mentales y del comportamiento (1-055) y las que afectan el sistema nervioso (1-058), representadas principalmente por la demencia senil, en el primer caso, y el mal de Alzheimer en el segundo; enfermedades muy frecuentes en los ancianos.

Variaciones estacionales de la mortalidad

En general el invierno es la estación que más afecta a la ancianidad con 31%, el otoño y la primavera poseen alrededor del 24% de las defunciones, mientras que el verano es la de menor volumen con el 21%. Las muertes producidas por enfermedades del sistema circulatorio durante el invierno, representan en promedio, el 12,3% de las defunciones totales, descendiendo en otoño y primavera, llegar al 7,8% en verano. Los decesos debido a tumores (1-026) no muestran variación estacional, oscilando alrededor del 5,3%. Las enfermedades del sistema respiratorio (1-072) presentan su máximo en el invierno, 5,16% promedio, causado por las bajas

temperaturas imperantes, propias de la estación y las repercusiones lógicas que se producen en las vías respiratorias; le sigue, con notorio descenso, la primavera con el 3,1%. (Gráfico 7-10) Las definidas como síntomas anormales (1-094) sufren

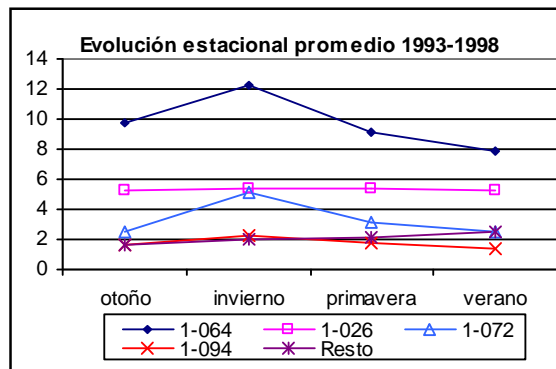


Gráfico 7-10

poca variación y el r

Página 189: [36] Eliminado **Nora Pizarro** **02/11/2004 16:24:00**
OJO ACLARAR LO QUE SIGUE ...

Página 189: [37] Con formato **Jorge** **03/10/2004 18:32:00**
 Fuente: Negrita, Sin Cursiva, Resaltar

Página 189: [38] Eliminado **Nora Pizarro** **02/11/2004 16:25:00**
 , o sea con convenio pero no el propio PAMI,

Página 189: [39] Eliminado **Nora Pizarro** **02/11/2004 16:27:00**

. *Convenio con el Círculo Odontológico de Bahía Blanca a través de los colegios de odontólogos de toda la provincia y*

Página 189: [40] Con formato	Nora Pizarro	02/11/2004 16:28:00
-------------------------------------	---------------------	----------------------------

Sangría: Primera línea: 1,25 cm

Página 189: [41] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:29:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

propios, que esos sí los presta el PAMI a través de geriatría o psiquiatría que son convenios que firma directamente con las clínicas, pero nosotros también tenemos servicios

Página 189: [42] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:30:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

Y después tenemos

Página 189: [43] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:31:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

después tenemos lo propio

Página 189: [44] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:32:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

, debemos ser la única obra social que prevé la entrega de esos elementos.

Página 189: [45] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:33:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

Y después tenemos también

Página 189: [46] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:33:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

sociales que se le dan a personas

Página 189: [47] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:34:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

s, por sí consume demasiados medicamentos se les da cierto tipo de ayuda,

eso es una rama de lo que es la acción social, después tenemos lo que es propiamente dicho, la

Página 189: [48] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:37:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

consulta con muchos

Página 190: [49] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:39:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

y pasaron a ser de la Asociación Médica

Página 190: [50] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:41:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

ellos (los médicos) son exclusivamente FECLIBA. Llegado el convenio

Página 190: [51] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:42:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

o sea que en un listado de seiscientos

Página 190: [52] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:42:00
<i>ellos atienden a todos</i>		
Página 190: [53] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:43:00
<i>. cuando le dicen usted necesita un especialista;</i>		
Página 190: [54] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:44:00
<i>se debe informar sobre que sanatorio atiende</i>		
Página 190: [55] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:46:00
<i>, que especialista atiende por FECLIBA o CISBO V. Pero el primer nivel, lo que</i>		
<i>es atención de medico cabecera y análisis clinicos todos son atendidos por la misma</i>		
<i>gente de eso no hay ningún problema y más o menos tienen esa proporción o sea hay</i>		
<i>algunos que tienen mil, otros tienen ochocientos, otros tienen seiscientos, otros</i>		
<i>cuatrocientos...</i>		
Página 190: [56] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:50:00
<i>tomen como médicos de cabecera primero y principal</i>		
Página 190: [57] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:52:00
<i>, o clínico y después con especializaciones en ese tipo</i>		
Página 190: [58] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:54:00
<i>le puedo hablar de más</i>		
Página 191: [59] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:55:00
<i>no han querido trabajar porque a lo mejor con los privados les basta,</i>		
Página 191: [59] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:56:00
<i>por ahí</i>		
Página 191: [59] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:56:00
<i>tan a punto</i>		
Página 191: [59] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:57:00
<i>o porque no quieren poner</i>		
Página 191: [59] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:58:00
<i>los</i>		
Página 191: [59] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:58:00
<i>o porque no quieren poner</i>		

Página 191: [59] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:58:00
<i>las medidas de seguridad</i>		
Página 191: [59] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:58:00
<i>o porque no quieren poner</i>		
Página 191: [59] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 16:59:00
<i>o porque en una pieza le conviene tener a tres en vez de dos ya que nosotros, por las</i>		
<i>normas, según los metros cuadrados disponibles, no</i>		
Página 191: [60] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:00:00
<i>los</i>		
Página 191: [60] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:00:00
<i>normalmente</i>		
Página 191: [60] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:00:00
<i>que</i>		
Página 191: [60] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:00:00
<i>,</i>		
Página 191: [60] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:00:00
<i>e</i>		
Página 191: [60] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:01:00
<i>.</i>		
Página 191: [61] Eliminado	Jorge	03/10/2004 18:41:00
<i>/</i>		
Página 191: [61] Eliminado	Jorge	03/10/2004 18:41:00
<i>,</i>		
Página 191: [62] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:01:00
<i>...</i>		
Página 191: [62] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:01:00
<i>..</i>		
Página 191: [62] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:01:00
<i>.</i>		
Página 191: [62] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:02:00

N

Página 191: [62] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:03:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

Página 191: [62] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:04:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

hay más de tres o pasa y

Página 191: [63] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:06:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

tienen que

Página 191: [63] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:06:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

enir

Página 191: [63] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:06:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

después

Página 191: [63] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:06:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

viene

Página 191: [63] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:08:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

por

Página 191: [64] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:11:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

“Ahora yo me doy cuenta, porque cuando hacemos la campaña de vacunación antigripal empiezan a aparecer los geriátricos que son afiliados al PAMI, que le damos las vacunas para vacunar y ahí me voy enterando donde están, voy viendo la lista y cada vez se engrosa más; algunos son buenos, porque no se han inscriptos para que no lo vayan a molestar. Un día si lo descubren para uno o dos años, no pagan y le puedo asegurar que son muy buenos, que tienen buenas comodidades y todo; pero hay otros que son deprimentes.

Página 191: [64] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:12:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

Página 191: [64] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:13:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

E

Página 191: [65] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:13:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

está muy bueno, lo que pasa es que nosotros le hemos ofrecido muchísimas veces alquilarle veinte camas para PAMI y nunca han querido; siempre han pensado que si le alquilan camas a PAMI y PAMI controla, se

Página 191: [65] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:13:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

como

Página 191: [65] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:14:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

...

Página 191: [65] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:14:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

lo único que nosotros pretendemos es pagarle seiscientos pesos o quinientos pesos por mes a veinte personas y poder disponer de esas camas; porque ellos l

Página 191: [65] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:15:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

y

Página 191: [65] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:15:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

, ahora si a los diez minutos que entró caminando quedó en silla de ruedas no hay problema pero tienen que entrar caminando es la única condición, lamentablemente es la única institución que está muy bien".

Página 192: [66] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:26:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

costos

Página 192: [66] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:26:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

encuentran

Página 192: [66] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:19:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

y en algunos no hay

Página 192: [66] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:29:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

detecta

Página 192: [66] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:29:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

se encuentran sedados en forma casi permanente

Página 192: [66] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:30:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

restringidos

Página 192: [66] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:20:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

;

Página 192: [66] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:32:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

en las habitaciones, ya que en algunas de escasas dimensiones se encontraban cinco

personas; en otros

Página 192: [66] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:33:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

supo

Página 192: [66] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:33:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

de

Página 192: [66] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:33:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

que se podrían denominar

Página 192: [67] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:23:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

también se encuentra de todo

Página 192: [67] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:24:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

desde las

Página 192: [67] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:24:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

en cada una

Página 192: [67] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:26:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

allí alojados

Página 192: [68] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:26:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

hasta las que “amontonan” viejos, donde se los ve desnutridos, sedados y faltos

Página 192: [69] Con formato	Nora Pizarro	07/12/2004 14:27:00
-------------------------------------	---------------------	----------------------------

Color de fuente: Automático

Página 192: [70] Con formato	Nora Pizarro	07/12/2004 14:27:00
-------------------------------------	---------------------	----------------------------

Color de fuente: Automático

Página 192: [71] Con formato	Nora Pizarro	07/12/2004 14:27:00
-------------------------------------	---------------------	----------------------------

Color de fuente: Automático

Página 192: [71] Con formato	Nora Pizarro	07/12/2004 14:27:00
-------------------------------------	---------------------	----------------------------

Color de fuente: Automático

Página 192: [72] Con formato	Nora Pizarro	07/12/2004 14:27:00
-------------------------------------	---------------------	----------------------------

Color de fuente: Automático

Página 192: [73] Eliminado	Nora Pizarro	03/11/2004 9:30:00
-----------------------------------	---------------------	---------------------------

demás, debido al aumento en la cantidad de ancianos, el incremento de las

exigencias de tipo económico –motivo por el cual los familiares directos (hijos y cónyuges) deben salir a trabajar

Página 192: [74] Eliminado **Nora Pizarro** **03/11/2004 9:30:00**
para no dejar al viejo solo y sin cuidados–

Página 192: [75] Eliminado **Nora Pizarro** **03/11/2004 9:30:00**
se hace necesaria la internación, situación que es aprovechada por muchos, algunos por disponer de una casa amplia y otros como recurso económico, surgiendo gran cantidad de pensiones y pseudo geriátricos.

Página 192: [76] Eliminado **Nora Pizarro** **02/11/2004 17:35:00**
OJO NORA. ESTA PARTE ESTÁ MUY CARGADA EMOTIVAMENTE, LO QUE NO TE BENEFICIA. TRATASTE DE PRESENTAR LA SITUACIÓN CON IRONÍA PERO, AL NO HACER ACLARACIONES OBJETIVAS, ESTO QUEDÓ COMO UN SARCASMO NO RESUELTO. ESTA PARTE, QUE ES MUY IMPORTANTE, TIENE QUE SER TRANSFORMADA EN UN TEXTO DE TESIS DOCTORAL. LO QUE INTENTAS DESCRIBIR ES INDIGNANTE, PERO DEBES DEJAR QUE EL LECTOR ASÍ LO DEDUZCA DE LA INFORMACIÓN Y DE TUS COMENTARIOS PRECISOS. LAS ENCUESTAS DEBEN PUNTUARSE Y, A VECES, REESCRIBIRSE PARA ENTRAR EN CAJA. ESO TAMBIÉN AYUDARÁ A GUARDAR UNA DISTANCIA ACADÉMICA.

Página 192: [77] Eliminado **Nora Pizarro** **02/11/2004 17:35:00**

Es sabido que los jubilados estatales, en su mayoría, cobran una jubilación mínima, –alrededor de doscientos pesos–

Página 192: [78] Eliminado **Nora Pizarro** **02/11/2004 17:37:00**
cuyos montos son insuficientes para cubrir sus necesidades básicas, especialmente cuando deben abonar en las farmacias los medicamentos, que en mayor o menor medida y de acuerdo a los requerimientos de salud, deben emplear; situación que conlleva a este grupo, a ubicarse por debajo de la línea de pobreza y en muchos casos en la categoría de indigentes. Esta s

Página 192: [79] Eliminado **Nora Pizarro** **02/11/2004 17:37:00**
pareciera no ser debidamente contemplada por las autoridades, ya que no se perciben muchos planes asistenciales para los ancianos, a pesar de lo expresado

anteriormente por el PAMI. (Aquí habría que decir, por ejemplo: en el presente, las necesidades son tales y tales y los planes vigentes, tales y tales.

En estos momentos se observa una mayor agilidad en el trámite para el cobro de la jubilación o pensión, según corresponda. MUY PERIODISTICO: QUÉ MOMENTO, CUÁNDO ERA DIFERENTE En lo que se detectan grandes demoras es para los tratamientos especiales o intervenciones quirúrgicas de mayor envergadura, hecho que se ve agravado en muchos casos por la edad avanzada de los pacientes y la complejidad de su patología, sumado al hecho que algunas intervenciones quirúrgicas, como el caso de las referidas al aparato circulatorio (*by pass*), se realizan en localidades distantes a más de

Página 192: [80] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 17:37:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

trescientos kilómetros, Santa Rosa, La Pampa, lo cual implica el traslado del anciano y algún familiar acompañante. Este trastorno supone aumento de gastos, incomodidad y menor contención familiar.

Página 192: [80] Eliminado	Nora Pizarro	03/11/2004 9:31:00
-----------------------------------	---------------------	---------------------------

no muchos

Página 192: [80] Eliminado	Nora Pizarro	03/11/2004 9:31:00
-----------------------------------	---------------------	---------------------------

asistenciales

Página 193: [81] Eliminado	Nora Pizarro	02/11/2004 15:26:00
-----------------------------------	---------------------	----------------------------

Vejez, trabajo y sociedad

Uno de los aspectos mas valorados culturalmente es la participación del hombre en el mercado laboral. La sociedad acepta al individuo si éste participa activamente del esquema productivo y si no lo hace lo margina. En este contexto los ancianos son marginados y concebidos como una carga social. *“Jubilarse del trabajo es jubilarse de la vida ... Indica que en nuestro país ser viejo es una de las tantas maneras de ya no ser...”*¹ A pesar de estar jubilados, o como comentó una anciana en una entrevista *“tener los maleficios de la jubilación”*, muchos deben continuar en

¹ Katz, F. (1992) La tercera edad. Buenos Aires, Ed. Planeta.

actividad, mientras puedan, para solventar sus gastos; en tanto otros lo hacen para no sentirse “desechados” por la sociedad.

*“La vejez es parte del destino humano. Se trata pues, de crear un espacio a la medida de ese tiempo, más lento pero más sabio de los viejos”.*²

En los estudios más recientes se reconoce la influencia del medio social sobre la personalidad del anciano, ya que éstos exhibirán la personalidad que el medio les permita, siendo negativa si no los integra y siendo positiva cuando encuentren un ambiente de contención.

La persona en desarrollo ve los cambios indeseables que acompañan a la vejez, e inconscientemente rechaza tanto el proceso de envejecimiento como las personas que son portadoras de él. En esta etapa del ciclo vital se observa una declinación en el aspecto biológico de la persona, ya que el cuerpo denota el paso del tiempo y es reflejo de las condiciones de vida que ha llevado. Pero pese a esta disminución de las capacidades, la persona posee muchas más posibilidades que pueden contrarrestar las falencias físicas propias de la edad.

*“...Desde el punto de vista psicológico la capacidad de los mayores para asumir los cambios y pérdidas que se producen en la vejez, dependerá de cómo el sujeto se haya adaptado a otros períodos de transición en su etapa vital. Implica tener que elaborar el duelo por lo que fue y ya no es, por lo que tuvo y dejó de tener, por lo que pudo y ahora tiene dificultad para hacer. En pocas palabras; es tener que asumir una nueva identidad sobre bases distintas en un período donde la adecuación a lo nuevo se hace más difícil. Pero sólo a partir de una adaptación activa a la realidad, comprendida como un intercambio crítico entre el sujeto y su contexto, esta fase de la vida, puede ser asumida como de modificación y crecimiento, y este ciclo se puede pensar, como un proyecto distinto de existencia...”*³

² Katz, F. (1992) La tercera edad. Buenos Aires, Ed. Planeta.

³ Zolotow, D. (2003) Los devenires de la ancianidad. Buenos Aires, ED Lumen Humanitas

El resultado de ver a la vejez como algo negativo es que, de todas las realidades, esta etapa es la que conservamos durante más tiempo en la vida como una noción puramente abstracta. Considerar esta realidad como una abstracción es producto de la imposibilidad de incluirnos dentro de un proceso evolutivo y pensarnos viejos nosotros mismos. Lo habitual es que tratemos de negar reiteradamente nuestro propio envejecimiento y que se lo adjudiquemos masivamente al viejo real que tenemos delante. “...Nos negamos a reconocernos en el viejo que seremos...”⁴

Página 211: [82] Eliminado

Nora Pizarro

02/11/2004 17:51:00

a sociedad actual nos sitúa en incertidumbre e imprevisibilidad haciendo perder las referencias y los orientadores, generando así una sociedad fragmentada que remarca la ausencia de valores. Esta ausencia es reemplazada por la promesa de la eterna juventud, otorgándole al anciano, un lugar de “no ser”. Es por eso, que tal vez, no quiere reconocerse “viejo” porque teme ser descartado.

El discurso de que los viejos “no sirven”, es uno de los argumentos de la globalización, aunque se puede observar que en esta sociedad, aún se conserva un poco de respeto hacia los ancianos. Es por eso que se debe rescatar el concepto de ciudadanía ligado a la idea de derechos individuales y por otro lado, a la noción de vínculo con una comunidad particular. Ciudadanía es derecho de participación y responsabilidad. Ejercerla es una forma de aprendizaje, ya que el sujeto sano en la medida en que aprehende el objeto y lo transforma –aprendizaje operativo- se modifica también a sí mismo, entrando en un interjuego dialéctico con el mundo. Para este aprendizaje será necesaria la comunicación, comunicación en todos sus aspectos, tanto dialógico como digital. Esto permitirá lograr el encuentro con el otro reconociéndolo como un igual, es decir como sujeto.

Nora: este apartado que denominaste “Geografía de la ancianidad” es muy importante ... pero no es geografía. Quizá no sea lo mejor hacer transformaciones para que lo

⁴ Katz, F. (1992) La tercera edad. Buenos Aires, Ed. Planeta.

sea. Yo te sugiero cambiarle ese título para que resulte más acorde con lo que aquí se dice. En general hay que revisar a fondo este capítulo y desdramatizarlo (sin dejar de decir todo lo que se dice). Para eso, conviene evitar los juicios de valor muy fuertes y las frases dichas con sarcasmo (al estilo de “se encuentra de todo”, o “amontonan viejos”) y dar más cuerpo a los argumentos, (como en “En los estudios más recientes se reconoce la influencia del medio social sobre la personalidad del anciano, ya que éstos exhibirán la personalidad que el medio les permita, siendo negativa si no los integra y siendo positiva cuando encuentren un ambiente de contención”)

En general, no olvidar que las citas van con autor, fecha “Título”, ciudad, editorial y página. Revisé los capítulos anteriores y también vi algunas falencias. Hay que darle una repasada a la bibliografía de pie de página.

CONCLUSIÓN

Frente a la importancia que adquiere el envejecimiento de la población, se pone de manifiesto la necesidad de intensificar los estudios e investigaciones demográficas. En la actualidad ha cobrado gran importancia, debido al crecimiento inusitado de los últimos años, el análisis de la ancianidad. En general, en el país, y en particular, en la ciudad de Bahía Blanca, no existen muchos estudios que aborden esta problemática.

Bahía Blanca muestra un envejecimiento acelerado, especialmente en los últimos años, que se encuentra por encima del 12%, y a su vez es el segmento de ancianos el que mayor incremento presenta, ya que la ciudad en total aumentó un 4,6%; la población pasiva transitoria, que es el futuro recambio, ha disminuido notoriamente, presentando un 10% de decrecimiento; la población activa, sólo se ha incrementado un 8,5%; en cambio la población pasiva definitiva lo ha hecho en un 21,4%, lo que da como resultado final una población envejecida.

Del análisis de las causales de muerte, en general, se observa que la ciudad se encuentra dentro de los parámetros nacionales, pero que a pesar de ocupar el tercer lugar, las enfermedades que afectan el sistema respiratorio deben ser muy tenidas en cuenta por los profesionales responsables de la salud, ya que presentan acrecentamientos muy significativos. Otra variable para ser considerada es la capacidad de camas y personal, especialmente de los hospitales públicos, ya que al agudizarse la crisis, es más utilizado por la población, tanto de la ciudad, como de la zona.

La mortalidad infantil, muestra una realidad preocupante, en las zonas más alejadas del centro, la cual coincide con los barrios más carecientes, es donde se registran mas casos. Esto puede estar relacionado con insuficiencia de servicios, dificultades en el acceso a los centros de atención y sobre todo falta de concientización en la población, sobre todo las jóvenes que son las más afectadas por causa de embarazos tempranos y en la mayoría de los casos no deseados.

Algunas recomendaciones básicas a esta problemática pueden ser:

- Mejorar los canales de comunicación e información con los jóvenes y adolescentes sobre temas de reproducción y educación sexual, para prevenir embarazos precoces.
- Incentivar la consulta de las madres y futuras madres a los servicios médicos en forma periódica.
- Controlar en forma eficaz no sólo el desarrollo gestacional del feto, sino también todo lo concerniente al embarazo: alimentación, higiene, tipo de trabajo de la madre, etc.
- Que todos los ciudadanos puedan tener acceso fácil a los servicios de salud, en especial la población carenciada, la cual se está incrementando actualmente como consecuencia de la situación económica adversa de la ciudad y la región.

De las defunciones producidas en la ciudad de personas con domicilios fuera de la ciudad, se percibe una importante afluencia de pacientes en busca de atención médica y hospitalaria a los centros asistenciales de Bahía Blanca, lo que confirma la aseveración realizada sobre el nivel de los servicios y desarrollo tecnológico que presenta la ciudad. Las derivaciones o arribos están determinados por la gravedad de los casos, los cuales requieren atención más especializada y que muchas veces en su lugar de origen no se les puede brindar, ya sea por la falta de equipamiento complejo y costoso o por la alta especialización humana requerida, que no todos los centros pueden garantizar u ofrecer. La zona de recepción de pacientes, correspondientes a la provincia de Buenos Aires, coincide con la delimitación de la Región Sanitaria I, lo cual estaría influenciado por la presencia en esta ciudad del Hospital Interzonal Dr. José Penna, el cual tiene incumbencia en toda la región y hacia este nosocomio son derivados los casos que requieren alta complejidad.

La ciudad no se aleja de las estadísticas nacionales o mundiales con respecto a las principales causales de muerte. Acerca de la expectativa de vida, sin duda se puede afirmar que Bahía Blanca se encuentra en las primeras posiciones respecto a los países Latinoamericanos, lugar que no solo se debe mantener sino se debe intentar mejorar, hecho que se puede lograr con mayor concientización de la población sobre cómo prevenir ciertas enfermedades y especialmente en los jóvenes respecto de los accidentes de tránsito, causal de mayor impacto en los adultos jóvenes.

Con respecto a la localización espacial de la mortalidad, en general se puede observar que uno de los sectores más afectados, corresponde al que contiene el Hogar del Anciano, que concentra gran cantidad de población anciana y a su vez incide en la cantidad elevada de defunciones anuales, y otro es el ubicado al oeste (radio 17-01), sector que ha tenido un crecimiento edilicio importante en la última década, debido a la construcción de gran cantidad de barrios planificados a costos accesibles para la población. La zona del micro y macrocentro de la ciudad, la cual posee las mayores densidades poblacionales, se encuentra entre los valores medios a bajos, resaltando como valores más altos los sectores periféricos de la localidad.

Indudablemente las enfermedades del sistema circulatorio y los tumores, con una amplia dispersión, son las principales causales de muerte, ascendiendo en forma alarmante los problemas respiratorios, por lo cual se deben aplicar medidas de concientización y prevención en la población.

Con respecto a los ancianos, se debería reforzar la información sobre las consecuencias que acarrearán las neumonías, fundamentalmente en los períodos invernales y los problemas de deshidratación en verano.

En general, el patrón encontrado en lo referente a la distribución espacial de la mortalidad, se observa que en los sectores considerados “de viejos”, ya sean barrios o lugares donde se concentran, como el caso del Hogar del Ancianos, o algunos geriátricos, son los más afectados por las defunciones, notándose un notorio

descenso hacia la periferia de la ciudad, especialmente barrios carenciados, zonas con menor cantidad de ancianos, pero son los lugares que presentan mayor cantidad de nacimientos y por ende la mortalidad infantil es más elevada.

En la actualidad, se vive en constante cambio, las respuestas de hoy se constituyen en las preguntas de mañana, pero se posee la posibilidad de modificar y continuar aprendiendo, siendo la existencia, un proceso en el cual pueden tomarse dos posturas: ser actores o simples espectadores. De esto dependerá que el paso del tiempo se convierta en una carga pesada o sólo en un múltiple proceso enriquecedor que a lo largo de su transcurrir ofrece una renovada cantidad de experiencia que le da sentido y validez.

Para lograr su concreción, la sociedad deberá plantearse y rever los prejuicios que tienen para con la vejez, rescatando que la ancianidad es una etapa llena de posibilidades, que no tiene un comienzo exacto -edad cronológica-, que los ancianos poseen muchas aptitudes y experiencias de vida -la universidad de la calle-. Esto último se pudo vivenciar al realizar las encuestas y entrevistas ya que los ancianos se abrieron al diálogo y a lograr el encuentro con el otro, compartiendo algo de sus vidas.

Los resultados del estudio de los procesos demográficos en la ciudad subrayan la necesidad de una intervención cultural urgente en la franja poblacional compuesta por los ancianos. El aporte en materia de arte, ciencia, política, literatura, historia, civismo, geografía, no integrados en los estudios universitarios tradicionales, constituyen una demanda que ya confrontó a muchas universidades con la necesidad de proveer oportunidades académicas a un número cada vez más elevado de ancianos. Así fue como se consideraron las nuevas cargas adicionales a los presupuestos universitarios en casi todos los países desarrollados.

También en nuestro país, la Universidad Nacional de Entre Ríos (Dep. de la Mediana y Tercera Edad), la Universidad Nacional de Tucumán (Educación para Adultos Mayores), la Universidad de Jujuy (Area de la Tercera Edad) y la Universidad Nacional de Mar del Plata (Talleres para la Tercera Edad), entre otras, han mostrado

una comprensión clara y razonable de tales demandas culturales, poniendo el énfasis en la eficiencia de su capacidad para disponer los recursos académicos y financieros necesarios.

Por otra parte, es muy conocido el hecho de que hace 30 años se creara la primera Universidad para la Tercera Edad en Toulouse y que dicho modelo extendiera su aplicación a varias Universidades francesas. Hoy existen en Bélgica, Suiza, Polonia, España, Italia, Australia, Canadá, Estados Unidos y en varios países latinoamericanos.

Desde 1976, la Asociación Internacional de Universidades de la Tercera Edad (AIUTA) nuclea a más de 80 Universidades de todo el mundo.

Bahía Blanca y más específicamente la Universidad Nacional del Sur no pueden eludir esta nueva realidad, motivo por el cual se considera de real importancia el dictado de cursos de diversas ramas del conocimiento para la población mayor de 50 años y sería un aporte a la sociedad que ayude a revalorizar la figura de los ancianos.(En Anexo Conclusión: Propuesta de cursos para mayores de 50 años)

Bibliografía

- * Augé, Marc. (1993) "Los «no lugares». Espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad". Barcelona, Editorial Gedisa
- * Bazo, M. T.; García Sanz, B.; Maiztegui Oñate, C.; Martínez Paricio, J. (1999) "Envejecimiento y sociedad; una perspectiva internacional" Madrid, Editorial Médica Panamericana.
- * Bengtson, V., Rosenthal, C. y Burton, L. (1990). "Families and ageing. Diversity and heterogeneity". En "Handbook of aging and the social science". 3^a ed. New York, Academia Press.
- * Bolsi, Alfredo. (1993). "Geografía de la Población". San Isidro, CEYNE.
- * Brewer, C.; MacEachren, A.; Pickle, L. y Herrmann, D. (1997). Mapping Mortality: Evaluating color schemes for choropleth maps. En Annals of the Association of American Geographers. Volumen 87, número 3. Washington, Association of American Geographers
- * CELADE. (1997), "Envejecimiento: cuatro facetas de una sociedad para todas las edades". LC/DEM/G.174, Serie A, N° 309. Santiago de Chile, Naciones Unidas-CEPAL.
- * CELADE. (2000). "Juventud, población y desarrollo en América Latina y el Caribe. Problemas, oportunidades y desafíos". LC/G.2113-P. Santiago de Chile, Naciones Unidas –CEPAL
- * CELADE. (2000). "Población y desarrollo en América Latina y el Caribe: un desafío para las políticas públicas". CEPAL-Serie Población y desarrollo N° 7, LC/L. 1444-P, Santiago de Chile, Naciones Unidas
- * Chackiel, Juan. (2000). "El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?". CEPAL – Serie Población y desarrollo N° 4, LC/L.1411-P. Santiago de Chile, Naciones Unidas.
- * Chesnais, Jean Claude. (1990) "El proceso de envejecimiento de la población". Santiago de Chile, Naciones Unidas.
- * Crespo, O; Pizarro, N.; Visciarelli, S. (1994) "Proceso de envejecimiento de la población urbana de Bahía Blanca". Inédito.

- * Cuevas Sosa, Alejandro y Vera Alcocer, Eutimio. (1993). "¿Qué hago con mis abuelos?" Los conflictos de la familia con el anciano. México. Editorial Pax México.
- * de Castro, Angel. (1990). "La tercera edad. Tiempo de ocio y cultura" Proyecto y experiencia de animación cultural. Madrid, Editorial Narcea
- * De Oca Zabala. (1994). "Envejecimiento y modernidad. Impactos demográficos". Caracas, Revista Nueva Sociedad. Nº129.
- * Di Veroli, Débora. (1986). "Reflexiones sobre la planificación del habitat para la tercera edad". En "Espacio y Organización". Buenos Aires, Primera Revista de Planeamiento Urbano y Regional.
- * El CORREO DE LA UNESCO. (1982). "La vejez, una edad para vivir". Paris.
- * Evans, R.; Barer, M.; Marmor, T. (1996) "¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones" Madrid, Ediciones Díaz de Santos.
- * García Ballesteros, Aurora. (1986). "Teoría y Práctica de la Geografía". Madrid, Alhambra.
- * García Pintos, Claudio C. (1993). "El círculo de la vejez" Sobre la psicología normal de la persona que envejece. Buenos Aires, Editorial Almagesto - Fundación Ross.
- * Greenberg, Elinor y otros. (1982). "Educación para todas las edades". Buenos Aires, Editorial Marymar
- * Haup, A.; Kane, T. (2001) "Manual sobre la Población". 4^{ta}. Edición internacional. Washington, Population Reference Bureau
- * Hornby, W., Jones, M. (1990). "An introduction to population geography". 8° ed. Cambridge, University Press.
- * INDEC. (Instituto Nacional de Estadística y Censos) (1960, 1970, 1980, 1991, 2001) Censo Nacional de Población y Vivienda.
- * INDEC. (Instituto Nacional de Estadística y Censos) (1990). "Proyección de Población 1970-2025. Urbana y Rural." Buenos Aires.
- * INE (Instituto Nacional de Estadística) Censos. España (internet)

- * Katz, Ignacio Fabio. (1992). "La tercera edad" Un proyecto vital y participativo para reinsertar la vejez en nuestra sociedad. Buenos Aires, Editorial Planeta.
- * Katz, Ignacio. (1998) "Al gran pueblo argentino, salud. Una propuesta operativa integradora" Buenos Aires, Eudeba..
- * Keyfitz, N y Flieger, W. (1975). "Demografía: métodos estadísticos". Buenos Aires, Editorial Marymar.
- * Knopoff, Rene y Oddone María J. (compiladores). (1991). "Dimensiones de la vejez en la sociedad argentina". Buenos Aires, Biblioteca Política Argentina. CEAL N°311.
- * Komaiko, Leah. (2001) "La única edad: la vida" Buenos Aires, Ediciones B Argentina
- * Laville, Antoine (Compilador). (1993). "Envejecimiento y trabajo". Buenos Aires, Editorial Asociación Trabajo y Sociedad.
- * Miller, María. (1981) "La población anciana en la Argentina. Tendencia secular y características recientes". Buenos Aires, Cuadernos del CENEP. N°20.
- * MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL DE LA NACION. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. (1985). "Situación de los ancianos en la Argentina". Buenos Aires.
- * Moragas Moragas, Ricardo. (1991). "Gerontología social" Envejecimiento y calidad de vida. Barcelona, Editorial Herder.
- * Municipalidad de Bahía Blanca. (1996) Problemática urbana de la ciudad de Bahía Blanca. Datos sectoriales
- * Naciones Unidas (1989). "The Elderly in Latin América. A Strategic Sector for Social Policy en the 1990". Santiago de Chile.
- * Naciones Unidas (FNUAP) (1990-1994) "Población". Boletín del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población. Números 1990 a 1994. New York, Naciones Unidas
- * Naciones Unidas (FNUAP) (1992 a 1999) "Estado de la Población Mundial".. New York, Naciones Unidas
- * Naciones Unidas (PNUD) (1993 a 2004) "Informe sobre Desarrollo Humano" Madrid, PNUD y Centro de Comunicación, Investigación y Documentación entre Europa, España y América Latina. (CIDEAL).

- * Naciones Unidas. (1989). "World population at the turn of the century". Population Studies N° 111, ST/ESA/SER.A/111. New York, Naciones Unidas.
- * Naciones Unidas. (1991) "Ageing and urbanization" Proceedings of the United Nations International Conference on Ageing Populations in the Context of Urbanization. Sendai (Japan), 12 - 16 September 1988. Nueva York, Naciones Unidas.
- * Naciones Unidas. (1992) "El envejecimiento de la población mundial. Informe sobre la situación en 1991". Nueva York, Naciones Unidas.
- * Noin, Daniel. (1988). "Geographie de la population". Paris, Masson.
- * Observatorio de personas mayores. (2004) "Las personas mayores en España" Informe 2002. Volumen I y II. Madrid, Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, IMSERSO (Servicio de publicaciones y documentación)
- * Oddone, M.Julieta. (1991) "Ancianidad, contextos regionales y redes de intercambio". CEIL. Centro de Estudios e investigaciones Laborales. (Ficha DT-27). Buenos Aires, CONICET.
- * Oddone, Maria Julieta (2003) "Envejecimiento y sociedad" FLACSO
- * Olivera, Ana. (1993) "Geografía de la salud". Colección Espacios y Sociedades, Serie general N° 26. Madrid, Editorial Síntesis S.A.
- * Organización Panamericana de la Salud (1995). "CIE-10 Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud" Décima revisión. Publicación científica N° 554, Volúmenes 1, 2 y 3. Washington, Organización Panamericana de la Salud.
- * Organización Panamericana de la Salud (1998) "La Salud en las Américas". Publicación Científica N° 569. Volumen I y II. Washington, Organización Panamericana de la Salud.
- * Organización Panamericana de la Salud. (1993) "Nuestro planeta, nuestra salud: Informe de la comisión de Salud y Medio Ambiente de la OMS". Publicación científica N° 544. Washington, Organización Panamericana de la Salud.
- * Otero, H.; Velásquez, G. (1995) "Tablas de mortalidad de la provincia de Buenos Aires (1980-1982) Partidos y Zonas Sanitarias" Tandil, PROPIEP

(Programa de procesamiento de información y estudios de población)–SECYT (Secretaría de Ciencia y Técnica).

- * Passanante, María Inés. (1983). “Políticas sociales para la tercera edad”. Buenos Aires, Editorial Humanitas.
- * Population Reference Bureau (1990-1994) “Noticiero Internacional de Población”. Nº 1990-94. Washington, INTERCOM.
- * Pressat, Roland. (1983). “El análisis demográfico. Métodos, resultados, aplicaciones”. México, Fondo de Cultura Económica. 2da ed.
- * Pressat, Roland. (1983). “Los métodos de la demografía”. Barcelona, Oikos-tau.
- * Puyol, R., Estébanez, J., Méndez, R. (1988). “Geografía Humana”. Madrid.
- * Puyol, R., Vinuesa, J., Abellán, A. (1993). “Los grandes problemas actuales de la población”. Madrid, Síntesis.
- * Rey Balmaceda, R.; Quitarrá de Maguitman, O. (1969) “Isopotenciales del Comahue” Boletín 2, Bahía Blanca, Gabinete de Geografía Aplicada, Departamento de Geografía, Universidad Nacional del Sur.
- * Rivadeneira, Luis. (2000). “Insumos sociodemográficos en la gestión de políticas sectoriales”. CEPAL–Serie Población y desarrollo Nº11, LC/L. 1460-P. Santiago de Chile, Naciones Unidas.
- * Robinson, P.; Coberly S. y Paul, C. (1985). “Work and Retirement”. En “Handbook of aging and the social science”. 2^{da} edic. New York, Edits. R. Binstock y E. Shanas.
- * Rodríguez V., Jorge. (2000). “Vulnerabilidad demográfica: una faceta de las desventajas sociales”. CEPAL–Serie Población y desarrollo Nº5, LC/L. 1422-P. Santiago de Chile, Naciones Unidas.
- * Salvarezza, Leopoldo. (2000) “La vejez. Una mirada gerontológica actual” Buenos Aires, Editorial Paidós.
- * Schkolnik, Susana. (2000). “Tendencias demográficas en América Latina: desafíos para la equidad en el ámbito de la salud” En Notas de Población, Año XXVIII, Nº70, Santiago de Chile, CEPAL.
- * Schwarz, Ruth. (1994) “En defensa de la persona adulta” Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano.

-
- * Secretaría General de la Gobernación (1998). Estadística Bonaerense. Anuario 1997. La Plata, Dirección General de Estadística y Planificación General.
 - * Subsecretaría de Planificación de la Salud (1999). "Características de la mortalidad general. Pcia. de Buenos Aires. Año 1998 – Anexo 1997. Estadísticas vitales y demográficas". La Plata, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
 - * United Nations (1985) "The World Again Situation. Estrategies and Policies". New York. United Nations
 - * United Nations -OMS (1989) "La salud de las personas de edad". Informe del Comité de expertos. Serie Informes Técnicos 779. Ginebra, Naciones Unidas.
 - * United Nations. (1991). "Economic and Social Aspects of Population Ageing in Argentina." N. U. Dep. of Intern. Econ. and Social Affairs. New York, United Nations.
 - * Unwin, Tim. (1995). "El lugar de la geografía" Madrid, Cátedra.
 - * Velásquez, Guillermo. (1997) "¿Por qué algunos viven más que otros? Desigualdades geo-sociales de la mortalidad. El caso del partido de Tandil (Bs. As.)" Tandil, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional del Centro.
 - * Zolotow, David Mario. (2002) "Los devenires de la ancianidad" Buenos Aires, Grupo Editorial Lumen. Humanitas.

Páginas de Internet

- * <http://www.gerontologia.com.ar/>
- * <http://www.msal.gov.ar> Ministerio de Salud de la Nación
- * <http://www.ops.org.ar> Organización Panamericana de la Salud
- * <http://www.redadultosmayores.com.ar> Red para el desarrollo de los adultos mayores
- * <http://www.who.int/es/> Organización Mundial de la Salud
- * www.ine.es Instituto Nacional de Estadística. España
- * www.ms.gba.gov.ar Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
- * www.portaltercera.com.ar Portal de la Psicogerontología
- * www.psiconet.com/tiempo Tiempo Revista de psicogerontología
- * www.sagg.org.ar Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría

Carta A3-5: Defunciones fetales 1997

