

Análisis comparado de la esperanza de vida con salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Matías Belliard, Cristina Massa y Nélica Redondo

El artículo presenta los resultados de un estudio estadístico efectuado mediante la aplicación del método Sullivan para estimar la Esperanza de Vida Saludable (EVS) de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en el año 2010, a partir del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 y de tablas de mortalidad de momento. El análisis contrastó indicadores de EVS de la CABA con los de la Provincia del Chaco –ubicada en su antípoda desde el punto de vista del desarrollo humano y socioeconómico– y considera como patrón general los valores de la población total del país. Los resultados muestran que la CABA tiene la esperanza de vida al nacer y a la edad de 65 años más elevadas de las tres poblaciones, al mismo tiempo que presenta las menores expectativas de años vividos con al menos una limitación permanente. El examen de la severidad de las dificultades en esos años esperados de vida pone de manifiesto que la mayor proporción transcurre con menor severidad.

Palabras clave: mortalidad y morbilidad, esperanza de vida, Esperanza de Vida Saludable, prevalencias de limitaciones permanentes, tablas de mortalidad o vida.

This article presents the results of a study that applied Sullivan's method to estimate Healthy Life Expectancy (HALE) in Buenos Aires City population in 2010, based on National Census 2010 and period Life Tables. Analysis contrasted HALE indicators from CABA with ones from the province of Chaco, located just in its opposite situation from the point of view of human and socioeconomic development. Values from total of the country population were considered as general pattern. Results show that CABA population has the longest life expectancy at birth and at 65 years of age of the three studied populations, as well as the shortest life expectancy with at least one permanent limitation. Analysis focused on the severity of those limitations during these expected years show that a large proportion goes on with less severity.

Key words: mortality and morbidity, life expectancy, Healthy Life Expectancy; permanent limitations prevalence; mortality or life tables.

Introducción

En el marco de etapas avanzadas en la transición demográfica y epidemiológica, se verifica en la Argentina un proceso de envejecimiento demográfico que se acentuará y extenderá paulatinamente, aunque con diferencias en las distintas jurisdicciones del país. El progresivo retraso de la muerte hasta edades cada vez más avanzadas determina el incremento del número y la proporción de las personas en edades extremas, de ochenta años y más e incluso de centenarios, en niveles sin precedentes. El referido aumento de estos

Primer premio de la Décima Edición del Concurso de artículos científicos sobre "Cambios demográficos en la Ciudad de Buenos Aires".

Matías Belliard es Especialista en Demografía Social (UNLU) y Actuario (UBA), Profesor Adjunto (UBA, UNLU, UNM, USAL y UADE).

E-mail: mbelliard@gmail.com

Cristina Massa es Magíster en Demografía Social (UNLU), Profesora Adjunta y docente (UNLU, UNTREF). E-mail: cristinamassa16@gmail.com

Nélica Redondo es Doctora en Ciencias Sociales (UBA), Profesora Titular e Investigadora (Universidad ISALUD). E-mail: nredondo@fibertel.com.ar

Los autores agradecen muy especialmente los aportes y comentarios que el doctor Roberto Ham Chande, de El Colegio de la Frontera Norte de México, efectuó para la elaboración de este artículo.

grupos de la población intensificará las transformaciones de los patrones de salud-enfermedad actualmente en curso. La concentración de las muertes en las edades avanzadas es un proceso que lleva al aumento de la exposición a factores de riesgo asociados con enfermedades crónicas, no transmisibles, lesiones, enfermedades cardíacas, cerebrovasculares, mentales y otras patologías relacionadas con la senilidad. Esta evolución modifica los perfiles de salud, mudando desde la importancia de la mortalidad hacia escenarios en los que domina la demanda originada por la morbilidad. En estos nuevos contextos, la enfermedad deja de ser un estado agudo y transitorio que se resuelve con la curación o la muerte y se transforma en una condición crónica, de larga duración y que ocasiona una creciente carga psicológica, social y económica (González y Ham Chande, 2007).

En la Argentina, actualmente se está llevando a cabo el doble proceso de envejecimiento demográfico y de alargamiento de la longevidad, característico de las poblaciones que ingresan en etapas postransicionales. Este doble proceso tiene consecuencias sociales, económicas y demográficas que fueron identificadas en la literatura de los países que ya lo experimentaron (Gómez Redondo, 2011); entre ellas se destacan la previsión y la provisión de servicios públicos y privados para la atención al creciente número de personas envejecidas, incluyendo la prevención de morbilidades, discapacidades y de la dependencia a lo largo de todo el curso de vida.

El aumento de la longevidad, por un lado, representa un éxito del sistema de salud pero, por otro, implica el desafío de procurar calidad de vida en la vejez. El programa de “Envejecimiento Activo” promovido por la Organización Mundial de la Salud propone, justamente, prolongar la calidad, la productividad y la esperanza de vida, identificando los factores que alteran el ritmo y la forma de envejecer para incidir beneficiosamente sobre los mismos. Subyace como supuesto

que si se mejoran las condiciones que permiten evitar las enfermedades y se logra menguar sus consecuencias a lo largo de toda la vida, no solo aumenta la longevidad sino que también mejora la calidad de vida en todas las edades, principalmente en las más avanzadas. Este escenario ya se presenta en los países y regiones con mayor desarrollo económico; en cambio, en regiones menos prósperas, cuando los avances médicos logran la sobrevivencia de personas con antecedentes de enfermedades padecidas desde edades tempranas, el resultado puede ser la discapacidad y la dependencia en la adultez y la vejez.

Con el propósito de responder a las necesidades de información que requiere la programación de políticas y servicios en el escenario epidemiológico postransicional, a partir de la década de 1970 se desarrollaron métodos de cálculo estadístico que permiten estimar los años de vida que se espera sean en buena salud y los que probablemente serán vividos con discapacidades o enfermedades crónicas en una población teórica. Uno de los métodos más sencillos y utilizados por los sistemas de salud fue propuesto por Sanders (1964) y desarrollado por Sullivan (1971) sobre la base de la combinación de tablas de mortalidad con las prevalencias de enfermedades crónicas o discapacidades, de la que surgen indicadores de Esperanza de Vida Saludable (EVS) o Esperanza de Vida Libre de Discapacidad (EVLVD).

En la Argentina, en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (en adelante Censo 2010) se incluyeron preguntas referidas a limitaciones permanentes derivadas de problemas físicos o mentales (INDEC, 2011) que permiten estimar las prevalencias de limitaciones permanentes y discapacidades en las personas según sexo, edad, jurisdicción y otras variables relevantes y, además, conocer el impacto que tienen la desigualdad social y la estructura de edades de la población en el proceso salud-enfermedad. En todos los casos, la información recogida se refiere a la “autoper-

cepción” de los entrevistados –es decir, hasta el momento, no se cuenta en el país con datos provenientes de registros o expedientes médicos sobre morbilidad y discapacidad de la población.

La disponibilidad de datos provistos por el Censo 2010 hace posible generar tablas de vida que distingan los años de vida esperados en buena salud de los años con discapacidades o limitaciones permanentes, según contextos socioeconómicos y demográficos diferentes y en cualquier otro escenario que se considere relevante para comprender y explicar las distintas trayectorias.

En este artículo se presentan ejercicios estadísticos efectuados con datos del Censo 2010, basados en el método Sullivan, que permiten obtener valores de Esperanza de Vida Libre de Limitaciones (EVLL) al nacer y a diferentes edades. El propósito es evaluar la potencialidad que ofrece el método Sullivan para estimar las diferentes condiciones de salud en poblaciones de jurisdicciones con niveles de desarrollo socioeconómico contrastantes y que en décadas recientes registraron descenso de la mortalidad.

En el estudio se parte de la hipótesis enunciada por Frenk *et al.* (1989 y 1991) y Palloni (1990) referida al proceso de transición epidemiológica prolongada polarizada observada en los países de América Latina, que es resultado de la marcada heterogeneidad entre regiones y sectores sociales. Con este marco, el análisis se propone contrastar indicadores de EVS de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), que muestra un índice de desarrollo humano similar al de los países industrializados, con los de la Provincia del Chaco, que tiene uno de los índices más bajos del país, y considerando como patrón general nacional el valor que corresponde al total del país.

El artículo se desarrolla en tres grandes apartados: en el primero se expone el marco conceptual-metodológico y se presentan los indicadores

básicos que permiten caracterizar a las dos jurisdicciones y al total del país; en el segundo se detalla la aplicación del método Sullivan a los datos del Censo 2010 y se exponen los resultados obtenidos; finalmente, en el tercer apartado se plantean las principales conclusiones.

El marco de referencia

La transición demográfica argentina

La población argentina está ingresando a la cuarta etapa de la “transición demográfica”, según el modelo clásico de cuatro fases enunciado originalmente por Warren Thompson (1929). En el año 2010, la tasa bruta de natalidad era de algo más del 18 por mil y la de mortalidad alcanzaba el 7,9 por mil, resultando la tasa de crecimiento vegetativo de la población del 10,8 por mil (MSN, 2011).

La trayectoria de la transición demográfica argentina ha sido caracterizada como “atípica” para los lineamientos del clásico modelo de Thompson (Pantelides, 1982; Otero, 2007). Los factores que explican su heterodoxia son, por un lado, la simultaneidad del descenso de la natalidad y de la mortalidad en la década de 1870 –que determinó la carencia de un período de explosión demográfica (por lo menos, durante el lapso para el cual se dispone de información estadística)– y, por el otro, el ingreso de masivos contingentes de inmigrantes europeos que contribuyeron al notable crecimiento total de la población entre 1870 y 1930. En realidad, se puede coincidir con Otero (2007) en que la transición demográfica argentina es heterodoxa en relación con la trayectoria seguida por los países europeos, pero constituye un subtipo especial de transición, de corta duración, por la ausencia de la fase de expansión inicial, similar a la registrada por un conjunto de países que recibieron inmigración europea (Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda) (Chesnais, 1986, citado por Otero, *ob. cit.*).

La transición demográfica evolucionó siguiendo un patrón semejante al del Uruguay y al de Cuba, notoriamente diferenciado del de los restantes países de América Latina que no formaban parte de la denominada América del Sur templada.¹ Como resultado del proceso iniciado en la década de 1870, cien años más tarde se evidenció el envejecimiento de la población. El descenso de la fecundidad a lo largo del siglo fue la causa del “envejecimiento desde la base de la pirámide de edades”: durante el período se registró el aumento de la proporción de personas de 65 años y más, debido a la reducción del número de niños y jóvenes. El proceso de envejecimiento demográfico adquirió notable velocidad a partir del año 1930, cuando se interrumpieron los flujos inmigratorios europeos. En cambio, el coexistente descenso de la mortalidad tuvo, hasta ese momento, escaso impacto en el cambio de la estructura de edades.

La transición epidemiológica argentina

Según sus causas, el descenso de la mortalidad iniciado a principios del siglo xx se asemeja más al proceso de los países europeos y de los Estados Unidos que al que siguieron otras naciones latinoamericanas. La mortalidad se redujo debido al desarrollo económico de la época, que incluyó la creación de facultades de medicina, la construcción de rutas, la extensión del transporte y de los servicios públicos y el mejoramiento de la vivienda popular. Otros países latinoamericanos, con excepción de los de la América del Sur templada, iniciaron el descenso a partir de la segunda mitad del siglo xx debido a la ejecución de las campañas sanitarias de vacunación y al control de las enfermedades infecciosas.

El comportamiento de la mortalidad puede interpretarse aplicando la teoría de la transición

epidemiológica elaborada por Omran (1971). Este modelo incluye el estudio del proceso evolutivo de este fenómeno demográfico en el contexto más amplio de la teoría de la transición demográfica. Sin desconocer las críticas que el modelo suscita, Celton y Carbonetti (2007) analizaron la mortalidad siguiendo sus lineamientos. Según su perspectiva, el país ingresó en las primeras etapas de la transición epidemiológica hacia 1914, momento en el que la tasa de mortalidad tendió al descenso en forma constante, sin picos de interrupción. A partir de esa fecha, la esperanza de vida al nacer aumentó progresivamente. Al promediar la década de 1950 se detuvo el proceso de disminución de la mortalidad cuando esta había alcanzado niveles de control similares a los de algunos países europeos entre los dos y los cincuenta años de edad. En cambio, restaba todavía realizar esfuerzos para mejorar los niveles de mortalidad infantil y los de las edades avanzadas (Somoza, 1973; Lattes y Lattes, 1975). Durante el transcurso de estas primeras etapas de la transición epidemiológica, las causas de muerte eran principalmente enfermedades infectocontagiosas, diarreas y enteritis entre los niños y tuberculosis entre los jóvenes (Celton y Carbonetti, ob. cit.).

A partir de la década de 1950 se puso en evidencia un cambio en las causas de muerte de la población. Por un lado, la transformación se debió a la incorporación de la sulfamida y la penicilina, así como a la extensión de los servicios públicos de red, a la mejora de los servicios de salud y a la implementación de políticas sociales. Por otro lado, influyó el avance del proceso de envejecimiento demográfico que en ese período asumió notable velocidad. En la década siguiente, las enfermedades infectocontagiosas perdían peso frente al aumento de las enfermedades cardio y cerebrovasculares y del cáncer. Mazzeo (1995) señala que la importancia de las muertes por enfermedades infecciosas decreció a partir de 1960 y que durante el período 1944-1990 se

¹ Comprende principalmente los tres países del extremo meridional del continente americano: Argentina, Chile y Uruguay.

modificó la estructura de la mortalidad según grandes grupos de causas de muerte, observándose en el país un moderno perfil de la mortalidad con el predominio de las defunciones causadas por tumores y enfermedades del aparato circulatorio (Mazzeo, 2006, p. 21).

Hacia fines del siglo xx y principios del XXI se inició, además, la reducción de la mortalidad por enfermedades cardio y cerebrovasculares, mientras que el cáncer se mantenía estable o con ligeros aumentos y las muertes provocadas por accidentes y violencia crecieron aunque de manera menor que otras causas. Lo expuesto sustenta la observación de Celton y Carbonetti (ob. cit.), quienes señalan que entre fines del siglo xx y principios del XXI el país habría ingresado en la segunda transición epidemiológica. Por su parte, Belliard, Peña y Cerutti (2012) muestran el aumento registrado en la esperanza de vida entre 1997 y 2010 para las edades de 60, 70 y 80 años en cada sexo y destacan que el diferencial por sexo aumentó con el transcurso del tiempo, principalmente en las edades superiores. Asimismo, mencionan que gran parte del aumento en la esperanza de vida femenina a partir de los 60 años se debió a la reducción de la mortalidad en edades superiores a los 80 años.

En concordancia con Celton y Carbonetti (ob. cit.), Belliard, Peña y Cerutti observan la reducción de las muertes por causas crónico-degenerativas y externas en edades avanzadas, siguiendo el patrón observado por Vallin y Meslé (2004 y 2010) en países desarrollados. Sin embargo, señalan el aumento de las enfermedades infecto-contagiosas de los adultos mayores conforme a los postulados que Frenk (Frenk *et. al.*, 1991) denominó “contra-transición”. Esta descripción se complementa con un riesgo relativamente alto de mortalidad por causas de difícil definición debido a la multiplicidad de factores relacionados en el suceso, sugiriendo como hipótesis que la Argentina estaría ingresando en una etapa muy avanzada de

la transición epidemiológica en la que, luego del descenso de las enfermedades crónico-degenerativas, comenzarían a tener peso las enfermedades relacionadas con la senilidad, tal como lo describe Horiuchi (1999).

La heterogeneidad de las transiciones

Como en otros países, en la Argentina la transición demográfica y la epidemiológica registraron diferentes duraciones y secuencias según sectores socioeconómicos, en el ámbito urbano o en el rural, así como en las regiones geográficas que conforman el territorio nacional, siguiendo el patrón de *la transición epidemiológica prolongada polarizada* observada por Frenk *et al.* (1989) en países latinoamericanos.

El temprano inicio de la transición demográfica en nuestro país estuvo asociado, como ya se señaló, al proceso de modernización y urbanización. La modernización no fue homogénea en todas las regiones. Al promediar el siglo xx, el área metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires y la Región Pampeana lideraban la transición, seguidas por Cuyo, mientras que se rezagaban las provincias de las regiones Noroeste y Noreste. La Región Patagónica, por su parte, se incorporó tardíamente y con características particulares a la dinámica nacional (Redondo, 1994 y 2007). La transición epidemiológica también siguió este itinerario regional, de modo tal que en el año 2001 entre la jurisdicción con mejores niveles de desarrollo humano –la CABA– y la que mostraba el comportamiento polar con la menor esperanza de vida al nacer –la Provincia del Chaco en la región noreste– se registraba una diferencia de cinco años de vida para los varones y seis años para las mujeres. Por otra parte, en la CABA se aprecia que el diferencial por sexo se ha intensificado en los últimos años (Caviezel, 2008).

En el año 2010, según los datos publicados por el Ministerio de Salud de la Nación-Organización

Cuadro 1

Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) y Tasa de Mortalidad Ajustada por Edad (TMAPE) según sexo (por mil habitantes). CABA, Chaco y Total del país. Año 2010

Jurisdicciones	TBM			TMAPE		
	T	V	M	T	V	M
Total del país	7,86	8,3	7,43	6,92	8,88	5,42
CABA	10,83	10,26	11,31	5,84	7,61	4,67
Chaco	6,69	7,51	5,85	8,81	10,9	7,02

TBM: Tasa bruta de mortalidad (por 1.000 habitantes), 2010. MSN Serie 5 N°54/11.

TMAPE: Tasa de mortalidad ajustada por edad. Ambos sexos, varones y mujeres, 2010.

Fuente: MSN-OPS, 2012.

Panamericana de la Salud (MSN-OPS) (2012), ambas jurisdicciones mantenían comportamientos polares en sus tasas de mortalidad. La tasa ajustada según la estructura de edades de las poblaciones reflejaba con claridad dicha situación (Cuadro 1).

Las observaciones de Frenk *et al.* (1989) y Palloni (1990) destacan que en los países con ingreso medio el modelo de desarrollo económico ha sido marcado por una profunda desigualdad social, generadora de una variedad de condiciones de vida que dificulta alcanzar el final de la transición en todos los sectores y regiones. Desde sus perspectivas, los niveles de mortalidad se han reducido pero la composición de las causas de muerte es mucho más compleja, perdiéndose el claro predominio de las enfermedades infecciosas y aumentando el de las enfermedades degene-

rativas, aunque las enfermedades infecciosas mantienen un lugar preponderante dentro del perfil epidemiológico. A esta creciente complejidad se agregan los deficitarios sistemas de salud (con importante retraso tecnológico y baja productividad) que, sin haber resuelto problemas antiguos, deben enfrentar nuevos desafíos.

En el Cuadro 2 se presentan las tasas de mortalidad brutas y ajustadas por edad según grupos de causas de muerte. La comparación de las tasas ajustadas permite verificar que la CABA presenta niveles inferiores a la media nacional en todos los grupos de causas analizados, mientras que en la Provincia del Chaco todos los valores superan a los del total del país, con la única excepción de las causas cardiovasculares. El perfil epidemiológico de ambas jurisdicciones es notablemente diferen-

Cuadro 2

Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) y Tasa de Mortalidad Ajustada por Edad (TMAPE) según grupos de causas (por 100.000 habitantes). CABA, Chaco y Total del país. Año 2010

Jurisdicciones	CV		TUM		INF		CE		TLD	
	TBM	TMAPE	TBM	TMAPE	TBM	TMAPE	TBM	TMAPE	TBM	TMAPE
Total del país	239,44	204	150,09	136,14	86,02	73,8	46,95	44,82	263,8	232,8
CABA	400,58	197,23	222,84	136,09	141,22	68,88	33,61	27,87	284,41	153,54
Chaco	142	199,41	114,36	147,6	90,09	122,28	54,05	58,08	268,13	352,41

CV: Cardiovasculares: Códigos I00 al I99, excepto I46.

TUM: Tumores: Códigos C00 a D48.

INF: Infecciones: Códigos A00 a B99; J00 a J22; G00 a G03.

CE: Causas Externas: Códigos V01 a V99; W00 a Y98 (incluye accidentes, suicidios y homicidios).

TLD: Todas las demás: Resto de los códigos.

Fuente: MSN-OPS, 2012.

ciado: la CABA muestra afinidad con las regiones que cursaron la transición, en tanto que en el Chaco coexisten todavía elevados niveles de mortalidad por causas infecciosas, simultáneamente con el incremento de las enfermedades degenerativas.

La mejor situación capitalina es consecuencia de la evolución histórica de su urbanización, iniciada tempranamente con las obras del plan de salubridad del año 1867 que abarcaron el empedrado y el sistema de desagües. En 1905 se dieron por finalizadas las instalaciones para ofrecer agua corriente a la población, las que se fueron expandiendo a lo largo del siglo acompañando el crecimiento urbano. Por este motivo, en la actualidad es prácticamente universal la cobertura de esos servicios sanitarios de red en los hogares particulares de la CABA. Asimismo, es baja la proporción de población que reside en hogares particulares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y más del 80% de los residentes tiene derecho a cobertura de salud mediante obra social o plan privado o mutual (Cuadro 3).

Las medidas sanitarias completaron las mejoras en la salubridad urbana. La intensa y extensa vacunación antivariólica y antitífica lograron controlar, hacia fines de la primera década del siglo XX, la mortalidad por viruela y fiebre tifoidea (Mazzeo, 2006, p. 67), esta última endémica en algunas zonas de la Ciudad. La epidemia de poliomielitis entre los años 1953 y 1956 fue la última que afectó severamente a la salud pública de la CABA. Desde entonces hasta el presente, su población no padeció otras calamidades masivas, aunque durante la década de 1980 la infección por HIV tuvo particular incidencia en su ámbito. Además, la Ciudad tiene la red hospitalaria de más alta complejidad del país y una de las más elevadas de América del Sur.

Por su parte, la Provincia del Chaco está enclavada en el noreste del país, región que presenta la más alta prevalencia de pobreza estructural. La salubridad de la provincia es notoriamente inferior a la de CABA. Los desagües cloacales cubren a algo más del 25% del total de los hogares particulares, en tanto que menos de la mitad de la población tiene acceso a cobertura de salud mediante obra social o plan prepago (Cuadro 3). El clima subtropical condiciona la recurrencia de epidemias infecciosas causadas por vectores. Después de cincuenta años de no registrarse casos, en 2004 reapareció la infección por dengue, con picos epidémicos en ese año, en 2009 y, recientemente, en enero de 2013. En el año 2010, la provincia registró dos casos agudos de Mal de Chagas, lo que indica que no está cortada todavía la transmisión vectorial, situación que en todo el territorio nacional solamente se verificó en esta jurisdicción y en la provincia limítrofe de Santiago del Estero.

Cuadro 3

Indicadores socioeconómicos. CABA, Chaco y Total del país. Años 2001-2010

Jurisdicciones	DH	NBI	AC	DC	CS
Total del país	0,83	17,7	83,9	53,1	36,1
CABA	0,88	7,8	99,6	98,2	17,7
Chaco	0,79	33	76,5	26,4	57,9

DH: Índice de Desarrollo Humano provincial, PNUD, 2009.

NBI: Porcentaje de población con NBI, INDEC, 2001.

AC: Porcentaje de hogares con agua corriente, INDEC, 2010.

DC: Porcentaje de hogares con desagües cloacales, INDEC, 2010.

CS: Porcentaje de población no cubierta con obra social o plan médico, INDEC, 2010.

Fuente: MSN-OPS, 2012.

Sin perjuicio de las diferencias observadas entre la CABA y la Provincia del Chaco, tanto en los perfiles epidemiológicos como en el grado de desarrollo económico y social, en las últimas tres décadas el descenso de la mortalidad se ha extendido en

Cuadro 4

Esperanza de vida al nacer según sexo. CABA, Chaco y Total del país. 1990-2010

Jurisdicción	Población masculina			Población femenina		
	1990-92	2000-01	2010	1990-92	2000-01	2010
Total del país	68,42	70,04	72,02	75,59	77,54	79,54
CABA	69,17	71,8	73,41	76,45	79,39	80,95
Chaco	65,64	66,95	69,29	72,55	73,26	75,88

1990-1992: INDEC, *Tabla Completa de Mortalidad de la Argentina por sexo*. Buenos Aires, Serie Análisis Demográfico 3, 1995.

1990-1992: INDEC, *Tabla Completa de Mortalidad de la Argentina por sexo*. Buenos Aires, Serie Análisis Demográfico 4, 1995.

2000-2001: INDEC, *Tablas abreviadas de Mortalidad Provinciales por Sexo y Edad*. Buenos Aires, Serie Análisis Demográfico 5, s/f.

2010: Elaboración propia sobre la base de proyecciones provinciales de población 2001-2015.

todo el territorio nacional, abarcando a las dos jurisdicciones (Cuadro 4). Entre 1990 y 2010, en todo el país y en las jurisdicciones analizadas se agregaron, en promedio, alrededor de cuatro años de vida.²

Es necesario tener en cuenta, sin embargo, que el aplazamiento de la mortalidad no implica necesariamente una mejora general en el estado de salud de la población debido a que puede aumentar la prevalencia de las enfermedades crónicas, más insidiosas y de más larga duración que las enfermedades agudas infectocontagiosas (Robine, Romieu y Jee, 1998).

Por todo lo expuesto, en los escenarios de transición avanzada o postransicionales, la esperanza de vida al nacer y por edades no es suficiente para responder a la pregunta crucial: la disminución de la mortalidad, ¿está asociada a una mejora en las condiciones de salud de las poblaciones?, o sea, el aumento de la esperanza de vida, ¿se acompaña del aumento de la esperanza de vida en buena salud?

Para tratar de responder a este interrogante se han elaborado nuevos indicadores sobre la base de los conceptos de esperanza de vida en salud o esperanza de vida sin discapacidad, que ya son utilizados de manera sistemática por los países pioneros en la cuestión.

Esperanza de Vida Saludable

La Esperanza de Vida (EV) al nacer es un indicador resumen que proporciona información sobre la mortalidad de una población con independencia de su estructura de edades. Por este motivo, este indicador ha sido hasta el momento la medida más utilizada para analizar comparativamente la salud global de las poblaciones. Sin embargo, a medida que se desplazó la mortalidad hacia las edades avanzadas y se produjo el predominio de la morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles, la Esperanza de Vida al nacer resultó insuficiente para estimar el estado de salud global de las poblaciones, las cuales podían padecer durante períodos prolongados las secuelas de enfermedades discapacitantes adquiridas en etapas más tempranas del curso de vida.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueven la elaboración y utilización de la EVs para el seguimiento de su estrategia de Salud para Todos. Asimismo, la Unión Europea

² Las tablas de mortalidad elaboradas para la CABA y para cada una de sus comunas arrojaron un nivel de mortalidad al nacimiento inferior al considerado en este artículo. Los valores de Esperanza de Vida al nacimiento en la CABA para el trienio 2007-2009 son de 75,0 años para los varones y 81,7 años para las mujeres (Caviezel, 2011).

incorporó a partir del año 2004 el indicador Años de Vida en Buena Salud (*Healthy Life Years* -HLY-) que es calculado periódicamente por Eurostat (Goerlich y Pinilla, 2009). Estos indicadores integran las trayectorias de la mortalidad y de la morbilidad y dividen la esperanza de vida total en años vividos en diferentes estados de salud permitiendo añadir la dimensión calidad a la cantidad de años vividos (Goerlich y Pinilla, ob. cit.). Los referidos indicadores toman como supuesto que si la esperanza de vida saludable de una población crece más rápidamente que la esperanza de vida total, esa población no solo aumenta su longevidad sino que además mejora su estado de salud.

A partir de la década de 1990, los países europeos y otros con poblaciones envejecidas comenzaron el relevamiento de datos de salud mediante la aplicación de baterías de preguntas específicas en censos y encuestas de los sistemas nacionales y supranacionales de estadística, iniciando de esta forma a mediados de esa década la producción seriada del indicador que se elabora mediante la aplicación del método desarrollado por Sullivan (ob. cit.) (Mathers *et al.*, 1999).

El indicador propuesto por Sullivan en la década de 1970 fue sometido a la crítica académica, que objeta fundamentalmente su dificultad para captar la complejidad de las interacciones entre el ciclo de vida individual, el efecto cohorte y los cambios en incidencia y recuperación de las morbilidades en una población dada (Crimmins *et al.*, 2009). Sin perjuicio de la validez de estas observaciones, la elaboración de indicadores complejos requiere la disponibilidad de datos sobre morbilidad provenientes de estudios longitudinales que, por su costo, no existen en la mayor parte de los países. Autores como Mathers y Robine (1997) estudiaron el sesgo en la estimación de la EVS al utilizar el método de Sullivan o tablas de decremento múltiple, concluyendo que la diferencia observada en contextos

relativamente estables es muy pequeña. Por los motivos planteados, el método Sullivan se ha generalizado para la estimación de los indicadores de la Esperanza de Vida Saludable (EVS) o Esperanza de Vida Libre de Discapacidad (EVLVD).

De manera sintética, la EVS o la EVLVD pueden definirse como los años de vida que esperaría vivir un individuo con buena salud (sin enfermedades crónicas, limitaciones permanentes o discapacidad) en una población determinada, a una edad dada, si se mantuvieran las actuales tasas de mortalidad y prevalencia de enfermedades crónicas, limitaciones permanentes o discapacidad (o de salud autopercebida) por edad observadas en esa población.

Hasta el momento, debido a la carencia de información suficiente acerca de la evolución de la morbilidad, están en debate las consecuencias que la misma tiene sobre los sistemas sanitarios y el bienestar general de la población. Tres teorías centralizan actualmente la discusión: a) la teoría de la *compresión de la morbilidad* esbozada por Fries (1980 y 1989), que prevé un escenario optimista de mejoramiento del estado general de salud debido a la suposición de un estrechamiento concomitante del período mórbido; b) en sentido contrario, la teoría sostenida por Gruenberg (1977), Kramer (1980) y Olshansky *et al.* (1991) proyecta una degradación porque entiende que el aumento de la esperanza de vida no implica la reducción de la incidencia de las enfermedades crónicas sino un aplazamiento del momento del fallecimiento que cursa con morbilidad severa; y finalmente c) Manton (1982) introduce el concepto de *equilibrio dinámico* para referirse a una situación en la que la prevalencia de las enfermedades crónicas aumenta con la caída de la mortalidad, pero en promedio disminuye su severidad. Las tres teorías subyacen como hipótesis en los trabajos empíricos sobre el tema y, por extensión, en la interpretación de los resultados producidos por el estudio que se presenta en este artículo.

Metodología

Como se ha señalado, para estudiar la Esperanza de Vida Saludable o Libre de Discapacidad (EVS o EVLD, respectivamente)³ siguiendo el modelo desarrollado por Sullivan (ob. cit.), es necesario combinar prevalencias de morbilidades permanentes o vitalicias⁴ con una tabla de mortalidad referente al mismo año y población.

Con las EVS o EVLD se estima el tiempo medio (en años) que una persona puede esperar vivir en un estado de salud determinado desde una edad específica hasta su fallecimiento. Un indicador complementario de EVLD es la Esperanza de Vida con Discapacidad (EVCD), que indica el número de años que una persona puede esperar vivir con una discapacidad o limitación determinada desde una edad específica hasta su fallecimiento. En ambos casos, el método supone que se mantendrán las actuales tasas de mortalidad y prevalencia de enfermedades crónicas, limitaciones permanentes o discapacidad (o de salud autopercibida) por edad observadas en esa población.

En los párrafos siguientes se desarrolla la metodología para el cálculo de la EVLD y de otros indicadores derivados de la misma. Previamente al desarrollo del método Sullivan, se describe brevemente la fuente de datos de la que se toman las prevalencias de enfermedades y, luego, se menciona sucintamente la información utilizada

³ En este trabajo se utiliza la expresión EVS o EVLD indistintamente para referirse a indicadores sintéticos que, además de reflejar el impacto de la mortalidad en una población (como lo hace la Esperanza de Vida), recogen también las condiciones de salud presentes en dicha población. Cuando se especifique la prevalencia que se utilizará como indicador de morbilidad, se definirá nuevamente la denominación del indicador.

⁴ Las enfermedades permanentes o vitalicias son aquellas de las cuales no se puede retornar. Por construcción, el indicador de Esperanza de Vida Saludable supone que un individuo observado en un momento determinado de su vida, con una prevalencia específica, continuará con esa enfermedad hasta el final de su vida. Esta es una de las limitaciones del método, aunque, como dicen Gispert Magarolas y Gutiérrez-Fisac (1997), existe un amplio consenso en que es perfectamente utilizable siempre que se tengan en cuenta esas limitaciones.

a fin de disponer de tablas de mortalidad para el mismo período que la encuesta, dado que en la actualidad no hay disponibles tablas oficiales de mortalidad en torno al Censo 2010.

Prevalencia de dificultades o limitaciones permanentes. Censo 2010

En el Censo 2010 se relevó información correspondiente a las condiciones de salud de la población a partir de las preguntas del cuestionario ampliado, el cual se aplicó a toda la población que residía en localidades de menos de 50.000 habitantes y a la población rural dispersa y solo a una muestra del 10% de las viviendas particulares en las localidades con 50.000 habitantes o más.

A diferencia del Censo 2001, en el Censo 2010 la pregunta referida a la temática se realiza a cada una de las personas y no solo al hogar particular en general, posibilitando de esta forma el conocimiento, entre otros aspectos, del tipo de limitación y las características demográficas básicas de las personas, la condición de migración, la educativa y la ocupacional.

Se considera que posee limitaciones permanentes quien declara tener limitaciones en las actividades diarias y restricciones en la participación por una deficiencia física o mental (por ejemplo, para ver, oír, caminar, agarrar objetos, entender o aprender) y que lo afectan en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social (en la educación, en la recreación o en el trabajo, entre otras dimensiones).

La captación de la limitación o dificultad en el censo incluye tanto a las personas que cuentan con certificado de discapacidad como a las que no lo poseen pero declaran tener alguna/s dificultad/es o limitación/es permanente/s para ver, oír, moverse, entender o aprender.

La dificultad o limitación relevada por el Censo 2010 puede ser: a) actual: debe estar afectando al individuo en el momento de la entrevista, o; b) permanente: debe ser duradera en el tiempo (superior a un año). Esto excluye las discapacidades de corto plazo producto de condiciones transitorias, tales como enfermedades o fracturas.

En consecuencia, la prevalencia de la dificultad o limitación permanente será igual al total de personas con estas características en una región específica dividido la población total de la región, expresada por cien.

La aplicación del método Sullivan (ob. cit.) requiere que las prevalencias sean calculadas para los mismos grupos etarios que se establecen en las tablas de mortalidad. Para estimar las prevalencias por grupos de edad, es necesario dividir el total de individuos con edades comprendidas entre las edades exactas x y $x+n$, que presentan dificultades o limitaciones permanentes según el censo o encuesta, dentro de una región específica, sobre el total de población perteneciente al mismo grupo etario y región (Elandt-Johnson, 1975). La nomenclatura utilizada para indicar la prevalencia de dificultades o limitaciones permanentes de un grupo de edad será ${}_n\pi_x$ y, en el presente artículo, como hemos señalado, surgirá de los datos del Censo 2010.

Tablas de mortalidad 2010

Las tablas abreviadas de mortalidad para cada una de las jurisdicciones se obtuvieron a partir de la información que proveen las proyecciones de población actualmente vigentes, que cubren el período 2001-2015, y que son coherentes con las tablas de mortalidad 2000-2001 por jurisdicción del INDEC.

Es decir, se trata de las tablas de mortalidad implícitas en las proyecciones de población vigentes (INDEC, 2004 y 2005), dado que aún no se cuenta con las tablas de mortalidad oficiales del INDEC construidas a partir del año censal 2010.

El método Sullivan

Para estimar la Esperanza de Vida Libre de Limitaciones Permanentes ($EVLLP_x$), deben realizarse tres pasos.

El primero consiste en calcular los años-persona vividos sin dificultades o limitaciones permanentes entre dos edades $[_nAVLLP_x]$. Se obtiene como el producto de la proporción de personas sin prevalencias (o morbilidades) entre esas dos edades ($1-{}_n\pi_x$) y los años-persona vividos por la población estacionaria en el mismo grupo de edades (${}_nL_x$). Entonces:

$${}_nAVLLP_x = (1-{}_n\pi_x) {}_nL_x$$

Luego, en un segundo paso, se deben calcular los años-persona vividos libres de dificultades o limitaciones permanentes a partir de la edad exacta x . Para ello, se deberán sumar los ${}_nAVLLP_x$ para edades superiores e iguales a x . Y por último, se debe dividir la sumatoria previa por las l_x personas (que aportaron esos años-persona vividos), para obtener así la Esperanza de Vida Libre de Limitaciones Permanentes a la edad exacta x ($EVLLP_x$):

$$EVLLP_x = \frac{\sum_{VZ \geq x} {}_nAVLLP_z}{l_x}$$

La $EVLLP_x$ indica el total de años que se espera vivir sin limitaciones permanentes si se tiene la edad exacta x .

Complementariamente, en la literatura y en el presente artículo se utilizan dos medidas derivadas de los cálculos previos. La primera medida indica la Esperanza de Vida con Limitaciones Permanentes para una persona de edad exacta x ($EVCLP_x$), y se obtiene como: $EV_x^5 - EVLLP_x$. La segunda refiere a la proporción de años que

⁵ EV_x indica la esperanza de vida o los años esperables de vida para una persona con edad exacta x .

se espera vivir sin dificultades o limitaciones permanentes respecto del total de años que espera vivir una persona de edad exacta x $[EVLLP_x/EV_x]$.⁶

Resultados

Se realizó el estudio comparado entre los indicadores de la CABA, del total del país y de la Provincia del Chaco. Según indicamos, los valores correspondientes al total del país representan el patrón nacional. Por su parte, la CABA y la Provincia del Chaco fueron las jurisdicciones polarizadas, según los niveles de desarrollo socioeconómico, sanitario y humano del año 2010 (MSN-OPS, 2012).

El trabajo se propuso apreciar la capacidad que ofrece el método Sullivan y sus mediciones para responder a la pregunta de origen: *Los años que en promedio se agregaron a la esperanza de vida de la población de todo el país y de las dos jurisdicciones consideradas, durante las últimas tres décadas, ¿significaron además una mejora en las condiciones de salud?*

Debido a que solamente se dispone de información sobre limitaciones permanentes originadas en deficiencias físicas o mentales para el año 2010, se estimó que, en un estudio transversal, el análisis contrastado de los valores nacionales y de los polares de las dos jurisdicciones permitiría aproximarse a una valoración de esta índole y establecer el umbral de base para posteriores estudios longitudinales a medida que se conforme la serie histórica. Los datos disponibles no permiten calcular la mejora en las condiciones de salud de las poblaciones, pero sí ofrecen un diagnóstico comparativo de la situación actual que, en este estudio, es interpretada como el resultado de las diferentes evoluciones históricas en los procesos salud-enfermedad de las poblaciones consideradas.

Prevalencia de al menos una limitación permanente por edad, sexo y jurisdicción

El examen de las prevalencias de dificultades o limitaciones permanentes por edad, sexo y jurisdicción proporcionadas por los datos del Censo 2010 muestra que, tanto en la CABA como en total del país y en la Provincia del Chaco, las referidas prevalencias aumentan con la edad en ritmos similares. Debe destacarse que en los tres casos, y en ambos sexos, existen tramos de edades en los cuales las prevalencias merman su ritmo y otros en los que crecen exponencialmente (Gráfico 1).

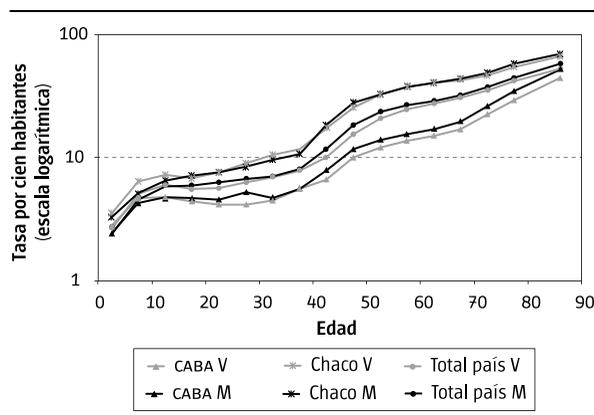
Las trayectorias que siguen los niveles de prevalencia en las dos jurisdicciones estudiadas y en total del país presentan particularidades: a) las líneas convergen en el inicio y en el final de la distribución por edad; b) entre los treinta y los cincuenta años de edad las líneas transcurren en paralelo; c) entre los cincuenta y los setenta años la curva de la CABA diverge del patrón nacional y de la curva de la Provincia del Chaco y acentúa la disminución relativa de sus tasas de prevalencia de limitaciones; d) a partir de los 75 años de edad la trayectoria de la CABA tiende nítidamente a confluir con el promedio nacional y el polar opuesto del Chaco. Sin perjuicio de estas especificidades, en todas las edades los valores de la CABA resultan inferiores a los del total del país y a los del Chaco (Gráfico 1).

Por otra parte, las trayectorias de las mujeres en cada una de las jurisdicciones estudiadas tienen prevalencias ligeramente superiores a partir de los quince años de edad. La sobremortalidad masculina para un mismo grupo de edad podría ser una hipótesis para explicar este fenómeno.

⁶ Para profundizar en el tema metodológico, se recomienda Jagger, 2001.

Gráfico 1

Tasas de prevalencia de al menos una limitación permanente por cada 100 habitantes, por edad, sexo y jurisdicción. CABA, Chaco y Total del país. Año 2010



Nota: Prevalencia corresponde al total de población con dificultad o limitación permanente dividido por el total de población que reside en viviendas particulares por cien.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Tabla 1 del Anexo Estadístico.

Tasas brutas y estandarizadas de prevalencias de al menos una limitación permanente

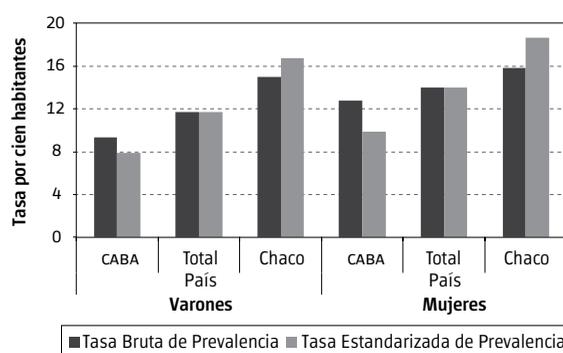
En el Gráfico 2 se presentan las tasas de prevalencia brutas y estandarizadas según edades en las dos jurisdicciones estudiadas y en el total del país. El nivel de prevalencia por región, medido a través de la Tasa Bruta de Prevalencia (TBP), relaciona el total de personas con al menos una dificultad o limitación permanente con la población total de la región. Como se expuso, las prevalencias aumentan exponencialmente con la edad; por lo tanto, las regiones con población envejecida presentarán mayores valores de TBP. Para subsanarlo, debe estimarse la Tasa Estandarizada de Prevalencia (TEP), que permite controlar el efecto distorsionador de la edad y, por lo tanto, del envejecimiento de la población, observado al analizar las TBP.

La CABA registra los niveles más bajos de prevalencia de al menos una limitación, tanto en su tasa bruta como en su tasa estandarizada. Sin embargo, si se observan las TEP, que utilizan como

estructura estándar la población total del país, la polarización de los valores y la diferencia a favor de la CABA son aún más notorias (Gráfico 2).

Gráfico 2

Tasas Bruta de Prevalencia (TBP) y Tasa Estandarizada de Prevalencia (TEP) de al menos una limitación por cada 100 habitantes, por sexo y jurisdicción. CABA, Chaco y Total del país. Año 2010



Nota: Prevalencia corresponde al total de población con dificultad o limitación permanente dividido por el total de población que reside en viviendas particulares por cien.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Tabla 1 del Anexo Estadístico.

Esperanza de vida al nacer con al menos una limitación permanente y esperanza de vida libre de limitaciones permanentes

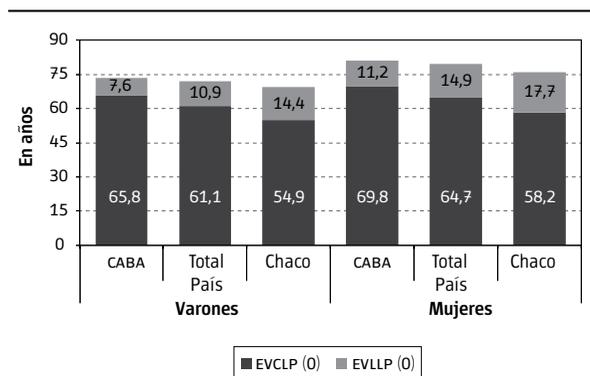
La integración de la información de morbilidad y mortalidad, siguiendo el enfoque metodológico adoptado, permite observar que la población de la CABA tiene la mayor esperanza de vida y, además, registra la menor EVCLP.

Como se mencionó, la población masculina de la CABA tiene una esperanza de vida al nacimiento de 73 años, mientras que la de la población femenina es de 81 años. En la Provincia del Chaco esos valores son de 69 y de 76 años, respectivamente. Luego de aplicar las prevalencias a las tablas de mortalidad, se observa que, mientras que en el Chaco los hombres tienen una EVCLP de 14 años y las mujeres de 18 años, en la CABA los valores son de solo 8 y 11 años, respectivamente, y los

habitantes del total del país se encuentran en una situación intermedia (Gráfico 3). En otras palabras, se estima que en la CABA los hombres transcurren el 10% de su vida con limitaciones permanentes y las mujeres un 14%, en tanto que en la Provincia del Chaco esas proporciones casi se duplican: 21% y 23%, respectivamente. Diversos autores (Robine, Romieu y Cambois, 1996 y 1999; Jitapunkul *et al.*, 2003; Hansen, 2005; Romero, Leite y Szwarcwald, 2005) han observado en otros países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo, patrones de diferencia similares entre hombres y mujeres, así como entre regiones, con mayor y menor esperanza de vida o por edad en la EVCLP.

Gráfico 3

Esperanza de Vida Libre de Limitaciones Permanentes al nacimiento (EVLLP(0)) y Esperanza de Vida Con Limitaciones Permanentes al nacimiento (EVCLP(0)) por jurisdicción y sexo. CABA, Chaco y Total del país. Año 2010



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Tabla 2 del Anexo Estadístico.

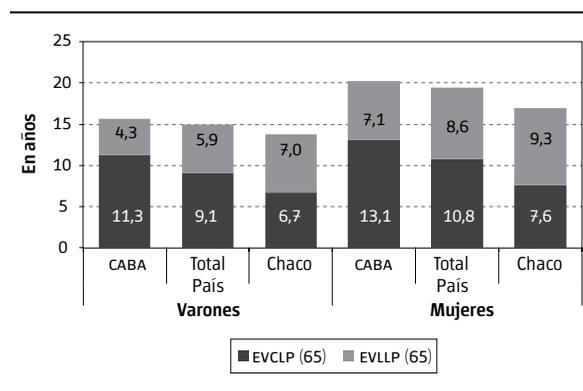
Esperanza de vida con al menos una limitación permanente a los 65 años de edad

Cuando se realiza el análisis a la edad de 65 años, los porcentajes de años esperables de vida con al menos una limitación permanente aumentan con relación a los años de vida totales. Es decir, a medida que las personas envejecen se espera que proporcionalmente vivan más años con dificultades o limitaciones permanentes. El hallazgo

es común a todas las jurisdicciones analizadas, aunque es importante destacar que muestra diferencias según el desarrollo de la región: mientras que en la CABA se espera que casi una tercera parte de los años que les quedan por vivir a las personas de 65 años sea con limitaciones permanentes, en Chaco esa proporción asciende a algo más de la mitad de los años esperados de vida y en el total del país llega a alrededor del 40% (Gráfico 4).

Gráfico 4

Esperanza de Vida Libre de Limitaciones Permanentes a los 65 años (EVLLP(65)) y Esperanza de Vida Con Limitaciones Permanentes a los 65 años (EVCLP(65)) por sexo. CABA, Chaco y Total del país. Año 2010



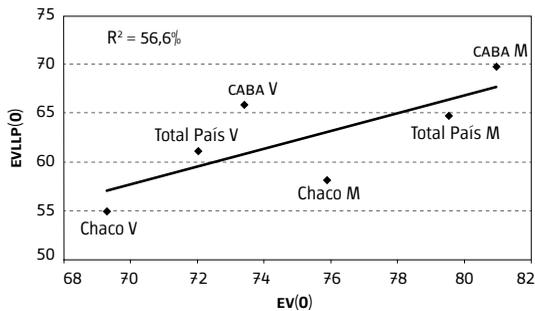
Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Tabla 2 del Anexo Estadístico.

Según los resultados del análisis contrastado hasta aquí detallados, el desarrollo humano, social y económico de las jurisdicciones es la variable que muestra comportamientos diferenciales significativos en la región: con mayor nivel de desarrollo del país se verifica la más alta esperanza de vida al nacer y en edad avanzada, al mismo tiempo que la menor proporción de años esperables de vida con limitaciones permanentes.

Los Gráficos 5 y 6 permiten visualizar el grado de asociación entre el nivel de desarrollo alcanzado por la región y la EV y la EVLLP tanto al nacimiento como a la edad de 65 años.

Gráfico 5

Asociación entre Esperanza de Vida al nacimiento (EV(0)) y Esperanza de Vida Libre de Limitaciones Permanentes al nacimiento (EVLLP(0)) por sexo y jurisdicción. CABA, Chaco y Total del país. Año 2010

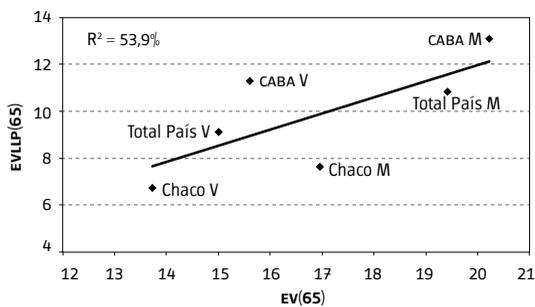


Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Tabla 2 del Anexo Estadístico.

La distribución de los indicadores para la Esperanza de Vida a los 65 años es similar a la descrita para la Esperanza de Vida al nacimiento. En síntesis, los gráficos robustecen las evidencias del hallazgo: el análisis pone de manifiesto las mejores condiciones de salud de la población de la CABA, así como el significativo desvío entre el patrón nacional y los valores extremos principalmente entre las mujeres (CABA y Chaco) (Gráfico 6).

Gráfico 6

Asociación entre Esperanza de Vida a los 65 años (EV(65)) y Esperanza de Vida Libre de Limitaciones Permanentes a los 65 años (EVLLP(65)) por sexo y jurisdicción. CABA, Chaco y Total del país. Año 2010



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Tabla 2 del Anexo Estadístico.

Esperanza de vida con una, dos o tres o más limitaciones permanentes

Hasta aquí se han analizado los diferentes niveles de prevalencia de al menos una limitación permanente y se los ha asociado con las respectivas tablas de mortalidad para estimar la EVLLP y la Esperanza de Vida con al menos una limitación. Ahora bien, el Censo 2010 permite distinguir los niveles de prevalencia entre quienes presentan solo una, solo dos o tres o más dificultades o limitaciones permanentes. En consecuencia, brinda la posibilidad de realizar una aproximación a la intensidad o severidad de las limitaciones que padecen las personas en edades determinadas de su biografía personal. Se debe tener en cuenta que autores como Robine y Jagger (2003), Mathers *et al.* (2003) y Murray y Frenk (2002) pusieron énfasis en la conveniencia de reemplazar indicadores dicotómicos de buena o mala salud mediante la incorporación del grado de las dificultades.

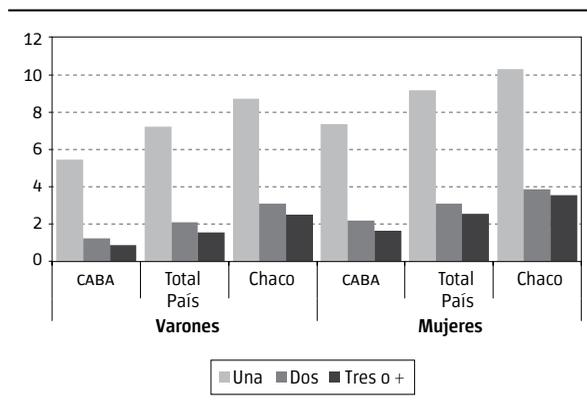
Desde la perspectiva de la cantidad de limitaciones o dificultades permanentes padecidas, la CABA presenta las menores TEP para las tres categorías de cantidades de limitaciones estudiadas (Tabla 3 del Anexo Estadístico). El examen del grado de prevalencia por edad, sexo y jurisdicción pone en evidencia comportamientos muy similares en las tres unidades administrativas de asociación entre el deterioro de las condiciones de vida y el incremento de la edad de las personas: a mayor edad aumenta la aparición de las prevalencias de tres o más limitaciones permanentes en detrimento de las prevalencias de solo una limitación, aunque esta es la que registra la mayor frecuencia en todas las edades. Por este motivo, la esperanza de vida con una limitación permanente es significativamente más alta que la esperanza de vida con dos, tres o más limitaciones (Gráfico 7).

Es posible advertir que la población de la CABA registra, además, las menores EVCLP y, en particular, de esperanza de vida con los niveles de mayor severidad por la cantidad de limitaciones

coexistentes. En resumen, los habitantes de la CABA esperan vivir más años y, dentro de ellos, más años en salud que el promedio de los habitantes del total del país y que los de la Provincia del Chaco, estos últimos ubicados en el extremo opuesto según los respectivos indicadores de desarrollo sanitario.

Gráfico 7

Años esperados de vida con una, dos o tres o más limitaciones permanentes por sexo. CABA, Chaco y Total del país. Año 2010



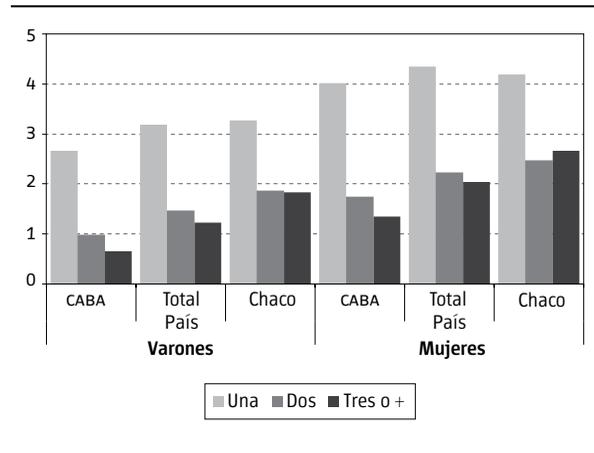
Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Tabla 4 del Anexo Estadístico.

Las diferencias a favor de la CABA se vuelven a poner de manifiesto cuando se considera la esperanza de vida a los 65 años con una, dos o tres o más limitaciones permanentes en hombres y mujeres. En la jurisdicción con el envejecimiento demográfico más pronunciado y con las más alta proporción de personas de 80 años y más del país, las personas de 65 años y más esperan vivir menos años con limitaciones permanentes, sean estas una, dos o tres o más (Gráfico 8).

Debe destacarse que en el Chaco las mujeres adultas mayores esperan vivir más años con tres o más limitaciones permanentes que quienes solo presentan dos limitaciones, es decir, con un déficit más severo de sus condiciones físicas.

Gráfico 8

Años esperados de vida a los 65 años de edad con una, dos o tres o más limitaciones permanentes por sexo. CABA, Chaco y Total del país. Año 2010



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Tabla 4 del Anexo Estadístico.

Conclusiones

En la literatura especializada, existe consenso acerca de los diferentes ritmos y secuencias en la transición demográfica y epidemiológica de los países latinoamericanos, atravesados por marcadas desigualdades sociales, económicas y geográficas. En particular, en este trabajo se adoptó la perspectiva de *la transición epidemiológica prolongada polarizada*, desarrollada por Frenk *et al.* (1991), consistente con los enunciados de Palloni (1990), para caracterizar los procesos diferenciados que coexisten en los países de la región. En el marco de la avanzada etapa de la transición demográfica y epidemiológica que cursa la población argentina, el sistema estadístico nacional advierte acertadamente en los últimos años sobre a la necesidad de producir información referida a las condiciones de salud de la población. Se procura conocer si el descenso de la mortalidad que actualmente se verifica en todo el territorio nacional se traduce, además,

en una mejora del proceso salud-enfermedad de la población o si, por el contrario, implica el aumento de la proporción de personas que viven con enfermedades crónicas y limitaciones físicas o mentales permanentes.

En este artículo se presentaron los ejercicios estadísticos basados en el método Sullivan que permitieron obtener los valores de Esperanza de Vida Libre de Limitaciones Permanentes (EVLLP) al nacer y a diferentes edades a partir de las tablas de mortalidad implícitas en las proyecciones de población. Los ejercicios se propusieron evaluar la potencialidad que ofrece el método Sullivan para elaborar información que responda a la pregunta fundamental que orientó el estudio: *la prolongación de la vida debido a los menores niveles de mortalidad alcanzados, ¿se asocia con una prolongación de los años de vida vividos en buenas condiciones de salud?*

Debido a que los datos censales de 2010 son los primeros de la serie histórica, no es posible realizar un abordaje longitudinal de las variaciones en los niveles de prevalencia de limitaciones permanentes. Por este motivo, se optó por efectuar un análisis transversal contrastado de indicadores correspondientes al total del país y a jurisdicciones polares –la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), que muestra un índice de desarrollo humano similar al de los países industrializados, y la Provincia del Chaco, que tiene uno de los más bajos del país –considerando como patrón agregado nacional los valores correspondientes al total país–. Se entendió que mediante este tipo de análisis es posible aproximarse a la dinámica seguida por las EVLLP en la población argentina.

En este estudio se tomaron como referencia dos de las tres teorías que centralizan actualmente el debate: a) la teoría de la *compresión de la morbilidad* de Fries (1980 y 1989), que prevé un

escenario optimista de mejoramiento del estado de salud general debido a la suposición de un estrechamiento concomitante de la mortalidad y la morbilidad; y b) la teoría sostenida por Gruenberg (1977), Kramer (1980) y Olshansky *et al.* (1991) que, en sentido contrario, proyecta una degradación de las condiciones de salud porque el descenso de la mortalidad no implica la reducción de la incidencia de las enfermedades crónicas, sino un aplazamiento del fallecimiento durante un período que cursa con morbilidad severa.

Por tratarse de un estudio transversal, no se pudo considerar la tercera teoría del *equilibrio dinámico* enunciada por Manton (1982), que predice una situación en la que las enfermedades crónicas aumentan su prevalencia con la caída de la mortalidad, pero, en promedio, disminuyen su severidad. Solamente a través de un estudio longitudinal que relacione las variaciones en las tasas de mortalidad y las de prevalencias de limitaciones permanentes o discapacidades se podría observar si el comportamiento argentino muestra consistencia con la teoría de Manton.

Los resultados del estudio ponen en evidencia que la población de la CABA tiene la esperanza de vida al nacer y a los 65 años de edad más elevada de las tres poblaciones analizadas, al mismo tiempo que presenta las más reducidas expectativas de años vividos con al menos una limitación permanente. Asimismo, al analizar la severidad de las dificultades en los años esperables de vida con limitaciones, se observa que la mayor proporción de esos años transcurre con una sola limitación, es decir, con menor severidad, mientras que disminuyen proporcionalmente los años esperables de vida con dos o con tres o más limitaciones. Se puede inferir, en consecuencia, que la población de la CABA estaría inscrita en un escenario optimista de estrechamiento concomitante de la mortalidad y la morbilidad, que muestra afinidad con la teoría de *compresión de la*

morbilidad enunciada por Fries. La población total del país y la de la Provincia de Chaco, en cambio, no pueden incluirse todavía en esa plataforma.

En la población de la Provincia del Chaco también ha aumentado en las últimas décadas la esperanza de vida al nacer y a los 65 años de edad, pero la proporción de los años esperados de vida con limitaciones permanentes es más elevada que en las jurisdicciones analizadas. Además, en sentido contrario a lo observado en la CABA, los años esperados de vida con limitaciones son, proporcionalmente, con más severidad, tal como se pone de manifiesto en el notorio incremento del porcentaje de esa población que padece tres o más limitaciones con respecto al que se verifica en las otras poblaciones. En consecuencia, el escenario chaqueño actual muestra afinidad con la teoría de Gruenberg, Kramer y Olshansky, que predice años agregados de vida con más posibilidades de cursarlos con limitaciones severas.

Se puede concluir que una de las dimensiones del proceso de *transición epidemiológica prolongada polarizada* en nuestro país es la coexistencia de dos escenarios o procesos salud-enfermedad: en uno de los polos se conforma una plataforma optimista que puede ser el resultado de una compresión simultánea de la mortalidad y la morbilidad, mientras que en el polo opuesto la disminución de la mortalidad implica, hasta el momento, mayor cantidad de años esperables de vida con limitaciones de más severidad. Las desigualdades sociales y económicas entre ambas jurisdicciones, que son consecuencia de más de un siglo de evolución de diferentes niveles de salubridad y de sanidad pública así como de desarrollo económico y humano, subyacen tras la polarización observada en las condiciones actuales de salud de ambas poblaciones.

Finalmente, el estudio puso de manifiesto la utilidad del método Sullivan para diseñar escenarios de salud-enfermedad que complementan las estimaciones basadas exclusivamente

en el análisis de la mortalidad. Se estima que el seguimiento longitudinal de la serie histórica que se inauguró en el Censo 2010 aportará evidencias de interés para la planificación de la salud en las etapas avanzadas de la transición epidemiológica que actualmente transita el país.

Bibliografía

Belliard, M., D. Peña y S. Cerutti (2012), “Envejecimiento y mortalidad de los adultos mayores en Argentina”, en *Actas de las XIII Jornadas Nacionales y Latinoamericanas Actuariales*, Buenos Aires, Centro de Investigación en Métodos Cuantitativos Aplicados a la Economía y la Gestión (CMA), Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires (UBA).

Caviezel, P. (2008), “La mortalidad en la Ciudad de Buenos Aires entre 1947 y 2001”, en *Revista Población de Buenos Aires*, año 5, núm. 7, Buenos Aires, Dirección General de Estadística y Censos, abril, pp. 75-100.

————— (2011), “Tablas de mortalidad por comuna y sexo para la Ciudad de Buenos Aires”, en *Revista Población de Buenos Aires*, año 8, núm. 13, Buenos Aires, Dirección General de Estadística y Censos, abril, pp. 67-90.

Celton, D. y A. Carbonetti (2007), “La transición epidemiológica”, en S. Torrado, *Población y bienestar en la Argentina del Primero al Segundo Centenario: una historia social del siglo xx*, Buenos Aires, Editorial EDHASA, pp. 370-398.

Crimmins, E. M., M. D. Hayward, A. Hagedorn, Y. Saito y N. Brouard (2009), “Change in disability-free life expectancy for Americans 70 years old and older”, en *Demography*, vol. 46, núm. 3, Seattle, University of Washington, agosto, pp. 627-646.

Elandt-Johnson, R. C. (1975), “Definition of rates: some remarks on their use and misuse”, en *American Journal of Epidemiology*, 102(4), Baltimore, John Hopkins Public Health, pp. 267-271.

- Frenk, J., J. L. Bobadilla, J. Sepúlveda y M. López-Cervantes (1989), "Health transition in middle-income countries: new challenges for health care", en *Health Policy & Planning*, 4 (1), Oxford, Oxford University Press, pp. 29-39.
- Frenk, J., T. Frejka, J. L. Bobadilla, C. Stern, R. Lozano, J. Sepúlveda y J. Marco (1991), "La transición epidemiológica en América Latina", en *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, 111 (6), Washington, Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Fries, J. F. (1980), "Aging, natural death, and the compression of morbidity", en *New England Journal of Medicine*, 303, Massachusetts, pp. 130-135.
- (1989), *Aging well: a guide for successful seniors*, Massachusetts, Addison-Wesley Pub. Co.
- Gispert Magarolas, R. y J. L. Gutiérrez-Fisac (1997), "Esperanza de vida saludable: pasado y presente de un indicador con futuro", en M. Porta Serra, C. Álvarez-Dardet y E. Fernández Muñoz (eds.), *Revisiones en Salud Pública 5*, Barcelona, Masson, pp. 7-32.
- Goerlich, F. y R. Pinilla (2009), *Esperanza de vida libre de discapacidad por sexo y comunidad autónoma: 2004-2006*, Valencia, Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas, Working Paper.
- Gómez Redondo, R. (dir.) (2011), *Salud, demografía y sociedad en la población anciana*, Madrid, Editorial Alianza.
- González, C. A. y R. Ham-Chande (2007), "Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México", en *Salud Pública de México*, 49, supl. 4, Cuernavaca, Morelos (México), pp. 448-458.
- Gruenberg, E. M. (1977), "The failures of success", en *The Milbank Memorial Fund Quarterly/Health Soc.*, 55, Nueva York, Milbank Memorial Fund, pp. 3-24.
- Hansen, H. B. (2005), "Health Monitoring: Health expectancy in Denmark, 1987-2000", en *European Journal of Public Health*, vol. 15, núm. 1, Utrecht, The Netherlands, Eupha Office, pp. 20-25.
- Horiuchi, S. (1999), "Epidemiological transitions in human history", en J. Chamie y R. L. Cliquet (eds), *Health and Mortality. Issues of global concern. Proceedings of the symposium on health and mortality*, Bruselas/Nueva York, Centrum voor Bevolkings en Gezinsstudie UN Department of Economic and Social Affairs, pp. 54-71.
- INDEC (2004). *Estimaciones y proyecciones de población. Total del país. 1950-2015*, Buenos Aires, INDEC, Serie Análisis Demográfico N° 30.
- (2005), *Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad*, Buenos Aires, INDEC, Serie Análisis Demográfico N° 31, p. 60.
- (2011), *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, Resultados Definitivos. Cuadros y Gráficos*, en <www.indec.gov.ar>. Último ingreso: 03/04/2013.
- Jagger, C. (2001), *Health expectancy calculation by the Sullivan method: a practical guide*, Leicester, Euro-REVES/University of Leicester.
- Jitapunkul, S., C. Kunanusont, W. Phoolcharoen, P. Suriyawongpaisal y S. Ebrahim (2003), "Disability-free life expectancy of elderly people in a population undergoing demographic and epidemiologic transition", en *Age and Ageing*, 32 (4), Oxford University Press, julio, pp. 401-5.
- Kramer, M. (1980), "The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities", en *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62 (Suppl. 285), Risskov (Dinamarca), John Wiley & Sons Ltd., pp. 282-297.
- Lattes, A. y Z. Lattes (1975), *La Población de Argentina*, Buenos Aires, INDEC.

- Manton, K. G. (1982), "Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population", en *The Milbank Memorial Fund Quarterly/Health Soc.*, 60, Nueva York, Milbank Memorial Fund.
- Mathers, C. D., C. J. Murray, M. Ezzati, E. Gakidou, J. A. Salomon y C. Stein (2003), "Population health metrics: crucial inputs to the development of evidence for health policy", en *Popul. Health Metr.*, (1):6, Londres, BioMed Central.
- Mathers, C. D. y J. M. Robine (1997), "How Good Is Sullivan's Method for Monitoring Changes in Population Health Expectancies", en *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 51, núm. 1, Reino Unido, Society for Social Medicine, pp. 80-86.
- Mathers, C. D., R. Sadana, J. A. Salomon, C. J. L. Murray y A. D. López (1999), "Healthy life expectancy in 191 countries", en *Lancet 2001*, 357, World Health Organization (WHO), pp.1685-91.
- Mazzeo, V. (1995), "Dinámica demográfica de Argentina en el período 1947-1991. Análisis de sus componentes y diferenciales", en AEPa, *II Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, Buenos Aires, Honorable Senado de la Nación.
- (2006), "La inequidad en la salud-enfermedad de la primera infancia. Las políticas de salud y la capacidad resolutoria de los servicios en la Ciudad de Buenos Aires", tesis doctoral, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Sede Académica Argentina, Programa de Doctorado en Ciencias Sociales, 372 p.
- Ministerio de Salud de la Nación (MSN) (2011), *Estadísticas vitales. Información Básica. Año 2010*, Buenos Aires, Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Serie 5 N° 54.
- Ministerio de Salud de la Nación-Organización Panamericana de la Salud (MSN-OPS) (2012). *Indicadores básicos. Argentina 2012*, pp.1-20, en <www.msal.gov.ar>. Último ingreso: 13/02/2013.
- Murray, C. y J. Frenk (2002), "Summary measures of population health in the context of the WHO framework for health system performance assessment", en C. Murray, J. A. Salomon, C. D. Mathers, A. D. López (eds.), *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*, Ginebra, World Health Organization, pp. 1-12.
- Mychaszula, S. (2006), "Algunas singularidades de los cambios de la mortalidad en la Ciudad de Buenos Aires entre 1980 y 2001", en *Revista Población de Buenos Aires*, año 3, núm. 3, Buenos Aires, Dirección General de Estadística y Censos, abril, pp. 31-41.
- Olshansky, S. J., M. A. Rudberg, B. A. Carnes, C. K. Cassell y J. A. Brody (1991), "Trading off longer life for worsening health: the expansion of morbidity hypothesis", en *Journal of Aging and Health*, 3 (2), University of Texas Medical Branch/Kyriakos S. Markides Editor/ Galveston, pp. 194-216.
- Omran, A. (1971), "The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change", en *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49, núm. 4, Nueva York, Milbank Memorial Fund, pp. 509-38. (Reprinted: *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 83, núm. 4, 2005, pp. 731-57).
- Otero, H. (2007), "El crecimiento de la población y la transición demográfica", en S. Torrado, *Población y bienestar en la Argentina del Primero al Segundo Centenario: una historia social del siglo xx*, Buenos Aires, Editorial EDHASA, pp. 340-367.

- Palloni, A. (1990), "The meaning of health transition", en J. C. Caldwell, S. Findley, P. Caldwell, G. Santow, W. Cosford, J. Braid y D. Broers-Freemanet (eds.), *What we know about health transition. The cultural social and behavioural determinants of health*, Canberra, Australian National University.
- Pantelides, E. A. (1982), *La transición demográfica argentina: un modelo no ortodoxo*, Buenos Aires, CENEP.
- Redondo, N. (1994), *Argentina: Reestructuración económica y envejecimiento poblacional*, Buenos Aires, Imago Mundi, p. 143.
- (2007), "Composición por edades y envejecimiento demográfico", en S. Torrado, *Población y bienestar en la Argentina del Primero al Segundo Centenario: una historia social del siglo XX*, Buenos Aires, Editorial EDHASA, pp. 139-175.
- Robine, J. M. y C. Jagger (2003), "Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: the Euro-REVES 2 project", en *European Journal of Public Health*, 13, Utrecht, The Netherlands, Eupha Office, pp. 6-14.
- Robine, J. M., I. Romieu y E. Cambois (1996), "La estimación de los años vividos con discapacidad: una iniciativa universal", en *Notas de Población*, núm. 64, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), pp. 7-32.
- (2010), *De la transition* (1999), "Health expectancy indicators", en *Bulletin of the World Health Organization*, 72(2), Ginebra, WHO, pp. 181-185.
- Robine, J. M., I. Romieu y M. Jee (1998), *Health Expectancies in OECD countries*, Montpellier (Francia), OECD, REVES Paper n° 317, p. 62.
- Romero, D. E., I. C. Leite y C. L. Szwarcwald (2005), "Healthy life expectancy in Brazil: applying the Sullivan method", en *Cad. Saude Publica*, 21(1), S7-S18.
- Sanders, B. S. (1964), "Measuring community health levels", en *Am. J. Public Health Nations Health*, 54, Río de Janeiro, pp. 1063-70.
- Somoza, J. (1973), *La mortalidad de la República Argentina según tablas de vida de 1914, 1946-48 y 1959-61*, Santiago de Chile, CELADE, p. 25.
- Sullivan, D. F., (1971), "A Single Index of Mortality and Morbidity", en *HSMHA Health Report*, vol. 86, núm. 4, pp. 347-354.
- Vallin, J. y F. Meslé (2004), "Convergences and Divergences in Mortality. A New Approach to Health Transition", en *Demographic Research, Special Collection 2. Determinants of Diverging Trends in Mortality*, Rostock (Alemania), Max-Planck, pp. 12-43.
- (2010), *De la transition epidemiologique a la Transition sanitaire: l'improbable convergence generale*, Chaire Quetelet, INED.
- Warren Thompson, S. (1929), "Population", en *American Journal of Sociology*, 34, Chicago, University of Chicago Press, pp. 959-75.
- World Health Organization (2005), *Preventing chronic diseases: a vital investment. Who Global Report*, Ginebra, WHO.

Fecha de recepción: 8 de mayo de 2013

Fecha de aceptación: 31 de julio de 2013

Anexo Estadístico

Tabla 1

Prevalencia ^(&) de la dificultad o limitación permanente ^(#) por edad, sexo y jurisdicción seleccionada. Censo 2010. (por cada cien habitantes)

Grupos de edad	CABA		Total país		Chaco	
	V	M	V	M	V	M
0-4	2,8	2,5	2,7	2,4	3,5	3,3
5-9	4,7	4,3	5,1	4,6	6,4	5,2
10-14	4,8	4,8	6,1	5,9	7,3	6,5
15-19	4,4	4,7	5,6	6,0	6,8	7,2
20-24	4,2	4,6	5,7	6,4	7,6	7,7
25-29	4,2	5,2	6,3	6,8	9,0	8,5
30-34	4,5	4,7	7,0	7,1	10,5	9,6
35-39	5,6	5,6	7,9	8,1	11,8	10,8
40-44	6,6	7,9	10,1	11,7	17,4	18,4
45-49	10,1	11,8	15,6	18,5	25,7	27,9
50-54	12,2	14,0	20,9	23,6	32,6	32,7
55-59	13,8	15,5	24,9	26,6	37,7	37,4
60-64	15,1	17,0	27,5	28,7	40,4	40,7
65-69	17,0	19,5	30,6	32,0	42,6	44,2
70-74	22,5	26,3	35,5	37,7	47,0	48,9
75-79	29,3	34,7	41,6	44,9	54,9	58,3
80 y +	44,7	52,4	53,1	58,0	66,5	70,2
TBP	9,3	12,80	11,741	14,0	15,0	15,8
TEP	7,9	9,9	11,741	14,0	16,8	18,7

Notas: (&) **Prevalencia:** corresponde al total de población con dificultad o limitación permanente dividido en el total de población que reside en viviendas particulares por cien. (#) Incluye a las personas que cuentan con certificado de discapacidad y aquellas que no lo poseen pero declaran tener alguna/s dificultad/es o limitación/es permanente/s para ver, oír, moverse, entender o aprender. **TBP:** Tasa Bruta de Prevalencia. **TEP:** Tasa Estandarizada (por edad) de Prevalencia.

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, INDEC.

Tabla 2

Esperanza de vida, esperanza de vida libre y con limitaciones permanentes según edad, sexo y jurisdicción seleccionada

Indicadores	CABA		Total país		Chaco	
	V	M	V	M	V	M
EV(0) (1)	2,8	2,5	2,7	2,4	3,5	3,3
EV(65) (2)	4,7	4,3	5,1	4,6	6,4	5,2
EVLLP(0) (3)	4,8	4,8	6,1	5,9	7,3	6,5
EVLLP(65) (4)	4,4	4,7	5,6	6,0	6,8	7,2
EVCLP(0) (5)=(1)-(3)	4,2	4,6	5,7	6,4	7,6	7,7
EVCLP(65) (6)=(2)-(4)	4,2	5,2	6,3	6,8	9,0	8,5

Nota: **EV(x):** Esperanza de Vida a la edad 'x'; **EVLLP(x):** Esperanza de Vida Libre de Limitaciones Permanentes a la edad 'x'. **EVCLP(x):** Esperanza de Vida con Limitaciones Permanentes a la edad 'x'.

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, INDEC y DEIS (2011) Serie 5 N°54.

Tabla 3

Prevalencia ^(&) de la dificultad o limitación permanente ^(#) según número de limitaciones, por edad, sexo y jurisdicción seleccionada. Censo 2010. (por cada cien habitantes)

Grupos de edad	Total País						CABA						Chaco					
	V			M			V			M			V			M		
	Limitaciones			Limitaciones			Limitaciones			Limitaciones			Limitaciones			Limitaciones		
	Una	Dos	Tres o +															
0-4	1,89	0,45	0,31	1,73	0,40	0,27	2,04	0,50	0,27	1,57	0,51	0,37	2,47	0,58	0,49	2,40	0,51	0,39
5-9	3,97	0,56	0,54	3,62	0,44	0,50	3,76	0,48	0,47	3,50	0,42	0,40	4,98	0,75	0,71	3,92	0,57	0,68
10-14	4,81	0,66	0,58	4,86	0,54	0,49	3,79	0,34	0,64	3,96	0,47	0,33	5,54	0,89	0,85	5,18	0,69	0,67
15-19	4,51	0,58	0,54	4,93	0,56	0,51	3,58	0,38	0,45	3,92	0,39	0,38	5,22	0,75	0,84	5,69	0,64	0,85
20-24	4,58	0,56	0,53	5,36	0,54	0,47	3,38	0,30	0,51	3,85	0,38	0,35	5,82	0,98	0,79	5,82	0,90	0,94
25-29	5,14	0,62	0,52	5,69	0,56	0,52	3,38	0,38	0,39	4,43	0,35	0,45	6,95	1,17	0,90	6,73	1,02	0,75
30-34	5,70	0,74	0,52	5,87	0,70	0,51	3,73	0,40	0,35	3,99	0,41	0,28	8,29	1,36	0,89	7,46	1,19	0,96
35-39	6,38	0,92	0,59	6,54	0,99	0,61	4,58	0,59	0,40	4,56	0,69	0,38	8,88	1,75	1,22	8,18	1,53	1,08
40-44	8,02	1,32	0,78	9,12	1,66	0,96	5,58	0,63	0,38	6,47	0,85	0,58	12,68	3,12	1,64	13,82	2,80	1,78
45-49	12,08	2,34	1,20	13,79	2,94	1,73	8,15	1,21	0,75	9,22	1,53	1,02	18,15	4,66	2,90	19,41	4,95	3,54
50-54	15,36	3,60	1,91	16,55	4,35	2,71	9,91	1,43	0,84	10,31	2,32	1,34	21,83	6,38	4,40	21,16	6,92	4,66
55-59	17,28	4,80	2,80	17,66	5,36	3,61	10,97	1,68	1,12	11,41	2,60	1,52	22,90	8,96	5,80	22,57	8,91	5,96
60-64	17,84	5,79	3,89	18,41	6,19	4,14	11,23	2,49	1,33	12,21	2,98	1,85	22,43	10,19	7,77	24,49	9,05	7,17
65-69	19,13	6,97	4,50	19,43	7,49	5,09	12,05	3,27	1,68	13,52	3,80	2,23	24,28	11,07	7,23	24,02	11,37	8,80
70-74	20,70	8,43	6,37	21,49	9,24	6,96	15,35	4,59	2,54	17,18	5,59	3,52	23,15	13,15	10,74	24,48	12,93	11,47
75-79	22,11	10,57	8,97	23,13	11,93	9,80	18,80	6,24	4,24	20,30	8,50	5,93	25,71	14,78	14,45	25,41	17,33	15,60
80 y +	23,85	14,48	14,81	24,78	15,72	17,48	23,73	11,79	9,18	25,87	14,24	12,25	22,32	17,80	26,34	24,98	17,64	27,62
TBP	8,20	2,05	1,49	9,30	2,62	2,06	6,82	1,46	1,04	8,59	2,43	1,78	9,82	2,88	2,26	10,12	3,05	2,66
TEP	8,20	2,05	1,49	9,30	2,62	2,06	5,93	1,12	0,82	6,39	1,39	0,98	10,69	3,38	2,71	10,70	3,30	2,82

Notas: (&) **Prevalencia:** corresponde al total de población con dificultad o limitación permanente dividido en el total de población que reside en viviendas particulares por cien. (#) Incluye a las personas que cuentan con certificado de discapacidad y aquellas que no lo poseen pero declaran tener alguna/s dificultad/es o limitación/es permanente/s para ver, oír, moverse, entender o aprender. **TBP:** Tasa Bruta de Prevalencia. **TEP:** Tasa estandarizada (por edad) de prevalencia.

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, INDEC.

Tabla 4

Años esperados de vida solo con una, dos o tres o más limitaciones permanentes ^(#) según edad, sexo y jurisdicción seleccionada

Edad	Limitaciones (#)	CABA		Total país		Chaco	
		V	M	V	M	V	M
Al nacimiento	Una	5,45	7,35	7,23	9,18	8,73	10,29
	Dos	1,24	2,21	2,11	3,11	3,09	3,87
	Tres o +	0,87	1,63	1,58	2,56	2,53	3,56
A los 65 años de edad	Una	2,67	4,02	3,18	4,35	3,28	4,18
	Dos	0,98	1,75	1,47	2,22	1,88	2,48
	Tres o +	0,66	1,35	1,24	2,04	1,83	2,66

(#) Incluye a las personas que cuentan con certificado de discapacidad y aquellas que no lo poseen pero declaran tener alguna/s dificultad/es o limitación/es permanente/s para ver, oír, moverse, entender o aprender.

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, INDEC y DEIS (2011) Serie 5 N°54.