

Enfermedades crónicas y factores de riesgo en adultos mayores de Argentina: años 2001 – 2009

Chronic diseases and risk factors in older adults from Argentina: years 2001 to 2009

Andrés Conrado Peranovich¹

RESUMEN El presente documento evalúa el impacto de las enfermedades crónicas prevalentes en la población mayor de 65 años en Argentina en el período 2001 – 2009, a través del método de la Esperanza de Vida Ajustada por Discapacidad. Complementariamente, se describe la prevalencia de estas enfermedades en el país en el mismo período de tiempo, así como de los factores de riesgo asociadas a ellas. Se evidencia un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como son la hipertensión arterial y la diabetes, entre otras, pero también un progreso en la calidad de vida de las personas afectadas por estas enfermedades, que mejoraría a medida que envejece la población.

PALABRAS-CLAVE Envejecimiento; Enfermedad crónica; Morbilidad; Indicadores de calidad de vida.

ABSTRACT *This paper evaluates the impact of chronic diseases prevalent in the population over 65 years in Argentina in 2001 – 2009, through the method of Disability Adjusted Life Expectancy. In addition, the prevalence of these diseases is described in the same time period as well as the risk factors associated with them. An increased prevalence of chronic noncommunicable diseases is evident, such as hypertension and diabetes, among others, but also an improvement in the quality of life of people affected by these diseases, which improve as the population ages.*

KEYWORDS *Aging; Chronic disease; Morbidity; Indicators of quality of life.*

¹ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Ciecs), Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (Conicet) – Córdoba, Argentina. andrespera@gmail.com

Introducción

Argentina viene experimentando durante las últimas décadas un proceso de cambio poblacional importante, con la evolución de la tercera edad en la pirámide poblacional, incrementando el peso de las personas en edad avanzada, y el predominio de enfermedades crónicas y la discapacidad en los patrones de morbilidad. Estas nuevas tendencias de salud en los países en proceso de envejecimiento son difícilmente reflejadas por los indicadores clásicos del estado de salud de las poblaciones, puesto que los mismos se basan exclusivamente en datos de mortalidad. Resulta entonces necesario utilizar indicadores de salud que tengan en cuenta también la carga de morbilidad y discapacidad. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso a principios de este siglo unos indicadores que permiten medir la carga de las enfermedades a nivel internacional, los AVAD (Años de Vida Ajustados por Discapacidad) y los EVAD (Esperanza de Vida Ajustada por Discapacidad). Ambos se basan en las mismas premisas y esencialmente en los mismos datos, pero los EVAD resultan prácticos pues la mayoría de las personas están familiarizadas con el concepto de esperanza de vida y los resultados pueden, por tanto, ser más fácilmente entendidos y eventualmente lograr un mayor impacto en términos de acciones concretas por parte de los responsables de tomar decisiones (SEUC; DOMÍNGUEZ ALONSO, 2002).

Este tipo de indicador permite medir cuánto se pierde en salud debido a los efectos mortales y no mortales de las enfermedades, así como los factores de riesgo asociados a ellas, que afectan las capacidades de los individuos de manera insidiosa y permanente, y que además ejercen presiones diversas sobre los servicios de salud por la magnitud de la demanda y los costos, que se derivan de una atención continua y muchas veces especializada. Este instrumento, además, permite integrar a las enfermedades los factores de

riesgo que influyen altamente en la pérdida de salud de las poblaciones y que están muy extendidos, teniendo un gran impacto en la salud.

Objetivos

El presente documento plantea como objetivo evaluar el estado de salud de la población mayor de 65 años de edad en Argentina en el período 2001-2009, evidenciando el impacto de las enfermedades crónicas prevalentes más importantes, utilizando para ello el método de la EVAD. Complementariamente, se describe la prevalencia de estas enfermedades en el país en el mismo período de tiempo, así como de los factores de riesgo asociadas a ellas.

Materiales y métodos

Se trata de un estudio cuantitativo basado en el análisis de las EVAD para la población de personas de 65 años y más residentes en Argentina, para el período 2001-2009. Las principales ventajas de este método de cálculo, el cual es ampliamente usado en investigaciones de salud, son la adopción de cálculos simples y que la información requerida es relativamente fácil de encontrar. Los datos disponibles de las fuentes mencionadas anteriormente corresponden a los años 2001, 2005 y 2009, no estando aún disponibles los datos para el año 2013.

Se utilizan como fuentes, la información estadística originada en los registros permanentes y censos del Sistema Estadístico de Salud (SES) de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, dependiente del Ministerio de Salud de Argentina, desde el 2001 hasta el 2009, los datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005 y 2009 producidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) y los registros correspondientes a Argentina de la

Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) 2001. También se utilizó la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud 2003 y 2005, coordinada por el Centro de Estudios de Opinión Pública de la Universidad de Buenos Aires (CEDOP-UBA).

Los datos se desglosan por sexo y grupos quinquenales de edad a partir de los 65 años, con un grupo final abierto de 80 años y más.

Las enfermedades crónicas analizadas se eligieron en base a la disponibilidad de datos para su estudio, existiendo datos para Hipertensión arterial (HTA), Diabetes (DBT), Enfermedad Pulmonar Crónica (EPOC), Accidente Cerebrovascular (ACV), Osteoartritis y Afecciones Cardíacas Crónicas (IC).

El proceso de construcción de las EVAD implica: primero el cálculo de una tabla de vida para los años estudiados, utilizando datos de defunciones y población obtenidos de las estadísticas vitales. En segundo lugar se obtienen de las fuentes citadas la prevalencia desglosadas por sexo y grupos de edades de las enfermedades en estudio, en forma de porcentajes, adecuándose a posteriori a la cohorte hipotética de 100.000 personas considerada para la construcción de la tabla de vida. En tercer lugar se considera la severidad asociada a las enfermedades y secuelas analizadas, para lo cual se toman como referencia los pesos de discapacidad obtenidos por Murray y asociados para el año 2001 (MURRAY; LOPEZ, 1996; LOPEZ ET AL., 2006). Para el caso de las comorbilidades de cada enfermedad, se utilizó un método multiplicativo/intuitivo propuesto por Mathers (2000) y modificado por Seuc y Dominguez (2002), obteniendo así una sola severidad para cada enfermedad considerada.

Para la estimación de las tablas de vida se utilizó la planilla LTPOPDTH del *software* demográfico PAS, y para el cálculo de la EVAD se utilizó el programa Excel.

El estudio de los factores de riesgo asociados a las enfermedades estudiadas resulta del análisis de las frecuencias de variables relacionadas con la salud de la población de personas mayores de 65 años de edad.

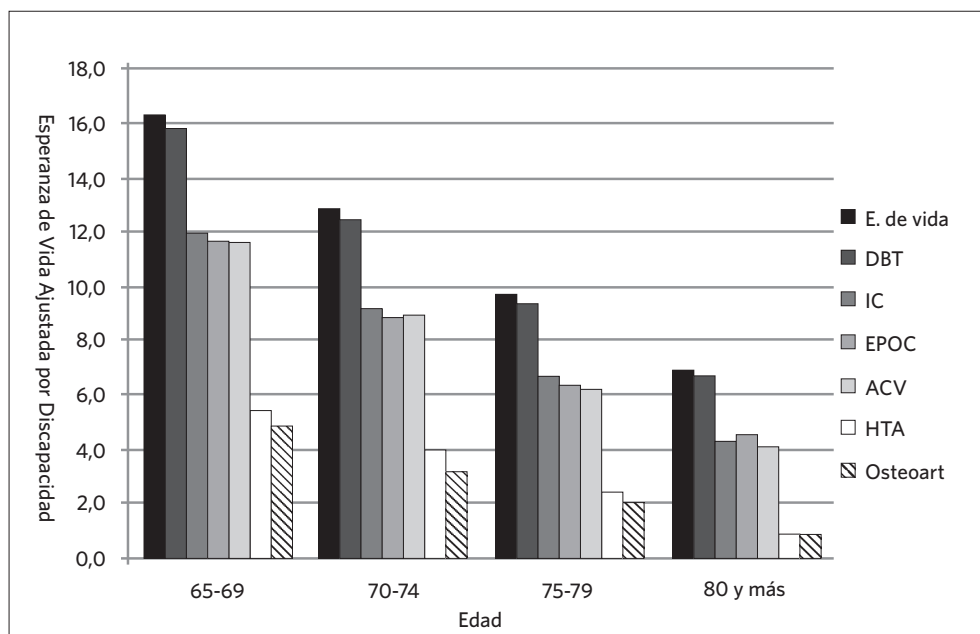
Resultados

La EVAD expresa la cantidad de vida saludable que un individuo promedio puede esperar vivir, basada en la prevalencia de enfermedades que producen tanto discapacidad como muerte. Por ende, los datos han de interpretarse como años de vida que se espera que viva la población en relación a los años de vida que debería vivir si no tuviera alguna de las enfermedades consideradas.

Teniendo en cuenta ese punto de vista, se exhiben a continuación los resultados obtenidos para la población total de Argentina, para los años 2001, 2005 y 2009.

Para el año 2001, el *gráfico 1* muestra la distribución de los años de esperanza de vida con y sin enfermedades crónicas. En el mismo se observa que la mayor cantidad de años de esperanza de vida saludable se pierden a consecuencia de la osteoartritis y la hipertensión arterial (entre un 88% y un 70%, según grupo de edad considerado); la esperanza de vida se reduce menos con los ACV, las EPOC y las afecciones cardíacas crónicas (aproximadamente un 30%), mientras que son muy pocos los años de esperanza de vida saludables que se pierden a causa de diabetes (3%).

Gráfico 1. Argentina. Esperanza de vida ajustada por discapacidad (EVAD) de las principales enfermedades crónicas de la población de 65 años y más, por grupos quinquenales de edad. Año 2001



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud y del INDEC.

La distribución por sexo, por su parte, si bien se mantienen las relaciones mencionadas, se muestran algunos cambios leves en la pérdida de años de vida. Así observamos que las mujeres pierden más años de vida saludables por diabetes que los hombres, sobre todo después de los 80 años de edad. Por otro lado, en los varones los episodios de ACV generan una pérdida mayor de años de vida saludables que en las mujeres (entre un 40% y un 60% para hombres en relación a un 20 a 30% para mujeres). En contrapartida, las mujeres pierden muchos más años de vida saludable a consecuencia de la osteoartritis que los hombres (en promedio 49% contra un 92% respectivamente), hasta el punto que se considera que todas las mujeres de más de 80 años presentan algún tipo de discapacidad por esta causa.

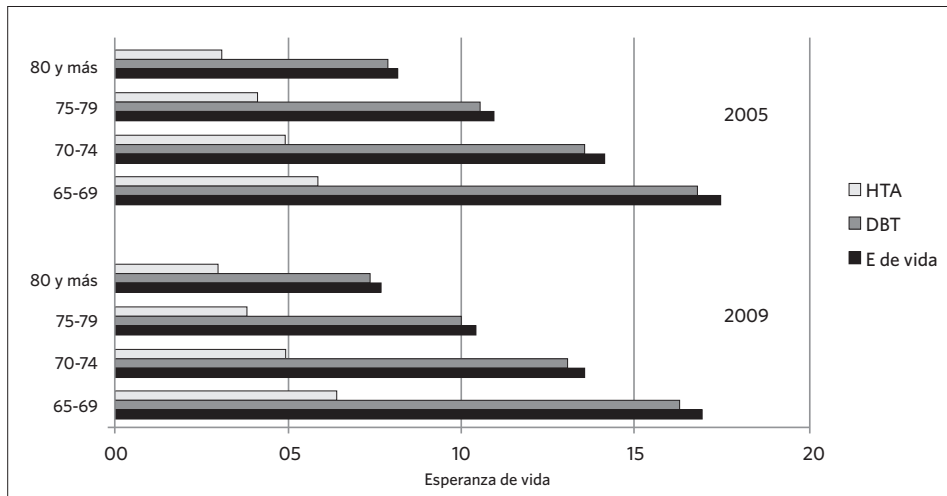
Además, si bien son menores las esperanzas de vida ajustada por discapacidad causada por hipertensión arterial en varones en relación a las mujeres, el porcentaje de

reducción de dichas esperanzas de vida es ligeramente mayor en mujeres que en varones (66% en varones, 70% en mujeres).

En el caso del año 2005, sólo se cuenta con los datos de prevalencia de diabetes e hipertensión arterial. Para estos datos, la distribución de las EVAD resulta similar a la del año 2001, siendo la hipertensión arterial la enfermedad que mayor cantidad de años de vida saludable reduce (62%) contra un 4% de reducción provocada por la diabetes. Si bien esta misma distribución se mantiene en ambos sexos, es de notar que es mayor la reducción de esperanza de vida tanto por hipertensión como por diabetes en los hombres (68% y 5%, respectivamente) con respecto a las mujeres (59% y 3%).

Considerando los datos correspondientes al año 2009, pueden aplicarse los mismos comentarios que se hicieron en relación al año 2005, aunque la diferencia en disminución de años de vida saludables es menor entre ambos sexos (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Argentina. Esperanza de vida ajustada por discapacidad (EVAD) de las principales enfermedades crónicas de la población de 65 años y más, por grupos quinquenales de edad. Años 2005 y 2009

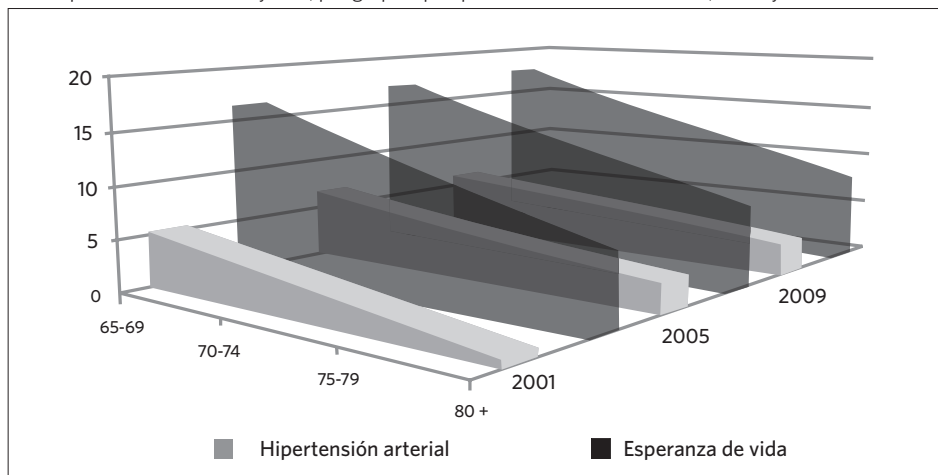


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud y del INDEC.

Veamos ahora la evolución en el tiempo de las dos enfermedades crónicas sobre las que se dispone de datos para Argentina. La hipertensión arterial ha ido aumentando su esperanza de vida saludable, que sufre una reducción del 64% en el 2009 en relación al 75% que reducía su vida en el 2001. Esta disminución resulta más marcada en los grupos poblacionales de 75-79 años y 80 y más. En el 2001, tanto varones como mujeres veían reducido más sus años de vida saludable a medida que aumentaba la edad. Esta

tendencia se mantiene en el 2005, pero sólo para los hombres, mientras que las mujeres empiezan a disminuir esta pérdida a partir de los 75 años. Para el año 2009 las mujeres mantienen la relación descripta para el 2005, mientras que los hombres presentan valores similares para todos los grupos etarios. De todo esto deriva que en el transcurso del período considerado, es la población de más de 75 años la que más se ha beneficiado por la disminución de la discapacidad por hipertensión arterial (*gráfico 3*).

Gráfico 3. Argentina. Evolución de la esperanza de vida ajustada por discapacidad (EVAD) a consecuencia de hipertensión arterial en la población de 65 años y más, por grupos quinquenales de edad. Años 2001, 2005 y 2009

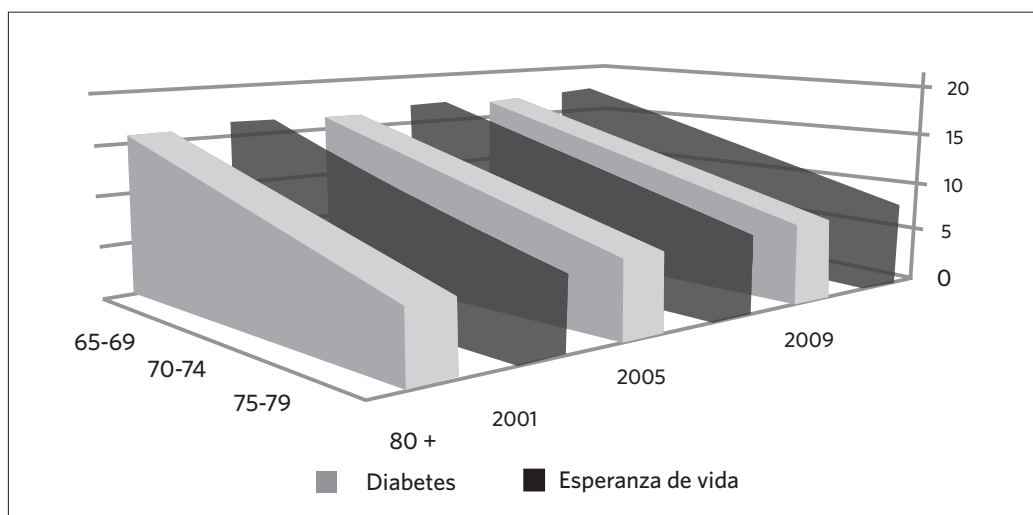


Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud y del INDEC.

Con respecto a la diabetes, es poco el cambio que ha sufrido en su esperanza de vida saludable en el último decenio. Esta enfermedad ha disminuido levemente su porcentaje de reducción de la esperanza de vida, pasando de 3% en 2001 a 4% en el 2009. Puede mencionarse que, si bien el porcentaje

de reducción de la esperanza de vida era mayor en mujeres que en hombres en el 2001 (un 4% contra un 2%, respectivamente), a partir del 2005 esta tendencia se invierte, llegando la reducción a un 5% en hombres en relación a un 3% en mujeres (*gráfico 4*).

Gráfico 4. Argentina. Evolución de la esperanza de vida ajustada por discapacidad (EVAD) a consecuencia de diabetes en la población de 65 años y más, por grupos quinquenales de edad. Años 2001, 2005 y 2009



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud y del INDEC.

Prevalencia de enfermedades crónicas y factores de riesgo para las mismas

Además de cuantificar ‘integralmente’ la carga de las enfermedades (y sus secuelas), la EVAD permite cuantificar la carga de los factores de riesgo que están ‘detrás’ de esas enfermedades (MATHERS, 2000), aspecto éste especialmente útil desde el punto de vista práctico pues permitiría establecer prioridades sobre aspectos que generalmente son modificables, en particular cuando se consideran factores de riesgo asociados a estilos de vida y de tipo ambiental.

Son varios los factores de riesgo que inciden sobre la salud de las personas, por lo que nos referiremos a los más importantes que afectan la salud de los argentinos de 65 años y más.

El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo está muy extendido en todo el mundo (OMS, 2015C). Las causas de muerte más importantes relacionadas con este consumo son: enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias. El cigarrillo es causa de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfisema. Para la población en estudio encontramos que la prevalencia de consumo

actual de tabaco, definida como porcentaje de personas que fuman todos o algunos días en la actualidad y que a lo largo de su vida han fumado al menos 100 cigarrillos, llega en promedio al 10%, mientras que la prevalencia de ex consumo de tabaco, definido como porcentaje de personas que fumaron alguna vez en su vida al menos 100 cigarrillos y que no fuman actualmente, llegó a un 25,8% en el 2005 y a un 28,5% en el 2009. El varón es quien indudablemente consume más tabaco en esta población, pero, a pesar de ello, son las mujeres las que en los últimos años dejan más este hábito.

Es necesario aclarar que el consumo de tabaco durante un tiempo prolongado deja secuelas en el sistema respiratorio, y que, por ejemplo para que disminuya el riesgo de cáncer de pulmón al nivel de un no fumador, un individuo debe dejar de fumar por lo menos durante 15 años. El consumo pasivo de tabaco llega también en promedio, al 27% en este grupo etario, con un importante aumento del mismo en el período 2005 a 2009.

Con respecto al consumo de alcohol, es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito (OMS, 2015A). El mismo resulta perjudicial cuando se toma en cantidad. Para la población de adultos mayores, en promedio el 2,3% declara realizar abuso habitual de alcohol. De los varones, el 6% presenta consumo excesivo de alcohol, mientras que las mujeres presentan un 5% de consumo excesivo.

Existen también otros factores que favorecen la incidencia de enfermedades como son el sobrepeso y la baja actividad física.

Un índice de masa corporal elevado es

un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular), la diabetes, los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante), y las enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular), y algunos cánceres (del endometrio, la mama y el colon) (OMS, 2015B).

En general, la evidencia disponible demuestra de forma contundente que, en comparación con los adultos mayores menos activos, hombres y mujeres, las personas mayores físicamente activas presentan menores tasas de mortalidad por todas las causas, cardiopatía coronaria, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, diabetes de tipo 2, cáncer de colon y de mama, y depresión, un mejor funcionamiento de sus sistemas cardiorrespiratorio y muscular, y una mejor masa y composición corporal. También presentan una mayor salud funcional, un menor riesgo de caídas, unas funciones cognitivas mejor conservadas, y un menor riesgo de limitaciones funcionales moderadas y graves (OMS, 2010A).

En Argentina, en promedio, entre 2005 y 2009, de entre las personas de 65 años y más, casi el 40% presenta sobrepeso, un 17% presenta obesidad y más de un 62% tiene un nivel de actividad física bajo. Estos factores son, a su vez, más pronunciados en las mujeres, en relación a los hombres de la misma edad, y, aunque los porcentajes entre sexos no han variado significativamente, esta predominancia femenina se ha mantenido a lo largo del período estudiado.

Asimismo, se registra una prevalencia en aumento del colesterol elevado en la sangre, que alcanza al 32% y 35% de la población estudiada en el 2005 y el 2009, respectivamente. Este factor presenta la misma tendencia que los anteriores en relación al evidente predominio en el sexo femenino.

Cuadro 1. Argentina. Prevalencia de factores de riesgo para las principales enfermedades crónicas en la población mayor de 65 años de edad. Porcentajes. Años 2001, 2005 y 2009

Factores de riesgo	Años		
	2001	2005	2009
Sobrepeso	39,2	39,6	40,0
Obesidad	13,28	15,8	18,7
Nivel físico bajo	48,64	58,1	67,0
Tabaco prevalencia actual	8,29	9,2	10,2
Tabaco ex consumo	23,27	25,8	28,5
Tabaco pasivo	15,51	23,0	32,7
Alcohol exceso	9,31	10,4	11,6
Alcohol abuso habitual	1,03	1,7	2,8
Colesterol alto	28,7	32,1	35,7

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud y del INDEC.

En resumen, los factores de riesgo de gran relevancia en las enfermedades crónicas estudiadas se asocian con hábitos tóxicos como el tabaco y el alcohol, pero también una inadecuada alimentación que deviene en obesidad o colesterol elevado en la sangre, además de un bajo nivel de ejercicio. En Argentina, estos factores de riesgo muestran en general una tendencia creciente a lo largo de la última década (*cuadro 1*). Se puede advertir que esta tendencia no es muy pronunciada, y se presenta con diferencias según el género.

Discusión

En concordancia con la probada relación que existe entre algunas enfermedades crónicas y ciertos factores de riesgo, se evidencia que en Argentina, la población de más de 65 años de edad presenta un aumento en la prevalencia de hipertensión arterial y de diabetes, en asociación con un simultáneo incremento de la prevalencia de factores de riesgo que incluyen en dichas enfermedades. Ese aumento es más progresivo para la diabetes

y, en cambio, más variable para la hipertensión arterial.

Sin embargo, al mismo tiempo se observa que el efecto que produce la morbilidad de estas enfermedades en la esperanza de vida va disminuyendo en el mismo período de tiempo. Es decir, en la última década ha ido disminuyendo el impacto de las complicaciones de algunas enfermedades crónicas en la prolongación de la vida de las personas, siendo las secuelas discapacitantes de estas enfermedades cada vez menos frecuentes. La pregunta obvia que resulta de esta observación es, sin duda, ¿cuál es la causa de este fenómeno? Una primera hipótesis podría barajar la posibilidad de que la mejora en el tratamiento de estas enfermedades lograría que la mayor parte de las personas diagnosticadas sean tratadas en forma efectiva, y esto evite, disminuya o al menos retrase la aparición de instancias discapacitantes. Esta suposición resulta tentadora, aunque es necesario en primer término evidenciar que esta tendencia tan positiva se haya logrado en sólo una década. Otra alternativa se deriva de una mejora en las condiciones de vida de

la población mayor de 65 años, ya sea por una mejora en su situación socioeconómica (censo de población) o quizás por estar afectada por un control médico más frecuente debido a su mayor susceptibilidad al desarrollo de enfermedades. Así por ejemplo, en el caso de la diabetes, existe actualmente un consenso en que, si se mantiene un control metabólico adecuado, la expectativa de vida de un diabético puede llegar a ser similar a la de una persona no diabética.

Por otro lado, si la calidad de vida de la población enferma va en aumento, ¿significa esto que los factores de riesgo (que también van en aumento) sólo inciden en la aparición de la enfermedad, pero no en el desarrollo de sus complicaciones? Por ejemplo, si comparamos los resultados obtenidos con los de un gran estudio realizado con personas con diabetes tipo 2, el United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS), que han demostrado que el control de la presión arterial y el consumo de tabaco reducen significativamente la aparición de complicaciones de la diabetes y, por ende, la calidad de vida de estos pacientes (STRATTON, 2001). De la misma forma, los pacientes con hipertensión arterial mayores de 75 años de edad, parecen gozar de mejor calidad de vida, aún cuando presentan factores de riesgo asociados a complicaciones que van en franco aumento, por ejemplo el sedentarismo en ambos sexos y el consumo excesivo de alcohol en las mujeres.

Resulta interesante indagar si estos factores son eliminados definitivamente de la vida de una persona, una vez que la misma ha sido diagnosticada, y qué influencia tienen en el desarrollo de discapacidad. Y en el caso de que estos factores no tengan importancia relevante, entonces, ¿cuáles son los factores que intervienen en la aparición de complicaciones en estas enfermedades?

Los resultados de esta investigación respecto al incremento de la carga de morbilidad de determinadas enfermedades crónicas no transmisibles en el país, coincide con lo

reportado en la literatura sobre el panorama de la región y del mundo. En efecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011) advierte que Latinoamérica ha sido golpeada con fuerza por las enfermedades crónicas, representando actualmente el 75% de las defunciones de la región. Proyecciones estimadas para los próximos decenios hablan de un aumento de la prevalencia de estas enfermedades mayor al 40% si persisten las tendencias actuales.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010B), para el 2007, la mediana de EVAD para la región de las Américas fue de 64 años, países desarrollados como Canadá y los Estados Unidos alcanzaron 73 y 70 años de esperanza de vida saludable, respectivamente; Chile, Costa Rica y Cuba son los países americanos en desarrollo con mayor avance en este indicador. En cambio, en países pobres como El Salvador y Haití, la mujer pierde más del 14% de su esperanza de vida al padecer una enfermedad crónica o una discapacidad.

Aunque este incremento de las enfermedades crónicas se relacionaría con un aumento en la expectativa de vida, como ocurre a nivel mundial, el envejecimiento poblacional no es el único culpable, pues los factores asociados al estilo de vida de la población se han transformado ahora en determinantes principales de riesgo de estas enfermedades en todas las edades.

Por otro lado, en el análisis de la población realizado, se observa una clara tendencia diferencial de género, identificándose que las mujeres permanecen más tiempo con enfermedades crónicas, lo que reduce su esperanza de vida saludable. Varios estudios han concluido que, aunque la esperanza de vida es mayor para las mujeres, la proporción de años libres de enfermedad es menor respecto a los hombres, sugiriendo que las mujeres sobreviven más tiempo que los hombres luego de desarrollar enfermedad (ROBINE; ROMIEU; CAMBOIS, 1999).

Sin embargo, la afirmación de que la

mayor longevidad de las mujeres es la única responsable de su menor esperanza de vida saludable, no es correcta, pues en el caso de la diabetes, que en los países en desarrollo es más frecuente en los rangos medios de edad, se asume que está relacionada con diferencias en la distribución de los factores de riesgo, particularmente nutricionales, de actividad física, de sobrepeso y obesidad, más frecuentes en mujeres, vinculado a aspectos culturales y a bajos ingresos (SHAI; JIANG; MANSON, 2006).

Este argumento vuelve a poner de manifiesto la importancia de estos factores de riesgo, que aumentan la susceptibilidad a la diabetes y a otras enfermedades crónicas no transmisibles (DOMÍNGUEZ ALONSO; SEUC, 2005) y que pueden ser eliminados sólo con modificaciones que dependen, esencialmente, de aspectos conductuales. Para el logro de este propósito se requiere de programas de prevención y promoción de salud bien organizados y con una participación multidisciplinaria e intersectorial.

Entendiendo que la probabilidad de padecer una discapacidad aumenta con la edad, y que las mujeres sobreviven más que los hombres, surge una lógica preocupación respecto a la calidad de vida y el efecto en la salud que esto tiene en las mujeres, y desde la perspectiva de la salud pública implica un incremento en la utilización de los servicios de salud (RODRIGUEZ-ABREGO; RAMÍREZ-SANCHEZ; TORRES, 2014)

Lo anteriormente expuesto debería tenerse muy en cuenta, sobre todo si consideramos el crecimiento de la población adulta mayor en Argentina, que pasó de 1.855 personas en 2001 a superar las 3.500 en 2010, de las cuales 2.703 son mujeres. El 95% de esta población, además, reside en ámbitos urbanos y está cubierta por un seguro social, y sólo apenas el 2% reside en hogares geriátricos (ODDONE, 2014).

Conclusiones

Simultáneamente al envejecimiento progresivo de la población, se evidencia un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como son la hipertensión arterial y la diabetes, entre otras. Este proceso se observa en los datos de Argentina durante la primera década del siglo XXI, a través de los análisis realizados. Pero también se demuestra una mejora en la calidad de vida de las personas afectadas por estas enfermedades, que mejoraría a medida que envejece la población. Curiosamente, los factores de riesgo que se asocian a estas enfermedades y que tienen que ver con el estilo de vida de la población en estudio, en general, también aumentan en el período considerado, dando lugar a algunas consideraciones relacionadas a la incidencia de las complicaciones de las enfermedades relacionadas a estos factores de riesgo.

Es importante tener en cuenta que para cualquier indicador que pretenda resumir la carga de enfermedad de una población, se requiere la obtención de estimaciones confiables y consistentes de parámetros epidemiológicos tales como incidencia, prevalencia, tasa de mortalidad, riesgos relativos asociados a ciertos factores, edad promedio al debut y duración promedio de las enfermedades y secuelas. Esto constituye un requisito previo para el cálculo de indicadores de salud más novedosos y explicativos, pero tiene por sí mismo un valor científico y práctico importante.

Una limitación en el uso de la EVAD como indicador es, justamente, la falta de homogeneidad de la calidad de las estadísticas de mortalidad y morbilidad de cada país, lo cual impide una medida comparable de la carga de morbilidad a nivel internacional. ■

Referencias

- DOMÍNGUEZ ALONSO, E.; SEUC, A. H. Esperanza de vida ajustada por algunas enfermedades crónicas no transmisibles. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet], v. 43, n. 2, 2005. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032005000200006&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acceso en: 11 feb. 2016.
- LOPEZ, A. *et al.* (Org.). *Global burden of disease and risk factors*. Washington, DC: World Bank, 2006. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11812/>>. Acceso en: 11 feb. 2016.
- MATHERS, C. *Guidelines for national burden of disease studies*. 2000. Mimeo.
- MURRAY, C.; LÓPEZ, A. (Org.). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
- ODDONE, M. J. *El desafío de la diversidad en el envejecimiento en América latina*. 2014. Disponible en: <<http://flacso.org.ar/noticias/el-desafio-de-la-diversidad-en-el-envejecimiento-en-america-latina>>. Acceso en: 11 feb. 2016.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Centro de Prensa. *Alcohol*. 2015a. Disponible en: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>>. Acceso en: 11 feb. 2016. (Nota descriptiva, 349).
- _____. Centro de Prensa. *Obesidad y sobrepeso*. 2015b. Disponible en: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>>. Acceso en: 11 feb. 2016. (Nota descriptiva, 311).
- _____. Centro de Prensa. *Tabaco*. 2015c. Disponible en: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>>. Acceso en: 11 feb. 2016. (Nota descriptiva, 339).
- _____. *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. 2010a. Disponible en: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/es/>>. Acceso en: 11 feb. 2016.
- _____. *World Health Statistics 2010*. Suiza: World Health Organization, 2010b. Disponible en: <http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS10_Full.pdf>. Acceso en: 11 feb. 2016.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Enfermedades no transmisibles en las Américas: indicadores básicos 2011*. 2011. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16179&Itemid>. Acceso en: 11 feb. 2016.
- ROBINE, J. M.; ROMIEU, I.; CAMBOIS, E. Health expectancy indicators. *Bull World Health Org*, Geneva, v. 77, n. 2, p. 181-185, 1999. Disponible en: <[http://www.who.int/bulletin/archives/77\(2\)181.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/77(2)181.pdf)>. Acceso en: 11 feb. 2016.
- RODRIGUEZ-ABREGO, G.; RAMÍREZ-SANCHEZ, T.; TORRES, L. Esperanza de vida saludable en adultos mayores con seguridad social. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, v. 52, n. 6, p. 610-617, 2014.
- SEUC, A. H.; DOMÍNGUEZ ALONSO, E. Introducción al cálculo de esperanza de vida ajustada por discapacidad. *Rev Cubana Hig Epidemiol*, Ciudad de la Habana, v. 40, n. 2, p. 95-102, 2002. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032002000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acceso en: 11 feb. 2016.
- SHAI, I.; JIANG, R.; MANSON, J. Ethnicity, obesity, and risk of type 2 diabetes in women: a 20-year follow-up study. *Diabetes Care*, Alexandria, VA, v. 29, n. 7, p. 1585, 2006.
- STRATTON, I. M. *et al.* UKPDS 50: risk factors for incidence and progression of retinopathy in Type II diabetes over 6 years from diagnosis. *Diabetologia*, Berlin, v. 44, n. 2, p. 156-163, 2001.

Recibido para publicación en febrero de 2015

Versión final en septiembre de 2015

Conflicto de intereses: inexistente

Apoyo financiero: no hubo