

ENCUESTA SOBRE SALUD, BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO

SABE

Elaborado por

Alberto Palloni

**Centro de Demografía y Salud y Envejecimiento
Universidad de Wisconsin-Madison**

y

Martha Peláez

**Asesora Regional en Envejecimiento y Salud
Family Health and Population
Health Promotion and Protection Division
Organización Panamericana de la Salud**

INTRODUCCION Y ORGANIZACION DEL INFORME

Este documento informa sobre el contenido del Proyecto SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento), una encuesta multicéntrica que investiga la salud y el bienestar de los adultos mayores en las capitales de siete países de América Latina y el Caribe¹. El objetivo principal del proyecto es producir información rigurosamente comparable entre los países participantes para evaluar las condiciones de salud más importantes y sus determinantes socioeconómicos. El elemento central de las bases de datos existentes es la información obtenida a través de una encuesta de muestreo aleatorio de personas mayores de 60 años y, en algunos casos, de sus esposas(os) vivas(os).

La encuesta incluye módulos sobre características básicas demográficas y del hogar, autoevaluación de las condiciones crónicas y agudas, medidas antropométricas, discapacidad y deficiencias físicas, depresión y estado cognitivo, acceso y uso de los servicios de salud, transferencias familiares e institucionales, y fuerza de trabajo y jubilación. Las muestras fueron extraídas en cada una de las siete ciudades capitales y, en consecuencia, no representan a la población total de cada país. A pesar de esta limitación, se espera que la información obtenida proveerá una visión útil y única de las características de un grupo poblacional que esta creciendo rápidamente y cuyas características eran poco conocidas hasta ahora.

El informe esta organizado en dos secciones. La primera sección contiene información sobre los antecedentes de SABE, identifica las principales características de la organización del estudio, incluye una breve introducción a los protocolos para la recolección de datos y ofrece una descripción y evaluación general de las características de las muestras. Esta sección esta organizada en cuatro capítulos. El Capítulo 1 contiene una caracterización de las condiciones demográficas de la región que promueven su proceso de envejecimiento y define la naturaleza del estudio SABE. El Capítulo 2 describe la organización de SABE y el apoyo institucional y financiero que recibió de diferentes organizaciones y los países participantes. El Capítulo 3 contiene un resumen de los procedimientos muestrales utilizados en cada país, tales como las características de las muestras, trabajo de campo y operaciones en la recolección de datos. Finalmente, en el Capítulo 4 es una descripción concisa de los protocolos y procedimientos seguidos por las ciudades que participaron en el estudio SABE. Estos se refieren a los instrumentos de recolección de datos diseñados para captar información útil para los adultos mayores.

La Sección II contiene un resumen de los resultados del estudio relacionados con las características demográficas (edad, sexo, estado marital y educación), arreglos familiares y transferencias, participación en la fuerza laboral y fuentes de ingreso y finalmente, estado de la salud física y mental de las(os) adultas(os) mayores. Para mayores detalles el lector puede consultar la Biblioteca Virtual en Edad y Envejecimiento en www.bireme.br/aging/. Las bases de datos pueden solicitarse dirigiéndose a al Dra. Martha Peláez, Asesora Regional en Salud y Envejecimiento en la Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty Third Street, NW, Washington DC 20037 o por correo electrónico a la siguiente dirección: pelaezma@paho.org. Todas las bases de datos y documentación están disponibles al público.

¹ Los países participantes con sus respectivas ciudades capitales (entre paréntesis) son los siguientes: Argentina (Buenos Aires), Barbados (Bridgetown), Brasil (San Pablo), Chile (Santiago), Cuba (La Habana), México (Ciudad de México) y Uruguay (Montevideo)

SECCION I

ANTECEDENTES Y NATURALEZA DEL ESTUDIO

CAPITULO 1: EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE Y LA NATURALEZA DEL ESTUDIO

El presente capítulo inicia la descripción del estudio SABE con un análisis del acelerado crecimiento de la población mayor de 60 años en la región latinoamericana². Explora las condiciones demográficas responsables por el rápido proceso de envejecimiento en comparación con los países desarrollados y que posee características únicas. Esta dinámica, combinada con un contexto institucional inestable y un ambiente económico poco favorable han generado un proceso mucho más complicado que el observado en otras áreas del mundo.

1.1. Demografía del envejecimiento en América Latina y el Caribe

El ímpetu demográfico del envejecimiento en la región es resultado de los patrones de crecimiento que la población latinoamericana ha experimentado en los últimos 50 años. Tales patrones han conducido a un incremento continuo de la tasa de crecimiento de la población adulta mayor (60 años y más), a cambios significativos en indicadores del envejecimiento como la edad media de la población y, finalmente, a aumentos en la velocidad total del envejecimiento de la región. El perfil de este proceso en el presente y en los próximos 10 años puede ser atribuido principalmente al marcado descenso de la mortalidad observado después de 1940. Aunque es posible que este proceso pueda ser revertido por cambios inesperados en los eventos vitales, el escenario más probable es aquel donde el envejecimiento será reforzado por caídas súbitas en la fecundidad hacia niveles mas bajos completando de esta manera una transición que se inicio en la década de los 70. De esta manera, el envejecimiento esta influenciado por dos fuerzas básicas: la primera es inalterable debido a que es el resultado del pasado demográfico de una población y la segunda es poco probable de ser cambiada puesto que es el resultado de procesos a nivel macro que tienen inercia propia.

A pesar que existe una variedad de indicadores poblacionales sobre envejecimiento, se presta atención a tres indicadores: la proporción de personas mayores de 60 años, $C(t)$, la edad media de la población, $A(t)$, y un indicador sobre la disponibilidad de asistencia entre las generaciones mas jóvenes, $L(t)$. El primer indicador es una medida convencional y solo requiere una breve explicación. El segundo es también conocido, aunque es menos utilizado es muy útil para entender patrones de crecimiento de la población adulta mayor. El tercero, $L(t)$, es definido como el cociente entre la población adulta y los adultos mayores, constituye una medida cruda de la disponibilidad de familiares para el cuidado de personas mayores de 60 años y de las restricciones en los patrones de arreglos familiares de los personas adultas mayores³. A pesar que estos indicadores están ligeramente interrelacionados, la relación se debilita cuando las poblaciones se apartan de un

² En este documento el termino “región” se refiere a América Latina y el Caribe.

³ Otro indicador de envejecimiento es la clásica “razón de dependencia” la cual no se discute ni menciona en este informe.

equilibrio estable. Sin embargo, los tres indicadores conjuntamente son suficientes para caracterizar la naturaleza demográfica del crecimiento de la población adulta mayor (Palloni et al., 2001)

a. Regímenes demográficos en la región y los indicadores de envejecimiento

Poblaciones con elevados niveles de fecundidad tienen valores más bajos en $C(t)$ y $A(t)$ y más elevados en $L(t)$ que poblaciones con reducidos niveles de fecundidad. La mortalidad tiene un efecto ambiguo sobre estos indicadores. En sociedades con elevados niveles de mortalidad, una mejora en las condiciones de sobrevivencia puede conducir a valores de $C(t)$ y $A(t)$ más bajos y no produce cambios en $L(t)$ porque aquellos que más se benefician de las mejoras tienden a ser las poblaciones infantiles y los niños más jóvenes y en menor proporción las personas adultas y adultas mayores. En estas sociedades la reducción de los niveles de mortalidad tiene el mismo efecto que un aumento de la fecundidad, es decir, infla el tamaño relativo de las cohortes menores de 5 años. Sin embargo, en sociedades con bajos niveles de mortalidad, mejoras en la sobrevivencia tiende a mejorar a la población adulta y de adultos mayores, inclinando la distribución por edades en la otra dirección. Como resultado, si dos sociedades con similares niveles de fecundidad pero diferentes niveles de mortalidad son comparadas, la que tiene baja mortalidad tendrá valores más altos de $C(t)$ y $A(t)$ y más bajos de $L(t)$ que la sociedad alta mortalidad si los niveles de mortalidad son relativamente altos desde el principio del proceso. Como consecuencia de estas relaciones, la asociación entre los tres indicadores es estrecha en poblaciones con regímenes de mortalidad y fecundidad similares. De hecho, en este esquema comparativo estático, el conocimiento de más de un indicador proporciona información redundante. Sin embargo, en sociedades con regímenes demográficos no estables donde la fecundidad y/o la mortalidad han cambiado rápidamente, la relación entre indicadores no siempre será fuerte y clara, y el examen de cada una de ellas merece atención por separado.

Ningún país en la región tiene una población estable. Los regímenes actuales de desestabilización son bastante heterogéneos pero admiten una caracterización más bien simple. Con pocas excepciones (Argentina, Barbados, Cuba, Puerto Rico y Uruguay), la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe experimentaron niveles de fecundidad altos hasta el periodo 1965-1970, cuando se las reducciones empezaron a propagarse en toda la región excepto en algunas naciones de América Central, Bolivia, Paraguay, Perú y Ecuador). A diferencia de la fecundidad, la mortalidad empezó a declinar antes de 1950 y la mayoría de las ganancias en sobrevivencia se produjeron después de la Segunda Guerra Mundial. En Argentina, Cuba, Puerto Rico y Uruguay, los niveles de fecundidad pre-transicionales fueron más bajos que en el resto de la región y empezaron a declinar antes de 1945. A partir de 1990 las estructuras por edad de todos los países de la región reflejan regímenes demográficos no estables, mayormente una combinación de reducciones sostenidas de la fecundidad y de reducciones menores en la mortalidad.

La Tabla I.1 contiene estimaciones de $C(t)$, $A(t)$ y $L(t)$ para los periodos 1950-55 y 1990-95 y proyecciones para 2020-25 para países de América Latina y el Caribe y, para fines comparativos, los Estados Unidos de América y Japón. El ímpetu del envejecimiento en la región resulta evidente en esta tabla: las distribuciones empíricas de todos los indicadores convergen hacia valores asociados con un aumento del envejecimiento. Simultáneamente, se observa un aumento en la varianza regional debido a la heterogeneidad en los tiempos de las transiciones de la mortalidad y fecundidad en la región. Mientras que $C(t)$ estaba debajo de 10-12 por ciento en todos los países en 1950, la información para 1990 indica que Argentina, Cuba, Barbados, Puerto Rico y Uruguay han pasado

ese valor y las proyecciones para el periodo 2020-25 sugieren que solo cuatro países tendrán un $C(t)$ por debajo de 12 por ciento. La fracción de la población por encima de 60 años en otros países de la región aumentara fuertemente y se aproximara a aquellos valores alcanzados por los Estados Unidos y el Japón.

Sobre largos periodos de tiempo la tasa de cambio de $A(t)$ es un indicador de la velocidad del envejecimiento inherente en un régimen demográfico. En las sociedades de la región, donde las reducciones de la mortalidad y fecundidad están concentradas en pocos años, la velocidad del envejecimiento es mucho más alta que en áreas como el oeste de Europa y América del Norte, donde el descenso de la mortalidad y fecundidad se llevo a cabo en forma gradual durante un periodo de tiempo prolongado. Los contrastes entre la velocidad del envejecimiento en América Latina y el Caribe, por un lado, y América del Norte y el Europa del Norte y Oeste, por el otro lado, son llamativas (UN: World Population Ageing 1950-2050). De hecho, implican que la velocidad de envejecimiento en la región será al menos dos veces más alta que en el resto de las regiones del mundo en la mayor parte del tiempo que toma completar el pasaje de una sociedad joven a una envejecida. La consecuencia más importante de esta regularidad es que la transición hacia una sociedad envejecida en los países de la región acumula velocidad cuando sus distribuciones por edad son todavía jóvenes (Palloni et al., 2001).

El indicador $L(t)$ refleja la disponibilidad de los miembros de generaciones jóvenes para los adultos mayores. En muchas sociedades tanto los arreglos domiciliarios como la calidad y cantidad de las transferencias hacia los adultos mayores esta fuertemente influenciadas por la magnitud de $L(t)$. Durante el período 1950-2020 el valor mediano de $L(t)$ en la región cayó de 4.65 a 3.25 pero su variabilidad aumentó, esto refleja las diferencias que existen entre los países en los tiempos que tardan para transitar hacia una población envejecida. Salvo que existan cambios en las tendencias de fecundidad, el valor de $L(t)$ continuara declinando y se aproximará rápidamente a niveles cercanos o menores a 1.5. En forma similar a los otros indicadores de envejecimiento, relativamente grandes cambios en $L(t)$ se producen en periodos de tiempo cortos. En los países de Europa Occidental y América del Norte la transición hacia una población envejecida involucra cambios desde valores que no exceden de 3.5 a valores alrededor de 1.5; mientras que los países de la región experimentan cambios masivos, así se observa que la reducción en valores absolutos de $L(t)$ es casi dos veces mas grande, de valores entre 5.5 y 6.0 a 2.5 (Palloni e al., 1999). Segundo, si las tendencias futuras se ajustan a las proyecciones, el cambio los niveles de $L(t)$ de 3 a 1.5 ocurrirá en un periodo de tiempo que representa alrededor de la mitad del que requirieron los países de Europa y Norteamérica para completar esta transición. Las diferencias son notables y sugieren que el impacto del envejecimiento en la región sucederá de manera repentina.

b. Tasa de crecimiento de la población adulta mayor en la región

Como en el caso de la población total, una de las características importante de la población mayor de 60 años es su tasa de crecimiento, $R(t)$. La Tabla I.2 muestra los valores de $R(t)$ para aproximadamente el mismo periodo mencionado antes. Para tener una idea de la magnitud, nótese que con una tasa de crecimiento de .02, el tiempo de duplicación de la población es 35 años, mientras que una tasa de crecimiento de .04 es de 75 años. Por consiguiente, la población mayor de 60 en la región se duplicará, en promedio, durante el período 1980-2025 y en más de la mitad de los casos se triplicara antes del 2025. Dos regularidades asociadas con estos patrones son importantes: la

tasa de crecimiento de la población adulta mayor en la región y la trayectoria de la tasa de crecimiento de esta población.

TABLA I.1: Valores de la proporción de la población mayor de 60 [C(t)], la edad media de la población [A(t)] y la razón de adultos a adultos mayores [L(t)] para 1950 – 2025. Países de América Latina, el Caribe, los Estados Unidos de América y Japón (Fuente: En base a datos de las Naciones Unidas 1999)

Países	1950-1955			1990-1995			2020-2025		
	C(t)	A(t)	L(t)	C(t)	A(t)	L(t)	C(t)	A(t)	L(t)
Argentina	7.0	25.5	4.95	12.9	31.3	3.03	16.6	35.6	2.89
Bolivia	5.6	24.2	4.65	5.8	23.9	4.34	8.9	29.3	3.97
Brasil	4.9	23.5	5.16	6.7	27.4	4.31	15.3	35.0	3.24
Chile	6.9	25.4	4.52	9.0	29.6	3.72	18.2	36.2	2.69
Colombia	5.6	24.2	5.02	6.2	26.1	4.19	9.7	33.4	3.28
Costa Rica	5.7	24.3	4.22	6.4	26.4	4.27	14.3	33.8	3.09
Cuba	7.3	25.8	4.51	11.7	33.1	3.30	25.0	42.2	2.44
República Dominicana	5.2	23.8	4.59	5.6	25.7	4.50	14.2	34.2	3.25
Ecuador	8.1	26.6	3.65	6.1	26.9	4.16	12.6	36.5	3.53
El Salvador	4.8	23.4	4.71	6.0	24.9	3.73	10.1	31.7	3.88
Guatemala	4.3	22.9	5.19	5.1	22.1	4.29	7.4	27.2	4.54
Honduras	3.9	22.5	5.40	4.5	22.3	4.57	8.6	29.4	4.17
México	7.1	25.6	3.89	5.9	25.4	4.21	13.5	34.2	3.43
Nicaragua	4.1	22.7	5.15	4.3	21.7	4.61	8.4	28.4	4.35
Panamá	6.5	25.0	4.34	7.3	27.1	3.89	10.5	35.2	3.13
Paraguay	8.9	27.4	3.54	5.4	24.7	4.32	9.4	29.9	3.79
Perú	5.7	24.3	4.66	6.1	27.0	4.29	12.6	36.8	3.56
Uruguay	11.8	30.2	3.37	16.5	34.2	2.69	18.4	37.3	2.57
Venezuela	3.4	22.0	7.00	5.7	25.6	4.61	13.2	33.2	3.32
Barbados	8.5	27.0	4.06	15.3	33.3	2.49	23.2	41.5	2.49
Jamaica	5.8	24.4	5.16	9.2	27.6	2.87	14.9	35.1	3.21
Trinidad	6.1	24.6	4.67	8.7	29.0	3.61	17.4	38.7	2.91
Puerto Rico	6.1	24.6	4.10	13.2	32.7	3.06	20.5	38.2	2.60
Estados Unidos	12.5	30.8	--	16.6	35.6	--	24.7	40.6	--
Japón	7.7	26.2	--	17.4	39.6	--	32.1	46.6	--

c. Crecimiento relativo de la población adulta mayor

Las dimensiones económicas y sociales del envejecimiento también dependen de la dinámica de la población *menor* de 60: si esta población crece a la misma velocidad que la población adulta mayor, entonces algunas cuestiones como el apoyo a los adultos mayores pueden ser menos urgentes aunque el crecimiento absoluto de la población mayor de 60 tiene por sí misma consecuencias económicas. Lo que importa es el *crecimiento relativo* de dos segmentos de la población: mientras que la población mayor de 60 crece más rápidamente que la población por debajo de los 60 años habrá envejecimiento. Una presión hacia arriba sobre la *fracción* de la población de 60 y más años dependerá de $R(t)$ y de la tasa de crecimiento de la población más joven. Nótese que los aumentos en la fracción de la población mayor de 60, $C(t)$, se producirán a un ritmo más acelerado cuando las diferencias en estas tasas de crecimiento sean grandes y el régimen vigente es mantenido por un tiempo más prolongado. De manera similar, estos factores pueden explicar la *reducción* del valor de $L(t)$.

Puesto que la fecundidad en la región continuara disminuyendo hacia valores bajos y la mortalidad tendrá también un curso descendente pero en forma desacelerada, se observaran valores de la tasa de crecimiento total en permanente disminución. La consecuencia de estas dos tendencias, que se refuerzan entre sí, será un incremento grande de $C(t)$ y una disminución también grande de $L(t)$. La Tabla I.2 muestra que, con pocas excepciones, las tasas de crecimiento de la población mayor de 60, las cuales son más altas que las tasas de crecimiento de la población total durante los períodos más recientes. Además, las diferencias entre tasas de crecimiento de la población total y la mayor de 60 años aumentan en forma regular durante el periodo de tiempo examinado. Una vez más, este hecho muestra que el origen del acelerado envejecimiento en la región ha estado presente por bastante tiempo. Este fenómeno ha sido observado previamente pero a la fecha no ha sido adecuadamente estudiado.

Tabla I.2: Valores de la tasa de crecimiento de la población mayor de 60 [R (60+, t)] y la tasa de crecimiento de la población total [R (t)] durante 1950-2025. Países en América Latina, el Caribe, los Estados Unidos de América y Japón

Países	1950-60		1980-90		2015-25	
	R(60+,t)	R(t)	R(60+,t)	R(t)	R(60+,t)	R(t)
Argentina	.041	.018	.023	.015	.019	.008
Bolivia	.019	.021	.026	.021	.034	.016
Brasil	.038	.030	.027	.019	.043	.008
Chile	.031	.022	.025	.016	.035	.009
Colombia	.020	.029	.029	.021	.044	.011
Costa Rica	.021	.036	.044	.028	.044	.013
Cuba	.026	.018	.017	.009	.027	.001
República Dominicana	.026	.032	.038	.022	.045	.009
Ecuador	.013	.027	.029	.025	.039	.011
El Salvador	.017	.028	.035	.011	.038	.013
Guatemala	.031	.029	.038	.029	.038	.020
Honduras	.032	.032	.036	.031	.044	.016
México	.026	.029	.030	.021	.039	.009
Nicaragua	.025	.031	.032	.025	.047	.016
Panamá	.030	.027	.029	.021	.038	.009
Paraguay	.025	.021	.012	.030	.047	.019
Perú	.025	.026	.031	.022	.037	.011
Uruguay	.013	.013	.018	.006	.012	.004
Venezuela	.061	.040	.039	.026	.041	.012
Barbados	.025	.009	.011	.003	.036	.005
Jamaica	.028	.015	.009	.010	.050	.010
Trinidad	.025	.028	.021	.013	.038	.008
Puerto Rico	.030	.006	.026	.010	.019	.006
Estados Unidos	.023	.016	.016	.010	.025	.008
Japón	.026	.012	.036	.006	.004	-.004

Fuente: Cálculos en base a datos de las Naciones Unidas 1999

d. Trayectoria de la tasa de crecimiento de la población adulta mayor, $R(t)$

La tasa de crecimiento de la población mayor de 60 años es función de tres características: a) cambios de las tasas de natalidad pasadas, b) cambios de las tasas de mortalidad de la edad 0 a 60 en el pasado, y finalmente c) cambios en la mortalidad por encima de los 60 años. Esto tiene implicaciones importantes para el estado de salud de los adultos mayores en la región. El hecho de que las tasas de crecimientos actuales y futuras de la población adulta mayor se deben al descenso de la mortalidad pasada en el grupo etario de 0 a 60 años está plenamente demostrado.

La caracterización de las tendencias demográficas pasadas en la región sugeridas mas arriba y los mas importantes factores que determinan $R(t)$ recientemente esbozadas tienen dos consecuencias. Primero, la población que alcanzara su cumpleaños 60 entre el 2000 y el 2025 pertenece a cohortes de nacimiento infladas por una moderada subida de la fecundidad entre 1950 y 1965. Así, la tasa de crecimiento del grupo de personas mayores de 60 aumentara en parte porque de estas elevaciones pasajeras en los niveles de fecundidad. Segundo, y más importante, estas mismas cohortes son las *beneficiarias de inusuales extensas mejoras en la sobrevivencia, en particular durante la niñez temprana*. Por ejemplo, personas nacidas en 1960 experimentaron niveles más bajos de mortalidad en la niñez temprana que aquellas nacidas en 1955. Esto aumenta en el tamaño de la cohorte que alcanzara la edad 60 en el 2025 en relación a la cohorte que alcanzaran 60 en el 2020.

La inferencia mas importante que se puede realizar a partir de estos resultados es que el crecimiento actual y futuro de la población adulta mayor es mayormente una función de la evolución pasada de la mortalidad (y en menor medida de la fecundidad) y depende en menor grado de las condiciones de la mortalidad a edades mayores. Esto va contra creencias establecidas (Palloni et al., 2001).

e. Implicaciones: el estado de salud de los adultos mayores es una función de los regimenes pasados de mortalidad

Una fracción substancial de los aumentos futuros en $R(t)$ y, por consiguiente, del envejecimiento reflejados en cambios en $C(t)$, $L(t)$ y $A(t)$, es atribuida a cambios experimentados en la mortalidad durante el período 1930-1990. La mayoría de está cambio se debe a cambios en la mortalidad asociados con enfermedades infecciosas durante los primeros 10 años de la vida. Esta es una cifra reveladora: sugiere que el relativamente corto tiempo en el que se produjo el rápido envejecimiento en la región puede, en parte, ser explicado por la revolución medica y de salud pública que experimentaron muchos de los países latinoamericanos y que desencadenó una pronunciada caída de la mortalidad.

¿Por qué debería ser relevante este rasgo del crecimiento de la población adulta mayor? ¿De que manera representa un legado del pasado con implicaciones para la salud futura y estado de discapacidad de las personas adultas mayores? Primero, cuantiosas mejoras en la sobrevivencia, en particular, de aquellos concentrados en los primeros años de vida, es probable que produzca cambios importantes en el promedio y la varianza de la distribución de la fragilidad de la

población adulta mayor. Es bien conocido que solo este hecho podría explicar los aumentos en la prevalencia de condiciones mórbidas así como por las escasas mejoras en la mortalidad a edades más adultas (Barker DJP, 1998; Eriksson JG, et al, 2000; Shiell AW, et al 2000). Segundo, una línea nueva de investigación ha encontrado evidencias creíbles que la exposición a enfermedades o condiciones nocivas en los primeros años de vida pueden tener efectos fisiológicos duraderos que podrían influir durante la vida adulta de una persona. Las consideraciones anteriores indican que las cohortes de personas adultas mayores que alcanzaran la edad de 60 después del año 2000 son aquellas que experimentaron todos los beneficios de la utilización de la tecnología médica introducida en el período después de la Segunda Guerra Mundial. Sus ganancias de sobrevivencia son en menor medida el resultado de un salto espectacular en los niveles de vida y más bien se deben a una reducción en la exposición, mejor tratamiento y procesos de recuperación más rápidos. ¿Puede esta condición de eventos aumentar la expresión de los efectos negativos de una exposición temprana a condiciones nocivas y manifestarse en altas prevalencias de enfermedad y discapacidad en la vejez?

1.2. Estado de salud y el contexto institucional en América Latina y el Caribe

Estas consideraciones conducen a la siguiente conjetura: el estado de salud y las limitaciones funcionales entre los adultos mayores en América Latina – particularmente entre las cohortes que alcanzaran la edad de 60 en el período 2000-2020 – es probable que tengan una distribución mucho peores que las observadas entre los adultos mayores en otros lugares del mundo, aun cuando las disparidades socioeconómicas más relevantes sean controladas. Si esto resulta cierto –y algunas evidencias parecen confirmarlo– entonces el proceso de envejecimiento en la región esta caracterizada no solo por su velocidad sin precedentes y su gran escala sino también por su gran potencial de crear una gran demanda de servicios de salud.

En resumen, la región esta envejeciendo “prematuramente”, la composición por estado de salud y discapacidad puede tomar convertirse en algo grave y desfavorable tarde o temprano, y las redes familiares están perdiendo terreno antes que mecanismos societales para la transferencia institucional estén aseguradas (Palloni, 2000). Una diferencia importante entre los países de la región y las naciones más desarrolladas es la relación que existe entre la velocidad y el tamaño del ímpetu del envejecimiento, por un lado, y los contextos económicos y sociales de las sociedades donde el proceso se lleva a cabo, por el otro. El proceso de envejecimiento en los países desarrollados se llevo a cabo después que alcanzaron altos niveles de vida, redujeron las desigualdades económicas y sociales e implementaron una serie de estrategias institucionales para compensar el efecto residual de las desigualdades aun existentes en especial en el área de acceso a los servicios de salud.

Una diferencia importante entre los países de la región y aquellos más desarrollados es la relación que existe entre la velocidad y el tamaño del ímpetu hacia el envejecimiento, por un lado, y los contextos sociales y económicos donde el proceso se realiza, por otro lado. El proceso de envejecimiento en los países desarrollados toma lugar mucho después que se alcanzaron elevados niveles de vida, desigualdades sociales y económicas reducidas y un número importante de estrategias institucionales para compensar las desigualdades residuales en el acceso a servicios de salud. América del Norte así como Europa del Norte y Oeste ya habían alcanzados su desarrollo social y económico cuando las demandas de una sociedad envejecida fueron

identificadas. Ningún país en la región tiene esta historia institucional ni el contexto mencionado. Al contrario, en casi todos los casos este proceso de envejecimiento acelerado empieza a tomar lugar en medio de economías frágiles, crecientes niveles de pobreza, desigualdades sociales y económicas en expansión y un acceso a servicios y recursos de salud públicamente financiados en contracción.

En una visión sombría sobre las condiciones de la región, una investigación presenta evidencias convincentes que muestran que los niveles de pobreza han aumentado dramáticamente desde 1985 así como han aumentado los niveles de desigualdad económica y las tasas de desempleo, particularmente entre los segmentos más jóvenes y pobres de la población; déficit presupuestarios asociados con la salud pública han crecido y, finalmente, el sector informal de la economía se ha expandido en forma considerable (Kliksberg, 2000). Estas tendencias agregadas tienen efectos negativos a nivel individual. La mayoría de la población ha experimentado una permanente caída del ingreso real, un acceso pobre a los servicios de salud y una continua erosión de su capacidad para acceder a recursos públicos para jubilación y la asistencia social. Pero los grupos más vulnerables son los adultos mayores y niños y es en estos grupos donde se verán la mayoría de los efectos más perjudiciales

El estudio SABE fue diseñado en parte para tratar de evaluar la conjetura mencionada y así arrojará luces sobre la carga que tienen las demandas de salud que es probable que resulten del rápido crecimiento de la población adulta mayor. El estudio fue también motivado por la necesidad de anticipar las consecuencias negativas del proceso de envejecimiento y así los países puedan planificar con anticipación a fin de prevenir los resultados no deseados. Finalmente, los países incluidos en SABE son una combinación, por un lado, de aquellos que proporcionan una buena representación de las diferentes etapas del envejecimiento en la región y, por otro lado, de aquellos que pudieron proporcionar los recursos necesarios para llevar a cabo las encuestas. Cuatro de los países incluidos (Argentina, Barbados, Cuba y Uruguay) se encuentran en una etapa muy avanzada del proceso de envejecimiento, mientras que los tres restantes (Chile, México y Brasil) están ligeramente detrás de los precursores del proceso pero abarcan, en ese orden, un rango de variación de la velocidad de envejecimiento. Se puede argumentar que estos siete países no incluyen a aquellos cuya transición demográfica está todavía en la etapa inicial, tales como Bolivia, Perú, Guatemala o Honduras. Este es el caso, pero con recursos limitados se tuvo que realizar una elección entre una representación pura y completa de todas las etapas de la transición demográfica o solo entre aquellos que abarcasen velocidades de envejecimiento moderadas y altas.

CAPITULO 2: ORGANIZACIÓN DE SABE Y APOYO INSTITUCIONAL

2.1. Países participantes en SABE

La selección de los países para el estudio fue decidida en base a una multiplicidad de factores, algunos de ellos no relacionados con el tema investigado, y respondió, al menos minimamente, a preocupaciones estratégicas relacionadas con la naturaleza del proceso de envejecimiento. De hecho, una de las consideraciones claves introducidas en las primeras discusiones fue la necesidad de representar los regimenes demográficos que están produciendo tasas de crecimiento del envejecimiento medias y altas. De este modo, Argentina, Cuba, Uruguay y Barbados fueron identificados como los países donde el envejecimiento ha tenido un mayor avance y sus tasas de crecimiento son mas comparables con las experimentadas por las naciones industrializadas. México y Chile se encuentran en una posición intermedia, listos para resistir un proceso mas acelerado que empezó a ganar ímpetu solo en los últimos 5 a 10 años. Finalmente, Brasil representa al conjunto de países en el continente donde el envejecimiento ocurrirá repentinamente pero cuyo inicio se encuentra un par de décadas en el futuro. Este razonamiento es puramente demográfico y no pretende asignar predominio a factores sociales y culturales ni garantiza que la información colectada representara todos los rincones de la gama social y económica existente en América Latina y el Caribe. Pero la tendencia fue resaltar el retrato de varias etapas sintéticas del proceso aun si, en realidad, cada país pueda terminar siguiendo un proceso que se asemeja solo minimamente a aquel que puede ser reconstruido a partir de varias etapas experimentadas por países diferentes en periodos de tiempo diferentes.

2.2. Organización de SABE

SABE fue una empresa de enorme importancia y se debe a la contribución de un gran número de personas e instituciones que exista esta información que, se espera, influenciara de modo duradero la investigación y el diseño de políticas. A continuación se realiza una breve identificación de los colaboradores de SABE y su afiliación institucional. Esta enumeración apenas hace justicia a la cantidad de trabajo con que cada persona o institución contribuyó, tampoco hace mención a aquellas personas que en forma silenciosa y muchas veces sin retribución alguna hicieron posible esta encuesta.

a. Base institucional de SABE

La encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) fue inicialmente financiada por la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) como una encuesta multicéntrica sobre la salud y el bienestar de las personas adultas mayores en siete centros urbanos de América Latina y el Caribe. El estudio fue iniciado y coordinado a nivel regional por OPS/OMS⁴. El Centro de Demografía y Ecología de la Universidad de Wisconsin-Madison apoyo la realización de SABE proporcionando ideas para el diseño del estudio, los planes muestrales, cuestionarios, operaciones de campo así como la entrada, limpieza y

⁴ SABE es la segunda encuesta multicéntrica auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud. La primera fue ENA (Encuesta de Necesidades de los Ancianos) llevada a cabo durante la década de los 80 en 12 áreas urbanas de América Latina y el Caribe.

organización de datos. Además, SABE se benefició en varias etapas de la inspiración y consejo de un grupo de consultores externos que trabajaron en coordinación con OPS/OMS y el Centro de Demografía y Ecología.

La encuesta fue conducida en Bridgetown (Barbados), Buenos Aires (Argentina), San Pablo (Brasil), Santiago (Chile), La Habana (Cuba), Ciudad de México (México) y Montevideo (Uruguay) de octubre de 1999 a diciembre del 2000.

b. Personal y equipo coordinador regional

El equipo de investigadores que llevaron a cabo SABE esta compuesto por una variedad de profesionales a nivel local y regional. Primero estaban el personal ubicado en la oficina central en la OPS en Washington. En segundo lugar estaban los investigadores en el Centro de Demografía y Ecología, quienes conjuntamente con la gente de la OPS diseñaron el estudio y dirigieron la parte logística del proyecto. El tercer componente esta constituido por un equipo de asesores tanto en los Estados Unidos de América como en los países involucrados. Finalmente, el cuarto componente estaba formado por los equipos locales de cada país, conformados por la(el) investigadora(o) principal y sus asociadas(os). Los individuos que colaboraron en la realización de SABE y su membresía institucional fueron los siguientes:

i. Oficina central de la OPS

- Martha Peláez, , OPS.
- Rebecca de los Rios, , OPS.
- Guido Pinto, Asesor Tecnico, Aging and Health Unit, Family Health and Population Program, Division of Health Promotion and Protection, PAHO fue responsable de la limpieza y manejo de los datos de SABE.
- Iveris Martinez, Casey Wisecarver y Tina Le fueron asistentes de investigación con la unidad ... the Aging and Health Unit, Family Health and Population Program, Division of Health Promotion and Protection, OPS durante diferentes etapas del estudio y proporcionaron apoyo técnica al equipo coordinador y a los investigadores principales en cada país.

ii. Universidad de Wisconsin

- Alberto Palloni, Profesor de Sociología y Demografía, Centro de Demografía y Ecología, Universidad de Wisconsin-Madison. El Dr. Palloni fue responsable de la elaboración del marco conceptual y metodológico para diseño y análisis del estudio.

iii. Consultores independientes

- Javier Suárez, Programador, Berumen y Asociados, México D.F. El señor Suárez fue responsable de la elaboración de; programa para la entrada de datos.

- Elizabeth Arias, Demografía y Estadística. La Dra. Arias fue responsable de la preparación de los programas de análisis.
-

iv. Comité consultivo

Las siguientes personas participaron en las reuniones de investigación y fueron consultadas sobre varios aspectos de la encuesta:

- Eduardo Arriaga, International Programs Center, US Bureau of the Census
- Laurence G. Branch, National Center for Health Promotion and Disease Prevention, Duke University, North Carolina.
- Jorge Bravo, CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía), Santiago, Chile
- Jacob Brody, School of Public Health, University of Illinois, Chicago.
- Ana Luisa Dávila, Escuela de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas.
- Gerda Fillenbaum, Duke University Medical Center, Center for the Study of Aging and Human Development, North Carolina.
- Richard Havlik, Director of Epidemiology, Demography and Biometry, National Institute on Aging, Bethesda, Md.
- Albert I. Hermalin, Population Studies Center, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan.
- Kevin Kinsella, International Programs Center, Aging Studies Branch, US Bureau of the Census
- Armando R. Levinson, International Programs Center, US Bureau of the Census
- Len Nichols, Health Policy Center, the Urban Institute, Washington, D.C.
- Melba Sánchez, Escuela de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas.
- Robyn Stone, Georgetown University, Washington, D.C.
- Kathy Terrazas, Survey Research Center, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan.
- Robert B. Wallace, Professor of Preventive and Internal Medicine, University of Iowa, Iowa City.
- Beth Soldo, Population Studies Center, University of Pennsylvania.

v. Equipos locales

Argentina

Edith Alejandra Pantelides, Investigadora Principal
 Martín Moreno, Investigador Asociado
 Paola Pacífico, Investigadora Asociada
 Centro de Estudios de Población/CENEP
 Marta Messere, Instituto Nacional de Estadística

Barbados

Anselm Hennis, Investigador Principal
Heidi Broome, Investigador Asociado
Henry Fraser
Farley Brathwaite
Chronic Disease Research Centre, School of Clinical Medicine and Research
University of the West Indies

Brazil

Ruy Laurenti, Co-Investigador Principal
Maria Lucia Lebrão, Co-Investigadora Principal
Nilza Nunes da Silva, Investigadora
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo

Chile

Cecilia Albala, Investigadora Principal
Fernando Vio del Río, Investigador
Carola García Ghiringhelli, Investigadora
Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Universidad de Chile
Pedro Paulo Marín, Investigador
Programa de Geriátría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Cuba

Juan Carlos Alfonso, Co-Investigador Principal
Esther María León Díaz, Co-Investigadora Principal
Clara Marín Domínguez, Investigadora
Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPDE), Oficina Nacional de Estadística
Jesús Esteban Menéndez, Investigador
Centro Iberoamericano de la Tercera Edad (CITED), Hospital Universitario "General Calixto García"

Mexico

Roberto Ham-Chande, Co-Investigador Principal
El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana, Baja California.
Yolanda Palma, Co-Investigadora Principal
Investigación en Salud y Demografía (INSAD), México, D.F.
Luis Miguel Gutiérrez, Investigador
Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", México, D.F.

Uruguay

Omar Pratts, Investigador Principal
Comisión Salud Cardiovascular y Universidad de Uruguay
Jorge Argulla, Investigador
Ministerio de Salud Pública, Dirección General de la Salud, Montevideo

c. Fuentes de financiamiento

La Organización Panamericana de la Salud proporciono el financiamiento inicial a través del mecanismo denominado iniciativa de encuestas multicéntricas. El director de la OPS ofreció apoyo en varias etapas, lo que permitió que SABE se extendiese en diferentes momentos hasta que alcanzo la madurez completa.

El Instituto Nacional de Envejecimiento apoyo parcialmente la limpieza datos, la organización y preparación final de las bases de datos a través de un Acuerdo Interagencial con la Organización Panamericana de la Salud.

El Instituto Nacional de Envejecimiento otorgo una subvención (R03 AG 15673) al Dr. Palloni para el diseño de varias partes de la encuesta y apoyar el análisis preliminar de los datos. La Escuela de Graduados de la Universidad de Wisconsin y una generosa contribución del Centro de Demografía y Salud del Envejecimiento de la Universidad de Wisconsin permitieron la participación integra del Dr. Palloni.

Además de estas fuentes generales de financiamiento, SABE fue apoyado con contribuciones generosas de diferentes instituciones internacionales y nacionales en cada uno de los países. Los principales socios de financiamiento en cada uno de los países fueron: en Argentina, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID); en Barbados, el Banco de Desarrollo del Caribe; en Brasil, la Fundación para la Investigación del Estado de San Pablo (FAPESP); en Chile, el Ministerio de Salud y el BID; en Cuba, el Centro de Población del Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio de Salud; en México, el Ministerio de Salud y Eli Lilly, Inc.; y en el Uruguay, el Ministerio de Salud y el BID. También, en cada país tanto las universidades como las instituciones involucradas con el proyecto proporcionaron muchas contribuciones en especie (computadoras, material de escritorio, etc.).

CAPÍTULO 3: POBLACIONES BAJO ESTUDIO, CARACTERÍSTICAS DE LAS MUESTRAS Y RECOLECCION DE DATOS

Este capítulo revisa las características del protocolo de la recolección de datos, las cuales son comunes a todos los países participantes de SABE. Primero, se discuten las características de la población seleccionada para el estudio. A continuación se presenta una descripción general de las estrategias de muestreo en cada país y, finalmente, una evaluación de las operaciones de campo así como de las actividades asociadas con la entrada, limpieza y organización de los datos.

3.1. Poblaciones muestrales objetivo

La implementación de encuestas nacionales de personas adultas mayores, comparables en un punto en el tiempo fue una de las contribuciones más importantes de SABE. La comparabilidad empezó con la construcción de un diseño general de muestreo al cual cada país se adhirió voluntariamente. Las características más importantes del diseño muestral son las siguientes:

a. Poblaciones objetivos

El universo de estudio es la población mayor de 60 años residentes en hogares privados ocupados por residentes permanentes en cada una de las ciudades seleccionadas; en tres de ellas la población fuera de los límites de la ciudad pero dentro su periferia urbana fue considerada como parte integral de la ciudad, como lo hace en forma rutinaria las oficinas de estadística nacional.

b. Marcos muestrales

En la mayor de los países participantes en SABE existen encuestas nacionales periódicas de hogares y empleos, la cuales ofrecen marcos muestrales actualizados, al menos mas recientes que los censos mas recientes disponibles. Este fue el caso en cada país excepto en Chile, donde el marco muestral es del censo de 1992. Barbados es un caso excepcional, el marco muestral fue el registro nacional electoral que es actualizado periódicamente.

c. Características generales del diseño muestral

Todas las muestras son ejemplos del clásico muestreo multietápico por conglomerado con estratificación de las unidades a los niveles más altos de agregación. En todos los países, excepto Barbados y Brasil, la muestra fue escogida en tres etapas. Solo en Barbados y Brasil se aplicaron dos etapas de selección. El esquema que se siguió en cada caso fue bastante similar: la Unidad Primaria de Muestreo (UPM) es un conglomerado de hogares independientes dentro de una determinada área geográfica. Los UPMs están agrupados en estratos geográficos o socioeconómicos. La distribución de la muestra por estrato geográfico o socioeconómico fue determinada por una asignación proporcional al tamaño de la población adulta mayor. Los UPMs pueden, a la vez, ser divididos en unidades secundarias de muestreo (USMs), cada una

conteniendo un número más pequeño de hogares independientes. Estas USMs esta a su vez compuestas por Unidades Terciarias de Muestreo (UTMs), formadas por los entrevistados en los hogares seleccionados o por individuos solos en aquellos países donde solo una persona fue seleccionada en cada hogar. De esta manera el hogar o los individuos objetivos constituyen el último estrato de agregación en la muestra.

La primera etapa en el proceso resulto en el muestreo de un número predeterminado de UMPs predeterminado, cada uno seleccionado con una probabilidad proporcional a la distribución de hogares en cada estrato. La segunda etapa consistió en selección del USMs (si había sido definida) y, finalmente, en la tercera etapa se seleccionaron hogares dentro de cada USM. Ambos, USMs y UTMs fueron seleccionadas con igual probabilidad dentro de cada UPM seleccionada.

En todos los casos las etapas del diseño permiten al investigador calcular las probabilidades de selección para cada individuo objetivo. Esto, conjuntamente con el conocimiento *ex-post* de las tasas de no respuesta, provee de la información suficiente para calcular los factores de expansión a fin de realizar inferencias de la población de referencia a partir de las muestras seleccionadas.

d. Características del diseño muestral en cada ciudad

Existen muchas áreas en las cuales se observan diferencias importantes en el diseño de la muestral en las ciudades. La primera es la estratificación de los conglomerados. En algunas ciudades la estratificación fue realizada solo en términos geográficos mientras que en otras los estratos fueron definidos en términos geográficos y de indicadores socioeconómicos agregados. En un país (Barbados), los hogares fueron estratificados de acuerdo a la proporción de personas mayores de 60 o de 80 años.

La segunda área de diferencia es la naturaleza del sobremuestreo realizado. En cuatro ciudades las muestras incluyen sobremuestreo de la población mayor de 80 años. En Cuba y Uruguay una persona mayor de 80 años fue elegida en cada hogar con probabilidad uno. En Chile, la persona objetivo (entrevistada) fue seleccionada aleatoriamente entre los miembros del hogar pero si una persona mayor de 80 estaba presente y no fue elegida por el proceso de selección aleatoria, entonces ella(el) fue también entrevistada(o). En el Brasil un muestra de personas mayores de 75 especialmente diseñada fue extraída y entrevistada.

La tercera área de diferencia tiene que ver con la última etapa de selección o la unidad de muestreo. En cuatro ciudades (Buenos Aires, Bridgetown, Santiago, La Habana y Montevideo) un solo individuo objetivo (entrevistado) fue seleccionado en cada hogar. En dos de estas ciudades, La Habana y Bridgetown, los esposos(as) sobrevivientes fueron entrevistados⁵.

En dos ciudades, México y San Pablo, todas las personas elegibles encontradas en el hogar fueron entrevistadas, incluyendo esposos(as) si estaban presentes. Finalmente, como se mencionó anteriormente, en Santiago solo una persona objetivo fue seleccionada aleatoriamente

⁵ En Cuba el cuestionario de la (del) esposa(o) fue una versión reducida de la versión del cuestionario del individuo objetivo. Además, las esposas(os) no proporcionaron las medidas antropométricas.

para la entrevista entre todas las elegibles y, adicionalmente, se realizo una segunda entrevista con las personas mayores de 80 si alguna estaba presente aunque no haya sido seleccionada por el proceso aleatorio diseñado previamente.

Las Tablas presentadas abajo (Tablas I.3A a la I.3G) muestran una clasificación de las ciudades según las características mencionadas, es decir, tipo de estratificación, naturaleza del sobremuestreo (si existió alguno) y tipo de la ultima etapa del diseño muestral.

TABLAS I.3A - 1.3G
Clasificación de las ciudades según dimensiones del diseño muestral

TABLA I.3A	BUENOS AIRES
Población objetivo de estudio.	Población de 60 años y más de Buenos Aires y los partidos del conurbano (Gran Buenos Aires)
Marco Muestral	Encuesta de Hogares de 1998
Probabilidades de Selección	Muestreo trietápico por conglomerado
Unidades de Muestreo	UPE: Radios Censales (300 viviendas) USE: Viviendas UTE: Una persona de 60+ por vivienda
Estratificación	Dos estratos geográficos (Buenos Aires y conurbano) Seis estratos socioeconómicos
Afijación de la muestral por estrato.	Proporcional al tamaño de cada estrato
Sobremuestreo	No
Método de selección	UPE: Radios censales seleccionados proporcional al número de viviendas. USE: Viviendas seleccionadas sistemáticamente con las mismas probabilidades de selección en cada conglomerado. UTE: Selección aleatoria de una persona por vivienda.
Entrevista con cónyuges	No

TABLA I.3B	BRIDGETOWN
Población objetivo de estudio.	Población de 60 años y más del Gran Bridgetown
Marco Muestral	Registro electoral nacional listado por viviendas con personas de 60 años y más, actualizado en el 1997.
Probabilidades de Selección	Muestreo bietápico por conglomerado.
Unidades de Muestreo	UPE, Viviendas con personas de 60 años o más USE: una persona de 60 años y más por vivienda. UTE: No
Estratificación	Demográfica con 4 estratos (viviendas con y sin personas de 80+; viviendas con solo 1 persona de 60+; viviendas con 2 personas o más de 60+)
Afijación de la muestral por estrato	Proporcional al tamaño de cada estrato.
Sobremuestreo	No
Método de selección	UPE: Viviendas (con personas de 60+) seleccionadas sistemáticamente con las mismas probabilidades de selección. USE: Selección aleatoria de 1 persona por vivienda. UTE: No
Entrevista con cónyuges	Si, disponible.

TABLA I.3C SAN PABLO	
Población objetivo de estudio.	Población de 60 años y más en el Municipio de San Pablo
Marco Muestral	Encuesta de Hogares sobre Salud y Nutrición de los niños menores de 5 años. Base MMM del Censo INE de 1996.
Probabilidades de Selección	Muestreo bietápico por conglomerados con estratificación.
Unidades de Muestreo	UPE: Radios Censales (aproximadamente 300 viviendas) USE: Viviendas con personas de 60+ UTE: No
Estratificación	Socioeconómica. Ordenados los UPE de acuerdo con la proporción de jefes de familia analfabetos.
Afijación de la muestral por estrato	Proporcional al tamaño de cada estrato.
Sobremuestreo	Muestra adicional de personas de 75+.
Método de selección	UPE: Radios censales seleccionados proporcional al número de viviendas. USE: Viviendas seleccionadas sistemáticamente con las mismas probabilidades de selección. Todas las personas de 60+ en las viviendas seleccionadas se entrevistaron. UTE: No
Entrevista con cónyuges	Como todas las personas de 60+ por vivienda se entrevistaron, es posible identificar a las parejas. Pero las entrevistas con cónyuges no se consideraron una muestra diferenciada.

TABLA I.3D	SANTIAGO
Población objetivo de estudio.	Población de 60 años y más del Gran Santiago
Marco Muestral	Censo 1992
Probabilidades de Selección	Muestreo trietápico por conglomerado con estratificación.
Unidades de Muestreo	UPE: Radios censales (aproximadamente 680 manzanas) USE: Viviendas UTE: Una persona de 60+ seleccionada por vivienda.
Estratificación	Geográfica: 284 estratos. Estratificación socio-económica posteriori: se ordenaron las <i>Comunas</i> en tres estratos socioeconómicos utilizando el Índice de Desarrollo Humano y nivel de pobreza.
Afijación de la muestral por estrato	Proporcional al tamaño de cada estrato geográfico.
Sobremuestreo	Los sujetos de 80 años y más fueron siempre seleccionados.
Método de selección	UPE: Proporcional al número de viviendas. USE: Viviendas seleccionadas sistemáticamente. UTE: Selección aleatoria de 1 persona por vivienda, excepto para los sujetos de 80 y más años que eran seleccionados siempre.
Entrevista con cónyuges	No

TABLA I.3E	LA HABANA
Población objetivo de estudio.	Población de 60 años y más en La Habana
Marco Muestral	Marco Muestral Maestro del Censo de 1999.
Probabilidades de Selección	Muestreo trietápico por conglomerado con estatificación.
Unidades de Muestreo	UPE: AGEM (Área Geoestadística Básica) (180 viviendas por AGEM) USE: Sección. (Aproximadamente 5 viviendas por sección). UTE: Una persona de 60+ por vivienda.
Estratificación	Geográfica, 15 municipios
Afijación de la muestral por estrato	Proporcional al tamaño de cada estrato Geográfico.
Sobremuestreo	Los sujetos de 80 años y más fueron siempre seleccionados.
Método de selección	UPE: Seleccionadas proporcional al número de viviendas. USE: Secciones de viviendas seleccionadas con igual probabilidad de selección. UTE: Selección aleatoria de 1 persona por vivienda, excepto para los sujetos de 80 y mas años que eran siempre seleccionados.
Entrevista con cónyuges	Si, disponible.

TABLA I.3F		CIUDAD DE MEXICO	
Población objetivo de estudio.	Población de 60 años y más en el Área Metropolitana de la Ciudad de México.		
Marco Muestral	Encuesta de Hogares (ENEU) 1999. Base MMM del INEGI de 1995.		
Probabilidades de Selección	Muestreo trietápico por conglomerado con estratificación.		
Unidades de Muestreo	UPE: Área Geoestadística Básica (AGEB) (aproximadamente 480 viviendas por AGEB) USE: Secciones (manzanas) UTE: Viviendas con personas de 60+.		
Estratificación	Geográfica: dos estratos (Distrito Federal y los Municipios conurbanos)		
Afijación de la muestral por estrato	Proporcional al tamaño de cada estrato geográfico.		
Sobremuestreo	No		
Método de selección	UPE: Seleccionadas proporcional al número de viviendas USE: Secciones de viviendas seleccionadas con igual probabilidad de selección UTE: Viviendas con personas elegibles seleccionadas con igual probabilidad de selección. Todas las personas de 60+ por vivienda seleccionada fueron entrevistadas. Una muestra adicional de mujeres de 50-59 también fue seleccionada		
Entrevista con cónyuges	Como todas las personas de 60+ por vivienda se entrevistaron, es posible identificar a las parejas. Pero las entrevistas con cónyuges no se consideraron una muestra diferenciada.		

TABLA I.3G		MONTEVIDEO	
Población objetivo de estudio.	Población de 60 años y m		
Marco Muestral	Marco muestral del INE 1997.		
Probabilidades de Selección	Muestreo trietápico por conglomerado con estratificación.		
Unidades de Muestreo	UPE: Segmentos censales USE: Viviendas UTE: Persona de 60 año y más.		
Estratificación	Socioeconómica. Tres estratos contruidos según escolaridad y acceso a agua potable.		
Afijación de la muestral por estrato	Proporcional al tamaño de cada segmento.		
Sobremuestreo	Los sujetos de 80 años y más fueron siempre seleccionados		
Método de selección	UPE: Segmentos seleccionados proporcional al número de viviendas. USE: Viviendas seleccionadas sistemáticamente con igual probabilidad de selección. UTE: Selección aleatoria de 1 persona por vivienda, excepto para los sujetos de 80 y más años que eran seleccionados siempre.		
Entrevista con cónyuges	No		

e. Entrevistados (objetivos) y esposos

Los objetivos originales de SABE mencionan dos tipos de entrevistas: una entrevista extensa para el individuo sujeto del estudio y otra más corta para su cónyuge. Desde un punto de vista analítico, la información acerca de los pares (individuos seleccionados como sujeto de estudio y

sus cónyuges) provee información sobre el estado de salud y los factores de riesgo comunes asociadas a cada pareja; sin embargo, al mismo tiempo se crea una serie de complicaciones logísticas, como por ejemplo, la prolongación del tiempo de la entrevista por hogar. Por lo que algunas ciudades sólo pudieron financiar las entrevistas básicas de las(os) adultas(os) mayores y tuvieron que omitir la entrevista con el cónyuge. Pero en otros países, se tomó la decisión de que todas las personas disponibles de 60 o más en un hogar seleccionado fueran parte de la muestra.

Como resultado pueden distinguirse tres grupos de ciudades. En el primero grupo de ciudades (Buenos Aires, Santiago y Montevideo) se seleccionó una persona de 60 años o más por hogar. En el segundo grupo (Bridgetown y La Habana) se seleccionó un individuo aleatoriamente dentro de todos los disponibles en un hogar, al que se entrevistó. Si su cónyuge estaba disponible, también se lo(la) entrevistó. Tanto en Bridgetown como en La Habana se crearon bases de datos para los cónyuges entrevistados. En el tercer grupo de ciudades (San Pablo y Ciudad de México) se entrevistó a todos los miembros mayores de 60 años disponibles en el hogar, independientemente de su estado civil o relaciones de familia. En estas dos ciudades las parejas y los miembros del mismo hogar pueden reconstruirse a partir de los datos originales, sólo el archivo estandarizado para San Paulo incluye un indicador que identifica a los cónyuges que residen en el mismo hogar. La reconstrucción de parejas en los datos de México no se desarrolló por adherirse a las restricciones de confidencialidad. En los restantes países solo una persona por hogar esta representada en las bases de datos estandarizadas⁶. La Tabla I.4 muestra un resumen de esta información básica.

TABLA I.4: PERSONAS OBJETIVO DE ESTUDIO Y SELECCION DEL CONYUGUE SEGUN CIUDADES

Ciudad	Población seleccionada	Identificación del sujeto seleccionado y su cónyuge por vivienda	Dependencias
Buenos Aires Santiago Montevideo	1 persona de 60 o más	No necesaria	Ninguna
Bridgetown La Habana	1 persona de 60 o más seleccionada y cónyuge	Bases de datos separadas para sujetos seleccionados y cónyuges	Ninguna
San Pablo Ciudad de México(*)	Todas las personas de 60 o más	Se puede identificar cónyuges por relación de parentesco	Múltiple
<i>(*) Una muestra adicional de mujeres de 50-59 se añadió a la muestra de 60+</i>			

f. Entrevistas con sustituto (proxy)

⁶ Se debe recordar que la muestra para Santiago-Chile incluye mas de un individuo por hogar como resultado del esfuerzo para sobremuestrear personas mayores de 80 años (ver arriba).

Todas las ciudades participantes en SABE se adhirieron a un protocolo mediante el cual la persona objetivo debía pasar por una prueba sobre su estado cognitivo (Sección B del cuestionario). Cuando la persona seleccionada tenía, según la prueba, algún deterioro cognitivo se continuó la entrevista con un sustituto (proxy). En algunos casos, aún cuando se alcanzaba un puntaje marginal, la persona podía contestar directamente pero necesitaba ayuda para recordar algunas cosas, entonces la entrevista se consideró como *asistida*.

La excepción al procedimiento anterior ocurrió cuando al inicio de la entrevista, el individuo seleccionado presentaba una pérdida cognitiva tan obvia que hacía imposible su participación en la sección A del cuestionario. Esta situación fue confirmada con la entrevista a un acompañante o familiar del individuo utilizando la escala Pfeffer en la sección B. En los casos confirmados con deterioro cognitivo por la observación del encuestador junto con la escala de Pfeffer, se inició la entrevista con un familiar o acompañante o sustituto. El sustituto podría ser (en orden de prioridad) el cónyuge, un hijo adulto, otro familiar, o un cuidador. Los criterios para determinar la necesidad de un sustituto son discutidos en el Capítulo 4. Cuando no se pudo encontrar un sustituto, el supervisor evaluaba la viabilidad de continuar la entrevista con la persona seleccionada originalmente como entrevistado.

g. Entrevistas completadas, entrevistas con sustitutos y pérdidas de muestreo

La Tabla I.5 muestra cifras que evalúan las pérdidas de muestreo por origen y ciudad y la Tabla I.6 incluye una desagregación de las entrevistas que necesitaron de la intervención de un sustituto

Tabla I.5: Pérdidas muestrales de los entrevistados por tipo de pérdida

Ciudad	Total de hogares seleccionados	Total de hogares visitados	Total de hogares con personas 60+	Total de personas seleccionadas	Total de personas que negaron	Caída de muestra por otras causas	Total de personas entrevistadas	Tasa de respuesta (%)	N
Buenos Aires (1)	4192	1800	1736	1662	383	240	1039	62.5	1039
Bridgetown(2)	2994	2951	1878	1878	313	57	1508	80.3	1508
La Habana	5000	4816	1998	1998	51	92	1905	95.3	1905
México DF(3)	6000	1711	1534	1489	ND	ND	1247	83.7	1247
Montevideo	4610	4450	2210	2210	98	668	1444	65.3	1444
Santiago	5440	5248	1755	1563	187	75	1301	83.2	1301
San Pablo (4)	6480	ND	ND	1852	246	39	1567 576*	84.6	2143

(1) Buenos Aires aplicó la encuesta sobre la muestra de una ronda de la Encuesta de Hogares que identificó un total de 1800 hogares con personas de 60+ del total de 4192 hogares seleccionados

(2) Bridgetown entrevistó además de la muestra seleccionada a un total de 345 cónyuges

(3) Ciudad de México aplicó la encuesta sobre la muestra de una ronda de la Encuesta de Hogares que identificó un total de 1742 viviendas con personas de 60+ del total de 6000 hogares seleccionados

(4) San Pablo aumentó su muestra con una muestra adicional de 576 personas de 75+

ND: no disponible

TABLA I.6 PORCENTAJE DE ENTREVISTAS COMPLETADAS POR UN SUSTITUTO

Ciudad	% Sustitutos
Buenos Aires	3.7
Bridgetown	3.9
San Pablo	13.1
Santiago	7.9
La Habana	9.2
Ciudad de México	8.2
Montevideo	1.4

g. Medidas físicas

Una parte importante de la entrevista fue la implementación de medidas físicas tales como altura, peso, fuerza del puño, etc. (ver Capítulo 4 para mayores detalles). El protocolo para las mediciones físicas utilizado en SABE requería consentimiento independiente de todos los entrevistados así como una evaluación positiva del entrevistador sobre la viabilidad para realizar tales mediciones. Así, en esta etapa del proceso de entrevista pueden haberse experimentado pérdidas muestrales adicionales. La Tabla I.7 muestra las cifras sobre las pérdidas muestrales asociadas a las medidas físicas en cada una de las siete ciudades participantes.

**TABLA I.7: TASA DE COMPLETITUD DE LAS MEDIDAS ANTROPOMETRICAS
(Porcentaje que no completaron todo el protocolo)**

Ciudad	Altura	Peso	Cintura	Cadera	Muñeca	Movilidad
Buenos Aires	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Bridgetown	3.1	3.9	1.7	3.1	0.4	18.0
San Pablo	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	25.0
Santiago	5.7	5.6	5.7	5.6	5.1	22.0
La Habana	11.8	11.9	11.4	11.4	9.2	19.1
Ciudad de México	16.3	16.4	16.4	16.5	14.6	28.0
Montevideo	6.7	0.4	9.2	9.6	7.0	35.0

ND: No implementaron el protocolo de medidas físicas

2.2. Errores muestrales y efectos de diseño

Estimaciones de los errores muestrales y los efectos de diseño fueron calculados utilizando procedimientos convencionales. Esto requiere el conocimiento de los pesos muestrales, estratificación y tipo de la UPMs así como sus conglomerados. Para asegurar que la mayor cantidad de información sobre errores muestrales y efectos de diseño son transmitidas, se seleccionaron un limitado pero estratégico conjunto de características de los entrevistados para el total de la muestra desagregada por el sexo de la persona. Los resultados son presentados en las Tablas I.8a-1 hasta I.8b-7, las cuales muestran estimaciones de los errores muestrales y efectos de diseño para variables seleccionadas.

Las expresiones convencionales para el cálculo de los errores muestrales y efectos de diseño tuvieron que modificarse debido a las peculiaridades de cada ciudad. Primero, están las ciudades donde el muestreo aleatorio simple de la UPM fue pareado con estratificación pero no con los conglomerados de las UPMs (Santiago de Chile y Bridgetown de Barbados); en este caso solo la estratificación de la muestra y los pesos muestrales fueron tomados en cuenta. Segundo, en el caso de la Ciudad de México existían varios estratos representados por una sola UPM y por lo tanto la varianza al interior de estratos para estos estratos no pudo ser calculada. Se decidió agrupar las correspondientes UPMs en un solo estrato ficticio para poder calcular las varianzas y efectos de diseño. Esto proporciono un límite superior para los efectos de diseño y los errores muestrales⁷.

2.3. Proceso de recolección de datos: trabajo de campo, entrada de datos, limpieza de datos y organización de los archivos de datos

A pesar que los equipos de cada país llevaron a cabo las actividades necesarias, que fueron óptimamente adecuadas para las condiciones locales, para recolectar datos existían algunos principios generales para llevar a cabo este proceso, a los cuales todos los países se adherieron. En primer lugar, los equipos de investigadores principales fueron capacitados en dos diferentes ocasiones, una respecto al contenido y proceso de la entrevista misma y la otra respecto a la naturaleza de la muestra, su implementación y la conducción del trabajo de campo.

Segundo, en todos los casos los equipos de investigadores principales, con el apoyo del personal apropiado, estuvieron a cargo de la capacitación de los supervisores y luego los capacitados. Este proceso de dos etapas garantizó al máximo la uniformización de de la recolección de datos uniformidad a través de los países al mismo tiempo que permitió flexibilidad para adaptarla a las condiciones locales y restricciones presupuestarias.

Tercero, el trabajo de campo se llevo a cabo durante el mismo en todos los países: empezó en octubre de 1999 y termino en diciembre del 2000; el trabajo de campo fue conducido utilizando reglas similares a fin de minimizar las perdidas muestrales y poder hacer seguimiento a los casos

⁷ Experimentación con soluciones alternativas ha demostrado que las estimaciones son insensibles a la presencia de estos estratos apartados con UPMs únicos.

difíciles de obtener, especialmente en ciudades donde se esperaba que la tasas de respuesta fuera mas bajas que el promedio.

Cuarto, los datos fueron entrados en todas las ciudades utilizando un programa único, se introdujeron modificaciones al programa solo cuando fueron necesarios en relación a las peculiaridades de cada país.

Quinto, una vez que los datos crudos fueron ingresados y organizados utilizando un programa maestro, se procedió a la limpieza y estandarización de los datos para todos los países utilizando un proceso de varias etapas en las oficinas centrales de la OPS. Este proceso busco consistencia, ajustar por errores y omisiones, generar esquemas de codificación comparables y, finalmente, producir un documento con los códigos para las bases de datos de cada país (diccionarios).

La limpieza de datos se llevo a cabo en dos etapas. En la primera, errores evidentes en la codificación que infringían controles simples de consistencia fueron corregidos mediante la revisión y reingreso los códigos originales en los cuestionarios. Este procedimiento meticuloso, con costos muy altos, fue empleado inicialmente solo cuando los errores fueron demasiado obvios.

En la segunda etapa, varios programas en fueron escritos. Códigos y lenguaje de Stata⁸ fueron utilizados para generar tres grandes programas que están disponibles a solicitud del usuario y que serán colocados en una página Web publica para la inspección y uso por otros investigadores. Estos programas (a) identifican problemas de consistencia, (b) implementan ajusten cuando las inconsistencias encontradas pueden corregirse mediante la inferencia de los valores “correcto” admisibles y (c) crean nuevas variables. No se realizo ninguna imputación durante el proceso de validación de los datos. De hecho, en las secciones más difíciles del cuestionario (Sección G, la lista de los miembros del hogar y los ítems asociados) lo peor que paso durante el trabajo de introducir consistencia fue la perdida de precisión en un solo ítem o un conjunto de ítems pero nunca se perdió la información original. Por ejemplo, debido a que se usaron códigos restringidos de relación de parentesco, no fue siempre posible identificar con precisión el código de relación de una determinada persona en la lista del hogar cuando se observaba una codificación errónea. Pero, utilizando información complementaria siempre fue posible generar un código de relación que era más general (como “otro familiar” en lugar de “cuñado”).

Los datos disponibles son, en consecuencia, el producto final de un proceso de limpieza desprovisto de imputación alguna y que incluye algunas variables creadas para facilitar las tareas de análisis.

Después que el proceso de limpieza de datos fue completado, se procedió a calcular los errores muestrales y los efectos de diseño. El producto final es un conjunto de bases de datos estandarizados que son comparables y con un mínimo de las idiosincrasias nacionales o locales.

⁸ Un paquete estadístico integrado

Tabla I.8a-1. Errores muestrales y efectos de diseño para variables seleccionadas (Mujeres), Buenos Aires (Argentina)

Variable	Estimador	Error Std.	[95% Intervalo de Confianza]		Efecto de diseño
<i>Edad</i>					
60-64	0.215	0.017	0.181	0.249	1.189
65-74	0.499	0.021	0.458	0.541	1.160
75 o más	0.285	0.018	0.249	0.322	1.094
<i>Educación</i>					
Sin educación	0.041	0.008	0.026	0.057	1.066
Primaria	0.697	0.020	0.658	0.735	1.202
Secundaria o más	0.262	0.019	0.225	0.299	1.226
<i>Estado marital</i>					
Nunca casada	0.062	0.011	0.041	0.084	1.356
En unión	0.433	0.022	0.390	0.475	1.242
Divorciado, separado, viudo	0.504	0.021	0.463	0.545	1.166
<i>Fuerza de trabajo</i>					
Activo	0.158	0.015	0.129	0.188	1.120
<i>Condiciones de salud autoreportadas</i>					
Muy buena	0.155	0.016	0.125	0.186	1.221
Buena	0.437	0.021	0.396	0.478	1.163
Regular	0.315	0.019	0.277	0.353	1.135
Pobre	0.061	0.010	0.041	0.081	1.186
<i>Salud mental</i>					
Depresión	0.152	0.015	0.123	0.181	1.043
Deterioro cognoscitivo	0.075	0.010	0.055	0.096	1.030
<i>Condiciones crónicas de salud</i>					
Bajo peso					
Obeso					
Artritis	0.627	0.020	0.587	0.667	1.162
Hipertensión	0.510	0.021	0.469	0.551	1.161
Diabetes	0.114	0.013	0.088	0.139	1.088
Cáncer	0.060	0.010	0.040	0.080	1.220
Enfermedades pulmonares	0.065	0.009	0.045	0.082	0.958
Enfermedades del corazón	0.191	0.016	0.160	0.223	1.091
<i>Incapacidad</i>					
AVDs (1 o más)	0.202	0.016	0.170	0.234	1.070
AIVDs (1 o más)	0.222	0.017	0.189	0.255	1.091
<i>Arreglos domiciliarios</i>					
Solo	0.231	0.015	0.201	0.261	0.883
Con pareja	0.431	0.022	0.390	0.474	1.243
Con otras personas	0.337	0.019	0.300	0.375	1.077

Tabla I.8b-1 Errores muestrales y efectos de diseño para variables seleccionadas (Hombres), Buenos Aires (Argentina)

Variable	Estimador	Error Std.	[95% Intervalo de Confianza]		Efecto de diseño
Edad					
60-64	0.228	0.021	0.186	0.270	0.992
65-74	0.512	0.027	0.458	0.566	1.154
75 o más	0.260	0.025	0.211	0.308	1.214
Educación					
Sin educación	0.019	0.007	0.004	0.033	1.132
Primaria	0.611	0.027	0.557	0.664	1.176
Secundaria o más	0.371	0.027	0.318	0.423	1.181
Estado marital					
Nunca casado	0.040	0.009	0.022	0.058	0.833
En unión	0.744	0.021	0.702	0.786	0.916
Divorciado, separado, viudo	0.213	0.020	0.174	0.251	0.878
Fuerza de trabajo					
Activo	0.374	0.026	0.322	0.426	1.137
Condiciones de salud autoreportadas					
Muy buena	0.252	0.024	0.205	0.300	1.182
Buena	0.444	0.027	0.390	0.497	1.148
Regular	0.239	0.024	0.192	0.285	1.177
Pobre	0.038	0.010	0.017	0.058	1.160
Salud mental					
Depresión	0.112	0.018	0.077	0.146	1.086
Deterioro cognoscitivo	0.060	0.014	0.033	0.087	1.262
Condiciones crónicas de salud					
Bajo peso					
Obeso					
Artritis	0.365	0.027	0.312	0.417	1.168
Hipertensión	0.475	0.028	0.420	0.529	1.160
Diabetes	0.140	0.019	0.102	0.177	1.156
Cáncer	0.041	0.011	0.019	0.063	1.236
Enfermedades pulmonares	0.103	0.017	0.070	0.135	1.142
Enfermedades del corazón	0.210	0.023	0.165	0.254	1.186
Incapacidad					
AVDs (1 o más)	0.128	0.018	0.092	0.164	1.145
AIVDs (1 o más)	0.096	0.016	0.065	0.127	1.080
Arreglos domiciliarios					
Solo	0.139	0.016	0.108	0.170	0.790
Con pareja	0.740	0.022	0.698	0.782	0.919
Con otras personas	0.121	0.016	0.090	0.152	0.911

Tabla I.8a-2 Errores muestrales y efectos de diseño para variables seleccionadas (Mujeres), Bridgetown (Barbados)

Variable	Estimador	Error Std.	[95% Intervalo de Confianza]		Efecto de diseño
<i>Edad</i>					
60-64	0.198	0.013	0.172	0.224	1.028
65-74	0.393	0.016	0.361	0.425	1.004
75 o más	0.409	0.016	0.377	0.441	1.011
<i>Educación</i>					
Sin educación	0.008	0.003	0.002	0.013	1.019
Primaria	0.774	0.014	0.747	0.801	1.008
Secundaria o más	0.216	0.014	0.189	0.243	1.008
<i>Estado marital</i>					
Nunca casada	0.258	0.015	0.230	0.287	1.021
En unión	0.231	0.014	0.204	0.259	1.001
Divorciado, separado, viudo	0.498	0.017	0.465	0.530	1.010
<i>Fuerza de trabajo</i>					
Activo	0.118	0.011	0.097	0.139	1.017
<i>Condiciones de salud autoreportadas</i>					
Muy buena	0.121	0.011	0.100	0.143	1.006
Buena	0.335	0.016	0.304	0.366	1.014
Regular	0.485	0.017	0.452	0.517	1.010
Pobre	0.055	0.008	0.040	0.070	1.005
<i>Salud mental</i>					
Depresión	0.044	0.007	0.031	0.058	1.006
Deterioro cognoscitivo	0.075	0.009	0.058	0.092	1.040
<i>Condiciones crónicas de salud</i>					
Bajo peso	0.041	0.007	0.028	0.053	1.017
Obeso	0.295	0.015	0.266	0.325	1.009
Artritis	0.577	0.016	0.545	0.609	1.010
Hipertensión	0.535	0.017	0.503	0.568	1.011
Diabetes	0.235	0.014	0.208	0.263	1.008
Cáncer	0.035	0.006	0.023	0.047	1.018
Enfermedades pulmonares	0.046	0.007	0.033	0.060	1.002
Enfermedades del corazón	0.114	0.011	0.094	0.135	1.001
<i>Incapacidad</i>					
AVDs (1 o más)	0.166	0.012	0.142	0.190	1.021
AIVDs (1 o más)	0.243	0.014	0.215	0.271	1.014
<i>Arreglos domiciliarios</i>					
Solo	0.238	0.014	0.210	0.266	1.006
Con pareja	0.252	0.014	0.224	0.281	1.007
Con otras personas	0.510	0.017	0.477	0.542	1.010

Tabla I.8b-2 Errores muestrales y efectos de diseño para variables seleccionadas (Hombres), Bridgetown (Barbados)

Variable	Estimador	Error Std.	[95% Intervalo de Confianza]		Efecto de diseño
<i>Edad</i>					
60-64	0.206	0.018	0.170	0.242	1.201
65-74	0.445	0.021	0.404	0.485	1.011
75 o más	0.349	0.020	0.311	0.388	1.002
<i>Educación</i>					
Sin educación	0.008	0.004	0.001	0.015	0.953
Primaria	0.753	0.018	0.718	0.789	1.033
Secundaria o más	0.230	0.018	0.195	0.265	1.038
<i>Estado marital</i>					
Nunca casado	0.127	0.014	0.100	0.155	1.027
En unión	0.522	0.021	0.481	0.563	1.025
Divorciado, separado, viudo	0.341	0.020	0.302	0.380	1.024
<i>Fuerza de trabajo</i>					
Activo	0.213	0.018	0.178	0.248	1.092
<i>Condiciones de salud autoreportadas</i>					
Muy buena	0.204	0.017	0.170	0.237	1.033
Buena	0.375	0.020	0.335	0.415	1.028
Regular	0.371	0.020	0.331	0.410	1.021
Pobre	0.050	0.009	0.033	0.068	0.992
<i>Salud mental</i>					
Depresión	0.055	0.010	0.035	0.074	1.033
Deterioro cognoscitivo	0.055	0.010	0.037	0.074	1.021
<i>Condiciones crónicas de salud</i>					
Bajo peso	0.048	0.009	0.030	0.065	1.014
Obeso	0.112	0.013	0.086	0.138	1.028
Artritis	0.316	0.019	0.278	0.354	1.012
Hipertensión	0.378	0.020	0.338	0.418	1.021
Diabetes	0.187	0.017	0.155	0.220	1.048
Cáncer	0.022	0.006	0.010	0.033	0.993
Enfermedades pulmonares	0.037	0.008	0.021	0.052	1.038
Enfermedades del corazón	0.116	0.013	0.090	0.142	1.001
<i>Incapacidad</i>					
AVDs (1 o más)	0.109	0.013	0.084	0.135	1.012
AIVDs (1 o más)	0.150	0.015	0.120	0.179	1.009
<i>Arreglos domiciliarios</i>					
Solo	0.268	0.019	0.231	0.304	1.019
Con pareja	0.507	0.021	0.466	0.548	1.025
Con otras personas	0.225	0.018	0.191	0.260	1.042

Tabla I.8a-3 Errores muestrales y efectos de diseño para variables seleccionadas (Mujeres), Sao Paulo (Brasil)

Variable	Estimador	Error Std.	[95% Intervalo de Confianza]		Efecto de diseño
Edad					
60-64	0.308	0.018	0.272	0.344	1.907
65-74	0.450	0.020	0.410	0.490	1.989
75 o más	0.242	0.025	0.192	0.292	4.282
Educación					
Sin educación	0.231	0.021	0.189	0.274	3.246
Primaria	0.654	0.021	0.612	0.696	2.439
Secundaria o más	0.109	0.020	0.069	0.148	5.156
Estado marital					
Nunca casada	0.052	0.008	0.036	0.069	1.785
En unión	0.413	0.016	0.381	0.445	1.305
Divorciado, separado, viudo	0.533	0.017	0.499	0.568	1.490
Fuerza de trabajo					
Activo	0.158	0.011	0.137	0.180	1.099
Condiciones de salud autoreportadas					
Muy buena	0.106	0.010	0.086	0.127	1.384
Buena	0.336	0.019	0.298	0.375	2.059
Regular	0.465	0.019	0.428	0.503	1.792
Pobre	0.089	0.008	0.072	0.106	1.115
Salud mental					
Depresión	0.233	0.013	0.207	0.258	0.974
Deterioro cognoscitivo	0.131	0.010	0.111	0.150	1.047
Condiciones crónicas de salud					
Bajo peso	0.017	0.004	0.009	0.026	1.461
Obeso	0.246	0.015	0.217	0.275	1.462
Artritis	0.404	0.013	0.377	0.430	0.901
Hipertensión	0.566	0.017	0.532	0.560	1.464
Diabetes	0.187	0.012	0.163	0.212	1.248
Cáncer	0.035	0.005	0.024	0.045	1.106
Enfermedades pulmonares	0.107	0.010	0.087	0.127	1.306
Enfermedades del corazón	0.189	0.013	0.164	0.214	1.319
Incapacidad					
AVDs (1 o más)	0.223	0.014	0.194	0.252	1.515
AIVDs (1 o más)	0.323	0.018	0.287	0.359	1.839
Arreglos domiciliarios					
Solo	0.170	0.012	0.145	0.195	1.382
Con pareja	0.404	0.015	0.374	0.435	1.206
Con otras personas	0.426	0.015	0.396	0.456	1.160

Tabla I.8b-3 Errores muestrales y efectos de diseño para variables seleccionadas (Hombres), Sao Paulo (Brasil)

Variable	Estimador	Error Std.	[95% Intervalo de Confianza]		Efecto de diseño
Edad					
60-64	0.344	0.027	0.290	0.398	2.837
65-74	0.464	0.030	0.404	0.525	3.207
75 o más	0.192	0.029	0.133	0.251	4.894
Educación					
Sin educación	0.180	0.019	0.142	0.219	2.201
Primaria	0.634	0.028	0.578	0.691	2.998
Secundaria o más	0.182	0.030	0.121	0.242	5.366
Estado marital					
Nunca casado	0.044	0.008	0.028	0.060	1.338
En unión	0.791	0.018	0.756	0.826	1.645
Divorciado, separado, viudo	0.165	0.016	0.132	0.198	1.717
Fuerza de trabajo					
Activo	0.400	0.025	0.351	0.450	2.231
Condiciones de salud autoreportadas					
Muy buena	0.107	0.016	0.076	0.139	2.281
Buena	0.377	0.019	0.339	0.415	1.339
Regular	0.444	0.019	0.406	0.482	1.292
Pobre	0.072	0.010	0.052	0.091	1.289
Salud mental)					
Depresión	0.134	0.012	0.109	0.159	1.041
Deterioro cognoscitivo	0.125	0.014	0.097	0.153	1.589
Condiciones crónicas de salud					
Bajo peso	0.021	0.005	0.011	0.030	0.901
Obeso	0.091	0.010	0.071	0.111	1.069
Artritis	0.208	0.015	0.177	0.239	1.266
Hipertensión	0.495	0.021	0.452	0.537	1.559
Diabetes	0.170	0.017	0.135	0.205	1.853
Cáncer	0.031	0.006	0.018	0.044	1.208
Enfermedades pulmonares	0.144	0.013	0.118	0.169	1.153
Enfermedades del corazón	0.205	0.015	0.175	0.235	1.211
Incapacidad					
AVDs (1 o más)	0.148	0.018	0.113	0.184	2.144
AIVDs (1 o más)	0.183	0.016	0.152	0.215	1.431
Arreglos domiciliarios					
Solo	0.075	0.010	0.055	0.095	1.255
Con pareja	0.782	0.017	0.748	0.817	1.528
Con otras personas	0.142	0.014	0.113	0.172	1.568

Tabla I.8a-4 Errores muestrales y efectos de diseño para variables seleccionadas (Mujeres), Santiago (Chile)

Variable	Estimador	Error Std.	[95% Intervalo de Confianza]		Efecto de diseño
Edad					
60-64	0.273	0.021	0.232	0.313	1.837
65-74	0.424	0.022	0.381	0.467	1.651
75 o más	0.303	0.019	0.266	0.341	1.471
Educación					
Sin educación	0.115	0.013	0.091	0.139	1.318
Primaria	0.212	0.018	0.177	0.247	1.606
Secundaria o más	0.459	0.022	0.416	0.502	1.656
Estado marital					
Nunca casada	0.087	0.011	0.064	0.109	1.413
En unión	0.419	0.023	0.374	0.463	1.795
Divorciado, separado, viudo	0.482	0.022	0.440	0.525	1.617
Fuerza de trabajo					
Activo	0.138	0.015	0.109	0.167	1.560
Condiciones de salud autoreportadas					
Muy buena	0.036	0.008	0.021	0.052	1.459
Buena	0.303	0.021	0.263	0.344	1.714
Regular	0.437	0.022	0.394	0.480	1.651
Pobre	0.223	0.018	0.189	0.257	1.515
Salud mental					
Depresión	0.295	0.020	0.256	0.334	1.628
Deterioro cognoscitivo	0.131	0.014	0.103	0.158	1.447
Condiciones crónicas de salud					
Bajo peso	0.013	0.005	0.004	0.021	1.221
Obeso	0.320	0.021	0.280	0.360	1.656
Artritis	0.401	0.022	0.359	0.444	1.642
Hipertensión	0.556	0.022	0.513	0.599	1.655
Diabetes	0.141	0.016	0.110	0.172	1.753
Cáncer	0.057	0.010	0.037	0.077	1.640
Enfermedades pulmonares	0.108	0.013	0.082	0.134	1.526
Enfermedades del corazón	0.353	0.021	0.311	0.394	1.690
Incapacidad					
AVDs (1 o más)	0.251	0.018	0.216	0.286	1.474
AIVDs (1 o más)	0.286	0.019	0.249	0.323	1.524
Arreglos domiciliarios					
Solo	0.106	0.011	0.084	0.128	1.144
Con pareja	0.413	0.023	0.368	0.457	1.811
Con otras personas	0.481	0.022	0.438	0.524	1.619

Tabla I.8b-4 Errores muestrales y efectos de diseño para variables seleccionadas (Hombres), Santiago (Chile)

Variable	Estimador	Error Std.	[95% Intervalo de Confianza]		Efecto de diseño
Edad					
60-64	0.329	0.031	0.268	0.390	1.964
65-74	0.434	0.032	0.372	0.496	1.793
75 o más	0.237	0.031	0.177	0.297	2.291
Educación					
Sin educación	0.074	0.015	0.046	0.103	1.389
Primaria	0.174	0.023	0.129	0.220	1.673
Secundaria o más	0.505	0.033	0.441	0.570	1.900
Estado marital					
Nunca casado	0.039	0.012	0.016	0.063	1.676
En unión	0.772	0.024	0.725	0.819	1.454
Divorciado, separado, viudo	0.175	0.020	0.134	0.215	1.283
Fuerza de trabajo					
Activo	0.414	0.032	0.351	0.476	1.853
Condiciones de salud autoreportadas					
Muy buena	0.096	0.018	0.060	0.132	1.711
Buena	0.346	0.033	0.282	0.410	2.115
Regular	0.392	0.031	0.330	0.453	1.827
Pobre	0.166	0.022	0.123	0.209	1.541
Salud mental					
Depresión	0.189	0.023	0.143	0.235	1.552
Deterioro cognoscitivo	0.093	0.018	0.058	0.128	1.702
Condiciones crónicas de salud					
Bajo peso	0.007	0.004	-0.001	0.015	0.988
Obeso	0.251	0.028	0.196	0.306	1.875
Artritis	0.132	0.023	0.087	0.177	1.982
Hipertensión	0.450	0.032	0.387	0.514	1.857
Diabetes	0.120	0.021	0.079	0.162	1.834
Cáncer	0.018	0.006	0.006	0.029	0.817
Enfermedades pulmonares	0.136	0.020	0.096	0.176	1.552
Enfermedades del corazón	0.278	0.027	0.224	0.332	1.664
Incapacidad					
AVDs (1 o más)	0.173	0.023	0.126	0.219	1.737
AIVDs (1 o más)	0.152	0.022	0.109	0.194	1.615
Arreglos domiciliarios					
Solo	0.063	0.011	0.040	0.085	0.998
Con pareja	0.766	0.024	0.719	0.813	1.419
Con otras personas	0.171	0.021	0.129	0.213	1.432

Tabla I.8a-5 Errores muestrales y efectos de diseño para variables seleccionadas (Mujeres), La Habana (Cuba)

Variable	Estimador	Error Std.	[95% Intervalo de Confianza]		Efecto de diseño
Edad					
60-64	0.262	0.014	0.236	0.289	1.133
65-74	0.398	0.015	0.368	0.428	1.168
75 o más	0.340	0.014	0.313	0.367	0.997
Educación					
Sin educación	0.051	0.006	0.039	0.063	0.973
Primaria	0.560	0.017	0.526	0.595	1.479
Secundaria o más	0.384	0.018	0.349	0.419	1.602
Estado marital					
Nunca casada	0.032	0.005	0.023	0.041	0.872
En unión	0.230	0.013	0.205	0.255	1.092
Divorciado, separado, viudo	0.737	0.013	0.711	0.762	1.041
Fuerza de trabajo					
Activo	0.079	0.008	0.063	0.095	1.109
Condiciones de salud autoreportadas					
Muy buena	0.044	0.007	0.030	0.057	1.359
Buena	0.240	0.013	0.214	0.266	1.161
Regular	0.477	0.013	0.451	0.504	0.872
Pobre	0.138	0.010	0.117	0.158	1.081
Salud mental					
Depresión	0.236	0.013	0.209	0.262	1.208
Deterioro cognoscitivo	0.127	0.011	0.105	0.149	1.316
Condiciones crónicas de salud					
Bajo peso	0.070	0.008	0.053	0.086	1.277
Obeso	0.175	0.118	0.152	0.199	1.152
Artritis	0.669	0.014	0.642	0.697	1.036
Hipertensión	0.498	0.015	0.468	0.528	1.100
Diabetes	0.200	0.013	0.175	0.225	1.226
Cáncer	0.036	0.006	0.025	0.047	1.075
Enfermedades pulmonares	0.128	0.011	0.106	0.149	1.262
Enfermedades del corazón	0.274	0.014	0.247	0.302	1.154
Incapacidad					
AVDs (1 o más)	0.224	0.012	0.201	0.248	0.995
AIVDs (1 o más)	0.246	0.014	0.219	0.273	1.193
Arreglos domiciliarios					
Solo	0.119	0.010	0.098	0.139	1.186
Con pareja	0.223	0.013	0.198	0.249	1.131
Con otras personas	0.658	0.015	0.630	0.687	1.115

Tabla I.8b-5 Errores muestrales y efectos de diseño para variables seleccionadas (Hombres), La Habana (Cuba)

Variable	Estimador	Error Std.	[95% Intervalo de Confianza]		Efecto de diseño
Edad					
60-64	0.304	0.019	0.266	0.342	1.257
65-74	0.431	0.020	0.392	0.471	1.147
75 o más	0.265	0.017	0.231	0.299	1.080
Educación					
Sin educación	0.040	0.008	0.024	0.056	1.227
Primaria	0.434	0.019	0.395	0.472	1.080
Secundaria o más	0.526	0.020	0.488	0.565	1.072
Estado marital					
Nunca casado	0.029	0.007	0.016	0.042	1.059
En unión	0.644	0.021	0.603	0.685	1.348
Divorciado, separado, viudo	0.325	0.020	0.285	0.365	1.326
Fuerza de trabajo					
Activo	0.350	0.020	0.310	0.389	1.255
Condiciones de salud autoreportadas					
Muy buena	0.059	0.011	0.038	0.081	1.506
Buena	0.370	0.020	0.330	0.409	1.209
Regular	0.429	0.021	0.387	0.471	1.307
Pobre	0.093	0.012	0.069	0.116	1.218
Salud mental					
Depresión	0.121	0.014	0.093	0.149	1.309
Deterioro cognoscitivo	0.065	0.009	0.047	0.083	0.989
Condiciones crónicas de salud					
Bajo peso	0.099	0.011	0.076	0.121	1.038
Obeso	0.056	0.009	0.038	0.074	1.159
Artritis	0.396	0.020	0.356	0.436	1.219
Hipertensión	0.358	0.018	0.322	0.394	1.007
Diabetes	0.073	0.010	0.053	0.092	1.027
Cáncer	0.030	0.006	0.019	0.042	0.865
Enfermedades pulmonares	0.131	0.013	0.104	0.157	1.132
Enfermedades del corazón	0.193	0.016	0.162	0.224	1.101
Incapacidad					
AVDs (1 o más)	0.141	0.013	0.115	0.168	1.038
AIVDs (1 o más)	0.144	0.015	0.115	0.173	1.262
Arreglos domiciliarios					
Solo	0.091	0.010	0.072	0.111	0.850
Con pareja	0.624	0.020	0.583	0.666	1.319
Con otras personas	0.284	0.020	0.245	0.324	1.403

Tabla I.8a-6 Errores muestrales y efectos de diseño para variables seleccionadas (Mujeres), Ciudad de México (México)

Variable	Estimador	Error Std.	[95% Intervalo de Confianza]		Efecto de diseño
<i>Edad</i>					
60-64	0.295	0.018	0.260	0.330	1.158
65-74	0.436	0.017	0.401	0.470	0.895
75 o más	0.270	0.016	0.238	0.302	0.988
<i>Educación</i>					
Sin educación	0.213	0.020	0.174	0.252	1.703
Primaria	0.578	0.021	0.537	0.619	1.313
Secundaria o más	0.193	0.023	0.147	0.238	2.494
<i>Estado marital</i>					
Nunca casada	0.057	0.009	0.040	0.075	1.106
En unión	0.387	0.017	0.353	0.422	0.959
Divorciado, separado, viudo	0.552	0.018	0.515	0.588	1.019
<i>Fuerza de trabajo</i>					
Activo	0.154	0.014	0.127	0.181	1.045
<i>Condiciones de salud autoreportadas</i>					
Muy buena	0.054	0.009	0.036	0.072	1.243
Buena	0.225	0.017	0.190	0.259	1.286
Regular	0.502	0.021	0.461	0.543	1.262
Pobre	0.216	0.016	0.186	0.247	1.049
<i>Salud mental</i>					
Depresión	0.213	0.015	0.183	0.243	0.988
Deterioro cognoscitivo	0.220	0.017	0.186	0.253	1.219
<i>Condiciones crónicas de salud</i>					
Bajo peso	0.007	0.003	0.001	0.013	0.988
Obeso	0.304	0.020	0.264	0.343	1.385
Artritis	0.311	0.019	0.273	0.350	1.303
Hipertensión	0.488	0.019	0.450	0.527	1.109
Diabetes	0.209	0.016	0.177	0.241	1.170
Cáncer	0.025	0.006	0.013	0.037	1.091
Enfermedades pulmonares	0.111	0.013	0.085	0.138	1.344
Enfermedades del corazón	0.101	0.011	0.080	0.122	0.915
<i>Incapacidad</i>					
AVDs (1 o más)	0.214	0.016	0.182	0.246	1.150
AIVDs (1 o más)	0.286	0.017	0.252	0.320	1.068
<i>Arreglos domiciliarios</i>					
Solo	0.117	0.013	0.092	0.142	1.140
Con pareja	0.379	0.018	0.344	0.414	0.995
Con otras personas	0.505	0.020	0.465	0.544	1.165

Tabla I.8b-6 Errores muestrales y efectos de diseño para variables seleccionadas (Hombres), Ciudad de México (México)

Variable	Estimador	Error Std.	[95% Intervalo de Confianza]		Efecto de diseño
Edad					
60-64	0.361	0.023	0.316	0.406	1.141
65-74	0.436	0.022	0.391	0.480	1.025
75 o más	0.203	0.017	0.170	0.237	0.895
Educación					
Sin educación	0.151	0.019	0.113	0.189	1.446
Primaria	0.585	0.027	0.533	0.638	1.474
Secundaria o más	0.250	0.028	0.196	0.305	2.042
Estado marital					
Nunca casado	0.019	0.006	0.006	0.031	1.068
En unión	0.768	0.019	0.731	0.805	1.010
Divorciado, separado, viudo	0.212	0.018	0.176	0.247	0.979
Fuerza de trabajo					
Activo	0.467	0.023	0.421	0.512	1.062
Condiciones de salud autoreportadas					
Muy buena	0.091	0.015	0.060	0.121	1.473
Buena	0.246	0.019	0.208	0.284	1.016
Regular	0.497	0.024	0.450	0.543	1.127
Pobre	0.162	0.016	0.130	0.194	0.984
Salud mental					
Depresión	0.148	0.015	0.118	0.179	0.905
Deterioro cognoscitivo	0.139	0.018	0.102	0.175	1.420
Condiciones crónicas de salud					
Bajo peso	0.005	0.004	-0.002	0.013	1.370
Obeso	0.163	0.183	0.127	0.199	1.242
Artritis	0.159	0.017	0.126	0.192	1.050
Hipertensión	0.348	0.023	0.302	0.394	1.190
Diabetes	0.224	0.020	0.184	0.263	1.185
Cáncer	0.010	0.005	0.001	0.019	1.055
Enfermedades pulmonares	0.081	0.012	0.058	0.104	0.921
Enfermedades del corazón	0.098	0.014	0.070	0.127	1.164
Incapacidad					
AVDs (1 o más)	0.161	0.018	0.126	0.197	1.197
AIVDs (1 o más)	0.144	0.016	0.112	0.177	1.086
Arreglos domiciliarios					
Solo	0.073	0.011	0.051	0.096	0.953
Con pareja	0.750	0.020	0.710	0.790	1.093
Con otras personas	0.177	0.018	0.141	0.213	1.146

Tabla I.8a-7 Errores muestrales y efectos de diseño para variables seleccionadas (Mujeres), Montevideo (Uruguay)

Variable	Estimador	Error Std.	[95% Intervalo de Confianza]		Efecto de diseño
Edad					
60-64	0.219	0.017	0.186	0.252	1.507
65-74	0.471	0.018	0.435	0.507	1.214
75 o más	0.310	0.017	0.278	0.343	1.165
Educación					
Sin educación	0.050	0.008	0.036	0.065	1.065
Primaria	0.672	0.020	0.633	0.711	1.645
Secundaria o más	0.274	0.020	0.234	0.313	1.850
Estado marital					
Nunca casada	0.036	0.007	0.023	0.049	1.200
En unión	0.352	0.020	0.312	0.393	1.670
Divorciado, separado, viudo	0.610	0.021	0.568	0.652	1.725
Fuerza de trabajo					
Activo	0.115	0.012	0.092	0.139	1.260
Condiciones de salud autoreportadas					
Muy buena	0.160	0.014	0.133	0.188	1.339
Buena	0.406	0.017	0.373	0.439	1.049
Regular	0.349	0.015	0.318	0.379	0.952
Pobre	0.085	0.012	0.061	0.109	1.726
Salud mental					
Depresión	0.222	0.016	0.191	0.254	1.262
Deterioro cognoscitivo	0.021	0.005	0.012	0.030	0.974
Condiciones crónicas de salud					
Bajo peso	0.011	0.005	0.002	0.021	1.808
Obeso	0.399	0.019	0.361	0.436	1.363
Artritis	0.574	0.018	0.539	0.610	1.220
Hipertensión	0.495	0.019	0.458	0.532	1.273
Diabetes	0.145	0.013	0.118	0.171	1.303
Cáncer	0.073	0.010	0.054	0.092	1.237
Enfermedades pulmonares	0.083	0.009	0.066	0.101	0.898
Enfermedades del corazón	0.245	0.016	0.213	0.276	1.262
Incapacidad					
AVDs (1 o más)	0.210	0.014	0.181	0.238	1.138
AIVDs (1 o más)	0.163	0.013	0.137	0.190	1.173
Arreglos domiciliarios					
Solo	0.223	0.020	0.182	0.264	2.208
Con pareja	0.316	0.021	0.273	0.358	1.958
Con otras personas	0.461	0.020	0.422	0.500	1.429

Tabla I.8b-7 Errores muestrales y efectos de diseño para variables seleccionadas (Hombres), Montevideo (Uruguay)

Variable	Estimador	Error Std.	[95% Intervalo de Confianza]		Efecto de diseño
Edad					
60-64	0.200	0.018	0.164	0.237	1.124
65-74	0.515	0.023	0.470	0.560	1.089
75 o más	0.285	0.024	0.237	0.333	1.538
Educación					
Sin educación	0.026	0.009	0.009	0.043	1.540
Primaria	0.645	0.027	0.593	0.698	1.644
Secundaria o más	0.327	0.025	0.277	0.377	1.554
Estado marital					
Nunca casado	0.033	0.008	0.017	0.049	1.019
En unión	0.720	0.026	0.667	0.772	1.818
Divorciado, separado, viudo	0.239	0.023	0.192	0.285	1.574
Fuerza de trabajo					
Activo	0.204	0.023	0.158	0.250	1.745
Condiciones de salud autoreportadas					
Muy buena	0.189	0.018	0.154	0.225	1.106
Buena	0.501	0.026	0.450	0.552	1.415
Regular	0.268	0.024	0.220	0.316	1.567
Pobre	0.042	0.009	0.023	0.060	1.182
Salud mental					
Depresión	0.113	0.018	0.077	0.148	1.606
Deterioro cognoscitivo	0.014	0.006	0.003	0.025	1.199
Condiciones crónicas de salud					
Bajo peso	0.037	0.009	0.020	0.054	1.124
Obeso	0.174	0.024	0.127	0.221	2.087
Artritis	0.321	0.024	0.272	0.370	1.494
Hipertensión	0.377	0.022	0.332	0.421	1.095
Diabetes	0.124	0.017	0.090	0.158	1.401
Cáncer	0.045	0.009	0.027	0.062	0.978
Enfermedades pulmonares	0.109	0.016	0.078	0.140	1.338
Enfermedades del corazón	0.226	0.016	0.195	0.258	0.770
Incapacidad					
AVDs (1 o más)	0.108	0.013	0.083	0.134	0.902
AIVDs (1 o más)	0.079	0.012	0.054	0.103	1.094
Arreglos domiciliarios					
Solo	0.128	0.018	0.093	0.163	1.453
Con pareja	0.337	0.027	0.284	0.391	1.751
Con otras personas	0.535	0.028	0.479	0.590	1.666

CAPÍTULO 4: CARACTERÍSTICAS ESPECIALES DE LA ENCUESTA SABE

Como en toda encuesta de envejecimiento, el instrumento utilizado en el estudio SABE contiene varias características que se encuentran raramente dentro de instrumentos de recolección de datos convencionales. En este capítulo se revisa el contenido del cuestionario principal poniendo énfasis en el examen de cuatro de sus características únicas.

4.1. Naturaleza del cuestionario

El cuestionario fue intencionalmente diseñado para producir información comparable con la de otros países. En particular, el objetivo fue incluir módulos y secciones basadas en la Encuesta de Salud y Jubilación (Health and Retirement Survey) (*citation*), la Encuesta AHEAD (*citation*) y un conjunto de encuestas realizadas por Centro de Estudios de Población del Universidad de Michigan y sus colaboradores locales en varios países del Asia (*citation*). Al mismo tiempo que se busco fortalecer la comparabilidad, se aseguro que los módulos incluidos fuesen relevantes a la realidad de cada país que era investigado. El resultado final es apropiado para la identificación de lo que es particular en el proceso de envejecimiento en los países de la región y las semejanzas que comparten con otros países.

El cuestionario (ver Apéndice 2) esta dividido en los siguientes módulos: características demográficas básicas, características socioeconómicas de la persona, pertenencia al hogar y características de la vivienda, autoevaluación de la salud y condiciones crónicas, uso y acceso a los servicios de salud, medicamentos, cognición y depresión, evaluación nutricional, actividades del vivir diario (AVD) y actividades instrumentales del vivir diario (AIVD), historia de trabajo e ingresos, propiedad y activos, transferencias familiares e institucionales.

El cuestionario fue solo uno de los dos ámbitos del protocolo para recolectar información. El segundo ámbito fue la parte antropométrica (peso, altura, altura de rodilla, circunferencia del brazo, circunferencia de la cintura y la cadera, pliegue tricípital, circunferencia de la pantorrilla y ancho de la muñeca) y movilidad y flexibilidad (balance en uno y dos pies y rutina de sentarse y pararse).

Las secciones que siguen destaca la naturaleza e importancia de cuatro de las características especiales del protocolo: cognición, depresión, estado nutricional y antropometría.

4.2. Cognición

El funcionamiento cognitivo en una dimensión importante para evaluar el nivel de fragilidad de un individuo y es una marca que indica la necesidad de servicios de atención y cuidado. Un nivel adecuado de funcionamiento cognitivo es necesario para realización de las actividades instrumentales del vivir diario, por ejemplo, comprar, cocinar y administrar medicamentos y es condición necesaria para el logro satisfactorio de las actividades básicas del diario vivir como bañarse y vestirse. No de sorprender que el deterioro severo de la capacidad cognitiva es una de las causas principales para la institucionalización de las personas adultas mayores en la mayor parte de los países del mundo (*citation*). A pesar que existe poca información concreta en América Latina y el Caribe, evidencias dispersas indican que la prevalencia de

institucionalización es muy baja pero en aumento. El rápido crecimiento de los hogares asistidos y las residencias de cuidado a largo plazo en Argentina, Barbados y Uruguay sugieren un aumento de la prevalencia del deterioro cognitivo entre la población adulta mayor. Grupos de residenciales, sin embargo, no fueron incluidos en la muestra. La asociación entre el deterioro cognitivo y las necesidades de cuidado de largo plazo impone un importante desafío en todas las sociedades envejecidas.

Debido a esta asociación un esfuerzo especial fue realizado para medir niveles de cognición en la población investigada. El desafío fue la realización de esta evaluación utilizando un instrumento desprovisto de los sesgos culturales existentes y que sea apropiado para una población con un nivel de educación relativamente bajo.

a. El MMSE

La medición del deterioro cognitivo es una tarea complicada, hecho aún más difícil por la falta de un instrumento validado para el uso de personas con bajo nivel de educación que hablan español. EL equipo de SABE selecciono el “Mini-Mental State Examination” de Folstein (también conocido como MMSE) debido a que fue validado en Chile utilizando exámenes clínicos como la norma de comparación. El MMSE es un instrumento bastante conocido que obtiene información sobre varias dimensiones de la cognición, incluyendo orientación, memoria, cálculos simples, funcionamiento ejecutivo y lenguaje. Sin embargo, debido a que se encontró que el MMSE validado retenía un fuerte sesgo educacional (Fillenbaum et al., 1988 Herzog et al., 1997), se decidió validar una nueva versión del MMSE a fin de minimizar el sesgo introducido por el bajo nivel educativo de las personas.

b. Revisiones del MMSE

Utilizando información a partir de la MMSE completa en la base de datos de Chile del estudio de Demencia de la Organización Mundial de la Salud, el equipo de investigación de SABE en Chile identificó las asociaciones existentes entre varios de los ítems presentes en estos datos y la demencia diagnosticada. Esto les permitió formular una versión abreviada del MMSE que contiene un sesgo educacional menor que las formulaciones convencionales del MMSE. El nuevo, reformulado y abreviado MMSE conocido como AMMSE contiene 9 ítems (contra 19 del MMSE original). Un punto de corte de 12 fue identificado en el análisis para separar a la población con un deterioro cognitivo perceptible del resto de los entrevistados. Como consecuencia, personas con una puntuación de 12 o menos fueron consideradas con deterioro cognitivo.

Cuando la persona objetivo registró 12 puntos o menos en el AMMSE, el cuestionario de evaluación funcional portátil (Portable Functional Assessment Questionnaire-Pfeffer) fue aplicado a un acompañante o cuidador del entrevistado. El objetivo del PFAQ es confirmar que la reducción del nivel cognitivo esta en realidad acompañado por limitaciones en la capacidad de la persona, indicando de este modo una forma avanzada de demencia o desordenes relacionados. El punto de corte para la versión del PFAQ es 6 y cualquier persona que obtiene 6 puntos o más es considerada con incapacitada para funcionar independientemente. Cuando el puntaje de la persona entrevistada (target) es de 12 o menos en el AMMSE pero el puntaje en el

PFAQ es por debajo de 6, la entrevista continuaba normalmente. Cuando el puntaje de la persona entrevistada era 12 o menos y el puntaje del PFAQ fue 6 o más, se procedió a entrevistar al sustituto (proxy) de la persona objetivo. EL sustituto fue también utilizado cuando el individuo entrevistado ya estaba incapacitado para contestar desde el inicio de la encuesta las preguntas básicas incluidas en el primer modulo del cuestionario (edad, fecha de nacimiento, fecha de entrevista). A pesar que el AMMSE no fue administrado a estas personas incapacitadas, el PFAQ fue aplicado al sustituto para confirmar el grado de daño cognitivo y funcional.

4.3. Depresión

La evaluación de los síntomas de depresión fue llevado a cabo utilizando la Escala Abreviada de Depresión Geriátrica (Abbreviated Geriatric Depression Scale-GDS) (Sheikh et al y Yesavage, 1986) la cual contiene 15 ítems. La GDS, validada para el uso con personas adultas mayores en países desarrollados no ha sido validada en América Latina pero es utilizada en las prácticas clínicas.

La GDS solo fue administrada a aquellas personas entrevistadas que no mostraron deterioro cognitivo ya que la prueba no es aplicada a los sustitutos. La prevalencia de síntomas depresivos en personas con deterioro cognitivo (aquellos que utilizaron una encuesta al sustituto) requiere un examen clínico y por lo tanto no fue incluido como parte de la encuesta.

Convencionalmente, el punto de corte para los síntomas de depresión leve es 6 puntos. Para un estado de depresión severa el corte es 11. Cuando una persona no contesto las 15 preguntas, se creó una variable representando el puntaje total observado de los ítems contestados. Utilizando este puntaje de pseudo depresión para la muestra completa producirá un límite inferior para el porcentaje total de personas con síntomas de depresión leve o severa.

4.4. Estado nutricional

Las deficiencias nutricionales son muy comunes entre las personas adultas mayores y puede tener serias consecuencias. En muchos casos la malnutrición es un resultado de alguna enfermedad subyacente pero en muchos casos esta asociada con un inadecuado consumo de alimentos inducido por la falta de acceso e inhabilidad para preparar comidas o dificultades para masticar e ingerir alimentos.

La Mini Evaluación Nutricional (Mini Nutritional Assessment-MNA) es una herramienta universalmente utilizada para evaluar la desnutrición en personas adultas mayores. Fue desarrollado y validado en grandes muestras representativas de personas adultas mayores en varias partes del mundo. Un gran número de estudios ha utilizado la MNA para identificar las personas en riesgo nutricional. La versión original de la MNA fue adoptada por SABE y administrada en todos los países participantes. Debido a que en la práctica la MNA requiere la inclusión de información sobre aspectos seleccionados de las medidas antropométricas, puntajes derivados deben utilizarse juntamente con resultados de las mediciones antropométricas.

4.5. Medidas físicas, mediciones antropométricas y flexibilidad y movilidad

Una gran cantidad de información sobre el estado nutricional puede ser derivada de las medidas antropométricas simples tales como peso y altura de las personas. Es una práctica común, por ejemplo, el uso del Índice de Masa Corporal (BMI) para generar indicadores sobre malnutrición u obesidad. De manera similar, información sobre BMI junto a estadísticas sobre mortalidad, enfermedades crónicas e incapacidad pueden abrir oportunidades para investigación que busca la conexión que existe entre varias dimensiones del proceso del deterioro de la salud. De la misma manera, otras medidas que no son colectadas en forma rutinaria tal como circunferencia de la cintura y la cadera han sido recientemente utilizadas para determinar la densidad de los depósitos de grasa para proveer una base empírica de la relación que existe entre el estrés o excitación recurrente, disfunción hormonal y almacenamiento de lípidos (Adler et al., 2001).

El protocolo de SABE incluyó las medidas antropométrica mencionadas arriba y otras que tienen una importancia independiente (tal como ancho de la muñeca) o que pueden ser utilizados para reforzar y volver más robustas algunas de las otras medidas. Este es el caso, por ejemplo, de la altura de la rodilla que sirve como un indicador de la altura en un modelo de regresión para estimar la altura de las personas cuya masa ósea ha sido considerablemente comprimida.

Además de las medidas antropométricas, el protocolo utilizado en SABE exigió la evaluación de la flexibilidad y movilidad a través del uso de ejercicios simples y de la evaluación del entrevistador sobre el desempeño del entrevistado. Tal es el caso de la acción de pararse sobre un pie, balance sobre dos pies y el ejercicio repetido de pararse y sentarse. Un desempeño pobre en estos ejercicios simples puede indicar la presencia de limitaciones físicas y es un buen predictor de la mortalidad.

Los dos componentes del protocolo utilizado en SABE, el cuestionario así como las medidas antropométricas y los ejercicios de movilidad y flexibilidad, reflejan el conocimiento disponible más reciente respecto al estado de físico y mental del adulto mayor. Este, conjuntamente con la información recolectada sobre las otras dimensiones de la vida personal y familiar de los individuos y de su funcionamiento en el gran contexto social, debería ofrecer oportunidades para los científicos y los creadores de políticas para evaluar la naturaleza del proceso de envejecimiento en la región.

4.6. Módulos especiales del Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

El Banco Interamericano de Desarrollo financió la inclusión de tres módulos especiales al cuestionario central de SABE. El módulo H 31 a H47 incluye preguntas sobre la economía doméstica y el consumo de bienes y servicios específicos en el hogar; el módulo J14 a J39 incluye preguntas sobre las barreras ambientales y la demanda de los dispositivos técnicos de apoyo; el módulo M01 a M06 incluye preguntas sobre las actividades de recreación y el uso del tiempo libre. Estos módulos estaban incluidos al final de la encuesta en Santiago de Chile, Buenos Aires y Montevideo. El propósito de estas preguntas fue evaluar la demanda de los mercados especiales para satisfacer las necesidades y deseos específicos de las personas de edad y su buena disposición para pagar por ellos.

SECCION II

RESULTADOS PRELIMINARES

1. INTRODUCCIÓN

Esta sección presenta un corto resumen de algunos de los resultados más importantes de las encuestas. No se realizó ningún intento de postular una hipótesis ni proveer una perspectiva comparativa para examinar las diferencias y similitudes entre países. El intento es más bien mostrar características importantes que sobresalen dentro de cada uno de los módulos más importantes del cuestionario, a saber, características demográficas y sociales, arreglos domiciliarios, participación en la fuerza laboral y estado de salud física y mental. Esta sección está organizada para responder y destacar las preocupaciones asociadas con el proceso de envejecimiento en la región que fueron planteados en el Capítulo 1 de la Sección I. Se espera que la sección sea informativa de manera general y, más importante, que planteara preguntas y dudas que solo pueden resolverse mediante un análisis minucioso de los datos.

Los datos son presentados en Tablas y en forma de gráficos simples ordenados por temas y países. Dos tipos de gráficos son incluidos aquí. Primero están aquellos con todas las edades detalladas provenientes de los datos de cada país. Estos gráficos revelan patrones generales pero también son afectados por el ruido que producen la información escasa a edades más avanzadas. El segundo tipo de gráficos se construyó utilizando grupos de edad extensos, 60-64, 65-74 y 75 o más. La decisión de utilizar este agrupamiento en lugar de una clasificación alternativa fue realizada por varias razones. Primero, los grupos de edad 60-64 y 75 y más pueden ser considerados como “jóvenes” y “viejos” adultos mayores, respectivamente. Por supuesto, esta distinción es demasiado gruesa para capturar los cambios sutiles que ocurren continuamente y no discretamente, pero es sutil para identificar características en las diferentes etapas del envejecimiento. Segundo, fue la única desagregación que permitió separar los viejos mayores (de 75 y más) de otros grupos de edad que muchas veces son tratados juntos y otras veces por separado. En muchos países la población adulta mayor se refiere a la población mayor de 65 años, mientras que la costumbre en la mayoría de los países ha sido en general la población mayor de 60 años. Presentar información separadamente para ambos puede al menos proveer una idea sobre la diferencia que se produce cuando se utiliza una de las dos definiciones.

2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES

2.1 Edad y género

Las Figuras 1a-1 a 1b-7 muestran para cada ciudad el perfil de la edad de la población estudiada por sexo. Las figuras para cada ciudad son “gráficos de punta” que muestran el número absoluto de personas para las edades simples en la muestra. Esto fue realizado en lugar de graficar la tradicional distribución de proporciones por edad para dar al lector un sentido de magnitud y para asociar cada grupo de edad con el número absoluto de personas estudiadas.

Estos perfiles de edad revelan dos patrones. Para la mayor parte de los países se obtiene una curva que sube a partir de la edad 60, alcanza en máximo alrededor de 70 años y luego desciende gradualmente. Solo México y Cuba muestran un perfil que decrece monótonamente. La falta de monotonicidad de las curvas de edad en los restantes países podría ser resultado de fluctuaciones en la fecundidad pasada y, particularmente, del crecimiento de nacimientos que siguió la gran depresión. Esto condujo a que las cohortes de nacimiento más viejas sean de un tamaño suficientemente grande como para compensar el incremento de mortalidad que experimentan por el hecho de ser adultos mayores. Sin embargo, adicional control con datos nacionales es necesario para establecer si la muestra reproduce una característica general de la población o si se trata de una idiosincrasia. Otras irregularidades son atribuidas al pequeño tamaño de la muestra a edades más avanzadas.

La Tabla II.1 muestra la distribución de la población estudiada por grupos de edad y sexo en las siete ciudades incluidas en la muestra. Debe notarse el contraste entre las distribuciones de edad jóvenes –como las de la Ciudad de México y San Pablo—y las distribuciones viejas de Bridgetown, Buenos Aires y Montevideo. Estos contrastes son, como se mencionó antes, una función de las historias pasadas de la disminución de la fecundidad y mortalidad en la región. Países que experimentaron una transición tardía muestran más bien distribuciones jóvenes de su población mayor de 60 años mientras que sus predecesores muestran signos de distribuciones mucho más viejas para este grupo de adultos mayores.

Tabla II.1 Distribución porcentual de los adultos mayores por sexo, grupos de edad y ciudades de estudio, 2001

Ciudad	60 años y más		Mujeres			Hombres		
	Mujeres	Hombres	60-64	64-74	75+	60-64	64-74	75+
Buenos Aires	62	38	21.52	49.94	28.55	22.82	51.22	25.96
Bridgetown	60	40	20.79	42.51	36.69	15.62	46.99	37.40
San Pablo	58	42	30.80	45.00	24.20	34.40	46.43	19.17
Santiago	66	34	27.29	42.40	30.31	32.88	43.38	23.73
La Habana	59	41	26.24	39.78	33.98	30.39	43.14	26.47
C. de México	56	44	29.48	43.55	26.97	36.10	43.56	20.34
Montevideo	64	36	21.91	47.06	31.03	20.00	51.48	28.52

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001 & reportes preliminares

Figura 1a-1. Distribución de la población adulta mayor femenina por edad, Buenos Aires (Argentina)

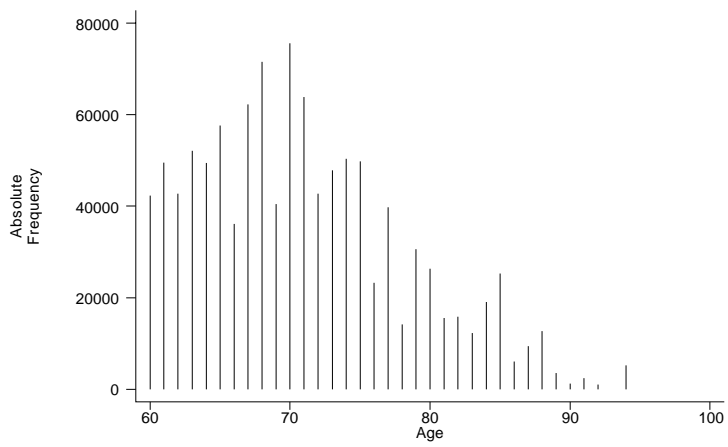


Figura 1b-1. Distribución de la población adulta mayor masculina por edad, Buenos Aires (Argentina)

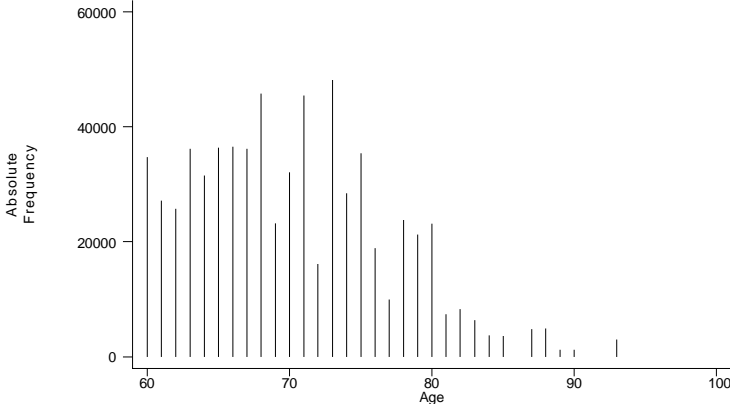


Figura 1a-2. Distribución de la población adulta mayor femenina por edad, Bridgetown (Barbados)

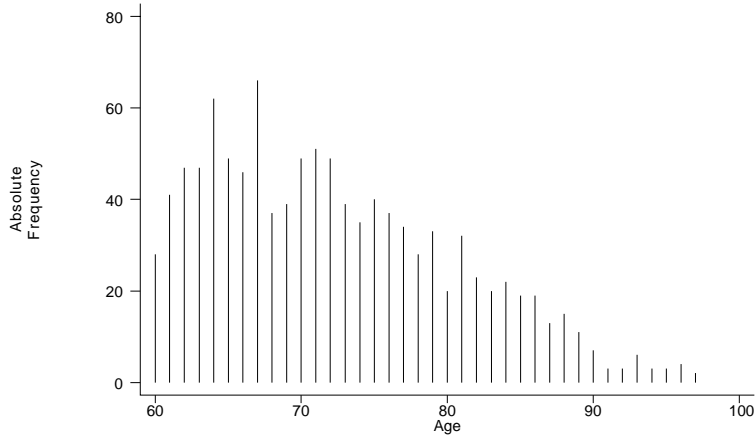


Figura 1b-2. Distribución de la población adulta mayor masculina por edad, Bridgetown (Barbados)

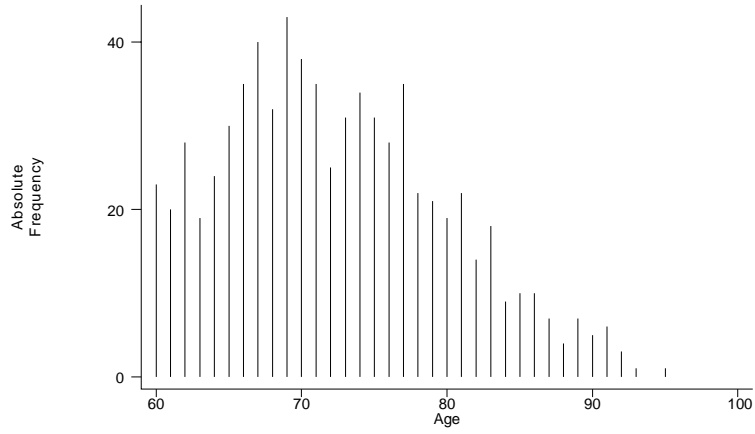


Figura 1a-3. Distribución de la población adulta mayor femenina por edad, San Pablo (Brasil)

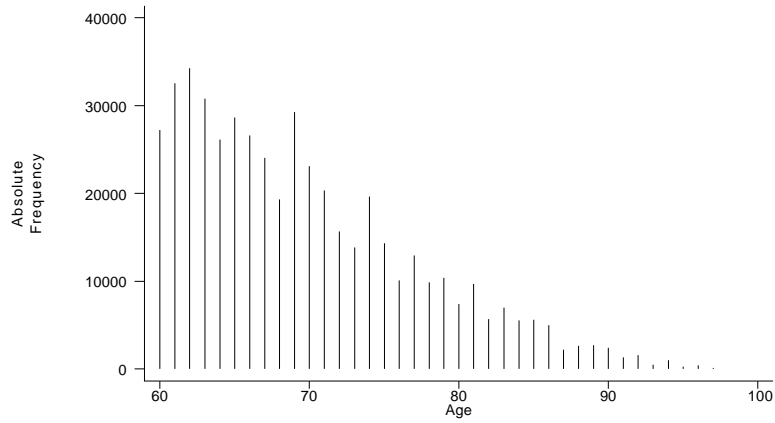


Figura 1b-3. Distribución de la población adulta mayor femenina por edad, San Pablo (Brasil)

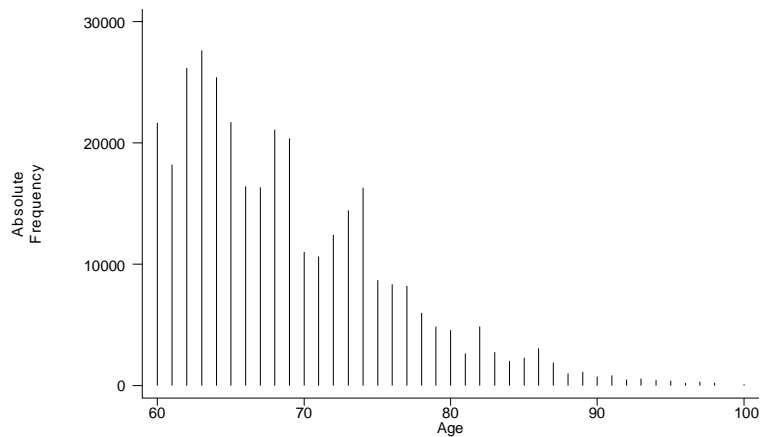


Figura 1a-4. Distribución de la población adulta mayor femenina por edad, Santiago (Chile)

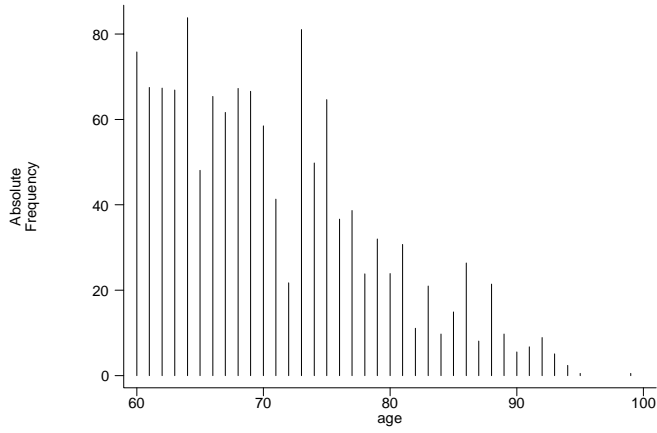


Figura 1b-4. Distribución de la población adulta mayor masculina por edad, Santiago (Chile)

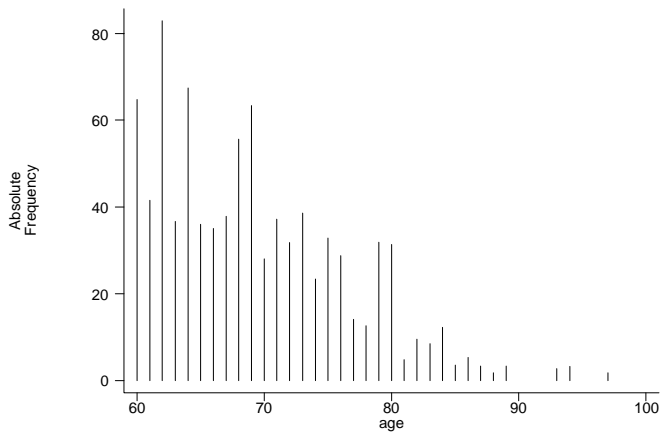


Figura 1a-5. Distribución de la población adulta mayor femenina por edad, La Habana (Cuba)

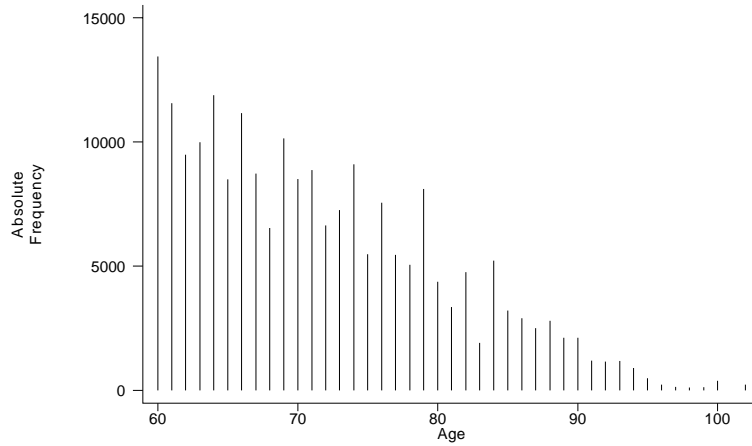


Figura 1b-5. Distribución de la población adulta mayor masculina por edad, La Habana (Cuba)

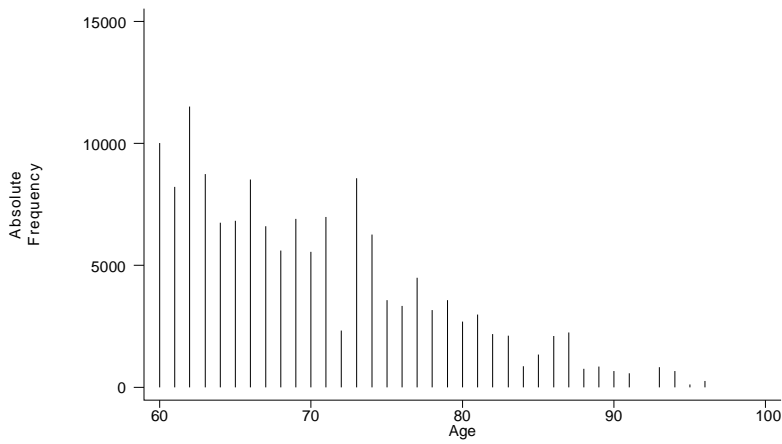


Figura 1a-6. Distribución de la población adulta mayor femenina por edad, Ciudad de México (México)

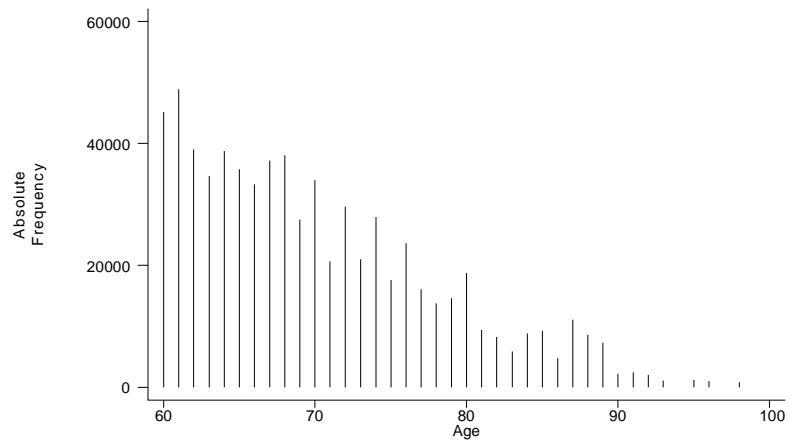


Figura 1b-6. Distribución de la población adulta mayor masculina por edad, Ciudad de México (México)

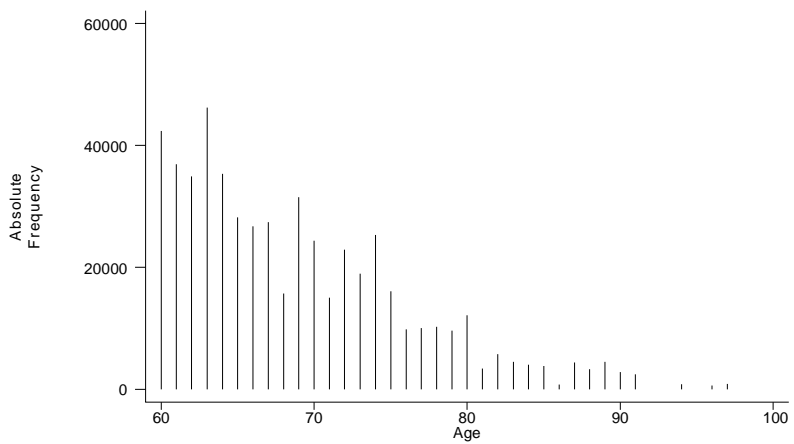


Figura 1a-7. Distribución de la población adulta mayor femenina por edad, Montevideo (Uruguay)

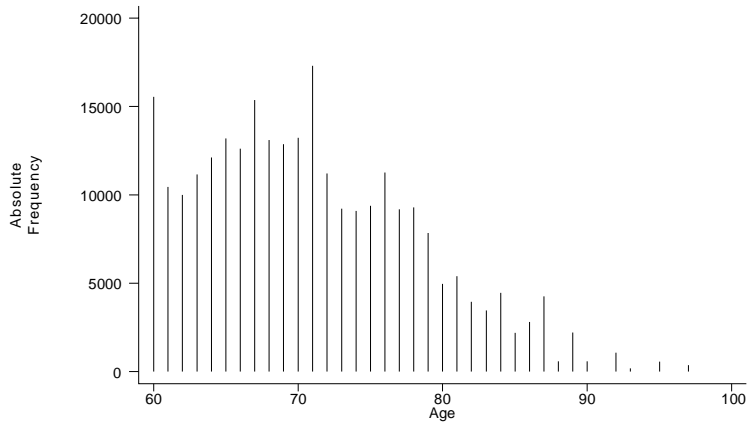
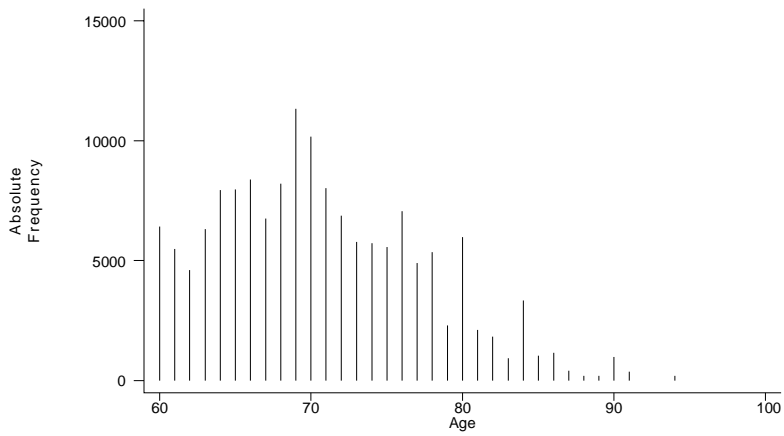


Figura 1b-7. Distribución de la población adulta mayor femenina por edad, Montevideo (Uruguay)



2.2 Estado marital

La Tabla II.2 muestra el estado marital de los adultos mayores según grupos de edad y sexo. Estos datos y las Figuras 2a-1 a la 2b-7 producen resultados esperados y corroboran la información censal, a saber, que hay un marcado aumento según edad de la proporción de adultos mayores no casados (separados, divorciados, viudos) y que las tasas de incremento (por edad) y los niveles absolutos son de lejos mas grandes en las mujeres que en los hombres. En el caso de La Habana, por ejemplo, casi el 90 por ciento de las mujeres mayores de 75 años no estuvieron casadas contra 43 por ciento de los hombres en los mismos grupos de edad. Estos contrastes se reproducen en otras ciudades que, en conjunto muestran una similitud extraordinaria entre si.

Tabla II.2: Estado marital de los adultos mayores según edad y sexo, ciudades de estudio, 2001

Estado marital, sexo y edad	Buenos Aires (Argentina)	Bridgetown (Barbados)	San Pablo (Brasil)	Santiago (Chile)	La Habana (Cuba)	C.de México (México)	Montevideo (Uruguay)
Porcentaje de la población							
Nunca casados							
Mujeres							
60-64	5.52	24.32	6.23	8.87	1.46	5.50	2.12
65-74	5.82	21.81	4.26	7.69	4.42	3.61	4.17
75 y más	7.48	22.14	5.86	10.16	3.11	9.54	3.83
Hombres							
60-64	3.32	11.40	3.44	1.62	2.49	3.22	1.73
65-74	3.42	11.01	5.45	5.71	2.86	1.33	4.64
75 y más	5.78	10.41	3.61	4.12	3.50	0.67	2.15
En unión							
Mujeres							
60-64	59.75	44.59	54.97	56.96	41.72	53.66	51.58
65-74	49.20	43.61	42.27	49.36	23.75	42.77	38.82
75 y más	20.61	18.07	22.14	19.63	7.82	16.40	18.53
Hombres							
60-64	81.09	63.16	83.27	85.29	79.48	84.60	79.80
65-74	74.90	65.18	80.90	76.33	61.01	78.63	72.83
75 y más	68.79	53.53	67.24	72.16	53.04	58.58	67.04
Separados, divorciados y Viudos							
Mujeres							
60-64	34.73	31.08	38.80	34.16	56.82	40.85	46.31
65-74	44.98	34.58	53.47	42.95	71.83	53.62	57.01
75 y más	71.91	59.80	72.00	70.20	89.08	74.06	77.64
Hombres							
60-64	15.59	25.44	13.29	13.09	18.03	12.18	18.47
65-74	21.69	23.81	13.66	17.96	36.13	20.04	22.53
75 y más	25.42	36.06	29.15	23.72	43.46	40.74	30.81

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

Figura 2a-1. Porcentaje de mujeres adultas mayores por estado marital y grupos de edad, Buenos Aires (Argentina)

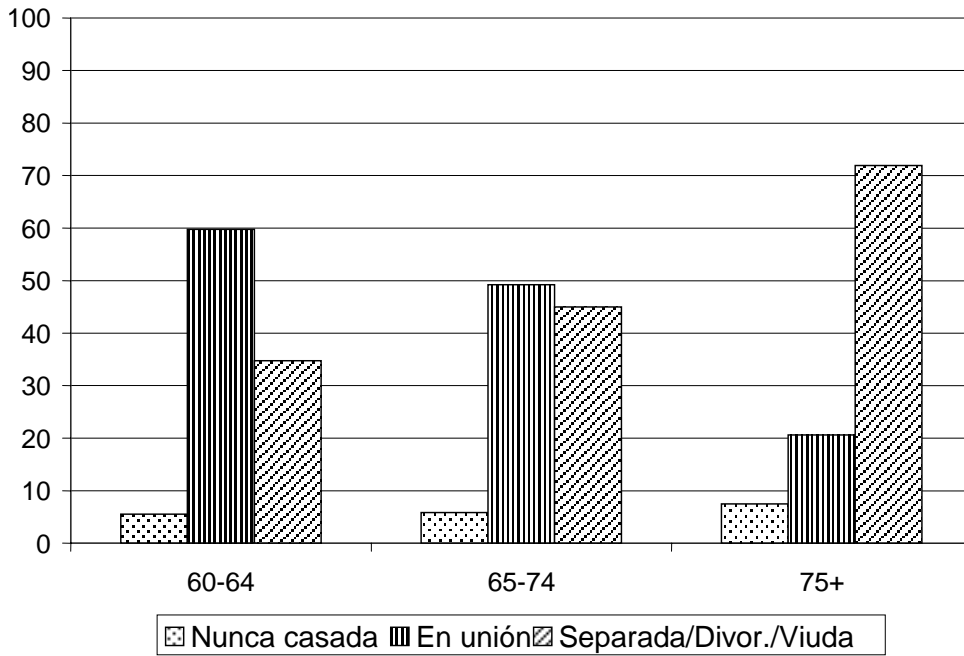


Figura 2b-1. Porcentaje de hombres adultos mayores por estado marital y grupos de edad, Buenos Aires (Argentina)

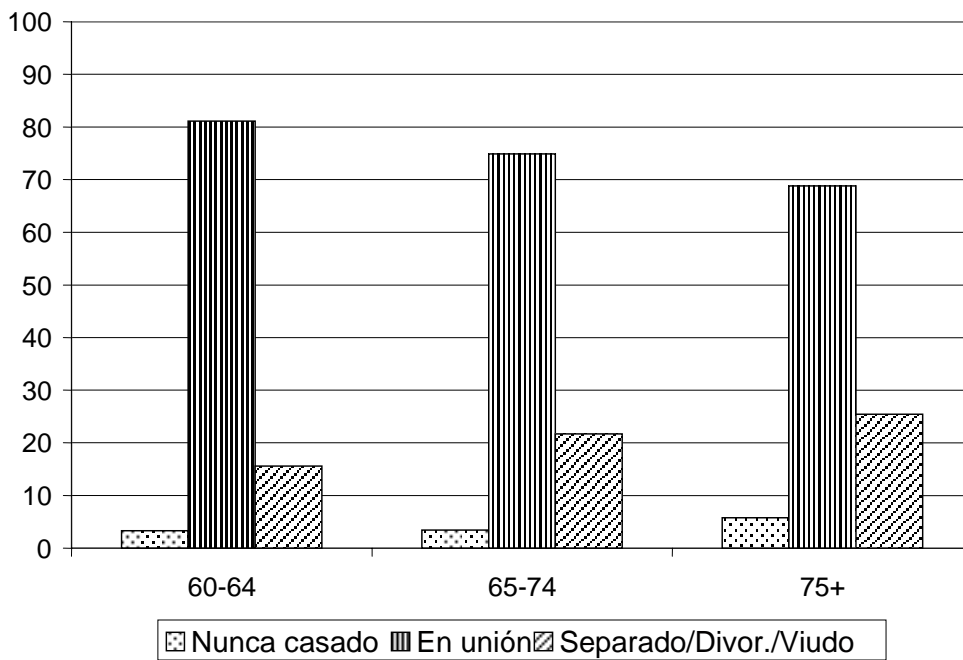


Figura 2a-2. Porcentaje de mujeres adultas mayores por estado marital y grupos de edad, Bridgetown (Barbados)

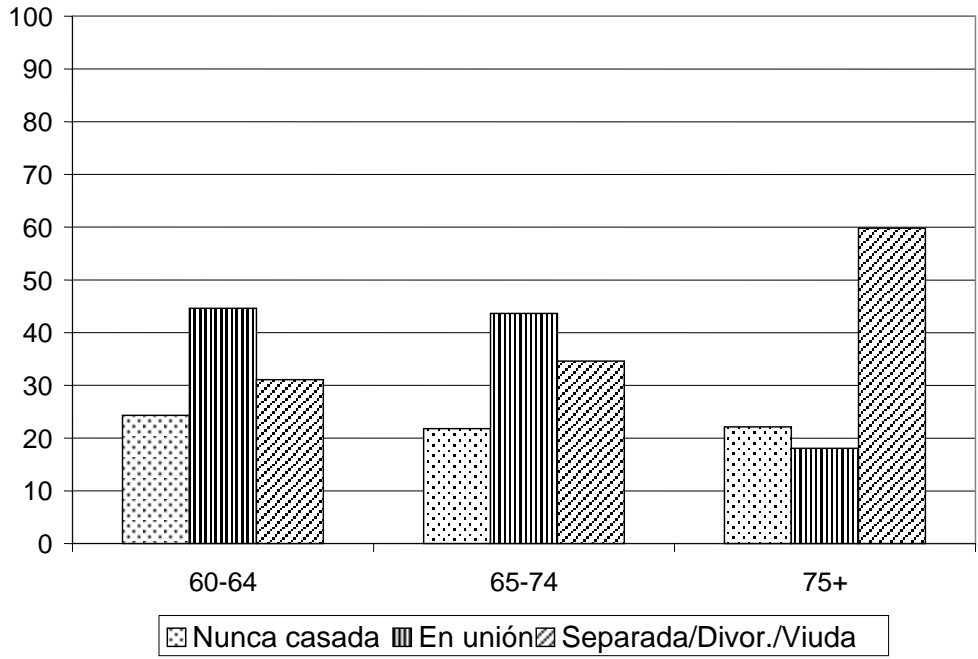


Figura 2b-2. Porcentaje de hombres adultos mayores por estado marital y grupos de edad, Bridgetown (Barbados)

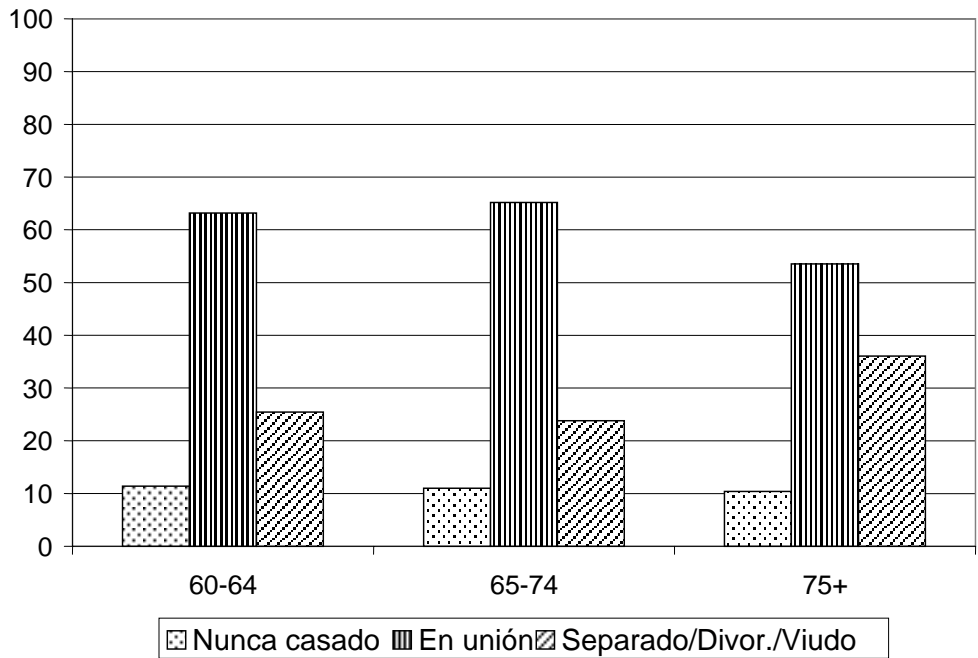


Figura 2a-3. Porcentaje de mujeres adultas mayores por estado marital y grupos de edad, San Pablo (Brasil)

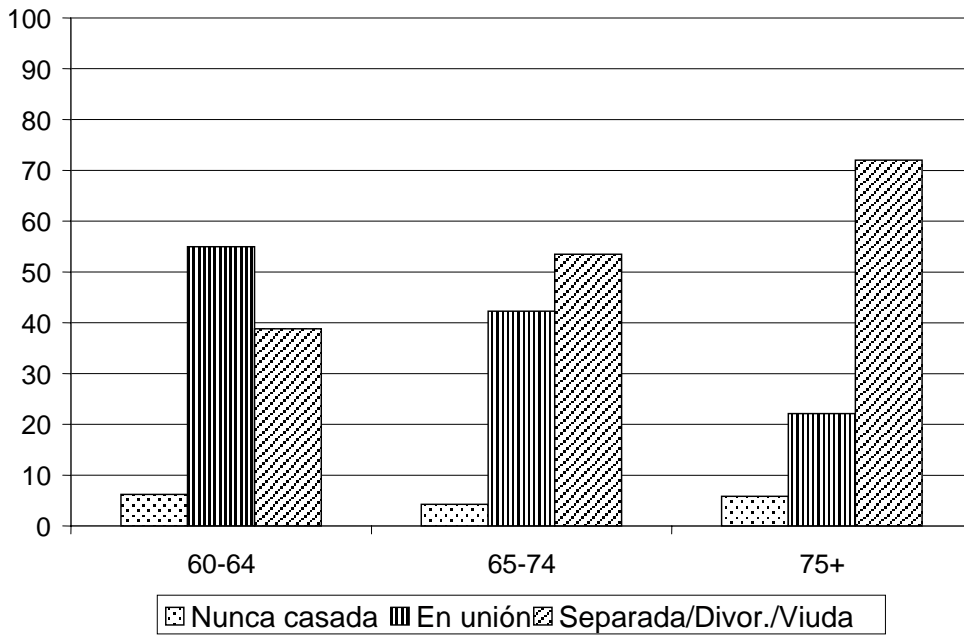


Figura 2b-3. Porcentaje de hombres adultos mayores por estado marital y grupos de edad, San Pablo (Brasil)

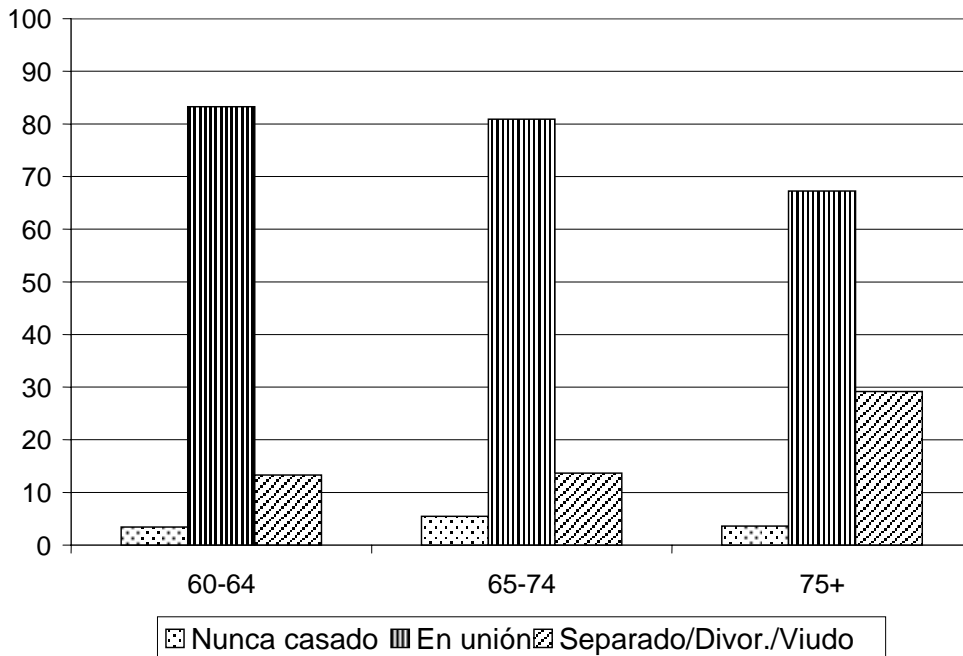


Figura 2a-4. Porcentaje de mujeres adultas mayores por estado marital y grupos de edad, Santiago (Chile)

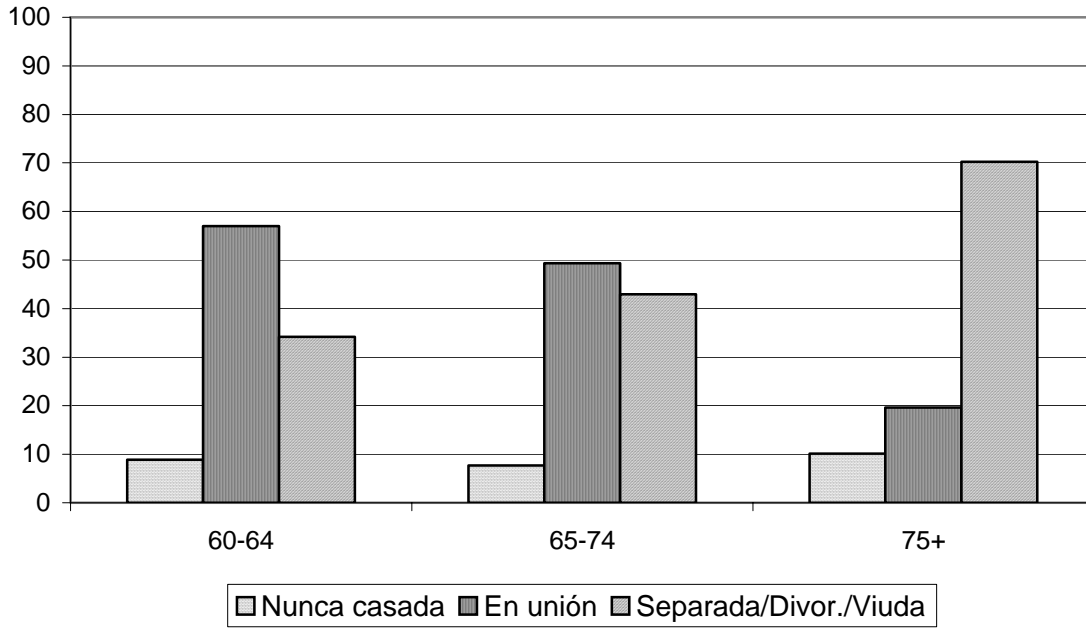


Figura 2b-4. Porcentaje de hombres adultos mayores por estado marital y grupos de edad, Santiago (Chile)

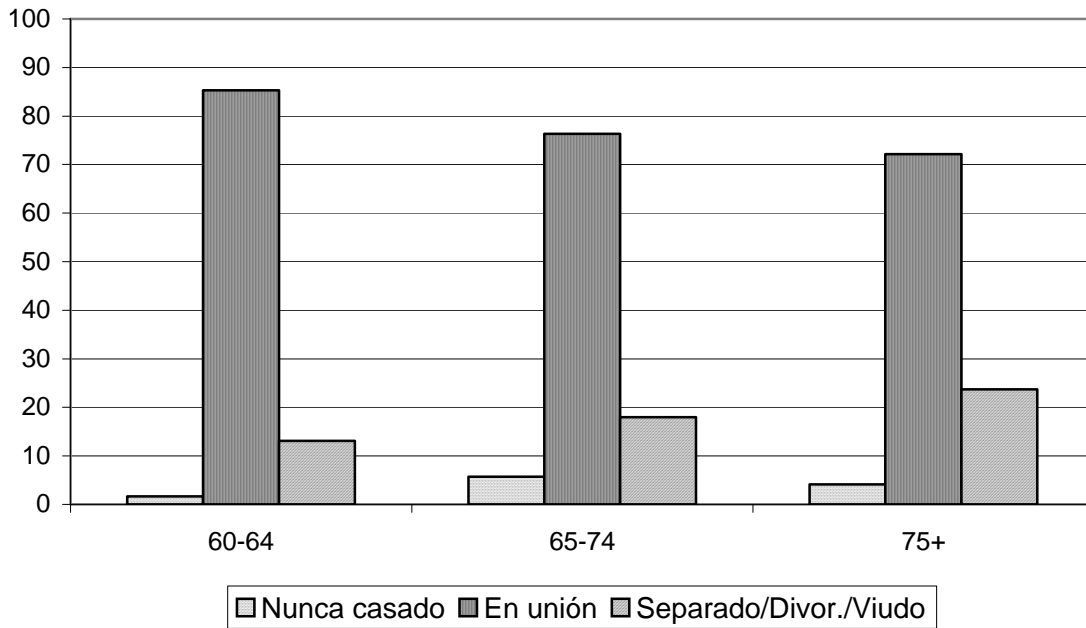


Figura 2a-5. Porcentaje de mujeres adultas mayores por estado marital y grupos de edad, La Habana (Cuba)

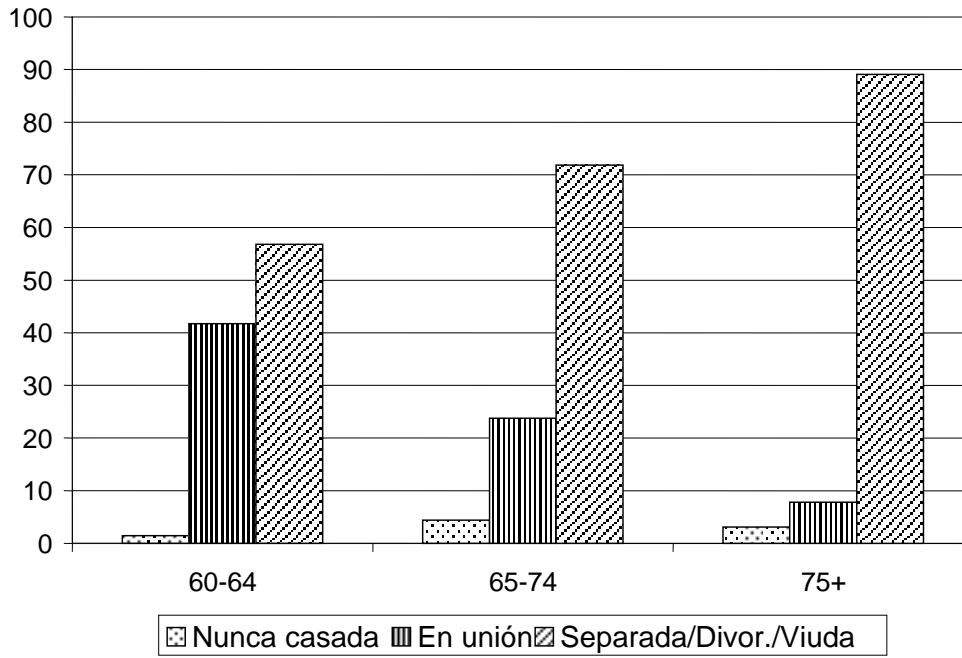


Figura 2b-5. Porcentaje de hombres adultos mayores por estado marital y grupos de edad, La Habana (Cuba)

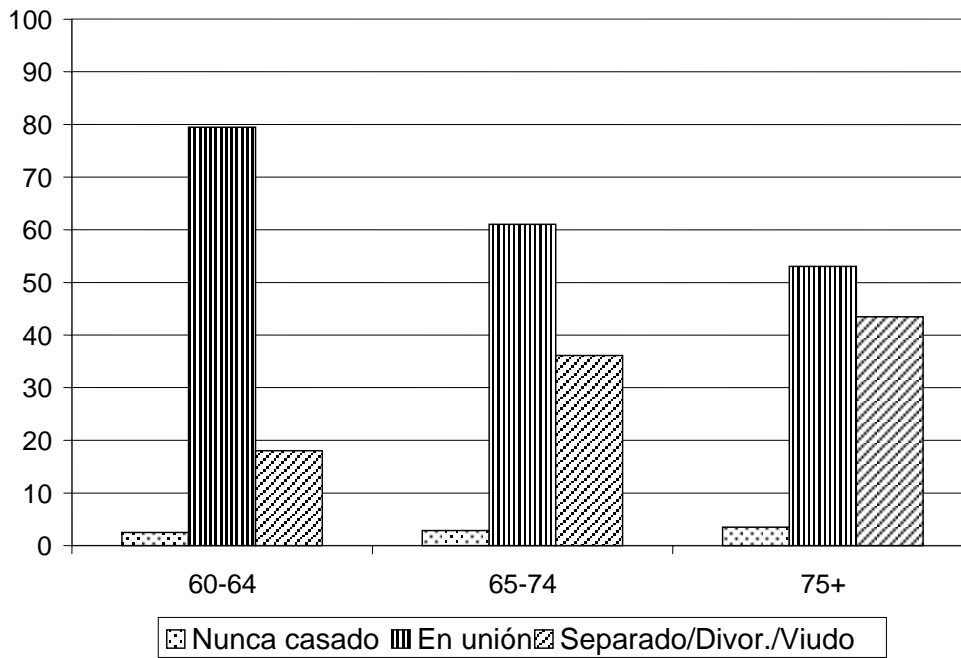


Figura 2a-6. Porcentaje de mujeres adultas mayores por estado marital y grupos de edad, Ciudad de México (México)

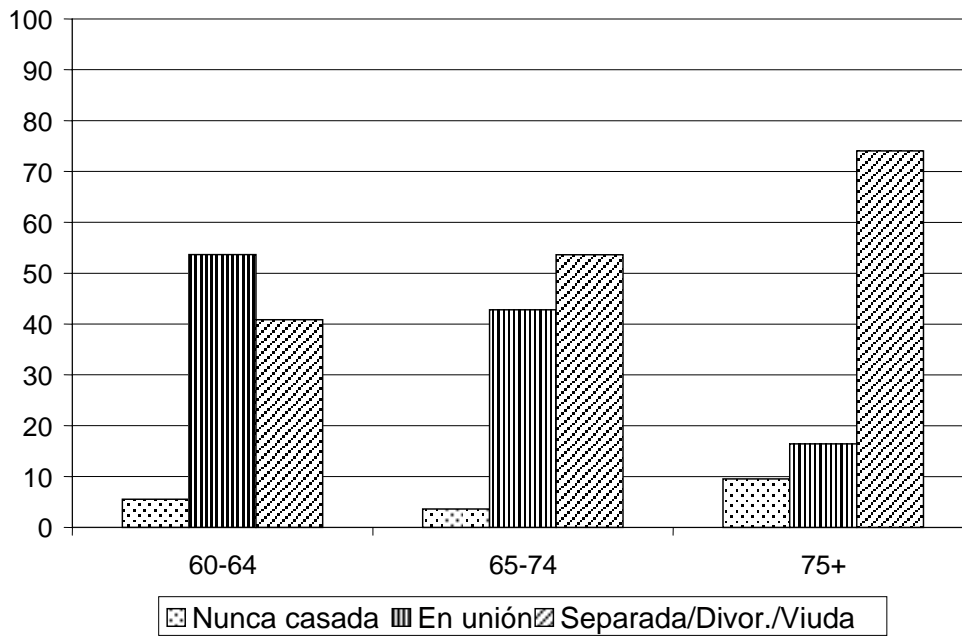


Figura 2b-6. Porcentaje de hombres adultos mayores por estado marital y grupos de edad, Ciudad de México (México)

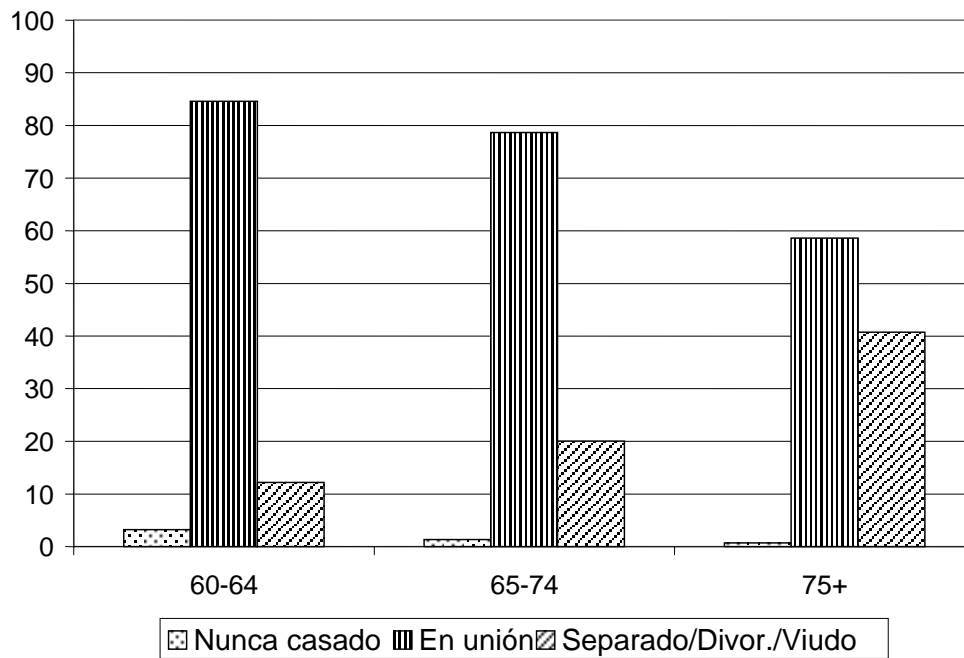


Figura 2a-7. Porcentaje de mujeres adultas mayores por estado marital y grupos de edad, Montevideo (Uruguay)

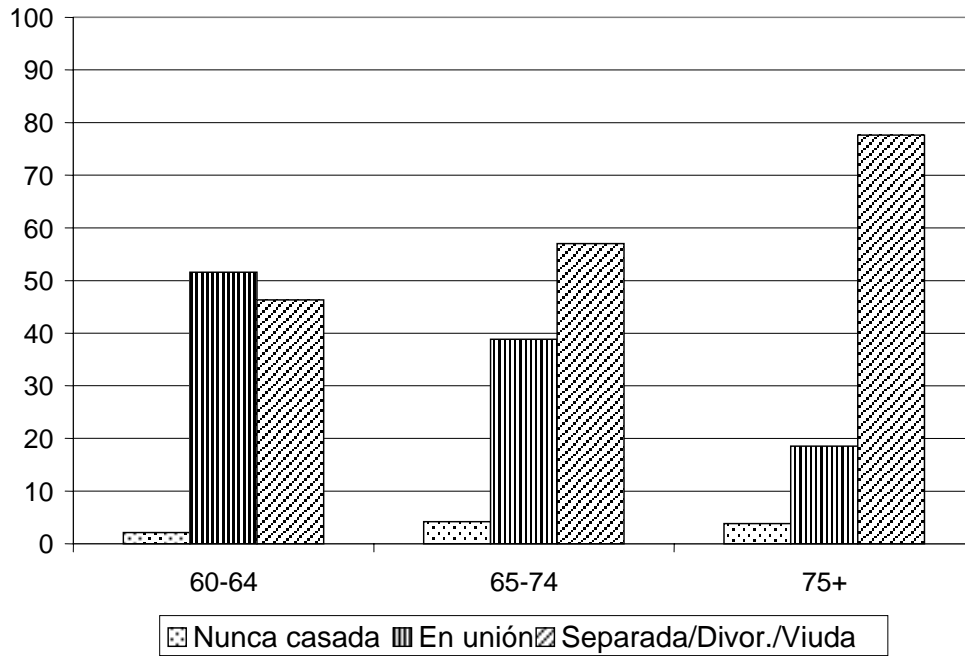
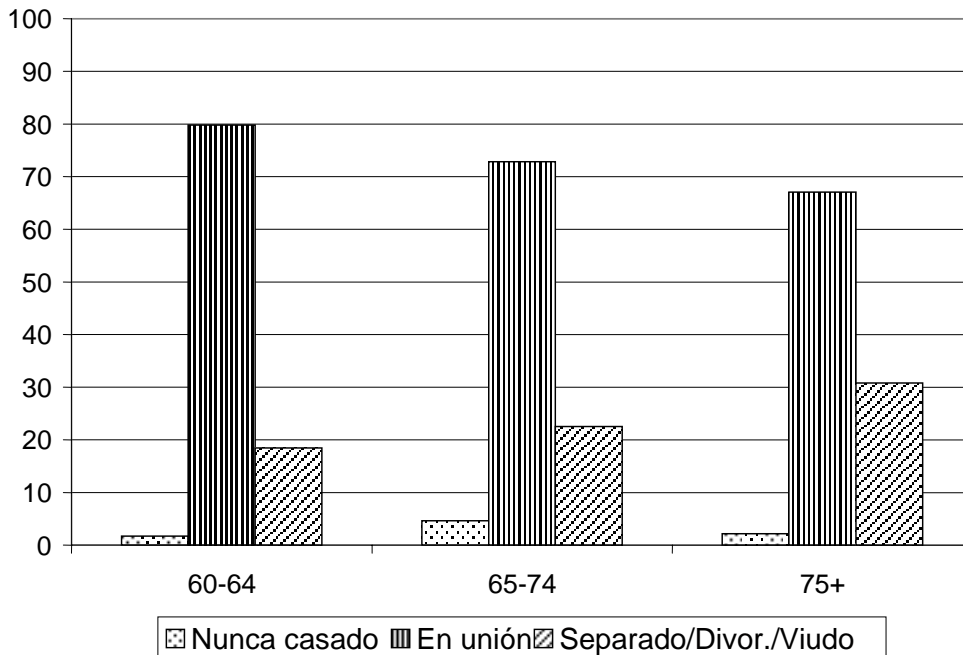


Figura 2b-7. Porcentaje de hombres adultos mayores por estado marital y grupos de edad, Montevideo (Uruguay)



3. PARTICIPACIÓN EN LA FUERZA LABORAL

A pesar del hecho que la participación en la fuerza laboral decrece notablemente con la edad en todos los países, los niveles son bastante altos. Como se muestra en las Figuras 3a-1 a la 3b-7, los niveles de participación de la fuerza laboral fluctúan entre 40 y 80 por ciento entre los hombres de edades 60 a 64 y en casi la mitad entre las mujeres de las mismas edades. Mientras en algunos países, como Uruguay, la edad a la cual la participación laboral baja es relativamente joven (menos de 65), en otros países como México, la salida del mercado laboral ocurre más tarde y tiende a ser más gradual. La disparidad en la participación laboral a través de género, como se muestra en la Tabla II.3, es universal y en la dirección esperada según el conocimiento que se tiene sobre la participación en el mercado de trabajo en la región.

Es muy probable que los adultos mayores permanezcan en la fuerza de trabajo (y puede que aún reingresen después de retirarse) por necesidad más que por elección preferida. Esto puede, en parte, ser estudiado al examinar la asociación que existe entre la participación en la fuerza laboral y los ingresos por pensiones. La figura Figure 3b muestral, por edad y sexo, la proporción de la población adulta mayor que recibe una pensión (privada, pública o una combinación). Es importante notar que mientras existen algunas disparidades importantes entre países, las similitudes son más dominantes. En particular, en casi todas las ciudades, con la excepción de la Ciudad de México y San Pablo, la fracción de hombres que reciben algún tipo de pensión es muy cercana a 80 por ciento, cerca del punto más alto de las curvas. Buenos Aires y Montevideo se destacan como las ciudades donde los ingresos por pensiones son virtualmente universales entre los adultos mayores más jóvenes como entre las edades intermedias y más viejas. Segundo, las disparidades por género en los ingresos por pensiones son marcadas y universales. Como se esperaba, solo una minoría de mujeres recibe ingresos por pensiones.

Por lo expuesto arriba, uno podría argüir que existe una asociación, aunque muy débil, entre los ingresos por pensiones y la participación en la fuerza laboral. El estudio identificó el valor monetario de las pensiones y la magnitud de los flujos de otros ingresos, sin embargo el número de no respuestas a estas preguntas hace que el análisis de esta sección se extremadamente difícil. Mejor aún, la información obtenida sugiere que declaraciones alertando pobreza entre los adultos mayores (ver Capítulo 1 en la Sección I) no son infundados.

Tabla II.3. Porcentaje de adultos mayores en la fuerza de trabajo por sexo, edad y ciudades estudiadas, 2001

Ciudad	Mujeres			Hombres		
	60-64	64-74	75+	60-64	64-74	75+
Buenos Aires	35.22	15.96	1.06	67.38	33.08	19.44
Bridgetown	30.67	9.35	2.77	26.44	14.13	5.53
San Paulo	26.44	14.13	5.53	57.46	37.88	14.03
Santiago	25.07	14.36	3.00	59.19	39.55	19.93
La Habana	15.93	8.56	0.95	51.83	36.04	13.84
C. de México	29.63	11.56	6.13	64.40	44.75	19.29
Montevideo	21.80	11.16	4.90	57.02	17.49	3.66

FUENTE: OPS. ENCUESTA SABE, 2001

Figura 3a-1. Proporción de adultos mayores en la fuerza de trabajo por sexo y edad, Buenos Aires (Argentina)

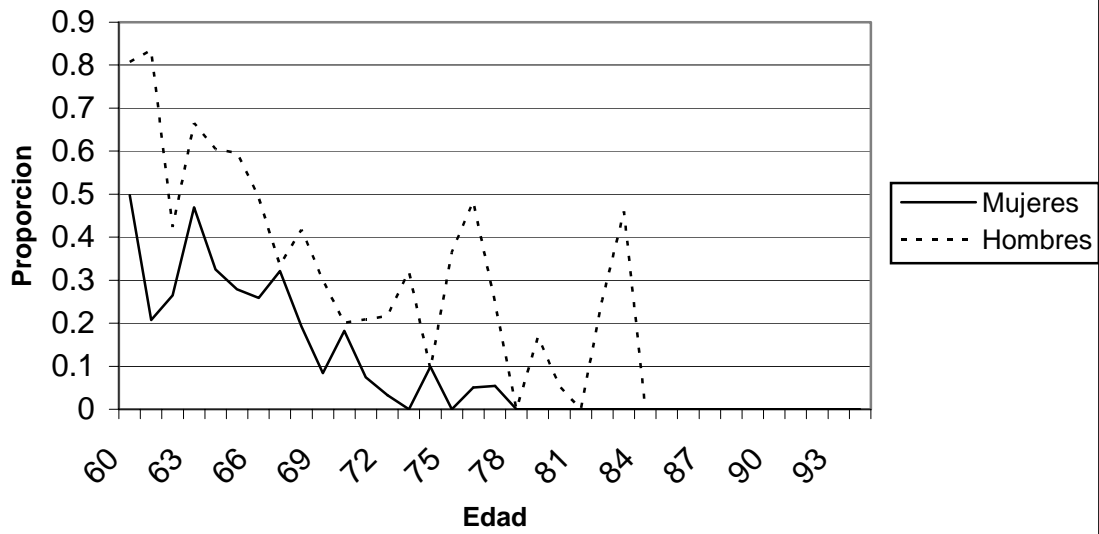


Figura 3a-2. Proporción de adultos mayores en la fuerza de trabajo por sexo y edad, Bridgetown (Barbados)

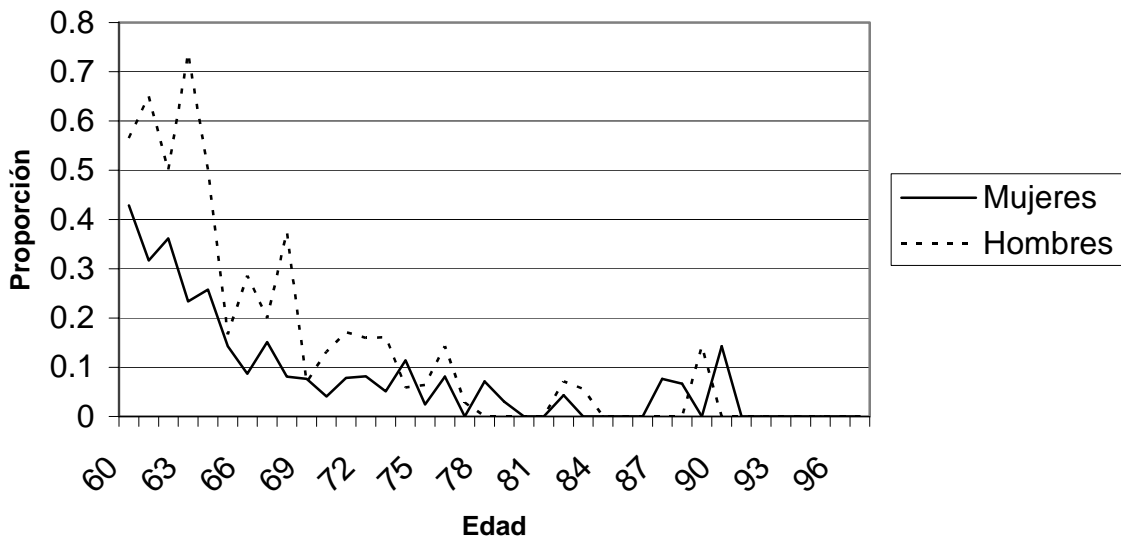


Figura 3a-3. Proporción de adultos mayores en la fuerza de trabajo por sexo y edad, San Pablo (Brasil)

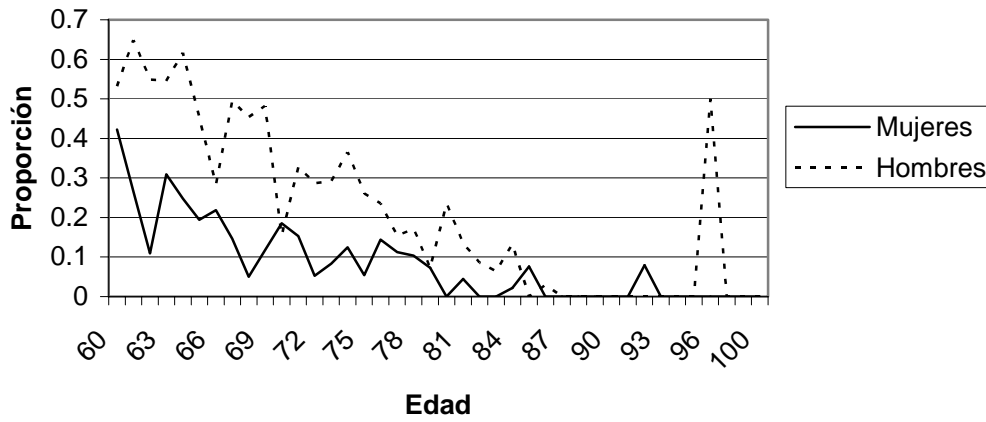


Figura 3a-4. Proporción de adultos mayores en la fuerza de trabajo por sexo y edad, Santiago (Chile)

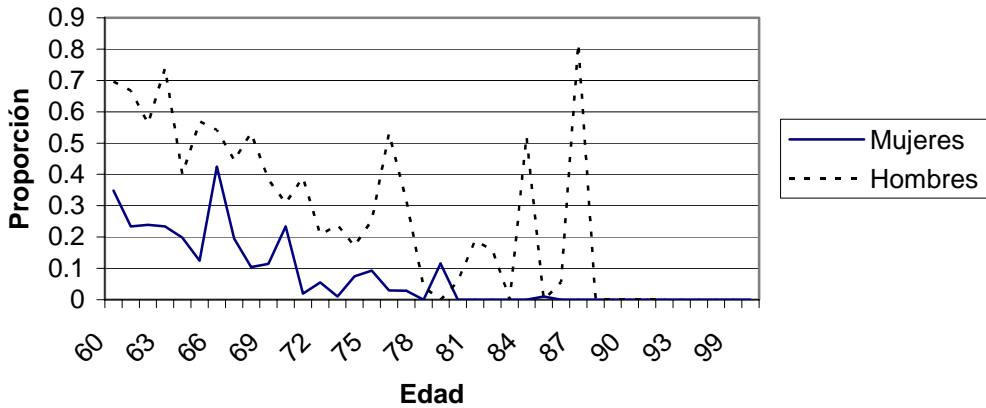


Figura 3a-5. Proporción de adultos mayores en la fuerza de trabajo por sexo y edad, La Habana (Cuba)

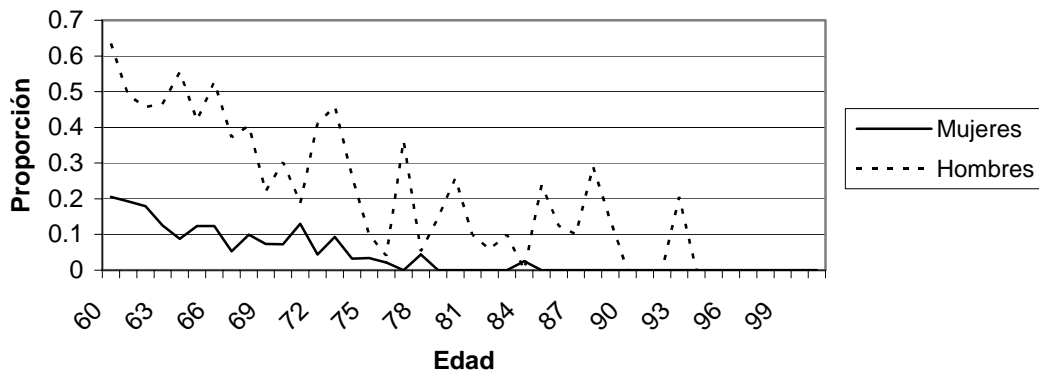


Figura 3a-6. Proporción de adultos mayores en la fuerza de trabajo por sexo y edad, Ciudad de México (México)

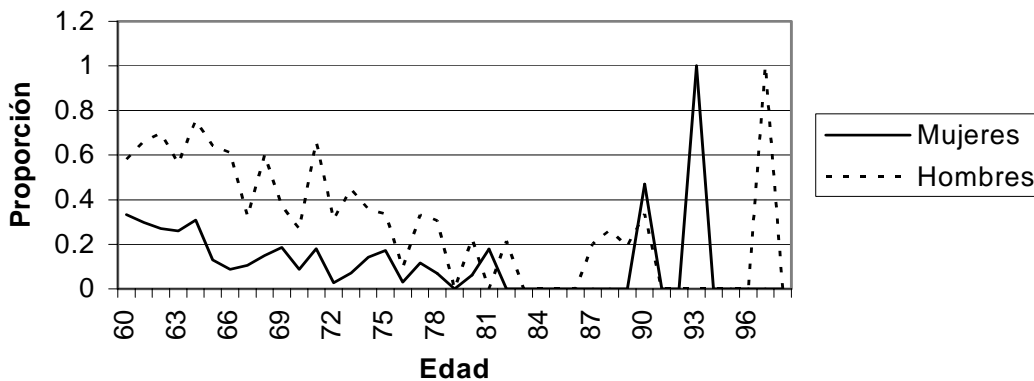


Figura 3a-7. Proporción de adultos mayores en la fuerza de trabajo por sexo y edad, Montevideo (Uruguay)

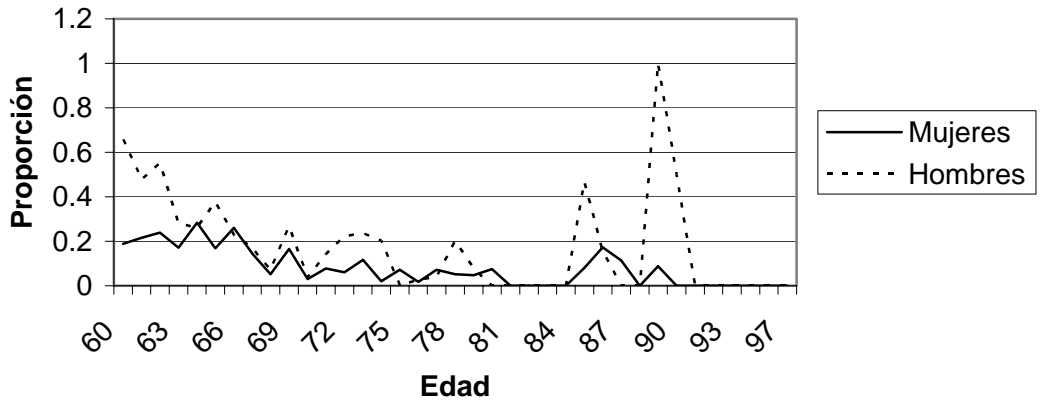


Figura 3b-1. Proporción de adultos mayores que reciben pensiones por sexo y edad, Buenos Aires (Argentina)

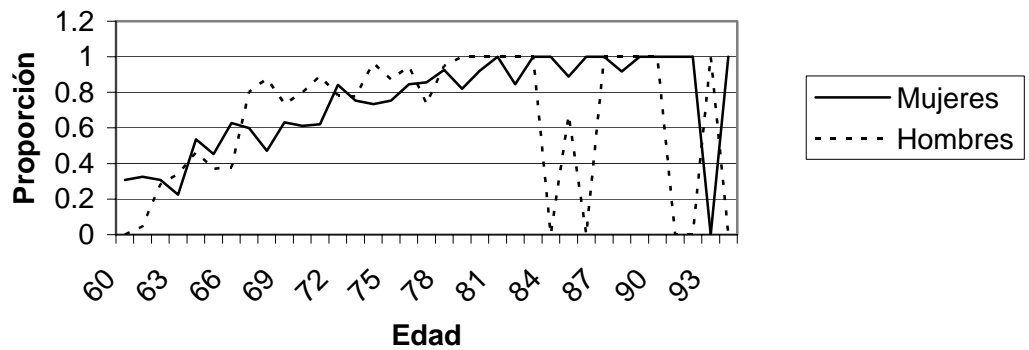


Figura 3b-2. Proporción de adultos mayores que reciben pensiones por sexo y edad, Bridgetown (Barbados)

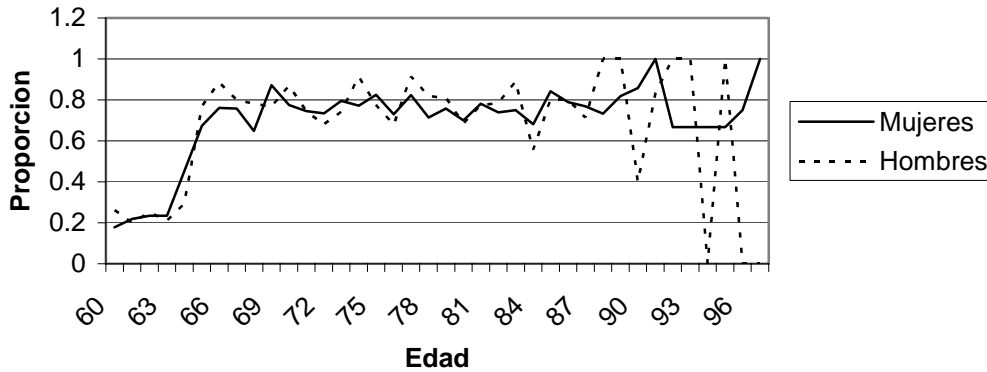


Figura 3b-3. Proporción de adultos mayores que reciben pensiones por sexo y edad, San Pablo (Brasil)

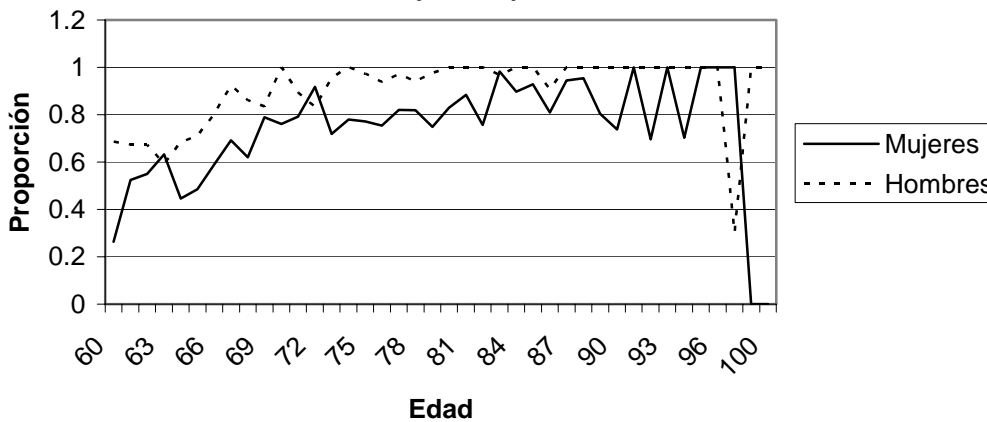


Figura 3b-4. Proporción de adultos mayores que reciben pensiones por sexo y edad, Santiago (Chile)

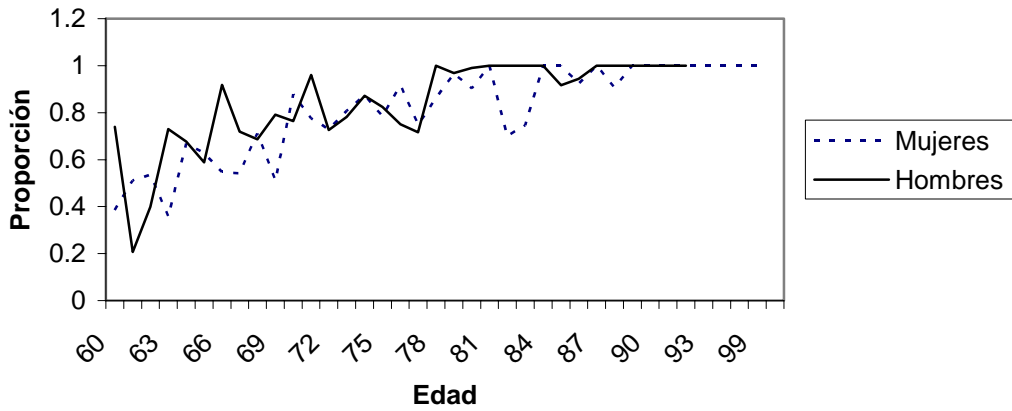


Figura 3b-5 Proporción de adultos mayores que reciben pensiones por sexo y edad, La Habana (Cuba)

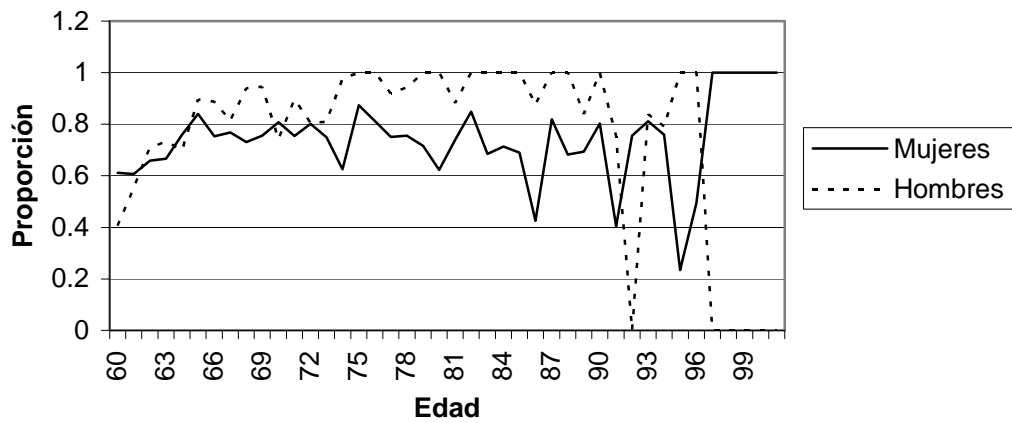


Figura 3b-6. Proporción de adultos mayores que reciben pensiones por sexo y edad, Ciudad de México (México)

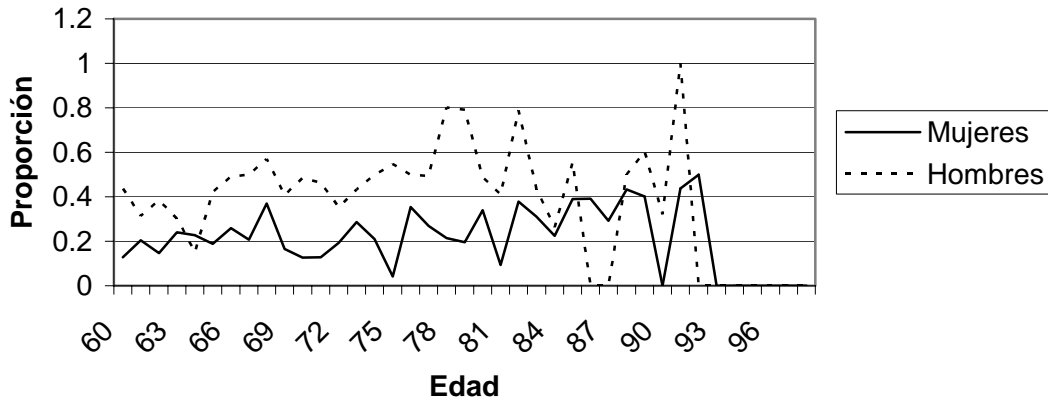
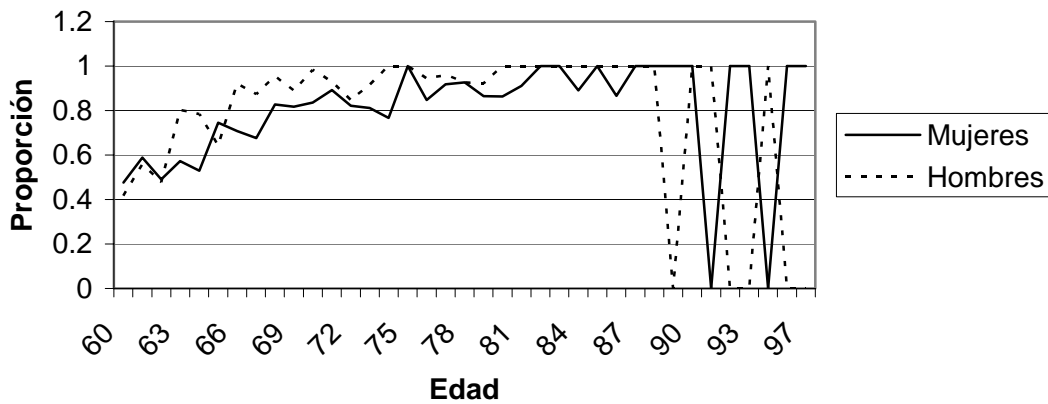


Figura 3b-7. Proporción de adultos mayores que reciben pensiones por sexo y edad, Montevideo (Uruguay)



4. ARREGLOS DOMICILIARIOS

En América Latina no es común encontrar adultos mayores viviendo solos como es en los Estados Unidos de Norteamérica y Europa Occidental pero es probablemente mas común que en países del Asia. Esto es de acuerdo con la idea de relaciones familiares fuertes y las redes de seguridad que proveen.

Debido a la disparidad en la mortalidad entre hombres y mujeres, en todas las edades las mujeres son siempre más propensas a vivir solas que los hombres. No hay nada inusual sobre este fenómeno. Más interesante es el bajo nivel de prevalencia de mujeres que viven solas en varias de las ciudades estudiadas. Se puede notar en la Tabla II.4 y en las Figuras 4.1 a la 4.7 que los patrones etarios son constantes más que crecientes o fluctuantes por edad tal como uno podría esperar si la prevalencia de vivir solo responde en parte a las diferencias en la edad de los hijos. En realidad, mientras que en Buenos Aires y Montevideo los niveles de vivir solo entre las mujeres excede el 25 por ciento, en ciudades como La Habana y San Pablo la prevalencia esta por debajo de 15 por ciento. Las otras ciudades ocupan una posición intermedia. A partir de estos patrones observados, no esta claro si las diferencias entre ciudades refleja la variación en la disponibilidad de familiares más que de preferencias sociales. Argentina y Uruguay, y hasta cierto punto Barbados, experimentaron transiciones de fecundidad y mortalidad más tempranas y por lo tanto los adultos mayores podrían haber encontrado restricciones demográficas más duras que en los otros países respecto a la disponibilidad de familiares. Pero la asociación entre el régimen demográfico y la prevalencia de vivir solo es bastante tenue, y uno no debería sacar conclusiones solo en base a esta evidencia.

¿Existe alguna evidencia que los tradicionales arreglos por los cuales los adultos mayores coresiden con al menos uno de sus hijos sobrevivientes están llegando a su fin? No hay punto de comparación para responder esta pregunta en forma definitiva y es claramente riesgoso asumir que la Ciudad de México o La Habana irán en la misma dirección que lo hicieron Buenos Aires y Montevideo. En cualquier caso, los niveles de vivir solo entre los adultos mayores en los siete países son mas bajos que en Norteamérica y Europa Occidental pero mas altos que los encontrados en Asia (Palloni, 2001; Devos y Palloni, 2002).

Tabla II.4. Arreglo domiciliarios de los adultos mayores según sexo, edad y ciudades de estudio, 2001

Arreglos domiciliarios, sexo y edad	Buenos Aires (Argentina)	Bridgetown (Barbados)	San Pablo (Brasil)	Santiago (Chile)	La Habana (Cuba)	C. de México (México)	Montevideo (Uruguay)
Porcentaje de la población							
Vive solo							
Mujeres							
60-64	14.90	9.33	11.36	4.98	12.10	7.89	12.98
65-74	19.66	19.35	16.00	10.39	12.91	11.99	21.35
75 +	34.05	28.97	26.10	15.94	10.42	15.26	29.97
Hombres							
60-64	10.40	15.79	3.95	7.67	9.11	5.92	11.39
65-74	11.95	19.83	8.03	4.96	9.47	5.98	14.30
75 +	19.36	26.37	12.70	6.80	8.57	12.68	11.10
Vive con cónyuge							
Mujeres							
60-64	34.16	25.33	37.71	54.57	30.02	40.23	35.53
65-74	19.83	25.47	23.82	45.88	15.93	29.08	17.13
75 +	2.33	5.97	10.71	19.06	5.92	9.31	5.45
Hombres							
60-64	56.74	41.23	65.77	80.53	50.49	69.41	51.17
65-74	36.60	37.03	49.91	72.58	42.18	59.40	34.12
75 +	20.34	23.08	35.28	68.56	37.25	37.11	26.65
Vive con otros							
Mujeres							
60-64	50.94	65.33	50.93	40.44	57.88	51.88	51.49
65-74	60.50	56.09	60.18	43.73	71.16	58.93	61.52
75 +	63.62	65.24	63.19	65.00	83.66	75.43	64.58
Hombres							
60-64	32.86	42.98	30.28	11.80	40.40	24.67	37.44
65-74	51.45	43.15	42.06	22.46	48.34	34.62	51.58
75 +	60.31	50.55	52.02	24.63	54.18	50.22	62.25

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

Figura 4.1. Proporción de adultos mayores que viven solos por sexo y edad, Buenos Aires (Argentina)

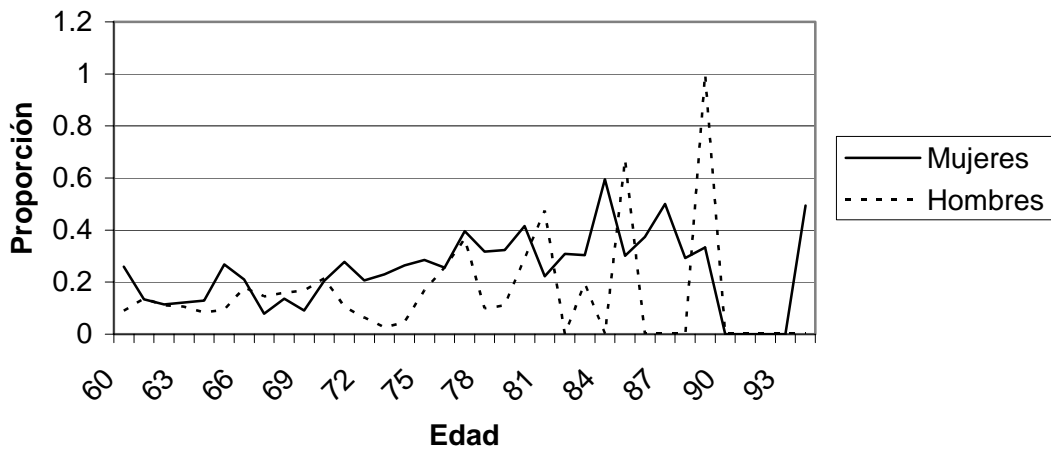


Figura 4.2. Proporción de adultos mayores que viven solos por sexo y edad, Bridgetown (Barbados)

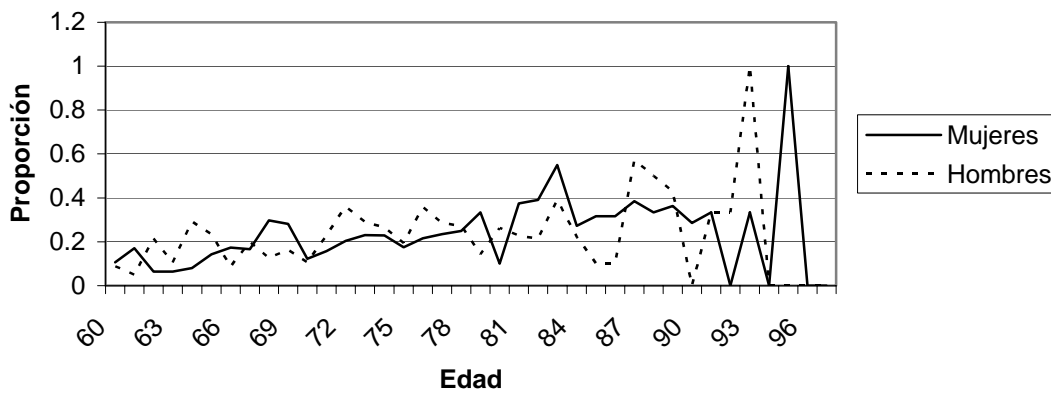


Figura 4.3. Proporción de adultos mayores que viven solos por sexo y edad, San Pablo (Brasil)

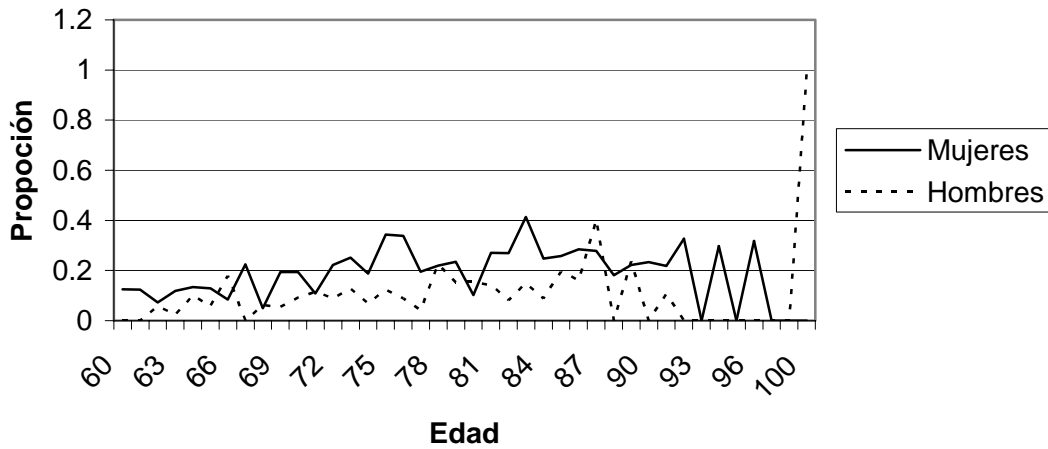


Figura 4.4. Proporción de adultos mayores que viven solos por sexo y edad, Santiago (Chile)

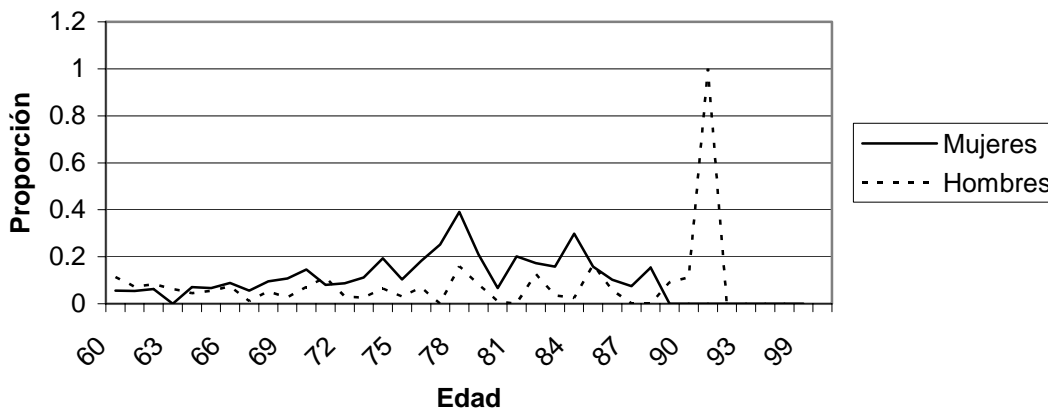


Figura 4.5. Proporción de adultos mayores que viven solos por sexo y edad, La Habana (Cuba)

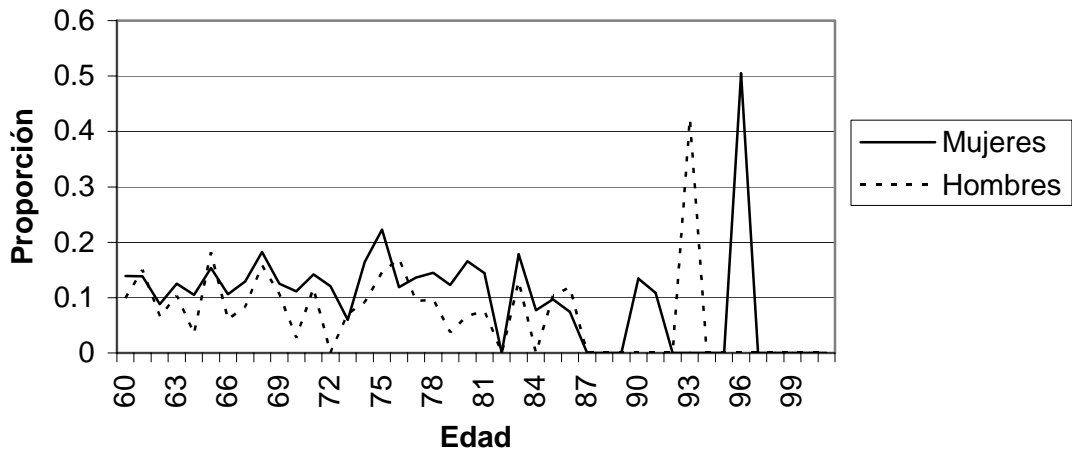


Figura 4.6. Proporción de adultos mayores que viven solos por sexo y edad, Ciudad de México (México)

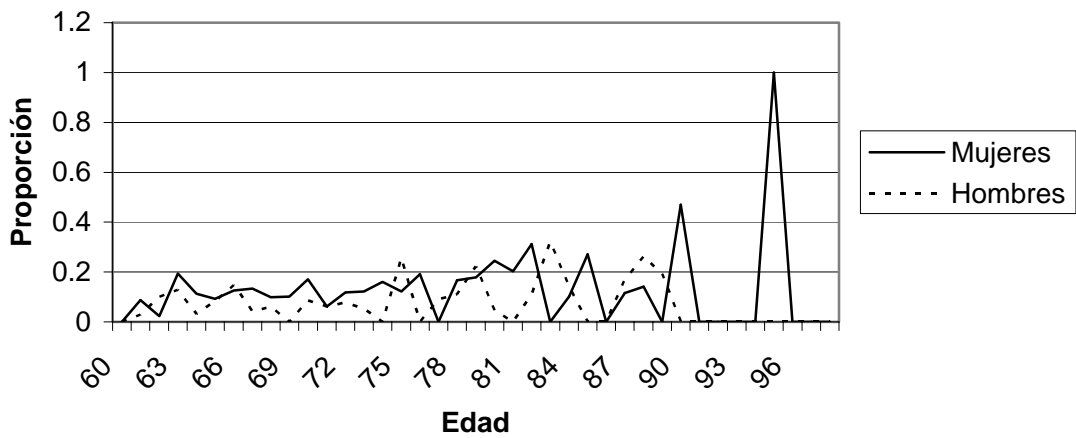
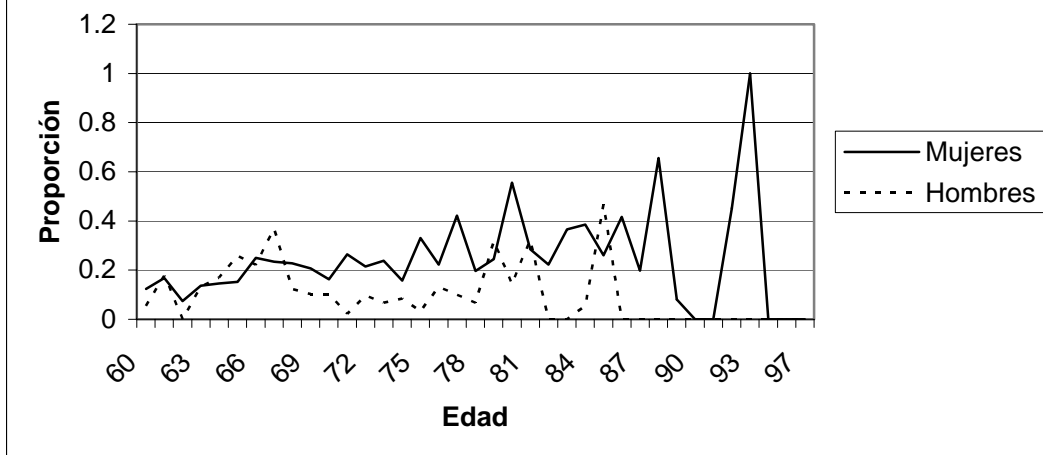


Figura 4.7. Proporción de adultos mayores que viven solos por sexo y edad, Montevideo (Uruguay)



5. NIVELES DE EDUCACION

Se sabe que el estado de salud, participación en la fuerza laboral y arreglos domiciliarios dependen de manera no trivial del estado educacional de los adultos mayores. Por esta razón se presentan cifras que muestran las distribuciones de los adultos mayores por su nivel educacional en todas las ciudades estudiadas. Se han elegido tres categorías: sin educación, primaria y secundaria y mas.

En todos los países los hombres tienen niveles educacionales más altos que las mujeres, y cohortes más viejas están generalmente en peores condiciones que las más jóvenes. El patrón de desigualdades educacionales por edad es esperado dadas las mejoras que se produjeron en el sistema educacional de la región a principios de la Segunda Guerra Mundial. Pero la característica mas importante es el gran contraste que se observa entre los países en todas las edades para ambos géneros. En Cuba, con independencia de la edad y genero, mas del 50 por ciento de los adultos mayores cae en el grupo de más alto nivel educativo, mientras que en el Brasil este valor es menor que 20 por ciento. Estas disparidades reflejan la existencia de diferentes instituciones y políticas que pueden haber dotado a las personas con diferentes niveles educativos al facilitar el acceso universal a una educación más alta.

El impacto de las desigualdades individuales en el estado de salud y otras características de los adultos mayores queda por investigarse. Pero debe tenerse en mente que la presencia o ausencia de estas instituciones esta altamente correlacionada con la naturaleza del contexto institucional dentro del cual el envejecimiento esta llevándose a cabo. La existencia de sistemas educacionales que promueven más eficientemente una educación superior puede estar acompañada por el desarrollo de medios públicos que actúan a favor de los adultos mayores en un número de dimensiones no relacionadas a los logros educacionales individuales. Es la tarea del analista identificar apropiadamente aquellos efectos que se refieren a las características individuales y aquellas que pertenecen al contexto social.

Tabla II.5: Nivel de educación de los adultos mayores según sexo, edad y ciudades de estudio, 2001

Nivel de educación, sexo y edad	Buenos Aires (Argentina)	Bridgetown (Barbados)	San Pablo (Brasil)	Santiago (Chile)	La Habana (Cuba)	Ciudad de México (México)	Montevideo (Uruguay)
Porcentaje de población							
Sin educación							
Mujeres							
60-64	3.89	0.44	14.82	8.06	2.47	15.79	2.53
65-74	5.18	0.43	23.50	9.62	4.74	22.11	4.21
75 +	2.53	1.53	33.10	17.43	7.66	27.10	8.08
Hombres							
60-64	0.00	0.00	13.04	3.38	1.92	12.15	2.79
65-74	3.00	0.00	17.34	9.79	3.56	17.54	1.06
75 +	1.34	2.22	28.52	8.83	7.07	16.09	5.33
Primaria							
Mujeres							
60-64	58.22	65.78	68.12	62.33	42.69	64.32	62.90
65-74	68.76	77.17	66.90	55.58	55.29	55.21	67.35
75 +	79.89	83.54	59.26	51.88	68.12	57.80	69.98
Hombres							
60-64	56.54	68.14	68.46	57.31	30.39	62.93	61.68
65-74	62.46	71.85	61.61	57.85	44.55	53.47	63.34
75 +	62.30	81.11	58.89	52.41	56.31	63.61	68.74
Secundaria y mas							
Mujeres							
60-64	37.89	33.78	16.43	29.62	54.84	19.09	34.57
65-74	26.06	22.39	9.18	34.80	39.96	22.34	28.13
75 +	17.58	14.94	6.88	30.69	24.22	15.51	21.13
Hombres							
60-64	43.46	31.86	18.50	39.31	67.69	24.47	35.54
65-74	34.54	28.15	20.76	32.36	51.89	28.21	35.60
75 +	36.37	16.67	11.23	38.76	36.62	20.18	25.49

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

6. ESTADO DE SALUD FISICA Y MENTAL

Las Figuras 6a-1 a la 6a-7 muestran el perfil por edad de los auto reportes del estado salud de los adultos mayores (salud regular o mala) para mujeres y hombres. Las fracciones observadas de personas que reportan tener salud regular o mala es mas bien constante con la edad excepto en el caso de Bridgetown donde existe un aumento suave. En gráficos no incluidos en este documento, se observa que la fracción de personas que reportan tener solo salud mala un perfil por edad mas marcado. Esto sugiere que una mezcla de salud regular y mala puede reflejar condiciones de compensación: una disminución en la proporción de personas que reportan salud regular es contrarrestada por un aumento de aquellos que reportan tener una salud mala. Pero el resultado neto es una proporción constante asociada a la categoría mixta (salud regular o mala).

Dos cuestiones son de interés en las figuras mencionadas anteriormente. Primero, los niveles absolutos de prevalencia de salud regular/mala son bastante altos, como regla general; se observa que están por encima de 60 por ciento. Estos niveles son anormalmente altos cuando se los compara con cifras en Norteamérica y Europa Occidental (ver Capítulo 1, Sección 1.2) (*citation*). Existen muchos determinantes de la salud autoreportada: las idiosincrasias culturales es una de ellas. Los niveles son uniformemente altos en países cuya diversidad cultural es bien conocida.

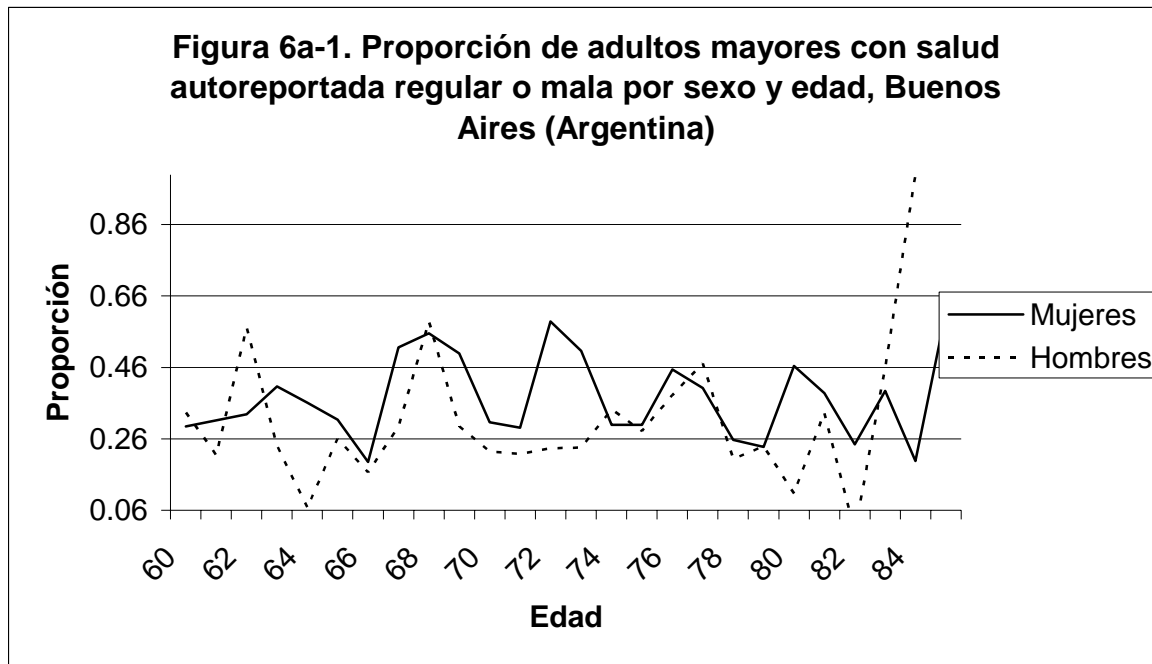
La segunda cuestión se relaciona a las desigualdades de género. En todos los países de SABE el perfil de los hombres parece ser mejor que el de las mujeres. Esta es una características en los patrones de autoreporte en otros países también y no solo un rasgo único de los datos de SABE. Pero si los autoreportes reflejan efectivamente problemas de salud, es importante conocer que el subgrupo con la más baja participación en la fuerza de trabajo, los más altos niveles de residencia sin compañía y la más baja educación e ingreso por pensión esta experimentando las peores condiciones de salud autoreportada.

La serie de gráficos incluidos como las Figuras 6a-1 a la 6a-7 deberían ser contrastadas con aquellas que muestran la fracción de personas con al menos una limitación en las AVDs (Figuras 6b-1 a la 6b-7). Es sabido que la presencia y desarrollo de limitaciones en las AVDs sigue el comienzo de condiciones crónicas y, como tal, es un indicador adicional del estado de salud. En la Figura 7 puede notarse que el perfil por edad de las personas con al menos una limitación en las AVDs sigue una marcada pendiente con la edad, el mismo patrón se observa en la proporción de personas que se autoreportaron en mala salud (no incluida) y en las Figuras 6a, como se esperaba. Con la excepción de Montevideo, en todas las ciudades las fracción que reporta al menos una limitación en las AVDs a la edad 70, excede el 20 por ciento para mujeres y hombres. En todos los países, los hombres tienen mejores puntajes que las mujeres, confirmando de esta manera el patrón encontrado con la salud autoreportada.

Como puede observarse en la Tabla II.6, la hipertensión, enfermedades cardiovasculares, artritis y diabetes son, en este orden, prevalentes entre los adultos mayores en SABE. Hay importantes diferencias por género: las mujeres sufren de más artritis que los hombres y existe un marcado contraste entre países, la Ciudad de México y Bridgetown tienen prevalencias más altas de diabetes que los otros países. En otros estudios, se ha mostrado que la prevalencia de las

condiciones autoreportadas como las enfermedades cardiovasculares, artritis y diabetes en SABE es más alta que la reportadas por adultos mayores en Norteamérica (Ham y Palloni, 2002). Debido a que las condiciones crónicas autoreportadas son aquellas que fueron diagnosticadas por un doctor o una enfermera y que la población de adultos mayores en la mayoría de estos países recibe una menor y mas errática atención de salud que las personas mayores en otros lugares (*citation*), las diferencias observadas son alarmantes y como se sugiere la prevalencia real podría ser aun más alta de la que se observa en la encuesta SABE.

Finalmente, las Figuras 6c-1 a la 6c-7 proporcionan un panorama único de una dimensión del envejecimiento en la región desconocida hasta ahora, a saber, el estado de salud mental. Estas figuras muestran la proporción de adultos mayores con deterioro cognitivo (ver Capítulo 2, Sección I). Nótese que la curva aumenta bruscamente con la edad y que existen solo diferencias leves por género y contrastes bruscos por ciudad. En todas las ciudades la prevalencia de deterioro cognitivo es bajo hasta la edad de 75 o más después de la cual aumenta rápidamente a niveles de alrededor de 20 por ciento. Los datos se vuelven más bien débiles después de la edad 80 u 85 debido al reducido tamaño de la muestra, por lo que puede decirse muy poco sobre los niveles observados en estas edades. Sin embargo, la prevalencia de deterioro mental después de la edad 75 (20 por ciento o más) es sorprendentemente alta y merece una consideración adicional.



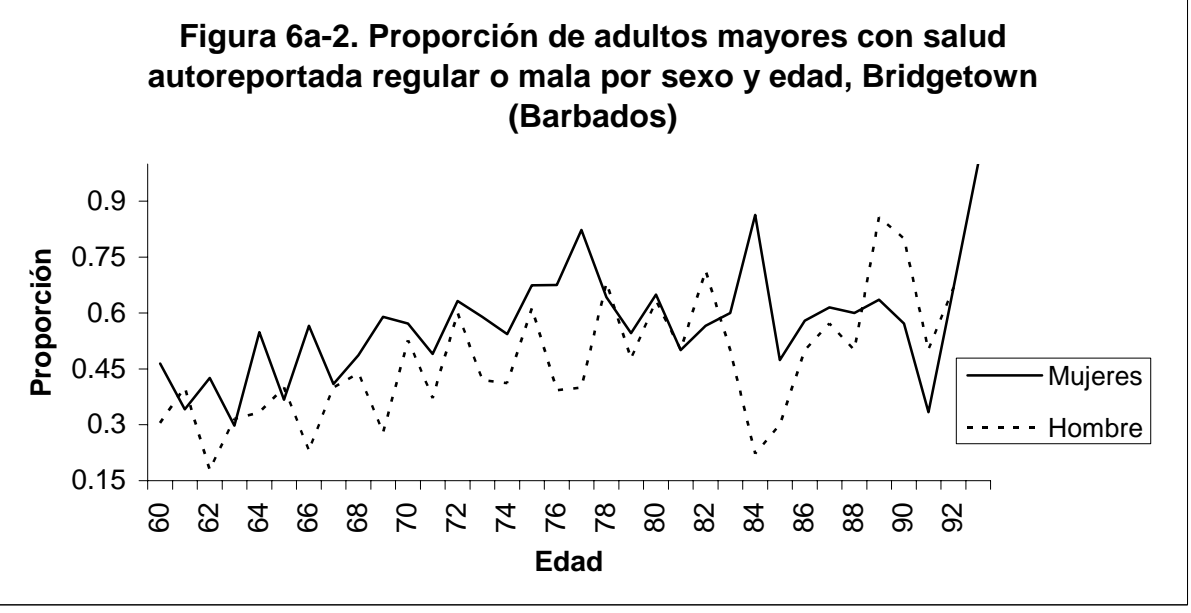
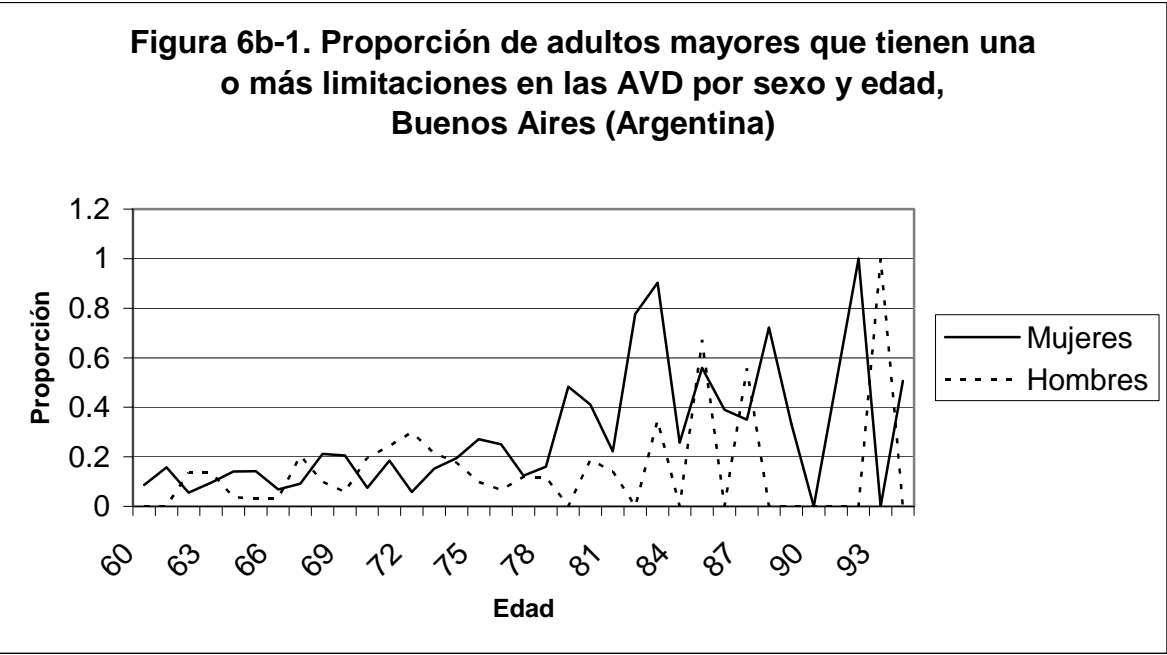


Figura 6b-2. Proporción de adultos mayores que tienen una más limitaciones en las AVD por sexo y edad, Bridgetown (Barbados)

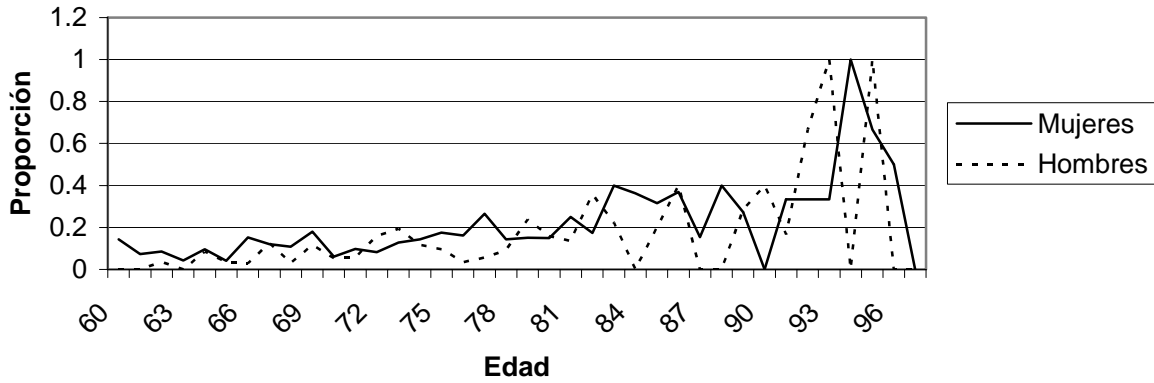


Figura 6a-3. Proporción de adultos mayores con salud autoreportada regular o mala por sexo y edad, San Pablo (Brasil)

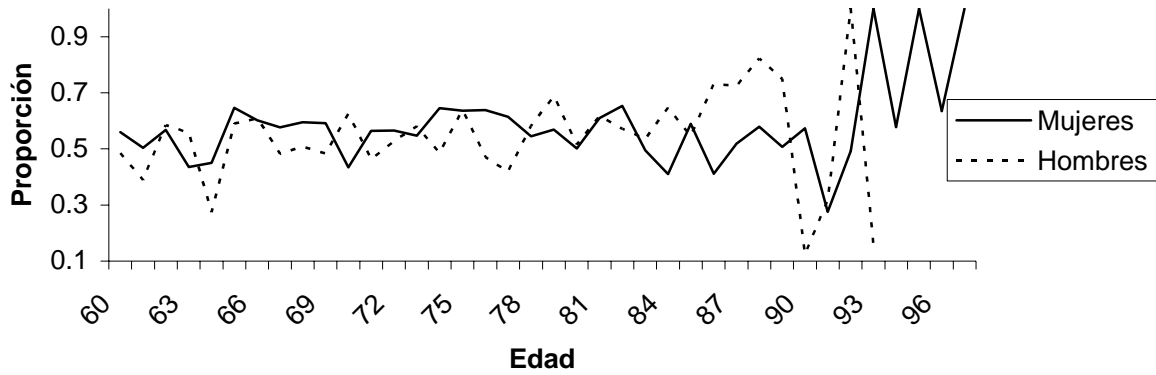


Figura 6b-3. Proporción de adultos mayores que tienen una o más limitaciones en las AVD por sexo y edad, San Pablo (Brasil)

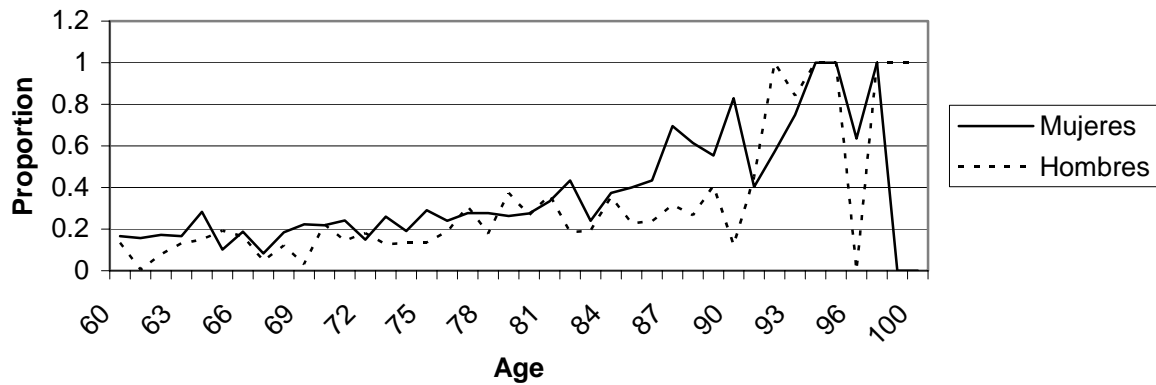


Figura 6a-4. Proporción de adultos mayores con salud autoreportada regular o mala por sexo y edad, Santiago (Chile)

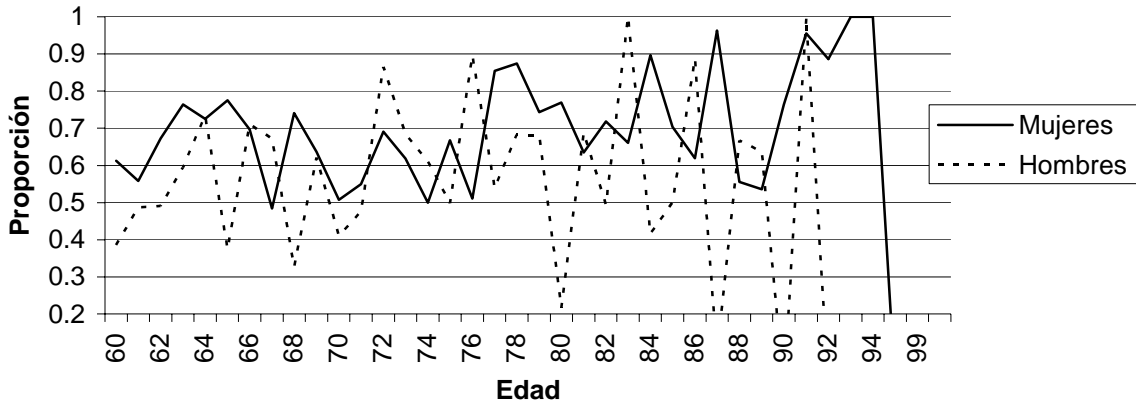


Figura 6b-4. Proporción de adultos mayores que tienen una o más limitaciones en las AVD por sexo y edad, Santiago (Chile)

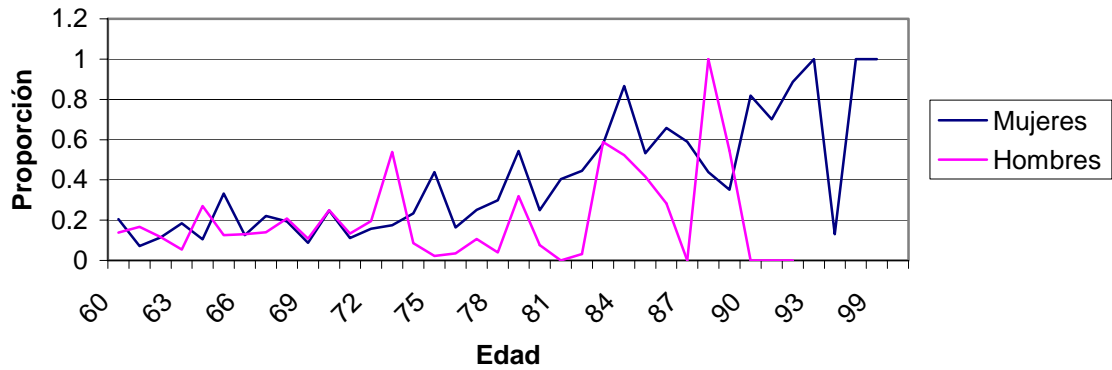


Figura 6a-5. Proporción de adultos mayores con salud autoreportada regular o mala por sexo y edad, La Habana (Cuba)

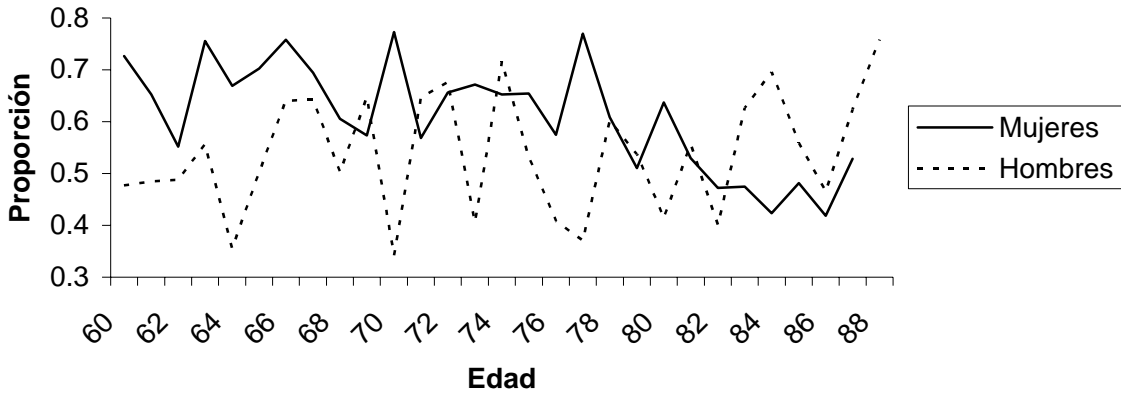


Figura 6b-5. Proporción de adultos mayores que tienen una o más limitaciones en las AVD por sexo y edad, La Habana (Cuba)

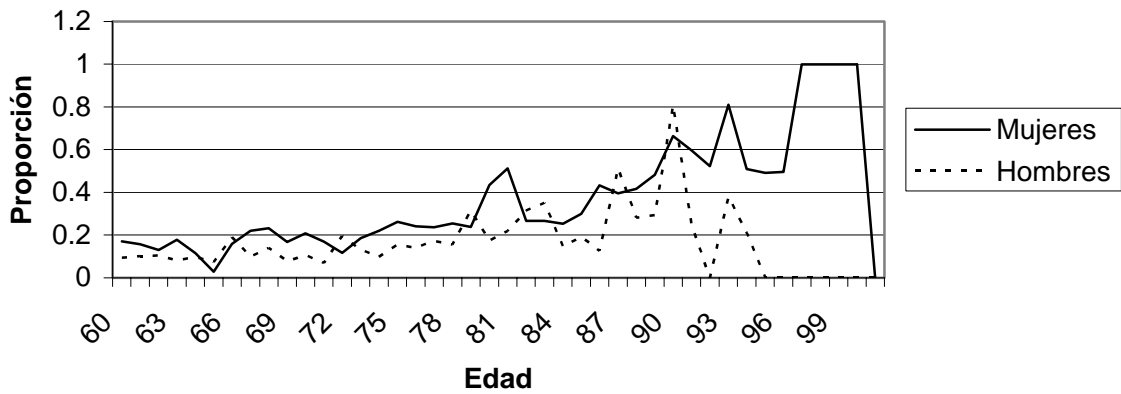


Figura 6a-6. Proporción de adultos mayores con salud autoreportada regular o mala por sexo y edad, Ciudad de México (México)

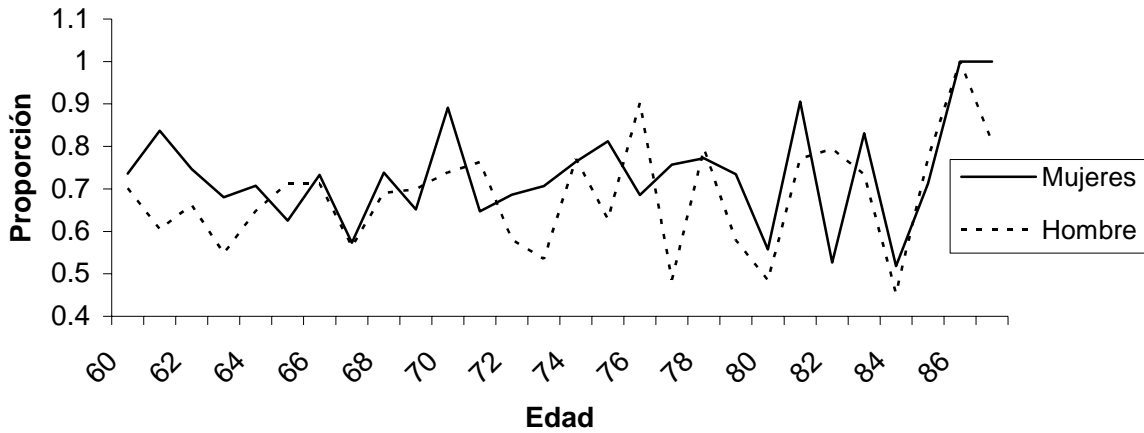


Figura 6b-6. Proporción de adultos mayores que tienen una o más limitaciones en las AVD por sexo y edad, Ciudad de México (México)

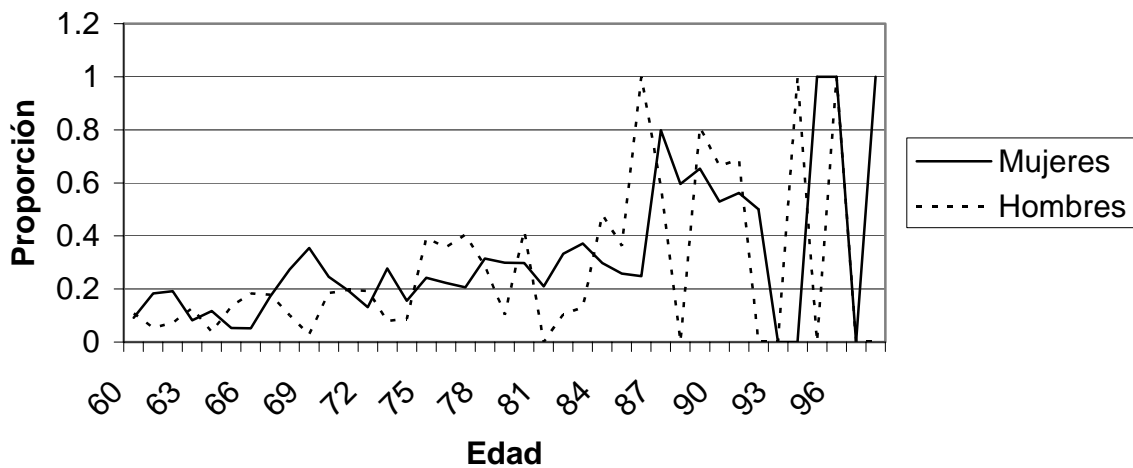


Figura 6a-7. Proporción de adultos mayores con salud autoreportada regular o mala por sexo y edad, Montevideo (Uruguay)

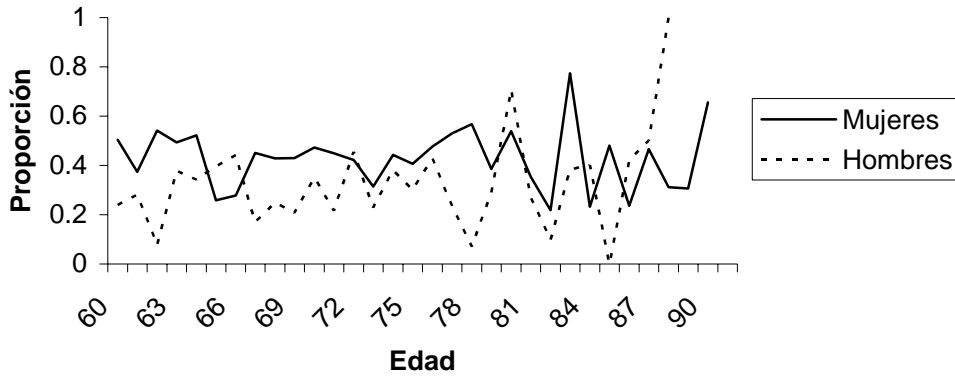


Figura 6b-7. Proporción de adultos mayores con una o más limitaciones en las AVD por sexo y edad, Montevideo (Uruguay)

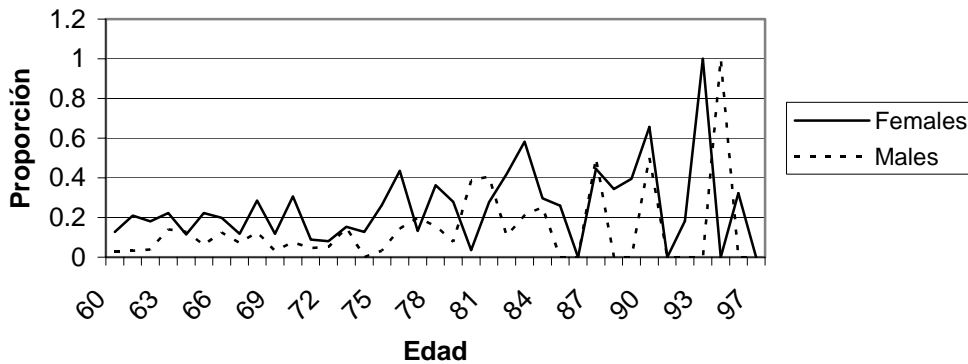


Tabla II.6. Adultos mayores con enfermedades crónicas seleccionadas según sexo, edad y ciudades de estudio, 2001

Condiciones crónicas, sexo y edad	B. Aires (Argentina)	Bridgetown (Barbados)	San Pablo (Brasil)	Santiago (Chile)	La Habana (Cuba)	C. de México (México)	Montevideo (Uruguay)
Porcentaje de población							
Hipertensión							
Mujeres							
60-64	45.40	54.22	50.16	56.47	53.95	44.14	50.66
65-74	52.28	52.28	58.43	53.21	50.84	52.38	49.24
75 y más	52.41	50.88	60.22	56.69	45.26	47.99	49.03
Hombres							
60-64	48.11	35.96	44.15	41.36	43.26	38.08	38.02
65-74	46.69	36.73	54.06	47.47	37.67	33.09	39.76
75 y más	46.70	39.93	45.92	43.79	23.67	32.20	33.38
Diabetes							
Mujeres							
60-64	7.36	27.11	18.28	13.90	16.96	19.65	12.90
65-74	12.97	24.13	19.81	16.16	19.85	21.32	15.97
75 y más	11.45	23.93	17.00	10.77	22.36	21.29	13.15
Hombres							
60-64	13.70	25.44	12.61	14.42	7.00	22.50	10.73
65-74	15.19	15.74	20.62	10.13	8.67	21.35	13.55
75 y más	11.65	19.41	14.93	11.48	5.26	24.14	11.49
Cardiovasculares							
Mujeres							
60-64	16.97	7.56	14.12	31.39	26.34	5.31	17.42
65-74	18.43	9.57	19.29	33.87	26.47	12.86	22.00
75 y más	21.92	16.62	24.02	39.61	26.47	10.66	32.89
Hombres							
60-64	18.48	10.53	15.19	21.38	14.63	9.41	10.09
65-74	18.61	10.50	22.65	35.30	21.06	6.81	25.21
75 y más	18.61	14.29	24.66	22.93	21.53	17.04	26.72
Cáncer							
Mujeres							
60-64	7.49	4.00	3.05	7.34	2.95	3.08	8.79
65-74	5.30	4.78	2.92	3.35	2.62	2.45	7.84
75 y más	5.99	3.27	4.96	7.51	5.19	1.90	5.37
Hombres							
60-64	3.04	0.88	1.03	1.36	3.07	0.52	1.85
65-74	5.51	2.04	4.25	2.11	2.23	0.81	5.48
75 y más	2.20	4.40	3.98	1.56	4.30	2.42	4.40
Artritis							
Mujeres							
60-64	55.57	48.89	33.32	32.50	68.38	24.96	60.11
65-74	63.94	58.26	41.96	40.68	66.87	31.60	54.47
75 y más	64.97	59.70	43.26	44.54	65.45	36.71	59.43
Hombres							
60-64	30.74	24.56	16.79	11.39	40.43	14.10	26.18
65-74	38.58	31.49	22.36	15.07	41.31	16.54	30.89

75 y más	37.39	36.26	23.13	11.90	35.63	17.73	38.15
Pulmonares							
Mujeres							
60-64	2.44	2.22	12.89	6.64	16.94	8.94	8.75
65-74	5.98	6.09	9.21	10.66	12.15	9.89	7.33
75 y más	9.95	5.04	9.21	14.54	10.26	15.40	9.57
Hombres							
60-64	9.51	1.75	14.14	14.56	13.75	6.01	26.18
65-74	10.82	1.75	14.14	9.10	13.75	8.22	30.89
75 y más	9.80	4.76	16.44	20.00	11.07	11.65	38.15

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

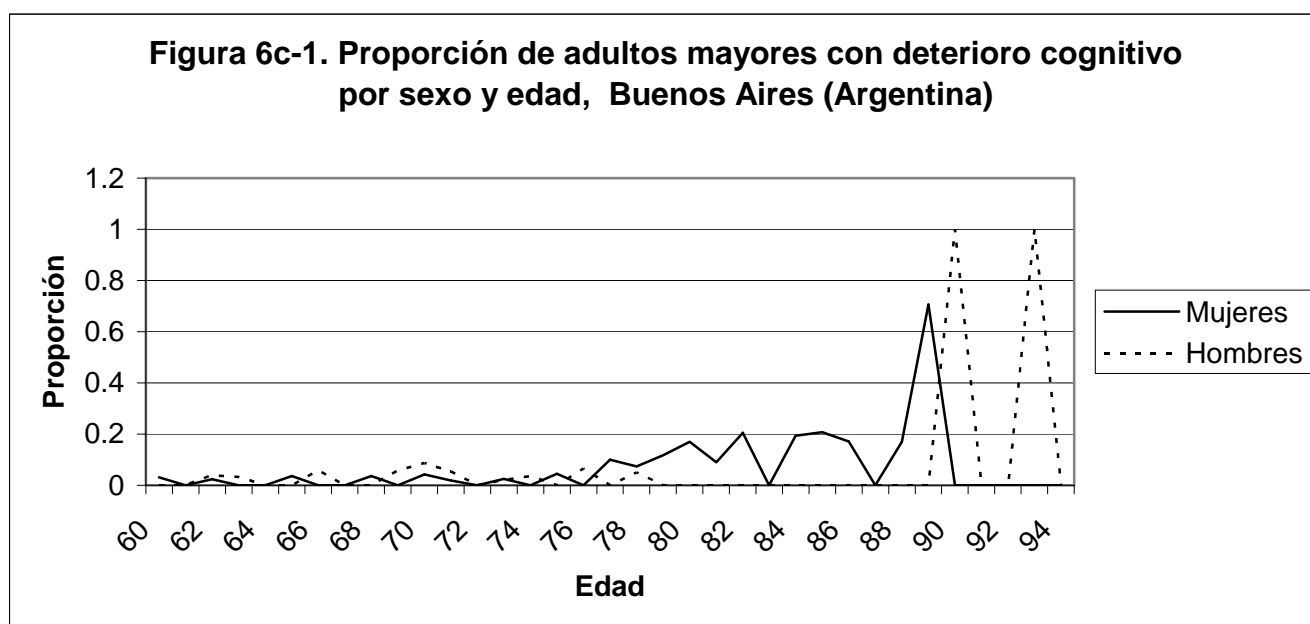


Figura 6c-2. Proporción de adultos mayores con deterioro cognitivo por sexo y edad, Bridgetown (Barbados)

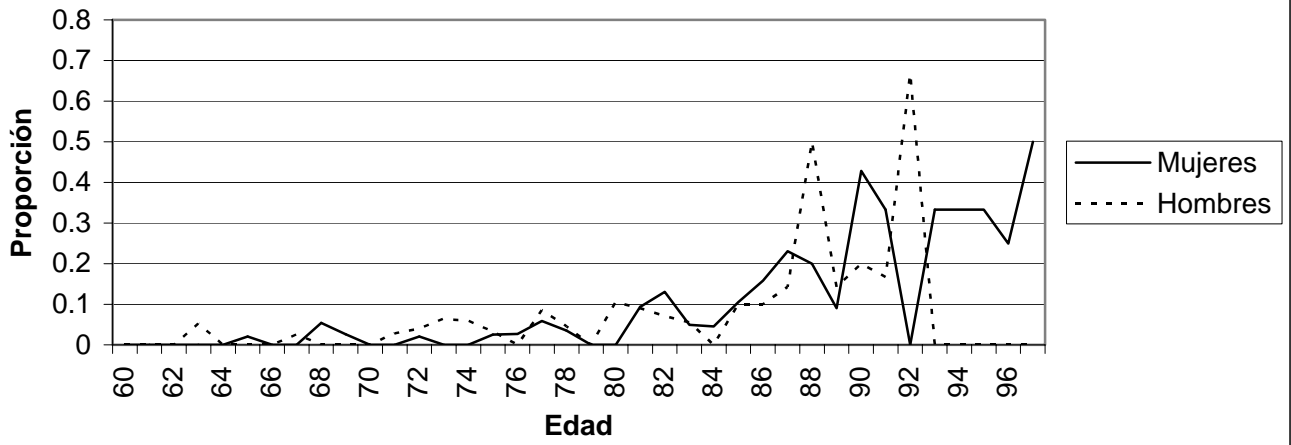


Figura 6c-3. Proporción de adultos mayores con deterioro cognitivo por sexo y edad, San Pablo (Brasil)

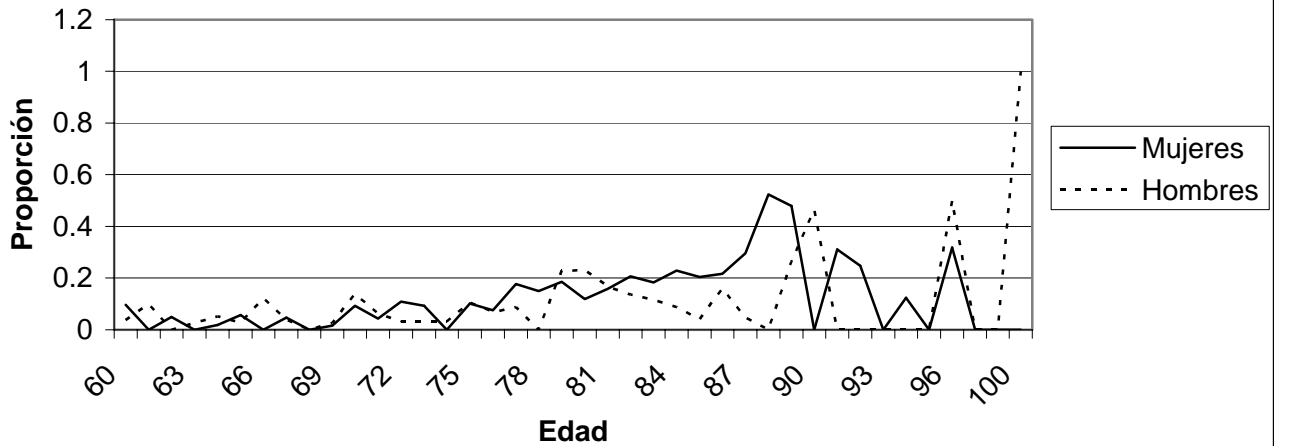


Figura 6c-4. Proporción de adultos mayores con deterioro cognitivo por sexo y edad, Santiago (Chile)

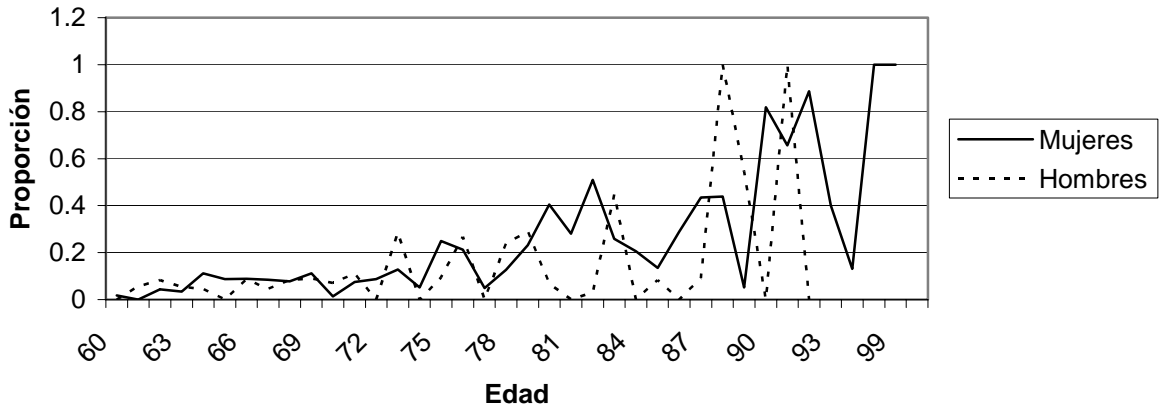


Figura 6c-5. Proporción de adultos mayores con deterioro cognitivo por sexo y edad, La Habana (Cuba)

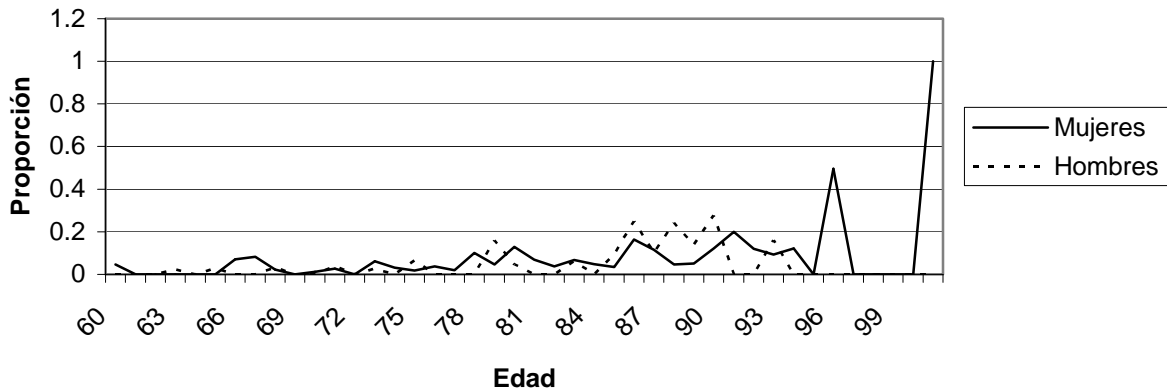


Figura 6c-6. Proporción de adultos mayores con deterioro cognitivo por sexo y edad, Ciudad de México (México)

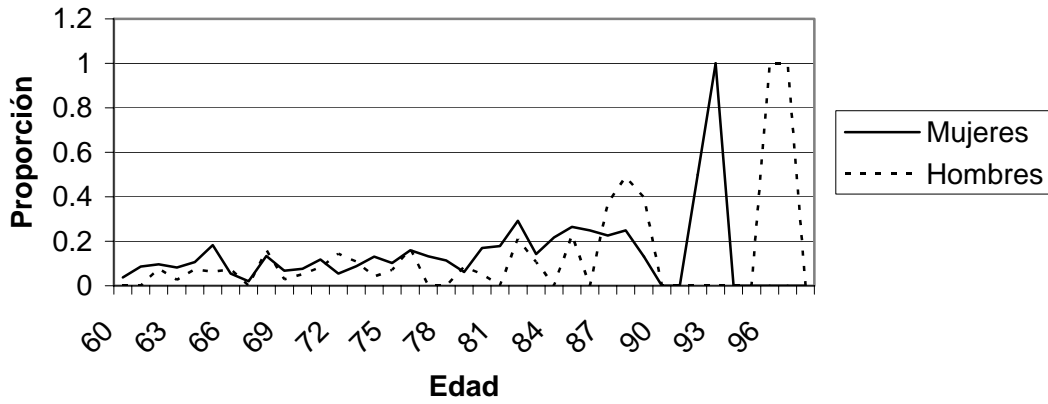
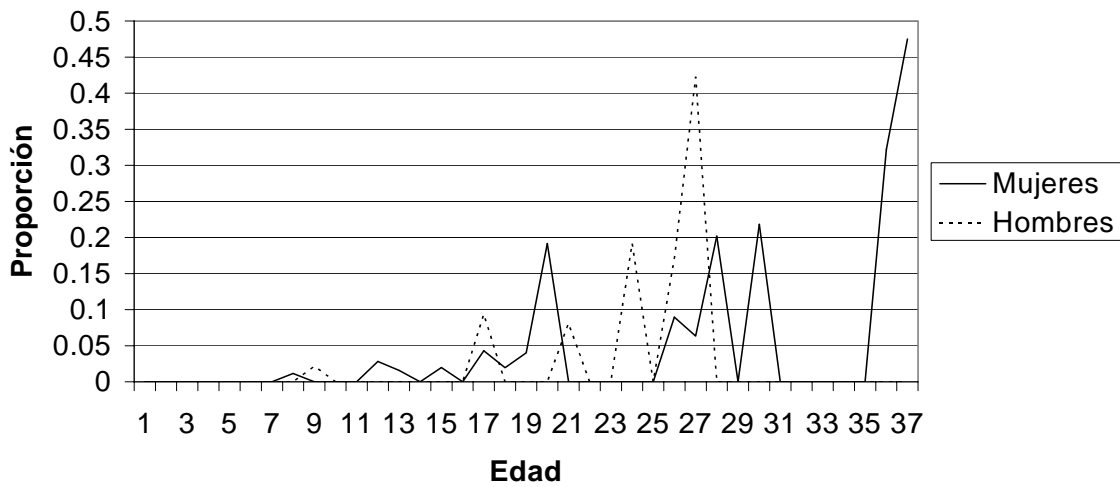


Figura 6c-7. Proporción de adultos mayores con deterioro cognitivo por sexo y edad, Montevideo (Uruguay)



7. AYUDA RECIBIDA

Las Figuras 7.1 a la 7.7 muestran la proporción de adultos mayores que reportaron recibir alguna ayuda (financiera o de otro tipo) de otras personas (incluyendo parientes y amigos). Sin excepción, menos del 15 por ciento de todos los adultos mayores reciben alguna ayuda y existe poca desigualdad por país, edad y género. Este es un hallazgo bastante notable e inesperado. Esto supone una de tres posibilidades. La primera es que los datos reflejan una demanda baja por ayuda y asistencia. Esto es poco probable puesto que a medida que la salud se deteriora y la participación en la fuerza de trabajo se vuelve menos posible, la demanda por ayuda debería aumentar en sociedades con regímenes frágiles de apoyo social. Deberían verse disparidades más grandes entre países y una variabilidad más elevada con la edad de las que en realidad se observan en los datos.

La segunda posibilidad es que los adultos mayores estén reportando una menor ayuda de la que en realidad reciben de otras personas. Aun si esto fuera verdad, sería importante explicar el mas bien la notable uniformidad entre países, edad y género: es altamente probable que los patrones subyacentes sean diversos pero distorsionados por el mal reporte similar en todos los países.

La tercera y más probable explicación es que la demanda es bastante elevada pero el tiempo o restricciones económicas sobre los que son capaces o dispuestos a proveer ayuda son aun mas grandes. Análisis adicionales en profundidad de los datos probaría provechoso para responder estas y dudas relacionadas.

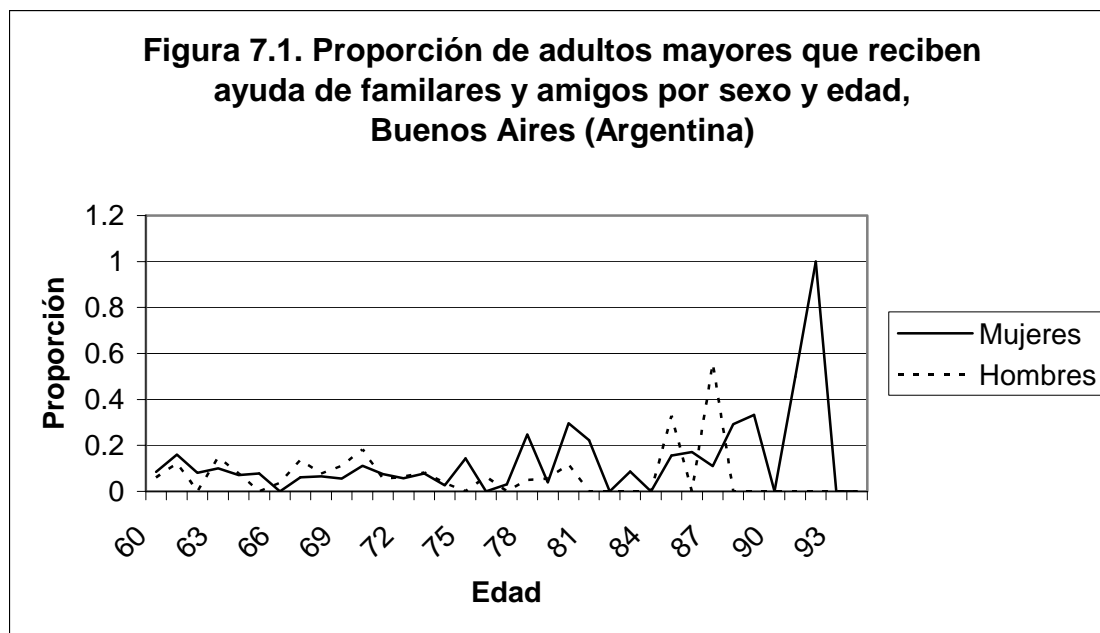


Figura 7.2. Proporción de adultos mayores que reciben ayuda de familiares y amigos por sexo y edad, Bridgetown (Barbados)

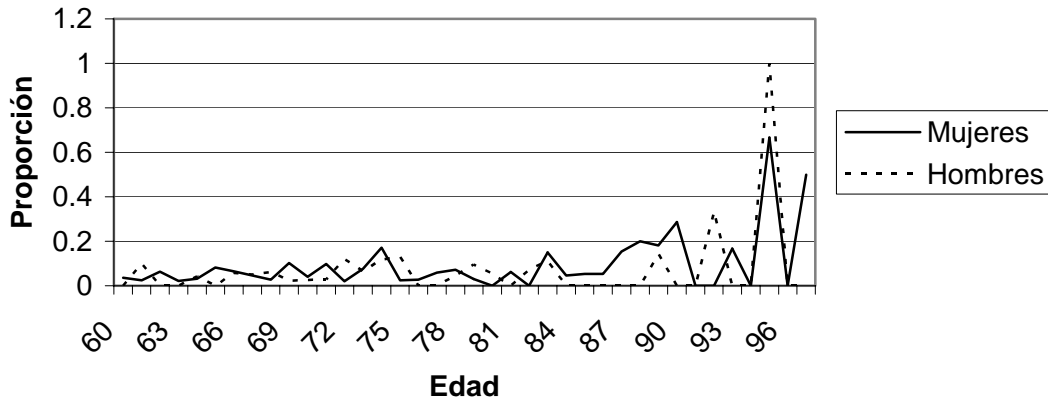


Figura 7.3. Proporción de adultos mayores que reciben ayuda de familiares y amigos por sexo y edad, San Pablo (Brasil)

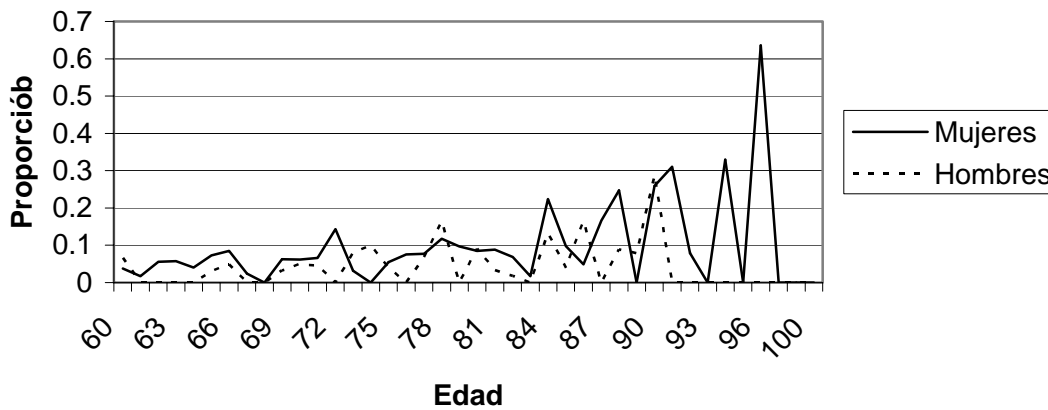


Figura 7.4. Proporción de adultos mayores que reciben ayuda de familiares y amigos por sexo y edad, Santiago (Chile)

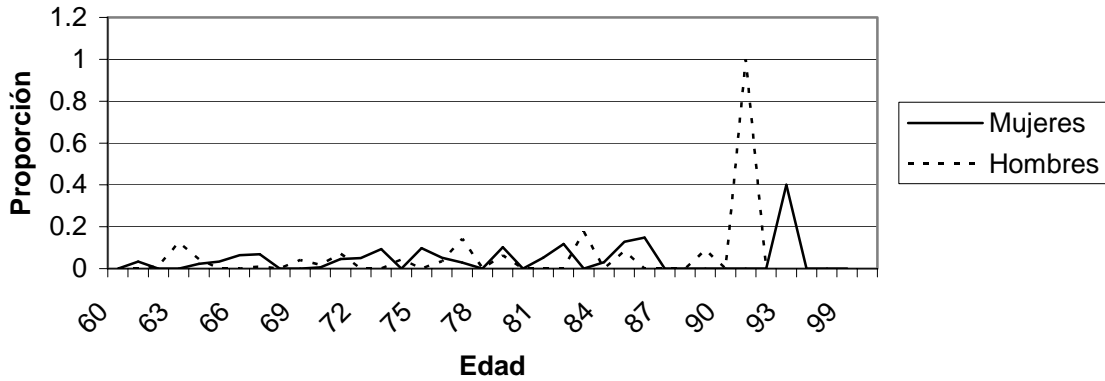


Figura 7.5. Proporción de adultos mayores que reciben ayuda de familiares y amigos por sexo y edad, La Habana (Cuba)

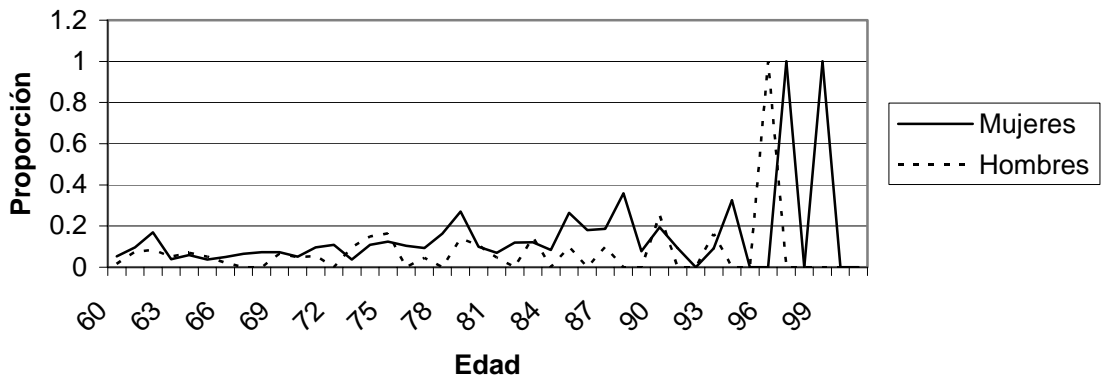


Figura 7.6. Proporción de adultos mayores que reciben ayuda de familiares y amigos por sexo y edad, Ciudad de México (México)

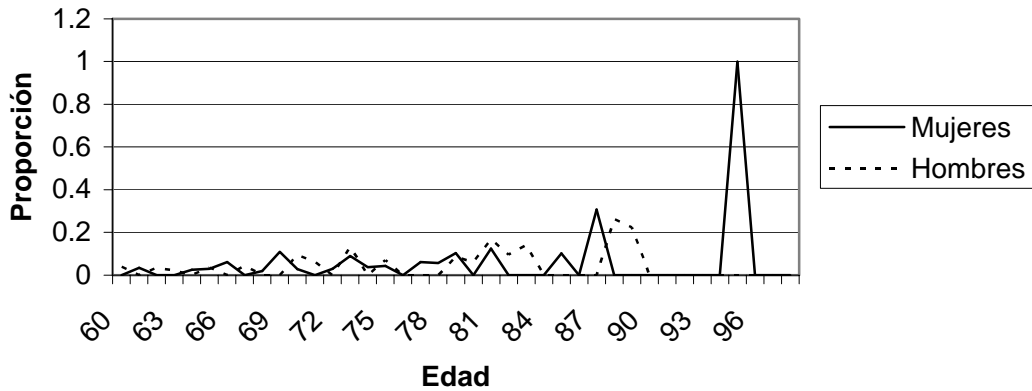
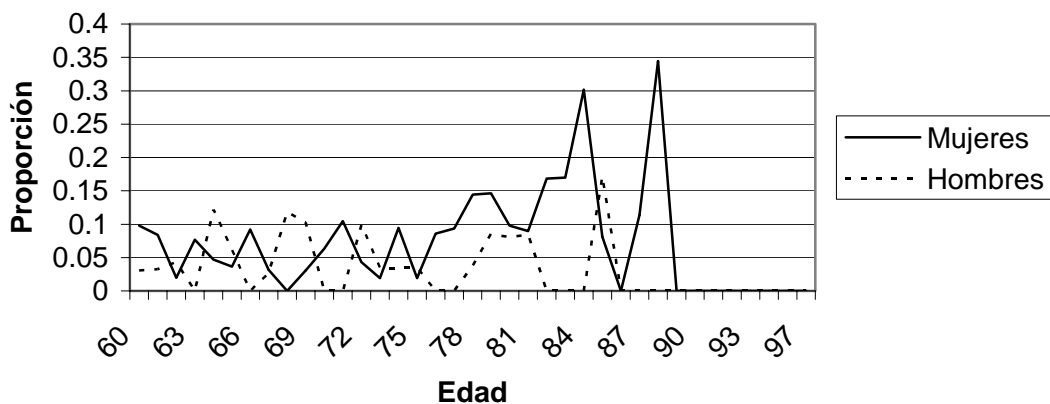


Figura 7.7. Proporción de adultos mayores que recibe ayuda de familiares o amigos por sexo y edad, Montevideo (Uruguay)



Referencias bibliográficas

- Agree, E. M. (1993) *Effects of Demographic Change on the Living Arrangements of the Elderly in Brazil: 1960–1980*. Doctoral Thesis. Chapel Hill: Duke University.
- Albala, C., et al. (1997) Validation of an Anthropometric Model for Total Body Water Determination in the Elderly. *Nutrition Research* 17 (1): 1–7.
- World Bank/Banco Mundial (1989) *Adult Health in Brazil: Adjusting to New Challenges*. Washington, D. C.: The World Bank/Banco Mundial.
- Barker, D. J. P. (1997) *Mothers, Babies and Health in Later Life*. Londres: Churchill-Livingston.
- Bobadilla, J. L., C. Costello, y F. Mitchell (1997) *Premature Death in the New Independent States*. Washington, D. C.: National Academy Press.
- Chappell, N.L. (1994) Home care research: What does it tell us? *The Gerontologist*, 34, 116-120.
- Clark, D.O., & Maddox., G.L., (1992) Racial and social correlates of age-related changes in functioning. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 47, S222-S232.
- Contreras de Lehr, E. (1992) Aging and Family Support in Mexico. En: H. L. Kendig, A. Hashimoto y L. C. Coppard (eds.) *Family Support for the Elderly*. Nueva York: Oxford University Press.
- Crimmins, E., Y. Saito, y D. Ingegneri (1989) Changes in Life Expectancy and Disability-Free Life Expectancy in the United States. *Population and Development Review* 15 (2): 235–68.
- Ebanks, G.E. (1988) *The Aging of the Population of Monserrat: Causes and Consequences*. Nueva Orleans: Population Association of America.
- Elo, I. T. y S. H. Preston (1992) Effects of Early-Life Conditions on Adult Mortality: A Review. *Population Index* 58 (2): 186–212.
- Fillenbaum, G. et al. (1988) Relationship of health and demographic characteristics to Mini-Mental State Examination score among community residents. *Psychological Medicine*, 18, 719-726.
- Feinstein, J.S. (1993) The relationship between socioeconomic status and health: A review of the literature. *The Milbank Quarterly*, 71, 279-322.
- Frenk, J. et al. (1991) Elements for a Theory of the Health Transition. *Health Transition Review* 1 (1): 21–38.
- Fries, J. F. (1983) The Compression of Morbidity. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 61 (3): 397–419.
- Herzog, A. Regula & Robert B. Wallace. (1997) Measures of Cognitive Functioning in the AHEAD Study. *The Journals of Gerontology Series B*. 52B (Special Issue), 37-48.
- House, J. S. et al. (1994) The social stratification of aging and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 213-234.
- Horiuchi, S. y S. H. Preston (1988) Age-Specific Growth Rates: The Legacy of Past Population Dynamics. *Demography* 25 (3): 429–41.
- Kalache, A. y Y. Coombes (1995) Population Aging and Care of the Elderly in Latin America and the Caribbean. *Reviews in Clinical Gerontology* 5: 347–55.

- Kim, Y. J. y R. Schoen Sarma (1997) Momentum and the Growth-Free Segment of a Population. *Demography* 28 (1): 159–73.
- Kinsella, K. (1988) Ageing in the Third World. In: R. Blieszner and V. H. Bedford (eds.) *Handbook on Aging and Family*. Westport, CT: Greenwood Press.
- Kinsella, K. (1994) Dimensiones demográficas y de salud en América Latina y el Caribe. In: Elias Anzola Pérez et al., *La atención de los adultos mayores: Un desafío para los años noventa*, pages. 3–18. Washington, D.C.: Pan American Health Organization.
- Kinsella, K. y L. G. Martin (1994) Research on the Demography of Aging in Developing Countries. En: K. Kinsella y L. G. Martin, *Demography of Aging*, págs. 356–403. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Lee, R. (1994) The Formal Demography of Population Aging, Transfers, and the Economic Life Cycle. En: L. Martin y S. Preston (eds.) *Demography of Aging*, págs. 8–49. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Lee, R. y S. Tuljapurkar (1997) Death and Taxes: Longer Life, Consumption and Social Security. *Demography* 34 (1): 67–81.
- Machado, K., L. Corder y, y E. Stallard (1993) *The Elderly Mobility Transition in Brazil*. Estes Park, CO: University of Colorado Institute of Behavioral Science Conference on the Elderly Mobility Transition.
- Manton, K. (1991) The Dynamics of Population Aging: Demography and Policy Analysis. *The Milbank Quarterly* 69 (2): 309–38.
- Manton, K. y E. Stallard (1991) Cross Sectional Estimates of Active Life Expectancy for the U. S. Elderly and Oldest-Old Populations. *Journal of Gerontology* 46 (3): 170–182.
- Manton, K. y E. Stallard (1994) A Medical Demography: Interaction of Disability and Mortality. In:En: L. G. Martin y S. H. Preston (eds.) *Demography of Aging*. Washington, D. C.: National Academy Press.
- Manton, K., L. Corder y E. Stallard (1993) Estimates of Change in Chronic Disability and Institutional Incidence and Prevalence Rates in the U.S. Elderly Population from the 1982, 1984 and 1989 National Long Term Care Survey. *Journal of Gerontology, Social Sciences* 48 (summer): 153–66.
- Manton, K., L. Corder y E. Stallard (1993) Estimates of Change in Chronic Disability and Institutional Incidence and Prevalence Rates in the US Elderly Population from the 1982, 1984, and 1989 National Long-Term Care Survey. *Journal of Gerontology, Social Sciences* 48 (summer): 153–166.
- Mesle, F. et al. (1996) Tendances Récentes de la Mortalité par Cause en Russie 1965–1994. *Donnés Statistiques, Institut National d'Études Démographiques*. París: Institut National d'Études Démographiques.
- Mosley, W. H. y R. Gray (1993) Childhood Precursors of Adult Morbidity and Mortality in Developing Countries: Implications for Health Programs. En: J. N. Gribble y S. H. Preston (eds.) *The Epidemiological Transition: Policy and Planning Implications for Developing Countries*. Washington, D. C.: National Research Council.
- Murray, C. L. y A. Lopez (1996) *The Global Burden of Disease*. Geneve: World Health Organization.
- National Academy of Sciences. 1996) *Improving Data on America's Aging Population*. Washington,

D. C.: National Academy Press.

Nugent, J. B. y V. M. Gomez (1996). *Desired and Actual Fertility and Various Dimensions of Labor Force Participation in Rural Costa Rica: The Effects of Social Security Participation*. Inedit document; application submitted to the Program Of Small funding for the Reserch in Central America.

Olshanksy, S. Jay y M. A. Rudberg (1991) Trading Off Longer Life for Worsening Health. *Journal of Aging and Health* 32 (2): 194–216.

Olshansky, S. J., B. A. Carnes, y C. K. Cassel (1993) The Aging of the Human Species. *Scientific American* April: 46–52.

Pan American Health Organization (1989a) *A Profile of the Elderly in Argentina*. Technical Report No. 26. Washington, D.C.: Pan American Health Organization.

Pan American Health Organization (1989b) *Profile of the Elderly in Guyana*. Technical Report No. 24. Washington, D.C.: Pan American Health Organization

Pan American Health Organization (1989c) *A Profile of the Elderly in Trinidad and Tobago*. Technical Report No. 22. Washington, D.C.: Pan American Health Organization.

Pan American Health Organization (1990a) *A Profile of the Elderly in Costa Rica*. Technical Paper No. 29. Washington, D.C.: Pan American Health Organization

Pan American Health Organization (1990c) *Health Conditions in the Americas*. Scientific Publication No. 524,

Tomo 1. Washington, D. C.: Pan American Health Organization.

Pan American Health Organization (1993) *Análisis Comparativo del Envejecimiento en Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica y Venezuela*. Technical Report No. 38. Washington, D.C.: Pan American Health Organization.

Pan American Health Organization (1990b) *A Profile of the Elderly in Chile*. Technical Paper No. 26. Washington, D. C.: Pan American Health Organization.

Preston, S. H. y M. L. (1994) Introduction. En: L. G. Martin y S. H. Preston (eds.) *Demography of Aging*. Washington D. C.: National Academy Press.

Ramos, L. R. (1992) Family Support for Elderly People in San Paulo, Brazil. En: H. L. Kendig, A. Hashimoto y L. C. Coppard (eds.) *Family Support for the Elderly*. Nueva York: Oxford University Press.

Ramos, L. R. (1994) Family Support for the Elderly in Latin America: The Role of the Multigenerational Household. In: United Nations (ed.) *Aging and the Family*, pages. 66–72. Nueva York: United Nations.

Saad, P. M. (1998) *Support Transfers Between the Elderly and the Family in Southeast and Northeast Brazil*. Doctoral Thesis. Houston: University of Texas, Population Research Center.

Singer, B. S. y K. Manton (1994) What's the Fuss about the Compression Morbidity? *Chance*, Fall.

Taeuber, C. (1992) Sixty-Five Plus in America. En: U.S. Department of Commerce, Bureau of the Census (ed.) *Current Population Reports*, págs. 23–178. Special Studies Series. Washington, D.C.: U.S. Department of Commerce, Bureau of the Census.

U.S. Senate (1991) *Aging America*. Washington, D.C.: U.S. Senate Committee on Aging.

University of Michigan (1989) *Survey of Health and Living Status of the Elderly in Taiwan: Questionnaire and Survey Design*. Ann Arbor: Population Studies Center, University of Michigan.

Veras, R. P. (1992) *A Survey of the Health of Elderly People in Rio de Janeiro Brazil*. Tesis doctoral. Londres: London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London.

Wise, D. (1996) Introduction. En: D. A. Wise (ed.) *Advances in the Economics of Aging*. Chicago: University of Chicago Press.

Wise, D. (1997) Retirement against the Demographic Trend: More Older People Living Longer, Working Less, and Saving Less. *Demography* 34 (1): 83–96.