

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**  
*Oficina Sanitaria Panamericana, la Oficina Regional del*  
**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

**CAIS 36/2001.5**  
**Original: Español**



**XXXVI REUNIÓN DEL COMITÉ ASESOR DE INVESTIGACIONES EN SALUD**  
Kingston, Jamaica - 9-11 de julio de 2001

**Encuesta Multicéntrica**  
**SALUD BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO (SABE)**  
**EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

**Informe Preliminar**

**DIVISIÓN DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD (HPP)**  
Organización Panamericana de la Salud  
Washington, D.C.  
Mayo de 2001

---

La Organización Panamericana de la Salud se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales. Las opiniones expresadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la Organización Panamericana de la Salud ni de los Gobiernos Miembros.

*Preparado por*

***Martha Peláez***

*Asesora Regional en Envejecimiento y Salud*

***Alberto Palloni***

*Profesor de Sociología, Universidad de Wisconsin-Madison*

***Guido Pinto y Elizabeth Arias***

*Asesores Técnicos en Demografía y Salud*

*Washington, D.C., Mayo, 2001*

## INDICE

<b>1. PRESENTACIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN DE SABE.....</b>	<b>1</b>
<b>3. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA .....</b>	<b>3</b>
3.1. ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO.....	3
3.2. NIVEL DE EDUCACIÓN .....	4
3.3. ESTADO CIVIL .....	5
<b>4. ESTADO COGNITIVO .....</b>	<b>6</b>
4.1. DETERIORO COGNITIVO SEGÚN INSTRUMENTO DE <i>SCREENING</i> , EDAD, SEXO Y ESCOLARIDAD.....	7
<b>5. SITUACIÓN DE LA SALUD .....</b>	<b>9</b>
5.1. AUTOEVALUACIÓN DE SALUD.....	9
5.2. ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	11
5.3. FACTORES DE RIESGO Y CONDUCTAS SALUDABLES .....	12
5.4. ESTADO FUNCIONAL .....	14
5.5. USO Y ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD Y USO DE MEDICAMENTOS.....	17

## **1. PRESENTACIÓN**

La encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) investiga las condiciones de salud de los adultos mayores en las principales zonas urbanas de siete países en América Latina y el Caribe (Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, México y Uruguay). La encuesta es la primera de este tipo en la Región. Las encuestas fueron transversales, simultáneas y rigurosamente comparables con el fin de recopilar información que será la primera en su género para los países de América Latina y el Caribe y que servirá de base para los análisis que hacen tanta falta y para promover más investigaciones en este campo.

La información recopilada servirá principalmente para la descripción y los análisis de las condiciones de salud y las limitaciones funcionales de los adultos mayores de la que se sabe poco al momento. Adicionalmente, la encuesta dará información sobre algunas medidas físicas, cognitivas, el uso y acceso de los servicios, arreglos domiciliarios, participación laboral, transferencias inter-generacionales, ingresos, pensiones y bienestar general.

Una limitación del estudio es que, dado que la información recopilada es transversal, sólo podrá apoyar parcialmente el estudio de los determinantes de la salud y no podrá incluir estudios de supervivencia o de institucionalización. Por consiguiente, SABE debe considerarse como la primera de tres etapas.

La encuesta SABE podrá hacer un seguimiento de los entrevistados que recibieron el cuestionario en la primera etapa, al menos en algunas de las ciudades. El seguimiento se haría un año después de la primera entrevista. En esta segunda etapa se obtendrá información de supervivencia y de institucionalización. Chile ya se ha comprometido a realizar esta segunda etapa y esperamos que otros también lo puedan realizar.

La muestra urbana de la encuesta SABE tiene también la limitación de no representar la diversidad de ambientes, localidades y de adultos mayores que existen en los países seleccionados. Por lo tanto, proponemos una tercera etapa que extendería una encuesta tipo panel a una muestra más diversa y representativa de la población mayor en cada uno de los países.

Finalmente, en el informe final se incluyen temas tales como la familia, arreglos domiciliarios, empleo, ingresos y pobreza de las (os) adultas (os) mayores.

## **2. Objetivos de Investigación de SABE**

La encuesta está diseñada para producir información que, como mínimo, permita a los investigadores lograr las siguientes metas:

- Describir las condiciones de salud de los adultos mayores (más de 60 años) respecto a autoevaluaciones de enfermedades crónicas y agudas, discapacidad y deterioro físico y mental, con atención especial a los mayores de 80 años de edad. Es importante resaltar que la información obtenida de la encuesta no produce medidas de prevalencia de enfermedades pero si la prevalencia de enfermedades reportadas por los entrevistados, excepto en países donde la auto-evaluación vaya acompañada con pruebas clínicas de hipertensión y diabetes.

- Evaluar los niveles de limitaciones funcionales y minimamente evaluar el estado y deterioro cognitivo de la persona. Esta información se utilizará para hacer estimaciones de esperanza de vida sin discapacidades.
- Evaluar el acceso y uso que tienen los adultos mayores a los servicios de asistencia de salud, incluidos los ubicados fuera de los establecimientos médicos formales (medicina tradicional o naturista), y las condiciones en que las personas buscan y reciben servicios. Estos países difieren radicalmente en cuanto a la organización y administración de sus establecimientos de salud y han experimentado cambios drásticos en sus sistemas sanitarios. Por lo tanto, es particularmente importante para nosotros estudiar las tendencias de la prestación de servicios médicos a diferentes segmentos sociales de las poblaciones.
- Un objetivo implícito en lo anterior que merece consideración aparte es el grado de acceso al seguro de salud que ofrecen las organizaciones privadas o las instituciones gubernamentales o semigubernamentales, y la medida en que se utiliza dicho seguro.
- Evaluar la contribución relativa de tres fuentes de apoyo a la satisfacción de las necesidades relacionadas con la salud de los adultos mayores; a saber, las relaciones familiares y las redes, la asistencia pública y los recursos privados (ingresos, activo). Dada la profunda y reciente reorganización de los sistemas de pensión y asistencia social, estos países ofrecen una oportunidad singular para estudiar las diferencias que existen entre los contextos sociales y dentro de cada uno de ellos en cuanto a la disponibilidad de programas y planes de salud colectivos y privados y la influencia que estos ejercen en las condiciones de salud de los adultos mayores y el acceso a la atención de salud y el uso de esta.
- Analizar los patrones de transferencias intrafamiliares y cómo estos patrones están influenciados por las características de los adultos mayores y de sus familiares más cercanos.
- Analizar las diferenciales de la autoevaluación de las condiciones de salud, el acceso a la atención de salud y las fuentes de apoyo en particular (pero no exclusivamente) respecto a clase social, género y cohorte de nacimiento.
- Evaluar las relaciones que existen entre los factores estratégicos—a saber, comportamiento relacionado con la salud, antecedentes ocupacionales, condiciones socioeconómicas, género y cohorte—en las condiciones de salud según la evaluación en el momento de la encuesta, y como se informó respecto a períodos de rememoración breves antes de la encuesta.
- Elaborar perfiles de riesgo que, junto con modelos que vinculan los perfiles de riesgo a la morbilidad y la mortalidad, podrían respaldar las predicciones a corto plazo de las tendencias relacionadas con la edad en cuanto a morbilidad, discapacidad y deterioro físico y mental, y también niveles de mortalidad entre los adultos mayores. Por ejemplo, exploraremos las relaciones entre la autoevaluación de las enfermedades crónicas recientes o actuales y la discapacidad y deterioro funcionales así como la estimación de la influencia de los perfiles conductuales en la autoevaluación de las enfermedades crónicas.
- Realizar análisis comparativos en los países que comparten características importantes pero que difieren en cuanto a varios factores, como el rol que tiene el apoyo familiar, la asistencia pública, el establecimiento médico; y por lo que respecta a comportamientos relacionados con la salud y la exposición a las condiciones de riesgo.

- Evaluar niveles y patrones de desigualdades en el estado de salud y el acceso y utilización de los servicios de salud. Este objetivo es de suma importancia ya que nos permitirá contribuir a remediar la falta de información que existe sobre las inequidades en salud de los adultos mayores.

Una característica importante de este estudio es su naturaleza comparativa. Esto se justifica por varias razones. En primer lugar, el contexto socioeconómico, demográfico y político varía considerablemente de un país a otro en la Región. Por lo tanto, a fin de obtener conocimientos completos y sólidos acerca de las condiciones de salud de los adultos mayores no basta con centrarse solamente en uno o dos de ellos. Los países seleccionados para el estudio son representativos de tipos generales de sociedades según su combinación de contextos socioeconómicos, demográficos y políticos. Segundo, los diseños o esquemas que se aplican en la Región para abordar el problema del envejecimiento son sumamente variados. Para fines políticos, es importante evaluar los efectos de estos diseños diversos aunque sea solo para determinar primero sus puntos fuertes y débiles antes de adaptarlos en su totalidad a otros países. Finalmente, un estudio comparativo, aunque de índole limitada, produce beneficios en cuanto al poder estadístico y la robustez en la prueba de las hipótesis. A pesar de que la mayoría de los análisis se realizarán en cada país, y que estos serán los análisis a los que daremos prioridad, también será posible realizar análisis con muestras agrupadas de resultados, donde el país puede ser una variable por derecho propio, con efectos aditivos o interactivos.

### **3. Características de la Población Estudiada**

#### **3.1. Estructura de la población por edad y sexo**

La estructura de la población por edad y sexo es el resultado del comportamiento pasado de la denominada dinámica demográfica, compuesta por las variables poblacionales como son la mortalidad, fecundidad y migración.

En la **Tabla 1**, se presentan los indicadores necesarios para definir la estructura por edad y sexo de las poblaciones estudiadas. En primer lugar, se observa que en todas las ciudades consideradas, la población de 60 a 74 años de edad supera el 60% del total de entrevistados en cada ciudad, a excepción del Brasil. Sin embargo, existe variabilidad entre países: las mayores proporciones de personas por debajo de los 75 años se encuentran en México (76%), Argentina (72%) y Uruguay (70%); mientras que los valores más bajos se observan en Brasil (47%), Barbados (63%) y Chile (66%). Para las poblaciones mayores de 75 años los resultados son opuestos a los descritos anteriormente.

La importancia relativa que tienen estos grupos etarios (60-74 y 75+) en cada país, se refleja en las respectivas edades medianas de sus poblaciones. La edad más baja se registra en México (63 años), mientras que la edad más alta se encuentra en el Brasil (75 años), como era de esperar. En otras palabras, el 50% de la población mexicana en este estudio, era menor de 63 años en el momento de la encuesta; de manera similar, la mitad de la población brasileña estudiada era menor de 75 años. Finalmente, podemos observar, que de las seis (6) poblaciones estudiadas, cuatro (4) de ellas tienen edades medianas alrededor de los 70 años.

**Tabla 1.** Porcentaje de personas mayores de 60 años por grupos de edad, sexo e indicadores demográficos según ciudades

Ciudades	60-74	75+	Edad Mediana	Mujeres	Hombres	Índice de Feminidad	N
Bridgetown	63.1	37.0	71	59.7	40.3	142	1812
Buenos Aires	72.4	27.6	70	61.7	38.3	162	1043
México	75.9	24.1	63	56.4	43.6	129	1247
Montevideo	69.9	30.1	70	63.7	36.3	176	1450
Santiago	66.1	33.9	70	65.7	34.3	192	1306
Sao Paulo	46.8	53.2	75	58.1	41.9	139	2143

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

En segundo lugar, tal como se esperaba, se observa en la Tabla 1 que la proporción de mujeres es mayor que la de hombres en todos los países estudiados. En efecto, en los seis países la proporción de mujeres está por encima del 56% (valor mínimo observado para México), mientras que el porcentaje más elevado se registró en Chile, con aproximadamente 66%. La relación que existe entre ambas poblaciones puede apreciarse más claramente a través del índice de feminidad, que simplemente se define como el número de mujeres por cada cien hombres. El valor de este índice oscila entre 129 para México y 192 para Chile. Esto significa que en las ciudades bajo estudio, existe un mayor número de mujeres, como resultado de la sobre mortalidad que se produce en la población masculina en edades avanzadas.

### 3.2. Nivel de educación

El nivel educacional de las personas es un importante condicionante de su situación socioeconómica y, por lo tanto, tiene un papel decisivo en su bienestar material, incluyendo la salud. Se ha observado que niveles elevados de educación se correlacionan con ingresos altos y mejores condiciones de vida y de salud que se encuentran por encima de los promedios observados en la población en general. Por otro lado, el nivel de educación influye en forma importante en las actitudes, prácticas y comportamientos que tienen las personas hacia la salud, por consiguiente, condiciona la demanda y utilización de los servicios de salud. Estos hallazgos son también válidos para la población mayor de 60 años.

En la **Tabla 2**, cuando se introduce la especificidad de género en cada país, también, se observan diferencias entre mujeres y hombres adultos mayores en todos sus niveles de educación. Las mujeres se encuentran en desventaja en los niveles de educación secundaria y superior en las 6 ciudades estudiadas; mientras que en los niveles más bajos, las mujeres tienen porcentajes por encima de los observados para los hombres. Entre los adultos mayores que no tienen educación formal alguna las diferencias por género son mayores en Chile y México: alrededor del 8% al 15% de sus poblaciones masculinas mayores de 60 años no tienen educación alguna, respectivamente, comparado con el 13% a 22% de las poblaciones femeninas. La situación cambia para el nivel educacional primario. Las diferencias se reducen en forma

significativa con excepción de la Argentina, donde el porcentaje de mujeres adultas mayores con educación elemental es de 70%, comparado con 61% de hombres adultos mayores. Las diferencias mínimas se observan en Chile (60.1% para mujeres versus 59.8% para hombres) y en México (58.7% para mujeres versus 59.2% para hombres).

**Tabla 2.** Porcentaje de personas mayores de 60 años por nivel de educación formal y sexo según ciudades

Ciudades	Sin Educación		Primaria		Secundaria		Superior	
	M	H	M	H	M	H	M	H
Bridgetown	0.8	0.8	77.1	74.7	18.3	18.5	3.7	5.9
Buenos Aires	4.2	1.9	69.7	61.1	25.4	34.8	0.8	2.3
México	21.6	15.3	58.7	59.2	5.5	15.3	5.5	15.3
Montevideo	5.1	2.6	67.5	64.6	7.5	11.8	7.5	11.8
Santiago	13.0	2.6	60.1	59.8	21.7	23.4	4.6	9.2
Sao Paulo	26.0	22.8	63.7	61.3	4.8	8.5	4.6	6.4

M: Mujeres, H: Hombres

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

La posesión de una educación secundaria o superior entre los adultos mayores favorece en mayor proporción a los hombres que a las mujeres. En efecto, en todas las ciudades estudiadas, la proporción de hombres que tienen alguna educación secundaria o superior es mayor que la de las mujeres, sin excepción alguna. En primer lugar, la proporción de mujeres con educación formal secundaria oscila entre 5% en Brasil y 25% en la Argentina; mientras que la proporción con educación superior varía entre 0.8% en la Argentina y 8% en el Uruguay. En forma similar para la población masculina, los rangos de variación son: 9% en el Brasil y 35% en la Argentina para la educación secundaria y 2% en la Argentina y 15% en México para la educación superior. En segundo lugar, las diferencias según género para la educación secundaria son las más altas en Argentina (25% para mujeres contra 35% para hombres), México (6% para mujeres contra 15% para hombres) y Uruguay (8% para mujeres contra 12% para hombres).

Con relación a la educación superior, existe una diferencia pronunciada entre mujeres y hombres en México (6% para mujeres y 15% para hombres); y en menor medida en Chile (5% y 9%, respectivamente) y Uruguay (8% y 12%, respectivamente). Es decir, los hombres tienen mayores probabilidades de alcanzar niveles educativos más altos que las mujeres.

### 3.3 Estado civil

Entre la población mayor adulta, el estado marital puede afectar de manera decisiva el bienestar tanto económico como emocional de la persona debido a la influencia que tiene en los arreglos residenciales y la dotación de personas que proporcionan atención a esta población, especialmente si se trata de persona que padecen de alguna enfermedad o incapacidad.

En la **Tabla 3** podemos observar que los hombres mayores de 60 años, en todos los países estudiados, tienen mayores probabilidades de estar casados cuando se comparan con las mujeres. Las proporciones de casados/unidos varían de 60% en Barbados hasta 76% en México, mientras que para las mujeres varían de 29% en Chile a 43% en Argentina. Estos valores pueden deberse a que una gran parte de los varones, sea después de la muerte de su compañera o de un divorcio, entran en un nuevo matrimonio. En efecto, las proporciones de separados y viudos son menores que los respectivos valores para las mujeres.

**Tabla 3.** Porcentaje de la personas mayores de 60 años por estado civil y sexo según ciudades

Ciudades	Nunca Unido		Separado/ Divorciado		Viudo		Casado/Unido	
	M	H	M	H	M	H	M	H
Bridgetown	22.2	10.7	13.3	14.0	29.3	14.3	34.0	59.6
Buenos Aires	6.2	4.0	7.4	6.9	43.1	14.2	43.3	74.7
México	5.7	1.9	13.0	5.4	42.2	15.8	38.6	75.8
Montevideo	3.6	3.3	12.6	9.2	48.2	14.7	35.2	71.7
Santiago	9.0	4.0	15.3	8.9	45.6	15.9	29.1	69.6
Sao Paulo	5.9	3.5	8.6	4.6	49.8	17.6	35.6	74.3

M: Mujeres, H: Hombres

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

La relación anterior se invierte cuando se observa la viudez de los entrevistados: las adultas mayores tienen mayores probabilidades de ser viudas que los adultos mayores en todos los países estudiados. En efecto, los porcentajes de viudez entre las mujeres se encuentran por encima del 40%, excepción de Barbados; mientras los porcentajes asociados a los hombres están por debajo del 18%. El porcentaje de viudas varía entre 29% en Barbados y 50% en Brasil; el de viudos oscila de 14% en la Argentina a 18% en Brasil. Las mayores proporciones de mujeres viudas están asociadas a las diferencias de género que existen en las esperanzas de vida y a la tendencia que tienen las mujeres a casarse con hombres algo mayores que ellas. Otra posible fuente de explicación es el hecho que los viudos o divorciados tienden a ingresar en un nuevo matrimonio más rápidamente que sus contrapartes femeninas.

#### 4. Estado Cognitivo

El deterioro cognitivo es un factor importante en el deterioro funcional, la discapacidad, la demanda por atención a largo plazo y la institucionalización misma de las personas. La vitalidad cognitiva es necesaria para el desempeño de las actividades instrumentales del vivir diario como, por ejemplo, hacer las compras, preparar la comida y la auto-administración de medicamentos. También es necesaria para las actividades básicas del vivir diario como bañarse y vestirse. La medición del deterioro cognitivo es una tarea bastante complicada y se dificulta aún más por la falta de instrumentos apropiados para este fin. En el estudio SABE se seleccionó

el “Minimental State Examination” (también denominado MMSE), que tiene un sesgo en contra de las personas con un bajo nivel de escolaridad (Fillenbaum et al., 1988 Herzog et al., 1997).

#### 4.1. Deterioro cognitivo según instrumento de *screening*, edad, sexo y escolaridad

Utilizando únicamente el MMSE en la **Tabla 4** podemos observar que el deterioro cognitivo de los entrevistados tiene un rango que varía de 0.4% en Montevideo a 7% en México y Santiago. Mientras que si combinamos el MMSE con el PFAQ, las tasas de prevalencia de deterioro cognitivo bajan a 0.2% en Montevideo y a 7% en la Ciudad de México.

**Tabla 4.** Porcentaje de personas mayores de 60 años con deterioro cognitivo por instrumento de *screening* y edad según ciudades

Ciudades	MMSE <13		MMSE<13 + PFAQ >5	
	60 – 74	75+	60 – 74	75+
Bridgetown	1	9	0.3	5
Buenos Aires	2	9	0.7	3
México, D.F.	8	20	1	6
Montevideo	0.4	5	0.2	3
Santiago	7	23	4	19
Sao Paulo	4	17	3	16

*Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001*

Al presente, no existe información confiable sobre el número de residencias o casas de cuidados para adultos mayores con discapacidades en los siete países incluidos en el estudio; sin embargo, sabemos que existe gran variabilidad entre ellos y que Montevideo es la ciudad con el mayor número de personas mayores residiendo en viviendas asistidas. Por lo tanto, podemos asumir que el número reducido de personas con deterioro cognitivo en Montevideo se debe a la dimensión que tiene la población institucionalizada por problemas de demencias.

Por otro lado, en los datos sobre la prevalencia del deterioro cognitivo y demencia en el mundo padecen de inconsistencia. En la **Tabla 5** se observan las tasas de prevalencia promedio para el mundo desarrollado, publicadas por la Asociación Internacional de Alzheimer’s, que al ser comparadas con los resultados de SABE encontramos que se ubican por encima de Bridgetown y Montevideo y por debajo de Santiago, Sao Paulo y México.

**Tabla 5** Prevalencia de la demencia en el mundo según grupos de edad

Grupo de edad	%
65-69	1.4
70-74	2.8
75-79	5.6
80-84	11.1
85+	23.6

*Fuente: Asociación Internacional de Alzheimer’s y Otras Enfermedades Relacionadas*

La mayoría de los estudios sobre demencia muestran que no hay diferencias en la prevalencia de deterioro cognitivo entre sexos. Sin embargo, en México, Santiago y Sao Paulo se observa que las mujeres tienen una prevalencia de deterioro cognitivo mayor que los hombres, como puede verse en la Tabla 6. Es posible que la diferencia observada se encuentre influenciada por la marcada diferencia que existe entre los niveles de educación de los hombres y las mujeres.

**Tabla 6.** Porcentaje de personas mayores de 60 años con deterioro cognitivo por sexo según ciudades

Ciudades	Mujeres	Hombres	Total
Bridgetown	4	4	4
Buenos Aires	4	3	4
México, D.F.	12	7	10
Montevideo	2	1	2
Santiago	14	9	12
Sao Paulo	12	9	11

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

Se ha encontrado en varios estudios internacionales, que la educación y el deterioro cognitivo tienen una relación inversa, es decir, cuanto mayor es el nivel educativo, menor es el deterioro cognitivo. En la **Tabla 7**, es posible verificar esta relación en todas las ciudades del estudio SABE: el porcentaje de personas sin educación con deterioro cognitivo es mayor que el porcentaje de personas con algún año de escolaridad. Este resultado es bastante significativo porque la relación persiste a pesar que el instrumento de *screening* fue adaptado y validado para eliminar el sesgo educativo que tenía anteriormente.

**Tabla 7.** Porcentaje de personas mayores de 60 años con deterioro cognitivo por nivel de educación según ciudades

Ciudades	Sin Educación	<7 años	7+ años
	%	%	%
Bridgetown	29	4	1
Buenos Aires	19	4	1
México, D.F.	22	9	1
Montevideo	17	2	0.5
Santiago	35	12	5
Sao Paulo	24	0.5	4

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

## 5. Situación de la salud

En esta sección resumimos las regularidades observadas de las autoevaluaciones sobre salud, las condiciones crónicas, indicadores de riesgos y comportamientos relacionados a la salud, el estado funcional y el uso y acceso a los servicios de salud.

### 5.1. Autoevaluación de salud

Recientemente se ha recopilado la evidencia suficiente para apoyar de manera convincente la idea de que las autoevaluaciones de salud no son construcciones puramente imaginarias, sino que están relacionadas a condiciones reales de salud. De hecho, en los últimos 15 años, muchos estudios han demostrado que los individuos que reportan condiciones de salud escasa o pobre tienen riesgos de mortalidad consistentemente más altos que aquellos que reportan mejor salud. Por lo tanto, las autoevaluaciones de salud son más que un conjunto de percepciones individualmente distorsionadas del estado de salud.

#### a) *Heterogeneidad por sexo*

En todos los países, la proporción de hombres que reportan buena salud es más alta que la proporción de mujeres que lo hacen (Tabla 7). Las diferencias son bastante grandes en la mayoría de los casos, salvo para Brasil. Como indicamos a continuación, este hallazgo no es coherente con las regularidades halladas en los Estados Unidos, por ejemplo, donde las mujeres reportan estar en buena salud al menos con la misma frecuencia que los hombres. La regularidad es reforzada si examinamos las autoevaluaciones por grupo amplio de edad.

¿Es que la regularidad revelada por los datos indica que las mujeres tienen peor salud que los hombres? O, alternativamente, ¿son estas cifras muy afectadas por sesgos de percepción basadas en sexo de la persona? Observe que adoptando la posición de que estas cifras reflejan diferenciales reales en el estado de salud llevaría a uno a esperar—bajo las relaciones descritas arriba—una mayor mortalidad para las mujeres que los hombres, un resultado que no es coherente con los patrones nacionales de mortalidad en personas mayores. Una interpretación alternativa es que las respuestas de las mujeres incluyen una consideración de limitaciones y condiciones no fatales que comprometen la validez de las medidas basadas en las proporciones que reportan estar en buena (mala) salud como indicador de las condiciones que pronostican la mortalidad a corto plazo.

**Tabla 7.** Porcentaje de adultos mayores que reportan tener “buena” o “mala” autoevaluación de salud según ciudades

<b>Ciudad y Sexo</b>	<b>Buena</b>	<b>Mala</b>	<b>NS</b>	<b>NR</b>
Buenos Aires				
F (644)	59	38	11	03
M (400)	70	28	0	0
Bridgetown				
F (1082)	45	54	0	0
M (730)	57	43	0	0
Sao Paulo				
F (1244)	43	56	0	0
M (898)	46	53	0	0
Santiago				
F (858)	32	68	0	0
M (488)	42	58	0	0
México				
F (701)	28	72	0	0
M (543)	34	66	0	0
Montevideo				
F (924)	57	43	0	0
M (525)	69	31	0	0
US AHEAD				
Blanca, F	66.0	34	-	-
Blanca, M	66.0	33.5	-	-
US AHEAD				
Blanca, F	50.5	49.4	-	-
Blanca, M	49.6	50.4	-	-
US HRS				
Blanca, F	80.4	21.0	-	-
blanca, M	80.0	20.0	-	-
US HRS				
Blanca, F	65.3	34.7	-	-
blanca, M	64.9	35.1	-	-

(1) El texto para las definiciones de “buena” y “mala”. Los números en paréntesis representan el tamaño de la muestra. F: femenino; M: masculino

(2) Los estimados de HRS y AHEAD están calculados sobre los datos presentados en la publicación de Smith and Kington (1997).

***b) Heterogeneidad por país***

Las disparidades por país son grandes y significantes. En la Argentina, dos terceras partes de la muestra reporta estar en buena salud en tanto que en México menos de una tercera parte de las personas mayores lo hacen. Todos los demás países caen dentro de esta escala, con Chile y Brasil más cercanos a México y Uruguay y con Barbados más parecido a la Argentina.

Es importante observar que el ordenamiento implícito por la autoevaluación de buena salud es aproximadamente coherente con las expectativas de vida a los 60 años de edad: la Argentina y Uruguay tienen los valores más altos de expectativa total de vida a los 60 años de edad, seguido por Chile, Barbados, México y Brasil en ese orden.

**c) Comparaciones con otros resultados**

¿Cómo se comparan estos resultados con la información de otros países? Al final de la Tabla 7, mostramos cifras comparables calculadas a partir de los estudios de “*Health and Retirement Survey*” (HRS) y “*Assets, Health and Disability*” (AHEAD), los mejores estudios longitudinales de las personas mayores en los Estados Unidos. El contraste marcado es enseguida evidente: salvo para la Argentina, las personas mayores de los países en la región reportan estar en buena salud con mucha menos frecuencia que las personas de raza blanca o los de raza negra, sin importar el sexo. Se puede observar que las comparaciones con AHEAD son con las personas mayores más envejecidas en los Estados Unidos dado que la muestra sólo incluye individuos mayores de 75 años de edad, en tanto que las personas en HRS sufren del sesgo contrario dado que la muestra incluye individuos de 55 años o más.

**5.2. Enfermedades Crónicas**

En la **Tabla 8** podemos apreciar que existe una reducida variabilidad en los porcentajes de personas con enfermedades crónicas reportadas por los entrevistados en las siete ciudades de SABE. En efecto, entre las personas que padecen una crónica, el mayor valor se encuentra en Buenos Aires y Santiago (35%) y el menor en Sao Paulo (30%). Mientras que cuando existen 3 o más crónicas, el mayor valor se observa en Montevideo y Sao Paulo (20%) y el menor en México (11%). Sin embargo, vale la pena resaltar que aquellos adultos mayores que no padecen ninguna crónica varían entre 19% y 32%; esto significa que más de las dos terceras partes de las poblaciones estudiadas padecen al menos una enfermedad crónica.

**Tabla 8.** Porcentaje de personas mayores de 60 años por número de enfermedades crónicas reportadas según ciudades

Ciudades	0	1	2	3+
Bridgetown	23	32	28	16
Buenos Aires	19	35	27	19
México	32	34	23	11
Montevideo	23	31	27	20
Santiago	19	35	25	21
Sao Paulo	23	30	26	20

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

En la **Tabla 9**, también es fácil percibir la escasa variabilidad que tiene el porcentaje de personas con enfermedades crónicas para mujeres y hombres. Podemos observar que las diferencias de género para aquellas personas que tienen 1 o 2 enfermedades crónicas es bastante reducida, contrario a lo que sucede cuando se observa la columna con tres o más crónicas. En

forma similar, la ausencia de enfermedades crónicas oscila entre 15% y 27 % para las mujeres, en tanto que para los hombres varía entre 27% y 38%.

**Tabla 9.** Porcentaje de personas mayores de 60 años por número de enfermedades crónicas reportadas y sexo según ciudades

Ciudades	0		1 – 2		3+	
	M	H	M	H	M	H
Bridgetown	16	34	62	57	21	9
Buenos Aires	16	24	64	59	20	18
México	27	38	59	54	14	7
Montevideo	19	30	58	58	24	12
Santiago	15	27	59	60	25	13
Sao Paulo	20	28	59	54	22	18

M: Mujeres, H: Hombres

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

Un análisis desagregado de las enfermedades crónicas muestra que la hipertensión aparece como la enfermedad crónica con mayor prevalencia entre los adultos mayores en todas las ciudades que participaron en el estudio SABE. En efecto, en la **Tabla 10** podemos observar que la tasa de prevalencia de la hipertensión se encuentra por encima del 43% en todos los países, afectando a más de la mitad de la población en Sao Paulo y Santiago. La segunda enfermedad más frecuente es la artritis, que varía de 23% en México a 53% en Buenos Aires. Finalmente, las enfermedades de menor prevalencia son aquellas asociadas al corazón.

**Tabla 10.** Porcentaje de personas mayores de 60 años por tipo enfermedad crónica reportada según ciudades

Ciudades	Diabetes	Hipertensión	Enfermedades del Corazón	Enfermedades del Pulmón	Artritis
Bridgetown	22	48	12	4	47
Buenos Aires	12	49	20	8	53
México	22	43	10	10	23
Montevideo	14	45	24	9	48
Santiago	13	52	34	13	32
Sao Paulo	17	53	22	13	33

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

### 5.3. Factores de riesgo y conductas saludables

#### a) Hábito de fumar

En la **Tabla 11** se puede observar que las mujeres mantienen en todos los países porcentajes relativamente bajos en comparación con los hombres en todas las situaciones

presentadas. En efecto, el mayor porcentaje de las personas que fuman actualmente se encuentra entre los hombres: el valor más alto se observa para los hombres adultos mayores residentes en la Ciudad de México con 30%, mientras que el más bajo se presenta entre aquellos que viven en Bridgetown con sólo 12%. En contraste, el mínimo es de 2% (en Bridgetown) y el máximo es 10% (en Buenos Aires y Montevideo) para las mujeres. Es importante resaltar que el grupo de personas bajo consideración nació entre el 1900 y el 1940, esta cohorte representa un grupo que ha tenido porcentajes muy altos de fumadores. En la tabla 6.6 podemos observar que entre el 40 y 53% de los hombres y entre el 8 y 15% de las mujeres fueron fumadores en algún momento de sus vidas aunque han dejado de fumar al presente.

**Tabla 11.** Porcentaje de personas mayores de 60 años por condición de fumar y sexo según ciudades

Ciudades	Fuma		Fumaba Antes		Nunca Fumó	
	M	H	M	H	M	H
Bridgetown	2	12	8	40	90	48
Buenos Aires	10	19	14	53	76	27
México	8	30	14	41	78	29
Montevideo	10	26	15	49	75	25
Santiago	9	18	26	44	65	38
Sao Paulo	9	18	17	55	74	27

M: Mujeres, H: Hombres

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

### ***b) Índice de masa corporal***

En esta sección presentamos las distribuciones de las categorías de índice de masa corporal, una medida antropométrica que considera el peso y la altura de la persona simultáneamente y que se utiliza para evaluar el estado del peso corporal de un individuo. A pesar de que no existe ningún consenso respecto al peso ideal para la población de edad mayor, los estudios han demostrado una correlación entre obesidad y un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares para dicha población.

Utilizamos la información recopilada en la Sección K de la encuesta SABE sobre peso corporal y altura para generar un índice de masa corporal, variable con cuatro categorías de peso corporal: bajo, normal, alto y muy alto (obeso)<sup>1</sup>. Todas las ciudades recopilaron esta información, sin embargo la cobertura fue considerablemente menor del 100% en algunas debido a problemas logísticos y materiales. La cobertura fue del 95% en Bridgetown, 84% en Sao Paulo, 94% en Santiago, 83% en Ciudad de México y 92% en Montevideo. Los datos de Buenos Aires y La Habana aún están siendo revisados.

<sup>1</sup> La masa corporal se calcula de la siguiente manera: peso/altura al cuadrado. Las escalas de categorías utilizadas son los siguientes: baja ( $\leq 23$ ); normal ( $23 < \cdot < 28$ ); alta ( $28 \leq \cdot < 30$ ) y obesa ( $\geq 30$ ).

Tomando en cuenta estas tasas de cobertura, la **Tabla 12** muestra que la proporción de individuos de edad mayor que son obesos varía entre el 35% en Montevideo y el 20% en Sao Paulo. Estas cifras son parecidas a aquellas reportadas en los Estados Unidos para individuos de 65 a 74 años de edad, con un porcentaje de 27%. La proporción de las personas mayores de 60 años de bajo peso varía entre el 15% en Ciudad de México y el 29% en Bridgetown, en tanto que la proporción que está dentro de la categoría de peso normal oscila entre el 43% en Sao Paulo y el 33% en Montevideo.

Asimismo, en las cinco ciudades es significativamente más probable que las mujeres sean obesas que los hombres (ver Tabla 12). El porcentaje de mujeres obesas de 60 años para arriba varía entre el 28% en Sao Paulo y el 44% en Montevideo. El mismo porcentaje para hombres varía entre el 9% en Brasil y el 23% en Santiago. Con la excepción de Ciudad de México, y en menor grado en Santiago, es significativamente más probable que los hombres de 60 años para arriba tengan bajo peso que las mujeres. Por ejemplo, en Bridgetown, el país con la frecuencia más alta de individuos de bajo peso, el 40% de los hombres de 60 años para arriba tienen bajo peso en comparación con el 22% de las mujeres de la misma edad.

**Tabla 12.** Porcentaje de personas mayores de 60 años por categorías del índice de masa corporal y sexo según ciudades

Ciudades	Baja			Normal			Alta			Obesa		
	T	M	H	T	M	H	T	M	H	T	M	H
Bridgetown	29	22	40	36	33	40	11	12	9	24	32	11
México	15	14	15	39	34	47	17	16	18	30	36	20
Montevideo	21	15	32	33	29	40	11	12	10	35	44	19
Santiago	16	15	18	40	37	45	15	15	15	30	34	23
Sao Paulo	24	20	30	43	40	49	12	12	12	20	28	9

M: Mujeres, H: Hombres

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

#### 5.4. Estado funcional

Una de las formas más adecuadas de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional, puesto que provee datos objetivos sobre morbilidad, necesidades asistenciales y factores de riesgo para una variedad de eventos negativos relacionados con la fragilidad de las persona, tales como las caídas y la institucionalización. En los países más desarrollados es común utilizar como indicador de necesidad de atención a largo plazo la existencia de 3 o más dificultades relacionadas con las actividades básicas de la vida diaria.

La funcionalidad se define mediante la capacidad que tienen los individuos para realizar las actividades básicas de la vida diaria (abvd) y las actividades instrumentales de la vida diaria (aivd). Entre las primeras se encuentra el bañarse, vestirse, usar el inodoro, movilizarse y alimentarse. Mientras que entre las segundas están las relacionadas a como usar un transporte,

poder hacer sus compras, usar el teléfono, controlar sus medicamentos y realizar las tareas domésticas.

Es interesante comparar los resultados obtenidos en SABE sobre las limitaciones con los abdv con la información existente para los Estados Unidos. En los Estados Unidos, el porcentaje de personas de 65+ que declaran tener dificultad con 1 o 2 abdv es de 6% y las que declaran tener dificultad con 3 o 4 abdv es el 3% de la población no institucionalizada (NLTCs).

En la **Tabla 13** se puede apreciar que a medida que aumenta la edad también aumenta el porcentaje de personas que tienen dificultad con el desempeño de sus actividades básicas del vivir diario. Los valores observados varían entre 13% en Santiago y el 7% en Bridgetown para las personas entre 60 y 74 años que tienen dificultad con 1 o 2 abdv. Para los adultos mayores de 75 años, el 21% en Santiago y el 14% en Bridgetown tienen dificultad con 1 o 2 abdv.

**Tabla 13.** Porcentaje de personas mayores de 60 años por número de limitaciones en sus actividades básicas del vivir diario (abvd) y edad según ciudades.

<b>Ciudades</b>	<b>0 60-74</b>	<b>0 75+</b>	<b>1 – 2 60-74</b>	<b>1 – 2 75+</b>	<b>3+ 60-74</b>	<b>3+ 75+</b>
Bridgetown	90	76	7	14	2	7
Buenos Aires	87	70	9	20	4	9
México, D.F.	85	63	10	20	4	16
Montevideo	86	73	11	20	2	6
Santiago	80	61	13	21	6	16
Sao Paulo	85	67	12	19	4	14

*Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001*

La necesidad de tener un cuidador o de recibir cuidados domiciliarios depende principalmente de los problemas que el adulto mayor tenga con la capacidad funcionalidad. En las ciudades donde hay una oferta amplia de viviendas asistidas o residencias para mayores con discapacidades, se puede predecir que si la oferta de residencias con atención a largo plazo es superior a la oferta de alternativas; entonces el indicador de tres o más abvd es un buen predictor del crecimiento de instituciones a largo plazo en la Región.

Cuando se observan las diferencias que existen entre hombres y las mujeres, es evidente el mayor porcentaje mujeres con discapacidad en comparación con los hombres. En la **Tabla 14** se observa que de las personas que tienen dificultades con 1 o 2 abvd, el porcentaje de hombres con limitaciones físicas varía de 8 a 13%, mientras que el porcentaje de mujeres varía de 11 a 19%. Las adultas mayores de Santiago son las que tienen la mayor proporción de discapacidad física, mientras que las adultas mayores de Bridgetown tienen el menor porcentaje de discapacidad.

**Tabla 14.** Porcentaje de personas mayores de 60 años por número de limitaciones en sus actividades básicas del vivir diario (abvd) y género según ciudades.

Ciudades	0 H	0 M	1 – 2 H	1 – 2 M	3+ H	3+ M
Bridgetown	89	83	8	11	3	5
Buenos Aires	86	79	8	15	4	6
México, D.F.	82	78	11	13	5	9
Montevideo	89	79	9	17	2	4
Santiago	81	70	11	19	6	11
Sao Paulo	78	73	13	17	8	9

M: Mujeres, H: Hombres

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

El principal inconveniente de las preguntas de aivds radica en que algunas tareas tienen un marcado sesgo de género. Por ejemplo, debido a los patrones culturales existentes en las diferentes generaciones los hombres tienen más dificultad que las mujeres para responder la pregunta ¿tiene dificultad para preparar una comida caliente?; mientras que las mujeres pueden tener más dificultad que los hombres en responder la pregunta ¿tiene dificultad para manejar su propio dinero? A fin de manejar en forma adecuada estos sesgos, en el estudio SABE se introdujeron varias opciones de respuesta incluyendo la opción de “no lo hace”, que no implica que no lo pueda hacer.

Al considerar la condición de género, los datos de la **Tabla 15** muestran que la ciudad de Sao Paulo tiene el porcentaje más alto de adultos y adultas mayores con limitaciones instrumentales del vivir diario, tanto cuando existen una o dos (2) limitaciones como cuando existen tres (3) o más limitaciones. Es importante aclarar que también surgen dificultades en las actividades instrumentales cuando existen barreras para la participación en ciertas actividades. Por ejemplo, utilizar un medio de transporte para ir de compras son actividades que pueden tener tanto una limitación en el ámbito individual como en el nivel de “participación” o social, debido el individuo puede no tener un acceso apropiado a los medios para llevar a cabo la actividad requerida.

A fin de introducir aquellos factores relacionados con el entorno físico, social y de actitudes, que condicionan las abvds y aivds, dentro de la funcionalidad del individuo, en el estudio SABE se preguntó si la persona tenía dificultad o no podía trotar un kilómetro, caminar varias calles, caminar una calle (cuadra), estar sentado por dos horas, levantarse de una silla después de estar sentado por un tiempo prolongado, subir las escaleras de varios pisos, subir un piso por las escaleras, agacharse, extender sus brazos más arriba de los hombros, tirar o empujar un objeto grande, levantar 5 kilos de pesos y levantar una moneda de una mesa.

**Tabla 15.** Porcentaje de personas mayores de 60 años por número de limitaciones en sus actividades instrumentales del vivir diario (aivd) y sexo según ciudades.

Ciudades	0 H	0 M	1 – 2 H	1 – 2 M	3+ H	3+ M
Bridgetown	82	74	12	17	4	6
Buenos Aires	90	78	6	15	4	7
México, D.F.	84	70	10	20	5	9
Montevideo	92	84	6	14	1	2
Santiago	83	67	11	19	6	13
Sao Paulo	71	59	15	24	15	17

M: Mujeres, H: Hombres

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

En la **Tabla 16** se presenta el porcentaje de personas que reporta tener dificultad o no poder realizar cinco de las diez actividades mencionadas arriba. El porcentaje de las personas que no pueden subir un piso por escalera sin dificultad varía de 16% en Bridgetown a 33% en Sao Paulo; mientras que el porcentaje promedio de las personas que no se pueden agachar sin dificultad oscila entre 33% en Bridgetown y 56% en Santiago. Estas cifras son alarmantes ya que indican la existencia de un número elevado de adultos mayores que tienen una vida sedentaria, lo que posteriormente tendría un impacto en la demanda futura por asistencia sanitaria y de servicios.

### 5.5. Uso y accesibilidad a los servicios de salud y uso de medicamentos

La cobertura y calidad de atención de salud en la vejez constituyen factores estrechamente vinculados a la salud de los adultos mayores y, por lo tanto, deben de ser tomados en consideración en la evaluación de la salud de la población mayor. En SABE no solo se identificó el tipo cobertura de servicios a la que tiene acceso la población adulta sino que también la naturaleza de la cobertura, privada o pública.

**Tabla 16.** Porcentaje de personas mayores de 60 años por tipo de dificultad para realizar ciertas actividades físicas según ciudades

Ciudades	Dificultad o no puede caminar una cuadra	No puede subir un piso por escalera	Dificultad o no puede levantarse de una silla	No puede agacharse	No puede extender brazos arriba de los hombros
Bridgetown	11	16	26	33	10
Buenos Aires	14	25	30	42	12
México, D.F.	14	26	42	50	18
Montevideo	11	26	36	39	15
Santiago	16	30	44	56	20
Sao Paulo	17	33	36	51	15

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

En la **Tabla 17** podemos observar que en general, los esquemas de cobertura de salud privados tienden a disminuir con la edad, en tanto que para el sector público la tendencia es más errática. No encontramos ninguna diferencia significativa en el tipo de cobertura por sexo, situación que no se reporta aquí. Por otro lado, los adultos mayores reciben mayor atención en el sector público que en el privado independientemente de la edad, a excepción de Montevideo. En esta última ciudad, el porcentaje de personas cubiertas por los servicios privados es de 64% y para los públicos es de 34% para todas las personas entre 60 y 74 años, mientras que para aquellas mayores de 75 años alcanza a 76% en el privado y 23% para el público.

**Tabla 17.** Porcentaje de personas mayores de 60 años por tipo de cobertura de salud y grupos de edad según ciudades

Ciudades	Privado 60-74	Público 60-74	No tiene 60-74	Privado 75+	Público 75+	No tiene 75+
Bridgetown	13	5	83	6	5	90
Buenos Aires	12	67	21	7	89	4
México, D.F.	3	73	24	2	69	29
Montevideo	64	34	3	76	23	1
Santiago	6	80	14	3	91	6
Sao Paulo	39	58	3	32	66	2

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

La **Tabla 18** presenta el porcentaje de personas que durante los últimos 12 meses realizaron alguna consulta médica o que a pesar de sentirse enfermo o de sentirse en necesidad de una consulta de salud, no la hicieron o no la pudieron hacer. Resulta claro que la mayor parte de estas personas realizaron una consulta médica. Los adultos mayores de Santiago tienen la menor proporción de consulta y los Bridgetown la más alta, 78% y 93%, respectivamente. Por otro lado, las mujeres son las que tienen los mayores niveles de utilización de servicios en estas poblaciones.

**Tabla 18.** Porcentaje de personas mayores de 60 años por utilización de servicios de salud y sexo según ciudades

Ciudades	Necesitó pero no consultó	No Necesitó	Consultó	Necesitó pero no consultó	No Necesitó	Consultó
	M	M	M	H	H	H
Bridgetown	1	6	93	1	13	86
Buenos Aires	1	13	86	2	18	80
México, D.F.	2	15	83	2	24	74
Montevideo	1	19	80	1	29	70
Santiago	7	15	78	16	19	65
Sao Paulo	2	11	87	3	16	81

M: Mujeres, H: Hombres

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

Finalmente, las dos razones más importantes para no acudir a los servicios cuando lo necesitaron fueron la falta de transporte en Sao Paulo y el costo de la atención en Buenos Aires, Santiago y México.